





**Interdisziplinäre Reihe, Band 3**  
**Migration - Gesundheit - Kommunikation**

**Theda Borde, Niels-Jens Albrecht (Hrsg.)**

**Mitherausgeber Band 3**

**Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin**

**Innovative Konzepte für  
Integration und Partizipation**

**Bedarfsanalyse zur interkulturellen  
Kommunikation in Institutionen und  
für Modelle neuer Arbeitsfelder**



Für die finanzielle Unterstützung des Drucks und der Bearbeitung dieses Bandes danken wir

dem Berliner Senat für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz,  
der Alice Salomon Fachhochschule Berlin und  
dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

## Inhaltsverzeichnis

### Vorwort

<i>Heidi Knake-Werner</i>	8
Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2002-2006), seit 2006 Senatorin für Integration, Arbeit und Soziales des Landes Berlin	

### Einführung

<i>Herausbergemeinschaft</i>	10
------------------------------	----

### Bedarf an Sprach- und Kulturmittlung in verschiedenen Institutionen

1	Zur sprachlichen Verständigung in Krankenhäusern Berlins. Perspektiven der Leitung <i>Susanne Deininger</i>	22
2	Sprach- und Kulturmittlung aus der Sicht des Personals eines Berliner Bezirksamtes <i>Johanna Uebelacker</i>	42
3	Kommunikation mit MigrantInnen in Berliner Jugendämtern. Eine Studie zum Bedarf an Sprach- und KulturmittlerInnen <i>Alexandra Cerzniewski</i>	76
4	Sprach- und Kulturmittlung in medizinischen und sozialen Einrichtungen aus der Sicht von MitarbeiterInnen <i>Xenia Ledyakina, Johanna Uebelacker und Theda Borde</i>	100
5	Sprachmittlung und interkulturelle Kompetenz in Berliner psychiatrischen Einrichtungen. Eine qualitative Studie zu Ansichten und Erfahrungen von MitarbeiterInnen <i>Dagmar Schultz</i>	120
6	Russischsprachige PatientInnen in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Inanspruchnahme, Erwartungen und Bedürfnisse aus der Sicht von ÄrztInnen und Patientinnen <i>Oliver Kutscharski</i>	160
7	Bilinguale Beratung im Jugendamt, Selbstverständlichkeit oder Luxus? <i>Nursevim Tigli</i>	192

### Innovative Modelle und Erfahrungen zur Förderung von Kommunikation, Partizipation und Integration

8.	Sprach- und Kulturmittlung - Beschäftigungsmöglichkeiten für Flüchtlinge und Asylbewerber <i>Varinia Fernanda Morales</i>	224
9.	Gemeindedolmetschdienst Berlin - Erfahrungen und Perspektiven <i>Angelika Pochanke-Alff</i>	236
8.	GemeindedolmetscherInnen in Berlin. Gut qualifiziert für ein neues Arbeitsfeld? <i>Theda Borde</i>	248
9.	Sprache und Beschäftigung von Migrantinnen im Gesundheitswesen <i>Ingrid Kollak</i>	272
10.	Sprach- und Kulturmittlung in Belgien - Eine Antwort auf Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung? <i>Hans Verrept</i>	284
	<b>Anhang</b>	
	Herausbergemeinschaft	302
	Autorinnen und Autoren	301
	Kunst und Layout	307

## **Vorwort**

### **Heidi Knake-Werner**

Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2002-2006),  
seit 2006 Senatorin für Integration, Arbeit und Soziales des Landes Berlin

In Deutschland findet seit vielen Jahren Zuwanderung statt. Die Gründe dafür sind vielfältig, u.a. Arbeit, Studium, Familiennachzug, Flucht vor Krieg und Armut usw.. Demzufolge sind auch die Voraussetzungen und Prägungen, die Menschen aus anderen Ländern mitbringen, ganz unterschiedlich. Neben der sozialen Lage sind Sprache, Bildung, religiöse und kulturelle Vorstellungen wichtige Faktoren, die eine Teilhabe an den Leistungen unseres Gesundheits- und Sozialsystems entscheidend beeinflussen und so auch Auswirkungen auf das Gelingen der Integration haben.

Auf diese Vielfalt haben sich die Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen, angefangen von Beratungsstellen bis hin zu Krankenhäusern, häufig noch immer nur unzureichend eingestellt. Missverständnisse, Fehleinschätzungen und Fehldiagnosen sind viel beschriebene Folgen. Aber auch mögliche Ressourcen, welche Einwanderer für die Bewältigung ihrer Probleme mitbringen, werden ohne interkulturelle Öffnung der Regeldienste und ohne eine gute sprachliche Verständigung leider oft nicht erkannt.

Die Forderung an Menschen mit Migrationshintergrund, doch endlich richtig Deutsch zu lernen, greift häufig zu kurz. So sind die Einrichtungen, über die in diesem Buch berichtet wird, häufig solche, die Menschen vor allem dann in Anspruch nehmen, wenn sie Beratung und Unterstützung in schwierigen Situationen brauchen oder wenn sie krank sind. Schon allein aus dieser Konstellation heraus ist eine Begegnung mit den jeweiligen Dienstleistern auf gleicher Augenhöhe schwierig. Fehlende sprachliche Verständigung verstärkt diese Tendenz noch.

Krankheiten warten nicht, bis der Spracherwerb abgeschlossen ist. Außerdem führen schwere Erkrankungen nicht selten dazu, dass die im Alltagsleben oder im beruflichen Umfeld gute Verständigung auf Deutsch vorübergehend verloren gegangen zu sein scheint. Im hohen Alter können zuletzt erworbene Fähigkeiten wie Zweitspracherwerb wieder verschwinden oder sich abschwächen. Vor allem aber dürfen unzureichende Sprachkenntnisse kein Grund für unzureichende Aufklärung sein. Ich sehe in diesem Zusammenhang also durchaus die Gesundheitseinrichtungen in der Pflicht, dafür zu sorgen, dass nicht deutschsprachige Kranke genauso wie Kranke deutscher Herkunft in die Lage versetzt werden, als mündige Patientinnen und Patienten für sich Entscheidungen treffen zu können.



Ähnliches gilt auch für die Beratungseinrichtungen und alle, die sich der Gesundheitsförderung und Prävention widmen: Auch für Familien mit Kindern, in denen wenig oder gar nicht Deutsch gesprochen wird, um nur ein Beispiel zu nennen, müssen rechtzeitig Zugangswege geschaffen werden, die es ermöglichen, sie in Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention einzubeziehen. Eine sprachliche und kulturelle Verständigung ist dafür unumgängliche Voraussetzung.

Aus diesen Überlegungen heraus wurden in Berlin im Rahmen der Entwicklungspartnerschaft „Qualifizierung für interkulturelle Arbeit“ (QiA) und mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds (EQUAL) Migrantinnen und Migranten speziell für die Anforderungen des Sprach- und Kulturmittels im Gesundheits- und Sozialwesen ausgebildet (Gemeindedolmetschdienst). Auch in anderen Städten wurden ähnliche Ansätze erprobt, über einige davon ist in diesem Band zu lesen.

Dort, wo die Gemeindedolmetscher/-innen eingesetzt werden, wird es meist für alle Beteiligten schnell deutlich, wie sinnvoll eine kompetente Sprach- und Kulturmittlung ist. Der Weg zu einer nachhaltigen Etablierung von Sprach- und Kulturmittlung jedoch ist lang und von vielen Hindernissen begleitet: Es fehlt in der Fläche noch immer an der notwendigen Sensibilisierung von Entscheidungsträgern. Für die Beschäftigten in den jeweiligen Einrichtungen ist die Hinzuziehung von Sprachmittlern häufig zunächst mit zusätzlichem organisatorischem Aufwand behaftet, der Nutzen zeigt sich oft erst im Nachhinein. Ganz besonders aber fehlt es noch immer an tragfähigen und nachhaltigen Finanzierungskonzepten für den Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern sowohl in Krankenhäusern als auch im öffentlichen Gesundheitsdienst. Ich freue mich daher, dass sich auch die in Berlin neu geschaffene Landesgesundheitskonferenz, in der sich die wichtigen Leistungsträger und Leistungserbringer der Stadt wieder finden, dieses Themas angenommen haben, und eine ihrer Arbeitsgruppen damit beauftragt hat, ein Konzept zur Institutionalisierung und Finanzierung von Sprach- und Kulturmittlung zu erarbeiten. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Umsetzung eines solchen Konzepts guter Argumente bedarf. Der vorliegende Band 3 aus der Reihe „Migration - Gesundheit - Kommunikation“ liefert dafür eindrucksvolle Beispiele. Ich wünsche ihm viele interessierte und engagierte Leser.

## **Einführung**

**Niels-Jens Albrecht**

### **Erkenntnisse zum Bedarf: administrativ – lokal – europäisch sowie Perspektiven in Deutschland**

Bereits einer der Schlüsselbegriffe im Titel unseres Bandes gibt mir Anlass zu hinterfragen, ob alle, die mit Sprach- und Kulturmittlung oder Interkultureller Öffnung befasst sind – freiwillig oder gezwungenermaßen –, dasselbe unter „Bedarf“ verstehen. Indem ich eigene Erfahrungen und die Erkenntnisse unserer AutorInnen in diesen einleitenden Gedanken verarbeite, hoffe ich auch, eine gewisse Distanz zu der sich üblicherweise einstellenden „Nabelschau“ oder Betriebsblindheit herzustellen.

#### **1 Administrativer Bedarf**

Die Überschrift dieses Absatzes könnte auch heißen: Wie arbeitet „Verwaltung“ und warum ist ihr Vorgehen nicht immer unterstützend für interkulturelle Vorhaben?

Als Ende der 90er Jahre das Hamburger Dolmetscherprojekt im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) fest installiert war und schon Routinecharakter hatte, glaubte die Grün Alternative Liste (GAL) der Projektleitung einen Gefallen zu tun, wenn der Dolmetschbedarf in der Hamburger Bürgerschaft erörtert werden würde. Hintergrund dieser Idee war, den bestehenden Dolmetscherdienst auch auf die anderen Hamburger Krankenhäuser auszuweiten, um auch dort eine effizientere Arzt-Patient-Kommunikation zu gewährleisten.

Also wurde eine Kleine Anfrage in der Bürgerschaft (das Hamburger Landesparlament) eingebracht, der Senat möge feststellen, ob es auch außerhalb des UKE Dolmetschbedarf gäbe und wenn dem so wäre – in welcher Größenordnung Bedarf bestünde. Wie es sich in unserer Demokratie gehört, wurde die Frage aufgenommen, an die zuständige Behörde (damals Behörde für Arbeit und Gesundheit, BAGS) weitergeleitet und Bearbeitung erwartet. In der BAGS fand man ein zuständiges Referat, das sich mit Migrationsfragen befasste, so dass eine Mitarbeiterin sich der Bearbeitung annehmen konnte. Die Mitarbeiterin schrieb daraufhin alle Krankenhausleitungen in Hamburg an und bat diese um Auskunft, ob in ihren Häusern Dolmetschbedarf bestünde.

Da es sich um ein behördliches Auskunftsbegehren handelte, erzielte die Mitarbeiterin auch einen 100prozentigen Rücklauf. Alle Krankenhausleitungen antworteten. Sie antworteten allerdings, dass kein Dolmetschbedarf bestünde – selbst im UKE gäbe es keinen Dolmetschbedarf, so die Auskunft des Verwal-

tungsdirektors (obwohl hier ca. 2.000 Einsätze pro Jahr stattfanden). Diese Antworten wurden dokumentiert und an die anfragende Fraktion der Bürgerschaft weitergeleitet. Damit war der Dolmetschbedarf in Hamburg erhoben, dokumentiert und von höchster Stelle zur Kenntnis genommen. Einen größeren BärenDienst hätte die GAL dem Dolmetscherprojekt nicht leisten können. Warum die Krankenhausleitungen antworteten wie dargestellt – ggf. vielleicht aus haftungsrechtlichen Gründen? –, bleibt spekulativ. Weitere Interpretationen dieser Antworten überlasse ich gerne der Phantasie der Leserschaft.

Ein gutes halbes Jahrzehnt später wendeten sich die Leitungen des Gemeindegeldmetschdienstes Berlin, der IntegrationsassistentInnen Darmstadt und der Sprach- und KulturmittlerInnen von TransKom an das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), um die Behörden für die Etablierung und Anerkennung eines bundesweit einheitlichen Berufsbildes für die bisherigen und zukünftigen AbsolventInnen derartiger Ausbildungen zu gewinnen. Auch bei diesem Vorgehen wurde mit dem bestehenden Bedarf bei vielen Institutionen argumentiert und es wurden entsprechende Zahlen vorgelegt.

Die zuständigen Beamten bearbeiteten das Anliegen auf ihre Weise. Zunächst wurde auch hier der Bedarf geprüft: Ein Schreiben erging an alle Innenministerien der Länder mit der Anfrage, wie viele unbesetzte Stellen es für Sprach- und KulturmittlerInnen gäbe. Wahrscheinlich wird es niemanden unter den Eingeweihten erstaunen, dass alle Innenministerien meldeten, dass es in ihrem Bundesland keine freien Stellen für diesen Beruf gäbe (es würde mich schon interessieren, ob irgendjemand aus den Landesministerien überhaupt nachgefragt hat, um welchen Beruf oder welches Berufsbild es sich eigentlich handele). Die Antwort des BMBF vom Dezember 2005 fiel daraufhin auch sehr deutlich aus: Es gibt erwiesenermaßen bundesweit keinen Bedarf für diese Tätigkeit und daher von Seiten einer Bundesbehörde auch keinen Handlungsbedarf, in Sachen Berufsbild aktiv zu werden. Wir lernen: Was nicht entsprechend definiert ist und daher nicht abgerufen werden kann, existiert offenbar nicht.

So einfach lässt sich im Rahmen von administrationsinternen Erhebungen – insbesondere wenn die Thematik fachfremd ist – Bedarf oder Nicht-Bedarf begründen. Mit diesem Vorgehen werden gleichzeitig sämtliche diesbezüglichen wissenschaftlichen Erkenntnisse ignoriert, ebenso die Tatsache, dass in Deutschland mittlerweile 19 Prozent der Bevölkerung einen Migrationshintergrund hat.

Ich will gerne zugeben, dass diese eigenen Erfahrungen im Kontrast zu bisher vorliegenden und den wissenschaftlichen Beiträgen dieses Buches stehen. Damit soll aber auch darauf hingewiesen werden, dass im Umgang mit Behörden nicht immer nur wissenschaftliche Fakten, sondern auch innovative bzw. politische Strategien der Weg zum Erfolg sein können. Ich möchte nicht unerwähnt lassen, dass gerade wir als ExpertInnen der interkulturellen Kommunikation wissen

sollten, dass es neben den kulturellen Kontexten unserer Arbeit auch eine Vielfalt einheimischer Kulturen gibt – u.a. Institutionskulturen. Und wie wir auch wissen, hat jede Kultur ihre eigenen Kommunikationsmuster.

## **2 Lokaler Bedarf**

Der regionale Fokus dieses Bandes ist auf Berlin gerichtet und beschreibt damit die Bedarfssituation einer modernen internationalen Metropole in einem Zuwanderungsland. Lediglich zwei Beiträge stammen aus einem anderen Bundesland und einem europäischen Nachbarland und befassen sich mit überregionalen Themen bzw. mit einer für Deutschland richtungsweisenden Perspektive.

Das Umfassende in den die Berliner Institutionen betreffenden Beiträgen ist nicht nur die Vielseitigkeit der untersuchten Zielgruppen mit einer großen Breite an einbezogenen Berufen in unterschiedlichen Institutionen, sondern auch die unterschiedlichen Fragestellungen der einzelnen Studien.

So werden im ersten Teil des Bandes im Beitrag von Susanne Deininger Klinikleitungen nach Kommunikationskompetenzen mit fremdsprachigen Patienten befragt und Ergebnisse präsentiert, die einzeln betrachtet für jede befragte Klinik vielleicht wenig spektakulär erscheinen mögen, aber summiert für alle Behandlungsmaßnahmen in den Krankenhäusern der Stadt einen erheblichen Bedarf an Kommunikation aufzeigen.

Zwar befasst sich auch Dagmar Schultz in ihrer Untersuchung mit der Perspektive des Personals in Kliniken, doch wesentlich ausgeprägter werden von ihr und den anderen Autorinnen die Erfahrungen des Personals in Ämtern und Beratungsdiensten bearbeitet. So führte Johanna Uebelacker ihre Erhebung in Bezirksämtern durch; Oxana Ledyaikina und Theda Borde erforschten Bedürfnisse und Erwartungen von MitarbeiterInnen in mehreren Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens und Alexandra Cerniewski und Nursevim Tigli erhoben den Beratungs- und Kommunikationsbedarf in Jugendämtern. Aber nicht nur die Professionellen in den Institutionen kommen zu Wort, sondern im Beitrag von Oliver Kutscharski werden auch Ergebnisse aus einer Erhebung unter MigrantInnen – PatientInnen wie Ärztinnen – im ambulanten Bereich präsentiert.

Die komplexen und thematisch weit gefächerten Studien beschreiben den Bedarf aus der Sicht von MitarbeiterInnen im Gesundheits- und Sozialwesen, die in der Praxis täglich Kommunikationsleistungen mit wenig oder nicht deutsch sprechender Klientel erbringen. Im Gegensatz zu der eingangs von mir beschriebenen Verwaltungsperspektive wird durch die Perspektive der Fachkräfte, die im direkten Klienten- bzw. Patientenkontakt stehen, belegt, wie sehr eine defizitäre Verständigungspraxis zu Missverständnissen, erhöhtem Zeitaufwand, Unzufrie-

denheit beim Personal und damit auch zu erhöhtem finanziellen Aufwand beiträgt. Die Studie von Oliver Kutscharski zur Befragung der MigrantInnen unterstreicht den Bedarf.

Aus den mit qualitativen und quantitativen Methoden gewonnenen Daten lässt sich auch ohne Weissagungskompetenz ableiten, dass sich die beschriebenen Probleme weder kurz- noch mittelfristig durch von der Politik verordnete Integrationsmaßnahmen beheben lassen. Zwar liegt der Fokus dieser Studien nicht auf einem Flächen-Bundesland, sondern auf einer Kommune und hier auch nur auf bestimmten Stadtteilen, die einen überproportional hohen MigrantInnenanteil in der Wohnbevölkerung aufweisen, trotzdem gelten die Ergebnisse für alle Bundesländer und die meisten Kommunen in Deutschland. Es ist nicht nur wünschenswert, sondern notwendig, dass sie auch dort zur Kenntnis genommen werden.

Wir müssen in unserem Zuwanderungsland begreifen, dass Kreuzberg überall ist und Migration nach und in Europa weiterhin stattfinden wird. Das bisher primär „türkische Problem“ zum jetzigen Zeitpunkt wird sich in Kürze durch Zuzug aus Tschechien, Polen, Bulgarien, Rumänien und russischsprachigen Ländern als ein „osteuropäisches Problem“ regenerieren. Weder das Gesundheits- und Sozialsystem, noch die Politik haben sich darauf in ausreichendem Maße eingestellt.

Im zweiten Teil des Bandes werden regionale und überregionale Maßnahmen für eine qualitativ bessere Versorgung von MigrantInnen, eine bessere interkulturelle Kommunikation und Konzepte für einen entsprechenden Arbeitsmarkt vorgestellt.

Die im Laufe der Beiträge mehrmalige Erwähnung und Beschreibung des Gemeindedolmetschdienstes in Berlin mag für einen Teil der Leserschaft redundant wirken, doch die sehr unterschiedlichen Perspektiven von Angelika Pochanke-Alff als Leiterin des Projektes und von Theda Borde, die das Projekt evaluiert hat, zeigen zum Einen die Schwierigkeiten von Aufbau und Institutionalisierung auf. Zum Anderen befasst sich die Evaluation mit Empfehlungen zur Umsetzung einer marktorientierteren Institutionalisierung. Wie bereits im ersten Teil des Buches Resultate in Form von Handlungsempfehlungen zusammengefasst werden, werden auch im zweiten Teil Vorschläge und Konzepte vorgestellt und diskutiert, um langfristig und nachhaltig z.B. Kommunikationssysteme zu etablieren, deren Akteure – wie von Varinia Fernanda Morales entworfen – sich auch in einem entsprechenden Berufsbild mit vorgegebener bundesweit einheitlicher Ausbildung wieder finden sollen. Sehr nahe an diesen Konzepten ist auch Ingrid Kollek mit ihrer Evaluierung einer Qualifizierungsmaßnahme in der Altenversorgung in Berlin zu verorten.

Der abschließende Beitrag von Hans Verrept erlaubt uns den Blick über den Tellerrand zum belgischen Nachbarn. Ähnlich wie in den Niederlanden und

davor schon in skandinavischen Ländern, ist dort bereits vor Jahren der Bedarf definiert worden. Im Folgenden wurde durch Studien zum Einsatz von interkulturellen MediatorInnen belegt, welchen positiven Effekt interkulturelle Mediation auf die Verbesserung der Versorgungsqualität hat.

### **3           Europäischer Bedarf**

In der Tat müssen wir nicht nur mit dem Eindruck leben, sondern auch mit der Realität, dass Deutschland im Bereich der Interkulturellen Öffnung – obwohl in der EU Spitzenreiter in Bezug auf den MigrantInnenanteil in der Bevölkerung – in der Staatengemeinschaft eher Schlusslicht ist. Als Vorsitzende des „Committee of Experts on Health Services in a multicultural Society“ des Europäischen Gesundheitsausschusses im Europarat in Strasbourg hatten die Mitherausgeberin Theda Borde und der Autor Hans Verrept als Berater des Expertenausschusses die Möglichkeit, Einfluss auf ein zukunftsweisendes Konzept für die Gestaltung der Gesundheitsdienste in Europa zu nehmen.

Vor dem Hintergrund der Anerkennung der gewachsenen Vielfalt (diversity) und der Entwicklung multikultureller Gesellschaften in Europa, werden in den Empfehlungen des Ministerrates an die Regierungen der Mitgliedstaaten vom 8. November 2006 gemeinsame Strategien für den Gesundheitsbereich aufgezeigt, die darauf abzielen, soziale und gesundheitliche Bedürfnisse multikultureller Bevölkerungen besser zu verstehen, eine angemessene Gesundheitsversorgung bereitzustellen und eine gleich gute Versorgung für alle zu sichern.

Da die gesundheitliche Ungleichheit zwischen den Mitgliedsstaaten, aber auch innerhalb der Bevölkerung der einzelnen europäischen Staaten durch soziale Ungleichheit bedingt ist, geht die empfohlene integrative Sozial- und Gesundheitspolitik über die Anpassung der Gesundheitsversorgung an die kulturelle Vielfalt bzw. kulturelle Differenz hinaus und verfolgt einen generellen Diversity-Ansatz. Hierbei wird die entscheidende Wirkung von sozialer Klasse, sozioökonomischem Status, Alter, Geschlecht, Ethnizität, Migrationsfaktoren, Religion, geographischer Lage, körperlichen und psychischen Fähigkeiten und sexueller Orientierung auf die Gesundheitsbedürfnisse, -interessen und -anliegen berücksichtigt.

Um verschiedenen Bevölkerungsgruppen gerecht zu werden und verschiedene Versorgungsbereiche sowie Prävention und Gesundheitsförderung zu umfassen, bedarf es der Entwicklung von übergreifenden intersektoralen und multidisziplinären Strategien. Die Sicherung des Zugangs und die Verbesserung der Versorgungsqualität stellen in multikulturellen Gesellschaften eine prioritäre gesundheitspolitische Aufgabe und einen integralen Bestandteil des allgemeinen Gesundheitssystems dar. Bei der Planung, Implementierung und nachhaltigen Sicherung einer an multikulturelle Gesellschaften in Europa angepassten Ge-

sundheitspolitik und -versorgung ist die Partizipation aller beteiligten Gruppen (Forschung, Politik, regionale Gesundheitsbehörden, Gesundheitsfachkräfte, Vertreter ethnischer Minderheiten) erforderlich. Gleichzeitig soll der Erfahrungsaustausch zwischen den Mitgliedsstaaten bei der Umsetzung der Strategien gefördert werden.

Die empfohlenen Strategien zur Anpassung der Gesundheitsdienste an multikulturelle Gesellschaften sind im Folgenden zusammengefasst:

- Förderung einer Anti-Diskriminierungspolitik und Respektierung der Menschen- und Patientenrechte
- Verbesserung des sozioökonomischen Status von ethnischen Minderheiten (übergreifende Sozialpolitik)
- Sicherung der Versorgungsqualität (Gleichberechtigter Zugang zur Gesundheitsversorgung von gleich guter Qualität)
- Verbesserung der Kommunikation als dringendste, offensichtlichste und direkteste Aufgabe
- Sensibilisierung für gesundheitliche und soziokulturelle Bedürfnisse multikultureller Bevölkerungen
- Patientenschulung, Empowerment und Partizipation
- Interventionen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit in multikulturellen Gesellschaften
- Entwicklung einer Wissensbasis über die soziale und gesundheitliche Lage multikultureller Bevölkerungen

Die Verbesserung der Kommunikation wird in den Empfehlungen und in dem dazugehörigen Memorandum als dringendste, offensichtlichste und direkteste Aufgabe beschrieben. Konkret werden dazu Strategien empfohlen, welche die Umsetzung formal zugesicherter Patientenrechte in tatsächliche Patientenrechte ermöglichen:

- den Schutz sprachlicher Rechte ethnischer Minderheiten
- den Einsatz professioneller DolmetscherInnen bei Bedarf
- die Schulung der Professionellen für eine effektive Zusammenarbeit mit qualifizierten Dolmetschern und
- die Entwicklung von Standards guter Praxis der Sprach- und Kulturmittlung

Die Empfehlungen auf europäischer Ebene verdeutlichen die Notwendigkeit von übergreifenden Strategien für Integration und Partizipation und zeigen auch für die interkulturelle Kommunikation Handlungsbedarf und eine Vielzahl neuer Arbeitsfelder auf.

Während in Deutschland der Forderung nach qualifizierter Sprachmittlung im

Gesundheits- und Sozialwesen bisher häufig die Forderung nach Anpassung bzw. Beherrschen der Landessprache entgegengesetzt wird, zeigt sich aus europapolitischer Perspektive eine sehr viel größere Sensibilität für den Schutz sprachlicher Rechte ethnischer Minderheiten und für das Recht auf Verschiedenheit.

#### **4 Perspektiven in Deutschland**

Und es bewegt sich doch etwas. Es wäre auch zu bedauerlich, die in diesem Band dokumentierten wissenschaftlichen Ergebnisse lediglich als eine akademische Trockenübung zur Kenntnis nehmen zu dürfen und sie dann zu anderen Studien ins Regal stellen zu müssen. Nach einer Initiative des Mitherausgebers im Arbeitskreis Öffentliche Gesundheit der Beauftragten für Migration, Flüchtlinge und Integration der Bundesregierung ergab sich durch deren Anfrage bei der Bundesgesundheitsministerin die Perspektive, migrantenspezifische Leistungen – also auch Dolmetschleistungen – im Katalog der Fallpauschalen (DRG) abzubilden. Bedauerlicherweise ist diese sehr positive Antwort der Bundesgesundheitsministerin vom Juni 2006, begründet aus juristischer, ökonomischer und ethischer Sicht, von der Bundesintegrationsbeauftragten bisher nicht der Öffentlichkeit zugänglich gemacht worden.

Für Krankenhäuser ergäbe sich daraus die Möglichkeit, Aufwendungen für Interkulturelle Öffnung, spezifischen Personaleinsatz für migrantenorientierte Leistungen, Sachleistungen und Honorare für Dolmetschleistungen mit den Kostenträgern zu verhandeln und – erforderliche Qualität vorausgesetzt – als Sonderentgelt beanspruchen zu können.

Um diese Ziele erreichen zu können, unternimmt das Bundesgesundheitsministerium in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf weitere Schritte. Z.Zt. wird in einem ersten Screening festgestellt, wie viele Krankenhäuser derartige Maßnahmen bereits berücksichtigen und wie hoch der Kostenanteil hierfür in deren Budgets ist. Eine Anfrage über alle Krankenhausgesellschaften der Länder, gerichtet an deren ca. 2.000 angeschlossene Institutionen wurde zum Jahresende 2006 gestartet. Früheste Resultate erwarten wir im ersten Quartal 2007. Für jedes weitere Vorgehen, insbesondere für Gespräche mit den Vertragspartnern bzw. Kostenträgern, werden die in diesem Band vorgelegten Ergebnisse die erforderliche Basis bilden.

Für alle Beteiligten ist zu wünschen, dass damit ein neues Kapitel „ Studie – Strategie - Umsetzung“ geöffnet wird.

Niels-Jens Albrecht  
für die Herausbergemeinschaft  
Januar 2007







BEDARF AN SPRACH- UND KULTUR-  
MITTLUNG IN VERSCHIEDENEN  
INSTITUTIONEN



# 1

Zur sprachlichen Verständigung in  
Krankenhäusern Berlins –  
die Perspektive der Klinikleitungen

**1 Zur sprachlichen Verständigung in Krankenhäusern Berlins – die Perspektive der Klinikleitungen****Susanne Deininger****Zusammenfassung**

Im 1. Quartal 2005 führte die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin eine Umfrage zur Verständigung mit nicht deutschsprachigen Patientinnen und Patienten an Berliner Krankenhäusern durch. Von den 49 angeschriebenen Krankenhausunternehmen beteiligten sich 39. Der geschätzte Ausländeranteil betrug durchschnittlich 9,5%. 7,1% der Patientinnen und Patienten bevorzugten eine andere Sprache als Deutsch, bei ca. 5 % war eine Verständigung nur sehr schwer oder gar nicht möglich. Als wichtigste Sprache wurde in der Hälfte der Fälle Türkisch genannt, gefolgt von Russisch, Arabisch, Englisch und Polnisch. Diese und die Sprachen des ehemaligen Jugoslawien wurden auch insgesamt am häufigsten genannt. Die Fachabteilungen mit dem höchsten Sprachmittlungsbedarf waren Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie/ Geburtshilfe und Psychiatrie. 29 von 39 Krankenhäusern (70%) griffen auf einen klinikinternen Pool an fremdsprachigem Personal und auf externe Dolmetscher zurück, ungefähr die Hälfte setzte allgemeines und fachspezifisches gedrucktes Informationsmaterial ein. Der Gemeindedolmetschdienst (GDD) war zum Zeitpunkt der Umfrage nur 17 von 39 Krankenhäusern bekannt, nur 5 davon setzten den GDD lt. Umfrage bisher ein. Fortbildungen zu interkultureller Kompetenz fanden nur in Häusern mit klinikinternem Pool statt, mehrheitlich für Pflegepersonal (17 von 29). Bei einem knappen Drittel war die interkulturelle Kompetenz Teil der Zielplanung ihres Hauses. Bei ca. 694.000 stationären Fällen pro Jahr in Berlin muss man von mindestens 34.000 Patientinnen und Patienten ausgehen, die erhebliche Probleme haben, sich auf Deutsch zu verständigen. Die Möglichkeiten einer bedarfsgerechten Versorgung dieser Patientinnen und Patienten müssen im Hinblick auf die vorhandenen Ressourcen (hauseigenes Personal, externe Sprach- und Kulturmittler, Einsatz von fremdsprachigen Materialien) geprüft werden. Sowohl für den Einsatz von eigenem Personal als auch von externen Dolmetschern bzw. Sprach- und Kulturmittlern sollten Mindestanforderungen unter Berücksichtigung bereits existierender Modelle erarbeitet werden.

## 1 Einleitung

In Berlin leben 13,5 % Menschen, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen (Stand: Dezember 2004). Hinzu kommen diejenigen, die zwar deutsche Staatsangehörige, jedoch nichtdeutscher Herkunft sind sowie Spätaussiedler. Nicht alle von ihnen verfügen über genügend Deutschkenntnisse, um sich in der Kommunikation mit ärztlichem, pflegerischem und therapeutischem Personal in ausreichendem Maße verständlich zu machen. Kommunikation spielt jedoch im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit eine wichtige Rolle: ohne die Möglichkeit, sich verständlich zu machen, sind Anamneseerhebung, Diagnostik und Therapie nur unter erschwerten Bedingungen durchzuführen und immer mit der Gefahr von Missverständnissen und Irrtümern behaftet. Trotz dieser vielfach beschriebenen Problematik findet die Kommunikation mit nicht deutschsprachigen Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern immer noch sehr häufig unter für alle Beteiligten unbefriedigenden Bedingungen statt. Man macht sich „irgendwie“ verständlich, nimmt die Hilfe von Angehörigen und Freunden der Patienten in Anspruch und notgedrungen Fehlinterpretationen und Missverständnisse in Kauf.

Über die Größenordnung des Problems in Berliner Krankenhäusern und die bereits dagegen ergriffenen Maßnahmen gab es bis jetzt nur vereinzelt Erkenntnisse. Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz führte daher im ersten Quartal 2005 eine Umfrage zur Verständigung mit nicht deutschsprachigen Patientinnen und Patienten an Berliner Krankenhäusern durch, deren Ergebnisse hier vorgestellt werden sollen.

## 2 Methoden

Es wurden die Leitungen aller Häuser mit mehr als 10 Betten angeschrieben. Von der Befragung ausgeschlossen waren Tageskliniken und private Fachkliniken für Schönheitsoperationen. Unternehmen mit mehreren Standorten bzw. Klinikunternehmen (wie z.B. Vivantes) wurden nur einmal angeschrieben. Der zweieinhalbseitige Fragebogen (s. Anhang) war in vier Teile gegliedert:

- Datenlage
- Sprachliche Verständigung mit nicht deutschsprachigen Patientinnen und Patienten (Anteil der Patientinnen und Patienten mit Kommunikationsschwierigkeiten, die wichtigsten Sprachen, die Fachabteilungen mit dem größten Bedarf, bereits ergriffene bzw. geplante Maßnahmen, Gemeindedolmetschdienst)
- Interkulturelle Kompetenz (in Fortbildung und Zielplanung)
- Allgemeine Informationen

Da die Angaben zum Ausländeranteil und zu den Patientinnen und Patienten mit

## 1

Kommunikationsschwierigkeiten fast ausschließlich als Schätzwerte angegeben wurden, wurden diese für die Auswertung mit den wenigen exakten Werten zusammengefasst. Die Auswertung erfolgte mit SPSS 11.5.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Datenerfassung, Ausländeranteil und Kommunikation

Von insgesamt 49 angeschriebenen Häusern schickten 39 den Fragebogen zurück, das entspricht einer Rücklaufquote von knapp 80%. Davon sind 8 in öffentlicher, 5 in privater und 26 in freigemeinnütziger Trägerschaft. Die Verteilung der teilnehmenden Krankenhäuser nach Bettenzahl ist der Abb. 1 zu entnehmen.

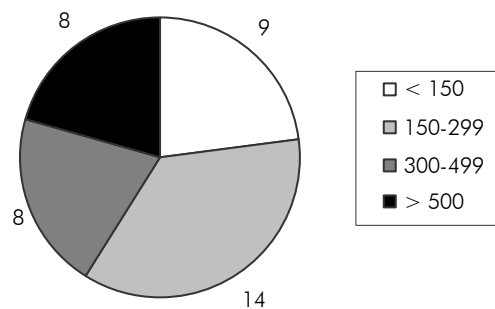


Abb. 1: An der Befragung teilnehmende Krankenhäuser nach Bettenzahl

Knapp 70 % (n=27) der teilnehmenden Häuser erfassten nach eigenen Angaben migrationsbezogene Daten, vier neben der Staatsangehörigkeit auch die Sprache ihrer nichtdeutschen Patientinnen und Patienten (Tab.1).

Tab.1: Datenerfassung von Migranten in Berliner Krankenhäusern

		Art der Datenerfassung			Gesamt
		Trifft nicht zu	Staatsangehörigkeit	Sprache und Staatsangehörigkeit	
Datenerfassung von Migranten	Ja	0	23	4	27
	nein	12	0	0	12
Gesamt		12	23	4	39



Bei einem Durchschnitt von 9,5% streuten die Angaben über die Patientinnen und Patienten mit ausländischem Pass zwischen 0% und 30%, wobei jeweils ca. 30% der Häuser bis zu 5% bzw. 6-10% ausländische Patientinnen und Patienten versorgten (Tab. 2). Statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen Trägerart oder Bettengröße und Ausländeranteil bestanden nicht.

Tab. 2: Anteil der Patientinnen und Patienten mit ausländischem Pass

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	<1%	3	7,7	8,3
	1-5%	11	28,2	30,6
	6-10%	11	28,2	30,6
	16-20%	6	15,4	16,7
	21-25%	2	5,1	5,6
	>26%	3	7,7	8,3
	Gesamt	36	92,3	100,0
Fehlend		3	7,7	
Gesamt		39	100,0	

In der Umfrage wurde sowohl nach dem Anteil der Patientinnen und Patienten gefragt, die in der Kommunikation mit dem Krankenhauspersonal eine andere Sprache als Deutsch bevorzugten als auch danach, wie hoch der Anteil der Patientinnen und Patienten war, mit denen eine Verständigung auf Deutsch nur sehr schlecht bzw. gar nicht möglich ist.

Durchschnittlich bevorzugten 7,1% der Patientinnen und Patienten eine andere Sprache als Deutsch, die Angaben streuten von 0 bis 25%. In über 40 % der teilnehmenden Krankenhäuser wurden bis zu 5% und in knapp einem Viertel zwischen 5 und 10% Patientinnen und Patienten versorgt, die lieber in einer anderen Sprache als Deutsch kommunizieren würden (s. Tab. 3).

Tab. 3: Anteil der Patientinnen und Patienten, die eine andere Sprache als Deutsch bevorzugten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	<1%	5	12,8	13,5
	1-5%	16	41,0	43,2
	6-10%	9	23,1	24,3
	11-15%	2	5,1	5,4
	16-20%	4	10,3	10,8
	21-25%	1	2,6	2,7
	Gesamt	37	94,9	100,0
Fehlend		2	5,1	
Gesamt		39	100,0	

Bei durchschnittlich 5% der Patientinnen und Patienten war nach Einschätzung der an der Umfrage beteiligten Häuser eine Verständigung auf Deutsch nicht

1

oder nur sehr eingeschränkt möglich. Knapp 60% der Befragten berichteten von bis zu 5% und immerhin noch ca. 10% von 6 bis 10% ihrer Patientinnen und Patienten mit derart großen Verständigungsproblemen (s.Tab.4). Ein Krankenhaus berichtete, dass bei 5 bis 10% seiner Patientinnen und Patienten überhaupt keine Verständigung möglich sei!

Tab. 4: Anteil der Patientinnen und Patienten, mit denen Verständigung nur schlecht oder gar nicht möglich ist

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	<1%	7	17,9
	1-5%	22	56,4
	6-10%	4	10,3
	11-15%	3	7,7
	16-20%	1	2,6
	21-25%	1	2,6
	Gesamt	38	97,4
Fehlend	1	2,6	
Gesamt	39	100,0	

In Abb. 2 werden die Nennungen der teilnehmenden Krankenhäuser zu den beschriebenen drei Charakteristika der Patientenstruktur zusammengefasst:

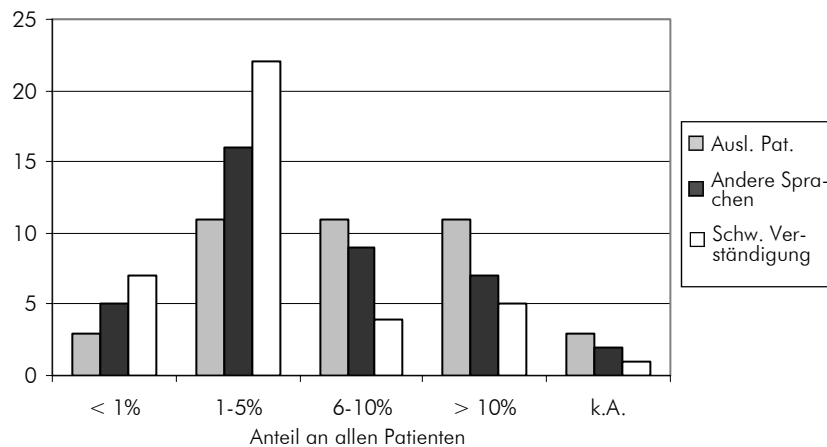


Abb.2: Ausländeranteil, Bevorzugung einer anderen Sprache und schwierige Verständigung

## 3.2 Bedarf an Sprachmittlung bezogen auf Fremdsprachen

1

## 3.2.1 Fremdsprachen

Um zu ermitteln, für welche Sprachen der größte Bedarf an Sprachmittlung/Übersetzung besteht, wurden die Klinikleitungen gebeten, die Sprachen, für welche sie den größten Bedarf sahen, mit einer Rangordnung von 1-6 zu versehen. Im Folgenden werden nur die ersten drei Rangplätze dargestellt, da der hohe Prozentsatz an fehlenden Angaben für die Rangplätze 4-6 keine sinnvollen Aussagen zulässt.

Als wichtigste Sprache nannte die Hälfte der Krankenhäuser mit 18 Nennungen Türkisch und mit 9 Nennungen ein Viertel Russisch (s Abb. 3). Weitere wichtige Sprachen auf dem 1. Rangplatz waren Arabisch (4 Nennungen) und Englisch (3 Nennungen).

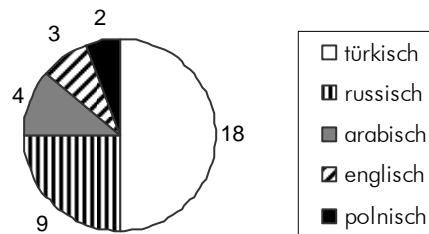


Abb. 3: Sprachmittlungsbedarf 1. Rangplatz (nur gültige Nennungen)

Als zweitwichtigste Sprache wurden je 7mal Türkisch, Russisch und die Sprachen des ehemaligen Jugoslawien (zusammen ca. 80% der Nennungen für den 2. Rangplatz) genannt, gefolgt von Englisch mit 5 Nennungen und Arabisch mit 4 Nennungen (Abb. 4).

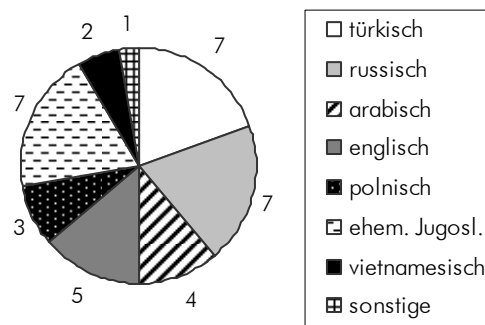


Abb. 4: Sprachmittlungsbedarf 2. Rangplatz (nur gültige Nennungen)

1

Den 3. Rangplatz nahmen Russisch mit 9 Nennungen (30% aller genannten Sprachen auf dem 3. Rangplatz), Englisch und Polnisch mit je 6 Nennungen und die Sprachen des ehemaligen Jugoslawien mit 5 Nennungen ein. Neun der teilnehmenden Häuser machten zum 3. Rangplatz keine Angaben (Abb. 5).

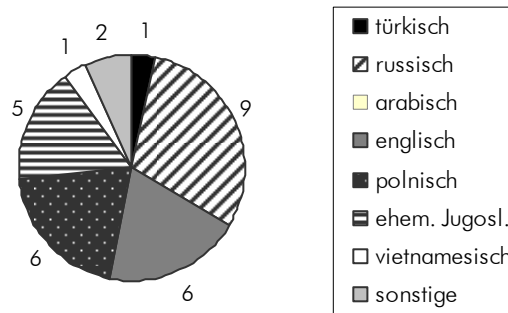


Abb. 5: Sprachmittlungsbedarf 3. Rangplatz (nur gültige Nennungen)

Insgesamt, bei Berücksichtigung aller Nennungen, also ohne Priorisierung, stellt sich der Bedarf an Sprachmittlung für alle genannten Sprachen folgendermaßen dar: Fast gleich häufig wurden Türkisch und Russisch genannt (zusammen ca. 40% der Nennungen), gefolgt von Englisch (13%), Polnisch (13%), den Sprachen des ehemaligen Jugoslawien (11%), Arabisch (9%) und Vietnamesisch (5%). Japanisch, Rumänisch, Tschechisch, Persisch, Albanisch, und Griechisch wurden nur jeweils einmal genannt und machen insgesamt 7% aller Nennungen aus (Abb. 6).

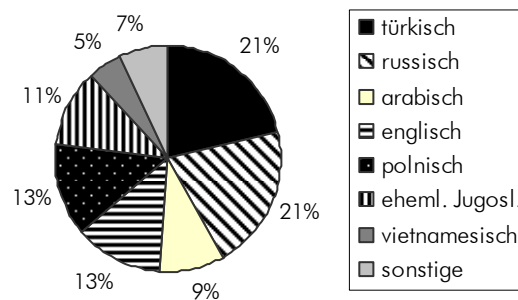


Abb. 6: Sprachmittlungsbedarf insgesamt, alle Nennungen (n=135) in Prozent (nur gültige Nennungen)

### 3.2.2 Fachabteilungen

1

Um den Bedarf an Sprachmittlung in den einzelnen Fachabteilungen zu ermitteln, wurde dasselbe Verfahren angewandt wie bei der Abfrage der am häufigsten benötigten Sprachen. Die fehlenden Angaben lagen bei dieser Frage deutlich höher als bei der vorhergehenden: Fünf Teilnehmer an der Umfrage machten zu diesem Punkt nur Angaben ohne Priorisierung, sechs überhaupt keine Angaben. Für die Auswertung wurden die Fachabteilungen Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie und Neurochirurgie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe jeweils zusammengefasst.

Da nicht ausgeschlossen werden konnte, dass die Beteiligung von Fachkliniken, insbesondere der Kliniken für Psychiatrie, die Ergebnisse verzerren würden, wurden die Auswertungen sowohl ohne diese Kliniken (n=33) als auch mit allen Kliniken durchgeführt. Bis auf den Bereich Psychiatrie/ Psychotherapie, der zusammen mit Neurologie/ Neurochirurgie in der Auswertung ohne Fachkliniken nur noch am vierthäufigsten als wichtigste Abteilung genannt wurde, ergeben sich kaum Unterschiede in den Gewichtungen.

Die Krankenhäuser nannten am häufigsten die Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie die Innere Medizin an erster Stelle, erst danach folgten Chirurgie und die Fachabteilungen für Psychiatrie bzw. Psychotherapie mit jeweils fünf Nennungen (Abb. 7).

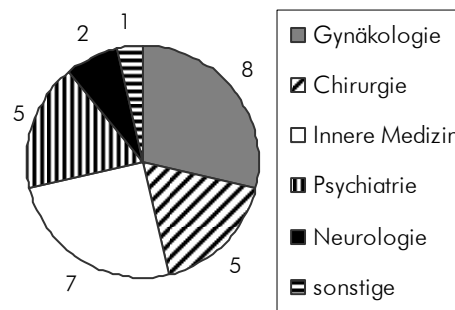


Abb. 7: Fachabteilungen mit hohem Sprachmittlungsbedarf 1. Rangplatz (n=39) (nur gültige Nennungen)

Berücksichtigt man jedoch alle Nennungen der Fachabteilungen mit dem höchsten Sprachmittlungsbedarf unabhängig vom Rangplatz, werden Chirurgie und Innere Medizin zusammen in knapp der Hälfte der Fälle genannt, in deutlich geringerem Umfang Gynäkologie/Geburtshilfe, Neurologie/Neurochirurgie, Psychiatrie/Psychotherapie und schließlich Pädiatrie (s. Abb.8).

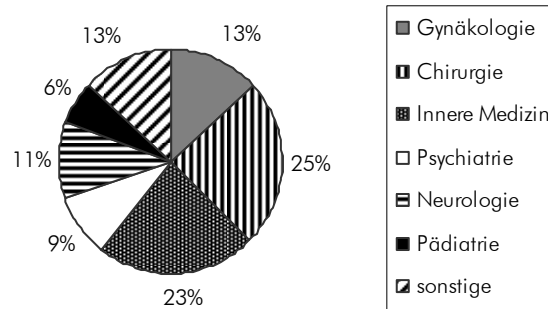


Abb. 8: Fachabteilungen mit hohem Sprachmittlungsbedarf (alle gültigen Nennungen in Prozent) (n=105)

### 3.3 Maßnahmen zur Behebung der Verständnisschwierigkeiten und zur Erhöhung der interkulturellen Kompetenz

Berliner Krankenhäuser bedienen sich nach eigenen Angaben mehrerer Möglichkeiten, um diejenigen Patientinnen und Patienten, die sich auf Deutsch nur schwer verständigen können, mit den notwendigen Informationen zu versehen (s. Abb. 9).

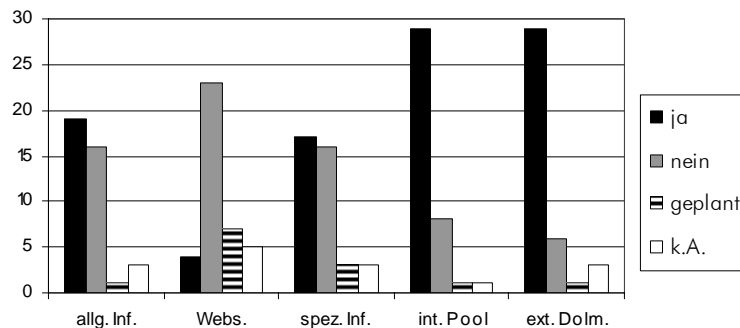


Abb. 9: Maßnahmen zur Verbesserung der sprachlichen Verständigung

Über 70% (29 von 39) der an der Umfrage teilnehmenden Häuser gaben an, auf einen klinikinternen „Pool“ an fremdsprachigem Personal zurückzugreifen, genauso viele setzten auch externe Dolmetscher ein. Anlässe, Häufigkeit der Einsätze sowie die berufliche Qualifikation des zu Sprachmittlungszwecken eingesetzten Personals wurden nicht abgefragt. Aussagen dazu können daher nicht getroffen werden.

Der Einsatz von allgemeinen und fachspezifischen Informationen wurde 19 bzw. 17 mal genannt, d.h. knapp 50% bedienten sich dieser Möglichkeit. Mit vier Nennungen am seltensten wurde angegeben, eine mehrsprachige Website aufgebaut zu haben.

Die Angaben zu den Planungen für die kommenden Jahre bezogen sich am häufigsten auf den Aufbau einer mehrsprachigen Website (7 Nennungen), für alle anderen Maßnahmen bestanden zum Zeitpunkt der Umfrage keine weiteren Planungen in nennenswertem Umfang.

Ein Zusammenhang zwischen der beschriebenen Patientenstruktur und der Einführung von Maßnahmen zur besseren Verständigung ließ sich auf Grund der vorhandenen Daten nicht herstellen.

Über weitere Maßnahmen wurde nur in einzelnen Fällen berichtet. Genannt wurden Arbeitsgruppen, besondere Sprechstunden, Aufbau eines Konsiliar-dienstes, Einsatz von Kommunikationsmaterialien wie KOM-MA (Klinikum Nürnberg) und von Piktogrammen, sowie die Teilnahme an den EU-Projekten „Health Promoting Hospital“ bzw. „Migrant Friendly Hospital“.

### 3.3.1 Exkurs: Gemeindedolmetschdienst

Obwohl sehr viele Krankenhäuser bei Bedarf auch auf externe Dolmetscher zurückgreifen, war zum Zeitpunkt der Umfrage der Gemeindedolmetschdienst nur 17 von 39 Häusern bekannt. Dieses Angebot wurde im Rahmen des EQUAL-Programms der EU aufgebaut. Seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden speziell für die Sprach- und Kulturmittlung im Gesundheits- und Sozialwesen – und damit auch im Krankenhaus – ausgebildet. Nur 5 Krankenhäuser nahmen den Gemeindedolmetschdienst laut Umfrage in Anspruch (alle mit einem geschätzten Anteil an Patientinnen und Patienten mit schlechten Verständigungsmöglichkeiten von 1-5%). Diese fünf Häuser setzten auch eigenes fremdsprachiges Personal zur Verständigung ein. Vier Krankenhäuser planten den Einsatz des Gemeindedolmetschdienstes für die Zukunft. Kein Haus in privater Trägerschaft nahm laut Umfrage die Dienste des Gemeindedolmetschdienstes in Anspruch oder plante, dies in Zukunft zu tun.

### 3.3.2 Interkulturelle Kompetenz als Thema von Fortbildungen und in der Zielplanung

Verständigungsschwierigkeiten mit Patientinnen und Patienten nichtdeutscher Herkunft beruhen nicht nur auf sprachlichen Problemen, sondern auch auf unterschiedlichen Kulturen. Es ist daher sinnvoll, für das Krankenhauspersonal Möglichkeiten der interkulturellen Fortbildung anzubieten. Die an der Umfrage teilnehmenden Krankenhäuser haben dies für die einzelnen Gruppen ihres Personals in unterschiedlichem Ausmaß getan, v.a. Pflegekräfte konnten sich

## 1

fortbilden. Alle Fortbildungen zur interkulturellen Kompetenz fanden nur in Häusern statt, in denen auch ein Pool aus klinikinternem fremdsprachigem Personal zusammengestellt worden war (Tab. 5).

Tab. 5: Fortbildungen zu interkultureller Kompetenz für Krankenhauspersonal  
(Anzahl der Nennungen)

Fortbildung zu interkultureller Kompetenz	Ärzte	Pflegekräfte	Therapeutisches Personal	Sonstiges Personal
Ja	11	17	12	6
Nein	22	19	23	23
Geplant	4	2	3	3
k.A.	2	1	1	1

Ein knappes Drittel (12 Nennungen) der teilnehmenden Krankenhäuser gab an, dass die interkulturelle Kompetenz auch Eingang in die Zielplanung ihres Hauses gefunden habe. Von der Möglichkeit, zusammen mit den Fragebögen hierzu Unterlagen mitzuschicken, wurde leider kaum Gebrauch gemacht. Auch hier ist kein direkter Zusammenhang zur Patientenstruktur der Häuser gegeben.

#### 4 Diskussion

Die angeschriebenen Krankenhausleitungen gaben einen durchschnittlichen Ausländeranteil von 9,5% für ihre Häuser an. Dies ist weniger als es der Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung Berlins von 13,5% (Stand Dezember 2004, s. Ohliger, R. 2005) erwarten ließe. Mögliche Gründe sind zum einen eine Unterschätzung des Problems, zum anderen aber auch die abweichende Altersstruktur von Migrantinnen und Migranten, wie aus Tab. 6 ersichtlich ist.

Tab. 6: Verteilung der deutschen und nichtdeutschen Bevölkerung Berlins nach Altersgruppen Dezember 2004

Alter	<21	21-45	46-65	>65
Deutsche Staatsangehörigkeit	18,6%	36,2	29,0	16,2%
Nicht-deutsche Staatsangehörigkeit	20,3%	53,8%	20,6%	5,3

Staatsangehörigkeit bzw. Herkunft allein lassen keine Rückschlüsse auf den Bedarf an Sprach- und Kulturmittlung zu. Besonders wichtige Hinweise geben darauf jedoch die Angaben zur Bevorzugung einer anderen Sprache als Deutsch und zum Anteil der Patientinnen und Patienten, bei den es große Verständigungsschwierigkeiten gibt: Nur wenige an der Umfrage beteiligte Krankenhä-



ser berichteten von keinerlei Problemen in diesem Zusammenhang. Nimmt man nur die Angaben zu Patientinnen und Patienten, mit denen eine Verständigung nur schlecht oder gar nicht möglich ist (durchschnittlich 5%), sind bei ca. 694.000 stationären Fällen pro Jahr in Berlin (KISS 2002) über 34.000 Patientinnen und Patienten im Umgang mit Krankenhauspersonal auf Sprachmittlung angewiesen.

Die Nennung der fünf häufigsten Sprachen bzw. Sprachgruppen in der Umfrage entspricht den fünf größten ausländischen Sprachgruppen in Berlin. Offensichtlich spielen bei Verständigungsproblemen westeuropäische Sprachen bis auf Englisch, das als weltverbreitete Kommunikationssprache eine Sonderrolle einnimmt, keine große Rolle. Für die Hälfte der Krankenhäuser ist Türkisch die Sprache mit dem größten Übersetzungsbedarf, für ein Viertel Russisch. Dies bedeutet jedoch nicht, dass z.B. die Hälfte aller Krankenhäuser hauptsächlich Migrantinnen und Migranten türkischer Herkunft versorgen, wohl aber, dass die Verständigung mit dieser Bevölkerungsgruppe als besonders schwierig empfunden wird.

Wenn es darum geht, auf einfachem Weg Informationen in anderen Sprachen als Deutsch weiterzugeben, wird im Allgemeinen zunächst an die Weitergabe von gedrucktem Informationsmaterial in der jeweiligen Muttersprache gedacht. Diese sind zwar bei Patientinnen und Patienten mit geringer Schulbildung nur begrenzt einsetzbar und können auch kein persönliches Gespräch ersetzen, haben aber eine deutliche Signalfunktion. Mit den erwähnten Einschränkungen sind sie darüber hinaus durchaus geeignet, zur Vorbereitung von Gesprächen benutzt zu werden. Es ist daher erstaunlich, dass allgemeine Informationsbroschüren oder auch fachspezifische Informationen nicht häufiger eingesetzt werden. Mögliche Gründe sind die relativ aufwändige Erstellung geeigneter Materialien und die Unkenntnis über bereits existierende Materialien.

Als häufigste Maßnahmen für eine bessere Verständigung mit ihren nicht-deutschsprachigen Patientinnen und Patienten nannten die Krankenhäuser hingegen die Bildung von Pools aus krankenhausinternem Personal und die Hinzuziehung von externen Dolmetschern. Es können keine Aussagen darüber getroffen werden, ob es sich bei den klinikinternen Pools um medizinisch gebildete Fachkräfte handelt und ob diese für ihre Sprachmittlungsaufgaben spezielle Fortbildungen erhielten. Die Tatsache jedoch, dass von den Krankenhäusern mit einem hausinternen Pool 60% interkulturelle Fortbildungen für ihr Pflegepersonal und fast 40% für ärztliches Personal anbieten, legen diese Vermutung zumindest für einen Teil der Krankenhäuser nahe. In einigen wenigen Fällen wurde dies im Rahmen zusätzlicher Informationen auch explizit so bestätigt.

## 1

Ein beträchtlicher Teil der Krankenhäuser setzt allerdings das eigene Personal immer noch ohne entsprechende Fortbildungen zu Dolmetschzwecken ein. Die Erfahrungen haben jedoch gezeigt, dass dies allenfalls eine Behelfslösung sein kann: Sprachmitteln erfordert u. a. das Bewusstsein der eigenen Rolle beim Prozess des Dolmetschens, Kenntnis der Lebenslage, in der sich Patientinnen und Patienten befinden (Borde, David, Kentenich, 2000) sowie interkulturelle Kompetenz, die nicht ohne weiteres mit Zweisprachigkeit gleichzusetzen ist. Dies sind einige der Gründe, warum Modelle wie der Gemeindedolmetschdienst in Berlin oder der Dolmetscherdienst des Ethno-Medizinischen Zentrums in Hannover entwickelt wurden. Krankenhäuser mit Erfahrung im Einsatz von hausinternem Personal weisen zudem auf die Notwendigkeit klarer Aufgaben- und Organisationsstrukturen für das Sprachmitteln hin (Wesselmann, 2004).

Die Erfahrungen der Berliner Krankenhäuser, die über einen internen Pool mit fortgebildetem Personal verfügen, sollten unter Berücksichtigung von ähnlichen Modellen in anderen Städten (z.B. Krankenhaus Schwabing, München) daraufhin geprüft werden, ob und unter welchen Bedingungen der Einsatz von klinik-eigenem fremdsprachigen Fachpersonal eine sinnvolle Lösung für Verständigungsprobleme mit nichtdeutschsprachigen Patientinnen und Patienten ist.

Genau so oft wie der Einsatz von hausinternem Personal wird der Einsatz von externen Dolmetschern genannt. Vor allem in den Fällen, in denen es um Haftungsfragen geht, werden gerne attestierte Dolmetscher eingesetzt (mündliche Mitteilung), die jedoch nicht notwendigerweise über besondere medizinische oder gar interkulturelle Kompetenzen verfügen. Bedauerlicherweise war zum Zeitpunkt der Umfrage der Gemeindedolmetschdienst, dessen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter speziell für Einsätze im Gesundheitsbereich ausgebildet wurden, nur wenigen Krankenhausleitungen bekannt und wurde auch von denjenigen, die ihn kennen, nur selten eingesetzt. Gründe hierfür sind im Rahmen der Umfrage nur einmal angeführt worden; sie bezogen sich auf unbefriedigende Erfahrungen mit dem ersten Ausbildungsdurchgang des Gemeindedolmetschdienstes. Diese Fehler sind mittlerweile behoben worden. Inzwischen wurde auch das Ausbildungsprojekt beendet. Im Rahmen eines Anschlussprojektes sollen jedoch Instrumente für die nachhaltige Implementierung des Gemeindedolmetschdienstes als Dienstleister im Gesundheits- und Sozialbereich einschließlich Qualitätssicherung eingeführt werden. Auch für dieses Modell sind die Einsatz- und Finanzierungsmöglichkeiten in Krankenhäusern zu prüfen, gegebenenfalls auch in Ergänzung bzw. in Kombination mit klinikeigenem Personal.

Die Ergebnisse der Umfrage zeigen deutlich auf, dass schlechte Verständigungsmöglichkeiten mit nicht deutschsprachigen Patientinnen und Patienten an Berliner Krankenhäusern auch von Seiten der Krankenhausleitungen nicht nur

als Einzelfälle gesehen werden. Allerdings hängen Art und Umfang der ergriffenen Maßnahmen keineswegs immer vom Ausmaß des Problems für einzelne Häuser ab. Dies wäre vermutlich erst dann der Fall, wenn das „Verstandenwerden“ explizit Teil der Behandlungsqualität in Berliner Krankenhäusern wäre und gute Verständigungsangebote an Patientinnen und Patienten damit in Berlin nicht nur im Ermessen der jeweiligen Häuser lägen bzw. vom Engagement Einzelner abhingen, sondern zur Normalität des Klinikalltags in einer Großstadt gehörten.

### Literatur

- BORDE, TH. & DAVID, M. & KENTENICH, H. (2000). „Patientinnenorientierung im Kontext der kulturellen Vielfalt im Krankenhaus“. In: David, M.; Borde, Th; Kentenich, H. Hrsg. Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. 121-154. Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag.
- KISS, A. & BÖMERMANN, H. ET AL. (2002). Spezialbericht 2002 – 1. Diagnosedaten der Berliner Krankenhauspatienten. Berlin, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz.
- KLINIKUM NÜRNBERG (13.02.2006). „KOM-MA. Fremdsprachige Kommunikationsmaterialien“. Online: [www.klinikum-nuernberg.de/DE/ueber\\_uns/projekte\\_initiativen/kom\\_ma/index.html](http://www.klinikum-nuernberg.de/DE/ueber_uns/projekte_initiativen/kom_ma/index.html).
- OHLIGER, R. & RAISSER, U. (2005). Integration und Migration in Berlin. Zahlen – Daten – Fakten. Berlin, Der Beauftragte des Senats von Berlin für Integration und Migration.
- WESSELMANN, E & LINDEMEYER, T. & LORENZ, A. L. (2004). Wenn wir uns nicht verstehen, verstehen wir nichts. Übersetzen im Krankenhaus. Der klinikinterne Dolmetscherdienst. Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag.

**1****Anhang****Umfrage zur Verständigung mit nicht deutschsprachigen Patientinnen und Patienten an Berliner Krankenhäusern**

Krankenhaus/Unternehmen
-------------------------

**I. Datenlage****I.1.**

Erfassen Sie migrationsbezogene Daten Ihrer Patientinnen/Patienten ?

Ja                       Nein **I.2.**

Wenn ja, wie erfassen Sie? (Mehrfachnennung möglich)

Nach Staatsangehörigkeit  
Nach bevorzugter Sprache**I.3.**Wie hoch ist der Anteil an ausländischen Patientinnen/Patienten? (Wenn Sie nicht über genaue Zahlen verfügen, geben Sie bitte einen Schätzwert an)  
geschätzt:**II. Sprachliche Verständigung mit nicht deutschsprachigen Patientinnen/Patienten****II.1.**Wie hoch ist der Anteil an Patientinnen/Patienten, die eine andere Sprache als Deutsch bevorzugen? (Wenn Sie nicht über genaue Zahlen verfügen, geben Sie bitte einen Schätzwert an)  
geschätzt:**II.2.**Wie hoch ist der Anteil der Patientinnen/Patienten in Ihrem Haus, mit denen die Verständigung auf Deutsch nur schlecht oder gar nicht möglich ist? (Wenn Sie nicht über genaue Zahlen verfügen, geben Sie bitte einen Schätzwert an)  
geschätzt:**II.3.**Für welche Sprachen sehen Sie nach Ihrer Datenlage den größten Bedarf an Sprachmittlung?  
(Bitte geben Sie diese Sprachen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit an)

1.	2.
3.	4.
5.	6.

**II.4.**

Für welche Fachabteilungen/Bereiche sehen Sie den größten Bedarf an Sprachmittlung?

1.	2.
3.	4.
5.	6.

**II.5.**

Welche Maßnahmen zur besseren Verständigung mit nicht deutschsprachigen Patientinnen/Patienten wurden in Ihrem Haus bereits ergriffen? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Allgemeine Informationsblätter/-Broschüren für Patientinnen/Patienten in mehreren Sprachen  
Ja            Nein                            geplant ab 200
- Mehrsprachige Website  
Ja            Nein                            geplant ab 200
- Mehrsprachige schriftliche Informationen über Krankheitsbilder, Therapien, Einverständniserklärungen  
Ja            Nein                            geplant ab 200
- Zusammenstellung eines „Pools“ von nichtdeutschsprachigem krankenhouseigenem Personal  
Ja            Nein                            geplant ab 200
- Hinzuziehen von Dolmetschern /Sprachmittlern von außen?  
Ja            Nein                            geplant ab 200
- Sonstige Maßnahmen:

**II.5.**

Ist Ihnen der Gemeindedolmetschdienst Berlin (<http://www.gemeindedolmetschdienst-berlin.de/>) bekannt?

Ja            Nein

**II.6.**

Haben Sie bereits mit dem Gemeindedolmetschdienst zusammengearbeitet?

Ja            Nein                            geplant ab 200

**III. Interkulturelle Kompetenz****III.1.**

Gibt es in Ihrem Haus Fortbildungen zu Fragen der interkulturellen Kompetenz für

Ärzte/Ärztinnen:	ja	nein	geplant ab 200
Pflegepersonal:	ja	nein	geplant ab 200
therapeutisches Personal:	ja	nein	geplant ab 200
sonstiges Personal:	ja	nein	geplant ab 200

(Mehrfachnennungen sind möglich)

**III.3.**

Hat die interkulturelle Kompetenz Eingang in die Zielplanung Ihres Hauses gefunden?

Ja            Nein                            geplant ab 200

**1****IV. Allgemeine Information:****IV.1.**

Wie viele Stationen (einschl. Intensivstationen) gibt es in Ihrem Unternehmen/ Haus?

**IV.2.**

Wie viele Funktionsbereiche (ohne OP) gibt es in Ihrem Unternehmen/ Haus?

**V. Anmerkungen:**

---

Für eventuelle Rückfragen:  
Dieser Bogen wurde ausgefüllt von

Name	Funktion
Telefon	E-mail:

Bitte zurücksenden an:





Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz  
Frau Dr. Susanne Deininger  
-II J 12 –  
Oranienstr. 106  
10969 Berlin  
E-mail: Susanne.Deininger@sengsv.verwalt-berlin.de

Vielen Dank für Ihre Mühe!









# 2

## Der Bedarf an Sprach- und KulturmittlerInnen aus Sicht der MitarbeiterInnen eines Berliner Bezirksamtes

## **2 Der Bedarf an Sprach- und KulturmittlerInnen aus Sicht der MitarbeiterInnen eines Berliner Bezirksamtes**

**Johanna Uebelacker**

**2**

### **Zusammenfassung**

*Der Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg ist geprägt durch eine hohe kulturelle Vielfalt und eine niedrige Sozialstruktur. Verständigungsschwierigkeiten haben nach Angaben der MitarbeiterInnen des dortigen Bezirksamtes eine hohe Relevanz und betreffen bis zu 30% der betreuten KlientInnen. Mit dem Ziel für diese KlientInnen einen gleichberechtigten Zugang zur sozialen und gesundheitlichen Versorgung zu schaffen, wurde vom Bezirksamt eine Untersuchung in Auftrag gegeben, welche die derzeitige Verständigungspraxis mit MigrantInnen erfassen, den Bedarf an Sprach- und KulturmittlerInnen ermitteln und daraus Handlungsempfehlungen ableiten sollte. Insgesamt wurden 140 MitarbeiterInnen des Jugend-, Gesundheits-, Sozial- und Bürgeramtes mit Fragebögen befragt und ergänzend vier vertiefende Interviews geführt. Die Untersuchung ergab, dass sich die MitarbeiterInnen derzeit überwiegend in vereinfachtem Deutsch oder mit Hilfe von mehrsprachigen Begleitpersonen mit KlientInnen verständigen, wenn diese über geringe Deutschkenntnisse verfügen. Diese Verständigungspraxis führt nicht nur häufig zu Missverständnissen und erfordert einen erhöhten Zeitaufwand für die Gespräche, sondern ist auch die Ursache für eine große Unzufriedenheit unter den befragten MitarbeiterInnen. Zur effizienteren Überbrückung von Kommunikationsbarrieren beurteilen die MitarbeiterInnen den vermehrten Einsatz professioneller Sprach- und KulturmittlerInnen als besonders wichtig.*

### **1 Einleitung**

Die kulturelle Vielfalt der Wohnbevölkerung Deutschlands ist heute vor allem aus den städtischen Ballungsgebieten nicht mehr wegzudenken. Dementsprechend arbeiten MitarbeiterInnen des Gesundheits- und Sozialwesens tagtäglich im Kontakt mit Menschen verschiedenster kultureller Herkunft. Zu ihnen gehören nicht nur diejenigen, die schon seit vielen Jahren in Deutschland leben und sich dauerhaft in diesem Land niedergelassen haben, sondern auch jene, die sich erst seit kurzem bzw. nur vorübergehend in Deutschland aufhalten, wie zum Beispiel neu zugezogene Familienangehörige, StudentInnen und Flüchtlinge. Häufig stehen SachbearbeiterInnen, SozialarbeiterInnen und Ärzte bzw. Ärztinnen dann vor der Aufgabe, kulturelle und sprachliche Barrieren zu überbrücken. Fehlt eine gemeinsame sprachliche Grundlage jedoch gänzlich, so sind die

Beteiligten auf die Hilfe von Dritten angewiesen, um sich miteinander verständigen zu können. Die im Folgenden dargelegte Untersuchung geht der Frage nach, welche Personen für sprachmittlerische Tätigkeiten im Gesundheits- und Sozialwesen derzeit in Anspruch genommen werden, wie sich ihr Einsatz auf ein Beratungsgespräch auswirkt und welche Anforderungen Sprach- und KulturmittlerInnen erfüllen sollten, um eine Verständigung bestmöglich zu gestalten.

### 1.1 Zur sozialen Lage von MigrantInnen in Friedrichshain-Kreuzberg

Der Berliner Innenstadtbezirk Friedrichshain-Kreuzberg wurde unter anderem deshalb als Untersuchungsort gewählt, weil die Thematik der interkulturellen Kommunikation in diesem Stadtteil aufgrund des hohen Anteils nichtdeutscher StaatsbürgerInnen (23%) eine hohe Relevanz besitzt. Die Stadtteile Friedrichshain und Kreuzberg, die im Jahr 2001 zu einem gemeinsamen Bezirk fusionierten, unterscheiden sich sowohl hinsichtlich ihrer demographischen als auch sozialen Struktur: Während in Kreuzberg fast ein Drittel der Wohnbevölkerung keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzt und das Risiko, von Arbeitslosigkeit und Armut betroffen zu werden, höher liegt als in allen anderen Berliner Bezirken, so fällt nicht nur der Ausländeranteil, sondern auch das Armutsrisiko in Friedrichshain wesentlich geringer aus. Laut Sozialstrukturatlas 2003, der Indikatoren wie Arbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug, Lebenserwartung, Bildungs- und Ausbildungsstruktur sowie Einkommenslage einbezieht, belegt der Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg den niedrigsten Sozialindex-Rang innerhalb Berlins (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2003).

Besonders betroffen von diesem erhöhten Gesundheits- und Armutsrisiko sind MigrantInnen und insbesondere Kinder mit Migrationshintergrund. So sind 39% der Berliner Haushalte mit einem ausländischen Haushaltsvorstand von Armut betroffen, gegenüber einem Armutsanteil von 9% in deutschen Haushalten (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2002). Die gesundheitliche und soziale Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe kann nicht allein durch migrantenspezifische Dienste geleistet werden. Umso wichtiger ist es, MigrantInnen einen gleichberechtigten Zugang zur sozialen und gesundheitlichen Regelversorgung zu schaffen. Diese Tatsache wird zunehmend auch in der öffentlichen Verwaltung erkannt, und in Folge dessen wird im Rahmen der interkulturellen Öffnung der Abbau struktureller Benachteiligungen im sozialen Bereich vorangetrieben.

Auch das Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg verfolgt seit einigen Jahren das Ziel, seine Angebote verstärkt nach den Bedürfnissen von MigrantInnen auszurichten und somit eine Verbesserung ihrer sozialen und gesundheitlichen Lage anzustreben. Zu diesem Zweck wurde 1996 das "Interkulturelle Gesundheits-

netzwerk", gegründet, welches sich in Form von Veröffentlichungen, Vernetzungsarbeit und praktischen Projekten für eine Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung, sowie für die Chancengleichheit von MigrantInnen einsetzt. Zentrale Aufgabe der Planungsgruppe, welche von der Plan- und Leitstelle Gesundheit und der Ausländerbeauftragten des Bezirksamtes koordiniert wird, ist die Aus- und Weiterbildung von SprachmittlerInnen, sowie die Einrichtung eines Dolmetschdienstes für medizinische, psychosoziale und therapeutische Institutionen Berlins (Papies-Winkler 2003).

## 1.2 Interkulturelle Kommunikation in der sozialen Regelversorgung

Situationen interkultureller Kommunikation sind dadurch gekennzeichnet, dass sie von den Beteiligten abverlangen, mit einer Vielzahl von neuen, ungewohnten Informationen umzugehen, ohne dabei auf ihre gewohnten Kommunikationsstrukturen zurückgreifen zu können. Findet eine solche interkulturelle Kommunikation im Behördenkontext statt, so unterliegt sie zudem einem gewissem Zwang, in dem Sinne, dass die KlientInnen bei der Umsetzung ihres Anliegens auf die Kommunikation mit den MitarbeiterInnen angewiesen sind und diese wiederum per Gesetz oder Auftrag verpflichtet sind, die Anliegen der KlientInnen zu erfassen und zu bearbeiten. Idealerweise führt die gegenseitige Verständigung zu einem gemeinsamen Handlungsziel, dass sowohl die Bedürfnisse der KlientInnen befriedigt, als auch dem Auftrag und den gesetzlich-bürokratischen Vorgaben der MitarbeiterInnen gerecht wird. Kann jedoch keine Einigung erzielt werden, so tritt ein anderer Aspekt der Behördenkommunikation in den Vordergrund: das asymmetrische Verhältnis von Macht. Als ausführendes Organ des Staates besitzen VerwaltungsmitarbeiterInnen eine abgeleitete Herrschaftsmacht, die ihnen das Recht gibt, behördliche Entscheidungen gegenüber KlientInnen - gegebenenfalls durch die Androhung von Sanktionen - durchzusetzen. Neben der institutionellen Macht können andere Faktoren ein Machtgefälle noch verstärken, wie der Wissensvorsprung der MitarbeiterInnen gegenüber den KlientInnen oder die Steuerung des Gesprächsverlaufs seitens der MitarbeiterInnen.

Besonders stark kommt eine solche Machtasymmetrie dann zur Geltung, wenn die BeraterInnen der Mehrheitsgesellschaft und die KlientInnen einer kulturellen Minderheit angehören. In diesem Fall fehlt den KlientInnen häufig das nötige verwaltungsbezogene und landesspezifische Wissen, um Entscheidungen nachvollziehen zu können. Gleichzeitig ist deren faktische Abhängigkeit von behördlichen Entscheidungen in besonderem Maß gegeben, da sie als nicht-deutsche StaatsbürgerInnen nur über eingeschränkte Rechte verfügen. Dieses mehrdimensionale Machtgefälle kann dazu führen, dass KlientInnen mit

Migrationshintergrund die Situation als bedrohlich erleben und ihre Interessen nicht klar vertreten, die MitarbeiterInnen sich andererseits nicht auf die Anliegen der KlientInnen einlassen. Das Verhalten der MitarbeiterInnen, das auf sachliche und formelle Korrektheit, Unpersönlichkeit und Gleichbehandlung ausgelegt ist, kann von MigrantInnen, welche im Laufe ihrer Migrationsgeschichte die Erfahrung von Ausgrenzung und existentieller Bedrohung gemacht haben, als Missachtung ihrer persönlichen Bedürfnisse empfunden werden. Aufgrund von Intransparenz und Unkenntnis über die verwaltungsrechtlichen Rahmenbedingungen bleibt ihnen dann häufig nichts anderes übrig, als ihr Anliegen durch ihre persönliche Lebenssituation zu rechtfertigen. Diese persönlichen Erfahrungen, die sowohl durch die Herkunftskultur als auch durch die Migrationsgeschichte geprägt sind, können für VerwaltungsmitarbeiterInnen zu einer Überforderung und Abgrenzung führen, die sich wiederum in einer Betonung von Unpersönlichkeit äußert. Ebenfalls resultiert aus dem mangelnden Verständnis der bürokratischen Strukturen und Handlungsabläufe, sowie der fehlenden Möglichkeit einer Überprüfung behördlicher Entscheidungen ein generelles Gefühl des Misstrauens und der Benachteiligung bei MigrantInnen. Eine gelungene Verständigung ist in diesem Fall kaum möglich.

### 1.3 Sprach- und Kulturmittlung im Gesundheits- und Sozialwesen

Eine ausreichende sprachliche Verständigung ist die zentrale Voraussetzung für eine gleichberechtigte gesundheitliche und soziale Versorgung sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Sprach- und KulturmittlerInnen bieten die Möglichkeit, sich über sprachliche und kulturelle Kommunikationsbarrieren hinweg zu verständigen. Dadurch ermöglichen sie es, auch denjenigen Menschen einen gleichberechtigten Zugang zur Regelversorgung zu schaffen, die nur über geringe Deutschkenntnisse verfügen. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, sollten Sprach- und KulturmittlerInnen über umfangreiche Fähigkeiten und Kenntnisse verfügen.

Neben dem neutralen Dolmetschen haben sie die Aufgabe, soziokulturelle Inhalte und Hintergründe zu vermitteln. Als KulturmittlerInnen spielen sie *"selbst eine aktive Rolle als KommunikationspartnerInnen [...], mit der Möglichkeit, zumindest in gewissen Grenzen selbst Mitteilungsintentionen einzubringen, zur Klärung von Mißverständnissen beizutragen und den Diskursverlauf zu steuern"* (Knapp & Knapp-Potthoff 1985, S.451). Eine besondere Herausforderung ist es dabei, weder die kulturellen Aspekte noch die individuellen Eigenheiten in den Vordergrund zu stellen oder zu vernachlässigen.

Eine weitere Aufgabe von Sprach- und KulturmittlerInnen ist die Informations- und Situationsmittlung. Indem sie ein Vertrauensverhältnis zu den KlientInnen

oder PatientInnen aufbauen, gelangen Sprach- und KulturmittlerInnen an wichtige Hintergrundinformationen, die sie an die MitarbeiterInnen weitergeben können. Die Rolle von SituationsmittlerInnen nehmen sie dann ein, wenn sie selbst Fragen und Vorschläge formulieren. Ein solches Vorgehen kann eine Verständigung zwar beschleunigen, setzt jedoch voraus, dass die BeraterInnen die Situation nicht als rivalisierend empfinden. Daher muss eine solche Rolle von Sprach- und KulturmittlerInnen mit allen Beteiligten abgesprochen sein und ist nur dann sinnvoll, wenn eine enge Zusammenarbeit zwischen DolmetscherIn und BeraterIn besteht und auch die BeraterIn Erfahrungen und Kompetenzen in der gedolmetschten Gesprächsführung mitbringt.

Wenn die Erwartungen von KlientInnen und AuftraggeberInnen nicht übereinstimmen, können Sprach- und KulturmittlerInnen leicht in Loyalitätskonflikte geraten. Daher gehört es zu ihren zentralen Fähigkeiten, sich *"abzugrenzen, eigene Übertragungen zu vermeiden und neutral zu sein"* (Salman 2001, S. 175). Neben sehr guten Sprachkenntnissen, kommunikativen und interkulturellen Kompetenzen, sowie guten Kenntnissen von Fachbegriffen, sollten Sprach- und KulturmittlerInnen außerdem über die Fähigkeit verfügen, ihre eigenen Gefühle zu kennen und diese nicht in die Dolmetschsituation einfließen zu lassen. Weitere Anforderungen, die Sprach- und Kulturmittler erfüllen sollten, sind gute Kenntnisse der sozialen, rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen des Aufnahme- und Herkunftslandes, Offenheit und Akzeptanz von Unterschieden, Selbstbewusstsein und Konfliktfähigkeit, emotionale Belastbarkeit sowie die Kenntnis der eigenen emotionalen, fachlichen und kulturellen Grenzen. Diese persönlichen und kulturellen Kompetenzen werden nicht automatisch durch eine bestimmte Kulturzugehörigkeit erworben, sondern müssen erst erlernt werden. Aus- und Weiterbildungsprogramme für Kultur- und SprachmittlerInnen legen daher einen Schwerpunkt auf die Reflexion von eigenen Erfahrungen, möglichen Konflikten und der Abgrenzung der eigenen professionellen Rolle.

Im englischen Sprachraum hat sich der Begriff "community interpreting" für Sprach- und Kulturmittlung im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich durchgesetzt. "Community interpreter", die unter anderem mit "Gemeindedolmetscher" übersetzt werden, zeichnen sich dadurch aus, dass sie auch Sprachen kultureller Minderheiten beherrschen und häufig zwischen zwei Parteien mit sehr unterschiedlichen Machtverhältnissen vermitteln, wie zum Beispiel zwischen einem Asylbewerber und einem Vertreter der Asylbewerberleistungsstelle.

#### 1.4 Sprach- und Kulturmittlung in Deutschland

In vielen Ländern wie den USA, England, Australien, Schweden, Norwegen und den Niederlanden ist die Ausbildung und Bereitstellung von Sprach- und KulturmittlerInnen für Behörden eine zum Teil gesetzlich verankerte Aufgabe des Staates bzw. der Kommune. Dagegen gibt es in Deutschland bisher keine gesetzliche Grundlage für die Tätigkeit von Sprach- und KulturmittlerInnen. Lediglich das Recht auf einen Gerichtsdolmetscher ist gesetzlich verankert.

Dennoch gibt es auch hier zu Lande eine wachsende Zahl von Organisationen, deren Ziel es ist, DolmetscherInnen für den Gesundheits- und Sozialbereich auszubilden und zu vermitteln. In Berlin können soziale und gesundheitliche Einrichtungen seit 2003 auf den Gemeindedolmetschdienst zurückgreifen, der innerhalb von zwei Jahren 74 Gemeinde-DolmetscherInnen für 19 Sprachen ausgebildet hat. Das mit EU-Mitteln finanzierte EQUAL-Projekt wurde vom "Interkulturellen Gesundheitsnetzwerk" Berlin in enger Kooperation mit dem Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg ins Leben gerufen.

Die Ausbildung richtete sich vorwiegend an zweisprachige MigrantInnen mit einem hohen Bildungsniveau und Sozialhilfebezug. Somit verfolgt das Projekt in zweifacher Hinsicht das Ziel, eine Chancengleichheit für MigrantInnen zu schaffen: Zum einen durch die Bekämpfung von Diskriminierung und Ungleichheit auf dem Arbeitsmarkt und zum anderen, indem es auf eine bessere Verständigung zwischen MigrantInnen und MitarbeiterInnen des Gesundheits- und Sozialwesens abzielt. Mittlerweile werden GemeindedolmetscherInnen von Krankenhäusern, Bezirksämtern und freien Wohlfahrtsverbänden nachgefragt. Noch ist die Nachfrage jedoch zu gering, um den Lebensunterhalt der GemeindedolmetscherInnen zu sichern. Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen der vorliegenden Untersuchung der Bedarf und die Barrieren bei der Inanspruchnahme von GemeindedolmetscherInnen analysiert.

## **2 Die Untersuchung im Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg**

### 2.1 Fragestellung und Methodik

Die Untersuchung orientiert sich in ihrer Fragestellung und Methodik an zwei vorangegangenen Studien. Die erste Studie wurde im Rahmen des WHO-Projektes "Wien - Gesunde Stadt" von Pöchhacker in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen durchgeführt. Mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens befragte Pöchhacker über 650 MitarbeiterInnen aus Jugendämtern und

Krankenhäusern zu ihrer Kommunikationspraxis mit MigrantInnen, um Problem-bereiche zu dokumentieren und Verbesserungsmaßnahmen aus institutioneller Sicht zu beurteilen (vgl. Pöchhacker 1997). Die Ergebnisse seiner Jugendamts-studie ergaben, dass Begleitpersonen der KlientInnen diejenige Personengruppe darstellen, die am häufigsten in Anspruch genommen werden, um eine Ver-ständigung zu ermöglichen. Bei 74% dieser "LaiendolmetscherInnen" handelte es sich um Kinder.

Dass gerade im Jugendamt häufig Kinder als SprachmittlerInnen fungieren, ergab auch eine Untersuchung, die im Jahr 2004 von Cerniewski in den Sozialpädagogischen Diensten der Berliner Jugendämter durchgeführt wurde (Cerniewski 2004). In Anlehnung an den Fragebogen von Pöchhacker befragte Cerniewski insgesamt 107 MitarbeiterInnen aus acht verschiedenen Berliner Jugendämtern. Das Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg mit nur vier ausgefüllten Fragebögen die geringste Rücklaufquote zu verzeichnen hatte, war für die Leitungsebene des Bezirksamts Friedrichshain-Kreuzberg unter anderem ein Anlass, die Kommunikationspraxis in ihren Einrichtungen noch einmal detaillierter untersuchen zu lassen. So wurde die vorliegende Untersuchung im Juni 2005 von der Bezirksbürgermeisterin, der Stadträtin für Gesundheit und Soziales und der Stadträtin für Jugend, Familie und Sport in Auftrag gegeben. Um möglichst viele MitarbeiterInnen befragen zu können und vergleichbare Ergebnisse zu den zwei vorangegangenen Untersuchungen zu erzielen, wurde ein standardisierter Fragebogen in Anlehnung an Pöchhacker (1997) als Untersuchungsinstrument gewählt. Vertiefende Interviews auf der Grundlage eines Interviewleitfadens sollten zusätzlich ein möglichst differenziertes Verständnis der persönlichen, einrichtungs- und tätigkeitsbezogenen sowie organisatorische und institutionelle Faktoren interkultureller Behördenkommuni-kation ermöglichen.

Ziel der Untersuchung war es, die Verständigungspraxis im Bezirksamt aus Sicht der MitarbeiterInnen zu erfassen, den Bedarf an Sprach- und KulturmittlerInnen zu erheben, Handlungsempfehlungen zur besseren sprachlichen und kulturellen Verständigung zu entwickeln und die Ergebnisse für die Weiterentwicklung des Gemeindedolmetschdienstes zu nutzen. Unter anderem sollten folgende Fragen beantwortet werden:

Wie häufig treten Verständigungsschwierigkeiten aus Sicht der MitarbeiterInnen auf, worin bestehen sie und wie wirken sie sich auf die Beratung und Betreuung der KlientInnen aus?

Wie werden Verständigungsschwierigkeiten derzeit überbrückt?

Welche Erfahrungen haben die MitarbeiterInnen mit dem Einsatz professioneller und nichtprofessioneller Sprach- und KulturmittlerInnen und welche Probleme treten dabei auf?



Wie zufrieden sind die MitarbeiterInnen mit ihrer derzeitigen Kommunikationspraxis?

Welche Anforderungen haben die MitarbeiterInnen an professionelle Sprach- und KulturmittlerInnen?

Welchen Handlungsbedarf sehen die MitarbeiterInnen zur besseren sprachlichen und kulturellen Verständigung?

2

## 2.2 Ergebnisse

### 2.2.1 Rücklauf der Fragebögen und Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden 313 Fragebögen an MitarbeiterInnen der Abteilung Jugend, Familie und Sport, der Abteilung Gesundheit und Soziales und der Abteilung Wirtschaft, Finanzen und Bürgerdienste versandt. Die Zielgruppenauswahl erfolgte unter folgenden Kriterien: Es sollten möglichst viele MitarbeiterInnen des Bezirksamtes befragt werden, die im Rahmen der sozialen Regelversorgung im direkten Kontakt zu den KlientInnen stehen und die Befragung sollte verschiedene Abteilungen und Einrichtungen abdecken. Hinsichtlich dieser Zielsetzung wurde darauf verzichtet, eine Einschränkung auf bestimmte Berufsgruppen vorzunehmen und neben SozialarbeiterInnen, SachbearbeiterInnen, Ärzten und Ärztinnen wurden auch Krankenschwestern und andere Berufsgruppen angeschrieben.

Als InterviewpartnerInnen wurden Personen gewählt, die über die internen Verwaltungsabläufe, die alltägliche Kommunikationspraxis innerhalb der Institution und die strukturellen Rahmenbedingungen ihrer Arbeit Auskunft geben konnten. Zu den interviewten MitarbeiterInnen gehörte eine Sozialarbeiterin aus dem Regionalen Sozialpädagogischen Dienst des Jugendamtes, die leitende Ärztin der Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten, ein Arzt des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD) und die Gruppenleiterin der Leistungsstelle nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

Insgesamt beantworteten 140 MitarbeiterInnen den Fragebogen, was einer Rücklaufquote von 47,6% entspricht. Der größte Anteil an Fragebögen wurde von MitarbeiterInnen des Jugendamtes ausgefüllt (40,7%), gefolgt von den MitarbeiterInnen des Gesundheitsamtes (28,6%), der Bürgerdienste (13,6%) und der Sozialen Dienste (10%). Die meistgenannten Tätigkeitsbereiche waren die Beratung, Sachbearbeitung, Sozialarbeit, Hilfe zur Erziehung sowie medizinische Tätigkeiten. Somit bilden die befragten MitarbeiterInnen ein breites Spektrum an Berufen des Sozial- und Gesundheitswesens ab. Die Beratung als Tätigkeitsschwerpunkt lässt darauf schließen, dass die sprachliche Verständigung für die befragten MitarbeiterInnen eine zentrale Voraussetzung zur Erfüllung ihres

Auftrags darstellt. Lediglich sechs der befragten MitarbeiterInnen gaben eine andere als die deutsche Sprache als Muttersprache an, wobei Türkisch, Polnisch und Tschechisch als Muttersprachen genannt wurden. Somit liegt der Migrantenanteil der befragten BezirksamtsmitarbeiterInnen deutlich niedriger als der Migrantenanteil der EinwohnerInnen des Bezirks. Über Kenntnisse mindestens einer Fremdsprache verfügen mehr als zwei Drittel der befragten MitarbeiterInnen, wobei Englisch, Französisch und Russisch als häufigste Sprachen genannt werden.

### 2.2.2 Bedeutung von Verständigungsproblemen im Arbeitsalltag

Die Auswertung der Befragung ergab, dass sprachliche Verständigungsbarrieren im Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg eine hohe Relevanz haben. Von den befragten MitarbeiterInnen geben 95% an, KlientInnen zu betreuen, die Schwierigkeiten haben, sich auf Deutsch zu verständigen. Im Durchschnitt schätzen die MitarbeiterInnen, dass 15% ihrer KlientInnen Schwierigkeiten haben, sich in der deutschen Sprache zu verständigen. Besonders hoch wird der Anteil dieser KlientInnen von den MitarbeiterInnen des Amtes für Soziale Dienste angegeben, die ihn durchschnittlich auf 78% schätzen. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass in ihrer Einrichtung die Asylbewerberleistungsstelle angesiedelt ist. So berichtet die Gruppenleiterin der Leistungsstelle nach dem Asylbewerberleistungsgesetz im Interview:

*"Ohne Sprachmittler kann ich im Grunde genommen kaum eine Beratung (durchführen), da kann ich sagen: Das ist die Zahlung, das ist der Termin und das ist die Beratung. Mehr kann ich da nicht machen. Eine Beratung kann nicht stattfinden."*

Auch könnte es sein, dass die Bürgerdienste eher von MigrantInnen mit guten Deutschkenntnissen in Anspruch genommen werden, wogegen in Einrichtungen, in denen der Klientenkontakt häufig durch einen Zwangskontext oder eine soziale Notlage bestimmt wird, häufiger Personengruppen mit einem geringen Bildungsstand und geringen Deutschkenntnissen betreut werden. Ebenso könnte vermutet werden, dass MitarbeiterInnen aus dem Bereich der Bürgerdienste deswegen die Verständigungsschwierigkeiten ihrer KlientInnen geringer einschätzen als MitarbeiterInnen anderer Einrichtungen, weil ihnen aufgrund der hohen Klientenzahlen (188 KlientInnen pro Woche) nur wenig Zeit für die Kommunikation mit diesen zur Verfügung steht und ihnen dadurch ein niedriges Sprachniveau der KlientInnen weniger auffällt. Dagegen ist in der Hilfe zur Erziehung, die einen Wochendurchschnitt von elf KlientInnen erreicht, mit einem intensiven Klientenkontakt zu rechnen, in dessen Rahmen die sprachliche

Verständigung nicht nur eine zentrale Rolle spielt, sondern Verständigungsschwierigkeiten auch deutlich zu Tage treten.

Auch bezüglich der verschiedenen Stadtteile unterscheidet sich der von den MitarbeiterInnen geschätzte Anteil an KlientInnen mit Verständigungsschwierigkeiten erheblich voneinander. Während in Friedrichshain durchschnittlich nur bei 5% der KlientInnen Verständigungsschwierigkeiten angegeben werden, wird dieser Anteil in Kreuzberg mit 30% überproportional hoch eingeschätzt. Die Ursache für dieses unterschiedliche Verhältnis kann unter anderem damit begründet werden, dass die beiden Stadtteile erst nach der Wiedervereinigung Berlins im Rahmen der Gebietsreform im Jahr 2001 zu einem Bezirk zusammengefügt wurden und vorher jeweils in Ostberlin (Friedrichshain) bzw. in Westberlin (Kreuzberg) lagen. Dadurch unterscheiden sie sich noch heute sowohl hinsichtlich der dort lebenden Gruppen von MigrantInnen, als auch der Sozialstruktur deutlich voneinander.

2

#### KlientInnen aus 29 verschiedenen Sprachgemeinschaften

Insgesamt gaben die befragten MitarbeiterInnen 29 verschiedene Sprachgemeinschaften an, denen KlientInnen mit geringen Deutschkenntnissen angehören. Als häufigste Sprachgemeinschaften werden Türkisch, Arabisch, Vietnamesisch, Russisch und Polnisch genannt. Die unterschiedlichen historischen Entwicklungen in Friedrichshain und Kreuzberg spiegeln sich auch in den genannten Sprachgemeinschaften wider denen die KlientInnen angehören. So wird Vietnamesisch von einem Drittel der MitarbeiterInnen aus Friedrichshain und von keinem einzigen Mitarbeiter aus Kreuzberg als häufigste Sprache angegeben, während Türkisch 83% der Kreuzberger und 31% der Friedrichshainer MitarbeiterInnen als häufigste Sprachgemeinschaft angeben.

#### Konsequenzen einer unzureichenden Verständigung

Um sich mit KlientInnen mit geringen Deutschkenntnissen zu verständigen, verwenden mehr als zwei Drittel der MitarbeiterInnen "häufig" oder "immer" vereinfachtes Deutsch. Dagegen greift in einer solchen Situation nur etwa ein Drittel der MitarbeiterInnen auf eine andere als die deutsche Sprache zurück, wobei es sich meistens um Englisch handelt. Eine Verständigung in vereinfachtem Deutsch verläuft für den größten Teil der MitarbeiterInnen "häufig" oder "fast immer" problematisch. Als Folgen einer solchen unzureichenden Verständigung werden von den Befragten Missverständnisse und eine unzureichende Vermittlung komplizierter Sachverhalte genannt. Die MitarbeiterInnen sind dann häufig unsicher darüber, wie viel die KlientInnen wirklich verstehen. Zudem

brauchen die Kommunikationspartner lange, um sich verständlich zu machen, was einen erheblichen zeitlichen Mehraufwand bedeutet (Abb. 1).

2

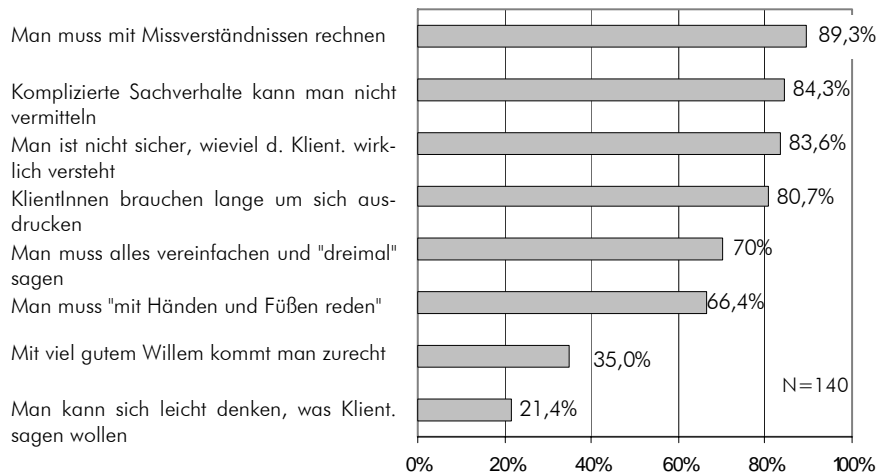


Abb. 1: Konsequenzen von Verständigungsproblemen aus der Sicht der MitarbeiterInnen

Außerdem ergänzen einige MitarbeiterInnen, dass aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten weder bestimmte Beratungsinhalte, noch religiöse oder ethnische Besonderheiten sowie psychische und seelische Probleme ausreichend vermittelt werden können. Eine Diagnostik und gezielte Hilfeplanung sei unter diesen Umständen kaum möglich. Auch eine negative Beratungsatmosphäre und "Aggressionen auf beiden Seiten" werden als Folgen von Kommunikationsbarrieren benannt. Eine qualitativ hochwertige Beratung, die durch ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis und Empathie gekennzeichnet ist, kann in einer solchen Situation kaum durchgeführt werden.

Als Beispiel für interkulturelle Missverständnisse nennt die Ärztin der Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten das Verhalten bulgarischer Frauen, welches sie früher schwer einschätzen konnte: Wenn diese mit der Zunge schnalzen, so verstand sie dies als abwertende Äußerung und wenn sie ihr in die Wange kniffen, so empfand sie dies als Übergriff. Erst seit sie erfahren habe, dass Schnalzen in Bulgarien ein Ausdruck der Zustimmung und in die Wange kneifen ein Kompliment ist, könne sie dieses Verhalten richtig einordnen. Solche häufig auftretenden kulturellen Missverständnisse steigern die Gefahr von fehlerhaften Diagnosen und Entscheidungen. Sprach- und KulturmittlerInnen können nach Aussagen der MitarbeiterInnen jedoch dazu beitragen, Missverständnisse zu vermeiden und ggf. aufzuklären.

2.2.3 Wie wird die Verständigung ermöglicht?

Begleitpersonen als DolmetscherInnen

Neben der Verständigung in vereinfachtem Deutsch greifen fast alle MitarbeiterInnen (94%) "manchmal" oder "fast immer" auf die Hilfe von Dritten zurück, um sich mit KlientInnen mit geringen Deutschkenntnissen zu verständigen. Dabei handelt es sich vorwiegend um Begleitpersonen der KlientInnen, die wesentlich häufiger in Anspruch genommen werden als professionelle Sprach- und KulturmittlerInnen (Abb. 2). Am Häufigsten werden Kinder als LaiendolmetscherInnen eingesetzt, gefolgt von Ehegatten, Verwandten und Freunden. Außerdem ergänzten die MitarbeiterInnen, dass sie auch KlientInnen aus dem Wartebereich, fremdsprachige KollegInnen und Fachkräfte anderer Einrichtungen, wie zum Beispiel FamilienhelferInnen als SprachmittlerInnen in Anspruch nehmen. Von den interviewten MitarbeiterInnen wird der sprachmittlerische Einsatz der FamilienhelferInnen zwar einerseits kritisch beurteilt, weil diese nicht neutral seien und häufig in Rollenkonflikte gerieten, andererseits berichten sie, dass diese aus Gründen der Praktikabilität häufig in Anspruch genommen werden.

2

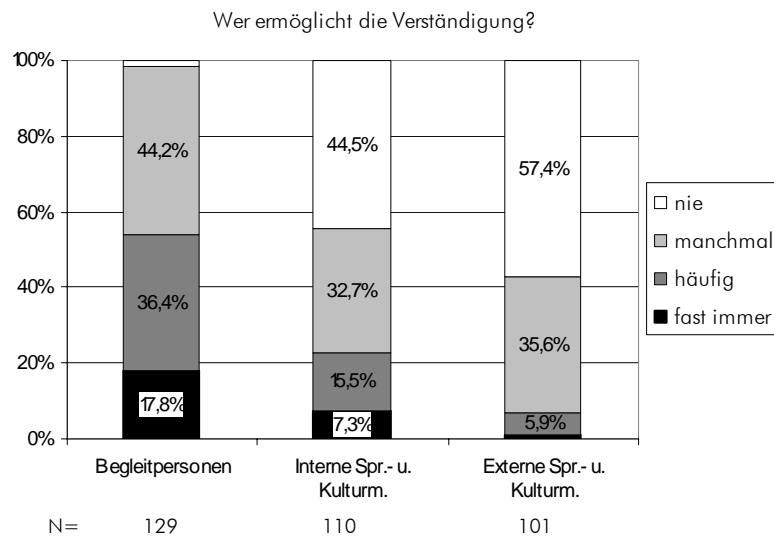


Abb. 2: Qualifizierte und nicht qualifizierte Sprach- und Kulturmittlung

Bedenklich erscheint die Praxis des sprachmittlerischen Einsatzes von Begleitpersonen angesichts der Tatsache, dass 94% der MitarbeiterInnen "manchmal"

oder "fast immer" Probleme bei einem solchen Einsatz angeben. Als häufigste Probleme werden bei der Zuhilfenahme von Begleitpersonen unvollständige Übersetzungen, unklare Antworten, zu geringe Sachkenntnisse und Kenntnisse von Fachausdrücken der Begleitpersonen und die Tatsache, dass Begleitpersonen gestellte Fragen selbst beantworten, anstatt den KlientInnen die Möglichkeit zu geben, für sich selbst zu sprechen, genannt. Zusätzlich geben die MitarbeiterInnen an, dass Begleitpersonen nicht neutral übersetzen und "sich in der Rolle des Beraters sehen", die Familienmitglieder vor möglichen "Fehlaussagen" schützen oder ihre eigenen Interessen vertreten. Entgegen den Fragebogenergebnissen lehnen die interviewten MitarbeiterInnen den Einsatz von Begleitpersonen und insbesondere von Kindern als LaiendolmetscherInnen grundsätzlich ab, da diese weder neutral noch vollständig übersetzen würden und ihr Einsatz als unprofessionell angesehen wird. Eine Mitarbeiterin erklärte im Interview dazu:

*"Wir haben im Nachhinein, wenn wir Dinge noch mal über Dolmetscher geklärt haben, festgestellt, dass entweder nicht richtig übersetzt wurde, oder logischerweise jemand der es nicht gewohnt ist Wort für Wort zu übersetzen und auch inhaltlich nicht weiß, worum es geht, der sucht oft für sich das raus was er für wichtig empfindet und übersetzt nur das. Und lässt aber Dinge, die eigentlich wirklich für uns Wichtigkeit haben, weg. Also er übersetzt so nach dem eigenen Gefühl."*

Aus diesen Aussagen kann geschlussfolgert werden, dass der Einsatz von Begleitpersonen sowohl für KlientInnen als auch MitarbeiterInnen eine unangenehme Situation darstellt und eine gelungene Verständigung in manchen Fällen sogar noch erschweren kann, anstatt sie zu begünstigen. Zudem ergänzen zwei MitarbeiterInnen, dass Begleitpersonen häufig nicht neutral seien, sondern "ihr Wunschdenken" in das Gespräch mit einfließen lassen und sich selbst "in der Rolle des Beraters" sehen. Diese Aussagen machen deutlich, dass Begleitpersonen in der Regel nicht die Rolle der reinen SprachmittlerInnen übernehmen, sondern selbst steuernd in ein Gespräch eingreifen.

Keine Aussagen machten die befragten MitarbeiterInnen zu den negativen Auswirkungen, die der sprachmittlerische Einsatz für die Begleitpersonen selbst mit sich bringt, wie zum Beispiel die Parentifizierung von Kindern, die mit einem Mal in die Rolle von Erwachsenen gedrängt werden. Da jedoch nicht explizit nach diesen Auswirkungen gefragt wurde, können keine Rückschlüsse darüber gezogen werden, ob die beschriebene Problematik den befragten MitarbeiterInnen bewusst ist oder nicht. Um diese Frage zu beantworten, wäre eine qualitative Untersuchung in größerem Umfang nötig. Die Ergebnisse der Mitarbeiter-

befragung machen jedoch deutlich, welche negativen Konsequenzen der sprachmittlerische Einsatz von Begleitpersonen für die Qualität einer Beratung hat. Gerade in Bereichen, in denen eine differenzierte Ausdrucksweise und die Kenntnis von Fachbegriffen eine große Rolle spielen, kann der Einsatz von Begleitpersonen zu Unklarheiten, Missverständnissen und einer daraus resultierenden falschen Bewertung der Anliegen der KlientInnen, Fehlentscheidungen und unangemessenen Interventionen führen, welche eine adäquate Versorgung der KlientInnen gefährden.

#### Professionelle Sprach- und KulturmittlerInnen

Derzeit verfügt das Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg über zwei halbtagsbeschäftigte interne DolmetscherInnen für die türkische Sprache im Gesundheitsamt und jeweils über vier DolmetscherInnen für verschiedene Sprachen in der Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten (Gesundheitsamt) und der Leistungsstelle nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (Soziale Dienste). Aus der Befragung der MitarbeiterInnen geht hervor, dass 45% der MitarbeiterInnen "nie" interne Sprach- und KulturmittlerInnen einsetzen und der Einsatz externer Sprach- und KulturmittlerInnen noch geringer ausfällt (57% "nie") (Abb. 2).

Der Einsatz von Sprach- und KulturmittlerInnen variiert jedoch stark zwischen den einzelnen Einrichtungen. Im Amt für Soziale Dienste etwa, das über interne DolmetscherInnen verfügt, werden diese von 86% der MitarbeiterInnen "fast immer" oder "häufig" in Anspruch genommen, wogegen in den Bürgerdiensten 82% "nie" interne SprachmittlerInnen einsetzen und auch im Jugendamt ihr Einsatz deutlich geringer ausfällt. Die Inanspruchnahme interner Sprach- und KulturmittlerInnen findet umso häufiger statt, je höher der Anteil an KlientInnen mit Verständigungsschwierigkeiten von den einzelnen MitarbeiterInnen angegeben wird. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass dem Bedarf an Sprachmittlungsleistungen in der Personalentwicklung des Bezirksamtes zumindest ansatzweise bereits entsprochen wird.

Insgesamt wird der Einsatz interner SprachmittlerInnen von den meisten befragten MitarbeiterInnen (61%) als unproblematisch beurteilt (Abb. 3). Auch mit dem Einsatz externer DolmetscherInnen haben über die Hälfte der MitarbeiterInnen nie Probleme, allerdings findet er deutlich seltener statt, als der Einsatz interner DolmetscherInnen. Die interviewten Mitarbeiterinnen des Jugend- und Sozialamtes, welche externe DolmetscherInnen in Anspruch nehmen, beziehen diese vom Gemeindedolmetschdienst Berlin, mit dessen DolmetscherInnen sie sehr gute Erfahrungen gemacht haben. Die beiden interviewten MitarbeiterInnen des

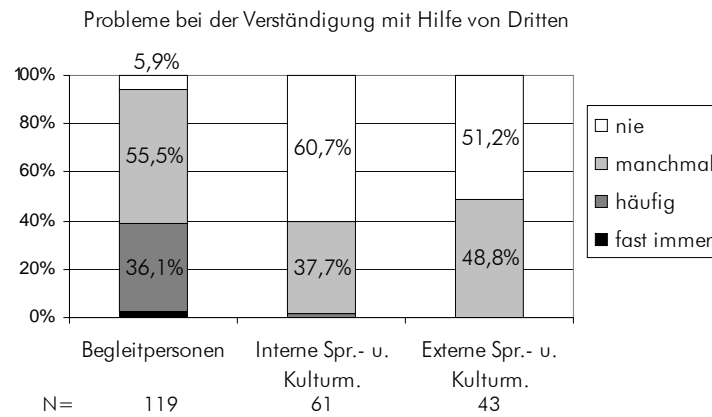


Abb. 3: Probleme bei der Verständigung mit Hilfe von Dritten

Gesundheitsamtes dagegen beurteilen den Gemeindedolmetschdienst bisher als wenig etabliert bzw. wenig bekannt, weswegen er nicht ausreichend in Anspruch genommen werde.

#### 2.2.4 Ursachen einer geringen Inanspruchnahme von Sprach- und KulturmittlerInnen

Eine große Barriere für die Innanspruchnahme von Sprach- und KulturmittlerInnen besteht nach Meinung der interviewten MitarbeiterInnen in dem damit verbundenen hohen organisatorischen und zeitlichen Aufwand. Die interviewte Mitarbeiterin des Jugendamtes beschreibt das Antragsverfahren, das für einen Einsatz von GemeindedolmetscherInnen nötig ist, als aufwendig und kompliziert. Sie berichtet, dass sie für jeden einzelnen Einsatz eine eigene Begründung abgeben muss, in der sie die Krisensituation und die Gesprächsinhalte darlegen müsse. Dieser Antrag müsse dann über eine Sachbearbeiterin an die Büroleitung weitergeleitet werden. Erst wenn sie daraufhin eine Bestätigung bekäme, könne sie den Gemeindedolmetschdienst in Anspruch nehmen. Ihrer Erfahrung nach stehe dann in der Regel einen Tag, nachdem sie beim Gemeindedolmetschdienst angefragt habe, ein Gemeindedolmetscher oder eine Gemeindedolmetscherin zur Verfügung.

Eine Inanspruchnahme von externen DolmetscherInnen verursacht also nicht nur einen erheblichen zusätzlichen Arbeitsaufwand für die MitarbeiterInnen, sondern erfordert auch einen großen zeitlichen Vorlauf, der in konkreten Krisensituatio-



nen häufig nicht realisierbar ist. Als Folge dieses komplizierten und aufwändigen Verfahrens greifen die MitarbeiterInnen dann auf Notlösungen wie den Einsatz von Begleitpersonen zurück, die eigentlich - auch aus der Sicht der befragten MitarbeiterInnen - vermieden werden sollten.

Den bürokratischen Aufwand betrachtet die Jugendamtsmitarbeiterin besonders deswegen als unnötig, da sie sich selbst für kompetent genug hält, um beurteilen zu können, wann ein Sprach- und Kulturmittlungseinsatz notwendig ist. Um die Inanspruchnahme von externen DolmetscherInnen zu erleichtern, schlägt die Ärztin der Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten vor, dass MitarbeiterInnen für erbrachte Sprach- und Kulturmittlungsleistungen Gutscheine vergeben, die dann an der Bezirkskasse eingelöst werden könnten. Eine solche einheitliche Regelung würde die MitarbeiterInnen von dem guten Willen ihrer Vorgesetzten unabhängig machen und somit eine erhebliche Hemmschwelle bei der Inanspruchnahme abbauen. Weiterhin schlägt die Ärztin vor, dass eine Liste von externen Sprach- und KulturmittlerInnen für das gesamte Bezirksamt erstellt werden sollte, in der die verfügbaren Sprachen sowie die Kosten und Zeiten, zu denen sie abgerufen werden können, aufgeführt sind.

Als weitere Inanspruchnahmebarriere wird genannt, dass viele MitarbeiterInnen nicht ausreichend über die Möglichkeiten der Sprachmittlung, die der Gemeindedolmetschdienst bietet, informiert sind, und dieser bisher nur wenig etabliert ist. Die Gruppenleiterin der Asylbewerberleistungsstelle macht neben fehlenden finanziellen Mitteln für Sprach- und Kulturmittlungsleistungen auch die persönliche Einstellung der MitarbeiterInnen für eine geringe Inanspruchnahme von Sprach- und KulturmittlerInnen verantwortlich:

*"Das Zweite ist, glaube ich, dass es immer so eine persönliche Einstellung ist, also nicht jeder will unbedingt einen Dolmetscher haben, dass muss man auch sagen. Es ist vielleicht auch manches einfacher, auch manche Ablehnung einfacher, wenn ich nicht unbedingt noch jemanden dabei habe. Wenn er es nicht versteht, versteht er es nicht, Amtssprache ist Deutsch. Das ist ja immer noch so ein bisschen in den Köpfen und das wird mit ein Punkt sein. Aber nicht unerheblich ist auch die finanzielle Frage, wie finanziere ich einen Dolmetscher, das glaube ich schon."*

#### 2.2.5 Interkulturelle Kompetenz der MitarbeiterInnen

Interkulturelle Kompetenz wird von allen interviewten MitarbeiterInnen als eine für ihren Arbeitsbereich wichtige Fähigkeit betrachtet. Für das Gelingen einer

interkulturellen Kommunikation wird die persönliche Haltung der MitarbeiterInnen, ihre interkulturellen Erfahrungen sowie ihr kulturspezifisches Wissen als entscheidend angesehen. Bis auf einen Mitarbeiter, der selbst längere Zeit im Ausland gearbeitet und schon an interkulturellen Fortbildungen teilgenommen hat, beziehen die MitarbeiterInnen ihre interkulturellen Kenntnisse hauptsächlich aus den Erfahrungen ihrer Berufspraxis.

Um sich erfolgreich mit Menschen einer anderen Kultur verständigen zu können, sollte nach Ansicht der MitarbeiterInnen Offenheit, gegenseitige Wertschätzung, Interesse an der Arbeit mit anderen Menschen, Rücksichtnahme auf deren Werte und die Bereitschaft, ständig dazuzulernen, vorhanden sein. Die MitarbeiterInnen geben an, durch ihre jahrelange Berufserfahrung gelernt zu haben, welche Themen sie gegenüber Menschen einer bestimmten Herkunftskultur besonders sensibel behandeln sollten, dass bestimmte Themen im ersten Beratungsgespräch besser ganz ausgespart werden sollten und welche Verhaltensweisen gegenüber Menschen mit einem bestimmten kulturellen Hintergrund unangebracht sind. So berichtet zum Beispiel die Ärztin der Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten, dass osteuropäische Prostituierte es gewohnt seien, aufgrund ihrer Tätigkeit schlecht behandelt und aus den Familien ausgestoßen zu werden. Um diese Erfahrungen aufzubrechen, spricht die Ärztin das Thema der Prostitution bei diesen Frauen nicht gleich im ersten Gespräch an. Außerdem berichtet sie, dass osteuropäische Frauen sich von ÄrztInnen häufig nur ernst genommen fühlten, wenn sie ein Medikament verabreicht bekämen, weswegen sie gelegentlich eine Multivitamin-tablette oder ein Eisenpräparat vergeblich.

Auch die interviewte Mitarbeiterin aus dem Jugendamt ist der Meinung, dass es in ihrem Arbeitsbereich ohne bestimmte kulturelle Kenntnisse nicht möglich ist, wichtige Themen anzusprechen und Inhalte zu vermitteln. Als Beispiel für solche kulturspezifischen Kenntnisse nennt sie die Bedeutung der Kinder, die Stellung der Frau, sowie Sorgerechtsbestimmungen und andere gesetzliche Regelungen, die in einem bestimmten Land bestehen. Zum Erwerb dieser Kenntnisse wird der Austausch mit KollegInnen und Sprach- und KulturmittlerInnen von allen InterviewpartnerInnen als wichtig beurteilt. Außerdem werden Fortbildungen zu kulturspezifischen Themen von den MitarbeiterInnen als sinnvoll angesehen. Bezüglich interkultureller Fortbildungen hat die Gruppenleiterin der Leistungsstelle nach dem Asylbewerberleistungsgesetz die Erfahrung gemacht, dass diese bei den MitarbeiterInnen häufig auf Desinteresse und Unverständnis stoßen. Sie hält es daher für notwendig zunächst einmal das Interesse der MitarbeiterInnen für interkulturelle Themen zu wecken.

### 2.2.6 Zufriedenheit der MitarbeiterInnen mit ihrer Kommunikationspraxis

Einen wesentlichen Indikator zur Bestimmung des Handlungsbedarfes im Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg stellt die subjektive Zufriedenheit der MitarbeiterInnen mit ihrer derzeitigen Kommunikationspraxis dar. Insgesamt antworteten 131 MitarbeiterInnen auf die Frage "Sind Sie in Ihrem Amt mit der Praxis der Kommunikation mit KlientInnen, die Schwierigkeiten haben, sich auf Deutsch zu verständigen, zufrieden?" Als Ergebnis lässt sich festhalten, dass über die Hälfte der MitarbeiterInnen (53,4%) mit ihrer derzeitigen Kommunikationspraxis "nicht zufrieden" sind. Nur 45% der MitarbeiterInnen sind "zufrieden" mit ihrer Kommunikationspraxis und 1,5% Prozent geben an, damit "sehr zufrieden" zu sein. Es lässt sich ein Zusammenhang zwischen den Einrichtungen und Tätigkeiten der MitarbeiterInnen und ihrer Zufriedenheit feststellen. So sind MitarbeiterInnen, die in der Sachbearbeitung und in den Bürgerdiensten beschäftigt sind, durchschnittlich zufriedener mit ihrer Kommunikationspraxis als jene, die in den Sozialen Diensten oder dem Jugendamt tätig sind. Es kann vermutet werden, dass dieses Ergebnis mit den unterschiedlichen sprachlichen Anforderungen der Tätigkeitsbereiche zusammenhängt. Während in den Bürgerdiensten aufgrund einer routinierten und zeitlich terminierten Fallbearbeitung Verständigungsschwierigkeiten und Missverständnisse den MitarbeiterInnen vielfach gar nicht auffallen, solange nicht der "reibungslose Arbeitsablauf" gestört wird, ist eine ausreichende Kommunikation in der Beratung nicht nur die zentrale Voraussetzung, sondern auch das angestrebte Ziel der Tätigkeit. In Folge dessen sind in den Bereichen Beratung, Sozialarbeit und Hilfe zur Erziehung bis zu 90% der MitarbeiterInnen unzufrieden mit ihrer Kommunikationspraxis.

Im Vergleich zu den vorangegangenen Studien von Cerzniewski (2004) und Pöchlacker (1997) sind die MitarbeiterInnen des Bezirksamtes Friedrichshain-Kreuzberg unzufriedener mit ihrer Kommunikationspraxis als die befragten MitarbeiterInnen der Berliner und Wiener Jugendämter. Als Ursache für diese vergleichsweise große Unzufriedenheit kann der hohe Anteil an KlientInnen mit Verständigungsschwierigkeiten in Friedrichshain-Kreuzberg vermutet werden, der auf einen besonders großen Handlungsbedarf hinweist. Für diese Tatsache spricht auch, dass die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen umso größer ausfällt, je weniger KlientInnen mit geringen Deutschkenntnissen die MitarbeiterInnen betreuen. Einen großen Einfluss auf die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen haben die jeweiligen Personen, die von ihnen zur Sprachmittlung in Anspruch genommen werden. MitarbeiterInnen, die sich vorwiegend mit internen Sprach- und KulturmittlerInnen verständigen, sind wesentlich zufriedener mit ihrer Kommunikationspraxis (58%) als jene, die häufig auf Begleitpersonen zurückgreifen (33%). Dieses Ergebnis macht deutlich, wie wichtig die Professio-

nalität für eine gute Sprachmittlung ist (Abb. 4).

2

Zufriedenheit mit der Kommunikationspraxis nach Beteiligung Dritter

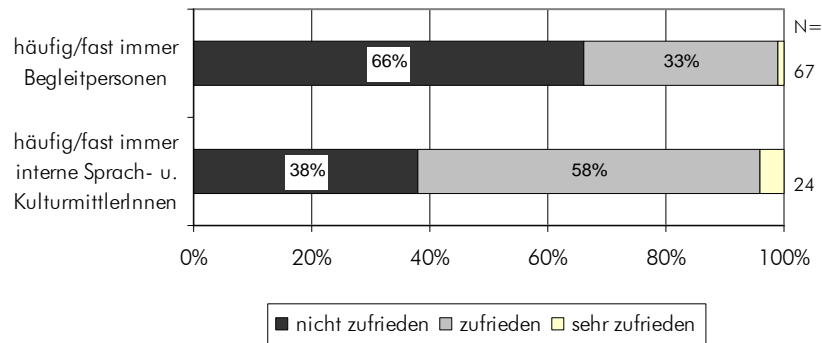


Abb. 4: Zufriedenheit mit der Kommunikationspraxis

#### Folgen von Kommunikationsbarrieren

Kommunikationsbarrieren gefährden nicht nur eine adäquate Auftragerfüllung der MitarbeiterInnen, sondern führen außerdem zu einem zeitlichen und finanziellen Mehraufwand. So werden von den MitarbeiterInnen folgende Problembereiche als Folge von Kommunikationsbarrieren benannt:

Beschränkte Möglichkeiten der Aufklärung und Information	90%
Größerer Zeitaufwand für Gespräche	89%
Mangelnde Einhaltung von Hinweisen und Empfehlungen	75%
Schwierigkeiten bei der Entwicklung von Hilfsangeboten	70%
Anliegen der KlientInnen kann nicht ausreichend ermittelt werden	67%
Missverständnisse beim Ausfüllen von Formularen	63%

Als beste Möglichkeit um diese negativen Auswirkungen zu vermeiden und Kommunikationsbarrieren wirkungsvoll zu überbrücken, beurteilten die MitarbeiterInnen den Einsatz professioneller Sprach- und KulturmittlerInnen des Bezirksamtes, gefolgt von einer Betreuung direkt in der Fremdsprache und dem Abruf externer DolmetscherInnen nach Bedarf. Der Einsatz von Begleitpersonen und die Inanspruchnahme von Telefondolmetschdiensten werden dagegen als weniger geeignet beurteilt.

2.2.7 Handlungsbedarf aus Sicht der MitarbeiterInnen

Interne SprachmittlerInnen

Die befragten MitarbeiterInnen sehen einen großen Handlungsbedarf zur Verbesserung der sprachlichen und kulturellen Verständigung im Bezirksamt. Als wichtigste zukünftige Maßnahme beurteilen 63% der MitarbeiterInnen die "Einrichtung bzw. den Ausbau eigener Sprachmittlerpools im Bezirksamt" (Abb. 5). Als Vorteil einer kontinuierlichen Zusammenarbeit mit internen DolmetscherInnen wird das Vertrauensverhältnis zu den KlientInnen genannt, das dazu beiträgt, dass schwierige emotionale Themen angesprochen und wichtige Informationen erhoben und weitervermittelt werden können. Zum Ausbau eines solchen internen Sprachmittlerpools wäre es notwendig, den Bedarf an Sprach- und Kulturmittlungsleistungen im Stellenplan des Bezirksamtes zu berücksichtigen und den regelmäßigen Einsatz von Sprach- und KulturmittlerInnen zu gewährleisten. Hierzu berichtet die Gruppenleiterin der Leistungsstelle nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, dass derzeit jedes Jahr erneut für die Honorarmittel der DolmetscherInnen des folgenden Jahres "gekämpft" werden müsse. Diese finanzielle Unsicherheit beurteilt sie als eine Belastung für alle Beteiligten.

2

Beurteilung zukünftiger Maßnahmen

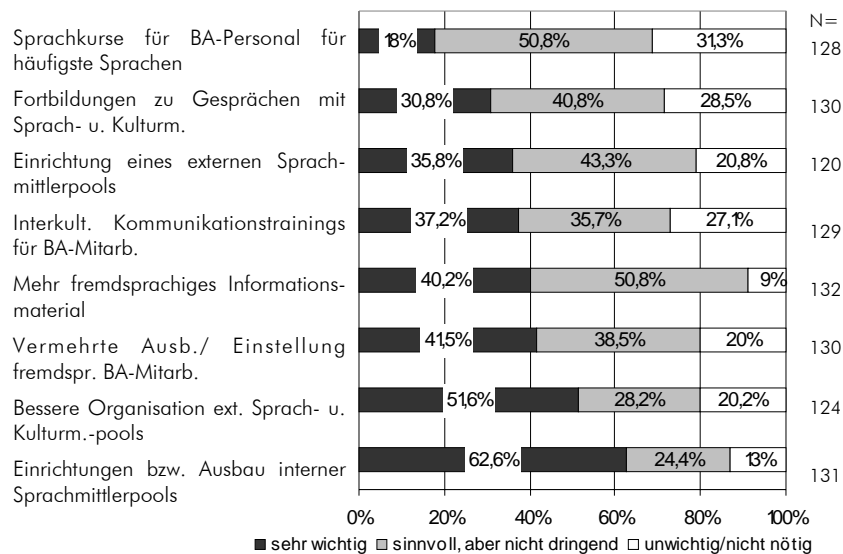


Abb. 5: Bewertung von Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikationspraxis

### Organisatorische Verbesserungen

Als zweitwichtigste Maßnahme wird von 52% der MitarbeiterInnen die "bessere Organisation externer Sprach- und Kulturmittlerpools" genannt. Die "Einrichtung eines externen Sprachmittlerpools", von dem nach Bedarf Sprach- und KulturmittlerInnen angefordert werden, wird dagegen nur von rund einem Drittel der MitarbeiterInnen als "sehr wichtig" beurteilt. Dies kann dadurch erklärt werden, dass die MitarbeiterInnen zwar über das Vorhandensein eines externen Sprachmittlerpools informiert sind, die Möglichkeiten der Inanspruchnahme dieses Pools jedoch als verbesserungswürdig bewerten. Auch die interviewten MitarbeiterInnen beurteilen ein vereinfachtes Antragsverfahren sowie die Sicherstellung der Finanzierung von Dolmetschleistungen als sehr wichtige zukünftige Maßnahme. Erst eine Reduzierung des Arbeitsaufwandes, den ein Sprach- und Kulturmittlereinsatz mit sich bringt und eine größere Entscheidungsbefugnis der MitarbeiterInnen, kann nach Meinung der InterviewpartnerInnen zu einer größeren Nachfrage externer DolmetscherInnen führen. Den Vorteil von GemeindedolmetscherInnen sehen die interviewten MitarbeiterInnen darin, dass diese dem wechselnden Bedarf an Sprachen gerecht werden können, kurzfristig abrufbar sind und als Außenstehende die nötige professionelle Distanz und Neutralität wahren.

### Zweisprachiges Fachpersonal

Als drittwichtigste Maßnahme beurteilen 42% der MitarbeiterInnen eine "vermehrte Ausbildung und Einstellung von fremdsprachigen BezirksamtsmitarbeiterInnen" als "sehr wichtig". Dieses Ziel, welches einen wichtigen Baustein der interkulturellen Öffnung der Verwaltung darstellt, macht deutlich, dass ein großer Teil der MitarbeiterInnen des Bezirksamtes Friedrichshain-Kreuzberg für die Notwendigkeit einer solchen Öffnung sensibilisiert ist. Im Interview beurteilt der Arzt des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes die zusätzliche Einstellung muttersprachlicher Fachkräfte sogar als die wichtigste zukünftige Maßnahme. Anhand der differenzierten sprachlichen und kulturellen Kenntnisse, die für eine Diagnose im seelischen und psychischen Bereich nötig sind, hält er eine muttersprachliche Betreuung von KlientInnen für die beste Möglichkeit, Kommunikationsbarrieren zu überbrücken.

### Weitere Empfehlungen aus der Praxis

An vierter Stelle der wichtigsten zukünftigen Maßnahmen steht der vermehrte Einsatz "fremdsprachiger Informationsmaterialien und an fünfter Stelle stehen

"interkulturelle Kommunikationstrainings" für MitarbeiterInnen. Laut Aussagen der InterviewpartnerInnen werden im Bezirksamt kaum interkulturelle Fortbildungen angeboten. Eine kontinuierliche Fortbildung ist nach Meinung der interviewten MitarbeiterInnen jedoch eine wichtige Voraussetzung zum Erwerb interkultureller Kompetenzen. Neben der Vermittlung kulturspezifischen Wissens werden auch gemeinsame Schulungen mit DolmetscherInnen gefordert, um eine verbesserte Kooperationsbasis mit diesen zu schaffen.

Weiterhin wurden die vorgegebenen Antworten von neun MitarbeiterInnen durch konkrete Vorschläge ergänzt. Vier MitarbeiterInnen aus dem Jugendamt halten es für sehr wichtig, dass in Zukunft ein Sprachmittlerpool für die gängigsten Sprachen vor Ort eingerichtet wird und für weniger gängige Sprachen externe Pools schnell erreichbar sind. Ein weiterer Mitarbeiter beurteilt besonders den unmittelbaren Zugriff auf SprachmittlerInnen während der Sprechstunde als sehr wichtig. Vier MitarbeiterInnen nennen vermehrte Deutschkurse für MigrantInnen, die nach der Meinung einer Mitarbeiterin unentgeltlich sein sollten, als wichtige zukünftige Maßnahme. Aus dieser Ergänzung geht hervor, dass die sprachliche Verständigung nicht als Aufgabe des Bezirksamtes allein angesehen wird, sondern einerseits der Staat in die Pflicht genommen wird, ausreichend Sprachkurseangebote für MigrantInnen zu schaffen und andererseits von den MigrantInnen erwartet wird, dass sie diese Angebote wahrnehmen. Von beiden Seiten wird also ein aktiver Beitrag zur Integration gefordert.

#### 2.2.8 Anforderungen an Sprach- und KulturmittlerInnen

Um Anhaltspunkte für die Entwicklung der Ausbildung und der Zusammenarbeit mit Dolmetschern aus der Alltagspraxis zu gewinnen, wurden die MitarbeiterInnen nach ihren spezifischen Anforderung an Sprach- und KulturmittlerInnen befragt. Als "sehr wichtig" beurteilten die MitarbeiterInnen

Diskretion und Verschwiegenheit	87%
Absolut neutrales Verhalten	67%
Perfekte Zweisprachigkeit	61%
Gutes Verständnis beider Kulturen	55%
Ausbildung als Sprach- und KulturmittlerIn	34%

Die genannten Anforderungen verdeutlichen, dass es sich bei Sprach- und Kulturmittlung um eine komplexe Tätigkeit handelt, die sowohl ausgeprägte persönliche Kompetenzen als auch sprachliche, kulturelle und fachspezifische Kenntnisse verlangt. Besonders die Tatsache, dass "Diskretion" und "Neutralität" als die wichtigsten Anforderungen genannt werden, spricht gegen den Einsatz

von Begleitpersonen und insbesondere von Kindern, die aufgrund ihrer eigenen Betroffenheit und Abhängigkeit keine der beiden Kriterien erfüllen können. Die Anforderung von der Ausbildung als Sprach- und KulturmittlerIn erfüllen die meisten im Bezirksamt angestellten DolmetscherInnen im Gegensatz zu den GemeindedolmetscherInnen nicht. Dafür betrachten alle interviewten MitarbeiterInnen es als großen Vorteil, dass interne Sprach- und KulturmittlerInnen mit ihrem Arbeitsbereich vertraut sind, möglichst jahrelange Erfahrungen darin besitzen und eine gefestigte Zusammenarbeit zwischen BeraterIn und DolmetscherIn besteht. Dem kulturellen Hintergrund wird von den MitarbeiterInnen eine unterschiedliche Bedeutung beigemessen. So hält eine Mitarbeiterin es grundsätzlich für vorteilhaft, wenn Sprach- und KulturmittlerInnen aus demselben Herkunftsland stammen wie die KlientInnen. Eine andere Mitarbeiterin ist dagegen der Meinung, dass der kulturelle Hintergrund nichts über die Lebenserfahrungen von Personen aussagt und deswegen eine untergeordnete Rolle spielt. Hervorgehoben wird jedoch von allen interviewten MitarbeiterInnen, dass neben professionellen Dolmetschetechniken auch Fachkenntnisse des jeweiligen Arbeitsbereiches wie Medizin, Psychologie und Ausländerrecht von Sprach- und KulturmittlerInnen beherrscht werden sollten.

Als wichtigste Aufgaben von Sprach- und KulturmittlerInnen wurden die Folgenden genannt:

Aufmerksam machen auf Missverständnisse im Gespräch	96%
Erklären von Fachbegriffen für die KlientInnen	95%
Abklären von unbestimmten Aussagen der KlientInnen	80%
Ausfüllen von Formularen mit KlientInnen	79%
Zusammenfassen umständlicher Aussagen	68%
Erläuterung fremdkultureller Hintergründe	66%

Welche Anforderungen die MitarbeiterInnen an Sprach- und KulturmittlerInnen stellen, hängt von den Aufgabe und der Rolle ab, die sie ihnen zuerkennen. Wesentlich umfassender als von den anderen Einrichtungen wird das Aufgabengebiet der Sprach- und Kulturmittlung von der Gruppenleiterin der Asylbewerberleistungsstelle definiert. Neben dem Dolmetschen zählt sie auch eine gewisse beratende Funktion sowie die schriftliche Übersetzung und das Ausfüllen von Anträgen zu den Tätigkeitsbereichen von DolmetscherInnen. Aus diesem Grund hält sie die entsprechenden rechtlichen Kenntnisse für notwendig und bindet Sprach- und KulturmittlerInnen stärker in das Team von MitarbeiterInnen ein, als dies in den anderen befragten Einrichtungen der Fall ist:

*"Sie werden mit einbezogen in die Dienstbesprechung, sie sollen natürlich auch mitreden, also nicht nur dasitzen und zuhören, um*



*Gottes willen, sondern auch sich mit einbringen und wir machen dann immer ein Protokoll darüber und das kriegen sie auch. Und sie werden auch informiert, wenn irgendwelche gesetzlichen Änderungen sind, wenn sich irgendwas hier verändert, dann werden sie mit einbezogen. Ja, weil sie in geringem Umfang ja auch eine beratende Funktion haben, das bleibt auch nicht aus. Die Dolmetscher, wenn die lange hier sind, kommen die Klienten mit ganz einfachen, lapidaren Sachen auch zu ihnen und fragen sie. Also wenn es nur z.B. darum geht, die Rundfunkgebühren zu beantragen oder zu verlängern, so 'ne Dinge, da gehen sie nicht unbedingt gleich zum Sachbearbeiter, sondern gehen erst mal zu ihrem Dolmetscher."*

Auch die gewünschte Dolmetschtechnik hängt von dem Arbeitsbereich sowie von den KlientInnen der jeweiligen Einrichtungen ab. Die Ärztin der Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten bevorzugt ein simultanes Dolmetschen, bei dem die DolmetscherInnen in den Hintergrund des Gesprächs treten. So verläuft das Gespräch zwischen ihr und den KlientInnen im ständigen Wechsel, wobei der gegenseitige Blickkontakt gehalten wird. Dagegen äußert der Arzt des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD), dass Simultan- dolmetschen in seiner Beratungspraxis meistens nicht möglich ist, weil seinen KlientInnen die Strukturierung eines Gesprächs ohnehin schwer falle. Es gäbe "Leute, denen muss man jedes Wort aus der Nase ziehen und Leute, die reden wie ein Wasserfall", weswegen er eine konsekutive Verdolmetschung der wesentlichen Inhalte bevorzugt. Von zwei MitarbeiterInnen wird die Aufgabe der DolmetscherInnen betont, ein Vertrauensverhältnis zu den KlientInnen auch außerhalb der Beratung aufzubauen und somit relevante Informationen zu ermitteln, welche die MitarbeiterInnen sonst nicht erfahren würden. Der Arzt des KJPD benennt noch eine andere Funktion von Sprach- und KulturmittlerInnen, in der sie als Stütze zur Herstellung eines Gleichgewichts zwischen den GesprächspartnerInnen fungieren. Als Beispiel schildert er einen Fall, bei dem eine deutsche Frau ihren türkischen Ehemann kaum zu Wort kommen ließ, und es nur mit Hilfe der Dolmetscherin gelang, den Mann in das Gespräch mit einzubinden.

Um von vornherein die Gesprächsrollen, die Sitzordnung und die Dolmetschtechnik festlegen zu können, führt die interviewte Mitarbeiterin des Jugendamtes mit den Sprach- und KulturmittlerInnen Vorgespräche durch. Besonders bei der Beratung von Familien, in denen Gewalt und Emotionen eine große Rolle spielen, hält sie es für wichtig, dass die unterschiedlichen Rollen und Regeln, zum Beispiel wann ein Gespräch abgebrochen werden muss, von vornherein klar definiert sind.

### Etablierung des Sprach- und Kulturmittlerberufes

Um die Professionalisierung des Sprach- und Kulturmittlerberufes voranzutreiben, hält die leitende Ärztin der Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten die Entwicklung eines anerkannten Ausbildungsgangs für unabdingbar. Bevor es zu einer solchen Anerkennung kommen könne, müssten ExpertInnen einen Bedarf feststellen, ein Konzept entwickeln und nicht zuletzt eine Zertifizierung einführen, denn *"so ist das immer in Deutschland, man braucht einen Schein, um sich etablieren zu können mit irgendeiner Ausbildung"*. Auch die Sozialarbeit habe eine solche Entwicklung durchlaufen, bevor sie sich etablieren konnte. Auf Bezirksebene hält die im Jugendamt tätige Sozialpädagogin die Schaffung einer Lobby für Sprach- und KulturmittlerInnen für notwendig. Erst wenn die Leitungsebene erkennen würde, dass Sprach- und Kulturmittlungsleistungen notwendig sind, um die Qualität der Beratungen sicherzustellen und entsprechend gehandelt werde, könne sich der Sprach- und Kulturmittlerberuf etablieren.

Eine weitere, von den MitarbeiterInnen häufig genannte Voraussetzung für die Anerkennung von Sprach- und KulturmittlerInnen stellt eine angemessene Bezahlung dar, an der es gemäß den Aussagen der MitarbeiterInnen erfahrungsgemäß mangelt. Dementsprechend zwiespältig stehen die MitarbeiterInnen dem Einsatz von Sprach- und KulturmittlerInnen auf der Basis von so genannten 1-Euro-Jobs (Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung/MAE-Kräfte) gegenüber, wie er in der Etablierungsphase des Gemeindedolmetschendienstes derzeit praktiziert wird. Einerseits wird deren Einsatz angesichts des hohen Bedarfs an Sprach- und KulturmittlerInnen begrüßt, andererseits stehen die hohen Anforderungen und verantwortungsvollen Aufgaben von Sprach- und KulturmittlerInnen im Kontrast zu der niedrigen Bezahlung der MAE-Kräfte, die von den InterviewpartnerInnen teilweise als Ausbeutung empfunden wird. Da jedoch eine Festanstellung von DolmetscherInnen zurzeit wenig realistisch sei, hält die Ärztin der Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten den Einsatz von MAE-Kräften dann für gerechtfertigt, wenn deren Lebensunterhalt gesichert ist und es sich um eine zusätzliche Verdienstmöglichkeit handelt. Der Arzt im KJPD kann sich einen solchen Einsatz aufgrund der zu geringen Qualifikation der MAE-Kräfte nicht vorstellen, wogegen die Gruppenleiterin der Leistungsstelle nach dem Asylbewerberleistungsgesetz keine Bedenken hat, MAE-Kräfte des Gemeindedolmetschendienstes in Anspruch zu nehmen, die sie aufgrund ihrer guten Erfahrungen als ausreichend qualifiziert beurteilt.

## Diskussion des Fragebogenrücklaufs

Eine Frage, die im Vorfeld der Untersuchung im Raum stand war, warum bei der vorangegangenen Untersuchung von Cerniewski (2004) der Rücklauf aus dem Jugendamt Friedrichshain-Kreuzberg auffällig niedrig ausfiel. Bei der Befragung der JugendamtsmitarbeiterInnen in Friedrichshain-Kreuzberg konnte zwar eine Steigerung dieser Quote auf 29% erreicht werden, sie liegt jedoch immer noch deutlich unter der Rücklaufquote anderer Einrichtungen. Die geringe Beteiligungsquote des Jugendamtes kann weder damit begründet werden, dass in dieser Einrichtung die Thematik "Kommunikation mit MigrantInnen" eine geringe Relevanz besitzt, noch dadurch, dass die dortigen MitarbeiterInnen keinen Handlungsbedarf im Bereich der kulturellen und sprachlichen Verständigung mit KlientInnen sehen. Nach Schätzungen der MitarbeiterInnen hat mehr als jeder siebente Klient im Jugendamt Schwierigkeiten sich auf Deutsch zu verständigen (15%), fast zwei Drittel der MitarbeiterInnen sind mit ihrer Kommunikationspraxis mit diesen KlientInnen unzufrieden und die Maßnahmen zur Verbesserung der Verständigung werden als wichtiger beurteilt, als in allen anderen Einrichtungen. Stattdessen kann vermutet werden, dass der Grund für die niedrige Rücklaufquote bei den MitarbeiterInnen des Jugendamtes mit einer aus Unzufriedenheit resultierenden Resignation zusammenhängt, die sich im Interview mit einer Jugendamtsmitarbeiterin erkennen lässt. Bevor das eigentliche Interview begonnen hatte, äußerte die Mitarbeiterin Zweifel daran, dass die Durchführung der Untersuchung zu positiven Veränderungen beitragen werde und berichtete von der Streichung der einzigen Dolmetscherstelle in ihrer Einrichtung. Eine solche resignative und hoffnungslose Haltung, die sich in der Aussage dieser Mitarbeiterin widerspiegelt, könnte der Auslöser für eine geringe Akzeptanz der Untersuchung im Jugendamt gewesen sein.

### **3 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen**

Die vorliegende Untersuchung zeigt im Ergebnis, dass im Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg ein hoher Handlungsbedarf zur Verbesserung der sprachlichen und kulturellen Verständigung mit MigrantInnen besteht. Dieser Bedarf ergibt sich einerseits aus dem hohen Anteil an KlientInnen mit Verständigungsschwierigkeiten, die in den Einrichtungen des Bezirksamtes betreut werden und andererseits aus der großen Unzufriedenheit, welche die MitarbeiterInnen hinsichtlich ihrer Kommunikationspraxis mit diesen KlientInnen äußern. Derzeit findet eine Kommunikation mit KlientInnen, die über geringe Deutschkenntnisse verfügen, überwiegend in vereinfachtem Deutsch oder mit Hilfe von Begleitpersonen der KlientInnen statt. Eine solche Verständigungspraxis ist die Ursache zahlreicher Kommunikationsprobleme und gefährdet dadurch nicht nur eine

gleichberechtigte gesundheitliche und soziale Versorgung von MigrantInnen, sondern auch eine adäquate Erfüllung des institutionellen Versorgungsauftrags. Um die Zugangs- und Kommunikationsbarrieren im Gesundheits- und Sozialwesen für Menschen mit geringen Deutschkenntnissen abzubauen und den MitarbeiterInnen eine adäquate Versorgung dieser Personengruppe zu ermöglichen, ist ein Umdenken auf verschiedenen Ebenen notwendig.

Auf der politischen und rechtlichen Ebene fehlen bisher die gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen, die eine gleichberechtigte Versorgung von MigrantInnen sowie ein Recht auf Verständigung in den sozialen und gesundheitlichen Diensten sicherstellen würden. Auf der institutionellen Ebene fehlt vielfach das Bewusstsein dafür, dass eine angemessene sprachliche Verständigung mit MigrantInnen, die wenig oder gar kein Deutsch sprechen, nur durch den Einsatz professioneller Sprach- und KulturmittlerInnen erreicht werden kann. Dem Ergebnis dieser Untersuchung, dass MitarbeiterInnen, die häufig interne Sprach- und KulturmittlerInnen einsetzten, deutlich zufriedener sind als jene, die sich häufig mit Begleitpersonen verständigen, sollte Rechnung getragen werden, indem von der Leitungs- und MitarbeiterEbene des Bezirksamtes der vermehrte Einsatz professioneller DolmetscherInnen angestrebt wird.

Damit das Recht auf Verständigung sowie die Chancengleichheit für MigrantInnen in Deutschland realisierbar werden, ist auch auf der gesellschaftlichen Ebene ein Umdenken notwendig. Das häufige Argument, der Einsatz von SprachmittlerInnen würde den Anreiz für MigrantInnen, die deutsche Sprache zu erlernen, reduzieren oder diese sogar am Spracherwerb hindern, entspricht aus mehreren Gründen nicht der Realität. Zum einen bedarf es in der Regel mehrerer Jahre, um eine Fremdsprache zu erlernen und diese perfekt zu beherrschen. Der Bedarf an sozialer und gesundheitlicher Versorgung besteht jedoch auch bei Personen, die sich erst seit kurzem in Deutschland aufhalten oder aus anderen Gründen noch keine Möglichkeit hatten, die deutsche Sprache zu erlernen. Außerdem erfordert eine Verständigung im medizinischen und verwaltungsrechtlichen Kontext häufig ein ganz bestimmtes Fachvokabular, das im Alltag nicht verwendet wird und daher besonders schwer zu erlernen ist. Eine weitere Kommunikationsbarriere kann sich dadurch ergeben, dass die Gesprächsinhalte im sozialen und gesundheitlichen Bereich für die Betroffenen häufig von existentieller Bedeutung sind und eine emotionale Belastung darstellen. Wenn zum Beispiel das Sorgerecht der Kinder oder der Verdacht auf eine lebensbedrohliche Krankheit im Mittelpunkt des Gesprächs steht, so wird es KlientInnen aufgrund ihrer hohen emotionalen Betroffenheit besonders schwer fallen, sich in einer fremden Sprache zu verständigen. Nicht zuletzt zeigt die vorliegende Untersuchung, dass eine unzureichende Verständigung in öffentlichen Einrichtungen nicht dazu führt, dass MigrantInnen einen größeren

Anreiz bekommen Deutsch zu lernen, sondern dazu, dass Kinder und andere Personen ohne entsprechende Qualifikationen zur Sprachmittlung herangezogen werden. Gleichzeitig wird MigrantInnen, welche zumeist ein erhöhtes Armutsrisiko tragen, durch diese Verständigungspraxis der gleichberechtigte Zugang zur sozialen und gesundheitlichen Versorgung zusätzlich erschwert.

Auch aus ökonomischen Gesichtspunkten ist die Fortführung der derzeitigen Kommunikationspraxis abzulehnen. So ergibt die vorliegende Untersuchung, dass eine unzureichende Verständigung einen erheblichen zeitlichen und personellen Mehraufwand verursacht. Es bleibt zu untersuchen, inwieweit die Kosten im Gesundheits- und Sozialwesen aufgrund von sprachlichen Kommunikationsproblemen, Missverständnissen und daraus resultierenden falschen Beratungen und Fehlbehandlungen unnötig in die Höhe getrieben werden.

#### Handlungsempfehlungen

Zur Verbesserung der sprachlichen und kulturellen Verständigung im Gesundheits- und Sozialwesen und zum Abbau von Zugangsbarrieren für MigrantInnen in der gesundheitlichen und sozialen Versorgung ergeben sich auf der Grundlage der vorliegenden Untersuchung folgende Handlungsempfehlungen:

- (1) Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen zur Sicherung der Chancengleichheit im Gesundheits- und Sozialwesen
- (2) Sensibilisierung der Institutionen für die Notwendigkeit einer qualitativ hochwertigen sprachlichen und kulturellen Verständigung
- (3) Einrichtung von Sprach- und Kulturmittlerpools in den Bezirksamtern
- (4) Benutzerfreundliche Gestaltung des Abrufs und Einsatzes externer Sprach- und Kulturmittlungsleistungen
- (5) Bereitstellung von fremdsprachigen Informationsmaterialien und Anträgen mit deutschen Untertiteln
- (6) Vermehrte Einstellung von mehrsprachigen und interkulturell kompetenten Fachkräften

#### *(1) Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen zur Sicherung der Chancengleichheit im Gesundheits- und Sozialwesen*

Damit Menschen mit mangelnden Deutschkenntnissen in der sozialen und gesundheitlichen Versorgung in Zukunft nicht benachteiligt werden, ist es nötig, dass der Bedarf an professioneller Sprach- und Kulturmittlung an die Politik herangetragen wird und in den politischen Entscheidungen Berücksichtigung findet. Voraussetzung dafür ist eine steigende Vernetzung und Zusammenarbeit von Akteuren der Politik, des Gesundheits- und Sozialwesens, der Leistungsträ-

ger, der migrationspolitischen Interessensverbände, der Arbeitsförderung sowie der Qualifizierungs- und Vermittlungseinrichtungen von Sprach- und KulturmittlerInnen auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene. Ziel einer solchen Kooperation sollte es sein, das Recht auf Verständigung in Deutschland gesetzlich zu verankern und umzusetzen. Gleichzeitig sollte die Etablierung und Zertifizierung des Sprach- und Kulturmittlerberufes angestrebt werden.

*(2) Sensibilisierung der Institutionen für die Notwendigkeit einer qualitativ hochwertigen sprachlichen und kulturellen Verständigung*

Im Rahmen der interkulturellen Öffnung des Gesundheits- und Sozialwesens sowie der Schaffung einer gleichberechtigten Versorgung von MigrantInnen ist eine zufriedenstellende sprachliche und kulturelle Verständigung unerlässlich. Sowohl auf der Leitungsebene als auch der MitarbeiterInnenebene entsprechender Institutionen bedarf es daher einer Sensibilisierung für die Notwendigkeit und für die Vorteile professioneller Sprach- und Kulturmittlung. Gleichzeitig sollten die negativen Auswirkungen einer unzureichenden Verständigung sowie die Probleme, welche durch den sprachmittelnden Einsatz von Begleitpersonen der KlientInnen verursacht werden, reflektiert und eine derartige Kommunikationspraxis aufgrund ihrer mangelnden Professionalität vermieden werden. Insbesondere sollten alle Ebenen der Institutionen der Tatsache Rechnung tragen, dass zur adäquaten Erfüllung des institutionellen Versorgungsauftrags und zur Vermeidung von Missverständnissen und Fehlbehandlungen eine qualitativ hochwertige Verständigung notwendig ist. Damit ein solches Bewusstsein institutionsübergreifend geschaffen werden kann, ist eine stärkere Vernetzung der Leitungsebene untereinander sowie mit dem Fachpersonal der entsprechenden Einrichtungen zu empfehlen. Bei der Mittelvergabe für Sprachmittlungsleistungen ist zu berücksichtigen, dass eine verbesserte Verständigung zur Reduzierung eines unnötigen personellen und finanziellen Mehraufwands sowie zur Vermeidung kostenintensiver Fehlversorgungen führt.

Eine interkulturelle Ausrichtung der Institution sollte einerseits von der Leitungsebene angestrebt und gefördert werden, indem sie sich in Form von Vernetzungsarbeit, der Erstellung von Leitlinien und Zielsetzungen der Thematik annimmt und diese Ziele in der internen Organisationsentwicklung Berücksichtigung finden. Andererseits ist es notwendig, dass eine solche Ausrichtung von der MitarbeiterInnenebene getragen wird. Dazu ist von Seiten der MitarbeiterInnen ein Interesse an der interkulturellen Thematik erforderlich sowie die Bereitschaft, sich in diesem Bereich fortzubilden. Interkulturelle Begegnungen, Fachtagungen, Kongresse, Fortbildungen sowie der Erfahrungsaustausch von MitarbeiterInnen untereinander bieten vielfältige Möglichkeiten, eine solche Sensibilisierung zu fördern. Eine gute Zusammenarbeit zwischen DolmetscherInnen und MitarbeiterInnen kann durch Kenntnisse über Dolmetschetechniken seitens der Mitarbeite-

rInnen, die Schaffung einer Kooperationsbasis zu den DolmetscherInnen sowie eindeutiger Rollendefinitionen der Beteiligten gefördert werden. Zu diesem Zweck sind neben gemeinsamen Fortbildungen von MitarbeiterInnen und DolmetscherInnen auch eine verstärkte Aufklärung und aktive Öffentlichkeitsarbeit von Seiten der Dolmetschdienste anzuraten.

### *(3) Einrichtung von Sprach- und Kulturmittlerpools in den Bezirksamtern*

Der Einsatz interner Sprach- und KulturmittlerInnen stellt aus Sicht der BezirksamtsmitarbeiterInnen die effizienteste Möglichkeit dar, Kommunikationsbarrieren zu überbrücken. Ein unmittelbarer Zugriff auf interne DolmetscherInnen ist besonders in jenen Tätigkeitsbereichen von Vorteil, welche einen hohen Anteil an KlientInnen mit Verständigungsschwierigkeiten betreuen und deren Auftrag eine differenzierte sprachliche Verständigung voraussetzt. Ebenfalls würden Einrichtungen, die auf eine schnelle Verfügbarkeit von Sprachmittlungsleistungen angewiesen sind, weil zum Beispiel eine Krisenintervention erforderlich ist, vom vermehrten Einsatz interner Sprach- und KulturmittlerInnen profitieren. Aus diesem Grund sollten im Bezirksamt interne Sprach- und KulturmittlerInnen in den am Häufigsten benötigten Sprachen zur Verfügung stehen. Die Einrichtung eines Sprach- und Kulturmittlerpools im Bezirksamt ist insbesondere deshalb zu empfehlen, weil die Vertrautheit der DolmetscherInnen mit ihrem jeweiligen Arbeitsbereich, den Fachbegriffen und Fachkenntnissen von entscheidender Bedeutung für die Qualität einer Sprachmittlung ist. Außerdem ermöglicht ein kontinuierlicher Einsatz dieser Fachkräfte nicht nur die Schaffung eines Vertrauensverhältnisses zu den KlientInnen, sondern auch eine erfolgreiche Kooperationsbasis zwischen SprachmittlerInnen und MitarbeiterInnen. Voraussetzung eines solchen Sprachmittlerpools ist die langfristige Bereitstellung hinreichender finanzieller Mittel sowie die Schaffung einheitlicher Regelungen zum Abruf sprachmittlerischer Leistungen.

### *(4) Benutzerfreundliche Gestaltung des Abrufs und Einsatzes externer Sprach- und Kulturmittlungsleistungen*

Damit in Zukunft eine verstärkte Inanspruchnahme externer Sprachmittlerpools stattfindet und sich diese auf dem Arbeitsmarkt etablieren können, ist es erforderlich, dass der Einsatz externer DolmetscherInnen mit geringem zeitlichen und organisatorischen Aufwand möglich wird. Auf Seiten der Institution ist es unerlässlich, arbeits- und zeitaufwändige Antragsverfahren für eine Inanspruchnahme externer Sprach- und Kulturmittlungsleistungen abzubauen, damit die bisherige unzureichende Kommunikationspraxis überwunden werden kann. Um dies zu ermöglichen, sollten MitarbeiterInnen selbst über den Einsatz von Sprach- und KulturmittlerInnen entscheiden können und die Finanzierung dieser

Einsätze einheitlich gestaltet werden.

Von Seiten der Dolmetschdienste ist eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit, ein einheitliches Finanzierungskonzept, eine benutzerfreundliche und kurzfristige Vermittlung sowie eine enge Kooperation mit potentiellen AuftraggeberInnen notwendig. Mit dem Gemeindedolmetschdienst Berlin stehen den Bezirksamtären professionelle Sprach- und KulturmittlerInnen für den Gesundheits- und Sozialbereich zur Verfügung. Durch ihre hohe Professionalität und Neutralität sind diese DolmetscherInnen in verschiedenen Bereichen einsetzbar und stellen somit eine effiziente Möglichkeit dar, Kommunikationsbarrieren zu überbrücken. Im Hinblick auf die angespannte Haushaltsslage des Berliner Senats dürfte besonders die Tatsache, dass GemeindedolmetscherInnen kostengünstig und bedarfsgerecht eingesetzt werden können, von entscheidender Bedeutung sein. Gegenüber internen DolmetscherInnen hat die Inanspruchnahme externer Sprachmittlerpools zudem den Vorteil, dass diese ein breiteres Spektrum an Sprachen abdecken. Angesichts der Tatsache, dass die MitarbeiterInnen des Bezirksamtes Friedrichshain-Kreuzberg über 29 verschiedene Sprachgemeinschaften für ihre KlientInnen mit geringen Deutschkenntnissen angeben, ist ein solch breites Sprachenspektrum von großem Gewinn.

*(5) Bereitstellung von fremdsprachigen Informationsmaterialien und Anträgen mit deutschen Untertiteln*

Der vermehrte Einsatz fremdsprachiger Informationsmaterialien ist besonders in Einrichtungen zu empfehlen, in denen aufgrund der geringen Bearbeitungszeit, welche den MitarbeiterInnen für einen Klientenkontakt zur Verfügung steht, eine Kommunikation nur in begrenztem Umfang möglich ist. Mehrsprachige Hinweise und Untertitel auf Anträgen würden mit geringem finanziellen Aufwand eine erhebliche Arbeitserleichterung und Zeitersparnis bedeuten.

*(6) Vermehrte Einstellung von mehrsprachigen und interkulturell kompetenten Fachkräften*

Neben den genannten Verbesserungsmaßnahmen ist die vermehrte Einstellung von mehrsprachigen und interkulturell kompetenten Fachkräften ein wichtiger Bestandteil der interkulturellen Öffnung des Gesundheits- und Sozialwesens. Diese MitarbeiterInnen sollten im Team die Funktion von Multiplikatoren haben, welche ihre Kompetenz und ihr Wissen an KollegInnen und Kollegen weitergeben. Diese Kompetenzen können durch regelmäßige Weiterbildung der MitarbeiterInnen unterstützt und gestärkt werden. Ebenfalls im Rahmen der interkulturellen Öffnung sollte eine vermehrte Einstellung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund angestrebt werden. Diese Maßnahme darf jedoch nicht zu einer einseitigen Zuständigkeit dieser MitarbeiterInnen für KlientInnen mit Migrationshintergrund führen, sondern soll dazu dienen, dass sich im



Personalschlüssel der Behörden langfristig die soziokulturelle Vielfalt der Bevölkerung widerspiegelt.

### Literatur

- CERZNIEWSKI, A. (2004). "Kommunikation mit MigrantInnen in den sozialen Regeldiensten, am Beispiel des Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienstes der Berliner Jugendämter. Eine empirische Studie zum Bedarf an Sprach- und KulturmittlerInnen" (Diplomarbeit an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik "Alice Salomon").
- KNAPP, K. & KNAPP-POTTHOFF, A. (1985). "Sprachmittlertätigkeit in interkultureller Kommunikation". In: Rehbein, J. (Hrsg.): Interkulturelle Kommunikation. 450-463. Tübingen, Gunther Narr Verlag.
- PAPIES-WINKLER, I. (2003): "Dolmetschen im Gesundheits- und Sozialwesen - Ein Projekt des "Interkulturellen Gesundheitsnetzwerks" Berlin". In: Borde, T., David, M. Hrsg. Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. 229-234. Frankfurt am Main, Mabuse Verlag.
- PÖCHHACKER, F. (1997). "Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen". Wien, Dezernat für Gesundheitsplanung.
- SALMAN, R. (2001). "Sprach- und Kulturvermittlung. Konzepte und Methoden der Arbeit mit Dolmetschern in therapeutischen Prozessen". In: Hegemann, T. & Salman, R.: Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. 169-190. Bonn, Psychiatrie Verlag.
- SENATSWERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ (12.02.2006). "Armut und soziale Ungleichheit in Berlin. Statistische Kurzinformation zum ersten Berliner Armutsbericht". Online: <http://wex-bb.de/kurzfassung.pdf>.
- SENATSWERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ (12.02.2006). "Sozialstrukturatlas Berlin 2003, Kurzfassung". Online: [http://www.efb-berlin.de/download/berliner\\_sozialatlas\\_2003\\_kurz.pdf](http://www.efb-berlin.de/download/berliner_sozialatlas_2003_kurz.pdf).



# 3

Kommunikation mit MigrantInnen in Berliner  
Jugendämtern. Eine Studie zum Bedarf an  
Sprach- und KulturmittlerInnen

### **3 Kommunikation mit MigrantInnen in Berliner Jugendämtern. Eine Studie zum Bedarf an Sprach- und KulturmittlerInnen**

**Alexandra Cerzniewski**

## **3**

### **Zusammenfassung**

Die Befragung von 107 SozialarbeiterInnen in 8 Berliner Jugendämtern zeigt, dass Verständigungsprobleme eine alltägliche Herausforderung darstellen. Qualifizierte DolmetscherInnen werden in den Berliner Jugendämtern jedoch relativ selten in Anspruch genommen, obwohl bei etwa der Hälfte der befragten SozialarbeiterInnen in den Jugendämtern erhebliche Unzufriedenheit mit der derzeitigen Kommunikationspraxis vorwiegend durch Begleitpersonen der KlientInnen (meist Kinder!) besteht und sich die Befragten der damit verbundenen Probleme (wie z.B. Verzerrung oder Auslassung von Informationen, erhöhter Zeitaufwand, Parentifizierung von Kindern) bewusst sind. Insgesamt weist die Untersuchung auf einen hohen Bedarf an qualifizierten internen und externen Sprach- und KulturmittlerInnen in Jugendämtern sowie auf Bedarf an bilinguaalem Fachpersonal in Bezirken mit einem hohen Migrantenanteil hin.

### **1 Einleitung**

Die Kommunikationsbarriere stellt für viele MigrantInnen neben sozialen und kulturellen Aspekten, der Unkenntnis des Versorgungssystems, Misstrauen gegenüber der dominanten Mehrheitskultur u.a. eine der Hauptzugangsbarrrieren zu Versorgungsangeboten der Regeldienste des Sozial- und Gesundheitswesens in der BRD dar (Gaitanides 2003:72). Mit dem häufig in der integrationspolitischen Debatte geforderten Spracherwerb von Neuzuwanderern allein ist diesem Problem nicht beizukommen. Denn es wird immer Personen geben, die auf Grund fortgeschrittenen Alters, mangelnder Schulbildung oder anderen Gründen eine neue Sprache nur in einem sehr begrenzten Umfang erlernen können. Gerade in Krisensituationen, wie bei Erziehungs- oder innerfamiliären Problemen, bevorzugen es die meisten Menschen in ihrer Muttersprache zu kommunizieren. „... denn ‚Sprache ist eine Verkörperung des Seelenlebens.‘ (Elias 1969). Sie ordnet die wahrgenommene Welt und funktioniert als Ausdruck des Denkens und Bewusstseins sowie der Reflektion. Sie ist ein stützender Faktor der eigenen Identität und dient einer symbolischen Verarbeitung äußerer und innerer Wahrnehmungen und der Wirklichkeit“ (Salman 2003:39).

Hinzu kommt, dass durch die veränderte weltpolitische Lage auch eine

veränderte Zuwanderung zu verzeichnen ist. Die gegenseitige Annäherung der Länder der Europäischen Gemeinschaft, der Zusammenbruch der bisherigen politischen Systeme in Osteuropa und die zunehmenden Fluchtbewegungen in und aus den so genannten Ländern der Dritten Welt lassen mehr und neue Zuwanderergruppen erwarten (Hinz-Rommel 1994: 25).

In den Regeldiensten des Sozial- und Gesundheitswesens existiert ein gesetzlich verankerter Versorgungsauftrag für alle BürgerInnen – also auch für Menschen, die aus anderen Ländern zugewandert sind. Migrantenspezifische Dienste, die in den ersten Jahrzehnten der Zuwanderung von den großen Wohlfahrtsverbänden als zusätzliche Struktur für die Beratung und Betreuung aufgebaut wurden, können die Versorgung im Regelbereich weder quantitativ noch qualitativ auffangen, da sie weder flächendeckend vorhanden noch vergleichbar spezialisiert sind. Außerdem existieren entsprechende Angebote nicht für alle Nationalitäten und die Zuständigkeiten entsprechen nicht mehr der pluralen Einwanderungssituation.

Die Beauftragte für Migration und Integration des Senats von Berlin (2000:42) wies in ihrem Bericht zur Integrations- und Ausländerpolitik darauf hin, dass Dienststellen und Einrichtungen der öffentlichen Verwaltung den Anliegen von Migrantinnen und Migranten nicht angemessen oder jedenfalls nicht in dem Umfang gerecht werden, wie es bei Deutschen der Fall ist, und führt dies vor allem auf sprachliche Verständigungsschwierigkeiten zurück.

Für die in dem öffentlichen Bereich tätigen MitarbeiterInnen bedeutet dies, dass sie im konkreten Fall ihren Versorgungsauftrag gerecht werden sollen, dies aber nur unzureichend tun können. Denn für das Hinzuziehen von Sprach- und KulturmittlerInnen zur Überbrückung von etwaigen Kommunikationsbarrieren fehlen neben finanziellen auch rechtliche und qualitätsbezogene Regelungen (Salman 2003: 40).

Obwohl das eben beschriebene Problem vermutlich alle Bereiche der sozialen und gesundheitlichen Regelversorgung betrifft, konzentriert sich dieser Beitrag auf den Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienst (ASD) der Jugendämter von Berlin, für den bisher nur wenige Untersuchungen vorliegen und wo die Nicht- oder mangelnde Erfüllung des Versorgungsauftrags schwerwiegende Folgen haben kann.

## **2 Rechtliche Rahmenbedingungen für die Kinder- und Jugendhilfe und die Aufgaben des Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienstes (ASD) der Jugendämter**

Die Kinder- und Jugendhilfe ist, sofern ein gesetzlicher Anspruch besteht, Pflichtaufgabe der öffentlichen Träger der Kommunen, also der Städte und Landkreise, die hierfür ein Jugendamt einzurichten haben (Jugendrecht: 1999; SGB VIII; § 3 Abs. 2 und § 69 Abs.1 und 3). Innerhalb der Jugendämter „... ist

der ASD ein allzuständiger, zielgruppen-, generationen- und gesetzesübergreifender Basisdienst [und somit] der zentrale soziale Dienst einer Kommune.“(Textor 1994:9).

Die einzelnen Aufgaben und Ziele des ASD sind grundlegend durch den allgemeinen Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe bestimmt, welcher sich aus §1 Abs. 3 des Achten Sozialgesetzbuches (SGB VIII) ergibt. Danach soll die Jugendhilfe junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen und dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien zu schaffen.

Der ASD ist somit eine Anlauf- und Vermittlungsstelle für Menschen, die Beratung und/oder Hilfe zu persönlichen, familiären und sozialen Problemen benötigen, die im Zusammenhang mit Kindern und/oder Jugendlichen stehen. Wichtigstes Ziel ist es Krisen- und Konfliktsituationen in Familien vorzubeugen, diese zu mindern oder zu bewältigen. Zu den Aufgaben des ADS gehört u.a. die Beratung in Erziehungsfragen, Beratung und Unterstützung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung (§17 SGB VIII), Beratung und Unterstützung in finanziellen und existentiellen Notlagen, wie z.B. bei drohender Wohnungslosigkeit sowie bei Anträgen auf Sozialleistungen. Reicht eine Beratung nicht aus, können die Personensorgeberechtigten (i.d.R. die Eltern) einen Antrag auf Hilfen zur Erziehung beim ASD stellen. Der ASD hilft die geeigneten und notwendigen Formen der Hilfe zu vermitteln, unterstützt und begleitet sie. Die verschiedenen Arten der Hilfe zur Erziehung sind im SGB VIII § 28ff geregelt und beinhalten:

- ambulante Hilfen (§§28 – 31 SGB VIII), wie Erziehungsberatung, soziale Gruppenarbeit, Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer und sozial-pädagogische Familienhilfe
- teilstationäre Hilfen (§32 SGB VIII), wie Erziehung in einer Tagesgruppe
- stationäre Hilfen (§§33 u. 34 SGB VIII), wie Vollzeitpflege in einer Pflegefamilie oder Heimerziehung und sonstige betreute Wohnformen.
- Eine weitere Aufgabe des ASD ist die Unterstützung des Familiengerichts, bei Fragen zum Sorge-, Umgangs- und Aufenthaltsbestimmungsrecht sowie bei der Abwendung einer Gefahr für das Wohl des Kindes (§50 SGB VIII). Besteht eine dringende Gefahr für das Wohl eines Kindes oder Jugendlichen, oder bittet ein Kind oder Jugendlicher um Obhut, ist das Jugendamt gar verpflichtet, diese zu gewähren (§ 42 Abs. 2 und 3. SGB VIII).

Somit haben die SozialarbeiterInnen des ASD sowohl eine dienstleistende, wie eine Kontrollfunktion. Für die Inanspruchnahme von Erziehungshilfen gibt es

jedoch immer noch einige ausländerrechtliche Besonderheiten. Diese werden im folgenden Abschnitt kurz dargestellt.

## 2.1 Ausländerrechtliche Besonderheiten bei der Inanspruchnahme von Erziehungshilfen

Nach dem Grundverständnis der Kinder- und Jugendhilfe beziehen sich ihre Leistungen und anderen Aufgaben grundsätzlich auf alle in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend 2002: 221). Anders als noch im Jugendwohlfahrtsgesetz verankert, welches laut §1 dieses Gesetzes nur an deutsche Kinder und Jugendliche gerichtet war, steht seit 1990 mit in Kraft treten des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG, auch SGB VIII genannt) jedem jungen Menschen das Recht auf Erziehung und Förderung seiner Entwicklung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit zu (vgl. Jugendrecht 1999; SGB VIII, §1 Abs1).

Das SGB VIII differenziert jedoch - trotz dieses Grundverständnisses - zwischen Deutschen und Ausländern hinsichtlich des Anspruches auf Leistungen. Denn nach §6 Abs.2 dieses Buches können AusländerInnen nur dann Leistungen beanspruchen, wenn sie rechtmäßig oder aufgrund einer ausländerrechtlichen Duldung ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben. Damit bleiben bestimmte Gruppen von Ausländern, zum Beispiel solche, die nicht zumindest einen Duldungsstatus haben, ohne Anspruch auf Jugendhilfeleistungen (Späth 1999: 17). Hinzu kommt, dass die Inanspruchnahme von Jugendhilfeleistungen unter bestimmten Umständen zur Ausweisung der AusländerIn führen kann. Denn laut § 46 Abs1 Nr.7 des Ausländergesetzes „kann insbesondere [der aus der Bundesrepublik Deutschland – Anm. d. Verf.] ausgewiesen werden, wer Hilfe zur Erziehung außerhalb der eigenen Familie oder Hilfe für junge Volljährige nach dem Achten Sozialgesetzbuch erhält...“

Eine Ausweisung allein auf der Tatsache basierend, dass eine AusländerIn Hilfe zur Erziehung außerhalb der Familie beansprucht hat, kommt zwar faktisch nicht vor, die psychologische Wirkung einer solchen potentiellen, die Existenz gefährdenden Bedrohung darf jedoch nicht unterschätzt werden. Inwiefern ausländische Eltern allein wegen dieser Regelung auf die für ihr Kind erforderlichen Erziehungshilfen verzichten, kann nur vermutet werden, denn dazu liegen bislang keine empirischen Untersuchungsergebnisse vor (Späth 1999:18).

Dass Erziehungshilfen „...von Menschen nicht-deutscher Staatsangehörigkeit seltener in Anspruch genommen werden, als es ihrem Anteil an der jeweiligen Altersgruppe in der Bevölkerung Deutschlands entspricht“ (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend 2002:212) geht aus den Ausführungen des folgenden Abschnittes hervor.

## 2.2 Inanspruchnahme von Erziehungshilfen durch Migrantenfamilien

Da in den meisten öffentlichen Statistiken auch die Datenerhebung zur Inanspruchnahme von Erziehungshilfen bisher Menschen mit Migrationshintergrund nur nach dem Kriterium der nicht-deutschen Staatsangehörigkeit erfasst, beziehen sich die im Folgenden dargestellten Fakten nur auf AusländerInnen. Dabei ist zu bemerken, dass der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund bedingt durch Einbürgerungen und die Zuwanderung Deutschstämmiger deutlich höher liegt als der Ausländeranteil. So zeigt der Mikrozensus 2005, der erstmals den Migrationshintergrund der Bevölkerung erfasst, dass der Anteil der Unter-25-Jährigen Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland heute nach Angaben des Konsortiums Bildungsberichterstattung 27,2% beträgt, während der Ausländeranteil in dieser Altersgruppe bei 10% liegt (vgl. Zwick 2006).

Ausgehend von den durchschnittlich schlechteren Lebensbedingungen und den damit einhergehenden überdurchschnittlichen sozialen und psychosozialen Belastungen, denen Migrantenfamilien ausgesetzt sind, liegt die Vermutung nahe, dass der durchschnittliche Bedarf an Erziehungshilfen für diese Familien eher höher ist als für deutsche Familien. Tatsächlich sind aber AusländerInnen bei der Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung in Deutschland weitestgehend unterrepräsentiert. So betrug der Ausländeranteil an allen erzieherischen Hilfen 1996 nur 7% bei einem Anteil der ausländischen Minderjährigen an der gesamten Alterspopulation von 11,6% (Späth 1999: 22).

Die geringere Inanspruchnahme von Erziehungshilfen könnte Ausdruck der Mobilisierung von eigenen Ressourcen innerhalb der Migrantenfamilien sein. Denn dass die Selbsthilfenetze der Familie und der Verwandtschaft sowie der ethnischen Communities vieles auffangen, wird im 6. Familienbericht der Bundesregierung eindeutig belegt (Gaitanides 2003: 44).

Dass diese - wenn auch sehr wünschenswerte Erklärung - offensichtlich nicht greift, wird deutlich, wenn man betrachtet, in welchem Maße die unterschiedlichen Hilfen von jungen MigrantInnen in Anspruch genommen werden. Während Migrantenkinder und -jugendliche bei den ambulanten Erziehungshilfen mit präventivem Charakter, wie z.B. der Erziehungsberatung und der sozialpädagogischen Familienhilfe, unterrepräsentiert sind, sind sie in den eingreifenden und kontrollierenden Diensten deutlich überrepräsentiert (Gaitanides 2003: 44). So betrug ihr Anteil 1996 in der Erziehungsberatung nur 6,1% und in der sozialpädagogischen Familienhilfe 7,9%. Eine individuelle Betreuung in Form eines Erziehungsbeistandes durch eine BetreuungshelferIn oder im Rahmen einer sozialpädagogischen Gruppenarbeit, wie sie vor allem für junge Menschen mit erheblichen Auffälligkeiten im Sozialverhalten bis hin zur Straffälligkeit angeboten wird, wurden hingegen zu 15,8% von ausländischen



Kindern und Jugendlichen in Anspruch genommen. Damit sind sie bei dieser Hilfeform mit fast 50% überrepräsentiert (Späth 1999:20). Bei den Inobhutnahmen betrug der AusländerInnenanteil gar 24,9%. Damit werden doppelt so viele ausländische Kinder und Jugendliche in Obhut genommen wie Deutsche. „So liegt die Einschätzung nahe, dass das, was im Bereich der Erziehungshilfen versäumt wird, durch Inobhutnahme aufgefangen werden muss.“ (Späth 1999:22).

Zu der Frage, warum vor allem die präventiven Angebote der Jugendhilfe trotz des augenscheinlichen Bedarfs die Zielgruppe der Migrantenfamilien nicht oder kaum erreichen, stellt Gaitanides (2003:44) die These auf, dass die unzureichende Berücksichtigung der besonderen sozialen, sozialpsychologischen, rechtlichen und kulturellen Voraussetzungen der Zielgruppe der Grund für die unterdurchschnittliche und weniger erfolgreiche Partizipation von Migrantenfamilien an den Angeboten der Jugendhilfe ist. Er untermauert seine These mit einer Liste von wesentlichen Zugangsbarrieren, mit denen MigrantInnen konfrontiert sind. Neben dem Mangel an Informationen über die Existenz der Angebote, der Angst vor aufenthaltsrechtlichen Folgen bei der Inanspruchnahme von Jugendhilfeleistungen sowie genereller Behördenangst, nennt der Wissenschaftler vor allem das mangelhafte Vertrauen in die sprachliche und interkulturelle Verständigungsmöglichkeit, wenn keine Muttersprachler in der Einrichtung repräsentiert sind.

### **3 Studie zum Bedarf von Sprach- und Kulturmittlern in Berliner Jugendämtern**

#### 3.1 Zielsetzung und Fragestellung der Untersuchung

Ziel der Untersuchung war, die derzeitige Praxis der Kommunikation mit nicht oder nur in geringem Maße deutschsprachigen MigrantInnen in den sozialen Regeldiensten Berlins am Beispiel des Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienstes der Jugendämter im Detail und aus der unmittelbaren Sicht des Betreuungspersonals zu erfassen. Dabei sollten besondere Problembereiche dokumentiert und Alternativen und Verbesserungsmaßnahmen aus institutioneller Perspektive auf ihre Dringlichkeit und Akzeptanz hin beurteilt werden. Insbesondere sollte die Annahme bestätigt bzw. widerlegt werden, dass im Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienst der Jugendämter Berlins ein dringender Bedarf an qualifizierten Sprach- und Kulturmittlungsleistungen zur effizient(er)en Überbrückung von Kommunikationsbarrieren mit KlientInnen, die Schwierigkeiten haben sich auf Deutsch zu verständigen, besteht. Die Zielsetzung und Fragestellung dieser Untersuchung orientieren sich weitestgehend

an der Studie des WHO Projektes „Wien – Gesunde Stadt“ (Pöchhacker 1997).

Der Untersuchung liegen folgende Forschungsfragen zugrunde:

- Wie hoch ist der geschätzte Anteil der zu betreuenden MigrantInnen, die kein oder nur wenig Deutsch sprechen, in den jeweiligen sozialpädagogischen Diensten der Jugendämter und welchen Sprachgemeinschaften gehören diese am Häufigsten an?
- Wie werden derzeit Kommunikationsbarrieren zwischen SozialarbeiterInnen und MigrantInnen überbrückt und - wenn vorhanden - welche Probleme gibt es, bei der derzeitigen Bewältigung von Kommunikationsbarrieren und welche Konsequenzen haben die sprachlichen und kulturellen Kommunikationsbarrieren für die soziale Beratung und Betreuung aus Sicht der SozialarbeiterInnen?
- Sind die SozialarbeiterInnen der betreffenden sozialpädagogischen Dienste mit der derzeitigen Praxis der Kommunikation mit MigrantInnen zufrieden?
- Gibt es aus der Sicht der SozialarbeiterInnen in Berliner Jugendämtern einen dringenden Bedarf an qualifizierten Sprach- und KulturmittlerInnen zur effizienten Überbrückung von Kommunikationsbarrieren mit MigrantInnen?
- Welche Organisationsformen für die Inanspruchnahme von Dolmetscherleistungen sind aus der Sicht der SozialarbeiterInnen am Besten geeignet, um Kommunikationsbarrieren mit MigrantInnen zu überbrücken?
- Welche Bedeutung und Dringlichkeit messen die SozialarbeiterInnen der betreffenden sozialpädagogischen Dienste verschiedenen Maßnahmen zur Verbesserung der derzeitigen Praxis zu und welche Anforderungen werden von den SozialarbeiterInnen an die Qualifikation von Sprach- und KulturmittlerInnen gestellt?

### 3.2 Methode der Untersuchung

Um möglichst repräsentative Ergebnisse zu erzielen, wurden in die Befragung alle SozialarbeiterInnen der ASD der Jugendämter einschließlich der SozialarbeiterInnen, die für die Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen zuständig sind, einbezogen. Ausgeschlossen wurden dabei SozialarbeiterInnen, die in der Jugendgerichtshilfe und in der Behindertenhilfe tätig sind. Die Erhebung der empirischen Daten erfolgte anhand eines standardisierten Fragebogens, der über eine Kontaktperson (zumeist RegionalleiterInnen der

ASD) des jeweiligen Jugendamtes an die zu befragenden SozialarbeiterInnen verteilt wurde und die auch für den Rücklauf verantwortlich war. Meist handelte es sich bei diesen Kontaktpersonen um von den jeweiligen FachbereichsleiterInnen für familienunterstützende Hilfen bestimmte Personen, die sich bereit erklärten, die Organisation der Verteilung zu unterstützen.

Zuvor wurde mit den FachbereichsleiterInnen die Genehmigung der Untersuchung abgeklärt. Die Fragebögen wurden zusammen mit einem Anschreiben - bis auf wenige Ausnahmen - persönlich an die Kontaktpersonen übergeben und auch wieder eingesammelt. Während der Übergabe erfolgte ein standardisiertes Interview mit der jeweiligen Kontaktperson über die allgemeine Struktur des jeweiligen ASD unter Zuhilfenahme eines Kurzfragebogens. Hier wurden Daten über die Größe des ASD (Mitarbeiterzahlen), die ethnische Zusammensetzung der MitarbeiterInnen sowie den Zugang zu internen wie externen Sprach- und KulturmittlerInnen erfragt. Bei Jugendämtern, die sich nach telefonischer Rücksprache nicht bereit erklärten, an der Untersuchung teilzunehmen, wurde das standardisierte Interview telefonisch geführt und die Antworten im Kurzfragebogen notiert, ebenso bei jenen Ausnahmefällen, bei denen die Verteilung sowie der Rücklauf per Post durchgeführt wurden.

Die statistische Auswertung der empirischen Daten erfolgte unter Zuhilfenahme des Computerprogramms SPSS 11.5 für Windows.

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der Untersuchung kurz zusammengefasst. Für eine ausführliche Darstellung siehe Cerzniewski 2004.

### 3.3 Ergebnisse

#### 3.3.1 Rücklauf der Fragebögen

An der quantitativen Umfrage haben sich 8 von 12 Berliner Jugendämtern beteiligt. Insgesamt ist ein Rücklauf von 107 Fragebögen zu verzeichnen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 25%, bei insgesamt 413 befragten SozialarbeiterInnen der 8 beteiligten Jugendämter.

#### 3.3.2 Betreuung von KlientInnen, die Schwierigkeiten haben sich auf Deutsch zu verständigen

Insgesamt 86,9% der befragten SozialarbeiterInnen der ADS gaben an, KlientInnen zu betreuen, die Schwierigkeiten haben, sich auf Deutsch zu verständigen. Nach Angaben der Befragten sind durchschnittlich 10% (Median) aller zu betreuenden KlientInnen jene, die wenig oder gar kein Deutsch

sprechen. Der Anteil der KlientInnen mit geringen Deutschkenntnissen lag in den Bezirken mit hohem Migrantenanteil erwartungsgemäß höher als in denen, die einen geringeren Anteil haben (Abb.1)

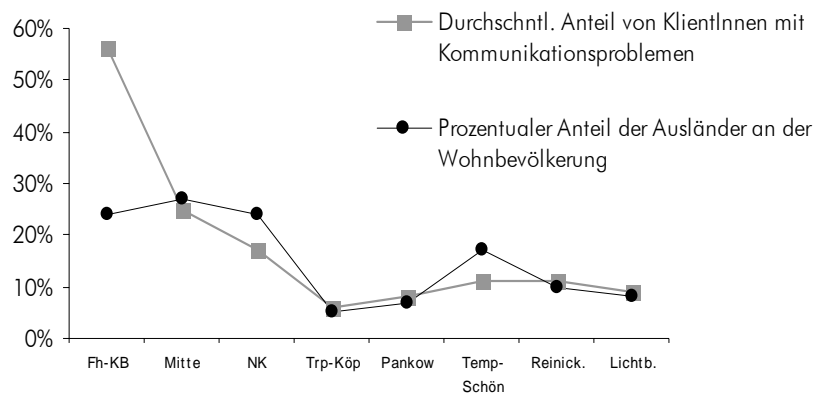


Abb. 1: Vergleich des Anteils der KlientInnen mit begrenzten Deutschkenntnissen mit dem Ausländeranteil im Stadtbezirk

### 3.3.3 Häufigste Sprachen

Insgesamt wurden 20 verschiedene Sprachen bzw. Sprachgemeinschaften genannt. Die am Häufigsten genannten Sprachen sind Türkisch, Arabisch, Russisch, Serbokroatisch, Vietnamesisch und Polnisch.

### 3.3.4 Verständigung ohne Dritte

6,5% der Befragten verständigen sich mit KlientInnen mit geringen Deutschkenntnissen „immer alleine“. 66% der Befragten gaben an, sich bei Gesprächen ohne Dritte „häufig“ oder „immer“ in vereinfachtem Deutsch zu verständigen. Ein Drittel davon berichtete, bei dieser Art der Verständigung „häufig“ bis „fast immer“ Schwierigkeiten zu haben. Hauptprobleme sind dabei der erhöhte Zeitaufwand sowie die Unsicherheit darüber, wie viel von den KlientInnen tatsächlich verstanden wird.

### 3.3.5 Verständigung durch Dritte

Die Verständigung mit KlientInnen mit geringen Deutschkenntnissen erfolgt bei 34% der Befragten „fast immer“ durch die Vermittlung von Dritten. Dies sind

hauptsächlich Begleitpersonen der KlientInnen. Behördeninterne Sprach- und Kulturmittler der Jugendämter (sofern vorhanden), ebenso wie externe Sprach- und KulturmittlerInnen übernehmen in deutlich geringerem Maße die Sprachmittlung (Abb. 2).

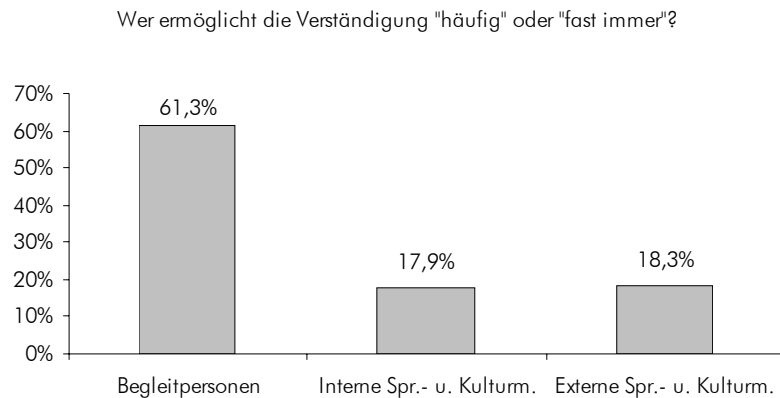


Abb. 2: Derzeitige Praxis der Sprachmittlung durch Dritte

Kinder stellen unter den dolmetschenden Begleitpersonen die am meisten genannte Gruppe dar. Sie wurden von 43% der befragten SozialarbeiterInnen als häufige oder regelmäßige Sprachmittler - noch vor Freunden, Verwandten und Ehegatten - angegeben (Abb. 3).

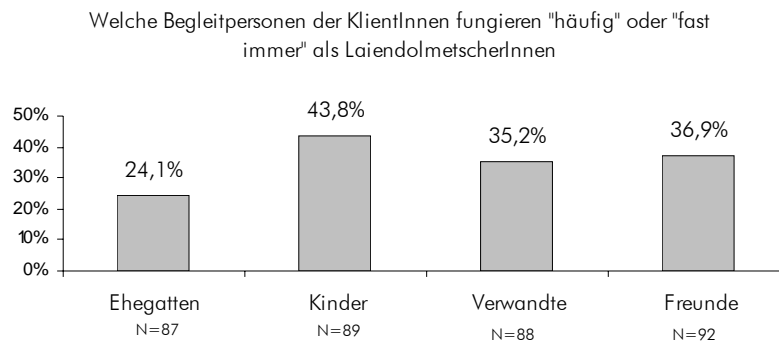


Abb. 3: Begleitpersonen der KlientInnen als Sprachmittler

### 3.3.6 Probleme bei der Verständigung durch Dritte

22% der Befragten gaben bei der Kommunikationsvermittlung durch Begleitpersonen an, „häufig“ bis „fast immer“ und 71% „manchmal“ Probleme zu haben. Während nur 7% der Befragten die Verständigung durch Begleitpersonen als problemfrei erleben, geben 28% der SozialarbeiterInnen aus den Jugendämtern mit behördeninternen Sprach- und Kulturmittleren an, dass bei der Verständigung durch letztere „nie“ Probleme auftreten. Bei der Beteiligung von externen Sprach- und Kulturmittlern verläuft die Kommunikation für 40% der Befragten ohne Probleme.

Die genannten Problembereiche bei der Verständigung mit der Hilfe von Begleitpersonen liegen hauptsächlich darin, dass Begleitpersonen mit der Aufgabe des Dolmetschens überfordert seien, Fachausdrücke nicht beherrschten und zu wenig Sachkenntnis besäßen. Zum anderen gebe es Probleme beim Rollenverständnis. So beantworten sie häufig an den Klienten gestellte Fragen selbst (Abb.4).

Frage: „Welche Aussagen treffen eher zu, wenn Begleitpers. der KlientInnen als LaiendolmetscherInnen fungieren?“

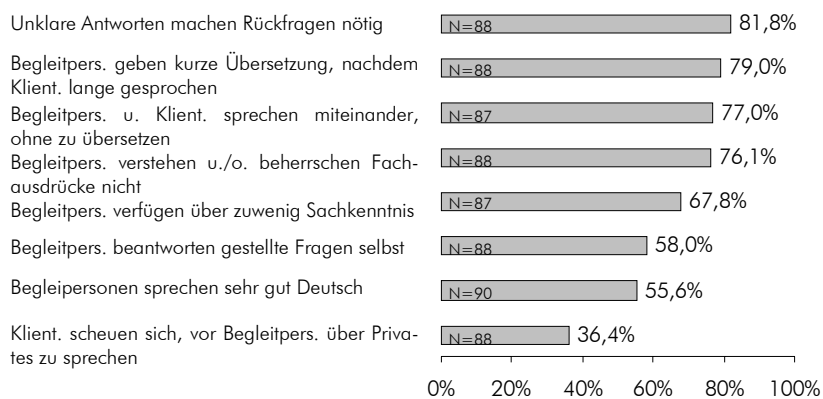


Abb. 4: Wahrgenommene Probleme bei der Sprachmittlung durch Begleitpersonen

### 3.3.7 Zufriedenheit mit der Verständigungspraxis

Mit der derzeitigen Praxis der Kommunikation erklärte sich fast die Hälfte der Befragten „nicht zufrieden“. Nur 2% gaben an mit der Kommunikationspraxis „sehr zufrieden“ zu sein, der Rest wählte die Option „zufrieden“. Da an die Frage nach der Zufriedenheit keine direkte Frage zu den Beweggründen dieser

Einschätzung geknüpft war, kann diese Studie keine Aussagen darüber treffen, warum die Befragten mit der Kommunikationspraxis eben zufrieden sind oder auch nicht.

Aufschlussreich ist jedoch eine Gegenüberstellung der eigenen Kommunikationspraxis und der subjektiven Zufriedenheit der einzelnen SozialarbeiterInnen. Hier zeigt sich, dass sich immerhin 40% der insgesamt 57 SozialarbeiterInnen, die angaben „häufig“ bis „fast immer“ auf Begleitpersonen als DolmetscherInnen zurückzugreifen, mit der Praxis der Kommunikation „zufrieden“ erklärten. In dieser Gruppe - der mit der derzeitigen Kommunikationspraxis Zufriedenen eingeschlossen - sind 13 SozialarbeiterInnen, die zudem angaben, Kinder „häufig“ bis „fast immer“ als DolmetscherInnen einzusetzen.

3

Vergleich der Zufriedenheit mit der derzeitigen Kommunikationspraxis zwischen Ämtern mit und ohne behördeninterne Spr.- und KulturmittlerInnen

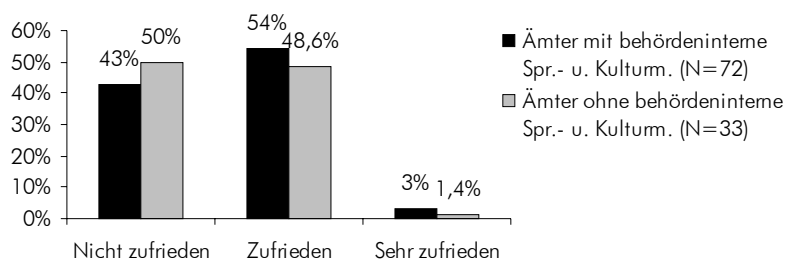


Abb. 5: Zufriedenheit der MitarbeiterInnen in Ämtern mit/ohne behördeninterne Sprach- und KulturmittlerInnen im Vergleich

Vergleicht man die Zufriedenheit der SozialarbeiterInnen, die in einem Jugendamt arbeiten, welches über behördeninterne Sprach- und KulturmittlerInnen verfügt mit jenen, die nicht auf letztere zurückgreifen können, werden Unterschiede sichtbar.

In Jugendämtern, an denen behördeninterne Sprach- und KulturmittlerInnen tätig sind, äußern sich die befragten SozialarbeiterInnen im Vergleich zu den MitarbeiterInnen jener Ämter, in denen dies nicht der Fall ist, um 8% weniger als „nicht zufrieden“. Hingegen ist die Zahl der mit der Kommunikationspraxis zufriedenen SozialarbeiterInnen in den Ämtern mit eigenen DolmetscherInnen höher als in denen ohne. Fraglich bleibt jedoch, wie häufig diese Sprach- und KulturmittlerInnen tatsächlich eingesetzt werden.

### 3.3.8 Konsequenzen der Kommunikationsbarrieren

Als negative Konsequenzen der Kommunikationsbarrieren wurden von 86% ein

größerer Zeitaufwand und von 87% beschränkte Möglichkeiten der Aufklärung und Information bei Gesprächen mit KlientInnen, die Schwierigkeiten haben, sich auf Deutsch zu verständigen, genannt. Darüber hinaus wurden von etwas mehr als der Hälfte der Befragten die mangelnde Einhaltung von Hinweisen und Empfehlungen sowie Missverständnisse beim Ausfüllen von Formularen beklagt. Missverständnisse bei Terminvereinbarungen nannten dagegen nur 24% der SozialarbeiterInnen (Abb. 6).

3

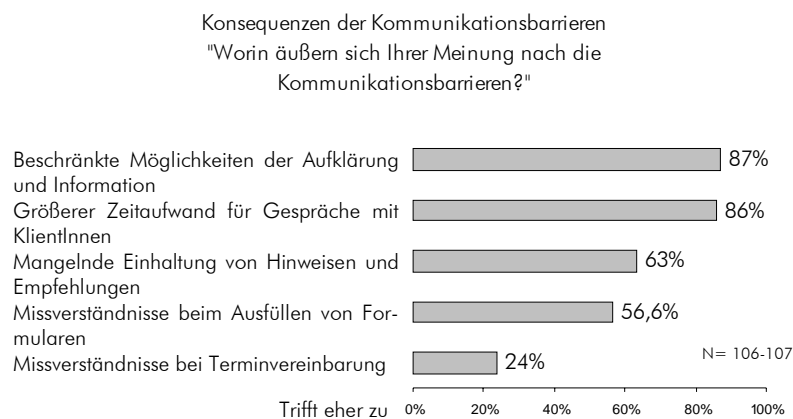


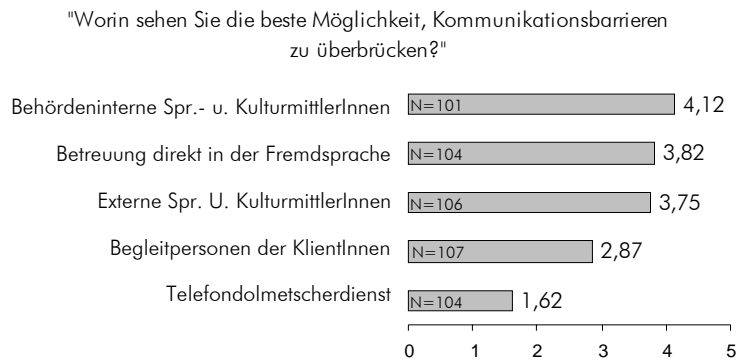
Abb. 6: Konsequenzen der Kommunikationsbarrieren

In den offenen Fragen wurde darüber hinaus von einzelnen Befragten auch die Problematik von Verzerrungen oder Auslassungen von Informationen bei der Sprachmittlung durch begleitende Angehörige sowie die Parentifizierung von Kindern als Problem benannt.

### 3.3.9 Bevorzugte Möglichkeit zur Überbrückung von Kommunikationsbarrieren

Behördeninterne Sprach- und KulturmittlerInnen erzielten bei der vergleichenden Beurteilung verschiedener Möglichkeiten der Sprach- und Kulturmittlung die höchste Bewertung. Als zweitbeste Möglichkeiten folgten die Betreuung direkt in der Fremdsprache und externe Sprach- und KulturmittlerInnen mit fast gleicher Wertigkeit, gefolgt von der Möglichkeit des Einsatzes von Begleitpersonen. Der Telefondolmetscherdienst wurde unter den vorgestellten Möglichkeiten von den SozialarbeiterInnen der ASD als am Wenigsten geeignet beurteilt (Abb. 7).





Durchschnittliche Bewertung: 1 = „am Wenigsten“, 5 = „am Besten“ geeignet

Abb. 7: Bevorzugte Möglichkeit der Sprach- und Kulturmittlung

### 3.3.10 Zukünftige Maßnahmen

Die Einrichtung eines extern angesiedelten Sprachmittlerpools bzw. eine bessere Organisation der externen Sprach- und KulturmittlerInnen erachtet knapp die Hälfte aller befragten SozialarbeiterInnen als eine „sehr wichtige“ Verbesserungsmaßnahme. Direkt gefolgt von Maßnahmen der Einrichtung wie des Ausbaus von behördeninternen Sprachmittlerpools (45,7% sehr wichtig) sowie der vermehrten Bereitstellung von fremdsprachigem Informationsmaterial (44,9% „sehr wichtig“). Etwas mehr als ein Drittel der befragten SozialarbeiterInnen erachtet „die vermehrte Ausbildung bzw. Einstellung von fremdsprachigem Jugendamtspersonal“ als „sehr wichtig“.

Während in Jugendämtern der Bezirke mit niedrigem AusländerInnenanteil offensichtlich „die Einrichtung eines externen Sprachmittlerpools“ sowie die „bessere Organisation von externen SprachmittlerInnen“ als sehr wichtige Maßnahmen bevorzugt werden, erachten die SozialarbeiterInnen aus Jugendämtern der Bezirke mit hohem AusländerInnenanteil die „Einrichtung bzw. den Ausbau von behördeninternen Sprachmittlerpools“ sowie die „vermehrte Ausbildung und Einstellung von fremdsprachigem Jugendamtspersonal“ als wichtigste Maßnahmen (Abb. 8).

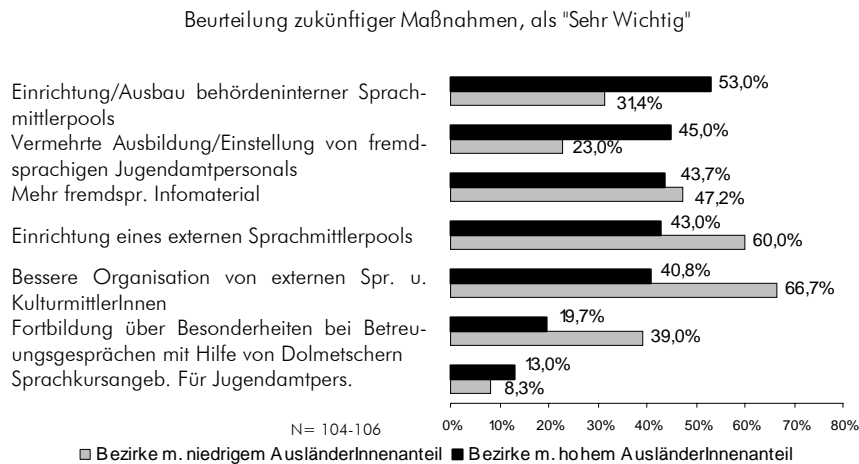


Abb. 8: Unterschiedliche Vorstellungen über Lösungsansätze in verschiedenen Stadtbezirken

### 3.3.11 Anforderung an Dolmetschende aus der Sicht der MitarbeiterInnen der Jugendämter

Nach Angaben der befragten SozialarbeiterInnen sind die beiden wichtigsten Anforderungen, die sie an die Sprach- und KulturmittlerInnen stellen, „Diskretion und Verschwiegenheit“ sowie ein „absolut neutrales Verhalten“. Über 50% der Befragten erachten ein „gutes Verständnis der fremden wie der deutschen Kultur“ sowie die „perfekte Zweisprachigkeit“ als sehr wichtige Fähigkeiten, die von Sprach- und KulturmittlerInnen beherrscht werden sollen. Dass es einer Ausbildung bedarf, um sich diese Fähigkeiten anzueignen, scheint aber nicht so sehr im Bewusstsein der befragten SozialarbeiterInnen verankert zu sein, denn lediglich ein Viertel von ihnen beurteilt eine Ausbildung als Sprach- und KulturmittlerIn als eine sehr wichtige Anforderung.

## 4 Diskussion

### 4.1 Bedarf an Sprach- und Kulturmittlung

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde der Versuch unternommen, den Anteil der zu betreuenden MigrantInnen, die wenig oder gar kein Deutsch sprechen, in den jeweiligen ASD der Jugendämter von Berlin zu ermitteln. Die empirische Datenerhebung erwies sich in diesem Punkt um einiges schwieriger als erwartet. Wie aus den Randnotizen vieler Fragebögen hervorging, waren für die

befragten SozialarbeiterInnen die Fragen „Wie viele KlientInnen insgesamt?“ sowie „Wie viele KlientInnen, die Schwierigkeiten haben, sich auf Deutsch zu verständigen, betreuen Sie im Wochendurchschnitt?“ nicht eindeutig. Einige zählten beispielsweise Telefongespräche dazu, andere verstanden unter diesem Terminus nur persönliche Kontakte mit KlientInnen. Somit war die Berechnung des Anteils der zu betreuenden MigrantInnen mit Kommunikationsschwierigkeiten in absoluten Zahlen nicht möglich. Die auf diese Weise gewonnenen Daten können deshalb aus den Angaben der befragten SozialarbeiterInnen nur eine Tendenz aufzeigen, dass durchschnittlich 10% aller betreuten KlientInnen in den ASD nur über begrenzte Deutschkenntnisse verfügen. Rückschlüsse auf eine über- bzw. unterproportionale Inanspruchnahme der Dienstleistungen der ASD lassen sich anhand dieser Daten nicht ziehen. Um einen genauen Überblick über die derzeitige und die zukünftige Kommunikationspraxis zu gewinnen, ist daher eine detaillierte Dokumentation zur Kommunikationssprache und der erfolgten Sprachmittlung in den einzelnen Dienststellen wünschenswert. Darüber hinaus ist für die Gewinnung von Kenntnissen über den Einfluss von Migration auf die Inanspruchnahme des ASD eine detaillierte statistische Erfassung des Migrationshintergrundes der KlientInnen notwendig.

Ungeachtet der Tatsache, dass sich befriedigende Aussagen über das Inanspruchnahmeverhalten von MigrantInnen mit Kommunikationsschwierigkeiten in der deutschen Sprache auf der Grundlage der vorhandenen Daten nicht treffen lassen, weisen die erhobenen Daten doch auf die Relevanz der Problematik in den Jugendämtern hin, denn fast 90% aller befragten SozialarbeiterInnen gaben an, KlientInnen zu betreuen, die sich nur unzureichend auf Deutsch verständigen können. Dieser Fakt allein weist auf einen Bedarf an Sprach- und Kulturmittlungsleistungen hin, der durch die in dieser Studie ausgewiesene Vielfalt der Sprachgemeinschaften der KlientInnen noch verstärkt wird.

#### 4.2 Derzeitige Kommunikationspraxis

##### 4.2.1 Direkte Kommunikation in vereinfachtem Deutsch

Die Kommunikation zwischen Jugendamtspersonal und KlientInnen mit unzureichenden Deutschkenntnissen findet zwar nur in 6,5% der Fälle immer ohne die Hilfe von Dritten und dann zumeist in vereinfachtem Deutsch statt. Allerdings lassen sich keine Aussagen darüber treffen, wie häufig jene 60%, die angaben, „manchmal“ Dritte zur Überbrückung von Kommunikationsbarrieren hinzuzuziehen, auf diese Dritten zurückgreifen. Die meisten SozialarbeiterInnen sind sich aber durchaus der Probleme bewusst, die bei der Praxis der Kommunikation im vereinfachten Deutsch auftreten. Vor allem die geringe Verstehens- und Verständigungstiefe wurde von über 90% der Befragten durch

die Aussage: „Man kann nicht sicher sein, wie viel die KlientInnen wirklich verstehen“ bestätigt. So können die SozialarbeiterInnen ihrem Versorgungsauftrag, insbesondere bei dieser Form der Kommunikation, nur begrenzt nachkommen. Denn eine umfangreiche Beratung ist in vereinfachter deutscher Sprache wohl kaum zu bewerkstelligen. Noch schwieriger wird die Lage, wenn eine schnelle Hilfe, beispielsweise in Konfliktsituationen, gefordert ist. Denn nach Angaben einiger SozialarbeiterInnen sind „unabgesprochene Termine schwierig“ und „eine schnelle und unkomplizierte Beratung bzw. Hilfe nicht möglich“.

Es gab aber auch SozialarbeiterInnen, die das Problem der Verständigung eher als ein Verhaltensproblem der KlientInnen beschreiben, die „nicht verstehen wollen“ oder die insbesondere „unangenehme Sachverhalte“ weniger gut verstehen. Diese Aussagen zeigen Parallelen zu den Ergebnissen der Studie von Zeng u. Riehle (1998), die beobachteten, dass MitarbeiterInnen der sozialen Regeldienste zum Teil den MigrantInnen zuschreiben, dass diese das Verständigungsproblem als strategisches Mittel einsetzen, um ihre Interessen durchzusetzen.

#### 4.2.2 Vermittelte Kommunikation durch Begleitpersonen der KlientInnen

Wie die Befragung zeigt, wird jedoch im Falle von Verständigungsproblemen meist auf die vermittelnde Kommunikation zurückgegriffen, die meist durch Begleitpersonen der KlientInnen übernommen wird, während behördeninterne (sofern vorhanden) sowie externe Sprach- und KulturmittlerInnen eher selten eingesetzt werden. Die in der vorliegenden Literatur diskutierten Problemfelder, die beim Einsatz von LaiendolmetscherInnen auftreten, werden auch in dieser Studie von den befragten SozialarbeiterInnen weitestgehend bestätigt (vgl. Dussaussois, Mosimann 1998, Tasic-Memarzadeh et.al. 2004). Insbesondere die Überforderung der Begleitpersonen mit der Tätigkeit des Dolmetschens wird in den Ergebnissen deutlich.

Erstaunlicherweise wird die von Tasic-Memarzadeh et. al. (2004:12) aufgestellte These, dass auf Grund der persönlichen Beziehung und Abhängigkeit nicht mit wirklicher Offenheit auf Seiten der Ratsuchenden zu rechnen ist, wenn Bekannte und Verwandte die Verständigung ermöglichen, von der Mehrheit der Befragten nicht bestätigt. So glauben gerade einmal 36% der SozialarbeiterInnen, dass „KlientInnen sich scheuen, vor Begleitpersonen über Privates zu sprechen“. Wobei jedoch zu bemerken ist, dass es sich hier ausschließlich um die Wahrnehmung der befragten SozialarbeiterInnen handelt, denn KlientInnen wurden im Rahmen dieser Studie nicht befragt. Ob sie diese Fremdwahrnehmung bestätigen würden, bleibt noch zu erforschen.

Ein sehr auffälliges und auf dringenden Handlungsbedarf hinweisendes Ergebnis dieser Studie ist, dass es in der Mehrzahl Kinder sind, die als LaiendolmetscherInnen zum Einsatz kommen. Denn gerade im Arbeitsfeld der Jugendämter wirft der Rückgriff auf Kinder für die Sprach- und Kulturmittlung schwerwiegende Probleme auf. Insbesondere der Loyalitätskonflikt, aber auch die besondere Machtposition, in der sich dolmetschende Kinder befinden, kann zu erheblichen Verzerrungen bei den Informationen führen und gar innerfamiliäre Konflikte auslösen, deren Eskalation die SozialarbeiterInnen der ASD eigentlich präventiv zu verhindern helfen sollten. Beispiele für Loyalitätskonflikte, die sich ergeben, wenn Kinder die Verständigung zwischen SozialarbeiterInnen und Eltern vermitteln, lassen sich in fast jedem Aufgabenbereich ASD der Jugendämter finden. Z.B. wenn ein Kind beispielsweise bei Erziehungsproblemen eines Geschwisterkinds für seine Eltern dolmetschen muss. Noch problematischer ist die Situation sicher, wenn es bei Konflikten zwischen den Eltern dolmetschen soll. Zwar wurde bei dieser Studie nicht untersucht, in welchen Situationen Kinder als DolmetscherInnen zum Einsatz kommen und in welchen Situationen bewusst auf sie verzichtet wird. Da aber in jedem Falle die Sprachmittlung durch Kinder auch aufgrund des besonderen Abhängigkeitsverhältnisses, in dem sie sich befinden, eine psychische Belastung darstellt, sollte diese Praxis überhaupt unterbunden werden.

Dass Begleitpersonen für die Tätigkeit als DolmetscherInnen weitestgehend ungeeignet sind, zeigt implizit auch die Beurteilung der Anforderungen an Sprach- und KulturmittlerInnen durch die befragten SozialarbeiterInnen. Denn für über 80% der Befragten sind das „*absolut neutrale Verhalten*“ und die „*Diskretion und Verschwiegenheit*“ wichtigste Anforderungen an Personen, die die Verständigung zwischen Jugendamtspersonal und KlientInnen mit Kommunikationsschwierigkeiten ermöglichen sollen. Das ist aber gerade wegen der persönlichen Beziehung, die Begleitpersonen zu den KlientInnen haben, nicht zu erwarten. Ebenso gehört das „*Erklären von Fachbegriffen für KlientInnen*“ für 94% der befragten SozialarbeiterInnen zu den Aufgaben der Sprach- und KulturmittlerInnen. 79% der SozialarbeiterInnen haben aber die Erfahrung gemacht, dass gerade Fachausdrücke von den Begleitpersonen nicht verstanden werden.

#### 4.3 Zufriedenheit mit der derzeitigen Kommunikationspraxis

Qualifizierte DolmetscherInnen werden in den Berliner Jugendämtern relativ selten in Anspruch genommen, obwohl bei etwa der Hälfte der befragten SozialarbeiterInnen in den Jugendämtern erhebliche Unzufriedenheit mit der derzeitigen Kommunikationspraxis besteht und sich diese der damit verbundenen Probleme (wie z.B. Verzerrung oder Auslassung von Informationen,

erhöhter Zeitaufwand, Parentifizierung von Kindern) bewusst sind. Dieses Ergebnis allein sollte schon genügen, um die dringende Notwendigkeit von Verbesserungsmaßnahmen zu rechtfertigen.

Dennoch ist zu bemerken, dass sich trotz dieser nachteiligen Konsequenzen und der Benachteiligung von KlientInnen mit geringen Deutschkenntnissen die andere Hälfte der befragten MitarbeiterInnen mit der derzeitigen Verständigungspraxis eher zufrieden gab. So bleibt zu vermuten, dass man sich möglicherweise an die unzureichende Verständigung mit nicht-gut-deutschsprechenden KlientInnen gewöhnt hat oder dass man bei MigrantInnen weniger anspruchsvoll hinsichtlich der eigenen Versorgungs- und Beratungsleistung ist. So erscheint zumindest für einen Teil der MitarbeiterInnen der ASD ein verstärkter Bewusstseinsbildungsprozess erforderlich.

## 5 Resümee

In der vergleichenden Bewertung der verschiedenen Möglichkeiten der Überbrückung von Kommunikationsbarrieren erzielte der Einsatz von „behördeninternen Sprach- und KulturmittlerInnen“ den höchsten Wert, gefolgt von der Möglichkeit, die KlientInnen mit begrenzten Deutschkenntnissen direkt in ihrer jeweiligen Muttersprache zu betreuen. Als drittbeste Möglichkeit wird der Einsatz von externen Sprach- und KulturmittlerInnen benannt. Mit diesem Ergebnis korrespondieren auch weitestgehend die Ergebnisse der Beurteilung von zukünftigen Maßnahmen seitens der SozialarbeiterInnen. So werden als die drei wichtigsten Maßnahmen, die jeweils von fast der Hälfte der Befragten als bedeutsam eingestuft werden, (1) die bessere Organisation von externen Sprach- und KulturmittlerInnen, (2) die Einrichtung eines externen Sprachmittlerpools sowie (3) die Einrichtung bzw. der Ausbau von behördeninternen Sprachmittlerpools benannt.

Die vermehrte Ausbildung und Einstellung von zweisprachigem Jugendamtspersonal wurden hingegen nur von gut einem Drittel der Befragten als sehr relevant erachtet, obschon die Befragung gleichzeitig zeigte, dass die Betreuung direkt in der Fremdsprache als zweitbeste Möglichkeit der Überbrückung von Kommunikationsbarrieren betrachtet wurde.

Auffällig ist, dass die „Einrichtung bzw. der Ausbau von behördeninternen Sprachmittlerpools“ sowie „vermehrte Ausbildung und Einstellung von fremdsprachigem Jugendamtspersonal“ von den SozialarbeiterInnen aus Stadtbezirken mit hohem AusländerInnenanteil eindeutig favorisiert werden (Abb.1). Dieser Unterschied in Bezug auf die Beurteilung von behördeninternen und -externen Sprachmittlerpools ist sicher auf den unterschiedlich starken Bedarf an Sprach- und Kulturmittlungsleistungen der beiden Vergleichsgruppen und die damit verbundenen Kosten zurückzuführen. Sicher ist es in jedem Falle

wünschenswert, auf einen in den Jugendämtern angesiedelten, eigenen Sprachmittlerpool zurückgreifen zu können. Ob er in Jugendämtern mit geringerem Anteil von zu betreuenden KlientInnen mit geringen Deutschkenntnissen jedoch ausgelastet wird und somit seine Kosten rechtfertigt, ist zu bezweifeln.

Ein kostengünstigeres und weitaus realistischeres Modell ist deshalb, zumindest für diese Bezirke, die Einrichtung eines externen Sprachmittlerpools, aus dem nach Bedarf Sprach- und KulturmittlerInnen einfach und ohne großen organisatorischen Aufwand angefordert werden können. Mit diesem Ergebnis wird ein Bedarf an Sprach- und Kulturmittlungsleistungen auch von den befragten SozialarbeiterInnen eindeutig bestätigt.

3

Im Rahmen der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass ein dringender Handlungsbedarf zum Abbau der Kommunikationsbarriere für MigrantInnen in den Allgemeinen Sozialdiensten der Jugendämter von Berlin besteht. Um Migrantenfamilien einen gleichberechtigten Zugang zu Beratungs- und Hilfeangeboten der Allgemeinen Sozialdienste der Jugendämter zu ermöglichen, ist die Verbesserung der derzeitigen Kommunikationspraxis in den Jugendämtern unbedingt geboten.

Die Einrichtung bzw. der Ausbau von Sprachmittlerpools, die den SozialarbeiterInnen einen schnellen und unkomplizierten Zugriff auf Sprachmittlungsleistungen bei Bedarf ermöglichen, ist deshalb zu empfehlen. Zusätzlich sollten die Formalitäten, die notwendig sind, um externe Sprach- und KulturmittlerInnen einzusetzen, auf ein Minimum beschränkt werden. Die Notwendigkeit, dass SozialarbeiterInnen den Einsatz von Sprach- und KulturmittlerInnen in jedem einzelnen Fall schriftlich begründen müssen, wie es nach Angaben einer SozialarbeiterIn zumindest in einigen Jugendämtern offensichtlich verlangt wird, verfolgt wohl eher das Ziel, derartige Einsätze zu reduzieren als sie zu fördern.

### Literatur

- BEAUFTRAGTE FÜR MIGRATION UND INTEGRATION DES SENATS VON BERLIN (Hrsg.) (2000) Bericht zur Integrations- und Ausländerpolitik in Berlin 2000.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIEN, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.) (2002) Elfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland.
- DUSSAUSSOIS, E., MOSIMANN, H. (1998) Das Recht verstanden zu werden. Der Umgang mit Fremdsprachigkeit im institutionellen Rahmen. Kőniz/Schweiz: Edition Soziothek.
- ELIAS, N. (1969) Über den Prozeß der Zivilisation: Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Zweiter Band: Wandlungen der

- Gesellschaft. Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation. Bern und München: Francke Verlag.
- GAITANIDES, S. (2003) Interkulturelle Kompetenz als Anforderungsprofil in der Jugend- und Sozialarbeit. *iza – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit*; Münster; 2003; Nr. 1, S. 44-50.
- JUGENDRECHT (1999) 23. Auflage. Beck-Texte im dtv.
- HINZ-ROMMEL, W. (1994) Interkulturelle Kompetenz. Ein neues Anforderungsprofil für die soziale Arbeit. Münster/New York: Waxmann.
- PÖCHHACKER, F. (1997) Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Dokumentation 12 des Dezernats für Gesundheitsplanung MA 15 Gesundheitswesen der Stadt Wien.
- SALMAN, R. (2003) Migrationsspezifische und sprachliche Barrieren in der Beratung und Therapie – Hindergründe und Handlungsempfehlungen für Professionelle. *iza – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit*. (3/4) 2003; S. 39-43.
- SPÄTH, K. (1999) Inanspruchnahme von Erziehungshilfen durch Ausländer. *iza – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit*; Münster; 1999; Nr. 2; S.16-22.
- TEXTOR, M. (Hrsg.)(1994) Allgemeiner Sozialdienst: Ein Handbuch für Soziale Berufe. Weinheim und Basel.
- TOSIC-MEMARZADEH et al. (2004) Dolmetschende im Beratungs- und Behandlungskontext; Manual 5. Hrsg. vom Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Freiburg, Psychosoziale Beratungsstelle für MigrantInnen.
- ZENG, M., RIEHLE, E. (1998) Kommunikation und Kommunikationsprobleme zwischen Migranten und der Verwaltung in Thüringen. Hrsg. Vom Ausländerbeauftragten der Thüringer Landesregierung.
- ZWICK, M. (2006) Fast jeder Fünfte ist ausländischer Herkunft. *AiD - Integration in Deutschland* 2/2006, 22.Jg., 30. Juni 2006 (<http://www.isoplan.de>).







# 4

Sprach- und Kulturmittlung in medizinischen  
und sozialen Einrichtungen aus Sicht der  
MitarbeiterInnen

## **4 Sprach- und Kulturmittlung in medizinischen und sozialen Einrichtungen aus Sicht der MitarbeiterInnen**

**Oxana Ledyaikina, Johanna Uebelacker, Theda Borde**

### **Zusammenfassung**

Medizinische und soziale Einrichtungen in Berlin können für Sprach- und Kulturmittlungsleistungen seit 2003 den Gemeindedolmetschdienst Berlin in Anspruch nehmen. Um den Bedarf an Sprach- und Kulturmittlung zu ermitteln und die Sicht der potenziellen Auftraggeber des Gemeindedolmetschdienstes für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung des Gemeindedolmetschdienstes zu erschließen, wurden elf leitfadenorientierte Interviews mit Vertretern von Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens durchgeführt. Im Zentrum standen dabei die Bedürfnisse, Erfahrungen und Erwartungen der potentiellen Auftraggeber hinsichtlich des Sprachmittlens. Die Ergebnisse der Studie zeigen u.a., dass die erfolgreiche Qualifizierung von Sprach- und KulturmittlerInnen für eine Etablierung des Gemeindedolmetschdienstes nicht ausreichend sind und sowohl die Vermittlungsfunktion als auch die Zusammenarbeit mit den auftraggebenden Einrichtungen optimierbar sind. Um die Inanspruchnahme von GemeindedolmetscherInnen zu erhöhen und ein entsprechendes Berufsfeld zu etablieren, sind darüber hinaus vereinfachte Finanzierungsregelungen, politische und gesetzliche Rahmenbedingungen nötig. Die Studie zeigt Probleme bei der Inanspruchnahme auf und entwickelt konkrete Handlungsempfehlungen.

### **1 Einleitung**

Zur erfolgreichen Integration und damit gleichberechtigten Teilhabe und Anerkennung von Migrantinnen und Migranten in unserer Gesellschaft gehört ein gleichberechtigter Zugang zu unterschiedlichen gesellschaftlichen Lebensbereichen, insbesondere zur medizinischen und sozialen Versorgung. Sprachliche und kulturelle Zugangsbarrieren verursachen jedoch Lücken in den Versorgungssystemen des Sozial- und Gesundheitswesens, bereiten Migranten mit geringen Deutschkenntnissen ebenso wie dem Fachpersonal der medizinischen und sozialen Einrichtungen Probleme und ziehen darüber hinaus möglicherweise ökonomische Verluste nach sich. Zur Auflösung von Kommunikationsproblemen zwischen nicht oder nicht ausreichend deutschsprachigen PatientInnen bzw. KundInnen und dem Fachpersonal der Versorgungsinstitutionen soll der Einsatz von SprachmittlerInnen beitragen. Sie gewährleisten die mündliche Übertragung von in einer anderen Sprache formulierten Äußerungen in die Umgebungsspra-

che und umgekehrt, unter Berücksichtigung des soziokulturellen Hintergrundes der GesprächspartnerInnen im Rahmen einer face-to-face Situation (Dahinden 2002). Indem die SprachmittlerInnen zwischen Personen mit Migrationshintergrund und den gesellschaftlichen Institutionen vermitteln und die Verständigung ermöglichen, tragen sie zur gesellschaftlichen Inklusion dieser Personen und ihrer Integration bei. In Fachkreisen sowie bei den zuständigen Bundes- und einigen Landesbehörden wird Sprach- und Kulturmittlung inzwischen als Notwendigkeit gesehen (Geiger 2000). Allerdings wird die Sprach- und Kulturmittlung in Deutschland bisher selten von qualifizierten Fachkräften geleistet, sondern immer noch vorwiegend durch begleitende Familienangehörige und andere „Zufallsdolmetscher“. Diese Lösungsstrategie verursacht vielerlei Probleme, da meist unzureichende Übersetzungsergebnisse und damit zusätzliche Verständigungsprobleme entstehen, welche oft mehr Hindernisse aufbauen, als Hilfe bewirken (vgl. Uebelacker 2007, Borde 2000).

Modelle aus anderen Städten im In- und Ausland zeigen, dass Sprach- und Kulturmittlung neben politischen und strukturellen Maßnahmen wie der interkulturellen Öffnung der Institutionen, eine wichtige Säule darstellt, um die Kommunikation zwischen nicht-deutschsprachigen Klienten bzw. Patienten im Sozial- und Gesundheitswesen und den Fachkräften zu verbessern. Im Rahmen des EQUAL-Programms wird in Berlin seit 2003 aus Mitteln der EU und des Landes Berlin der Gemeindedolmetschdienst gefördert. Das Angebot des Projekts bezieht sich besonders auf soziale und medizinische Einsatzfelder und auf den bestehenden Bedarf der entsprechenden Institutionen in Berlin. Angesprochen sind neben Krankenhäusern, Sozial- und Jugendämtern und verschiedenen Beratungseinrichtungen auch Schulen, niedergelassene Ärzte und Ärztinnen und andere Institutionen. Neben der Verbesserung der Verständigungspraxis und der Förderung der Chancengleichheit in Bezug auf den Zugang zur Versorgung hat das Projekt das Ziel, neue Wege zur Bekämpfung von Diskriminierung und Ungleichheiten auf dem Arbeitsmarkt zu erproben. In die Qualifizierung zu Sprach- und Kulturmittlern wurden daher gezielt arbeitslose MigrantInnen im Alter zwischen 25 und 50 Jahren einbezogen, die neben ihrer Zweisprachigkeit über weitere relevante Bildungsvoraussetzungen verfügen. Mit dem Gemeindedolmetschdienst verbindet sich damit auch die Entwicklung von Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt und längerfristig eines neuen Berufsprofils.

## **2 Ziel und Methodik der Untersuchung**

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitevaluation des Gemeindedolmetschdienstes (Borde 2007) wurde u.a. der integrationsfördernde Effekt – insbeson-

dere die Auswirkungen auf Beschäftigungschancen – für die an der Qualifizierung zum Gemeindedolmetscher beteiligten Migrantinnen und Migranten untersucht. Nach erfolgreichem Ausbildungs- und Praktikumsabschluss der AbsolventInnen der Qualifizierungsmaßnahme in der ersten Förderphase, zeigte sich, dass die Nachfrage durch potenzielle Nutzer bzw. Auftraggeber wie Ämter, Krankenhäuser und soziale Einrichtungen relativ gering war und die Anzahl der vermittelten Einsätze der qualifizierten GemeindedolmetscherInnen deutlich hinter den Erwartungen zurück blieb und der Prozess der Etablierung des Berufsbildes offensichtlich langwierig ist. Die vorliegende Arbeit, die sich vor allem auf den Bedarf an GemeindedolmetscherInnen und eine an den Sprachmittlungsbedürfnissen der potenziellen Auftraggebern orientierte Entwicklung der Angebote des Dolmetschdienstes konzentriert, wurde ebenfalls im Rahmen des oben genannten Evaluationsprojektes durchgeführt. Wesentliches Anliegen war dabei die Gründe für die zögerliche Inanspruchnahme der Leistungen des Gemeindedolmetschdienstes Berlin aufzudecken und zu ermitteln, welche Voraussetzungen fehlen bzw. geschaffen werden müssen, um eine barrierefreie Vermittlung und eine reibungslose Zusammenarbeit zwischen Auftraggeber und Gemeindedolmetschdienst zu gewährleisten. Ein besonderer Schwerpunkt lag dabei auf den Aspekten der Koordinierung und Finanzierung der Gemeindedolmetschereinsätze. Auf Basis dieser Erkenntnisse soll letztendlich geklärt werden, ob und wie die Inanspruchnahme und die Anzahl der Dolmetschereinsätze kontinuierlich erhöht werden können.

Als Untersuchungsinstrument wurde ein problemzentriertes Leitfaden-Interview gewählt, das es erlaubt anhand eines Leitfadens, der aus Fragen und Erzählanreizen besteht, ein bestimmtes Problem zu thematisieren (Flick 1995). Thematisch umfasste der Interviewleitfaden folgende vier Schwerpunkte:

- Situationsanalyse in den Institutionen und Ermittlung des Bedarfs an professioneller Sprach- und Kulturmittlung
- Analyse der Zusammenarbeit mit den Gemeindedolmetscherinnen und dem Gemeindedolmetschdienst
- Organisation, Koordination und Finanzierung der Gemeindedolmetschereinsätze
- Erwartungen an die Qualifikation der Sprach- und Kulturmittlerinnen und die Qualität des Gemeindedolmetschdienstes sowie Empfehlungen für effiziente Zusammenarbeit mit dem Gemeindedolmetschdienst

Bei der Auswahl der InterviewpartnerInnen standen zwei Kriterien im Vordergrund: Erstens sollten InterviewpartnerInnen aus verschiedenen Arbeitsfeldern zu Wort kommen (Gesundheitswesen und Soziales) und zweitens sollten sowohl GesprächspartnerInnen mit Erfahrung bezüglich der Arbeit mit den Gemeinde-

dolmetscherInnen, aber auch solche, die deren Dienste noch nicht in Anspruch genommen hatten, zu Wort kommen.

Insgesamt wurden elf Interviews durchgeführt. Neun davon wurden mit GesprächspartnerInnen medizinischer und sozialer Einrichtungen geführt, die zu den potentiellen AuftraggeberInnen der Dienstleistungen des Gemeindedolmetschendienstes zählen. Weitere Interviews wurden mit einem Mitarbeiter des Gemeindedolmetschendienstes und dem Geschäftsführer der Landesarbeitsgemeinschaft "Gesundheit e.V." geführt. Da diese Interviewpartner aus verschiedenen Expertenkreisen stammen, wurden sie mit jeweils speziell auf sie zugeschnittenen Interviewleitfäden befragt. Die auf Tonband aufgezeichneten Interviews wurden transkribiert und anschließend auf der Grundlage der von Mayring (2000) entwickelten qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

### **3 Ergebnisse**

#### **3.1 Wahrnehmung und Überbrückung von Kommunikationsbarrieren**

Nach Schätzungen der InterviewpartnerInnen hat ein hoher Anteil an KlientInnen ihrer Einrichtungen einen Migrationshintergrund, wobei der überwiegende Teil nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügt. Um Kommunikationsbarrieren zu diesen KlientInnen zu überwinden, werden nach Angaben der befragten MitarbeiterInnen derzeit folgende Lösungen praktiziert:

- Sprachmittlung durch bilinguales Personal (Krankenschwestern, Ärzte, andere MitarbeiterInnen)
- Sprachmittlung durch enge Familienangehörige, Verwandte und Bekannte der betroffenen PatientInnen bzw. KlientInnen
- Hinzuziehen von Wörterbüchern
- Medizinische Aufklärung durch schriftliche Informationsblätter in verschiedenen Sprachen
- Sprachmittlung durch fest angestellte Dolmetscherinnen für einzelne Sprachen
- seit Ende 2003 auch Sprachmittlung durch GemeindedolmetscherInnen

Bevor die Institutionen die Möglichkeit hatten, den Gemeindedolmetschendienst zu nutzen, verfolgten sie überwiegend verschiedene interne Lösungsansätze und griffen nur selten auf qualifizierte Sprachmittler von außen zurück. Häufig wird dabei auf nichtprofessionelle SprachmittlerInnen zurückgegriffen. Ein solcher Einsatz wird von den InterviewpartnerInnen jedoch aus verschiedenen Gründen als problematisch bewertet:

- Beim Dolmetschen durch Fachpersonal entstehen versteckte Kosten, da

das Personal von seinen Hauptaufgaben für eine gewisse Zeit entbunden wird

- Sprachmittlung durch Familienangehörige, Freunde, Fachpersonal bzw. Zimmernachbarn kann zu Rollenkonflikten führen
- Informelle (keine routinierten) Wege bei der Suche nach einem/r geeigneten Sprachmittler/in verursachen zusätzlichen Zeitaufwand
- Unprofessionelles Dolmetschen durch falsche oder nicht exakte Übersetzungen durch Laiendolmetscher können zu Fehldiagnosen und -behandlungen führen.

Mit einer solchen unzureichenden Überbrückung von Kommunikationsbarrieren sind die GesprächspartnerInnen nicht nur unzufrieden, sondern sie verhindert ihrer Ansicht nach auch eine adäquate und gleichberechtigte gesundheitliche und soziale Versorgung. So werden KlientInnen ohne ausreichende Deutschkenntnisse nach der Meinung mehrerer Befragter von vielen Angeboten ausgeschlossen. Weitere Probleme sind ein geringer Kenntnisstand der PatientInnen bzw. KlientInnen mit Migrationshintergrund und die Defizite bei Aufklärungs- und Beratungsaufgaben seitens des Fachpersonals. Es wird kritisiert, dass die Informationen, die vom Fachpersonal unterbreitet werden sollen, „kulturell [nicht] adäquat für alle Patienten anwendbar“ und kaum schriftlich dargelegt sind. Ein Interviewpartner war jedoch der Meinung, dass nicht die geringen Sprachkenntnisse, sondern kulturelle Aspekte Zugangsbarrieren zum Versorgungsangebot verursachen. Hier wird die Frage aufgeworfen, ob das Fachpersonal der entsprechenden Einrichtungen ausreichend für die Belange der NutzerInnen sensibilisiert ist.

### 3.2 Bedarf an GemeindedolmetscherInnen

Der Zugriff auf das Angebot des Gemeindedolmetschdienstes wird von den meisten InterviewpartnerInnen nicht nur als eine Alternative gesehen, sondern als eine sehr wichtige Aufgabe in der Einrichtungsorganisation, wie die folgenden Aussagen belegen:

*"Der Dolmetschdienst kann uns durch seine neutrale und zuverlässige Arbeit viel Ärger abnehmen und sehr viel Leid verhindern."*

*"Die Zusammenarbeit mit Gemeindedolmetschern ist ganz zentral für unsere Arbeit. (...) Für meine Beratungstätigkeit bin ich absolut angewiesen auf eine Übersetzerin. Sonst könnte ich nicht beraten."*



*"Die Zusammenarbeit mit Gemeindedolmetschern ist für uns sehr wichtig, weil wir hier eine Einrichtung für interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie haben. Wir brauchen ganz dringend Dolmetscher."*

Andere InterviewpartnerInnen betrachten den Einsatz von professionellen Sprach- und Kulturmittlern jedoch angesichts anderweitiger Organisationsentwicklungen nicht als vordergründig, was zu einer geringen Inanspruchnahme der GemeindedolmetscherInnen beiträgt.

Von den genannten elf Sprachen, für die SprachmittlerInnen benötigt werden, wurden Türkisch, Arabisch, Thailändisch und Albanisch am Häufigsten genannt. Das Spektrum der benötigten Sprachen könne sich jedoch entsprechend politischer und gesellschaftlicher Entwicklungen verändern. Eine Zusammenarbeit mit dem Gemeindedolmetschdienst bietet sich in diesem Zusammenhang an, weil dieser nicht nur auf einen veränderten Bedarf reagieren kann, sondern auch eine Vielfalt an Sprachkompetenzen anbietet.

4

### 3.4 Zufriedenheit mit der Arbeit der GemeindedolmetscherInnen

Als positiv bewerteten die InterviewpartnerInnen das Engagement, die hohe Motivation, die Kompetenz und die Lernfähigkeit der GemeindedolmetscherInnen. Kritikpunkte waren dagegen, dass einzelne DolmetscherInnen nicht die nötige Neutralität und Distanz wahren konnten, nicht über ausreichende Sprachkenntnisse verfügten und nicht immer zuverlässig und pünktlich waren. Die Angebote des Gemeindedolmetschdienstes bewerteten dagegen fast alle Befragten als zufrieden stellend.

Alle GesprächspartnerInnen tendierten dazu, qualifizierte GemeindedolmetscherInnen gegenüber DolmetscherInnen mit universitärer Ausbildung für den Einsatz in ihrer Einrichtung zu bevorzugen, was mit zwei Argumenten bekräftigt wurde:

- Der Einsatz eines/r Gemeindedolmetschers/in ist wesentlich kostengünstiger
- Aufgrund der spezifischen Qualifizierung sind GemeindedolmetscherInnen besser auf die Situation im sozialen und medizinischen Feld vorbereitet.

Als Nachteil wurde die Tatsache gesehen, dass die GemeindedolmetscherInnen nicht für eine beeidigte Übersetzung eingesetzt werden können. Auch die anfänglichen Unsicherheiten von GemeindedolmetscherInnen im Praktikum wurden kritisch betrachtet. Dies steht jedoch der Fortsetzung der partnerschaftlichen Beziehung nicht im Wege – vorausgesetzt, dass der Veränderungsbedarf

vom Gemeindedolmetschdienst registriert und in enger Zusammenarbeit mit den AuftraggeberInnen entsprechend umgesetzt wird. Ein beständiger Erfahrungsaustausch zwischen Institutionen und dem Gemeindedolmetschpool ist daher eine sehr wichtige Basis für die stetige Inanspruchnahme von Leistungen der GemeindedolmetscherInnen. Insgesamt wurden GemeindedolmetscherInnen jedoch als beste Möglichkeit und ihre Dienste als ein bevorzugtes Instrument zur Lösung von Verständigungsproblemen zwischen Fachpersonal und PatientInnen bzw. KlientInnen gesehen.

### 3.5 Koordinierung der Dolmetschereinsätze

## 4

Die Einbestellung von GemeindedolmetscherInnen geschieht bei allen Befragten über die jeweilige Fachkraft, welche Verständigungsschwierigkeiten mit einem zu betreuenden Patienten bzw. Klienten hat. Entweder wendet sich die entsprechende Mitarbeiterin an den Gemeindedolmetschdienst oder direkt an die Gemeindedolmetscherin. Der direkte Weg wurde dann gewählt, wenn bereits positive Erfahrungen mit einer Dolmetscherin gemacht wurden und aus Gründen des Vertrauens explizit wieder dieselbe Person gewünscht wurde. Außerdem wurde eine direkte Kontaktaufnahme deswegen bevorzugt, weil sie kurzfristig und zu jeder Zeit möglich ist. Dagegen ist die Vermittlungsstelle des Gemeindedolmetschdienstes nur zu bestimmten Zeiten besetzt und benötigt einen zeitlichen Vorlauf, bis es zum Einsatz kommt. Dennoch wird eine solche Koordinierungsstelle von allen Befragten als notwendig beurteilt. Erst eine solche Stelle ermöglicht nach Meinung der InterviewpartnerInnen, Kontakt zu neuen Dolmetscherinnen aufzubauen, ein breites Sprachenspektrum anzubieten, eine/n kontinuierliche/n Ansprechpartner/in bereit zu stellen, die Einsätze zu koordinieren und den Abruf durch eine zentrale Telefonnummer so einfach wie möglich zu gestalten.

*"Das wäre von großem Vorteil.(...) Es ist am besten einen Gesprächspartner zu haben, der immer erreichbar ist und die Verantwortung trägt, das zu koordinieren. (...) Es ist sinnvoll, nur eine Telefonnummer zu haben. Die Telefonnummern von Dolmetschern zu haben wäre nicht gut, da man dann immer zum Computer rennen müsste."*

Damit eine Koordinierungsstelle die genannten Aufgaben erfüllen kann, sollte sie aus der Sicht der InterviewpartnerInnen finanziell abgesichert und durch fachlich kompetentes Personal ausgestattet sein. Die Notwendigkeit einer solchen Vermittlungsstelle hat auch der Gemeindedolmetschdienst erkannt, dessen zentrales Ziel ursprünglich die Ausbildung der DolmetscherInnen darstellte. Um diesem Bedarf gerecht zu werden, hat er sich inzwischen zu einer

Vermittlungsstelle entwickelt, welche die Einsätze koordiniert, fachlich begleitet und den DolmetscherInnen die Möglichkeit des Erfahrungsaustausches und der Weiterbildung bietet (vgl. Pochanke-Alff 2007). Damit eine solche Vermittlungsstelle dauerhaft installiert werden kann, ist die Sicherstellung einer kontinuierlichen Absicherung durch Mittel, die über die Projektfinanzierung hinausgehen, nötig.

### 3.6 Finanzierung von GemeindedolmetscherInnen

Aus den Interviews geht hervor, dass bislang keine einheitliche Regelung zur Finanzierung von Dolmetscheinsätzen existiert. Insgesamt übernehmen die AuftraggeberInnen selbst die Finanzierung der Einsätze. Im sozialen Bereich erfolgt dies sowohl über öffentliche Mittel, wie zum Beispiel Förder- oder Personalmittel als auch durch private Mittel, wie etwa Spenden. Eine direkte Finanzierung von Dolmetschleistungen ist dagegen die Ausnahme. Auch im Gesundheitswesen werden Dolmetscheinsätze nicht direkt durch die Krankenkassen erstattet. Sie werden entweder als Sonderposten abgerechnet oder aus einem bestimmten Budget finanziert.

Der sparsame Umgang mit diesen Budgets führte in der Vergangenheit zu einer geringen Inanspruchnahme von Dolmetschleistungen und dem Zurückgreifen auf nicht professionelle DolmetscherInnen, die keine "sichtbaren" Kosten verursachen. Erst nachdem sich das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer qualitativ guten Verständigung durchgesetzt hat, habe man nach internen Möglichkeiten der Finanzierung von Dolmetscheinsätzen gesucht. Zwei der Befragten ziehen auch die Möglichkeit in Erwägung, dass PatientInnen im Sinne der Eigenverantwortlichkeit an den Dolmetschkosten beteiligt werden könnten. Diese Möglichkeit wird von anderen Befragten jedoch aus ethischen, moralischen und materiellen Gründen abgelehnt.

Die InterviewpartnerInnen waren sich darüber einig, dass eine einheitliche Regelung zur Finanzierung gefunden werden muss. Daher wird von den medizinischen und sozialen Einrichtungen auf eine politische Entscheidung gehofft, welche die Rechte ihrer PatientInnen bzw. KlientInnen auf eine adäquate und gleichberechtigte Versorgung gesetzlich verankert. Durch solch einen politischen Akt könnten die Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens eine Unterstützung der öffentlichen Hand hinsichtlich der Finanzierung erwarten – vor allem durch Krankenkassen und Bezirksamter – und die Dienstleistungen der GemeindedolmetscherInnen dem Bedarf der Einrichtungen entsprechend nutzen.

*"[Es wäre] gut, wenn der Gemeindedolmetschdienst so finanziert wäre, dass die sozialen Projekte diesen kostenlos nutzen könnten. Dass die Gemeindedolmetscher aus den öffentlichen Mitteln getragen werden."*

### 3.7 Erwartungen potenzieller AuftraggeberInnen

Um nachvollziehen zu können, welche Rahmenbedingungen bzw. Veränderungen notwendig sind, um die Nachfrage und Inanspruchnahme der Angebote des Gemeindedolmetschdienstes zu erweitern, wurden die Erwartungen, Wünsche und Anforderungen der potenziellen AuftraggeberInnen abgefragt.

#### Vermittlung und Organisation

Hinsichtlich der Vermittlung und Organisation des Gemeindedolmetschdienstes ist festzuhalten, dass die befragten MitarbeiterInnen besonderen Wert auf eine direkte Erreichbarkeit des Gemeindedolmetschdienstes als Vermittlungspartner und die kurzfristige Vermittlung von GemeindedolmetscherInnen legen. Besonders für medizinische Einrichtungen ist es wünschenswert, dass die zentrale Vermittlung auf 24 Stunden ausgelegt ist. Damit außerhalb der normalen Dienstzeiten nicht auf die Inanspruchnahme von Dolmetschdiensten verzichtet werden muss, wurde die Einrichtung einer Notfallnummer vorgeschlagen. Als weitere wichtige Kriterien für einen gut funktionierenden Vermittlungsdienst wurden Zuverlässigkeit und Verbindlichkeit der Absprachen genannt.

#### Kooperation

Hohe Erwartungen zeigten die InterviewpartnerInnen in Bezug auf die Zusammenarbeit mit dem Gemeindedolmetschdienst. Dabei wird eine enge Vernetzung zwischen den Versorgungseinrichtungen und dem Gemeindedolmetschdienst gewünscht,

*"... dass man schnell in Kontakt tritt und eine Zu- oder Absage hat, dass uns die Informationen, wie sich das Angebot entwickelt, zugeschickt werden. Und wir unseren Bedarf melden können."*

Durch einen stetigen gegenseitigen Informations- und Erfahrungsaustausch soll eine partnerschaftliche Kooperation gewährleistet werden. Für das erfolgreiche Bestehen und die Weiterentwicklung des Gemeindedolmetschdienstes wird daher sowohl eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit als auch eine verstärkte Netzwerkarbeit für notwendig erachtet.

#### Qualifizierung der GemeindedolmetscherInnen

Bei den Erwartungen an die Qualität der Ausbildung wurde den Kompetenzen,

die in der Qualifizierung erworben werden müssen, eine große Bedeutung beigemessen. Zu den unabdingbaren Kompetenzen zählten die InterviewpartnerInnen das Beherrschen von Kommunikationstechnik und von fachspezifischem Vokabular, klare Definition der eigenen Rolle, Einhalten von Neutralität, professionelle Distanz, die Bindung an eine Schweigepflicht sowie Sensibilität und Einfühlungsvermögen im Umgang mit PatientInnen bzw. KlientInnen. Die Ausbildung sollte generell auf medizinische und soziale Bereiche ausgerichtet sein, und als Vorbereitung für den Praxiseinstieg sollten Einsatzsituationen trainiert werden. Neben sehr guten Deutschkenntnissen sollte die angeforderte Sprache gut beherrscht werden. Als wichtig beurteilten die InterviewpartnerInnen außerdem, dass auch auf seltene Sprachen zugegriffen werden kann. Am Ende der Qualifizierungsmaßnahme sollten die GemeindedolmetscherInnen nicht nur einen Qualifikationsnachweis, sondern auch einen Ausweis erhalten, der ihre Zugehörigkeit zur Berufsgruppe „Gemeindedolmetscher/in“ klar definiert und den AuftraggeberInnen ein stärkeres Sicherheitsgefühl vermittelt. Die AuftraggeberInnen sind darüber hinaus daran interessiert, dass die GemeindedolmetscherInnen z.B. durch Fortbildungsangebote stets auf dem neusten Stand des Berufsfeldes bleiben und Möglichkeit zur Supervision erhalten.

4

#### Erweiterung der Angebote

Es wurden zwei Erweiterungen des bestehenden Projektangebots vorgeschlagen, welche die Arbeit des Fachpersonals deutlich erleichtern könnten, nämlich die Möglichkeit zur schriftlichen Übersetzung und die Einrichtung eines kurzfristig abrufbaren telefonischen Dolmetschdienstes.

#### **4 Zusammenfassung und Bewertung der Befragungsergebnisse**

Durch die qualitative Studie wurde festgestellt, dass in den medizinischen und sozialen Einrichtungen Berlins ein großer Bedarf an GemeindedolmetscherInnen besteht. Dies belegen die unmittelbaren Aussagen der InterviewpartnerInnen sowie der wahrgenommene hohe Anteil ausländischer NutzerInnen, die sich mit dem Fachpersonal aufgrund sprachlicher bzw. kultureller Unterschiede nicht ausreichend verständigen können. Die in den Institutionen vorhandenen meist internen Verständigungsmöglichkeiten – wie sprachkundiges Fachpersonal bzw. sonstige MitarbeiterInnen der Einrichtungen und Familienangehörige, Verwandte und Bekannte der betroffenen PatientInnen bzw. KlientInnen – reichen für eine qualitative Kommunikation zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patient/in bzw. Sozialarbeiter/in und Klient/in nicht aus. Mit dem Einsatz von solchen nicht professionellen (Sprach)MittlerInnen seien große Risiken und Probleme der

Informationsverzerrung verbunden, die nachhaltige negative Folgen sowohl für den Betroffenen als auch für Institutionen verursachen.

Eine zentrale Frage, welche die auftraggebenden Institutionen bewegt, ist die der Finanzierung der Gemeindedolmetschereinsätze. Die unklare und nicht einheitlich geregelte Finanzierung wurde zum Hauptproblem für eine barrierefreie Inanspruchnahme von Dienstleistungen der GemeindedolmetscherInnen erklärt. Die Einrichtungen haben zwar interne Möglichkeiten gefunden, die Einsätze aus ihrem eigenen Budget zu bestreiten, sind mit diesen Finanzierungsmodellen jedoch nicht zufrieden. So nennen sie nicht nur die Belastung der ohnehin schon knappen institutionellen Kassen als Problem, sondern fordern auch die Verantwortung der ganzen Gesellschaft und nicht nur der betroffenen Einrichtungen für die sprachliche und kulturelle Verständigung und Integration. Daher erhoffen sich die Versorgungseinrichtungen eine politische Entscheidung, die zu einer gesetzlichen Absicherung der Rechte ihrer PatientInnen bzw. KlientInnen auf eine adäquate und gleichberechtigte Versorgung führt. Die Konsequenz wäre dann eine Übernahme der Kosten durch die öffentlichen Kassen – z.B. Krankenkassen – und eine Vereinheitlichung der Finanzierungsregelung für medizinische oder soziale Einrichtungen.

Ausgehend von den Ergebnissen der Befragung der Fachkräfte lässt sich zusammenfassen, dass die geringe Inanspruchnahme von Dienstleistungen der GemeindedolmetscherInnen aus Sicht der AuftraggeberInnen sowohl durch äußere Einflüsse begründet ist, als auch durch interne Gegebenheiten der Organisation des Gemeindedolmetschendienstes verursacht wird. Zu den äußeren Einflüssen gehören fehlende Finanzierungsregelungen und fehlende gesetzliche Vorgaben. Interne Gegebenheiten sind einerseits eine bislang nicht optimal ausgelegte Vermittlung, andererseits die verbesserungsfähige Zusammenarbeit zwischen dem Gemeindedolmetschendienst und den auftraggebenden Einrichtungen. Der viel versprechende Ansatz und die erfolgreiche Qualifizierungsarbeit des Projektes reichen für eine Etablierung des Gemeindedolmetschendienstes nicht aus. Zwar hat der Gemeindedolmetschendienst die zusätzliche Aufgabe einer Koordinierungs- und Vermittlungsstelle übernommen, diese Funktion jedoch auf der Basis der vorhandenen strukturellen und personellen Kapazitäten bisher nicht ausbauen können. Für die Lösung dieser externen und internen Probleme sind politisches Engagement und aktive Öffentlichkeitsarbeit des Gemeindedolmetschendienstes und der projektunterstützenden Akteure sowie der politische Wille des Gesetzgebers unerlässlich.

## 5 Schlussfolgerungen

In vielen Einwanderungsländern ist das „Recht, verstanden zu werden“ öffentlich anerkannt und zum Teil juristisch verankert. Dabei wird davon ausgegangen,

dass einerseits der Spracherwerb Zeit braucht und andererseits in besonderen sozialen und gesundheitlichen Konfliktsituationen auf die Muttersprache zurückgegriffen wird. In Deutschland war und ist die Grundhaltung gegenüber den Einwanderern durch die Vorstellung und Forderung nach möglichst schnellem Anschluss an die deutsche Gesellschaft geprägt, wobei der Erwerb der deutschen Sprache als wesentlicher integrativer Faktor in vielen gesellschaftlichen Lebensbereichen betrachtet wird. Die Wirklichkeit zeigt aber, dass die gesellschaftliche Integration von verschiedenen Faktoren abhängt und dass nicht allen MigrantInnen ein ausreichender Erwerb der deutschen Sprache gelungen ist - darüber hinaus ist mit weiterer kontinuierlicher Zuwanderung aus verschiedenen Teilen der Welt zu rechnen.

Im weitgehend monolingual und -kulturell ausgerichteten Gesundheits- und Sozialwesen ist es für MigrantInnen mit geringen Deutschkenntnissen bisher nicht möglich, einen gleichberechtigten Zugang zu adäquater Versorgung zu bekommen. Sprachliche und kulturelle Missverständnisse fordern immer noch einen hohen Preis für alle Beteiligten. Unter diesen Bedingungen ist die gesundheitliche und soziale Chancengleichheit gefährdet und Potenzial für Diskriminierung von MigrantInnen gegeben.

Um dem entgegen zu steuern, wurden auf der europäischen Ebene durch die EG-Richtlinie „Zur Anwendung des Gleichberechtigungsgrundsatzes ohne Unterschied der Rasse oder ethnischen Herkunft“ (Rat der Europäischen Union 2000) die Mitgliedstaaten verpflichtet, Chancengleichheit für alle Zuwanderer herzustellen und Diskriminierungen abzubauen. Nach langen Verhandlungen trat im August 2006 das von Bundestag und Bundesrat verabschiedete Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz in Deutschland in Kraft, das Arbeitgebern neue Pflichten, Haftungsrisiken und Entschädigungsansprüche auferlegt, wenn konkrete Diskriminierungs- und Benachteiligungstatbestände aufgrund von Rasse, ethnischer Herkunft, Religion, Geschlecht, sexueller Identität, Alter und Behinderung nachgewiesen werden.

In der seit fünf Jahren geführten Debatte zur Zuwanderungspolitik zeichnet sich mit der Akzeptanz des Status als Einwanderungsland langsam eine Änderung in der Grundhaltung gegenüber Einwanderern ab. Vor diesem Hintergrund ist die im Jahr 2004 erfolgte Einigung von Regierung und Opposition auf einen konkreten Text für ein Zuwanderungsgesetz ein wichtiger Schritt. Mit diesem Gesetz erkennen die maßgebenden politischen Kräfte an, dass Menschen nicht nur als „Gäste“ nach Deutschland kommen, sondern ein wesentlicher Teil dieses Landes und dieser Gesellschaft geworden sind. Damit von dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz auch Impulse für eine gleichberechtigte Teilhabe von Migrantinnen und Migranten an allen Bereichen gesellschaftlichen Lebens und einen diskriminierungsfreien Zugang zu allen Versorgungsleistungen ausgehen, sind jedoch weitere Schritte dringend erforderlich.

Ein kleiner aber wichtiger Baustein für die Sicherung von Chancengleichheit und

den Abbau von Diskriminierung ist der Gemeindedolmetschdienst Berlin. Er trägt durch seine Sprachmittlung wesentlich dazu bei, für MigrantInnen Barrieren beim Zugang zu Versorgungsleistungen medizinischer und sozialer Einrichtungen Berlins abzubauen. Da der Gemeindedolmetschdienst ein wichtiges Instrument für die interkulturelle Öffnung dieser Einrichtungen ist, müssen weitere Anstrengungen erfolgen, um die im Rahmen dieser Studie identifizierten sieben Hindernisse für die Inanspruchnahme des Dienstes abzubauen.

1. Fehlende gesetzliche Vorgaben zum Recht auf adäquaten und gleichberechtigten Zugang zur Versorgung
2. Unklare und nicht einheitlich geregelte Finanzierung
3. Wenig zufrieden stellende Zusammenarbeit mit dem Gemeindedolmetschdienst
4. Unzufriedenheit mit der derzeitigen Vermittlung
5. (Aufwendige) interne Organisationsentwicklungen, welche die Kapazitäten der Einrichtungen binden
6. Noch nicht oder wenig entwickelte Routine bezüglich Abruf und Einsatz von GemeindedolmetscherInnen
7. Mangelnde Sensibilisierung der Institutionen für Belange ihrer PatientInnen bzw. KlientInnen mit Migrationshintergrund und für den Nutzen professionellen Sprachmittels

Im Folgenden werden zu jedem der oben aufgeführten Hindernisse Handlungsempfehlungen zur Beseitigung oder zumindest zur Reduzierung der Barrieren aufgezeigt:

## 6 Handlungsempfehlungen

### *(1) Schaffung von Rahmenbedingungen für eine Entscheidung des Gesetzgebers*

Für Entscheidungen der gesetzgebenden Seite ist viel Initiative der interessensvertretenden Organisationen auf Landes- und Bundesebene notwendig. Dabei spielt die Vernetzung aller beteiligten Akteure – Träger des Gesundheits- und Sozialwesens, Sozialversicherungen und andere beteiligte Organe und Organisationen sowie ähnlich ausgerichtete Sprachmittlungsprojekte deutschlandweit – eine große Rolle. In einer solchen vernetzten Kooperation können wichtige Anliegen wirksamer realisiert und Erfahrungen besser ausgetauscht werden. Die wichtigsten Vorschläge sollten dann mit Unterstützung der Integrationsbeauftragten der Länder und des bundesweiten Facharbeitskreises „Migration und Gesundheit“ an die Politik bzw. den Gesetzgeber herangetragen werden. Für eine politische Entscheidung ist auch die Existenz von Diensten wie dem Gemeindedolmetschdienst von grundlegender Bedeutung, denn „kein Gesetzgeber



*wird beschließen, einen finanziellen Anspruch auf Sprachmittlung herzustellen, wenn es keine Gemeindedolmetscher gibt.“*

Eine weitere Voraussetzung ist die Entwicklung der Nachfrage nach professionellen SprachmittlerInnen durch die sozialen und medizinischen Einrichtungen. Durch eine aktive Öffentlichkeitsarbeit des Gemeindedolmetschdienstes sollte das Interesse insbesondere bei MigrantInnen geweckt und somit die Nachfrage nach Dienstleistungen der GemeindedolmetscherInnen gesteigert werden.

*(2) Entwicklung von Finanzierungskonzepten und Durchsetzung der Regelfinanzierung*

Der Gemeindedolmetschdienst und dessen Trägerorganisation „Gesundheit Berlin e.V.“ sollten ein Finanzierungskonzept für den Einsatz von GemeindedolmetscherInnen entwickeln und in Kooperation mit potenziellen Förderern – Krankenkassen, Jugend-/Sozialämter, Stadt- und Bezirksverwaltung – sowie mit medizinischen bzw. sozialen Einrichtungen über eine einheitliche Finanzierungsregelung entscheiden. In den Zeiten knapper öffentlicher Finanzen und der Reduzierung von Kassenleistungen ist es sicherlich eine besondere Herausforderung, einen neuen Etat für die Leistungen der SprachmittlerInnen einzurichten. Ein Anfang könnte hier beispielsweise gemacht werden, indem erst einmal eine Einigung zur Kostenübernahme in begrenzten Konstellationen herbeigeführt wird, z.B. für Not- und Härtefälle. Langfristig könnten diese strengen Kriterien dann schrittweise gelockert werden und die Leistungen für alle zugänglich gemacht werden.

*(3) Einrichtung einer separaten Vermittlungs- bzw. Koordinierungsstelle oder einer zusätzlichen Planstelle im Gemeindedolmetschdienst*

Die Vermittlungs- bzw. Koordinierungsstelle sollte den Erfahrungsaustausch mit den AuftraggeberInnen, ihre kontinuierliche Versorgung mit Informationen, eine effizient organisierte Vermittlung, eine Beobachtung der Nachfrage sowie eine Begleitung und Evaluation von Einsätzen sicherstellen. Die durch eine solche Evaluierung gewonnenen Erkenntnisse sollten auch in die Ausbildung einfließen.

*(4) Schaffung komfortablerer Abrufbedingungen*

Die Vermittlungsstelle der GemeindedolmetscherInnen sollte zeitlich unbegrenzt – also täglich 24 Stunden – erreichbar sein und auch kurzfristige Einsätze in Notfällen ermöglichen. Vor der Umsetzung einer solchen Maßnahme sollte gegebenenfalls noch durch eine quantitative Untersuchung des Bedarfs bei den Institutionen geklärt werden, in welchem Umfang Nachteinsätze und kurzfristige Einsätze zu erwarten sind. Die derzeitigen Abrufbedingungen sollten zudem

durch Einrichtung einer Möglichkeit zum sofortigen telefonischen Dolmetschen ergänzt werden.

*(5) Langfristige Einplanung der Zusammenarbeit mit GemeindedolmetscherInnen*

Im Rahmen des Prozesses der interkulturellen Öffnung sollte eine interne Reorganisation bei den medizinischen und sozialen Institutionen stattfinden, damit die gesundheitliche und soziale Versorgung von MigrantInnen verbessert werden kann. Die Einrichtungen sollten langfristig Prioritäten setzen und die Zusammenarbeit mit den GemeindedolmetscherInnen einplanen. Durch das leicht wahrnehmbare und komfortable Vermittlungsangebot des Gemeindedolmetschdienstes kann unnötiger Aufwand beim Einsatz von DolmetscherInnen vermieden werden – dies sollte den Entschluss für die Inanspruchnahme von Dienstleistungen der SprachmittlerInnen begünstigen. Damit sich immer mehr Institutionen für die Inanspruchnahme des Gemeindedolmetschdienstes entscheiden, sollte dieser für den Einsatz von GemeindedolmetscherInnen als kostengünstige, einfache und effiziente Option werben.

*(6) Hilfe bei der Entwicklung von Routine zum Abruf und Einsatz von GemeindedolmetscherInnen innerhalb der Einrichtungen*

Der Gemeindedolmetschdienst sollte beispielsweise durch Beratungs- oder Fortbildungsangebote darauf hinwirken, dass sich die Einsätze von GemeindedolmetscherInnen innerhalb der medizinischen und sozialen Einrichtungen zur Routine entwickeln: *"Wenn man Routinen schaffen würde, dann könnte man mit Verlässlichkeit eine Planung entwickeln, wie die Dolmetschfunktion bereitgestellt wird."*

*(7) Sensibilisierung der Institutionen für Belange ihrer PatientInnen bzw. KlientInnen mit Migrationshintergrund und für den Nutzen des professionellen Sprachmittels*

Im Rahmen der interkulturellen Öffnung sollten die Leitungsebenen und das Fachpersonal für die Belange ihrer PatientInnen bzw. KlientInnen mit Migrationshintergrund und für den Nutzen des professionellen Sprachmittels sensibilisiert werden. Dies kann beispielsweise durch Beratungsangebote, Fortbildungen, Fachtagungen und Kongresse, die von Vertretern des Gesundheits- und Sozialwesens und des Gemeindedolmetschdienstes organisiert werden, geschehen. Im Detail beinhaltet eine solche Sensibilisierung, dass das Fachpersonal nicht nur die Notwendigkeit eines Dolmetschereinsatzes erkennt, sondern auch das nötige Wissen über die Rolle der DolmetscherInnen und den Umgang mit ihnen erwirbt. Die Umsetzung dieser Empfehlungen würde den

Prozess der Inanspruchnahme von Dienstleistungen des Gemeindedolmetschendienstes deutlich beschleunigen und intensivieren. Infolge dessen könnte sich das neu geschaffene Arbeitsmarktsegment „Gemeindedolmetscher/in“ zu einem selbstverständlichen und festen Bestandteil der Regeldienstversorgung und zum vorbeugenden Instrument gegen Diskriminierung entwickeln.

Die altbekannte Tatsache, dass nur über Teilnahme und Teilhabe aller in einer Gesellschaft lebenden Menschen Ausgrenzung, Fehlversorgung und soziale Konflikte zwischen Mitgliedern dieser Gemeinschaft vermindert oder gar vermieden werden können, reicht nicht aus – es müssen auch konkrete Maßnahmen beschlossen und umgesetzt werden. Über eine Sensibilisierung der Versorgungseinrichtungen, die mit interkultureller Öffnung einhergeht, unterstützt durch politischen Willen bzw. konkrete gesetzliche Entscheidungen und mit der Schaffung von leicht wahrnehmbaren und komfortablen Angeboten können diese Teilnahme und Teilhabe und somit die Integration erreicht werden.

4

### Literatur

- BORDE, T. (2002). Patientenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zu Versorgungssituation in der Gynäkologie. Dissertation, Berlin.
- BORDE (2007). GemeindedolmetscherInnen in Berlin. Gut qualifiziert für ein neues Arbeitsfeld? In: Borde, T. und Albrecht, N.-J. (Hrsg.): Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder, Frankfurt a. M., IKO-Verlag, S. 248-268.
- DAHINDEN, J.& CHIMIANTI, M. (2002). Professionelles Sprachmitteln und interkulturelles Vermitteln im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbe- reich. Theoretische Perspektiven/Forschungsbericht. Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien.
- FLICK, U. (1995). Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbeck, Rohwohlt Taschen- buch Verlag.
- GEMEINDEDOLMETSCHDIENST BERLIN (26.02.2006). "Willkommen beim Gemeindedolmetschdienst Berlin". Online: <http://www.gemeindedolmetschdienst-berlin.de>.
- GEIGER, I. (2000). Interkulturelle Organisations- und Personalentwicklung im Öffentlichen Gesundheitsdienst. In: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.): Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt. Berlin/Bonn, Bonner Universitäts-Buchdruckerei. On- line: <http://www.integrationsbeauftragte.de/download/handbuch.pdf> (26.02.2006).

- HEISE, T. & COLLATZ, J. & MACHLEIDT, W. & SALMAN, R. (2002). Das Ethnomedizinische Zentrum Hannover und die Medizinische Hochschule Hannover im Rahmen der transkulturellen Gesundheitsversorgung". In: Heise, T. (Hrsg.): Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. – 2. Aufl., Berlin, Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- MAYRING, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim, Deutscher Studien Verlag.
- POCHANKE-ALFF, A. (2007). Erfahrungen und Perspektiven des Gemeindedolmetschdienstes Berlin. In: Borde, T. und Albrecht, N.-J. (Hrsg.): Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder, Frankfurt a. M., IKO-Verlag, S. 236-245.
- RAT DER EUROPÄISCHEN UNION (2000). EU-Richtlinie 2000/43/EG des Rates vom 29. Juni 2000 zur Anwendung des Gleichberechtigungsgesetzes ohne Unterschied der Rasse oder ethnischen Herkunft. In: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften.
- UEBELACKER, J. (2007). Sprach- und Kulturmittlung aus der Sicht des Personals eines Berliner Bezirksamtes. In: Borde, T. und Albrecht, N.-J. (Hrsg.): Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder, Frankfurt a. M., IKO-Verlag, 42-73.





# 5

## Sprachmittlung und interkulturelle Kompetenz in Berliner psychiatrischen Einrichtungen

## **5 Sprachmittlung und interkulturelle Kompetenz in Berliner psychiatrischen Einrichtungen - Ansichten und Erfahrungen von MitarbeiterInnen**

**Dagmar Schultz**

### **Zusammenfassung**

*Mit diesem Aufsatz liegt die Teilauswertung einer qualitativen Untersuchung vor, die zum Ziel hat, Probleme in der psychiatrischen Versorgung von MigrantInnen und Schwarzen Deutschen in Berliner Einrichtungen aufzuzeigen. Interviews mit Personal an fünf Berliner Bezirkskliniken und einer Reihe außerklinischer Einrichtungen geben die Erfahrungen mit Verständigungsbarrieren und DolmetscherInnen, mit interkulturellen Teams, die Einschätzung von und Einstellung zu interkultureller Kompetenz sowie den Stellenwert von Personalpolitik und persönliche Veränderungsvorschläge wieder. Deutlich werden sowohl persönliche wie organisatorische und finanzielle Aspekte, die der Erfüllung des Vollversorgungsauftrags entgegenstehen bzw. dafür notwendig sind.*

### **1 Einleitung**

Motivation für dieses Forschungsvorhaben war die aufgrund persönlicher Erfahrungen dringend gewordene Frage: Wie ergeht es einer Person, die in einer Krisensituation in einer psychiatrischen Einrichtung landet und aufgrund von Fremdbild und/ oder Eigenbild nicht der Mehrheitskultur angehört? Nun können Sie als LeserIn sagen: Alle Menschen, die sich in einer psychiatrischen Institution wieder finden, sind in unserer Gesellschaft marginalisiert, und das Personal in den Einrichtungen sieht es als seine berufliche Aufgabe an, diese Menschen zu unterstützen. Dennoch stellen sich einige spezielle Fragen, wenn es um Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen, mangelnden Kenntnissen der deutschen Sprache oder um Menschen geht, die durch ihr äußeres Erscheinungsbild als „Minderheit“ oder „AusländerInnen“ eingeordnet werden.

### **2 Methodik der Untersuchung**

Ich habe im Jahr 2002 an fünf großen Berliner Bezirkskrankenhäusern und an der Tagesklinik eines der Krankenhäuser 28 Interviews geführt, um diesen Fragen nach zu gehen. An den Kliniken sprach ich mit Ärztinnen und Ärzten, Krankenschwestern und Pflegern, einem Psychologen, einer Sozialarbeiterin und einer Krankengymnastin. An vierzehn außerklinischen Einrichtungen (Wohnheimen, Übergangwohnheimen, Beratungs- und Therapieeinrichtungen) führten



StudentInnen der Freien Universität Berlin und der Alice Salomon Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Interviews mit LeiterInnen, BetreuerInnen und PsychologInnen sowie mit zwei migrierten Klienten durch. Von diesen Einrichtungen sind zehn Einrichtungen mit jeweils einem Interview sowie die beiden Klienten in der Auswertung erfasst.

Die Interviews führten wir mit einem strukturierten Leitfaden. Alle Antworten waren offen. Die Auswertung beruht auf einer qualitativen Analyse anhand von Kategorienbildung. Mittels eines Database Programms habe ich die einzelnen Berufsgruppen nach Merkmalen wie weiblich/männlich, migriert/deutsch/Afro-deutsch geordnet, um die Relevanz bzw. Irrelevanz dieser Merkmale für die Inhalte der Aussagen untersuchen zu können. Dementsprechend teilt sich das Sample wie folgt auf (Code in Klammern).

Kliniken und Tagesklinik:

7 deutsche Ärzte (MDA)  
2 migrierte Ärzte (MMA)  
2 afro-deutsche Ärzte (MafA)  
3 migrierte Ärztinnen (FMA)  
1 deutscher Pfleger (MDP)  
3 deutsche Krankenschwestern (FDP)  
7 migrierte Krankenschwestern (FMP)  
1 deutsche Sozialarbeiterin (FMS)  
1 migrierte Krankengymnastin (FMK)  
1 migrierter Psychologe (MMPs)

Außerklinische Einrichtungen:

4 deutsche Sozialarbeiter (MDS)  
2 deutsche Sozialarbeiterinnen (FDS)  
2 migrierte Sozialarbeiter (MMS)  
1 migrierter Psychologe (MMPs)  
1 migrierte Psychologin (FMPs)  
2 migrierte Klienten (MMKI)

Der Code in Klammern nach den Zitaten gliedert sich folgendermaßen auf: Der erste Buchstabe (A-E) steht für die jeweilige Klinik, F für die Tagesklinik. Es folgen der Personencode und schließlich die Seitenzahl. Bei den außerklinischen Einrichtungen beginnt der Code mit einer Zahl.

### 3 Interkulturelle Kompetenz und Sprachkenntnisse

Im sozialen und hier speziell im psychiatrischen Bereich kann interkulturelle Kompetenz definiert werden als die Fähigkeit, angemessen und erfolgreich mit Menschen zu kommunizieren und zu handeln, die

- eine andere Muttersprache als die Landessprache haben und/oder

- mit einer anderen Kultur aufgewachsen sind und/oder
- sich in dieser Gesellschaft auf Grund von Diskriminierung anders bewegen als Angehörige der Mehrheitsgesellschaft und
- die als PatientInnen/KlientInnen oder als untergeordnete KollegInnen in einem Abhängigkeitsverhältnis zu mir stehen.

Eine angemessene und erfolgreiche Kommunikation und Handlungsweise beinhalten auch eine die/den Andere/n in ihrer/seiner Art zu sein annehmende und respektierende Haltung,

- die Patientin/den Patienten vor dem Hintergrund der Gruppenzugehörigkeit immer als Individuum zu sehen,
- Empathie, Wertschätzung der/des Anderen,
- die Fähigkeit, sich selbst in Frage zu stellen im Hinblick auf eigene Vorurteile, die Grenzen des eigenen Wissens und die mögliche Auswirkung der eigenen sozio-kulturellen Identität auf die Interaktion mit der Patientin/dem Patienten.

Sicher erfüllt eine Psychiaterin/ein Psychiater, die/der die Muttersprache der Patientin/des Patienten spricht und mit ihrer/seiner Kultur vertraut ist, die meisten dieser Voraussetzungen. Jedoch benötigt auch sie/er ein Maß an Selbstreflexion und an Bereitschaft, kulturelle und schicht- oder geschlechtsbedingte Unterschiede einzubeziehen.

Im Folgenden werde ich aufzeigen, wie die Interviewten den Umgang mit migrierten und Schwarzen PatientInnen/KlientInnen an ihren Institutionen darstellen. Dabei liegt der Schwerpunkt zunächst auf der sprachlichen Verständigung, dann auf interkultureller Kompetenz.

*„Wenn Sie mit Sprache nicht richtig kommunizieren können, wird es schwierig in der Tat. Da herrscht dann Schweigen.“ (D, 12MDA, 9)*

#### **4 Arrangements mit Verständigungsbarrieren**

Bisher gibt es keine gesetzlichen Grundlagen für die Gewährleistung sprachlicher Verständigung im Pflegebereich (Habermann 2004:24, Heise et al. 2000:141, Schepker 2000:285). Der Vollversorgungsauftrag medizinischer Institutionen und Pflegeeinrichtungen enthält keine Richtlinien für die Umsetzung kommunikativer Bedürfnisse in der Behandlung von MigrantInnen. Kliniken und Personal entwickeln somit ihre jeweils eigenen Methoden.

#### 4.1 Personal als DolmetscherInnen

Die meisten der Interviewten stimmen überein, dass sprachliche Verständigung die wichtigste Grundlage ist, um eine Vertrauensbasis herzustellen und eine professionelle Anamnese, Diagnose und Behandlung durchzuführen. Wenn keine gemeinsame Sprache zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn vorhanden ist, wird gewöhnlich auf das Pflegepersonal als DolmetscherIn zurückgegriffen. Sollte auch dies nicht möglich sein, wird ein/e Dolmetscher/in bestellt. Vier der fünf Kliniken hatten zum Zeitpunkt der Interviews Listen über die durch das Personal abgedeckten Sprachen erstellt (Kliniken A, B, C, E). ÄrztInnen stellen sich nach den Aussagen bereitwillig zum Dolmetschen zur Verfügung, soweit dies mit ihrem Arbeitsplan vereinbar ist. Wenn sie nicht auf derselben Station arbeiten, sind sie allerdings auch nicht täglich zur Kontaktaufnahme anwesend, was wiederum einen Nachteil für die PatientInnen darstellt. Deutsche ÄrztInnen sprechen gewöhnlich Englisch, oft auch Französisch und, wenn sie in der DDR aufgewachsen sind, Russisch. Weitere Sprachen sind vornehmlich durch ÄrztInnen im Praktikum (AIPler) vertreten, unter denen sich am ehesten migrierte ÄrztInnen befinden. Z. Zt. gibt es lediglich einen türkischen Oberarzt in der Psychiatrie an Berliner Kliniken.

Bei Krankenschwestern ist die Situation etwas komplexer. Abgesehen davon, dass ihre Dolmetschdienste nicht finanziell honoriert werden, fühlen sie sich häufig überfordert von der Verantwortung:

*„...es wird nicht honoriert und ich weiß, dass manche das nicht gerne machen, weil man es genau und richtig übersetzen muss und die Ärzte verlassen sich darauf, was die übersetzen, denn das sind ja oft Arztgespräche, die mit denen geführt werden. Die können natürlich auch jederzeit sagen, also das ist so eine dezidierte Frage, da brauchen wir einen richtigen Dolmetscher...“ (Sozialarbeiterin, C,16FDS, 3)*

Ein Arzt berichtet über unterschiedliche Reaktionen von Schwestern:

*„Ich habe die Erfahrung gemacht, als ich diese Liste erstellt habe, dass sich einige nicht zur Verfügung gestellt haben...einige fühlten sich eher etwas ausgenutzt: 'ich werde dann von allen in Anspruch genommen und höre nie ein Danke schön...' Andere,...wenn ich an die koreanischen Schwestern denke, sind sowieso eher schüchtern und zurückhaltend...die, die es dann machen, machen es dann doch gerne, ...weil die eigene Qualifikation einzubringen, von der eigenen Kultur mitzuteilen, wenn das respektvoll vor den zu Behandelnden eingebracht wird, ... kann zur Aufwertung beitra-*

*gen und dann glaube ich, dass es nicht ausreichend dotiert ist, zählt dann für die meisten eher nicht..." (B,26MDA, 19-20)*

#### 4.2 Der Einsatz von professionellen DolmetscherInnen

Ein Grundproblem ist *finanzieller Art* (s. auch Schouler-Ocak 2000:83). DolmetscherInnen werden aufgrund der Kosten so wenig wie möglich eingesetzt, d.h. vornehmlich wenn der Patient/die Patientin gar kein Deutsch spricht und die Sprache nicht im Personal vertreten ist, und wenn es sich um Gespräche handelt, in denen es auf große Genauigkeit ankommt, wie z.B. Vorbereitung für eine Gerichtsverhandlung. Ansichten darüber, ab wann ein/e DolmetscherIn notwendig ist, gehen weit auseinander. So antwortet ein Arzt auf die Frage, welche sprachlichen Kompetenzen für Diagnose und Behandlung notwendig wären:

5

*„... ich habe Patienten hier erlebt, die ganz wenig Deutsch können und die man über den nonverbalen Ausdruck und die Familiengeschichte...verstehen konnte oder deren Zustand so einordnen konnte, dass das Gespräch mit (einem Dolmetscher) auch gar nicht mehr gebracht hätte.“ (B,24MAfA, 10)*

Ein anderer Arzt betont die finanziellen und die organisatorischen Probleme, die manchmal eine Verständigung unmöglich machen:

*„...wenn Patienten kein Deutsch sprechen, das ist einfach ein sehr, sehr großes Problem... manchmal hat man Mitarbeiter zur Hand, die die Sprache sprechen, oft sind die nicht da oder... manchmal unabhkömmlich, oder man kann Dolmetscher dazuholen, das ist aber eine sehr kostspielige Sache...es gibt dann ruck zuck Dolmetschrechnungen von ein paar 1000 €. Es gibt jetzt eine interne Regelung, dass pro Dolmetschkonsultation nur noch 50 € bereitgestellt werden.“ (F,8MDA, 1, 10)*

Nach Ansicht eines Arztes geht es nicht einmal um eine adäquate Behandlung, sondern um Nichtbehandlung:

*„...wenn kein Dolmetscher da ist, sondern nur die Putzfrau und der Arzt hat keine Zeit und er kann sich jetzt nicht noch mit einem kulturellen Kontext auseinander setzen usw. Das ist eine Nichtbehandlung. Die Frage ist dann, wie können wir sozusagen es schaffen, dass ein Großteil dieser Patienten überhaupt behandelt wird.“ (D,12MDA,34)*

Mangels vorgegebener Richtlinien und der finanziellen Absicherung der Umsetzung ist der Einsatz von DolmetscherInnen in den Kliniken der Befragten recht unterschiedlich. Mit deutschsprachigen PatientInnen wird Gesprächstherapie einzeln und in Gruppen durchgeführt. In der Mehrzahl der Kliniken wird auf therapeutische Gespräche mit MigrantInnen ohne ausreichende Deutschkenntnisse verzichtet. So erklärt der Chefarzt von Klinik A, dass er, wenn die Sprache nicht im Team vertreten ist, „geschickt nonverbale Therapie“ benutzt. Für spezielle Interviews und Diagnostik und für umschriebene Fragestellungen müsse man jemanden finden, z.B. beim Konsulat. Einen Dolmetscherdienst sieht er nicht als notwendig an. Der Chefarzt von Klinik B führt aus, dass ein Dolmetscher lediglich für das diagnostische Gespräch bestellt wird:

*„...die Behandlung dann, die wird natürlich dann in der Regel medikamentös gestützt sein, je nach Krankheitsbild. Sie können natürlich keine Gesprächstherapie machen, wenn Sie die Sprache nicht sprechen, das ist ja banal. Dann macht man, wenn man sich unsicher ist, im Verlauf noch einmal eine Exploration mit dem Dolmetscher. Mehr ist dann aber auch aus wirtschaftlichen und praktischen Gründen kaum möglich. Das ist natürlich unbefriedigend.“ (B,22MDA, 18).*

Es sei nicht zu erreichen, dass die sprachliche Kommunikation ein kontinuierlicher Prozess ist. (A,25MDA, 2-3). Ein Oberarzt der Klinik A stellt die Situation folgendermaßen dar:

*„Ich kann mich erinnern an einen vietnamesischen Patienten. Ich denke, es waren damals so drei Termine, aber vielleicht in drei Wochen, die er stationär hier war. Das war ein Aufnahmegespräch, ein vertieftes Gespräch über die Krankheit und ein Abschlussgespräch. Zwischendurch fanden Gespräche zum Teil mit der Familie statt.“*

Meine Frage: „Wie ist die Häufigkeit im Vergleich zu Gesprächen mit deutschen PatientInnen?“ beantwortet er:

*„Das ist schon deutlich weniger. Gesprächskontakte finden gewöhnlich in Visitenform statt. 10 Minuten bis 15 Minuten in der Visite werden Dinge besprochen und dafür kann man eigentlich keine Dolmetscher holen.“ (A,26MDA,21-22)*

Dieser Arzt (das Interview wurde 2004 geführt) berichtet, dass es gar nicht so einfach sei, Kollegen dazu zu bringen, den 2004 in Berlin als Modellprojekt eingerichteten Gemeindedolmetschdienst (s. Auswertung in diesem Band) zu nutzen (A,26MDA,21-22).

In Klinik C war der Bedarf an Sprachen weitgehend durch das Personal abgedeckt. Dennoch ergeben sich Probleme: Wenn sprachkundige MitarbeiterInnen gerade Urlaub haben und ein vereidigter Dolmetscher gerufen werden muss, kann es einen Tag bis drei Tage dauern, bis man einen Termin hat. (C,14FDP,3)

Der Chefarzt von Klinik E stellt hingegen fest, dass ein Gespräch in der Woche das absolute Minimum sei, um einen Behandlungsprozess zu gewährleisten (E,5MDA, 14). Auch in der Tagesklinik dieses Krankenhauses sind Gespräche mit DolmetscherInnen z.B. bei Psychose wenigstens ein- bis zweimal in der Woche vorgesehen. In Klinik D werden DolmetscherInnen ebenfalls nach Bedarf und außerhalb der Visiten eingesetzt:

*„Ich mache es wie mit meinen anderen Patienten, ich mache die Visiten, die müssen wir irgendwie hinkriegen ohne Dolmetscher und dann zwei bis drei Gespräche in der Woche, und dann muss ich mir jemanden besorgen.“ (D,11FMA, 19)*

5

Probleme in den außerklinischen Einrichtungen stellt die Leiterin einer der befragten Institutionen dar. Hier wird deutlich, dass von staatlicher Seite offenbar keine Verpflichtung zu einer gleichberechtigten Behandlung von MigrantInnen gesehen wird:

*„Dolmetscherleistungen werden einfach nicht bezahlt. Das Sozialamt sagt uns, wir wissen wir können das freiwillig bezahlen, aber im Moment können wir freiwillig nichts bezahlen; die Reaktion: wenn Sie als Träger meinen, solche Leute zu betreuen, dann sehen Sie mal zu, wie Sie das hinkriegen.“ (3FDS,7)*

Die Einrichtungen versuchen, sich zu arrangieren, indem sie auf MigrantInnen ohne Dolmetschausbildung zurückgreifen. Dies ist jedoch nicht immer erfolgreich.

Die Befragten sehen auch Probleme in der Arbeit mit DolmetscherInnen (s. zu verschiedenen Aspekten professioneller Dolmetscharbeit Dhawan et al. 1995, Salman 2001, Kammerlander u. Abdallah-Steinkopff 2000). Die Qualität ist häufig unterschiedlich, wobei ein Interviewter feststellt, dass die Frauen häufig besser seien als die Männer (E,5MDA,13). *„Im Moment können wir uns an der Liste der bei Gericht vereidigten Dolmetscher orientieren, die sind sehr unterschiedlich, man muss es herausfinden.“*

Der Prozess der Gesprächsführung mit DolmetscherInnen an sich wird als schwierig beschrieben:

*„Der Patient wartet mit seinem Redefluss. Es dringt eine Pause ein. Sie bekommen die Übersetzung und dann geht es wieder Retour. Es verzögert unheimlich. Es ist sehr anstrengend.“ (D,12MDA,26)*

Neben der Umständlichkeit treten weitere Nachteile auf. Eine türkische Krankenschwester, die häufig zum Übersetzen herangeholt wird, erklärt, dass Dolmetscher oft nicht das nötige Einfühlungsvermögen haben, nicht für diesen Arbeitsbereich geschult sind, auf die Zeit gucken (E,1FMP,2-3). Ein Arzt argumentiert:

*„Sie können die Muttersprache nicht, der Patient denkt vielleicht anders...und das wird verfälscht wie bei der Flüsterpost, jede Übersetzung ist immer fehlerhaft.“ (D,12MDA,26)*

Schließlich existiert die Frage der nicht immer gewährleisteten Neutralität des Dolmetschers/der Dolmetscherin:

*„Es gibt...enorme Qualitätsunterschiede bei einem gedolmetschten Gespräch, ...ob er neutral übersetzt oder ob er eher ein dritter Gesprächspartner ist, da gibt es ganz große Unterschiede, das ist wirklich frappierend. Ein Übersetzer ist immer jemand, der auch interpretiert... ich hatte als Patienten einen Palästinenser und der hatte Verletzungen... und ich hatte einen syrischen Dolmetscher, der...ist mehr als sein Anwalt aufgetreten als als sein Übersetzer.“ (F,6MDA,12)*

Um gute Ergebnisse zu erzielen, berichten Ärzte der Klinik E, dass sie möglichst immer mit denselben Personen arbeiten, mit denen sie gute Erfahrungen gemacht haben, und dass sie die DolmetscherInnen vorher darüber aufklären, worum es geht (E,5MDA,13;4MMA,31). Eine Zusatzausbildung für DolmetscherInnen speziell für den psychiatrischen Bereich sehen die meisten der Befragten als wünschenswert an. (Eine solche Ausbildung wurde in Berlin 2003-2005 im Rahmen des mit EU und Landesmitteln geförderten Modellprojekts Gemeindegolmetschdienst angeboten). Der Sozialarbeiter in einem Übergangwohnheim weist darauf hin, dass nicht nur DolmetscherInnen eine Zusatzausbildung benötigen, sondern dass das Arbeiten mit DolmetscherInnen auch von BetreuerInnen/ÄrztInnen gelernt sein will. (6MDS,20)

#### 4.3 Nonverbale Kommunikation

Wie schon von zwei Ärzten (B,24MafA; A,25MDA) am Anfang dieses Abschnittes erwähnt, wird im Behandlungsalltag mit MigrantInnen auf *nonverbale*

Verständigung zurückgegriffen. Eine Ärztin der Klinik C erwähnt dies als eine Methode:

*„Ich finde, dass man immer noch zwischen verbaler und nonverbaler Ebene einen Gebärdenfreiraum hat. Ich hatte eigentlich in meiner ganzen klinischen Zeit eher ganz selten Situationen, wo ich nicht weiterkam. Wenn ich verbal nicht weiterkomme, gehe ich auf die nonverbale Ebene und das hat häufig funktioniert. Bei der Erhebung der Anamnese und bei spezifischen, speziellen Fragen gerade jetzt hier in der Psychiatrie ist es natürlich nicht möglich. Da bringt mir das auch nicht sehr viel, wenn ich irgendwie frage, ob jemand Kopfschmerzen oder Schwindel hat, was man ja über die Gebärdensprache durch Zeichensprache ausdrücken kann, aber die ziehe ich mir immer heran.“ (C,15FMA, 13)*

5

Auf meine Nachfrage, ob man diese Methode auch als Fortbildung anbieten könnte, antwortet die Ärztin: *„Nein, das denke ich eher nicht. Das ist sehr unprofessionell.“ (C,15FMA, 13)*. Auch ein Arzt der Klinik A argumentiert, dass Erfahrung dazu führt, Diagnosen auf Basis der Ausdrucksebene stellen zu können:

*„Ja, da glaube ich das das gut geht ohne unbedingt Türkisch, Spanisch oder so zu sprechen, wenn derjenige etwas Deutsch kann... und meine Erfahrung ist es auch, dass der türkische Psychologe, wenn er mit den Patienten spricht, auch nicht zu anderen Schlüssen kommt, weil dann ...dann fühlen die eben, dann haben die die Ausdrucksebene. Wir sehen die Patienten ja auch ein paar Tage auf Station im Krankenhaus und das gibt dann schon so ein Verhalten, das man auch kennt. Also ein türkischer Patient, der eine Depression hat, der sagt oft er hat keine Kraft und zeigt so ein bisschen Hinken, Unruhe und Kraftlosigkeit... ich fühle mich niedergeschlagen und traurig, das würde ein 50jähriger türkischer Mann eben nicht von sich sagen. Da muss man jetzt nicht Türkisch können.“ (A,24MafA,11)*

Generell ist es so, dass das Pflegepersonal ohne DolmetscherInnen auskommen muss, wenn die Sprache nicht im Personal vertreten ist. Die Kommunikation mit Händen und Füßen steht dann im Vordergrund:

*„Dolmetscher kommen nicht für alltägliche Tätigkeiten, sondern eher für ärztliche Gespräche. ...Nicht für uns, sind ja teuer. Also wir haben Hände und Füße. Also alltägliche Tätigkeiten, Betten*



*machen oder Essen mit Zeichensprache eher. Also für jede Tätigkeit dolmetschen, nein.“(B,19FMP,3)*

Wir haben also mit recht unterschiedlichen Ansprüchen zu tun. Es existieren keine qualitativen und quantitativen Standards, schon gar nicht verbindliche Standards, für sprachliche Kommunikation mit Personen, die wenig oder gar kein Deutsch sprechen. Eindeutig kann man aus den Darstellungen schließen, dass diese Personen im Hinblick auf die Behandlung benachteiligt sind. Dies wird von ÄrztInnen selbst bestätigt, wie im folgenden Gesprächsausschnitt:

- B.: *Bei den Thailändern können wir überhaupt nicht, keine Anamnese richtig erheben und da haben wir dann auch für die therapeutischen Gespräche teilweise dann eben einen Dolmetscher.*
- D.S.: *Und finden die therapeutischen Gespräche dann genauso oft statt wie mit deutschen Patienten?*
- B.: *Nein. Keinesfalls. Dann würden die Kosten sicher aufs Dach steigen.*
- D.S.: *Das heißt also, dass die Patienten, die Dolmetscher brauchen, benachteiligt sind?*
- B.: *Auf jeden Fall.*
- D.S.: *Wird das problematisiert?*
- B.: *Nein, glaube ich nicht so. (B,24MAfA,18)*

#### 4.4 Angehörige, Reinigungspersonal und PatientInnen als DolmetscherInnen

Ein weiterer Aspekt der sprachlichen Verständigung ist die Frage, in welchen Situationen und zu welchem Grad Angehörige, Reinigungspersonal und PatientInnen zum Übersetzen eingesetzt werden (sollten). Beginnen wir mit letzteren beiden.

##### 4.4.1 Reinigungspersonal

Ein Arzt argumentiert:

*„Da kommt es einfach darauf an, wie gut das jemand macht und wenn eine Reinigungskraft das gut macht, dann ist das gut, wenn sie es nicht gut macht, dann geht's eben halt nicht... Aber warum nicht? Am Wochenende, wenn da gerade eine Reinigungskraft da ist, die Serbokroatisch spricht und die kann ich dazu gewinnen zu*

dolmetschen...“ (F8MDA,12)

Auch der Chefarzt der Klinik, die sich besonders intensiv mit der adäquaten Behandlung von MigrantInnen von MigrantInnen befasst hat, sagt:

*„Das hängt immer davon ab, wie gut jemand übersetzt. Das Krankenhaus möchte natürlich, dass wir möglichst Kosten sparen. Wenn wir einen guten Übersetzer hätten unter dem Küchenpersonal, dann wäre mir das egal, aber ...“ (E,5MDA,7)*

Generell wird Reinigungs- und Küchenpersonal jedoch nur in Notsituationen herangezogen: „Sie stehen in der Zwickmühle, wenn Sie keinen Dolmetscher haben, sind Sie froh, wenn ...irgendjemand Ihnen überhaupt das türkisch-deutsch übersetzen kann.“ (D,12MDA,25)

## 5

### 4.4.2 PatientInnen

Fast alle Befragten stimmen überein, dass PatientInnen nicht für andere PatientInnen übersetzen sollten. Der Psychologe der Tagesklinik sagt dazu: „Das würde ich nicht zulassen als Fachmann. Das werde ich nie machen. Das passt nicht zusammen.“ (F9MMMPs,11). Sein Kollege vom Behandlungszentrum für Folteropfer teilt diese Meinung: „So etwas findet bei uns nicht statt.“ (Der Einsatz von Reinigungskräften oder PatientInnen) (1MMPs,17). Eine Krankenschwester an einer der Kliniken sagt: „Das machen wir nicht. Das muss ein ordentlicher Dolmetscher sein, der auch weiß, dass er direkt übersetzen muss.“ (A,27FDP,3). Dennoch gibt es offensichtlich Situationen, in denen auch PatientInnen übersetzen, allerdings nur in beschränktem Rahmen:

*„Ja, wenn ich z.B. einen Jugoslawisch sprechenden Patienten habe, der auch Deutsch spricht und einen, der nur Jugoslawisch spricht, dann bitte ich den, der auch Deutsch sprechen kann vielleicht zu diesem kurzen Gespräch dazuzukommen, und wenn ich nach Wirkungen, Nebenwirkungen oder Gesundheitszustand frage, dann kann ich natürlich keine Intimfragen und keine Fragen stellen, die den anderen jetzt bloßstellen würden.“ (B,23MafA,19)*

### 4.4.3 Angehörige

Beim Einsatz von Familienangehörigen finden wir unterschiedlichere Meinungen als bei Reinigungspersonal und PatientInnen. Während der Psychologe vom Behandlungszentrum für Folteropfer strikt sagt: „Das ist nicht angebracht, nicht

Kinder, nicht Verwandte, nicht Freunde oder Angehörige.“ (1MMPs,17), teilen ÄrztInnen und Schwestern sowie Professionelle in den außerklinischen Einrichtungen den Standpunkt, dass Angehörige im Einverständnis mit der Patientin/dem Patienten zum Übersetzen herangezogen werden können:

*„Wir würden es eigentlich nur dann machen, wenn wir sehen, dass es ein konfliktfreies Verhältnis ist zwischen dem Patienten und dem Angehörigen. Das ist eigentlich die Grundvoraussetzung.“ (B,22MDA,19)*

Ein Arzt gibt einen kulturspezifischen Aspekt zu bedenken, der den Einsatz von Familienmitgliedern aus einer anderen Perspektive betrachten lässt. Er sagt zunächst, dass sie im Fall eines Familienkonfliktes nicht die Familie dazu einsetzen werden. Dann fährt er fort:

*„In anderen Zusammenhängen doch eher häufiger, meine Erfahrung ist, dass es auch häufiger gefordert und gewollt wird, auch von den Betroffenen. Wenn man jetzt gerade eine türkische 60jährige Frau hat, möchte die gerade, dass die Kinder dolmetschen.“*

Zählt hier noch der Wunsch der Mutter, so kommen dann auch die üblichen institutionellen Bedingungen zum Tragen:

*„Ja, das hat sicher so seine Grenzen auch. Zum einen ist es sicher so eine Kompromisslösung zwischen Anspruch und Wirklichkeit, gerade wenn jemand kurz in der Klinik ist, ist es nicht immer möglich vom Budget angefangen und von der Organisation her ein gedolmetschtes Gespräch zu machen, da ist es mit der Familie einfacher...“*

Schließlich stellt der Interviewte aus ethnologischer Sichtweise dar, dass das System Familie in bestimmten Kulturen eine andere Bedeutung hat und die Familie gerade bei sehr persönlichen therapeutischen Gesprächen hinzugezogen wird, was sich wiederum auch auf hiesige therapeutische Zusammenhänge auswirken kann:

*„Zum anderen ist es häufig, dass wir bei Migranten die Familie so mit einbeziehen und das eher als System Familie betrachten... Und wenn man die Heilpraktiken in anderen Ländern anschaut, in Afrika beziehen die meisten Heilrituale die Familie mit ein... Es gibt das schöne Analysebuch <Die Weißen denken zu viel> von Psychoanalytikern, die große Projekte in Afrika gemacht haben.“*

*Die beschreiben, wenn es intim wird, dass dann Angehörige oder Fremde dazu geholt werden, im Gegensatz zu dem was bei uns gemacht wird. Wenn jemand hier was sehr Vertrauliches erzählt, mag er es seinem Psychologen lieber unter vier Augen erzählen. Und da war es offensichtlich umgekehrt, die Situation unter vier Augen hat relativ Angst gemacht... So ein bisschen in diese Richtung geht auch, dass die Familie auch Sicherheit geben kann und nicht immer eine schlechte Alternativlösung darstellt, wenn keine Dolmetscher zur Verfügung stehen.“ (A,26MDA,20)*

In der Praxis erfordert dies jedoch, die Familienstrukturen, die Sichtweisen und Erwartungen der beteiligten Individuen so zu erfassen, dass man eine informierte und sensible Entscheidung treffen kann.

## 5

#### 4.5. Interkulturelles Team

Im Folgenden wollen wir auf die Bedeutung von interkulturellen Teams im Hinblick auf Kommunikation mit PatientInnen und deren Wohlbefinden sowie den Faktor Kosteneffizienz eingehen. Die meisten der Interviewten, gleichgültig ob einheimisch oder migriert, stimmen überein, dass es vorteilhaft ist, wenn PatientInnen Zugang zu muttersprachlichem Personal haben. Dabei geht es den deutschen Ärzten darum, die Verständigung zu erleichtern. So sagt der Chefarzt einer Klinik mit ca. 30% türkischen PatientInnen:

*„...ich weiß jedenfalls, dass wir mindestens zwei türkische Krankenschwestern haben, die perfekt zweisprachig sind. Das ist für uns auch wichtig, wenn wir Mitarbeiter haben, die eine Fremdsprache sprechen, dass die dann aber auch im Deutschen fehlerfrei sprechen und schreiben können. Und wir haben außerdem einen türkischen Psychologen, der auf Honorarbasis uns vier Stunden in der Woche zur Verfügung steht, d.h., der kommt dann hierher und kümmert sich um Patienten in der Abteilung, was sehr nützlich ist, weil er Familiengespräche vereinbaren kann oder eben diese interkulturelle Symptomatik erfassen kann oder uns in der Diagnostik hilft. Wir haben außerdem einen türkischen Assistenzarzt...Er hat einen anderen Zugang, wenn es eben ein türkisches Problem gibt und das ist ja bei uns relativ häufig, weil die Mehrzahl sind ja nun Türken und die anderen verteilen sich dann eben.“ (B,22MDA,23-24)*

Wie die anderen sich verteilen, bleibt unklar. Interessant ist hier die Erwartung, dass migrierte MitarbeiterInnen perfekt zweisprachig sind. Während einige

ÄrztInnen der Meinung sind, gegebenenfalls auf der Ausdrucksebene mit PatientInnen ausreichend kommunizieren zu können, erwarten viele, dass die migrierten KollegInnen und MitarbeiterInnen die deutsche Sprache „fehlerfrei sprechen und schreiben können“. Gleichzeitig zeigen deutsche Ärzte so gut wie keine Motivation, sich auch nur Minimalkenntnisse des Türkischen anzueignen, die den Zugang zu PatientInnen wahrscheinlich schon positiv beeinflussen würden:

*„Sprachkurse? Kann ich mir schwer vorstellen, weil das bisschen was man da lernen würde mit vertretbarem Aufwand, das würde letztlich für psychiatrische Belange hinten und vorne nicht reichen.“ (B,22MDA,21)*

Eine Schwester türkischer Herkunft mit langjähriger Berufserfahrung sieht die Anwesenheit von migriertem Personal auch als „behandlungsverkürzend“ an, womit sie indirekt den Aspekt der Kosteneffizienz anspricht:

*„Das ist für die Angehörigen eine Entlastung auf jeden Fall, weil sie sich keine Sorgen machen müssen, dass Mutter oder Vater sich nicht verständigen können,... Das ist für die schon ein Segen, dass jemand da ist, der die Sprache versteht. Es ist auch behandlungsverkürzend teilweise. Manchmal wartet man ja eine Woche auf einen Dolmetscher..., und wenn man die Probleme nicht weiß, kann man auch nicht helfen.“ (E,1FMP,11)*

Nach Aussage einer deutschen Pflegedienstleiterin hilft die Kommunikation in der Muttersprache (bei türkischen PatientInnen fast ausschließlich durch türkisches Personal gewährleistet) Misstrauen abzubauen und vermittelt den PatientInnen ein Gefühl der Geborgenheit. Die Interviewte weist ebenfalls auf die Kosteneffizienz hin: *„Je mehr (muttersprachliches Personal) vorhanden ist, desto effektiver kann man arbeiten und umso kürzer sind die Liegezeiten mit Sicherheit.“ (A,27FDP,6)*

Die migrierten Krankenschwestern betonen ebenfalls, dass der Patient/die Patientin sich durch die Anwesenheit ausländischen Personals geschützt fühlt:

*„Ich denke, es ist ein ganz anderer Umgang, wenn die Ausländer als Patienten auf die Station kommen und sehen, dass hier auch Ausländer arbeiten. Da fühlen sie sich nicht so ausgestoßen und ausgegrenzt. Es ist eine ganz andere Herangehensweise für mich als Türkin, weil sie wissen, ich ...würde auch deren Interessen wahrnehmen und auch vertreten...ich finde das auch notwendig, dass gerade in der Psychiatrie auch darauf geguckt wird, dass mehrere Sprachen vertreten sind...“ (E,1FMP,9)*

Eine Krankengymnastin, deren Muttersprache Spanisch ist, spricht davon, welches Vertrauen es schafft, eine Ebene der sprachlichen Verständigung zu suchen:

*„... ich kann Russisch und Bulgarisch, das sind zwei slawische Sprachen und es gibt keine slawische Sprache, die ich nicht verstehen kann oder, vielleicht nicht mit den richtigen Endungen, aber trotzdem sinngemäß auch was sagen kann... Oder Spanisch, man kann schon Portugiesisch und...Italienisch sich verständigen, also man kombiniert das nur. Es ist mehr Vertrauen da. Man sagt auch Sachen, die man normalerweise nicht sagen würde.“ (F,7FMKT,9)*

Diese Erfahrung bestätigt ein türkischer Arzt:

5

*„Komischerweise neigen solche Patienten, die andere Sprachen sprechen, die wir nicht verstehen, auch dazu, von einem ausländischen Arzt behandelt zu werden mit der Begründung, seine Mentalität ist uns näher als die deutsche Mentalität. Wir reden manchmal mit Händen und Füßen, aber die Kommunikation ist auch leichter, als wenn der Patient sich mit deutschem Personal unterhält.“ (B,21MMA,12)*

Derselbe Arzt unterstreicht ebenfalls die Bedeutung der Muttersprache für PatientInnen. Seine Erfahrung ist, dass auch PatientInnen, die fließend Deutsch sprechen, gerne mit ihm Türkisch reden, was er sich nicht wünscht. *„Es gibt immer diese Vorstellung, wenn einer mit uns in der Muttersprache spricht, dann versteht der uns auch anders.“ (B,21MMA,12)*. Sprache wird somit mit Mentalität verbunden und wirkt vertrauensstiftend. Dem widerspricht nicht, dass ÄrztInnen durchaus auch PatientInnen erleben, die Deutsch der Muttersprache vorziehen bzw. lieber mit einem deutschen Arzt/einer deutschen Ärztin sprechen möchten. Dies kann vielfältige Ursachen haben, angefangen von internalisierten Minderwertigkeitskomplexen, d.h. ein deutscher Arzt/eine deutsche Ärztin wird für kompetenter gehalten, bis zu historischen Hintergründen, wie von dieser Ärztin beschrieben:

*„Ich hatte eine kroatische Patientin, mit der habe ich kroatisch gesprochen, die liebte es aber, mit mir Deutsch zu sprechen. Dazu müssen Sie verstehen, dass Kroatien aufgrund seiner Geschichte das Deutsche oder das Österreich-Ungarische immer als vornehm betrachtet hat.“ (E,2FMA,10)*

Unabhängig von Sprache spielt schon das äußerliche Erscheinungsbild eine

Rolle bei Erstkontakten mit PatientInnen, wie der Chefarzt der Klinik A erklärt:

*„Wir haben beispielsweise einen Arzt hier, der auch Deutscher ist, aber dunkelhäutig und ich denke, das macht einen großen Unterschied, wenn der Erstkontakt mit Patienten, die Schwarzafrikaner sind, über diesen Arzt hergestellt wird...“ (B,22MDA,22)*

Sprachliche Verständigung vermittelt durch migrierte MitarbeiterInnen bildet somit eine entscheidende Grundlage in psychiatrischer Behandlung und kann zur Verkürzung der Behandlung und damit zur Kosteneffizienz beitragen. Weitere Aspekte transkultureller Kompetenz werden im folgenden Abschnitt angesprochen.

## **5 (Trans)Kulturelle Kompetenz – Einschätzung von deutschen und migrierten MitarbeiterInnen**

Im Zusammenhang mit der Psychiatrie ist die Wahrnehmung von kulturellen Einflüssen auf mehreren Ebenen zu betrachten:

- dem Patienten/der Patientin nicht in kulturalistischer Weise aufgrund von äußerlichen Merkmalen, Sprache, Wissen um nationalen/ethnischen Hintergrund etc. bestimmte stereotype Merkmale zuzuschreiben,
- eine individuums- und kulturangepasste Therapie unter Zuhilfenahme eines bio-sozio-psycho-spirituellen Weltbildschemas zu erschaffen (Heise 2004:72),
- den Patienten/die Patientin als ExpertIn seiner/ihrer jeweiligen Kultur zu befragen, was einen Paradigmenwechsel bedeutet (Heise, ibid.),
- die Verknüpfung der Therapie mit der Sinnfindung in der eigenen bzw. in der anderen Kultur zu überdenken (Heise, ibid.),
- eine spezifische Sensibilität für Situationen entwickeln, die die kritische Reflexion des Verhältnisses von Eigenem und Anderem/Fremdem, von den persönlichen (gewöhnlich nicht-bewussten) und den biomedizinischen Wissens- und Sinnordnungen erfordern (Uzarewicz 2004:16).

In unseren Interviews haben wir uns auf folgende Fragen konzentriert: Was verstehen die Befragten unter kultureller Kompetenz, welche sprachlichen und kulturellen Kompetenzen sehen sie als notwendig für die adäquate Diagnose und Behandlung an, zu welchem Grad wird dieser Notwendigkeit Rechnung getragen und über welche sprachlichen und kulturellen Kompetenzen verfügen sie selbst. Im Verlauf des Gesprächs ergaben sich Fragen über die Reflexion der eigenen Kultur und der eigenen Einstellungen sowie des Lernprozesses in der

Begegnung mit PatientInnen und KollegInnen anderen kulturellen Hintergrunds. Im Folgenden werde ich einige der Ergebnisse wieder geben. Zunächst möchte ich auf unterschiedliche Sichtweisen bezüglich des Berufsstandes „Psychiater“ eingehen. Einige Ärzte sind der Meinung, dass der Beruf eher Menschen anzieht, die offen für andere Sichtweisen sind:

*„Es gibt... genug Punkte, die man in der Psychiatrie kritisieren kann, aber es sind tendenziell eher Leute, die sich für andere Sichtweisen interessieren, also auch eine Psychose ist eine andere Sichtweise oder bei jemand, der eine Angststörung hat, da muss man eine Bereitschaft haben, sich da hineinzudenken ...“ (F,8MDA,8)*

Ein Arzt der Klinik D beschreibt hingegen, was er als fehlgerichteten Glauben an die Psychiatrie ansieht, der eher blind für differenzierte Sichtweisen macht:

5

*„...viele Kolleginnen und Kollegen sind voller Glauben,...an die Psychiatrie... Und diesen Glauben können sie nur relativieren, wenn sie hart an die Sache rangehen. Für sich selber, nicht unbedingt für andere. Dass sie sagen, was mache ich eigentlich. Es funktioniert wunderbar, wenn sie sich nicht die Frage stellen...Es geht ganz fix, da müssen sie nicht mal viel können. 10 Diagnosen, 10 Medikamente, peripheres Krankenhaus, können sie 40 Jahre arbeiten, kein Problem. Das geht, sage ich Ihnen. Und da gibt es viele gläubige Menschen darunter. Und eine Begeisterung: wir könnten jeden Suizid-Versuch verhindern. Weil die ja psychisch krank sind ... Glauben dürfen Sie nicht anrühren. Von dem leben die Leute. Und der schützt sie dann auch wieder, dieser Glauben ist ja institutionalisiert.“ (D,12MDA,2)*

Derselbe Arzt stellt auch die Einordnung von PatientInnen nach kultureller Zugehörigkeit in Frage. Nicht nur weist er auf die Bedeutung von differenzierenden Kategorien wie Geschlecht, Alter, Schicht hin, sondern er unterstreicht die grundsätzliche Frage, ob eine Übereinstimmung zwischen der Fremdwahrnehmung des Psychiaters/der Psychiaterin und der Eigenwahrnehmung des Patienten/der Patientin besteht. Dazu gehört seiner Ansicht nach auch, dass der Psychiater/die Psychiaterin sich in der Begegnung mit PatientInnen nicht „raussubtrahieren“ kann und sich mit den eigenen Projektionen konfrontieren muss:

*„... also im längeren Verlauf, wird eine Normabweichung unter Umständen eine Rolle spielen,... vielleicht auch gar nicht. Das betrifft aber nicht nur Abweichungen von der Hautfarbe, auch vom*



*Geschlecht, Unterscheidung von Männern und Frauen, dann haben wir noch das Lebensalter, Schicht. Sicherlich wird das bei Patienten, von denen Sie meinen, dass sie aus einer anderen kulturellen Zugehörigkeit kommen - was eine Hypothese ist, weil Sie es meinen, das meint ja nicht der Patient unbedingt – zum Tragen kommen... dass Sie den Patienten dann pathologisieren wäre dann das Resultat. ... Sie können sich nicht raussubtrahieren und sind natürlich, wenn Sie hier im Gespräch sind, in der Begegnung sind, konfrontiert vor allen Dingen mit Ihren eigenen Projektionen, mit den eigenen – meistens von Medien geprägten – Vorstellungen in Bezug auf eine andere kulturelle Zugehörigkeit und... zu einem Schluss zu kommen, ist schwierig.“ (D,12MDA,1-2)*

Im folgenden Zitat führt der Arzt die Gefahr aus, PatientInnen zu etikettieren und in den eigenen normativen Vorstellungen verhaftet zu bleiben. Diese kritische Perspektive ist wichtig, um einen differenzierten, reflektierten Umgang mit MigrantInnen zu entwickeln:

**5**

*„Ich habe schon erlebt, dass sich Migranten durchaus hier zugehörig fühlen. Sie haben immer verschiedene Ebenen der Zugehörigkeit, das Alter, das Geschlecht und wir haben natürlich auch die soziale Situation. Wir haben in Berlin natürlich noch einen Unterschied, ist der gut situiert aus Zehlendorf oder ist der aus SO 36 Kreuzberg, das ist für diesen Menschen die Lebenswirklichkeit. Jetzt können Sie sich vorstellen, dass manche ärztliche Kollegen sich nur ihre eigene Lebenswirklichkeit zuschreiben können und so auch ihre normativen Ansätze sehen... Ich habe es erlebt, dass man Patienten durchaus vor den Kopf stoßen kann, wenn Sie ihn rausrechnen, indem Sie ihn in eine Schublade schieben,...ein türkischer Migrant oder was auch immer, man etikettiert denjenigen dann auch. Vielleicht will er ja dazugehören, vielleicht sieht er sich ja nicht so, dass er eigentlich nicht dazugehört. Ein Mensch ... ist ein Politikum und wenn Sie Menschen aus der Gemeinschaft drängen, wird es unter Umständen gar nicht als positiv empfunden.“ (D,12MDA,3-4)*

Schließlich formuliert er mehrere Dimensionen für eine produktive Arbeit in interkulturellen Situationen, die in den folgenden Ausführungen eine Rolle spielen: *„Die Sprache ist sehr wichtig, aber auch der Bildungshorizont...Vorsicht vor Schlüssen wäre sehr wichtig, Zeit wäre wichtig, und Zusammenarbeit.“ (D,12MDA,27).*

Die Mehrzahl der Befragten stimmt darin überein, dass kulturelle Kompetenz neben der sprachlichen Verständigung ein Grundwissen über den kulturellen Hintergrund des Patienten/der Patientin erfordert. Zunächst gehe ich auf die Antworten der deutschen Befragten ein:

*„Wenn ich jetzt einen Patienten behandle, mit ihm in Kontakt trete, ins Gespräch komme, dann kann ich das nur, wenn ich seinen kulturellen Hintergrund so ein bisschen kenne. Hier denke ich muss man einiges über den Islam lernen, einiges über die verschiedenen Eigenarten, über das Familienorganisationsprinzip wissen, das ist ja nur ein Beispiel.“ (E,3MDA,9)*

Zu welchem Grad kulturelle Kenntnisse erworben werden können, stellen einige in Frage. Dennoch darf man davon ausgehen, dass allein Interesse an der anderen und Respekt für eine andere Kultur sowie einige Grundkenntnisse einen Fortschritt bedeuten und das Verhältnis zu PatientInnen positiv beeinflussen können. Ein Arzt der Klinik E sieht in der Zusammenarbeit mit migrierten KollegInnen auch eine Hilfe, die eigene Sichtweise zu korrigieren:

*„Ich bemühe mich sehr, aber dazu gehört ja auch viel Wissen. Sagen wir für türkischsprachige Patienten haben wir auch türkische Krankenschwestern, die können mich in meiner Sichtweise relativieren. Für die serbokroatischen Patienten ist es wichtig, dass wir auch eine Ärztin, also auch jemanden vom Personal haben, der das ein bisschen relativieren kann und der Beschwerden erklären kann, weil ohne dass ich den kulturellen Hintergrund sehe, kann ich Beschwerden nicht verstehen. Das ist ja gerade in der Psychiatrie sehr wichtig. Bei den Polnischsprachigen ist es kein Problem, weil ich ja selber Polnisch spreche.“ (E,3MDA,2)*

Ein anderer Arzt berichtet, dass er neben MitarbeiterInnen auch von PatientInnen und Angehörigen lernt:

*„Ich bin ein nicht eifriger Leser muss ich dazu sagen, weil ich mache es lieber so, ich habe eher darauf geachtet, dass dieses Haus hier Mitarbeiter aus allen möglichen Kulturkreisen hat und dann sagen die mir das und erklären mir das, wie ein Familienprinzip organisiert ist. Oder die Verwandten erklären mir das. Ich finde das auch ganz spannend, weil mir hat neulich erst jemand erklärt, was man unter aramäischer Kultur und aramäischer Sprache versteht und wie das mit dem aramäischen Glauben ist, also das ist hochinteressant. Die Leute erklären mir das zum Teil selber.“ (E,3MDA,9)*

## 5.1 Fortbildung

Fortbildung ist eine weitere Form, sich Kompetenz anzueignen. Der türkische Oberarzt der Klinik E beschreibt das dortige Angebot:

*„Und das kommt alle paar Jahre extra, Einführung in die transkulturelle Psychiatrie, das findet – glaube ich – alle drei bis vier Jahre statt, da haben wir dann so ein Spezialthema, wo wir transkulturelle Aspekte der Depression, transkulturelle Aspekte der Schizophrenie, der Wahnvorstellungen alle diese Dinge behandeln. Wobei wir es so machen, dass wir uns eine Woche mit den theoretischen Ansätzen beschäftigen und eine Woche später mit einem Fallbeispiel oder einer Falldarstellung, d.h. dann wird ein Patient aus einem anderen Kulturkreis vorgestellt. Das sind Pflichtveranstaltungen... das Interesse besteht auf jeden Fall. Die Grundhaltung ist sehr wichtig, wie wir das vorbereiten... Sie müssen wissen, dass diese Menschen auch hier dazugehören und dass sie entsprechend auch behandelt werden müssen wie alle anderen.“ (E,4MMA,10-11)*

Allerdings wird von fast allen Interviewten beklagt, dass es zu Themen, die mit interkultureller und transkultureller Psychiatrie zu tun haben, kaum Fortbildungsangebote gibt und/oder dass das Personal nicht ausreichend für Fortbildungen freigestellt wird. Eine Krankenschwester stellt fest, dass das Pflegepersonal kaum Fortbildung erhält und dass interkulturelle Pflege in der Ausbildung unzureichend behandelt wird:

*„Die Ärzte haben regelmäßig ihre Fortbildungen... Die letzte Fortbildungsveranstaltung, an der ich teilnehmen konnte, war vor zwei Jahren...In den Krankenpflegeschulen ist die interkulturelle Pflege mit 2 x 90 Minuten abgehakt, dabei arbeiten die Auszubildenden noch viel intensiver am Patienten und mit den Patienten.“ (F,6FMP,11,24)*

Die Wirkung von Fortbildung zu kulturellen Themen betrachtet der Arzt der Klinik D, der auch das Konzept kultureller Kompetenz kritisiert hat (s.o.), mit Bedenken:

*„Wenn man... hier Entscheidungen und Urteile treffen soll über fremde Kulturen, dann hat es einen philanthropischen Charakter, es hat einen eurozentristischen Charakter und einen Überwertigkeitsgedanken. Und das ist, glaube ich, der falsche Weg und das betrifft auch die Fortbildung. Das wäre gerade das, dass man*

*diese Projektionen hat, hier gibt es was zu lernen, nämlich dann, wenn ich das gelernt habe, meine Kreuzchen-Liste fertig habe, dann weiß ich was von anderen Kulturen. Das ist den Begriff der Kultur unterschätzen oder falsch definieren...” (D,12MDA,28)*

Sicher haben diese Vorbehalte ihre Berechtigung. Jedoch darf man daraus nicht den Schluss ziehen, dass Fortbildung als solche eher eine negative als eine positive Wirkung hat. Eine Richtlinie für Fortbildung sollte sein, ein bestimmtes Wissen zu vermitteln, aber immer mit der Infragestellung von der Allgemeingültigkeit des Wissens, mit dem Bewusstsein, dass es keine rezeptähnlichen Resultate geben kann und dass erst die kritische Reflexion der eigenen Kultur den Weg zum Verständnis der anderen Kultur öffnet.

## 5

## 6 **Wie äußern sich migrierte MitarbeiterInnen zur Notwendigkeit kultureller Kompetenz?**

Die migrierten MitarbeiterInnen sprechen die Probleme und die Lösungsformen im Vergleich zu der Mehrzahl der deutschen KollegInnen differenzierter und persönlicher an. Um dies zu verdeutlichen, führe ich ihre Äußerungen hier gesondert auf.

Eine Ärztin der Klinik C betont zwei Aspekte, die sie besonders wichtig findet: die sprachliche Verständigung und den PatientInnen nicht die eigene europäische/deutsche Sichtweise überzustülpen, sondern ein Verständnis ihrer kulturellen Zusammenhänge als Brücke zu nutzen. Sie plädiert dafür, die Bedürfnisse der PatientInnen direkt zu erfragen:

*„Ich würde niemals – es ist ein falscher Ansatz meines Erachtens - einem andersgläubigen, anderskulturellen Menschen versuchen meine europäische Welt oder meine deutsche Welt aufzusetzen in der Rehabilitation, in der Behandlung, nein, das würde ich auf keinen Fall machen...Wie kann er mich am besten verstehen? Indem ich versuche in seiner Sprache zu sprechen, nicht in meiner. Wie kann er das am besten annehmen? Indem ich ihm Dinge versuche zu erklären, die er versteht und das ist doch letztendlich die Brücke, die ich mir selber nehme, seine Kultur, seine Religion – so sehe ich das. Vielleicht sollte man einfach mehr diese Menschen fragen was sie sich wünschen, was verändert werden sollte, also bestimmte Kulturen einfach ansprechen und fragen, was will ein türkischer Patient, was will ein arabischer oder afrikanischer Patient, von mir aus auch die hier Aufgewachsenen, was diese Menschen hier vermissen, das würde ich machen. Nicht nur immer aus unserer Denkweise heraus*

*Aufklärungsarbeit leisten, ... von Anfang an im Erstgespräch vielleicht auch fragen, was wichtig ist oder was sie traditionell vertreten,...“ (C,15FMA,7,18)*

Für einen Arzt der Klinik B sind eine Reduzierung der Ablehnungshaltung des Personals und mehr Vertrauen und Zuneigung seitens der TherapeutInnen bedeutende Momente:

*„...wichtig ist, dass das Krankenhauspersonal mit Migranten besser umgehen kann, so dass sie besser verstanden werden, dass die Ablehnungshaltung geringer wird, das ... erleichtert die Kommunikation innerhalb des Hauses mit Therapeuten, mit Ärzten. Und dazu noch, das beeinflusst auch die Prognose der Erkrankung, d.h. wenn ein Migrant das Gefühl hat, verstanden zu werden.“ (B,21MMA,8-9,10)*

Eine türkische Krankenschwester mit langjähriger Berufserfahrung, die traditionell gekleidet ist und ein Kopftuch trägt, betont die positive Wirkung ihrer äußerlichen Erscheinung auf islamische religiöse PatientInnen und ihre Fähigkeit, die PatientInnen aufgrund ihres kulturellen Hintergrunds besser zu verstehen. Gleichzeitig weist sie auf Schwierigkeiten hin, ihre Interpretation des Verhaltens der PatientInnen an KollegInnen weiter zu geben. (F,6FMP,14)

Im Folgenden möchte ich die Ausführungen des türkischen Oberarztes an der Klinik E (der einzige türkische Oberarzt im Bereich Psychiatrie an Berliner Kliniken) wieder geben. Diese psychiatrische Abteilung hat vornehmlich aufgrund der Anwesenheit und des Engagements des Oberarztes und des Chefarztes (beide arbeiten schon seit vielen Jahren zusammen, u.a. im Bereich der Ethnomedizin) in den letzten zehn Jahren große Fortschritte in der Personalstruktur und in der inhaltlichen Herangehensweise gemacht. Zunächst führt der Arzt seine Vorstellungen von wichtigen Kenntnissen aus, nämlich landeskundlichen Informationen, einem Minimum an Sprachvermögen und fundiertem Wissen über Religion:

*„Ich denke, was wichtig ist, ist ein bisschen über das Land zu erfahren, informiert zu sein über die Vorstellungen, die da herrschen... Und da muss man wirklich auch nicht unbedingt sehr viel Sprachkenntnisse haben, es reicht wenn man vielleicht ein paar Wörter beherrscht, vor allen Dingen Begrüßungswörter wären nicht schlecht. Was vor allen Dingen in der letzten Zeit sehr deutlich zum Vorschein gekommen ist, ist die Notwendigkeit eines fundierten Wissens über die Religion. Das hat sich jetzt leider Gottes im Zusammenhang mit den Ereignissen in den Vereinigten*

*Staaten und in Afghanistan gezeigt. Ich denke es herrscht sehr mangelhaftes Wissen über die Religionen, vor allen Dingen über den Islam...Man muss dazu sagen, das was die meisten Leute wissen, ist ausgesprochen schlecht und mangelhaft,...“ (E,4MMA,22-23)*

Sprachkenntnisse haben für ihn eigentlich eine größere Bedeutung als oben geäußert, aber er ist sich dessen bewusst, dass es sehr schwierig sein wird, deutsche ÄrztInnen dazu zu bewegen, z.B. Türkisch, Arabisch, Serbokroatisch zu erlernen, eine Tatsache, die nicht nur für diesen Berufsstand gilt. Dr. X stellt fest, dass Migrationspsychiatrie oder ethnomedizinische Konzepte nicht zum Weiterbildungsthema während des Medizinstudiums gehören, was sich ändern müsste. Er argumentiert, dass die MitarbeiterInnen sich Kompetenzen erwerben müssen, ebenso wie er sich zur Behandlung von deutschen PatientInnen Kompetenzen aneignen muss. Angesichts der Ausbildungslage sind Weiterbildung und Supervision die Wege, die an der Klinik eingeschlagen werden. Auf diese Weise gelingt es, in der Abteilung auch ein schärferes Bewusstsein und die nötige Sensibilität zu schaffen. (E,4MMA,11-12)

5

## 7 Personalpolitik

Die Interviews haben gezeigt, dass die Befragten in der Mehrzahl die Notwendigkeit oder zumindest die Vorteile von interkulturellen Teams anerkennen. Die mangelhafte Umsetzung hat mit mehreren Faktoren zu tun:

- einer teilweise ambivalenten Haltung
- den Einstellungskriterien
- der Bewerberlage/ Ausbildungssituation

### 7.1 Ambivalente Haltungen

Generell kann man davon ausgehen, dass der Anteil von MigrantInnen in den Kliniken und außerklinischen Einrichtungen unter dem Anteil von MigrantInnen in der Bevölkerung liegt (Schultz 2002: 245-246). Diese Tatsache ist an sich schon ein Hinweis darauf, dass der Versorgungsauftrag nicht ausreichend erfüllt wird. Obwohl dies den Ärzten bewusst ist, kommt es vor, dass Befürchtungen bestehen, dass die Anwesenheit z.B. eines türkischen Arztes bzw. ein hoher Prozentsatz türkischer PatientInnen (Türken sind die Gruppe, die in diesem Zusammenhang erwähnt wird) dazu führen könnte, eine „türkische Station“ zu bekommen (B,22MDA,23). Ein Chefarzt in einem Bezirk mit einem hohen Anteil von Türken äußert diesbezüglich:

*„Ich steuere dagegen, dass sich eine Konzentration von Türken in einer Station ergibt, dass gibt Spannungen, die therapeutisch ungünstig sind. Dies bleibt eine deutschsprachige Einrichtung. Wenn mehr als ein Drittel türkische Patienten sind, ist die Erwartung, dass es ein türkisches Krankenhaus wird. Insofern bieten wir keine subgruppenspezifische Therapie an.“ (A,25MDA,2)*

Auch eine afrikanische Schwester argumentiert, es wäre nicht so gut, eine zweite Afrikanerin auf der Station zu haben, weil das „so wäre, als wenn diese Station nur für Afrikaner wäre.“ (C,17FMP,10)

Andere Ambivalenzen sind eher persönlicher Natur. So sagt ein afrodeutscher Arzt einerseits, dass die Kompetenz von Migranten im Team als hilfreich erlebt wird, andererseits betont er, Nationalität sei nie das Problem im Team, sondern Kompetenz und Persönlichkeit spielen eine große Rolle (B,23MAfA, 21-22). Ein anderer afrodeutscher Arzt beschreibt bei Begegnungen mit schwarzen Patienten ein Zusammengehörigkeitsgefühl, stellt dies jedoch gleich wieder in Frage:

*„Ich würde sagen, dass vielleicht der eine oder andere, wenn er merkt man selber ist nicht ganz deutsch, vielleicht emotional ein bisschen lockerer ist, mal zulächeln oder so ein Zusammengehörigkeitsgefühl einen kurzen Augenblick da ist“, und fährt fort: „aber ich glaube, das kann ich auch als rein deutscher Arzt...da geht es viel über Authentizität.“ (A,24MAfA,7)*

In einem interkulturellen Team sieht er nicht unbedingt einen Vorteil:

*„Ich würde eher sagen, dass Menschen sowieso so unterschiedlich sind, auch innerhalb einer Rasse (sic), dass das alleine schon genügend Vorteil bringt...ich also den Faktor höher gewichten würde als unterschiedliche Ethnien oder Kulturen.“ (A,24MAfA, 15-16).*

Hier stellt sich die Frage, inwieweit die eigene Auseinandersetzung mit Erfahrungen als Afrodeutscher zum Tragen kommt. Ähnlich bei einer migrierten Ärztin, die immer wieder betont, Hautfarbe mache für sie keinen Unterschied, daher habe sie sich noch nie Gedanken gemacht, ob es gut wäre, schwarzes Personal zu haben. Es sei ihr egal, wer eingestellt würde, weil die Qualität des Arbeitens das ausschlaggebende Kriterium sei. Sie stimmt dann jedoch zu, dass es für schwarze PatientInnen wichtig sein könnte, schwarzes Personal zu erleben (C,15FMA,20).

## 7.2 Einstellungskriterien

Auch im Hinblick auf Einstellungskriterien bestehen unterschiedliche Ansätze. Ein Arzt der Klinik A beschreibt zunächst die Qualifikationskriterien bei Einstellungen und versucht dann, die ambivalente Haltung einiger Kollegen zu ergründen:

*„Das sind so übliche Qualifikationsmerkmale und in dem Zusammenhang denke ich und hoffe ich, dass Fremdsprachen und Kulturkenntnisse ein zusätzliches Qualifikationsmerkmal sind...Wie man dann zu einer Entscheidungsfindung so kommt...und wie dann auch irgendwelche unbewussten Prozesse aussehen, das weiß ich nicht...Da gibt es dann auch einzelne Erfahrungen, dass Kollegen die (deutsche) Sprache nicht so gut konnten und was sich dann in der Psychiatrie als sehr problematisch herausgestellt hat in der weiteren Zusammenarbeit...es gibt auch positive Gegenbilder... Insofern glaube ich, formal ist Sprache erst einmal ein Kriterium, aber im konkreten Entscheidungsprozess mag hier und da noch mal eine Angst aufkommen.“ (A,26MDA,11-12)*

Der Chefarzt der Klinik, die sich besonders mit Migrationsproblematiken auseinander gesetzt hat, argumentiert, dass für ihn die Sprachkenntnisse nicht ausschlaggebend seien, sondern Kompetenzen, die migrierte BewerberInnen gerade aufgrund ihrer Lebenserfahrung aufweisen:

*„Ich achte eigentlich mehr darauf, ob ich glaube, dass jemand von seiner Persönlichkeit her genügend belastbar ist und in der Lage, mit schwer psychisch Kranken umzugehen. Ich achte auf seine allgemeine medizinische Kompetenz und ob jemand intellektuell beweglich ist und lernfähig. Aber wenn ich diese Kriterien habe, dann sind das eben auch viele Migranten, die diese erfüllen, denn das sind ja häufig Menschen, die schon eine große Lebensleistung dadurch erbracht haben, dass sie ihre Heimat verlassen haben, woanders studiert haben und sich der Schwierigkeit aussetzen, sich in einer ganz anderen Sprache verständigen zu müssen. Insofern findet man manchmal sehr gute Bewerber gerade unter Menschen, die nicht aus Deutschland kommen. Es ist nicht so sehr so, dass ich denke, das ist für mich ein Gewinn, weil der eine zusätzliche Sprache abdeckt.“ (E,5MDA,12)*

Der türkische Oberarzt dieser Klinik ist der einzige Befragte, der es als Aufgabe der Politiker und der Ärztekammer ansieht, Quotenregelungen einzuführen:



*„Wenn ein Bezirk wie Kreuzberg einen hohen Anteil an Türken hat, dann muss der Anteil an qualifizierten Mitarbeitern, die aus anderen Kulturkreisen kommen entsprechend hoch sein... Mittlerweile gibt es in jedem Betrieb oder überall in Krankenhäusern auch Frauenbeauftragte. Warum soll es nicht auch Migrantinnenbeauftragte geben und Quoten eingeführt werden?“ (E,4MM A,30)*

Zwar wird sonst nicht von einer möglichen Quotenregelung gesprochen, aber doch in einigen Fällen von einer dezidierten Ausrichtung bei Einstellungsverfahren. Dort wo gezielt nach MigrantInnen gesucht wird, werden Sprachkenntnisse und multikultureller Hintergrund bei gleicher Qualifikation als Plus bewertet. *„Bei gleicher Qualifikation ist ein multikultureller Hintergrund immer ein Plus“, sagt der Leiter einer Tagesklinik.“ (F,MDA,14).* Diese Aussage wird jedoch nur von zwei weiteren Befragten gemacht (5FDS,8; D,11FMA,20).

Der Chefarzt einer Klinik sieht ein Problem nicht in Vorurteilen, sondern in mangelndem Bewusstsein:

*„Man freut sich, dass man einen netten Mitarbeiter aus, was weiß ich, aus dem Schwabenland gewonnen hat, kommt aber gar nicht auf die Idee, dass man vielleicht auch nach anderen hätte Ausschau halten können. (Wichtig ist), dass man in der Abteilung und unter allen Berufsgruppen ein Bewusstsein dafür schafft, dass (kulturelle Kompetenz) bei Stellenbesetzungen auch ein Auswahlkriterium ist.“ (B,22MDA,24)*

Letztere Aussage bestätigt wiederum, wie bedeutend eine Quotenregelung in der konsequenten Entwicklung und Umsetzung eines solchen Bewusstseins wäre.

### 7.3 Bewerberlage/Ausbildungssituation

Eine ganze Reihe der Befragten beklagen die Bewerberlage:

*„Ein Vorhaben kann man natürlich schon haben, aber das zu realisieren ist eben schwierig. Erstens finden Sie gar nicht viele, wir haben jetzt zum zweiten Mal ausgeschrieben für den türkischen Kollegen, da hat sich auf eine Annonce im Ärzteblatt erst einmal einer beworben, später habe ich noch gehört von einer Kollegin die z. Zt. in den USA ist, die hat sich auch interessiert und letztlich hatte sich noch eine dritte Person beworben, aber gar nicht auf die Annonce hin, also insgesamt drei, das ist schon verdammt*

wenig. Wenn Sie dann da aussuchen sollen, eigentlich war ja nur ein Bewerber da.“ (B,22MDA,17)

TürkInnen machen fast 20% der PatientInnen an dieser Klinik aus. Von ca. 18 ÄrztInnen in der Psychiatrie gibt es jedoch nur einen türkischen Assistenzarzt und einen türkischen Psychologen, der vier Stunden in der Woche an der Klinik engagiert ist. Immer wieder betonen die Befragten dieser Klinik die Rolle, die dieser Psychologe bei der Arbeit mit migrierten PatientInnen spielt. Der türkische Oberarzt der Klinik E, die auf jeder Abteilung der Psychiatrie migrierte KollegInnen beschäftigt, sagt für seine Klinik:

„Jeder Bewerber aus einem anderen Kulturkreis wird prinzipiell von uns zu einem Vorstellungsgespräch eingeladen. Wir stellen unser Konzept vor und wir fragen dann, ob er Interesse hat, hier bei uns in der Klinik zu arbeiten... Wir tendieren wahrscheinlich aufgrund der Tatsache, dass wir uns mit der Problematik der Migration beschäftigt haben, immer dazu, Kollegen, die aus anderen Kulturkreisen stammen, auf jeden Fall auch bei uns einzustellen, wenn es Bewerber gibt. Man muss dazu sagen, es ist wirklich schwierig, Bewerber zu finden, die aus anderen Kulturkreisen kommen...“ (E,4MMA,4)

Ein Oberarzt erklärt die Personalstruktur an Krankenhäusern und erklärt damit die Tatsache, dass es nur einen türkischen Oberarzt in der Psychiatrie in Berlin gibt (nämlich am Auguste Viktoria Krankenhaus):

„... Es gibt im Krankenhaus praktisch so gut wie keine fest angestellten Ärzte mit einem dauerhaften Vertrag, mit Ausnahme der Chefärzte, Oberärzte und manchmal Fachärzte in Kliniken,... insgesamt gibt es in Berlin vielleicht 60 Oberärzte oder 50... Für Oberarztstellen kommen auch nur Fachärzte in Frage, und davon gibt es in Berlin zwei, die Türken sind. Einer ist niedergelassen und ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und einer ist Oberarzt.“ (A,26MDA,10-11)

An der Klinik dieses Arztes gab es derzeit unter sechs ÄrztInnen einen südamerikanischen Arzt und einen afrodeutschen Oberarzt, sowie vier Migrierte unter 20 AssistenzärztInnen und AiP'ler. Dass sich nur wenige migrierte ÄrztInnen bewerben, begründet der zitierte Arzt mit der mangelnden Reputation von Psychiatrie als fachliche Spezialisierung:

*„Es gibt nun schon wenige Migranten, die Medizin studieren, da wüsste ich zwar keine Zahlen zu nennen, aber die sind bestimmt unterrepräsentiert. Und in der Medizin ist der Bereich der Psychiatrie sowieso nicht der Beliebteste und für Migranten, was so Status ist und ärztliches Auftreten, auch so ein kleines Stiefwaisenkind, ich glaube wird nicht so gerne gewählt.“ (A,26MDA,9)*

Beim Pflegepersonal scheint ziemlich durchgängig das Ziel zu sein, wenigstens eine migrierte Kraft auf jeder Station zu haben. Einige Schwestern berichten, dass sie bevorzugt eingestellt wurden, weil sie zwei oder mehr Sprachen und Kulturen einbringen konnten. (B,18FMP,7-8; B,19FMP,7) Mehrere wünschten sich einen höheren Anteil an migriertem Personal, u.a. um nicht „als Exot“ gesehen zu werden. (F,7FMK, 13)

Strukturelle Veränderungen im Berliner Klinikbereich haben auch zu Veränderungen im Personalbereich beigetragen. So berichtet eine Schwester, dass die Station, in der sie jetzt arbeitet, vormalig sehr international besetzt war:

*„Früher war es ja hier international. Also griechisch, koreanisch, indisch, jugoslawisch. Durch Überleitung ist alles verteilt jetzt.“ Sie fährt fort: „Gibt auch nicht so viele türkische... also gibt es auch nicht so viele, die hier arbeiten würden, denke ich mal, in der Psychiatrie... Bis jetzt habe ich nicht gehört, dass irgendeine türkische oder anderssprachige sich beworben hat.“ (B,19FMP,9)*

Es gibt kaum Bewerbungen von migrierten SozialarbeiterInnen und ErgotherapeutInnen. Dies hat einerseits mit den strukturellen Bedingungen zu tun: „Sobald eine Stelle frei ist, wird jemand aus dem Überhang von woanders genommen“ (A,26MDA,9), andererseits hat es mit der Ausbildungssituation zu tun. Der Anteil von MigrantInnen, die Sozialarbeit studieren, liegt unter 5 %.

## **8 Veränderungsvorschläge**

Vorschläge der InterviewpartnerInnen für Veränderungen und alternative Ansätze beinhalten u.a.:

- a. Fortbildung
- b. Auslandspraktika
- c. psychoedukative Foren für Personal, für Angehörige und für PatientInnen
- d. Tagestherapiezentren für MigrantInnen als außerklinische Anlaufstellen
- e. ein Kommunikationszentrum
- f. flexiblere Zulassungsbestimmungen für migrierte PsychologInnen

## (a) Fortbildung

Nicht alle Interviewten sind überzeugt von der Wirkung von Fortbildung, jedoch eine Reihe wünscht sich Angebote und vertritt die Ansicht, dass Fortbildungen für alle Berufsgruppen obligatorisch sein sollten.

## (b) Auslandspraktika

Von einer migrierten Ärztin kommt der Vorschlag, sich durch Auslandspraktika vor dem Studium und während des Studiums mit Sprachen und Kulturen vertrauter zu machen (E,2FMA,12). Eine andere migrierte Ärztin wünscht sich die Möglichkeit, in ihrem Beruf zeitweise im Ausland tätig sein zu können, um sich eine weitere Sprache und kulturelle Kenntnisse anzueignen:

5

*„Sprachkenntnisse sind unbedingt wichtig - und eigene Erfahrungen... Das wäre mein Traum. Dass sie...mir sagen würden, gehen Sie jetzt für sechs Monate nach Istanbul und arbeiten Sie da und lernen die Sprache. Und die Sache ist natürlich die, wenn man ein halbes Jahr nach USA zum Forschung machen gehen würde, würde das total anerkannt werden. Aber ein halbes Jahr nach Anatolien, zum Kurs machen, das bringt keine Karrierepunkte.“ (D,11FMA,15,16)*

## (c) Psychoedukative Foren

Eine türkische Krankenschwester plädiert für die Einrichtung von Foren:

*„...erst mal so ein Forum für die Patienten, für die Familie, für die Freunde usw. zu schaffen, bestimmte Themen angeben, z.B.: was ist ein Psychose, eine Depression... Dass da so ein Forum geschaffen wird für türkische oder auch andere Kulturen, wo eben die Patienten und auch ihre Angehörigen einen Raum für sich haben, um alles Krankheitspezifische zu besprechen und auch über die psychosomatischen Zusammenhänge Informationen zu erhalten, wo sie einfach mal zuhören und wenn das dann öfters gemacht wird, dann bekommt man auch Vertrauen zu dem Krankenhaus, zu den Ärzten.“ (F,6FMP,8)*

Auch für Angehörige sollten Gesprächsgruppen gegründet werden, in denen sie ungehemmt ihre Fragen und Probleme ansprechen können. (F,6FMP,19)

## (d) Außerklinische Zentren

Bisher richten sich Tageszentren außerhalb der Kliniken nicht speziell an MigrantInnen, was u.a. von einer türkischen Krankenschwester kritisch beurteilt wird:

*„Hier im Bezirk gibt es dieses Tagestherapiezentrum, aber da fühlen sich unsere ausländischen Patienten nicht wohl. Wir bräuchten dringend für unsere ausländischen Patienten eine Anlaufstelle draußen, wo sie auch mal hingehen können und ihre Probleme besprechen können, auch in ihrer Muttersprache sprechen können, das fehlt... Am besten wäre das auch in Form von Tageszentren, wo Menschen aus ihrer Kultur bzw. ähnlichen Kulturen da sind und wo sie sich halt zu Hause fühlen, wo sie Vertrauen einfach haben...Auch bei türkischen Patienten läuft es ähnlich ab, dass die immer mehr vereinsamen...dieses in der Familie aufgenommen sein eben immer weniger wird. Immer mehr landen ganz einsam in betreutem Wohnen oder in ihrer eigenen Wohnung und müssen für sich selber sorgen..., was sie ja meistens auch nicht schaffen...“*

Dem Argument, dass keine Trennungen auf der Basis ethnischer Herkunft gemacht werden sollten, hält sie entgegen:

*„Es geht auch um die Afrodeutschen bzw. die Schwarzafrikaner...Ich denke, die würden sich auch in so einer Gruppe wohler fühlen. Das soll keine Ghettoisierung sein,...Das Vertrauen dieser sehr kranken Menschen ist eh schwer aufzubauen, und wenn es über eine ausländische Gruppe geht, eine Arbeitsgruppe, die fachlich die Kenntnisse mitbringt, dann ist das doch okay...Man spricht ja oft davon, dass dann wieder so eine Entfernung von den anderen Patienten entsteht, aber ich kann mir durchaus vorstellen, dass irgendwann diese Gruppen sehr gut miteinander klarkommen können...“ (B, 18FMP, 11-13)*

## (e) Kommunikationszentrum

Der Arzt der Klinik D, der sich sehr kritisch zu seinem Beruf und den Schwierigkeiten einer vorurteilsfreien und differenzierten Haltung geäußert hat (s.o.), plädiert für ein Kommunikationszentrum, in dem PatientInnen und medizinisches Personal sich begegnen und über künstlerische Erfahrungen einen Zugang zu anderen Kulturen bekommen würden:

*„Wenn Sie sich transkulturell beschäftigen wollen, müssen Sie die Kultur kennen lernen. Ein Bestandteil von so einem Kommunikationszentrum ist sicher die Vorstellung der eigenen Kultur mit Kunst zum Beispiel. Kultur drückt sich aus in Kunst oder umgekehrt. Wäre eine Aufgabe. Dichterlesungen, Lyrik aus islamischen Ländern, Begegnungsabende. Alle mit einem bestimmten Vorsatz je in Richtung psychisch-krank Menschen natürlich. Weil sonst wird das Label nicht stimmen. Begegnungsstätte auch, von professionellen Ärzten, Schwestern, Therapeuten insgesamt und Patienten, ohne dass sich hier dann gleich ein therapeutisches Verhältnis ergeben soll. Das nicht. Relativ zwangsfrei, angstfrei und künstlerisch. So wird man vielleicht einen Einblick gewinnen können...“ (D,12MDA,28)*

5

Die Wirkung eines solchen Zentrums auf den klinischen Alltag beschreibt er folgendermaßen:

*„Das wäre die Grundlage. Was dort umgesetzt wird, können sie dann mit dieser positiven Besetzung umbauen in den klinischen Alltag...Sie wissen, dass sie kein türkischer Patient sind oder kein türkischer Mann. Aber sie gehören irgendwie dazu, sie haben irgendwo ein tiefes Gefühl ein bisschen dazuzugehören. Es braucht nur ein bisschen Zugehörigkeitsgefühl; ein kleiner Einblick in so eine Kultur und sie haben schon wesentlich besseren Kontakt.“ (D,12MDA,32)*

(f) Regelungen für die Kassenzulassung von PsychologInnen

Der türkische Oberarzt der Klinik E schildert anhand eines Falles die extremen Probleme, die sich aus dem Mangel an zugelassenen muttersprachlichen PsychologInnen und den langen Wartezeiten bei den wenigen TherapeutInnen ergeben, nämlich Arbeitsunfähigkeit und die Chronifizierung der Erkrankung:

*„Letztes Jahr hatten wir eine türkische Patientin, ich glaube 52 Jahre alt war sie. Sie ...ist kurdischer Abstammung, mehrere ihrer nahen Angehörigen waren in der Türkei in diesen Unruhen umgebracht worden... die Schwägerin bringt sich in der Nacht um, suizidiert sich indem sie sich sozusagen direkt vor dem Fenster der Patientin an einem Baum erhängt. Danach hat sie wirklich eine schwere Depression entwickelt mit immer wiederkehrenden Angstattacken, mit multiplen körperlichen Beschwerden, Herzrasen,... immer wieder Ohnmachtszustände... die Kollegin Nervenärz-*

tin ...hat versucht, sie mit verschiedenen Psychopharmaka zu behandeln, sie spricht kaum Deutsch, dann hat auch diese Kollegin immer wieder versucht, für sie einen Psychotherapeuten zu finden. Das ist ihr nicht gelungen. Weil die Angehörigen das auch nicht mehr ertragen konnten, dass sie ständig ohnmächtig wurde, ist sie dann zu uns gekommen. Wir haben sie einigermaßen – wir hatten ja auch Psychologen, ich habe regelmäßige Gespräche geführt - so stabilisiert, dass sie während des stationären Aufenthaltes bei uns von etwa 8 ½ Wochen, die letzten 6 Wochen keinen einzigen Anfall mehr erlitten hatte, also fast normal war. Dann haben wir ein paar Psychologen herausgesucht und sie dahin geschickt und was ist, die BKK Land Berlin hat es abgelehnt, die Kosten zu übernehmen, weil diese Kollegen, diese Psychologen keine Kassenermächtigung haben. Da haben sie ihr eine Liste geschickt von drei (türkischen) Psychologen und Psychologinnen, bei denen sie die Therapie machen kann. Sie hat dann auch da angerufen mit ihren Kindern, die drei Kinder sind alle Akademiker, haben sie angerufen und was ist, die Wartezeit bei allen dreien war zwischen 9 und 12 Monaten... Was ist passiert, irgendwann ist sie natürlich nicht mehr arbeiten gegangen, konnte auch nicht mehr und dann hat der Arbeitgeber sie begutachten lassen, hat gesagt, das hat keinen Sinn mehr, du musst einen Rentenantrag stellen. Sie hat dann einen Rentenantrag gestellt, der ist abgelehnt worden. Und danach ist sie noch einmal dekompenziert worden, ist also wieder zu uns gekommen. Ihr Zustand hatte sich wieder verschlechtert. Sie hat wieder angefangen, umzukippen, umzufallen und ständig war der Notarzt bei ihr zu Hause, weil sie ohnmächtig geworden ist oder ihr Herz raste um 150 – 160 pro Minute. Dann haben wir sie wieder aufnehmen müssen nach etwa 6 Monaten. Eigentlich wollte ich das nicht thematisieren. Das ist ja das Hauptproblem, das ist eigentlich eher ein politisches Problem. Dann haben wir sie wieder aufnehmen müssen nach etwa 6 Monaten..." (E,4M MA,26)

Seine Erklärung für die paragraphenorientierte Zulassungspraxis:

„Ein Großteil der (migrierten) Psychologen, der hier in Berlin tätig ist, die arbeiten entweder im Delegationsverfahren oder die haben noch gar keine Zulassung... Weil halt gewisse Voraussetzungen gefordert werden und sehr häufig sind diese Voraussetzungen ausgesprochen rigide und völlig an der praktischen Realität auch vorbei. Man möchte einfach – auf gut Deutsch gesagt – versuchen

zu verhindern, dass nicht so viele Leute psychotherapeutisch tätig sind. (E,4MMA,25)

Somit plädiert er an die Ärztekammer:

*„... ich denke das ist auch Aufgabe der Ärztekammer, sich da genauer drum zu kümmern und genauer hinzugucken. Wenn ein Versorgungsbedarf besteht an psychotherapeutischen Fachkräften, dann muss man auch eine Ausnahme machen können und Genehmigungen erteilen, dass diese Leute auch ihre Zulassungen bekommen. (E,4MMA,31)*

## 9 Schlussfolgerungen

5

Die Dynamik der Entwicklungen von Migration und Flüchtlingsbewegungen stellt immer größere Anforderungen an Fachkräfte der Gesundheitsdienste und der psychosozialen und psychiatrischen Einrichtungen: PatientInnen kommen aus unterschiedlichsten ethnischen/kulturellen Gruppen, aus verschiedenen Generationen und sozialen Schichten. Bei der Entwicklung psychischer Störungen können Sozialisationsbedingungen im Herkunfts- oder Aufnahmeland, Ursachen der Entscheidung zur Migration, Erlebnisse während des Migrationsprozesses sowie Erfahrungen und die sozialen Lebensbedingungen im Aufnahmeland eine Rolle spielen. Ethnische Diskriminierung sowie struktureller und alltäglicher Rassismus können zur Erkrankung von MigrantInnen und Schwarzen Deutschen beitragen.

Wie die American Psychiatric Association festlegte, beinhaltet respektvolle Evaluation nicht nur eine empathische, vorurteilsfreie Haltung gegenüber den Erklärungen der/des PatientIn bezüglich Krankheit, Besorgnissen und Hintergrund, sondern auch ein Bewusstsein der eigenen möglichen Vorurteile gegen PatientInnen verschiedener Subkulturen und ein Verständnis der Begrenztheit des eigenen Wissens und der eigenen Fähigkeiten in der Arbeit mit solchen PatientInnen (APA 1995). Fehlende interkulturelle Kompetenz wird in der freien Wirtschaft mittlerweile als „Standortnachteil“ angesehen. In der medizinischen und psychosozialen Versorgung kann man davon ausgehen, dass (trans)kulturelle Kompetenz in wachsendem Maße ein Merkmal der Qualitätssicherung und der kosteneffizienten Arbeit sowie einer nachhaltigen Behandlung und Versorgung werden wird.

Diese Untersuchung hat erwiesen:

Es besteht eine eindeutige Benachteiligung migrierter PatientInnen mit schlech-



ten oder gar keinen Deutschkenntnissen. In der Mehrzahl der interviewten Kliniken und außerklinischen Einrichtungen haben sie entschieden weniger Möglichkeiten für Gespräche mit den betreuenden ÄrztInnen. Von gruppentherapeutischen Angeboten sind sie weitgehend ausgeschlossen. Sie haben z.B. nicht die Möglichkeit, an Psychoseseminaren teilzunehmen. (M.W. gibt es bisher für diesen Personenkreis kein Psychoseseminar.) Für die Tagesklinik, in der eine therapeutische Behandlung stattfindet, ist ebenfalls eine Aufnahmebedingung, dass KlientInnen die Sprache einigermaßen beherrschen, um an dem vielfältigen deutschsprachigen Gruppenangebot teilnehmen zu können. Weitere Schwierigkeiten ergeben sich bei der außerklinischen therapeutischen Betreuung nach dem Klinikaufenthalt. Häufig ist es äußerst problematisch, (gute) muttersprachliche TherapeutInnen zu finden.

Der Mangel an muttersprachlichen Verständigungsmöglichkeiten, an ethnologischem Wissen und transkulturellen Behandlungsmethoden führt zu Fehldiagnosen, medikamentösen Fehlbehandlungen, zur Chronifizierung von psychischen Störungen und damit zur Desintegration von Lebensverhältnissen (u.a. Arbeitsunfähigkeit). Finanzielle und organisatorische Bedingungen sind sicher mit ausschlaggebend für Mangelerscheinungen, stehen jedoch der Erfüllung des Vollversorgungsauftrags, der Qualitätssicherung und der Kosteneffizienz entgegen.

Deutlich wird in den Interviews, dass es sowohl auf persönlicher wie auf institutioneller Ebene eines bewussten, zielgesetzten Vorgehens bedarf, um kompetentes Handeln in interkulturellen Situationen zu erreichen. Kliniken bemühen sich zwar mehr oder weniger, den kommunikativen Erfordernissen gerecht zu werden.

(Trans)Kulturelle Kompetenz ist für die Befragten eng verknüpft mit sprachlichen und kulturellen bzw. landeskundlichen Kenntnissen, die man/frau sich auf unterschiedliche Weise aneignet oder aneignen könnte oder die durch sachkundige, meist migrierte KollegInnen vor Ort vermittelt werden sollen. Die wichtigsten Erfordernisse bleiben eine größere Anzahl migrierter MitarbeiterInnen, der Einsatz geschulter DolmetscherInnen und kontinuierliche gezielte Fortbildung sowie Tageszentren für migrierte (Ex)patientInnen und niedrigschwellige multifunktionale Beratungsangebote mit interkulturellen Teams, die Zugangsbarrieren und Stigmatisierung entgegenwirken (z.B. nach dem Modell des Frankfurter Internationalen Familienzentrums). Dass in den Interviews die Dringlichkeit hierfür vornehmlich von migrierten Befragten verbalisiert wird, ist vielleicht nicht überraschend.

Das bedeutet bei Stellenbesetzungen eine Quotierung für migrierte Mitarbeite-

rInnen (Zeiler u. Zarifoglu 1997:327) einzuführen bzw. gezielt kompetente migrierte MitarbeiterInnen einzustellen. Fernerhin erfordert es die Entwicklung/ Nutzung von lokalen und regionalen Dolmetschdiensten mit für die Aufgabe geschultem Personal. Bei internen Dolmetschleistungen ist es notwendig, dass die jeweiligen MitarbeiterInnen von anderen Aufgaben freigestellt werden bzw. für ihre Übersetzungsleistungen eine Anerkennung erhalten. Bei regelmäßigem Einsatz von Personal sollte die fachliche Leistung auch durch Fortbildungsmaßnahmen abgesichert werden (vgl. Habermann 2004: 25). Kulturspezifische Kenntnisse von Personal mit Migrationshintergrund sollten in der Sprachmittlung zur Geltung kommen können.

## 5

Dringend notwendig ist die Einführung ethnomedizinisch-transkultureller und migrationsbezogener Inhalte in Aus-, Fort- und Weiterbildung von Angehörigen des Gesundheitswesens und der Sozialberufe (Zeiler u. Zarifoglu 1997:327). Seit 2002 hat das Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Supervision (ZIPP) am Fachbereich Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Berlin sich dieser Aufgabe gewidmet (wissenschaftliche Leitung: Oberärztin Dr. Ernestine Wohlfahrt). Die Ethnopsychiatrische Ambulanz bietet mit einem multikulturellen Team in Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen und EthnologInnen Behandlung mit einem kulturreflektierenden Ansatz für eine internationale Klientel an. Das Zentrum führt wissenschaftliche Begleitung zur Arbeit mit DolmetscherInnen durch, arbeitet an Weiterbildungskonzepten zur Erhöhung interkultureller Kompetenz von klinisch und außerklinisch tätigen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen, unterhält wöchentliche Interventionsgruppen und eine monatlich stattfindende institutsübergreifende Supervisionsgruppe (von der KV Berlin als Qualitätszirkel anerkannt) und ist in der psychiatrischen Ausbildung aktiv. Die Inanspruchnahme der Institutsambulanz seitens MigrantInnen hat sich seit Gründung der darin integrierten Ethnopsychiatrischen Ambulanz von 0,1 % im Jahr 2002 auf 12% im Jahr 2006 erhöht, wobei das Zentrum nicht in der Lage ist, den Bedarf auch nur ansatzweise zu decken (Wohlfahrt 2006, Wohlfahrt u. Zäumzel 2006).

Die von dem Zentrum formulierten Ziele bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie:

1. Integration in die Regelversorgung, Verbesserung und Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung einer internationalen Klientel.
2. Praxiskonzepte im Bereich transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie zu entwickeln, um den häufigen gerade bei MigrantInnen und Flüchtlingen auftretenden Chronifizierungen bei psychischen Erkrankungen entgegenzuwirken, welche u.a. aufgrund von Sprach- und Kulturbarrieren und einer daraus resultierenden diagnostischen Unsicherheit entstehen.

Zu hoffen bleibt, dass die Notwendigkeit der Arbeit des ZIPP und bisher einzelner Personen in den klinischen und außerklinischen Einrichtungen auf politischer Ebene eingesehen wird. Letzteres bedeutet u.a. finanzielle Unterstützung für die Einstellung von migriertem Personal, für Weiterbildung und den verstärkten Einsatz von DolmetscherInnen sowie eine flexible Handhabung der Kriterien für die Zulassung von migrierten PsychologInnen.

### Literatur

- APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION) (1995) Considerations for Sociocultural Evaluation. In: Practice Guidelines for Psychiatric Evaluation of Adults, o.S.
- DHAWAN, S. et al. (1995) Der Dolmetscher als Brücke zwischen Kulturen und Sprachen. In: Peitze, K., Aycha, A., Bittenbinder E. (Hrsg.) Gewalt und Trauma. 178-192. Frankfurt/M., IKO – Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- HABERMANN, M. (2004) Gleichheit und Differenz: Interkulturelles Management in Pflegeeinrichtungen. *Pflegemagazin* 5. Jg., H. 6. 21-27. Weinheim, Juventa Verlag.
- HEISE, Th. (2003) Entwicklungsgeschichte, Methodik und Praxis der transkulturellen Psychiatrie. *Psychomed* 15. Jg, H. 2. 70-75. München, Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag.
- HEISE, Th., COLLATZ, J, MACHLEIDT, W., SALMAN, R. (2000) Das Ethnomedizinische Zentrum Hannover und die Medizinische Hochschule Hannover im Rahmen der transkulturellen Gesundheitsversorgung. In: Heise, Th. (Hrsg.) *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland*. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, S.139-147.
- KAMMERLANDER, A., ABDALLAH-STEINKOPFF, B. (2000) Refugio München. Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer. In: Heise, Th. Hrsg. *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland*. 43-50. Berlin, VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- SALMAN, R. (2001) Sprach- und Kulturmittlung. Konzepte und Methoden der Arbeit mit Dolmetschern in therapeutischen Prozessen. In: Hegemann, Th. u. Salman, R. (Hrsg.) *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 169-180.
- SCHEPKER, R. (2000) Institutionen auf dem Weg zu integrierten muttersprachlichen Versorgungsangeboten: die ‚andere Seite der Inanspruchnahmebarriere‘. In: Heise, Th. (Hrsg.) *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland*. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 282-287.

- SCHOULER-OCAK, M. (2000) Regelversorgungseinrichtung – PatientInnen türkischer Herkunft in der Institutsambulanz des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Hildesheim. In: Heise, Th. (Hrsg.) *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland*. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 81-89.
- SCHULTZ, D. (2002) Kulturelle Kompetenz in der psychiatrischen Versorgung von Migrant/innen und Minderheiten: Herausforderung und Chance. In: Geene, R., Gold, C., Hans, Ch. (Hrsg.) *Armut und Gesundheit. Gesundheitsziele gegen Armut. Netzwerke für Menschen in schwierigen Lebenslagen. Teil I*. Berlin: Verlag b\_books, S. 240-251.
- UZAREWICZ, Ch. (2004) Transkulturalität – Kultur zwischen Stereotypisierung und Interaktion. In: *Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V (Hrsg.) Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit Nr. 6*. Bonn, S. 12-16.
- WOHLFART, E. (2006) Vortrag beim Arbeitskreis Migration, Integration und Gesundheit, Gesundheit Berlin e.V., 23.08.2006.
- WOHLFART, E., Zaumseil M. (2006). *Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie. Ein interdisziplinäres Lehrbuch*. Heidelberg, Springer.
- ZEILER, J., ZARIFOGLU, F. (1997) Psychische Störungen bei Migranten: Behandlung und Prävention. *Zeitschrift für Sozialreform*, 43. Jg., H. 4, April 1997, 300-335.





# 6

## Russischsprachige PatientInnen in der ambulanten ärztlichen Versorgung

## **6 Russischsprachige PatientInnen in der ambulanten ärztlichen Versorgung - Inanspruchnahme, Erwartungen und Bedürfnisse aus der Sicht von ÄrztInnen und PatientInnen**

**Oliver Kutscharski**

### **Zusammenfassung**

*Die Vergleichsstudie zu der Inanspruchnahme und den Erwartungen russischsprachiger PatientInnen umfasst eine Befragung von jeweils 50 MigrantInnen aus den GUS-Staaten und 50 einheimischen deutschen PatientInnen in drei allgemeinmedizinischen Praxen sowie leitfadenorientierte Interviews mit drei russischsprachigen und drei einheimischen deutschen ÄrztInnen. Die Ergebnisse zeigen, dass soziokulturelle und sprachliche Faktoren bei MigrantInnen aus den GUS-Staaten die Bedürfnisse und Erwartungen sowie die Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung beeinflussen und russischsprachige ÄrztInnen – vor allem in den ersten Jahren nach der Zuwanderung – eine wichtige Versorgungsinstanz für diese Bevölkerungsgruppe darstellen.*

**6**

### **1 Einleitung**

Mit dem neuen Zuwanderungsgesetz, das am 01.01.2005 in Kraft getreten ist, wurde die Thematik der Migration und Integration von Zuwanderern in Deutschland in der Öffentlichkeit stärker präsent. Neben den über 7 Millionen Ausländerinnen und Ausländern, die heute in Deutschland leben, hat die Bundesrepublik in den vergangenen Jahrzehnten mit den deutschstämmigen Aussiedlern aus Osteuropa eine weitere große Gruppe von Zuwanderern aufgenommen, die nach dem Grundgesetz die deutsche Staatsangehörigkeit erhält. Insgesamt weist die Statistik 4.387.000 Personen aus, die seit 1950 als Vertriebene oder als Aussiedler nach Deutschland gekommen sind. Darunter sind über 2,2 Millionen Zuwanderer aus der ehemaligen Sowjetunion, die somit heute - noch vor den Zuwanderern aus der Türkei (mit ca.1,9 Millionen Personen) - die größte Migrantengruppe in Deutschland überhaupt darstellen (Isoplan 2004).

Die Zuwanderung von AussiedlerInnen in die Bundesrepublik, die Ende der 80er Jahre (zunächst v. a. aus Polen und Rumänien) begann, ist seit dem Fall der Mauer stark angestiegen. Seit 1989 kommen vor allem Deutschstämmige und ihre Familienangehörigen aus der Russischen Föderation und Kasachstan. Zwar ist die Zahl der AussiedlerInnen seit Mitte der 90er Jahre, als jährlich ca.

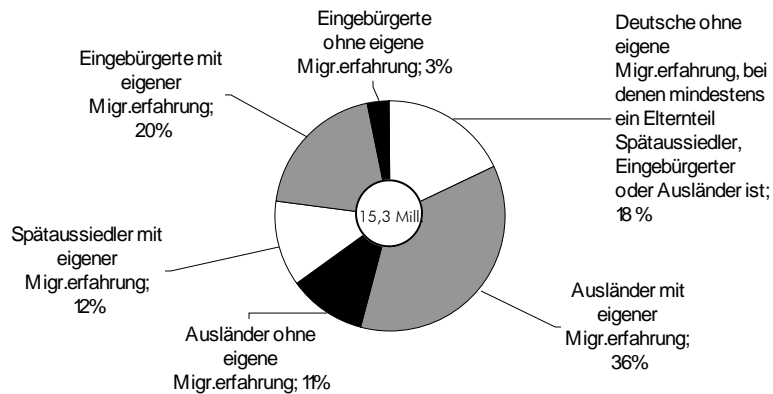


200.000 Personen in die Bundesrepublik einwanderten, rückläufig, doch wandern auch derzeit bundesweit jährlich ca. 60.000 Aussiedler ein (Isoplan 2004).

Nach Berlin kamen davon im Jahr 2002 insgesamt 2.436 Personen, 1.973 im Jahr 2003 und 1.607 im Jahr 2004. AussiedlerInnen werden der Stadt seit 1991 über eine vom Bund und von den Ländern festgesetzte Quote zugewiesen, die sich aus der jeweiligen Landeseinwohnerzahl errechnet. Die Quote lag vor Inkrafttreten des Zuwanderungsgesetzes für das Land Berlin bei 2,7%, seit 2005 liegt sie bei 4,9%. Die Zahl der in Berlin lebenden AussiedlerInnen aus der ehemaligen Sowjetunion wird auf etwa 70.000 Menschen geschätzt (Landsmannschaft der Deutschen aus Russland 2005:11). Eine weitere Gruppe russischsprachiger MigrantInnen sind die jüdischen Zuwanderer, die im Rahmen des Kontingentflüchtlingsgesetzes nach Deutschland kamen. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass unter den MigrantInnen, die „ohne Papiere“ in Deutschland leben, ein gewisser Anteil russischsprachig ist.

Diese Zahlen verdeutlichen, dass MigrantInnen auch in Berlin, nicht nur in Bezug auf ihre Herkunftsregionen, sondern auch auf Grund ihrer Migrationserfahrungen, ihrer Aufenthaltsdauer und ihrer sozialen Integration, eine heterogene Gruppe darstellen. Der Bericht zu Integration und Migration in Berlin, der vom Integrationsbeauftragten der Stadt in Auftrag gegeben wurde (Ohliger u. Raiser 2005), belegt eine Konzentration der russischsprachigen Bevölkerung in einigen Bezirken im Ostteil der Stadt (z.B. Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf), die auf die Zuwanderung von Aussiedlern zurückzuführen ist.

Migrationserfahrung der Bevölkerung 2005 in %



Statistisches Bundesamt 2006

Abb. 1: Migrationserfahrung der Bevölkerung in Deutschland 2005

Bd. 3, Migration - Gesundheit - Kommunikation, 2007

Der Mikrozensus 2005 des statistischen Bundesamtes, der anders als in bisherigen demographischen Daten nicht nur den Inländer- versus Ausländerstatus sondern auch den Migrationshintergrund erfasst, zeigt dass 15,3 Millionen der in Deutschland lebenden Menschen einen Migrationshintergrund haben und dass 12% davon Spätaussiedler mit eigener Migrationserfahrung sind (Abb.1).

## **2 Russischsprachige MigrantInnen in Deutschland**

### 2.1 Historische Hintergründe

Deutschsprachige Einwanderer waren schon seit dem Mittelalter unterwegs nach Ost- und Südosteuropa. Im Laufe dieser Migrationen entstanden in Polen, Rumänien, in dem Russischen Reich und anderen Oststaaten große deutsche Siedlungsgebiete. Die russische Zarin Katharina II. kann in der Geschichte der Auswanderung der Deutschen nach Russland als zentrale Figur betrachtet werden. Als gebürtige Deutsche (Prinzessin von Anhalt-Zerbst) wollte sie „deutschen Fleiß und deutsches Geschick“ auf russische Verhältnisse übertragen, um die neue Heimat wohlhabender zu machen. Das Ergebnis dieser Politik war die Umsiedlung von Menschen, besonders von qualifizierten Arbeitern und geschickten Bauern, in die Gebiete und Länder mit Bevölkerungsmangel.

Das Leben der zugewanderten Deutschen im russischen Reich und in der ehemaligen Sowjetunion verlief nicht immer so reibungslos und glücklich, wie es in den Manifesten von Katharina II. versprochen wurde: Die ersten Enttäuschungen nach der Übersiedlung, die Auseinandersetzungen mit der einheimischen Bevölkerung und die Deportationen in der Stalinzeit sind nur einige der traurigen Vorkommnisse in der Geschichte der Deutschen aus Russland. Der rasante, wirtschaftliche Niedergang, die Verarmung der Menschen, die wachsende Arbeitslosigkeit, das marode staatliche Gesundheitswesen und der Verdrängungsdruck gegenüber den ethnischen Minderheiten im heutigem Russland und in den ehemaligen sowjetischen Republiken – dies sind noch nicht alle Auswander- und Migrationgründe, die viele Menschen zur Auswanderung bewegt haben (vgl. Bade u. Oltmer 1999).

### 2.2 Gegenwärtige Situation russischsprachiger MigrantInnen in Deutschland

Diejenigen russischsprachigen MigrantInnen, die bis Ende der achtziger Jahre in Deutschland ankamen, hatten weniger Integrationsprobleme als die heutigen MigrantInnen aus dem russischsprachigen Raum. Das kann sowohl durch die aktuellen ökonomischen Probleme als auch durch die Wandlung des sozialen

Status dieser Gruppe in der Gesellschaft erklärt werden. Um den Prozess der Integration zu beschleunigen, wurden in Deutschland zahlreiche Eingliederungsmaßnahmen mit finanzieller und psychosozialer Unterstützung geschaffen. Es besteht jedoch die Meinung, dass die Integration und die psychologische Anpassung der in den letzten Jahren eingereisten deutschen Aussiedler kaum zu Stande gekommen ist: Nur 16% haben eine Arbeit, nicht mehr als 15% beherrschen die deutsche Sprache und 52% klagen über Langweile, sinnloses Leben und Existenzleere (Chrustaleva 2002).

### 2.3 Sprache – Schlüssel der Integration

Für die Integration in die deutsche Gesellschaft stellt die Beherrschung der deutschen Sprache eine wichtige Grundlage dar. Allerdings ist davon auszugehen, dass nur sehr wenige der Deutschstämmigen in der ehemaligen Sowjetunion Deutsch sprechen, was auf die alleinige Anerkennung der russischen Sprache in der Öffentlichkeit und die Unterdrückung der deutschen Sprache zurückgeht. Zu den Deutschsprachigen gehören vor allem die älteren Generationen, welche die Autonomie und die abgeschlossenen Kolonien und Gemeinden noch erlebten, in denen die aus Deutschland mitgebrachte Sprache gesprochen wurde.

Nach ihrer Ankunft in Deutschland besuchen die meisten arbeitsfähigen, russischsprachigen MigrantInnen einen Deutschkurs, in dem sie die Grundlagen der Sprache vermittelt bekommen. Dennoch bleibt in Deutschland unter diesen MigrantInnen vorwiegend die russische Sprache im aktiven Gebrauch. Die neuen Lebensbedingungen und Alltagsprobleme schaffen ein Gefühl mangelnder Sicherheit und fördern den Rückzug in die eigene Migrantengruppe. Dadurch entsteht eine geradezu paradoxe Situation: Während die Russlanddeutschen in der ehemaligen Sowjetunion aus Furcht vor Repressionen in der Öffentlichkeit kein Deutsch sprachen, sprechen sie in Deutschland häufiger Russisch, weil der Verwandten- und Freundeskreis hauptsächlich die russische Sprache verwendet.

Mangelnde Sprachkenntnisse erschweren die Verwertung der im Herkunftsland erworbenen Qualifikationen, die darüber hinaus für den deutschen Arbeitsmarkt zum Teil nicht relevant sind. AkademikerInnen mit gesellschaftspolitisch geprägter Ausbildung sind davon besonders betroffen (Landsmannschaft der Deutschen aus Russland 2005).

Etwa ein Drittel der AussiedlerInnen sind Kinder und Jugendliche. Im Vergleich zur bundesdeutschen Bevölkerung bilden die AussiedlerInnen eine bedeutend jüngere Population, deren Zuwanderung zu einer Verjüngung der bundesdeutschen Gesellschaft beiträgt. Nach Angaben der Landsmannschaft sind die AussiedlerInnen halb so alt und doppelt so jung wie die einheimische Be-

völkerung. Sprachprobleme sind bei Kindern und Jugendlichen nicht so stark ausgeprägt wie bei erwachsenen AussiedlerInnen. Es gilt generell die Regel: „Je jünger man nach Deutschland kommt, desto schneller lernt man die Sprache.“ Die Sprachlernpraxis der Kinder unterscheidet sich von jener der Erwachsenen, da sie das Gehörte nicht noch einmal ins Russische übersetzen müssen, um es besser verstehen zu können. Dagegen ist für die Kinder russischsprachiger MigrantInnen bereits charakteristisch, dass sie über einen mangelhaften russischen Wortschatz verfügen, was selbst in den Familien manchmal Verständigungsprobleme hervorrufen kann, insbesondere wenn die Kinder nicht mehr zwischen zwei Sprachen „schweben“ wollen.

#### 2.4 Russischsprachige MigrantInnen in der Gesundheitsversorgung

Zwar werden Migranten/innen inzwischen als eine wichtige Zielgruppe der internationalen Versorgungsforschung betrachtet, jedoch wird bisher kaum zwischen den Migrantengruppen differenziert. Die wenigen aus Deutschland vorliegenden Untersuchungen, die sich vor allem auf MigrantInnen aus der Türkei beziehen, belegen, dass die Qualität der gesundheitlichen Versorgung für diese Gruppe deutlich beeinträchtigt ist. Problemfelder sind dabei u.a. Kommunikation, unterschiedliche Erwartungen und weitere Probleme, die sich aus der realen oder wahrgenommenen soziokulturellen Differenz in eher monokulturell ausgerichteten Versorgungsinstitutionen ergeben. Darüber hinaus zeigt sich, dass Migrantinnen und Migranten andere Inanspruchnahmestrukturen aufweisen als Einheimische, so dass sich auch daraus für verschiedene Versorgungsbereiche Fehl-, Über-, und Unterversorgung ergeben (David u. Borde 2001; Borde, Braun u. David 2003).

Razum et al. (2004) betonen als vorrangige Aufgabe des Gesundheitssystems, den Zugang zur Versorgung zu erleichtern, ihre spezifischen Ressourcen zu nutzen und eine aktive Mitwirkung der MigrantInnen selbst zu fördern. Ob die Ergebnisse und Schlussfolgerungen dieser Studien zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung von MigrantInnen auf die Gruppe der russischsprachigen Zuwanderer übertragbar sind, ist nicht bekannt, da kaum Untersuchungen für diese Bevölkerungsgruppe vorliegen (Aparicio et al. 2005, Wittig et al. 2004).

Detailliertere Analysen sind nötig, um spezifische Versorgungsbedürfnisse verschiedener Migrantengruppen zu identifizieren und bedarfsgerechte Versorgungskonzepte zu entwickeln. Es ist anzunehmen, dass soziale und migrationsbezogene Faktoren auch bei russischsprachigen Zuwanderern einen deutlichen Einfluss auf deren gesundheitliche Lage, die Zugangsmöglichkeiten zur Versorgung, die Kommunikation mit medizinischem Personal und letztlich auch auf die Ergebnisse medizinischer Behandlungen haben. Weiterhin kann davon ausgegangen werden, dass Migranten/innen aus den GUS-Staaten eine wichti-

ge Zielgruppe für gezielte Maßnahmen der Gesundheitsförderung, der Sozialen Arbeit und häuslichen Versorgung darstellen und dass die Zusammenarbeit mit Fachkräften aus der gleichen Herkunftsregion für gezielte und Erfolg versprechende Interventionen und Unterstützungsangebote bedeutsam ist. Boll-Palievskaya (2005) beschreibt die Konfrontation russischsprachiger Zuwanderer mit dem deutschen Gesundheitssystem im Deutschen Ärzteblatt als einen „Zusammenprall der Kulturen“. Die Unterschiede zwischen dem neuen und dem gewohnten Arzt-Patient-Verhältnis aus der Sicht der russischsprachigen Patienten fasst sie z.B. so zusammen:

*„Die Ärzte machen kaum Hausbesuche. In der Sowjetunion war die Gesundheitsversorgung kostenfrei, die Ärzte arbeiteten gegen ein Gehalt in den staatlichen Polikliniken. Bei hohem Fieber oder akuten Beschwerden konnte man in seiner Poliklinik anrufen und einen Arzt nach Hause bestellen. Jeder Arzt hatte einen Bezirk, wo er an festen Tagen Hausbesuche machen musste. Je nach Größe des Bezirks waren die Ärzte oft acht Stunden unterwegs – auch zu Fuß. Ihnen blieben kaum mehr als zehn Minuten pro Besuch, sie verordneten Medikamente und zogen weiter. Doch die russischen Migranten haben ihre Ärzte nicht als gestresst und kurz angebunden in Erinnerung behalten, sondern als Menschen, die immer für sie da waren. Die Tatsache, dass deutsche Ärzte gern medizinische Geräte benutzen, stößt bei den Migranten auf Misstrauen. Sie interpretieren dies nicht als technischen Fortschritt, sondern als Unfähigkeit der Ärzte – nach dem Motto, wer den Ultraschall benutzt, hat keine Ahnung.“*

Die Sprachbarriere ist nach Boll-Palievskaya nur die Spitze des Eisbergs, darunter liegen unterschiedliche Erwartungen z.B. in Bezug auf die Autorität des Arztes oder die medizinische Aufklärung, das Verständnis von Krankheit oder die Einstellung zu psychosomatischen Diagnosen. Demzufolge, so die Autorin, präferieren russischsprachige PatientInnen die medizinische Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte, die ihre Ausbildung in den GUS-Staaten absolviert haben. Dass sich unter den Zuwanderern aus der ehemaligen Sowjetunion auch eine relativ große Anzahl an Ärztinnen und Ärzten in Berlin niedergelassen hat, zeigt u.a. eine aktuelle Recherche im Berliner Arztsuchprogramm, die für den Indikator „russischsprachig“ 1.279 Ärztinnen und Ärzte angibt (Berliner Ärztekammer 2005). Auch in den Praxen des Paritätischen Gesundheitszentrums in Berlin-Lichtenberg, auf die sich die Untersuchung konzentrieren wird, sind sieben russischsprachige Ärztinnen und Ärzte, die aus den GUS-Staaten stammen, in der ambulanten Versorgung tätig.

### **3 Studie zur Inanspruchnahme, Erwartungen und Bedürfnissen russischsprachiger MigrantInnen in der ärztlichen Versorgung aus der Sicht von Ärzten und PatientInnen**

#### 3.1 Ziele und zentrale Fragestellungen

Die vorliegende Untersuchung zur ambulanten ärztlichen Versorgung russischsprachiger MigrantInnen, die im Rahmen einer Diplomarbeit an der Alice Salomon Fachhochschule (Kutscharski 2006) entstand, wurde durch die Geschäftsführung des Sana Gesundheitszentrums Berlin angeregt und unterstützt, da im Paritätischen Gesundheitszentrum in Lichtenberg ein großer Anteil der PatientInnen russischsprachig ist und einige dort tätige ÄrztInnen ebenfalls aus der ehemaligen Sowjetunion stammen. Um Hinweise auf den Versorgungsbedarf russischsprachiger PatientInnen und die Rolle russischsprachiger ÄrztInnen für diese Patientengruppen in der ambulanten Versorgung zu erhalten, standen folgende Fragen im Zentrum der Untersuchung:

1. Gibt es Besonderheiten bei russischsprachigen PatientInnen, die für eine erfolgreiche, bedarfsgerechte und patientenorientierte medizinische Versorgung berücksichtigt werden sollten?
2. Welchen Einfluss hat die Migration, Herkunft und Sprachkompetenz der PatientInnen auf deren Bedürfnisse und Erwartungen an die ambulante Versorgung und für deren Verständnis von Krankheit und Gesundheit?
3. Darüber hinaus sollte geklärt werden, ob bei russischsprachigen Patientinnen und Patienten Bedarf an einer engeren Zusammenarbeit zwischen ambulanter ärztlicher Versorgung und Sozialer Arbeit besteht.

#### 3.2 Methodisches Vorgehen

Um diese Fragen beantworten zu können, wurden zwei verschiedene methodische Zugangswege gewählt, die eine quantitativ ausgerichtete Befragung von jeweils 50 russischsprachigen und 50 einheimischen deutschen Patienten ( $n=100$ ) in drei allgemeinmedizinischen Praxen russischsprachiger ÄrztInnen sowie leitfadenorientierte Interviews mit drei russischsprachigen und drei einheimischen deutschen ÄrztInnen umfassten. Ziel war dabei, einerseits die Sichtweise von PatientInnen und ÄrztInnen und andererseits die Wahrnehmungen einheimischer deutscher und migrierter russischsprachiger PatientInnen zu vergleichen, um Hinweise für eine bedarfsgerechte Versorgung zu erhalten.

### 3.2.1 Leitfadeninterviews mit ÄrztInnen

Die Auswahl der anhand leitfadenorientierter Interviews befragten 6 ÄrztInnen erfolgte in erster Linie durch eine hohe Anzahl russischsprachiger PatientInnen in den jeweiligen Praxen. Ein Teil der Stichprobe waren ÄrztInnen, die im Paritätischen Gesundheitszentrum tätig sind. Bei dem Aufbau von Kontakten mit diesen ambulant tätigen ÄrztInnen leisteten Frau Ulrike Schmitt und Herr Dr. Bernd Köppl eine unersetzliche Hilfe. Darüber hinaus wurden ÄrztInnen befragt, deren Praxen in der Nähe von Übergangwohnheimen lagen, so dass eine hohe Konzentration russischsprachiger PatientInnen gegeben war und von einer unterschiedlichen Aufenthaltsdauer der zu versorgenden MigrantInnen auszugehen war. Die russischsprachigen ÄrztInnen hatten die Möglichkeit, in ihrer Muttersprache interviewt zu werden, eine der russischsprachigen ÄrztInnen zog jedoch die deutsche Sprache vor. Ein weiteres Zusatzinterview mit einer russischsprachigen Ärztin, die erst seit kurzem in Deutschland lebt, konzentrierte sich inhaltlich auf den Schwerpunkt der ambulanten ärztlichen Versorgung in der GUS und dem Bild von PatientInnen in Russland. Die Interviews wurden transkribiert und nach der bei Meuser u. Nagel (1997) beschriebenen Methode analysiert.

### 3.2.2 Befragung von russischsprachigen und einheimischen PatientInnen

Für die Befragung der jeweils 50 einheimischen deutschen und zugewanderten russischsprachigen PatientInnen in den Praxen der 3 russischsprachigen ÄrztInnen wurde ein Fragebogen mit 35 Fragen entwickelt, die sich thematisch auf die Gründe für die Inanspruchnahme des Arztes und Erwartungen der PatientInnen konzentrierten und durch Fragen zur allgemeinen Lebenslage und zu Aspekten der Migration, Kommunikation und sozialen Netzen ergänzt wurden. Neben den überwiegend geschlossenen Antwortkategorien wurden Aspekte, zum Beispiel bei den Patientenerwartungen, als offene Fragen gestellt, so dass die PatientInnen die Möglichkeit hatten, eigene Gedanken zu äußern und ggf. neue Kategorien entdeckt werden konnten. Der Fragebogen wurde aus dem Deutschen in die russische Sprache übersetzt und lag für die Befragung in beiden Sprachen vor. Der Pretest der Fragebögen mit 5 PatientInnen zeigte, dass der Fragebogen gut angenommen wurde und dass es von Vorteil ist, den 5-seitigen Fragebogen bei allen PatientInnen mündlich abzufragen. Die Befragung erfolgte durch den Autor im Wartezimmer der Praxen. Sie dauerte jeweils 10 bis 15 Minuten, was von den Befragten als zumutbar empfunden wurde. Die Auswertung der erhobenen Daten wurde anhand des Computerprogramms „SPSS Version 12“ durchgeführt. Es wurden zunächst Häufigkeitsanalysen und ein Vergleich zwischen den einheimischen deutschen und den russischsprachigen MigrantInnen durchgeführt.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Zur Gesundheitsversorgung in der ehemaligen Sowjetunion

#### 4.1.1 Zur Interviewpartnerin

Um die Unterschiede zwischen dem russischen und dem deutschen Gesundheitssystem zu verdeutlichen, werden zunächst die Ergebnisse des Interviews mit der seit kurzem in Deutschland lebenden russischsprachigen Ärztin zur ambulanten medizinischen Versorgung in Russland dargestellt.

Die Interviewpartnerin ist in Russland geboren und aufgewachsen. Dort absolvierte sie auch ihre Ausbildung als Gynäkologin und arbeitete etwa 18 Jahre als Bezirksgynäkologin und aufsichtsführende Gynäkologin im Kreißsaal. Durch ihre Praktika während des Studiums und ihre anschließende professionelle Tätigkeit verfügt sie über umfangreiche Erfahrungen in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung, sowohl in städtischen als auch in ländlichen medizinischen Einrichtungen Russlands. Die letzten drei Jahre unterrichtete sie im medizinischen College in der Stadt Orsk (280.000 Einwohner). Im Jahr 2004 siedelte sie als deutschstämmige Spätaussiedlerin zusammen mit ihrer Familie nach Deutschland über. Nach einem Sprachkurs versuchte sie ihrem Beruf auch in Deutschland weiter nachzugehen, was zunächst einmal bedeutete, zahlreiche Praktika und Aufbaukurse zu absolvieren. Zum Zeitpunkt des Interviews war sie in einem Krankenhaus als Praktikantin tätig.

#### 4.1.2 Veränderungen im Gesundheitssystem nach der politischen Wende

Im Interview kam mehrmals zum Ausdruck, dass mit dem Zerfall der Sowjetunion viele wesentliche Änderungen im Gesundheitssystem Russlands einhergingen. Zu den nachteiligen Änderungen gehört nach Aussage der Ärztin vor allem die Reduzierung der finanziellen Mittel, so dass weniger diagnostische Geräte und Medikamente bezahlt, die Löhne der Ärzte gesenkt und die Lohnauszahlungen häufig bis zu einem halben Jahr verschoben wurden. Die knappe Finanzierung und das Fehlen der früheren Systematisierung im Gesundheitssystem trugen zu einer verschlechterten Diagnostik und Verpflegung der PatientInnen in den Krankenhäusern bei. Da weniger medizinische Technik und Apparate verwendet werden konnten, wurde stattdessen vermehrt auf die „manuellen“, vielfach erprobten Untersuchungsmethoden wie Konsultation, Perkussion (Beklopfung), Beschau, Abfühlen etc. zurückgegriffen. Gleichzeitig stieg die Anzahl der PatientInnen an, was u.a. durch den Wechsel des Arbeitsplatzes bedingt war, der mit schlechteren Arbeitsbedingungen zumeist geringen oder gar keinen sozialen Schutz bot. Um den Arbeitsplatz nicht zu verlieren, zögerten die



Menschen einen Arztbesuch länger als früher hinaus und kamen häufig mit bereits vernachlässigten Formen einer Erkrankung in die Behandlung. Zum anderen nahm Mangelernährung zu. Eine andere Erklärung für die Steigerung der Patientenzahlen ist der zunehmende Mangel an ÄrztInnen. Als positive Änderungen zu Beginn der Perestrojka in der GUS bemerkt die Interviewpartnerin, dass trotz der Umstrukturierungsprozesse und der Finanzierungsprobleme gerade in dieser Zeit die Ultraschalluntersuchung entwickelt und eingeführt wurde.

#### 4.1.3 Bedeutung der ambulanten Versorgung

Die ambulante Versorgung von PatientInnen spielt im heutigen Russland eine ebenso wichtige Rolle wie die stationäre Versorgung. In der letzten Zeit wird jedoch die Anzahl der Betten in den Krankenhäusern konstant verringert, was wiederum mit der mangelhaften Finanzierung zusammen hängt. Die BezirksärztInnen, die im Vergleich zu deutschen Strukturen mit HausärztInnen verglichen werden können, haben die wichtigste Stellung in der ambulanten Versorgung der russischen PatientInnen. Der Arbeitstag der BezirksärztInnen gliedert sich wie folgt: Von den insgesamt 8 Stunden Arbeitszeit nimmt der Arzt bzw. die Ärztin 4 Stunden vormittags oder auch nachmittags PatientInnen an, während in den übrigen 4 Stunden Hausbesuche durchgeführt werden. Manchmal beträgt dieses Verhältnis auch 6 zu 2 Stunden. Die Anzahl der Hausbesuche kann variieren. So können während einer Grippeepidemie bis zu 20 Hausbesuche notwendig sein, da die BezirksärztInnen verpflichtet sind, alle Kranken, die nicht selber kommen können und sich deswegen an der Registratur gemeldet haben, zu besuchen. Soweit die Wohnverhältnisse es erlauben, werden die PatientInnen genauso behandelt und die gleichen Schritte unternommen, wie es bei einer Aufnahme der PatientInnen im Krankenhaus oder in der Praxis geschieht. Sollte es dem Patienten am nächsten Tag besser gehen, wird er den Arzt selbstständig oder in Begleitung von Verwandten aufsuchen. Wenn es sich nicht um einen Notfall handelt oder der Kranke nicht selber zum Arzt kommen kann, müssen auch andere Fachärzte oder Laboranten und Krankenschwestern vorbei kommen, um die notwendigen Prozeduren durchzuführen. Durch die Hausbesuche sind die BezirksärztInnen mit den allgemeinen Lebensbedingungen ihrer PatientInnen - v.a. auch der chronisch Erkrankten - sehr gut vertraut.

Die ambulante Versorgung auf dem Land, wo es weder Polikliniken noch Krankenhäuser gibt, wird von den so genannten "Feldscher-Akkuscher-Punkten" (FAP) durchgeführt, sofern es diese gibt. In diesen Einrichtungen werden die Feldscher-Akkuscher meistens zu Oberärzten, denen manchmal noch eine Krankenschwester und/oder eine Hebamme untergeordnet sind. Die Feldscher-Akkuscher sind sehr „wichtige“ Menschen in einem solchen Dorf. Die „kleinen

Probleme“ versuchen sie vor Ort zu lösen; wenn sie trotzdem weiter behandelt werden müssen, werden die PatientInnen, oft auch mit eigenen Transportmitteln oder in seltenen Fällen auch mit einem Dienstwagen zum Kreiskrankenhaus gefahren. Das Krankenhaus ist für die umliegenden Dörfer zuständig und eine Wanderbrigade aus KreisärztInnen nimmt ca. ein Mal pro Quartal die PatientInnen in den jeweiligen FAPs auf.

#### 4.1.4 Soziale Arbeit in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Der Beruf der Sozialarbeiter bzw. -pädagogen ist im russischen Gesundheitssystem bis heute wenig etabliert und wird überwiegend im Zusammenhang mit Sozialer Arbeit an Schulen erwähnt, obwohl die ÄrztInnen zur Sowjetzeit einige Funktionen dieser Arbeit immer schon wie selbstverständlich übernahmen. Die „alte“ sowjetische Zeit wird in der Erinnerung von ÄrztInnen und PatientInnen oft als die Zeit empfunden, in der es mehr Herzlichkeit, mehr Zeit für die PatientInnen, mehr Zeit zum Kommunizieren gab. Die ÄrztInnen übernahmen neben der medizinischen Betreuung gleichzeitig die Rolle von SozialarbeiterInnen und PsychologInnen, die bereit waren, nicht nur über die Gesundheit zu sprechen. Das sowjetische Gesundheitssystem schien außerdem systematisch strukturierter zu sein, weil jede Fachkraft sich besser orientieren konnte bzw. seine Arbeitsbereiche besser kannte.

Die Interviewpartnerin beobachtete, dass sich die unkonventionelle Medizin in der Zeit nach dem Zerfall der Sowjetunion rasant entwickelte, und erklärt dies auch damit, dass der ganzheitliche Ansatz, bei dem psychosoziale Aspekte in die Behandlung einbezogen und entsprechende Kommunikationsschemata verwendet werden, von den PatientInnen insgesamt sehr positiv aufgenommen wird.

Ebenso psychosozial ausgerichtet sind die ab etwa 1996 in Russland entstandenen Zentren der Familienplanung, von denen zwei in der Stadt Orsk vorhanden sind. In diesen Zentren werden die PatientInnen medizinisch untersucht und behandelt. Doch es werden dort nicht nur rein medizinische Fragen gelöst, sondern auch unterschiedliche Bildungs- und Informationsveranstaltungen durchgeführt. So fand in diesen Zentren zum Beispiel die Soziale Arbeit mit Jugendlichen nach dem Schwangerschaftsabbruch statt. Aus den Schilderungen der Ärztin lässt sich schließen, dass die Erwartungen russischsprachiger MigrantInnen an die ärztliche Versorgung in Deutschland eng mit ihren Erfahrungen im Herkunftsland verknüpft sind, vor allem wenn sie erst seit kurzem in der Bundesrepublik leben.

## 4.2 Bilder von russischen PatientInnen bei ÄrztInnen

Bevor die Ergebnisse der Patientenbefragung dargestellt werden, sollen in diesem Kapitel subjektive Wahrnehmungen von ÄrztInnen über russische bzw. russischsprachige PatientInnen wiedergespiegelt werden. Auch wenn hier anhand der wenigen Interviews keine repräsentative Darstellung erfolgen kann, ermöglichen die Aussagen der befragten ÄrztInnen Einblicke in den Versorgungsalltag, zeigen Problembereiche auf und bieten Anknüpfungspunkte für weitere Untersuchungen.

Zunächst wird die Sicht der vor kurzem nach Berlin migrierten Ärztin auf Veränderungsprozesse seit der politischen Wende in der Sowjetunion vorgestellt, die sich offenbar nicht nur auf die medizinische Versorgung und die Rolle der ÄrztInnen, sondern auch auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten der Menschen auswirken.

### 4.2.1 PatientInnen in Russland

Die interviewte Ärztin beobachtet, dass die PatientInnen im heutigen Russland anders als zur Sowjetzeit sehr viel toleranter gegenüber Krankheitssymptomen seien und mit Gesundheitsproblemen länger zu Hause blieben, weil ärztliche Untersuchungen für viele von ihnen zu teuer seien. Sie versuchten dann mit unterschiedlichen häuslichen Mitteln auszukommen oder kauften die Medikamente ohne Verordnung selbst. Die Medikamente seien zwar alle kostenpflichtig, im Vergleich zur Arztuntersuchung jedoch relativ günstig. Gleichzeitig sei in der letzten Zeit eine gesteigerte Nervosität der PatientInnen bei der Aufnahme zu spüren, was vor allem durch die gewachsene Anzahl an PatientInnen und darüber hinaus durch längere Wartezeiten bedingt sei. Die PatientInnen seien verschlossener und wollten den ÄrztInnen nicht mehr alle Fragen beantworten, die für die Untersuchung und Behandlung hilfreich sein könnten. Auf der anderen Seite seien die PatientInnen neugieriger geworden und stellten den ÄrztInnen mehr Fragen.

### 4.2.2 Russischsprachige PatientInnen in Deutschland

Bei den im Folgenden dargestellten Erfahrungen der in Berlin praktizierenden ÄrztInnen mit russischsprachigen MigrantInnen zeichnen sich bei einheimischen deutschen und russischsprachigen Ärztinnen unterschiedliche Wahrnehmungen und Bilder ab.

Alle befragten ÄrztInnen äußerten zunächst, dass die Beschwerden und Diag-

nosen ihrer einheimischen und russischsprachigen PatientInnen sich größtenteils kaum unterscheiden und sich vor allem auf Probleme wie Übergewicht, hohe Cholesterinwerte, hoher Blutdruck und häufige Rückenschmerzen konzentrierten. In den Interviews wurde jedoch mehrfach betont, dass russischsprachige PatientInnen häufiger chronisch erkrankt seien als die einheimischen und dabei oft gleich mehrere chronische Erkrankungen bei einem Patienten auftreten. Erfahrungsgemäß seien die MigrantInnen aus Kasachstan weniger gesund als solche aus Russland, wobei die häufigsten Krankheiten, an denen sie leiden, Gallenblasenentzündungen und Krankheiten der Leber seien. Nach subjektiver Einschätzung der ÄrztInnen haben russischsprachige PatientInnen häufiger Krebsleiden, Magen-Darmerkrankungen und Alkoholprobleme als die einheimischen PatientInnen. Psychische Belastungen wegen der Umsiedlung, Arbeitslosigkeit und Sprachproblemen bedingten oft ein allgemeines Unwohlsein. Die älteren russischsprachigen PatientInnen litten sehr stark unter ihren Krankheiten und fühlten sich schon ab ca. Mitte 60 wert- und nutzlos.

Von den ÄrztInnen wurde die Bedeutung soziokultureller Aspekte bei der Arzt-Patient-Beziehung verdeutlicht, die aber je nach Herkunft der ÄrztInnen eine unterschiedliche Auswirkung auf die Arzt-Patient-Beziehung haben. So betonten die ÄrztInnen mit Migrationshintergrund aus den GUS-Staaten, dass russischsprachige PatientInnen gern auf mitgebrachte Kommunikationsmuster zurückgreifen und die Arzt-Patient-Beziehung dann schnell zu persönlich würde. Aufgrund der sprachlichen Nähe und der Vertrautheit mit der Mentalität oder auch aufgrund der Zugehörigkeit zum gleichen Milieu in Deutschland, würden von russischsprachigen PatientInnen manchmal nach dem Motto: *„Er gehört zu uns, deswegen muss er auch mehr für uns tun“* viel zu hohe Anforderungen an die russischsprachigen ÄrztInnen gestellt.

Die einheimischen ÄrztInnen weisen dagegen - vor allem wenn Sprachbarrieren bestehen - eher auf die Schüchternheit der russischsprachigen PatientInnen hin, die sich manchmal, wenn sie etwas nicht richtig verstanden haben, nicht trauen dies mitzuteilen. Ebenso betonten die einheimischen deutschen ÄrztInnen, dass die Behandlung bei Sprachschwierigkeiten mühevoll und zeitaufwendig sei. Wenn in einem solchen Fall die Verwandten als Dolmetscher eingesetzt werden, sei dies auch nicht immer produktiv.

Als Besonderheit russischsprachiger PatientInnen wurde auch hervorgehoben, dass sie gleich viele Beschwerden auf einmal nennen und gleichzeitig *„alle möglichen Papiere und organisatorische Sachen“* auf den Tisch packen. Außerdem würde häufiger erwartet, dass sich die ÄrztInnen die familiären und Alltagsprobleme ihrer russischsprachigen PatientInnen anhören, was aus Zeitgründen im Rahmen der Praxis nicht immer möglich sei. Insgesamt sei die Behandlung russischsprachiger PatientInnen zeitaufwendiger, auch weil die ÄrztInnen langsamer sprechen und aufmerksamer zuhören müssten.

Die befragten ÄrztInnen weisen auch auf häufige Wechsel der Hausärzte bei

russischsprachigen PatientInnen hin und erklären dies mit der Erwartung „endlich in Deutschland eine gute Behandlung zu bekommen“. Obwohl die ambulante Versorgung oft als zweitrangig und weniger wirksam als die stationäre Behandlung angesehen wird, werde versucht, einen guten Arzt zu finden. Durch die Unkenntnis des deutschen Gesundheitssystems werden allerdings besonders bei MigrantInnen, die erst vor kurzem nach Deutschland gekommen sind, häufiger Unsicherheitsgefühle und Panikanfälle beobachtet. Die meisten dieser PatientInnen bevorzugten daher eine Überweisung zu einem/einer russischsprachigen Arzt bzw. Ärztin.

Der Präventionsgedanke scheint aus der Sicht der ÄrztInnen unter den russischsprachigen PatientInnen relativ unpopulär zu sein. Stattdessen „glaubten viele an ein Wunder“, das hilft, schnell gesund zu werden, wobei Medikamenten (v.a. Antibiotika) dabei eine besondere Rolle zukommt. Manchmal käme es bei den russischsprachigen PatientInnen auch zu Unzufriedenheit, wenn nicht sogleich ein paar starke Tabletten mit auf den Weg gegeben würden. Andererseits nähmen manche russischsprachige PatientInnen die verschriebenen Präparate nur dann ein, wenn „es weh tut“.

Einige PatientInnen brächten auch Medikamente aus den Herkunftsländern mit, die den deutschen Medikamentengruppen schwierig zuzuordnen seien. Eine wesentliche Hilfe in der ersten Phase der Behandlung von russischsprachigen PatientInnen könnten aus der Sicht eines einheimischen Arztes mitgebrachte und aus dem Russischen übersetzte Diagnosen darstellen, wobei sich dann das Problem ergeben kann, dass eine Diagnose nicht mit den in Deutschland existierenden Diagnosen übereinstimmt, schwammig ist oder die Krankheit anders bezeichnet wird als in Deutschland.

6

### 4.3 Ergebnisse der Patientenbefragung

Den subjektiven Wahrnehmungen der Ärztinnen und Ärzte sollen nun die Ergebnisse der Patientenbefragung, in der diese selbst die Gelegenheit hatten, ihre Beschwerden, Hintergründe und Erwartungen zu artikulieren, gegenübergestellt werden.

Da nicht nur russischsprachige sondern auch einheimische PatientInnen in den ausgewählten Praxen befragt wurden, ist es möglich, einen Vergleich zwischen beiden Gruppen zu ziehen und Besonderheiten sowie Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten.

#### 4.3.1. Beschreibung der Stichprobe

In die Befragung wurden 100 PatientInnen allgemeinmedizinisch-internistischer Praxen in Berlin einbezogen, von denen 50 ProbandInnen als „russischsprachig“

und 50 als „einheimisch“ bezeichnet werden. Die ProbandInnen wurden in drei weit voneinander entfernten Praxen in russischer und deutscher Sprache befragt, zwei davon im Norden und eine im Süden Berlins. Die Befragung fand vor allem in Bezirken statt, in denen die AussiedlerInnen ihr Zuhause gefunden haben. Dies sind vorwiegend die Bezirke im Norden und Nord-Osten Berlins wie Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg. Der größte Teil der russischsprachigen PatientInnen (26 von 50) gab Marzahn-Hellersdorf als Wohnort an.

Der Anteil der befragten Frauen betrug in der gesamten Stichprobe 69%. Von den russischsprachigen PatientInnen waren 31 Frauen und von den 50 einheimischen waren 38 Frauen. Auch vom Alter unterschieden sich die beiden Vergleichsgruppen entsprechend der demographischen Entwicklung in Deutschland, wobei die MigrantInnen jünger und die Einheimischen älter waren. So waren 14% der befragten MigrantInnen gegenüber 2% der Einheimischen unter 20 Jahre alt und 24% gegenüber 40% älter als 60 Jahre. In der Altersgruppe zwischen 20 und 45 Jahren überwog der Anteil der Einheimischen mit 38% gegenüber 26%, während in der Altersgruppe 46 und 60 Jahre die MigrantInnen mit 36% gegenüber 20% die stärkere Gruppe darstellten.

Während ca. 40% der befragten PatientInnen Deutschland als Geburtsland angaben, teilten sich die anderen auf verschiedene Herkunftsländer auf. Hierbei bildeten die Nachfolgestaaten der Sowjetunion den größten Teil. Von den befragten einheimischen PatientInnen gaben 20% ein altes und 22% ein neues Bundesland an.

Die russischsprachigen PatientInnen kamen fast ausschließlich als deutschstämmige Aussiedler, als deren Ehegatten oder Kinder nach Deutschland. Der größte Teil von ihnen lebte erst seit kurzer Zeit in Deutschland. 12% lebten seit weniger als 1 Jahr, 48% zwischen 1 bis 5 Jahren, 32% zwischen 5 und 10 Jahren und 8% länger als 10 Jahre in Deutschland.

#### 4.3.2 Sprachkompetenzen der befragten PatientInnen

Um die Bedeutung der Inanspruchnahme russischsprachiger ÄrztInnen erkennen und Möglichkeiten der sprachlichen Verständigung feststellen zu können, wurden verschiedene Fragen zu den Sprachkompetenzen der MigrantInnen in den Fragebogen aufgenommen.

Die Frage nach der Muttersprache, die z.B. bei MigrantInnen aus der Türkei meist Hinweise auf die Ethnizität der Befragten ermöglicht, wurde von 54% der Gesamtstichprobe mit „Deutsch“ beantwortet. 3% wählten die beiden Sprachen „Deutsch“ und Russisch“, was auf ein Bewusstsein über die eigene Bilingualität schließen lässt. „Russisch“ wurde von 34% angegeben, weitere Prozentanteile entfielen auf Ukrainisch, Polnisch, Serbokroatisch und Englisch (Abb. 2).

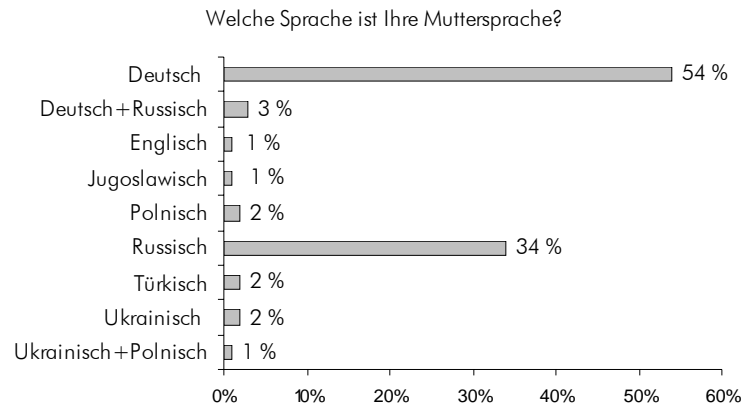


Abb. 2: Muttersprachen der befragten PatientInnen

Da die Frage nach der Muttersprache gerade bei deutschstämmigen MigrantInnen aufgrund der eingangs beschriebenen historischen Entwicklung nicht ganz unproblematisch ist, wurde den MigrantInnen ( $n=50$ ) darüber hinaus die Frage gestellt, in welcher Sprache sie sich am besten verständigen können. Für 74% war dies die russische Sprache, 14% gaben Russisch und Deutsch an und nur 6% nannten Deutsch als erste Sprache (Abb. 3).

In welcher Sprache können Sie sich am besten verständigen?  
russischsprachig ( $n=50$ )

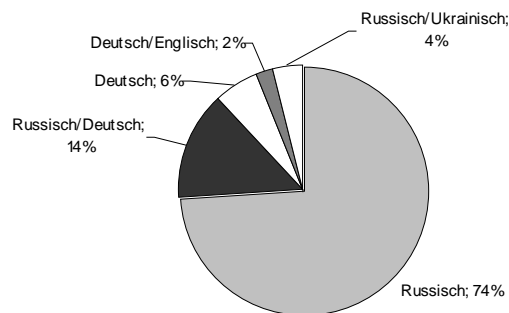


Abb. 3: „In welcher Sprache können Sie sich am besten verständigen?“

Die MigrantInnen wurden darüber hinaus gebeten ihre deutschen Sprachkenntnisse mit drei Wertungen selbst einschätzen. Dabei bewerteten nur 18% der

Befragten ihre eigenen Deutschkenntnisse als „sehr gut“, 42% wählten „einigermaßen gut“ und weitere 40% schätzten ihre Deutschkenntnisse als „gering“ ein. Dieses Verhältnis zeigt, dass in einem „deutschen Behandlungskontext“ bei mehr als der Hälfte der befragten russischsprachigen PatientInnen mit sprachlichen Kommunikationsproblemen zu rechnen ist (Abb. 4).

Wie gut können Sie sich in der deutschen Sprache verständigen?  
russischsprachig (n=50)

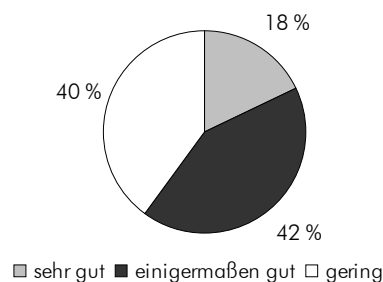


Abb. 4: „Wie gut können Sie sich in der deutschen Sprache verständigen?“

6

#### 4.3.2 Inanspruchnahme von ÄrztInnen

Gründe für die aktuelle Inanspruchnahme des Arztes

Bei der Frage zum Hintergrund bzw. dem Hauptmotiv für die Inanspruchnahme des Arztes zeigten sich Unterschiede zwischen einheimischen und russischsprachigen PatientInnen. Während einheimische PatientInnen deutlich häufiger Beschwerden und Schmerzen angaben, nannten russischsprachige PatientInnen öfter den Bedarf an Medikamenten als Grund für den aktuellen Arztbesuch (Abb. 5).

In der Befragung wurden weiterhin die einzelnen Beschwerden der PatientInnen erfragt, wobei diese bis zu drei Beschwerden nennen konnten, die einzeln dokumentiert und ausgezählt wurden. Bei der Anzahl der Beschwerden ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen. Lediglich der Anteil der PatientInnen, die keine Beschwerden nannten lag mit 22% bei den einheimischen gegenüber 10% bei den russischsprachigen PatientInnen deutlich höher. Dieses Ergebnis scheint im Widerspruch zu der Verteilung bei den Hauptmotiven zu stehen, wobei deutlich mehr einheimische PatientInnen Beschwerden angaben. Möglicherweise ist aber die direkte Art der Fragestellung (Welche Beschwerden haben Sie?) ein wesentlicher Einflussfaktor für das Antwortverhalten.



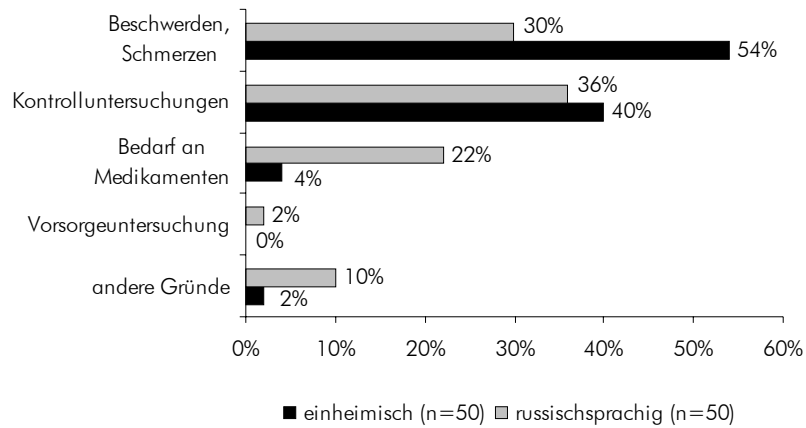


Abb. 5: „Warum sind Sie in die Arztpraxis gekommen?“

#### Hintergründe für die Wahl der Arztpraxis

Während die Nähe zur Wohnung für die einheimischen PatientInnen der wichtigste Grund für die Wahl der Arztpraxis war, spielte dieser Faktor für die russischsprachigen PatientInnen eine nicht so entscheidende Rolle. Auffällig war auch, dass die russischsprachigen PatientInnen bei der Wahl des Arztes deutlich häufiger Empfehlungen von Familie und Freunden gefolgt waren als die einheimischen PatientInnen.

#### Inanspruchnahme von ÄrztInnen

6% der russischsprachigen und 4% der einheimischen PatientInnen waren zum Zeitpunkt der Befragung das erste Mal PatientIn in der jeweiligen Praxis. Auffällig war, dass die MigrantInnen insgesamt erst seit kürzerer Zeit PatientInnen der ÄrztInnen waren. So waren 32% der russischsprachigen gegenüber 18% der einheimischen PatientInnen erst seit weniger als einem Jahr in der Praxis in Behandlung. Länger als 5 Jahre waren dagegen nur 6% der MigrantInnen und 44% der Einheimischen, was zum einen sicher durch die zum Teil erst kurze Aufenthaltsdauer in Deutschland begründet ist, aber auch ein Hinweis auf einen häufigeren Arztwechsel geben kann.

Jedoch ergab die Frage nach der Anzahl der Arztwechsel kaum Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen. Etwa 6% der MigrantInnen und 12% der Einheimischen gaben an, im Zeitraum der vergangenen 12 Monate keine anderen ÄrztInnen aufgesucht zu haben, während 28% vs. 24% einen und 66% vs. 64% mehrere Ärzte besucht hatten.

Auch die Fachrichtungen der ÄrztInnen, die die PatientInnen während der vergangenen 12 Monate aufgesucht haben unterschieden sich nur geringfügig. Auffällig war nur, dass einheimische PatientInnen deutlich häufiger bei Orthopäden, Psychiatern/Neurologen und Dermatologen in Behandlung waren. Russischsprachige waren dagegen öfter bei anderen Ärzten, wobei sie im Vergleich zu den einheimischen öfter Chirurgie und Unfallkrankenhaus angaben (Tab.1).

Tab. 1: In den letzten 12 Monaten aufgesuchte ÄrztInnen

Aufgesuchte ÄrztInnen (Mehrfachnennung)	Russischsprachig %	Einheimisch %
Hausarzt	14	6
Gynäkolog.	34	28
Urolog.	14	10
Internist.	12	18
Orthopäd.	24	36
Zahnarzt	58	54
Psychiat./Neurolog.	6	24
Dermatolog.	4	22
AugenärztInnen	18	16
HNO	10	8
Andere ÄrztInnen od. Krankenhäuser	30	20

Tab 2: Wie informieren Sie sich über die Gesundheitsversorgung?

Informationsquellen (Mehrfachnennung)	Russischsprachig %	Einheimisch %
Gespräche mit anderen	52	28
Telefonbuch/ Gelbe Seiten	6	10
Info der Krankenkasse	8	20
Zeitung, Radio, Fernsehen	24	18
Internet	6	20
Arzt/Ärztin	42	40
Andere Quellen (z.B. Apotheke, Bücher, Sprachschule)	6	12

#### 4.3.4 Erwartungen der PatientInnen an die ambulante ärztliche Versorgung

Die PatientInnen wurden gebeten auf einer 4stufigen Skala von (1) „sehr wichtig“, (2) „wichtig“, (3) „nicht so wichtig“ bis (4) „gar nicht wichtig“ ihre

Bewertung der Relevanz verschiedener Versorgungsaspekte zu gewichten. In Tabelle 1 sind die prozentualen Anteile der Antworten („nicht so wichtig „ und „gar nicht wichtig“ zusammengefasst) dargestellt, so dass eine Rangfolge für das Gesamtkollektiv erkennbar wird.

Tab. 1: Relevanz der Erwartungen der befragten PatientInnen (Rangfolge)

Gesamtkollektiv (n=100)	Sehr Wichtig %	wichtig %	nicht wichtig %
Gute Ausbildung u. Fachkompetenz d. Arztes	87	13	0
Sorgfältige Untersuchung und Behandlung	84	16	0
Ehrlichkeit bei der Aufklärung	78	16	6
Verständliche Information	73	25	2
Freundliche Erklärungen, geduldige Beratung	70	29	1
Freundlichkeit u. Hilfsbereitschaft der Arzthelferin	67	30	3
Maßvoller Einsatz an Medikamenten	64	30	6
Arzt hat Zeit für Patienten	63	32	6
Moderne medizinische Einrichtung	54	40	6
Arzt geht auf meine psychischen Anliegen ein	51	38	11
Gute Praxisorganisation	51	46	3
Hohe Mitbestimmung d. Patienten	44	39	17
Arzt spricht meine Muttersprache	41	23	36
Qualifizierte Dolmetscher bei Verständigungsprobl.	40	38	22
Arzt geht auf meine sozialen Anliegen ein	39	34	27
Kurze Wartezeiten	32	44	24
Arzt hat gleichen kulturellen Hintergrund wie ich	11	8	81
Arzt hat gleiches Geschlecht wie ich	8	8	74

In der folgenden Tabelle 2 sind jeweils nur die prozentualen Anteile der Antworten, die auf „sehr wichtig“ und „wichtig“ entfallen für die russischsprachigen und die einheimischen PatientInnen angegeben, so dass Unterschiede in der Gewichtung der Erwartungen zwischen beiden Vergleichsgruppen erkennbar werden.

Tab. 2: Stellenwert der Erwartungen russischsprachiger und einheimischer PatientInnen an die ärztliche Versorgung im Vergleich

	russischsprachig		einheimisch	
	Sehr wichtig %	wichtig %	sehr wichtig %	wichtig %
Gute Ausbildung/Fachkompetenz d. Arztes	86	14	88	12
Sorgfältige Untersuchung und Behandlung	84	16	84	16
Ehrlichkeit bei der Aufklärung	72	16	<b>84</b>	16
Verständliche Information	68	28	<b>78</b>	22
Freundl. Erklärungen, geduldige Beratung	72	26	68	32
Freundlich./Hilfsbereitschaft d. Arzthelferin	<b>72</b>	22	62	38
Maßvoller Einsatz an Medikamenten	<b>72</b>	24	56	36
Arzt hat Zeit für Patienten	58	36	<b>68</b>	28
Moderne medizinische Einrichtung	<b>66</b>	30	42	50
Arzt geht auf psychische Anliegen ein	48	42	<b>54</b>	34
Gute Praxisorganisation	48	50	<b>54</b>	42
Hohe Mitbestimmung d. Patienten	<b>52</b>	26	36	52
Verständigung m. qualifizierten Dolmetsch.	<b>46</b>	32	34	44
Arzt spricht meine Muttersprache	<b>42</b>	22	40	24
Arzt geht auf soziale Anliegen ein	<b>46</b>	30	32	38
Kurze Wartezeiten	3	42	<b>34</b>	46
Arzt gleicher kultureller Hintergrund	<b>16</b>	6	6	10
Arzt gleiches Geschlecht wie ich	<b>14</b>	4	2	8

Die Gegenüberstellung zeigt, dass sowohl für die russischsprachigen als auch für die einheimischen PatientInnen die „gute Ausbildung und Fachkompetenz des Arztes bzw. der Ärztin“ sowie die „sorgfältige Untersuchung und Behandlung“ ganz oben auf der Liste der Erwartungen stehen. (Die im Folgenden angegebenen Prozentwerte in Klammern beziehen sich jeweils auf die Kategorie „sehr wichtig“.)

Auch die Ansprüche an die Information und Aufklärung nehmen für beide Gruppen einen wichtigen Stellenwert ein. Dennoch sind die Aspekte der „Ehrlichkeit der Aufklärung“ (72% vs. 84%) und „Verständlichkeit der Information“ (68% vs. 78%) für die einheimischen PatientInnen offensichtlich noch bedeutsamer als für die russischsprachigen MigrantInnen.

„Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Arzthelferin“ (72% vs. 62%) sowie eine „moderne medizinische Einrichtung“ (66% vs. 42%), „hohe Mitbestimmung der PatientInnen“ (52% vs. 36%) und - im Gegensatz zu den in Kapitel 5.2.2. geschilderten Wahrnehmungen der befragten ÄrztInnen - wird der „maßvoller Einsatz von Medikamenten“ (72% vs. 56%) von den russischsprachigen PatientInnen wichtiger genommen als von den einheimischen. Da auch mehr

MigrantInnen den Bedarf an Medikamenten als Grund für den Arztbesuch nannten, bleibt die Frage offen, ob russischsprachige und einheimische PatientInnen ggf. bei Medikamenten unterschiedliche Vorstellungen von dem Begriff „maßvoll“ haben.

Während die einheimischen PatientInnen insgesamt vergleichsweise größeren Wert auf die Organisation der Praxis und das Eingehen auf psychische Anliegen der PatientInnen legen, spielt - wenn auch insgesamt nur für wenige Befragte relevant - der gleiche kulturelle Hintergrund und das gleiche Geschlecht des Arztes bzw. der Ärztin für russischsprachige PatientInnen offensichtlich eine größere Rolle.

Von fast der Hälfte der befragten MigrantInnen wurde ebenso der Einsatz von qualifizierten DolmetscherInnen und das Eingehen des Arztes auf soziale Anliegen der PatientInnen mit sehr wichtig bewertet, während dies bei den Einheimischen nur für etwa ein Drittel zutrif.

#### Weitere Erwartungen im Vergleich

Die auf die offene Frage „Welches sind Ihre wichtigsten Erwartungen an den Arzt bzw. die Ärztin?“ ermittelten freien Antworten, die später in Kategorien zusammengefasst wurden, bestätigen die mit dem Fragebogen gewonnenen Unterschiede zwischen beiden Vergleichsgruppen größtenteils. Insgesamt waren die russischsprachigen PatientInnen bei der Beantwortung dieser Frage weniger aktiv, so dass von dieser Gruppe insgesamt 60 Antworten gegenüber 102 Antworten von einheimischen PatientInnen vorliegen.

Die Kategorie „Soziale Kompetenzen und Humanität“ beinhaltete Erwartungen wie „Menschlichkeit“, „Aufmerksamkeit“, „Höflichkeit“, „Zuspruch“, „Gutwilligkeit“, „Zuhören“, „Gutherzigkeit“ usw. und wurde zusammen mit der Kategorie „Fachliche Kompetenzen“, in der Begriffe wie „gute Untersuchung“, „richtige Medikamente“, „Kompetenz“ usw. zusammengefasst wurden, von allen Befragten am häufigsten genannt. Von den MigrantInnen wurden Erwartungen an die sozialen Kompetenzen der ÄrztInnen etwas häufiger benannt als von den Einheimischen, bei denen die fachlichen Kompetenzen der ÄrztInnen noch mehr im Vordergrund standen.

Unterschiedlich verteilten sich auch die Antworten bei den Erwartungen an Beratung und Aufklärung: Während die russischsprachigen PatientInnen diese Erwartungen eher selten nannten, ließ sich bei den einheimischen PatientInnen etwa ein Drittel der Antworten in dieser Kategorie zusammenfassen. Darüber hinaus nannten die einheimischen PatientInnen auch in den offenen Antworten deutlich häufiger den Wunsch nach „kurzen Wartezeiten“ und „mehr Zeit für Patienten“. Ebenso wurde der Begriff „Vertrauensverhältnis“ zu den ÄrztInnen bzw. der Begriff „Vertrauen“ von den einheimischen PatientInnen sehr viel

häufiger genannt. Hier spiegelt sich möglicherweise auch deren längerfristige Anbindung an die einzelnen ÄrztInnen wider.

## 5 Diskussion

Die vorliegende Studie ist Teil einer größeren Erhebung, die neben dieser Patientenbefragung in allgemeinärztlichen Praxen russischsprachiger ÄrztInnen weitere Befragungen in kinderärztlichen und gynäkologischen Praxen umfassen. Neben der Ausdehnung der Datensammlung sind weitergehende Analysen vorgesehen, bei denen weitere Einflussfaktoren wie Geschlecht, Alter, Bildungsgrad, Aufenthaltsdauer in Deutschland und Herkunftsregion der PatientInnen berücksichtigt werden sollen.

Auch wenn diesen relevanten Einflussfaktoren aufgrund der kleinen Stichprobe hier nicht nachgegangen wurde, weisen die bisherigen Befragungsergebnisse darauf hin, dass diese Faktoren das Inanspruchnahmeverhalten und die Erwartungen der PatientInnen beeinflussen. Sie liefern Anhaltspunkte für zahlreiche Unterschiede zwischen den befragten russischsprachigen und einheimischen PatientInnen, die bei der gesundheitlichen Versorgung berücksichtigt werden sollten.

## 6

### Sprache, Zugang und Bedeutung russischsprachiger ÄrztInnen

Bei den russischsprachigen PatientInnen war während der Befragung im Wartezimmer im Vergleich zu den einheimischen PatientInnen insgesamt eine höhere Kontaktbereitschaft und gleichzeitig ein niedrigerer Anteil von fehlenden Antworten zu verzeichnen. Vertrauensbildend und förderlich waren dabei die mündliche Abfrage der Fragebögen und die Kommunikation mit dem Interviewer in der Erstsprache Russisch. Gerade in den ersten Jahren nach der Übersiedlung nach Deutschland hat der Kontakt zu Landsleuten bzw. Menschen oder auch ÄrztInnen, die die gleiche Sprache sprechen, offensichtlich eine besondere Bedeutung. In der Befragung gaben nur 36% der russischsprachigen ProbandInnen an, dass die russische Sprachkompetenz der aufgesuchten ÄrztInnen für sie unwichtig sei.

Russischsprachige ÄrztInnen haben daher eine besondere Stellung in der ambulanten ärztlichen Versorgung dieser PatientInnen. Vor dem Hintergrund, dass nur 18% der befragten MigrantInnen aus den GUS-Staaten ihre eigenen Deutschkenntnisse als „sehr gut“ einschätzen und der größte Teil von ihnen erst vor wenigen Jahren oder Monaten zugewandert ist, ist anzunehmen, dass die relativ kurze Aufenthaltsdauer und mangelnde Sprachkompetenz im Deutschen die Inanspruchnahme russischsprachiger ÄrztInnen beeinflussten. Die befragten MigrantInnen nahmen größtenteils lange Wege innerhalb Berlins auf sich, um

sich von den russischsprachigen ÄrztInnen behandeln zu lassen, während für die einheimischen PatientInnen die Nähe der Praxis zur Wohnung das entscheidende Kriterium für die Arztwahl war.

#### Kulturelle Aspekte und Arzt-Patient-Verhältnis

Während die befragten einheimischen und russischsprachigen ÄrztInnen kulturelle Differenzen bei der Inanspruchnahme und bei den Erwartungen der beiden Vergleichsgruppen hervorhoben, wurde die Bedeutung des gleichen kulturellen Hintergrunds bei der Wahl des Arztes von 78% der russischsprachigen und 84% der einheimischen PatientInnen als unwichtig betrachtet. Dennoch ist für die Arzt-Patient-Kommunikation aus den Erfahrungen der befragten ÄrztInnen festzuhalten, dass bei russischsprachigen MigrantInnen insbesondere in den ersten Jahren des Aufenthalts in Deutschland mit für deutsche Verhältnisse „ungewöhnlichen“ Verhaltensmustern und Einstellungen zu Krankheit bzw. Gesundheit zu rechnen ist. Dies ist durch die mitgebrachten Werte und Gewohnheiten im Bezug auf die ambulante Versorgung in der GUS und in der ehemaligen Sowjetunion bedingt. So war das Arzt-Patient-Verhältnis durch die Institution der Bezirksärzte in den Herkunftsländern sehr oft personalisiert oder verlief sogar fast auf einer familiären Ebene. Da in der Untersuchung überwiegend die deutschstämmigen AussiedlerInnen als russischsprachige PatientInnen befragt wurden, die aufgrund der historischen Gegebenheiten eher in den ländlichen Regionen lebten, kann diese „familiäre“ Einstellung zu den ÄrztInnen in der vorgelegten Studie als charakteristisches Merkmal dieser russischsprachigen PatientInnen bezeichnet werden.

#### Unterschiedliche Herkunftsregionen

Bei der medizinischen Versorgung von MigrantInnen aus den GUS-Staaten sollte die Frage nach den Herkunftsregionen und den damit verbundenen unterschiedlichen Lebens- und Gesundheitsbedingungen und entsprechenden Krankheitsspektren nicht außer Acht gelassen werden. So ist die Prävalenz verschiedener Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis-B- und C-Infektionen bei Spätaussiedlern signifikant höher als bei der deutschen Allgemeinbevölkerung (Holbach et al. 2004). Ebenfalls sei als Beispiel der Anstieg der Tuberkulose-Erkrankungen in den GUS und den baltischen Staaten genannt, der durch die geographische Nähe und die Migration auch für Deutschland bedeutsam ist (Robert Koch Institut 2002). Ebenso ist die Häufigkeit dieser und anderer Erkrankungen je nach Herkunftsregion in der ehemaligen Sowjetunion unterschiedlich verteilt. Darüber hinaus sind Kenntnisse über den ländlichen bzw. urbanen Ursprung der Neuzuwanderer für die behandelnden ÄrztInnen von

Bedeutung, da sich die Erwartungen an die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der ärztlichen Versorgung aber auch an die jeweils zur Verfügung stehenden FachärztInnen und die technische Ausstattung der medizinischen Versorgung nicht nur von einer Region zur anderen, sondern auch zwischen Stadt und Dorf unterscheiden.

#### Aufklärung der PatientInnen

Mit der Information und Aufklärung von PatientInnen wird in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion, wie aus den Ärzteinterviews hervorgeht, anders umgegangen als in Deutschland. So ist es üblich, dass lebensbedrohliche Diagnosen nicht den PatientInnen direkt, sondern ihren Verwandten - unter dem Motto: „Keine weiteren psychischen Traumata antun“ – mitgeteilt werden. Nach der allgemein verbreiteten Meinung ist es besser, dem Patienten die Möglichkeit zu geben, mit der Hoffnung zu sterben als vorher zu erfahren, dass er tödlich erkrankt ist.

In der vorliegenden Patientenbefragung zeigte sich zwar, dass die Ehrlichkeit bei der Aufklärung von dem größten Teil der russischsprachigen PatientInnen als „sehr wichtig“ oder „wichtig“ gewertet wurde. Auffällig war jedoch, dass kein/e einzige/r einheimische/r PatientIn hier „nicht wichtig“ angab, während dies immerhin für 12% der russischsprachigen MigrantInnen zutraf. Es wird noch zu klären sein, wie eine sensible Patientenaufklärung erfolgen sollte, ohne Unverständnis, Irritation oder gar Traumata auszulösen. Denn gleichzeitig ist bekannt, dass nur aufgeklärte PatientInnen in der Lage sind, bei relevanten Entscheidungen mitzubestimmen, ihre Krankheit optimal zu bewältigen und aktiv beim Genesungsprozess mitzuwirken.

#### Inanspruchnahme und Erwartungen der russischsprachigen PatientInnen

Die Studie zeigt, dass die befragten russischsprachigen PatientInnen in den jeweiligen Praxen durchschnittlich kürzer in Behandlung waren und somit eher als neue PatientInnen zu betrachten sind, bei denen es für die ÄrztInnen noch mehr Handlungsbedarf gibt. Als Grund für die Inanspruchnahme der Ärztin bzw. des Arztes gaben sie häufiger als einheimische PatientInnen den Bedarf an Medikamenten an. Die gleiche Tendenz kommt in den ÄrztInneninterviews zum Ausdruck, wonach russischsprachige MigrantInnen einen besonderen Wert auf die medikamentöse Behandlung legen, die im russischen Gesundheitssystem populärer ist als in Deutschland. Bemerkenswert und im Gegensatz dazu ist allerdings das Antwortverhalten der russischsprachigen ProbandInnen, von denen in der Befragung nur 4% im Vergleich zu 28% der einheimischen PatientInnen dem „maßvollen Einsatz von Medikamenten“ keine hohe Bedeutung



beimaßen. Hier wird in den weiteren Untersuchungen zu klären sein, ob unter dem Begriff „maßvoll“ jeweils etwas anderes verstanden wird oder ob ggf. bei der Übertragung des deutschen Fragebogens in die russische Sprache die Bedeutung verzerrt wurde.

#### Bedeutung sozialer Anliegen der PatientInnen in der ärztlichen Versorgung

Die Ärzteinterviews deuten darauf hin, dass ÄrztInnen bei russischsprachigen PatientInnen häufig mit sozialen Anliegen konfrontiert sind, die dann möglicherweise je nach Selbstdefinition der russischsprachigen und einheimischen ÄrztInnen in unterschiedlicher Weise beantwortet werden. Auch die Befragung der PatientInnen belegt, dass die MigrantInnen aus den GUS-Staaten im Vergleich zu den befragten einheimischen PatientInnen mit einem Arztbesuch offensichtlich in stärkerem Maße die Erwartung verbinden, soziale Anliegen vorzutragen und hierbei eine Unterstützung zu erfahren. Einerseits ist dies durch die spezifische Lebenslage der russischsprachigen MigrantInnen in Deutschland bedingt, andererseits aber auch durch Erfahrungen aus dem Herkunftsland, wo ÄrztInnen sozialarbeiterische Aufgaben übernommen haben und auch in ihrer Ausbildung darauf vorbereitet wurden. Nach dem Zerfall der Sowjetunion versucht sich die Soziale Arbeit erst seit einigen Jahren als eigenständiger Arbeitsbereich im russischen Gesundheitssystem zu etablieren.

Für die Soziale Arbeit und die medizinische Versorgung sowie für die Gesundheitsförderung russischsprachiger PatientInnen und KlientInnen ergibt sich daraus ein besonderer Bedarf an einer interdisziplinären Kooperation.

## 6 Schlussfolgerungen

Es ist schon lange allgemein bekannt und seit dem Zuwanderungsgesetz auch offiziell anerkannt, dass Deutschland ein Einwanderungsland ist und dass die Zuwanderungsprozesse für dieses Land gleichzeitig lebenswichtig sind. Auch wenn deutschstämmige AussiedlerInnen zwar die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen und somit den Deutschen rechtlich gleichgestellt sind, zeigt sich, dass der Aspekt der Migration deren Lebensbedingungen ebenso wie deren Inanspruchnahme und Erwartungshaltungen hinsichtlich der Gesundheitsversorgung maßgeblich beeinflusst. Für eine bedarfs- und patientenorientierte gesundheitliche Versorgung sind daher spezifische Bedürfnisse zu berücksichtigen, die zur Integration dieser Migrantengruppe in die Gesellschaft beitragen.

Eine wichtige Rolle für die erfolgreiche ambulante Versorgung und die Integration russischsprachiger PatientInnen, deren Primärsprache nicht Deutsch ist, spielen russischsprachige bzw. Russisch sprechende ÄrztInnen. Dabei sind nicht nur die sprachlichen Kompetenzen dieser ÄrztInnen bedeutsam, sondern auch

deren Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit sozialen Eingliederungsprozessen, kulturspezifischen Aspekten und mit den mitgebrachten Erfahrungen aus dem russischen Gesundheitssystem. Die aus den Herkunftsländern mitgebrachten soziokulturellen Prägungen erschweren teilweise die Anpassungsprozesse. Die MigrantInnen müssen für sich wieder neue Lebensziele finden und dabei mit den neuen gesellschaftlichen Anforderungen zurechtkommen, sich wieder beruflich eingliedern, ein neues soziales Umfeld schaffen, um sich schließlich in der neuen Heimat wohl fühlen zu können. Insbesondere in den ersten Jahren der Zuwanderung können russischsprachige ÄrztInnen und SozialarbeiterInnen für die gesundheitliche Versorgung und die soziale Eingliederung dieser Migrantengruppe als unersetzlich bezeichnet werden.

Da die sprachliche und soziokulturelle Verständigung zwischen einheimischen ÄrztInnen (aber auch SozialarbeiterInnen) und MigrantInnen unterschiedlicher Herkunft nach wie vor verbesserungswürdig ist, sind gleichzeitig weitere Schritte nötig. Damit jedoch auf Dauer keine Parallelstrukturen entstehen und eine wirkliche Integration gelingt, ist der Einsatz qualifizierter Sprach- und KulturmittlerInnen auch für deutschstämmige MigrantInnen aus den Nachfolgestaaten der Sowjetunion unverzichtbar. Vorurteile und Klischees über verschiedene Zuwanderergruppen können darüber hinaus durch Forschung aufgebrochen werden, in der Zuwanderer befragt werden und selbst zu Wort kommen.

Um den Bedarf an Sozialer Arbeit decken zu können, der bei PatientInnen mit Migrationshintergrund aber auch bei den einheimischen PatientInnen in der ambulanten ärztlichen Versorgung offensichtlich wird, sind neue Strukturen der Kooperation und der Integration von Sozialer Arbeit in die ambulante Gesundheitsversorgung notwendig. Darüber hinaus sollten mehr Informations- und Weiterbildungsangebote zu interkulturellen und interdisziplinären Themen für ÄrztInnen und SozialarbeiterInnen angeboten werden.

### Literatur

- APARICIO, M. L., DÖRING, A., MIELCK, A., HOLLE, R. (2005). Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsverhalten: eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000. *Soz.-Präventivmed.* (50) 107-118.
- BADE, K. J., OLTMER, J. (Hrsg.) (1999): *Aussiedler: deutsche Einwanderer aus Osteuropa*. Schriften des Instituts für Migrationsforschung und interkulturelle Studien (IMIS) der Universität Osnabrück. Osnabrück, Univ.-Verl. Rasch.
- BERLINER ÄRZTEKAMMER (2005). *Arztsuche Berlin* ([http://www.aerztekammer-berlin.de/50\\_Arzsuche/index.html](http://www.aerztekammer-berlin.de/50_Arzsuche/index.html)).

- BOLL- PALIEVSKAYA, D.(2005). Arzt-Patient-Verhältnis: Zusammenprall der Kulturen. Deutsches Ärzteblatt. 102, Ausg. 10 vom 11.03.2005: A-654 / B-548 /C-514.
- BORDE, T., BRAUN, T., DAVID, M.(2003). Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen – Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösungsansätze. Schlussbericht zum Forschungsprojekt (BMBF/Spitzenverbände der Krankenkassen, Förderkennzeichen 01 GL 0009) Berlin.
- CHRUSTALEVA, N. (2002). Die psycho-soziale Situation russischer Emigranten unter besonderer Berücksichtigung der deutschen Spätaussiedler. In: Aussiedler in der Berliner Schule: Chancen und Probleme. Berlin, Berliner Landesinstitut für Schule und Medien. 29-42.
- DAVID, M., BORDE, T. (2001) Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. Frankfurt/Main, Mabuse-Verlag.
- HOLBACH, M., GRÖSNER, G.G., HOLBACH, B., DITTEMEIER, E.(2004). Hepatitis B und C bei Spätaussiedlern. MMW-Fortschr. Med. Originallien II/2004 (146. Jg.). 81-85.
- ISOPLAN CONSULT (2004). AID Integration in Deutschland. Aktueller Informationsdienst zu Fragen der Migration und Integrationsarbeit. (1) 20. Jg.
- KUTSCHARSKI, O. (2006). Die Besonderheiten der ambulanten ärztlichen Versorgung der russischsprachigen PatientInnen in Berlin. Eine Herausforderung für die Soziale Arbeit? Diplomarbeit an der Alice Salomon Fachhochschule.
- LANDSMANNSCHAFT DER DEUTSCHEN AUS RUSSLAND (2005). Volk auf dem Weg. Nr. 7.
- MEUSER, M., NAGEL, U. (1997). Das Experteninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, B., Prengel, A. (Hrsg.) Handbuch. Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Juventa Verlag, Weinheim und München.
- OHLIGER, R., RAISER, U. (2005). Integration und Migration in Berlin, Zahlen – Daten – Fakten. Hrsg. Beauftragter des Senats von Berlin für Integration und Migration. ([http://www.berlin.de/imperia/md/content/sengsv/intmig/doku/zahlen\\_daten\\_fakten.pdf](http://www.berlin.de/imperia/md/content/sengsv/intmig/doku/zahlen_daten_fakten.pdf)).
- RAZUM, O., GEIGER, I., ZEËB, H., RONELLENFITSCH, U.(2004). Gesundheitsversorgung von Migranten. Deutsches Ärzteblatt, 101, Ausg. 43 vom 22.10.2004.
- ROBERT KOCH-INSTITUT (2002). Tuberkulose - RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten - Merkblätter für Ärzte ([http://www.rki.de/cln\\_011/nn\\_226738/DE/Cotent/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_\\_Mbl\\_\\_Tuberkulose.html](http://www.rki.de/cln_011/nn_226738/DE/Cotent/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber__Mbl__Tuberkulose.html)).
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2006). Leben in Deutschland - Haushalte, Familien und Gesundheit. ([http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2006/mikrozensus\\_2005i.pdf](http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2006/mikrozensus_2005i.pdf)). 75.

- WITTIG, U., MEHRBACH, M., SIEFEN, R. G., BRÄHLER, E. (2004). Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland. *Gesundheitswesen* 66, 85-92.
- ZENTRALRAT DER JUDEN IN DEUTSCHLAND: Regelung der Aufnahme von Juden aus der ehemaligen Sowjetunion bis Dezember 2004. (<http://www.zentralratjuden.de/de/topic/82.html>). Regelung seit 1. Januar 2005. Zentralrat der Juden in Deutschland. (<http://www.zentralratjuden.de/de/topic/83.html>).





# 7

Bilinguale Beratung im Jugendamt.  
Eine Selbstverständlichkeit  
oder Luxus?

## **7 Bilinguale Beratung im Jugendamt. Eine Selbstverständlichkeit oder Luxus?**

**Nursevim Tıǧlı**

### **Zusammenfassung**

Die Mehrsprachigkeit der Einwandererfamilien stellt für das Jugendamt eine Herausforderung dar, für die neue konzeptionelle und strukturelle Zugangswege erforderlich sind. In einer qualitativen Untersuchung zum Umgang von MitarbeiterInnen mit dem Sprachwechsel von deutsch-türkischsprachigen KlientInnen in der Beratung wurden Interviews mit bi- und monolingualen MitarbeiterInnen durchgeführt und vergleichend ausgewertet. Dabei wurde untersucht, in wie weit die Bilingualität im Beratungskontext als „Sprachkompetenz“ anerkannt ist und eingesetzt werden kann. Die Analyse der Interviews offenbart, dass es bilingualen MitarbeiterInnen besser gelingt, das individuelle Sprachlexikon bilingualer KlientInnen zu nutzen und daraus Ressourcen für die Beratung zu entwickeln, während monolinguale BeraterInnen eher das „Sprachdefizit“ wahrnehmen. Die institutionellen Rahmenbedingungen sollten weiter entwickelt werden, um die Potenziale der Mehrsprachigkeit besser zu nutzen.

## **7**

### **1 Einleitung**

Die Untersuchung von Uebelacker (2005) zum Bedarf an Sprach- und Kulturmittlung aus Sicht der MitarbeiterInnen des Bezirksamtes Friedrichshain-Kreuzberg in Berlin motivierte mich zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit meiner eigenen Sprachpraxis und der Bedeutung von Sprache in der Beratung. Denn als ich als Mitarbeiterin des Jugendamtes den Fragebogen ihrer Mitarbeiterbefragung ausfüllte, beantwortete ich die Frage, in welcher Sprache ich die türkische Klientel ohne Deutschkenntnisse berate, spontan mit „Türkisch“. Als ich den Fragebogen nach einigen Tagen wieder in die Hand nahm, war ich über meine Konstruktion und die Tabuisierung meiner tatsächlichen gleichzeitigen Anwendung von zwei Sprachen in der Beratung selbst erschrocken.

Die mit der Vielfalt verbundenen sprachlichen Ressourcen, die MigrantInnen mitbringen, sind offensichtlich nicht nur in der Öffentlichkeit sondern sogar bei denen, die in der Praxis zwei Sprachen verwenden, kaum anerkannt und geraten auch in wissenschaftlichen Arbeiten vollkommen aus dem Blick. Nur wenige empirische Untersuchungen befassen sich mit der Bedeutung der Zweisprachigkeit aus einer ressourcenorientierten Perspektive. So belegt Gogolin (2001),



dass die Sprachenvielfalt, die durch Zuwanderung in Deutschland vorhanden ist, als Ressource in der Arbeitswelt verschenkt wird.

Der Begriff Ressource ist das wichtigste Merkmal des von Bourdieu (1990) entwickelten Konzeptes eines ‚Sprachlichen Marktes‘. Danach hängt es vom sozialen Dominanzverhalten und von den herrschenden Sprachnormen, die über die Verwertungsbedingungen von Sprache in einer Gesellschaft auch die Preisbildung auf dem Markt bestimmen ab, ob und in wie weit die Sprache als sprachliches Kapital zum Einsatz kommt und damit als Ressource definiert wird. Da der Begriff Ressource auf ein Potenzial hinweist, ist die Frage, wie die in der Aufnahmegesellschaft eher gering geschätzte und auf dem sprachlichen Markt oft niedrig gehandelte Sprachkompetenz von MigrantInnen unter veränderten Marktbedingungen genutzt werden kann.

Ob bilinguale Ressourcen und entsprechende kulturelle Kompetenzen, die zum Beispiel in Netzwerken sprachlicher oder sozialer Minderheiten durchaus ihren Wert haben (vgl. Erfuhr, Budach, Hofmann 2003:12), auch in der Beratung genutzt werden können, ist eine der Fragen, auf die in der vorliegenden Untersuchung Antworten gesucht werden. Die zentrale Fragestellung dabei ist, in wie weit die Bilingualität im Beratungskontext als Sprachkompetenz anerkannt ist und ob der institutionelle Rahmen des Jugendamtes einen Raum für den Einsatz und die Ausschöpfung der Potenziale dieser Kompetenzen zulässt.

## **2 Kontext der Untersuchung**

### **2.1 Untersuchungsfeld Beratung im Jugendamt**

Der Wandel in den Bedingungen des Heranwachsens von Kindern und Jugendlichen, der durch immer vielfältigere Lebenskonzepte, Prozesse der Migration und der Niederlassung von Migrantenfamilien sowie durch die unterschiedlichsten Sozial- und Bedarfslagen von Familien bedingt ist, begründet die aktuelle Diskussion über den erforderlichen und erwünschten Grad an Fachlichkeit in der Kinder- und Jugendhilfe bei der Bewältigung der vielfältigen Herausforderungen und Aufgaben in den Arbeitsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe. Die zuständigen SozialarbeiterInnen sind gefordert neben ihren kommunikativen Fähigkeiten die Kompetenz einzubringen, sich in verschiedenen Welten mit sehr unterschiedlichen Kommunikationspartnern zu bewegen und dabei auch die Ressourcen der KlientInnen und deren Umfeld zu ermitteln. Dies setzt eine annehmende und respektierende Haltung auch gegenüber kultur- und sprachspezifischen Faktoren voraus. Wenn Fremdsprachen und/oder mehr oder weniger vorhandene Kompetenzen in der dominanten Kommunikationssprache im Spiel sind und damit auch soziokulturell geprägte Unterschiede in der

Kommunikation mitschwingen, wird die Entschlüsselung der Sprachsysteme noch komplizierter. Für die SozialarbeiterInnen folgt daraus, auch die eigene Person in ihrem jeweiligen Kontext zu beobachten und

*„sich als Teil eines umfassenden Kommunikationsverhältnisses und damit als Teil angestrebter Veränderungen bei den Adressaten zu erkennen.“(Effinger 2003:19).*

Die daraus zu ziehende Konsequenz wird offensichtlich: Wenn die eigene Sprachkompetenz der SozialarbeiterInnen nicht ausreicht, ist es notwendig für die Sprach- und Kulturmittlung eine professionelle Unterstützung wie z.B. Gemeindedolmetscher in Anspruch zu nehmen. Verschiedene Studien, die in diesem Band vorgestellt sind (Uebelacker, Cerniewski, Ledyaikina et al. sowie Verrept) weisen jedoch darauf hin, dass dies aus verschiedenen Gründen bisher unzureichend praktiziert wird.

#### 2.1.1 Aufgaben des Jugendamtes

Jugendämter sind in Berlin in verschiedene Abteilungen mit spezifischen Zuständigkeiten gliedert (vgl. Cernieski in diesem Band). Der Allgemeine Sozialpädagogische Dienst (ASD) des Jugendamtes ist die erste Anlaufstelle für Eltern, Familien, Kinder und Jugendliche, die im Jugendamt Beratung und Unterstützung suchen. Sein Auftrag ist im Sozialgesetzbuch (SGB) VIII definiert: Er soll den genannten Menschen Beratung anbieten und bei Bedarf Hilfen für Erziehung, insbesondere nach den §§ 27 ff. SGB VIII vermitteln und einleiten. Die Jugendgerichtshilfe (JGH) ist zwar in das ASD Team integriert, ihre Aufgaben beziehen sich aber auf die Beratung und Betreuung delinquenter Jugendlicher und deren Sorgeberechtigte (meistens deren Eltern beziehungsweise eines Elternteils). Ein weiteres Arbeitsfeld sind junge Volljährige und weitere Bezugspersonen während der gesamten Dauer des Strafverfahrens und auch darüber hinaus. Die Erziehungs- und Familienberatung (EFB) des Jugendamtes hat die Aufgabe der psychologischen und psychosozialen Diagnostik, Beratung und Therapie von Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien im Bezirk. Sie ist für Ratsuchende eine frei zugängliche, kostenlose Beratungsstelle für alle Fragen der Entwicklung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen und des familiären Zusammenlebens.

#### 2.1.2 MigrantInnen im Einzugsgebiet in Zahlen

Anhand der Daten des Jugendhilfeberichts sollen zunächst einige Fakten zur Bevölkerung im Einzugsgebiet etwas genauer skizziert werden. Auch wenn die

nun folgenden Zahlen auf der Staatsangehörigkeit der BewohnerInnen basieren, die nicht die (deutlich höhere) Anzahl der EinwohnerInnen mit Migrationshintergrund widerspiegeln, so lassen sie doch Rückschlüsse auf Migration und ethnische Vielfalt in diesem Bezirk zu.

Der Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg verzeichnet mit 125,1 Einwohner/ha. die höchste Bevölkerungsdichte aller Berliner Bezirke. Im Vergleich zu der durchschnittlichen Ausländerquote in Berlin (13,5%) und im Gesamtbezirk Friedrichshain-Kreuzberg (23,1%) ist der Anteil der EinwohnerInnen mit ausländischer Staatsangehörigkeit im Ortsteil Kreuzberg mit 31,7% überdurchschnittlich hoch (BA Fh-Kbg. 2005:12). Dies ist durch bestimmte Niederlassungsprozesse in den vergangenen Jahrzehnten in diesem Stadtteil v.a. von MigrantInnen aus der Türkei bedingt, die insgesamt in der Stadt die größte Migrantengruppe darstellen. So hatten nach Angaben des Statistischen Landesamtes Berlin am 30. Juni 2005 von den EinwohnerInnen in Berlins 3,5% eine türkische Staatsangehörigkeit. Im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg waren es 9,1% und im Ortsteil Kreuzberg 18,2%.

Der Einwohneranteil ohne deutschen Pass, in der für die Kinder- und Jugendhilfe bedeutsamen Altersgruppe von 0 bis 27 Jahren, lag im Dezember 2004 im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg bei 24% und im Ortsteil Kreuzberg bei 32% (BA Fh-Kbg. 2005:31).

### 2.1.3 Inanspruchnahme der Jugendhilfemaßnahmen gemäß SGB VIII

Im Jugendamt Friedrichshain-Kreuzberg wird eine Statistik geführt, die nicht nur den Ausländerstatus, sondern auch die Herkunft der Familien bzw. der Kinder und Jugendlichen erfasst, so dass sich für die einzelnen Aufgabenbereiche Angaben über die Inanspruchnahme der Dienste durch KlientInnen mit Migrationshintergrund machen lassen.

Jugenddelinquenz: Im Ortsteil Kreuzberg waren von den durch die Jugendgerichtshilfe beratenen 353 minderjährigen (14-18 Jahre) 34,7% und von 673 heranwachsenden (18 bis 21 Jahre) 31,5% Straftätern nicht deutscher Herkunft (BA Fh-Kbg. 2005:139ff).

Inanspruchnahme der Jugendberufshilfe gemäß §13,2 und 13,3 SGB VIII: Im Jahr 2004 wurden im Gesamtbezirk 282 laufende Hilfen beziehungsweise neu eingesetzte Jugendberufshilfen gezählt. 44% der männlichen und 19% der weiblichen LeistungsempfängerInnen hatten einen Migrationshintergrund aus der Türkei (BA Fh-Kbg. 2005:152 ff).

Inanspruchnahme der Erziehungs- und Familienberatung: Im Jahr 2004 wurden im Ortsteil Kreuzberg 526 Fälle abgeschlossen. 25% der KlientInnen kamen durch eine Empfehlung des Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienstes zur

Erziehungs- und Familienberatung. 21,3% der Mütter und 25% der Väter von insgesamt 697 ratsuchenden Eltern im Jahr 2004 waren türkischer Herkunft (BA Fh-Kbg. 2005:111 und 116).

Inanspruchnahme der Hilfe zur Erziehung gemäß §§ 27,3 ff SGB VIII: Im Gesamtbezirk wurden 3236 Hilfen zur Erziehung in Anspruch genommen, davon wurden 49,4% im Jahr 2004 neu gewährt. Im Jahr 2004 wurden im Ortsteil Kreuzberg insgesamt 2281 Hilfen zur Erziehung in Anspruch genommen, davon waren ca. die Hälfte neu eingeleitete Hilfen. Von diesen entfielen 64,5% auf ambulante, 14,3% auf teilstationäre und 21,2% auf stationäre Hilfen (2. JHB 2005:161ff). 28% der gewährten gesamten Jugendhilfen, 30% der ambulanten Hilfen, 33% der teilstationären Hilfen und 21% der stationären Hilfen haben Familien nicht deutscher Herkunft in Anspruch genommen (BA Fh-Kbg. 2005:171).

Die Ausführungen zeigen, dass MigrantInnen in allen Abteilungen des Jugendamtes eine relevante Gruppe darstellen. Gleichzeitig deuten sie darauf hin, dass der Migrantenanteil in einigen Bereichen, wie bei der Jugendberufshilfe, für männliche Jugendliche mit 44% offensichtlich überdurchschnittlich groß und im Bereich der stationären Hilfe zur Erziehung mit 21% eher unterdurchschnittlich ist.

Es ist davon auszugehen, dass bei den im Bezirk Kreuzberg lebenden MigrantInnen türkischer Herkunft die türkische Sprache neben der deutschen Sprache - auch bedingt durch die starke Präsenz der ethnischen Gruppe - nicht nur eine andere wichtige Erstsprache ist, sondern dass v.a. für Kinder und Jugendliche beide Sprachen eine relevante Rolle einnehmen.

## 7

### 2.2 Bilingualismus

Der pädagogische Diskurs über Bilingualität tritt in den letzten Jahren vor allem im Zusammenhang mit der Schule, insbesondere in Bezug auf die Schul- und Unterrichtsplanung, auf. Dabei fällt auf, dass in der pädagogischen Forschung überwiegend nur eine der Sprachen fokussiert wird und dabei fast ausschließlich die Defizite in der Deutschkompetenz von Migrantenkindern und -jugendlichen unter die Lupe genommen werden. Bevor die Untersuchung zum Sprachwechsel im Beratungskontext des Jugendamtes näher dargestellt wird, soll ein Blick auf die Forschung aus sprachwissenschaftlicher Sicht gerichtet werden, die eine Grundlage dieser Studie darstellt.

### 2.2.1 Unterschiedliche Definitionen des Bilingualismus

Das maximalistische Konzept definiert Bilingualismus als vollständige Sprachkompetenz von monolingualen Sprechern, die zwei Sprachen gleich verteilt in allen Bereichen beherrschen. Hier wird Bilingualität als muttersprachliche Kompetenz in zwei Sprachen verstanden (Blocher 1909, Blomfließ 1933, Braun 1937, zit. in Banaz 2002). Die minimalistische Definition von Bilingualität geht davon aus, dass eine minimale Sprachkompetenz für die Bezeichnung von Bilingualität eines Individuums ausreicht (Haugen 1953, Mc Namara 1969 zit. in Banaz 2002). Bei der maximalistischen Definition wird deutlich, dass der/die monolinguale SprecherIn als Skala auftritt. Bei diesen Definitionen wird ein Konzept der Ablehnung gegenüber ‚sprachlicher Hybridität‘ (Hinnenkamp 2002, 2005) deutlich, obwohl diese Hybridität längst auch in Deutschland - insbesondere in den Großstädten mit hohem Einwandereranteil - die Realität darstellt, da durch die SprecherInnen die Sprachgrenzen mutig und energisch übersprungen werden (vgl. Hinnenkamp 2005). Die Ablehnungstradition liegt im *common sense* des ‚monolingualen Habitus‘ (Gogolin 1994) und in der Ideologie der Einsprachigkeit, die Lüdi (1996a)

*„historisch in der idealistischen Vorstellung im Zusammenhang mit der europäischen Nationalstaatenbildung begründet, nach der Staat, Volk, Sprache und Nation homomorph zu sein hatten“ (Lüdi 1996b:322, zit. in Hinnenkamp 2005:8).*

### 2.2.2 Einbettung der Muttersprache in die Bilingualität

Dirim (2001) beschreibt die Muttersprache als den ersten sprachlichen Zugang des Kindes zur Welt. In der Kindheit ist die Muttersprache die wichtigste Ressource für die Aneignung lebenswichtiger Zusammenhänge. Demzufolge stellt die Herkunftssprache für viele Kinder und Zuwanderer unter anderem eine ausbauwürdige Wissens- und Kommunikationsressource dar.

Die individuelle sprachliche Ausgangssituation der ZuwanderInnen ist in unterschiedlicher Weise mehrsprachig. Die Amtssprachen ihrer Herkunftsländer sind in den mehrsprachigen Ländern nicht unbedingt identisch mit den tatsächlichen Erstsprachen, da die SprecherInnen auch in den Herkunftsländern sprachlichen Minderheiten angehören können. Das Prestige oder das Stigma der Herkunftskultur und -sprache wird während der Migration im „Gepäck“ mitgenommen. Die Beibehaltung und die Aktivierung der Muttersprache und ob diese als Ressource wahrgenommen wird, hängen insbesondere von der Gesellschaft beziehungsweise der Sprachpolitik des Aufnahmelandes ab. Für den bilingualen Beratungsprozess im Jugendamt hat die Muttersprache neben der kommunikativen auch eine affektive und eine kognitive Bedeutung.

### 2.2.3 Sprachwechsel und Funktion des Code-switching

„Code-switching bezeichnet im allgemeinen die Verwendung zweier (oder auch mehr) Sprachen innerhalb eines Gesprächs.“ (Hinnenkamp 2000:4). Wenn bilinguale Menschen miteinander kommunizieren, beschränken sie sich nicht nur auf eine Sprache, sondern nutzen ihre sprachlichen Ressourcen optimal aus, indem sie auch zwischen den ihnen zur Verfügung stehenden Sprachen hin- und herwechseln. Einzelne Wörter, die morphologisch in das andere Sprachsystem eingebettet sind, werden als ‚Entlehnung‘ bezeichnet. Diese Lehnwörter sind in einer monolingualen Sprachgemeinschaft weit verbreitet, sozial akzeptiert und gehören zum allgemeinen Wortschatz.

Während für außen stehende monolinguale SprecherInnen Code-switching als eine Art „Kuddelmuddel“ erscheint, nimmt Code-switching zahlreiche pragmatische und kommunikative Funktionen ein. So stellte Auer (1980) fest, dass es zwischen der gewählten Sprache und den Merkmalen der sozialen Situation Zusammenhänge wie „Zahl und Kategorisierbarkeit der Teilnehmer, Thema der Interaktion, lokalen und institutionellen Kontext etc.“ gibt (Auer 1980 zit. in Dirim 1998:21).

Appel u. Muysken (1987 zit. in Banaz 2002) beschreiben verschiedene funktional-soziale Gründe des Sprachwechsels. In ihrem Modell wird deutlich, dass Code-switching eine bilinguale Strategie ist, die sowohl bewusst als auch unbewusst eingesetzt wird. Die Autoren unterscheiden

- *die referentielle Funktion:* Wenn dem/der SprecherIn das passende Wort nicht einfällt, oder es gar nicht in der einen Sprache existiert oder eine Umschreibung viel zu kompliziert wäre, findet ein Sprachwechsel statt.
- *die direkte Funktion:* Hier wechseln die SprecherInnen in die andere Sprache, um entweder eine/n SprecherIn bewusst auszuschließen, oder um ihn in die Konversation mit einzubeziehen. Blom u. Gumperz (1972: 408f. zit. in Banaz 2002:72) bezeichnen dies als das „*situative Code-switching*“.
- *die expressive Funktion:* Mit dem Code-switching wird durch den Sprachwechsel keine bestimmte Absicht verfolgt, sondern er vollzieht sich unbewusst. Bilinguale SprecherInnen wechseln permanent die Sprachen, um damit ihre doppelte Identität auszudrücken.
- *die phatische Funktion:* Wenn der/die bilinguale SprecherIn von einer in die andere Sprache wechselt, um den Ton der Konversation zu ändern, wird von der phatischen Funktion gesprochen. Beim metaphorischen Code-switching findet ein Sprachwechsel innerhalb einer Situation und bei gleich bleibender Beteiligtenkonstellation statt, der zudem eine kommunikative Bedeutung hat. Blom u. Gumperz (1972:408f. zit. in Banaz 2002:72) nennen dies das „*metaphorische Code-switching*“.

Durch den Wechsel von der einen in die andere Sprache beabsichtigt der/die SprecherIn beim/bei der EmpfängerIn eine bestimmte Einstellung beziehungsweise Haltung zu dem Gesagten hervorzurufen.

- *die metalinguistische Funktion*: Diese Funktion des Code-switching bedeutet, dass sich die SprecherInnen durch den Sprachwechsel direkt oder indirekt über die Sprachen äußern.
- *die poetische Funktion*: Die/der Sprecher/in wechselt zwischen den Sprachen, um Witze oder Wortspiele in der anderen Sprache auszudrücken.

Bei bilingualen MigrantInnen sind je nach Sprachkontext bestimmte Ausdrücke in der einen oder in der anderen Sprache greifbarer, da sie häufiger eingeübt werden. Durch Code-switching können den GesprächsteilnehmerInnen auch bestimmte Effekte signalisiert werden.

### **3 Studie zum Umgang von MitarbeiterInnen des Jugendamtes mit dem Sprachwechsel von deutsch-türkischsprachigen Jugendlichen und Familien im Beratungskontext**

#### 3.1 Ziele und Fragestellungen der Untersuchung

In der Jugendberatung habe ich überwiegend mit Familien und Jugendlichen zu tun, die selbst zweisprachig aufgewachsen sind und in der Kommunikation je nach sozialem und thematischem Kontext beide Sprachen anwenden. Dennoch frage ich, wenn eine Familie mit Migrationshintergrund aus der Türkei zu mir in die Beratung kommt, mit der Perspektive des monolingualen Sprechens, in welcher Sprache sich die Familie die Beratung wünscht (Deutsch oder Türkisch). Meist kommt es zu einer Entscheidung für eine der beiden Sprachen, dennoch fällt auf, dass sich Familien und insbesondere Jugendliche in der Beratung immer wieder des linguistischen Phänomens des *Code-switching* bedienen und dabei beide Sprachen anwenden.

Die Mehrsprachigkeit und der Sprachwechsel stellen eine spezifische Anforderung in der Beratung dar und erfordern u.a. Kenntnisse und Empathie, um diese zu deuten und angemessen damit umzugehen. In der sozialen Arbeit insbesondere in der Jugendhilfe werden die deutschen Sprachkompetenzen von MigrantInnen vor allem in Bezug auf Defizite beurteilt. Als Ressource wird die Zweisprachigkeit bisher nur im Rahmen der interkulturellen Pädagogik und Bildung thematisiert und untersucht. Nach Hinnenkamp (2005) sind die Vielsprachigkeit, die Mischungen und Kreuzungen ansonsten einem Nischenda-

sein vorbehalten und werden in den Institutionen kaum als Kommunikationssprache miteinbezogen.

Zur bilingualen Beratung liegen zumindest aus Deutschland bisher keine anderen Untersuchungen vor, so dass diese Untersuchung auch das Ziel verfolgte, neue Erkenntnisse zum Sprachwechsel und der Bedeutung der bilingualen Beratung im Hinblick auf die ressourcenorientierte Beratung herauszuarbeiten.

### 3.2 Zur Methodik der Untersuchung

Die hier dargestellten Ergebnisse sind Teil einer größeren Untersuchung zum Sprachwechsel, die neben der Befragung von MitarbeiterInnen auch eine Analyse von Beratungsgesprächen unter Anwendung der ethnomethodologischen Gesprächsanalyse umfasst (Tıǧlı 2006). Da sich dieser Beitrag auf die Sicht der MitarbeiterInnen auf den Sprachwechsel konzentriert, wird hier nur kurz auf den methodischen Zugang zu der MitarbeiterInnenbefragung eingegangen.

Die Frage, welche Unterschiede es im Umgang mit Bilingualität und *Code-switching* zwischen den MitarbeiterInnen im Jugendamt gibt, konnte nur unter Miteinbeziehung mono- und bilingualer MitarbeiterInnen herausgearbeitet werden. Da im Jugendamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin inzwischen fünf MitarbeiterInnen (zwei in der Jugendberatung des Sozialpädagogischen Dienstes, zwei in der Erziehungs- und Familienberatung und eine in Jugendgerichtshilfe) mit Migrationshintergrund aus der Türkei tätig sind, die alle in der Beratung je nach Sprachkompetenz der beteiligten Ratsuchenden in türkischer und deutscher Sprache beraten, bot sich dieser Standort für die Untersuchung an. Darüber hinaus war mein Zugang zu diesem Jugendamt und den MitarbeiterInnen durch meine eigene Tätigkeit in der Jugendförderung Kreuzberg seit 1998 und im ASD in Kreuzberg seit Oktober 2002 begünstigt.

Anhand eines qualitativen Zugangs, der einerseits die Möglichkeit bietet, die Fragestellungen und Hypothesen zu überprüfen, und der andererseits neue „Entdeckungen“ nicht versperrt (Kleining 1994), wurden MitarbeiterInnen des Jugendamtes, die hauptsächlich in der Beratung tätig sind, befragt. Für die Interviews wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, der neben soziodemographischen und berufsbezogenen Aspekten v.a. Fragen zum Umgang mit Bilingualität und dem Sprachwechsel in der Beratung mit Migrantenfamilien enthielt. Die Interviews wurden nach der bei Meuser u. Nagel (1991) beschriebenen Methode strukturiert und ausgewertet. Dabei flossen die vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Bilingualität und *Code-switching* ein. Die Interviews zielten darauf ab, das Erfahrungswissen und den Umgang der MitarbeiterInnen in der Beratung mit bilingualer Klientel im Jugendamt zu erheben und die Perspektiven



monolingualer und bilingualer Mitarbeiterinnen zu vergleichen.

Vor der Durchführung der Untersuchung wurde das Untersuchungskonzept der regionalen Leitung des ASD vorgelegt. Nach ihrer Zustimmung wurde auch von der Fachdienstleiterin ein schriftliches Einverständnis eingeholt und diese dem Jugendamtsdirektor zur Kenntnis gegeben.

Insgesamt umfasste das Sample sechs Mitarbeiterinnen. Eingeschlossen waren jeweils eine bilinguale Mitarbeiterin der Erziehungs- und Familienberatungsstelle (EFB), der Jugendgerichtshilfe (JGH) und des Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienstes (ASD) sowie drei Mitarbeiterinnen deutscher Herkunft des ASD, wovon eine Türkischkenntnisse hatte.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Kommunikationspraxen

#### 4.1.1 Kommunikationspraxis monolingualer Mitarbeiterinnen

Alle befragten monolingualen Mitarbeiterinnen beraten ihre KlientInnen in deutscher Sprache. Eine Mitarbeiterin gibt an, dass sie sich für das Erstgespräch im Voraus erkundigt, ob die Anwesenheit einer Dolmetscherin als notwendig erachtet wird. Die Mitarbeiterin mit Türkischkenntnissen berichtet, dass sie die türkische Sprache in der Beratung nicht nutzt. Die monolingualen Mitarbeiterinnen geben Hinweise auf institutionelle und individuelle Arrangements für die Sprachpraxis mit Klientel. Jedoch wird mit Äußerungen wie „Klar ist, das geht nur auf deutsch.“, eine Haltung sichtbar, dass die Klientel über Deutschkenntnisse verfügen sollte, um die Kommunikation in der Beratung sicherzustellen. Überwiegend wird von den KlientInnen erwartet, dass sie „diejenigen“ sind, „die hier Deutsch sprechen müssen und nicht Türkisch“. Die Initiative von KlientInnen, sich trotz geringer Deutschkompetenz auf Deutsch zu verständigen, wird lobend exemplifiziert.

*„Sie ackern unendlich viel, mir es auf Deutsch verständlich zu machen, trotz Anwesenheit einer türkisch sprechenden Fachkraft.“*

Die Mitarbeiterinnen sind der Ansicht, dass es diesen KlientInnen selbst wichtig sei, sich mit ihnen auf Deutsch zu verständigen und kommen zu dem Schluss „Das ist doch meistens so, dass man sich doch miteinander verständigen kann.“

Während die Mitarbeiterin mit Türkischkenntnissen nie einen Sprachwechsel in der Beratung wahrnimmt - es sei denn, dass sie sich ausdrücklich von den bilingualen Anwesenden eine Übersetzung wünscht - berichtet eine andere, dass es

in ihrer Beratung sehr oft zum Sprachwechsel kommt und zwar vor allem dann, wenn die Familienmitglieder während der Beratung untereinander kommunizieren. Die Mitarbeiterin wird dann vorerst aus der Kommunikation ausgeschlossen. Nach der muttersprachlichen Kommunikation der Familienmitglieder oder wenn die Mitarbeiterin diese unterbricht, werde sie jedoch über den Inhalt des Gesprächs in Kenntnis gesetzt. So kommt es vor, dass sie selbst den Sprachwechsel der KlientInnen initiiert, um sich besser verständigen zu können.

*„Wenn ich bewusst gesagt habe, diesen Teil möchte ich jetzt, dass das auch übersetzt wird, dirigiere ich den Sprachwechsel. Mir ist aufgefallen ich dirigiere das auch sehr.“*

Es zeigt sich, dass die monolingualen Mitarbeiterinnen den Sprachwechsel in der Beratung ausschließlich bei KlientInnen wahrnehmen, die nur über geringe Deutschkenntnisse verfügen. Bei KlientInnen, die einigermaßen gut Deutsch sprechen, sei die Beteiligung einer dritten bilingualen Person nicht nötig, so dass ein Sprachwechsel im Beratungsgespräch entfallt.

Als gemeinsame Erfahrung lässt sich aus den Interviews mit den monolingualen Mitarbeiterinnen dennoch festhalten, dass bei KlientInnen mit geringen Deutschkenntnissen, die ohne Beteiligung einer dritten Person mit den Mitarbeiterinnen in deutscher Sprache kommunizieren, eine gewisse Sprachlosigkeit wahrgenommen wird.

## 7

### 4.1.2 Kommunikationspraxis der bilingualen Mitarbeiterinnen

Bei allen befragten bilingualen (deutsch-türkisch) Mitarbeiterinnen bestimmen die Klientinnen mit Migrationshintergrund aus der Türkei überwiegend selbst die Kommunikationssprache in der Beratung. Durch die Frage: *„In welcher Sprache sollen wir sprechen?“* eröffnet sich für die KlientInnen die Möglichkeit, sich in zwei Sprachen zu bewegen. Die Beraterin gibt ihrem Gegenüber die Sicherheit, in beiden Sprachen kommunizieren zu können. Die Kommunikation wird dann auf Deutsch, Türkisch und zum Teil auch in beiden Sprachen gewünscht und durchgeführt. Die Mitarbeiterinnen heben hervor, dass die türkische Sprache in der Beratung überwiegend von der ersten Generation bzw. *„älteren Eltern“*, *„Elternteile, die durch Heirat nach Deutschland eingewandert sind“*, und MigrantInnen mit kurzer Aufenthaltsdauer in Deutschland gewünscht wird. Während die deutsche Sprache eher in der Beratung mit Kindern und Jugendlichen und einem Teil der zweiten Migrantengeneration sowie bei AkademikerInnen verwendet wird. Zweisprachig erfolge die Beratung meist dann, wenn KlientInnen die Anwendung beider Sprachen wünschen oder wenn sie mitteilen, dass es ihnen egal sei, in welcher Sprache die Beratung durchgeführt werde.

Die bilingualen Mitarbeiterinnen bemerken, dass das Angebot der muttersprachlichen Beratung von den KlientInnen sehr positiv aufgenommen wird und dass auch Ratsuchende mit sehr guter Deutschkompetenz, über die Möglichkeit in der Beratung Türkisch reden zu können, erfreut sind. In den Interviews rekonstruieren alle drei Mitarbeiterinnen ihre Beratungspraxis und berichten von häufigem Sprachwechsel und Sprachmischung während der Beratung. Indem sie sich auf die Sprache einlassen, die gewünscht wird, kommt es vor, dass sie selbst die Sprache wechseln, wenn die KlientInnen sich in zwei Sprachen bewegen. „...ich kann je nach Wunsch Türkisch und Deutsch reden oder eben switchen.“ In den Interviews äußern sich alle drei bilingualen Mitarbeiterinnen zu ihrem eigenen Code-switching. Zwei Mitarbeiterinnen heben die eigene Freude hervor, zwischen den Sprachen hin und her wechseln zu können. Die andere, die selbst der zweiten Migrantengeneration zuzurechnen ist, wechselt die Sprache, indem in der Beratung monolinguale Sprachgrenzen übersprungen und in einer hybriden Sprache miteinander kommuniziert werde.

Während Angehörige der älteren Generation in der Beratung viele deutsche Lehnwörter nutzen, wird auch beobachtet, dass die Eltern zwar nicht die Sprache wechseln, aber deutschsprachigen Gesprächen zwischen ihren Kindern und der Mitarbeiterin folgen und verstehen würden. Dabei sei eher selten zu erleben, dass die Eltern mit den Kindern und Jugendlichen „zwischen Deutsch und Türkisch hin und her geredet haben, dass sie nachgefragt haben, was geredet wurde (...)“.

Den Sprachwechsel erklären die bilingualen Mitarbeiterinnen damit, dass die eingangs gestellte Frage den KlientInnen die Möglichkeit bietet, die Sprache zu wählen, in der sie sich „am besten“ äußern können. Während eine Mitarbeiterin den Sprachwechsel als innere Welt der bilingualen Individuen bewertet, die durch den Sprachwechsel dargestellt werden kann, steht für eine andere bilinguale Mitarbeiterin eher die „saubere Trennung“ beider Sprachen im Vordergrund. Sie bietet zwar den KlientInnen „die Anwendung von beiden Sprachen“ an, möchte sich aber nicht „von vornherein auf die Anwendung von beiden Sprachen einstellen“. Sie hat den Eindruck, dass es der Klientel gar nicht auffällt, dass sie die Sprachen wechseln.

*„Ich mache das, ich mache das öfter. Ich konfrontiere die Jugendlichen oder die Eltern damit und frage, wollen Sie nur in türkischer Sprache oder in deutscher Sprache reden. Können sie sauber trennen, oder soll ich mich von vornherein auf die Anwendung von beiden Sprachen einstellen. Sie können alles haben. Und dann wird ihnen das bewusst und sie sagen, ja, jetzt reden wir Türkisch und merken dann, dass sie gar nicht mehr rein Türkisch reden. Irgendwann haben sie dann wieder diese Kontrolle verloren und bedienen sich wieder beider Sprachen.“*

## 4.2 Funktionen des Sprachwechsels

Bis auf die poetische Funktion des Sprachwechsels finden sich in den Schilderungen der Mitarbeiterinnen alle anderen oben aufgeführten Funktionen des Sprachwechsels (Appel u. Muysken 1987 zit. In Banaz 2002), obwohl die Befragten äußern, sich darüber noch nie Gedanken gemacht zu haben. Sie nehmen die Funktionen des Sprachwechsels mehr oder weniger wahr und nutzen diese für ihre Beratungstätigkeit viel mehr intuitiv und seltener reflektiert. Sie nehmen die Funktion des Sprachwechsels überwiegend als authentische Form der Zweisprachigkeit wahr, da dies ihrer eigenen Sprachpraxis, auch außerhalb ihrer beruflichen Tätigkeit, mit bilingualen Personen entspricht.

Die monolingualen Mitarbeiterinnen halten überwiegend die direkte Funktion des Sprachwechsels für wichtig, insbesondere um die Klientel mit geringen Deutschkenntnissen in die Beratung mit einzubeziehen. Die Analyse der Interviews offenbarte verschiedene Funktionen des „Code-switching“ in der Beratung, die im Folgenden beispielhaft vorgestellt werden.

### 4.2.1 Referentielle Funktion des Sprachwechsels

Die referentielle Funktion des Sprachwechsels wird von allen bilingualen Mitarbeiterinnen und einer der monolingualen Mitarbeiterinnen (die professionelle SprachmittlerInnen in Anspruch nimmt) beschrieben. Bilinguale haben beide Sprachen als Ressource, die sie einsetzen können, wenn die KommunikationspartnerInnen auch bilingual sind. Durch die bilinguale Beratung ist es den KlientInnen möglich, ihr individuelles Lexikon in beiden Sprachen zu aktivieren und zu nutzen, um Unterbrechungen zu vermeiden, die in einem monolingualen Gespräch entstehen können. Hier werden auch die Lehnwörter aus den beteiligten Sprachen hervorgehoben.

*„(...) weil man beide Sprachen benutzen darf und die beiden Sprachen ihre Stärken und ihre Schwächen haben und das erleichtert, weil man weiß, das Gegenüber versteht einen.“*

### 4.2.2 Direkte Funktion des situativen Code-switching

Alle monolingualen Mitarbeiterinnen initiieren zum Teil bewusst einen situativen Sprachwechsel (welcher der direkten Funktion zuzuordnen ist), um Familienmitglieder mit geringen oder keinen Deutschkenntnissen an dem Beratungsgespräch zu beteiligen. Die Dauer und Intensität der Sprachwechsel hängt jeweils von der Initiative der Mitarbeiterinnen ab. Dabei geht es entweder darum, dass

sie von den Familien Informationen über bestimmte Themen benötigen oder dass ihre eigenen Mitteilungen von bestimmten Familienmitgliedern unbedingt verstanden werden sollen. Meist geschieht dies, wenn (informelle oder professionelle) Sprachmittler anwesend sind.

*„Es gibt dann Gesprächsequenzen, in denen ich die [bilingualen] Fachkräfte eindeutig als meine Sprachmittler benutze, um meine Frage an die Eltern zu übersetzen. Weil ich die Antwort haben möchte. Wenn ich keine Fragen stelle, dann kriege ich keine Antworten.“*

Auch die KlientInnen arrangieren sich im situativen Sprachwechsel, da sie je nach eigenen Kompetenzen in unterschiedlichen Sprachen einmal dem/der SprachmittlerIn zugewandt Türkisch, einmal der monolingualen Mitarbeiterin zugewandt Deutsch sprechen. Die befragten monolingualen Mitarbeiterinnen berichten auch von einem situativen Sprachwechsel der KlientInnen, die aus den Beratungssituationen aussteigen, um untereinander bestimmte Themen zu klären, die danach der Mitarbeiterin übersetzt werden.

Sprachwechsel kann sowohl zum Einschluss als auch zum Ausschluss von Anwesenden eingesetzt werden. Bei den bilingualen Mitarbeiterinnen entspricht der Sprachwechsel dann der direkten Funktion, wenn sie ihn einsetzen um alle Anwesenden an dem Gespräch zu beteiligen. Während sie überwiegend mit den Eltern Türkisch sprechen, sprechen sie mit den Jugendlichen eher Deutsch oder auch gemischt.

Die bilingualen Mitarbeiterinnen berichten auch über den Wechsel von Türkisch auf Deutsch, um ein Familienmitglied bewusst aus dem Gespräch auszuschließen. Das betrifft dann bei Jugendlichen meist deren Eltern(teile) oder bei Eheleuten den/die EhepartnerIn, die durch eine Heirat nach Deutschland eingewandert ist und daher über keine Deutschkenntnisse verfügt.

#### 4.2.3 Metaphorische Funktion des Code-switching

Das metaphorische Code-switching (Blom u. Gumperz 1972) bzw. die phatische Funktion des Sprachwechsels (Appel u. Muysken 1987) wird von allen bilingualen und einer monolingualen Mitarbeiterin dargestellt.

Die monolinguale Mitarbeiterin macht die Erfahrung, dass viel mehr verstanden wird, wenn Sprichwörter zur Erklärung von Erlebnissen eingesetzt werden. Der Einsatz von Sprichwörtern und Allegorien wird dann als zutreffende Bezeichnung wahrgenommen. „Den Menschen fällt es schwer, das so zu sagen, zu beschreiben, um was es geht. Ich merke das auch, wenn ich was mit einem deutschen Wort beschreibe, dass es das nicht trifft.“ Eine bilinguale Mitarbeiterin berichtet

von ihrer Erfahrung, dass Eltern in die deutsche Sprache wechseln, wenn sie „ihre Kinder belehren und im Kontakt mit der Schule sind“.

#### 4.2.4 Die metalinguistische Funktion

Bilinguale Mitarbeiterinnen heben ebenso die metalinguistische Funktion des Sprachwechsels hervor und stellen Erfahrungen dar, in denen Familienmitglieder den Mitarbeiterinnen zeigen wollen, dass sie Deutsch sprechen können. Auch in den Berichten der monolingualen Mitarbeiterinnen wird das Streben nach Anerkennung der Bemühungen der Klientel, in der deutschen Sprache zu kommunizieren, deutlich, wie folgendes Beispiel zeigt:

*„(...) die Eltern, die sehen das als ihren erlernten Schatz, wenn sie switchen. Also, sie wollen zeigen, dass sie Deutsch können, um es zu präsentieren das ist so meine Beobachtung.“*

Eine weitere metalinguistische Funktion des Sprachwechsels wird bei den bilingualen KlientInnen auch in Bezug auf die Regelung von Distanz und Nähe zum eigenen emotionalen Zustand beobachtet.

*„Ich denke, es hat auch mit Distanz-Nähe-Regulierung zu tun. (...) wenn es zu emotional wird, zu viel an Gefühlen hochkommen könnte, dass sie dann auch in die deutsche Sprache reinrutschen, dann einfach emotional Distanz aufbauen. (...), dass die Person, wenn sie mir etwas auf Türkisch erzählt, Angst bekommt von den Gefühlen überflutet zu werden und deswegen auf einmal beginnt Deutsch zu sprechen, um einfach Distanz zur ihren Gefühlen zu bekommen.“*

Ebenso wird geschildert, dass bei KlientInnen mit hoher bilingualer Kompetenz die Nähe bzw. Distanz zu den eigenen Emotionen in beiden Sprachen in unterschiedlicher Weise gegeben ist. Es scheint abhängig von der Sprache zu sein, welche emotionale und affektive Bedeutung diese für die Person hat.

Alle bilingualen Mitarbeiterinnen erwähnen fast nebenbei, dass der Sprachwechsel in der Beratung auch die Funktion übernimmt „über sich selbst mehr Informationen zu geben“. So sei es KlientInnen mit bilingualen Kompetenzen in der Beratung mit bilingualen Mitarbeiterinnen durch den Sprachwechsel möglich, „sich so authentisch [zu] zeigen (...), wie sie es fühlt, wie sie in dem Augenblick denkt ohne sich zu kontrollieren“.

#### 4.3 Einfluss des Sprachwechsels auf den Beratungsprozess

Die befragten Beraterinnen reflektieren den Einfluss des Sprachwechsels auf die Beratung in unterschiedlicher Weise. Während es den bilingualen Mitarbeiterinnen offensichtlich gelingt, durch den Sprachwechsel „den Faden nicht [zu] verlieren“ und eine bessere Verständigung zu ermöglichen, scheint bei den monolingualen Mitarbeiterinnen der von ihnen selbst initiierte Sprachwechsel vor allem dann eine Rolle zu spielen, wenn sie selbst nicht verstehen, sich nicht verstanden fühlen oder „wenn es zu lange dauert“.

Um die KlientInnen zu verstehen bzw. als Beraterin selbst verstanden zu werden, scheint die Kommunikationssprache für die bilingualen Mitarbeiterinnen keine Rolle zu spielen. Für sie steht das Verstehen, der Kontext, in dem sie den KlientInnen begegnen und die Notwendigkeit, die Aufgaben der Institution zu erfüllen, im Vordergrund. Die gesellschaftliche Anforderung, dass MigrantInnen die deutsche Sprache erwerben sollten, verliert in diesem Kontext an Bedeutung. Eine typische Aussage für diese Haltung der bilingualen Mitarbeiterinnen lautet z.B. „(...) hier bekommen sie bei mir keinen Sprachkurs. Hier geht es darum, dass sie den Inhalt begreifen.“

Sie äußern sich überwiegend aus der Perspektive der KlientInnen mit Migrationshintergrund und heben in den Interviews ihre Haltung hervor, dass die KlientInnen ein Recht haben, verstanden zu werden. Gleichzeitig führen sie aber auch aus, dass Verständigung nicht nur eine sprachliche Ebene hat, sondern dass darüber hinaus Fachwissen und Bildung eine wichtige Rolle spielen.

*„(...) das möchten sie so gut wie möglich, also sprachlich gut verstehen. (...) manchmal verstehen sie auch in beiden Sprachen nicht den Inhalt. (...) weil das um juristische Prozesse geht. Ich versuche trotzdem zu vereinfachen, um ihnen verständlich zu machen. Ich beschreibe praktisch die Situation. Trotzdem bleibt immer noch ein Rest offen, den sie nicht verstehen.“*

*„Wir haben hier mit Klienten zu tun, die eine geringe Bildung haben und dementsprechend ihre Gefühle nicht richtig ausdrücken können.“*

Auch die monolingualen Mitarbeiterinnen betonen ihre Erwartung, von der Klientel verstanden zu werden und ihr Bedürfnis mit Sicherheit zu wissen, was tatsächlich verstanden wurde. „Es machte mich unzufrieden, nicht zu wissen, was alles verstanden wurde.“

Die Darstellung der monolingualen Mitarbeiterinnen verdeutlicht, dass die Verständigung trotz aller Mühe der KlientInnen und trotz eigener Bemühungen sich über (meist nicht informelle) Sprachmittler verständlich zu machen, nicht

immer gelingt. So gibt es auch aus ihrer Sicht „(...)die Hand voll [KlientInnen], die mich nicht verstehen, nicht verstanden haben.“ oder „Es ist mir auch schon mal passiert, dass ich gar nichts verstehe auch über Dolmetscher.“

Verstehen und verstanden werden wird von den monolingualen Mitarbeiterinnen vor allem in Bezug auf Gesprächssequenzen thematisiert, in der die Familienmitglieder untereinander, mit Begleitpersonen, mit bilingualen Fachkräften oder Sprachmittlern auf Türkisch sprechen. In gedolmetschten Gesprächen bzw. beim Sprachwechsel sehen die monolingualen Mitarbeiterinnen einerseits eine besondere Möglichkeit, auf die nonverbale Kommunikation zu achten und die Interaktion der Familienmitglieder untereinander zu beobachten. Dabei nehmen sie den veränderten Kommunikationsstil unter den Familienmitgliedern wahr, wenn diese Türkisch sprechen. Die KlientInnen wirkten dann „viel lebendiger“ - „ (...) wenn sie Deutsch reden, sind sie so sehr angestrengt, sehr starr“. Sie erfahren diese Sequenzen als Pause, in der sie die Beratung reflektieren und neue Fragen formulieren, andererseits werden der Aufwand und die längere Dauer der Gespräche aber problematisiert.

*„In diesen Momenten von Pausen, komme ich zur Ruhe und kann noch mal nachdenken. Ich kann noch mal für mich reflektieren. Ich kann überlegen, was war gerade das Thema, was ist gerade gesagt worden, wann beschreibt man das. Die Beratung dauert halt ein bisschen länger. Es nimmt mehr Zeit in Anspruch.“*

7

Wenn der Sprachwechsel von Deutsch zu Türkisch nach den Wertmaßstäben der monolingualen Mitarbeiterinnen zu lange dauert und diese „keinen Zugang finden“ oder dem Gespräch nicht folgen können, werden diese Sequenzen häufig als „vom Thema weggehen“ oder „Themen ausweichen“ interpretiert. Da sie in solchen Situationen zwar die Emotionen, aber nicht gleichzeitig den Inhalt des Gesprächs in Erfahrung bringen, werden sie auch als „zu emotional“ empfunden. Das Gefühl ausgeschlossen zu sein, steigert offenbar die Wahrnehmung der Dauer dieser Gesprächssequenzen, so dass die Mitarbeiterinnen mehrfach berichten, dass sie dann intervenieren, um diese Sequenzen zu verstehen, zu verkürzen oder gar zu beenden.

In der Zusammenarbeit zwischen bi- und monolingualen MitarbeiterInnen birgt die unterschiedliche Kompetenz in Umgang mit dem Sprachwechsel durchaus Konfliktpotenzial. So wird die Intervention der Fachkräfte deutscher Herkunft im Beratungsprozess von einer bilingualen Mitarbeiterin als störend und eingrenzend empfunden. Sie gelangt zum Urteil, dass die deutschen KollegInnen die Kommunikation in türkischer Sprache im Beratungsgespräch akzeptieren sollten, zumal die Transparenz durch die spätere Übersetzung wieder hergestellt würde.



*„Wenn deutsche Kollegen oder Kolleginnen dabei sind, wird immer darauf gepocht, es soll auf Deutsch gesprochen werden. (...) Es ist sehr störend, es ist störend auch für die Klientel. Ich finde wichtig, dass die deutschen Kolleginnen zulassen, dass die eben auf Türkisch reden können, ich übersetzte es ja danach.“*

#### 4.4 (Re)Konstruktion der Differenz und der Gemeinsamkeiten

##### 4.4.1 Gemeinsame Herkunft und kollektive Sprachidentitäten

Alle bilingualen Mitarbeiterinnen berichten über ihre Erfahrungen, dass türkischsprachige KlientInnen sich sehr freuen bzw. ausdrücklich wünschen von eine/r Mitarbeiter/in mit Migrationshintergrund (aus der Türkei) beraten zu werden. Überwiegend bewerten sie den Sprachwechsel in der Beratung als „etwas Normales“, was für sie „selbstverständlich“ sei. Sie erklären es sich damit, „dass die Klienten denken, das ist eine Beraterin, die einen ähnlichen Hintergrund hat wie ich, die verstehen kann, wenn ich in beiden Sprachen fühle, denke“.

Die eigene Zweisprachigkeit wird als „das Gemeinsame“ mit den KlientInnen hervorgehoben, das sie „verbindet“. Sie kennen es aus eigener Erfahrung, dass sie in der Kommunikation mit bilingualen Menschen „gerne switchen“.

*„Wenn die Familienmitglieder die Sprache wechseln, (...) repräsentiert das für mich auch ein Stück meiner inneren Welt.“*

##### 4.4.2 Zugang zu den KlientInnen

Trotz des Anspruchs der befragten Mitarbeiterinnen deutscher Herkunft KlientInnen mit Migrationshintergrund aus der Türkei wie deutsche Klientel zu behandeln, werden spezifische Bilder über diese KlientInnen erkennbar, die darauf hinweisen, dass der Zugang zur KlientInnen mit geringen Deutschkenntnissen durchaus problematisch ist. Die deutsche Mitarbeiterin mit Türkischkenntnissen schildert z.B. ihre Unzufriedenheit über die fehlende Beteiligung der Mütter in der Beratung sowie die unerfüllte Erwartung an die bilingualen Fachkräfte der freien Träger durch Eigeninitiative die Eltern in das Gespräch mit einzubeziehen. Werden bei den KlientInnen Grenzen in der deutschen Sprache wahrgenommen, so wird die Verantwortung für diese KlientInnen meist auf die bilingualen Fachkräfte verlagert. Eine andere Mitarbeiterin erklärt das Scheitern von Beratungen damit, dass KlientInnen sich mit den eigenen Problemen nicht auseinandersetzen möchten:

*„Aber es gab auch mal Situationen, wo ich das Gefühl hatte, sie wollen mich nicht verstehen, weil das Thema zu heikel ist“.*

Sie rekonstruiert auch eine Beratungssituation, in der eine Fachkraft durch Erklärung in türkischer Sprache die Skepsis eines Klienten gegenüber dem Jugendamt abbauen konnte und betont damit die erweiterten Möglichkeiten durch die bilinguale Beratung. Die Einstellung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund im Jugendamt betrachtet sie daher als notwendig und begründet dies mit den besseren sprachlichen Zugangsmöglichkeiten der bilingualen MitarbeiterInnen.

*„Ich finde das erst mal für den Arbeitsalltag enorm wichtig, dass die Kolleginnen mit türkischer Herkunft da sind. Ich finde das ist ein anderer Zugang, das ist für mich völlig verständlich. Weil Sprache wichtig ist.“*

#### 4.4.3 Problematik: Fachkräfte für „schwierige“ KlientInnen

Von einer bilingualen Mitarbeiterin wird jedoch problematisiert, dass durch die Einstellung von zweisprachigen MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund die Gefahr besteht, dass innerhalb des Jugendamtes ein Spezialdienst für KlientInnen mit geringen Deutschkenntnissen eingerichtet würde.

*„Das ist aber auch ein grundsätzliches Problem, alle KollegInnen mit Migrationshintergrund, sei es Sozialarbeiter, Psychologen oder Pädagogen, werden immer eingestellt, wenn es um Migration geht, wenn es darum geht, dass sie hauptsächlich mit türkischen Familien arbeiten.“*

Sie spricht über die auffällige Arbeitsentlastung für deutsche MitarbeiterInnen, da sie für die „schwierigen Fälle“ zuständig sei. Dabei befürchtet sie, dass ihre professionelle Fachkompetenz als Psychologin keine Anerkennung findet. Aufgrund der institutionellen Arbeitsteilung sei es für sie kaum möglich, Zugang zu deutschen KlientInnen zu bekommen.

*„Ich denke, als Migrantin müsste es mehr Möglichkeiten geben auch Menschen auf Deutsch, Deutsche zu beraten. Ich habe nicht die türkische Psychologie studiert. So was gibt es nicht und ich bin imstande auch Deutsche zu beraten und auch andere Nationalitäten. (...) auch deutsche Familien müssten von Beratern anderer Herkunft beraten werden. (...) Ich erlebe manchmal, wenn ich mal Deutsche habe, kommt es mal vor - sehr, sehr selten -, dass die auch zuerst irritiert sind.“*

## 5 Diskussion

### 5.1 Amtssprache Deutsch !?

Bei einer Institution wie dem Jugendamt, dessen Aufgaben durch das Sozialgesetzbuch VIII beschrieben sind, ist bei der Durchführung der Arbeit die Anwendung des SGB X erforderlich, um die Verwaltungsabläufe rechtmäßig durchzuführen. Gemäß 19 Abs.1 SGB X ist die Amtssprache Deutsch. Das Grundrecht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art.2 Abs.1 GG) schränkt sicherlich den Erwerb und die Anwendung mehrerer Sprachen nicht ein. Es besteht sogar ein Diskriminierungsverbot im Art. 3 Abs. 3 GG, welches auch Anderssprachige mit einschließt. Das SGB X beachtet das GG und führt in §19 Absatz 2 SGB X weiter aus:

*„... werden bei einer Behörde in einer fremden Sprache Anträge gestellt oder Eingaben, Belege, Urkunden, oder sonstige Schriftstücke vorgelegt, soll die Behörde unverzüglich eine Vorlage einer Übersetzung (...) verlangen, (...).“*

Gemäß § 19 Abs. 4 SGB X gilt ein Antrag, der in einer fremden Sprache eingeht und eine Sozialleistung begehrt, erst dann als eingegangen, wenn die Behörde in der Lage ist, den Antrag zu verstehen. Anderenfalls ist der Zeitpunkt des Eingangs der Übersetzung maßgebend (vgl. SGB X). Dies ist als Grundlage bei Streitigkeiten um Fristen für Widersprüche oder die Gültig- und oder Nichtigkeit eines Antrages heranzuziehen. Der Anwendungsbereich (§ 1 Abs. 2 SGB X) dieser Grundlage ist jede Stelle, die die Aufgaben der öffentlichen Verwaltung wahrnimmt.

Beratungsgespräche stellen zwar kaum einen Verwaltungsakt dar, doch bilden sie den Rahmen für eine Antragstellung auf soziale Leistung des Staates (wie beispielsweise Hilfe zur Erziehung), den Erziehungsberechtigte und junge Volljährige stellen können. Eine Beratung stellt also durchaus den Kontext dar, in dem festgestellt wird, ob ein Antrag auf Hilfe zur Erziehung zu gewähren ist. Ein Bedarf kann dabei aus der Sicht der Familien, einzelner Familienmitglieder oder der Mitarbeiterinnen des Jugendamtes ganz unterschiedlich betrachtet und bewertet werden. In einem Beratungsgespräch können die unterschiedlichen Sichtweisen ausgetauscht werden, so dass die Beteiligten die Unterschiede erkennen und ggf. Bewilligungen und Ablehnungen verstehen.

Das stellt für die MitarbeiterInnen nicht nur eine fachliche Anforderungen, sondern auch eine kommunikative Herausforderung dar. Aufgrund der Mehrsprachigkeit, die im Ortsteil Kreuzberg von Berlin in vielfältigen Variationen vorkommt, ist die „Amtssprache“ nicht gleichzeitig auch die „Beratungssprache“. Die Nebenstelle des Jugendamtes Friedrichshain-Kreuzberg in der Adalbertstra-

ße hat z.B. seit Kurzem ein Schild im Eingang des Treppenhauses befestigt, auf dem „Willkommen in dem Jugendamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin“ und „Friedrichshain-Kreuzberg Belediyesi Gençlik Dairesine Hoşgeldiniz“ steht. Damit ist ein erstes Zeichen gesetzt, mit dem das Jugendamt auch die Einwohner willkommen heißt, die Türkisch sprechen und verstehen.

## 5.2 Kommunikationspraxen

Die monolingualen Mitarbeiterinnen betrachten Deutsch als selbstverständliche Kommunikationssprache mit ihrer Klientel mit Migrationshintergrund. Bei KlientInnen, mit denen sie Verständigungsschwierigkeiten erfahren oder vermuten, sind sie engagiert, Lösungen anzustreben oder greifen auf Lösungswege der KlientInnen zurück. Das sind Begleitpersonen, die die KlientInnen mitbringen oder Fachkräfte mit Türkischkenntnissen oder mit Migrationshintergrund aus der Türkei, auf die regelmäßig für Übersetzungs- und Dolmetschaufgaben zurückgegriffen wird. Lediglich eine Mitarbeiterin teilt ihre Unzufriedenheit mit der Sprachmittlung durch diese informellen DolmetscherInnen mit.

Die bilingualen Mitarbeiterinnen halten die Möglichkeit der Sprachwahl und des Sprachwechsels durch die KlientInnen für sehr bedeutsam für den Kommunikations- und Beratungsprozess. Die Regel für die Praxis der bilingualen Beraterinnen ist, dass bilinguale KlientInnen die Möglichkeit erhalten, die Sprache zu verwenden, in der sie sich am besten und authentisch ausdrücken können. Der Sprachwechsel wird als Erleichterung für den Beratungsprozess empfunden. Die Kompetenz der KlientInnen in der deutschen Sprache hat dabei relativ wenig Einfluss auf die Entscheidung für Türkisch oder den Gebrauch beider Sprachen in der Kommunikation. Während die monolingualen SprecherInnen nur einen Bruchteil des gesamten Lexikons einer Sprache in der Kommunikation nutzen, haben die Bilingualen die Möglichkeit auf das lexikalische Wissen in zwei Sprachen zurückzugreifen. Zweisprachige sind in der Beratung in der komfortablen Lage, zusätzlich ihr zweites Lexikon einzusetzen, wenn es die Situation erlaubt, und haben dadurch die Möglichkeit, sich in zwei Sprachen zu bewegen, so dass die Ausdrucksskala insgesamt größer ist.

Die monolingualen MitarbeiterInnen beobachten die Anstrengung der KlientInnen mit geringen Deutschkenntnissen beim Gebrauch der deutschen Sprache (bei fehlender Sprachmittlung) und nehmen in solchen Beratungssituation eine entsprechende Anspannung wahr. Wird ein Gespräch gedolmetscht, ermöglicht dies einen flüssigeren und entspannteren Beratungsprozess, bei dem auch die KlientInnen partizipieren können.

### 5.3 Funktion des Sprachwechsels

Die monolingualen Mitarbeiterinnen benennen als wichtigste Funktion des Sprachwechsels die direkte Funktion, da KlientInnen mit geringen Deutschkenntnissen nur so an der Beratung beteiligt werden können. Die bilingualen Mitarbeiterinnen beschreiben die wichtigste Funktion des Sprachwechsels eher nebenbei und unscheinbar mit Wörtern wie „selbstverständlich“, „irgendwo eine sehr authentische Situation“, „ein Stück meiner inneren Welt“, „auch bei mir selbst“, „es ist doch keine Anforderung“, „mich freut das, wenn ich switchen kann“, „ich glaube, dass es das Gemeinsame ist“.

Der Sprachwechsel übernimmt hier eine Funktion, die Ausdruck einer bilingualen Identität ist, die sowohl Mecheril (2004) als auch Hinnenkamp (2000, 2002, 2005) als Hybrididentität, die sich auch in der hybriden Sprachform ausdrückt, beschrieben haben. Während Mecheril die hybride Identität auf die zweite und die Folgegenerationen der Einwanderer bezieht, spricht Hinnenkamp von Jugendlichen, die sich durch die Praxis der hybriden Sprechweise von der Herkunftskultur und der deutschen Gesellschaft distanzieren, etwas Eigenes schaffen und damit eine Fremddefinition ablehnen.

Die vorliegende Untersuchung zeigte, dass offensichtlich nicht nur die Jugendlichen, sondern auch MigrantInnen einer Generation mit einem Durchschnittsalter von 46,7 Jahren, sich als Bilinguale begreifen und sich in zwei Sprachen wohl fühlen. Und zwar nicht als Bi-Monolinguale, sondern als Individuen, die sich durch ihre zweisprachige Sozialisation als Bilinguale verstehen und mit anderen Bilingualen am liebsten auch bilingual kommunizieren. Ihre Sprachpraxis ist mit Bilingualen bilingual und mit Monolingualen monolingual.

In der Bewertung ihrer eigenen Sprachkompetenz spielt jedoch die monolinguale Sicht eine bedeutende Rolle, da sie den Anforderungen der deutschen Gesellschaft und des Herkunftslandes Türkei, die ebenso dem monolingualen Habitus unterliegt (obwohl die Mehrsprachigkeit dort eine längere Geschichte hat als in Deutschland) gerecht werden. Sie verfügen über eine maximale bilinguale Kompetenz und sehen sich eher als bi-monolingual, kommunizieren dennoch mit einem Code, der nur mit einem Mehrsprachigen möglich ist, also bilingual.

### 5.4 Sprachbarrieren bei MigrantInnen

Sprachbarrieren zählen zu den wichtigsten Faktoren der vielfältig beschriebenen Zugangsbarrieren von MigrantInnen in den Regeldiensten (Gaitanides 1994). Die Sprachbarriere zeigt sich insbesondere im öffentlichen Raum durch die

formulierten Zuschreibungen und Erwartungen an MigrantInnen. Diese bereiten den Boden für die Befürchtung, dass sie in ihrer spezifischen Lebenslage von den Institutionen nicht ernst genommen werden.

In der Beratung im Jugendamt geht es jedoch darum, wie „Hilfesuchende und hilfeorganisierende Fachkräfte“ eine verlässliche zwischenmenschliche Beziehung zueinander herstellen können. Gemeint ist, „dass die Hilfesuchenden ein ehrliches Bemühen und ein überlegtes Handeln beim Gegenüber spüren und erleben müssen, um miteinander in Kontakt zu kommen und um ein solidarisches Unterstützungsnetz aufzubauen, das nämlich erst ein Miteinander und ein Dialog ermöglicht.“ (Krause u. Wolff 2005:56).

Die bilinguale Kompetenz der MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund wird als selbstverständlich hingenommen, obwohl die bilinguale und muttersprachliche Beratung für die KlientInnen im Allgemeinen als Luxus bewertet wird. Für die monolingualen MitarbeiterInnen gestalten sich die Arbeitsbedingungen vor dem Hintergrund der Migration eher schwierig. Da der Zugang zu den NutzerInnen auf die individuelle Ebene der einzelnen Mitarbeiterin verlagert ist und es bisher noch nicht als institutionelle Aufgabe gesehen wird, die nötigen Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass die Mehrsprachigkeit der KlientInnen für den Beratungsprozess genutzt werden kann.

## 6 Schlussfolgerungen

### 7

Bisher werden die kommunikativen Potenziale von mehrsprachigen Familien kaum wahrgenommen oder als Ressource genutzt, obwohl das Jugendamt von der Mehrsprachigkeit der Gesellschaft nicht unberührt geblieben ist. Die Aufmerksamkeit eines modernen sozialräumlich orientierten Jugendamtes sollte die Ressourcen der Familien und des sozialen Raumes stärker einbeziehen, um eine angemessene Unterstützung für die Rat- und Hilfesuchenden leisten zu können. Unter den gegebenen Bedingungen erfüllt das Jugendamt seinen Arbeitsauftrag nicht für alle Zielgruppen gleich. Die emotionale und affektive Bedeutung der Muttersprache für den Beratungsprozess wird durch die MitarbeiterInnen zwar erkannt, dennoch bedeutet diese Akzeptanz für die monolingualen MitarbeiterInnen mehr Zeit und Arbeitsaufwand, da sie für ein Beratungsgespräch, das ihren Ansprüchen gerecht wird, auf Sprachmittlung angewiesen sind. Der institutionelle Rahmen für die Sprachmittlung wird jedoch längst nicht ausgeschöpft.

Durch die Einstellung bilingualler MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund aus der Türkei sind die Zugangsmöglichkeiten zu türkischsprachigen KlientInnen vielfältiger geworden. Die Studie hat gezeigt, dass sprachliche Ressourcen der KlientInnen durch den Einsatz der bilingualen Sprachkompetenzen der MitarbeiterInnen in der Beratung zugänglich werden, dass die Kommunikation mit

bilingualen KlientInnen durch den Sprachwechsel flüssiger wird und es zu authentischen Darstellungen des Erlebten und Erfahrenen kommt. Als problematisch ist allerdings zu bewerten, wenn bilinguale MitarbeiterInnen fast ausschließlich für KlientInnen mit geringen Deutschkenntnissen eingesetzt werden. Denn alle MitarbeiterInnen sollten im Sinne der interkulturellen Öffnung der Organisation in der Lage sein, sich den Zugang zu allen NutzerInnen zu erschließen. Dies setzt eine gute Kooperation und den Einsatz von qualifizierter Sprachmittlung voraus. Eine Arbeitsteilung nach sprachlicher Zuordnung ist dagegen zu vermeiden.

Anerkennung finden bilinguale Kompetenzen von MigrantInnen bei den monolingualen MitarbeiterInnen des Jugendamtes in der Beratung bisher fast ausschließlich, wenn sie für die Kompensation von Defiziten einzelner Familienmitglieder in der deutschen Sprache eingesetzt werden. Qualifizierte Sprachmittlung kann auch monolingualen MitarbeiterInnen in der Beratung den Zugang zu KlientInnen mit geringen Deutschkenntnissen erschließen.

Die vorliegenden Ergebnisse lassen die Hypothese zu, dass die bilinguale Beratung die Möglichkeit der Partizipation der KlientInnen im Hilfeprozess fördert. Die Überprüfung dieser Hypothese erfordert jedoch eine weitere Untersuchung, die die Perspektive der Ratsuchenden mit einbezieht, um die Kommunikationsqualität der mono- und bilingualen Beratung und deren Wirkung auf den Beratungsprozess auch aus der Sicht der NutzerInnen zu überprüfen.

Aus den bisherigen Erkenntnissen lässt sich dennoch zusammenfassend festhalten, dass das Jugendamt effektive Maßnahmen benötigt, um die Sprachvariationen und die Bilingualität der KlientInnen in der Beratung als Ressource zu definieren und zu nutzen.

Schon in der Berufsausbildung von SozialarbeiterInnen sollten die Lehrinhalte der soziokulturellen und sprachlichen Vielfalt, die in Deutschland existiert, angepasst und die Unterrichtsinhalte sowohl in den theoretischen Grundlagen als auch in den Praxisfächern (z. B. psychosoziale Beratung) um die Bedeutung von sprachlichen Varietäten, die Potenziale des Sprachwechsels und die Kompetenz in der Beratung mit professioneller Sprachmittlung erweitert werden.

Für das Jugendamt ergeben sich aus dieser Untersuchung konkrete Handlungsempfehlungen:

- Der Leitfaden des Jugendamtes sollte um die muttersprachliche und bilinguale Beratung erweitert und die MitarbeiterInnen bei geringen Deutschkompetenzen der KlientInnen zum Einsatz von professionellen SprachmittlerInnen verpflichtet werden.

- Die Zuständigkeit bilingualer MitarbeiterInnen für „spezielle“ Klientel sollte vermieden werden, stattdessen ist eine Personalpolitik erforderlich, die die Vielfalt der Bevölkerung im Sozialraum berücksichtigt und bei den MitarbeiterInnen repräsentiert.
- Zumindest während der Sprechzeiten sollten professionelle SprachmittlerInnen für die relevantesten Sprachen im Jugendamt direkt vor Ort präsent sein.
- Alle MitarbeiterInnen sollten verbindlich an Fortbildungen zur Erweiterung kultureller Kompetenzen teilnehmen und auch im Rahmen von Supervision ihre Wahrnehmungen und Haltung gegenüber der beratenden Klientel reflektieren.
- Letztendlich ist eine Fachrunde zur Mehrsprachigkeit zu initiieren, um einen kontinuierlichen Austausch zwischen mono- und bilingualen MitarbeiterInnen zu ermöglichen.

Das größte Handlungsfeld bleibt jedoch die Umorientierung der gesellschaftlichen und politischen Haltungen und Aktivitäten im Migrationsdiskurs, die letztendlich zu Veränderungen in den Institutionen führen.

### Literatur

- 7
- BA FH-KBG. / Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin- Jugendamt Jugendhilfeplanung. (2005): 2. Jugendhilfebericht Teil 2. Sozialräume I-VIII im Vergleich.
- BANAZ, H. (2002) Bilingualismus und Code-switching bei der zweiten türkischen Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sprachverhalten und Identitätsentwicklung. Redaktion LINSE (Linguistik-Server Essen) (11.11.2005) <http://www.linse.uni-essen.de>.
- BOURDIEU, P. (1990) Was heisst sprechen? Die Ökonomie des sprachlichen Tausches. Wien: Braumüller.
- DIRIM, I. (1998) Var mı lan Marmelade? Türkisch-deutscher Sprachkontakt in einer Grundschulklasse. Interkulturelle Bildungsforschung Bd. 3. Münster/New York: Waxmann Verlag.
- DIRIM, I. & AUER, P. (2004) Türkisch sprechen nicht nur die Türken. Berlin/New York: Walter de Gruyter.
- DIRIM, I. (2001). Deutshtest für Einwanderer: Hilfe oder Hürde? Kreativität durch Code-switching. ifa Institut für Auslandsbeziehungen - Zeitschrift für Kultur Austausch 3/2001.
- EFFINGER, H. (2003) Kommunikative Handlungskompetenz in der Sozialen Arbeit. Was ist das eigentlich? In: Effinger, H.; Märtens (Hrsg.). Professionell kommunizieren“ Elementare Handlungskompetenz in der Sozialen Arbeit. 7-26. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.



- ERFURT, J. & BUDACH, G. & HOFMANN, S. (Hrsg.) (2003) Mehrsprachigkeit und Migration. Sprache, Mehrsprachigkeit und sozialer Wandel. Band 2. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- FÜRSTENAU, S. & GOGOLIN, I. (2001) Sprachliches Grenzgängertum. Zur Mehrsprachigkeit von Migranten. In: List, G.; List, G. (Hrsg.). Quersprachigkeit. Tübingen: Stauffenburg.
- GAITANIDES, S. (1994) Psychosoziale Versorgung von Migranten und Migrantinnen. IZA 1994/2. 49-51.
- GOGOLIN, I. (1994) Der monolinguale Habitus der multilingualen Schule. Münster u.a.: Waxmann.
- GOGOLIN, I. & REICH, H.H. (2001) Immigrant languages in federal Germany. In: Extra, G. u. Gorter, D. (Hrsg.). 193-214. The other languages of Europe. Clevedon u.a.: Multilingual Matters.
- GOGOLIN, I. (2001) Sprachenvielfalt durch Zuwanderung – Ein verschenkter Reichtum in der (Arbeit-) Welt? Workshop am 24./25. September 2001 in Bonn: Förderung von MigrantInnen in der beruflichen Bildung durch sprachbezogene Angebote.
- HINNENKAMP, V. (2000) Gemischt sprechen von MigrantInnengedlichen als Ausdruck ihrer Identität. Der Deutschunterricht 2000/5. 96 -107.
- HINNENKAMP, V. (2002) Deutsch-türkisches Code-Mixing und Fragen der Hybridität. In: Hartung, W.; Shethar, A. (Hrsg.). Kulturen und ihrer Sprachen. 123-143. Berlin: Trafo Verlag.
- HINNENKAMP, V. (2005) "Zwei zu bir miydi?" Mischsprachliche Varietäten von MigrantInnengedlichen im Hybriditätsdiskurs In: Hinnenkamp, V./Meng, K. (Hrsg.). Sprachgrenzen überspringen. Sprachliche Hybridität und polykulturelles Selbstverständnis. Tübingen: Narr, S. 51-104.
- KLEINIG, G. (1994) Qualitativ-heuristische Sozialforschung. Schriften zu Theorie und Praxis. Hamburg: Fechner.
- KRAUSE, H.-U. u. WOLFF, R. (2005) Erziehung und Hilfeplanung: Über den untauglichen Versuch, Erziehungsprozesse gedankenlos zu rationalisieren. In: Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e.V. (Hrsg.) Dokumentation der Fachtagung Hilfeplanung – reine Formsache? Vom 1. bis 12. November 2004 in Berlin, S. 44-62.
- MECHERIL, P. (2004) Einführung in die Migrationspädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- MEUSER, M. & NAGEL, U. (1991) ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. In: Garz, D.; Kraimer, K. (Hrsg.). Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Analysen, Methoden. 441- 468. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- SOZIALGESETZBUCH (SGB) Zehntes Buch (X) – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (2005). In: SGB II Grundsicherung für Arbeitssuchende SGB XII Sozialhilfe mit Harz IV. 273-321. München, Beck-Texte im Deutscher Taschenbuch Verlag.

- STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN. (24.01.2006) Melderechtlich registrierte Ausländer am Ort der Hauptwohnung in Berlin am 30.Juni 2005 nach ausgewählten Staatsangehörigkeiten (Gebieten). <http://www.statistik-berlin.de/framesets/ber11.htm>.
- TIĞLI, N. (2006) Bist Du Jugendamt Ablä? Eine qualitative Untersuchung des Sprachwechsels Deutsch-Türkisch von Jugendlichen und Familien mit Migrationshintergrund aus der Türkei im Beratungskontext und Umgang der MitarbeiterInnen des Jugendamtes Friedrichshain-Kreuzberg. (Diplomarbeit an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik "Alice Salomon") Berlin.
- UEBELACKER, J. (2005) Sprachliche und kulturelle Verständigung in der sozialen Regelversorgung. Eine Studie zum Bedarf an Sprach- und KulturmittlerInnen im Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin. (Diplomarbeit an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik "Alice Salomon") Berlin.
- WIESNER, R., MÖRSBERGER, T., OBERLOSKAP, H., STRUCK, J. (2000) SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe. (2. Auflage) München, Verlag C.H. Beck.







INNOVATIVE MODELLE UND ERFAHRUNGEN  
ZUR FÖRDERUNG VON KOMMUNIKATION,  
PARTIZIPATION UND INTEGRATION





Sprach- und Kulturmittlung –  
Beschäftigungsmöglichkeiten für  
Flüchtlinge und Asylbewerber

---



## **8 Sprach- und Kulturmittlung – Beschäftigungsmöglichkeiten für Flüchtlinge und Asylbewerber**

**Varinia Fernanda Morales**

### **Zusammenfassung**

*Sprach- und Kulturmittler, Gemeindedolmetscher, Integrationsassistenten, Interkulturelle Mediatoren, sozial-medizinische Dolmetscher - dies sind nur einige der beruflichen Bezeichnungen für Personen, die Dolmetschen und zwischen Kulturen vermitteln. In den letzten Jahren haben vermehrt Initiativen auf den Bedarf nach professioneller Mittlung reagiert. Die Ausbildung von interkulturellen Dolmetschern ist ein konkreter Beitrag zur interkulturellen Öffnung von Regeldiensten und Migranten-Communities. Das europäische EQUAL-Projekt SpraKuM qualifiziert nach einer erfolgreichen 3-jährigen Projektphase Flüchtlinge und Asylbewerber als Sprach- und Kulturmittler und wird bereits zum zweiten Mal gefördert. Die Mittlung von Sprache und Kultur deckt einen tatsächlichen Bedarf in öffentlichen Einrichtungen, kommunalen Behörden sowie gemeinnützigen Einrichtungen ab. Dies findet zum einen durch die Beteiligung von 31 Kommunen aus Nordrhein-Westfalen an diesem Projekt und zum anderen durch die Inanspruchnahme der Sprach- und Kulturmittler durch über 200 Einrichtungen der Regelversorgung seine Bestätigung.*

### **1 Verständigung – Keine Selbstverständlichkeit in der Kommunikation**

Kommunikation ist grundsätzlich schwierig und die Verständigung wird durch sprachliche und kulturelle Barrieren zusätzlich erschwert. In Kliniken fehlt oft ein kultursensibler Umgang mit Migranten wie auch ein Dolmetscherangebot, um einer Unter-, Über- oder Fehlversorgung entgegenzuwirken. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass es bei der Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten und Klienten nicht ausreicht, Kinder, Verwandte oder zufällig anwesende Personen, wie z.B. Reinigungskräfte, zum Dolmetschen heranzuziehen. Diese Personen sind selten in der Lage, die betreffenden Inhalte fachlich richtig wieder zu geben. Bei Kindern kommt erschwerend hinzu, dass sie oft emotional stark belastet und dadurch überfordert sind. Aufgrund von Kommunikationsschwierigkeiten kann z.B. ein Arzt weder eine sichere Diagnose erstellen noch den Patienten ausreichend aufklären und versorgen. Im stationären Bereich können die Folgen verspätete oder unangemessene Behandlungen sein, die für unnötige Ausgaben im Gesundheitswesen führen. Hinzu kommt, dass außerhalb des



Krankenhauses therapeutische und präventive Angebote aufgrund von Kommunikationsschwierigkeiten zu wenig wahrgenommen werden. Die Akkumulation der Probleme lässt die Inanspruchnahme der Notfallambulanzen durch diese Zielgruppe überproportional ansteigen.

Vor diesen Hintergründen haben wir mit dem Projekt SpraKuM - Qualifizierung und Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern - auf die Nachfrage nach Dolmetschern mit einem Qualifizierungsprogramm reagiert, dessen Schwerpunkte neben der Dolmetschertätigkeit die interkulturelle Sensibilisierung und die Vermittlung von Grundlagenkenntnissen im psychosozialen und medizinischen Bereich sind.

## **2           SpraKuM – Blick auf die Zukunft – Beschäftigungsperspektiven**

Das mittelfristige Ziel von SpraKuM ist es, Flüchtlinge und Asylbewerber zu Sprach- und Kulturmittlern zu qualifizieren und in den Regeldiensten einzusetzen, um dadurch die Beratung und Versorgung von Migranten und Flüchtlingen zu verbessern. Durch die Verankerung dieses neuen Berufsbildes sollen nachhaltige Lösungsansätze in Deutschland geschaffen werden. Für Flüchtlinge und Asylbewerber bietet diese Tätigkeit zudem neue Beschäftigungsperspektiven, weil gerade ihre Ressourcen, Kenntnisse und Kompetenzen hierfür gefragt sind. Ihre Muttersprachenkenntnisse, die oft vorhandene Mehrsprachigkeit, vor allem von sog. „exotischen Sprachen“, ihre eigene Fluchterfahrung, ihre Kenntnisse über die Strukturen der Herkunftsländer und insbesondere der jeweilige kulturelle Hintergrund qualifizieren sie für diesen Beruf, ohne dass es dabei zu Verdrängungsprozessen auf dem Arbeitsmarkt kommt. Qualifizierungsangebote wiederum können für Flüchtlinge sinnvolle berufliche Betätigungen ermöglichen, die sich gleichzeitig als gewinnbringend für die Aufnahmegesellschaft erweisen oder bei einer möglichen Rückkehr ins Herkunftsland zum Tragen kommen können. Dies wollen und können wir modellhaft durch die Qualifizierung zum Sprach- und Kulturmittler aufzeigen.

## **3           EQUAL – SpraKuM als best-practice-Beispiel**

Im Rahmen der europäischen Gemeinschaftsinitiative EQUAL wird das Projekt SpraKuM bereits zum zweiten Mal gefördert. Innerhalb der ersten EQUAL Förderphase - Juli 2002 bis Juni 2005 - war SpraKuM in die Asyl-Entwicklungspartnerschaft *TransSpuK* eingebettet. Trotz großer asyl- und arbeitsrechtlicher Schwierigkeiten konnte das Projekt erfolgreich abgeschlossen werden. Die Europäische Kommission hat das Teilprojekt als eines der best-practice-Bei-

spiele im Bereich Mainstreaming und Beschäftigungsperspektiven für Flüchtlinge ausgezeichnet. Auf Grundlage der erfolgreichen Arbeit von SpraKuM entstand die fortführende Konzeption der Asyl-Entwicklungspartnerschaft TransKom gesund & sozial. Sie bildete die Voraussetzung für die Förderung in der zweiten EQUAL-Phase von Juli 2005 bis Dezember 2007.

### 3.1 Qualifizierung zum Sprach- und Kulturmittler – I. und II. EQUAL-Förderrunde

Die Qualifizierung zum Sprach- und Kulturmittler, SpraKuM, umfasste während der ersten EQUAL-Förderrunde drei Jahre, wobei eine 2-jährige Phase der Erarbeitung der theoretischen Grundlagen diente und eine 1-jährige Phase dem praktischen Teil gewidmet war. Die theoretische Phase war in vier 6-monatige Module unterteilt, die strukturell und inhaltlich aufeinander aufbauten. Während der laufenden Ausbildung wurde das Curriculum kontinuierlich weiterentwickelt, die Ausbildungskriterien festgelegt sowie die fachlichen, sozialen, interkulturellen und kommunikativen Kompetenzen des Sprach- und Kulturmittlers erfasst. Die Praxiserfahrung hat neue Erkenntnisse hervorgebracht, die nun innerhalb der zweiten EQUAL-Förderrunde fachlich und praktisch erprobt, validiert und entsprechend der Einsatzfelder spezialisiert werden.

In der zweiten Förderrunde ist die Qualifizierung SpraKuM auf 2 ½ Jahre ausgerichtet: Eine 1½-jährige theoretische Qualifizierung und eine einjährige Praktikumsphase. Die theoretische Phase gliedert sich in drei 6-monatige Module.

## 8

Davon ist das I. Modul auf die Zielgruppe Flüchtlinge ausgerichtet, es konzentriert sich auf das Erlernen und die Perfektionierung der deutschen Sprache sowie auf die Auseinandersetzung mit der eigenen Migrationserfahrung. Diese Personen bringen sehr unterschiedliche Deutschkenntnisse mit, so dass eine einheitliche Grundlage geschaffen wird, damit sie dem weiteren Unterrichtsverlauf folgen können.

Im II. Modul steht die fachliche, methodische und didaktische Qualifizierung zum Sprach- und Kulturmittler an. Die Teilnehmer werden geschult, im Gesundheits- und Sozialwesen unter Berücksichtigung interkultureller, psychosozialer und technischer Aspekte zu dolmetschen und kultursensibel zu vermitteln. Konfliktmanagement, Stressbewältigungsstrategien und Kriseninterventionsmethoden werden ebenso trainiert, wie die berufsethischen Anforderungen wie Schweigepflicht und Neutralität behandelt werden. Die Rolle des Sprach- und Kulturmittlers wird dabei kontinuierlich analysiert und definiert. Anschließend folgt das erste Praktikum.

Im III. Modul wird die Qualifizierung in die Schwerpunktfelder Gesundheit und Soziales aufgeteilt. Die Teilnehmer erhalten nach jedem abgeschlossenen Modul eine Teilzertifizierung. Zusätzlich zu den Zertifizierungen des Sprach- und Kulturmittlers werden Zertifikate wie „Kleines Deutsches Sprachdiplom“ über das Goethe Institut, der Europäische Computerführerschein oder ein Jugendtrainer-schein vergeben.

In der gegenwärtigen zweiten Förderrunde wird SpraKuM an zwei Standorten durchgeführt. Beide Träger verfügen über unterschiedliche Ressourcen. Das Pädagogische Zentrum in Aachen legt den Schwerpunkt auf den Bereich Familie und Jugend und die Diakonie Wuppertal spezialisiert sich aufgrund der Vorerfahrungen aus der ersten Förderrunde auf das Themenfeld Gesundheit. Die Sprach- und Kulturmittler decken mittlerweile über 60 Sprachen und Dialekte aus Afrika, Asien und Osteuropa ab.

### 3.2 Teilnehmer der Qualifizierung SpraKuM

#### 3.2.1 Aufnahmebedingungen – Kommunale Partizipation

Entsprechend der EQUAL-Richtlinien dürfen nur Asylsuchende mit temporärem Aufenthaltsstatus teilnehmen, d.h. Personen, die sich im laufenden Asylverfahren befinden oder rechtskräftig abgelehnt wurden. Trotz Skepsis einiger Kommunen konnten wir im Einklang mit den asylrechtlichen Ermessensspielräumen in der ersten Förderphase 18 Kommunen aus Nordrhein-Westfalen für dieses Projekt gewinnen. Die Beteiligung beinhaltet die Anrechnung der Leistungen der Asylsuchenden als Ko-Finanzierung, die Übernahme der Fahrtkosten für den Qualifizierungszeitraum und die Zahlung einer kleinen Aufwandsentschädigung. In der zweiten Förderphase beteiligen sich mittlerweile 32 Kommunen aus NRW an SpraKuM.

#### 3.2.2 Flüchtlinge aus Afrika, Asien und Osteuropa

Zurzeit nehmen 70 Flüchtlinge und Asylbewerber aus Afrika, Asien und Osteuropa an der Qualifizierungsmaßnahme SpraKuM in Aachen und Wuppertal teil. Zugangsvoraussetzungen waren eine medizinische, pflegerische oder pädagogische Vorbildung. Darüber hinaus wurden bisherige Berufserfahrungen, Dolmetscherfahrung, Mehrsprachigkeit, die persönliche Eignung sowie die Motivation der Bewerber in den Vordergrund gestellt. Bei allen Kandidaten wurden die Deutschkenntnisse schriftlich und mündlich geprüft. Bis heute bewerben sich regelmäßig Flüchtlinge, Asylbewerber, Migranten und auch

Deutsche mit Migrationshintergrund. Unsere Aufnahmekapazitäten und die vorgegebenen EQUAL-Richtlinien können dieser Nachfrage jedoch nicht gerecht werden.

Von den 70 beteiligten Personen mit Asylbewerberstatus haben die meisten in ihrer Heimat studiert und waren dort bereits berufstätig. Viele sind auch jugendliche Flüchtlinge, die in Deutschland die Schule beendet haben. Die Gruppe ist sehr heterogen: Ihr Alter liegt zwischen 18 und 50 Jahren. Frauen und Männer sind gleichermaßen vertreten. Trotz der schwierigen aufenthaltsrechtlichen Situation, der permanenten Unsicherheit und der psychischen Belastung sind die Teilnehmenden sehr motiviert. Ihr Engagement geht über den regulären Stundenplan hinaus. So stehen beispielsweise die sprachlich Stärkeren den Schwächeren mit Stützunterricht zur Seite oder die Gruppe finanziert gemeinsam einem der Teilnehmer die Fahrtkosten über die gesamte Projektlaufzeit.

### 3.3 Zertifizierung durch das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Die Qualifizierung zum Sprach- und Kulturmittler wurde vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf anerkannt und zertifiziert. Hervorzuheben ist, dass bei der Entwicklung und Umsetzung unseres Lehrplans dieser auf verschiedenen Ebenen ausgearbeitet und unterschiedliche Akteure, u.a. auch die Dozenten und Teilnehmer selbst, einbezogen wurden. Praxiserfahrungen und internationale Forschungsergebnisse waren weitere wichtige Faktoren, um den Lehrplan zu präzisieren. Innerhalb von SpraKuM hat eine Expertengruppe auf den Gebieten Bildung, Migration, Psychologie und Gesundheit ein Rahmenprogramm mit Empfehlungen zu Ausbildungskriterien und Qualitätsstandards erarbeitet, die direkt in das Curriculum eingearbeitet wurden. Wir sind Kooperationen mit erfahrenen nationalen und internationalen Partnern eingegangen und haben uns an den Anforderungen eines Ausbildungsberufs, entsprechend der Ausbildungsordnung des Instituts für Berufsbildung, BIBB, orientiert.

In der zweiten EQUAL-Förderrunde wird die gesamte Qualifizierungsphase von den derzeitigen operativen Partnern, dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und dem Integrationsministerium des Landes NRW, begleitend evaluiert.

### 3.4 Praxiserfahrung – Netzwerkbildung – Mainstreaming

In der ersten Förderphase haben 27 angehende Sprach- und Kulturmittler Praktika in insgesamt 66 Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens absolvieren können: in Krankenhäusern, Gesundheitsämtern, psychotherapeutischen Einrichtungen, Beratungsstellen, Jugendämtern, Sozialämtern, Wohl-

fahrtsverbänden, Hilfsorganisationen usw. Gleichzeitig wurden in einzelnen Praktikumsstellen aufgrund des hohen Bedarfs an sprachlicher und kultureller Vermittlung lokale Netzwerke aufgebaut, die auf Abruf den Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern vermittelten. Insgesamt haben in dieser Phase zusätzlich 140 Institutionen Sprach- und Kulturmittler in Anspruch genommen, und es konnte bisher 1300 Dolmetscheinsätze registriert werden. Weitaus mehr wurden angefragt, aber aufgrund der begrenzten Zahl an Teilnehmern und deren Unterrichts- und Praktikumszeiten konnten nicht alle Anfragen bedient werden.

Innerhalb der Praktika trugen Betreuung, Begleitung, Fortbildung, stetige Supervision und Coaching zur Stärkung und Reflexion der Teilnehmer in ihren Tätigkeitsbereichen bei. Neben den positiven Erfahrungen, die die Teilnehmer in den Praktikumseinrichtungen machten, gaben die Evaluationen ein genaues Bild der verbesserten Arbeitssituation seitens der Einrichtungen wieder. Die Problemanalyse erfolgte konfliktfrei. Termine und Absprachen konnten effektiver durchgeführt werden. Vor allem aber stellte sich im Gesundheitsbereich immer wieder die kulturelle Kompetenz als gewinnbringend heraus, da diese häufig erst eine genaue Diagnose ermöglichte, so dass kulturell bedingte Fehlinterpretationen reduziert und Missverständnissen entgegengewirkt werden konnte.

### 3.5 Vermittlung auf dem Arbeitsmarkt

Sprach- und Kulturmittlung schafft Beschäftigungsperspektiven ohne Deutsche oder vorrangige Migranten vom Arbeitsmarkt zu verdrängen. Aufgrund der hohen kulturellen und sprachlichen Anforderungen kann für die zu bewältigenden Aufgaben nicht auf das bestehende deutsche Arbeitsmarktpotential bzw. auf europäische Arbeitskräfte zurückgegriffen werden. Es stehen z.B. so gut wie keine Sprachkenntnisse in Deutsch und Ashkali, Malinke oder Kotokoli zur Verfügung. Sprach- und Kulturmittlung kann so einer Vorrangprüfung bei der Besetzung von freien Arbeitsplätzen standhalten. Dies kam schon während der praktischen Phase des Projektes SpraKuM zum Tragen.

15 von 27 Flüchtlingen konnten bereits zum Ende der Praktika und vor dem Projektabschluss einer Arbeit nachgehen. Da der Einsatz als Sprach- und Kulturmittler zunächst nur als Honorartätigkeit vorgesehen war, war die Überraschung umso größer, als einige Einrichtungen halbe oder ganze Stellen für die Sprach- und Kulturmittler einrichteten. Neben ihrer eigentlichen Tätigkeit werden Sprach- und Kulturmittler auch als Multiplikatoren oder zu Referententätigkeiten herangezogen, um Fachkräfte der Regelversorgung im Umgang mit ausländischen Patienten und Klienten interkulturell zu sensibilisieren. Die Auftraggeber sind u.a. Caritas, AWO, Kliniken, Therapiezentren, Jugendämter, Familienbildungsstätten, Psychosoziale Zentren.

Gegenwärtig sind über 60% der zertifizierten Sprach- und Kulturmittler auf dem Arbeitsmarkt integriert, auch wenn ihr asylrechtlicher Status unverändert geblieben und die Frage der Selbständigkeit von Flüchtlingen noch grundsätzlich ungeklärt ist. Die dringende Nachfrage nach qualifizierten Kräften z.B. in der Psychotherapie oder in der Jugendarbeit hat jedoch dazu geführt, dass Träger und einzelne Kommunen immer wieder ein Arbeitsverhältnis ermöglicht haben, ohne dabei die Rechtslage der Person zu verändern. Denn diese Tätigkeit ist in der Regel eine stundenweise Honorartätigkeit als freier Mitarbeiter und damit nicht arbeitserlaubnispflichtig. Gleichzeitig kann die bestehende Auflage, die eine selbständige Tätigkeit für Flüchtlinge untersagt, für Honorartätigkeiten als Sprach- und Kulturmittler ausgesetzt und eine Ausnahmegenehmigung erteilt werden.

### 3.6 Etablierung eines neuen Berufsbildes in Deutschland

Die Etablierung eines neuen Berufsbildes ist ein mittelfristiger aber sehr aktueller Fokuspunkt von SpraKuM. Es werden überdimensional viel Kraft sowie finanzielle und personelle Ressourcen für die Umsetzung der EQUAL-Projekte insgesamt bereitgestellt. Die Problematik der Kurzlebigkeit von erfolgreichen Projekten gehört jedoch zum Alltag unserer Arbeit. Um dem entgegenzuwirken, streben wir die Verankerung des neuen Berufsbildes Sprach- und Kulturmittler in Deutschland an, um somit auch zu strukturellen und dauerhaften Veränderungen bei der interkulturellen Öffnung der Regeldienste beizutragen.

Vor dem Hintergrund, dass es mittlerweile in Deutschland ein breites Spektrum an Projekten und Initiativen gibt, die sog. Interkulturelle Dolmetscher und Vermittler ausbilden, stellt die Qualitätssicherung dieses Arbeitsfeldes eine wichtige Herausforderung dar. Die derzeitige Angebotspalette reicht von 4-tägigen Kurzschulungen bis hin zu 3-jährigen Qualifizierungsprogrammen. Ein klares Berufsbild ermöglicht die Festlegung einer einheitlichen Grundausbildung, die dann wiederum eine Differenzierung nach Ausbildungsmodulen zuließe. Dies berücksichtigt die unterschiedlichen Ausgangslagen der angesprochenen Zielgruppe sowie die unterschiedlichen Einsatzfelder und die damit einhergehenden Probleme. Die Vielfalt kann weiter fortbestehen und der Auftraggeber hätte eine Qualitätsgarantie für die in Anspruch genommene Dienstleistung.

Mit diesem Anliegen stehen wir in Deutschland mittlerweile nicht alleine. Die EQUAL-Projektträger: Das Interkulturelle Büro der Wissensstadt Darmstadt, Gesundheit e.V. Berlin und die Diakonie Wuppertal haben am 19. August 2005 einen Antrag auf Erlass einer Fortbildungsverordnung aufgrund des § 53 Berufsbildungsgesetz für die Berufsbilder „Sprach- und Kulturmittler“, „Integra-

tionsassistenten“ und „Gemeindedolmetscher“ beim Bundesministerium für Bildung und Forschung gestellt. Alle drei Berufsbilder gehören dem Berufsfeld der interkulturellen Vermittlungstätigkeit im Bereich Migration an, die miteinander vernetzt sind und gemeinsam die Initiative zur Anerkennung ergriffen haben. Es besteht Einigkeit darüber, dass es ein langwieriger Weg sein wird, der u.a. auch einen quantitativen Bedarf in einer relevanten Größenordnung bundesweit aufzeigen muss.

### 3.7 Sprach- und Kulturmittlerpool – Gründung des Vereins SpraKuM

Innerhalb der Entwicklungspartnerschaft TransKom arbeitet SpraKuM gemeinsam mit den operativen Partnern Bildungsinstitut im Gesundheitswesen (BiG) und Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf am Aufbau lokaler Sprach- und Kulturmittlerpools. Durch eine gezielte Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit in Kliniken vor Ort wird der Zugang von Sprach- und Kulturmittlern in Regeldienste gefördert. Die Marketingstrategie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf beinhaltet beispielsweise *inhouse*-Konferenzen zum Thema Gesundheitsökonomie und Interkulturelle Öffnung sowie Fortbildungen für das Personal und die Leitungsebene von Kliniken.

Die landesweite Vermittlungsstelle für Sprach- und Kulturmittler, das sog. Zentrale Management, obliegt dem Bildungsinstitut im Gesundheitswesen. Dieser Sprachmittler-Pool fungiert als Schaltstelle zwischen Auftraggeber und Sprach- und Kulturmittler, so dass die Sprach- und Kulturmittler auf Abruf eingesetzt werden. Der Markt wird sich mittelfristig an den Bedarf anpassen und die Migranten als Zielgruppe gewinnen müssen. Währenddessen gründen die Vertreter von SpraKuM Wuppertal, BiG und Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf die Institution „Sprach- und Kulturmittlung“, mit den Zielen Sprach- und Kulturmittler auf dem regulären Arbeitsmarkt zu vermitteln, die Angebote zu vernetzen, als Beratungs- und Anlaufstelle für Sprach- und Kulturmittler zu agieren, Fortbildungen anzubieten sowie die Verankerung und den Aufbau von Netzwerken voranzubringen.

8

## 4 Akteure der Entwicklungspartnerschaft TransKom

Die SpraKuM-Projekte sind in der zweiten Förderphase ein fester Bestandteil der Asyl- Entwicklungspartnerschaft TransKom gesund & sozial. TransKom ist ein Netzwerk von zehn operativen Partnern und einer Vielzahl strategischer Akteure, die die berufliche Qualifizierung von Flüchtlingen und die interkulturelle Kommunikation in der Gesundheits- und Sozialversorgung fördern. Die operativen Akteure sind das Diakonische Jahr der Ev. Kirche Rheinland und

Medikon GmbH, die jugendliche Flüchtlinge im Pflegebereich ausbilden (Krankenpflegehilfeausbildung und Freiwilliges Soziales Jahr). Das Pädagogische Zentrum Aachen und die Diakonie Wuppertal qualifizieren die Flüchtlinge und Asylbewerber zu Sprach- und Kulturmittlern. Das Psychosoziale Zentrum in Düsseldorf fördert durch Diversity Training für Multiplikatoren die Akzeptanz von Flüchtlingen im Gesundheits- und Sozialbereich und das Bildungsinstitut im Gesundheitswesen, BiG, in Essen agiert als Servicebüro zwischen Arbeitgebern und Flüchtlingen und bietet qualifizierungsbegleitende Hilfen. Das Integrationsministerium des Landes NRW und das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf evaluieren die Einsätze der Sprach- und Kulturmittler hinsichtlich der Zielerreichung und der Kundenzufriedenheit. Die transnationale Koordination und die Koordination der Entwicklungspartnerschaft obliegt der Diakonie Wuppertal.

## **5            Fazit**

Die Entwicklungspartnerschaft TransKom gesund & sozial setzt sich mit gebündelter Kraft durch die Schaffung von Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten für Flüchtlinge und Asylbewerber sowie für den Abbau von Kommunikationshemmnissen und bestehenden Vorurteilen ein. Berufliche Perspektiventwicklung, Stärkung des Selbstwertgefühls der Auszubildenden, Verbesserung der Arbeit mit Migrantinnen und Flüchtlingen und Unterstützung der Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen sind einige der Aspekte, welche der Etablierung des Berufsbildes Sprach- und Kulturmittlung eine nachhaltige Bedeutung zukommen lassen.











# 9

## Gemeindedolmetschdienst Berlin - Erfahrungen und Perspektiven

---



## **9 Gemeindedolmetschdienst Berlin - Erfahrungen und Perspektiven**

**Angelika Pochanke-Alff**

### **Zusammenfassung**

*Der Gemeindedolmetschdienst (GDD) Berlin ist ein Modellprojekt, das im Jahr 2002 in enger Kooperation mit dem Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg entwickelt wurde und seitdem von Gesundheit Berlin e.V., der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, durchgeführt und durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (EQUAL) gefördert wird. In der ersten Förderphase (2003/2004) absolvierten 67 Migrantinnen und Migranten erfolgreich die mehrmonatige Fortbildung in Sprach- und Kulturmittlung und erhielten das Zertifikat einer Gemeindedolmetscherin bzw. eines Gemeindedolmetschers. Der Begriff ‚Gemeindedolmetschen‘ wurde aus dem Englischen ‚Community Interpreting‘ übernommen. Diese Form des Dolmetschens ermöglicht nach Pöchacker (2000) Menschen, die die Landessprache nicht ausreichend beherrschen, mit Anbietern von öffentlichen Dienstleistungen gleichberechtigt und uneingeschränkt zu kommunizieren.*

### **1 Einleitung**

Ziel der bis Ende 2007 laufenden zweiten und letzten Förderphase ist die Gewährleistung der qualitativ guten Arbeit der Gemeindedolmetscherinnen und -dolmetscher sowie eine langfristige, marktgerechte und von Fördergeldern weitgehend unabhängige Etablierung des Gemeindedolmetschdienstes in Berlin. Im Folgenden wird ein Überblick über den aktuellen Bedarf an Gemeindedolmetschern in Berliner Einrichtungen, über die sich daraus ableitenden Qualitätsmerkmale der Gemeindedolmetschausbildung und -tätigkeit sowie über den gegenwärtigen Stand des Projektes insgesamt gegeben. Des Weiteren werden die Herausforderungen und die daraus resultierenden Handlungsfelder für die nächsten zwei Jahre beschrieben.

Zuvor soll jedoch mit „Leylas Geschichte“ ein konkreter Einblick in die alltägliche Arbeit des Gemeindedolmetschdienstes sowie in die Situation der ausgebildeten Sprach- und KulturmittlerInnen geboten werden. Diese Geschichte wurde im Rahmen des Weiterbildungsprogramms von Berliner Gemeindedolmetschern entwickelt. Sie ist fiktiv und zusammengestellt aus verschiedenen Erfahrungszusammenhängen der Gemeindedolmetscherinnen und -dolmetscher Fatma Aydin, Danuta Kowalski, Frieda Sjusin-Schneider, Bouchra El-Husseini.

### Leylas Geschichte

Leyla ist im Libanon aufgewachsen und kam mit 23 Jahren als Flüchtling nach Berlin. Im Libanon hatte sie bereits als Lehrerin gearbeitet. Da ihre Ausbildung in Deutschland nicht anerkannt wurde, bemühte sie sich um andere Arbeitsmöglichkeiten, nachdem sie eine Aufenthaltsgenehmigung bekommen hatte. Einige Jahre arbeitete sie in einem Reisebüro. Nun lebt sie bereits seit 15 Jahren in Berlin, ist verheiratet und hat 2 Kinder. Gleich nach ihrer Ankunft in Deutschland bemühte sich Leyla darum, die deutsche Sprache zu lernen. Sie spricht mittlerweile sehr gut Deutsch und übersetzt häufig privat für Verwandte und Freunde. Auch in der Schule ihrer Kinder wird sie immer wieder gebeten bei Elternabenden für andere arabisch sprechende Eltern zu übersetzen.

2003 erfuhr Leyla vom Gemeindedolmetschdienst und bewarb sich um eine Ausbildung zur Gemeindedolmetscherin. Die Ausbildung dauerte 6 Monate und sie lernte in dieser Zeit nicht nur Fachwissen für Einsätze in Gesundheits-, Jugend- und Bildungseinrichtungen, sondern vor allem lernte sie, professionelle Distanz zu den Klienten zu wahren. Sie lernte zwischen Übersetzung und Beratung zu unterscheiden. Vor der Ausbildung geschah es immer wieder, dass sie sich mit ihren Landsleuten solidarisierte oder sich in deren Probleme einmischte, wenn sie um Übersetzung gebeten wurde. Leyla hat die Prüfung zur Gemeindedolmetscherin mit sehr gutem Erfolg abgeschlossen und möchte auch in Zukunft als freiberufliche Gemeindedolmetscherin arbeiten. Sie findet ihre Einsätze zwar manchmal anstrengend, aber insgesamt doch äußerst befriedigend. Um uns ein Beispiel von der Bedeutung ihrer Arbeit zu geben, schildert sie den folgenden Fall:

Vom Vermittlungsdienst des Gemeindedolmetschdienstes wird ihr mitgeteilt, dass auf der Pädiatrie im Krankenhaus X ein Dolmetscher benötigt wird. Sie übernimmt den Einsatz. Nach ihrer Ankunft im Krankenhaus zur verabredeten Zeit erfährt sie in einem kurzen Vorgespräch von der behandelnden Ärztin, einer Neurologin, dass es sich um ein Gespräch mit den Eltern eines kranken Kindes handelt. Sie wird kurz über die Einzelheiten der Krankengeschichte des Kindes informiert.

Im Anschluss an das Vorgespräch findet der eigentliche Dolmetscheinsatz statt. Anwesend sind die Eltern, die Neurologin, ein Psychologe und die Stationsärztin. Leyla wird den Teilnehmern der Gesprächsrunde als Dolmetscherin vorgestellt. Die Eltern sind sehr angespannt und wirken misstrauisch gegenüber den Ärzten und auch zunächst gegenüber Leyla als Dolmetscherin. Das Gespräch gestaltet sich zu Beginn stockend und schwierig. So berichtet die Neurologin über starke Verhaltensauffälligkeiten beim Kind, die anscheinend zu Problemen in der Schule geführt haben. Die Neurologin fragt die Eltern, ob sie in ihrer privaten Umgebung ebenfalls ein auffälliges Verhalten bei ihrem Kind bemerkt haben, von dem sie berichten möchten. Die Mutter schweigt und beteiligt sich nicht am Ge-

spräch. Der Vater teilt mit, dass er bei seinem Kind zu Hause keine Probleme festgestellt habe.

Im Verlauf der Diskussion berichtet die Neurologin von Gesprächen mit der Lehrerin des Kindes, der schon seit langem aufgefallen war, dass das Kind unter Konzentrationsschwächen litt. Daraufhin teilt der Vater mit, das komme daher, dass das Kind ab und zu von Djinis heimgesucht wird.

Bei diesem Satz des Vaters fällt Leyla auf, dass die Neurologin weder zum Vater noch zu ihr Kontakt aufnimmt, sondern sich direkt an den Psychologen mit der Bemerkung wendet: „Anfang einer Psychose, nicht wahr?“ Daraufhin bittet Leyla um eine kurze Unterbrechung, um den kulturellen Hintergrund des Wortes Djini erläutern zu können bzw. um zu klären in welcher Absicht der Vater das Wort benutzt hat.

Leyla: „Die Neurologin möchte von Ihnen wissen, was Djini für Sie bedeutet. Können sie es erläutern?“

Vater: „Was kennt ihr diesen Ausdruck nicht? – Na ja, wenn man an der Schwelle oder im Durchzug sitzt, dann kommen die Djinis und machen einen steif. Oder sie erschrecken einen in der Nacht! – Kennt ihr diesen Ausdruck nicht?“ wundert er sich immer wieder.“

Nach der der Übersetzung, gibt Leyla die folgende kurze Erklärung für die Anwesenden: „Es ist bei vielen Menschen im Libanon üblich, die Redewendung „das sind die Djinis zu verwenden. Es ist als Redewendung für kleine unvorhergesehene Ereignisse zu verstehen, die sowohl positive als auch negative Auswirkungen für den Betreffenden haben können. Es handelt sich also in diesem Zusammenhang um keine Wahnvorstellungen im Sinne einer Psychose. Die Neurologin bedankt sich kurz bei Leyla für diese Aufklärung und führt das Gespräch weiter bis zum Abschluss. Leyla übersetzt das Gespräch ohne weitere Probleme.

In einem Nachgespräch erklärt die Neurologin noch einmal ausdrücklich, wie wichtig und hilfreich für sie die Sprach- und Kulturmittlung durch Leyla war und dass sie ohne die klärende Information zu dem Gebrauch des Wortes Djini unter Umständen falsche Schlüsse gezogen hätte.

9

Noch ein Nachtrag:

Da das Krankenhaus X sehr zufrieden mit der Arbeit von Leyla ist, wird sie immer wieder gebeten, dort Dolmetscheinsätze zu übernehmen. Leyla ist darüber natürlich sehr glücklich und es erfüllt sie auch mit Stolz, dass ihre Arbeit gewürdigt wird. Nur stellt sich für Leyla, die Arbeitslosengeld II erhält, jetzt folgendes Problem:

Soll sie Einsätze, die ihr mehr als 100,- € einbringen, ablehnen oder

*soll sie alle Einsätze übernehmen und sich dafür Geld vom Arbeitslosengeld streichen lassen, und wird sie genug Einsätze bekommen oder soll sie es einfach so machen wie ein anderer Gemeindedolmetscher, der zwar alle Einsätze übernimmt - weil er gern als Gemeindedolmetscher arbeitet - der aber keine Rechnung stellt, weil ihm das deutsche System viel zu kompliziert ist?*

## 2 Bedarf an Gemeindedolmetscherinnen und -dolmetschern

Der Gemeindedolmetschdienst Berlin leitet den Bedarf an GemeindedolmetscherInnen aus zahlreichen Literaturhinweisen ab, die unisono darauf hinweisen, dass die Behandlung von Migrantinnen und Migranten in Gesundheitseinrichtungen und auch ihre Beratung oder Betreuung in sozialen Einrichtungen durch sprachliche und kulturelle Barrieren enorm erschwert werden (Borde 2003; Brucks 2002). So kann man nach Deininger (2005 u. 2007) in Berlin z.B. allein im Krankenhaus von gut 30.000 Patienten pro Jahr ausgehen, die sich nicht adäquat verständigen können. Da es jedoch immer noch gängige Praxis in Krankenhäusern und sozialen Beratungsinstitutionen ist, bei Verständigungsschwierigkeiten in erster Linie Familienangehörige und Freunde der Patienten oder sogar in bis zu 60% der Fälle nicht-qualifiziertes Krankenhauspersonal zum Dolmetschen heranzuziehen (Wilming 2003), soll an dieser Stelle noch einmal die Notwendigkeit betont werden, qualifizierte Sprach- und Kulturmittler einzusetzen, und darauf hingewiesen werden, welche Probleme aus dem Einsatz von Familienangehörigen oder anderen nicht ausgebildeten Sprachmittlern resultieren können (Abb. 1).

### Probleme beim Einsatz von Begleitpersonen (Kinder, Familie, Freunde):

- Unvollständige Übersetzung, unklare Antworten
- Geringe Sachkenntnis, Fachausdrücke unbekannt
- Neutralität wird nicht gewahrt
- Befangenheit, Unsicherheit

### Positive Auswirkung durch den Einsatz von Gemeindedolmetschern

- Intensivere Therapieberatung
- Verbesserte – auf Kommunikation und gegenseitiger Verständigung basierende – Compliance
- Sicherung von Patientendaten / Einwilligungen in Operationen
- Ausführlichere und zuverlässigere Erhebung von Anamnesen
- Gezielte und schnellere Diagnostik
- Verbesserung der Patientenversorgung
- Schnellere Möglichkeit der Kostenklärung
- Vermeidung unnötiger Untersuchungen
- Vermeidung einer längeren Verweildauer

Abb. 1: Warum ist der Einsatz von geschulten Dolmetschern im Krankenhaus sinnvoll?

Nach Einschätzung von Wilming (2003) ist der Bereich des Gemeindedolmetschens von allen Dolmetschbereichen das am deutlichsten expandierende Marktsegment der nächsten Jahre. Die Anzahl derer, die nicht im Land ihrer Muttersprache leben, wird kontinuierlich steigen, aufgrund von Migration, interkulturellen Ehen oder auch Angestellten von internationalen Organisationen im Ausland. Hinzu kommt noch die Gruppe der so genannten ‚Gesundheits-touristen‘, um die sich in Berlin insbesondere eine Initiative von neun Krankenhäusern bemüht, das Netzwerk für Ausländische Patienten (Network for better medical care).

### 3 Qualitätsmerkmale des Gemeindedolmetschens

Wichtiges Qualitätsmerkmal des Gemeindedolmetschens ist, dass die Sprach- und KulturmittlerInnen das Vertrauen von beiden Gesprächsparteien erwerben müssen, die nicht auf der gleichen Stufe der Hierarchie und des medizinischen Vorwissens stehen. Anders als in anderen Dolmetsch-Arbeitsfeldern sind GemeindedolmetscherInnen als Kommunikationspartner direkt am Gespräch beteiligt. Abb. 2 zeigt wie umfassend eine Ausbildung zum Gemeindedolmetscher ist, um diesen Anforderungen gerecht werden zu können. Themen wie Strukturen des deutschen Sozial- und Gesundheitswesens, Bedeutung von Migration, kulturabhängige Aspekte von Krankheiten, Interkulturelle Kommunikation und Kompetenz, Methoden und Techniken des Konsekutivdolmetschens, Nähe und Distanz, Medizinische und Soziale Fachbegriffe (Erarbeiten eines Glossars) stellen wesentliche Qualitätsbausteine dar. Durch Fortbildungen und einem Supervisionsangebot bemüht sich das Projekt, die Qualität des Dienstes weiter zu steigern.

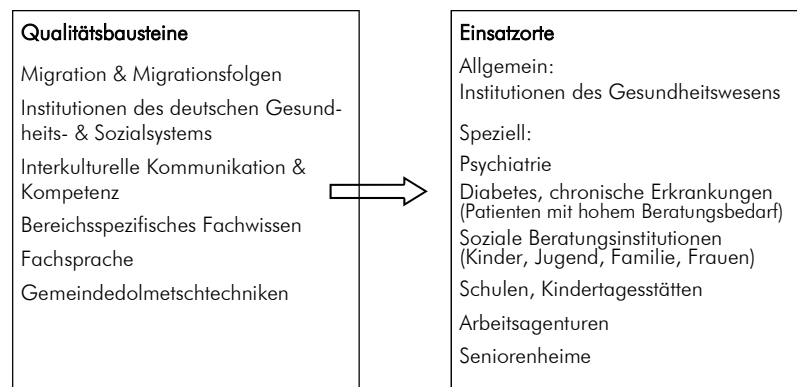


Abb. 2: Was Gemeindedolmetscher/innen lernen



#### 4 Aktueller Stand des Projektes

Der Gemeindedolmetschdienst ist gegenwärtig die einzige Organisation in Berlin, die für den Gesundheits- und Sozialbereich qualifizierte Sprach- und KulturmittlerInnen ausbildet und vermittelt. Von 67 erfolgreich ausgebildeten GemeindedolmetscherInnen stehen ca. 40 davon (Stand Februar 2006) als freiberuflich Tätige einer Vermittlung in 22 verschiedenen Sprachen zur Verfügung (Abb. 3).

- Albanisch	- Tschechisch	- Französisch
- Rumänisch	- Türkisch	- Italienisch
- Russisch	- Ukrainisch	- Kroatisch
- Serbisch	- Vietnamesisch	- Kurdisch
- Spanisch	- Roma	- Mazedonisch
- Tamilisch	- Arabisch	- Persisch
- Thailändisch	- Bosnisch	- Polnisch
- Portugiesisch		

Abb. 3: Folgende Sprachen vermittelt der Gemeindedolmetschdienst

Organisatorisch ist der Gemeindedolmetschdienst untergliedert in zwei Bereiche (siehe hierzu auch Abb. 5):

- (a) Der zurzeit noch mit Fördergeldern unterstützte Vermittlungsservice, dessen Aufgaben die Koordination des gesamten Projektes mit den Bereichen Planung, konzeptionelle Entwicklung, Qualitätssicherung und Öffentlichkeitsarbeit beinhalten sowie die Entwicklung und Durchführung der Vermittlung der Sprach- und Kulturmittler (Call Center) und die Entwicklung von neuen Angeboten sowie die Fort- und Weiterbildung der GemeindedolmetscherInnen.
- (b) Der Gemeindedolmetsch-Pool, in dem die ausgebildeten und zertifizierten Gemeindedolmetscher als freiberuflich Tätige zusammengefasst sind.

Gegenwärtig werden GemeindedolmetscherInnen von Einrichtungen des Öffentlichen Dienstes (ca. 40% der Einsätze), von Krankenhäusern (ca. 30% der Einsätze) und von sozialen Einrichtungen Freier Träger (ca. 30% der Einsätze) angefordert. Türkisch (40%), Arabisch (25%), Vietnamesisch (15%) und Russisch (10%) waren 2005 die am häufigsten angefragten Sprachen. Insgesamt gab es im letzten Jahr 410 Einsätze.

#### 5 Herausforderungen und Handlungsfelder

Trotz des oben genannten Bedarfs an qualifizierten GemeindedolmetscherInnen, der mehrere hundert Einsätze pro Monat erforderlich machen würde, werden gegenwärtig nicht mehr als 50 - 55 Einsätze im Monat vermittelt. Dabei ist anzumerken, dass dies bereits eine mehr als 100%ige Steigerung der Einsätze

innerhalb des letzten halben Jahres darstellt. Für diese noch zu geringe Nachfrage gibt es, wie die interne und externe Projektevaluation zeigt, verschiedene Gründe:

- Der Gemeindedolmetschdienst ist noch nicht allen potentiellen Kunden bzw. Auftragsgebern bekannt.
- Es gibt keine geregelte Finanzierung der Dolmetscheinsätze. D.h. jede Organisation, die eine Gemeindedolmetscherin oder einen -dolmetscher einsetzen möchte, muss in einem ersten Schritt klären, aus welchem Budget die Sprach- und Kulturmittler bezahlt werden sollen.

Damit ist eine der zentralen Herausforderungen für den Gemeindedolmetschdienst nach Wegen zu suchen, die zu einer Erhöhung der aktiven Nachfrage und des Auftragsvolumens führen. Dazu sind folgende Aktivitäten geplant:

Handlungsfeld I: Bessere Auslastung der GemeindedolmetscherInnen, d.h. Erhöhung des Auftragsvolumens durch:

- Das Entwickeln von Marketingstrategien, die einerseits Budgetverantwortliche in den Organisationen von der Bedeutung einer erfolgreichen interkulturellen Kommunikation überzeugen und andererseits das Angebot des GDD allen relevanten Personen in einer Organisation vorstellen (Abb. 4 verdeutlicht dieses Vorgehen an einem Beispiel).
- Das Aushandeln von Rahmenverträgen mit den Kunden (z.B. Krankenhäuser), um eine möglichst hohe Bindung an den GDD zu erzielen. In diesem Zusammenhang werden z.B. auch die Auftrags- und Abrechnungsmodalitäten mit Kunden erarbeitet, um die Aufträge so reibungslos wie möglich gestalten zu können.

Handlungsfeld II: Anpassung des Dienstleistungsangebots an den Bedarf der Organisationen durch:

- Ermitteln des aktuellen Bedarfs (z.B.: Welche Sprachen werden hauptsächlich benötigt? Sollen GemeindedolmetscherInnen regulärer Teil eines Sprechstundenangebots für bestimmte Gruppen z.B. im Krankenhaus sein? Gibt es einen telefonischen Beratungsbedarf? Besteht ein Fortbildungsbedarf zu dem Thema ‚Interkulturelle Kommunikation‘?),
- regelmäßigen Kontakt mit den Kunden (Evaluierung der Einsätze, Ermitteln von Veränderungen).

Eine weitere Herausforderung für das Projekt ist die soziale und ökonomische Ausgangssituation der Migrantinnen und Migranten, die zu GemeindedolmetscherInnen ausgebildet wurden. Sie konnten an der Qualifizierung nur teilnehmen, wenn sie auch Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe bezogen. Gegenwärtig erhalten noch ungefähr 80% Dolmetscher weiterhin Arbeitslosengeld II, da die

vermittelten Dolmetscheinsätze ihnen bisher keine ausreichenden Einnahmen ermöglichen. Diese prekäre Situation führte dazu, dass einige ausgebildete GemeindedolmetscherInnen mittlerweile andere zusätzliche Beschäftigungen angenommen haben oder in so genannten MAE-Maßnahmen (Mehraufwandsentschädigung) tätig sind.

Für den GDD bedeutete das, dass eine wirksame, „interne“ Marketingstrategie entwickelt werden musste, um die GemeindedolmetscherInnen langfristig für die Teilnahme am Gemeindedolmetschdienst zu interessieren, um so genügend Sprach- und Kulturmittler über den Vermittlungsservice anbieten zu können. Folgende Aktivitäten werden in diesem Zusammenhang gegenwärtig umgesetzt:

	Vorhaben	Aktivität
1	Struktur des Krankenhauses und Budgetverantwortung ermitteln Kontaktaufnahme mit den Budgetverantwortlichen	Kontakte über bestehende Netzwerke und Lobbygruppen (z.B. Krankenkasse, Krankenhausgesellschaft Berlin) Experteninterview, Auswertung von schriftlichen Informationen
2	Kontaktaufnahme mit dem Management (über die/den Qualitätsbeauftragte/n)	Vorstellen d. Gemeindedolmetschdienstes Regelmäßiger Austausch mit der/dem Qualitätsbeauftragten
3	Sensibilisierung des Managements bzw. Diskussion über das weitere Vorgehen	Falls notwendig: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hintergrundinformation zum Themenbereich ‚Interkulturelle Kommunikation‘ in Verbindung mit den Möglichkeiten eines Gemeindedolmetschdienstes</li> <li>• Strategische Diskussion: Zielgruppen des Gemeindedolmetschdienstes! Welche Aktivitäten sind notwendig, um das Angebot des Gemeindedolmetschdienstes bekannt zu machen</li> </ul>
4	Kontaktaufnahme mit dem mittleren Management (z.B. Pflegedienstleitern, Chefärzten)	Vorstellen des Gemeindedolmetschdienstes mit Beispielen aus der Praxis Diskussion über den aktuellen Bedarf
5	Kontaktaufnahme mit relevanten Stationen über die Chefärzte / Stationsleiter (z.B. Psychiatrie, Gynäkologie)	Vorstellen des Gemeindedolmetschdienstes mit Beispielen aus der Praxis Diskussion über den aktuellen Bedarf z.B. türkisch- oder arabischsprachige Sprechstunde
6	Abschluss eines Rahmenabkommens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzept vorstellen</li> <li>• Vermittlungsprozedere und</li> <li>• Rechnungsstellung ausarbeiten</li> </ul>
7	Kontakt mit der Abteilung für Personalentwicklung (internes Fortbildungsprogramm)	Fortbildungsangebot zur Interkulturellen Kommunikation vorschlagen

Abb. 4: Aktivitäten

Handlungsfeld III: Entwicklung und Anpassung des beruflichen Profils der GemeindedolmetscherInnen durch:

- Das Fördern des Potenzials, das viele aus früheren Tätigkeiten mitbringen (z.B. Fortbildung zum Trainer / zur Trainerin für die Aus- und Fortbildung von Gemeindedolmetschern oder für den Themenbereich ‚Interkulturelle Kommunikation‘. Diesen Themenbereich will der GDD, wie bereits oben erwähnt, zukünftig interessierten Organisationen als Fortbildung anbieten. )
- Das Fördern der Eigeninitiative und des Selbstbewusstseins („Empowerment“), um die GemeindedolmetscherInnen in weitere Aufgaben des GDDs einzubeziehen wie z.B. in Werbekampagnen.
- Das Angebot an Fortbildungen, die sich am Bedarf der GemeindedolmetscherInnen und am Bedarf der Kunden orientieren.

Das Ziel des Projektes, bis Ende 2007 einen langfristigen und sicheren Finanzierungsplan aufzustellen, muss ebenfalls als eine große Herausforderung betrachtet werden, da nach dem gegenwärtigen Stand, keine Finanzierung durch die öffentliche Hand vorgesehen ist.

Handlungsfeld IV: Der Gemeindedolmetschdienst Berlin will nach neuen Wegen suchen und langfristig stabile Finanzierungsmodelle für einen umfassenden Vermittlungsservice entwickeln.

Die hier beschriebenen Handlungsfelder und Aktivitäten sind Teil einer Gesamtstrategie, die entwickelt wurde, um das oben genannte Ziel erreichen zu können (siehe Abb. 5).

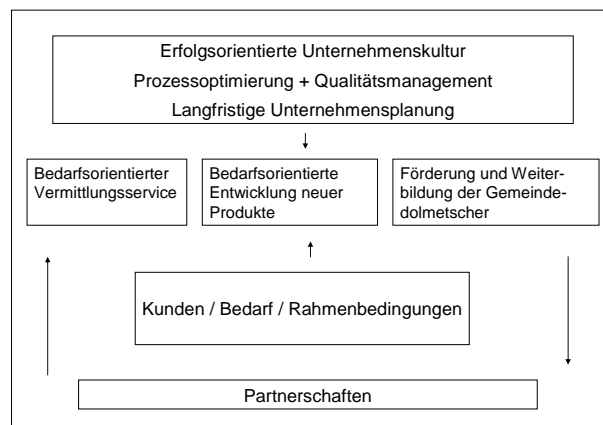


Abb. 5: Strategie des Gemeindedolmetschdienstes Berlin

An dieser Stelle soll auch die Bedeutung der Partnerschaften für ein Projekt, wie es der Gemeindedolmetschdienst darstellt, hervorgehoben werden. Über den Träger Gesundheit Berlin e.V. und die Plan- und Leitstelle Gesundheit des Bezirks Friedrichshain-Kreuzberg wird die Vernetzung mit den in Berlin relevanten Gruppen und politischen Akteuren gewährleistet. Innovativ und unterstützend wirkt sich ebenfalls die Vernetzung im Rahmen der EQUAL-Partnerschaft QiA – Interkulturelle Ressourcen für den Arbeitsmarkt aus. Des Weiteren bestehen Kooperationen mit der Alice Salomon Fachhochschule Berlin und dem European Master Programme in International Education der Freien Universität Berlin. Durch die Mitarbeit von Studentinnen und Studenten der oben genannten Institutionen können arbeitsintensive Vorhaben wie z.B. die Entwicklung und Umsetzung von Werbekampagnen, Fort- und Weiterbildungskonzepten und Finanzierungsmodellen qualitativ gut und in befriedigendem Umfang durchgeführt werden.

### Literatur

- BORDE, T. & DAVID, M. (2003). Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.
- BRUCKS, U. & WAHL, W.-U. (2002) Gesundheitsversorgung für Zuwanderinnen und Zuwanderer. Im Auftrag des schleswig-holsteinischen Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg 2002.
- DEININGER, S. & BRANDT, S. (2005). Umfrage zur Verständigung mit nicht deutsch-sprachigen Patientinnen und Patienten an Berliner Krankenhäusern, Vortrag beim 11. Kongress Armut und Gesundheit.
- DEININGER, S. (2007). Zur sprachlichen Verständigung in Krankenhäusern Berlins. Perspektiven der Leitung. In: Borde, T. und Albrecht, N.-J. (Hrsg.): Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder, Frankfurt a. M., IKO-Verlag, S. 22-38.
- PÖCHACKER, F. (2000). Dolmetschen, Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen. Tübingen, Stauffenburg-Verlag.
- WILMING, A. (2003). Qualitätskriterien und -strukturen des Marktes – eine Diskussion der Standards von Verdolmetschungen, Diplomarbeit, Heidelberg ([http://www.andrea-wilming.de/diplom\\_andreawilming\\_03.pdf](http://www.andrea-wilming.de/diplom_andreawilming_03.pdf)).



10

GemeindedolmetscherInnen in Berlin.  
Gut qualifiziert für ein neues  
Arbeitsfeld?

## **10 GemeindedolmetscherInnen in Berlin. Gut qualifiziert für ein neues Arbeitsfeld?**

**Theda Borde**

### **Zusammenfassung**

*Die Qualifizierung von GemeindedolmetscherInnen und der Aufbau des Gemeindedolmetschendienstes Berlin wurden während der ersten Förderphase prozessbegleitend evaluiert. Dazu wurden die TeilnehmerInnen zu ihren Erwartungen, ihrer Zufriedenheit mit der Weiterbildung und ihren beruflichen Perspektiven befragt. Ebenso wurden MitarbeiterInnen aus Sozial- und Gesundheitseinrichtungen befragt, um den Bedarf an Sprach- und Kulturmittlung aus der Sicht potenzieller Auftraggeber der Dolmetschleistungen zu ermitteln. Die GemeindedolmetscherInnen waren hoch motiviert und zufrieden mit dem Qualifizierungsprogramm und fühlen sich gut auf das neue Arbeitsfeld vorbereitet. Aus der Perspektive der befragten Institutionen zeichnet sich ein hoher Bedarf an qualifizierten Sprach- und KulturmittlerInnen ab. Trotzdem konnten die Erwartungen an eine berufliche Integration der für dieses Berufsfeld qualifizierten MigrantInnen in den ersten Arbeitsmarkt nicht erfüllt werden. Um die notwendige Verbesserung der interkulturellen Kommunikation zu erreichen und das neue Berufsbild in die Versorgungsstrukturen zu integrieren, sind weitere Schritte wie der Ausbau der Vermittlungsfunktion des Gemeindedolmetschendienstes, eine intensive Öffentlichkeitsarbeit und die Sensibilisierung der Versorgungseinrichtungen für die Anerkennung der soziokulturellen Vielfalt und der Partizipationsrechte von MigrantInnen erforderlich.*

### **1 Einleitung**

In Berlin werden im Rahmen des EU-Programms EQUAL neben dem Gemeindedolmetschendienst fünf weitere Projekte zur Qualifizierung für interkulturelle Arbeit (QiA) aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds und des Landes Berlin gefördert, die als gemeinsames Ziel die Weiterqualifizierung von Migrantinnen und Migranten verfolgen. Mit den EQUAL-Projekten werden neue Wege erprobt und innovative Konzepte entwickelt, um die berufliche und soziale Integration von benachteiligten Gruppen zu fördern und Diskriminierungen und Ungleichheiten auf dem Arbeitsmarkt abzubauen.

Die QiA-Projekte knüpfen an spezifische Kompetenzen und Erfahrungen von Migrantinnen und Migranten – wie z. B. Zweisprachigkeit und transkulturelle Erfahrungen – an, nutzen diese Potenziale und entwickeln sie anhand der Qua-



lifizierungsprogramme für arbeitsmarktrelevante Bereiche. In den sechs Einzelprojekten werden Migrantinnen und Migranten für die Altenpflege sowie für die Kinder- und Jugendhilfe (MiA), für Serviceaufgaben im Gesundheits- und Sozialbereich (Chance) und für die Sprach- und Kulturmittlung im Gesundheits- und Sozialwesen (Gemeindedolmetschdienst Berlin) qualifiziert. Das Projekt „Etappe“ bietet Berufsorientierung für Frauen im Migrationsbereich und ein „Mentoring-Programm“ unterstützt MigrantInnen bei der Arbeitssuche. Als Querschnittsaufgabe für die gesamte Entwicklungspartnerschaft werden die „Fachberatung und Fortbildung zur interkulturellen Öffnung“ weiterentwickelt und eine Vermittlungsstelle für GemeindedolmetscherInnen aufgebaut. Neben der Qualifizierung von Migrantinnen und Migranten zielt das Programm darauf ab, neue Strukturen zu entwickeln, innovative Arbeitsbereiche und Berufsfelder zu erschließen und diese Konzepte in die Regelsysteme zu transferieren.

Zu den Projektpartnern, die vom Integrationsbeauftragten des Senats von Berlin koordiniert werden, zählen sowohl große Wohlfahrtsverbände als auch kleinere kommunale Träger. Durch die Kooperation mit unterschiedlichen Organisationen und Gruppen sowie transnationalen Partnern verfügt der Projektverbund über arbeitsmarktrelevante Erfahrungen mit der Zielgruppe der MigrantInnen (siehe auch <http://www.drybit.de/qia/index.html>).

## 2 Evaluation der QiA-Projekte

Die Evaluation der sechs Projekte wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung und des Beauftragten des Senats von Berlin für Integration und Migration durchgeführt und erfolgte in Kooperation von Hochschullehrerinnen der Evangelischen Fachhochschule, der Katholischen Hochschule und der Alice Salomon Fachhochschule, die jeweils eines der Projekte begleiteten. Brigitte Wießmeier und Olivia Dibelius von der Ev. Fachhochschule übernahmen die Evaluation von „Etappe“ bzw. „Chance“, Monika Treber von der Katholischen Hochschule Berlin begleitete die Fachberatung und Fortbildung zur interkulturellen Öffnung und das Mentoring-Programm. Ingrid Kollak und Theda Borde von der Alice Salomon Fachhochschule das Projekt „MiA“ (in diesem Band) bzw. den Gemeindedolmetschdienst Berlin.

Studierende der drei Berliner Fachhochschulen waren in die Evaluationsprojekte eingebunden und maßgeblich an der Durchführung beteiligt. Unterstützt durch einen Methodenworkshop konnten sie ihre Praxis- und Forschungserfahrungen erweitern, in dem projektübergreifende theoretische und methodische Fragen vermittelt, die praktische Umsetzung der Evaluation vorbereitet und Fragen aus den Einzelprojekten diskutiert wurden. Die Studierenden erarbeiteten sich Kompetenzen für die Entwicklung von Fragestellungen, für die Auswahl angemessener Methoden des Zugangs, für die Entwicklung von Untersuchungsinstrumenten

und für die Analyse von Daten, die in eigene empirische Untersuchungen im Rahmen von Diplomarbeiten mündeten. Die Ergebnisse der Evaluation wurden in Zusammenarbeit mit den Studierenden für die Präsentation in den jeweiligen Organisationen aufbereitet, so dass sie als Instrument für die Organisations- und Projektentwicklung einsetzbar wurden.

### **3 Evaluation des Gemeindedolmetschdienstes**

#### **3.1 Fragestellungen und Methodik**

Da es bei der Qualifizierung von GemeindedolmetscherInnen und deren Vermittlung in die Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens auch um die Entwicklung und Etablierung eines neuen Berufsbildes geht, lag der Schwerpunkt der prozessbegleitenden Evaluation einerseits auf der Qualität der Qualifizierung und andererseits auf einer Analyse des Bedarfs an Sprach- und Kulturmittlung in den Institutionen der Regelversorgung. Ziel war dabei, die Entwicklung der Qualifizierungsmaßnahme und der Organisation des Gemeindedolmetschdienstes zu unterstützen.

In der ersten Förderphase konzentrierte sich die Projektevaluation (2003 – 2005) sowohl auf den Prozess der Qualifizierungsmaßnahme aus der Sicht der angehenden bzw. später qualifizierten GemeindedolmetscherInnen und auf die Ermittlung des Bedarfs an Sprach- und Kulturmittlung in den vorgesehenen Arbeitsfeldern des Gesundheits- und Sozialwesens für eine bedarfsgerechte Entwicklung der Angebote des Gemeindedolmetschdienstes. Die Fragestellungen bezogen sich im Wesentlichen auf die drei Bereiche: (1) Voraussetzungen, Erwartungen und die Bewertung der Qualifizierungsmaßnahme durch die TeilnehmerInnen, (2) die gegenwärtige Praxis der interkulturellen Kommunikation sowie der Bedarf und Anforderungen an Sprach- und Kulturmittlung aus der Sicht von Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens und (3) die Konsequenzen der Ergebnisse für die Entwicklung der Organisation.

Die Evaluation konzentrierte sich daher auf drei Bereiche, die jeweils mit unterschiedlichen methodischen Zugängen, Zielgruppen, Akteuren und Kooperationspartnern verwirklicht wurden: (1) die Befragung der GemeindedolmetscherInnen während und nach der Qualifizierung, (2) die Befragung von MitarbeiterInnen von Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens als „potenzielle Auftraggeber“ und (3) die Weiterentwicklung der Organisation durch Feed-back der Evaluationsergebnisse an den Gemeindedolmetschdienst, die TeilnehmerInnen der Qualifizierungsmaßnahme und den Träger des Projektes, Gesundheit Berlin e.V., sowie die Präsentation und Diskussion der Ergebnisse mit einer breiteren Fachöffentlichkeit.

### 3.1.1 Befragung der GemeindedolmetscherInnen

Die TeilnehmerInnen der drei Qualifizierungsmaßnahmen wurden anhand von unterschiedlichen Fragebögen jeweils zu Beginn (Fragebogen 1), bei Abschluss (Fragebogen 2) und sechs Monate nach Beendigung der jeweiligen Qualifizierung (Fragebogen 3) befragt. Um die Ausgangsbedingungen, den Prozess der Qualifizierung und die Arbeitsmarktrelevanz der Qualifizierung bewerten zu können, wurden Aspekte zur Lebenslage, Erwartungen und Zufriedenheit der TeilnehmerInnen mit Lehrinhalten und Lehrformen sowie deren berufliche Perspektiven und Fakten zum individuellen Verbleib auf dem Arbeitsmarkt ermittelt (Abb.1).

Die Fragebogenbefragung wurde durch qualitativ ausgerichtete leitfadensorientierte Gruppen- und Einzelinterviews mit AbsolventInnen ergänzt, um weitergehende Erkenntnisse über die Qualität der Maßnahme, den Bedarf an Weiterqualifizierung und Möglichkeiten der Entwicklung des Arbeitsmarktes für das neue Berufsbild aus der Sicht der GemeindedolmetscherInnen zu gewinnen.

#### Befragung der Dolmetscher/innen während u. nach der Qualifizierung

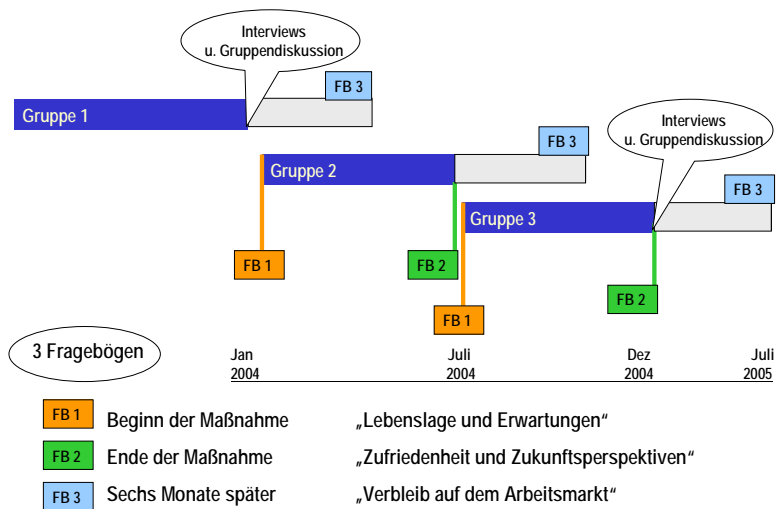


Abb. 1: Zeitpunkte der Befragung der GemeindedolmetscherInnen

### 3.1.2 Befragung von MitarbeiterInnen des Gesundheits- u. Sozialwesens

Um den Bedarf an Sprach- und Kulturmittlung zu ermitteln und Hinweise auf die derzeitige Verständigungspraxis mit nichtdeutschsprachigen PatientInnen und KlientInnen zu gewinnen, befragten die am Projekt beteiligten Studierenden der Sozialen Arbeit im Rahmen ihrer Diplomarbeiten MitarbeiterInnen verschiedener Einrichtungen anhand von Fragebögen und Interviews. Aus der Sicht der potenziellen NutzerInnen bzw. Auftraggeber des Gemeindedolmetschdienstes konnten u.a. Kenntnisse für eine am Bedarf orientierte Vermittlungspraxis und Organisationsentwicklung gewonnen werden, die für eine nachhaltige Etablierung des Gemeindedolmetschdienstes von Bedeutung sind.

Oxana Ledyaikina, Absolventin der Ev. Fachhochschule Berlin, untersuchte die Sicht der Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens zum Bedarf an Sprach- und KulturmittlerInnen anhand von fokussierten Interviews mit acht MitarbeiterInnen unterschiedlicher Berufsgruppen und Einrichtungen.

Alexandra Cerniewski, Absolventin der Alice Salomon Fachhochschule (ASFH) befragte 107 SozialarbeiterInnen aus acht Berliner Jugendämtern per Fragebogen zur Praxis der Verständigung mit nichtdeutschsprachigen KlientInnen.

Johanna Uebelacker, ebenfalls Absolventin der ASFH, erfasste die Perspektiven von 140 MitarbeiterInnen aus dem Jugend-, Gesundheits-, Sozial- und Bürgeramt des Bezirksamtes Friedrichshain-Kreuzberg und führte ergänzende Interviews.

Die Studienergebnisse sind in diesem Band detaillierter dargestellt bzw. zusammengefasst.

### 3.2 Datenauswertung

Die Aufbereitung, Analyse und Auswertung der anhand der Fragebögen gesammelten Daten erfolgte mit Hilfe des Programms SPSS 11.5 für Windows. Bei der Auswertung wurden zunächst Häufigkeiten berücksichtigt und eine geschlechtsspezifische Analyse vorgenommen, um gender-bezogene Fragen, die sowohl für den Einsatz der DolmetscherInnen als auch für die Situation auf dem Arbeitsmarkt relevant sind, beantworten zu können.

Da die Stichprobe der befragten GemeindedolmetscherInnen relativ klein ist, wurde auf Signifikanztests verzichtet. Ebenso wurden die Ergebnisse für die beiden befragten Kursgruppen zusammengezogen, denn es ließen sich kaum Unterschiede in den kursbezogenen Einzelergebnissen erkennen.

Die Gruppendiskussionen und Einzelinterviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und anschließend wortgetreu transkribiert. Alle befragten Personen waren mit der Aufzeichnung und Verschriftlichung einverstanden. Die Interviews wurden dann auf der Grundlage qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet (Mayring 2000).

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Befragung der GemeindedolmetscherInnen

#### 4.1.1 Beteiligung der GemeindedolmetscherInnen an der Befragung

*Interviews und Gruppendiskussionen:* Insgesamt wurden 8 AbsolventInnen der Qualifizierungsmaßnahme anhand von Einzelinterviews befragt. Im Anschluss an die erste Qualifizierungsmaßnahme beteiligten sich im Januar 2004 insgesamt 7 GemeindedolmetscherInnen des ersten Ausbildungsdurchgangs an der Gruppendiskussion. Eine weitere Gruppendiskussion wurde im Dezember 2004 mit 12 GemeindedolmetscherInnen des dritten Ausbildungsdurchgangs durchgeführt. Die Ergebnisse der Gruppendiskussionen und der Interviews werden im Folgenden nicht gesondert ausgeführt, fließen aber z.T. in die Ergebnisdarstellung ein.

*Fragebögen:* In die Fragebogenbefragung konnten nur die TeilnehmerInnen der zweiten und der dritten Qualifizierungsgruppe einbezogen werden, da die Evaluation erst im Dezember 2003 von der Autorin übernommen wurde und die erste Gruppe die Maßnahme bereits abgeschlossen hatte. Insgesamt liegen komplett ausgefüllte Fragebögen von 48 Personen [davon 34 Frauen und 14 Männer] zu Motivation und Erwartungen (Fragebogen 1) und von 42 Personen [davon 29 Frauen und 13 Männer] zur Bewertung der Qualifizierungsmaßnahme (Fragebogen 2) vor. Begünstigt wurde der hohe Rücklauf dadurch, dass sich die Befragten in diesem Zeitraum noch regelmäßig im Unterrichtsraum zusammen fanden. Die Erreichbarkeit oder auch die Beteiligungsbereitschaft ebte in der letzten Befragungsphase sechs Monate nach Abschluss der Maßnahme deutlich ab, so dass sich hier nur noch ein Fragebogenrücklauf von 27 Personen [davon 18 Frauen und 9 Männer] verzeichnen ließ.

#### 4.1.2 Motivation und Erwartungen der TeilnehmerInnen an der Qualifizierung

Wie schon aus der Stichprobenbeschreibung hervorgeht, nahmen deutlich mehr Frauen an der Qualifizierungsmaßnahme teil. Etwa die Hälfte der TeilnehmerInnen hatte bereits im Herkunftsland eine Berufsausbildung absolviert und zwei Drittel verfügte über höhere Bildungsabschlüsse. Etwas mehr als die Hälfte der TeilnehmerInnen (62% der Frauen und 50% der Männer) haben ihre schulische Ausbildung im Ausland absolviert. Als Jugendliche sind 23,5% der Frauen und 28,6% der Männer nach Deutschland migriert und haben daher sowohl in Deutschland als auch im Ausland eine Schule besucht. 15 % der Frauen und 21,4 % der Männer sind nur in Deutschland zur Schule gegangen.

Den Förderbedingungen entsprechend waren alle TeilnehmerInnen nicht erwerbstätig und bezogen Sozialhilfe oder Arbeitslosengeld. Während andere Lebensbereiche wie eigene Wohnsituation, Familie und Gesundheit jeweils von mehr als der Hälfte positiv bewertet wurde, äußerte sich unabhängig vom Geschlecht keine/r der Befragten zufrieden mit der eigenen beruflichen und Einkommenssituation. Zur subjektiven Bewertung der eigenen Benachteiligung auf dem Arbeitsmarkt befragt, gaben zu Beginn der Ausbildung 43% der Männer und 49% der Frauen an, dass sie sich aufgrund ihrer Herkunft auf dem Arbeitsmarkt benachteiligt fühlen. 18% der Frauen sahen sich auch aufgrund der Problematik der Vereinbarkeit von Familie und Beruf auch hinsichtlich des Geschlechts beruflich benachteiligt. Als Gründe wurden von diesen Frauen meist Kinder bzw. die alleinige Verantwortung für Kinder angegeben.

Als wichtigste Motive für die Teilnahme an der Weiterbildung wurden die Verbesserung der Chancen auf dem Arbeitsmarkt und der beruflichen Qualifikation sowie die Mitwirkung an der Verbesserung der interkulturellen Verständigung genannt. Bei den Männern nahm zusätzlich der Aspekt, die freie Zeit sinnvoll zu nutzen, einen relativ hohen Stellenwert ein. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied lässt sich dadurch erklären, dass mehr Frauen in der befragten Gruppe Kinder zu versorgen hatten (Abb. 2).

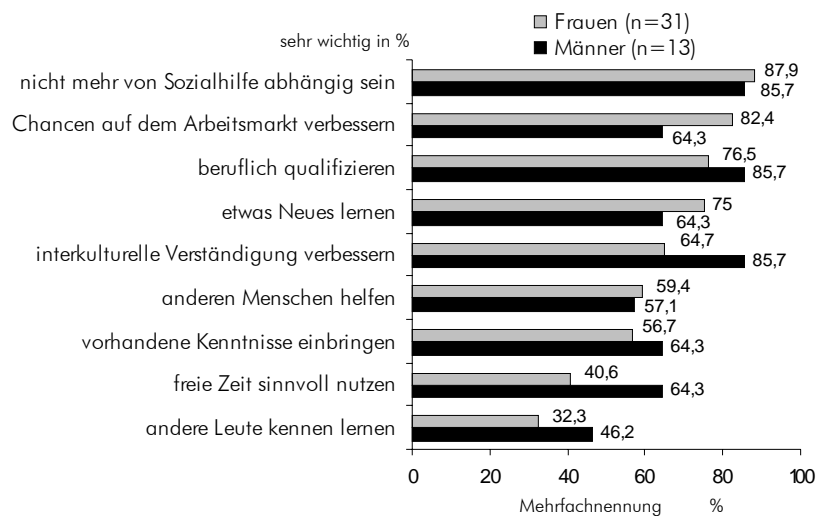


Abb.2 Motivation für die Teilnahme an der Qualifizierung

Die Erwartungen an die Qualifizierungsmaßnahme konzentrierten sich vor allem auf die Bereiche Arbeit und Weiterbildung sowie auf die Erweiterung der Fachkenntnisse für die Tätigkeit als GemeindedolmetscherIn im Gesundheits- und

Sozialbereich. Auf die offenen Fragen zu ihren Erwartungen gaben sie z.B. an „eine Arbeitsstelle zu finden“, „am Arbeitsleben teilnehmen dürfen“, „bessere Chancen auf Arbeit“, „weg von der Sozialhilfe kommen“ und „unabhängig werden“.

Mit der Weiterbildung zu Sprach- und KulturmittlerInnen wollen sie sich „beruflich qualifizieren“, „eine zusätzliche Qualifikation erwerben“, „Kenntnisse auffrischen“, „Erfahrungen sammeln“, „die vorhandenen Kenntnisse erweitern“ und „etwas lernen, das weiter bringt“. Die von den Befragten formulierten Antworten spiegeln einerseits den Wunsch nach Integration in den Arbeitsmarkt und andererseits eine sehr hohe Motivation und Lernbereitschaft sowie eine starke Identifikation mit dem neuen Berufsfeld wider.

An die Ausbildung hatten sie entsprechend sehr genaue fachbezogene Erwartungen, die sowohl Dolmetschkompetenzen als auch Fachkenntnisse im medizinischen, sozialen und rechtlichen Bereich und persönliche Kompetenzen umfassen. Sehr konkret formulieren sie die erwarteten Inhalte der Weiterbildung, wie: „Allgemeinwissen verbessern“, „medizinische, psychologische und rechtliche Kenntnisse erweitern“, „Strukturen des Gesundheits- Sozial- und Rechtswesens verstehen“, „Fachbegriffe“, „Dolmetschtechniken und -methoden“ sowie „Professionalität und Qualität bei der Sprach- und Kulturmittlung“ und „Neutralität“ erlernen, die eigenen „Deutschkenntnisse verbessern“, „Selbstsicherheit“ und „mehr Wissen über den Arbeitsmarkt“ gewinnen und „die eigenen Grenzen kennen lernen“, und belegen damit eine klare Sicht auf das Berufsbild und eine realistische Einschätzung der bevorstehenden Qualifizierung.

#### 4.1.3 Zufriedenheit mit den Lernbedingungen und berufliche Perspektiven

Mit den Lernbedingungen im Qualifizierungsprojekt Gemeindedolmetschdienst und ihren persönlichen Lernbedingungen waren die Befragten insgesamt zufrieden. Die weiblichen TeilnehmerInnen äußerten sich deutlich zufriedener als die Männer mit der Atmosphäre im Unterricht (85% vs. 58% „sehr zufrieden“ und „zufrieden“ zusammengefasst) sowie mit der Gruppe der TeilnehmerInnen (90,3% vs. 69,2%) und etwas zufriedener mit den Inhalten des Unterrichts (81,2% vs. 77%). Die männlichen Teilnehmer waren dagegen etwas zufriedener mit der Kommunikation mit den Mitarbeitern (92,3% vs. 87,1%) und deutlich zufriedener mit dem Praxisbezug während der Ausbildung (81,8% vs. 65,2%) sowie mit der Unterstützung durch Familie/ PartnerIn (82% vs. 70,3%).

Ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt als qualifizierte GemeindedolmetscherInnen schätzten die befragten TeilnehmerInnen zu Beginn der Maßnahme überwiegend positiv ein. So hatten 84% der Männer und 58,6% der Frauen die Erwar-

tung auf häufige Dolmetscheinsätze auf Honorarbasis. Die Hoffnung auf eine feste Arbeitsstelle als GemeindedolmetscherIn verbanden 58,3% der Männer und 37,6% der Frauen mit der begonnenen Weiterqualifizierung.

#### 4.1.4 Bewertung der Qualifizierungsmaßnahme durch die TeilnehmerInnen

##### Kompetenzzuwachs und Qualität der Bewertung der Weiterbildung

Um die subjektive Sicht auf den Effekt der Qualifizierung zu erfassen, wurden die GemeindedolmetscherInnen vor und nach der Weiterbildung um eine Einschätzung ihrer eigenen Dolmetschkompetenzen gebeten. Während bei Beginn der Qualifizierung (Fragebogen 1) bereits 41% der Frauen und ca. 40% der Männer ihre derzeitigen Dolmetschkompetenzen als „gut“ oder „sehr gut“ bewerteten, waren es nach Abschluss des Kurses (Fragebogen 2) 86% der Frauen und 100% der Männer (Abb.3). Der prä-/post-Vergleich zeigt, dass nicht nur die Dolmetschkompetenzen sondern auch das professionelle Selbstbewusstsein nach der Qualifizierung deutlich gestiegen sind und weist darauf hin, dass die Frauen ihre eigenen Kompetenzen insgesamt etwas selbstkritischer betrachten als die Männer.

Fachbezogene Kompetenzen durch die Qualifizierung für die professionelle Sprach- und Kulturmittlung (z.B. Professionalität im Dolmetschen, Sicherheit in der deutschen Sprache, Sicherheit im Umgang mit Klienten/Patienten, Sicherheit im Umgang mit Auftraggebern, berufliche Qualifikation) wurden von der Mehrzahl der Befragten positiv bewertet, während arbeitsmarktbezogene Erwartungen (z.B. Kontakte zu möglichen Arbeitgebern, Chancen auf dem Arbeitsmarkt, nicht mehr von Sozialhilfe leben) aus der Sicht der TeilnehmerInnen weniger gut erfüllt wurden.

Bei der Beurteilung des Unterrichts zeigten die Befragten eine sehr hohe Zufriedenheit mit den inhaltlichen Schwerpunkten, der fachlichen Kompetenz der DozentInnen, der Vermittlung des Unterrichtsstoffs, der Verständlichkeit der Arbeitsmaterialien und der Vorbereitung auf die Praxis. Der Praxisbezug während des Unterrichts wurde im Laufe der drei Maßnahmen deutlich verbessert. Auch die Unterrichtsinhalte (Techniken u. Methoden der Gesprächsführung, Fachvokabular, Rechtsgrundlagen, Struktur des Gesundheits- u. Sozialwesens, Techniken des Dolmetschens, professionelles Selbstverständnis) wurden von der großen Mehrheit der GemeindedolmetscherInnen positiv bewertet.



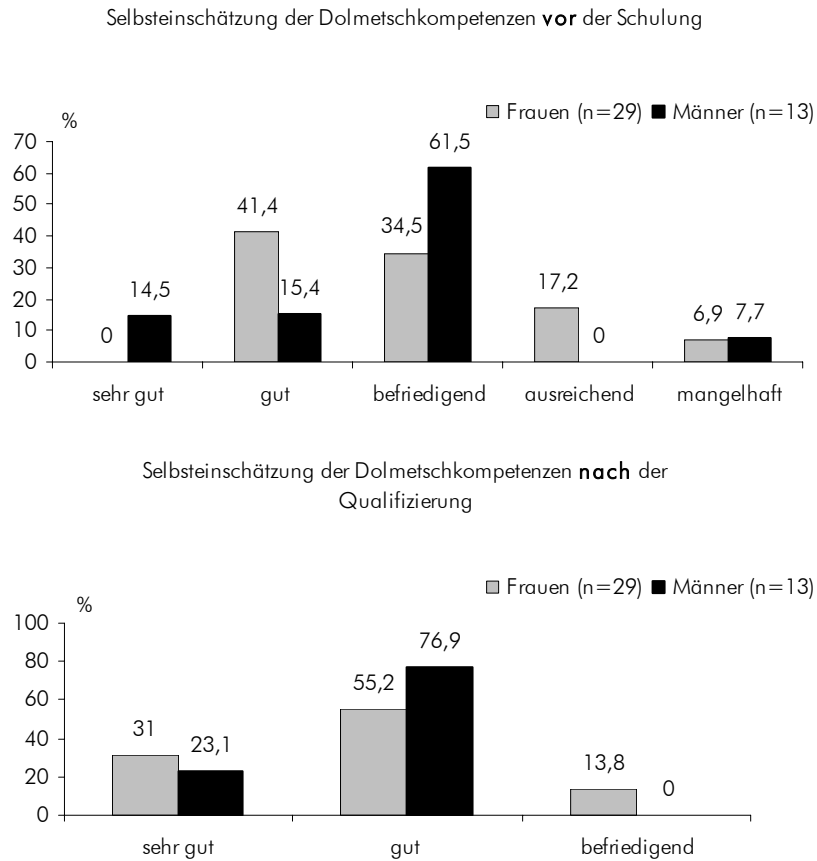


Abb. 3: Einschätzung der eigenen Dolmetschkompetenzen vor und nach der Qualifizierung der GemeindedolmetscherInnen

#### 4.1.5 Wahrgenommene Anerkennung der Dolmetschleistungen

Im Rahmen ihres Praktikums und während der Laufzeit der Qualifizierungsmaßnahme hatten die TeilnehmerInnen Praxiseinsätze in verschiedenen Kliniken, Beratungsstellen, Behörden u.a. Institutionen. Die Befragung zeigte, dass die GemeindedolmetscherInnen sowohl seitens der AuftraggeberInnen als auch seitens der PatientInnen bzw. KlientInnen bei ihren Dolmetscheinsätzen eine hohe Wertschätzung ihrer Arbeit erfahren (Abb. 4).

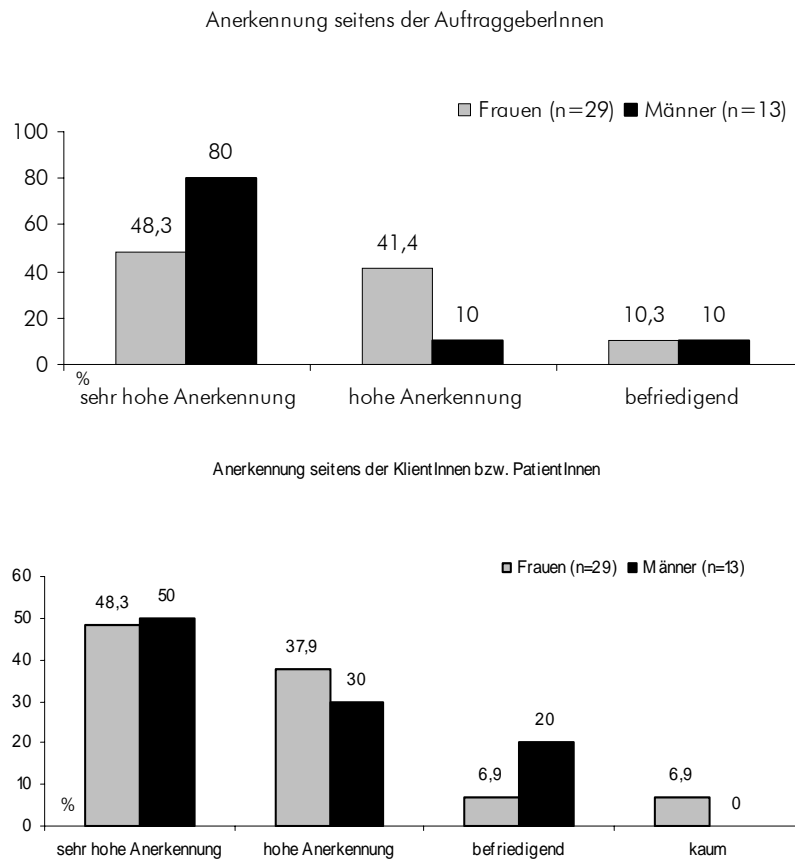


Abb. 4: Anerkennung der Dolmetschleistung während des Praktikums

Die Praxiserfahrungen der Sprach- und Kulturmittler zeigen aber auch, dass professionell gedolmetschte Gespräche im Dreieck zwischen Fachkraft, Gemeindedolmetscher und Patient/Klient oft auch für die Fachkräfte ungewohnt sind und dass nicht nur die GemeindedolmetscherInnen, sondern alle am Gespräch beteiligten Seiten für die neue Gesprächssituation qualifiziert werden sollten. Aus den Interviews und Gruppendiskussionen mit den GemeindedolmetscherInnen konnten typische Schwierigkeiten in der vermittelten Gesprächssituation ermittelt werden, die interessante Anhaltspunkte für die Professionalisierung der Sprach- und Kulturmittlung und für die Etablierung des Berufsbildes geben. So wird beobachtet, dass seitens der KlientInnen/ PatientInnen aber auch seitens

der Fachkräfte (möglicherweise durch die Macht der Gewohnheit an von Laien gedolmetschte Gespräche) immer wieder angestrebt wird, die professionelle Neutralität der Sprach- und KulturmittlerInnen zu unterlaufen. Die GemeindedolmetscherInnen berichteten, dass beide Seiten auf verschiedene Weise versuchen, die Sprach- und KulturmittlerInnen für ihre Interessen zu vereinnahmen. Bei den KlientInnen/ PatientInnen geschieht dies meist durch Hilfesuchen direkt bei dem/der DolmetscherIn, von dem/der sie erwarten, dass sie nicht nur das Gespräch vermittelt, sondern auch PatientInnenen- bzw. KlientInneninteressen vertritt und somit eine advokatorische Funktion einnimmt. Da die Sprachmittlung bisher meist über eigene Familienangehörige oder Freunde erfolgte, ist diese Haltung nicht verwunderlich. Doch auch bei den Fachkräften beobachten die GemeindedolmetscherInnen die Tendenz der Vereinnahmung, indem diese die GemeindedolmetscherInnen als BündnispartnerInn betrachten, welche die Interessen der Institution vertreten. Dazu ein Beispiel: Bei den KlientInnen/ PatientInnen, die nur geringe Deutschkenntnisse haben, fällt den GemeindedolmetscherInnen oft eine geringe Sachkenntnis über medizinische und/ oder sozialrechtliche Aspekte auf, die sich dann auch in der Muttersprache in einer unklaren Ausdrucksweise widerspiegelt. Diese Situation stellt für die GemeindedolmetscherInnen eine besondere Herausforderung dar, weil das direkte Dolmetschen einer unklar dargestellten Sachlage in der beschriebenen Dreieckskommunikation nicht möglich ist. Um das Gespräch erfolgreich führen zu können, seien daher immer wieder Nachfragen und weitergehende Erklärungen seitens der GemeindedolmetscherInnen notwendig. Bei ÄrztInnen, MitarbeiterInnen von Behörden und anderen Fachkräften bestehe aber in der Regel ein hoher Zeitdruck, so dass auf die notwendige Ausführlichkeit des Gesprächs oft mit Ungeduld reagiert werde. Neben der sprachlichen Verständigung sei es auch notwendig, sich auf schichtspezifische Aspekte und Bildungsfaktoren sowie den Erfahrungshintergrund der KlientInnen/ PatientInnen einzulassen, damit ein Gespräch gelingt. Fachkräfte tendierten dazu, die Aufgabe, die richtigen Fragen zu stellen und die notwendigen Erklärungen zu geben, den GemeindedolmetscherInnen komplett zu übertragen. Dabei seien dann Fragen der Neutralität und der Rollendefinition der GemeindedolmetscherInnen neu zu überdenken.

Ein weiteres Problem stellt für die GemeindedolmetscherInnen das Wiedergeben von Fachausdrücken aus dem medizinischen und psychiatrischen Bereich sowie aus dem Sozialwesen (hier insbesondere die Fachsprache der Abkürzungen) dar. Auch wenn sich die GemeindedolmetscherInnen dieses Fachwissen angeeignet haben, bestehe die Problematik darin, diese Begriffe für die KlientInnen/ PatientInnen verständlich zu machen. Da sich oft weder Fachkräfte noch KlientInnen/ PatientInnen der Notwendigkeit bewusst sind, dass ein gedolmetschtes Gespräch in kürzere Sequenzen geteilt werden müsse, entstehe darüber hinaus eine äußerst schwierige Situation für die GemeindedolmetscherInnen, sich das Gesagte bis zur Wiedergabe zu merken, wenn beide Seiten „einen Wortschwall

von sich geben“ (Gruppendiskussion 2).

Neben der Stärkung des professionellen Selbstbewusstseins, das die GemeindedolmetscherInnen befähigt, den Beteiligten die Regeln für das gedolmetschte Gespräch zu vermitteln, besteht offensichtlich auch Bedarf an der Erweiterung der Kenntnisse und der Erfahrung mit professionell gedolmetschten Gesprächen auf Seiten der Fachkräfte.

#### 4.1.5 Berufliche Perspektiven nach Abschluss der Weiterbildung

Bei Beendigung der Qualifizierungsmaßnahme wünschten sich die Mehrzahl der Frauen (90%) und etwas mehr als die Hälfte der Männer (58,3%) eine feste Stelle als GemeindedolmetscherIn. Dolmetscheinsätze auf Honorarbasis werden dagegen nur von 10% der Frauen und 41,7% der Männer angestrebt. Diese Veränderung in den Wunschvorstellungen in der Zeitspanne vom Beginn bis zum Abschluss der Maßnahme ist wohl mit der Erfahrung der TeilnehmerInnen zu erklären, dass die Nachfrage und die damit verbundene Anzahl der Einsätze auf Honorarbasis weit hinter den Erwartungen zurückblieb. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Gewichtung der Präferenz gehen wahrscheinlich auf die unterschiedliche Lebenslage der befragten Männer und Frauen zurück, die für Frauen, die kleinere Kinder betreuen, feste Arbeitszeiten erfordern.

Hinsichtlich der gewünschten Arbeitsbereiche zeigten sich die befragten AbsolventInnen überwiegend flexibel, was für den Erfolg der multidisziplinären und interinstitutionellen Ausrichtung der Qualifizierungsmaßnahme spricht. Der größte Teil der Männer und der Frauen (jeweils ca. 70%) ist bereit und fühlt sich nach der Qualifizierung in der Lage, in verschiedenen Bereichen als GemeindedolmetscherIn tätig zu werden. 30,2% der Frauen präferierten eine Tätigkeit in Vereinen, Beratungsstellen oder Behörden, während 30,8% der Männer Kliniken und Arztpraxen als Arbeitsbereich vorzogen. Auch hier scheint ein Zusammenhang mit den festen bzw. flexiblen Arbeitszeiten in den jeweiligen Bereichen die Wunschvorstellungen zu beeinflussen.

Im Gegensatz zu den hohen Erwartungen und der optimistischen Sichtweise zu Beginn der Weiterbildung sahen direkt nach Abschluss der Qualifizierung 70,6% der Frauen und 62,5% der Männer ihre Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt jedoch eher pessimistisch. Aussichten auf eine feste Stelle als GemeindedolmetscherIn sahen zu diesem Zeitpunkt nur noch 22,2% der weiblichen und 10% der männlichen AbsolventInnen, während 63% der Frauen und 10% der Männer eher im Rahmen von Dolmetscheinsätzen auf Honorarbasis Chancen für eine berufliche Tätigkeit sahen. Festzuhalten ist, dass sich immerhin 14,8% der Frauen und 50% der Männer sehr resignativ äußerten und bei der Übergabe der Abschlusszertifikate „ehrenamtliche unbezahlte Arbeit“ als ihre berufliche

Zukunftsperspektive angaben. Begründet wurde die pessimistische Haltung in den Gruppendiskussionen mit Unklarheiten bei der Finanzierung, mangelhaften gesetzlichen Grundlagen für das Recht, verstanden zu werden, und einer zu geringen Nachfrage seitens der potenziellen AuftraggeberInnen in den Institutionen.

Um die Nachfrage zu steigern und den Beruf des Gemeindedolmetschers zu etablieren, wird seitens der GemeindedolmetscherInnen angeregt, intensive Werbekampagnen bei den Zielgruppen, wie Krankenhäusern, Behörden und Beratungsstellen durchzuführen und Entscheidungsträger in diesen Institutionen zu mobilisieren. Ihre eigene Aktivität betrachten die befragten GemeindedolmetscherInnen für die Entwicklung des Arbeits- und Berufsfeldes als sehr wichtig und hilfreich (Gruppendiskussion 1 und 2).

Der Gemeindedolmetschdienst nimmt somit auch für die AbsolventInnen der Qualifizierungsmaßnahme als Vermittlungs-, Weiterbildungs- und Vernetzungsinstitution eine wichtige Rolle ein. Neben dem Erfahrungsaustausch mit anderen GemeindedolmetscherInnen geht es dabei vor allem um die Weiterentwicklung der Vermittlungsfunktion des Gemeindedolmetschdienstes zwischen Kliniken, Behörden und anderen Institutionen und den Sprach- und Kulturmittlungsangeboten und um die Sicherstellung der Erreichbarkeit und der Qualität der Leistungen. Ebenso legen die GemeindedolmetscherInnen Wert darauf, sich als Gruppe gemeinsam mit den Vertretern des Gemeindedolmetschdienstes und des Trägers, Gesundheit Berlin e.V., für die Entwicklung der eigenen beruflichen Perspektiven und die nachhaltige Etablierung des neuen Berufsbildes einzusetzen.

Um ein bedarfsorientiertes und auf die spezifischen Bedürfnisse der Nutzer abgestimmtes Angebot bereithalten und die Qualität der Sprach- und Kulturmittlung sichern zu können, sehen die InterviewpartnerInnen auch nach der Qualifizierungsmaßnahme einen kontinuierlichen Bedarf an Weiterqualifizierung und Supervision. Dabei geht es einerseits um die kontinuierliche Erweiterung ihrer Dolmetschkompetenzen und andererseits um eine Reflexion der Sprach- und Kulturmittlungspraxis (Gruppendiskussion 2).

#### 4.1.6 Verbleib auf dem Arbeitsmarkt sechs Monate später

Die Befragung der AbsolventInnen zum Verbleib auf dem Arbeitsmarkt sechs Monate nach dem Erhalt des Zertifikats als GemeindedolmetscherIn ergab, dass die hohen Erwartungen der TeilnehmerInnen auf feste Arbeitsverhältnisse oder häufige Dolmetscheinsätze, die eine eigenständige Existenzsicherung ermöglichen, enttäuscht wurden. Nur zwei der AbsolventInnen war es zu diesem Befra-

gungszeitpunkt gelungen, eine feste Stelle zu bekommen, während die meisten anderen auf Honorarbasis oder unterstützt durch Mehraufwandsentschädigung im Rahmen von Hartz IV als GemeindedolmetscherInnen aktiv waren. Allerdings war die Anzahl der Einsätze noch nicht ausreichend, um davon den Lebensunterhalt zu bestreiten. Von diesen Einsätzen entfielen die meisten auf Anfragen durch Behörden und Krankenhäuser und in geringerem Maße auf Beratungsstellen. Der größte Teil der Dolmetscheinsätze (76,2%) war über den Gemeindedolmetschdienst vermittelt worden. Der Rest erfolgte durch direkte Anfragen bei einzelnen GemeindedolmetscherInnen von MitarbeiterInnen aus Einrichtungen, in denen die GemeindedolmetscherInnen ihre Praktika absolviert hatten.

Es zeigt sich, dass der Prozess der Etablierung des Berufsbildes „GemeindedolmetscherIn“ langwierig ist, da er ein Umdenken in den Institutionen im Hinblick auf die Anerkennung der soziokulturellen Vielfalt, der interkulturellen Öffnung und der Aufklärungs- und Partizipationsrechte von MigrantInnen voraussetzt.

#### 4.1.7 Ausblick

In der zweiten Förderphase des Gemeindedolmetschdienstes geht es daher zunächst um die Entwicklung der Organisation als Vermittlungseinrichtung unter aktiver Beteiligung der ausgebildeten GemeindedolmetscherInnen. Diese arbeiten z.B. im Rahmen von Sozialleistungen und ergänzenden Mehraufwandsentschädigungen als GemeindedolmetscherInnen und tragen dazu bei, das Angebot und die positiven Erfahrungen mit professionell gedolmetschten Gesprächen noch bekannter zu machen. Im Vordergrund der Aktivitäten sollten daher die verstärkte Öffentlichkeitsarbeit und die langfristige Absicherung der Institution stehen.

Ein weiteres Thema, das ebenfalls vom Gemeindedolmetschdienst aufgegriffen werden sollte, ist die Sensibilisierung der Politik sowie der Leitungsebenen und der MitarbeiterInnen von Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens für die Notwendigkeit und die Vorteile einer professionellen Sprach- und Kulturmittlung. Im Vergleich zu anderen Einwanderungsländern wie den USA, Kanada und Australien aber auch einigen europäischen Ländern, in denen der Einsatz von internen oder externen Dolmetschdiensten bei Verständigungsbarrieren zum Standard einer patientenorientierten Versorgung gehört (auch um den Aufklärungspflichten nachkommen und die Compliance gewährleisten zu können), besteht in Deutschland ein sehr hoher Entwicklungsbedarf.

Eine der Sprach- und Kulturmittlung zugrunde liegende Politik der Anerkennung von Vielfalt drückt sich z.B. im Jahresbericht des Boston Medical Center (2005) aus:

*Boston Medical Center values its diverse patient population and is committed to honoring their ethnic, religious and cultural differences. (...) In addition to providing person-to-person interpreters on-site in more than 30 languages, 24-hours-a-day, the department utilizes the latest advances in technology such as telephonic and video interpreting. Our interpreters help to break language barriers as well as serve as cultural brokers to patients and staff. Last year Boston Medical Center assisted in more than 148,000 interactions with patients and visitors.*

Als weiteres Beispiel aus den USA sollen die Gesundheitszentren der Cambridge Health Alliance genannt werden, in denen die patientenzentrierte Versorgung auch auf schwer erreichbare Patientengruppen ausgerichtet ist. Die soziokulturelle Kompetenz ist dort durch die drei Komponenten (1) bilinguales Personal, (2) einen gut ausgestatteten Dolmetschdienst mit 40 VollzeitdolmetscherInnen, der rund um die Uhr zur Verfügung steht und (3) die Zusammenarbeit mit geschulten Ehrenamtlichen institutionell verankert.

*Promote Socio-cultural Competence:*

- *Clinic staff are largely bilingual.*
- *Interpreters are available 24/7 in 40 languages, with 40 fulltime interpreters and others available as-needed; interpreters become "cultural translators" and patient advocates.*
- *Volunteer health advisors (VHAs) from local communities educate patients and set appropriate patient expectations in a way that is consistent with their culture and literacy level. (Stepnick & Silow-Carroll 2006:1/2).*

Die Massachusetts Medical Interpreters Association (MMIA 2006) stellt als Vereinigung medizinischer DolmetscherInnen eine wichtige Ressource dar. Als Beispiel für einen etablierten Dolmetschdienst aus dem europäischen Ausland sind in diesem Band die Interkulturellen Gesundheitsmediatoren aus Belgien detaillierter vorgestellt (Verrept 2007).

#### 4.2 Verständigungspraxis und Bedarf an Sprach- und Kulturmittlung aus der Sicht von MitarbeiterInnen in Institutionen

Dass Kommunikationsprobleme mit MigrantInnen in der Praxis zwar häufig sind, derzeit aber weitgehend auf die Sprachmittlung durch professionelle DolmetscherInnen verzichtet wird, belegen die drei von Studierenden durchgeführten

Untersuchungen zur Verständigungspraxis und zum Bedarf an Sprach- und Kulturmittlung in Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens (Uebelacker 2005, Ledyaikina 2004, Cerzniewski 2004). Bei sprachlichen Kommunikationsproblemen wird in Versorgungseinrichtungen in der Regel nach wie vor entweder in vereinfachtem Deutsch gesprochen oder auf die Sprachmittlung durch Angehörige der PatientInnen bzw. KlientInnen zurückgegriffen.

Die Studie von Cerzniewski (2004) zeigt, dass Verständigungsprobleme eine alltägliche Herausforderung für die MitarbeiterInnen der Berliner Jugendämter darstellen, denn 87% der befragten SozialarbeiterInnen (n=107) gaben an, KlientInnen mit geringen Deutschkenntnissen zu betreuen. Durchschnittlich machen KlientInnen mit unzureichenden deutschen Sprachkenntnissen 10% aller zu betreuenden KlientInnen aus. Die befragten SozialarbeiterInnen gaben insgesamt 20 verschiedene Fremdsprachen bzw. Sprachgemeinschaften an, wobei die häufigsten Muttersprachen der migrierten KlientInnen Türkisch, Arabisch, Russisch, Serbokroatisch, Vietnamesisch und Polnisch sind.

Qualifizierte DolmetscherInnen werden in den Berliner Jugendämtern relativ selten in Anspruch genommen, obwohl bei etwa der Hälfte der befragten SozialarbeiterInnen in den Jugendämtern eine erhebliche Unzufriedenheit mit der derzeitigen Kommunikationspraxis besteht und sie sich der damit verbundenen Probleme (wie z.B. Verzerrung oder Auslassung von Informationen, erhöhter Zeitaufwand, Parentifizierung von Kindern) bewusst sind. Trotz dieser bekannten nachteiligen Konsequenzen und der Benachteiligung von KlientInnen mit geringen Deutschkenntnissen gab sich fast die Hälfte der befragten MitarbeiterInnen mit der derzeitigen Verständigungspraxis eher zufrieden. Möglicherweise hat man sich an die unzureichende Verständigung mit nicht gut deutschsprechenden KlientInnen gewöhnt oder man ist bei MigrantInnen weniger anspruchsvoll hinsichtlich der eigenen Versorgungs- und Beratungsleistung.

Insgesamt weist die Untersuchung auf einen hohen Bedarf an qualifizierten internen und externen Sprach- und KulturmittlerInnen in Behörden hin. Cerzniewski ermittelte, dass die Inanspruchnahme von externen qualifizierten DolmetscherInnen mit dem Bekanntheitsgrad und den positiven Erfahrungen mit den Dienstleistungen des Gemeindedolmetschendienstes steigt. Hieraus ergibt sich ein wichtiger Hinweis auf eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit und den Ausbau der Kontakte zu den potenziellen Auftraggebern bzw. Nutzern der Dienstleistungen. Die Untersuchung in den Jugendämtern weist neben der Ausbaufähigkeit der Koordinierungstätigkeit auf einen weiteren potenziellen Arbeitsmarkt für qualifizierte Gemeindedolmetscher innerhalb von Behörden hin. Fast die Hälfte der befragten SozialarbeiterInnen hält neben einer verbesserten Organisation und Vermittlung von externen Sprach- und KulturmittlerInnen den Ausbau von behördeninternen Sprachmittlerpools für eine sehr dringliche Maßnahme.



Alle drei Untersuchungen zur Kommunikationspraxis und zum Bedarf an GemeindedolmetscherInnen aus der Sicht von MitarbeiterInnen geben Hinweise auf Hindernisse, die derzeit der Inanspruchnahme von GemeindedolmetscherInnen im Wege stehen: unzureichende Sensibilisierung der MitarbeiterInnen und Institutionen, Unklarheiten bei der Finanzierung der Dolmetschereinsätze, bürokratische Barrieren und kaum entwickelte Routinen beim Abruf, beim Einsatz und in der Zusammenarbeit mit qualifizierten DolmetscherInnen.

#### 4.3 Konsequenzen für die Entwicklung des Gemeindedolmetschdienstes

Mit der Ausbildung von insgesamt 67 Migrantinnen und Migranten zu GemeindedolmetscherInnen in Berlin, die Dolmetschleistungen in 20 verschiedenen Sprachen erbringen, und mit dem Aufbau des Gemeindedolmetschdienstes Berlin ist ein wichtiger Baustein für die Verbesserung des Zugangs von Migrantinnen und Migranten zu Versorgungsleistungen und damit die Reduzierung von Diskriminierungen und die Förderung von Chancengleichheit gegeben. Gleichzeitig leistet der Gemeindedolmetschdienst durch die Qualifizierungsmaßnahme einen Beitrag zur Integration von Migrantinnen und Migranten in den Arbeitsmarkt, wenn es gelingt, dieses Berufsfeld langfristig zu etablieren und entsprechende gesetzliche und verwaltungstechnische Rahmenbedingungen für den Einsatz von GemeindedolmetscherInnen zu installieren.

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Ausbildung der GemeindedolmetscherInnen zwar erfolgreich war, der Prozess der Etablierung des Berufsbildes "GemeindedolmetscherIn" jedoch noch geleistet werden muss. Dazu sind politische Entscheidungen und die Kooperation einer Vielzahl von Akteuren nötig, die die Sicherung neuer Strukturen und die Etablierung von Standards guter Kommunikation und professioneller Dolmetschleistungen im Gesundheits- und Sozialwesen langfristig etablieren.

Um die Chancen der qualifizierten GemeindedolmetscherInnen auf dem Arbeitsmarkt und die Verständigungspraxis mit nicht (gut) deutschsprechenden Klientinnen und Patienten zu verbessern, ergeben sich für den Gemeindedolmetschdienst Berlin folgende vorrangige Handlungsfelder:

- Steigerung des Bekanntheitsgrades und der Nachfrage
- Sensibilisierung der (potenziellen) Kunden für Verbesserung der Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistung
- gute Praxis in der Zusammenarbeit zwischen DolmetscherInnen und Institutionen
- Weiterbildungsangebote für Fachkräfte und Institutionen
- Vernetzung auf verschiedenen Ebenen
- Etablierung einer Vermittlungsstelle für GemeindedolmetscherInnen

- Serviceorientierung am Bedarf der (potenziellen) Auftraggeber
- Kontinuierliche Bedarfsermittlung
- Evaluation der eigenen Leistung
- Weiterqualifizierung und Supervision für GemeindedolmetscherInnen
- Unterstützung der Selbstorganisation der GemeindedolmetscherInnen
- „Lernen an der Praxis anderer“ im In- und Ausland
- Weiterentwicklung des Berufsbildes in Kooperation mit anderen Akteuren im In- und Ausland

Damit der Transfer des Gemeindedolmetschdienstes in die Regelsysteme gelingt, sind aber neben dem Gemeindedolmetschdienst und den ausgebildeten DolmetscherInnen auch andere Ebenen und Akteure gefragt.

So liegt es an der Politik, die Rahmenbedingungen für die Sicherung der Chancengleichheit und das Recht, verstanden zu werden, im Gesundheits- und Sozialwesen zu etablieren. Institutionen wie Kliniken, Behörden, Beratungseinrichtungen etc. müssen ebenso wie Kindertagesstätten und Schulen im Rahmen ihrer Maßnahmen zur Sicherung der Qualität von Versorgungsleistungen Standards guter Kommunikationspraxis unter Berücksichtigung der soziokulturellen Vielfalt der Nutzer- und Zielgruppen entwickeln und diese kontinuierlich evaluieren.

Auch im Bereich der institutionalisierten Interessenvertretung sind Migrantenorganisationen, Patientenvertreter, Verbraucherzentralen sowie Mitarbeitervertreter gefordert, gezielte Maßnahmen einzuleiten, um zur Verbesserung der Kommunikation beizutragen. Als Stichworte sollen hier nur Empowerment, gleiche Versorgungsleistung und Arbeitszufriedenheit genannt werden.

Die aktuell praktizierte Lösung, in der Qualifizierungsmaßnahme ausgebildete GemeindedolmetscherInnen im Rahmen von Mehraufwandsentschädigung (Hartz IV) zu beschäftigen, kann nur als Zwischenlösung und als erster Schritt auf dem Weg zur Etablierung des neuen Berufsbildes betrachtet werden. Zwar bietet diese Möglichkeit in der zweiten Förderphase angesichts der nicht zu übersehenden Probleme auf dem Arbeitsmarkt eine Chance, die Fertigkeiten und Praxiserfahrungen der AbsolventInnen zu festigen und Institutionen mit dem Angebot des Gemeindedolmetschdienstes und der Zusammenarbeit mit GemeindedolmetscherInnen weiter vertraut zu machen. Dabei besteht jedoch die Gefahr, dass ein solches Provisorium eine Dauereinrichtung wird und die eigentlichen Ziele des EQUAL-Programms und des Gemeindedolmetschdienstes - nämlich die Sicherung der Chancengleichheit in einer von soziokultureller Vielfalt geprägten Gesellschaft - an den Rand gedrängt und die qualifizierten Migrantinnen und Migranten einmal mehr vom regulären Arbeitsmarkt ausgegrenzt werden.

Fast die Hälfte der TeilnehmerInnen der Qualifizierungsmaßnahme gab in der Befragung an, sich aufgrund ihrer Herkunft auf dem Arbeitsmarkt benachteiligt

zu fühlen. Als Gründe dafür wurden sowohl Aspekte der allgemeinen Diskriminierung (Ausgrenzung der Minderheit, Ausländerstatus, bestehende Vorurteile, Kategorisierung nach Nationalität, Bevorzugung von Deutschen und EU Bürgern) als auch Probleme bei der Anerkennung von Bildungsabschlüssen und eine unzureichende Qualifikation genannt. Beide Argumentationsstränge geben Hinweise auf den Handlungsbedarf und die Zielrichtung der (Weiter)Förderung. Darüber hinaus sei angemerkt, dass die Chancengleichheit von Migrantinnen und Migranten in der Versorgung nicht gewährleistet ist, solange die Zusammenarbeit mit qualifizierten DolmetscherInnen bei Verständigungsschwierigkeiten im Gesundheits- und Sozialwesen eher die Ausnahme denn die Regel ist und diese der Freiwilligkeit unterworfen ist oder von der zufälligen persönlichen „interkulturellen Sensibilisierung“ einer Fachkraft abhängt.

Die Etablierung des Gemeindedolmetschdienstes und die Vermittlung der ausgebildeten GemeindedolmetscherInnen in das Gesundheits- und Sozialwesen, die Sensibilisierung der Dienste und die Stärkung der Nachfrage nach Dolmetschdiensten sowie die Sicherung und Vereinheitlichung der Finanzierung dieser Leistungen werden die dringendsten Aufgaben für die nahe Zukunft sein. Ebenso ist eine kontinuierliche Weiterentwicklung des neuen Berufsbildes der „Sprach- und Integrationsmittler“ in Kooperation mit Fachhochschulen notwendig.

### Literatur

- BORDE, T. (2005). Gemeindedolmetschdienst Berlin – Unveröffentlichter Abschlussbericht zur Evaluation.
- BOSTON MEDICAL CENTER (2005). Facts and Statistics (<http://www.bmc.org/about/facts06.pdf>).
- CERZNIEWSKI, A. (2004). Kommunikation mit MigrantInnen in den sozialen Regeldiensten in Berlin. Eine Studie zum Bedarf an Sprach- und Kulturmittlern. Diplomarbeit an der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin.
- LEDYAIKINA, O. (2004). Interkulturelle Öffnung der medizinischen und sozialen Einrichtungen in Berlin für die Belange von MigrantInnen durch das Unterstützungsangebot des Gemeindedolmetschdienstes. Diplomarbeit an der Ev. Fachhochschule Berlin.
- LEDYAIKINA, O., UEBELACKER, J. BORDE, T. (2007). Sprach- und Kulturmittlung in medizinischen und sozialen Einrichtungen aus der Sicht von MitarbeiterInnen. In: Borde, T. und Albrecht, N.-J. (Hrsg.): Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder, Frankfurt a. M., IKO-Verlag, S. 100-116.

- MAYRING, P. (2000). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim, Deutscher Studien Verlag.
- MMIA (2006) Massachusetts Medical Interpreters Association. Webseite. (<http://www.mmia.org/about/default.asp>).
- STEPNICK, L., SILOW-CARROLL, S. (2006). *Patient-Centered Care for Underserved Populations: Best Practices. A Case Study of Cambridge Health Alliance* ([http://www.esresearch.org/documents\\_06/Cambridge.pdf](http://www.esresearch.org/documents_06/Cambridge.pdf)).
- UEBELACKER, J. (2005). *Sprachliche und kulturelle Verständigung in der sozialen Regelversorgung. Eine Studie zum Bedarf an Sprach- und KulturmittlerInnen im Bezirksamt Friedrichshain Kreuzberg von Berlin*. Diplomarbeit an der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin.
- UEBELACKER, J. (2007). *Sprach- und Kulturmittlung aus der Sicht des Personals eines Berliner Bezirksamtes*. In: Borde, T. und Albrecht, N.-J. (Hrsg.): *Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder*, Frankfurt a. M., IKO-Verlag, S. 42-73.
- VERREPT, H. (2007). *Sprach- und Kulturmittlung in Belgien - Eine Antwort auf Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung?* In: Borde, T. und Albrecht, N.-J. (Hrsg.): *Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder*, Frankfurt a. M., IKO-Verlag, S. 284-299.





# 11

Qualifizierung von MigrantInnen für die  
Altenhilfe - Ein progressives EU-Projekt in  
einem konservativen Arbeitsfeld

## **11 Qualifizierung von MigrantInnen für die Altenhilfe - Ein progressives EU-Projekt in einem konservativen Arbeitsfeld**

**Ingrid Kollak**

### **Zusammenfassung**

*Pflegebedürftig zu werden, ist ein Lebensrisiko, das alle Menschen treffen kann. In wie weit dieses gesundheits- und altersbedingte Risiko aber auch zunehmend als ein soziales angesehen werden muss, ist die brisante Frage. Die Antwort hängt davon ab, ob und in welchem Umfang die gesundheitliche und soziale Sicherung als Recht für alle besteht, wie leicht oder schwer die Inanspruchnahme institutioneller Pflege und Hilfe gemacht wird und wie nützlich und wirkungsvoll die Leistungen sind, die angeboten werden. In besonderem Maße trifft das hier Gesagte auf ältere Migranten zu. Allgemeine Modernisierungsversäumnisse der Altenhilfe, die seit Jahrzehnten im Wesentlichen stationäre Angebote in Alten- und Pflegeheimen anbietet, treffen ältere Migranten durch ihre spezifische Lebenslage besonders. Neben ihren teilweise komplizierten Versicherungsbiographien, ihrer empirisch belegbaren vorzeitigen Alterung und ihrem höheren gesundheitlichen Verschleiß sind körperliche und psychische Beeinträchtigungen durch die Migrantenbiographie, Diskriminierungserfahrungen, komplizierte Familienstrukturen, Lebens- und Altersvorstellungen als besondere Lebensrisiken zu nennen. Hinzu kommt, dass es eine Unkenntnis auf beiden Seiten der Akteure gibt. So sind aus der Sicht der Altenhilfe ältere Migranten in ihrer Lebenssituation und mit ihren Bedürfnissen immer noch schwierig einzuschätzen, wie aus der Sicht der älteren Migranten das Angebot der Altenhilfe weitgehend unbekannt geblieben ist.*

*Vor diesem Hintergrund hatten sich fünf Berliner Träger der sozialen Versorgung zusammengeschlossen, um bei der EQUAL-Initiative einen Förderungsantrag zu stellen. Darin geht es um die Öffnung des Arbeitsmarkts für Migranten einerseits wie die Erweiterung des Spektrums flexibler, persönlicher und bezahlbarer Versorgungsangebote für Migranten andererseits. Wie weit diese Ziele im Qualifizierungsprojekt „Migrantinnen in die Arbeitswelt“ (MiA) erreicht wurden, möchte ich im Weiteren darstellen. Dieses Projekt wurde von der Berliner Arbeiterwohlfahrt initiiert, die seit Jahren sehr ambitioniert und erfolgreich in diesem Bereich tätig ist.*



## **1 Inhalt und Struktur des Qualifizierungsprojekts „Migrantinnen in die Arbeitswelt“ (MiA)**

Das Berliner Qualifizierungsprojekt „Migrantinnen in die Arbeitswelt“ (MiA) hat sich zur Aufgabe gemacht, mit der Ausbildung von Pflegehilfskräften dem wachsenden Bedarf einer fachlich und sozial kompetenten Versorgung zu entsprechen. Diese Art der Versorgung findet ihren Ausdruck in mehrsprachigen Informationen, in Assessmentverfahren und Versorgungsangeboten, die Familientraditionen und Vorlieben der Pflegebedürftigen berücksichtigen, in der Versorgung durch Fachpersonal mit einem diversifizierten Ausbildungs- und Lebenshintergrund, im Angebot unterschiedlicher seelsorgerischer Betreuungen, um hier einige wesentliche Qualitätsmerkmale zu nennen.

Unter dem Titel MiA hatte das Qualifizierungsprojekt eine Gesamtlaufzeit von drei Jahren (2002-2005). Das findige Team der AWO konnte sowohl auf ein ähnliches vorangegangenes Projekt aufbauen, als auch seine erfolgreiche Arbeit in einem weiterführenden Projekt fortsetzen. Die dadurch sich immer weiter verbessernde Qualifizierung, aber auch die immer stärker werdende Vernetzung von Qualifizierungsmaßnahme mit dem Arbeitsmarkt, sprechen unbedingt für dieses Vorgehen.

In der hier untersuchten Zeit von 2002 bis 2005 wurden in drei Gruppen 80 Frauen aus 21 Herkunftsländern in jeweils elfmonatigem Unterricht auf einen Arbeitsplatz als Hauspflegerin oder Pflegehilfskraft vorbereitet. Diese Qualifizierungsinitiative sollte vor allen Dingen Migrantinnen ansprechen, die Sozialhilfe beziehen. Neben dieser Gemeinsamkeit gab es deutliche Unterschiede, die sich vor allem in der höchst unterschiedlichen Qualifizierung der Teilnehmerinnen ausdrückten. Die Bandbreite reichte vom gänzlich fehlenden Schulabschluss bis zum Hochschulstudium. Hinzu kamen weitere Schwierigkeiten: Einem Teil der Frauen mit dauerhafter Aufenthaltsberechtigung fehlte die Anerkennung vorhandener Bildungs- und Berufsabschlüsse durch die deutschen Behörden, bei einem anderen Teil war es genau umgekehrt.

Die Qualifizierung fand als Vollzeitmaßnahme mit insgesamt 1.800 Stunden und einer wöchentlichen Schulungs- bzw. Praktikumszeit von fünf Tagen á acht Stunden statt.

Den Ausgang der Qualifizierung bildeten eine Spracheinstufung und ein sich daran anschließender Block von sieben Wochen (Fach-)Deutsch. Im weiteren Verlauf wechselten sich Unterrichts- und Praktikumsblöcke ab. In der ersten fachspezifischen Unterrichtseinheit ging es um die Erkundung des Berufsfelds der Altenhilfe durch Exkursionen in exemplarischen Einrichtungen sowie um die erfolgreiche Teilnahme an einem Erste-Hilfe-Kurs, die durch ein Zertifikat nachgewiesen wurde.

Nach diesem ersten Kontakt mit dem Berufsfeld der Altenhilfe stand ein interkulturelles Training im Mittelpunkt des Unterrichts. Ziel dieser Lerneinheit war es unter anderem, eine Vorstellung zu entwickeln, welche Gewohnheiten und Bedürfnisse Menschen haben können, die von den Teilnehmerinnen in ihrer zukünftigen Arbeit gepflegt oder betreut werden. Die Besonderheiten deutscher Traditionen waren Gegenstand, aber auch die Traditionen der anwesenden Teilnehmerinnen. Da die Teilnehmerinnen selbst eine Vielzahl von Sprachen, Sitten, Feiertagen und kulturellen Eigenheiten präsentierten, konnte im Unterricht auf die in der Gruppe vorhandenen Erfahrungen zurückgegriffen werden. Als ein Ausdruck des erfolgreichen Austauschs über diese unterschiedlichen nationalen, regionalen und familiären Traditionen im Kontext des zukünftigen Arbeitsfelds können die drei von den Teilnehmerinnen entwickelten Broschüren bewertet werden. Diese Broschüren umfassen gängige Gruß- und Abschiedsformeln und die damit einhergehenden Umgangsformen sowie pflegerelevante Kurzinformationen und Kommunikationssituationen in zehn Sprachen.

Um die Teilnehmerinnen auf die fachliche Arbeit in der Pflege vorzubereiten, folgte ein Unterrichtsblock mit den Inhalten eines Hauspflegebasiskurses, der aber die Regeldauer mit 20 Stunden (insgesamt 280 Stunden) übertraf. Die erfolgreiche Teilnahme wurde ebenfalls mit einem Zertifikat beurkundet. Zur Unterstützung des Gelernten wurde auch in diesem Teil der Qualifizierung eine Broschüre entwickelt, die pflegerische Fachbegriffe in deutscher Sprache erklärt. Die erlernten Kenntnisse und Fähigkeiten konnten die Teilnehmerinnen in zwei Praxiseinsätzen in der ambulanten und stationären Pflege zu je fünf Wochen anwenden. Die theoretische Qualifizierung und soziale Begleitung erfolgten während eines Schultags pro Woche.

Der sich an die beiden Praxiseinsätze anschließende Schulblock konzentrierte sich auf das Bewerbungstraining. Die bisher vorhandenen Zeugnisse und Unterlagen sowie die neu erlangten Zertifikate wurden durch ein Bewerbungsschreiben und einen Lebenslauf ergänzt.

Ein abschließender Praxisblock diente den Teilnehmerinnen zur gezielten Bewerbung bei Pflegediensten und -einrichtungen. Praxisprobleme, aber auch praktische Übungen für ein Vorstellungsgespräch, waren Gegenstand der begleitenden Schultage. Um die Teilnehmerinnen mit ihren Fähigkeiten, aber auch als Menschen mit individuellen Lebens- und Ausbildungswegen potentiellen Arbeitgebern vorzustellen, entstand in dieser Phase eine weitere Broschüre „Teilnehmerinnen erzählen“, in der zehn der Teilnehmerinnen sich in einem persönlichen Interview vorstellen.

## **2 Die Evaluierung des Qualifizierungsprojekts „Migrantinnen in die Arbeitswelt“ (MiA)**

Die kontinuierliche Evaluation war ein bereits im Ausschreibungsdesign eingeplanter Bestandteil des EQUAL-Antrags. Das formative Vorgehen sollte die Erreichung des Projektziels unterstützen und eine Vernetzung zwischen Qualifizierungsmaßnahme und Praxiseinrichtungen befördern.

Im Projekt MiA gab es Fragebogenbefragung der Teilnehmerinnen, die jeweils vor und nach den Praktika im zweiten und dritten Durchgang der Qualifizierung durchgeführt wurden. Ziel der Befragungen war, die Erwartungen der Teilnehmerinnen und deren Veränderungen im Verlauf der Qualifizierung abzubilden. Eine besondere Aufgabe bestand darin, den Fragebogen in einer Weise verständlich zu gestalten, dass jede Teilnehmerin ihn individuell und selbständig ausfüllen konnte. Die Schwierigkeit dieser Aufgabe wird angesichts der Inhomogenität der Befragengruppe deutlich. An den drei Qualifizierungskursen nahmen insgesamt 80 Frauen aus 21 Herkunftsländern teil. Ihr Ausbildungshintergrund erstreckte sich über eine Spannweite vom Schulbesuch in Deutschland ohne Abschluss bis hin zum abgeschlossenen Studium im Herkunftsland. Der Fragebogen umfasste insgesamt acht Fragen mit jeweils vier Antwortangeboten, die von den Teilnehmerinnen zu listen waren. Für die Nennung an erster Stelle gab es vier Punkte, für die zweite Nennung drei, für die dritte zwei und für die vierte und letzte einen Punkt. Die Fragen nahmen Bezug auf die Aufgaben der Projektleitung, die Kompetenzen der Dozentinnen und Dozenten und deren Lehr- und Lernformen, die Rolle der Mitschülerinnen, das eigene Engagement sowie die Erwartungen im Hinblick auf die zu erlangenden Kompetenzen und nicht zuletzt auf eine feste Anstellung. Darüber hinaus wurden statistische Daten erhoben über Alter, Deutschkenntnisse sowie Berufserfahrungen im Pflegesektor.

Ein weiteres Charakteristikum des Projektdesigns war, dass die Evaluation unter Mithilfe Studierender durchgeführt werden sollte. Im Projekt MiA waren vier Studierende der Alice-Salomon-Fachhochschule (ASFH) aus dem Studiengang Pflege/Pflegemanagement durchgängig an der Evaluation beteiligt. Sie führten einen Teil der Befragung durch und beteiligten sich an der Auswertung.

An dieser Stelle sei noch erwähnt, dass die Kooperation zwischen MiA und der ASFH weitere Aktivitäten umfasste. So führte eine Gruppe von sieben Studierenden die Interviews mit den Teilnehmerinnen durch, die in der Broschüre „Teilnehmerinnen erzählen“ veröffentlicht sind. Weitere sechs Studentinnen waren als Praktikantinnen bei der Projektleitung beschäftigt und als Dozentinnen. Ihre Unterrichtstätigkeit umfasste Fachpflege (von Anatomie bis zur konkreten Tätigkeit mit dem Patienten) und Kommunikation (Fachsprache und Deutschkenntnisse).

Auf die Trennung zwischen den mitwirkenden und den evaluierenden Studiengruppen wurde geachtet, um einen Konflikt zwischen interner Kenntnis und externer Evaluation des Projekts zu vermeiden und zu gewährleisten, dass den Gütekriterien der Evaluation, nützlich, durchführbar, fair und genau zu sein, entsprochen werden konnte (DeGEVal 2006).

### **3 Ergebnisse der Evaluation**

Das Ziel des Projekts, Frauen mit Migrationshintergrund für häusliche und pflegerische Tätigkeiten in der ambulanten und stationären Versorgung alter und kranker Menschen zu qualifizieren und in Arbeitsplätze zu vermitteln, kann als erreicht bezeichnet werden.

Von den 80 Frauen, die insgesamt an den drei Durchgängen des Projekts teilnahmen, schlossen 74 (92,5%) die Qualifizierung erfolgreich ab. Von diesen 74 konnten 42 (56,7%) vermittelt werden. 37 von ihnen haben eine Arbeitsstelle, fünf qualifizieren sich weiter. Von den 37 in Arbeitsstellen vermittelten Frauen sind 21 in Pflegeheimen und Tagespflegeeinrichtungen tätig, zehn in Sozialstationen und weitere sechs haben Arbeit im Büro (1), in Kitas (3) und als Putzhilfen (2) gefunden. Immerhin sind 28 dieser Frauen auf den ersten Arbeitsmarkt (Altenpflege) vermittelt worden, fünf auf den zweiten Arbeitsmarkt (Kitas und Altenpflege) und vier auf den ersten Arbeitsmarkt – allerdings im Bereich der geringfügigen Tätigkeiten.

Die fünf Frauen, die sich weiterqualifizieren, sind bzw. waren in folgenden Bereichen zu finden: erfolgreicher Hauptschulabschluss (1), Ausbildung zur Sprechstundenhilfe (1), Ausbildung zur Krankenschwester (1), Qualifizierung im Bereich Erziehung (1) und Stipendium des Goethe-Instituts (1). Darüber hinaus haben einige der Frauen weitere Deutschkurse besucht. Wie hoch die Erwartungen der Frauen waren, nach der Qualifizierung eine Arbeitsstelle zu finden, unabhängig von der Sozialhilfe zu sein und über eigenes Geld zu verfügen, zeigen die Daten der Evaluation: Die Erlangung einer festen Arbeitsstelle (73,8%) wurde mit Abstand am höchsten bewertet. Eigenes Geld zu verdienen (60,7%) und nicht mehr auf die Sozialhilfe angewiesen zu sein (58,3%), sind Ziele, die an dritter und vierter Stelle genannt wurden.

Der Arbeitsansatz, der drei jeweils elfmonatige Vollzeitqualifizierungen vorsah, in denen zertifizierte Qualifizierungsmodule und Praktika mit den Schwerpunkten Hauswirtschaft und Altenhilfe (Basiskurs Hauspflege) sowie Kommunikation und Selbstorganisation (Deutschkenntnisse, kultursensibler Umgang mit seinem Gegenüber, Bewerbungstraining) angeboten wurden, kann ebenso als gelungen

bewertet werden. Wie bereits angemerkt, haben 74 der 80 Teilnehmerinnen (92,5%) die Kurse und Praktika regelmäßig besucht und erfolgreich abgeschlossen. Diese möglicherweise als unabdingbare und selbstverständlich verstandene Voraussetzung ist es wert, ausdrücklich erwähnt und anerkannt zu werden, weil sie einerseits das Engagement der Frauen ausdrückt, die immerhin zu einem knappen Drittel Alleinerziehende sind und weil sie andererseits die hohe Akzeptanz der Unterrichtsinhalte und Vermittlungsformen sowie der sozialen Betreuung während der Seminarzeit und der Praktika darstellt. Die Projektleitung, ihre Stellvertreterin sowie die Dozentinnen entsprachen damit offensichtlich den in den Befragungen der Teilnehmerinnen geäußerten Erwartungen. In der statistischen Auswertung drücken sich die hohen Erwartungen an die soziale Betreuung bei gleichzeitiger Sorge für einen reibungslosen Ablauf in der fast gleichgewichtigen Bewertung beider Anteile aus (60,7% und 61,1%).

Die Vermittlung von Deutschkenntnissen als zu erlernende neue Fähigkeit erhielt die höchste Nennung (72,6%) gegenüber Sicherheit im Umgang mit den Behörden (63,4 %) sowie Umgang mit anderen Menschen und deren Traditionen (53,1%) und PC-Kenntnissen (52,7%). Der Wunsch nach sicherer Kommunikation in schwierigen Situationen, wie sie die Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen darstellt, drückt sich auch noch einmal in der Erwartung an die Dozentinnen aus. Auch hier steht die Rücksichtnahme auf die Sprachprobleme (71,4 %) an erster Stelle. Der freundliche Umgang der Dozentinnen mit den Teilnehmerinnen (64,2%) wird ähnlich hoch geschätzt wie deren Besitz von Fachkenntnissen (60,7%).

Die Bedeutung der Qualifizierung für den Arbeitsmarkt wird vor allem angesichts der demographischen Entwicklung unserer Gesellschaft deutlich. Die erfolgreiche Qualifizierung von Frauen – insbesondere von Frauen mit Migrationshintergrund – für den Bereich der Versorgung alter und kranker Menschen kann darum gar nicht überschätzt werden. Der Wunsch der Teilnehmerinnen, Menschen zu helfen, wird bei den Befragungen an erster Stelle gesehen (73,4%). Für dieses Ziel die eigenen praktischen Fähigkeiten einzusetzen, wünschen sich die Teilnehmerinnen (63,0%) an zweiter Stelle, wenn sie nach ihren Hoffnungen in Bezug auf ihren neuen Arbeitsbereich befragt werden.

Der formative Charakter der Evaluation kam deutlich durch die Veränderungen des Qualifizierungsprojekts während der Laufzeit zum Ausdruck. Diese Veränderungen betrafen die Zusammensetzung der Gruppe, das Lernangebot des Projekts, die Abfolge der Praktika und die Auswahl der Praktikumsstellen. Konkret lässt sich dazu sagen, dass das gute Ergebnis der Qualifizierungskurse im Hinblick auf die erfolgreiche Teilnahme und hohe Arbeitsvermittlung der Teilnehmerinnen unmittelbar mit dem immer sensibler werdenden Auswahlver-

fahren der Bewerberinnen zusammenhing. Der möglichst einheitliche Stand der Deutschkenntnisse, zumindest die notwendige Toleranz bei Frauen, die gut die Sprache beherrschen gegenüber ihren Kolleginnen mit weniger Sprachkenntnis, muss in diesem Zusammenhang als ein erstes wichtiges Kriterium genannt werden. Ein weiteres bezieht sich auf die psychische Stabilität der Frauen. In den Auswahlgesprächen verdeutlichten die Projektleiterin und ihre Stellvertreterin (eine Psychologin mit einer Erstausbildung als Gerontosozialmanagerin und eine Sozialarbeiterin mit einer Erstausbildung als Krankenschwester), dass zwar eine individuelle Betreuung gewährleistet wird, dass diese aber eine psychische Therapie, die bei Frauen mit Erlebnissen von Krieg und politischer Flucht als notwendig erschien, nicht mit umfassen kann.

Das Lernangebot wurde weiter auf die Kernkompetenzen im Bereich der Versorgung alter und kranker Menschen konzentriert. Dazu wurde auf das im ersten Durchgang existierende Angebot eines Jugendleiterscheins als „Alternative“ zur Arbeit mit alten Menschen verzichtet. Der Kompetenzerwerb zur Betreuung von Jugendfreizeitgruppen kann nicht als „Alternative“ zur Arbeit in der Altenhilfe angesehen werden, da er im Gegensatz zum Hauspflege-Basiskurs weder zu einer anerkannten Qualifizierung noch zu einer dauerhaften Arbeitsmöglichkeit führt. Die richtige Annahme, dass der ambulante Versorgungssektor zukünftig eine immer größere Bedeutung erhalten und expandieren wird, motivierte zunächst den ersten Praktikumeinsatz der Teilnehmerinnen in diesem Bereich zu organisieren. Dabei wurde unterschätzt, wie hoch die Selbständigkeit einer Mitarbeiterin in diesem Sektor sein muss, um ohne den Rückhalt eines Kollegenteams im häuslichen Umfeld der zu versorgenden Menschen tätig werden zu können. Der praktische Ersteinsatz wurde darum ab dem zweiten Qualifizierungsdurchgang im stationären Versorgungsbereich angesiedelt.

Die hohe Zufriedenheit der Teilnehmerinnen und die gute Vermittlung in Arbeitsstellen hängen aber auch mit der immer besser werdenden Auswahl der Praktikumsstellen zusammen. Die Praktikumsstellen konnten bei den Besuchen durch die Projektmitarbeiterinnen im Hinblick auf ihre Qualität der Versorgung, aber auch auf ihre Qualität des Umgangs mit "dem Anderen", genauer betrachtet werden. Mit Einrichtungen, die die Praktikantinnen befähigten und achteten, wurde für die praktischen Einsätze der Teilnehmerinnen des zweiten und dritten Durchgangs wiederholt kooperiert. Es sei an dieser Stelle zudem noch kurz dargelegt, dass auch im Hinblick auf die Vermittlung von fachlichen und fachübergreifenden Kompetenzen bei den studentischen Mitarbeiterinnen das Projekt als gelungen bezeichnet werden kann. Durch die unterschiedlichen Arbeiten für das Projekt konnten die Studierenden sowohl auf methodischer als auch auf pädagogischer Ebene qualifiziert werden. Die eine Gruppe der Studierenden lernte durch Hospitation bei der Projektleitung (Aufnahmegespräche, Prakti-

kumsbesuche, Beratung usw.) und durch Unterrichtstätigkeit in der Qualifizierungsmaßnahme die Arbeit der pädagogischen Vermittlung und persönlichen Betreuung kennen. Die andere Gruppe unterstützte die Erhebung und Auswertung der Befragungen und verbesserte damit ihre methodischen Kompetenzen. Beide Formen der Arbeit führten auf je unterschiedlichen Wegen zum besseren Verstehen und Mitgestalten dieser Qualifizierungsmaßnahme und zu höherer sozialer Kompetenz.

Das enorme Engagement aller Beteiligten – von der leitenden und stellvertretenden Projektleitung bis hin zu den studentischen Praktikantinnen – machte dieses innovative Programm möglich. Wie anspruchsvoll Engagement und fachlich-soziale Qualifikation der beiden hauptamtlichen Mitarbeiterinnen sind, wird deutlich, wenn man sich die Klientel dieser Qualifizierungskurse genauer ansieht. Die Teilnehmerinnen sind teilweise höchst belastet durch Fluchterlebnisse (16 Frauen mit Erlebnissen von Krieg und politischer Flucht), unregelmäßigen Aufenthaltsstatus (vier mit Touristen-, Studenten- und Au-pair-Visum), durch komplizierte Familienbeziehungen (20 nachgezogene Ehefrauen), finanzielle Sorgen (70 Sozialhilfeempfängerinnen, zehn Empfängerinnen von Arbeitslosenhilfe bzw. Arbeitslosengeld) und mehrfacher Belastungen (24 allein erziehende Frauen). Diese komplizierte Gemengelage ist nicht nur eine Herausforderung für die Arbeit mit jeder einzelnen Teilnehmerin, sondern auch für die Arbeit mit der Gesamtgruppe. Bei den Befragungen schwankten die Antworten zu den Erwartungen an die anderen Teilnehmerinnen zwischen der Hoffnung auf neue Beziehungen mit Frauen aus der Gruppe, die sich in vergleichbaren Situationen befinden (65 %), und dem Wunsch nach Ordnung (57,9%) und Pünktlichkeit (61,5%) bei der täglichen Arbeit im Kursus.

#### **4 Eine Kritische Würdigung der Qualifizierungsmaßnahme**

Es lassen sich eine ganze Reihe innovativer Ansätze der MiA-Qualifizierungskurse aufzählen. Als Beispiele seien angeführt: Unterrichtsinhalte und Vermittlungsformen fördern sowohl fachliche als auch methodische und soziale Kompetenzen, Evaluationsergebnisse werden als formativ verstanden und umgesetzt, die Kooperationspartner aus Praxis, Forschung und Lehre werden auf unterschiedliche Weise an das Projekt gebunden, Gelegenheiten der Projektpräsentation und Werbung werden unkompliziert genutzt. Doch als innovativ ist vor allem die gelungene Kombination aller genannten einzelnen Bausteine zu bezeichnen. Dieser Vorteil wird deutlich, wenn die bestehenden Qualifizierungsangebote zum MiA-Projekt ins Verhältnis gesetzt werden. So gibt es zwar Deutschkurse, Basiskurse für die Tätigkeit als Hauspflegerin bzw. Pflegehilfskraft und Bewerbungstrainings, doch nur in dieser Qualifizierung werden die genann-

ten Lehr- und Lerninhalte in einem einzigen Curriculum gebündelt. Hinzu kommt, dass dieses Projekt gegenüber den genannten Angeboten einen höheren Stundenanteil bietet sowie eine sozialpädagogische Betreuung und begleitende Evaluation. Ein finanzieller Vorteil ließe sich durch einen Vergleich der Kosten des Projekts mit denen der genannten Einzelkurse darstellen.

Der geschlechtsspezifische Ansatz, der im Gegensatz zum Gender-Mainstreaming eine ausgesprochene Förderung von Frauen vorsieht, ist bei der Qualifizierung vertretbar. Eine derzeit noch ausschließliche Qualifizierung von Frauen kann als ein die Probleme eingrenzendes und für Frauen aus schwierigen Beziehungen einzig mögliches und längerfristig emanzipatives Vorgehen verstanden werden. Auf längere Sicht ist es sicherlich richtig und förderlich, Männer allgemein und speziell solche mit Migrationshintergrund mehr in die häusliche und pflegerische Versorgung alter und kranker Menschen mit einzubeziehen. Dieser große gesellschaftliche Bereich der Versorgung betrifft beide Geschlechter und erfordert die Mitarbeit von Frauen und Männern. Durch eine Erweiterung des Qualifizierungsangebots für Männer könnten sie ihre pflegerischen und haushälterischen Potenziale stärken und aktiv dazu beitragen, dieses Arbeitsfeld aus der Leichtlohn-Finanzierung zu führen.

## **5 Ein Fazit**

Die höchst unterschiedlichen Bildungsabschlüsse der Teilnehmerinnen, ihre enorm divergierenden Deutschkenntnisse und ihre individuell verschiedenen familiären Kontexte machten die Arbeit in der Gruppe höchst anspruchsvoll. Die verbesserten Kriterien des Auswahlverfahrens, die auf eine größere Harmonisierung der Gruppe abzielten, konnten schon im zweiten Durchgang zu einer Verringerung von Konflikten beitragen. Ebenso führte die Umstellung der Praktikumsansätze dazu, dass die Teilnehmerinnen ihre ersten Arbeitserfahrungen in einem vom Team begleiteten Setting der stationären Versorgung machten. Der bloßen Ausnutzung an Stelle der Qualifizierung der Arbeitskraft konnte durch die gezielte Auswahl von Praktikumsstellen begegnet werden. In der Kooperation zwischen MiA und der ASFH konnten Studentinnen in den unterschiedlichen Funktionen als Praktikantinnen, Dozentinnen und studentische Hilfskräfte zu beiderseitigem Nutzen eingesetzt werden. Nicht zuletzt kann die Vermittlung von 37 Frauen in den Arbeitsmarkt und fünf weitere Teilnehmerinnen in eine Ausbildung im Gesundheits- und Sozialwesen als Erfolg bewertet werden. Diese erfolgreiche Bilanz kann durch die sich immer besser vernetzende Arbeit zwischen der Qualifizierungsmaßnahme und den Trägern der Altenhilfeversorgung, die oftmals Praktikumsgeber und Ausbildungsstelle für Gesundheitsberufe sind, fortgesetzt werden.



Dieses im Rahmen der EQUAL-Initiative geförderte Qualifizierungsprojekt kann durchweg begrüßt werden. MiA stellt eine erfolgreiche Initiative dar, um dem Ziel von EQUAL, gegen Diskriminierung und Ungleichheit auf dem Arbeitsmarkt vorzugehen, näher zu kommen. MiA unterstützt dabei gerade auch die Gruppe von Frauen, die durch einen unsicheren Aufenthaltsstatus und nicht anerkannte Bildungsabschlüsse besonders hart von Arbeitslosigkeit betroffen ist.

Neben der Schaffung neuer Arbeitsplätze in der Altenhilfe unterstützt das Projekt durch seine Qualifizierung den Aufbau neuer Versorgungsangebote im Alter. Das Curriculum fördert das fachlich und sozial kompetente Verständnis von Menschen in ihren besonderen Lebenslagen und stärkt das Verständnis von einer möglichst langen Unabhängigkeit und Selbständigkeit im Alter – eine Qualität der Versorgung, die es in Zukunft auszubauen gilt.

### **Literatur**

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR EVALUATION (13.06.2006). DeGEval-Standards. Online: [www.degeval.de](http://www.degeval.de).

EQUAL-Gemeinschaftsinitiative (10.06.2006). Programm. Online: [www.equal.de](http://www.equal.de).

FRIEBE, J. (13.06.2006). Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege – Bestandsaufnahme. Online: [www.die-bonn.de](http://www.die-bonn.de).

KOLLAK, I. (2005). Abschlussbericht über die Evaluation des Qualifizierungsprojekts „Migrantinnen in die Arbeitswelt“ (MiA). Interner Bericht an die Evaluationsgruppe.

KURATORIUM DEUTSCHE ALTENHILFE (29.05.2006). Gemeinschaftliches oder Betreutes Wohnen, Wohnungsanpassung, Wohnen im Quartier. Online: [www.kda.de](http://www.kda.de).

*Anm.: Alle im Text verwandten Zahlenangaben beziehen sich auf den Abschlussbericht der Projektevaluation (Kollak 2005).*



# 12

Sprach- und Kulturmittlung in Belgien  
Eine Antwort auf Ungleichheit in der  
Gesundheitsversorgung

## **12 Sprach- und Kulturmittlung in Belgien – Eine Antwort auf Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung**

**Hans Verrept**

### **Zusammenfassung**

*In Belgien wurde vor mehr als 10 Jahren ein Interkulturelles Mediationsprogramm eingeführt, das sich im Laufe der Jahre kontinuierlich weiterentwickelt hat. Seit 1999 können belgische Krankenhäuser die Finanzierung des Einsatzes interkultureller Mediatoren beim Ministerium für Public Health, Lebensmittelsicherheit und Umwelt beantragen. Inzwischen sind 55 Interkulturelle Mediatoren auf Vollzeitstellen in belgischen Krankenhäusern angestellt. Im Rahmen der Entwicklung des Programms wurden zwei Evaluationsstudien in den beteiligten Krankenhäusern durchgeführt, die einerseits einen positiven Effekt der interkulturellen Mediation auf die Verbesserung der Versorgungsqualität belegen. Andererseits zeigten sie aber auch auf, dass die Dolmetschkompetenzen der Interkulturellen Mediatoren verbesserungsfähig waren und die Inanspruchnahme der Dolmetschangebote weit hinter dem Bedarf zurückblieb. Auf der Grundlage der Evaluation wurde ein Programm zur Qualitätssicherung und –verbesserung eingeführt, das derzeit auch mit dem Ziel der Entwicklung des Berufsbildes der Interkulturellen Mediatoren durchgeführt wird.*

### **1 Einleitung**

Es ist wissenschaftlich belegt, dass ethnische Minderheiten systematisch eine qualitativ minderwertigere Gesundheitsversorgung erhalten als die Mehrheitsgesellschaft. Das Medizinische Institut (Smedley, Stith u. Nelson 2003) hat diese Ungleichheiten mit vorhandenen Stereotypen, Vorurteilen und Unsicherheiten auf Seiten der Gesundheitsversorger in Verbindung gebracht. Ebenso wurde beobachtet, dass die Rahmenbedingungen, unter denen viele Behandlungen stattfinden, von hohem Zeitdruck, gedanklicher Komplexität und kostenbezogenem Druck gekennzeichnet sind und damit die Wahrscheinlichkeit besteht, dass diese Prozesse zu einer Versorgung führen, die insbesondere den Bedürfnissen von Patienten ethnischer Minderheiten nicht entsprechen. Darüber hinaus ist die Tatsache bekannt, dass sowohl sprachliche als auch kulturelle Barrieren einen negativen Einfluss auf den Zugang zur Versorgung und eine Qualitätsbeeinträchtigung der Versorgung von ethnischen Minderheiten haben. (Bowen 2001).

1991 startete das Zentrum für Gesundheit und Minderheiten (CEMG), eine

interdisziplinäre Gruppe von Wissenschaftlern und Spezialisten aus dem Bereich Gesundheit und ethnische Minderheiten, ein Interkulturelles Mediationsprogramm. Seit 1999 können belgische Krankenhäuser die Finanzierung des Einsatzes Interkultureller Mediatoren beim Föderalen Öffentlichen Dienst für Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt beantragen. Die gesamten Ausgaben für die interkulturelle Mediation in Krankenhäusern beliefen sich im Jahr 2005 auf rund 1.330.000 €. Zurzeit sind 50 Krankenhäuser beteiligt (40 allgemeine Krankenhäuser und 10 psychiatrische). Derzeit sind 50 Interkulturelle Mediatoren angestellt, die zusammen 40 Vollzeitstellen besetzen. Dabei sind 17 verschiedene Sprachen vertreten. Im Jahre 2005 wurden die Mediatoren insgesamt 67.000 Mal eingesetzt. Für das Jahr 2006 wurde das Budget auf 1.900.000 € erhöht. 9 neue Krankenhäuser werden in diesem Jahr anfangen mit Interkulturellen Mediatoren zusammenzuarbeiten. Insgesamt werden im Jahr 2006 dann 55 Vollzeitstellen in belgischen Krankenhäusern eingerichtet sein.

Ziel des interkulturellen Mediationsprogramms ist es, den Zugang zu und die Qualität der gesundheitlichen Versorgung im Krankenhaus für ethnische Minderheiten zu verbessern. Interkulturelle Mediatoren werden eingesetzt, um die Qualität der Kommunikation zwischen Gesundheitsversorgern und Patienten ethnischer Minderheiten zu verbessern und außerdem um die Krankenhäuser für die soziokulturellen und gesundheitlichen Bedürfnisse von Patienten ethnischer Minderheiten zu sensibilisieren.

Interkulturelle Mediatoren müssen gewisse Voraussetzungen erfüllen, um von der Behörde unterstützt zu werden. So sollten sie entweder einen Abschluss im Berufsfeld der interkulturellen Mediation im Gesundheitswesen, in einer (para-)medizinischen oder sozialen Disziplin oder auch einen Abschluss in Sprach-/Literaturwissenschaft oder im Dolmetschen haben. Seit 2005 sind Interkulturelle Mediatoren normalerweise nur förderungsfähig, wenn sie entweder eine theoretische Ausbildung im Bereich der interkulturellen Mediation absolviert haben oder mindestens zweijährige Erfahrung in einer ähnlichen Funktion vorweisen können (bei der sie unter professionellen Bedingungen supervidiert wurden).

## **2 Die Aufgaben Interkultureller Mediatoren**

Für Menschen, die im Gesundheitswesen beschäftigt sind, um sprachliche und kulturelle Barrieren zu überwinden und dazu beizutragen, dass dort den Bedürfnissen von Patienten, die ethnischen Minderheiten angehören, besser entsprochen wird, existieren viele verschiedene Bezeichnungen. In der englischen Sprache ist von Vermittlungstätigkeit (link worker), Gesundheitsanwalt (health

advocate), Dolmetscher im Gesundheitswesen (health care interpreter), Interkultureller Mediator (intercultural mediator) oder von Kulturmittler (cultural broker) die Rede. Darüber hinaus werden diese Begriffe oft uneinheitlich benutzt (z.B. unterscheiden sich die Aufgaben eines Interkulturellen Mediators von Projekt zu Projekt deutlich und reichen von einfacher Dolmetschtätigkeit bis hin zu weiteren Aufgaben wie Kulturmittlung oder Gesundheitsbildung und -aufklärung). Deshalb stellen wir im Folgenden die Aufgaben der Interkulturellen Mediatoren an belgischen Krankenhäusern etwas genauer vor.

Aufgaben Interkultureller Mediatoren an belgischen Krankenhäusern:

- Dolmetschen;
- Funktion als Kulturmittler „...die Welt der Ärzte den Patienten und die Welt der Patienten den Ärzten erklären.“ (Kaufert 1984). Wir möchten an dieser Stelle unterstreichen, dass wir von ihnen kein ethnologisches Wissen, wie es Kulturanthropologen haben mögen, erwarten. Dennoch sind wir überzeugt, dass ihre relative Vertrautheit mit der Welt der Ärzte und mit der Welt ihrer eigenen ethnischen Gemeinschaft extrem nützlich sein kann, um die kulturelle Kompetenz des medizinischen Versorgungsteams zu erweitern;
- den Patienten praktische Hilfe und emotionale Unterstützung anbieten, obwohl sie nicht als Amateur-Psychotherapeut arbeiten;
- Können an einer Konfliktmediation teilnehmen, sollten sprachliche oder kulturelle Missverständnisse der Grund eines Konfliktes sein;
- Können als Anwälte von Patienten, die einer ethnischen Minderheiten angehören, auftreten, wenn diese beispielsweise mit Rassismus oder Diskriminierung konfrontiert sind oder die Würde und das Wohlergehen des Patienten gefährdet ist;
- Patienten ethnischer Minderheiten in ihren Zimmern aufsuchen, um zu überprüfen, ob sie Hilfe brauchen (die dann in Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal geleistet wird);
- Probleme, die Patienten ethnischer Minderheiten im Krankenhaus erfahren, aufnehmen und an das Gesundheitspersonal sowie an die Krankenhausleitung weitergeben;
- Gesundheitsaufklärung und -bildung für Patienten.

In den folgenden Abschnitten stellen wir zunächst kurz die Ergebnisse von zwei Evaluationsstudien vor, die in den beteiligten Krankenhäusern durchgeführt wurden. Daraufhin beschreiben wir das Programm zur Qualitätssicherung und -verbesserung, das wir entwickelt und eingeführt haben, um einer Vielzahl von Problemen, die in den Evaluationsstudien festgestellt wurden, entgegenzutreten. Und schließlich präsentieren und diskutieren wir kurz die Auswirkungen des Qualitätssicherungs- und Verbesserungsprogramms.

### **3 Interkulturelle Mediation: Ergebnisse von zwei Evaluationsstudien**

Eine erste qualitative Evaluationsstudie wurde zwischen 1993 und 1995 durchgeführt. Interkulturelle Mediation war - zu dieser Zeit - noch nicht in das normale Förderungssystem für Krankenhäuser integriert. Diese erste Studie konzentrierte sich auf die Auswirkungen interkultureller Mediation in der Qualität der Versorgung und auf Probleme, die mit der Einführung der Interkulturellen Mediatoren in die Krankenhäuser zusammenhängen (Verrept u. Louckx 1997). Die zentrale Frage der Evaluation war, ob die Beschäftigung Interkultureller Mediatoren eine effektive Strategie zur Bekämpfung der Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung darstellt.

Eine zweite Studie wurde zwischen 1997 und 2000 durchgeführt. Sowohl qualitative (Teilnehmende Beobachtung, Interviews, Gruppendiskussionen) als auch quantitative (Befragung) Methoden wurden genutzt, um Daten zu erfassen. In dieser zweiten Studie konzentrierten wir uns stärker auf Probleme, die mit der Etablierung des Mediationsprogramms in Krankenhäusern einhergehen und auf die Qualität der Vermittlung durch die Mediatoren. Um die Qualität des Dolmetschens bewerten zu können, verwendeten wir die von der Assoziation der Medizinischen Übersetzer in Massachusetts (Massachusetts Medical Interpreters Association) eingeführten Standards (Verrept, Perissino, Herscovici 2000).

#### **3.1 Auswirkungen der interkulturellen Mediation auf die Qualität der Versorgung**

Fachkräfte aus der Gesundheitsversorgung, Patienten und Interkulturelle Mediatoren bestätigten, dass die Einführung der Interkulturellen Mediatoren zu einer bedeutenden Verbesserung der Qualität der Versorgung führe, wenn ihre Angebote adäquat in Anspruch genommen werden. Alle Fachkräfte aus der Gesundheitsversorgung betonten, dass das Interkulturelle Mediationsprogramm weitergeführt und zu einem ständigen Angebot für Patienten ethnischer Minderheiten und das medizinische Personal werden sollte.

Die wichtigste Verbesserung ist die Tatsache, dass die Interkulturellen Mediatoren den Austausch von richtiger und detaillierter Information zwischen dem Gesundheitspersonal und den Patienten gewährleisten. Das ist nicht nur auf die Anwesenheit der Interkulturellen Mediatoren, sondern auch auf die Tatsache zurückzuführen, dass die Patienten in Anwesenheit der Interkulturellen Mediatoren weniger gehemmt sind, ihre Geschichten zu erzählen als in Anwesenheit eines informellen Dolmetschers, z.B. eines Kindes oder Ehepartners.

Zusätzlich dazu bestätigten unsere Forschungsergebnisse, dass Anpassungen auf der Ebene der Kommunikationsstrategien und -formen zu einer wesentlichen

Verbesserung der Effektivität der Kommunikation mit Patienten ethnischer Minderheiten führten. Diese Verbesserungen haben weitreichende Auswirkungen.

#### Verbesserte Kommunikation

Das medizinische Personal hebt hervor, dass das Programm seine Möglichkeiten zur Einschätzung und Abwägung der Lage des Patienten deutlich verbessert hat (z.B. um Anhaltspunkte zu finden, ob anhaltendes Unwohlsein der Patienten eher in Verbindung mit somatischen oder psychosozialen Problemen steht). Eine detaillierte Krankengeschichte in Erfahrung zu bringen (in der Art, wie sie von einheimischen Patienten aufgenommen wird), wird für einige Patienten erst durch die Interkulturelle Mediation möglich.

Sowohl die Fachkräfte aus der Gesundheitsversorgung als auch die Patienten betonen, dass die Interventionen der Interkulturellen Mediatoren eine problemlosere Versorgung ermöglicht. Durch die verbesserte Kommunikation ist die Kooperation zwischen Personal und Patienten besser gewährleistet. Darüber hinaus fand sich ein systematischer Beleg dafür, dass Patienten es als einfacher empfinden mit einem Interkulturellen Mediator über verschiedenste Themen zu sprechen als mit belgischen Fachkräften. Die Patienten berichten, dass es den Interkulturellen Mediatoren besser gelingt, bestimmte Botschaften zu verstehen, weil *„die Dinge in unserer Gemeinschaft anders sind und der Interkulturelle Mediator weiß, wie sie sind.“*

Das medizinische Personal betont, dass viele Probleme insbesondere im Bereich der Familienbeziehungen, bei Eheproblemen und bei Angelegenheiten der Familienplanung nicht leicht zu thematisieren waren und dem Personal verborgen blieben, bevor die Interkulturellen Mediatoren ihre Arbeit aufnahmen.

Interkulturelle Mediatoren und ihre Klienten teilten uns mit, dass die Patienten, die ihre Anliegen vorzutragen zögern, dabei unterstützt werden, ihre Fragen an das medizinische Personal zu richten. Die Fachkräfte betonen, dass viele Fragen vorher entweder aufgrund von Sprachproblemen oder weil die Patienten in irgendeiner Weise gehemmt waren, nicht gestellt wurden. Einige Patienten berichteten außerdem, dass es in der Vergangenheit teilweise nicht möglich war bestimmte Themen mit dem medizinischen Personal zu besprechen, weil die Anwesenheit informeller Dolmetscher sowohl bei den Patienten als auch bei den Dolmetschern Schamgefühle ausgelöst hätten.

Kulturspezifische Krankheitskonzepte in der marokkanischen Gemeinschaft wie die Besessenheit von Geistern (*jinun*) und/oder traditionelle Heilmethoden, wie das zu-Rate-Ziehen eines Koranlehrers (*fqih*), sowie emotionale und psychische Zustände würden ebenfalls mit einem Interkulturellen Mediator leichter diskutiert. In einer Vielzahl von Fällen, so berichtete das medizinische Personal, hatte



dies eine weitreichende (manchmal sogar lebensrettende) Wirkung auf die Gesundheit und das Wohlergehen der Patienten. Die größere Bereitschaft der Patienten, den Interkulturellen Mediatoren ihre Probleme mitzuteilen, ermöglicht es, den psychologischen Unterstützungsbedarf der Patienten zu erkennen und diesem mit professioneller Hilfe nachzukommen. Dieser Aspekt wird als ein großer Vorteil des Programms bewertet.

Die Auffassung der Patienten, dass Interkulturelle Mediatoren ihre Probleme besser verstehen, ist nicht der einzige Grund, warum sie bereit sind über bestimmte Themen zu sprechen. Interkulturelle Mediatoren beschreiben, dass sie sich an bestimmte Kommunikationsformen der Patienten anpassen. Sie nutzen bestimmte Kommunikationsstrategien, um Fehleinschätzungen der Klienten zu korrigieren und um sie beispielsweise zu überzeugen ihre Medikamente regelmäßig einzunehmen. Unsere Studienergebnisse belegen, dass Interkulturelle Mediatoren Patienten sehr viel effektiver von einer notwendigen Operation überzeugen und diese eher dafür gewinnen können, sich an bestimmte therapeutische Maßnahmen zu halten oder Spezialisten und andere Fachkräfte aufzusuchen. Ein großer Teil des medizinischen Personals berichtet von einem bemerkenswerten klinischen Einfluss, der sowohl die Lebenserwartung als auch die Lebensqualität der in das Programm einbezogenen Patienten erhöht. Ein Teil der größeren Überzeugungskraft der Interkulturellen Mediatoren ist ohne Zweifel mit ihrer größeren Fähigkeit verbunden, die non-verbale Kommunikationssignale ihrer Patienten richtig einzuschätzen. Sie haben weniger Probleme die Atmosphäre während einer Intervention zu beurteilen, und es fällt ihnen leichter zu erkennen, wenn Patienten nicht verstehen, was ihnen erklärt wird, oder wenn sie keine Bereitschaft signalisieren, bestimmte Ratschläge zu befolgen.

#### Angebot einer kultursensiblen Versorgung

In einigen Krankenhäusern haben Interkulturelle Mediatoren neue Wege vorgeschlagen, um das Krankenhaus besser an die Anwesenheit einer kulturell vielfältigen Klientel anzupassen. So richteten einige Krankenhäuser einen Raum für muslimische Patienten ein, um ihnen die Möglichkeit zum ungestörten Beten zu geben. Ebenso wurden in einigen Krankenhäusern bestimmte Versorgungsvorgänge so umgestellt, dass sie für Patienten, die einer ethnischen Minderheit angehören, akzeptabler wurden. Die Krankenkost wurde beispielsweise den Essgewohnheiten dieser Patienten angepasst.

Interkulturelle Mediatoren waren in der Lage, eine Vielzahl von Konflikten zwischen dem medizinischen Personal und Patienten ethnischer Minderheiten zu lösen. In einigen Fällen konnten sie ihre Klienten gegen unsensible und rassistische Alltagspraktiken verteidigen.

### Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Patienten

Besonders in Krankenhäusern haben die Anwesenheit und die Interventionen der Interkulturellen Mediatoren einen bedeutenden Beitrag zur Patientenzufriedenheit geleistet. Das ist auch der Fall bei Patienten, die keine Übersetzungsleistungen eines Interkulturellen Mittlers in Anspruch nahmen. Die Patienten fühlen sich weniger isoliert und einsam. Sehr oft wird besondere Dankbarkeit gegenüber den Mediatoren geäußert. Auch in Patienteninterviews wurde dieser Aspekt besonders hervorgehoben, indem beispielsweise gesagt wurde, dass *„wenn man einen Menschen aus seinem eigenen Land im Krankenhaus trifft, gibt es einem ein Gefühl als wenn sich das Herz öffnet“*. Die Gefühle, die mit der Anwesenheit eines Mitglieds der eigenen ethnischen Gruppe in Verbindung gebracht werden, scheinen für sie wichtiger zu sein als der Umstand, ob diese Personen ihnen bei der Überwindung sprachlicher- und kultureller Barrieren geholfen haben.

Die Tatsache, dass das Krankenhaus ein Interkulturelles Mediatoren-Programm fördert, wird von vielen Patienten als ein Zeichen erlebt, dass das Krankenhaus ihnen wirklich helfen will. Und das ist nicht unwichtig in einem Land, in dem wachsende Erfolge einer explizit rassistischen, extrem rechten Partei Schatten auf die allgemeinen interethnischen Beziehungen werfen.

### 3.2 Probleme im Zusammenhang mit der Einführung der interkulturellen Mediation an Krankenhäusern (2000)

#### Anzahl und Art der Einsätze von Interkulturellen Mediatoren

Im Jahr 2000 haben die meisten Interkulturellen Mediatoren nur 4 Patienten pro Tag gesehen. Das wäre weniger ein Problem, wenn diese Zahl die notwendigen Einsätze interkultureller Mittlung widerspiegeln würde. Leider hat unsere Untersuchung gezeigt, dass dies nicht der Fall ist. Im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung wurden wir immer wieder mit der Tatsache konfrontiert, dass das medizinische Personal nicht auf den Service der Interkulturellen Mediation zurückgegriffen hat, auch dann nicht, wenn kulturelle- und/oder sprachliche Barrieren auftraten.

Unsere zumeist in der teilnehmenden Beobachtung gesammelten qualitativen Daten zeigten eindeutig, dass eine große Zahl von Interventionen, die von den Patienten (bzw. von deren Familienangehörigen) oder von den Mediatoren selbst initiiert wurde, dann zustande kam, wenn a.) die Patienten nicht verstanden hatten, was der Arzt oder die Pflegekraft gesagt hatte und b.) wenn während der Begegnung von Arzt und Patient kein Interkultureller Mediator anwesend war (weil er nicht hinzugerufen wurde). Meist ging es dabei um Kommunikationsprobleme, die sich in dem Moment erst entwickelt hatten. Wie

in vielen ähnlichen Projekten stellt es sich als äußerst schwierig dar, das medizinische Personal von der Bedeutung und der Rolle Interkultureller Mediatoren und von der Problematik der Zusammenarbeit mit informellen Dolmetschern zu überzeugen.

Die Interkulturellen Mediatoren waren sich darüber bewusst, dass das medizinische Personal ihr Angebot nur unzureichend in Anspruch nimmt. Dies ist ein Grund dafür, warum viele Mediatoren Patienten aus ihrer eigenen ethnischen Gruppe systematisch in deren Zimmern aufsuchten, um zu fragen, ob alles was der Arzt oder die Pflegekraft ihnen erklärt hatte, verstanden wurde. Gleichzeitig informierten sie die Patienten darüber, dass sie die Interkulturelle Mediatorin anrufen könnten, sobald Bedarf bestünde (z.B. wenn der Arzt sie wieder sehen würde). Obwohl diese Methode weit von dem Ideal entfernt ist, hat es sich als eine pragmatische und oft sehr effektive Strategie gegen das Phänomen erwiesen, dass das medizinische Personal die Interkulturellen Mediatoren nicht regelmäßig in Anspruch nahm. Eine der negativen Konsequenzen dieses Ansatzes war allerdings, dass in ca. 40% der Einsätze der Mediatoren das medizinische Personal, die Interkulturelle Mediatorin und die Patientin zur gleichen Zeit im selben Raum waren, obwohl eine direkte Kommunikation im Grunde möglich gewesen wäre.

Ein bedeutender (und wenig wünschenswerter) Effekt zeigte sich, wenn medizinisches Personal, Patienten und Interkulturelle Mediatoren nicht gleichzeitig im gleichen Raum anwesend waren, weil dann häufig die Sprachbarriere zum Beispiel bei der Aufnahme der Krankengeschichte nicht überbrückt wurde. Tatsächlich standen nur 25% der Interventionen der Interkulturellen Mediatoren mit der Erfassung einer Krankengeschichte oder mit der Durchführung einer Untersuchung in Verbindung. Auch das ist weit entfernt vom Ideal, insbesondere weil viele Studien belegen, dass das Vorhandensein von Sprachbarrieren ernsthafte Auswirkungen auf die Effektivität der Gesundheitsversorgung hat (z.B. eingeschränkte Möglichkeit bestimmte Zustände zu diagnostizieren, dürftigeres Schmerzmanagement, weniger angemessenes Management chronischer Krankheiten wie etwa bei Asthma und Diabetes) (Bowen 2001, Jacobs u. Agger-Gupta 2003, Saldov u. Chow 1994).

Unsere Daten weisen darauf hin, dass die Wirksamkeit unseres Programms in der Tat durch die relativ geringe Anzahl von Einsätzen in Kommunikationstrieden zwischen medizinischem Personal, Patienten und Interkulturellen Mediatoren beeinträchtigt ist.

### Dolmetschfähigkeiten

Die Evaluation zeigte, dass die Qualität der Übersetzungen der Interkulturellen Mediatoren oft verbesserungsfähig war. Ähnlich bei Mediatoren in anderen Projekten waren sie offensichtlich unzureichend auf die Ausübung ihrer Aufgaben in einer angemessenen Weise vorbereitet. Auf der anderen Seite hatten die meisten medizinischen Fachkräfte überhaupt keine Schulung hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Interkulturellen Mediatoren erhalten. Beide Faktoren führten dazu, dass den Einsätzen der Interkulturellen Mediatoren und dem Kommunikationsprozess zwischen medizinischem Personal und seinen Patienten die Transparenz fehlte.

### Unzureichendes Bewusstsein des medizinischen Personals über die Aufgaben der Interkulturellen Mediatoren

Einige Fachkräfte der Gesundheitsversorgung baten die Interkulturellen Mediatoren Aufgaben zu übernehmen, die eigentlich von ihnen selbst mit Hilfe oder in Zusammenarbeit mit den Mediatoren hätten stattfinden müssen. Das war in 30% aller Einsätze der Fall. Dies kann mit Risiken sowohl für den Patienten als auch für den Mediator verbunden sein. Die Integration der Interkulturellen Mediatoren in das Team des medizinischen Personals stellte sich als ein größeres Problem in unserem Programm heraus.

### „Kulturalisierung“ der Probleme von Patienten ethnischer Minderheiten

Ein großer Teil des medizinischen Personals neigt dazu, Probleme von Patienten ethnischer Minderheiten und Probleme, die im Verlauf der Gesundheitsversorgung auftreten, zu schnell und oft fälschlicherweise der Kultur der betroffenen Patienten zuzuschreiben. In unserem Programm bezeichnen wir dieses Phänomen mit der Wortneubildung „Kulturalisierung“ (vgl. auch Kaufert 1990). Sobald die Fachkräfte Probleme der Patienten mit deren Kultur in Verbindung bringen, tendiert das medizinische Personal dazu, ihre Zuständigkeit insbesondere in Bezug auf Problemlösungen auf die Interkulturellen Mediatoren zu verlagern. Dies stellte sich als äußerst anstrengend für die Mediatoren dar und führte oft in eine Sackgasse im therapeutischen Prozess. Dieses Phänomen wurde am häufigsten bei Behandlungen von Patienten mit psychosozialen Problemen und bei Patienten mit einer geringeren Compliance beobachtet.

#### Eingeschränkte Möglichkeiten der Interessenvertretung

Für Interkulturelle Mediatoren war es – bedingt durch ihren niedrigen Status in den Krankenhäusern – sehr schwierig, die Rechte der Patienten zu vertreten oder sich einzuschalten, wenn das Wohlbefinden und die Würde des Patienten bedroht waren.

### **4 Programm zur Verbesserung und Sicherung der Qualität**

Um die Qualität, die Effektivität und die Effizienz der Interkulturellen Mediatoren an Krankenhäusern zu verbessern, wurde ein Programm zur Verbesserung und Sicherung der Qualität eingeleitet. Es besteht aus drei grundlegenden Pfeilern:

#### 4.1 Beobachtung der Interkulturellen Mediatoren in den Krankenhäusern

Um die Stärken und Schwächen des interkulturellen Mediationsprogramms überwachen zu können und auch um die möglichen Wirkungen des Qualitätsverbesserungsprogramms beurteilen zu können, entschieden wir uns, das Programm so genau wie möglich zu beobachten. Dazu nutzten wir einen Fragebogen, der die Aktivität der Interkulturellen Mediatoren registriert und der wiederum einmal im Jahr überprüft wird. Dazu wurden die Aktivitäten der Mediatoren während eines Monats täglich dokumentiert. Darüber hinaus beobachteten wir die Aktivitäten der Interkulturellen Mediatoren durch teilnehmende Beobachtung und organisierten Treffen, bei denen Vertreter der beteiligten Krankenhäuser sowie die Interkulturellen Mediatoren der jeweiligen Krankenhäuser anwesend waren. Während dieser Treffen erhielten die Krankenhäuser eine Rückmeldung über die von der interkulturellen Mediatorengruppe erfassten Daten. Die Vertreter der Krankenhäuser hatten die Gelegenheit, wesentliche zusätzliche Informationen für das Funktionieren der Interkulturellen Mediatoren an ihrem Krankenhaus einzubringen und Strategien zur Verbesserung vorzuschlagen.

#### 4.2 Zusätzliches Training und Supervision der Interkulturellen Mediatoren

Da in der Evaluation deutlich wurde, dass die Dolmetschfähigkeiten der meisten Interkulturellen Mediatoren verbesserungsbedürftig waren, organisierten wir einen 50stündigen Kurs zu Dolmetschtechniken. Zu der Weiterbildung engagierten wir Referenten, die auch in Ausbildungseinrichtungen für Konferenz- und Gemeindedolmetscher beteiligt sind. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei den Standards des Dolmetschens der MMIA (1995) gewidmet, die jetzt als

Richtlinie für die Praxis des Dolmetschens unserer Interkulturellen Mediatoren verwendet wird ([www.mmia.org](http://www.mmia.org)).

Um die Qualität der Dolmetschleistungen der Interkulturellen Mediatoren weiter zu verbessern, wurden Terminologie-Arbeitsgruppen eingerichtet. Ziel war dabei, die Fertigkeiten der Interkulturellen Mediatoren für eine sachgerechte Übersetzung der medizinischen Terminologie in die Muttersprache zu steigern. 2005 haben wir mit Gruppen für Marokkanisch-Arabisch, Türkisch und Tamazight (Berber Sprache, die im nördlichen Marokko gesprochen wird) begonnen. Die Arbeitsgruppen werden von Muttersprachlern mit medizinischer oder philologischer Berufsausbildung geleitet. Während der Sitzungen werden Entsprechungen für medizinische Begriffe erarbeitet und mit den Interkulturellen Mediatoren diskutiert. Da für eine Vielzahl der medizinischen Begriffe keine äquivalenten Begriffe in anderen Sprachen existiert, werden in diesem Diskussionsprozess Definitionen oder Erklärungsmöglichkeiten entwickelt.

Als Grundlage für die Arbeitsgruppen nutzten wir den Kurs zu Gesundheit, Gesundheitswesen und Anatomie, der im Qualifizierungsprogramm der Interkulturellen Mediatoren verwendet wird. Darüber hinaus stützten wir uns auf die folgenden Materialien:

- Transkriptionen von Videoaufzeichnungen von Unterhaltungen zwischen Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeitern und Patienten;
- Liste oft benutzter Begriffe, die vom medizinischen Personal bereitgestellt wurde;
- Gesundheitsaufklärungsmaterial, das in den Krankenhäusern (in Niederländisch, Französisch oder Deutsch) ausliegt;
- Medizinische Begriffe, die von den Interkulturellen Mediatoren selbst in den Sitzungen vorgestellt werden.

Idealerweise beginnt eine Sitzung mit der Diskussion über die Terminologie eines bestimmten Themenbereiches (z. B. Diabetes) und endet mit einem Rollenspiel, das auf realen Sprachmittlungseinsätzen, die im Krankenhaus aufgenommen wurden, basiert. Der gesamte Prozess führt zu der Entwicklung einer Terminologieliste, die auf unserer Webseite veröffentlicht werden soll.

Ausgehend von der Literatur, unserer eigenen Forschung und den Erfahrungen der Interkulturellen Mediatoren sowie den des medizinischen Personals wurde eine neue und genauere Aufgabenbeschreibung entwickelt und mit den Mediatoren und den Vertretern der Krankenhäuser diskutiert.

Ein Teil der Sitzungen beschäftigte sich mit der Rolle der Interkulturellen Mediatoren als Kulturmittler (hauptsächlich auf der Grundlage der Arbeiten von R.W. Putsch und J. Kauffert). Es wurde entschieden, bei Informationen über die Vorstellungswelt des Patienten (für das medizinische Personal) zu betonen, diese

als eine Art Hypothese zu möglichem Verhalten statt als festgelegte Fakten zu betrachten und darzustellen.

Schließlich werden die Interkulturellen Mediatoren regelmäßig eingeladen, an Supervisionssitzungen teilzunehmen, in denen "Problemfälle" diskutiert werden können. Diese Treffen sind mit der Idee verbunden, den Austausch der Mediatoren untereinander und mit uns - und in einigen Fällen auch mit externen Experten - zu fördern. Ein weiterführendes Ziel ist der kontinuierliche Aufbau einer Wissensplattform, die von allen Mediatoren verwendet werden kann, wenn sie mit einem ähnlichen Problem konfrontiert sind.

#### 4.3 Übungseinheiten für medizinisches Personal

Während ihrer Ausbildung haben nur sehr wenige im Gesundheitswesen tätige Menschen von den negativen Auswirkungen von Sprach- und Kulturbarrieren auf die Qualität der Pflege gehört. Darüber hinaus sind viele von ihnen überzeugt, dass die Zusammenarbeit mit informellen Dolmetschern (z.B. Familienangehörigen, Reinigungspersonal, das zu einer ethnischen Minderheit gehört etc.) eine akzeptable Strategie zur Überwindung sprachlicher Barrieren ist. Schließlich ist kaum ein Mitarbeiter der Gesundheitsversorgung in Belgien ausgebildet mit Interkulturellen Mediatoren oder Dolmetschern zusammenzuarbeiten. Aus diesen Gründen haben wir zwei Übungseinheiten für medizinisches Personal entwickelt.

Die erste Einheit hat zum Ziel, die Fachkräfte aus der Gesundheitsversorgung von der Notwendigkeit zu überzeugen, Interkulturelle Mediatoren in ihre Arbeit einzubeziehen, wenn sprachliche oder kulturelle Barrieren auftreten. Diese Einheit konzentriert sich hauptsächlich auf Literatur, die sich mit dem Thema der Auswirkungen von Sprach- und Kulturbarrieren auf die Qualität der Versorgung und mit den Risiken der Arbeit mit nicht qualifizierten Laiendolmetschern befasst. Einige Anregungen werden auch weiterentwickelt, um die Zusammenarbeit mit den Interkulturellen Mediatoren zu erleichtern und effizienter zu gestalten.

Die zweite Übungseinheit hat zum Ziel, das medizinische Personal für die Kooperation mit Interkulturellen Mediatoren zu schulen. Nach einer kurzen theoretischen Einleitung und dem Betrachten und Diskutieren einiger auf Video aufgenommener Dolmetscheinsätze, erhält das medizinische Personal Informationen über die effektive Zusammenarbeit mit einem Interkulturellen Mediatoren. Am Ende der Einheit erhalten einige Teilnehmer die Möglichkeit, einen Einsatz in einem Rollenspiel nachzuspielen. Dabei sind sie auf die Anwesenheit eines Interkulturellen Mediators ihres Krankenhauses angewiesen, um mit einem fiktiven Patienten zu kommunizieren (der meist auch von einem Interkulturellen Mediator eines anderen Krankenhauses gespielt wird).

## 5 Indikatoren des Wandels ...

Der wohl größte Wandel der letzten Jahre war ohne Zweifel die kontinuierlich steigende Zahl der Einsätze der Interkulturellen Mediatoren. Im Jahre 2000 hatte ein Interkultureller Mediator normalerweise 4,6 Einsätze täglich (das spiegelt etwa 2,5 Stunden Arbeit wider). Schon 2004 hatten die Interkulturellen Mediatoren mehr Einsätze und erreichten etwa 7,7 Einsätze pro Tag.

Allerdings ist nicht sicher, ob dieser starke Anstieg (nur) auf die Implementierung unseres Programms zurückgeht. Es könnte auch mit dem Faktor der Zeit zusammenhängen, denn inzwischen befindet sich das medizinische Personal immer öfter in Situationen, in denen es ohne interkulturelle Mediation nicht weiterkommt. Und auch das kann ihre Inanspruchnahme der Mediatoren in Zukunft beeinflussen. Der Anstieg der Einsätze der Interkulturellen Mediatoren ist jedenfalls nicht auf einen Anstieg der Anzahl von Patienten ethnischer Minderheiten in Krankenhäusern zurückzuführen.

In Bezug auf die Art der Einsätze durch die Mediatoren können wir beobachten, dass die Interkulturellen Mediatoren heute sehr viel mehr dolmetschen, als sie es noch vor 4 Jahren taten. Im Jahr 2000 machten Dolmetschtätigkeiten 40% der Einsätze aus, und im Jahr 2004 war dieser Anteil auf 60% angestiegen. Das ist eine positive Entwicklung, da die Fachliteratur ausdrücklich darauf hinweist, dass vor allem ungelöste Sprachprobleme ernsthafte Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung haben. Außerdem zeigt sich, dass Interkulturelle Mediatoren deutlich enger mit dem medizinischen Personal zusammenarbeiten als vorher.

Über die teilnehmende Beobachtung und durch Beobachtungen der Dozenten während der Unterrichtseinheit zu Dolmetschtechniken konnte in Erfahrung gebracht werden, dass sich die Qualität der gedolmetschten Gespräche kontinuierlich verbessert. Im zweiten Halbjahr dieses Jahres sollen alle Interkulturellen Mediatoren auf ihre Dolmetschfertigkeiten geprüft werden. Ab dem Zeitpunkt sollten uns dann auch mehr Informationen zu der Effektivität des Dolmetschtrainings vorliegen.

Die Interkulturellen Mediatoren sind der Meinung, dass sie sich – durch die Übungs- und Supervisionseinheiten – der Qualifikation anderen Professionellen annähern (ein wichtiger Aspekt ist dabei, dass sie aufgrund der klaren Aufgabenbeschreibung die Richtlinien für die Praxis erklären können, warum sie tun, was sie tun). Die begeisterte Teilnahme der Interkulturellen Mediatoren an den Terminologie-Arbeitsgruppen verdeutlicht, dass sie sich selbst der Bedeutung der Qualität ihrer Dolmetschertätigkeit und der Notwendigkeit einer kontinuierlichen Weiterbildung in diesem Bereich bewusst sind.



Dennoch bleibt eine Vielzahl von Problemen ungelöst. Obwohl die Anzahl der Einsätze stark angestiegen ist, nutzt ein großer Teil des medizinischen Personals das Angebot der Interkulturellen Mediatoren immer noch nicht systematisch, wenn sie mit Sprach- oder Kulturbarrieren konfrontiert sind. Ein Teil dieses Problems ist ohne Zweifel die Tatsache, dass viele der Interkulturellen Mediatoren nur in einer Teilzeittätigkeit arbeiten und daher nicht immer zur Verfügung stehen, wenn Bedarf besteht.

Unter diesen Umständen ist das medizinische Personal oft gezwungen die Hilfe informeller Übersetzer in Anspruch zu nehmen, was zur Folge hat, dass sie dann in ihrer bisher gewohnten Weise weiterarbeiten.

Es hat sich außerdem als äußerst schwierig dargestellt, Ärzte für die Übungseinheiten zu gewinnen. Da Ärzte allerdings in belgischen Krankenhäusern sehr viel Einfluss haben, ist es besonders wichtig diese Berufsgruppe für das Programm zu gewinnen und ihnen die Notwendigkeit der Interkulturellen Mediation nahe zu bringen. Ihre Betrachtungsweise und Einstellung werden meist entscheiden, ob ein Interkultureller Mediator für einen bestimmten Patienten hinzugezogen wird. Eine mehr an die Ärzte angepasste Zusammenarbeit ist also vonnöten, um auch diese Gruppe für die Inhalte des Programms zu begeistern.

## **6 Schlussfolgerung**

Die zwei durchgeführten Studien und die andauernde Beobachtung des interkulturellen Mediationsprogramms haben deutlich gemacht, dass die interkulturelle Mediation zu wichtigen Verbesserungen in der Qualität der Versorgung der Patienten ethnischer Minderheiten führen kann, soweit sie bei Bedarf in Anspruch genommen wird. Zudem konnten wir durch unsere qualitativen Daten Belege dafür finden, dass die Einsätze der Interkulturellen Mediatoren positive Auswirkungen auf den gesundheitlichen Zustand der Patienten haben können. Obwohl zweifellos mehr Forschung nötig ist, finden wir eine Reihe von Indikatoren dafür, dass Interkulturelle Mediation zum Abbau von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung beitragen kann.

Zudem konnten wir beobachten, dass die Effektivität und Effizienz der interkulturellen Mediation stark von der Einbindung der Mediatoren in die Krankenhausstrukturen abhängig sind und außerdem von der Fähigkeit des medizinischen Personals, mit den Mediatoren zusammenzuarbeiten. Es ist klar, dass dieser Aspekt eine ebenso wichtige Voraussetzung für den Erfolg ist wie die Weiterbildung der Interkulturellen Mediatoren selbst. Das medizinische Fachpersonal muss ermutigt werden mit den Mediatoren zusammenzuarbeiten, sobald Sprach- oder Kulturbarrieren auftreten.

Schließlich muss betont werden, dass zur Steigerung der Effektivität dieses Programmes und ähnlicher Programme beim medizinischen Personal die Einsicht für die Komplexität der interkulturellen Gesundheitsversorgung und des Dolmetschens gestärkt und die Vorteile des Verstehens der Erklärungsmodelle von Krankheit und Behandlung der Patienten vermittelt werden müssen. Solange dem medizinischen Personal diese Einsicht fehlt, besteht die reale Gefahr, dass die Interkulturellen Mediatoren als gering qualifiziertes Gesundheitspersonal betrachtet wird, das nur Informationen weiterleitet, die von der westlichen Biomedizin Mitgliedern ihrer Gemeinschaft diktiert werden, wie Anderson schon 1986 darlegte. Das würde natürlich den Einfluss der interkulturellen Mediation auf die Qualität der Versorgung deutlich einschränken.

### Literatur

- ANDERSON J. Ethnicity and the illness experience: ideological structures and the health care delivery system. *Social Science and Medicine* 1986; 22: 1277-1283.
- BOWEN S. Language Barriers in Access to Health Care. Canada : Health Canada, 2001: 120. (Report prepared for the Conference : Critical Link 3 – Interpreting in the Community : the complexity of the profession, Montreal, Canada, 22-26 May 2001).
- JACOBS E., AGGER-GUPTA N. et al. Language barriers in health care settings. An annotated bibliography of the research literature. Woodland Hills (Ca, USA): The California Endowment, 2003: 72. ([www.calendow.org](http://www.calendow.org))
- KAUFERT J., KOOLAGE W. Role conflict among 'culture brokers': the experience of native canadian medical interpreters. *Social Science and Medicine* 1984; 18 (3): 283-286.
- KAUFERT P. The 'Boxification' of culture: the role of the social scientist. *Santé, Culture, Health: Culture and Health Services: A Challenge to Canadian Society* 1990; 7: 139-148.
- MASSACHUSETTS MEDICAL INTERPRETERS ASSOCIATION / Education Development Center, Inc, Medical Interpreting Standards of Practice. Boston: MMIA, 1995: 39. ([www.mmia.org](http://www.mmia.org)).
- PUTSCH R W. Cross-cultural communication. The special case of interpreters in health care. *Jama* 1985; 254 (23): 3344-3348.
- PUTSCH RW. Language Access in Health care (2002). Konzeptpapiere stehen zur Verfügung unter: [http://www.thinkculturalhealth.org/cccm/concept\\_authors.asp](http://www.thinkculturalhealth.org/cccm/concept_authors.asp).
- SALDOV M. CHOW P. The ethnic elderly in Metro Toronto Hospitals, nursing homes, and homes for the aged: communication and health care. *Inter-national Journal of Aging and Human Development* 1994; 38 (2): 117-135.

- SMEDLEY B. STITH A. NELSON A. (Eds.). Unequal treatment. Confronting racial and ethnic disparities in healthcare. Washington DC: The National Academies Press, 2003: XVI + 764.
- VERREPT H. Interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg. Cultuur & Migratie 2000/2001: 18 (2): iv + 163.
- VERREPT H. LOUCKX F. Health advocates in Belgian health care. In: Ugalde A, Cardenas G (Eds.). Health and Social Services among International Labor Migrants: a Comparative Perspective. Austin (Texas): CMAS-books, 1997: 67-86.
- VERREPT H. LOUCKX F. Mediadoras en salud en el sistema sanitario belgo. In: Solas O, Ugalde A (Eds.). Inmigracion, salud y politicas sociales. Granada (Sp): Escuela Andaluza de Salud Publica, 1997: 209-230.
- VERREPT H, PERISSINO A, HERSCOVICI A. Interculturele bemiddeling in de ziekenhuizen. (Eindrapport.) Brussel: Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en leefmilieu (Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling), 2000: 182 + 12.

#### **Weiterführende Literatur**

- VERREPT H. Intercultural mediation at Belgian Hospitals. Amsterdam, Dec. 2004. [http://www.mfh-eu.net/conf/results/proceedings/mfh\\_paper3\\_HansVerrept.doc](http://www.mfh-eu.net/conf/results/proceedings/mfh_paper3_HansVerrept.doc)
- INTERCULTURAL MEDIATION UNIT  
*niederländisch*: <http://www.health.fgov.be> à mijn gezondheid à patiëntenrechten en interculturele bemiddeling à interculturele bemiddeling  
*französisch*: <http://www.health.fgov.be> à ma santé à droits de patients et médiation interculturelle à médiation interculturelle .

*Einige dieser Seiten stehen in Kürze auch in deutscher Sprache zur Verfügung.*



# ANHANG

## Herausbergemeinschaft

Niels-Jens Albrecht

studierte in Hamburg Medizin und nach Aufenthalten in Entwicklungsländern Ethnologie (Schwerpunkt Medizin- u. Entwicklungs-Ethnologie). Seit 1983 Lehre am Institut für Medizin-Soziologie in Hamburg. Gründer u. Leiter des Norddeutschen Seminars Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern (Universität Hamburg) und des Entwicklungsmedizinischen Forums in Bonn sowie Veranstalter von nationalen und internationalen Kongressen. Gründungsmitglied des Bundesarbeitskreises Transkulturelle Pflege, Mitglied in Expertengremien des Bundesministerium für Gesundheit und der Bundesintegrationsbeauftragten sowie der entwicklungsmedizinischen Zusammenarbeit. Aufbau u. Leitung des Projektes "Sprach- und Kulturmittlung" am Universitätsklinikum. Leiter der Bundeskonferenz Medizinisch Soziales Dolmetschen im Auftrag des BMFSFJ. Kooperation mit dem internationalen Fachgremium "Medizinisch-Soziales Dolmetschen"; Leitung des Arbeitsschwerpunktes Migration und Gesundheit am Institut für Medizin-Soziologie des Universitätsklinikums Hamburg; Planung, Beratung und Durchführung von EU-Projekten, Geschäftsführer von *albrecht medical consult (a.m.c.)*.

**Kontakt:** nj.albrecht@uke.uni-hamburg.de



Theda Borde

Prof. Dr. Dipl.-Pol., MPH, Hochschullehrerin an der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin. Sie studierte Politologie und Gesundheitswissenschaften und promovierte in Public Health in Berlin. Sie war als Leiterin des Internationalen Bildungs- und Beratungszentrums für Frauen und ihre Familien in Berlin-Spandau und als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Charité Universitätsmedizin Berlin in Forschungsprojekten zur Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche PatientInnen und MigrantInnen, zur Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter deutscher und türkischer Patientinnen im Krankenhaus und im Master Study Course: Health and Society - International Gender Studies tätig. Sie ist Mitglied im Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit der Bundesintegrationsbeauftragten und war von 2002-2005 Vorsitzende des 'Committee of Experts on Health Services in a Multi-cultural Society' des Europäischen Gesundheitsausschusses im Council of Europe/Europarat in Strasbourg. Derzeitige Forschungsprojekte: Transkulturelle Aspekte von Wechseljahren und Hormontherapie.

**Kontakt:** borde@asfh-berlin.de



## Autorinnen und Autoren

Alexandra Cerzniewski

Seit September 2006 Dipl.-Sozialarbeiterin/-pädagogin beim VHS Brandenburg und Berlin GmbH. Während ihres Studiums an der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin von 2000 bis 2005 arbeitete sie als Tutorin im Auslandsamt und war Mitglied der Auslandskommission. Ihre beiden Praktika absolvierte sie in der Zentralen Aufnahmestelle für Asylbewerber des LaGeSo Berlin und bei Al Nadi, einer Beratungsstelle für arabische Frauen des Nachbarschaftsheim Schöneberg. Von 1995 bis 2000 lebte und arbeitete sie in Birmingham GB, u.a. als Sozialarbeitsassistentin im Allgemeinen Sozialdienst eines Bezirksamtes von Birmingham City Council, Social Services Dept.

**Kontakt:** a.moshourab@googlemail.com



Susanne Deininger

Dr. med., studierte an der Freien Universität Berlin Medizin. Sie ist ab 1987 als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz tätig. Seit 1989 Referentin für gesundheitliche und psychosoziale Maßnahmen für MigrantInnen und die interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen. Sie ist Mitglied im bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.

**Kontakt:** susanne.deininger@sensv.verwalt-berlin.de



Ingrid Kollak

ist seit 1995 Professorin für Pflegewissenschaft im Studiengang Gesundheits- und Pflegemanagement an der Alice-Salomon Fachhochschule Berlin. Nach abgeschlossener Ausbildung zur Krankenschwester Studium der Germanistik, Soziologie und Pädagogik an der Ruhr-Universität Bochum. Studien- und Forschungsaufenthalte in Frankreich (Paris 1984-85), Österreich (Wien 1989-90) und USA (Providence, RI 1991-93). Aktuell leitet sie die deutsche Arbeitsgruppe des EU-geförderten Projekts „Pharos – Unterstützung von Flüchtlings- und Asylsuchenden Kindern in Schulen“. Sie ist seit vier Jahren Vertreterin der deutschen Pflegestudiengänge in dem von der Europakommission geförderten Tuning-Projekt, an dem neun Fachdisziplinen aus 25 europäischen Ländern und 123 Hochschulen teilnehmen. Bei „Pflege & Gesellschaft“ – Fachzeitschrift der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Pflege – arbeitet sie seit fünf Jahren als Redakteurin und Mitherausgeberin. Sie unterrichtet im europäischen Masterstudiengang Nursing Science und ist Mitglied im Graduiertenkolleg „Multimorbidität im Alter und ausgewählte Pflegeprobleme“ an der Humboldt-Universität in Berlin. Die von ihr organisierten Kongresse umfassen u.a. Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Ausbildung im internationalen Vergleich und der kulturellen Öffnung von Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen. Arbeitsschwerpunkte und Veröffentlichungen zu Internationalität und Kultur sowie Sprache und Kommunikation.

**Kontakt:** kollak@asfh-berlin.de



Bd. 3, Migration - Gesundheit - Kommunikation, 2007

### Oliver Kutscharski

wurde 1964 in Kasachstan geboren. Nach dem Lehramtstudium war er mehrere Jahre als Lehrer für russische Sprache und Literatur sowie als Schulleiter dort tätig. Darüber hinaus arbeitete er als Organisator für Erziehungsaufgaben und außerschulische Arbeit sowie als Angestellter im kasachischen Sozialfürsorgesystem.

Ende 1998 siedelte er als deutschstämmiger Spätaussiedler nach Deutschland über, wo er ein Studium an der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin aufnahm, das er im Sommer 2006 als Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagoge abschloss. Während des Studiums absolvierte er Praktika bei der Oase Pankow e. V. – Beratungs- und Begegnungsstätte für Migranten/Berlin und im Sozialdienst der Zentralen Aufnahmestelle für Aussiedler Berlin, wo er seitdem als Streetworker tätig ist. Im Rahmen seiner Diplomarbeit führte er eine Untersuchung über die Besonderheiten der ambulanten ärztlichen Versorgung russischsprachigen PatientInnen in Berlin durch.

**Kontakt:** kutscharski@web.de



### Oxana Ledyaikina

Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin mit Diplomabschluss 2004 an der Evangelischen Fachhochschule Berlin. Tätig als Betreuerin für an Demenz erkrankte Menschen.

**Kontakt:** xenia.l@web.de



### Varinia Fernanda Morales

gebürtige Chilenin, studierte Politologie, Geschichte und Romanistik an der Universität Bonn. Langjährige Dolmetschpraxis/Simultandolmetscherin in der chilenischen Botschaft. Vertreterin des chilenischen Liegenschaftsministeriums in Deutschland. Arbeitete u.a. beim Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages, bei den Vereinten Nationen, beim Dachverband der deutschen Nicht-Regierungsorganisationen (VENRO e.V.). Gründerin der GmbH Capricorn im bildungspolitischen Bereich und Mitgründerin der Nicht-Regierungsorganisation Promesios e.V. im entwicklungspolitischen Kontext sowie im Bereich Kunst/Kultur. Seit 2002 Koordination und Leitung des Projektes „Qualifizierung von Flüchtlingen zu Sprach- und Kulturmittlern im Gesundheits- und Sozialwesen“ der Diakonie Wuppertal. Vertretung der Entwicklungspartnerschaft TransSpuK bei transnationalen EQUAL Asyl-Konferenzen und dem European Thematic Group - Asylum seekers. Konzeption und Leitung kultureller und künstlerischer Aktivitäten.

**Kontakt:**

morales@migrationsdienst-wuppertal.de, variniafe@hotmail.com





## Angelika Pochanke-Alff

Projektkoordinatorin des Gemeindedolmetschdienstes Berlin seit Juni 2005. Nach ihrer Ausbildung als Medizinisch-Technische Assistentin in Göttingen studierte sie Biologie und Geographie an der Freien Universität in Berlin und absolvierte später ein Masterstudium in Public Health an der Technischen Universität Berlin. Seit 1983 arbeitet sie als Fachgutachterin, Trainerin und Dozentin in den Bereichen Planung, Implementierung und Evaluierung von Gesundheitsprojekten in Berlin und verschiedenen afrikanischen Ländern. Ihre thematischen Schwerpunkte sind HIV-AIDS-Prävention, Betriebliche Gesundheitsförderung und Interkulturelle Kompetenz.



**Kontakt:** pochanke-alf@gesundheitberlin.de  
<http://www.gemeindedolmetschdienst-berlin.de>

## Dagmar Schultz

Von 1991 bis 2004 war Dagmar Schultz Hochschullehrerin an der Alice Salomon Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Von 1963 – 1972 studierte und arbeitete sie in den USA. Von 1973 – 1986 lehrte sie am John-F.-Kennedy Institut für Nordamerikastudien an der FU Berlin und habilitierte 1989 am Soziologischen Institut der Universität der FU. Sie war Mitgründerin des Feministischen Frauengesundheitszentrums Berlin und des Orlanda Frauenverlags. Ihre Lehr- und Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Interkulturelle Sozialarbeit, Frauen- und Genderstudien und politische und kulturelle Kompetenz in der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung von MigrantInnen und Minderheiten.



**Kontakt:** dagschultz1@aol.com

## Nursevim Tiğli

Dipl.-Sozialarbeiterin/-pädagogin. Seit Januar 1998 im Jugendamt Friedrichshain-Kreuzberg in Berlin. Zuerst war sie in der Jugendförderung, seit 2002 im ASD (Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienst) als Sozialarbeiterin tätig und studierte berufsbegleitend an der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin. Im Rahmen ihrer Diplomarbeit führte sie eine qualitative Untersuchung zum Sprachwechsel Deutsch-Türkisch bei Jugendlichen und Familien mit türkischem Migrationshintergrund im Beratungskontext sowie zum Umgang der MitarbeiterInnen des Jugendamtes Friedrichshain-Kreuzberg durch. Die gebürtige Türkin arbeitete nach ihrer Einwanderung in die BRD 1980 zuerst als Aushilfe in der Produktion und der Gastronomie und absolvierte 1993 ihre Berufsausbildung zur Landwirtschaftlich-technischen Assistentin. Sie war viele Jahre in Göttingen mit türkischen Frauen, Kindern und Jugendlichen ehrenamtlich und von 1994 bis 1997 hauptamtlich im zweiten autonomen Frauenhaus Berlin tätig.



**Kontakt:** nursevim@gmx.de

**Johanna Uebelacker**

Geboren 1980 in Marburg, lebt seit 2002 in Berlin. Diplomandin an der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin in Sozialarbeit/ Sozialpädagogik. Praktikum bei der Migrantenbeauftragten des Bezirksamtes Charlottenburg-Wilmersdorf. Zwischen Juni und September 2005 führte sie im Auftrag des Bezirksamtes Friedrichshain-Kreuzberg im Rahmen ihrer Diplomarbeit eine Untersuchung zur Kommunikation mit MigrantInnen und zum Bedarf an Sprach- und KulturmittlerInnen aus Sicht der BezirksamtsmitarbeiterInnen durch.

**Kontakt:** johanna.uebelacker@gmx.de

**Hans Verrept**

Geboren 1961, Philologe und Sozial- und Kulturanthropologe. Hans Verrept forschte über Medikation und über traditionelle Heiler in der marokkanischen Gemeinschaft in Belgien, über ethnic monitoring in der Gesundheitsversorgung und Epidemiologie sowie über interkulturelle Mediation in der Gesundheitsversorgung. Er arbeitete für die Universität Antwerpen und für die Freie Universität Brüssel. Seit 1999 ist er Direktor der Abteilung für Interkulturelle Mediation des Föderalen Öffentlichen Dienstes für Volksgesundheit, wo er für die interkulturelle Mediation in den belgischen Krankenhäusern verantwortlich ist. Er hat vielfältig zum Bereich der interkulturellen Mediation publiziert. Darüber hinaus war er als Experte und Berater für ‚the Committee of Experts on Health Services in a Multicultural Society‘ des Europäischen Gesundheitsausschusses im Council of Europe/Europarat tätig.

**Kontakt:** Hans.Verrept@health.fgov.be



## Cover-Bild

## Gregorius Belik

Gregorius Belik wurde 1950 in der ehemaligen Sowjetunion geboren und begann schon in seiner Kindheit mit der Malerei. Er lebt seit ca. 20 Jahren in Deutschland, jetzt in Hamburg. Seit 1998 ist er Mitglied der im selben Jahr gegründeten Künstlergruppe "KiK - Kunst im Krankenhaus", einer Gruppe von Patienten, die sich seitdem regelmäßig im Klinikum Nord in Hamburg trifft, um gemeinsam zu malen, Ausstellungen zu organisieren und vorzubereiten. Neben diversen Ausstellungen im Rahmen von KIK sind auch eigene Ausstellungen des Künstlers zu nennen:

u.a. auf den Weltkongressen für Psychatrie

1998 in Hamburg

2002 in Yokohama.

Gregorius Belik hat sich in seiner Kunst sehr mit dem Thema der eigenen und der familiären Migration auseinandergesetzt.



## KiK

KiK sind die Initialen für "Kunst im Krankenhaus" und beschreiben eine Gruppe von ehemaligen Patienten und Patientinnen des Klinikums Nord in Hamburg.

Seit 1999 treffen sie sich regelmäßig zur gemeinsamen Arbeit, zum Gespräch und zur Vorbereitung von Ausstellungen. Die Kunst ist für die Patienten das ideale Medium sich auszudrücken. So können sie Themen, die sie beschäftigen, ein Gesicht, eine Farbe oder eine Form geben. Die Gruppe gibt ihnen die Gelegenheit, ihr künstlerisches Werk weiterzuführen, sich mit anderen darüber auszutauschen und außerdem ihre Produktionen in wechselnden Ausstellungen einem interessierten Publikum zu präsentieren.

Ausführlichere Informationen finden Sie unter:

[www.lichtblick-newsletter.de/vis-hbg.html](http://www.lichtblick-newsletter.de/vis-hbg.html) oder im neuen KiK - Kunstkatalog. Dieser kann über die Homepage angefordert werden.

## Layout und Cover-Gestaltung:

## Johanna Elo-Schäfer

Das Layout dieses Bandes wurde von Johanna Elo-Schäfer gestaltet. Sie hat ein betriebswirtschaftliches und ein politikwissenschaftliches Studium absolviert. Zu ihren früheren Aufgaben gehörten u.a. Layout und redaktionelle Betreuung von Lerneinheiten in PolitikON, einem Internet-Portal der Deutschen Vereinigung für Politische Wissenschaft.