Active Health
Chancen bieten - Vielfalt nutzen!

Dokumentation der Fachtagung

Qualität und Innovation im Gesundheitswesen sichern – berufliche Integration von Migrant/innen fördern!

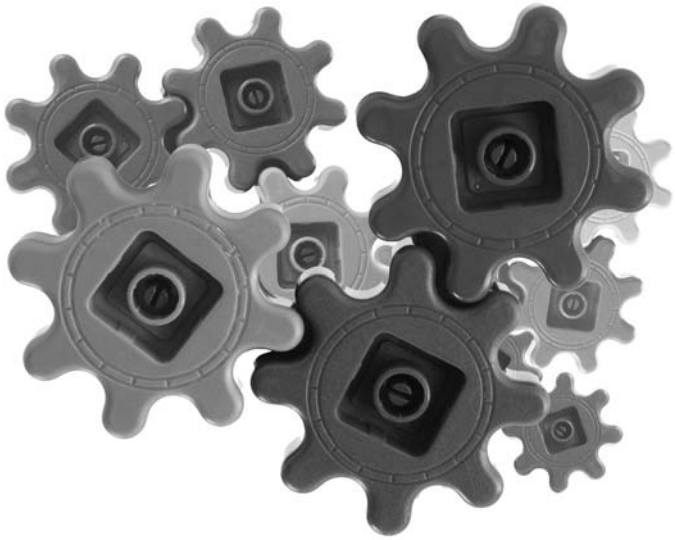
Neben den Beiträgen der Fachtagung werden erfolgreiche Ansätze vorgestellt, die einen Beitrag zur beruflichen Integration und interkulturellen Öffnung in Berlin leisten.

Dokumentation der Fachtagung

Qualität und Innovation im Gesundheitswesen sichern - berufliche Integration von Migrant/innen fördern!

7. November 2007, Rathaus Schöneberg

Im Anhang an die Beiträge der Fachtagung werden erfolgreiche Ansätze vorgestellt, die einen Beitrag zur beruflichen Integration und interkulturellen Öffnung in Berlin leisten.



Impressum

Verlag: Gesundheit Berlin e.V.
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin
Copyright © 2007 Gesundheit Berlin e.V.

Redaktion: Stefan Pospiech, Carolin Vierneisel
Satz: Artur Mattern
Umschlaggestaltung: Connye Wolff
Printed in Germany, 2007

Das Projekt Active Health wird aus dem Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung 2002-2006 finanziert.

Für den Inhalt dieser Veröffentlichung sind allein die Active Health Projektpartner/innen verantwortlich; der Inhalt kann in keiner Weise als Standpunkt der Europäischen Union angesehen werden.

Inhaltsverzeichnis

I Fachtagung:

"Qualität und Innovation im Gesundheitswesen sichern - berufliche Integration von Migrant/innen fördern!"

Grußwort: Dr. Hilde Hansen, BGZ Berliner Gesellschaft für internationale Zusamennarbeit mbH, Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin 5

Grußwort: Katrin Lompscher, Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin 7

Fachvortrag: Roland Bladh, Europäische Kommisssion, Brüssel
Maßnahmen auf EU-Ebene zur Förderung der sozialen und beruflichen Intagration 9-13

Fachvortrag: PD Dr. Matthias David, Charité Universitätsmedizin Berlin
Die medizinische Versorgung von Migrantinnen in Berlin 15-24

Gesprächsrunde I:

Wachstumspotenziale und kulturelle Vielfalt im Gesundheitswesen 25-38

Fachvortrag: Monika Wagner, Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg
Die Bedeutung interkultureller Öffnung und die Vermittlung interkultureller Kompetenz 39-41

Gesprächsrunde II:

Die berufliche Integration von Migrant/innen im Gesundheitswesen 43-52

Schlußwort: Elke Zingel-Lang, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz 53

II Erfolgreiche Ansätze guter Praxis in der Berufsinformation und interkulturellen Öffnung

Gesundheitsberufe erlebbar machen: Das Jobpatennetzwerk des Projektes Active Health 57-60

MediNet Berlin - Ausbildungsnetzwerk in der Gesundheitswirtschaft 61-64

Prozesse interkultureller Öffnung in der Altenhilfe/Pflege -
wie sich Einrichtungen der Diakonie interkulturell öffnen 65-69

Checkliste zur Interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern
und anderen Versorgungseinrichtungen, 2004 71

Checkliste "Interkulturelle Öffnung" des Kompetenzzentrums
interkulturelle Öffnung in der Altenhilfe 73-74

Chancen für die Zukunft nutzen - Der Culture Fair Test (CFT) als Einstiegschance 75-80

Grußwort

Dr. Hilde Hansen, BGZ Berliner Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit mbH und Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin

Dr. Hilde Hansen:

Sehr geehrte Frau Lompscher, sehr geehrter Herr Strauch, sehr geehrter Herr Bladh, sehr geehrte Damen und Herren, liebe Projektpartnerinnen und Projektpartner

Herzlich willkommen zu unserer Fachtagung "Qualität und Innovation im Gesundheitswesen sichern - berufliche Integration von Migrant/innen fördern". Herr Pospiech und ich begrüßen Sie im Namen der Initiatorinnen des Projekts Active Health - nämlich der BGZ Berliner Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit mbH und Gesundheit Berlin e.V. Die dritte Partnerin, die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, soll heute - vertreten durch Frau Zingel-Lang - das letzte Wort haben und Sie nach einem hoffentlich anregenden Tag mit wichtigen Erkenntnissen und vielen neuen Kontakten wieder verabschieden.
Die Sozialschutzstrategie der EU und das Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Förderung der Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten bei der Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung (2002-2006) wollen einen Beitrag dazu leisten, Armut und soziale Ausgrenzung zu bekämpfen. Für den Bereich Gesundheitsversorgung gilt die Aufmerksamkeit einem verbesserten und gleichberechtigten Zugang zu Versorgungsleistungen für alle Bürgerinnen und Bürger.
Deutschland wird zwar seitens der Kommission insgesamt eine gute Umsetzung der Sozialschutzstrategie bescheinigt, aber es wird auch festgestellt, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung nicht allen Bevölkerungsgruppen in gleicher Weise offen steht, dass es Barrieren gibt, die für allem für Migrantinnen und Migranten den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren.
Wenn dieses Problem für Deutschland generell gilt, dann gilt es für die größte Stadt Deutschlands, in der rund 600.000 Menschen mit Migrationshintergrund leben, in besonderem Maße. Auch der Masterplan "Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg 2005-2013" formuliert deshalb den gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger als wichtiges Ziel.
Das Projekt Active Health nimmt seinen Ausgang bei der Erkenntnis, dass der Zugang von Migrantinnen und Migranten zum Gesundheitssystem dort am besten ist, wo sie als Akteure einbezogen sind, wo sie selbst aktiv werden für die Verbesserung ihrer Gesundheitsversorgung. Active Health ist also kein Projekt für Migrant/innen, sondern ein Projekt mit Migrant/innen. Ziel unseres Projekts ist die Förderung des Empowerments.
Wenn man mehr Migrantinnen und Migranten in die Gesundheitsberufe bekommen will, dann muss man an zwei Seiten ansetzen: Bei den Migrant/innen, die die Berufe ergreifen und bei den Stakeholdern, die sie ausbilden und einstellen. Beide müssen sensibilisiert werden - die Migrant/innen für die Chancen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen, die Stakeholder für die spezifischen Kompetenzen von Migrant/innen, die eine Bereicherung sein können für das Gesundheitssystem unserer Stadt. Active Health hat maßgeschneiderte Aktionen für beide Zielgruppen entwickelt.

Stefan Pospiech:
Vielen Dank Frau Dr. Hansen. Auch ich möchte Sie alle herzlich im Namen von Gesundheit Berlin auf dieser Fachtagung begrüßen. Die Vorträge und Gesprächsrunden dieser Fachtagung spiegeln sehr gut wider, an welchen Themen wir mit den vielen Akteur/innen arbeiten, die mit großem Engagement das Projekt unterstützen.
Am Anfang des Projektes standen wir vor der Aufgabe, ein Netzwerk zu bilden, um gemeinsame Strategien zu entwickeln und Aktionen zu planen. Elementar in diesem Austausch war von Anfang an die Einbeziehung von Migrantenorganisationen. Hier liegt die gebündelte Erfahrung mit den spezifischen Kulturen, den Lebensgewohnheiten und den Zugangsmöglichkeiten zu den vielfältigen kulturellen Gemeinschaften in Berlin.
Auf verschiedenen Netzwerktreffen wurde der Wissenstransfer organisiert und die Barrieren identifiziert, die einer beruflichen Integration von Jugendlichen mit Migrationshintergrund entgegenstehen sowie Wege zur Überwindung dieser vorgestellt.
Das Projekt berührt dabei ein breites Spektrum an Akteuren. Es verknüpft den Bereich der Gesundheitsversorgung mit dem Bereich Bildung und Beschäftigung. Durch den strategischen Beirat des Projektes, den ich Ihnen kurz vorstellen möchte, war eine ressortübergreifende Anbindung des Projektes gewährleistet:
Durch die Vertretung von zwei Senatsverwaltungen, der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz sowie der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Frauen ist die Anbindung

des Projektes an bestehende Programme und die Übermittlung der Ergebnisse in den politischen Prozess sichergestellt. Der Beauftragte des Landes Berlin für Integration und Migration sorgt für die Verbindung des Projektes mit dem Integrationskonzept des Landes, die Senatskanzlei kümmert sich um die transnationale Übermittlung der Ergebnisse und wird auf nationaler Ebene durch das Bundesministerium für Gesundheit bei der Übertragung in andere Regionen Deutschlands flankiert.
Mit der Beteiligung von Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH und der LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Berlin gelangen die Ergebnisse dorthin, wo die Versorgung von Migrant/innen konkret passiert.
Die Berliner Migrant/innen werden durch den Migrationsrat Berlin-Brandenburg in dem Beirat vertreten, um die Anbindung an die kulturellen Gemeinschaften in Berlin zu gewährleisten.
Hinzu kommt mit SIGRA aus Amsterdam ein transnationaler Partner aus einer Stadt, die über viel Erfahrung bei der Integration von Arbeitskräften mit Migrationshintergrund im Gesundheitsbereich verfügt.
Es ist darüber hinaus gelungen, mit vielen weiteren Vertreter/innen von Institutionen in den Dialog zu treten und Aktionen durchzuführen. Mit diesen Akteuren haben regelmäßige Treffen und Gespräche stattgefunden, um gemeinsame Strategien zu entwickeln. Auf begleitenden Seminaren wurde konkret die Situation von Migrant/innen in Gesundheitsberufen beleuchtet und hinterfragt, warum im Verhältnis zur Bevölkerungsstruktur in Berlin so wenig Migrant/innen in den Gesundheitsberufen tätig sind. Es wurde erörtert, wie der Schritt in die Ausbildung, z.B. durch erweiterte Profilingverfahren, erleichtert werden kann.
Gleichzeitig ging es um die Sensibilisierung, Vielfalt zu fördern und interkulturelle Kompetenzen zu entwickeln, um auf diesem Weg die interkulturelle Öffnung zu unterstützen.
Auf einer großen Open Space Veranstaltung im Juni haben wir diese Ergebnisse schließlich zusammengeführt und die Grundlage für die Informationskampagne gelegt, die die zweite Hälfte des Projektes prägt.

Dr. Hilde Hansen:
Das zweite Bündel von Maßnahmen richtet sich an die Zielgruppe Migrantinnen und Migranten. Wir haben festgestellt, dass sie oft zu wenig wissen über Berufe im Gesundheitswesen und wir haben uns überlegt, wie man das ändern kann.

Stefan Pospiech:
Auf einem Treffen am 6. September 2007 bei Gesundheit Berlin kamen über 25 Auszubildende und Professionelle mit Migrationshintergrund aus verschiedenen Gesundheitsberufen zusammen, die wir über die Netzwerkpartner/innen angesprochen hatten. Alle waren hoch motiviert, Ihre Erfahrungen aus der Ausbildung und dem Beruf an Jugendliche weiterzugeben.
Dies geschieht in Realschulen, die einen hohen Anteil an Migrant/innen aufweisen, und an denen gemeinsam mit den Jobpat/innen Berufsinformationsveranstaltungen durchgeführt werden. Die authentische direkte Ansprache durch die Jobpat/innen stößt auf großes Interesse bei den Schüler/innen. Auch die Eltern wurden durch Treffen in Migranteneinrichtungen eingebunden, da ihnen bei der Berufswahl der Jugendlichen oft eine große Bedeutung zukommt.
Parallel dazu wurden mit den Jobpaten Materialien entwickelt, die auf die Gesundheitsberufe aufmerksam machen. Ergebnis davon sind die Flyer und Poster, die auf die Webseite www.gesunde-perspektive.de aufmerksam machen.
Hier finden die Jugendlichen in Kürze Informationen über verschiedene Gesundheitsberufe. Um sprachliche Barrieren zu überwinden, werden die Berufsprofile auch in arabisch, türkisch, russisch und serbokroatisch vorgestellt. Die Poster und Flyer werden kostenlos an Schulen, Naschbarschaftshäuser und Jugendtreffpunkte abgegeben. Den Schüler/innen und Eltern können so die Gesundheitsberufe als lebendige, anspruchsvolle und abwechslungsreiche Berufe vorgestellt werden.

Dr. Hilde Hansen:
Auch wenn wir unser Projekt nur in Umrissen haben vorstellen können, hoffen wir, dass Sie neugierig geworden sind auf die Konferenz und auf Active Health. Bevor ich an die Senatorin übergebe, möchte ich mich im Namen der BGZ herzlich bedanken bei dem Kernteam, das bei Active Health in dieser Form zum ersten - aber hoffentlich nicht zum letzten Mal zusammengearbeitet hat, bei den vielen ehrenamtlichen Unterstützern des Projekts und natürlich bei der Europäischen Kommission für die Förderung von Sensibilisierungsmaßnahmen zur sozialen Eingliederung und zum Sozialschutz im Rahmen des Aktionsprogramms zur Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung.

Vielen Dank.

Grußwort

Katrin Lompscher, Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin

Guten Morgen, meine Damen und Herren, sehr geehrte Frau Hansen, sehr geehrter Herr Pospiech, sehr geehrte Frau Gold,

Ihnen ist es in Ihrer kleinen Ansprache durchaus gelungen, mich zumindest in Kürze mit den Inhalten Ihres Projektes vertraut zu machen und durchaus auch meine Neugierde zu wecken. Insofern hoffe ich, dass Sie eine erfolgreiche Veranstaltung haben, die zudem sehr ordentlich dokumentiert werden wird, so dass man es auch nachlesen kann.
Ich freue mich natürlich, dass ich Sie bei dieser Fachkonferenz begrüßen darf, an der nicht nur meine Senatsverwaltung als Projektpartnerin beteiligt ist, sondern in der es um eine wichtige gesundheitspolitische Forderung geht. Der Landesbeirat für Integrations- und Migrationsfragen, in dem wir auch durch den Staatssekretär vertreten sind, hat bereits konstatiert - und das ist auch nicht besonders überraschend, dass ein wesentlicher Aspekt der interkulturellen Öffnung von Einrichtungen des Gesundheitswesens darin besteht, dass Fachkräfte mit Migrationshintergrund in allen Bereichen und auf allen Ebenen - möglichst entsprechend ihres Anteils an der Bevölkerung - vorhanden sind. Wir wissen, dass wir noch einen sehr weiten Weg vor uns haben, um dieses Ziel zu erreichen. Deshalb finde ich es sehr verdienstvoll, sich im Rahmen eines solchen Projektes speziell diesem Thema zu widmen. Das Projekt hat zwar nur eine einjährige Laufzeit und wird dieses Jahr zu Ende gehen, aber - und das haben Sie hier kurz angedeutet - es sind daraus schon viel versprechende Ansätze entstanden. Offenbar hat es auch bei Jugendlichen, Ausbildungseinrichtungen und Schulen großen Anklang gefunden, so dass man von einer nachhaltigen Wirkung tatsächlich ausgehen kann.

Das Gesundheitswesen muss sich darauf einstellen, dass Menschen aus anderen Kulturen andere Bedarfe haben und auch bedarfsgerecht versorgt werden wollen. Vor allem in Berlin gibt es inzwischen ein wachsendes Verständnis und eine Vielzahl von erfolgreichen Initiativen. Es ist allerdings auch zu konstatieren, dass man zu oft nebeneinander her arbeitet und die Breitenwirkung zu Wünschen übrig lässt. Ich möchte darauf hinweisen, dass auch die Landesgesundheitskonferenz bei ihrem Beschluss im Juni das Thema Gesundheit und Migration in den Fokus genommen hat, so dass ich davon ausgehe, dass das Feld gut bereitet ist und es jetzt darauf ankommt, die Erfolg versprechenden Praxisansätze tatsächlich zu verankern. Gesundheitspolitische Zielstellung muss hierbei das mainstreaming sein. Das heißt, alle Einrichtungen und ihre Beschäftigten müssen dafür sensibilisiert sein, dass Prävention, Behandlung und Pflege kulturabhängig sind - und nicht nur sein können, sondern sind. Verhaltensweisen, Symptombeschreibungen, Wünsche von Patient/innen und Klient/innen müssen in ihrem kulturellen Zusammenhang gesehen werden. Natürlich kann nicht jeder oder jede Beschäftigte/r die erforderlichen Kenntnisse haben - aber das Bewusstsein dafür muss vorhanden sein. Ebenso verhält es sich mit der Kenntnis über passende Ansprechpartner/innen. Es ist Aufgabe der Institutionen, die entsprechenden Lösungsmöglichkeiten - von Sprach- und Kulturmittler/innen bis hin zu einem adäquaten Speiseangebot - bereitzuhalten. Der Handlungserfolg ist immer auch vom gegenseitigen Verständnis und von der Qualität der Kommunikation zwischen Therapeut/innen und Patient/innen abhängig. Therapeutinnen und Therapeuten mit interkulturellen Kompetenzen und einem vertieften Verständnis für den spezifischen kulturellen Hintergrund der Patient/innen sind daher von besonderer Bedeutung in einer Stadt mit hohem Migrant/innenanteil wie Berlin. Auch die Einbeziehung der Familie und des sozialen Umfeldes ist häufig mitentscheidend für den Therapieerfolg. Mitarbeiter/innen mit Kenntnis des kulturellen Hintergrundes von Patientinnen und Patienten können hemmende und stützende Faktoren im sozialen Umfeld vermutlich viel besser einschätzen und auch beeinflussen. Sie sind daher notwendig in diesen multiprofessionellen Teams, die im Gesundheitswesen immer mehr Realität werden.

Es ist bereits gesagt worden, dass der Schwerpunkt dieses Projektes "Active Health" darin liegt, Berliner/innen mit Migrationshintergrund für die Ausbildung und die Tätigkeit in qualifizierten Berufen des Gesundheitswesens zu gewinnen. Ich will nicht verhehlen, dass wir bereits mit der Ausbildungsfähigkeit vieler Jugendliche ein Einstiegsproblem haben - und das übrigens nicht nur bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Daher ist es richtig, dass das Projekt schon mit der Schule anfängt. Ich finde das sehr gut, weil es möglicherweise die Motivation erhöht, die eigenen Ausbildungschancen zu verbessern, wenn man in einem Bereich eine Perspektive sieht. Die Erhöhung des Anteils von Migrantinnen und Migranten in den Gesundheitsberufen ist natürlich von

erheblicher gesellschaftlicher Relevanz: sie schafft Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe; es handelt sich um qualifizierte Berufe, die gute Zukunftschancen bergen; und es ist ein Zeichen, dass das Gesundheitswesen für alle Bevölkerungsgruppen offen ist. Angesichts des vorhersehbaren Fachkräftemangels ist es auch richtig und notwendig, dass wir unsere eigenen Ressourcen heben - und unsere eigenen Ressourcen sind nun einmal unsere Menschen. Bei einem Anteil von 600.000 Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin, sollten wir auf keinen Fall an diesem großen Potenzial vorbeigehen. Wichtig dabei ist auch, dass man auf diesem Wege schon in der Ausbildung einen Austausch zwischen Auszubildenden unterschiedlicher Kulturen anregen kann.

Ich freue mich daher, dass dieses Projekt einen Beitrag dazu leisten wird, auf Ausbildungsstätten insgesamt zu wirken und einen Appell an sie zu richten, sich verstärkt für die Einstellungen von Menschen mit Migrationshintergrund zu engagieren. Es gibt bereits einige sehr engagierte Ausbildungsstätten, die diese Notwendigkeit erkannt haben und diese werden in ihrer Vorbildwirkung sicherlich für die anderen entsprechende Impulse geben.

Dabei kann bei der Ausbildung nicht unser Ziel sein, dass künftig jeder Patient, jede Patientin von Berufsangehörigen aus dem eigenen Kulturkreis behandelt oder gepflegt wird. Menschen mit bikulturellem Hintergrund sind in Berlin Normalität und darum sollte es eine Selbstverständlichkeit sein, dass sie nicht nur als Zielgruppe, sondern auch als Akteur/innen im Gesundheitswesen einen angemessenen Platz einnehmen. Als Beschäftigte sind sie dann wie alle anderen genauso für alle Patient/innen zuständig. "Nur Migrantinnen und Migranten können Migrant/innen pflegen" - das ist ausdrücklich nicht gewollt. Wenn gleich nicht ausgeschlossen werden kann, dass es Einzelfälle gibt, in denen man sehr spezielle Lösungen finden muss. Aber als Grundziel, geht es um eine Verankerung der Migrationsgesellschaft im Berufsfeld insgesamt.

Meine Senatsverwaltung hat in diesem Projekt die Verantwortung für den strategischen Beirat übernommen, der das Projekt inhaltlich begleitet hat. Die wichtige Aufgabe des strategischen Beirates wird es sein, als Konsequenz aus den Projektergebnissen politische Empfehlungen zu formulieren. Ich habe sowohl auf den Beschluss der Landesgesundheitskonferenz, als auch auf die wichtige Stellung des Landesbeirates für Integrations- und Migrationsfragen bereits hingewiesen. Insofern gehe ich davon aus, dass diese Empfehlungen auch ihre Wirkungen nicht verfehlen werden und sage Ihnen zu, dass ich sie intensiv prüfen und natürlich schauen werde, was wir davon dann in die Praxis überführen können.

Ich möchte in diesem Zusammenhang auch den anderen Mitgliedern des strategischen Beirates herzlich danken. Ich weiß, dass alle beruflich stark eingebunden sind und sich trotzdem die Zeit genommen haben, sich intensiv an dem Projekt zu beteiligen. Natürlich auch Dank an die Projektträger, die BGZ Berliner Gesellschaft für Zusammenarbeit mbH und Gesundheit Berlin e.V.
Es bleibt mir, Ihnen heute einen erfolgreichen Tag zu wünschen und Sie zu bitten, meine Entschuldigung entgegenzunehmen, dass ich Sie im Laufe dieses Tages nicht werde begleiten können. Ich wünsche viel Erfolg für diese Fachtagung!

Vielen Dank!

Maßnahmen auf EU-Ebene zur Förderung der sozialen und beruflichen Integration

Roland Bladh, Europäische Kommission, Brüssel

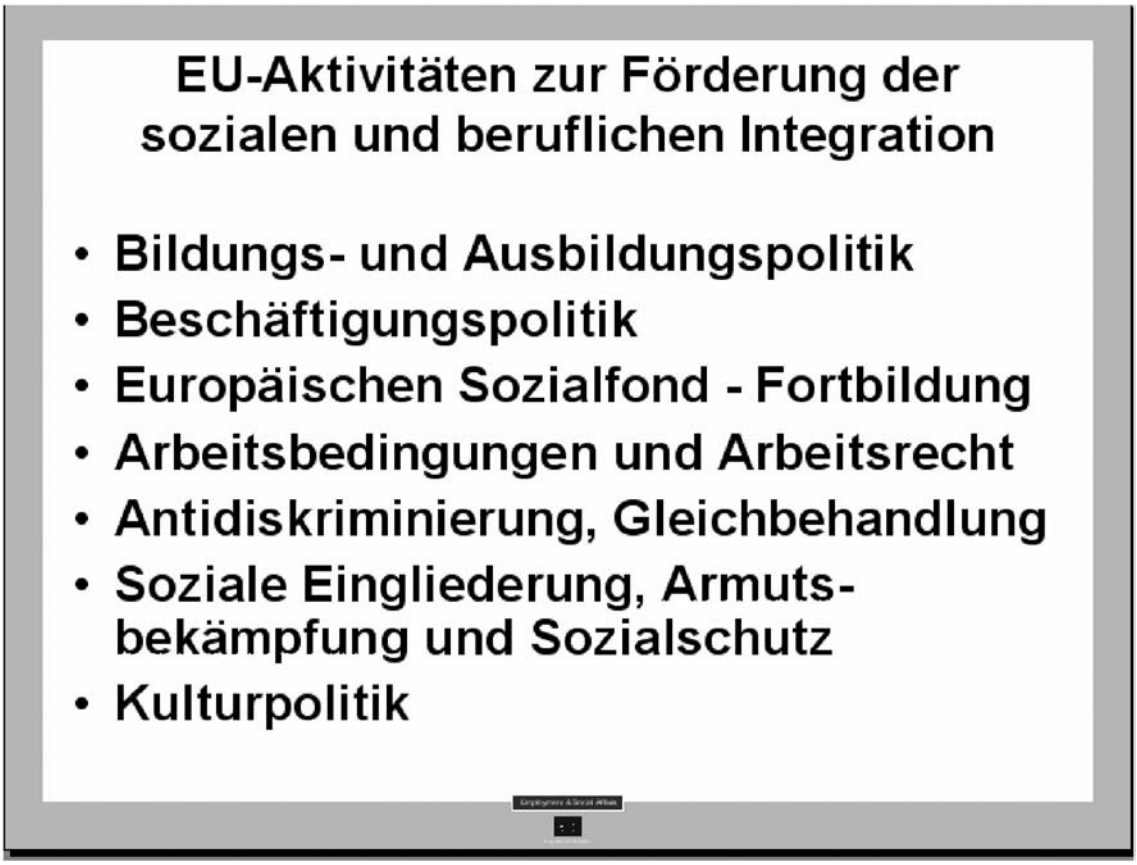
Guten Morgen!

Mein Name ist Roland Bladh, ich bin Schwede. Von 1985 bis 1993 war ich selbst als Arbeitsimmigrant in Deutschland - in Düsseldorf und Heidelberg. Seit sieben Jahren bin ich bei der Europäischen Kommission in Brüssel und beschäftige mich in meiner Arbeit mit der Sozialpolitik. Ich wurde gebeten, hier über Aktivitäten und Maßnahmen auf EU Ebene zur Förderung der sozialen und beruflichen Integration zu sprechen. Dabei verhält es sich bei der EU wie bei der Stadt Berlin und den anderen Bundesländern: Es gibt viele Bereiche und Aktivitäten, die interagieren, zusammenwirken - manches mal sich auch entgegenwirken, um die Förderung der sozialen und beruflichen Integration voranzutreiben. Ich habe versucht, eine Präsentation zusammenzustellen, die Ihnen diese Vielfalt vermitteln kann und gleichzeitig einen Anknüpfungspunkt zu Ihnen und Ihrem Projekt findet. Das wird nicht ganz einfach, aber ich hoffe, dass es uns gemeinsam gelingt.

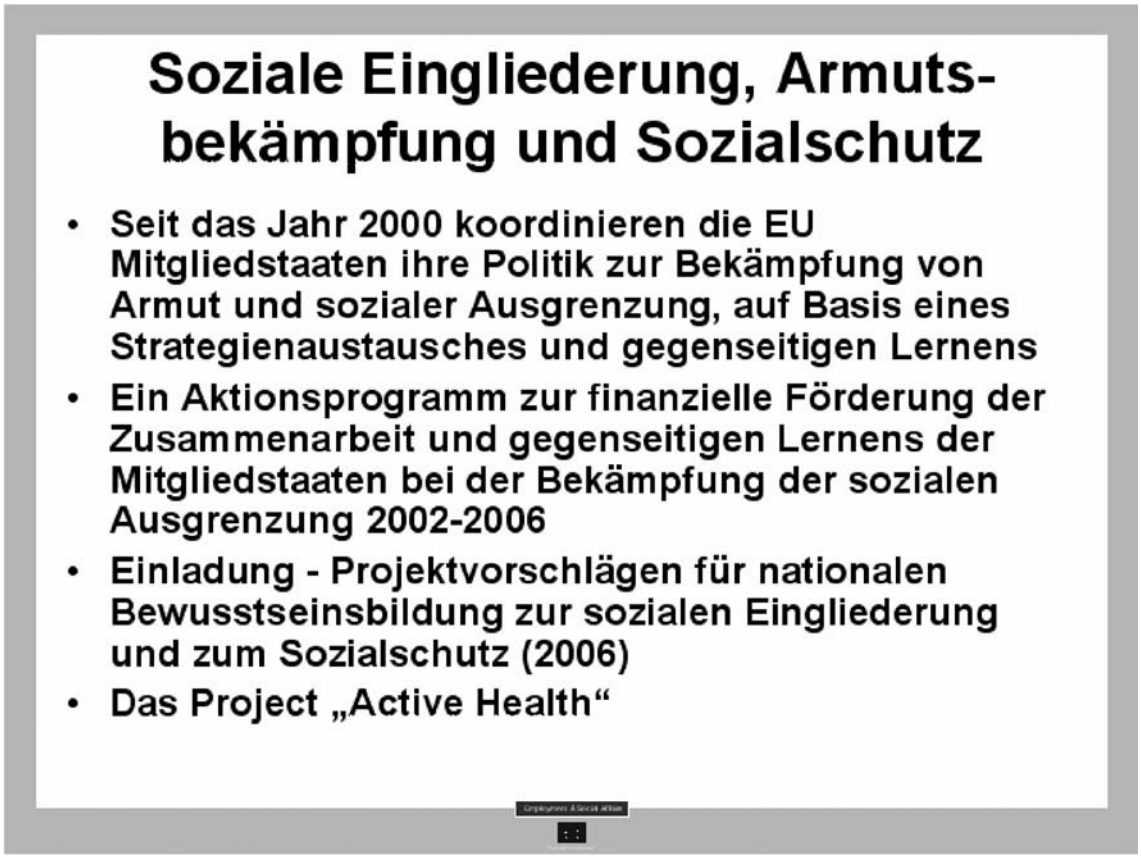
Innerhalb der EU gibt es viele Politikbereiche und Aktivitätsbereiche, die sich in diesem Feld bewegen und Einfluss nehmen. Wir unterscheiden drei Typen von Aktivitäten.

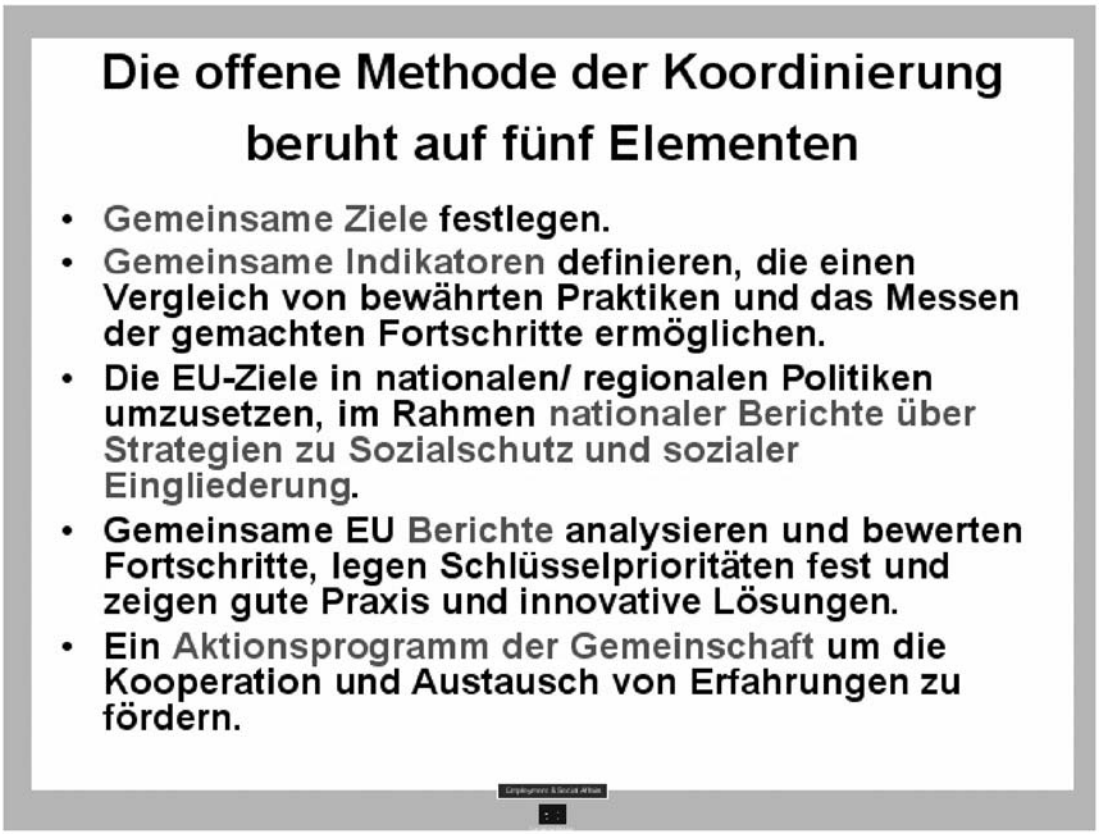
Eine Aktivität ist die Gesetzgebung. Dabei unternehmen die EU Mitgliedstaaten und das EU Parlament zusammen ein Gesetzesvorhaben. Das kann ein "festes Gesetz" sein, das heißt eine Verordnung, die sofort in allen EU Ländern gilt. Oder aber es handelt sich um eine so genannte Richtlinie, die einen Rahmen vorgibt, innerhalb dessen jedes Mitgliedsland dann seine eigene Gesetzgebung vollzieht.

Den zweiten Aktivitätsbereich bildet die politische Koordination. Es gibt Bereiche, wie die Beschäftigungs- oder Sozialpolitik, in denen weniger Gesetzgebung betrieben und stattdessen versucht wird, auf gemeinsame Ziele und Wertvorstellungen hin zu arbeiten. Hier vollziehen sich die politischen Koordinationsaktivitäten. Als Beispiel werde ich gleich intensiver auf die soziale Eingliederung bzw. Armutsbekämpfung eingehen.

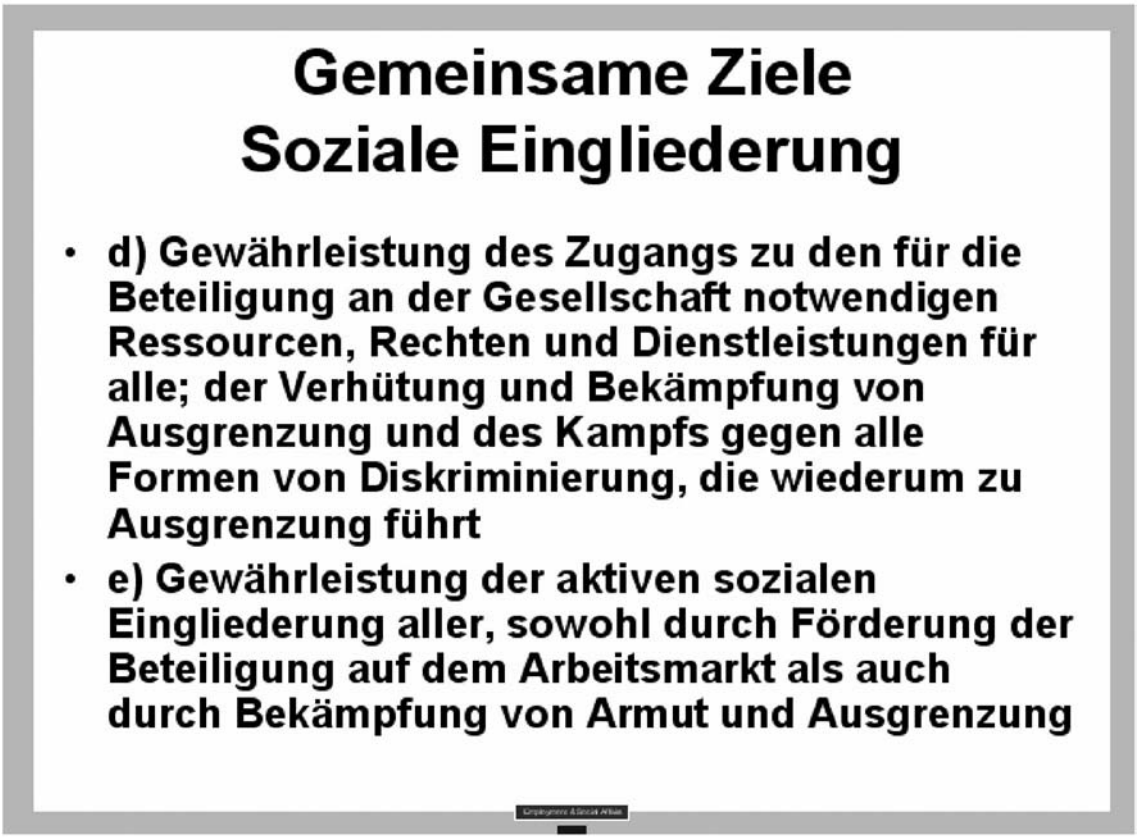


Die dritte Form der Aktivität betrifft die finanzielle Förderung verschiedener Projekte in allen Mitgliedsstaaten. Das kann um viel und es kann um weniger Geld gehen. Es gibt eine Menge Wege, verschiedene Projekte zu unterstützen, die zu den entsprechenden Gebieten arbeiten - in diesem Fall zur sozialen und beruflichen Integration.
Grundlegend für soziales Zusammenleben und soziale Integration ist die Schul- und Ausbildungspolitik. Eine gute und geeignete Schul- oder Ausbildung ist unerlässlich, um einen eigenen Platz in der Gesellschaft finden und einnehmen zu können.
Ein anderer Bereich ist der der Beschäftigungspolitik. Hier arbeitet man wiederum mittels der Koordination. Die Beschäftigungspolitik wird unterstützt durch den so genannten Europäischen Sozialfonds, eine Möglichkeit der finanziellen Förderung. Jedes Jahr werden zehn Milliarden Euro zur Verfügung gestellt für verschiedene Fortbildungs- und Weiterbildungsprojekte in den EU Mitgliedsstaaten. Deutschland stehen etwa 1,3 Milliarden Euro jedes Jahr zur Verfügung. Das Geld fließt in viele verschiedene Projekte. Unter anderem geht es auch an Projekte die zum Thema Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung von Migrant/innen arbeiten.
Die zwei Bereiche Arbeitsbedingungen und Antidiskriminierung bzw. Gleichbehandlung sind Bereiche, in denen wir mit der Gesetzgebung arbeiten. Hier wird im Parlament und mit den Mitgliedsstaaten verhandelt und versucht, gemeinsame Gesetze zu finden.
Natürlich spielt auch der Politik- und Kulturbereich eine Rolle und beeinflusst viele Prozesse. Es gibt zum Beispiel mehrere Projekte in Nordrhein-Westfalen, die durch den Europäischen Sozialfonds unterstützt wurden. Es handelte sich bei den Projekten um Maßnahmen zur Förderung der Integration von Migrant/innen in die Gesellschaft. Auf diese Weise gibt es immer Verbindungen und Interaktionen zwischen den einzelnen Aktivitäten.
Dies sollte zunächst einen groben Überblick geben. Nun möchte ich auf den Teil eingehen, an dem dieses Projekt hier anknüpft.
Dabei handelt es sich um eine Aktivität, die bereits seit sieben Jahren läuft. Im Sozialbereich gibt es seit 2000 diese Koordination der EU Mitgliedsstaaten zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung und zur Stärkung der sozialen Eingliederung. Ein Ziel dabei ist, erste Verbesserungen bei der Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung zu erreichen. Hauptarbeitsmittel sind in diesem Bereich, wie gesagt, Koordination und Austausch von Informationen und das gegenseitige Lernen von Erfahrungen und Projekten.
Im Bereich Politik-Koordination arbeitet man mit der so genannten offenen Methode der Koordinierung.
Das heißt, dass die Mitgliedsstaaten versuchen, sich auf gemeinsame Ziele in einem Bereich, wie dem der sozialen Integration, zu einigen. Die Ziele, die gemeinsam gefunden werden, sind meist sehr allgemeine Ziele.





Das liegt daran, dass sich 27 Länder einigen müssen - in Deutschland sehen wir schon deutlich die Probleme, wenn sich nur 16 Bundesländer einigen sollen. Es existieren viele Ziele zum Themenblock der sozialen Eingliederung. In den jeweiligen Zielbeschreibungen werden Sie stets viele Schlüsselwörter finden, da so möglichst viele Themen integriert werden sollen, die eine bessere Einigung ermöglichen. Dabei geht es zum Beispiel um die Gewährleistung des Zugangs für verschiedene Gruppen der Gesellschaften



zu notwendigen Ressourcen, wie Ausbildung, Behausung, Rechtslage und Dienstleistungen. Es geht aber auch um die Förderung der Beteiligung auf dem Arbeitsmarkt.

Diese Ziele werden dann von jedem Mitgliedsstaat in einem eigenen, nationalen Strategiebericht erläutert. Der Bericht beinhaltet ein länderspezifisches Konzept und beschreibt im Weiteren, welche Aktivitäten für die Umsetzung zur Verfügung stehen. So findet auf dieser Ebene ein Austausch, die Politik-Koordination zwischen den Mitgliedsstaaten statt.

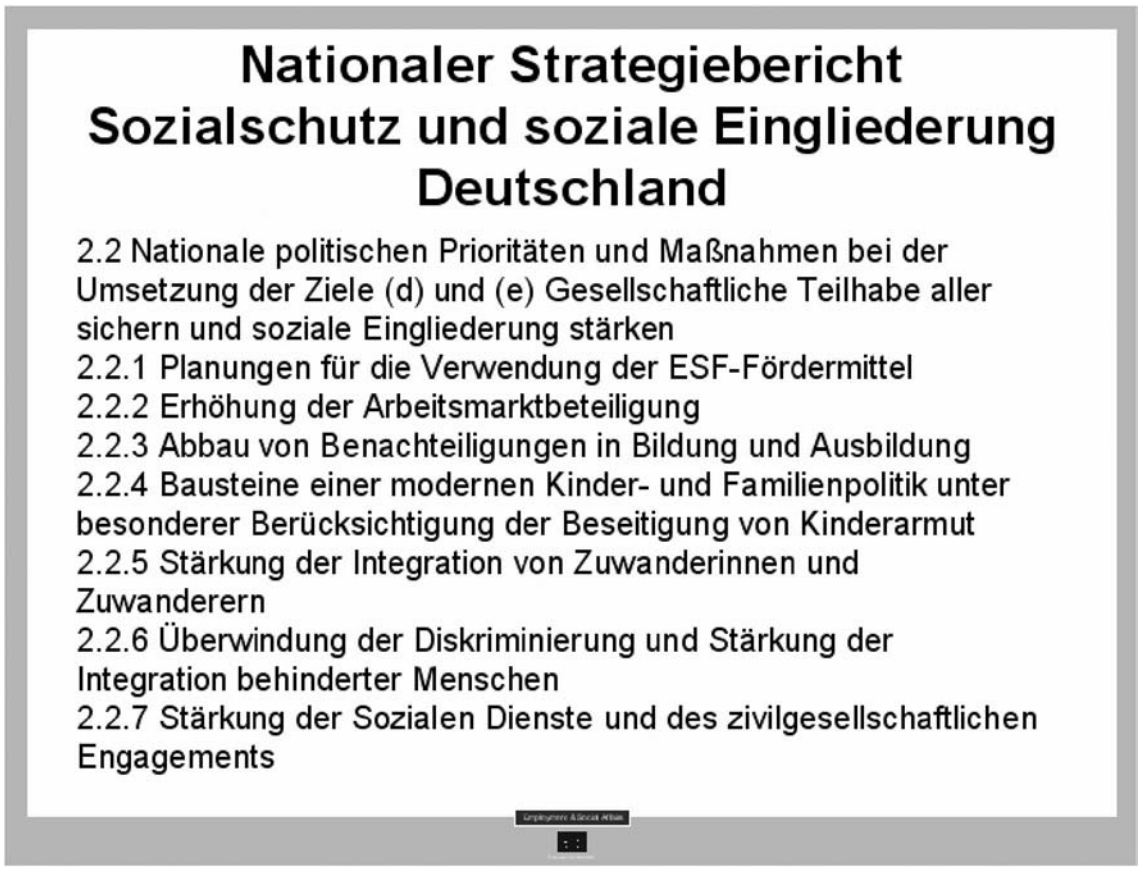
Die Bundesrepublik hat 2006 zum Thema Sozialschutz und soziale Eingliederung einen eigenen nationalen Strategiebericht verfasst. In diesem Bericht gibt es einen Abschnitt, der diese gemeinsam formulierten Ziele umfasst. Das sind die Stellen, an denen im Bericht konkrete Planungen und Aktivitäten eingebracht werden.

Zu den Punkten "Überwindung der Diskriminierung und Stärkung der Integration behinderter Menschen" und "Stärkung der Rechte von Zuwanderinnen und Zuwanderern" findet man in diesen nationalen Berichten handfestere Beschreibungen als noch bei den allgemeinen Zielen. Zusätzlich gibt es auch in den nationalen Strategieberichten eine Anlage mit Beispielen guter Praxis. Für Deutschland werden drei, vier solcher Projekte guter Praxis aufgeführt. Den deutschen Bericht finden Sie auf unserer Webseite: http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/strategy_reports_de.htm

Die oben erwähnte Politik-Koordination dient dazu, einen Austausch zwischen den Mitgliedsstaaten zu initiieren, um das Ziel einer gemeinsamen Richtung zu erreichen. Dabei geht es auch um die Frage, wie die verschiedenen Staaten auf unterschiedliche Weise Ziele realisieren und was man dabei voneinander lernen kann.

Für die Förderung der Zusammenarbeit gibt es auch finanzielle Aktionsprogramme. Zwischen 2002 und 2006 zum Beispiel lief die Umsetzung über ein Programm, dessen geförderte Projekte bis heute laufen - wie auch dieses Projekt Active Health.

Das Aktionsprogramm hatte jedes Jahr ein Budget von 15 Millionen Euro, das auf verschiedene Projekte in den Mitgliedsstaaten verteilt wurde. Diese Projekte engagierten sich im Bereich "soziale Eingliederung und Sozialschutz". Jedes Jahr finden dann so genannte "offene Aufforderungen" statt, bei denen dazu aufgefordert wird, Projektvorschläge einzureichen. Das heißt, wir geben verschiedenen Organisationen, Städten und Regionen der Mitgliedstaaten die Möglichkeit, Vorschläge einzubringen. Jedes Jahr gibt es mehrere solcher Runden, so auch 2006. In dieser Runde wurden 120 Vorschläge eingereicht. Diese Vorschläge wurden dann durch Kolleg/innen von mir evaluiert. Mit Rücksicht auf das vorhandene Budget wählten wir 18 Projekte aus, darunter ein deutsches, nämlich dieses Projekt hier.



Das ist also das Prinzip, nach dem wir Projekte in diesem Bereich fördern. Jedes Jahr laufen einige solcher Vorschlagsrunden. Mittlerweile gibt es ein neues Programm, das von 2007 bis 2013 laufen wird und im gleichen Stil ablaufen soll.
Was sind unsere Erwartungen an Ihr Projekt?
Ich habe mir aus einem Dokument das allgemeine Ziel dieses Projektes abgeschrieben, nämlich den gleichberechtigten Zugang für Migrant/innen zum Gesundheitsbereich. Ich würde vereinfachend sagen, dass es im Grunde genommen drei Ziele für uns gibt:
Einmal ist es die bessere Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege der Migrant/innen durch stärker angepasstes Personal in den jeweiligen Projektstädten - in diesem Fall in Berlin.
Zweitens geht es um Jobs, das heißt um mehr Arbeitsmöglichkeiten für Migrant/innen.
Und drittens stellt das Projekt einen Erfahrungsaustausch her - in diesem Fall mit einer anderen Stadt, Amsterdam. Zu den Erwartungen gehört ebenso, dass das Projekt weitergeführt werden kann. Das sind unsere Erwartungen bezüglich des Projektes.
Im Gesundheitsbereich und für die Altenpflege gibt es ähnliche Koordinationsaktivitäten. Hier streben wir auch danach, qualitative Pflege und Gesundheitsversorgung zu sichern. An diesem Beispiel sehen Sie, dass viele verschiedene politische Aktivitäten einen Nutzen aus Ihrem Projekt ziehen können - und nicht nur Aktivitäten der sozialen Eingliederung.
Ich hoffe, ich konnte eine Verknüpfung zwischen unserer sehr bürokratischen und Ihrer sehr konkreten Welt herstellen. Wenn Sie mehr lesen oder sich dazu anschauen wollen, finden Sie die Weblinks, meine E-mail Adresse und Telefonnummer in der Tagungsdokumentation.

Wenn Sie später noch Fragen oder Bemerkungen haben sollten, können Sie mich gerne auch persönlich ansprechen!

Vielen Dank!

Kontakt:
Roland Bladh
European Commission DG EMPL/E4
1049 Bruxelles
Belgien
+32 2 29 63 822

roland.bladh@ec.europa.eu
http://ec.europa.eu/employment_social/index_de.html
http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/index_de.htm

Die medizinische Versorgung von Migrantinnen in Berlin

PD Dr. Matthias David, Charité Universitätsmedizin, Berlin

Meine Damen und Herren, vielen Dank für die Einladung. Ich hoffe, mit meinem Vortrag Ihre Erfahrungen bestätigen zu können. Vielleicht werden Sie zum Schluss sagen, dass Sie vieles von dem, was Sie aus Ihrem Alltag kennen, bestätigt sehen. Vielleicht kann ich aber auch einiges davon durch die wissenschaftlichen Erkenntnisse unserer Studien und Erhebungen auf eine abstraktere Stufe heben. Das ist heute ein Ziel für mich, das ich gemeinsam mit Ihnen erreichen möchte.

Migration wird allgemein zwischen zwei Polen gesehen: Auf der einen Seite als Ressource und etwas Positives und auf der anderen Seite als gesundheitliches Risiko.

Sie kennen vermutlich die These des "healthy migrant effect", die besagt, dass vor allen Dingen die physisch und psychisch Gesunden auswandern. Andererseits stellt die Auswanderung selbst eine besondere Anpassungsleistung dar. Und es existiert eben auch ein besonderer Typus "des Auswanderers".

Auf der anderen Seite müssen wir feststellen - wie ich es im folgenden noch darstellen werde, dass der Migrationsprozess als Auseinandersetzung mit unserer modernen Industriegesellschaft selbst, offenbar die Menschen sehr stresst und auch ein gesundheitliches Risiko darstellt. Weiterhin finden wir auch immer wieder Defizite auf den Gebieten Sprache, Information und allgemein Kommunikation. Zudem haben wir soziale Probleme. Bei der Frage, ob es Unterschiede in den Bereichen Kultur, Ethnizität gibt, müssen wir wahrscheinlich zustimmen. Aber ob diese sich positiv oder negativ ausdrücken ist im Einzelfall - also auf das konkrete Problem oder die konkrete Krankheit bezogen - zu überprüfen. Die Prioritätensetzung der Krankenhäuser, Kliniken und Gesundheitseinrichtungen ist im Moment nicht explizit auf die Betreuung von Migrantinnen ausgerichtet, obwohl das, gerade wenn wir in Berlin sind, eigentlich eine der Hauptsäulen sein sollte. Die Motivation, sich damit auseinanderzusetzen, sollte nicht damit zusammenhängen, die Erlöse bzw. Einnahmen erhöhen zu wollen. Stattdessen sollte die Motivation für sich stehen. Das ist leider nicht der Fall und alles fokussiert sich darauf, dass die Einnahmen und die Erlöse sich stetig steigern müssen.

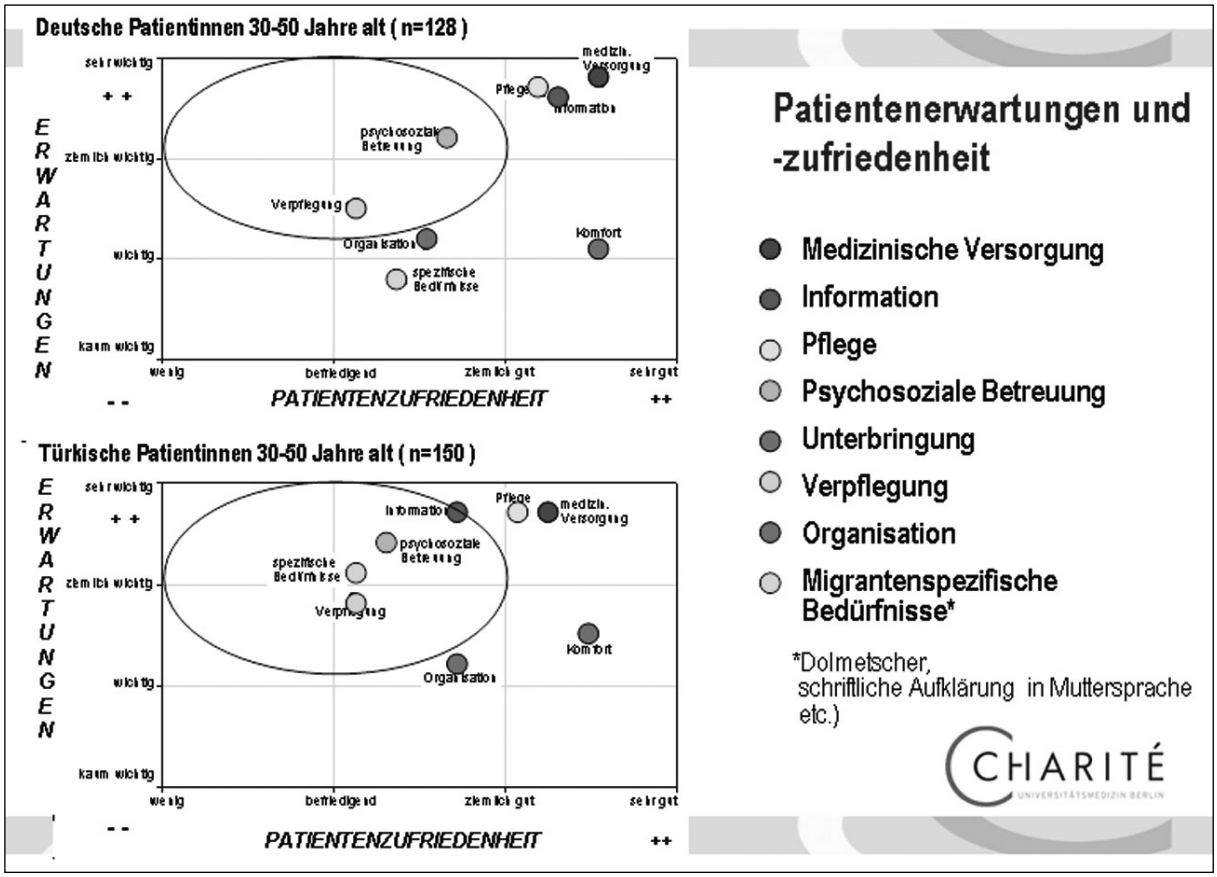
Es wird sie heute Nachmittag noch ein ausführlicher Vortrag darüber erwarten, ob Maßnahmen zur Qualitätssicherung und eine Ausrichtung auf individuelle Behandlung im Widerspruch zueinander stehen. Auf der einen Seite haben wir Qualitätsmaßnahmen, die auf die Ablaufvereinheitlichung, so genannte "clinical pathways", hinauslaufen. Demnach läuft bei einem Patient, der mit einer ganz bestimmten Krankheit in ein Krankenhaus kommt, im Prinzip ein ganz bestimmtes Diagnostik- und Therapie-Schema an und ab. Auf der anderen Seite gibt es den individuellen Patienten und die individuelle Patientin. Dabei kann der Migrationshintergrund einer Migrantin eventuell noch eine weitere individuelle Besonderheit bedeuten. Am Beispiel der Migrantin mit ihrer besonderen Individualisierung wird man bei der Frage nach dem Widerspruch auf den ersten Blick mit "Ja" antworten. Eine Lösung des Widerspruchs sollte zum einen darin liegen, dass Ärzt/innen zum einen die Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten kennen und dementsprechend mehr Migrantinnen und Migranten in die Klinik einbeziehen. Zum anderen sollte Ärzt/innen dann die Klinikabläufe diesen auch anpassen - was allerdings im seltensten Fall stattfindet.

Ein erster Schritt wäre zunächst in Erfahrung zu bringen, wie viele Migrantinnen und Migranten eigentlich an der Klinik, in der Gesundheits- oder Sozialeinrichtung behandelt oder betreut werden. Ich denke, die wenigsten - auch nicht die Vorstände bei Vivantes oder Charité - hätten diesbezüglich Prozentangaben und absoluten Zahlen parat. Ein sehr gelungener Vorschlag zur Erfassung dieser Zahlen kommt von einer Arbeitsgruppe des RKI. Dieser Arbeitsgruppe des Robert-Koch-Instituts haben unter anderem Frau Dr. Schenk, Frau Prof. Borde von der Alice-Salomon-Fachhochschule und Herr Butler aus dem Bezirksamt Mitte angehört.

Auch die Landesgesundheitskonferenz hat unter Zuarbeit einer Arbeitsgruppe einen ähnlichen Vorschlag erarbeitet. Vielleicht wird es für Krankenhäuser in der Zukunft verpflichtend sein, diesbezüglich Daten zu erheben. Meiner Meinung nach wird es nicht anders gehen, als dass man in Zukunft bei der Aufnahme zunächst den Migrationshintergrund einer Person mit aufnimmt bzw. feststellt, ob es einen gibt. Es wären fünf, ganz einfach zu stellende und nicht diskriminierende Grundfragen, mit denen man einen etwaigen Migrationshintergrund erheben kann.

Abgesehen davon sollte man unabhängig vom Migrationshintergrund auch immer wieder die Erwartungen erfassen. Das passiert bereits in vielen Krankenhäusern durch "Zufriedenheitsbögen", die von Patient/innen anonym in Klinikbriefkästen geworfen werden können. Wir haben einmal systematisch sowohl deutsche Patient/innen als auch türkeistämmige Patient/innen mit Fragebögen befragt, wie ihre Erwartungen

waren, an dem Tag, an dem sie in die Klinik aufgenommen wurden und wie die Zufriedenheit, als sie wieder gingen. Relevanz erfährt das Thema dadurch, dass die Nicht-Erfüllung hoher Erwartungen zu Unzufriedenheit und einem Frustrationsgefühl führt.
Bei unserer Befragung zeigte sich, dass insbesondere bei den Türkei-stämmigen Frauen Migrantinnen spezifische Bedürfnisse weniger gut erfüllt wurden. In diesem Fall muss es an einer Klinik der Charité noch Verbesserungen geben. Interessant ist dabei auch die Erfassung der Gedanken des Klinikpersonals zu diesem Thema. Die Ergebnisse weisen eine durchaus kritische und auch selbstkritische Beurteilung des Klinikpersonals auf: Bei fast allen Aspekten gibt das Personal an, dass es Defizite bei der Situation in der Klinik empfindet. Die Frage ist, wie man diese Defizite im Einzelfall abstellen kann, wenn manchmal nur beschränkte Möglichkeiten zur Verfügung stehen. Dies bildet eine Basis, auf Grund derer gearbeitet werden muss. Zusammengefasst meint sie das Wissen darum, wie viele Menschen mit Migrationshintergrund in der Einrichtung betreut werden, was diese erwarten und wie zufrieden sie sind, wenn sie die Einrichtung wieder verlassen. Nur so kann man kann man Verbesserungen schaffen, Zufriedenheit gewinnen und wieder zum Tagesgeschäft übergehen - oder eben das Tagesgeschäft der Situation entsprechend verändern.
Nun zu meinem eigentlichen Thema: der medizinischen Versorgung von Migrantinnen in Berlin.
Dazu kann ich nur Facetten beitragen, da es nach meiner Kenntnis keinen Berliner Gesundheitsbericht zu diesem Thema gibt und meines Wissens demnächst auch nicht geben wird. In anderen Bundesländern aber hat es zumindest in den Vorjahren etwas Vergleichbares gegeben, wie z.B. in Nordrhein-Westfalen.
Ich werde Ihnen hier daher Daten aus dem Bericht für die Bundesrepublik darstellen, die man facettenartig sicherlich auch auf Berlin übertragen kann. So werden Sie also - entsprechend Ihrer Vorstellungen und Erfahrungen auf ihrem Arbeitsgebiet - Ähnlichkeiten zur Situation in Berlin entdecken.
Zunächst einiges zur Epidemiologie: Der Mikrozensus 2005 stellt die eigentlich erste ordentliche Erhebung zum Thema Migrationshintergrund dar. Davor wurde sozusagen immer der "Passausländer" erfasst. Hier ist das zum ersten Mal anders gemacht worden. Es handelt sich zwar um die Erfassung anhand einer Stichprobe - dafür aber ist der Ansatzpunkt ein anderer: Als Grundlage dient nicht mehr nur der Pass, sondern es werden umfassendere Kriterien benutzt, um den Migrationshintergrund festzustellen.
Mehr Informationen dazu können Sie können auf der Webseite des statistischen Bundesamtes nachlesen. Es hat sich gezeigt, dass nach dieser Erfassung jeder fünfte Bürger/ jede fünfte Bürgerin der Bundesrepublik einen Migrationshintergrund hat. Wenn wir uns die Einzelauswertung für Berlin anschauen sehen wir, dass der Anteil bei insgesamt 23%, also fast einem Viertel liegt - mit einem Frauenanteil von 22%.



Bezüglich der Bevölkerungsstruktur ist es insbesondere für die frauenärztliche oder geburtshelferische Seite interessant zu sehen, dass die türkeistämmigen Migrantinnen hier - in dem für uns interessanten Bereich der potentiell "kinderbekommenden" Frauen in der Altersgruppe zwischen 15 und 45 - eine große Gruppe bilden. Das merken wir auch in den Geburtskliniken, wie im Virchow-Klinikum, wo unter den gebärenden Frauen diejenigen mit Migrationshintergrund fast 50% ausmachen.

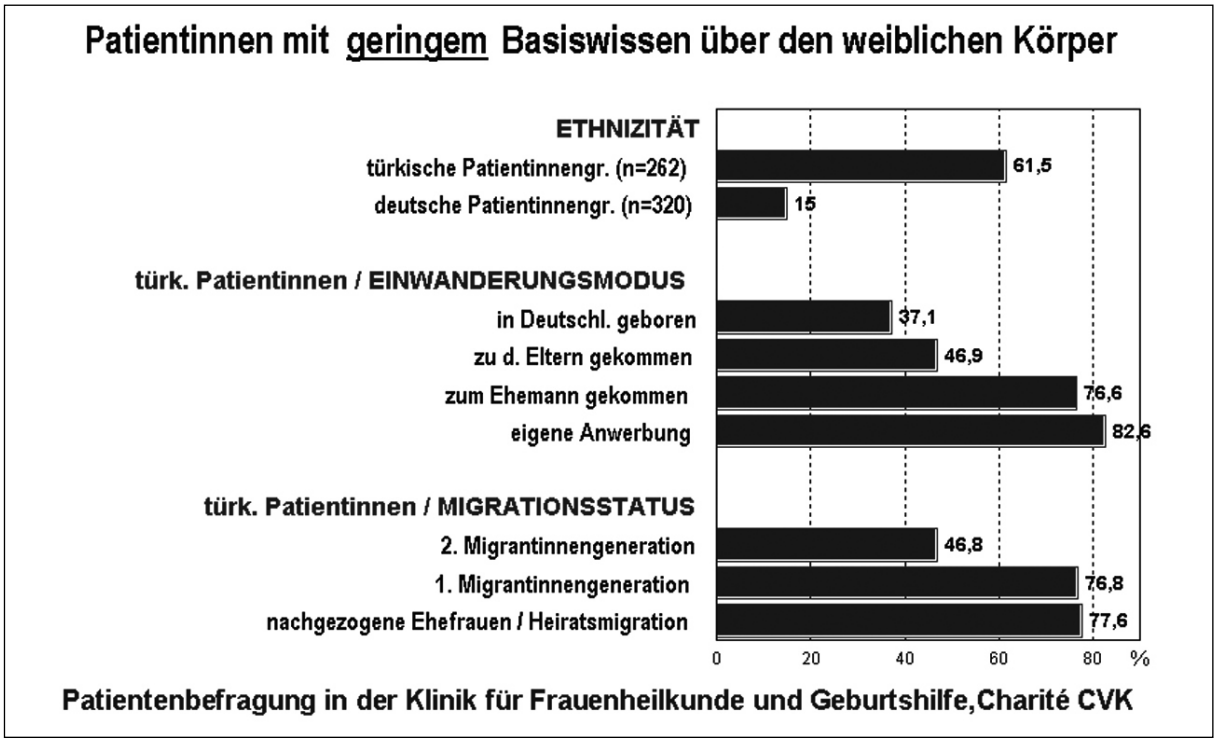
Eine sehr interessante Information zeigte sich auch in einer Befragung in hoch frequentierten Erste-Hilfe-Stellen von Vivantes (Urban Krankenhaus), in Neukölln und in Wedding in der Charité. In diese drei Notfallambulanzen kommen regelmäßig auch viele Frauen und Männer mit Migrationshintergrund. Uns interessierte unter anderem, welches die Informationsquellen zu Gesundheitsfragen der Befragten sei. Die Aussage der AOK, dass sie selbst eine Hauptinformationsquelle sei, hat sich so nicht gezeigt.

Offenbar ist es eher so, dass Ärztinnen und Ärzte, dass Medien, aber dass eben auch gerade bei den Migrant/innen nicht-türkeistämmiger Herkunft, die Familienangehörigen, die so genannte "Community" eine ganz wichtige Rolle spielen. Ohne damit eine Aussage zur Qualität dieser Information gemacht zu haben, denn das war im Einzelnen nicht abzuprüfen.

Aber auf jeden Fall man sah, dass die Familien in solchen Situationen eine ganz wichtige Rolle spielen, wenn es darum geht, ob man einen Arzt oder einer Ärztin aufsucht oder nicht und was man an Selbsthilfemaßnahmen machen kann usw. Dabei ist es bei den Aufklärungs- und Informationsgesprächen wichtig - ob nun in der Ambulanz oder auf der Station - wichtig, sich immer wieder zu vergegenwärtigen, dass bei Migrantinnen der zweiten Generation und auch zum Teil der dritten Generation, die ja auch hier zur Schule gegangen sind, das Basiswissen, zum Beispiel über den weiblichen Körper, im Verhältnis zu gleichaltrigen deutschen Frauen weiterhin schlechter ist als wir es erwarten dürfen - dies wurde auch in neueren Studien wieder bestätigt.

Wir nehmen in der Klinik Operations-Aufklärungsbögen, die in einer gewissen Sprache und auf einem gewissen Basiswissen aufbauend formuliert sind. Diese legen wir vor, wenn wir eben zum Beispiel über bevorstehende Operationen informieren. Eigentlich müssten wir verschieden formulierte Bögen verwenden, weil davon auszugehen ist, dass das Basiswissen zum Teil eben nicht oder nur zum Teil vorhanden ist.

Ich komme nun auf eine größere Studie zurück. Sie ist zwar nicht aus Berlin, aber trotzdem sehr interessant, weil sie sich einmal nicht sich mit der größten Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund sondern mit der zweitgrößten auseinandersetzt - nämlich den Aussiedler/innen aus der ehemaligen Sowjetunion. Die Aussiedler/innen wurden einmal Anfang der 2000er Jahre zu ihrer Gesundheit und ihrem Gesundheitsverhalten in einer größeren Gruppe gefragt. Sie schätzten ihre körperliche Verfassung im Vergleich zu Nicht-Aussiedler/innen, also einheimischen Deutschen als relativ schlecht ein. Diese Selbsteinschätzung war umso schlechter, je kürzer sie in Deutschland waren. Mit der Gesundheitsversorgung hier waren sie aber relativ zufrieden. Ebenfalls interessant ist, dass insgesamt gilt - und das war zusätzlich noch einmal korreliert mit der Aufenthaltsdauer: je kürzer sie hier in Deutschland waren, desto geringer war ihre Teilnahme an der so genannten Krebsfrüherkennungsuntersuchung. Diese Screenings sind neu,



werden von der Krankenkasse bezahlt und finden im Vorsorgebereich ambulant statt. Bei diesen Untersuchungen wünschen wir uns, dass die Teilnehmerinnen-Quote besonders hoch ist. Es gibt aus Mainz eine aktuell publizierte Untersuchung, bei der 5000 Frauen angeschrieben wurden. Etwas über 50% der Frauen haben reagiert. Unabhängig davon, in welcher Sprache dieses Einladungsschreiben formuliert war, also egal, ob in türkisch, arabisch, usw., erschienen hier deutlich weniger Frauen mit Migrationshintergrund zu der Früherkennungsuntersuchung.

Wenn Sie die Zeitungen gelesen haben, wissen Sie, dass das auch in Berlin so gewesen ist. Dort war, was die Früherkennungs-Mammographie-Studie betrifft, zu lesen, dass die zuständigen Ärzt/innen darüber verwundert waren, dass zur ihrer Mammographie-Studie weniger Migrantinnen kommen als sie sich das wünschen und dem nun entgegen steuern wollen. Die Überlegung war, sich andere Ansprechlinien auszudenken, um diese Frauen zu sich in das Mammographie-Screening zu bekommen. Man muss unbedingt über Nachbarschaftsklubs und Ähnliches an diese Frauen herantreten - denn auf die Einladung per Postkarte reagieren sie nicht. Das geht uns ähnlich, wenn wir für Befragungen den Frauen mit Migrationshintergrund Bögen zuschicken, und dann selten eine Antwort bekommen.

Eine renommierte Studie zeigt hinsichtlich der Brustkrebserkrankungsrate, dass die Mortalität bei deutschen Frauen über die Jahre abgenommen hat. Bei den türkeistämmigen Frauen ist es leider umgekehrt. Das könnte mit dem Phänomen zusammenhängen, dass türkeistämmige Frauen nicht zu diesen Screenings oder Vorsorgeuntersuchungen in größerer Zahl mobilisiert werden können. Da muss also etwas passieren.

Ein weiteres wichtiges Phänomen hat im Deutschen Ärzteblatt zu einer gewissen Diskussion geführt, weil das Publizierte zum Teil entgegen der so genannten Migration-Stress-These steht. Diese These lautet, dass physischer und psychischer Stress im Aufnahmeland - also dort, wo ich "hinmigriere" - die Sterblichkeit erhöht. Man hat in der Untersuchung bei einer großen Gruppe von 35.000 Aussiedler/innen aus der Sowjetunion nach Deutschland, über zehn Jahre - von 1990-2000 - festgehalten, woran sie gestorben sind. Das hat man verglichen mit einer gleich großen Gruppe an Menschen in Russland. Zur großen Verwunderung hat man festgestellt, dass die nach Deutschland zugewanderten Russen und Russinnen seltener an Herz-Kreislauferkrankungen sterben als in Russland. Das steht eigentlich im Widerspruch zu der Annahme, dass der Stress im Aufnahmeland größer ist und die Aussiedler/innen folglich häufiger an Herz-Kreislauferkrankungen sterben müssten.

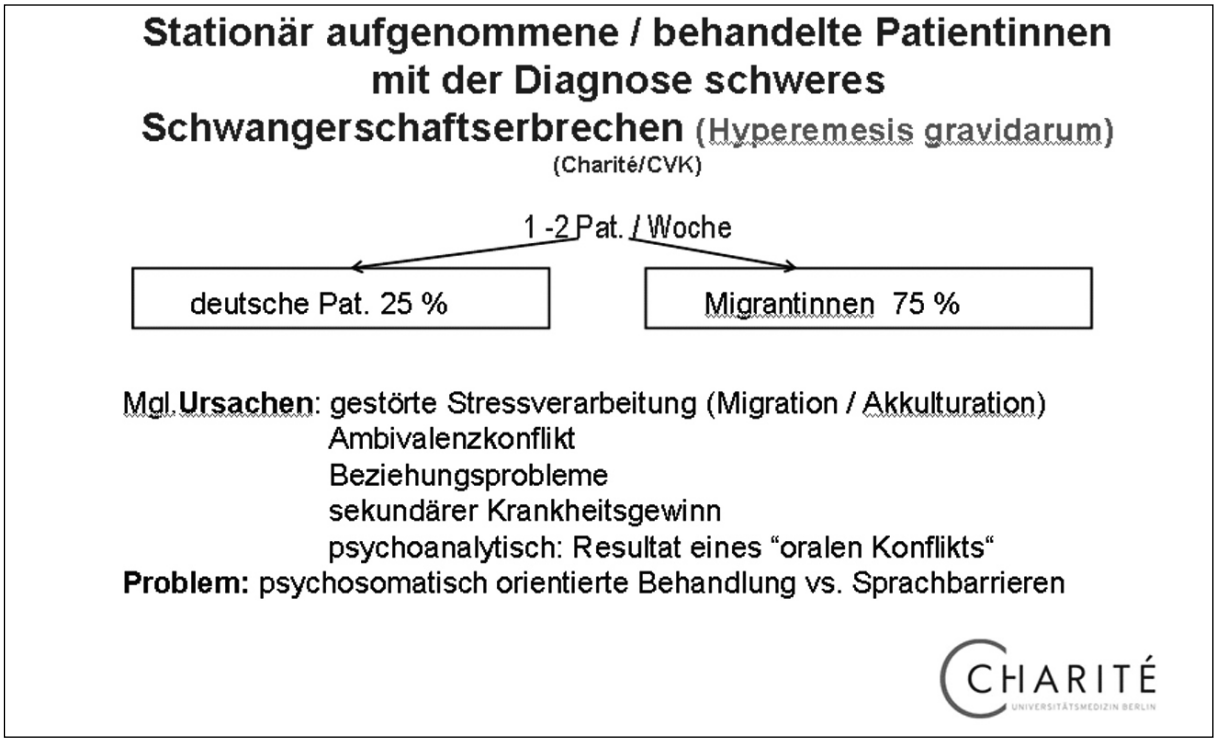
Bei nicht natürlichen Ursachen allerdings - wie Selbstmord - sterben die Männer hier häufiger. Das fügt sich hingegen gut in das Schema, wenn man bedenkt, dass die Stressoren, "Trunksucht" und Ähnliches hier offenbar höher sind, was von PsychiaterInnen entsprechend bestätigt wird. Trotzdem scheint einiges offenbar nicht so einfach zu bestätigen zu sein, wie wir uns das in vielen einfachen Lehrbuchweisheiten über Migrationsprozesse vorstellen. Zumindest wirkt es sich nicht unbedingt direkt auf die Sterblichkeit aus - ggf. aber auf die Erkrankungsraten, die hier jedoch nicht erfasst wurden.

Etwas anderes, was ich Ihnen gerne präsentieren würde, ist Hyperemesis, das schwere Schwangerschaftserbrechen - ein Phänomen, mit dem wir in der Klinik im Bereich der Geburtshilfe zu tun haben. Dies kann durchaus ein schweres Krankheitsbild sein, welches zur Klinikaufnahme führt, da es zur Dekompensation des gesamten Elektrolythaushaltes kommen kann. Wir haben nach Erfahrungen erstaunt gefunden, dass wir viel mehr Migrantinnen mit diesem schweren Krankheitsbild bei uns vorfinden, als wir es sowohl von der Bevölkerungsstruktur als auch im Vergleich zu der Zahl von Migrantinnen, die bei uns entbinden, erwarten dürften.

Tatsächlich wird es in der internationalen Literatur bestätigt, dass, offenbar durch - aus der Kombination von Schwangerschaft und Migrationsprozesse entstehende - stressorische Faktoren, die Hyperemesis als psychosomatisches Krankheitsbild stärker auftritt. Wir nehmen doppelt so viele Frauen mit Migrationshintergrund mit Hyperemesis auf, als wir erwarten würden. Das setzt sich in jedem Jahr wieder fort. In einer beliebigen Woche, zum Beispiel aus dem Jahr 2007, sind 25% der Frauen mit einer stationär zu behandelnden Hyperemesis gravidarum deutsche Patientinnen und 75% Migrantinnen.

Wir haben diesen Ursachenkomplex erkannt, dazu aber noch ein weiteres Problem: ein psychosomatisches Krankheitsbild soll nicht nur mit Medikamenten behandelt werden, sondern auch mit einer Gesprächstherapie. Wenn wir eine Patientin haben, die vielleicht nicht gut deutsch spricht und aber eine Psychotherapeutin, die nur deutsch spricht verstehen die sich nicht und die beste Therapie kann nicht helfen - das ist dann ein Problem und ein Dilemma.

Ein weiteres Feld, aus dem ich berichten kann, ist der Perinatalbereich. Daten aus diesem Bereich sagen etwas über Qualität von klinischer Geburtshilfe in einer Region aus; sie werden seit vielen Jahren in Deutschland erfasst. München hat damit begonnen und Berlin hat seit den späten 1980er Jahren nachgezogen. Wir haben die Daten aus den 1990er Jahren ausgewertet. Dadurch, dass in diesem Bereich auch mehr oder weniger sicher der Migrationshintergrund erfasst wird, kann ich Ihnen dazu auch einige Informationen liefern. Da wir uns davor hüten sollten, eine so genannte Ethnisierung des Sozialen zu machen, das heißt soziale Faktoren mit Faktoren der Migration zu vermischen, haben wir zusätzlich einen Schichtfaktor eingeführt - "MS" für Mittelschicht und



"US" für Unterschicht. Die Unterscheidung in Erstgebärende und Mehrgebärende ist ebenfalls wichtig, da das eine Rolle bezüglich dessen spielen kann, wie leicht oder gefährlich eine Geburt verlaufen kann. Alles in allem ist es so, dass zum Beispiel die Anämie-, also Blutarmutsrate bei Frauen, die einen Migrationshintergrund haben höher ist als bei Frauen mit deutscher Herkunft.

Wir streben möglichst zehn, elf Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft an. Hierbei haben wir festgestellt, dass einige Frauen mit Migrationshintergrund oft signifikant weniger Vorsorgeuntersuchungen haben.

Als drittes Phänomen zeigt sich, dass diese erste Vorsorgeuntersuchung bei einem bestimmten Teilkollektiv oft erst nach der zwanzigsten Schwangerschaftswoche stattfindet.

Prinzipiell sehen wir die Schwangerschaft natürlich als etwas Gesundes an. Trotzdem streben wir an, diese Vorsorge möglichst früh stattfinden zu lassen, um rechtzeitig gesundheitliche Veränderungen erkennen können. Wenn Frauen nach der zwanzigsten Schwangerschaftswoche kommen, ist schon viel in der Schwangerschaft passiert. Ein erster Vorsorgetermin nach der zwanzigsten Schwangerschaftswoche schätzen wir als eher ungünstig ein und haben dabei zu konstatieren, dass Frauen mit einem Migrationshintergrund leider in überzufälliger Häufigkeit aus unserer Sicht sozusagen "zu spät" kommen. Durch unser Wissen darum können wir besser auf die Folgen, wie die höhere Anämierrate, reagieren, welche zum Beispiel durch die Gabe von Eisenpräparaten relativ leicht zu beheben ist. Es sollte daran gearbeitet werden, dass Migrantinnen früher zu einem ersten Vorsorgetermin erscheinen.

Bei Migrantinnen zeigen sich bei den Geburten auch geringere Raten von geplanten Kaiserschnitten und Periduralanästhesien - eine bestimmte Art der Schmerzausschaltung. Das könnte tatsächlich für einen Unterschied in der Versorgungsqualität stehen. Es muss diskutiert werden, ob die Nachfrage von Seiten der Migrantinnen geringer ist oder ob man ihnen - aus welchen Gründen auch immer - weniger Schmerzbetäubung gibt.

Insgesamt scheint zumindest bei einigen Migrantinnen ein gewisses Informationsdefizit da zu sein.

Bei all den oben genannten Anmerkungen bleibt aber positiv festzuhalten, dass inzwischen die Hauptparameter, wie Sterblichkeit und Frühgeburten - anders noch als in den 1970er und 1980er Jahren - bei den Migrantinnen im Vergleich zu deutschen Müttern und Kindern gleich gut sind. Hier gibt es bei den untersuchten Gruppen keinen statistisch signifikanten Unterschied mehr.

Als letztes interessantes Thema möchte ich über die H(R)T, die Hormon-(Ersatz)-Therapie sprechen. Mit dem Thema bewegen wir uns weg von den Frauen, die Kinder bekommen hin zu den Frauen, die sie eigentlich nicht mehr bekommen, also Frauen in den Wechseljahren. Zu dieser Diskussion wurde die in den USA durchgeführte WHI-Studie veröffentlicht. Später kam die Diskussion mit der Frage, ob es sinnvoll oder gar gefährlich ist, Frauen in der Perimenopause eine Hormon-(Ersatz-)Therapie anzubieten, auch nach Deutschland. Anstatt diese Diskussion nachzuzeichnen, möchte ich unsere Arbeit zu diesem Thema darstellen. Das Projekt war vom Bundesministerium gefördert worden und bearbeitete die Frage, wie informiert türkeistämmige, asiatische und deutsche Frauen über die HRT sind. Es zeigte sich ein Unterschied in

der Informiertheit der verschiedenen Frauengruppen. Türkeistämmige Frauen sind im Allgemeinen am schlechtesten über die Therapie informiert, deutsche Frauen am besten. Wir gingen daher im weiteren der Frage nach, ob die Frauen überhaupt von dieser Studie wissen. Im letzten und auch in diesem Jahr wurde sehr viel Wirbel um diese Studie betrieben und sehr viel darüber geschrieben. Unseren Ergebnissen zufolge wissen zum Beispiel nur 16% der türkeistämmige Frauen, dass es diese Studie gibt. So wissen sie mit Informationen und Verschreibungen ihres Arztes/ ihrer Ärztin folglich auch nicht umzugehen. Zusätzlich hängt die Bekanntheit auch noch davon ab, welche Mediensprache die Frauen bevorzugten. Türkinnen und Asiatinnen schnitten dann am besten ab, wenn ihre Mediensprache deutsch war. Wenn sie nur Medien in ihrer Muttersprache nutzen, war ihre Kenntnis am geringsten. Etwas besser war es, wenn sie die Medien zweisprachig nutzten.

Als letztes komme ich nochmals zu einigen Erkenntnissen unserer Notfallambulanzstudie. Sie wurde in zwei Vivantes Klinken und der Charité-Campus im Wedding durchgeführt. Dort zeigt sich ein buntes Bild von Patient/innen mit verschiedenen Sprachen, mit denen wir dort zu tun haben.

In unserer Studie konnten wir nun eine unterschiedliche Nutzungsart und Inanspruchnahme der Notfallambulanz je nach Ethnizität der Patient/innen nachweisen. Demnach kommen die deutschen Frauen eher zwischen spätem Nachmittag und 19, 20 Uhr, während die Türkei-stämmigen Frauen am meisten bis 22 Uhr kommen. Ähnlich verhält es sich mit den Wochentagen: Türkei-stämmige Frauen und Migrantinnen allgemein nutzen die Erste-Hilfe-Stellen häufiger Freitag, Sonnabend und Sonntag, während die Deutschen häufiger an den anderen Wochentagen kommen. Aus ungeklärten Gründen sind die Häufigkeiten verschieden. Darauf muss man sich einrichten. Wir haben nicht zu werten, sondern zu konstatieren.

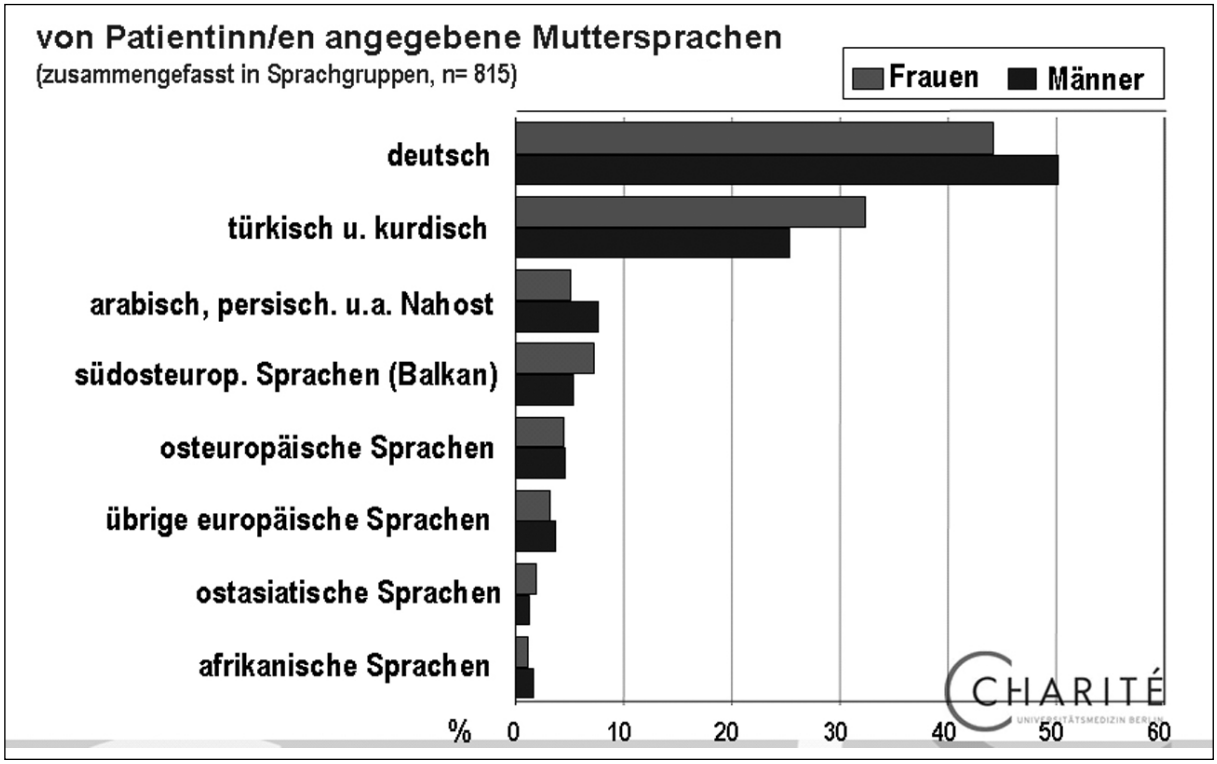
Eine weitere Frage bei der Studie betrifft Eigenhilfemaßnahmen. Unternehme ich etwas, bevor ich in die Erste Hilfe komme oder komme ich sofort hin? Dabei haben wir nicht nur gefragt, ob etwas unternommen wurde, sondern auch was unternommen wurde. Ein deutlicher, d.h. signifikanter Unterschied war nur zwischen den Männern zu finden.

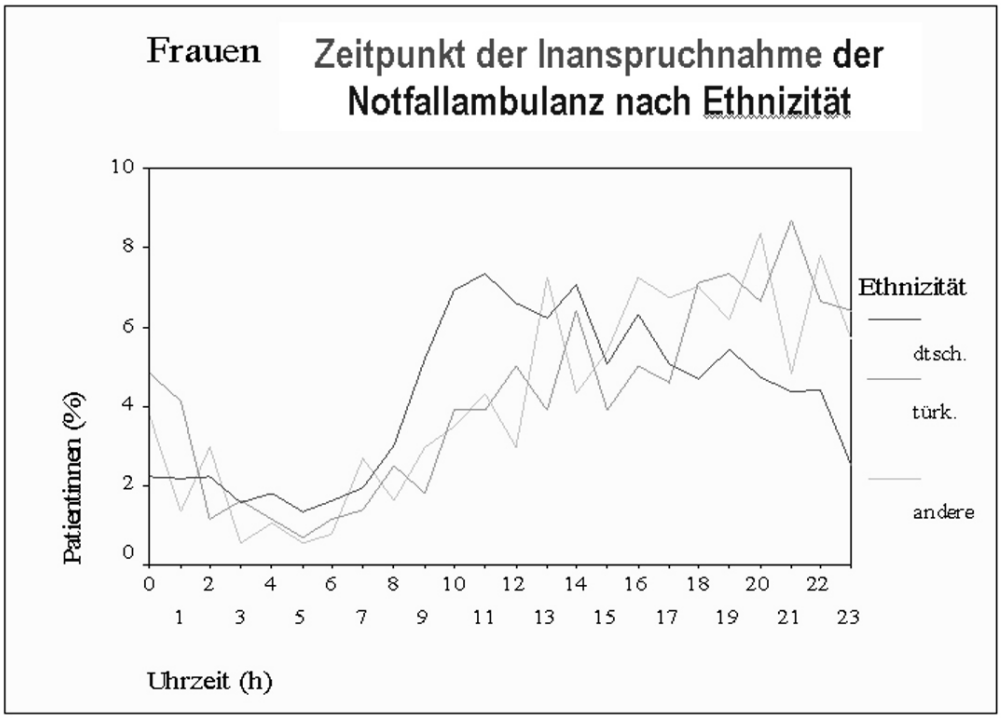
Bei den türkeistämmigen Frauen unter 30 Jahren hat fast ein Drittel nichts unternommen und ist direkt ins Krankenhaus gegangen. Bei gleicher Krankheit lag die Rate bei Deutschen sowie anderen Ethnizitäten bei 20%. Der direkte Weg in die Ambulanz kann damit zusammenhängen, dass die Krankheit als sehr akut empfunden wurde und daher dachte, sie sofort aufsuchen zu müssen. Es kann auch damit zusammenhängen, dass man nicht weiss, was man in der Situation tun könnte. Das hängt wiederum mit der Möglichkeit zusammen, etwas Bestimmtes in Angriff nehmen zu können.

Zum Schluss würde ich gerne vier Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungsqualität für Patientinnen mit Migrationshintergrund präsentieren:

Unser Wunsch wäre, die interkulturelle Kompetenz in den Kliniken zu stärken. Auch an der Charité sind wir noch weit davon entfernt. Es ist sehr, sehr schwierig das in die studentische Ausbildung zu integrieren.

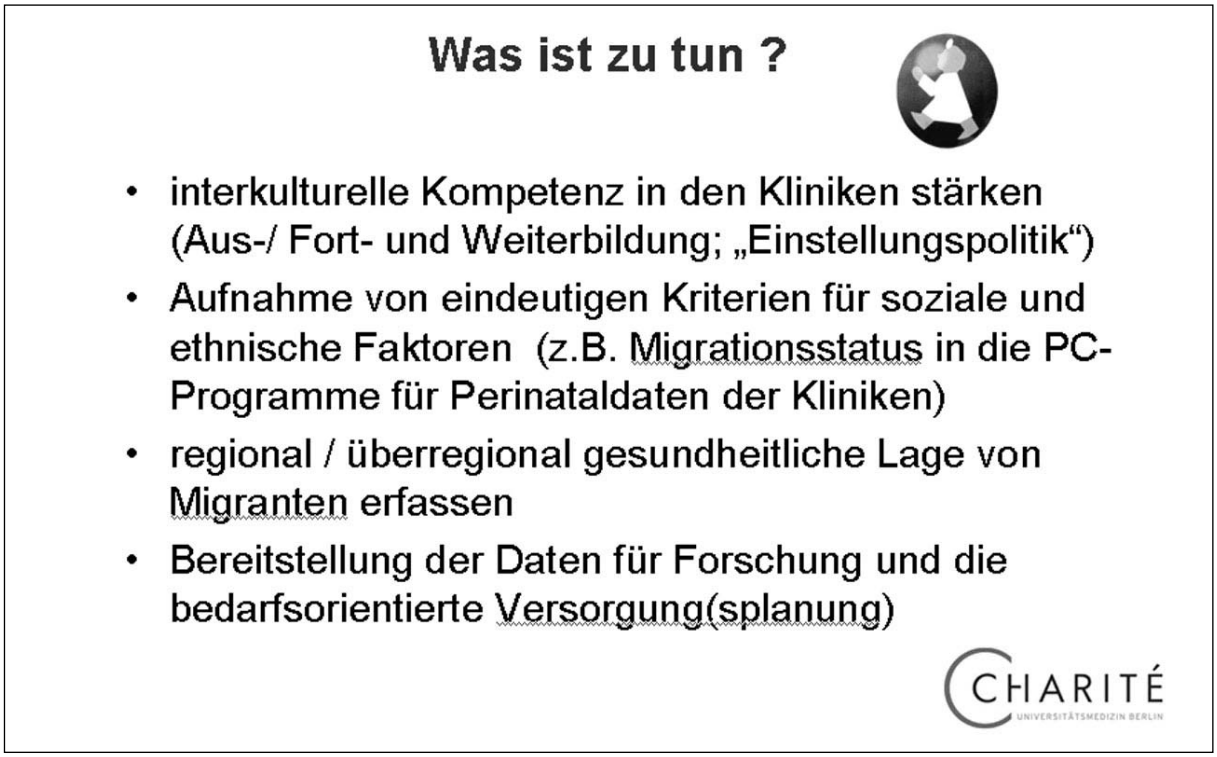
Wie das auch die Senatorin sagte, ist es in Bezug auf die Einstellungspolitik ein Ziel, eine Parität entsprechend dem Bevölkerungsanteil im Anteil des Per-





sonals zu erreichen. Als forschend tätiger Arzt würde ich mir wünschen, dass wir Frauen, Männer, Patient/innen mit Migrationshintergrund erfassen - nicht nur, um sie zu kennen und entsprechend auf ihre Bedürfnisse reagieren zu können, sondern auch um für unsere Forschungen eine ganz andere Datenbasis zu schaffen. Im Gegensatz zu Daten, die nur kleine Ausschnitte, wie einzelne Krankenhäuser repräsentieren, könnte die Versorgungsforschung mit der breiteren Basis bessere Daten an Politik und Forschung liefern. Das ist bei uns leider momentan noch nicht möglich - im Gegensatz zu skandinavischen Ländern oder den USA, die auf Basis von zehntausenden von Daten Aussagen treffen können.

Bei einer überregionalen Erfassung stören uns die 16 Bundesländer, die nicht über ihre Grenze hinaus blikken - schon von Berlin nach Brandenburg gestaltet es sich schwierig, darüber hinaus ist es fast unmöglich. Neben einer überregionalen Datenbasis wäre es gut, wenn wir Geld für die Forschung hätten und die Möglichkeit, Ihnen diese Ergebnisse und Erkenntnisse rückspiegeln zu können. Diese Forschungsergebnisse



sollten Ihnen wünschenswerter Weise auch neue Erkenntnisse für Ihren Arbeitsalltag bringen und Sie beflügeln, weiter daran zuarbeiten.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

Beiträge aus dem Auditorium

Karin Bergdoll, Netzwerk Frauengesundheit Berlin:
Ich bin Karen Bergdoll vom Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF). Ich möchte etwas zu Ihrem Ansatz zur Versorgung von Schwangerschaft und Geburt bei Migrantinnen sagen. Sie beklagen, dass Migrantinnen nicht ausreichend die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen. Inzwischen hat eine absolute Medikalisierung dieses normalen, psychophysiologischen Prozesses stattgefunden. Dreiviertel aller Geburten bzw. Schwangerschaften werden zu Risikogeburten erklärt. Die Normalität von Geburt und die eigenen Kompetenzen von gebärenden Frauen spielen keine Rolle mehr. Unserer Ansicht nach sind Schwangerschaft und Geburt normale Prozesse. Unser Ansatz - gerade auch für Migrantinnen - wendet sich gegen eine Medikalisierung. Offensichtlich gebären Migrantinnen noch viel normaler: sie nehmen weniger Kaiserschnitte in Anspruch - im Vergleich zu der allgemeinen Kaiserschnitterate von 30% und sie nehmen weniger Betäubungsmittel in Anspruch. Ich finde, das ist ein sehr guter Ansatz. Auch wir als Organisation halten es bei Migrantinnen für die richtige Maßnahme, eine Hebamme ihres Vertrauens zu finden, die zudem ihrer Sprache mächtig ist, sie bei diesem einmaligen Prozess begleitet, sozial betreut und auch die notwendigen Leistungen als Hebamme anbieten kann. Das ist ein grundsätzlich anderer Anspruch. Sie haben gesagt, dass die Kostenberechnungen der Kliniken an oberster Stelle stehen, was ich auch verstehen kann. Trotzdem denke ich, dass man auch berücksichtigen muss, dass ein Kaiserschnitt wesentlich mehr finanzielle Möglichkeiten für eine Klinik bedeutet als eine ganz normale Geburt.

PD Dr. Matthias David:
Das wäre ein Thema für eine Diskussion im frauenärztlichen Bereich - darüber könnten wir eine Stunde reden. Prinzipiell denke ich, dass unsere Positionen nicht weit voneinander entfernt sind. Es ist nur so, dass wir von verschiedenen Ebenen ausgehen. Zunächst möchte ich, dass Migrantinnen dieselbe gute Versorgung bekommen sollten, wie sie auch die deutschen Frauen bekommen. Sie sind schon ein Schritt weiter. Den Schritt kann ich momentan nicht gehen, da die Grundversorgung für diese Frauen noch nicht gewährleistet ist. Wenn Sie in die außer-klinische Geburtshilfe mit den Prinzipien der selbst bestimmten Geburt, einer Hebamme, die sich 1:1 kümmert und so weiter, schauen. sehen Sie, dass die Nachfrage der Frauen mit Migrationshintergrund gegen null läuft. Das können sie an den Beispielen der Geburtshäuser in Charlottenburg oder im Prenzlauer Berg sehen: dort gibt es fast keine Frauen mit Migrationshintergrund. Das muss ja auch bestimmte Gründe haben. Das heißt: dort zu gebären hängt natürlich auch mit der sozialen Schicht zusammen; es hängt damit zusammen, was ich über das System weiss; es hängt auch mit Tradition zusammen usw.. Unsere Positionen sind prinzipiell nicht verschieden - ich möchte nur für alle erst einmal eine gute Grundversorgung sichern. Die ist für ein bestimmtes Klientel noch nicht gegeben. Bevor das nicht verwirklicht ist, will ich über die "Sahnehäubchen" noch nicht reden.

Carola Gold, Geschäftsführerin von Gesundheit Berlin e.V.:
Sie haben ja dankenswerterweise seit vielen Jahren diese Zahlen erhoben. Ich hätte gerne von Ihnen eine Einschätzung: Haben Sie das Gefühl, dass sich in den letzten Jahren die Dinge zum Besseren gewendet haben? Haben Sie in Ihrer Wahrnehmung als Frauenarzt in einem Krankenhaus den Eindruck, dass wir vorangekommen sind oder, dass sich die Bedingungen für die Versorgung von Migrantinnen eigentlich nicht wesentlich verbessert haben? Wie ist Ihre Einschätzung, wo wir nach sieben, acht Jahren, in denen Sie sich intensiv mit diesem Bereich auseinandergesetzt haben, stehen?

PD Dr. Matthias David:
Das ist eine schwierige Frage. Ich denke, dass ich dank der Aktivitäten von Ihnen und auch verschiedener Gremien kaum "Nein" sagen kann - das wäre schrecklich und deprimierend. Es arbeiten sehr viele an diesem Thema. Mein Eindruck ist, dass die Stufe, in der die Politik und damit die Umsetzung in konkretes Handeln erreicht wird, zumindest in Berlin nicht genommen wird. Unsere Arbeit im Gremium der Arbeitsgruppe der Landesgesundheitskonferenz ist manchmal ein bisschen frustrierend. Dort sitzen viele Leute mit vielen Ideen und großer Fachkompetenz, die diese Ideen sicherlich auch schon vor zwei bis drei Jahren. Diese Leute machen sicherlich viel in ihren einzelnen Arbeitsbereichen und haben bestimmt schon viele Papiere schon geschrieben. Hier vorne sitzen auch einige, die ich da auch immer wieder in diesen Arbeitskreisen sehe. Ich habe dort nur manchmal den Eindruck, dass bezüglich der Umsetzung nicht so viel passiert. Da wünschte ich mir manchmal mehr. Wenn immer wieder noch ein Beirat und noch ein Arbeitskreis gegründet wird, fragt man sich, warum denn eigentlich. Es müsste doch eigentlich alles klar sein und lediglich noch umgesetzt werden. Warum wird es dann nicht einfach umgesetzt!? Das wäre grob meine Antwort - aber vielleicht denke ich da zu einfach.

Mohammed Jouni, Krankenpflegeschüler im Vivantes Klinikum:
Guten Tag, mein Name ist Jouni, ich bin Krankenpflegeschüler bei Vivantes und habe eine Frage an Herrn David. Meine Frage betrifft die Krebsfrüherkennung: Sie haben dargestellt, dass die Angebote von den Frauen viel weniger wahrgenommen werden. Andererseits informieren sich diese Frauen doch, zumindest wie Sie es dargestellt haben, meistens über Ärztinnen und Ärzte. Da frage ich mich, wie sich dieser Widerspruch auflösen lässt bzw. ob er sich dadurch auflösen lässt, dass es den Ärzt/innen nicht am Herzen liegt, dass die Frauen das Angebot nicht in Anspruch nehmen.

PD Dr. Matthias David:
Eine gute Frage. Wenn sie denn zu dem ersten Termin kommen. Es ist also auch nur ein Teil der Frauen, die zum ersten Termin kommen. Es waren "Mehrfachantworten" möglich. Das heißt, es gab also auch Frauen, die schon in einem anderen Krankenhaus waren. Folglich sind es immer nur Teilgruppen, die wir Ihnen hier präsentieren können. Prinzipiell müssen wir uns natürlich auch an die eigene Nase fassen und uns fragen, in wiefern wir in der Lage sind, Patient/innengruppen zur Vorsorge bzw. Früherkennung zu motivieren. Wie Sie aber auch sehen, gibt es in der Ärzteschaft verschiedene Interessensgruppen und verschiedene Auffassungen zu bestimmten Dingen. Ich hoffe aber, dass zumindest bei der Früherkennung eine einheitliche Haltung vorhanden ist, wie z.B., dass man in bestimmten Fällen der Patientin vorschlägt, in einem Jahr wiederzukommen oder ab einem bestimmten Alter eine bestimmte Ärztin aufzusuchen, um dort ein Früherkennungstermin wahrzunehmen. Wir müssen aber konstatieren - und vielleicht wollten Sie darauf hinaus, dass natürlich bei der frauenärztlichen Untersuchung möglicherweise bei Frauen aus bestimmten Kulturkreisen auch Dinge wie Scham eine Rolle spielen. Hier muss natürlich noch daran gearbeitet werden, so dass man diese Barriere nehmen kann. Es muss auch stärker publik gemacht werden, dass es - wie in Berlin - muttersprachliche Frauenärztinnen gibt. Es wäre wünschenswert, wenn dieses Wissen noch etwas breiter in der Community vorhanden wäre.

Beitrag aus dem Auditorium:
Ich entnehme Ihrem Vortrag, dass sich Ihrer Meinung nach viele Problematiken aus der mangelnden Information der Migrantinnen und Migranten ergibt. Ich wollte nun schauen, in wieweit die Problematiken der Migrant/innen einer anderen, nämlich der Führungsebene bewusst sind, also auf den Ebenen, die die Möglichkeit haben, Informationskampagnen zu starten. Ich sehe, Sie sind ein engagierter Mensch. Es würde mich interessieren, in weit außerhalb dieser Gruppe Menschen überhaupt wissen, dass solche Informationskampagnen nötig wären. Haben Sie da einen Überblick? In Bezug auf die Charite oder allgemein die Ärzteschaft?

PD Dr. Matthias David:
Ich kann das nicht objektiv beantworten, sondern nur "gefühlt", wie man so schön auf neudeutsch sagt. Auf diesen Ebenen ist sicherlich das Problembewusstsein sehr gering. Wie Sie den Aufzählungen in der Prioritätenliste aus einem Zeitschriftenartikel entnehmen können, taucht es unter diesen ersten zehn genannten nicht auf. Auf der To-do-Liste, die Führungskräfte vor sich haben, ist die Umsetzung der Interessen von Minderheiten sicherlich nicht unter den ersten Plätzen. Und wenn dem doch so ist, merke ich es jedenfalls weder im praktischen Alltag noch in der Forschung. Ich muss dann immer darauf hinweisen, dass bei den Informationen zu den Forschungsvorhaben oder den Patient/inneninformationen berücksichtigt wird, dass man in einem Krankenhaus arbeitet, in dem so und so viel Prozent Frauen sind, die die deutsche Sprache nicht so gut beherrschen und darauf Rücksicht genommen wird. Das muss man immer wieder hervorheben und das müssten Sie an Ihrem Arbeitsplatz genauso immer wieder tun. So wird sich das nach und nach auch nach oben durchsetzen.

Beitrag aus dem Auditorium:
Ich bin freiberufliche Hebamme und überwiegend betreue ich russischsprachige Frauen. Zum Thema Krebsvorsorgeuntersuchungen muss ich feststellen, dass diese Gruppe Frauen leider auch zu russischen oder russischsprachigen Ärzt/innen geht. Davon gibt es nicht viele in Berlin. Die Frauen werden in diesen Praxen ausgebeutet. Bevor ein Arzt eine solche Vorsorgeuntersuchung beginnt, zeigt er der Frau erst einmal eine dicke Rechnung. Sie kann dann entscheiden, ob sie das machen möchte oder nicht. Viele Frauen wissen gar nicht, dass sie keine Praxisgebühren zahlen müssen, wenn sie so eine Untersuchung vornehmen lassen möchten. Und genauso wenig wissen sie, dass sie diese Rechnungen ablehnen und sagen können, dass sie wirklich nur die Krebsvorsorgeuntersuchungen machen lassen wollen, die die Kasse dann auch übernimmt. Das ist ein großes Problem, dem ich fast täglich begegne. Hier muss man etwas unternehmen. Ich versuche, den Frauen andere Wege zu zeigen und schicke sie zu anderen Ärzten, bei denen ich sicher sein kann, dass so etwas nicht passieren wird. Das klappt leider nicht immer - aber ich hoffe, dass es mir immer häufiger gelingen wird.
Dankeschön!

Beitrag aus dem Auditorium:
Ich möchte eine Anmerkung zu diesen Früherkennungsuntersuchungen, den Mammographien machen, die ja jetzt alle zwei Jahre angeboten werden.

Das Netzwerk von Gesundheit Berlin hat schon im Vorfeld sehr deutlich darauf hingewiesen, dass ein besonderes Gewicht auf die Information bestimmter gesellschaftlicher Zielgruppen zu legen ist: Einmal Migrantinnen und natürlich Frauen, die in sozialen Problemlagen leben. Es gibt regelmäßige Gesprächsgruppen im für die Qualität dieser Mammographien zuständigen Referenzzentrum, in denen wir festgestellt haben, dass Flugblätter in russischer oder türkischer Sprache für eine vollständige Information nicht reichen. Viele Migrantinnen können bisher nicht lesen, so dass die Flugblätter sie nicht erreichen. Unser Vorschlag war, diese Frauen über die Communities oder Projekte - alleine vom Senat werden über 20 Migrantinnen-Projekte finanziert - über die Vor- und Nachteile dieser Screenings zu informieren. Es gibt ganze Gruppen, die aus ganz bestimmten Gründen nicht daran teilnehmen. Wenn man wirklich an die Frauen rankommen möchte, muss man verschiedene Wege in Betracht ziehen.
Das ist das eine, das andere ist: Meine Kollegin, eine vietnamesische Ärztin hat mir gerade etwas sehr Interessantes erzählt. Sie, Herr David, haben in Ihren Studien festgestellt, dass die Todesrate durch Krebs bei Migrantinnen ansteigt. Meine Kollegin erzählte mir, dass viele Frauen, die Krebs diagnostiziert bekommen, zurück in ihr Heimatland gehen. Das heißt also, dass die Zahl noch weiter ansteigen würde, wenn die Frauen hier blieben. Vielleicht wäre das eine ganz interessante Forschungsfrage für Sie. Danke.

Kontakt:
Priv. Dozent Dr. Matthias David
Charité Campus Virchow Klinikum
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

matthias.david@charite.de

Gesprächsrunde I: Wachstumspotenziale und kulturelle Vielfalt im Gesundheitswesen

Gesundheit als Wachstumsfaktor
Volkmar Strauch, Staatssekretär für Wirtschaft, Technologie und Frauen, Berlin

Ausbildung als Einstieg - die erfolgreiche Kooperation zwischen Vivantes und dem Zentrum für Flüchtlingshilfen und Migrationsdienste
Ulrich Söding, Vivantes GmbH, Berlin

Vielfalt als Wettbewerbsvorteil
Gerhard Tschentscher, Pfizer Deutschland, Karlsruhe

Wachstumspotenziale und kulturelle Vielfalt - eine bezirkliche Perspektive
Elena Marburg, Migrationsbeauftragte Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf, Berlin

Moderation: *Marion Haß, IHK Berlin*

Marion Haß:
Die heutige Fachkonferenz titelt "Wachstumspotenziale und kulturelle Vielfalt im Gesundheitswesen". Ein herzliches Willkommen zu dieser Gesprächsrunde. Auch im Podium heiße ich unsere Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer herzlich willkommen. Das sind Frau Marburg, Migrationsbeauftragte im Bezirk Marzahn-Hellersdorf, Herr Strauch, Staatsekretär aus der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Frauen, Herr Tschentscher, Vice President Human Resources, Pfizer Deutschland und Herr Söding als Leiter des Instituts für berufliche Bildung im Gesundheitswesen der Vivantes-Netzwerk-Gesundheit GmbH. Auch Ihnen ein herzliches Willkommen. Ich würde Sie zunächst bitten, dass Sie sich ganz kurz selbst vorstellen. Da würde ich gerne mit Frau Marburg anfangen.

Elena Marburg:
Mein Name ist Elena Marburg. Seit 1990 war ich zunächst Ausländerbeauftragte, später Migrantenbeauftragte des Bezirkes Marzahn und bin jetzt seit vergangenem Jahr Migrationsbeauftragte von Marzahn-Hellersdorf. Wie Sie bereits hören, bin ich nicht hier, sondern in Bulgarien geboren. In Berlin lebe ich seit mittlerweile 34 Jahren. Ich bin eine so genannte "Heiratsmigrantin" und immer noch mit dem gleichen Mann verheiratet - was in der heutigen Zeit auch eine Leistung ist.

Volkmar Strauch:
Vielen Dank, mein Name ist Volkmar Strauch. Ich bin seit sechs Jahren der für Wirtschaft zuständige Staatssekretär in der Senatsverwaltung. Wir beschäftigen uns von zwei Seiten mit dem Thema, das heute auf der Tagesordnung steht: Unser Haus hat einerseits dieses Themencluster Gesundheit angestoßen - also die Gesundheitswissenschaft, -wirtschaft und -versorgung. Andererseits beschäftigen wir uns mit verschiedenen Aspekten der Migration. Ich persönlich beschäftige mich insbesondere mit der Frage von Migrantinnen und Migranten als Unternehmer/innen. Sicherlich gehört neben dem, mit dem ich mich sehr speziell beschäftige, noch sehr viel mehr zu dem Thema, das wir heute diskutieren werden.

Gerhard Tschentscher:
Mein Name ist Gerhard Tschentscher. Ich bin von Pfizer Deutschland und dort als Personaldirektor beschäftigt, wie man das im Deutschen sagt. Sie haben vorhin den englischen Titel erwähnt, in einem internationalen Konzern klingt das dann so. Ich freue mich sehr, dass ich heute hier sein kann, als quasi Neu-Berliner oder Noch-nicht-ganz-Berliner. Sie haben das vielleicht der Presse entnommen: Pfizer Deutschland wird mit der gesamten Firma - soweit es nicht die Produktion betrifft, die bleibt, wo sie ist - im Frühsommer nächsten Jahres von Karlsruhe nach Berlin ziehen.

Daher ist es für mich eine besondere Ehre und Freude, hier sein zu können und über dieses Thema, das uns natürlich auch als Arbeitgeber im Gesundheitswesen sehr stark bewegt, zu diskutieren.

Ulrich Söding:
Mein Name ist Ulrich Söding. Ich wurde in meiner Funktion schon vorgestellt. Vielleicht ganz kurz eine Skizzierung dessen, was ich vertrete, das Institut für berufliche Bildung im Gesundheitswesen (IbBG). Das IbBG-Institut ist die zentrale Ausbildungsstätte für nichtärztliche Gesundheitsfachberufe von Vivantes. Wir repräsentieren 765 Ausbildungsplätze in fünf verschiedenen Berufsfachrichtungen. Davon sind drei Pflegeausbildungsgänge: die klassische Gesundheits- und Krankenpflege, die Kinderkrankenpflege, die Altenpflege sowie die Hebammenausbildung und die OTA-Ausbildung (Operationstechnische/r Assistent/in). In dieser Funktion bin ich heute hier, weil ich mich freue, dass wir ein positives Beispiel vorstellen können. Vielen Dank.

Marion Haß:
Mein Name ist Marion Haß. Ich verantworte in der IHK Berlin den Bereich Innovation, Technologie und Wissenschaft - also alles das, was Spaß macht und zukunftsorientiert ist für Berlin. Da gehört die Gesundheitswirtschaft mit dazu als eines unserer drei Berliner Entwicklungscluster, wo wir in der Region sehr viel Potenzial haben, um ein Stückchen voranzukommen. Die Gesundheitswirtschaft ist hier in der Region schon heute einer der größten Arbeitgeber. In ihren sehr unterschiedlichen Teilbereichen sind gegenwärtig 345.000 Berliner/innen und Brandenburger/innen beschäftigt - bei anhaltendem Wachstumspotenzial. Im Frühjahr wurde unter der Federführung von Professor Rürup ein Gutachten veröffentlicht, wonach wir bis 2020 mit 375.000 Beschäftigten in der regionalen Gesundheitswirtschaft rechnen können. Sogleich steht aber die Gesundheitswirtschaft vor einer Vielzahl an Herausforderungen.
Ein Thema hat Herr David in seinem Vortrag in den Vordergrund gestellt - die Einbeziehung interkultureller Ansätze in die Gesundheitswirtschaft. Aber auch demographische Veränderungen, sowie der sehr rasche medizinische Fortschritt und die stärkere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung sind zu bewältigen. Gerade in der Gesundheitswirtschaft spielt Vielfalt eine besondere Rolle - auch das ist deutlich geworden am heutigen Vormittag. Vielfalt spielt eine Rolle in der Angebots- und Trägerstruktur, auf der Produkt- und auf der Leistungsseite, in der Qualifikations- und Beschäftigungsstruktur und in der Kund/innenstruktur. Diese beiden letzten Aspekte werden ein Stück weit im Mittelpunkt unserer Diskussion stehen. Dazu werden unsere Referent/innen hier im Podium zunächst ein Statement abgeben, so dass wir eine Grundlage für unsere Diskussion haben. Wenn Sie einverstanden sind, würde ich gerne eine Frage zur Aufwärmung stellen, um so rascher ins Gespräch kommen. Ich würde gerne mit Frau Marburg beginnen. Frau Marburg, Sie haben in Ihrer Vorstellung gesagt, dass Sie nicht von Beginn an Berlinerin sind, aber schon eine ganze Reihe von Jahren hier leben. Sie haben angeführt, dass Sie seit 34 Jahren mit einem Berliner bzw. einem Deutschen verheiratet sind. Bestimmt gibt es viele weitere Gründe, warum Sie sich in unserer Stadt Berlin zuhause fühlen. Vielleicht können Sie uns ein paar davon kurz vorstellen.

Elena Marburg:
Ich kann die Gründe bis morgen früh aufzählen. Die Frage ist eher, was das Wichtigste ist. Warum bin ich Berlinerin? Weil ich mich hier besser auskenne. Ich war 25 Jahre alt, als ich hierher gekommen bin - jetzt bin ich 57. Daran kann man sehen, dass ich einen großen Teil meines Lebens in Berlin verbracht habe. Zu meiner Heimat wird mich zwar immer die Familie verbinden, doch die Städte und Verhältnisse in meiner Heimat sind mir mittlerweile so fremd, dass ich mich dort zum Beispiel nicht mehr mit dem Auto zurecht finden würde. Hier in Berlin hingegen ist mir alles vertraut, hier kenne ich mich aus und hier ist das, was ich mir durch viel Arbeit aufgebaut habe. Ich kann mich genau an den Moment erinnern, in dem ich gemerkt habe, das ich Berlinerin bin. Das war vor Jahren nach einer Rückkehr aus Bulgarien. Ich sah die Abbildung vom Dom in den Scheiben des Palastes der Republik - da stieg eine Wärme auf und ich hatte begriffen, dass ich hier zuhause bin.

Marion Haß:
Ich glaube, eindrucksvoller können Sie es nicht schildern. Herr Strauch, mit Ihnen habe ich etwas vor. Und zwar würde ich Sie gerne vom Staatssekretär in der Wirtschaftsverwaltung zum Bildungssenator befördern und würde Sie dann fragen, was als erstes auf Ihrer Agenda stünde bezüglich Veränderungen, die in Berlin vollzogen werden sollten.

Volkmar Strauch:
Ich würde überlegen, ob diese Fokussierung auf messbare Ergebnisse - wie man das auch bei PISA gemacht hat - tatsächlich der richtige Weg ist, um Kompetenzen zu erwerben, die man braucht, um ein Leben zu führen, das für einen persönlich zufrieden stellend ist und das einem auch den Lebensunterhalt sichert. Ich glaube, dass da noch eine ganze Reihe mehr mit dazugehört. Mit anderen Worten würde ich mir die Lehrpläne und die Ausbildungspläne vom Kindergarten genau anschauen und mehr Wert auf das Erlernen von sozialen und fachlichen Kompetenzen legen als es im Augenblick der Fall ist. Dazu würde aus meiner Sicht auf jeden Fall gehören, dass wir in Deutschland etwas nachvollziehen, was andere Länder schon lange haben: nämlich einen Schultag, der länger ist als ein

halber Tag. Das ist wichtig, weil man gerade die spezifischen Fähigkeiten einer Schülerin oder eines Schülers erst dann entwickeln kann, wenn man dafür auch genug Zeit hat. Es müssen gewisse Grundkenntnisse vorhanden sein, wie Schreiben, Lesen, Rechnen usw. Wenn man nur einen halben Tag Zeit hat, reduziert sich der Unterricht auf diese Kernkompetenzen, die man haben muss. Alle anderen Dinge, bei denen sich die Diversität der Menschen mit unterschiedlichen Fähigkeiten eigentlich erst entwikkeln kann, bleiben auf der Strecke. Das wäre mein grundsätzlicher Ansatz.

Marion Haß:
Ich glaube, das ist ein wunderbarer Ansatz, der nachher in der Vertiefung unseres Themas über die Integration von Migrant/innen ins Berufsleben und das Ausbildungssystem eine große Rolle spielen wird. Herr Söding, auch Sie möchte ich befördern. Und zwar möchte ich Sie gerne zum Personalchef von Vivantes machen und frage Sie: Gäbe es da etwas zu verändern oder denken Sie, dass im Moment bei Vivantes alles wunderbar ist und sich jeder wohl fühlen kann?

Ulrich Söding:
Das ist eine schwierige Frage. Ich sage, dass das Leben das Streben nach dem Optimum ist und es somit immer etwas zu verbessern gibt. Und unter dem Gesichtspunkt der heutigen Themenstellung gibt es bei Vivantes sicherlich auch einiges zu verbessern. Ich kann Ihnen jetzt nicht explizit sagen, wie viele Mitarbeiter/innen wir mit Migrationshintergrund beschäftigen, aber ich glaube, es sind insgesamt 94 Nationalitäten. Das heißt, wir verfügen bereits über ein sehr breites Spektrum. Aber wie Sie sich sicherlich vorstellen können, bedarf es einer Erhöhung der Zahl der Mitarbeiter/innen und vielleicht einer Erweiterung des Spektrums, um eine flächendeckend gewährleistete Präsenz auch von Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund sicher zu stellen. Im Gegensatz zum halben Tag in der Schule und dem normalen Arbeitstag mit acht Stunden im Betrieb, muss der Klinikbetrieb eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung sicher stellen. Der Bedarf an diesen Mitarbeiter/innen ist also 24 Stunden am Tag gegeben und man kann sagen, dass er noch nicht gedeckt ist.

Marion Haß:
Vielen Dank. Herr Tschentscher, Sie haben uns schon berichtet und wir wissen es auch, dass Pfizer seine Deutschlandzentrale im Verlaufe des Jahres 2008 von Karlsruhe nach Berlin verlegen wird. Hat dabei auch die multikulturelle Vielfalt von Berlin eine Rolle gespielt und was waren darüber hinaus Gründe für Ihre Entscheidung, von Karlsruhe nach Berlin zu kommen?

Gerhard Tschentscher:
Die kulturelle Vielfalt, die Sie gerade erwähnt haben - im Konzern nennen wir das Diversity - hat sicherlich eine Rolle gespielt. Sie war eine der strategischen Gründe, warum wir diese Entscheidung getroffen haben. Sie müssen sich überlegen: Wir sind seit fünfzig Jahren in Karlsruhe und, wie Sie es vorhin angesprochen haben, eines der erfolgreichsten Unternehmen weltweit und in Deutschland. Genau das ist der Punkt: Es ist wichtig, über den Tellerrand hinaus zu schauen und zu sehen, dass wir Entscheidungen treffen müssen, wenn wir in zehn bis 15 Jahren noch genauso erfolgreich sein wollen. In einer solchen Situation hilft manchmal der Blick von außen bzw. oben. Wenn Sie also von oben, von New York, wo unsere Muttergesellschaft sitzt oder von Karlsruhe aus auf Berlin blicken, spricht vieles für die Stadt. Von dort sehen Sie, dass in Berlin ein Gesundheitscluster existiert, wie kaum an anderer Stelle in Deutschland. Angefangen von der Charité als Universitätsklinikum, an dem viel geforscht wird - was auch uns als forschendes Pharmaunternehmen sehr wichtig ist - über die Max Planck und andere wissenschaftliche Gesellschaften oder auch Biotechnologie-Firmen, die sich immer stärker um Berlin ansiedeln - das alles ist in Berlin in einer großen Dichte und Breite vorhanden, wie es beispielsweise in Karlsruhe nicht ist. Ähnlich ist es vielleicht nur noch um München herum. Das sind alles Dinge, die von der inhaltlichen und forschenden Seite für uns eine Rolle spielen. Wir müssen uns auch darüber im Klaren sein, dass wir kein Öl, kein Gold oder sonstige Rohstoffe in Deutschland haben, die wir aus dem Boden holen könnten. Das heißt, wir können nur mit dem wirtschaften, was wir überwiegend in unseren Köpfen haben. Es war ein ganz wichtiger Punkt uns zu fragen, wo wir in Zukunft das Umfeld finden, das wir als Unternehmen brauchen, um auch in Deutschland agieren und qualifizierte Arbeitsplätze anbieten zu können. Neben anderen ist ein zweiter wichtiger strategischer Punkt, der hier in der Diskussion eine Rolle spielt, das Potenzial an Mitarbeiter/innen, das wir in Berlin sehen. Wir glauben, dass Berlin auf allen Ebenen und allen Qualifikationsstufen weitaus attraktiver für unsere Mitarbeiter/innen ist als jede andere deutsche Stadt. Vielleicht noch nicht jetzt, aber in drei, fünf oder zehn Jahren. Da hilft ein Blick in die demographische Entwicklung weiter, doch das würde jetzt zu weit führen. Vielleicht kommen wir nachher auf das Thema zurück. Das sind die wesentlichen Gründe: Berlin als Gesundheitscluster der Zukunft mit optimaler Ausgangsbasis für uns als Arbeitgeber und Berlin als attraktive Boomtown mit einem sehr hohen Potenzial an Arbeitskräften.

Marion Haß:
Vielen Dank. Dann greife ich von Ihnen das Stichwort Cluster noch einmal auf. Unsere Teilnehmer/innen im

Podium haben alle ein Statement vorbereitet. Herr Strauch, ich glaube, das Thema Cluster "Gesundheitswirtschaft" wird in Ihrem Kurzstatement eine wichtige Rolle spielen. Daher würde ich Sie bitten zu beginnen.

Volkmar Strauch:
Herzlichen Dank, Frau Dr. Haß. Zunächst liegt das Cluster Gesundheit nicht direkt in dem heute diskutierten Themenbereich. Trotzdem ist es durchaus sinnvoll, es hier in einigen Sätzen darzustellen.
Wir haben damals in der Tat überlegt, ob und wie wir unsere Wirtschaftspolitik ausrichten sollen. Wir haben dann gesagt, dass wir Wirtschaftspolitik - überspitzt formuliert - erst einmal nicht als Sozialpolitik begreifen und den Schwachen, die kurz vor der Pleite stehen, helfen wollen, sondern dass wir Wirtschaftspolitik so verstehen, dass wir die Starken - und ich sage nicht: die Großen - unterstützen. Wir wollen eine Wirtschaftspolitik, die auf die Starken setzt und schaut, an welchen Stellen in der Stadt wir bereits stark sind und wo wir spezifische Kompetenzen haben, auf denen wir aufbauen können, um im internationalen und nationalen Wettbewerb voranzukommen. Hier haben wir drei Cluster identifiziert. Das eine Cluster ist Medien, Kommunikation, Kulturwirtschaft, das zweite ist Mobilität, Verkehr und das dritte Gesundheit. Wir sind ja eigentlich nur für einen relativ kleinen Teil zuständig, also für Medizintechnik, Biotechnologie, für die Pharmaunternehmen wie Pfizer usw. Wir meinten aber, dass man diesen Bereich nicht isoliert, sondern als Teil des Themas Gesundheit sehen muss. Und zur Gesundheit gehören, wie ich vorhin schon sagte, drei Bereiche: die Gesundheitsversorgung, die Gesundheitswissenschaft mit allem rund um das Thema Ausbildung - das Sie hier vielleicht besonders interessiert - und die Gesundheitswirtschaft. Wir versuchen das integrativ zu sehen und haben daher einen Masterplan entwickelt. In dem Masterplan Gesundheit sind wiederum zwölf Handlungsfelder definiert. Man kann dabei als Stadt nicht in jedem Handlungsfeld gut sein. Wir schauen nun wieder innerhalb der Handlungsfelder, wo unsere ganz spezifischen Stärken sind, an denen wir anknüpfen müssen, um da tatsächlich voranzukommen. Das ganze hat drei Funktionen. Bei der ersten Funktion, in der wir etwas für die Berliner Bevölkerung tun wollen, wird uns immer vorgeworfen, dass sie zu kurz käme. Es wird gesagt, dass wir nur den Umsatz von Gesundheitsunternehmen stärken wollten. Das wollen wir auch. Aber das ist kein Selbstzweck. Langfristig soll das auch der Berliner Bevölkerung oder einer anderen - je nach dem wohin wir unsere Produkte verkaufen - nützen. Zudem wollen wir in der Tat den Wissenschaftsbereich in Berlin ausbauen. Wir haben hier mit der Charité als Leuchtturm und Vivantes als einem auch im Bereich der klinischen Forschung immer wichtiger werdenden Unternehmen im Grunde die größte medizinische Fakultät und das größte kommunale Krankenhaus Deutschlands. Dabei sind beide gut aufgestellt - bei aller Kritik, die man in Einzelpunkten sicherlich üben kann. So kommt es, dass wir hier eigentlich einen idealen Ausgangspunkt haben.
Nun will ich versuchen, ein bisschen näher an unser Thema heute heranzurücken. Ich möchte mit etwas beginnen, das für Sie auf den ersten Blick eventuell gar nichts mit unserem Thema zu tun hat. Hier sitzt Herr Tschentscher am Tisch für Pfizer. Pfizer ist ein typisches Migrant/innenunternehmen. Sie sind in den USA, sie sind aber auch in Deutschland. Innerhalb Deutschlands haben sie eine Binnenmigration von Karlsruhe nach Berlin vollzogen - da hat alles wunderbar geklappt. Oder ich nehme ein anderes, vor kurzem an die Börse gegangenes Unternehmen, Jerini. Der Chef von Jerini ist als junger Arzt in die USA gegangen, hat sich dort weiterqualifiziert, ist dann zurückgegangen an die Charité und hat dann nach zwei oder drei Jahren an der Charité ein Unternehmen gegründet - eben Jerini. Das Unternehmen ist mittlerweile ein Aktienunternehmen mit viel Erfolg und hat nach sieben Jahren Entwicklung mittlerweile auch sein erstes Produkt fertig und steht kurz davor, damit an den Markt zu gehen. Der Chef ist auch ein Migrant. Erst migrierte er raus aus Deutschland, dann wieder zurück. Das scheint mir eine ganz wichtige Einsicht für einige Berufsgruppen zu sein: dass das so genannte "brain drain", also wenn gut qualifizierte Deutsche ins Ausland gehen, nicht schlimm ist, solange sie wieder zurück kommen. Und in der Tat: ein großer Teil kommt zurück. Das Gleiche gilt natürlich auch für andere Bereiche. Im Gesundheitsbereich kann man das ganz gut sehen. Wenn ich an unsere Handlungsfelder denke, meinen wir nun allerdings, dass zu dem Thema auch das Stichwort Diversity gehört - auch wenn es so explizit nicht im Masterplan vermerkt ist. Die Krankheitsbilder von Menschen sind unterschiedlich und gerade in metropolitanen Regionen wie Berlin ist das ein Thema. Ich komme gerade aus Tallinn zurück, da dort ein Treffen der Ostsee-Anrainer-Städte stattgefunden hat. Da hat man das Stichwort der "metropolitan health care" in die Debatte geworfen - das hat großes Interesse bei den Unternehmen hervorgerufen, weil auch sie das Problem der demographischen Entwicklung in großen Städten sehen, wo eine hohe Mischung unterschiedlicher Menschen mit unterschiedlichen Lebensstilen lebt. Dabei geht es nicht nur um die Herkunft. Es geht auch um die Art der Lebensstile, die auch spezifische gesundheitliche Bedürfnisse und Anforderungen hervorrufen. Das scheint mir ein außerordentlich wichtiger Ansatzpunkt zu sein. Dies bildet zusammen mit der Nachfrage die eine Seite. Die andere Seite bildet die der Angebote. Schon alleine wegen der Art der Nachfrage ist es erforderlich, dass das Angebot sich entsprechend strukturiert. Wir müssen also von der

Angebotsseite, das heißt von der Diagnostik und der Therapie her berücksichtigen, dass die Struktur der Patientinnen und Patienten so unterschiedlich ist. Gerade in Berlin gibt es neue Entwicklungen, die uns besonders beschäftigen. Beispielsweise die Genomforschung und damit die Möglichkeit, nicht mehr uniformierte Arzneimittel in gleichen Dosen jedem auszugeben, egal, ob Mann, ob Frau, ob aus Afrika, aus Mitteleuropa usw. Das wird in Zukunft nicht mehr notwendig sein. Man wird auf Grund der Entschlüsselung des Genoms - und damit der menschlichen Körperstruktur und der physiologischen Eigenschaften jedes einzelnen Menschen - sehr viel stärker spezifisch in Therapien vorgehen können. Bisher haben wir - übertrieben dargestellt - ein Einheitsmedikament für alle. In Zukunft werden wir eine individualisierte medikamentöse und auch sonst stärker individualisierte Behandlung haben. Das ist eine der großen Herausforderungen, die nun - wie ich gerne zugebe - auch wieder nur mittelbar mit Ihrem Thema zusammenhängt, aber trotzdem auch damit zu tun hat. Dazu tritt ein rein ökonomischer Aspekt. Berlin ist eine tolle Stadt. Wir leben alle gerne hier. Aber wenn wir die harten Zahlen anschauen, sehen wir, dass Berlin wirtschaftlich immer noch nicht ganz über dem Berg ist. Wir haben noch immer ein relativ geringes durchschnittliches Einkommen. Die Schulden kennen wir alle. Wie kommen wir also wirtschaftlich weiter? Wie schaffen wir es, dass es uns besser geht? Ich denke, unter ökonomischen Gesichtspunkten gibt es drei Ansätze. Erstens: Wir können mehr von dem, was wir selbst brauchen hier auch selbst herstellen und produzieren. Das heißt: In welchem Umfang holen wir uns Versorgung von außen her und in welchem Umfang produzieren wir selbst und nutzen unsere endogenen Potenziale? Zum Beispiel schimpfen unsere Medizintechnikhersteller über Vivantes, da Vivantes - übertrieben dargestellt - in aller Welt einkauft, nur nicht in Berlin. Das ist die eine Methode. Die andere Methode ist, dass man die guten Leistungen, die man hier herstellt, also Dienstleistungen und Produkte auch exportieren kann. In dem Umfang, in dem einem der Export gelingt, hat man natürlich auch mehr Wirtschaft hier. Beispielsweise wird unser Know-how nicht nur nach Brandenburg transferiert, wo es auf Grund der Ausdünnung der Bevölkerung auch sehr wichtig ist, ein ganz anderes Versorgungssystem - zum Beispiel durch die Nutzung von Telemedizin - aufzubauen. Die Charité hat aber darüber hinaus eine telemedizinische Kooperation mit einem der Krankenhäuser in Peking. Diese Kooperationen haben wir auch mit dem arabischen Raum. Das ist ein ganz, ganz wichtiger Bereich. Dazu gehören auch visiting doctors. Ich weiss nicht, ob Herr Söding auch schon einmal in Saudi-Arabien oder anderswo einen derartigen Dienst absolviert hat. Das heißt, dass man zwei, drei Monate in dem jeweiligen Land vor Ort tätig ist. Das führt dann drittens zu der Hereinholung der Nachfrage nach Berlin.

Es fällt häufig der Begriff "Patiententourismus". Ich halte das Thema Patiententourismus nicht für ein zentrales Thema. Der Bereich wird meines Erachtens nicht sehr ergiebig sein, obwohl es Unterbereiche gibt, in denen es von großer Bedeutung ist, wie zum Beispiel beim Herzzentrum, das einen hohen Anteil an ausländischen Patient/innen hat. Ich persönlich finde zum Beispiel viel wichtiger, dass sich Menschen hier ihre Weiterbildung organisieren und Berlin so zu einem Zentrum für Weiterbildung in allen möglichen Bereichen wird. Wir haben eine Reihe von Kontakten in andere Länder, bei denen relativ hochrangige Vertreter/innen ihre bereits ausgebildeten Krankenschwestern, -pfleger und Ärzt/innen hier qualifizieren und weiterbilden wollen. Vor kurzem fand zum Beispiel ein Gespräch zwischen Steinbeis und Vivantes unter Beteiligung der libyschen Regierung statt. Sich für bestimmte neue Therapiemethoden und die Nutzung bestimmter medizinischer Geräte zu qualifizieren, ist hier in Berlin dadurch, dass wir dieses berühmte Cluster haben, leicht und gut möglich. Das wäre somit ein weiterer Ansatzpunkt. Soweit im Augenblick von mir. Ich konstatiere gleich, dass das - wenn ich mir die Zuhörerschaft anschaue - eventuell nicht ganz Ihren Erwartungen entspricht, aber auf die Erwartungen kann man noch in der Diskussion eingehen.

Marion Haß:
Das werden wir auch tun. Vielen Dank erst einmal. Sie haben gesagt, Herr Strauch, Pfizer ist ein multikulturelles Unternehmen, ein Migrant/innenunternehmen und das Sichtwort Diversity ist gefallen. Herr Tschentscher wird uns nun bestimmt mehr darüber berichten, was Vielfalt in seinem Unternehmen bedeutet und wie Vielfalt hilft, die Marktposition von Pfizer zu stärken.

Gerhard Tschentscher:
Diese Aussagen von Herrn Strauch, dass Pfizer ein Migrant/innenunternehmen ist, nehme ich gerne auf. Das ist in der Tat so. Pfizer ist ja eines der Unternehmen mit noch einem richtigen Familien- und keinem Kunstnamen. Der Gründer von Pfizer - ich mache einen kleinen Exkurs in die Geschichte - ist 1841, als in Deutschland mit der Revolution ein großes Durcheinander und eine schwierige Zeit herrschte, völlig mittellos in die USA ausgewandert. Karl Pfizer (deutsche Aussprache) hieß er damals noch und nicht Pfizer (englische Aussprache). In den USA hat er ein Unternehmen gegründet. Das kann man gedanklich auf die heutige Zeit übertragen: Es ist 2007 und irgendein völlig "Abgerissener" kommt aus einem in ein anderes Land, möglicherweise ein Flüchtling mit einer schwierigen politischen Situation im Hintergrund, wie es der Herr Pfizer auf Grund der Revolutionswirren in Deutschland auch war. Was jetzt passiert ist, dass das neue Land ihm eine Chance gibt, das

heißt, er kann sich in diesem Land niederlassen, etablieren und ein Unternehmen gründen. 159 Jahre später gibt es das Unternehmen immer noch und es hat sich mit 105.000 Mitarbeiter/innen weltweit zum größten im pharmazeutischen Bereich entwickelt. Hundert Jahre nach der Migration von Herrn Pfizer ist die Firma Pfizer 1958 wieder nach Deutschland zurück gekommen. In Deutschland war es eine Zeit des Aufbaus - im Anschluss an eine Zeit der Zerstörung und des Niedergangs. Dieses Unternehmen konnte dann hier auch prosperieren und hat hier mittlerweile 5000 Mitarbeiter/innen. Das kann meiner Ansicht nach nur funktionieren - ob in Deutschland, den USA oder einem anderen Land, wenn man auf Vielfalt setzt. Diese 105.000 Mitarbeiter/innen kommen - ich habe das in Vorbereitung auf diese Veranstaltung nachgelesen - aus 142 Ländern. Die 5.000 Mitarbeiter/innen, die wir in Deutschland haben, kommen aus 37 Ländern. Pfizer ist in 90 Ländern tätig. Da ist es klar, dass jeweils aus diesen Ländern viele Mitarbeiter/innen stammen. Aber das bedeutet auch, dass Nationalität und Vielfalt für uns eigentlich keine Themen sind, über die wir intern diskutieren müssen - stattdessen sind sie eine Selbstverständlichkeit. Nationalität ist auch kein Einstellungskriterium - nirgendwo im Unternehmen. Die entscheidenden Dinge sind die Qualifikationen.

Das ist ein Stichwort, das vorhin bereits gefallen ist. Herr Strauch ist ja jetzt zum Bildungssenator befördert worden - vielleicht kann man das nachher noch weiter beibehalten und mit ihm in dieser neuen Eigenschaft als Bildungssenator eine kurze Diskussionsrunde führen. Als konkretes Thema würde ich die Qualifikationslevels der Schulen in Deutschland vorschlagen. Also die Frage, ob die Schulen wirklich die Ausbildung liefern, die ein jedes Unternehmen braucht, um Menschen jeglichen kulturellen Hintergrundes eine Chance für den Start in das Berufsleben zu geben. Unsere meisten Arbeitsplätze - nicht nur die im Management oder in der Forschung - erfordern ein spezifisches Know-how. Pfizer hat keine "nicht-qualifizierten" Arbeitsplätze. Ganz egal, ob Sie in die Produktion oder die Verwaltung schauen - keine einzige Anlage wird mehr ohne Computer betrieben, es läuft nichts mehr ohne technologisches Know-how. Sie können keinerlei Rechnung mehr bezahlen oder Bestellung aufgeben, wenn Sie nicht über eine qualifizierte Ausbildung verfügen. Das sind Dinge, auf die ich nachher gerne noch einmal zurückkommen würde, denn das entspricht einer Erwartung, die wir als Pfizer auch an Berlin und an die Systeme haben. Ein anderes Stichwort, das hier ebenfalls schon gefallen ist, würde ich gerne noch einmal aufgreifen. Das ist die demographische Situation. Ich komme aus Südwestdeutschland. Da ist die Arbeitslosenzahl eine andere als hier in Berlin oder in anderen Bundesländern. Wir haben in Karlsruhe eine offizielle Arbeitslosenquote von 4,5%. Ich habe Schwierigkeiten als Personalchef, meine freien Stellen zu besetzen. Und ich habe nicht nur Schwierigkeiten, Managementpositionen zu besetzen, was wieder auch mit der Attraktivität zusammen hängt, bei der Karlsruhe im Vergleich zu Berlin für Leute von außerhalb weniger gut abschneidet. Sondern das fängt im Kleinen, bei den Ausbildungsplätzen an. Wir haben einen Pakt in Deutschland. Die deutsche Industrie hat sich verpflichtet, die Ausbildungsstellen um 10% zu erhöhen. Bei uns in der chemischen Industrie hat man das in den letzten Jahren schrittweise gemacht - jedes Jahr eine Anhebung um 5%. Das schaffe ich aber nicht - und das schafft kein Unternehmen in Südwestdeutschland. In Berlin aber ist das Potenzial da, die Menschen sind da. Die Frage ist, ob sie richtig qualifiziert sind und was wir tun, um sie so zu qualifizieren, dass sie einen der Arbeitsplätze bekommen, die offen sind. Das ist ein nicht ganz unwichtiges Problem, das sich in den nächsten zehn bis 15 Jahren verschärfen wird. Ein anderer Stichpunkt ist Diversity bzw. Vielfalt. Hierzu möchte ich Ihnen ein Beispiel erzählen. Pfizer arbeitet in vielen Studien, Initiativen und Forschungsprojekten mit. In den letzten Jahren haben wir hier in Berlin - zusammen mit der Bertelsmann-Stiftung - Forschungsprojekte zum Thema Interkulturelles Management in globalen Organisationen unterstützt. Wir haben Forschungsprojekte mit anderen großen Konzernen zum Thema Diversity Management unterstützt. Hier sind ganz interessante Dinge herausgekommen, was Unterschiede in internationalen Unternehmen betrifft - zwischen international, "klassisch deutsch" oder angelsächsisch geführten Unternehmen. Diversity fällt einem deutschen Personalchef immer im Zusammenhang mit Demographie ein. Das heißt - den Ergebnissen der Studien zufolge, dass der Sachzwang, zu wenig eigenes Personal zu haben, den Personalchef darauf bringt, Leute mit anderen Hintergründen und aus anderen Ländern einzustellen. Der Ansatz eines amerikanischen, englischen und internationalen Unternehmens ist ganz anders. Die sagen: "Diversity ist Vielfalt und Vielfalt machen wir unabhängig von der demographischen Situation, da uns Vielfalt voranbringt. Vielfalt erzeugt bessere Arbeitssituationen und ein besseres Arbeitsklima, was auch im Zusammenhang mit besseren Arbeitsergebnissen steht. Also müssen wir schauen, dass unsere Belegschaft so vielfältig wie möglich ist." Vielfalt bzw. Diversity wurde in Deutschland oft übersetzt mit "okay, ich muss schauen, dass ich gleich viele Frauen wie Männer habe." Das ist aber nicht Diversity. Diversity ist und Vielfalt heißt, dass ich Junge und Alte brauche, Frauen und Männer, Menschen aus unterschiedlichen Kulturen, die unterschiedliche Herangehensweisen an Situationen mit sich bringen, unterschiedlich kommunizieren und Probleme lösen. Da gibt es dann Heerscharen von konzerninternen Erfahrungen in Problemlöseprozessen - sei es in der Produktion oder im Management, bei denen man einfach "Gleiche" zusammensetzt und

über Probleme nachdenken lässt. Die sind dann zwar hoch qualifiziert, aber "gleich" - ob als Ingenieure oder Männer. Oder ich nehme "Unterschiedliche", das heißt, ich variiere die Gruppe und habe dann plötzlich eine Kombination aus unterschiedlichen Berufen, Gruppen, aus Männern und Frauen und aus unterschiedlichen Kulturen. Jetzt können Sie dreimal raten, bei welcher Zusammenstellung die Ergebnisse besser sind. Hier glaube ich, dass eine Lösung auch für Schulen, Universitätssysteme und auch für Wirtschaftsunternehmen in Deutschland darin läge, Diversity anders zu fassen. Das hieße, aus einer Abwehrhaltung heraus und in eine proaktive Haltung hinein zu kommen. Dann wären wir möglicherweise auch erfolgreicher. Jeder amerikanische oder englische Konzern hat mindestens auf dem Vorstandslevel eine Diversity Managerin oder einen Diversity Manager, der oder die die Aufgabe hat, eben dieses Thema von oben nach unten über alle Prozesse hin anzutreiben.
Ein letzter Punkt, über den ich reden möchte, ist die "Community". Community kann man schlecht übersetzen - man könnte es grob als "Gemeinschaftssinn" fassen. Pfizer hat das Prinzip als einen Unternehmenswert festgesetzt. Das heißt, dass wir uns - egal wo wir sind, ob in New York oder in Karlsruhe oder nächstes Jahr dann in Berlin - in die Gesellschaft einbringen. Dass wir da unterstützen und dort Problemfelder aufgreifen und mit ihnen arbeiten, wo es der Gesellschaft nützt. Das werden wir auch in Berlin tun. Ich will Ihnen zwei Beispiele aus Karlsruhe zum Thema Ausbildung, Qualifizierung und auch Migration geben. Ein ganz einfaches Beispiel der Unterstützung ist zum Beispiel die Hausaufgabenhilfe. In Karlsruhe gibt es keine so genannten Problemstadtteile wie - entsprechend dem was ich gelesen habe - in Berlin. Ich weiß nicht, ob das so stimmt, und wenn es stimmen sollte wäre es sicherlich noch einmal ein eigenes Thema. Aber als Unternehmen kann man in solche Stadtteile gehen und kann ganz konkret anfangen, Basisarbeit zu leisten und Ausbildungsarbeit zu unterstützen. Wir tun das - und das hängt wieder mit der Demographie zusammen - indem wir sagen: "Okay, das Schulsystem schafft es in Deutschland - warum auch immer - nicht, genügend zu qualifizieren, also sponsern wir, gehen in die Klassen und machen dort naturwissenschaftlichen Unterricht". Das realisieren wir mit freiwilligen Arbeitsgruppen. Die Schulen können das nicht finanzieren, aber die Lehrer/innen sind bereit, das zu machen und die Schüler/innen interessiert es. Es geht einfach um die Möglichkeiten. Mit solchen konkreten Dingen kann man "Community" fördern. Ich denke, da wird es in Berlin für uns viele Ansatzpunkte geben. Soweit mein Statement.

Marion Haß:
Wir haben noch zwei Statements. Bisher wurde der große Rahmen abgesteckt, wir haben ein konkretes Unternehmen kennen gelernt und erfahren, wie es mit dem Thema Vielfalt und Community umgeht und welche Ideen es dafür gibt. Wir haben nun hier im Podium Herrn Söding, der uns dazu, wie Integration von Migrant/innen - und in dem Fall speziell von Flüchtlingen - erfolgen kann, ein konkretes Projekt vorstellen möchte. Dazu wird er uns nun einiges Weiteres erzählen.

Ulrich Söding:
Ich freue mich, dass ich ein ganz erfolgreiches Projekt aus den letzten Jahren hier vorstellen kann. Der Titel ist "Ausbildung als Einstieg". Ich denke, das ist auch gerade vor den Hintergründen, von denen wir heute Vormittag auch gehört haben und den Defiziten, die Dr. David aufgezeigt hat, ein ganz wichtiger Aspekt: Nämlich, dass es uns gelingt, zunehmend mehr Menschen mit Migrationshintergrund in die Gesundheitsberufe hinein zu bekommen, um die aufgezeigten Defizite zu minimieren. Wir als Vivantes stellen mit 13.000 Beschäftigten und circa einem Drittel des Marktanteils hier in Berlin einen ganz, ganz wesentlichen Teil der Gesundheitsversorgung der Berliner Bevölkerung. Es ist ja auch bereits über die Verhältnisse gesprochen worden. Wir haben Krankenhäuser in den Bezirken, die Sie dann sicherlich auch noch kennen lernen werden Herr Tschentscher, mit entsprechenden Konstellationen in der Bevölkerungszusammensetzung. Das Klinikum am Urban in Kreuzberg und das Klinikum in Neukölln sind einige Beispiele dafür. Für uns ist es von entscheidender Bedeutung, eine möglichst optimale Patient/innenversorgung sicher zu stellen. Das hat auch zunehmend mit der Problematik des Kostendrucks und der Notwendigkeit zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen zu tun. Darüber hinaus möchte ich einen weiteren Aspekt ansprechen, der für Vivantes zum Tragen kommt. Herr Strauch hatte schon gesagt, dass wir ein Unternehmen in kommunaler Trägerschaft sind. Das heißt, dass Vivantes auch eine erhebliche Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Berliner Bevölkerung trägt. Wir haben einen großen Vorteil, den wir auch im Rahmen des Projekts nutzen konnten: Wir müssen nicht - im Vergleich zu privatwirtschaftlichen Unternehmen oder Aktiengesellschaften der Konkurrenz - primär auf Gewinnerzielung ausgerichtet sein, um entsprechende Gewinne an die Aktionäre auszuschütten, sondern wir können einen Teil dieser Gelder für Maßnahmen nutzen, um eine möglichst optimale Versorgung der Berliner Bevölkerung sicher zu stellen. Wenn man sagt, dass sich der Anteil der Migrant/innen an der Bevölkerung entsprechend im Anteil des qualifizierten Personals spiegeln soll, muss man - wie ich eingangs erwähnte - dafür sorgen, dass die Menschen mit diesem Hintergrund und diesen interkulturellen Kompetenzen auch den Zugang in die Ausbildung bekommen. Diesen Menschen den Zugang zu ermöglichen, ist uns im Rahmen dieses

Projekts gelungen. Dabei haben wir auch vielfältige Erfahrung hinsichtlich auftauchender Schwierigkeiten gesammelt. Lassen Sie mich das Projekt kurz skizzieren - es ist heute auch schon von Herrn Jouni in seiner Anmerkung angesprochen worden. Migrant/innen bilden keine homogene Gruppe. Da gibt es sehr deutliche Unterschiede, auch bezüglich der Möglichkeiten des Zugangs in Bildungseinrichtungen. Herr Jouni hat auf die Gruppe der Flüchtlinge verwiesen, die eine besonders schwierige Situation vorfinden. Sie sind durch einen Aufenthaltsstatus gekennzeichnet, der für Ausbildungsträger abschreckend ist. Die Situation ist in der Regel so, dass Flüchtlinge bzw. Asylbewerber/innen in der Regel nur eine halbjährige und maximal eine einjährige Aufenthaltsgenehmigung haben. Das bildet bei den Berufen, für die wir ausbilden - mit einer Ausbildungsdauer von drei Jahren - keine Perspektive. Es ist ein zu großer Unsicherheitsfaktor, diese Ausbildungsplätze aus Überzeugung mit Flüchtlingen oder Asylbewerber/innen zu besetzen. Wir haben uns trotzdem dafür entschieden und mussten dann aber feststellen, dass es auch rechtliche Hürden gibt. Wir haben mit diesem Projekt Ende 2005 in Kooperation mit dem Zentrum für Migrationsdienste begonnen. Wir standen zunächst vor dem Problem, dass wir diese Menschen gerne in die Ausbildung übernehmen wollten, aber schlicht und einfach nicht übernehmen konnten. Seitens der Arbeitsagentur wurde dem durch die so genannte Vorrangprüfung ein formalrechtlicher Riegel vorgeschoben. Wenn Sie davon ausgehen, dass wir in Ausbildungsgängen 30 bis 70 Bewerber/innen auf einen Ausbildungsplatz haben, ist es relativ schwierig nachzuweisen, dass genau diese/r Migrant/in der/diejenige ist, der/die alle anderen aus dem Feld schlägt. Wir haben dann einen Weg gefunden, zusätzliche Ausbildungsplätze einzurichten. Diese Einrichtung von zusätzlichen Ausbildungsplätzen hat es ermöglicht, die Vorrangprüfung zu umgehen. Damit war es möglich, die jungen Menschen in die Ausbildung zu übernehmen. Das bildete bei den ersten beiden Terminen, zu denen wir diese Übernahme gestaltet haben - im Oktober vergangenen Jahres und April diesen Jahres - somit eine Hauptschwierigkeit. Inzwischen haben sich Gott sei Dank die politischen Rahmenbedingungen an der Stelle deutlich gebessert. Mit der Bleiberechtsregelung ist es dadurch wesentlich einfacher geworden, diese Menschen in die Ausbildung zu übernehmen, dass es ihnen in der Regelung sogar ans Herz gelegt wird. Das bildet den Aspekt der formalen Schwierigkeiten ab, den man berücksichtigen muss, wenn es darum geht, Menschen mit Migrationshintergrund in eine Ausbildung zu übernehmen. Das zweite Thema ist auch schon mehrfach angesprochen worden und betrifft die Ausbildungsfähigkeit. PISA hat hinreichend gezeigt, dass insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund zu der Gruppe zählen, die am stärksten benachteiligt ist und von daher häufig nicht die Voraussetzung für eine Gewährleistung mitbringt, dass die dreijährige Ausbildung dann auch abgeschlossen werden kann. Wir haben mit unserem Partner, dem Zentrum für Migrationsdienste eine Vereinbarung getroffen: Wir haben die Interessent/innen für diese Ausbildung in unser Aufnahmeverfahren aufgenommen. Wir haben dann die Aufnahmeprüfung in einem Testlauf durchlaufen. Anhand der Ergebnisse, die zum Teil völlig ausgeschlossen hätten, dass wir die Interessent/innen nach normalen Gesichtspunkten übernehmen, haben wir gemeinsam Analysen hinsichtlich der Schwächen und der sich durchaus abzeichnenden Stärken, betrieben. Daraufhin haben wir gemeinsam eine gezielte Förderung dieser Teilnehmerinnen und Teilnehmer vereinbart. Im Weiteren haben wir auch die Honorare der Dozent/innen dieser Schulungsmaßnahme übernommen. Diese Gruppe haben wir dann in unser reguläres Aufnahmeverfahren aufgenommen. Mittlerweile kann ich berichten, dass das Projekt zunehmend erfolgreich läuft. Im Herbst vergangenen Jahres haben wir vier junge Menschen in die Ausbildung aufgenommen, jetzt im April waren es sieben Migrantinnen und Migranten. Zum 1. Oktober dieses Jahres sind es zehn gewesen, so dass wir inzwischen bei einer Quote von mehr als zehn Prozent der Neuaufnahmen angelangt sind. Diese Erfahrungen machen deutlich, wie wichtig es ist, zwischen Ausbildungsträgern, Unternehmen und Migrant/innenorganisationen eine fundierte, solide Zusammenarbeit auf die Beine zu stellen. Wir haben festgestellt, dass wir bei bestimmten Fragen, mit denen sich dieses Klientel auseinanderzusetzen hat, nur mit den Schultern zucken konnten. Das betrifft ausländerrechtliche Fragen und auch Möglichkeiten der Bereitung und Ebnung von Wegen. Migrant/innenorganisationen oder Organisationen, die sehr eng und intensiv mit Migrant/innen und Migrant/innenorganisationen zusammenarbeiten, sind bei diesen Fragen natürlich sehr hilfreich, da sie diese Schwierigkeiten, Fallstricke aber auch Möglichkeiten kennen. Das war in der Zusammenarbeit in den vergangenen zwei Jahren ausgesprochen hilfreich und hat auch mit dazu beigetragen, dass wir nun mit zunehmender Zahl diese jungen Menschen in die Ausbildung übernehmen konnten. So viel vielleicht fürs Erste. Danke.

Marion Haß:
Vielen Dank. Herr Tschentscher, Sie hatten vorsichtig angesprochen, dass sich vielleicht die Strukturen und auch die Probleme der Bezirke unserer Städte unterscheiden. Einen Bezirk lernen wir jetzt kennen. Frau Marburg wird uns Marzahn-Hellersdorf und die Problematik der Migrantinnen und Migranten in diesem Bezirk vorstellen.

Elena Marburg:
Nach der Darstellung von Herrn Tschentscher wollte ich jetzt eigentlich mein vorbereitetes Manuskript beiseite legen und Werbung bei ihm für eine Unterstützung unserer Stadtteile betreiben. Wir haben neun Stadtteile zur Wahl, Sie könnten sich einen aussuchen, Herr Tschentscher.
Ich gehe davon aus, dass sich einige der Anwesenden fragen, was Marzahn in puncto Vielfalt zu bieten hat. Bis jetzt belegte unser Bezirk immer die vorletzte Zeile in der Ausländerstatistik und in der Regel kommt es niemandem von außen in den Sinn, Marzahn-Hellersdorf mit Migration zu verbinden. Das hat auch für den Bezirk Folgen. Denn dort, wo die gesicherten Datenlagen andere sind - wie in den Innenstadtbezirken zum Beispiel, werden Handlungs- und Finanzierungsnotwendigkeiten gesehen. Das bleibt bei uns einigermaßen aus. Damit will ich nicht die Probleme der Innenstadtbezirke herunterspielen. Es sollten unsere Verhandlungsbedarfe und Probleme am Stadtrand nur auch gesehen werden. Mein Dank gebührt den Organisator/innen dafür, dass ich die Möglichkeit habe, hier für diese Sicht zu sensibilisieren.
Es ist wohl wahr, dass spätestens mit dem Mikrozensus 2005 jeder mitbekommen hat, dass die Ausländerstatistik ziemlich wenig nutzt, wenn man Integrationspolitik machen möchte. Es gibt einfach viele weitere Untergruppen mit ihren jeweiligen Bedarfen und Potenzialen für die Gesellschaft, die eben nicht erfasst werden. Damit sind wir in Marzahn-Hellersdorf spätestens seit Mitte der neunziger Jahre konfrontiert. Damals war es, als sich russischsprachige Aussiedler/innen Marzahn-Hellersdorf - und dabei möchte ich betonen - freiwillig als bevorzugten Wohnort gewählt haben. Als Statusdeutsche verschwinden sie in der allgemeinen Bevölkerungsstatistik. Heutzutage machen sie zehn bis 15% der Bevölkerung aus. Da wir aber nicht mit gesicherten Zahlen aufwarten können, werden dem Bezirk zum Beispiel keine zusätzlichen Mittel für Familienhilfe nach KJHG und auch nur eine unzureichende Projektförderung im Integrationsbereich zugebilligt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer unserer Aussiedlerinnen und Aussiedler beträgt fünf bis sieben Jahre. Diese Gruppe, die auf Grund ihrer privilegierten Migration in der Regel mit einer Klammer der Einheitlichkeit versehen ist, ist alles andere als kulturell homogen. Die Menschen, die dazu gezählt werden, kommen aus dreizehn geographischen Zeitzonen. Das kann man sich bei unseren Besiedlungsverhältnissen kaum vorstellen und wird in der Regel ausgeblendet. Aber schon das alleine begründet kulturelle Vielfalt. Weniger bekannt ist es auch, dass unsere 3,8% Ausländerinnen und Ausländer aus 129 Nationen und allen Kontinenten kommen. Es handelt sich auch hier häufig um Menschen mit einer relativ kurzen Aufenthaltsdauer, da sich unsere Migrantinnen und Migranten eher einbürgern lassen. Somit verschwinden auch sie aus der Ausländerstatistik. In Marzahn-Hellersdorf erleben Sie bikulturelle Ehen mit Partnern und Partnerinnen aus aller Welt und auf Grund der demographischen Situation eine fortschreitende Alterung der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Dagegen wächst die Zahl der Kinder mit Migrationshintergrund mit rasch steigender Tendenz an. Bei der bezirklichen Vorschuluntersuchung im Jahre 2006 haben fast 21% der untersuchten Kinder eine andere Sprache als Deutsch als Familiensprache angegeben. Das heißt, wir haben es in unserem Stadtteil mit einer vorwiegend neuen Migration zu tun. Es sind Migrantinnen und Migranten, die ihren Integrationsprozess mitten im Ost-West-Transformationsprozess mit all seinen Begleitfolgen begonnen haben, und das unter vorwiegend erschwerten Zugangsbedingungen zum Arbeitsmarkt mit einer Arbeitslosenquote von 20%. Das erschwert auch maßgeblich die sozial ausdifferenzierte Positionierung von Migrantinnen und Migranten in den gesellschaftlichen Hierarchien. Zwar entwickeln sich die ethnischen Ökonomien, doch ist nicht jeder zur Selbständigkeit geboren und kann bestehen - wenn es mangels anderer Alternativen und Voraussetzungen doch versucht werden muss. Das sehen wir gerade sehr deutlich bei den Vietnames/innen, die in Nischen oder Ergänzungsökonomien selbständig waren. Heute fallen diese Selbständigkeiten häufig dem Krieg der großen Handelsketten untereinander zum Opfer und die ehemals Selbständigen landen beim Transfer. Auch Ärzte siedeln sich bei uns an. Um die medizinische Versorgung unserer Russischsprachigen brauchen wir uns keine Sorgen machen - die schätze ich als ziemlich gut ein. Genauso wie die Tatsache, dass sich mehrere russischsprachige Ärzte bei uns niedergelassen haben und wir auch diverse Absolvent/innen aus Russland als Ärzt/innen und Zahnärzt/innen haben. Diesbezüglich habe ich noch keine Signale einer medizinischen Mangelversorgung gesehen. Wir haben auch tätige Psycholog/innen und versuchen, auf dieser Ebene weiterhin Entwicklung zu betreiben. Da bei uns der Faktor Arbeit als Integrationsmaschine wegfällt und der Bezirk aus eigener Kraft bestenfalls eine Abmilderung und den zweiten Arbeitsmarkt mit all seinen Nachteilen und Kurzsichtigkeiten leisten kann, können wir nur mit interkultureller Öffnung und sozial-räumlicher Integrationsarbeit dem Rückzug in die eigene Sprachgruppe entgegenwirken. Diese Sprachgruppe wird von Familien- und Verwandtschaftsbezügen zusammengehalten und hat insbesondere unter den herrschenden Umständen eine enorme Sogwirkung. Nicht umsonst weist Marzahn-Hellersdorf im Berliner Projekte-Atlas den höchsten Anteil an vorwiegend eigenfinanzierten Projekten zur interkulturellen Öffnung auf. Seit 2006 wird zudem der Diversity-Ansatz flächendeckend umgesetzt.

Eben weil wir es mit einer Vielfalt zu tun haben, die:

a) unsere sozio-kulturellen Strukturen vor sehr hohe Herausforderungen stellt, weil diese Strukturen sich nicht nur auf bestimmte größere Gruppen einstellen dürfen und stattdessen grundsätzlich herkunftsübergreifend arbeiten müssen, was wiederum nicht einfach ist; und
b) sich sehr schnell entwickelt, weil Marzahn-Hellersdorf einer der sehr wenigen Bezirke mit steigendem Ausländer/innenanteil ist. Ebenfalls steigt die Nationalitäten-Vielfalt und die Angehörigen der Gruppe der Aussiedler und Aussiedlerinnen. Dies geschieht trotz abnehmenden Aufnahmezahlen, da unsere russlanddeutsche Kolonie nach wie vor den Zuzug aus anderen Regionen anzieht. Auch der Ehegatt/innen-Nachzug nach dem Ausländergesetz ist bei der Gruppe der jungen Menschen sehr stark vertreten; und
c) uns mit einer sehr schwach ausgeprägten Form der Selbstorganisation konfrontiert, da wir entweder mangels Masse oder wegen der noch laufenden Koordinierungs- und Konsolidierungszeit in den neuen Lebensumständen kaum auf gewachsene, stabile und bereits institutionalisierte Strukturen der Eigenorganisation der Migrant/innen bauen können. Das ist bei uns ein wirklich sehr wichtiger Faktor, der auch gesehen werden sollte. Diese beginnen sich gerade mit unserer Hilfe zu entwickeln, da die Mitglieder auf Grund ihrer wirtschaftlichen Schwäche selbst keine Aufbaukraft haben. Sie machen natürlich auch alle Kinderkrankheiten der Selbstorganisation mit und sind im Wesentlichen noch instabil.
Für die gegenwärtig viel beschworenen Tandemprojekte müssen wir bisweilen noch kleine Brötchen backen und unkonventionelle Wege gehen, um die Migrantinnen und Migranten mit unseren Angeboten zu erreichen. Wir müssen aber feststellen, dass die allgemeinen Angebote der Berufsorientierung bzw. der außerbetrieblichen Berufsausbildung kaum von Jugendlichen mit Migrationshintergrund wahrgenommen werden. Das heißt zum Beispiel auch, dass kein einziger vietnamesischer und wenige junge Menschen mit anderem Migrationshintergrund eine Förderung nach §13 des SGB VIII erhalten.

Oft können die Migrant/innen ihre Potenziale nicht in einer entsprechenden Beschäftigung realisieren - welch eine gesellschaftliche Verschwendung. Ihre Kinder gehören aber oft zu den Besten der Klassen, ihre Eltern kümmern sich sehr stark um die Bildungserfolge und sind ständig hinterher. Nach wenigen Jahren bekommt man im Fall der russischsprachigen Migrant/innen gar nicht mehr mit, dass sie einen Migrationshintergrund haben, weil sie ihren Akzent verlieren und äußerlich nicht unterscheidbar sind. Die von den Schlagzeilen in den Medien geprägte öffentliche Meinung über problembehaftete Aussiedlerjugendliche tut dem überwiegenden Anteil von ihnen Unrecht. Natürlich haben wir auch schwere und schwer lösbare Problemfälle unter ihnen, das ist aber nicht die Regel. Die meisten von ihnen kommen nach circa drei Jahren ganz gut in der Schule zurecht und viele streben das Studium an. Das gilt zum großen Teil auch für die Vietnames/innen. Die Vermittlung in die Ausbildung ist dagegen schwierig. Leider drehen nicht gerade wenige die Schleife der berufsvorbereitenden Maßnahmen aller Art bereits das dritte oder vierte Mal. Es ist kein Wunder, dass die Motivation schwindet und sich Frust und Rückzug breit machen. Diese jungen Menschen mit Potenzial und Mehrsprachigkeit brauchen wir im Gesundheitsbereich für morgen - aber nicht nur da. Auch in Verwaltungen, in Schulen, in der Sonderpädagogik, in der Sozialarbeit und überall sonst ist es uns wirklich ernst mit Umstrukturierung der Situation der Bevölkerung mit Migrationshintergrund - mit einer Umstrukturierung, die nicht nur das Individuelle berücksichtigt, sondern auch die Bevölkerungszusammensetzung in den gesellschaftlichen Hierarchien widerspiegelt. Dies hilft uns, die wachsende Herausforderung der wachsenden Bevölkerungsvielfalt bewältigen zu können.
Die große Frage ist, wie wir diesen Prozess lenken. Alle Jungvietnames/innen studieren ausschließlich BWL. Das Gleiche oder auch Informationstechnik studieren viele der Aussiedler-Jugendlichen. Die einzige Möglichkeit, sie zu erreichen und sie tatsächlich dafür zu gewinnen - denn unsere Werbung und Information für soziale Berufe lassen sie hartnäckig links liegen - ist über eine gezielte Arbeit mit den Eltern. Das ist notwendig, da in der Regel die Familienbindung dieser jungen Menschen sehr stark und die Familie auch häufig diejenige ist, die die Entscheidung zur Berufswahl maßgeblich beeinflusst. Genau hier liegt es meines Erachtens im Argen. Wir arbeiten alle nach dem individuellen Prinzip. Bei Migrant/innen funktionieren solche Dinge aber systemisch, das Umfeld wird mitgenommen. Maßgeblich sind natürlich auch die kollektiven Meinungsbilder, die zu bestimmten Berufen innerhalb der ethnischen Communities existieren. Bei den Pflegeberufen zum Beispiel sehen diese Bilder nicht rosig aus, da viele aus der Elterngeneration zu Pflegekräften umgeschult wurden und trotzdem nach wie vor in der Gesellschaft und beim Arbeitsmarkt außen vor sind. An diesem Punkt wird es schwierig, zu Gesundheitsberufen zu animieren. Wie nun aber eine erfolgreiche Arbeit aussehen könnte, kann ich im Laufe der Diskussion anhand eines Projekts, das wir realisieren, dann berichten.

Marion Haß:
Vielen Dank, Frau Marburg. Es sind nun sehr viele Aspekte in diesen Statements angerissen worden, die wir weiter diskutieren und vertiefen könnten. Wenn wir das jetzt weiter nur im Podium machen, bleibt das Auditorium ein stückweit außen vor. Deswegen schla-

ge ich vor, dass wir vielleicht als Erstes dem Auditorium die Möglichkeit geben, Fragen zu stellen, und nur wenn Sie sagen, dass für Sie erst einmal alles wunderbar verständlich gewesen ist, können wir dann im Podium noch ein Stückchen weiter diskutieren. Aber im Interesse des Auditoriums würde ich zunächst diesen Weg wählen.

Carola Gold, Geschäftsführerin von Gesundheit Berlin:
Ich würde gerne das Bild von Ihnen, Herr Tschentscher, aufgreifen. Ich fand das sehr beeindrukkend, wie Sie geschildert haben, dass Diversity eine Chance für ein Unternehmen ist und diese Kultur nur in Deutschland noch nicht vorherrscht. Ein stückweit lag der Zusammenstellung dieses Podiums genau dieser Gedanke zu Grunde. Wir würden uns eigentlich in Berlin wünschen, dass die Verschiedenheit und die Vielfalt, die wir in der Stadt haben, tatsächlich als Potenzial gesehen wird. Wenn wir hier über Migrant/innen und Gesundheitsversorgung reden oder überhaupt über die Integration von jungen Migrant/innen, zeigt sich uns eher die Situation, die Herr Söding geschildert hat. Nämlich, dass sehr viel Widerstand überwunden werden muss, um dieses Thema erfolgreich anzugehen. Unsere Erwartung an einen Cluster-Masterplan Gesundheitswirtschaft war, dass nicht nur die Starken teilhaben können, sondern dass eine Stimmung erzeugt wird, die dem Gedanken Rechnung trägt, dass es zu einer Metropole gehört, dass wir diesen Diversity-Charakter in allen Strukturen leben. Unsere Erwartung war, dass so eine Aufbruchstimmung geschaffen wird, die es möglich macht, Jugendlichen mit Migrationshintergrund einen leichteren Zugang in Strukturen zu verschaffen und dafür leichter Unterstützung und Förderung zu bekommen.
Sehen Sie, Herr Strauch, dass wir dieses Klima beispielsweise in Krankenhäusern oder sozialen Einrichtungen als ein positives Image verkaufen könnten, um dort auch mehr für die Leute zu erreichen, denen noch keine Teilhabe am Erfolg möglich ist?

Volkmar Strauch:
Ich kann das, was Sie gesagt haben, eigentlich nur bestätigen. Selbstverständlich ist das so. Man kann das relativ simpel sehen - ich sage es immer wieder und sehr kaufmännisch: Man muss kundenorientiert arbeiten. Da die Kunden sehr unterschiedliche Hintergründe haben, kann man sie auch nur gut bedienen, wenn man ein dementsprechendes Angebot hat. Das heißt, dass man dann eben nicht nur die Patientinnen und Patienten unterschiedlich wahrnehmen muss, sondern dass man sie auch unterschiedlich behandelt. Dazu gehört auch, dass man entsprechende Leute vor Ort hat. Das ist eine Einsicht, die erst so langsam kommt. Nehmen wir ein Beispiel aus der Medizintechnik, in der ich mich etwas besser auskenne. Wir haben in Berlin überwiegend sehr kleine Unternehmen. Die sind zum Teil sehr hoch spezialisiert. Der regionale Markt ist für die hohe Spezialisierung dieser Unternehmen viel zu klein. Wenn diese Erfolg haben wollen - gerade weil sie klein sind und eine Nischenproduktion haben, müssen sie überregional und meist auch international tätig sein. International erfolgreich sind sie nur, wenn sie wiederum ihre Kund/innen, die individuelle und unterschiedliche Interessen haben, entsprechend bedienen können. Daher ist interkulturelle Kompetenz - auch in einem kleinen Unternehmen, einfach ein Muss und ein wichtiger Maßstab. Dafür werben wir auch. Das meint auch, dass entsprechend Märkte für Migrantinnen und Migranten geöffnet werden müssen. Oder dass es, wie bei dem Projekt, das Frau Hansen betreut, Menschen in ihrer Ausbildung ermöglicht wird, ein halbes Jahr im Ausland zu verbringen. Vielleicht sollte ich noch kurz ergänzen, dass es in der Tat ganz schrecklich ist, was Herr Söding berichtet hat. Das ärgert mich seit langem, geändert haben wir es bisher leider nicht. Dass das Ausländerrecht und das Recht der Anerkennung von Bildungs- und Berufsabschlüssen unglaublich restriktiv ist und dahinter natürlich der Glaube steht, dass wir erstens kein Einwanderungsland sind und zweitens, dass keine andere Berufsausbildung so gut wie die Deutsche ist. Diese Überheblichkeit und Arroganz müssen wir ablegen. Das kann in bestimmten Bereichen natürlich zu Missbräuchen führen. Ich plädiere dafür, die sicherlich nicht zu häufig auftretenden Missbräuche in Kauf zu nehmen.

Beitrag aus dem Auditorium:
Herr Strauch, eine Frage an Sie anschließend. Ich denke, dass erhebliche Ressourcen, die Migrant/innen mitbringen, überhaupt nicht genutzt werden. Ein Beispiel finden wir im interkulturellen Frauenzentrum SUSI. Dort arbeiten, überwiegend ehrenamtlich, sechs Psychotherapeutinnen aus verschiedenen Ländern - aus Polen, aus dem Iran, aus Rumänien, aus Kolumbien, Frankreich und Brasilien. Obwohl sie alle ausgebildete Therapeutinnen sind mit Berufserfahrungen in ihren Heimatländern, haben sie kaum oder so gut wie keine Chance, hier eine Kassenzulassung zu bekommen. Es gibt Schlüssel zur Regelung der Niederlassung in den Regionen. Die Schlüssel entsprechen in keinem Maße der Realität. Wir haben im Frauenzentrum lange Wartelisten. Im Prinzip ist die ehrenamtliche Arbeit erzwungen. Die Kolleginnen sagen, dass sie nicht einfach "Nein" sagen können, wenn eine Migrantin kommt, die sozial benachteiligt ist und Hilfe braucht. Sie machen es dann einfach. Ich sage, dass der Bedarf da ist und zwar erheblich. Es geht dann darum, diese vorhandenen Ressourcen zu nutzen und auch entsprechend zu honorieren. Bei den Ausbildungsplätzen ist der Sachverhalt klar - darüber brauchen wir nicht zu diskutieren. Die andere Frage ist eben diese:

Wie können wir mit den qualifizierten Migrantinnen und Migranten arbeiten?
Im Weiteren, Herr Strauch: Den Masterplan kenne ich, ich hatte den Eindruck, dass es um Hightech-Medizin geht. Zunächst bin ich völlig d'accord was die Förderung von hightech-medizinischen Sachen in Bezug auf chronische Erkrankungen wie Diabetes, Brustkrebs usw. betrifft. Was nur zu fehlen scheint, ist die Schiene der psychologischen Versorgung der Menschen, vor allem auch von Migrantinnen und Migranten. In meinem Empfinden kommen diese so genannten "weichen" Anteile - es sind ja de facto keine weichen Anteile - in der Forschung, in der Konzeption und in den Angeboten zu kurz. Ich denke, eine gesunde Bevölkerung hat Auswirkungen auf die Wirtschaft, da spreche ich Sie als Staatssekretär an. Anstatt diese Sparte zu kurz kommen zu lassen, sollte ein Schwergewicht darauf gelegt werden.

Volkmar Strauch:
Das erste Problem sehe ich genauso wie Sie, wobei ich denke, dass wir da bei den Gesundheitsbereichen das Problem haben, dass im Grunde genommen noch kein ausgebildetes Qualitätsmanagement existiert und wir wissen, dass ein Abschluss alleine es nicht bringt. Da sind wir noch ziemlich am Anfang. Das sind wir, weil gerade der Gesundheitsmarkt so intransparent ist und seitens der Patientinnen und Patienten häufig auch eine extreme Drucksituation besteht und so nicht - wie sonst bei anderen Marktprodukten - in Ruhe entschieden werden kann. Da muss das Qualitätsmanagement einen ordentlichen Schub bekommen, gerade auch im Bereich der Psychotherapie. Meine Frau ist Psychotherapeutin und aus meiner Sicht gibt es da eine ganze Menge "Wildwuchs". Ich bin keineswegs der Meinung, dass Psychotherapie keine anständige Therapie sei, ich denke nur, dass man hier auch aufpassen muss. Das zweite war zum Masterplan. Ich lese Ihnen nun einmal die zwölf Handlungsfelder vor und dann können Sie entscheiden, ob das alles Hightech ist: Gesundheitswissenschaft als Grundlage moderner Entwicklung; Lehre, Ausbildung und Fortbildung; Transparenz und Steuerung; Marke, Messen, Kongresse; Biotechnologie und Biomedizin; Medizintechnik und Telemedizin; Angebote und Dienste für ältere Menschen, einschließlich Pflege; Modernisierung und Optimierung der Gesundheitsversorgung; Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Ernährung; Verlängerung und Stärkung der Wertschöpfungsketten; Gesundheitsstandorte und Entwicklung; Export von Gesundheit und Gesundheitstourismus. Wobei ich hier ausdrücklich noch etwas zu Biomedizin, Medizintechnik wie auch Telemedizin sagen möchte. Wenn wir das Beispiel Telemedizin nehmen und dabei an Berlin-Brandenburg und die Bevölkerungssituation in Form der Entleerung der weiter entfernten Brandenburgischen Gebiete denken, kann man sehen, dass das keine rein technische Sache ist. Das ist eine zentrale Frage der Aufrechterhaltung einer bestimmten Versorgungsart. Ich wehre mich daher gegen den Vorwurf verschiedener Abgeordneter, die fragen, wo die Gesundheitsversorgung bliebe. Ich gebe zu, dass die Gesundheitswirtschaft in unserem Masterplan etwas dominant ist, aber auch weil unsere Verwaltung sich am meisten darum gekümmert hat. Die beiden anderen Verwaltungen musste man damals in der alten Besetzung zum Teil ein bisschen zu den Themen hin tragen. Ich persönlich meine aber, dass das relativ ausgeglichen ist. Natürlich ist es nicht perfekt um Gottes Willen. Wir haben auch ein paar Handlungsfelder geändert. Die waren so im ersten Entwurf nicht enthalten. Ich hoffe, dass auch der Aspekt der Gesundheitsversorgung bzw. der Patient/innenorientierung hier hinreichend stark zum Ausdruck kommt.

Beitrag aus dem Auditorium:
Ich habe dem Vortrag von Herrn Söding entnommen, dass die Vorrangprüfung das Problem an ausländerrechtlichen Regelungen ist, das die Hauptbremse für den Zugang der Migrant/innen zum Markt darstellt. Ich wollte die Frage an Sie alle richten, ob Sie wissen, auf welchem Wege man politisch erreichen kann, dass diese Vorrangprüfung aufgeweicht oder abgeschafft wird, so dass die Ideen, die Sie haben, überhaupt umgesetzt werden können. Wir kommen nicht zu Diversity, wenn die Vorgabe bestimmt, dass in der Reihenfolge erst die Deutschen kommen, dann die EU-Staatsbürger/-innen, dann die Nationalitäten zu deren Staat internationale Abkommen bestehen und dann erst die anderen Ausländer/innen. Wir haben hier also eine klare Hierarchisierung bei der Vorrangprüfung. Wo sehen Sie Ansätze?

Elena Marburg:
Die Parteien im Bundestag.

Volkmar Strauch:
Aus meiner Sicht gibt es eine pragmatische Lösung, die wir wählen: Es gibt eine Behörde, die feststellt, wie der Vorrang zu ermitteln ist. Das kann man großzügig oder weniger großzügig machen. Unsere Devise ist die Notwendigkeit, auf einen Menschen, der sich da als Arbeitskraft anbietet, zurückgreifen zu müssen. Das ist natürlich in gewissen Bereichen begrenzt. Zudem gibt es natürlich auch schon von verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen den Hinweis darauf, dass wir noch immer eine Arbeitslosigkeitsquote von 14,4% haben und dass dies auch berücksichtigt werden muss. Ich denke, wir sollten hier so großzügig wie möglich sein, denn unser Land braucht aus demographischen und vielen weiteren Gründen gerade qualifizierte Kräfte. Es wurde verschiedentlich angesprochen, dass es ein volkswirtschaftlicher Wahnsinn ist, wie wir qualifizierte Arbeitskräfte unterhalb ihres Qualifizierungsniveaus hier arbeiten lassen. Es ist

auch ein Wahnsinn, dass wir durch diese Vorrangregelung gerade die qualifizierten Arbeitskräfte davon abhalten, nach Deutschland zu kommen. Die gehen dann lieber nach Kanada, in die USA und Länder, die diese Art von Regelung und Prüfung nicht haben.

Ulrich Söding:
Sie haben darin natürlich recht, dass diese Vorrangprüfung ein ganz wesentlicher Hemmschuh war. Aber es gibt in der Situation der Gruppe von Flüchtlingen noch eine ganze Reihe anderer Probleme, bei denen wir sehr großzügig damit umgehen sollten, da schließe ich mich gerne Herrn Strauch an. Das sind manches mal ganz banale Dinge, wie, dass man als Flüchtling nicht immer einen Tag Zeit hatte, seinen Koffer mit Unterlagen, Papieren und Pässen zu packe und diese dann nicht vorliegen, obwohl sie für eine entsprechende Aufnahme Voraussetzung sind. Ich hoffe sehr, dass die zuständigen Behörden es an der Stelle aufgreifen und eine möglichst großzügige Handhabe und den Gang unkonventioneller Wege gewähren. Das würde denjenigen, die Ausbildungsmöglichkeiten anbieten, helfen, nicht an diesen formellen Hürden zu scheitern.

Beitrag aus dem Auditorium:
Ich möchte hinzufügen, dass ich es sehr begrüßenswert finde, diesen weichen Weg bei der Bewertung der Zugangsvoraussetzungen zu wählen. Trotzdem fände ich es am besten, wenn es diese so strengen Zugangsvoraussetzungen im Sinne der internationalen Diversity gar nicht gäbe. Dankeschön.

Volkmar Strauch:
Ein Satz dazu: Ich halte das in der Durchsetzung für schwierig. Auch die klassischen Einwanderungsländer haben das trotzdem immer noch. Es sollte einem schon zu denken geben, dass die Freiheit des Kapitals sehr groß ist, das heißt, dass die internationale Freiheit der Unternehmen gegeben ist, wie im Beispiel Pfizer. Im Bereich der Arbeitnehmer/innen-Freizügigkeit tun wir uns im Gegensatz zu den Freizügigkeiten, die wir in den anderen ökonomischen Bereichen haben, außerordentlich schwer. Das ist ein Ungleichgewicht, das aus meiner Sicht störend ist - so sehr es im Einzelfall auch zum Schutz von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern notwendig sein mag.

Elena Marburg:
Die Gleichsetzung von Diversity mit Herkunft stört mich ein wenig in der Diskussion. Diversity hat sehr viele Aspekte. Es ist sicherlich in Amerika ein bisschen leichter zu verinnerlichen als hier. Ich werde nie vergessen, wie ich während meines eigenen Studienaufenthaltes dort meine erste Lektion lernte zum Thema "to do", also was man machen kann im Gegensatz zur Lektion auf dem alten Kontinent, die lautet "to be", woher kommst du und wer bist du. Wir werden sicherlich auf vielen Ebenen arbeiten müssen, um das zu verändern. Ich möchte es wirklich nicht so stehen lassen, dass nur die Herkunft Diversity ausmacht.

Gerhard Tschentscher:
Ich würde da gerne noch etwas ergänzen. Die Punkte bezüglich der Zugangsvoraussetzungen, die angesprochen wurden, bilden nur die eine Seite der Medaille. Es ist, glaube ich, alles angesprochen worden, was getan werden muss. Aber ich als Unternehmer bin ein Mann der Praxis und sage, wir könnten auch jetzt schon viel mehr tun als wir tun, wenn wir anfingen, die Sachen zu bearbeiten, die wir selbst beeinflussen können. Wenn Pfizer mit dem Blick auf das Potenzial der Menschen nach Berlin kommt - und zwar unabhängig davon, woher die Menschen kommen - und vor allem vor dem Hintergrund, dass hier auch schon 14,5% der Menschen arbeitslos sind, dann sind das alles Menschen, die bei uns auf offenen Stellen arbeiten könnten. Die dann entscheidende Frage lautet: Sind sie auch qualifiziert, können sie arbeiten? Das ist der Punkt, an dem man ansetzen muss. Wir müssen ganz klar sagen, dass die Voraussetzung dafür, einen Arbeitsplatz zu bekommen bei vielen Jugendlichen einfach nicht gegeben ist. Für die, die diese Voraussetzung und den Schulabschluss haben und berufsschulfähig und ausbildungsfähig sind, kann ich wieder eine Statistik aus meinem Betrieb anbringen. Unabhängig davon, ob wir in der Produktion, der Verwaltung oder der Forschung sind, die Ergebnisse von Auszubildenden mit Migrationshintergrund sind besser als die Ergebnisse derer ohne Migrationshintergrund. Warum? Die Motivation dieser Menschen mit Migrationshintergrund ist enorm. Sie haben diese Zugangschance bekommen und sie nutzen sie. Sie nutzen sie stärker als einheimische Auszubildende. An der Universität erleben wir das gleiche Phänomen mit Studierenden anderer Herkunftsländern. Das ist einfach so und ich glaube, dass wir da ansetzen müssen. Es ist wichtig, dass man diese Fragen, die wir hier diskutieren, auch löst. Aber auch ohne diese bürokratischen Hemmnisse haben wir noch genug Problemfälle, die zu lösen sind - wie das Potenzial von 14,5% möglichen Arbeitskräften in Berlin. Es wäre hilfreich, wenn wir hier ein Stückchen vorankämen.

Volkmar Strauch:
Sie hatten geschildert, dass es Bevölkerungsgruppen unter den Migrant/innen gibt, die sehr aufstiegsorientiert sind. Diese Gruppen sind bildungs- und aufstiegsorientiert. Wir müssen aber auch konstatieren, dass es Gruppen gibt, bei denen das nicht der Fall ist. Bei denen ist es sogar schick, beispielsweise nicht in die Schule zu gehen. Wir haben eine Tendenz, dass sich bestimmte Peers, bestimmte Meinungsträger in bestimmten Gruppen bilden, die dann sagen, "ihr seid ja blöde, wenn ihr das macht." Es ist eines der ganz

großen Probleme, diese Gruppen in ihrer Meinungsführerschaft abzulösen. In meinen Augen ist das ein sehr ernstes Problem. Bei aller Freude über die aufstiegsorientierten Gruppen haben wir das Problem eben auch - und in meinem Empfinden in unserer Stadt besonders stark. Eine generell bekannte Ausnahme sind in der Tat die Menschen aus asiatischen Ländern. Diese bringen durch ihre Herkunft eine extrem starke Aufstiegsorientierung mit - die amerikanischen Universitäten an der Westküste sind nur deshalb so gut, weil sie 20-30% asiatische Studierende haben. So steigt auch der Leistungsdruck für einheimische Studierende. Wir haben hier in der Stadt Teilbereiche, in denen das Gegenteil passiert. Wir müssen das auch als Problem sehen und dürfen es uns nicht schön reden. Je mehr es von diesen Aufstiegsorientierten dort gibt, wo ich bin und je meinungsorientierender sie sind, desto besser für die Stadt - gar keine Frage.

Marion Haß:
Vielen Dank. Ich finde es schade, dass wir gerade dieses Thema jetzt nicht mehr diskutieren können, aber es gibt auch noch eine Gesprächsrunde II heute Nachmittag zur beruflichen Integration von Migrant/innen. Dort wird das Thema Bildung als Zugangsvoraussetzung für den Arbeitsmarkt und für die Berufsausbildung auch eine sehr große Rolle spielen. Die Industrie- und Handelskammer hatte gerade eine Umfrage durchgeführt bei Unternehmen der Gesundheitswirtschaft zu den Erwartungen hinsichtlich des Arbeitspotenzials für die nächsten Jahre. Dort wurde gefragt, ob geglaubt wird, dass es genügend Arbeitskräfte gibt und wo Qualifikationsdefizite gesehen werden - all das wären auch Fragen gewesen, die wir hier wunderbar hätten diskutieren können. Mit Blick auf die Uhr und auf den Terminkalender von Herrn Strauch muss ich leider unsere Runde schließen. Es bleibt eine Reihe offener Fragen. Aber das Thema selbst wird weiterhin in der Diskussion sein, und es existiert ein Masterplan, der viele dieser Fragen aufgreift, auch im Bildungsbereich. Insofern bin ich optimistisch in Bezug auf eine starke Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg mit starken Unternehmen und gut qualifizierten Bürgerinnen und Bürgern. Da schließe ich junge Leute mit Migrationshintergrund auf jeden Fall ein. In diesem Sinne danke ich den Teilnehmer/innen unsere Podiums. Und ich danke Ihnen im Auditorium für die Diskussion und wünsche einen konstruktiven Verlauf für die weitere Fachtagung.

Kontakte:
Elena Marburg, Migrationsbeauftragte Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf, Berlin

elena.marburg@ba-mh.verwalt-berlin.de

Ulrich Söding, Leiter des Institutes für berufliche Bildung im Gesundheitswesen, Vivantes GmbH, Berlin

ulrich.soeding@vivantes.de

Volkmar Strauch, Staatsekretär in der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Techniologie und Frauen, Berlin

volkmar.strauch@senwtf.verwalt-berlin.de

Gerhard Tschentscher, Vice President Human Ressources, Pfizer Deutschland, Karlsruhe

judith.schindler@pfizer.com

Marion Haß, Bereichsleiterin Innovation, Technologie und Wissenschaft, IHK Berlin

hss@berlin.ihk.de

Die Bedeutung interkultureller Öffnung und die Vermittlung interkultureller Kompetenz

Monika Wagner, Diakonisches Werk Berlin Brandenburgschlesische Oberlausitz, Berlin

Ich bedanke mich noch einmal ganz herzlich für die Einladung. Gleich zu Beginn möchte Ihnen sagen, dass ich meinen Vortrag ein wenig abgeändert habe: Ich möchte Ihnen heute etwas über die Bedeutung von interkultureller Öffnung und interkultureller Kompetenz in starkem Bezug auf Migrant/innen erzählen und weniger auf die Vermittlung interkultureller Kompetenz. Zunächst möchte ich kurz etwas zu meinem Tätigkeitsfeld sagen. Ich arbeite seit fünf Jahren als Referentin für interkulturelle Öffnung im Diakonischen Werk und begleite dort im Rahmen eines Equal-Projekts Mitgliedseinrichtungen im Prozess der interkulturellen Öffnung. Das Equal Programm ist ein EU Programm zum Abbau von Benachteiligungen am Arbeitsmarkt. Das Projekt ist Teil der Entwicklungs- und Projekte-Partnerschaft "Qualifizierung für interkulturelle Arbeit" und wird über das Büro des Migrationsbeauftragten koordiniert. Unsere Entwicklungspartnerschaft beinhaltet auch Qualifizierungsprojekte, wie "Migrant/innen in der Ausbildung" oder den Gemeindedolmetschdienst von Gesundheit Berlin e.V.

Bevor ich nun auf die Erklärung interkultureller Prozesse eingehe, möchte ich Ihnen kurz einige Gedanken zum Thema Kultur näher bringen. Kulturen sind offene, veränderbare Systeme. Das heißt, Kulturen wandeln sich, sind dynamisch und flexibel. In jeder Gesellschaft gibt es eine Vielzahl von Kulturen, so genannte Subkulturen und jeder einzelne kann sich mehreren Kulturen zurechnen. Das heißt, Kulturen sind nicht homogen, also gleichförmig, sondern sie sind vielfältig, also heterogen. Seit vielen Jahrzehnten ist die Bundesrepublik ein Einwanderungsland. Viele Politiker/innen haben sehr lange abgestritten, dass Deutschland ein Einwanderungsland ist und tun sich auch heute noch schwer damit, diese Tatsache zu akzeptieren - wie wir jüngst wieder an der "Integrationsland"-Debatte in der Presse gesehen haben. Mit Blick darauf muss ich sagen, dass in den Köpfen der meisten der Politiker/innen anscheinend doch noch eine Vorstellung von Kultur als abgeschlossenem, homogenem, also gleichförmigem System vorherrscht. Würden wir nämlich den Gedanken einer offenen Kultur verfolgen, dann könnten wir auch Migrant/innen als Potenzial betrachten und nicht als ein Problem, für das eine Lösung gefunden werden muss; wir könnten Einwanderung als Ressource begreifen, aus der es zu schöpfen gilt. Das könnte die Grundlage dafür bilden, dass die Motivation für Diversity eine Erhöhung des Arbeitsergebnisses bedingt. So kann Diversity selbst als positiver Aspekt gesehen werden und nicht nur aus der Demographie-Perspektive heraus, wie das Herr Tschentscher heute Morgen erklärt hat. Was Krankenhäuser und Arztpraxen betrifft, hat Herr David uns heute Morgen bereits ausreichend über die Bedarfslage der interkulturellen Öffnung im Gesundheitsbereich informiert. Ich möchte noch kurz aufzeigen, wie die Bedarfe in der Altenpflege aussehen und greife dafür doch noch einmal auf die demographische Entwicklung zurück. Ältere Migrant/innen sind nämlich die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe in Deutschland. Für 2010 sagt man deutschlandweit ein Anwachsen um 8,6% voraus, für 2030 um 17%. Die Zahlen für Berlin sind ähnlich. Hinzu kommt, dass die Gruppe der ersten Generation der Arbeitsmigrant/innen relativ früh von Pflegebedürftigkeit betroffen ist. Das sind Beobachtungen - Studien gibt es leider keine. Das heißt, Arbeitsmigrant/innen werden früher pflegebedürftig als die deutsche Vergleichsgruppe, teilweise bereits ab 60 Jahren. Das hat vielfältige Gründe: es hängt zusammen mit schwierigen Arbeitsbedingungen, mit schwierigen Wohnverhältnissen, mit Diskriminierungserfahrungen und sicher auch mit Heimweh. Das sind alles Faktoren, die zu dieser Entwicklung beitragen. Was bedeutet diese Situation nun also für die Altenpflege? Der Bedarf an kultursensibler Versorgung wächst. Die Regeldienste sind noch nicht im ausreichenden Maße auf die Versorgung dieser Zielgruppe vorbereitet. Nun zur interkulturellen Öffnung. Interkulturelle Öffnung ist die konsequente Kundenorientierung, das heißt die Weiterentwicklung von Strukturen in Einrichtungen der Regelversorgung hin zu einer adäquaten Versorgung von Migrant/innen. Das klingt etwas theoretisch, daher werde ich es konkretisieren. Konzepte der interkulturellen Öffnung sollen Organisationen und Einrichtungen dazu befähigen, ihre Angebote und Leistungen an die veränderten gesellschaftlichen Bedingungen anzupassen. Die veränderte Bedingung ist hier, dass Deutschland eine Einwanderungsgesellschaft ist. Die interkulturelle Öffnung hat zum Ziel, Zugangsbarrieren für Migrant/innen, die sowohl auf Seiten der Einrichtungen als auch der Migrant/innen-Communities bestehen, abzubauen. Zu nennen wären hierbei fehlende Sprachkenntnisse auf beiden Seiten, unterschiedliche Konzepte von Gesundheit und Krankheit und Alter und Familie, unterschiedliche Kommunikationsstile, medizinische Fachsprache, unterschiedliche religiöse Konzepte, mangelnde interkulturelle Kompetenz der

Professionellen und teilweise auch unterschiedliche Hilfestrukturen. Wichtig dabei ist, dass interkulturelle Öffnung zum Abbau dieser Zugangsbarrieren immer einen Organisationsentwicklungsprozess bedeutet. Das heißt, der Prozess betrifft die ganze Organisation. Es ist also zum Beispiel nicht damit getan, einen Mitarbeiter mit Migrationshintergrund zu beschäftigen, der dann die Patient/innen mit Migrationshintergrund betreut. Der Prozess muss stattdessen Maßnahmen auf struktureller wie auf Mitarbeiter/innenebene umfassen und immer langfristig angelegt sein - deshalb ist er auch sehr mühsam. Eine weitere Voraussetzung für die interkulturelle Öffnung ist, dass sie von der Leitung gewollt und von den Mitarbeiter/innen getragen werden muss. Das heißt, dass die Maßnahmen immer Leitungs- und Mitarbeiter/innenebene betreffen. Der Prozess der interkulturellen Öffnung setzt einen Lernprozess bei allen Beteiligten in Gang und kommt der ganzen Institution zugute. Ich habe die Schritte, die für die interkulturelle Öffnung wichtig sind, einmal zusammengefasst. Es wäre aber zu umfangreich, auf jeden Schritt einzeln einzugehen. Daher nenne ich im Weiteren nur folgende Punkte, bei denen es berücksichtigt werden muss: im Konzept, im Leitbild, bei der Entwicklung zielgruppenorientierter Angebote und bei der Öffentlichkeitsarbeit. Hier kommt es auch darauf an, es nach außen hin sichtbar zu machen. Zudem ist es sehr wichtig, sich mit Migrationsfachdiensten zu vernetzen. Ich möchte mich hier auf die Beschäftigung von Migrant/innen konzentrieren, auf Fortbildungen zur Förderung interkultureller Kompetenz, interkulturelle Teamentwicklung und auch Maßnahmen zum Umgang mit Ausländerfeindlichkeit. Dabei spielt der Begriff der interkulturellen Kompetenz natürlich eine sehr große Rolle. Ich möchte Ihnen nun eine Definition vorlegen, die Frau Professor Fischer von der Fachhochschule Frankfurt formuliert hat:

"Interkulturelle Kompetenz bezieht sich auf den Umgang mit Fremdheit in interkulturellen Überschneidungssituationen und sensibilisiert gleichzeitig für den Umgang mit Fremdheit aus anderen Kontexten. Interkulturelle Kompetenz umfasst allgemeine, personenzentrierte Haltungen, wie Empathie, Authentizität, Akzeptanz, Ambiguitätstoleranz und Konfliktfähigkeit."

Ambiguitätstoleranz ist dabei die Fähigkeit, Widersprüche auszuhalten und nicht sofort zu reagieren, sondern einfach auch einmal auszuhalten und später zu reagieren. Frau Prof. Fischer sagt weiter:

"Interkulturelle Kompetenz bezieht sich auf alle Bereiche in einer Organisation und bewährt sich daher in der Erfüllung von Querschnittsaufgaben."

Natürlich hat nicht jede Person mit Migrationshintergrund per se auch interkulturelle Handlungskompetenz. Aber natürlich haben Migrantinnen und Migranten gute Voraussetzungen, interkulturelle Kompetenz zu entwickeln - bzw. sie verfügen sehr oft über sehr viele interkulturelle Kompetenzen und wissen es gar nicht, das heißt sie reagieren sozusagen automatisch und ihre Reaktion stellt nichts besonderes für sie dar. Frau Professor Fischer hat versucht, die interkulturellen Kompetenzen von Migrant/innen in Gesundheitsberufen genauer zu beleuchten. Sie sagt, es gibt vier so genannte Überkompetenzen: die soziale Kompetenz, die Sachkompetenz, die normative Kompetenz und die Methodenkompetenz. Das klingt erst einmal sehr theoretisch, ich werde es gleich mit Leben füllen. Zu den sozialen und Interaktionskompetenzen: Frau Fischer hat beobachtet, dass Migrant/innen im Gesundheitsbereich, die über sehr große kommunikative Kompetenzen in der Herkunftssprache verfügen und aus der gleichen Herkunftskultur stammen, günstige Voraussetzungen für Empathie und Akzeptanz bei den Patient/innen und Bewohner/innen haben. Sie verfügen über Kenntnisse des sozial-kulturellen Hintergrunds der Patient/innen und Bewohner/innen. Zu den Sach-, normativen und Methodenkompetenzen zählen Kenntnisse der vorhin bereits erwähnten Zugangsbarrieren von Migrant/innen zu sozialen Diensten; Kenntnisse der Infrastruktur der Migrant/innen-Communities, die bei den deutschen Einrichtungen oft nicht vorhanden sind; zudem verfügen die Migrant/innen über Kenntnisse von kulturell geprägten Alters- und Krankheitsbildern der Herkunftskultur; sie verfügen über Kenntnisse der Werte und Normen der Herkunftskultur und auch über religiöse Zusammenhänge und ihre Bedeutung für die Pflege. Die Beobachtung aus meiner Arbeitspraxis ist, dass Migrant/innen lediglich an ihren Deutschkenntnissen gemessen werden. Die interkulturellen Kompetenzen werden von den Kolleg/innen im Arbeitszusammenhang wenig oder gar nicht gewürdigt. Diese Beobachtungen werden auch durch Ergebnisse einer Befragung in Pflegeleitungen belegt. Es wurde gefragt, wie die Ressourcen von Pflegekräften mit Migrationshintergrund eingeschätzt werden. Von 18% der Pflegeleitungen wurde genannt, dass sie gar keine Stärken sehen, neun Prozent nannten eine hohe Einsatzbereitschaft und sieben Prozent nannten Zuverlässigkeit und Engagement, sechs Prozent Freundlichkeit/ Zugewandtheit, drei Prozent nannten die Muttersprache als Kompetenz. Nun zu den Defiziten. Hier nannten die Leitungskräfte zu 38% die deutsche Sprache, 23% den schriftlichen Ausdruck, 18% die Pflegedokumentation, neun Prozent die Kommunikation, das heißt den mündlichen Ausdruck gegenüber denen, die sie pflegen, sechs Prozent sahen gar keine Defizite und fünf Prozent sahen Teamfähigkeit und Integration als Defizit. Das bedeutet, dass 38% der Defizite vor allem an den Deutschsprachkenntnissen festgemacht werden. Das bedeutet aber auch, dass darüber hinaus die interkulturellen Kompetenzen und Fähigkeiten der Beschäftigten mit Migrationshintergrund weder erkannt noch gewürdigt werden.

Ich möchte Ihnen nun vorstellen, wie es auch anders gehen kann. Ich begleite das Pflegewohnhaus Spandau im Prozess der interkulturellen Öffnung. Das Pflegewohnhaus beabsichtigt, seine Angebote interkulturell auszurichten und eine Betreuungsetage auch für Muslime einzurichten, die 2008 eröffnet werden soll. Das Pflegewohnheim Spandau hat auf Leitungsebene beschlossen, dass die interkulturelle Öffnung stattfinden soll. Es wird hierbei auf Betreuungs- und Pflegeteams verschiedenster ethnischer Herkunft gesetzt. Das heißt, dass auch ein Schwerpunkt auf die interkulturelle Teamentwicklung gelegt wird. Das wiederum meint, dass die Einrichtung Ihre Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund gezielt fördert. Die Leitung unterstützt die Weiterqualifizierung einer langjährigen Beschäftigten mit Migrationshintergrund zur Wohnbereichsleitung; zwei türkisch-stämmig Beschäftigte nehmen an einer Umschulung zur Altenpflege teil; zusätzlich konnte eine Auszubildende türkischer Herkunft jetzt eingestellt werden; im Sommer wurde eine türkische Hauswirtschafterin in ein festes Beschäftigungsverhältnis übernommen; auch ein Praktikant mit Migrationshintergrund steht in einem festen Beschäftigungsverhältnis. Darüber hinaus finden wir natürlich auch im Stammpersonal Pflegekräfte mit Migrationshintergrund. Aber für diese neue Ausrichtung wird zusätzlich ein spezielles Augenmerk darauf gelegt. Insgesamt wirkt der Prozess der interkulturellen Öffnung sehr motivationsfördernd auf die Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund, da wirklich die Kompetenzen erkannt und gezielt eingesetzt werden. Ein Beispiel: Es wurde eine Liste mit Sprachkompetenzen und dementsprechend auch eine interne Sprachmittlerliste erstellt. Die Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund waren auch behilflich, um Kontakte in die Community zu schaffen. Innerhalb des Verbandes haben wir Kontakte genutzt, um mit einer Beratungsstelle kurdische Frauen zusammenzuarbeiten. Wir haben dann auch ein Fastenbrechen im Monat Ramadan im letzten Jahr veranstaltet. Es fand sehr großen Zuspruch: Es kamen über hundert Menschen und 90% davon waren Muslime. Wir sind auch dabei, innerhalb der Einrichtung einen Förderkurs zur Fachsprache Deutsch für diejenigen anzubieten, die Schwierigkeiten damit haben. Dann können wir ganz gezielt diejenigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fördern. Was die interkulturelle Teamentwicklung betrifft, ist es sehr wichtig, dass das Pflegewohnhaus darauf wert legt, dass keine Ethnisierung stattfindet. Das heißt, es gibt ein interkulturelles, ein multikulturelles Betreuungsteam, das auch die Bewohner/innen betreut. Wir haben auch Arbeitsgruppen zur Überarbeitung der Pflegestandards, des Leitbildes und des Konzeptes eingerichtet. Wir haben im Weiteren die Anamnese-Bögen sowie die Fragebögen für die Erstberatung überarbeitet. Das ganze wird in einer interkulturell besetzten Arbeitsgruppe durchgeführt. Ebenso haben wir exemplarisch interkulturelle Fallbesprechungen durchgeführt. Innerhalb der Fortbildungen haben wir Maßnahmen im Umgang mit Diskriminierung aufgrund von Herkunft durchgearbeitet. Interessant dabei war, dass sich herausstellte, dass es durchaus öfters zu Diskriminierungen von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund durch die Bewohner/innen kommt - dass dies aber von den Betroffenen nicht thematisiert, sondern heruntergespielt wird. In den Fortbildungen war dieser Austausch sehr befruchtend und es war außerdem sehr interessant, das überhaupt einmal auszusprechen und Lösungsmöglichkeiten dafür zu entwickeln. Im gleichen Moment war es interessant, wie deutsche Pflegepersonen berichteten, dass sie Angst haben, von BesucherInnen mit Migrationshintergrund als ausländerfeindlich beschimpft zu werden. Offensichtlich gibt es diese Angst auch. Das ganze leitete einen sehr befruchtenden Dialog ein. Wir versuchen, auch Maßnahmen im Umgang mit Diskriminierung festzulegen und das immer wieder zu thematisieren. Wichtig dabei ist, Fortbildungen zur interkulturellen Kompetenz anzubieten, an denen alle teilnehmen können. Das heißt, dass das nicht nur für deutsche Mitarbeiter/innen gedacht ist, sondern für das gesamte Team. Das zeigt sich als fruchtbar, da Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund natürlich sehr viele Erfahrungen einbringen können und über Wissen dazu verfügen. Wichtig dabei ist, im ersten Schritt Sensibilisierungsübungen zur Wahrnehmung der eigenen kulturellen Herkunft durchzuführen und dann im zweiten Schritt Hintergrundwissen zu vermitteln. Ansonsten kann es sehr schnell zu Stereotypisierungen kommen. Insgesamt möchte ich doch noch einmal betonen: die interkulturelle Ausrichtung ist eine Chance für jede Einrichtung. Es ist eine Chance zur Weiterentwicklung der Qualität im Sinne der Kundenorientierung. Das ist auch eine klare Antwort auf die Frage von Herrn Dr. David heute Vormittag, ob diese Dinge im Widerspruch stehen. Ganz im Gegenteil sehe ich hier eine Chance für ein ‚Mehr' an Qualität. Das gilt für die Altenpflege im ganz besonderen Maße. Interkulturelle Öffnung ist auch eine Möglichkeit, die bisher ungenutzten Ressourcen von Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund zu nutzen und eine Möglichkeit, neue Kunden und Kundinnen zu gewinnen.

Dankeschön für Ihre Aufmerksamkeit.

Kontakt:
Monika Wagner
Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V.
Paulsenstr. 55/56
12163 Berlin

Wagner.M@dwbo.de

Gesprächsrunde II: Die berufliche Integration von Migrant/innen im Gesundheitswesen

Potenziale und Probleme der beruflichen Integration von Migrantinnen und Migranten
Andreas Germershausen, Stellvertreter des Berliner Integrationsbeauftragten, Berlin

Die Ausbildung von Migrant/innen zu medizinischen und zahnmedizinischen Fachangestellten
Arthur Neitsch, Oberstufenzentrum Gesundheit II, Berlin

Das Berufsbildungsangebot 'Modulare-Duale-Qualifizierungs-Maßnahme' - Perspektiven für förderungsbedürftige Jugendliche auf dem Ausbildungsmarkt
Dagmar Kuhlich, Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, Berlin

Potenziale migrantischer Organisationen im Gesundheitswesen vor dem Hintergrund der Diskriminierung von Migrant/innen
Edith Bruhns, Migrationsrat Berlin-Brandenburg, Berlin

Moderation: *Katarina Niewiedzial, Think Tank Progressives Zentrum, Berlin*

Katarina Niewiedzial:
Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich möchte Sie ganz herzlich zu unserer zweiten Diskussionsrunde begrüßen. Zunächst möchte ich mich und unsere Diskussionsgäste vorstellen und dann gleich ins Thema einsteigen. Da unsere Runde recht klein ist, würde ich vorschlagen, dass wir relativ schnell zur Diskussion mit dem Auditorium einladen.
Mein Name ist Katarina Niewiedzial. Ich bin Politologin und Geschäftsführerin eines Think Tanks mit dem Namen Progressives Zentrum. Der Grund warum ich hier bin, liegt darin, dass ich zuvor im Büro des Integrationsbeauftragten gearbeitet habe. Ich war dort als Koordinatorin eines Projektverbunds zum Thema ‚Stärkung der Beschäftigung von Migrant/innen' beschäftigt. Ich selbst bin gebürtige Polin und lebe seit 17 Jahren in Deutschland - wobei ich erst mit der Arbeit beim Integrationsbeauftragten angefangen habe, mich tatsächlich als Migrantin wahrzunehmen oder wie man heute so schön sagt: als Mensch mit Migrationshintergrund. Unser Thema ist heute die berufliche Situation von jungen Leuten mit Migrationshintergrund in Gesundheitsberufen. Ich denke jedoch, dass wir dieses Thema ein wenig breiter und somit den gesamten Themenblock um Ausbildung und berufliche Integration diskutieren werden.
Wie Sie wahrscheinlich wissen, zeigt sich die Situation in der Realität weniger gut. Wenn wir von Jugendlichen mit Migrationshintergrund sprechen, sprechen wir von einer zunehmend wachsenden Zahl von jungen Menschen, die in einem geringen Maße an der beruflichen Bildung teilnehmen. Nur ein Viertel von ihnen kommt in die Ausbildung. Die Erfolgsquote derer, die sich in Ausbildung befinden, ist zudem sehr klein. Jede/r zweite, der/die in eine Ausbildung kommt, verlässt sie ohne Abschluss. Das ist zum einem sozialpolitisch nicht hinnehmbar und stellt zum anderen ein wirtschaftliches Problem dar. Wie wir heute Vormittag gehört haben, ist es für Unternehmen schwierig, wenn sie keine qualifizierten Arbeitskräfte haben.

All das, aber auch mögliche Lösungsstrategien werden wir mit den Gästen heute besprechen. Ich möchte kurz die Teilnehmer/innen am Podium vorstellen:
Andreas Germershausen, Stellvertreter des Berliner Integrationsbeauftragten in Berlin und zuständig für Grundsatzfragen der Integrationspolitik im Büro des Integrationsbeauftragten; Arthur Neitsch, Leiter des Oberstufenzentrums Gesundheit II in Hellersdorf;
Dagmar Kuhlich, Referentin in der Schulaufsicht für berufliche Bildung in der Senatsverwaltung für

Bildung, Wissenschaft und Forschung in Berlin;
Edith Bruhns vom Migrationsrat Berlin-Brandenburg.

Vielleicht zu Beginn eine Frage an Herrn Germershausen: Aus meiner eigenen Erfahrung weiß ich, dass sich das Büro des Integrationsbeauftragten mit der Frage der beruflichen Bildung und Beschäftigung seit Jahren auseinandersetzt und wir sicherlich heute auch vieles an Ansätzen und Strategien diesbezüglich hören werden. In das Thema einführend würde ich Sie zunächst allerdings gerne mit einer Zahl konfrontieren, die ich im Integrationskonzept gelesen habe. Dort steht, dass die Ausbildungsbeteiligung dramatisch sinkt. Die Zahl 12,6% wird bezüglich der Ausbildungsbeteiligung von Jugendlichen mit Migrationshintergrund für das Jahr 1990 genannt. Für das Jahr 2005 liegt die Zahl bei 4,2%. Ist das ein statistisches Artefakt oder verbirgt sich mehr dahinter?

Andreas Germershausen:
Zunächst kurz ein paar Worte zu unserem Büro. Die Stelle des Integrationsbeauftragten gibt es seit 1981 mit dem Ziel, Belange von Ausländer/innen zu regeln und die Ausländerpolitik für den damaligen Senat zu entwickeln. Zu diesem Zweck wurde sie von ihrer Ausrichtung quer zu den Fachverwaltungen im Senat konzipiert. Mittlerweile heißt es nicht mehr Ausländerpolitik, sondern Integrationspolitik und wir sind immer noch eine Querschnittsverwaltung. Die Kernfelder der Integrationspolitik sind Bereiche wie Bildung, Ausbildung, Arbeitsmarkt, Stadtpolitik und Gesundheitspolitik. Wir fassen die Arbeit sehr stark unter dem Blickpunkt der interkulturellen Öffnung auf. Die Ausbildungsbeteiligung macht uns auf jeden Fall Sorgen. Gleichzeitig haben wir heute Morgen auch schon ausgiebig über die Schwierigkeiten bei Statistiken gehört. Frau Marburg sprach zum Beispiel von den Aussiedler/innen, die sich frühzeitig einbürgern lassen und so aus der Statistik fallen. Diesbezüglich befinden wir uns in einem Dilemma. Wir wollen, dass sich viele einbürgern und das auch möglichst schnell - daher können wir uns auch nicht darüber beklagen, dass die Statistiken dann nicht mehr so aussagekräftig sind. Deshalb haben wir im jetzigen Integrationskonzept, das der Senat im Juli verabschiedet hat, vorgeschlagen, Statistiken so zu verändern, dass in Zukunft zusätzlich auch der Migrationshintergrund erfasst wird. So wird dann Frau Niewiedzial als Migrantin gefasst, obwohl sie seit langem Deutsche ist. Die Probleme, die in der Frage auch implizit angesprochen werden, haben sie in ihrem Projekt Active Health auch behandelt. Bei einem Workshop des Projektes am 19. April gab es einen Vortrag, den Sie als Powerpoint-Präsentation auch im Internet finden können. Dort werden einige Daten dargestellt, die die Probleme diesbezüglich zusammenfassen. So können Sie in der Präsentation zum Beispiel lesen, dass die Ausbildungsbeteiligung von Migrant/innen im öffentlichen Dienst in Berlin unter 1% liegt. Wenn wir uns anschauen, wie es sich bei Migrant/innen in der Ausbildung verhält, kommen wir zu anderen Daten. Nach unseren Daten gab es im Ausbildungsjahr 2006/07 bei den neu angestellten Auszubildenden im Durchschnitt einen Anteil von 8,8% Migrant/innen. Daraufhin haben wir im letzten Jahr viele Aktionen gestartet und sind zu einer Erhöhung des Anteils auf 13,5% Migrant/innen in diesem Ausbildungsjahr gekommen. Ich möchte damit nicht versuchen, die Möglichkeiten bzw. die Vollständigkeit der Datenerfassung schön zu reden und ich stehe auch gerne für Nachfragen zur Verfügung. Die Verwaltung ist zuständig für die Erhebung dieser Zahlen und wir sind auch dazu verpflichtet, die Art der Datenerfassung zu verbessern. Wir haben als Integrationsbeauftragter und als Senat insgesamt einige Vorkehrungen getroffen, um zu einer besseren Datenerfassung zu kommen.

Katarina Niewiedzial:
Herr Neitsch, in Ihrem Oberstufenzentrum gibt es 16% Menschen mit Migrationshintergrund. Welche Erfahrungen machen Sie mit der Beteiligung dieser Leute an der Ausbildung? Welche Schwierigkeiten haben Sie?

Arthur Neitsch:
Lassen Sie mich das ein wenig weiter fassen. Ich glaube, es ist notwendig, hier zunächst den Begriff der beruflichen Bildung zu definieren. Berufliche Bildung heißt nicht nur duale Ausbildung. Berufliche Bildung beinhaltet die berufsvorbereitenden Lehrgänge, das heißt den berufsqualifizierenden Lehrgang als Vollzeitausbildungsmaßnahme an Oberstufenzentren, die einjährige Berufsfachschule, die Fachoberschule, über die man die Fachhochschulreife und die Berufsoberschule, über die man das Abitur oder die fachgebundene Hochschulreife erlangen kann. Dann haben wir in meinem Oberstufenzentrum das weite Feld der medizinischen Helfer/innenberufe - das sind die medizinischen und die zahnmedizinischen Fachangestellten. Dies verläuft nach dem dualen Ausbildungsprinzip. Die Schülerinnen - in der Regel sind es meist nur Schülerinnen - sind an zwei Tagen in der Woche in der Berufsschule und an drei Tagen in der Praxis. Ich komme zwar aus Hellersdorf, aber mein Einzugsgebiet, was man vielleicht nicht sofort vermutet, ist Kreuzberg und Neukölln. Da nach dem Wohnort-Prinzip beschult wird, habe ich also auch eine ganze Menge Schülerinnen mit Migrationshintergrund. Wir erfassen in der Schulstatistik zwar auch den Status "Ausländer/innen", aber bereits seit einigen Jahren unterscheiden wir nicht mehr nach Ländern, sondern nach Erdteilen. Wir haben eine Kategorie für Schülerinnen, die aus nicht-deutschen Sprachfamilien kommen. Das trifft den Kern des Problems, vor dem wir hier sitzen, ziemlich genau. Die Sprache ist Mittlerin. Wenn man in ein Schulsystem wie unseres

hineinwächst oder hinein will, um dort einen preußischen Abschluss zu machen, ist Sprache unheimlich wichtig. Und zwar nicht nur für das Fach Deutsch, sondern auch für alle anderen Fächer. An meinem OSZ sind 288 Schülerinnen mit nicht-deutscher Herkunftssprache. Es ist eine steigende Tendenz zu verzeichnen. Diese steigende Tendenz ist mit Vorsicht zu genießen: Es ist kein prozentualer Anstieg an jungen Leuten mit Migrationshintergrund, die in die berufliche Bildung hineingehen. Stattdessen ist eine zunehmend größere Grundgesamtheit an jungen Menschen mit Migrationshintergrund vorhanden - zunehmend größer auch im Vergleich zur Grundgesamtheit an Menschen mit deutscher Herkunftssprache. Migrant/in - und das ist ganz wichtig - ist nicht gleich Migrant/in. Es soll mir im Saal bitte keiner oder keine böse sein, aber wir haben an der Schule über die Jahre den Erfahrungswert gemacht, dass die Migrantinnen aufgrund ihrer Herkunft Bildung anders aufsaugen bzw. auch bildungsferner sind. Wir haben einen sehr großen Teil an Migrantinnen, die aus Osteuropa stammen. Lassen Sie mich kurz ein, zwei Best Practice-Beispiele anreißen. Die Berufsoberschule ist für diejenigen, die einen medizinischen Beruf gelernt haben, um anschließend für zwei Jahre wieder zur Schule kommen und das Abitur nachzuholen. Voraussetzung ist die Realschule, also der mittlere Schulabschluss, eine Berufsausbildung und eben diese zwei Jahre an der Schule. So bekommt man mit zwei Fremdsprachen das allgemeingültige Abitur oder mit einer die fachgebundene Hochschulreife. In dieser Berufsoberschule hatte ich Schüler, die beispielsweise Vladimir heißen, die mit anerkanntem Realschulabschluss und abgeschlossener medizinischer Berufsausbildung nach Deutschland kommen, aber maximal rudimentäre Englischkenntnisse und Deutsch nur auf B1-Niveau vorweisen können. Diese Schüler verlassen später die Schule mit der Note drei in Deutsch und auch in der Fremdsprache. In den Naturwissenschaften, wie Mathe und Physik, sind sie sowieso spitze. Das erlebe ich nicht nur einmal, sondern mehrfach. Ich habe auch Best Practice-Beispiele für Schüler/innen mit arabischem und auch türkischem Migrationshintergrund - wobei diese erheblich seltener sind. Die türkische Herkunft ist in der Regel anders zu bewerten als die arabische. In Berlin hat sich mittlerweile auch ein Bildungsbürgertum aus dem türkischen Sprachraum etabliert, so dass wir dort Leute haben, die von sich aus und ohne Initiierung von außen zu sehr starken Leistungen in der Lage sind. Gleichwohl haben wir aber auch einige Migrant/innen, die alleine das Bildungsziel nicht unbedingt erreichen können. Durch die Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung und durch die Förderung mit EU- und anderen Mittel hat sich in diesem Punkt an Berliner Schulen doch eine ganze Menge getan. Aus dem großen Kontingent an Initiativen, die an unserer Schule stattfinden, würde ich gerne einige kurz darstellen.

Als erstes ist meiner Meinung nach Deutsch als Zweitsprache zu nennen. Meine Schule hat hier ein Zeitkontingent von 23 Stunden zur Verfügung. Bisher war es im Dualsystem immer so, dass diese Stattstunden angeboten wurden. Sobald die Schüler/innen aber in die Arztpraxen mussten, konnten sie aus zeitlichen Gründen nicht mehr daran teilnehmen. Wir beschreiten nun einen anderen Weg. Das Fach medizinische Fachkunde stellt bei uns ebenfalls ein Problemfach dar, da nicht nur die deutsche Sprache, sondern auch die Fachsprache, in Form von Griechisch und Latein, vonnöten ist. Das fällt bereits guten deutschen Schüler/innen gar nicht so leicht. In diesem Fach haben wir nun zum Teil Doppelsteckungen. Das bedeutet, dass ein Lehrer oder eine Lehrerin für "Deutsch für Ausbildung" mit in den Fachunterricht geht und Schüler/innen, bei denen sich Defizite zeigen, unmittelbar an die Seite nimmt und während des Unterrichts diese Defizite mit ihnen klärt. Das kann anschließend in einem Einzel- oder Zweierunterricht vertieft werden. Wir führen zudem etwas an unserer Schule durch, von dem ich nicht einmal weiß, ob es überhaupt zulässig ist. Wer bei uns in den vollzeitschulischen Bildungsgängen schlechter als Note drei in Deutsch steht, geht zwangsweise zu DAZ, Deutsch als Zweitsprache. Das wirkt. Auch wenn sie dann nur anfangen zu pauken, weil sie nicht zu dieser Extra-DAZ-Stunde wollen. Manchmal muss man auch ein bisschen fordern, um etwas gegeben zu bekommen. Das ist die eine Sache. Dann haben wir das Modell Tridem, bei dem Frau Kuhlich für die BQL (Berufsqualifizierende Lehrgänge) zuständig ist. Modell Tridem ist für eine Schule deswegen so schön, weil wir in der BQL Schüler/innen haben, die - wie ich es formulieren würde - schulgeschädigt sind. Was nützt es, wenn sie ans Oberstufenzentrum kommen und dort wieder die graue Theorie durchnehmen müssen. Sie freuen sich, dass sie an das Oberstufenzentrum Gesundheit kommen und stellen plötzlich fest, dass das mit fünf, sechs Stunden als Schwerpunkt unterrichtete Fach aus reiner Theorie besteht. Das Modell Tridem stellt dem zwei Praktikaphasen und für die Schulphase außerdem immer eine Bildungsbegleiterin entgegen. Diese Bildungsbegleiterin ist in der Schule. Wenn dort Probleme auftreten, können die Schüler/innen direkt und ohne, dass es eine Ordnungsmaßnahme oder ein Erziehungsgespräch nach sich zieht, erst einmal ein Gespräch führen. Das ist sehr hilfreich und wird auch sehr in Anspruch genommen. Das Modell kann ich nur als gut bewerten und weiterempfehlen. Ein anderes Projekt "Prepare for future" haben wir jetzt ebenfalls begonnen. Hier werden die so genannten Computerführerscheine und Unternehmensführerscheine vermittelt. Bei den Klassen, in denen wir das durchführen, werden wir nicht alle der dafür vorgesehenen Module schaffen. Gerade auch Migrant/innen, die manchmal einen Gesamtabschluss nicht schaffen, haben dann aber wenigstens die

Möglichkeit, ein Modul dieses Führerscheins abzuschließen. Auf der Bestätigung, die sie bekommen, steht dann, dass sie zum Beispiel Excel können. Sie können dann etwas Handfestes mit nach Hause nehmen, was - wie ich glaube - zur Steigerung des Selbstwertgefühls beiträgt. Auch bei Bewerbungen kann man die Bestätigung vorlegen und zeigen, dass man etwas erreicht hat. Neu bei uns in der Schule ist nun auch die Position des Schullaufbahnberaters. Das ist ein sehr wichtiger Posten, der von einem Kollegen eingenommen wird, der auch für fünf Stunden extra dafür freigestellt ist. Er geht an die Schulen in Marzahn-Hellersdorf und hat zudem Sprechstunden, in denen sich die Schüler/innen informieren können. Diese Beratung ist auch wichtig, da viele Schüler/innen mit Migrationshintergrund tatsächlich besser sind, als sie selbst glauben. Es ist essentiell, ihnen Motivation und Selbstwertgefühl zu vermitteln. Dafür haben wir nun den Schullaufbahnberater. Noch schöner ist, dass wir zwei weitere Stunden und damit auch einen Beratungslehrer hinzubekommen haben. Das macht die Sache rund. Wenn wir einen Konflikt zwischen Schüler/innen und Lehrer/innen haben, können wir auf jemanden zurückgreifen, der auch mit Stundenentlastung ausgestattet und der auch für die Schüler/innen da ist. Das ist sehr wichtig, auch wenn diese Stundenentlastungen sehr viel Geld kosten, bzw. damit neue Stellen geschafft werden könnten. Man muss einfach auch einmal an der Stelle loben, an der Lob angemessen ist.

Katarina Niewiedzial:
Herr Neitsch, ich würde Sie an dieser Stelle auch loben wollen, wenn ich höre, was Sie alles Interessantes konkret umsetzen. Ich würde gerne noch einmal zurück auf die Ursachen des Ganzen kommen, da ich glaube, dass es wichtig ist, sich klar darüber zu werden, vor welchen Problemen Jugendliche mit Migrationshintergrund und auch das Bildungssystem stehen. Wenn Sie, Herr Neitsch, vielleicht noch zwei, drei Worte dazu sagen wollen?

Arthur Neitsch:
Man muss nach meinem Empfinden alle dort abholen, wo sie auch herkommen. Bei einigen geht das schneller, bei anderen nicht so schnell. Die Sprachkompetenz und die kulturelle Herkunft sind das größte Problem. Das Wollen des Elternhauses bestimmt häufig auch das Verhalten der Schüler/innen. Ohne eine Verantwortung abschieben zu wollen, sage ich, dass der Punkt, an dem man ansetzen muss bereits verpasst ist, wenn die Mädchen mit 16, 17 Jahren bei uns in der Berufsbildung ankommen. Der Ansatz muss im Kindergarten erfolgen. Der Ansatz kann auch nicht nur bei den Kindern und Jugendlichen erfolgen, sondern auch bei den Familien und den Eltern. Dann werden wir meines Erachtens auch Erfolge erzielen.

Katarina Niewiedzial:
Vielen Dank. Ich würde die gleiche Frage gerne auch noch an Frau Kuhlich richten: Als Vertreterin der Bildungsverwaltung, welche großen Herausforderungen sehen Sie bei der Ausbildung von Jugendlichen mit Migrationshintergrund? Könnten Sie drei, vier Dinge nennen, die man konkret angehen kann?

Dagmar Kuhlich:
Die Zahl von 4% Auszubildende im dualen System in Berlin ist korrekt - leider. Es hat eine Reihe von Ursachen, die wie ich glaube, nicht alle immer nur in dem Thema Migrationshintergrund stecken. Sie liegen und lagen auch in Themenbereichen der so genannten "großen Politik", wie Entwicklung und Globalisierung. In den letzten Jahren ist der Berufekanon in der dualen Ausbildung unwahrscheinlich verändert worden. Das heißt wir haben einen so genannten Umschlag von Neuordnungsverfahren gehabt. Das heißt, dass die Berufe alle in unwahrscheinlich kurzer Zeit überarbeitet und ein großer Anteil von neuen Berufen geschaffen wurde. Ich erinnere hier an die IT-Berufe Ende der neunziger Jahre und die Medienberufe, die innerhalb sehr kurzer Zeit auf den Markt gebracht wurden. Es gibt insgesamt in Deutschland 360 duale Ausbildungsberufe. Davon werden alleine in Berlin 300 angeboten. Kennen Sie die? Wissen Sie, was das alles für Berufe sind? Und wissen Sie, dass es hier in Berlin Ausbildungen in Gesundheitsberufen gibt, die nicht in diesem dualen, sondern in einem ganz anderen System laufen? Wissen Sie, dass es Berufsvorbereitungsangebote gibt, die sowohl von der Arbeitsagentur als auch von der Senatsverwaltung für Bildung angeboten werden? Wissen Sie, dass es darüber hinaus im Assistent/innenbereich noch vollschulische Ausbildungsangebote gibt? Oder auch Sondermaßnahmen, die die Senatsverwaltungen gemeinsam machen? Zusammenfassend kann man nur sagen, dass das Berufsbildungssystem ein sehr kompliziertes System ist. Ich bewege mich seit 16 Jahren in diesem System und beschäftige mich seit dieser Zeit mit den Belangen von - wenn ich einmal dieses böse Wort verwenden darf - Benachteiligten. Selbst ich habe manchmal Probleme, die Dinge, die neu sortiert wurden, wieder einzuordnen und den Überblick zu behalten. Wir erwarten von den Eltern unserer Jugendlichen, dass sie sich in diesem System auskennen, wenn das oftmals nicht einmal Expert/innen gelingt. Das ist eine Anforderung, die einfach zu hoch ist. Man muss auch hinzufügen, dass die Personen, die Probleme mit der deutschen und vor allem mit der Fachsprache haben, vieles von dem, was wir im Bürokratendeutsch zu Bildungsgängen formulieren, nicht verstehen können. Die verwendeten Worte werden auch zunehmend komplizierter. Das alles führt dazu, dass Jugendliche sich oftmals sagen, dass sich jemand anderes finden wird, der die Sache für sie in die Hand nimmt, da sie sich selbst in dem Dschungel nicht mehr zurecht fin-

den. Ich habe leider den Eindruck - vielleicht ist es auch nur ein persönlicher - dass die Berufsberatung in den letzten Jahren, die es vor Ort in den Arbeitsagenturen gibt, nicht optimal läuft. Aufgrund des Demographiewandels kommen wir nun in die Phase, in der wir weniger Schulabsolvent/innen haben. Wir gehen in die Phase, in der unsere Wirtschaftsunternehmen anfangen, nach Arbeitskräften zu rufen. Auf der anderen Seite haben diese in den letzten Jahren auch nicht ausgebildet. Das heißt für uns aber, dass es, wenn wir sofort reagieren, die Chance gibt, wesentlich mehr junge Menschen in den Arbeitsprozess einzugliedern, wenn wir die Voraussetzungen dafür schaffen. Dafür müssen wir alles das, was wir in den letzten Jahren aktiv gemacht haben, auf breiter Front nutzen. Dafür sind die Netzwerke in dieser Stadt sehr gut geeignet, in denen ich als sehr umtriebiger Mensch auch stark eingebunden bin. Auch der Austausch auf Tagungen erweist sich immer als fruchtbar. Für mich zum Beispiel hier mit Frau Wagner und ihrem Vortrag über die Altenpflege, mit der ich mich thematisch auch beschäftige.

Katarina Niewiedzial:
Bevor Sie uns gleich erzählen, welche Ansätze in Berlin konkret erfolgreich sind, würde ich Frau Bruhns zu einem letzten Punkt in der Darstellung des Problems gerne noch fragen, ob Sie etwas hinzufügen möchte. Glauben Sie, dass der vorgetragene Problemabriss bezüglich der Ausbildung vollkommen und abschließend definiert ist - oder fehlen Ihnen noch Punkte?

Edith Bruhns:
Ich denke, dass das Thema der Ausbildungsberufe sehr problematisch ist. Ich selbst möchte hier Problematiken ansprechen, die bisher noch nicht erwähnt wurden, wie eventuelle Diskriminierungen von Migrant/innen im Land Berlin. Während ich die anderen Beiträge gehört habe, nahm ich vor meinem eigenen Migrationshintergrund wahr, dass immer wieder versucht wird, ethnische Herkünfte zu stigmatisieren. Man sagt "die türkischen Bürger/innen", "die polnischen", "die arabischen Bürger/innen". Hier sollte man sehr sensitiv sein. Alle Jugendlichen, die eine Berufsausbildung machen möchten und sich dafür bewerben, sollten unabhängig von ihrer Herkunft dieselben Chancen bekommen. Die Herkunft sollte im Sinne der Chancengleichheit nicht thematisiert werden. Ich denke, wir sollten in diesem Forum klar herausstellen, dass es ein Ziel ist, die Chancengleichheit in den Berufen zu gewähren. Das ist ein Punkt, der meiner Meinung nach in dieser Diskussion bisher gefehlt hat. Es geht mir neben der Chancengleichheit in den Ausbildungsberufen auch um die politische Partizipation dieser Jugendlichen in der Gesellschaft, in der wir leben.

Katarina Niewiedzial:
Vielen Dank. Ich würde vorschlagen, in das Thema ein wenig tiefer einzusteigen und zu schauen, was wir bereits unternehmen und was als erfolgreich bewertet und in die Breite getragen werden kann. Da würde ich gerne noch einmal Andreas Germershausen das Wort geben, der beim Integrationsbeauftragten seit mehreren Jahren schon engagiert Kampagnen und Initiativen durchführt. Vielleicht können Sie uns kurz in die Arbeit des Integrationsbeauftragten in diesem Bereich einführen.

Andreas Germershausen:
Wir setzen einen deutlichen Schwerpunkt auf das Übergangsmanagement. Das meint den Übergang von der Schule in die Berufsausbildung oder auch in die Arbeit. Was Herr Neitsch sagt, dass man eine Bildungsorientierung von Beginn an, also von der Kita an braucht, ist prinzipiell richtig. Gleichzeitig können wir nicht die Lösung der Probleme auf die übernächste Generation verschieben. Man muss genauer anschauen, wo die Probleme in Institutionen momentan sind. Da gibt es viele Hinweise. Frau Bruhns erwähnte mögliche Diskriminierungen. Das sind Hinweise darauf, dass auch in den Einrichtungen Beratungen und Reformen erforderlich sind. Wir haben zu Beginn unserer Projekte auch sehr deutlich eine Abwehr gespürt. Diese war z.B. in tatsächlicher oder gefühlter Belastung von Lehrer/innen begründet. Zum Teil äußerte sich es in sehr negativen Beschreibungen der Zielgruppe. Wie Frau Niewiedzial bereits erwähnte, haben wir bei der Zielgruppe eine hohe Abbrecherquote in der Ausbildung. Die Datenlage diesbezüglich ist nicht sehr gut, so dass wir in einem Projekt durch eine Expertise auch versuchten, weitere Informationen zu erheben. Unsere Projekte sind im Allgemeinen durch enge Zusammenarbeit im Beispiel hier mit Frau Kuhlich und einem anderen OSZ auch immer sehr praxisorientiert. Ich möchte zwei Beispiele geben, bei denen ich denke, dass das Übergangsmanagement der Schulen bereits gut funktioniert. Das erste ist im Bereich des öffentlichen Dienstes angesiedelt. Dort finden wir eklatante Probleme, auch auf der Seite der jungen Migrant/innen. Wir haben festgestellt, dass weder die jungen Migrant/innen noch die Berufsberater/innen einen Beruf wie z.B. den des Fachangestellten im Blick haben. Hauptschullehrer/innen sagten aus, dass dieser Beruf nichts für ihre Schülerschaft sei. Sie wollten ihre Schüler/innen lieber in einen kleinen Laden im Kiez vermitteln, weil die Migrant/innen nach ihrer Meinung den Einstellungstest auf keinen Fall schaffen würden. Es gibt also unglaublich viele Hemmnisse in den Institutionen, wie der Berufsberatung und auch den Schulen, das Potenzial dieser Zielgruppe und die eigene Verantwortung dabei zu sehen, dieses zu entwickeln. Ich sage nicht, dass jeder in den öffentlichen Dienst muss, es ist nicht für alle das Geeignete. Meist braucht man auch

einen guten Realschulabschluss, für manches reicht ein guter Hauptschulabschluss. Aber wichtig ist, dass zumindest der Blick dafür geöffnet wird, dass es Optionen gibt. Um das zu erreichen, haben wir Werbekampagnen gestartet. Wenn Sie mehr darüber erfahren wollen, können Sie sich unsere Webseite anschauen. Diese Kampagne war auch als Signal an die Migrant/innen-Communities wichtig, so dass sie sehen, dass sie gewollt sind. Die Kampagne heißt "Berlin braucht dich". Wir stellten dann fest, dass die Kampagne alleine nicht ausreichend ist, da die Vorbereitung der Migrant/innen für eine gute Bewerbung immer noch fehlt. Morgen werden wir auf einer Pressekonferenz ein Zwischenfazit ziehen. Drei Bezirke werden wir als "richtig klasse" darstellen. Der beste Bezirk ist Reinickendorf. Auch gut sind die Bezirke Friedrichshain-Kreuzberg und Neukölln. Herr Buschkowsky aus Neukölln finanziert Vorbereitungskurse für das Bezirksamt. Genau das Gleiche hat der Innensenator für die Polizei gemacht. Das war ein deutliches Signal von der Spitze in die Richtung, dass mindestens 10% Menschen mit Migrationshintergrund bei den nächsten Polizeianwärter/innen gewollt sind - und dieses Ziel hat er damit auch erreicht. Dieses Top-down-Prinzip ist an diesem Punkt ganz wichtig. In Friedrichshain-Kreuzberg gibt es einen Beschluss der Bezirksverordnetenversammlung, dass sie den Anteil von Migrant/innen stark erhöhen wollen. In Reinickendorf gibt es ein sehr gutes Projekt "Ausbildung Pro Polska", mittlerweile auch "Pro Türkiye". Diese Ausbildung läuft in zwei Ländern und Migrant/innen werden hier bevorzugt, da sie als Pol/innen natürlich besser in der Verwaltung in Polen arbeiten können. Es gibt also ein paar gute Ansätze. Durch deren Darstellung möchte ich die Welt nicht schöner zeichnen als sie ist. Trotzdem bin ich ein Vertreter des "sowohl als auch-Ansatzes". Sowohl Probleme, als auch ganz gute Ansätze. Das zweite Beispiel ist eines unserer Projekte, bei dem wir etwas gegen die hohe Abbrecher/innenquote tun wollen. Das Projekt schließt an viele der Initiativen und Angebote an, die bereits Frau Kuhlich und Herr Neitsch genannt haben. Wir haben in unserem Projekt drei Instrumente angeboten: Zum einen gab es einen Sprachtest nach dem ersten halben Jahr in der Berufsschule. Zudem gab es für jede Person ein individuelles Lerncoaching bzw. eine Bildungsbegleitung, innerhalb derer ein biographisches Interview durchgeführt wurde, um nach den jeweiligen Stärken zu schauen. Wir haben vorhin bereits über Kompetenz gesprochen. Wenn ich Ihnen eine Definition von Kompetenz geben darf: Kompetenz ist, dass ich weiß, dass ich etwas weiß - ich muss mir dessen bewusst sein. Biographische Interviews können dabei sehr hilfreich sein. Drittens haben wir eine Organisationsberatung mit dem Kollegium durchgeführt. Das war auch sehr wichtig, damit man die Überlastungen, aber vor allen Dingen auch die Chancen sieht.

Der Job der Lehrer/innen ist eigentlich ein toller Job - sie haben eine langfristige Perspektive, sind gut bezahlt, beschäftigen sich mit spannenden Inhalten, können viel bewegen usw. Natürlich gibt es auch Überlastungen und nicht alle Schulräte und Schulrätinnen sind derartig großzügig und kooperativ wie Frau Kuhlich. Die Institutionen sind schwierig, aber die Beratung des Kollegiums soll bei ihm eine Zielorientierung initiieren. Wir haben die Kollegiumsberatung nicht selbst durchgeführt, das wurde von Externen gemacht. Vergleichbar zu dem, was Herr Neitsch gesagt hat, bestehen offensichtlich in vielen OSZ dieselben Interessen. Ich will aber auch nichts unter den Teppich kehren und sagen, dass die Beschreibung von Frau Bruhns bezüglich der Diskriminierung nur eine pauschale Bewertung sei. Stattdessen gibt es ganz offensichtliche und ernstzunehmende Schwierigkeiten in den Institutionen, Kompetenzen von Migrant/innen wahrzunehmen. Die Projekte stellen zwei Beispiele dar, mit denen wir etwas anstoßen wollen. Das Projekt zum öffentlichen Dienst war bezüglich der Vielfalt an Ausbildungsberufen und -stätten im Land Berlin breit angelegt. Bei dem Projekt zum OSZ wird eher exemplarisch gearbeitet. Durch die Schulverwaltung aber auch durch einzelne OSZ können die dort entwickelten Instrumente sehr gut aufgegriffen werden.

Katarina Niewiedzial:
Vielen Dank. Frau Kuhlich, haben Sie hier noch Ergänzungen?

Dagmar Kuhlich:
Da laufen Sie jetzt Gefahr, dass ich die nächste Stunde alleine bestreite. Ergänzungen gäbe es ohne Ende schon alleine aufgrund dessen, dass wir in den letzten Jahren wirklich sehr viel und auch gemeinsam gemacht haben. Ich kann das Kompliment eigentlich nur an Herrn Germershausen zurückgeben: Wir arbeiten schon seit sehr vielen Jahren sehr gut zusammen. Bei all dem, was wir in kleinen Projekten ausprobieren, kann man schauen - je nach Finanzlage - was sich auf breitere Füße stellen und in den Schulen implementieren lässt. Jedes Oberstufenzentrum hat eine eigene Geschichte und sein eigenes Klientel. Je nach Berufsrichtung kann sich das Klientel einer Schule anders zusammensetzen - was z.B. den Männer- oder Frauenanteil angeht. Und je nach Zusammensetzung und Klientel sind auch die Probleme anders gelagert. Wichtig für mich ist, dass man den Schulen mehrere Instrumente an die Hand gibt, aus denen sie sich eines aussuchen oder dann selbst ihr eigenes zusammenstellen. Das heißt für mich, dass man auf breiter Basis Projekte durchführt, an denen sich die Schulen auf freiwilliger Basis beteiligen können, um das, was in ihren Augen für ihre spezifische Schule fruchtbar sein kann, anwenden zu können. Wir haben in den letzten Jahren eine ganze Reihe an guten und großen

Projekten gemacht, die wir zum Teil bis ins Schulgesetz hinein genommen haben. Wenn ich hier über Projekte rede, würde ich dabei nie Projekte ausschließlich für Migrant/innen meinen. Ich rede immer davon, dass alle in der Schule die gleiche Chance haben sollen. Für mich ist der oder die eine Jugendliche genauso wie die anderen. Egal, ob sie männlich oder weiblich oder Migrant/innen oder Nicht-Migrant/innen sind - für mich bilden sie alle eine Gruppe: die der Schüler/innen, der Jugendlichen oder Studierenden. Wichtig ist mir, dass versucht werden sollte, individuell auf einzelne Belange einzugehen. Ein Schüler hat Sprachprobleme - um Sprachprobleme zu haben, muss er heutzutage nicht mehr zur Gruppe der Migrant/innen gehören. Eine andere Schülerin hat Probleme mit dem Umfeld. Ein nächster hat persönliche Probleme. Herr Neitsch hatte ja bereits Beratungslehrer/innen erwähnt. Wenn die Haushaltsberatungen nun so weiterlaufen, wie ich mir das vorstelle, bekommen wir mehr Stunden für Sozialpädagog/innen, mit denen wir die Schulen unterstützen und so bezüglich dieser Problemlage ein bisschen mehr Ruhe in die Schulen bringen können. Die allgemeinbildenden Schulen stellen also den einen Endpunkt der Diskussion dar. Das andere Ende bildet die Frage nach den "abgebenden" Schulen bzw. nach dem Übergang in den Arbeitsmarkt. Die Übergangssystematik und das Übergangsmanagement von der "abgebenden" zur "aufnehmenden" Schule gilt es in den nächsten Jahren weiter zu verbessern. Noch bin ich damit nicht zufrieden.

Katarina Niewiedzial:
Vielen Dank. Herr Neitsch, vielleicht können wir das Thema jetzt noch kurz umdrehen. Ich würde gerne von dieser Problemsicht gerne umschwenken auf eine positive Ausrichtung. Sie als Praktiker, wo sehen Sie die Chancen, Potenziale dieser jungen Leute zu entdecken? Haben Sie konkrete Ansätze an Ihrer Schule, bei denen man genau das fördert?

Arthur Neitsch:
Ja, die haben wir. Aber zunächst möchte ich noch eine Kritik äußern. Vor Jahren hatte man ein Instrument in der Anwendung, das allseits anerkannt war: die ABH-Maßnahmen. Die Ausbildungsbegleitenden Hilfen (ABH) meinen eine Art Einzelnachhilfeunterricht für die Schüler/innen durch Mittel der Bundesagentur für Arbeit. Über diese Hilfe hat man Mädchen über Hürden hinweg in den Beruf gebracht. Praktisch mussten sie gut sein, ansonsten kamen sie auch nicht durch die Prüfung. Das Instrument wurde über die Zeit so umgemodelt, bis es letztendlich nicht mehr handhabbar war. Das sollte man hier nicht vergessen.
Unterricht ist nur dann machbar, wenn der Unterricht umgestaltet wird. Ich formuliere das so einfach. Es gibt Verfechter/innen in der Schule, die fragen, warum man es nicht so wie immer machen kann. Ich habe es an einer meiner Schulen versucht und geschafft, uns einer schülerorientierten Unterrichtsweise zuzuwenden. Das Stichwort hierbei ist SOL (Selbstorganisiertes Lernen). SOL ist keine Wissenschaft, SOL ist ein Ansatz. Unterstützung haben wir im Gesundheitsbereich von der KMK (Kultusministerkonferenz) dadurch bekommen, dass die Rahmenplanvorgaben geändert worden sind und nun zu lernfeld- und handlungsorientiertem Unterricht angehalten wird. Die reine Lernfeldlehre wird dort kaum umsetzbar sein. Wir haben uns für einen Mittelweg in Form von Projekten und schülerorientierter Lehrweise entschieden. Diese Lehrweise ist in drei Teile gegliedert. In der ersten Phase müssen verschiedene Gruppen ein Thema erarbeiten und in der letzten Phase das Erarbeitete auch wieder präsentieren. Man teilt die Gesamtgruppe z.B. in Dreiergruppen mit einer Migrantin und zwei Deutschen auf. Die müssen dann zusammen arbeiten. Dadurch ist bei der Arbeit ein größerer Sprachaustausch dabei und ich glaube, dass das eine Möglichkeit für die Migrant/innenförderung im Unterricht ist. Binnendifferenzierung war eine Zeitlang das Schlagwort. Wenn man zu dem Thema ein bisschen genauer liest, fand Binnendifferenzierung allerdings nie statt. Das ist bei Stunden, die Frau Kuhlich beurteilt so, das ist bei Stunden, die ich beurteile so und das wird immer so sein. Deswegen denke ich, dass das SOL ein guter Ansatz ist. In der zweiten Phase ist dann der Trick, dass man eine individuelle Lehrphase hat und in Abwechslung dazu später wieder eine Lernphase im Plenum. Zum Ende wird alles in der Form visualisiert, wie man heute auch hier Sitzungen durchführt. Ich glaube, das ist ein Weg in die richtige Richtung. Dazu gehört auch, dass man die Kolleg/innen mitnehmen muss, was nicht immer auf dem ganz feinen Wege passieren kann. Wir haben zum Beispiel bei einem Schulprogramm einfach alle Lehrer/innen dazu verpflichtet, diese Weiterbildungsmaßnahme zu machen. Zudem haben wir auch zwei Multiplikator/innen ausgebildet und finanziert. Insofern stellt das auch einen Schritt dar. Ob es im Endeffekt das Highlight im Schulalltag sein wird, weiß ich nicht. Aber auf jeden Fall ist es eine Möglichkeit. Wenn man nichts probiert, kann man auch nichts falsch machen.

Katarina Niewiedzial:
Ich möchte Sie im Auditorium an dieser Stelle noch einmal ganz herzlich einladen, sich an der Diskussion zu beteiligen. Wenn Sie Fragen haben, melden Sie sich einfach!

Beitrag aus dem Auditorium:
In einem Verein habe ich Erfahrung mit der Arbeit mit Jugendlichen aus Kreuzberg und aus Wedding gesammelt. Bei diesem Thema gibt es viele Probleme auch bedingt durch das Jobcenter. Dort lässt man Jugendliche Ausbildungen nicht beginnen, da man sagt, das

Ziel sei, die Jugendlichen in eine Arbeit zu bekommen. Auch die Richtungen, in denen sie arbeiten wollen, werden den Jugendlichen diktiert. Wie kann man als Jobcenter die Rolle als Hauptvermittler so wenig wahrnehmen? In unserem Arbeitsfeld gibt es sehr viele junge Migrant/innen, die sich qualifizieren wollen, aber keine Möglichkeit vom Jobcenter eingeräumt bekommen.

Katarina Niewiedzial:
Vielen Dank.

Dr. Hilde Hansen, Geschäftsführerin der BGZ Berliner Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit mbH:
Ich muss in dieselbe Kerbe schlagen. Ich denke, dass wir als Projektträger von Active Health gute Ergebnisse erzielt haben, aber nach wie vor darunter leiden, dass sich die Arbeitsagenturen nicht beteiligen wollten. Es wurde gesagt, dass ein Grund, warum Migrant/innen nicht in die Berufe gehen, der ist, dass sie nichts davon wissen. Wir haben damals als BGZ erhebliche Anstrengungen unternommen, um die Regionalagentur bzw. das Jobcenter in den strategischen Beirat von Active Health zu bekommen. Es ist uns nicht gelungen. Am Telefon habe ich mich bis Nürnberg durchgeschlagen und beschwert, weil sie doch eigentlich ein Interesse daran haben müssten, sich zu vernetzen. Doch wollte man davon nichts hören. Allmählich müsste man auf politischer Ebene mehr Druck machen. Eine falsche Beratung hat nachhaltige Konsequenzen.

Edith Bruhns:
Ich würde nun gerne meine Organisation vorstellen. Mein Thema heute ist Potenziale migrantischer Organisationen im Gesundheitswesen vor dem Hintergrund der Diskriminierung von Migrant/innen. Ich möchte dazu die Möglichkeiten vorstellen, die Migrant/innenorganisationen bezüglich dieser Arbeit haben. Es ist zunächst einmal als sehr positiv zu bewerten, dass eine Migrant/innenorganisation diese Problematik aufnimmt und sich damit beschäftigt. Durch Organisationen haben wir Organe, mit denen wir für die Migrant/innen aktiv werden können. In Berlin gibt es zum Beispiel den Landesbeirat. Der Landesbeirat besteht aus Delegierten von Migrant/innen. Sie beraten über Politik, die das migrantische Leben hier in Berlin betrifft. Im Landesbeirat gibt es eine Arbeitsgemeinschaft Diskriminierung. Die Arbeitsgemeinschaft hat konkrete Vorschläge bezüglich notwendiger Veränderungen im Bereich Gesundheitsberufe unterbreitet. Die Empfehlungen waren: die Erhöhung des Anteils von Migrant/innen im Gesundheitswesen, die Unterstützung der Approbation für akademische Heilberufe für Nicht-EU-Bürger/innen, die Gewährung der Verständigung als Dienstleistungsqualität innerhalb des Gesundheitswesens, die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Wir als Migrationsrat sind ein Dachverband für circa 60 Organisationen in Berlin. Wir haben eine Struktur entwickelt, wie unsere Mitglieder in Form von Tagungen in unsere Arbeit einbezogen werden können. Wir sind auch das Organ, an das sie sich wenden können, wenn Problematiken wie Diskriminierung auftauchen. Wir würden für sie diese Problematiken beim Integrationsbeauftragten oder dem Landesbeirat ansprechen. Es ist auch uns bekannt, dass die Beratungskompetenz in den Jobcentern momentan sehr fragwürdig ist. Solche Problematiken der mangelnden Fach- und interkulturellen Kompetenz können wir in unseren Foren weiterleiten. Wir stufen sie als "erkannt" ein, leiten sie weiter und helfen, Lösungen zu initiieren. Das heißt, dass wir letztendlich als Kommunikationsorgan dienen. Ein Vorschlag für die hier genannte Problematik wäre, dass sich die Arbeitsagentur unbedingt an den Gremien, die sich mit den Belangen der Migrant/innen beschäftigen, beteiligt. Oder dass die Arbeitsagentur die Fachberater/innen besser für die Arbeit mit den migrantischen Jugendlichen qualifiziert. Wir als Kommunikation fördernde Organisation stärken so die Partizipation der Migrant/innen und der Migrant/innenorganisationen. Migrantische Organisationen mit Beratungsfunktionen erfassen zwar die Probleme, Ziel ist aber, diese nachhaltig zu lösen. Jede Migrant/innenorganisation kann durch uns diese Problematik politisch bewältigen. Es ist ein politisches Problem.

Monika Wagner, Diakonisches Werk Berlin Brandenburg-schlesische Oberlausitz, Berlin:
Ich möchte auf zwei Probleme aufmerksam machen. Das eine hat Herr Neitsch schon benannt. Es gibt immer noch die Möglichkeit der ausbildungsbegleitenden Hilfen im dualen System. Ich war zehn Jahre in dem Bereich der ausbildungsbegleitenden Hilfen tätig. Damals gab es noch die Zielgruppenspezifizierung. Das heißt Migrant/innen als Zielgruppe konnten spezifisch gefördert werden. Diese Zielgruppenspezifik wurde 2001/2002 abgeschafft. Dadurch können Migrant/innen nun nicht mehr eindeutig gefördert werden. Die Förderung, wie z.B. in der Fachsprache Deutsch, findet nur noch unspezifisch statt. Die Träger, die sehr viel Erfahrung in der ausbildungsbegleitenden Förderung von Migrant/innen haben, bekommen die Programme nicht mehr, da diese Förderung auf Ausschreibungsverfahren umgestellt wurden. Die Einrichtungen sind so nicht mehr konkurrenzfähig. Die eigentliche Schwierigkeit bleibt dabei die Abschaffung der Zielgruppenspezifik in den ABH-Maßnahmen (Ausbildungsbegleitenden Hilfen). Der zweite Punkt ist, dass Gesundheits- und Pflegeberufe keinen Anspruch auf ABH-Maßnahmen haben. Das heißt Pflegeberufe können finanziell nicht gefördert werden. Das, was Herr Söding vorgestellt hat, ist ganz

wunderbar. Eigentlich aber müsste das von Senatseite, also durch öffentliche Gelder stärker gefördert werden. Es gibt in Berlin ein Projekt, das Altenpflegeausbildungen fördert und begleitet. Das kann alleine den Bedarf natürlich nicht decken.

Katarina Niewiedzial:
Vielen Dank. Ich glaube, wir sollten noch einmal die Frage zu den Jobcentern aufgreifen.

Andreas Germershausen:
Ich glaube, die Diskussion hier zeigt, dass das Spektrum unserer Probleme breiter ist als das in einer bis eineinhalb Stunden aufgegriffen werden kann. Das führt uns auch weg von der unmittelbaren Frage des Übergangs in die duale oder sonstige berufliche Ausbildung. Die Kritik an den Jobcentern ist vielfältig und vielleicht auch begründet. Die Diskussion zeigt uns aber, dass wir auch Übergänge in Form von Nachqualifizierungen für ältere Migrant/innen brauchen. Auch hier gibt es bereits gute Ansätze und erste Erfolge. Diese darzustellen, würde uns jetzt wegführen von der eigentlichen Diskussion. Nach meinem Wissen ist es die Politik unserer Senatsarbeitsverwaltung in Übereinstimmung mit der Regionaldirektion für Arbeit, Qualifizierung und Ausbildung gegenüber Arbeit und Beschäftigung einen Vorzug einzuräumen, insbesondere im Bereich unter 25 Jahren. Dass Fehlberatungen stattfinden, möchte ich nicht bestreiten. Diesbezügliche wäre der Hinweis von Frau Bruhns richtig, dass man eine Beschwerde an die Politik weiterleitet. Wenn wir solche kommunikativen Probleme haben, finde ich das Angebot von Migrationsrat und Landesbeirat, Beschwerden zu bündeln, zu thematisieren und vorzubringen richtig.

Beitrag aus dem Auditorium:
Ich möchte einen Vorschlag einbringen. Während der heutigen Diskussion habe ich mich mehrmals angesprochen gefühlt, da ich diese Problematiken während meines Aufenthalts in Deutschland sehr oft selbst erlebt habe. Es war ein schwieriger Weg, bis ich das erreicht hatte, was ich jetzt habe. Ich bin Angestellte im halböffentlichen Dienst und in Nebentätigkeit freiberufliche Hebamme. Zu unserem heutigen Thema der Berufe im Gesundheitswesen: Es fehlen definitiv Informationen über die Berufe. Ich bin zweifache Mutter, mein Sohn ist gerade fünfzehn. Er hat eine deutsch-russische Europaschule besucht. Ich kann mich nicht erinnern, dass sich ihm jemals ein/e Berufsberater/in vorgestellt hätte. Ich komme aus der Ukraine. Dort gibt es solche Berufe wie Arzthelfer/innen, Pfleger/innen nicht. Die Menschen wissen gar nicht, dass es so etwas gibt. Pflege existiert nur im Zusammenhang mit der Altenpflege. Es sollte möglich sein, dass nicht die Jugendlichen zur Arbeitsagentur gehen müssen, um sich über berufliche Möglichkeiten zu informieren, sondern dass die Berufe in den Schulen vorgestellt werden. Der Druck auf die Jugendlichen wird immer stärker und sie wissen meist nicht, an wen sie sich wenden sollen. Berufsschulen sollten sich an die Schulen wenden und dort den Jugendlichen Perspektiven aufzeigen. Eine darzustellende Perspektive wäre, wie die Jugendlichen dort ihre Berufs- oder Fachausbildung und anschließend sogar noch das Abitur machen können. Den Hebammenberuf gibt es auch in der Ukraine, allerdings nicht in diesem Umfang. Hebammen arbeiten in der Ukraine nicht freiberuflich, sondern sind immer an einen Arzt, eine Ärztin oder ein Krankenhaus angebunden. Den Beruf der Hebamme als Freiberufliche auszuüben, ist bei uns absolut nicht bekannt. Von daher würde ich mir wünschen, dass die Berufsberater/innen direkt in die Schulen gehen und den Kindern auch vorstellen, was für tolle Berufe es gibt.

Dagmar Kuhlich:
Lehrer/innen können nicht alles. Sie können nicht gleichzeitig erziehen, beraten, die Funktion der Eltern übernehmen und auch noch das Wissen vermitteln. Das kann man nicht erwarten. Eine ganze andere Menge kann man aber schon erwarten. Da wir wissen, dass dieses System der Berufe so kompliziert ist, haben wir im Sommer ein berlinweites Projekt namens "Vertiefte Berufsorientierung" begonnen. Es beginnt ab Klasse acht und wird aus Mitteln der Bundesagentur für Arbeit finanziert. Es haben sich also alle drei Arbeitsagenturen zusammengeschlossen, um das Geld zu bündeln, das sie für vertiefte Berufsorientierung aus Nürnberg bisher über die Arbeitsagenturen nur kleckerhaft für einzelne Schulen erhielten. Die andere Hälfte zur Finanzierung des Projekts wurde von der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales und der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung gegeben. In diesem Jahr wollen wir das Geld so einsetzen, dass mindestens 6.000 Schüler/innen von diesem Projekt profitieren können. Das Projekt wird über viele Jahre gehen und mindestens solange, wie die Bundesagentur für Arbeit dieses Geld gibt. Es soll Schüler/innen, Eltern, aber auch Lehrer/innen die Kompetenz geben, einen kleinen Durch- und Einblick in den Berufsalltag zu geben. Sie haben die Möglichkeiten, Praktika zu machen und andere Berufe kennen zu lernen - darunter auch Gesundheitsberufe. Auch haben sie die Möglichkeit, ihre Praktika in einen Berufswahlpass eintragen zu lassen, was bereits auf eine spätere Bewerbung vorbereitet. Die Jugendlichen können auch direkt Bewerbungstrainings und Kompetenzfeststellungsverfahren machen. Es gibt in Berlin bereits eine riesige Palette an Angeboten, die aber immer nur im Kleinen gereicht wird. Diese müssen wir zusammenführen. Die Träger sollen ihr Know-how mehreren Schulen zur Verfügung stellen - und zwar den allgemeinbildenden Schulen, deren Aufgabe es ist, die Schüler/innen fit für das Arbeitsleben zu

machen. Es wird einige Jahre dauern, bis das Projekt komplett aufgebaut ist. Das ist nicht ganz einfach. Doch sehen wir den Bedarf der Beratung. Ich selbst sehe ihn täglich, wenn Menschen mit der von Ihnen beschriebenen Erfahrung im Jobcenter in mein Büro kommen. Diese Menschen werden vom Jobcenter zu mir geschickt, um sich für eine Schule anzumelden. Der "junge Mann" ist z.B. dann nur schon 44 Jahre alt und ich weiß im ersten Moment nicht mehr, was ich noch antworten soll. Ich kenne diese Geschichten zu Genüge, in denen junge Deutsche und Menschen mit Migrationshintergrund von ihren Berufsberater/innen irgendwohin geschickt werden. Das ist momentan ein wenig problematisch.

Katarina Niewiedzial:
Vielen Dank. Ich möchte die Sitzung damit beenden, dass ich das letzte Wort Frau Bruhns gebe. Ich bedanke mich bei den Gesprächspartner/innen auf dem Podium und im Auditorium. Alles weitere können wir im Anschluss an das Abschlusswort von Frau Zingel-Lang besprechen.

Edith Bruhns:
Meines Erachtens ist es auch ein Kommunikationsproblem, das heißt ein Problem, wie man die migrantischen Jugendlichen und ihre Eltern erreichen kann. Eine Idee wäre, die Beratungsgespräche direkt in den Communities ansetzen zu lassen. In der Mobilisierung der Communities sehe ich eine große Chance, die bisher unterschätzt und ein Potenzial, das bisher nicht genutzt wird. Wenn man von Communities weiß, in denen die Familien stark mit in berufliche Entscheidung einbezogen werden, ist es möglich und sinnvoll, genau dort für bestimmte Berufsbilder zu werben.

Kontakte:
Dagmar Kuhlich, Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, Berlin

Dagmar.Kuhlich@senbwf.verwalt-berlin.de

Edith Bruhns, Migrationsrat Berlin-Brandenburg
interkulturberl@aol.de

Arthur Neitsch, Leiter des Oberstufenzentrums Gesundheit II

neitsch@osz-gesundheit2.de

Andreas Germershausen, Stellvertreter des Integrationsbeauftragten Berlins

Andreas.Germershausen@IntMig.verwalt-berlin.de

Katarina Niewiedzial, Think Tank Progressives Zentrum, Berlin

katarina.niewiedzial@progressives-zentrum.de

Schlußwort

Elke Zingel-Lang, Senatsverwaltung Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin

Wir haben heute so Vielfältiges gehört, dass es mir unmöglich scheint, all die Beiträge zusammenzufassen und ein Fazit zu ziehen. Daher möchte ich das Schlusswort kurz halten und den Veranstaltern ganz herzlich danken - das ist zum einen Gesundheit Berlin und zum anderen die BGZ als Projektträgerin. Mein Dank gilt auch allen Referent/innen und Diskussionsteilnehmer/innen - die Vorträge und Beiträge waren sehr interessant und anregend. Und Ihnen allen möchte ich danken, dass Sie gekommen sind.

Vor allen Dingen hoffe ich, dass die Veranstaltung dabei hilft, das Anliegen der interkulturellen Öffnung in die Breite zu tragen. Meinem Eindruck nach wird häufig nur ein bestimmter Kreis erreicht. In den Institutionen fehlt häufig noch die Einsicht, welchen hohen Stellenwert die interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen hat.

Die Erkenntnis muss sich durchsetzen, dass interkulturelle Öffnung nicht nur die Kultursensibilität einer einzelnen Fachkraft meint, sondern die gesamte Ausrichtung der Organisation. Es geht also auch um eine Andockung des Themas an der Führungsebene, der klar sein muss, dass interkulturelle Teams geschaffen und bestimmte Fragen wie beispielsweise der Umgang mit kultureller Vielfalt oder religiöser Anschauung "von oben" geklärt werden müssen. Das sind Organisationsentscheidungen, die nicht dem Einzelnen überlassen werden können.

Veränderungsprozesse scheinen erst langsam zu beginnen. In diesem Sinne danke ich Ihnen besonders, dass Sie gekommen sind und mitdiskutiert haben und wünsche Ihnen einen guten Heimweg.

Erfolgreiche Ansätze guter Praxis in der Berufsinformation und interkulturellen Öffnung

Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin

Im Rahmen des Projektes Active Health hat im Zeitraum von einem Jahr eine Vielzahl von unterschiedlichen Akteuren zusammengearbeitet. Es wurde ein Netzwerk aufgebaut, das die Projektaktivitäten begleitet und die Nachhaltigkeit der Ergebnisse gefördert hat. Durch diese Vernetzung konnten bereits bestehende Projekte und Initiativen einbezogen und Synergieeffekte erzeugt werden. In fünf Netzwerkworkshops wurde so ein intensiver Wissensaustausch organisiert.

Im Folgenden stellen wir Ihnen einige erfolgreiche Ansätze guter Praxis von Netzwerkmitgliedern zur Berufsinformation und zur interkulturellen Öffnung von Einrichtungen vor. Dies ist zum Ersten das Jobpatennetzwerk des Projektes Active Health, das durch den engagierten Einsatz einer Vielzahl von Ausbildungsträgern und freiberuflichen Professionellen in dieser Form realisiert werden konnte.

Des Weiteren wird über die Berufsinformationsplattform von MediNet Berlin berichtet, die einen umfangreichen Ausbildungsatlas zu den Gesundheitsberufen entwickelt hat.

Der Prozess der interkulturellen Öffnung, der eine entscheidende Voraussetzung für die Qualität der gesundheitlichen Versorgung von Migrant/innen bildet, wird aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet: Es werden zwei Checklisten zur interkulturellen Öffnung von Institutionen der Regelversorgung vorgestellt und darüber hinaus der Prozess der interkulturellen Öffnung des Diakonischen Werks Berlin-Brandenburg schlesische Oberlausitz nachgezeichnet.

Den Abschluss bildet der Beitrag von Dr. Rudolf H. Weiß, der auf dem Seminar "Zukunftsorientierung durch kulturelle Vielfalt" das im Rahmen des Projektes am 23.10.2007 in der Ärztekammer Berlin stattfand, zum Thema Der Culture Fair Test (CFT) als Einstiegschance" referierte.

Gesundheitsberufe erlebbar machen: Das Jobpatennetzwerk des Projektes Active Health

Stefan Pospiech, Ina Wlodasch, Gesundheit Berlin

Zusammenfassung
Menschen mit Migrationshintergrund erfahren nachgewiesenermaßen soziale Benachteiligungen, welche sowohl mit höheren Gesundheitsrisiken als auch mit einem schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung verbunden sind (Mielck 2003).
Ziel des EU-Projektes Active Health, das in Kooperation zwischen der BGZ Berliner Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit mbH, Gesundheit Berlin und der Senatverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz durchgeführt wird, ist daher, den Zugang für Migrant/innen zur Gesundheitsversorgung durch Empowerment der Zielgruppe und Sensibilisierung der Akteure im Gesundheitsbereich zu verbessern. Ein konkreter Ansatz zur Realisierung dieses Ziels ist die Integration von Migrant/innen in die Gesundheitsberufe zu fördern, in denen diese derzeit noch deutlich unterrepräsentiert sind.
Im Verlauf verschiedener Projektveranstaltungen konnte ein Netzwerk aus Jobpat/innen aufgebaut werden. Die Jobpat/innen sind Auszubildende oder Berufstätige aus den Gesundheitsberufen und haben selbst einen Migrationshintergrund. Gemeinsam mit den Projektmitarbeiter/innen von Gesundheit Berlin gehen die Jobpat/innen in Schulen, Familienzentren und Migranteneinrichtungen, um Jugendliche und Eltern über verschiedene Berufe des Gesundheitsbereiches zu informieren und das Interesse zu wecken, selbst einen Beruf im Gesundheitswesen zu ergreifen.

Hintergrund
In Berlin arbeitet etwa jeder achte Erwerbstätige in einem Beruf im Gesundheitsbereich (Henke et al. 2006). Bei einem Anteil von 13% Migrant/innen an der Berliner Gesamtbevölkerung (Ohliger et al. 2005) sind in Ausbildungen zu Gesundheitsberufen im Schuljahr 2006/07 nur zu 3,5% Jugendliche mit Migrationshintergrund vertreten (nach Daten des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg auf Nachfrage am 03.04.2007).
Diese geringe Beteiligung ist auf verschiedene Ursachen zurückzuführen: Oftmals genügen ihre schulischen Leistungen nicht oder nur unzureichend den formalen Zugangsbedingungen zu einem der Gesundheitsberufe. Besonders Defizite im sprachlichen und mathematischen Bereich bilden eine Schwelle auf dem Weg in die Ausbildung. Hinzu kommt ein Berufsinformations- und Berufswahlverhalten, das sich deutlich von dem deutscher Altersgenossen unterscheidet: Jugendliche mit Migrationshintergrund nutzen die herkömmlichen Informationsangebote sehr viel seltener und orientieren sich stattdessen in hohem Maße an Vorbildern aus dem persönlichen Umfeld. Da bisher vergleichsweise wenige Migrant/innen in Gesundheitsberufen tätig sind, fehlen diese Vorbilder und folglich wird die Möglichkeit einer Ausbildung in diesem Bereich nur selten in Erwägung gezogen.

Doch nicht nur auf Seiten der Jugendlichen besteht noch ein großes Potenzial zur Verbesserung ihrer Situation:
Ein weiterer Grund für die geringe Präsenz von jungen Migrant/innen in den Ausbildungsberufen im Gesundheitsbereich ist, dass von Arbeitgeberseite z.B. sprachliche Defizite sehr stark, jedoch Ressourcen, wie Mehrsprachigkeit und interkulturelle Kompetenz, nur sehr schwach wahrgenommen werden (Kohlmeyer 2000). Neben der Information der Jugendlichen durch Jobpat/innen ist daher auch die Sensibilisierung der Akteure und Entscheidungsträger/innen im Gesundheitsbereich Ziel des Projektes Active Health. Auf der Open-Space-Veranstaltung "Vielfalt leben - eine Herausforderung für ein modernes Berliner Gesundheitswesen. Migrantinnen und Migranten erfolgreich für Gesundheitsberufe gewinnen" am 07. 06.2007 wurde im Workshop "Wir planen eine Informationskampagne!" erstmals die Möglichkeit der Initiierung eines Jobpatennetzwerkes erörtert.

Zielsetzung
Ziel der Informationsveranstaltungen des Jobpatennetzwerkes ist, das Interesse an Gesundheitsberufen bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu wekken und Ihnen Möglichkeiten und konkrete Ansprechpartner/innen zur Beantwortung ihrer Fragen zu liefern. Über den persönlichen Kontakt mit den Jobpat/innen wird den Schüler/innen ein erster, lebendiger Zugang zu den Gesundheitsberufen geboten. Dabei spielen Faktoren wie ein ähnlicher Werdegang und gemeinsame Migrationserfahrungen eine große Rolle, um die Glaubwürdigkeit und Akzeptanz der Jobpat/innen zu erhöhen. Den Jugendlichen kann so aufgezeigt werden, dass trotz oft schwieriger Ausgangsbedingungen, Barrieren auf dem Weg in die Ausbildung überwunden werden können. Dabei kann auch vermittelt werden, dass ein Migrationshintergrund keinesfalls immer ein "Problem" ist, sondern vielmehr in vielen Arbeitsbereichen ein großes Potenzial darstellt. Die Veranstaltungen mit den Jobpat/innen bieten den Jugendlichen so einen niedrigschwelligen Zugang zu Auszubildenden und Professionellen und die Möglichkeit, sich "auf gleicher Augenhöhe" über die Berufe zu informieren und konkrete Fragen zu stellen.

Umsetzung
Aufbauend auf den Ergebnissen des Workshops "Wir planen eine Informationskampagne!" wurden auf dem 3. Netzwerkworkshop des Projektes am 12.07.2007 konkrete Umsetzungsmöglichkeiten zusammen mit Akteuren aus Gesundheitsunternehmen, Bildungseinrichtungen, Migrantenorganisationen und anderen Akteuren diskutiert. Deutlich wurde, dass in die Informationskampagne auch die Eltern einbezogen werden müssen. Ein Seminar speziell für die Jobpat/innen, an dem verschiedene Bildungsträger des Gesundheitsbereiches, Berufstätige und Auszubildende verschiedener Gesundheitsberufen, sowie Vertreter interessierter Einrichtungen teilnahmen, fand am 07.09.2007 statt. Etwa 20 Jobpat/innen, die sich für Informationsveranstaltungen für Schüler/innen und Eltern ehrenamtlich zur Verfügung stellen, konnten für eine Mitarbeit gewonnen werden.

Innerhalb der Informationskampagne wurden seit Oktober 2007 bisher sieben Veranstaltungen in Schulen durchgeführt und so über 220 Schüler/innen erreicht. Die Schulen wurden mit Unterstützung der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung über die Möglichkeit von Informationsveranstaltungen mit den Jobpat/innen informiert. Der Schwerpunkt der Informationsveranstaltung lag auf Schulen, die einen hohen Anteil von Schüler/innen mit Migrationshintergrund aufweisen. Als Beispiele können hier die Elisabeth- Oberschule in Charlottenburg mit einem Anteil von 82% und die Herbert Hoover-Oberschule in Mitte mit einem Anteil von 95% genannt werden. Neben den Veranstaltungen in Schulen wurden die Berufe und Materialien auch auf der Berufseinstiegsmesse EINSTIEG ABI und auf der Landesgesundheitsmesse Berlin-Brandenburg vorgestellt. In der Kiezoase Schöneberg wurde darüber hinaus eine Informationsveranstaltung für arabische Väter durchgeführt. Um die Veranstaltungen optimal planen zu können, wird zur Absprache mit den Schulen ein Fragebogen mit organisationsrelevanten Fragen genutzt. Die Jobpat/innen für die einzelnen Veranstaltungen werden nach Interesse und Nationalität der Schüler/innen sowie nach dem Schultyp möglichst frühzeitig angefragt. In den Veranstaltungen wird in einem einführenden Teil allgemein über die Möglichkeiten einer Tätigkeit im Gesundheitswesen informiert. Dabei wird die Vielfalt an Berufen, die es in diesem Bereich gibt, verdeutlicht und auf weitere Informationsmöglichkeiten hingewiesen. Im Anschluss stellen die Jobpat/innen sich und ihre Berufe vor. Ausbildungsinhalte und Arbeitsalltag sind dabei genauso ein Thema wie Schwierigkeiten in der Ausbildung oder beim Berufseinstieg. Die bisher gemachten Erfahrungen zeigen, dass die Schüler/innen sehr schnell anfangen, den Pat/innen detaillierte Fragen zu stellen: neben berufsspezifischen Informationen steht auch die Kultur bzw. der Migrationshintergrund im Zentrum des Interesses der Schüler/innen. Damit sich die Schüler/innen nach den Veranstaltungen tiefer gehend mit dem Gehörten beschäftigen können, wurden im Projekt begleitende Materialien entwickelt. Dies ist einmal die Homepage www.gesunde-perspektive.de, auf der die Jobpat/innen vorgestellt werden und jugendgerecht umfangreiche Informationen über die Gesundheitsberufe zur Verfügung stehen. Um auch die Eltern von nicht deutschen Jugendlichen zu erreichen, deren Deutschkenntnisse häufig nicht ausreichen, um deutschsprachiges Informationsmaterial nutzen zu können, wurden Beschreibungen ausgesuchter Berufe ins Türkische, Arabische, Russische und Serbokroatische übersetzt. Diese muttersprachlichen Materialien werden bei Veranstaltungen mit Eltern sehr stark nachgefragt. Hier wird auch auf andere Plattformen und Initiativen verwiesen, wie z.B. www.medinet-ausbildung.de, die weitere Informationen zu Gesundheitsberufen liefern (siehe Beitrag in dieser Publikation). Darüber hinaus wurden Plakate und Flyer entwickelt die kostenlos an Schulen sowie an Multiplikatoren wie Familienzentren und Migranteneinrichtungen verteilt werden. Diese machen auf die Webseite aufmerksam.

Erfahrungen

Für Informationsveranstaltungen hat sich eine Gruppengröße von etwa 25 Schülern bewährt. Diese Anzahl an Teilnehmer/innen ermöglicht eine praxisnahe Präsentation der Berufsbilder und gibt genug Raum, angemessen auf Fragen einzugehen. Für die Dauer der Veranstaltung hat sich ein Zeitrahmen von zwei Unterrichtsstunden während der regulären Unterrichtszeit als günstig erwiesen. Zwei Jobpat/innen machen die Veranstaltung ansprechender und insgesamt informativer, dann ist jedoch ein Zeitrahmen von etwa zwei Zeitstunden einzuplanen. Für die Koordination der Veranstaltungen ist eine frühzeitige Planung wichtig. Da alle Jobpat/innen berufstätig bzw. in einer Ausbildung sind, sollten sie mindestens einen Monat vor dem Veranstaltungstermin angefragt werden. Da in den Schulen zum Teil sehr viel kurzfristiger geplant wird, besteht hier eine große organisatorische Herausforderung Informationsveranstaltungen fanden bisher mit Schülern der 9. oder 10. Klasse aus Real- und Gesamtschulen statt. Auch Hauptschulen haben Ihr Interesse an der Durchführung von Informationsveranstaltungen bekundet. Da der größte Teil der Berufe im Gesundheitswesen einen Realschulabschluss voraussetzt, gibt es für Hauptschüler/innen kaum Berufsausbildungen aus dem Gesundheitsbereich, die sie unmittelbar nach dem Schulabschluss antreten können. Nach Möglichkeiten, auch diesen Schülern relevante Informationen zu vermitteln, wird derzeit gesucht. Ein Beispiel könnte die Ausbildung zum Sozialassistenten sein, welche ab dem Ausbildungsjahr 2008 in Berlin angeboten wird. Insgesamt kann gesagt werden, dass ein großes Interesse sowohl bei den Ausbildungsinstitutionen als auch bei den allgemeinbildenden Schulen besteht. Die hohe Authentizität der Jobpat/innen und die Möglichkeit der direkten Kommunikation haben sich als adäquate Wege der Berufsinformation für diese Zielgruppe erwiesen.

Literatur:

- Mielck, Andreas (2003): Projekte für mehr gesundheitliche Chancengleichheit: "Bei welchen Bevölkerungsgruppen ist der Bedarf besonders groß" In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung und Vernetzung der Akteure. Köln. BZgA: S. 10-19.

- Henke, Klaus-Dirk et al. (2006).:
  Die Berliner Gesundheitswirtschaft. Perspektiven für Wachstum und Beschäftigung, Eine Untersuchung im Auftrag der IHK Berlin und der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen, 2.akt. und erw. Auflage, Berlin: S. 7.

- Ohliger, Rainer/ Raiser, Ulrich (2005): Integration und Migration in Berlin. Zahlen - Daten - Fakten 2005. Hrsg: Der Beauftragte des Senats von Berlin für Integration und Migration

Download unter:
http://www.berlin.de/Ib/intmig/publikationen/beitraege/index.html

- Klaus Kohlmeyer (2000): Die berufliche Integration junger Migranten/innen in Berlin. Analysen und Handlungsansätze. Gutachten im Auftrag der PDS.

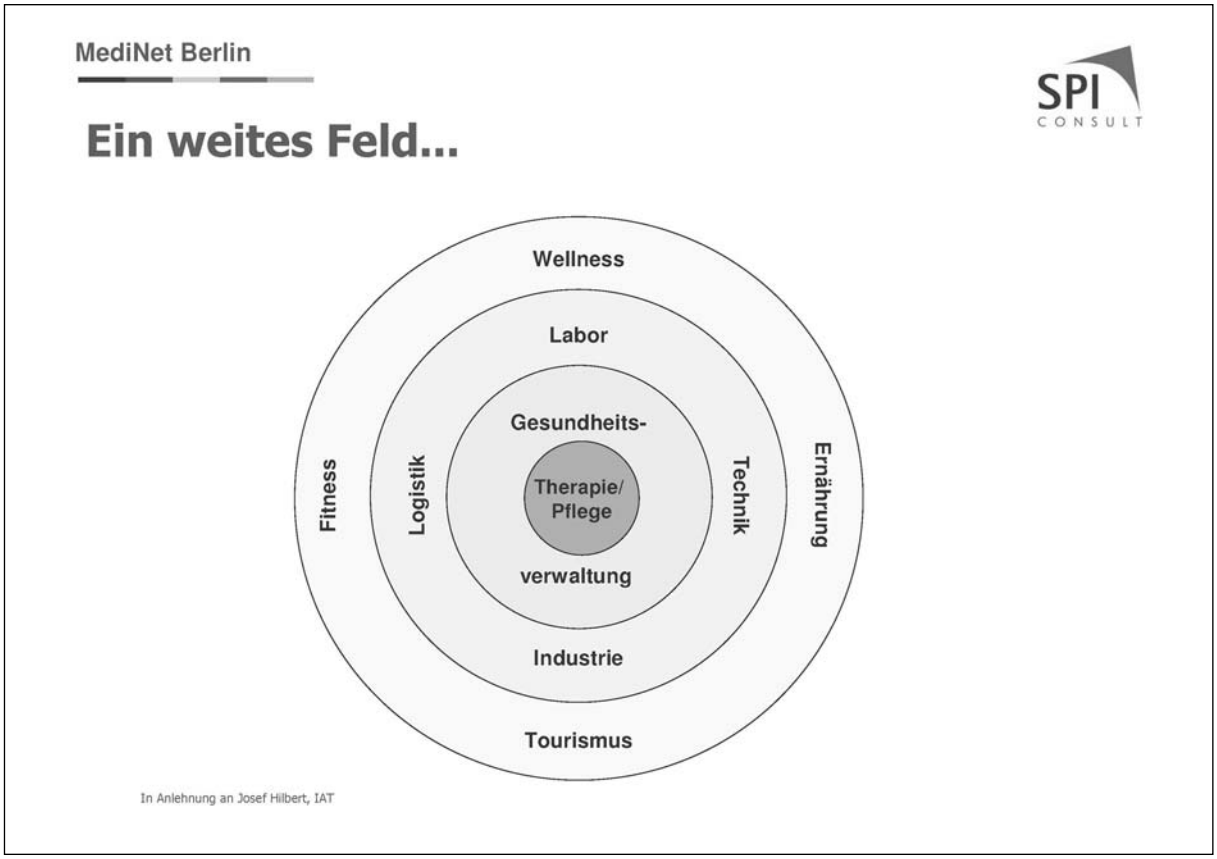
MediNet Berlin - Ausbildungsnetzwerk in der Gesundheitswirtschaft

Tobias Funk, SPI Consult GmbH, Berlin

Zusammenfassung
Die Berliner Gesundheitswirtschaft verfügt über ein enormes Wachstumspotenzial und ist jetzt schon eine der wichtigsten Zukunftsbranchen der Stadt. Eine wesentliche Voraussetzung für eine weitere positive Entwicklung in diesem Bereich aber sind gut qualifizierte Fachkräfte. Das betrifft neben den Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Arzt- und Therapiepraxen, die pharmazeutische Industrie und eine Vielzahl von mittelständischen Unternehmen der medizintechnischen Industrie. Hinzu kommen die Betriebe der sich dynamisch entwickelnden Nachbarbranchen des Gesundheitswesens, wie Tourismus, Wellness und Sport.
MediNet Berlin ist ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördertes Projekt der SPI Consult GmbH und verfolgt im Rahmen des Jobstarter Programms das Ziel, die Ausbildungsstrukturen in der Berliner Gesundheitswirtschaft weiterzuentwickeln und zu stärken. Es unterstützt damit die Ziele des Masterplans Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg.

Hintergrund
Allein in Berlin ist bereits heute ca. jeder achte Erwerbstätige in der Gesundheitswirtschaft tätig. Aber nur wenige sind sich dessen bewusst. Denn meist werden Berufe in der Gesundheitswirtschaft nur mit den klassischen Ausbildungsberufen des "Gesundheitswesens" im Kernbereich von Therapie und Pflege identifiziert. Doch das Branchencluster umfasst auch die Bereiche der Verwaltung von Gesundheitsdienstleitungen, die der so genannten vorleistenden Industrien, d.h. die Pharmazeutische Industrie, der Unternehmen der Medizintechnik, der traditionellen Gesundheitshandwerke sowie den Markt rund um das Thema Wellness, Tourismus und aktiver Gesundheitserhaltung. Gut qualifizierte Fachkräfte aber gibt es nur, wenn die Vielzahl der Ausbildungsmöglichkeiten hinreichend vorgestellt und beworben werden.

Ziele
Erstes und übergeordnetes Ziel des Projektes MediNet Berlin ist es deshalb, für mehr Transparenz in diesem Feld der Berufsausbildung zu sorgen.



Weitere Einzelschwerpunkte von MediNet Berlin sind:

- Unterstützung von Unternehmen bei der Personalentwicklung im Bereich Gesundheitswirtschaft
- Stärkung der betrieblichen Ausbildung, Information und Beratung von Betrieben zur Nutzung zusätzlicher Ausbildungspotenziale
- Entwicklung und Erprobung neuer Ausbildungsmodelle und Ausbildungskooperationen
- Nutzung von Synergieeffekten durch koordinierende Netzwerkarbeit
- Verbesserung der Berufsorientierung und des passgenauen Übergangs in Ausbildung

Dabei begreift sich das Projekt MediNet als ein Baustein des Masterplans "Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg", in dem im strategischen Handlungsfeld Lehre, Ausbildung, Fort- und Weiterbildung das Ziel gesetzt ist, die Gesundheitsregion Berlin zum internationalen und überregionalen innovativen Kompetenzzentrum für gesundheitsbezogene Lehre, Ausbildung, Fort- und Weiterbildung zu profilieren und Nutzerinnen und Nutzern die Kompetenz der Region zu erschließen.

Umsetzung und Erfolge

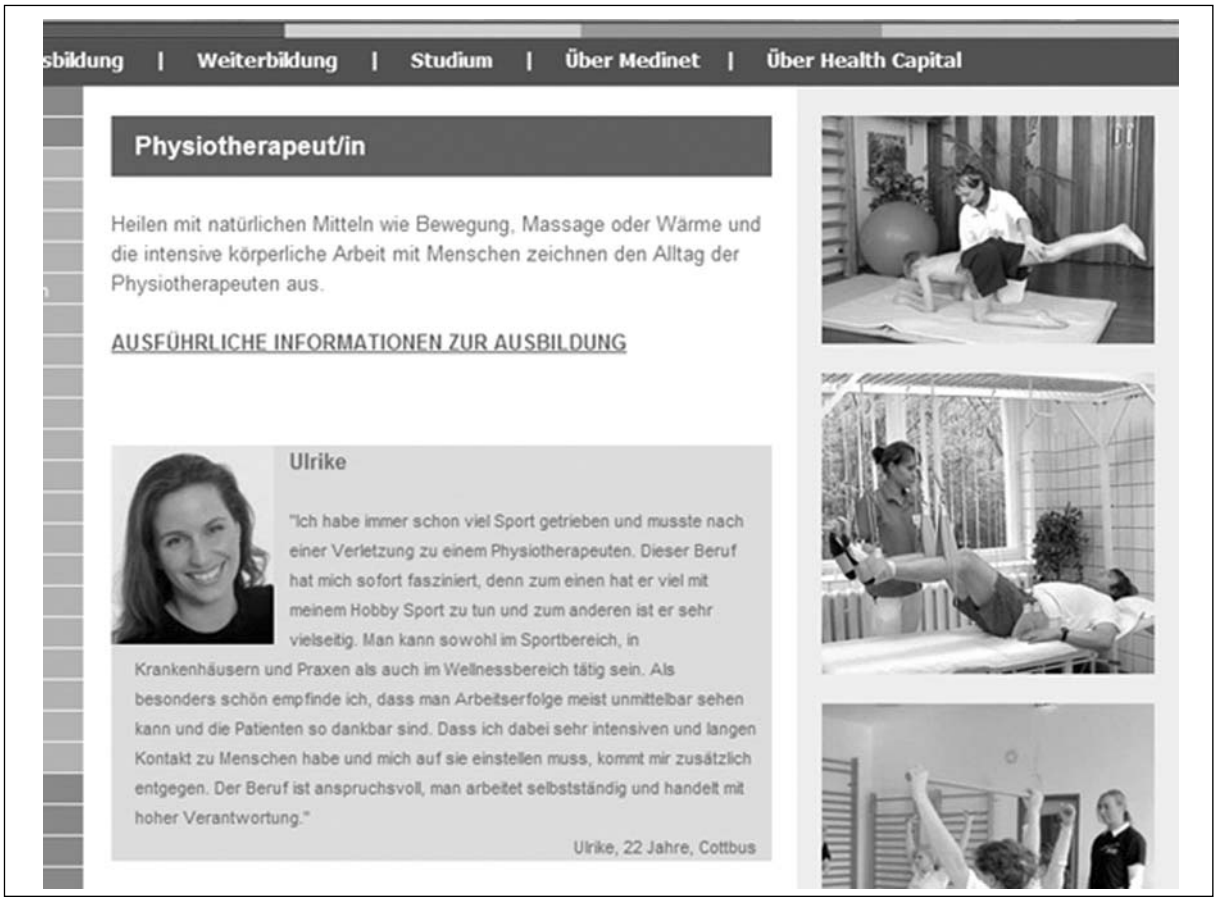
MediNet Berlin unterstützt Unternehmen der Gesundheitswirtschaft bei der Personalentwicklung, stärkt die betriebliche Ausbildung, informiert und berät zur Nutzung zusätzlicher Ausbildungspotenziale. Dabei entwickelt und erprobt MediNet neue Ausbildungsmodelle und Ausbildungskooperationen.
Ein erster Schritt war die Erstellung der Expertise "Ausbildungspotenzial Berliner Gesundheitswirtschaft", in der 60 grundständige Ausbildungsberufe der Gesundheitswirtschaft identifiziert worden sind. (Rainer Rodewald, Tobias Funk, Katharina Sowa: "Ausbildungspotenzial Berliner Gesundheitswirtschaft, Berlin 2006). Ein Novum dabei war nicht zuletzt, dass vollzeitschulische Ausbildungsmöglichkeiten, die im Bereich des Gesundheitswesens traditionell eine besondere Rolle spielen sowie anerkannte Ausbildungsberufe im dualen System zusammen vorgestellt worden sind. Zur weiteren Orientierung wurden die einzelnen Ausbildungsmöglichkeiten jeweils vier unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitswirtschaft zugeordnet. Eine wichtige Information, die so gebündelt bislang nicht vorlag, war zudem eine Auswertung der Entwicklung der Zahl der Ausbildungsplätze über eine Reihe von Jahren, nicht zuletzt ein wichtiges Indiz auch für die Bewertung der weiteren Berufsentwicklung.
Als Angebot insbesondere auch für kleine und mittlere Betriebe in der Gesundheitswirtschaft hat MediNet Berlin eine Reihe von Fachgesprächen zu aktuellen Einzelthemen wie z.B. "Wellnessmarkt Berlin - Zwischen Utopie und Realität", "Ambulante Pflege als Arbeitgeber der Zukunft - Professionalisierungschancen in einem wachsenden Markt" oder aber auch zum Thema "Kliniken und Krankenkassen - Erfolgreich ausbilden durch Kooperation" durchgeführt.

Neue Impulse konnten hier aufgegriffen werden und nicht zuletzt auch war dies ein gutes Angebot, um neue Netzwerke zu knüpfen. Durch die direkte Ansprache von Betrieben konnten in diesem Zusammenhang auch zusätzliche betriebliche Ausbildungsplätze geschaffen werden. Durch Aktionen der Öffentlichkeitsarbeit, wie z.B. die Unterstützung der "Tage der Berufsausbildung", der Ausbildungsinitiative Pankow, den bezirklichen Ausbildungstagen, sowie der jährlichen Nachvermittlungsaktion der Agentur für Arbeit, der Industrie- und Handelskammer (IHK) und Handwerkskammer (HWK) wird über die Vielfalt der Ausbildungsmöglichkeiten in diesem Feld aufmerksam gemacht und Schülerinnen und Schülern Hilfestellung bei der Berufswahl gegeben.
Dazu gehört auch die Vernetzung mit dem "Berliner Programm Vertiefte Berufsorientierung" (BVBO), das eine gemeinsame Initiative der Senatsverwaltungen für Bildung, Wissenschaft und Forschung sowie Integration, Arbeit und Soziales und der Agenturen für Arbeit im Land Berlin ist.

Das Programm stellt ein zusätzliches Unterstützungsangebot für die erfolgreiche Umsetzung des Auftrages der allgemein bildenden Schulen zur Berufsorientierung dar und verfolgt das Ziel, dass die Schülerinnen und Schüler sich frühzeitig und intensiver als bisher mit dem Berufswahlprozess auseinandersetzen. Auch eine engere Kooperation mit dem Projekt Active Health: Strategien für einen verbesserten Zugang von Migrant/innen zur Gesundheitsversorgung durch Sensibilisierung und Empowerment als Beitrag zur Europäischen Sozialschutzstrategie der Berliner Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (BGZ) und der Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheit Berlin e.V. ist hier geplant.
Besondere Erfolge kann MediNet Berlin auf der Systemebene mit Blick auf neu geschaffene Lernortkooperationen vorweisen. So ist es erst für das Berufsbild des/der Diätassistent/in, dann für das Berufsbild des/der Podolog/in gelungen, in Kooperation mit vier unterschiedlichen Senatsverwaltungen sowie mit den jeweiligen Bildungsdienstleistern, Schulen und Praxisbetrieben neue Lernortkooperationen zu entwickeln und damit nicht zuletzt auch zusätzliche Ausbildungsmöglichkeiten für Berufe, die auf dem Arbeitsmarkt stark nachgefragt sind, zu schaffen. Hinzugekommen sind hier jetzt noch der/die Assistent/in für medizinische Gerätetechnik - Schwerpunkt Medizinproduktberatung sowie der/die Elektroniker/in für Geräte und Systeme - Schwerpunkt Medizintechnik.

Ausbildungsportal Berufe Gesundheit Berlin-Brandenburg - Ein Ergebnis des Projektes MediNet Berlin in Kooperation mit Health Capital

Im Rahmen des Masterplans wurde auf der Basis der MediNet Expertise "Ausbildungspotenzial Gesundheitswirtschaft Berlin" in enger Kooperation mit



Health Capital, getragen von dem Netzwerk Gesundheitswirtschaft der TSV Innovationsagentur GmbH in einer konzertierten Initiative sowohl ein auf die Zielgruppe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zugeschnittener Ausbildungsatlas als auch ein Informationsportal "Berufe Gesundheit Berlin-Brandenburg" erstellt.
In diesem Portal können sich Interessierte zu den Themen Ausbildung, Weiterbildung und Studium in der Gesundheitswirtschaft informieren. Dabei reicht es insbesondere mit den beiden zuletzt genannten Bereichen weit über den ursprünglichen Zielbereich des Projektes MediNet Berlin hinaus. Doch gerade die Bündelung von Informationen macht das Portal attraktiv, nicht zuletzt in dem es auch Informationen für die beruflichen Weiterentwicklung parat hält. Damit verfügt die Region Berlin-Brandenburg über ein einmaliges Informationsportal zu Berufen und Bildungsmöglichkeiten in der Gesundheitswirtschaft.

Für den Bereich der Ausbildung stehen Informationen zu den vier Bereichen Pflege und Therapie, kaufmännisch-verwaltende Berufe, technisch-handwerkliche Berufe und Wellness/ Tourismus/ Handel zur Verfügung. Insgesamt 55 Berufsausbildungsmöglichkeiten werden hier vorgestellt, davon zwanzig allein im Bereich Pflege und Therapie! Konkrete Ausbildungsinfos zu den jeweiligen Berufen erhalten die Interessierten, indem sie die Überschriften einfach anklicken..
Wie im Ausbildungsatlas so sind auch hier die Ausbildungsperspektiven anschaulich mit einer Vielzahl von Bildern aus dem Arbeitsalltag sowie mit individuellen Zeugnissen ausgewählter Auszubildender dargestellt. Sowohl der Ausbildungsatlas als auch die Informationen in dem Portal eignen sich ideal als Anschauungsmaterial für die Berufsorientierung an Schulen. Als PDF-File kann der Atlas "Ausbildung Gesundheit in Berlin und Brandenburg" unter www.medinet-ausbildung.de, zugleich der Link zum Portal, kostenlos heruntergeladen werden.

Ansprechpartner/innen für das Projekt MediNet Berlin
SPI Consult GmbH,
Treuhänder und beliehenes Unternehmen des Landes Berlin
Hildegardstr.28
D-10715 Berlin

www.spiconsult.de

Tobias Funk, Katharina Sowa
Fon: +49 30 69 00 85 -87 oder -88

mailto:t.funk@spiconsult.de / k.sowa@spiconsult

jobstarter Für die Zukunft ausbilden
Bundesministerium für Bildung und Forschung
Bundesinstitut für Berufsbildung BIBB Forschen Beraten Zukunft gestalten
Gefördert als JOBSTARTER-Projekt aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Europäischen Union

Prozesse interkultureller Öffnung in der Altenhilfe/ Pflege - wie sich Einrichtungen der Diakonie interkulturell öffnen

Monika Wagner, Referentin für interkulturelle Öffnung
Diakonisches Werk Berlin Brandenburg - schlesische Oberlausitz e.V.

Zusammenfassung
Interkulturelle Öffnung zielt darauf ab, eine Verständigung über Sprachbarrieren und unterschiedliche kulturelle und religiöse Traditionen hinweg herzustellen. Der Prozess betrifft die gesamte Organisation einer Einrichtung und wirkt tief in ihre Strukturen hinein u.a. in die Bereiche Personalentwicklung, Öffentlichkeitsarbeit und Qualität der Angebote.

Das Projekt "Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe/ Pflege in Betreuungs- und Ausbildungseinrichtungen" des Diakonischen Werkes Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V. arbeitet in Berlin mit verschiedenen Trägerorganisationen und Einrichtungen der Diakonie zusammen und begleitet diese im Prozess der interkulturellen Öffnung durch Fachberatung und Fortbildung. Kooperationseinrichtungen sind stationäre und ambulante Altenpflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und Beratungseinrichtungen für ältere Menschen und deren Angehörige sowie wie für psychische Kranke.

Hintergrund
Die Situation von Migrant/innen in Deutschland wird politisch durchaus kontrovers diskutiert. Dabei liegt der aktuelle Fokus meist auf den erforderlichen Integrationsleistungen auf Seiten von Migranten. Weniger im öffentlichen Interesse steht die nicht minder relevante Frage, inwieweit Betreuungs- und Beratungsangebote, beispielsweise im Krankenhaus oder in der Pflege, dem tatsächlichen Bedarf von Migranten entsprechen.

Vor diesem Hintergrund schlossen sich 2003 auf Initiative des Diakonischen Werkes Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V. (DWBO) mehrere Träger aus den Bereichen Altenhilfe/(Kranken-)Pflege, psychosoziale Beratung sowie Gemeinwesenarbeit in einer "Fachgruppe Interkulturelle Öffnung" zusammen. Zurzeit sind zwölf Träger und Mitgliedseinrichtungen in der Arbeitsgruppe vertreten. Das DWBO veröffentlichte 2005 die Broschüre "Interkulturelle Öffnungsprozesse der Diakonie in Berlin und Brandenburg", in der unter anderem die Erfahrungen der Fachgruppe dokumentiert werden.

Die folgenden Ausführungen zu Prozessen interkultureller Öffnung beziehen sich auf Erfahrungen im Rahmen der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft "Qualifizierung für interkulturelle Arbeit" in Berlin, im besonderen auf die Arbeit des Teilprojektes "Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe/Pflege in Betreuungs- und Ausbildungseinrichtungen" des Diakonischen Werkes Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V.

ZIELSETZUNG -
Interkulturelle Öffnung, realsiert durch:

Konsequente Kundenorientierung
d.h. die Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen von Trägern sozialer Einrichtungen, deren Angebote sich an die Bevölkerung richten, für eine adäquate Versorgung von Migranten/innen (vgl. DWBO 2004). Das Konzept der interkulturellen Öffnung soll Organisationen und Einrichtungen dazu befähigen, Angebote und Leistungen an die veränderten Bedingungen und Herausforderungen einer Einwanderungsgesellschaft anzupassen und damit auch den Bedürfnissen von Migranten/innen entsprechen.

Abbau von Zugangsbarrieren
Die sozialen Angebote und Leistungen werden so ausgerichtet, dass sie die im Einzugsbereich lebenden Zielgruppen auch entsprechend ihrem Bevölkerungsanteil erreichen. Bezogen auf Migranten/innen bedeutet dies, Zugangsbarrieren abzubauen, die auf ethnisch-kulturellen Unterschieden beruhen.
Häufige Zugangsbarrieren, die sowohl auf Seiten der Einrichtungen wie auf Seiten der Migranten/innen bestehen, sind vor allem Sprachbarrieren und Verständigungsschwierigkeiten, Informationsdefizite über Hilfsangebote und Versorgungssysteme, Unwissenheit über die Lebensumstände und Bedarfslagen von Migranten/innen, fehlende Berücksichtigung religiöser Konzepte und Mittelschichtsorientierung von Einrichtungen, d.h. die einseitige Ausrichtung der Angebote an den Bedürfnissen von Angehörigen der Mittelschicht. Seitens der Migranten/innen kommen mangelnde Kenntnisse über Hilfestrukturen, aber auch eine mögliche Scheu vor Behörden und Institutionen und die Angst vor ausländerrechtlichen Folgen bei der Inanspruchnahme von Diensten und Behörden hinzu (vgl. ebenda). Damit dient interkulturelle Öffnung der Schließung bzw. Vermeidung von Versorgungslücken wie sie u.a. bei der Gesundheitsversorgung von Migranten/innen auftreten.

Organisationsentwicklungsprozess, der Maßnahmen auf struktureller wie auf Mitarbeiter/innenebene einschließt
d.h. dieser Prozess betrifft die gesamte Organisation und ist Teil der Organisations- und Qualitätsentwicklung. Beim Prozess der interkulturellen Öffnung kommt es zu einer Überprüfung der Organisationsstrukturen und somit zum Offenlegen von eventuellen Schwachstellen innerhalb der Einrichtung. Demzufolge kommt die interkulturelle Öffnung der gesamten Institution zu Gute.

Initiierung durch Leitungsebene, Unterstützung (muss getragen werden) von Mitarbeiter/innen, Ingangsetzung eines Lernprozesses
Die Maßnahmen im Öffnungsprozess sollten vom Management geplant werden und betreffen immer Leitungs- wie Mitarbeiter/innenebene. Aufgabe des Managements ist es, die strukturellen Veränderungen zu implementieren und die Mitarbeiter/innen durch Fortbildungen für die Notwendigkeit von Öffnungsprozessen auf Mitarbeiter/innenebene zu sensibilisieren und zu befähigen, die Prozesse auf Handlungsebene in der Praxis zu verwirklichen. Erfahrungen zeigen, dass Fortbildungen, die ausschließlich die Mitarbeiter/innenebene fokussieren und auf die Vermittlung interkultureller Handlungskompetenz abzielen, zum Scheitern verurteilt sind, da ohne Modifizierung der strukturellen Bedingungen, Maßnahmen einzelner Mitarbeiter/innen nicht zum Erfolg führen können und eher zur Frustration und zum Motivationsverlust der Mitarbeiter/innen führen (vgl. Curvello, T./Pelkhofer-Stamm, M., 2003).

Schaffung einer langfristigen Perspektive
Angesichts der notwendigen Veränderungen in der Organisationsentwicklung zielt interkulturelle Öffnung immer auf längerfristig angelegte Prozesse ab, die sich in verschiedenen Schritten vollziehen. Jeder Schritt kann als Erfolg des Öffnungsprozesses gewertet werden.

Umsetzung

Praxiserfahrungen haben gezeigt, dass es sinnvoll ist, in verschiedenen Schritten vorzugehen (vgl. DWBO, 2005):

1. Bestandsaufnahme auf drei Ebenen
a) Die Ebene der Institution
Zunächst sollte innerhalb der Einrichtung eine Bedarfsanalyse zum Stand der interkulturellen Orientierung erstellt werden. Erfragt werden sollte dabei z.B., ob das Leitbild und das Konzept der Einrichtung Aussagen zu Interkulturalität enthalten, inwieweit die Öffentlichkeitsarbeit auch Migranten/innen anspricht und ob die Einrichtungen auch mit Migrantenorganisationen vernetzt sind. Als Orientierung hierfür kann die Liste der "Qualitätskriterien zur interkulturellen Öffnung von Pflegeeinrichtungen" im Anhang dienen. Sinnvoll ist es ebenso die Ressourcen auf Seiten der Mitarbeiter/innen (z.B. Fremdsprachkompetenzen) zu erheben und sie nach ihren Erfahrungen bei der Versorgung von Migranten/innen zu befragen. Diese Befragung lässt einerseits Rückschlüsse auf die Fähigkeiten und die Motivation der Beschäftigten für die Versorgung von Migranten/innen zu, gleichzeitig soll sie die Beschäftigten für das Thema Interkulturalität sensibilisieren.

b) Sozialraumanalyse
Eine Analyse im Einzugsgebiet der Einrichtung dient dazu festzustellen, welche Migrantengruppen in der näheren Umgebung wohnen, die man durch die Angebote stärker ansprechen möchte.

c) (Potenzielle) Zielgruppen
Migranten/innen sollten in die Planungen einbezogen werden, um ihre Bedürfnisse realistisch einschätzen zu können. Dies gelingt durch Gespräche mit den Betroffenen und deren Angehörigen und Kontaktaufnahme zu Migrantenorganisationen.

2. Evaluation und Planung weiterer Schritte auf Basis der Ergebnisse
Auf der Grundlage der Ergebnisse sollten die weiteren Schritte geplant werden. Erfahrung aus der Projektarbeit haben gezeigt, dass hierfür ein Gremium aus Leitungspersonal und Angehörigen des Qualitätsmanagements benannt werden sollte. Um Verbindlichkeiten herzustellen, sollten die Ziele formuliert und Zuständigkeiten festgelegt werden.

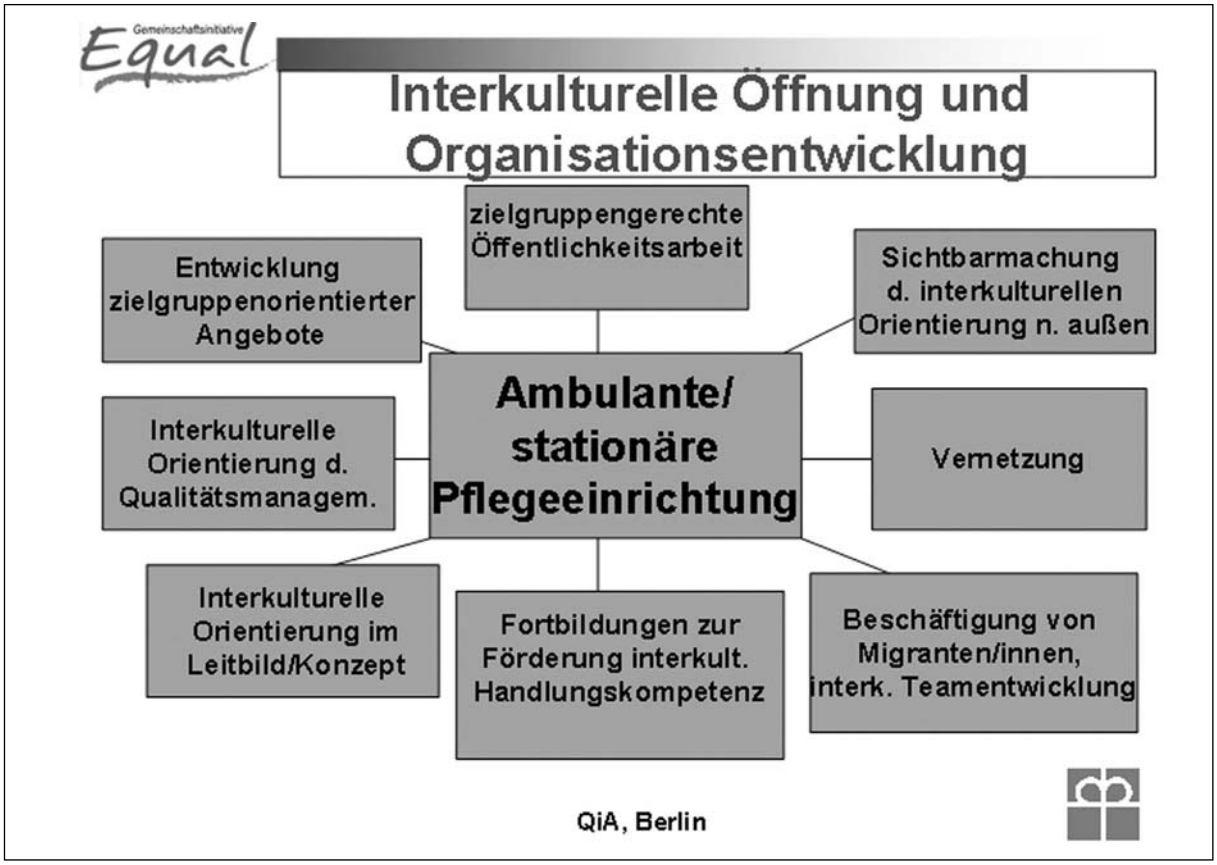
3. Durchführungen der Veränderungen auf struktureller Ebene und Mitarbeiter/innenebene
Im Folgenden werden die einzelnen Veränderungen im Organisationsentwicklungsprozess einer Einrichtung, die ihre Angebote interkulturell ausrichten möchte, erläutert und mit Praxisbeispielen konkretisiert.

a) Veränderungen auf struktureller Ebene der Organisation/ Einrichtung:

Interkulturelle Orientierung im Konzept und Leitbild
d.h. z. B. Signalisierung der Offenheit gegenüber allen Weltanschauungen, Religionen und Kulturen bzw. die interkulturelle Orientierung explizit in das Leitbild aufzunehmen.

Beispiel aus der Praxis:
Eine Beratungsstelle für ältere Bürger/innen und deren Angehörige hat folgendes Leitbild entworfen:

"Die Klienten/innen stehen im Mittelpunkt unseres Handelns. Nach dem Prinzip der Ganzheitlichkeit



berücksichtigen wir dabei die individuelle Lebensweise, die aktuellen Lebensbedingungen, die persönlichen und finanziellen Ressourcen und die Möglichkeiten zur Hilfe durch Angehörige. Wir respektieren ihre individuellen Wünsche und Vorstellungen und sind offen gegenüber allen Religionen, Weltanschauungen und Kulturen. … Wir fördern die interkulturelle Öffnung unserer Einrichtung und haben das Ziel, insbesondere auch hier alt gewordene Migranten/innen das Gesundheits- und Sozialleistungssystem nahe zu bringen und sie zu motivieren, Hilfe- und Dienstleistungen bei Bedarf in Anspruch zu nehmen.

Ebenso sollte sich die interkulturelle Orientierung als durchgängiges Prinzip im Konzept niederschlagen. Es genügt nicht einen gesonderten Abschnitt zur interkulturellen Orientierung in das Konzept aufzunehmen. Die interkulturelle Ausrichtung des Konzeptes schlägt sich vielmehr darin nieder, dass Interkulturalität als Querschnittsaufgabe im Konzept verankert ist.

Interkulturelle Ausrichtung des Qualitätsmanagements

Ebenso gilt für das Qualitätsmanagement, interkulturelle Orientierung als Querschnittszielfestzuschreiben. Es geht nicht darum, einen "Qualitätsstandard für Migranten" zu entwickeln, sondern alle Standards bzw. Richtlinien der Organisation/Einrichtungen zu überprüfen, ob sie die Bedürfnisse von Migranten/innen berücksichtigen und sie entsprechend als festen Bestandteil des Qualitätsmanagements zu verankern. Die Qualitätsstandards können z.B. im Rahmen von Mitarbeiterfortbildungen oder Qualitätszirkeln überarbeitet werden.

Zur interkulturellen Orientierung gehört auch, Maßnahmen zum Umgang mit Ausländerfeindlichkeit zu entwickeln, die in das Qualitätshandbuch aufgenommen werden sollen.

Beispiel aus der Praxis:

Diskriminierungen aufgrund von Ausländerfeindlichkeit kommen im Pflegealltag häufig vor, ohne dass sie teilweise von den Betroffenen thematisiert werden. Im Rahmen einer Mitarbeiterfortbildung wurde ein Fallbeispiel erörtert, in dem es um die Diskriminierung einer Krankenschwester aufgrund von Ausländerfeindlichkeit durch einen Patienten ging. Die Fortbildungsteilnehmer/innen diskutierten vor allem, ob die Kollegin den Patienten nicht mehr betreuen brauchte und ob die Stationsleitung mit dem entsprechenden Patienten ein Gespräch führen sollte. Was häufig bei dieser Art von Konflikten außer Acht gelassen wird, ist das Verhalten des Teams gegenüber der Kollegin. Für die interkulturelle Orientierung einer Einrichtung ist es wichtig, sich vorausschauende Maßnahmen im Umgang mit Ausländerfeindlichkeit zu überlegen, um eine solidarische Haltung gegenüber den Betroffenen zu signalisieren und zu konstruktiven Lösungen zu gelangen.

Entwicklung zielgruppenorientierter Angebote
In Pflegeeinrichtungen bietet es sich an, Feste gemeinsam interreligiös zu feiern (z.B. gemeinsames Fastenbrechen im Monat Ramadan, gemeinsames Feiern von Weihnachten und Ostern). Darüber hinaus sollte auch das Essensangebot die Bedürfnisse unterschiedlicher Glaubensrichtungen berücksichtigen (u.a. koschere Speisen, Fleisch, das "halal" ist). Wichtig ist es auch, Räumlichkeiten zum Beten für Angehörige unterschiedlicher Glaubenszugehörigkeiten anzubieten.

Beispiel aus der Praxis:
Eine stationäre Altenpflegeeinrichtung, die sich entschlossen hat, eine Betreuungsetage für Bewohner/innen muslimischen Glaubens einzurichten, plante, neben einem Andachtsraum für Christen, auch einen Gebetsraum für Muslime einzurichten. Darüber hinaus sollten auch die sanitären Einrichtungen den Bedürfnissen von Muslimen angepasst werden.

Zur Anpassung der Angebote an die Zielgruppe der Migranten/innen gehört auch die Sicherstellung der Verständigung. Diese sollten innerhalb der Einrichtungen überprüft werden.

Beispiel aus der Praxis:
Die Überprüfung der Kommunikationsstrukturen in einem Krankenhaus zeigte z.B., dass die Kommunikation zwischen verschiedenen Abteilungen des Krankenhauses noch verbessert werden konnte. Daraufhin gründeten Mitarbeiter/innen aus dem ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich einen so genannten "Qualitätszirkel", der Verbesserungsvorschläge zur interkulturellen Kommunikation erarbeitete. Mittlerweile stehen allen Stationen praktische Verständigungshilfen in verschiedenen Sprachen zur Verfügung. Zudem fertigten die Mitarbeiter/innen eine Liste an, in der die Fremdsprachkompetenzen aller Beschäftigten erfasst sind. Außerdem arbeitet das Krankenhaus auch mit professionellen Dolmetschern zusammen.

Zielgruppenorientierte Öffentlichkeitsarbeit
Für eine erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit ist es sinnvoll, neben der Entwicklung von Flyern, Informationsmaterialien und Internetauftritten in der Muttersprache der Klientel, auch Kontakt zu Multiplikatoren in den Migrant/innen-Communities aufzunehmen (vgl. Vernetzung). Erfahrungen haben außerdem gezeigt, dass es Erfolg versprechend ist, auch unkonventionelle Wege der Werbung zu beschreiten, denn Arbeitsmigrant/innen der ersten Generation sind z.B. besonders gut über muttersprachliche Werbung in entsprechenden Radio- und Fernsehsendern zu erreichen.

Sichtbarmachung der interkulturellen Orientierung nach außen
Bilder und Einrichtungsgegenstände in Altenpflegeeinrichtungen und Krankenhäusern sind vor allem auf Bewohner/innen und Patienten/innen der Mehrheitsgesellschaft ausgerichtet. Um einen breiteren Kundenkreis anzusprechen, sollten Symbole und Bilder gewählt werden, mit denen sich u.a. auch Migranten/innen identifizieren können.

Zusammenarbeit/ Vernetzung
Um die Zugänge für Migranten/innen zu Einrichtungen und Diensten zu erleichtern, bietet es sich an, mit Migrantenorganisationen, -verbänden, interkulturellen Beratungsstellen und Religionsgemeinschaften zusammen zu arbeiten.

Beispiel aus der Praxis:
Die o.g. Pflegeinrichtung hat engen Kontakt geknüpft zu einer Beratungsstelle für kurdische Frauen und ihren Familien. Es ist geplant, dort vor Ort Beratungen durch die Sozialberaterin des Pflegeheimes anzubieten z.B. zu den Themen Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit.
Außerdem hat das Heim in Kooperation mit der Beratungsstelle zum Fastenbrechen während des Fastenmonats Ramadan eingeladen. Zu dieser Gelegenheit kamen ca. 100 Gäste. Außerdem wurde Kontakt zu einer muslimischen Gemeinde im Stadtteil aufgenommen.

b) Veränderungen auf der Mitarbeiter/innenebene der Organisation/ Einrichtung

Ein weiteres wichtiges Instrument der Organisationsentwicklung betrifft Maßnahmen auf Mitarbeiter/innenebene.

Beschäftigung von Migrant/innen / Interkulturelle Teamentwicklung
Ein wichtiger Baustein für die interkulturelle Ausrichtung von Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern ist ein interkulturell kompetent arbeitendes Team. In Gesundheitseinrichtungen in Deutschland sind die Teams bereits heute in hohem Maße multikulturell zusammengesetzt. Häufig wird die Kompetenz von Kollegen/innen nicht deutscher Muttersprache jedoch sehr stark an ihren Deutschsprachkenntnissen gemessen, ohne andere fachliche und interkulturelle Fähigkeiten wert zu schätzen. Gerade diese Fähigkeiten sind allerdings für eine adäquate Pflege von Menschen in der Einwanderungsgesellschaft erforderlich und können als Schlüsselqualifikationen verstanden werden.

Außerdem sollten Schlüsselpositionen mit Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund besetzt werden z.B. die Stelle der Wohnbereichsleitung in Pflegeheimen oder des/der Sozialarbeiters/in, da diese/r eine wichtige Multiplikatorenfunktion für die künftigen Bewohner/innen innehat.

Fortbildungen zur Entwicklung interkultureller Handlungskompetenz

Zur Stärkung der interkulturellen Handlungsfähigkeit sollten alle Beschäftigten der Mitarbeiter/innen wie der Leitungsebene an entsprechenden Fortbildungen teilnehmen. Die interkulturelle Handlungskompetenz trägt einerseits dazu bei, Prozesse interkultureller Öffnung auf der Praxisebene umzusetzen, die Arbeit im interkulturellen Team zu unterstützen, andererseits sollen die Fortbildungen die Kompetenz der Beschäftigten im Umgang und bei der Betreuung und Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund verbessern. Dabei sollte zunächst mit selbstreflexiven Methoden zur Bewusstwerdung der eigenen kulturellen Prägung gearbeitet werden, um daran anschließend kulturspezifische Inhalte zu vermitteln. Auf diese Weise kann einer Entstehung von Klischeebildern entgegen gewirkt werden.

Erfahrungen

Der Mehrwert interkultureller Öffnungsprozesse liegt zum einen in der Chance zur Weiterentwicklung der Qualität der Einrichtung im Sinne der Kundenorientierung. Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung tragen somit zur Qualitätsentwicklung der Einrichtung bei und kommen der gesamten Einrichtung zu Gute. Außerdem bieten sie die Möglichkeit, bis jetzt unentdeckte Ressourcen von Mitarbeiter/innen unterschiedlicher Kulturen zu nutzen. Zudem bietet interkulturelle Öffnung den Einrichtungen die Möglichkeit, neue Kunden/innen zu erreichen.

Kontakt:
Monika Wagner
Referentin für interkulturelle Öffnung
Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V.

Wagner.m@dwbo.de
Tel.: 030/82097 252

Checkliste zur Interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen, 2004

Die Checkliste wurde von Prof. Dr. Theda Borde und Priv. Doz. Dr. Matthias David, Charité, Universitätsmedizin Berlin entwickelt und im Rahmen des ersten Netzwerkworkshops des Projektes vorgestellt.

Auf dem 4. Symposium Migration der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Charité im Rahmen des 10. bundesweiten Kongress Armut und Gesundheit 2004 standen die Themenfelder "Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund" und "medizinische Probleme in Migrationsfamilien und deren Behandlung" im Mittelpunkt. In einer Sammelveröffentlichung von Beiträgen dieser Tagung , erschien auch die von Prof. Dr. Theda Borde von der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin und PD Dr. Matthias David von der Charité Berlin entwickelte Checkliste "Interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen".

Die Checkliste soll Einrichtungen im gesundheitlichen Versorgungssystem helfen, Bestandsaufnahmen des eigenen Entwicklungsprozesses hin zur interkulturellen Öffnung durchzuführen. Im Weiteren soll sie ermöglichen, nächste Schritte auf diesem Weg einzuleiten und deren Beitrag zur Erreichung der festgelegten Ziele stetig zu überprüfen.

Neben Tipps zu Aus- und Weiterbildungen des Personals in interkultureller Kompetenz, zu Räumlichkeiten, Verpflegung, Informationen und medizinischer Aufklärung, die die Checkliste abrunden, gliedert sich die Checkliste in elf Unterbereiche. Diese werden im Folgenden kurz dargestellt.
Der Bereich ‚Bedarfserhebung und Bedarfsplanung' beschäftigt sich mit der bisherigen Datenerfassung und Datenlage in der Einrichtung zum Thema Migrationshintergrund und dem vorherrschenden Qualitätsmanagement.
‚Sprachliche Verständigung' fasst die bisherige Umgangspraxis mit nicht-deutschsprachigen Patient/innen.
Unter dem Punkt ‚Teamarbeit' wird die interkulturelle Ausrichtung des Teams abgefragt.
Da die ausreichende und gute Information einen essentiellen Baustein einer Behandlung darstellt, wird unter ‚Information' die bisherige Informationsweitergabe, ob im Gespräch oder schriftliche Dokumente an Migrant/innen erfragt.
Die Patient/innenvertretung und ausgewiesenen Ansprechpartner/innen der Einrichtung werden unter ‚Empowerment' auf den Beitrag untersucht, den sie zur Hilfe zur Selbsthilfe bei den Migrant/innen leisten.
Ob in Bedarfsfällen das Hinzuziehen von anderen Institutionen oder Fachkräften schnell gewährleistet werden kann, wird durch den Unterpunkt ‚Kooperation' erfasst.
Der Bedarf an zusätzlichem soziokulturellem Wissen des Personals wird im Bereiche ‚Soziokulturelles' eingeschätzt.
Ganz konkret werden Einstellungen und Interessen der beteiligten Seiten zu dem zu untersuchenden Prozess in ‚Interkulturelle Öffnung' erhoben.
Abschließend gibt zudem die Möglichkeit, erreichte Ziele und darüber hinaus noch anstehenden Handlungsbedarfe - im allgemeinen und in konkreten Schritten - festzuhalten.

Für Einrichtungen bildet die Checkliste damit eine gute Möglichkeit einer kontrollierten Begleitung des eigenen Prozesses der kulturellen Öffnung.

Kontakt:
Prof. Dr. Theda Borde, Alice-Salomon Fachhochschule, Berlin

borde@asfh-berlin.de

Matthias David, Charité Universitätsmedizin Berlin

matthias.david@charite.de
Download der Checkliste unter:
http://www.asfh-berlin.de/hsl/freepage.phtml?freeid=121&id=252

CHECKLISTE

„INTERKULTURELLE ÖFFNUNG VON KRANKENHÄUSERN UND ANDEREN VERSORGUNGSEINRICHTUNGEN"

Berlin 2004

Theda Borde
Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin
Alice-Salomon-Platz 5
12627 Berlin
theda.borde@asfh-berlin.de

Matthias David
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, CVK
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
matthias.david@charite.de

Checkliste "Interkulturelle Öffnung" des Kompetenzzentrums interkulturelle Öffnung in der Altenhilfe

Ulrika Zabel, Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe

Das Kompetenzzentrum interkulturelle Öffnung in der Altenhilfe, Referenzmodell des Landes Berlin in Trägerschaft des Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V. und der Arbeiterwohlfahrt Friedrichshain-Kreuzberg e.V. hat eine Checkliste für Einrichtungen konzipiert, die Begleitung und Hilfe im Prozess der interkulturellen Öffnung suchen.
Die Darstellung hier soll ermöglichen, die in diesem Fall in sechs Bereiche gegliederte interkulturelle Öffnung ganz konkret nachzuvollziehen. Dafür werden in jedem Bereich die interessierenden Fragestellungen aufgeführt.
Zusätzlich betont das Kompetenzzentrum in seinen Empfehlungen zur Arbeit im Gesundheitswesen und der Prävention mit Migrant/innen den Nutzen bzw. die Notwendigkeit niedrigschwelliger Ansätze. Mögliche Kriterien für einen solchen Ansatz werden im Anschluss genannt.

Die sechs Bereiche der Checkliste zur interkulturellen Öffnung sind:

Information -
In welchen Sprachen sind Hinweise in Ihrer Einrichtung ausgeschildert?
Welche Herkunftsländer sind in Ihrer Einrichtung vertreten?
In welchen Sprachen liegen Informationen oder Aufnahmeformulare Ihrer
Einrichtung vor?

Versorgung -
Welche Anforderungen Ihrer zugewanderten zu Beratenden sind den
Verantwortlichen Ihrer Einrichtung bekannt?
Wie weit können Sie die spezifischen Bedürfnisse von Zuwander/innen berücksichtigen?

Räumlichkeiten -
In wie weit sind Ihnen die religiösen Feste der zu Beratenden bekannt?
Wie gehen Sie mit einer größeren Gruppe Ratsuchender um?

Personal -
Welche Weiterbildungsmöglichkeiten haben Ihre Mitarbeiter/innen, um die
vorhanden Kenntnisse und Fähigkeiten im Umgang mit zugewanderten Patient/innen zu erweitern?
Wie weit gehören interkulturelle Kompetenzen zum Anforderungsprofil Ihrer Mitarbeiter/innen?
Wie viele Sprachen sind unter Ihren Mitarbeiter/innen vertreten?

Kooperation -
Mit welchen Organisationen aus der Migrant/innenselbsthilfe arbeiten Sie bei der Versorgung Ihrer Ratsuchenden zusammen?
Wie können die Familienangehörigen von Ratsuchenden, die nach Deutschland zugewandert sind, Ihre Mitarbeiter/innen bei der Arbeit unterstützen?

Innovation -
Inwieweit können Ihre zugewanderten Patient/innen mit migrant/innenorientieren Leistungsangeboten in Ihrer Einrichtung in Zukunft rechnen?
Wie viele Mitarbeiter/innen nichtdeutschsprachiger Herkunft sieht Ihre Planung in der Pflege und Beratung für die nächsten Jahre vor?

Das Kompetenzzentrum plädiert außerdem für eine Intensivierung der präventiven Arbeiten im Gesundheitssektor mit Migrant/innen. Die Qualität der Versorgung der Einwanderer muss als Qualitätsindikator für das gesamte Gesundheitswesen verstanden werden.
Die bisher vorherrschende "Kommstruktur" muss demnach durch eine "Zugehstruktur" ergänzt werden. Eine Erleichterung des Zugangs für Migrant/innen stellt dabei eine niedrigschwellige Konzeption der Angebote im Gesundheitswesen und der Präventionsarbeit dar.
Niedrigschwelligkeit kann in diesem Konzept in eine "Kultur des offenen Hauses" umgesetzt werden. Wichtig dabei ist ein Angebotsprofil, das auf die spezifischen Bedürfnisse des jeweiligen Stadtteils abgestimmt ist. Programmformen sollen zudem einladend gestaltet und auch durch Angehörige unkompliziert in Anspruch zu nehmen sein.
Grundlegend in einer Konzeption der Niedrigschwelligkeit sind sowohl Sprachkenntnisse als auch interkulturelle Kompetenzen auf Seiten der Mitarbeiter/innen, die erst eine vertrauensvolle Beratung auch für skeptisch interessiertes Klientel ermöglichen. Auch bei einem niedrigschwelligen Zugang ist Netzwerkarbeit von großer Hilfe, wenn es darum geht, Ressourcen zu erschließen.
Eine interkulturelle Ausrichtung und kultursensible Konzepte ist eine Antwort um die Zugangsbarrieren

zu verringern. Sie können aber nicht einzelnen Engagierten überlassen und als Modellprojekt erprobt werden, sondern durchgehende Programme sind dafür erforderlich.

Kontakt:
Ulrika Zabel
Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe
Simplonstraße 27
10245 Berlin
Telefon: +49 (0) 30 - 319 89 16 30-35
Telefax: +49 (0) 30 - 319 89 16 40

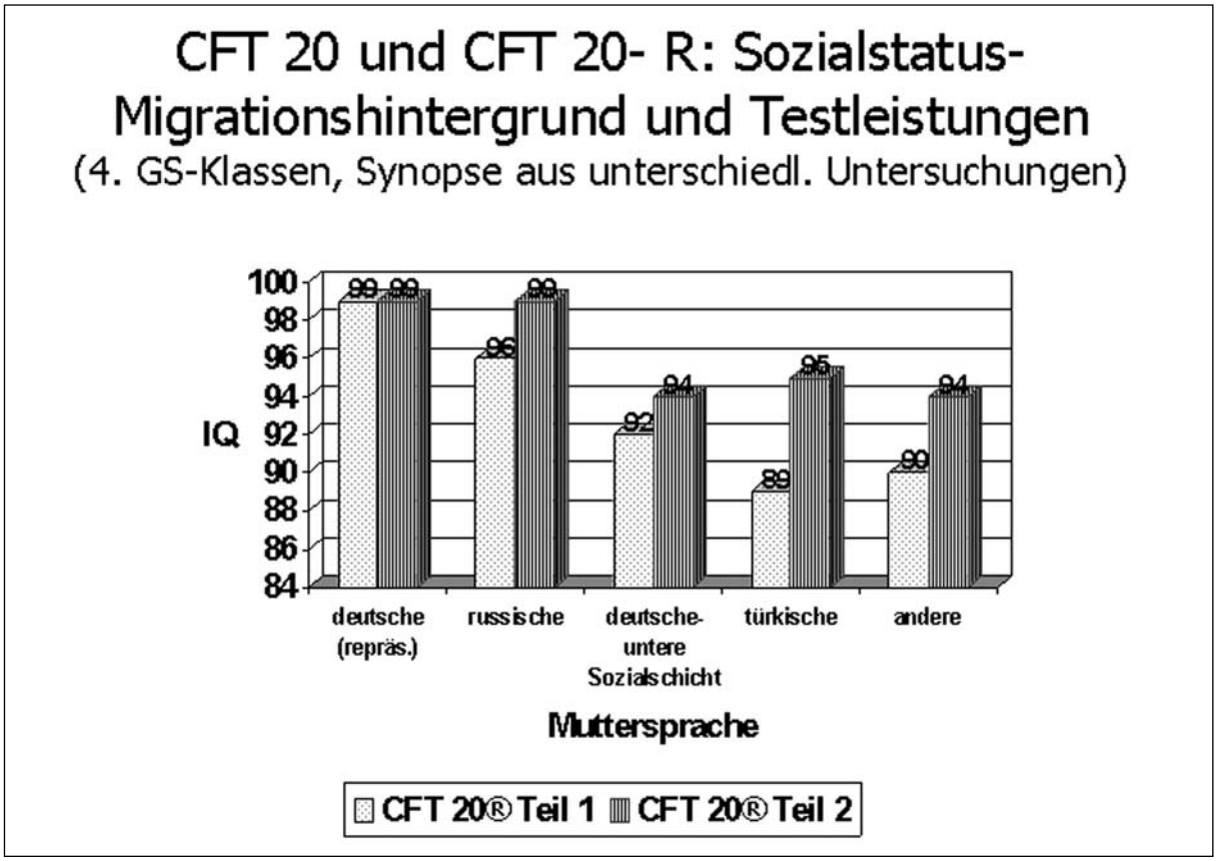
info@kompetenzzentrum-altenhilfe.de

Chancen für die Zukunft nutzen - Der Culture Fair Test (CFT) als Einstiegschance

Der Beitrag beruht auf der Transkription des Vortrages von Dr. Rudolf H. Weiß in dem Seminar "Zukunftsorientierung im Gesundheitswesen durch kulturelle Vielfalt" am 23.10.2007 in der Ärztekammer Berlin.

Zusammenfassung
Den Ausgangspunkt bilden die als Standard vorherrschenden Kompetenzfeststellungsverfahren im Schul- und Ausbildungsbereich und die dabei meist auftretende Vernachlässigung der Bedeutung kultureller Einflussfaktoren - vor allem der Sprache - auf die Ergebnisse. Weiß stellt im Fall der Intelligenztests ein seit Jahrzehnten bewährtes Instrument dieser gängigen Auswahlpraxis entgegen: den Cultural Fair Test, kurz: CFT. Der CFT vermag unabhängig der kulturellen bzw. sozialen Herkunft das zu erfassen, was Weiß die "Grundintelligenz" nennt, also die allgemeine geistige Verarbeitungskapazität.
Durch Studien von Dr. Weiß auf Basis des CFT, konnten Benachteiligungen bestimmter Teile der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund nachgewiesen und ihre bisher unbeachteten Potentiale offen gelegt werden.
Die durch geschultes Personal angeleitete Anwendung des CFT kann in Auswahlverfahren - sei es in der Schule oder in der Ausbildung - zu einer größeren Chancengerechtigkeit der Bewerber/innen mit Migrationshintergrund beitragen.

Hintergrund
Die bisher vorherrschende Praxis bei Kompetenzfeststellverfahren in Betrieben und dem öffentlichen Dienst zur Selektion von Bewerber/innen, kann in Anlehnung an Vogel und Ludwig vom Heidelberger Institut für Beruf und Arbeit, durch folgende standardisierte Entscheidungsindikatoren dargestellt werden: Strukturierte Einstellungsgespräche, Intelligenztests, Schulleistungstest zu Rechnen, Schreiben etc., Gewissenhaftigkeitstest, Fachkenntnistests, Arbeitsproben, Interessenstest usw. Bei ca. 50% spielen zudem aber auch soziale Kriterien, wie der Migrationshintergrund, eine Rolle.
Weiß beschäftigt sich hauptsächlich mit der Rolle der Intelligenztests und auftretenden Schwierigkeiten in der Diagnostik, die sich anhand einer möglichen Konzeption des Intelligenzkonstruktes aufzeigen lassen.



Nach Raymond B. Cattell unterscheidet Weiß die allgemeine Intelligenz in ‚fluid' und ‚crystallized', also in ‚flüssige' und ‚kristallisierte' Intelligenz. Die ‚Fluid Intelligence' meint die Fähigkeit des Menschen, Zusammenhänge zu erfassen und diese in neuartigen Situationen anwenden zu können und entspricht somit einer allgemeinen geistigen Verarbeitungskapazität, von Weiß auch "Grundintelligenz" genannt. Demgegenüber steht die ‚Crystallized Intelligence' für das allgemeine Wissen, den Wortschatz, das Sprachverständnis, die Redegewandtheit, den Umgang mit Zahlen. Es handelt sich dabei um durch die Schule und das Elternhaus angeeignetes Wissen und steht somit in starker Abhängigkeit von diesen und andere Umwelteinflüssen.

Zudem unterscheidet sich der entwicklungspsychologische Verlauf der beiden: während die flüssige Intelligenz im Alter von 15 bis 20 Jahren ihr Maximum erfährt und danach stetig abnimmt, steigt die kristallisierte Intelligenz mit fortschreitendem Alter kontinuierlich an. So ist auch in der Altersspanne von ca. 15 bis 20 Jahren eine maximale Differenz der Ausprägung beider Intelligenzformen möglich. Daher plädiert Weiß für die Erfassung der Grundintelligenz im Gegensatz zur gesellschaftlich mitbedingten kristallisierten Intelligenz.

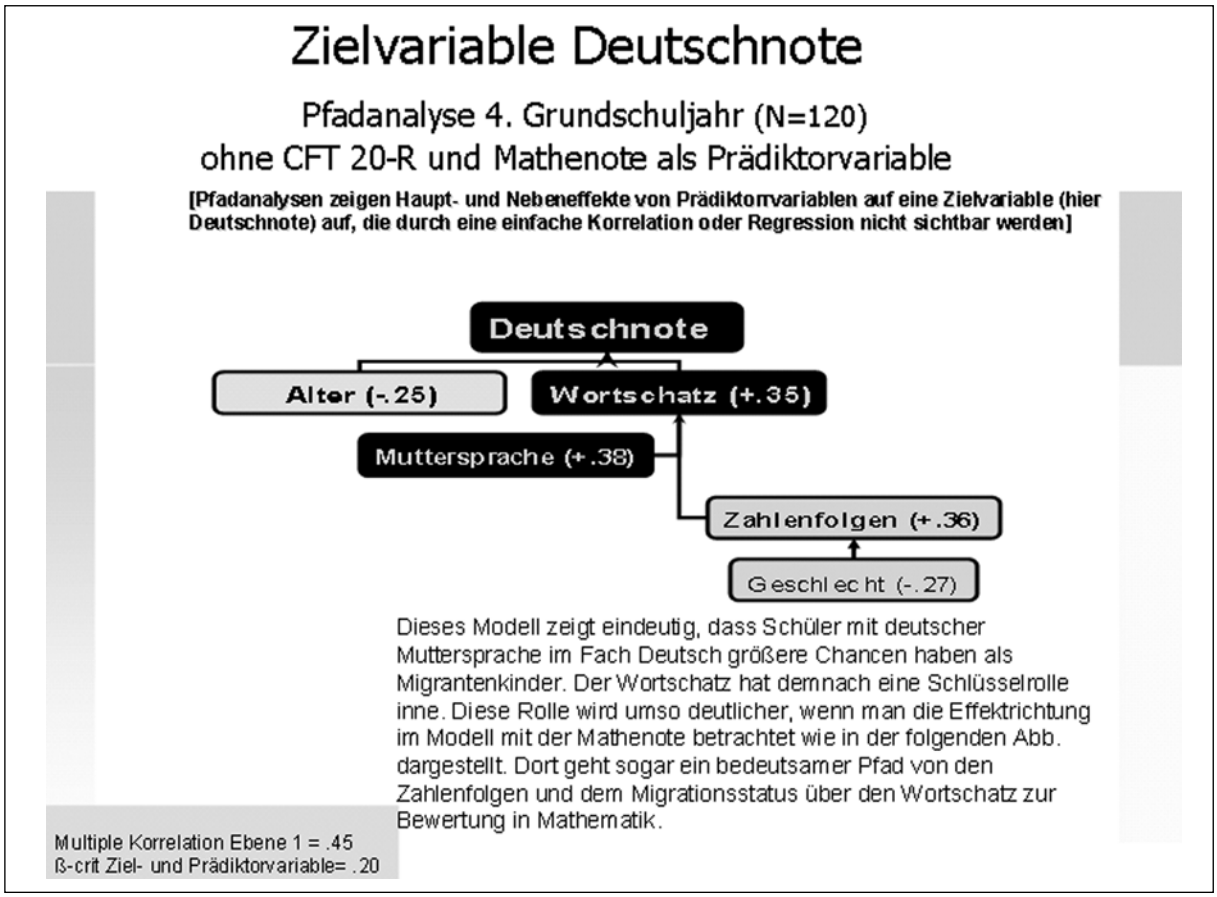
In vielen gängigen Verfahren zur Intelligenztestung wird heute noch hauptsächlich die kristallisierte Intelligenz gemessen - in Form von Sprach-, Zahlen- und Wortschatzaufgaben. Bedingt durch eine - meist mit dem Status der Migrant/innen einhergehende - benachteiligte soziale Herkunft und ein bildungsferneres Elternhaus, kommt es in der Kindheit der Migrant/innen zu einer vergleichsweise geringeren Ausprägung der kristallisierten Intelligenz. Durch die ausschließliche Erfassung der kristallisierten Intelligenz - zudem bei maximaler Differenz der beiden Intelligenzformen in diesem Alter - kommt es zu einer konsequenten Unterschätzung des allgemeinen Intelligenzniveaus der Migrant/innen. Gerade bei dieser Bevölkerungsgruppe muss also die Erfassung der fluiden Intelligenz im Vordergrund stehen.

Zielsetzung

Der Grundintelligenztest, der Cultural Fair Test (CFT) erfasst also diese so genannte ‚fluid ability', die in einer Erweiterung der obigen Definition ("Die ‚Fluid Intelligence' meint die Fähigkeit des Menschen, Zusammenhänge zu erfassen und diese in neuartigen Situationen anwenden zu können und entspricht somit einer allgemeinen geistigen Verarbeitungskapazität, von Weiß auch "Grundintelligenz" genannt.") zusätzlich die Verarbeitungskapazität bei figuralen Problemstellungen meint.

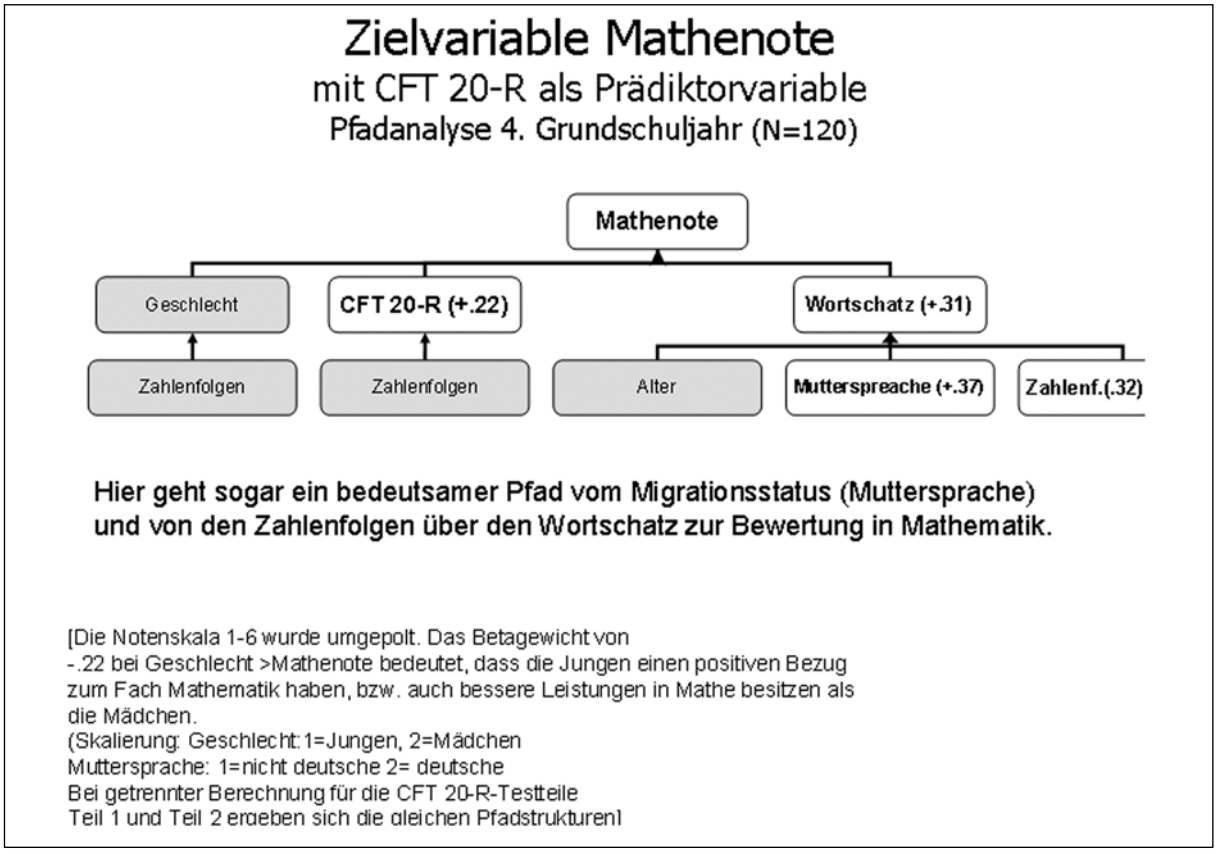
Umsetzung

Der CFT (in seiner aktuellen Version "CFT 20-R") setzt sich aus Subtests wie "Reihenfortsetzen", "Klassifikationen", "Matrizen" und "Topologische Schlussfolgerungen" zusammen.



Der Test existiert in einer Lang- (101 Items) und in einer Kurzform - anzuwenden im Alter von 9 bis 19 Jahren für die Teile 1 und 2, im Alter von 20 bis 60 Jahren für den Teil 1.
Die Einsatzbereiche sind Berufs- und Schulberatung in allen Schularten (auch berufliche Schulen), betriebliche Beratung (auch Auslesefunktion), der klinische Kontext und die Verwendung als wissenschaftliches Kontrollinstrument.
Verfügbar ist der CFT sowohl als Paper-Pencil-Test als auch in computergestützter Version.
Der CFT ist als Gruppentest durchführbar - bei Migrant/innen wird eine maximale Teilnehmer/innenzahl von 15 bis 20 empfohlen.
Der Test besteht aus zwei getrennten Testteilen, dem Teil 1 und dem Teil 2. Das Besondere daran ist, dass unter bestimmten Bedidungen nur der zweite Teil als tatsächlicher Testscore gewertet werden soll, während der erste Teil als Lerntest fungiert. Die Voraussetzungen dafür ist, dass sich die beiden Testleistungen signifikant voneinander unterscheiden. Diese Möglichkeit birgt einen entscheidenden Vorteil bei Testpersonen, die noch keine Testvorerfahrung haben. Aber auch für eine valide Einstufung von Testpersonen, denen im ersten Durchlauf die Testinstruktion eventuell noch nicht vollständig klar ist - möglicherweise auch auf Grund von sprachlichen Defiziten, ist dies eine adäquatere Herangehensweise.
Möglichkeiten für die diagnostische Praxis, aber auch für weitere Forschung (s.u.) zum Vergleich von ‚crystallized' und ‚fluid intelligence' ergeben sich durch die mittlerweile verfügbaren Ergänzungs-/ Subtests des CFT zu Wortschatz und Zahlenfolgen (die explizit kristallisierte Intelligenz erfassen).

Die Zielgruppen-orientierte Anwendung des CFTs beschreibt Weiß wie folgt:
Als Ziel der Intelligenzdiagnose soll die Verbesserung der Chancengerechtigkeit für Bewerber mit Migrationshintergrund stehen. Dafür muss eine verlängerte Testprozedur in Kauf genommen werden, wie sie im CFT 20 mit den standardisierten Testteilen verwirklicht ist - wobei Teil 1 als ‚Lerntest' fungiert und nicht als eigentlicher Intelligenzindikator. Dem Diagnostiker wird deshalb empfohlen, bei Intelligenzdiagnosen von Kindern mit Migrationshintergrund mit sprachlichen Defiziten, den Gesamttest mit beiden Testteilen 1 und 2 durchzuführen und bei signifikanter positiver Diskrepanz zwischen Teil 2 und Teil 1, das Ergebnis des 2. Teils zu Grunde zu legen. Dies trifft in ähnlicher Weise auch für deutsche Schüler aus einem spracharmen Milieu zu.
Konkret kann das z.B. heißen, dass für Schüler/innen mit russischer Muttersprache die Intelligenzleistung dadurch gerechter bewertet wird, wenn man den Teil 1 des CFT 20-R mit Zeitverlängerung durchführt. Für alle Schüler/innengruppen mit nicht deutscher Muttersprache kommt es zu einer gerechteren Intelligenzbeurteilung, wenn man den Test in voller Länge durchführt und als Maß den Wert aus Teil 2 nimmt.
Zu beachten bleibt, dass im Einzelfall die Differenz zwischen Teil 1 und Teil 2 signifikant sein muss.



Sollte es aus zeitökonomischen Gründen bei der Testanwendung unumgänglich sein, nur den Teil 1 durchführen zu können, so wird dringend nahe gelegt, den Teil 1 mit Zeitverlängerung durchzuführen. Hierfür stehen eigene Normtabellen zur Verfügung

Erfahrungen

Das hier Dargestellte bezieht sich nicht auf unmittelbare Erfahrungen in der Projekt- bzw. Testentwicklung, sondern auf die durch die Anwendung des CFT gewonnenen Erkenntnisse im Themenfeld ‚Intelligenzdiagnostik und Migrant/innen'. Im Detail geht es um weitere Erklärungsansätze für das tendenziell schlechtere Abschneiden von Migrant/innen in den herkömmlichen Intelligenzdiagnostikverfahren. Des weiteren werden durch die Ergebnisse der Anwendung des kultursensiblen CFT Potenziale dieser Gruppe aufgezeigt.

Schüler/innen mit Migrationshintergrund schneiden besonders schlecht in solchen Testverfahren ab, deren Dominanz auf der ‚crystallized intelligence' liegt. Aber auch in kulturfairen Verfahren - wie dem CFT 20 - erzielen sie fast durchweg geringere Testleistungen.
Eine Synopse der Ergebnisse von Weiß zeigt die Einflüsse von Migrationshintergrund, Sozialstatus und Testleistung. Während die repräsentative Stichprobe mit ausschließlich deutschen Schüler/innen keine Unterschiede in den Testleitungen zwischen erstem und zweitem Teil aufweist, schneiden Schüler/innen mit Migrationshintergrund und deutsche Schüler/innen mit niedrigerem sozialen Status in Teil 2 jeweils konsequent besser ab, nachdem der erste Teil schlechter verlaufen ist.
Diese signifikanten Unterschiede in den Testleistungen lassen sich nivellieren, wenn lediglich Teil 2 des CFT verwendet und nur Schüler/innen vergleichbaren sozialen Status' herangezogen werden.
Weiß führt die Gründe für das schlechtere Abschneiden in der Testung der kristallisierten Intelligenz wie folgt aus: Schulbesuchsquoten und Testleistung kovariieren beim ethnischen Vergleich mit dem elterlichen Bildungsniveau. Während bei den deutschen Schüler/innen nur 4% der Väter keinen Schulabschluss aufweisen, sind es bei den türkischen Schüler/innen 24%. Abitur bzw. Fachabitur haben 30% der deutschen Väter und nur rund 7% der türkischen (für die Mütter sind die Zahlen noch ungünstiger). Da aber ‚Intelligenz' und sozial-kultureller Status signifikant miteinander korrelieren, ist eine erste wichtige Erklärung damit gefunden.
Zum Zweiten können Anteile der Testleistungsdifferenzen durch die sprachlichen Handicaps bei bestimmten Migrant/innengruppen (insbesondere bei den türkischen Kindern) erklärt werden. Ursache ist das mangelnde Instruktionsverständnis, das sich insbesondere bei Gruppenuntersuchungen negativ auf Testleistungen auswirkt. Davon ist natürlich auch der CFT, wenn er nur in der Kurzform mit Teil 1 durchgeführt wird, beeinflusst.
Entsprechend konnten in Untersuchungen zur Erklärung Pfadanalysen erstellt werden, die den Zusam-

Resumee zu den Pfadanalysen

- Dem Wortschatz kommt nach den Pfadanalysen eine Mittlerrolle und damit die Schlüsselrolle bei der schulischen Bewertung zu. Dies gilt selbst für die Bewertung in Mathematik für die Zahlenfolgen. Nur der sprachfreie CFT 20-R hat dabei einen direkten Effekt.
- Der Migrationshintergrund hat in allen Pfadmodellen einen negativen Effekt via geringer Wortschatz auf die schulische Leistungsbewertung.
- Der Wortschatztest hat somit zwar den größten direkten Effekt auf die Schulleistung, er stellt jedoch ein höchst ungerechtes Kriterium dar, weil er sehr stark abhängig ist vom Sozialstatus und Migrationshintergrund. Dies ist auch der Hauptgrund für qualitativ niedrigere Schullaufbahnen und damit auch Schulabschlüsse der Schüler aus diesen Bevölkerungsgruppen.

menhang zwischen Sprache - erfasst in Form des Wortschatz-Tests - und der schulischen Leistungsbewertung - in Form von Mathe- und Deutschnoten - klar zeigen.
Daraus ergeben sich Einflüsse, die weit hinein in das Schulsystem reichen:
Bei vielen Schüler/innen mit Migrationshintergrund bleibt die Grundintelligenz (‚Fluid-Ability') in unserem Schulsystem unentdeckt oder wird gar erst verschüttet.
In Bundesländern mit stark selektivem Schulsystem wie Baden-Württemberg und Bayern, sind in den 4. Grundschul-Klassen die Korrelationen zwischen Grundintelligenz (‚Fluid Ability') und Noten in Deutsch und Mathematik im Vergleich zu anderen Bundesländern am niedrigsten. Dies geht in erster Linie zu Lasten der Kinder aus den unteren Sozialschichten und der Kinder mit Migrationshintergrund. Auch im PISA - Ländervergleich 2005 wurde auf diese Benachteiligungen insbesondere für diese Bundesländer deutlich aufmerksam gemacht.
Zu frühe Laufbahnentscheidungen in unserem Schulsystem gehen häufig zu Lasten von Kindern aus einfachem Milieu und von Kindern mit Migrationshintergrund. Soziale Integration kann unter anderem nur dann gelingen, wenn an dieser Stelle Korrekturen des Systems erfolgen, indem zum Beispiel weitgehend auf frühe Selektion verzichtet und die Beratung mittels kulturfairer Tests verbessert wird. Durch die Anwendung des CFT in diesem Bereich konnte unter Berücksichtigung der CFT 20 Ergebnisse im ‚Besonderen Beratungsverfahren' für die 4. Grundschulklassen zur Wahl der weiterführenden Schulen, der Anteil von Ausländerkindern mit ursprünglicher Hauptschulempfehlung in Richtung Realschule bedeutsam korrigiert werden. Dies traf in besonderem Maße für die türkische Bevölkerungsgruppe zu.
Eigene, diesem Prinzip entsprechenden Studien von Weiß zeigen folgendes Bild auf:
Unter den 15-jährigen Migrant/innen fand Weiß rund 14% gut begabte Schüler/innen mit einem IQ von 110 und höher (‚Fluid Ability'). Neun von zehn dieser Schüler/innen besuchten eine Hauptschule oder Realschule (HS=50%; RS=40%). Nur jeweils eine oder einer von zehn besuchte ein Gymnasium.
Somit würden nach den Auswahlkriterien für die Berliner "Schnellläufergymnasien" auch die 14% HS- und RS-Schüler eines Jahrganges mit Migrationshintergrund die Grenzbedingungen der rein formallogischen Intelligenzkapazität mit einem IQ von >/= 110 erfüllen - vorausgesetzt die für einen Gymnasialbesuch erforderlichen verbalen Fähigkeiten und Kulturtechniken der ‚Crystallized Ability' sind ebenfalls ausreichend vorhanden.
Aus dieser dem Intelligenzniveau nachweislich nicht entsprechenden Repräsentierung von Migrant/innen in höheren, weiterführenden Schulen, spricht Weiß von noch nicht ausgeschöpften Potentialen, so genannten "Intelligenzreserven", bei Schüler/innen mit Migrationshintergrund.
Für die adäquate Anwendung in der eignungsdiagnostischen Praxis ist es unerlässlich, die Testung durch geschultes Personal durchführen zu lassen. Hierfür können (Schul-) Psycholog/innen oder andere Personen mit besonderer Schulung in der Testadministration hinzugezogen werden.
Der Gesamt-Test ist als einmalige Anschaffung über den Verlag zu beziehen; Auswertungsbögen sind unter geringer finanzieller Aufwendung regelmäßig neu zu beziehen.

Migrationshintergrund und Intelligenzreserven (BRD-Ergebnis)

- Unter den 15 jährigen Migranten befinden sich rund 14% gut begabte Schüler mit einem IQ von 110 und höher (‚Fluid Ability').
- 9 von 10 dieser Schüler (innen) besuchen eine Hauptschule oder Realschule (HS=50%; RS=40%). Nur einer (eine) von 10 besucht ein Gymnasium.
- Nach den Auswahlkriterien für die Berliner „Schnellläufergymnasien" würden aber auch die 14% HS- und RS-Schüler eines Jahrganges mit Migrationshintergrund die Grenzbedingungen der rein formal-logischen Intelligenzkapazität mit einem IQ von >= 110 erfüllen. (Selbstverständlich müssen dabei auch die für einen Gymnasialbesuch erforderlichen verbalen Fähigkeiten und Kulturtechniken der ‚Crystallized Ability' ausreichend vorhanden sein.)

Man kann davon ausgehen, dass ein erhebliches Intelligenzpotential bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund existiert, das bislang nur unzureichend ausgeschöpft wurde. Eine Aufsehen erregende Forderung von Gallup - mit ‚Mobilisierung der Intelligenz' als Buchtitel beschrieben - ist auch heute, nach fast 40 Jahren, nicht umfassend erfüllt.

Kontakt:
Dr. Rudolf H. Weiß
Dipl. Psych. (BdP)
Medienpsychologie und Intelligenzdiagnostik
Drosselweg 13
71549 Auenwald

RHWEISS@t-online.de

Bezug der Testunterlagen (CFT 20-R)
www.testzentrale.de (Registrierung/ Anmeldung erforderlich) oder Testzentrale Göttingen
Robert-Bosch-Breite 25, D-37079 Göttingen
Postfach 3751, D-37027 Göttingen
Tel: (0551) 50688-14/-15/-16/-60
Zentrale: (0551) 50688-0
Fax: (0551) 50688-24

Email: testzentrale@hogrefe.de

BGZ Berliner Gesellschaft für
internationale Zusammenarbeit mbH

Gesundheit Berlin
Landesarbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung

Berlin
Senatsverwaltung für Gesundheit,
Umwelt und Verbraucherschutz

gefördert aus dem Aktionsprogramm
der Gemeinschaft zur Bekämpfung
der sozialen Ausgrenzung 2002-2006

Health Capital Berlin-Brandenburg

Für den Inhalt dieser Mitteilung sind allein die
Autoren verantwortlich.
Die Europäische Kommission haftet nicht für die
weitere Nutzung der in dieser Mitteilung enthaltenen
Informationen.

Titelbild: www.sxc.hu