

## **Das “Migrantenfreundliche Krankenhaus”: Erfahrungen und Ergebnisse aus einem Europäischen Projekt**

Ursula Karl-Trummer, Karl Krajic, Sonja Novak-Zezula, Jürgen M. Pelikan  
Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie  
Rooseveltplatz 2/4, 1090 Wien  
Tel.: 00 43 1 42 77 / 4 82 96      E-Mail: Uschi.trummer@univie.ac.at

### **Migration und Gesundheit**

Der “International Migration Report 2002” der Vereinten Nationen weist aus, dass sich weltweit die Zahl von Migrantinnen seit 1975 mehr als verdoppelt hat. Migrationsbewegungen nehmen zu, wobei Migrationshintergrund ebenso wie MigrantInnengruppen zunehmend heterogen werden. Soziale Veränderungen in europäischen Gesellschaften, wie demographische Trends und die Erweiterung der Europäischen Union, machen kulturelle Vielfalt auch in Europa zu einem aktuellen Thema.

Epidemiologische Daten geben klare Hinweise, dass Gesundheit und Migration bzw. Minderheitenstatus stark zusammen hängen: Bereits Migration selbst wird als Gesundheitsrisiko beschrieben (Weiss, R. 2003). Dazu kommen kulturelle Unterschiede, Sprachbarrieren, Minoritätsstatus, schwierige sozioökonomische Bedingungen. All dies hat oftmals negative Konsequenzen für den Zugang, die Nutzung, sowie die Qualität von Gesundheitsversorgung (Chimienti, Cattacin et al. 2001). Studien zeigen, dass bei Zugehörigkeit zu einer Migranten / Minderheitengruppe die Wahrscheinlichkeit, adäquat versorgt zu werden, sinkt (Frazier et al., 1996, Bach, P. B., L. D. Cramer, J. L. Warren and C. B. Begg, 1999, für Krebspatienten, Canto et al. 1998 für Kardiovaskuläre Krankheiten, Oomen, J. and L. Owen 1999, Tocher, T. M. and E. Larson 1998 für Diabetes). Das betrifft sowohl die Diagnoseerstellung sowie die Behandlung. Auch im Bereich Prävention zeigt sich eine Fehlversorgung von MigrantInnen (Woloshin, S., L. M. Schwartz, S. J. Katz and H. G. Welch 1997), ebenso wie in der Mutter- Kind-Versorgung: Schwangere treten später in die Betreuung ein (Gissler, Geraedts et al. 1998) und haben ein höheres Risiko der Unterversorgung. Neugeborene haben eine niedrigere Wahrscheinlichkeit, die empfohlenen Impfungen in den ersten Lebensjahren zu erhalten (Center for Disease Control (CDC), 1997).

### **Wachsende Herausforderungen für Krankenhäuser**

Die zunehmende kulturelle Vielfalt stellt Gesundheitssysteme und Dienstleister im Gesundheitswesen vor neue Herausforderungen. Die öffentlichen Gesundheitssysteme und Gesundheitsorganisationen müssen auf ein zunehmend kulturell verschiedenartiges Klientel und auf die spezifische soziale Schwäche von MigrantInnen und ethnischen Minderheiten eingehen. <sup>3</sup>

Krankenhäuser übernehmen einen wichtigen Versorgungsauftrag und sind aufgrund des niederschweligen Zugangs meist erste Anlaufstelle insbesondere für Personen, die mit dem Gesund-

---

<sup>3</sup> In Hinblick auf kulturelle Vielfalt stellen MigrantInnen und ethnische Minoritäten eine besondere Gruppe dar, da es in ihrem Fall sowohl um ethnokulturelle Differenzen und Sprachbarrieren geht. Im folgenden werden gebräuchliche Begriffe wie „kultursensibel“, ethnokulturell“ und „migrantenfrendlich“ synonym verwendet.

heitssystem weniger vertraut sind oder für sozioökonomisch benachteiligte Gruppen. Tatsächlich ist eine Zunahme eines kulturell und sprachlich heterogenen Klientels beobachtbar, dessen Versorgung Krankenhäuser vor spezifische Herausforderungen stellt, denen sie nur beschränkt gewachsen sind. (Binder-Fritz, C. 1997). Gleichzeitig werden auch MitarbeiterInnen in Krankenhäusern kulturell heterogener: eine Zunahme von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund ist beobachtbar

Dienstleister im Gesundheitswesen sind oft ungenügend darauf vorbereitet, mit ethnokultureller Verschiedenartigkeit umzugehen, sowohl was ihre PatientInnen als auch ihre MitarbeiterInnen betrifft. Zur qualitätsvollen Weiterentwicklung ihrer Dienstleistung werden sie mit folgenden Fragen konfrontiert:

- Wie können Krankenhäuser auf unterschiedliche Sprachkompetenz, Gesundheitsbildungsniveaus, Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, Erwartungen an Gesundheitsdienstleistungen und auf spezifische Gesundheitsprobleme von Patienten aus unterschiedlichen Ethnien und kulturellen Hintergründen reagieren?
- Wie können sie ihre MitarbeiterInnen dabei unterstützen, notwendige Fähigkeiten zum Nutzen aller Patienten und der Organisation zu entwickeln und anzuwenden?
- Wie können sie die eigene ethnokulturelle Vielfalt ihrer MitarbeiterInnen beachten, konstruktiv integrieren und nutzen?

## **Ansätze und Modelle zur Entwicklung kultursensibler Betreuung**

### ***Aufbau ethnokultureller Kompetenz bei MitarbeiterInnen***

Allgemeine Modelle zum Aufbau ethnokultureller Kompetenz von MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen im Krankenhaus werden in den USA seit den 80er Jahren diskutiert und als wichtige professionelle Kompetenz gesehen. (Canales 2000; Randall-David 1997). Um MitarbeiterInnen dabei zu unterstützen, ethnokulturelle Kompetenzen aufzubauen, sind Trainings - und Weiterbildungsmaßnahmen notwendig. (Welch 1999; Kai & Spencer 1999). Mittlerweile liegen Modelle guter Praxis für die Schulung und Unterstützung von MitarbeiterInnen in Krankenhäusern ebenso vor wie für den niedergelassenen Bereich oder für den Umgang mit spezifischen Zielgruppen, z.B. in der Versorgung von HIV/AIDS – PatientInnen (Culhane-Pera, K. & Reif, C. 1998, Carrillo et al. 1999, O'Connor 1996).

### ***Abbau von Sprachbarrieren***

Studien haben gezeigt, dass Sprachbarrieren in der Profi-PatientInnen-Kommunikation das größte Hindernis für die effektive Gesundheitsversorgung von MigrantInnen und ethnischen Minderheiten darstellen. Sie haben negative Auswirkungen auf den Zugang zum Gesundheitssystem, die Qualität der Behandlung, die PatientInnenzufriedenheit und den Behandlungserfolg. (Bischoff 2003, Waxman & Lewitt 2000, Brown et al. 1999; Cleeland et al. 1997, Sarver & Baker 2000). Dementsprechend erweisen sich Strategien, die zur Überwindung der Sprachbarrieren beitragen, als effektiv in Hinblick auf die Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung und den Behandlungserfolg für MigrantInnen. (z.B. Bensing 1991; Tocher & Larson, 1998). Evaluationsstudien belegen, dass die erfolgreichste Strategie zur Bewältigung von Sprachproblemen dabei der systematische Einsatz professioneller medizinischer Dolmetschdienste ist. (z.B. Jacobs et al., 2001).

### ***Empowerment von MigrantInnen***

Ansätze des Empowerments und der Gesundheitsförderung zielen neben der Entwicklung von Settings und Organisationen auch auf die Entwicklung von gesundheitsbezogenem Wissen und Problemlösungskompetenz bei den Betroffenen ab. Die WHO weist insbesondere für die Mutter-Kind-Versorgung auf die Notwendigkeit des Aufbaus von individuellen Kompetenzen durch Information und Schulungen hin (World Health Organization 2003). Für die Zielgruppe der MigrantInnen muss bei der Entwicklung von Schulungen und Informationsmaterialien besonderes Augenmerk auf deren spezifische Bedürfnisse und kulturelle Besonderheiten geachtet werden. (Chachkes/Christ 1996; Gany/Thiel de Bocanegra 1996)

Wissen darüber, wie kultursensible Gesundheitsleistungen und Organisationen aufgebaut werden können und welche Merkmale dabei beachtet werden müssen, ist also sowohl auf theoretischer wie auch praktischer Ebene vorhanden. Allerdings ist in der Praxis auch feststellbar, dass dieses Wissen nicht systematisch genutzt wird – teils weil es nicht verfügbar ist, teils weil es keine Aufmerksamkeit bekommt, teils weil Ressourcen fehlen.

### **„Migrant-friendly Hospitals“: Eine Europäische Initiative zur Verbesserung der Gesundheit und des Gesundheitswissens von MigrantInnen und ethnischen Minderheiten durch Qualitätsverbesserung der Krankenhausdienstleistungen**

Im Rahmen des Europäischen Benchmarking-Projekts „Migrantenfreundliche Krankenhäuser“ setzten Pilotkrankenhäuser aus 12 EU-Mitgliedsstaaten mit der Unterstützung durch internationale ExpertInnen von Oktober 2002 bis Dezember 2004 eine Initiative zur Qualitätsentwicklung kultursensibler Strukturen und Leistungsprozesse im Krankenhaus.

Bei ihrer Arbeit orientierten sich die Projektgruppen der einzelnen Krankenhäuser an den Leitgedanken, die im europäischen Gesamtprojekt MFH formuliert wurden:

1. Wertschätzung der kulturellen Verschiedenheit durch die Akzeptanz von Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen als gleichwertige Mitglieder der Gesellschaft.
2. Anerkennung der Bedürfnisse von Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen, Monitoring und Weiterentwicklung von Gesundheitsdienstleistungen, um auf diese unterschiedlichen Bedürfnisse reagieren zu können.
3. kompensatorische Maßnahmen zum Ausgleich von Nachteilen, die durch ethno-kulturelle Diversität entstehen.

Zu Projektbeginn wurde in den Krankenhäusern ein Needs Assessment durchgeführt, das aus der Perspektive von PatientInnen, MitarbeiterInnen und Management Problembereiche und Lösungsbedarf erhob. Parallel dazu wurde eine Literaturreview erstellt, die vorhandene erfolgreiche Modelle zur Gestaltung von kultursensiblen Krankenhausleistungen sammelte, um die international verfügbaren Erfahrungen nutzen zu können.

Die Entwicklung des Krankenhauses hin zu einer „migrantInnenfreundlichen Organisation“ wurde mit einem Assessment der Organisations- und Leistungsstruktur begonnen. Dafür wurde ein Assessment - Instrument, der MFQQ (Migrant Friendly Quality Questionnaire) entwickelt und zwei mal (2003, 2004) eingesetzt. Der MFQQ erhebt kultursensible Strukturmerkmale, z.B.

Dolmetschdienste, fremdsprachiges Informationsmaterial, Vorrichtungen für die Ausübung verschiedener religiöser Praktiken, sowie Elemente eines unterstützenden Qualitätssicherungssystems, z.B. die Verankerung der Wichtigkeit kultursensibler Leistungen in Leitsätzen der Organisation, gewidmete Budgets, Programme zur MitarbeiterInnenunterstützung und –schulung. Auf der Basis der Ergebnisse des Needs Assessments und dem ersten Assessment der Organisations- und Leistungsstruktur wählten die Pilotkrankenhäusern insgesamt 3 spezifische Maßnahmenbereiche aus:

1. Die Entwicklung von professionellen Dolmetschangeboten im Krankenhaus für eine verbesserte klinische Kommunikation mit fremdsprachigen PatientInnen: In 9 Krankenhäusern wurden Dolmetschservices eingerichtet bzw. ausgebaut und auf ihre Effektivität mit PatientInnen- und MitarbeiterInnenbefragungen geprüft.
2. Die Entwicklung von migrantinnenfreundlicher Information und Schulung für schwangere Frauen: 6 Krankenhäuser entwickelten kultursensible Schwangerenkurse bzw. erarbeiteten spezifisches, sprachlich und kulturell sensibles Informationsmaterial. Die Effektivität der Kurse bzw. Informationsmaterialien wurde mit Befragungen der Kursteilnehmerinnen und der beteiligten MitarbeiterInnen des Krankenhauses evaluiert.
3. Die Einführung von Training in interkultureller Kompetenz für das Krankenhauspersonal: 7 Krankenhäuser implementierten Trainingseinheiten und evaluierten die Akzeptanz und den subjektiv empfundenen Kompetenzaufbau bei den teilnehmenden MitarbeiterInnen.

## **Projektergebnisse**

Im Dezember 2004 präsentierte die Projektgruppe die Ergebnisse ihrer 2 jährigen Arbeit im Rahmen einer Konferenz in Amsterdam, „Hospitals in a Culturally Diverse Europe“. Unter internationaler Beteiligung wurde in Workshops, Paper Sessions und Posterpräsentationen Resumé gezogen und diskutiert.

Zentrale Ergebnisse sind:

- Die Evaluationen in den drei Maßnahmenbereichen Dolmetschservices, Schulung und Information in der Mutter-Kind-Betreuung und Mitarbeitertrainings zeigen jeweils beachtliche Erfolge auf.
- Die Assessments zur Organisations- und Leistungsstruktur erwiesen sich als effektiver Motor für Weiterentwicklung und Agenda Setting.

Als wesentliches Ergebnis der Projekterfahrungen wurde die Amsterdam Deklaration verabschiedet, die von der Projektgruppe gemeinsam mit internationalen Organisationen und FachexpertInnen formuliert wurde. Die Amsterdam Deklaration enthält Empfehlungen für 5 wichtige Stakeholder zur Entwicklung kultursensibler Betreuung:

1. Spitalsbetreiber/Management und Qualitätsmanagement
2. KrankenhausmitarbeiterInnen/Gesundheitsberufe
3. Benutzer (aktuelle und potentielle PatientInnen, Angehörige)/ Repräsentanten von Migrantengruppen bzw. ethnischen Minderheitsgruppen
4. Gesundheitspolitik und Administration
5. Gesundheitswissenschaften

Die Amsterdam Deklaration ist als Download verfügbar unter:  
[www.mfh-eu.net/conf/results](http://www.mfh-eu.net/conf/results)

## **Projektpartner**

Zur lokalen Projektdurchführung wurden in jedem Pilotkrankenhaus Projektgruppen installiert, wobei eine „Focal Person“ die hausinterne Gesamtkoordination übernahm. In 5 Häusern (Dänemark, Spanien, Finnland, Irland, Niederlande) wurde diese zentrale Koordinationsrolle von VertreterInnen aus der Pflege geleistet, in 4 Häusern durch Ärzte (Österreich, Griechenland, Frankreich, Schweden), in 3 Häusern (Italien, England, Deutschland) durch Vertreter des Managements. Alle Projektgruppen wurden interdisziplinär mit VertreterInnen aus Pflege, Ärzteschaft und Management besetzt.

### **Die MFH- Pilotkrankenhäuser sind:**

**AT - Österreich: Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien**

**DE - Deutschland: Immanuel-Krankenhaus GmbH, Rheumaklinik Berlin-Wannsee, Berlin**

**DK- Dänemark : Kolding Hospital, Vejle-Kolding**

**EL – Griechenland : Hospital “Spiliopoulio Agia Eleni”, Athen**

**ES – Spanien : Hospital Punta de Europa, Algeciras-Cádiz**

**FI – Finnland : Turku University Hospital, Turku**

**FR – Frankreich : Hôpital Avicenne, Paris**

**IR – Irland : James Connolly Memorial Hospital, Dublin**

**IT – Italien : Presidio Ospedaliero della Provincia di Reggio Emilia, Reggio Emilia**

**NL – Niederlande : Academic Medical Center, Amsterdam**

**SV - Sweden: Uppsala University Hospital, Psychiatric Centre, Uppsala**

**UK – United Kingdom: Bradford Teaching Hospitals NHS Trust , Bradford**

Projektdesign, Gesamtprojektkoordination und Evaluation leistete das Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie ([www.univie.ac.at/lbimgs](http://www.univie.ac.at/lbimgs)).

Das Projekt wurde von einer Gruppe Internationaler ExpertInnen beraten und von Europäischen und Internationalen Organisationen unterstützt.

([http://www.mfh-eu.net/public/partners/supporting\\_partners/index.htm](http://www.mfh-eu.net/public/partners/supporting_partners/index.htm))

Das Projekt wurde mit finanzieller Unterstützung der Europäischen Kommission, DG Sanco, durchgeführt. Eine österreichische Kofinanzierung erfolgte durch das BMBWK.

## **Literatur bei den VerfasserInnen**

**Projektwebsite: [www.mfh-eu.net](http://www.mfh-eu.net)**

## **Der Prozess der interkulturellen Öffnung (IKÖ). Ein Erfahrungsbericht aus dem Immanuel- Krankenhaus Berlin Wannsee**

Beate Lieske

Qualitätsmanagementbeauftragte, Immanuel-Krankenhaus,

Klinik- und Heimbetriebsgesellschaft mbH

Rheumaklinik Berlin – Wannsee und Zentrum für Naturheilkunde, Rheumaklinik Buch,

Hospital Feierabendheim

Königstr. 63, 14109 Berlin

Tel.: 0 30 / 80 50 56 10 E-mail: b.lieske@immanuel.de

Mein Name ist Beate Lieske, ich arbeite als Qualitätsmanagement- und HPH-Beauftragte im Immanuel- Krankenhaus. Ich bekleide eine Stabstelle der Geschäftsführung und bin seit 2002 für den Prozess der IKÖ verantwortlich.

Das Immanuel – Krankenhaus Rheumaklinik Berlin Wannsee und Zentrum für Naturheilkunde ist eine Spezialklinik mit 200 Betten. Es gibt die Fachabteilungen Orthopädie/ Rheumachirurgie, Innere Medizin / Rheumatologie/ Klinische Immunologie, Stoffwechselerkrankungen /Osteologie und Naturkunde.

Die Beteiligung am EU- Projekt „Migrant friendly Hospital“ das von 2002 bis 2004 dauerte, war der Beginn für unseren Prozess der interkulturellen Öffnung. Die Zielsetzung dieses Projektes war „Die Optimierung der stationären Behandlung von Patienten mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund“ und „Die Reduzierung von Ungleichheiten der medizinischen Versorgung“. Ich möchte Ihnen zu folgenden Punkten über die Vorgehensweise und Erfahrungen in unserem Haus berichten:

1. Vision und Mission
2. Methodik
3. Mitarbeiter als Schlüssel
4. Verbindung zur Gesundheitsförderung
5. Thesen für einen erfolgreichen Prozess der IKÖ

### **1. Vision und Mission**

Die 18 Werte der Immanuel Diakonie Group (IDG) zu denen das Immanuel Krankenhaus gehört, bieten verbindliche Orientierung für die Mitarbeiter. Explizit der Wert 4:

*„Wir anerkennen und berücksichtigen bei unseren Patienten die unterschiedlichen Bedürfnisse, Werte, Weltanschauungen und Kulturen einschließlich der von Migranten und ethnische Minderheiten.“*

Die Konkretisierung und Evaluation dieses Wertes wird bei den Balanced Score Card-Perspektiven der IDG P5 „Patientenbedürfnisse beachten und dokumentieren“ und P1 „Patienten als Koproduzent seiner Gesundheit einbeziehen“ sichergestellt.

## **2. Methodik**

***Erfassen der strukturellen Qualität durch das EU- Projekt „MFH“.*** Der Fragebogen erfasste 76 Fragen zur strukturellen Qualität der Krankenhäuser. Angefangen bei den Angeboten zur Information und Kommunikation, ädaquate Ernährung und Bereitstellung von geeigneten Räumlichkeiten, Erfassung der bestehenden Leitlinien zum Umgang mit Migranten für Pflegekräfte und Ärzte bis hin zum allgemein angewandten Qualitätssystem, den Werten und Zielsetzungen des Unternehmens und die Erfassung des Budgets und der Mitarbeiter die für diesem Prozess bereitgestellt werden. Die Messung wurde zu Beginn und zum Abschluss des Projektes durchgeführt.

***Bedarfserfassung durch das EU- Projekt „MFH“.*** Um den Bedarf komplex zu erfassen wurden Interviews mit Patienten und Personal anhand von einheitlichen Leitfäden durchgeführt. Die Gespräche mit den Mitarbeitern bilden aus heutiger Sicht den Beginn der interkulturellen Öffnung, da sie durch die Fragestellungen sensibilisiert wurden und auch miteinander in Austausch getreten sind. Mitarbeiter die sich in diesem Bereich engagieren wollten wurden erkannt und mit einbezogen.

## **3. Mitarbeiter als Schlüssel**

### ***Subprojekt C „interkulturelles Kompetenztraining“.***

Die auf der EU-Ebene ermittelten Schwerpunkte im Bereich der Sprachmittlung und patientenadäquaten Schulung wurden bei uns im Rahmen der strukturellen Verbesserungen mit bearbeitet. Den Schwerpunkt bildete das interkulturelle Kompetenztraining für die Mitarbeiter. Es wurden zwei Stationen (Innere und Chirurgie) in interdisziplinärer Zusammensetzung über 4 Monate insgesamt 10 Stunden geschult. Ansatz war zum einen die Bewusstseinsbildung, die persönliche Reflexion und Sensibilisierung und zum anderen wurden Kommunikations- und Interaktionsstrategien vorgestellt und anhand von Beispielen aus dem Krankenhausalltag „durchgespielt“.

Nach dem Abschluss des Projektes im Dezember 2004 haben wir einen Qualitätszirkel gegründet, in dem geschulte und interessierte Mitarbeiter aus allen Bereichen des Krankenhauses mitarbeiten. Der Auftrag des Zirkels ist die systematische Verbesserung der Strukturqualität. Die Erfassung von hausinternen medizinisch qualifizierten Sprachmittlern, die Nutzung des Kommunikationsinstrumentes KOM-MA (ATL's in 12 Sprachen) per Intranet sowie eine Leitlinie zur interkulturellen Kommunikation sind als Kernprozesse zu benennen.

Darüber hinaus besteht eine Zusammenarbeit mit dem Diakonischen Werk. Wir sind Mitglied der Task Force MFH auf EU-Ebene und arbeiten mit in der Arbeitsgruppe „Migration und Gesundheit“, die für die Landesgesundheitskonferenz des Berliner Senates Entscheidungsvorlagen entwickelt.

## **4. Verbindung der Interkulturellen Öffnung zur Gesundheitsförderung**

### ***Patientenrechte***

Wir haben in Deutschland eine „Holkultur“, die Angebote sind vielfältig, wenn man denn die Chance hat an dem Angebot teilzuhaben.

### ***Patienteninformation***

Um eine Angleichung zu ermöglichen sind andere Informationswege/formen als bisher nötig. Im Krankenhaus bedeutet das neue zusätzliche Orientierungshilfen (z. B. Piktogramme). Auch sollte

neben den mehrsprachig vorliegenden Aufklärungsdokumenten die Beratungstätigkeit durch Sprachmittler oder auch durch Kulturmittler begleitet werden.

### ***Mitarbeiter***

Diese sensible Wahrnehmung von Bedürfnissen und möglichen Missverständnissen erfordert Mitarbeiter mit erweiterter Kompetenz. Einen Wechsel der Sichtweise von Defizitorientierung zum Weg der Vielfalt.

## **5. Thesen für einen erfolgreichen Prozess der Interkulturellen Öffnung (IKÖ)**

- der ausgesprochene Wunsch der Geschäftsführung diesen Prozess zu befördern. (TOP - DOWN)
- die Bereitstellung von Mitarbeitern und Budget
- die Information der Mitarbeiter, das die Einrichtung plant sich interkulturell zu öffnen, in welchen Schritten dies erfolgen wird und was die Beweggründe hierfür sind.
- die Einbeziehung von Mitarbeitern ,die im direkten Kontakt mit den Patienten stehen, deren Sensibilisierung und Schulung in interdisziplinärer Zusammensetzung. (BOTTON – UP). Optimal ist dies abteilungsweise durchzuführen um Lösungen / Ansätze nicht an einzelne Berufsgruppen zu binden, sondern als gemeinsame Aufgabe zu implementieren.
- Die Sicht der Patienten mit Migrationshintergrund sollte besonders bei Beginn aber auch bei konkreteren Umstrukturierungen immer mit berücksichtigt werden. Eine Versorgungsstruktur zu schaffen, die keiner braucht /nutzt wäre demotivierend für alle Beteiligten.
- die Einbindung des interkulturellen Prozesses in die regulären Prozesse
  - Mitarbeiterschulung
  - Patientenorientierung
  - Prozessoptimierung (Blick auf die Schwächsten/umfassender Ansatz)

Ich hoffe ich konnte Ihnen einen kleinen Überblick über die Entwicklungen im IK geben und stehe für Fragen gerne zur Verfügung.