

Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie
der Freien Universität Berlin

(Un)Sichtbare Dritte

**Dolmetscher als Sprach- und Kulturmittler in der psychosozialen und
psychotherapeutischen Versorgung**

Quantitative und qualitative Untersuchungen in Europa und Deutschland.

Kumulative Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)

vorgelegt von

Dipl. Psych. Ulrike Kluge

Berlin, 2013

Erstgutacher :

Zweitgutacher:

Datum der Disputation:

Prof. Dr. Dieter Kleiber

Prof. Dr. Andreas Heinz

31.10.2013

Danksagung

Bedanken möchte ich mich bei allen, die diese Arbeit unterstützt haben, besonders bei denjenigen, die mich zum Schreiben ermutigt haben und den Prozess des Zauderns und Zweifeln mit dem Format, dem Gegenstand und meinem eigenen Anspruch begleitet haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem Erstgutachter Prof. Dr. Dieter Kleiber, der dem Thema meiner Arbeit gegenüber stets offen war und mit seiner fachlichen Kompetenz und seinem Engagement maßgeblich zum Abschluss dieser Arbeit beigetragen hat.

Meinem Zweitgutachter Prof. Dr. Andreas Heinz möchte ich nachdrücklich dafür danken, dass er die Forschungsschwerpunkte Transkulturelle Psychiatrie und Interkulturelle Psychotherapie an der von ihm geleiteten Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Charité in den letzten 10 Jahren gefördert und etabliert hat. Der so entstandene Rahmen war die Grundlage für die drei Studien, die die Basis der hier vorgelegten Arbeit bilden. Für sein Vertrauen in meine selbständige Arbeit, die mir in diesem Arbeitsbereich viele Möglichkeiten, so auch die Mitarbeit in diesen Projekten eröffnet hat, bin ich ihm sehr verbunden.

Frau Dr. Ernestine Wohlfart möchte ich nicht nur für die Betreuung meiner Diplomarbeit danken, die der erste Anstoß des hier bearbeiteten Themas war, sondern ihr gilt mein spezieller Dank für die Unterstützung und Förderung meines Werdegangs in den letzten Jahren. Mit ihrer Person ist das ZIPP (Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Supervision) an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Charité gewachsen und bekannt geworden. Auch dem dort arbeitenden Team möchte ich für die fachliche Begleitung danken.

Nicht unerwähnt bleiben dürfen alle Kolleginnen und Kollegen der 16 europäischen Partnerinstitutionen, die zum Gelingen des EU- Projektes EUGATE (Best Practice in Health Services for Immigrants in Europe European Best Practice) beigetragen haben. Namentlich waren das: Neele V. Bjerre, Marija Bogic, Marie Dauvrin, Walter Devillé, Sonia Dias, Aandrea Gaddini, Tim Greacen, Elisabeth Ioannidi- Kapolou, Christina Karamanidou, Natasja Koitzsch Jensen, Zsigmond Ko' sa, Allan Krasnik, Majda Lamkaddem, Vincent Lorant, Ritva Mertaniemi, Stefan Priebe, Rosa Puipcinós i Riera, Sima Sandhu, Attila Sarvary, Joaquim JF Soares, Mindaugas Stankunas, Christa Straßmayr, Kristian Wahlbeck, Marta Welbel, Ulla Wihlman.¹

Prof. Dr. Stefan Priebe gebührt dabei besondere Anerkennung, da er es geschafft hat diese Vielfalt an kooperierenden Partnerinstitutionen zu einer fruchtbaren Arbeit bis zum Abschluss des EUGATE- Projektes zu führen und auch dafür, mich beim Schreiben der ersten Publikation intensiv beraten und unterstützt zu haben.

Meinen Kolleginnen Simone Penka, M.A. und Azar Vardar, M.A., ebenso wie allen nicht namentlich erwähnten studentischen MitarbeiterInnen sei für die gute und produktive Arbeitsatmosphäre in der von der VW-Stiftung geförderten Studiengruppe SeGeMi (Seelische

¹ Hier wurde im Sinne der besseren Lesbarkeit auf die Titel verzichtet.

Gesundheit und Migration) gedankt, in der wir gemeinsam die letzten dreieinhalb Jahre gearbeitet und etwas zur Entwicklung in diesem Feld beigetragen haben.

Ganz herzlich möchte ich Prof. Dr. Manfred Zaumseil danken, der mir ebenfalls bereits während meiner Diplomarbeit mit anregenden Diskussionen, wertvoller Kritik und Vertrauen in meine Arbeit zur Seite stand und mich später in das gemeinsame Doktorandencolloquium von ihm und Prof. Dr. Anna Auckenthaler aufnahm. Nach seiner Emeritierung wurde ich freundlich im Doktorandencolloquium von Prof. Dr. Anna Auckenthaler und Prof. Dr. Dieter Kleiber aufgenommen.

Eine empirische Dissertation ist ohne Daten nicht denkbar. Daher soll an dieser Stelle auch allen Patienten, Dolmetschern, Psychiaterinnen, Mitarbeitern befragter Institutionen und den Experten, die mich und meine Kollegen an ihren Gedanken und Erfahrungen teilhaben ließen und ohne deren Unterstützung und Offenheit diese Arbeit nicht realisierbar gewesen wäre, gedankt werden. Ein weiteres Dankeschön geht an die Dolmetscherinnen des Gemeindedolmetscherdienstes Berlin, die an einzelnen Teilen der Arbeit mitgewirkt haben.

Dipl.-Psych. Ronny Krüger möchte ich sehr für seinen kurzfristigen Einsatz beim Korrekturlesen danken.

Für die intensive persönliche und fachliche Unterstützung danke ich Dipl.-Psych. Asita Behzadi, deren kreative und wissenschaftliche Kompetenzen mich immer wieder beeindruckt haben und die zum Schluss das Abschließen im Auge behielt. Danke!

Besonderer Dank gebührt auch allen Freunden, Verwandten und Bekannten, die diese Arbeit in verschiedenen Phasen mit jeder möglichen Unterstützung bedacht haben.

Danke!

für Gustav

„Warum die Welt in anderen Sprachen anders aussieht“

Guy Deutscher (aus dem Englischen von Martin Pfeiffer)

Kurzzusammenfassung (Deutsch)

Im Zuge von Migration und Wanderung wird die Klientel auch in psychosozialen und psychotherapeutischen Institutionen internationaler und heterogener. Forschungsbereiche wie die Transkulturelle Psychiatrie, die Interkulturelle Psychotherapie und psychosoziale Migrations- und Versorgungsforschung gewinnen an Relevanz. Zu den diskutierten Themen im Feld gehört der Einsatz von Dolmetschern, bzw. Sprach- und Kulturmittlern. Obwohl in den letzten Jahren interessante Projekte zur psychosozialen Praxis in diesem Feld ihre Arbeit aufgenommen haben, mangelt es für diesen Bereich an empirischen Daten.

In der vorgelegten kumulativen Dissertation werden quantitative und qualitative Daten aus drei nationalen und internationalen Studien zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung mit Dolmetschern und Sprach- und Kulturmittlern zusammengeführt. Ein Fokus der Arbeit ist die Differenzierung zwischen Dolmetschern und Sprach- und Kulturmittlern.

Die Arbeit widmet sich einleitend der Frage, von wem gesprochen wird, wenn von *Ausländern*, *Migranten*, *Menschen mit Migrationshintergrund* die Rede ist? Zudem wird der Stand der Forschung zu den Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund dargestellt mit einem Schwerpunkt auf die sprachlichen und kulturellen Barrieren. Des Weiteren wird der Zusammenhang von Sprache und Kultur in diesem Bereich besprochen werden, ebenso wie der Stand der Forschung zum Einfluss von Dolmetschern auf die Patient- Behandler- Beziehung und ein Überblick zu bestehenden Ansätzen und Konzepten zur Arbeit mit Dolmetschern bzw. Sprach- und Kulturmittlern gegeben.

Im Rahmen des EU- Projektes EUGATE (Best Practice in Health Services for Immigrants in Europe) wurden sowohl Experten als auch Mitarbeiter verschiedener Praxiseinrichtungen (allgemeinmedizinische, Rettungsstellen, bzw. Einrichtungen der Notfallversorgung, psychosoziale Einrichtungen) zu *Guter Praxis* in der Gesundheitsversorgung befragt. Die zu Beginn präsentierten europäischen quantitativen Vergleichsdaten, die anhand eines semi-strukturierten Fragebogens in 240 Einrichtungen der oben genannten Bereiche in 16 EU-Partnerländern erhoben wurden zeigen, dass bislang nur selten Dolmetscher in der Gesundheitsversorgung zum Einsatz kommen (Publikation 1). Dies ist auch für Deutschland der Fall, obwohl es sich hier um ein Einwanderungs- bzw. Migrationsland handelt. Ursachen sind in zum Teil fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten und nicht vorhandenen verbindlichen Richtlinien zu sehen, vergleicht man die Ergebnisse mit anderen EU-Ländern in denen diesbezüglich Regularien existieren. Obwohl die Zahlen des Dolmetschereinsatzes für die psychosoziale Versorgung etwas höher liegen als die Vergleichszahlen aus allgemeinmedizinischer Versorgung und den Rettungsstellen, bzw. der Notfallversorgung, sind sie sehr niedrig. Wenn man sich vergegenwärtigt, dass Sprache für die psychotherapeutische aber auch psychosoziale Praxis das grundlegende Arbeitsinstrument ist, sind diese geringen Zahlen bemerkenswert.

Um diesen Befund zu kontextualisieren, werden Daten eines Delphi-Prozesses mit Experten

aus den 16 EU-Partnerländern, die im selben EU-Projekt zu *Guter Praxis* in der Gesundheitsversorgung von Migranten erhoben wurden, dargestellt (Publikation 2). Nach Expertenmeinung gehört sowohl der Einsatz von Dolmetschern, bzw. Sprach- und Kulturmittlern als auch die Kultursensitivität der Versorgung zu den wichtigsten Kriterien *Guter Praxis* für die Versorgung von Migranten.

Anhand der Analyse der qualitativen Daten aus den Befragungen der Mitarbeiter in den oben genannten psychosozialen Einrichtungen wird der Handlungsbedarf deutlich: Die Analyse der Interviews weist auf *Sprachbarrieren* und unterschiedlichen *kulturelle Vorstellungen* als Haupthindernisse (Publikation 3). Aber auch die Analyse der qualitativen Daten aus allen drei Einrichtungstypen (allgemeinmedizinisch, Rettungsstellen, bzw. Notfallversorgung und psychosoziale) zeigen, dass Sprache und Kultur als wesentliche Eckpfeiler einer qualitativ hochwertigen Versorgung für Migranten erachtet werden. Alle diese Daten zeigen damit deutlich, dass es mehr als nur einer sprachlichen Übersetzung bedarf (Publikation 4).

Publikation 5 vergleicht die hier erfassten *Gute-Praxis*-Kriterien mit dem in Deutschland viel diskutierten Konzept der Interkulturellen Öffnung und es können Überschneidungen festgestellt werden. Auch die Zwischenergebnisse der VW- geförderten SeGeMi-Studie (Seelische Gesundheit und Migration) zum Stand der Interkulturellen Öffnung in psychosozialen Einrichtungen machen deutlich, dass die Umsetzung speziell bzgl. des Einsatzes von Dolmetschern bzw. Sprach- und Kulturmittlern gering ist. Damit werden die Daten aus Publikation 1 bestätigt.

Wenn also davon ausgegangen werden kann, dass sowohl Sprache als auch Kultur als wesentlich für eine solche Übersetzungsarbeit zu erachten sind, ist dies ein weiteres Argument, beide Dimensionen in die Aufgabe des Dolmetschens zu integrieren, wie es im Konzept der Sprach- und Kulturmittler der Fall ist (Publikation 6-8). Was genau Sprach- und Kulturmittler von Dolmetschern unterscheidet, welche Chancen und Schwierigkeiten das für die konkrete Praxis beinhaltet, wird in der Arbeit anhand verschiedener qualitativer Daten verdeutlicht. Die in einer Studie am Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Supervision (ZIPP) der Charité in einem psychiatrischen, psychotherapeutischen Setting erhobene Daten zeigen, dass Sprach- und Kulturmittler als Teil einer therapeutischen Triade gefasst werden und sich daher Supervisionen an Konzepten für Kleingruppen orientieren sollten. Darüber hinaus sollten kulturelle Missverständnisse oder Irritationen nicht als Störungen verstanden werden, sondern offen gelegt werden, um sie zu bearbeiten. Die genannten Aspekte werden vor allem in den letzten beiden Publikationen (7 und 8) anhand des empirischen Materials sowohl theoretischer Diskurse aus Sozial- und Kulturpsychologie, Psychoanalyse und Ethnopschoanalyse hergeleitet.

Die hier vorgelegte Zusammenschau der Publikationen bietet Ausblicke zur

1. Integration von sprachlichen und kulturellen Aspekten in der Übersetzung im Konzept der Sprach- und Kulturmittler

2. Professionalisierung von Sprach- und Kulturmittlern
3. Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern in psychosozialen Berufsfeldern
4. Zukünftigen Forschung und Entwicklungsmöglichkeiten in der Praxis.

Das übergeordnete Ziel Sprach- und Kulturmittler zur Selbstverständlichkeit in der psychosozialen und psychotherapeutischen Arbeit werden zu lassen, besteht darin, den Zugang zur Versorgung zu gewährleisten, die Qualität der Versorgung für alle Nicht-Deutsch-Muttersprachler zu verbessern und kostenintensive Fehlbehandlungen zu vermeiden.

Unter den beschriebenen Voraussetzungen könnten Sprach- und Kulturmittler einen wichtigen Beitrag dazu leisten.

The (In)visible Third Person – Interpreters as Linguistic and Cultural Mediators² in Psychosocial and Psychotherapeutic Services

Quantitative and Qualitative studies in Europe and Germany.

Abstract (English)

As a result of migration, users of psychosocial and psychotherapeutic services are becoming ever more international and heterogeneous; areas of research such as transcultural psychiatry, intercultural psychotherapy, psychosocial migration research and international public mental health are thus increasingly gaining in relevancy. One of the topics currently under discussion in the field is the use of interpreters or linguistic and cultural mediators. Although some interesting projects on psychosocial practice in this field have been undertaken in recent years, a lack of empirical data in the area still exists.

In the cumulative dissertation presented here, quantitative and qualitative data from three national and international studies on psychosocial and psychotherapeutic services with interpreters and linguistic and cultural mediators are brought together. One of the focal points of this piece of work is on the distinction between interpreters and linguistic and cultural mediators. The theoretical framework of the dissertation begins by devoting attention to the question as to whom the phrase *foreigners, migrants, people with a migration background* refers to. The current state of research on the barriers faced by people with a migration background when accessing health care is presented, with a focus on linguistic and cultural barriers. The theoretical framework concludes with remarks on the connection between language and culture in this area and the state of research on the influence of interpreters on the relationship between patient and practitioner, and an overview of existing approaches and concepts for working with interpreters, respectively linguistic and cultural mediators is offered.

As part of the EU project EUGATE (Best Practice in Health Services for Immigrants in Europe), both experts and employees of various services (general practitioners, psychosocial services and A&E departments) were asked about *good practice* in health care delivery. The quantitative comparative data for Europe which is presented at the beginning, generated from a semi-structured questionnaire in 240 services in the areas described above in 16 EU partner countries, shows that until now, interpreters are employed only rarely in health care (Publication 1). This is also the case for Germany, despite its being a country of immigration and migration. Causes are seen to be the partial absence of funding and the lack of binding guidelines, compared to the results of other EU countries in which such regulations exist. Although the figures for the use of interpreters in psychosocial services are slightly higher than the respective figures for general practitioners and A&E departments, they are still very low.

² Hier sei angemerkt, dass der englische Terminus an einem späteren Punkt der Arbeit Irritation aufwerfen könnte, geht es doch beim Konzept der Sprach- und Kulturmittlung, wie es in der Arbeit diskutiert wird, gerade nicht um Mediation, im Sinne von Schlichtung, sondern auch um das Sichtbarmachen von Konflikten und Missverständnissen (siehe dazu: Kapitel 6 Zusammenfassung und Diskussion)

If one considers that language is the fundamental working tool in both psychotherapy and psychosocial practice, these low numbers are remarkable.

In order to contextualise these findings, data is also presented from a Delphi process with experts from the 16 EU partner countries, collected in the same EU project on *good practice* in health care delivery for migrants (Publication 2). According to expert opinion, both the use of interpreters / linguistic and cultural mediators and the cultural sensitivity of care services are among the most important criteria for *good practice* in services for migrants.

Based on the analysis of the qualitative data from interviews with staff of the mental health services mentioned above, the need for action becomes clear: the analysis of the interviews points towards *language barriers* and differing *cultural ideas* as the main obstacles (Publication 3). However, the analysis of the qualitative data from all three types of service (general practitioners, psychosocial services and A&E departments) shows that language and culture are regarded as important cornerstones of high quality care for migrants. All of the data highlights that more than just language translation is required (Publication 4).

Publication 5 compares the *good practice* criteria compiled here with the concept of intercultural opening, which has been much discussed in Germany; some overlaps can be found. The interim results of the SeGeMi study sponsored by VW (Seelische Gesundheit und Migration - Mental Health and Migration) on the state of intercultural opening in mental health services show that implementation is especially low with regard to the use of interpreters / linguistic and cultural interpreters, thus confirming the data from publication 1.

Thus, if it is assumed that both language and culture are to be regarded as essential for such translation work, this is another argument for integrating both dimensions into the role of interpreter, as is the case with the concept of the linguistic and cultural mediator (Publication 6-8). Through the use of qualitative data, this piece of work illustrates exactly what distinguishes linguistic and cultural mediators from interpreters, and which opportunities and difficulties are involved in actual practice. The data, collected during a study at the Centre for Intercultural Psychiatry, Psychotherapy and Supervision (ZIPP) at the Charité University Medicine in a psychiatric, psychotherapeutic setting show that linguistic and cultural mediators should be regarded as part of a therapeutic triad, and that supervision should therefore be oriented towards concepts for small groups. Moreover, cultural misunderstandings or confusion should not be construed as interference, but rather be disclosed in order to work on them.

In the last two publications (7 and 8), these aspects are derived mainly from empirical material, as well as from theoretical discourse on social and cultural psychology, psychoanalysis, and ethnopschoanalysis.

This synopsis of the publications offers views on:

1. Integration of linguistic and cultural aspects in translation according to the concept of linguistic and cultural mediators,
2. Professionalisation of linguistic and cultural mediators

3. Work with linguistic and cultural mediators in psychosocial professional fields
4. Future research and development possibilities in practice.

The overall objective of linguistic and cultural mediators in becoming a recognised element of psychosocial and psychotherapeutic work is to ensure access to care, improve the quality of care for all those whose native language is not German, and to avoid costly malpractice. Under the conditions described, linguistic and cultural mediators could make an important contribution to this end.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Fragestellungen	14
2. Theoretische Rahmung	20
2.1. Herausforderung an Definitionen	21
2.1.1. Ausländer-Migranten-Menschen mit Migrationshintergrund- der <i>hybride</i> Mensch	21
2.1.2. Interkulturell-Transkulturell-Hyperkulturell	22
2.1.3. Kulturelle Missverständnisse	24
2.2. Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund	25
2.2.1. Sprachliche und kulturelle Barrieren	25
2.2.2. Relevanz der Barrieren für den psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsbereich	25
2.3. Zusammenhang von Sprache und Kultur	26
2.3.1. Diagnostische Unsicherheiten	27
2.4. Dolmetscher als Sprach- und Kulturmittler in psychiatrischen und psychotherapeutischen Settings	28
2.4.1. Einfluss von Dolmetschern auf Patient- Behandler Beziehung	28
2.4.2. Herausforderungen in der Arbeit mit Dolmetschern und "Störungen" aufgrund von Dolmetschern	29
2.4.3. Ansätze und Konzepte zur Arbeit mit Dolmetschern, bzw. Sprach- und Kulturmittlern	31
3. Methodologie und Methoden	34
4. Empirie	37
5. Ergebnisse	38
5.1. Publikation 1_Kluge et al_ "Health services and the treatment of immigrants: Data on service use, interpreting services and immigrant staff members in Services across Europe."	38
5.2. Publikation 2_Devillé...Kluge...et al_ "Health care for immigrants in Europe: Is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study."	41
5.3. Publikation 3_Sandhu ...Kluge...et al_ "Experiences with treating immigrants: A qualitative study in mental health services across 16 European countries."	42
5.4. Publikation 4_Priebe...Kluge... et al_ "Good practice in health care for migrants: Views and experiences of care professionals in 16 European countries."	44

5.5. Publikation 5_Penka...Kluge_„Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting.“	46
5.6. Publikation 6_Kluge_„Der Dritte im Raum’ - Sprach- und Kulturmittler in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting.“	47
5.7. Publikation 7_Kluge & Kassim „Der Dritte im Raum’- Chancen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturmittlern in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting.“	49
5.8. Publikation 8_Kluge_„Sprach- und Kulturmittler in der Psychotherapie.“	51
6. Zusammenfassung und Diskussion	51
7. Stärken und Schwächen der Arbeit	60
8. Ausblick	61
9. Literatur	64
10. Anhang	71
10.1. Originalpublikationen	
10.1.1. Publikation 1	72
10.1.2. Publikation 2	80
10.1.3. Publikation 3	91
10.1.4. Publikation 4	104
10.1.5. Publikation 5	117
10.1.6. Publikation 6	126
10.1.7. Publikation 7	130
10.1.8. Publikation 8	153
10.2. Überblick über den Anteil der Promovendin an den einzelnen Publikationen	164
10.3. Lebenslauf	167

1. Einleitung und Fragestellungen³

In 20, 30 Jahren wird vielleicht nicht mehr von Interkultureller Psychotherapie (Wohlfart & Zaumseil, 2006; Machleidt & Heinz, 2011) und Transkultureller Psychiatrie (ebd.) gesprochen, wenn die Durchdringung der verschiedenen kulturellen Kontexte Diskurse zu Hybridität (Bhabha, 1997) und Hyperkulturalität (Han, 2005) in den Vordergrund rücken könnte. Das „Dazwischen“ (Kluge, 2005, S.66 ff; Nadig, 2006, S. 71 ff), das Vielfältige, Mehrschichtige, Uneindeutige bzgl. kultureller Zugehörigkeit könnte dann eher die Norm als die Ausnahme sein. Vor dieser Zukunftsprognose ist auch besser verstehbar, warum interkulturelle Trainings mit der inhärenten Dichotomisierung häufig zu kurz greifen und nicht zum Abbau sondern zuweilen sogar zur Manifestierung stereotyper Zuschreibungen und Kulturalisierungen beitragen. Es bleibt aber zu vermuten, dass es auch in einer *hybriden Welt* noch verschiedene abgrenzbare Sprachen an einem Ort geben wird und dass sich mit jeder Sprache auch kulturelle Sphären⁴ vermitteln, die es zu verstehen gilt. Gerade für die psychiatrische und psychotherapeutische Arbeit ist Sprache ein wesentliches Arbeitsinstrument, die Relevanz der Kommunikation bleibt hier unbestritten. Ohne sprachliche Verständigung sind Versorgungsangebote in diesem Bereich von Inanspruchnehmenden nicht erreichbar, zumindest aber nicht sinnvoll nutzbar.

Die These ist, dass selbst wenn wir also davon ausgingen, dass Debatten und dazugehörige Konzepte zu Inter-, Multi-, und Transkulturalität perspektivisch überholt sein könnten, wir uns zunehmend in einer hyperkulturellen Welt (Han, 2005) bewegten, wir nicht mehr so häufig von der einen oder anderen Kultur sprechen würden, wir dennoch Sprach- und Kulturmittler⁵ bedürfen.

Und die zweite These ist, dass der Bedarf an Sprach- und Kulturmittlern im Gesundheitswesen in einer Welt zunehmender Globalisierung und Mobilität (Wohlfart & Zaumseil, 2006) für eine qualitativ hochwertige Versorgung vermutlich zunehmen wird. Vielleicht wird es in der psychiatrischen, psychotherapeutischen Arbeit sogar ein Sprach- und Kulturmittler-mainstreaming geben, wenn in Städten wie Berlin die Behandlung eines arabischen Wirtschaftswissenschaftlers, eines indischen Physikers, eines schwedischen Kellners oder eines afghanischen Asylsuchenden der Regelfall sein wird.

Gerade auf Grund der zu vermutenden Heterogenität bzgl. Muttersprache und Herkunft der Patientenklientel ist zu vermuten, dass Sprach- und Kulturmittler weiter an Bedeutung gewinnen werden, da die Vielzahl der verschiedenen Muttersprachen zumindest in näherer Zukunft noch

³ Die hier vorgelegte Synopsis dient nicht nur der Zusammenfassung, sondern fungiert zugleich als Leseanleitung für die für diese kumulative Dissertation miteinander verknüpften Publikationen.

⁴ Der Begriff geht auf den Semiotiker Jurij Lotman zurück. In seinem Semiosphärenmodell, ist eine Semiosphäre der Bereich, in dem ein bestimmter semiotischer Code vorherrscht, wobei dieser Code selbst beständigen Veränderungen unterliegt (Lotman, 2010).

⁵ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit des Textes wird, sofern es sich nicht um Zitate handelt, auf die Schreibweise "-er/Innen" verzichtet. Generell werden stattdessen die Begriffe stets in der kürzeren, männlichen Schreibweise (z.B. Sprach- und Kulturmittler) verwendet. An dieser Stelle wird ausdrücklich betont, dass dies als Synonym für die männliche und weibliche Form vereinfacht verwendet wird und alle männlichen und weiblichen Personen gleichberechtigt angesprochen werden.

nicht mit entsprechenden muttersprachlichen Therapeuten abgedeckt werden kann.

2010 lebten in Deutschland 15,7 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, das sind etwa 19,3 % der Gesamtbevölkerung. Etwas weniger als die Hälfte davon (8,7 % der Gesamtbevölkerung) sind Nichtdeutsche, also Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft. (insgesamt 7, 1 Millionen). 10,6 Millionen Menschen in Deutschland haben die Erfahrung der Migration selbst gemacht, sind demnach Migranten. Der größte Bevölkerungsanteil sind Menschen mit türkischem Migrationshintergrund, gefolgt von Menschen mit polnischen Migrationshintergrund und jenen, die oder deren Eltern aus der Russischen Föderation stammen (Statistisches Bundesamt, 2011; Destatis. Statistisches Bundesamt, 2012). Deutschland ist also offensichtlich ein Einwanderungsland und ist es seit vielen Jahrzehnten (Pries, 2012). In den letzten Jahren hat es sich zu einem Migrationsland entwickelt, da es sich „in der statistischen Mitte Ein- und Auswanderungsland“ befindet (Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Migration und Integration, 2010, S. 13). Denn zwischen 2005 und 2010 hielten sich Zu- und Abwanderung in Deutschland ungefähr die Waage. In den letzten drei Jahren ist wiederum ein leichter Wanderungsüberschuss zu verzeichnen. Laut statistischem Bundesamt sind im Jahre 2011 958.000 Menschen nach Deutschland dauerhaft zugezogen- und 679.000 ausgewandert (Statistisches Bundesamt, 2011; Destatis. Statistisches Bundesamt, 2012). Im Jahre 2012 waren es sogar 1.081.000 zugezogene Personen und 712.000 die dauerhaft fort zogen (Destatis. Statistisches Bundesamt, 2013). Damit ergibt sich für 2012 ein Wanderungsüberschuss von 369.000. Das ist laut statistischem Bundesamt der höchste Wert seit 1995. Die in den letzten Jahren wieder leicht steigende Tendenz ist ein Novum und es ist abzuwarten, wie sie sich in den nächsten Jahren gestalten wird (ebd.).

Es ist zu vermuten, dass die deutsche Gesellschaft damit auch weiterhin vielfältiger wird. In den letzten Jahren wird Zuwanderung vor allem auch vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels diskutiert (Hinte, Rinne & Zimmermann, 2012). Da es in der Zukunft notwendig sein wird, mehr Fachkräfte nach Deutschland zu bringen, wird sich vermutlich auch darüber noch eine neue Heterogenität der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund entwickeln.

Der Anstieg der Heterogenität ist auch damit im Zusammenhang zu sehen, dass Zuwanderer aus zunehmend mehr verschiedenen Herkunftsländern und kulturellen Kontexten stammen. Während noch in den 70-er Jahren die meisten Einwanderer aus Italien, Spanien, Griechenland, Türkei und Jugoslawien stammten, verteilen sich heute 75% der Einwanderer nach Deutschland auf mehr als 80 Herkunftsgruppen (Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Migration und Integration, 2010).

Aber wie viele dieser Personengruppe der Menschen mit Migrationshintergrund benötigen überhaupt psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung und Unterstützung? Zur Prävalenz bei Menschen mit Migrationshintergrund gibt es heterogene Befunde. Lange Zeit wurde von einem *Healthy- migrant- effect* durch *positive Auslese* ausgegangen (Böker, 1975; Häfner, Moschel & Özek, 1977; Lechner & Mielck, 1998).

Später wurde Migration vielfach als Belastungsfaktor diskutiert (Shuval, 1993), womit eine höhere psychische Auffälligkeit erklärt werden sollte, die dann auf Kulturkonflikte, mangelnde Handlungskompetenz und Identitätsdiffusion zurückgeführt wurde (von Klitzing, 1983). In neuerer Zeit wurden divergierende Thesen vertreten, einige Wissenschaftler versuchten zu zeigen, dass generell keine höhere psychosoziale Morbidität vorliege (Lindert, Schouler-Ocak, Heinz & Priebe, 2008), bzw. dass die psychische Störungen ebenso häufig wie bei Nicht-Migranten sind (Grube, 2001; Lay, Lauber & Rössler, 2005; Lay, Nordt & Rössler, 2007). Grundsätzlich lässt sich sagen, dass es bislang keine hinreichend aussagekräftigen epidemiologischen Studien in Europa gibt (Kirkcaldy, Wittig, Furnham, Merbach & Siefen, 2006), mit denen sich die eine oder die andere These bestätigen lassen würde. Im Zeitraum 2009-2012 wurde an der Charité in Kooperation mit dem Institut für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf und der Marmara Universität in Istanbul ein VW-gefördertes Forschungsprojekt durchgeführt, welches erste epidemiologische Daten für die Gruppe der in Deutschland lebenden Menschen mit türkischem Migrationshintergrund vorlegte, die für eine erhöhte Prävalenz sprechen (siehe die vorläufigen Ergebnisse http://www.segemi.de/index.php?article_id=35&clang=0).

Dieser Befund und andere weisen darauf hin, dass auch und vielleicht sogar in höherem Maße Menschen mit Migrationshintergrund einer psychosozialen Versorgung bedürfen. Für den Fall, dass sie die deutsche Sprache nicht hinreichend gut beherrschen bedarf es dann neben der regulären Versorgung der Gewährleistung einer Behandlung in ihrer Muttersprache. Welchen Teil dieser Personengruppe würde das betreffen?

Im Rahmen einer Erhebung des sozioökonomischen Panels wurden 1909 Personen, deren Muttersprache oder die der Eltern nicht Deutsch ist befragt, wie gut sie Deutsch sprechen. 0,9 % der Befragten sagten: *gar nicht*, 6,4 % hielten ihre Sprachkenntnisse für *eher schlecht*, 17,9 % antworteten mit *es geht*, hingegen schätzten 32,7% ihre Sprachkenntnisse als *gut* ein, 40,7% *sehr gut* und von 1,4% der Befragten gab es keine Angabe (Sozioökonomisches Panel, 2013). Nun stellt sich natürlich die Frage, für welche der Personengruppen eine Behandlung auf Deutsch denkbar wäre und welche Behandlung mit welchen Sprachkenntnissen noch sinnvoll ist. Für eine psychotherapeutische Behandlung sollten *sehr gute* Sprachkenntnisse die Voraussetzung sein, sodass für einen prozentualen Anteil von ca. 65% dieser Personengruppe eine Behandlung ohne muttersprachlichen Behandler oder Dolmetscher, bzw. Sprach- und Kulturmittler nicht sinnvoll wäre.

Eine unveröffentlichte Evaluation, die am Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Supervision (ZIPP)⁶ der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Universitätsmedizin Berlin für den Zeitraum 2002-2008 durchgeführt wurde zeigte, dass 620 der

⁶ Das Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie (ZIPP) beinhaltet: eine interdisziplinäre, interkulturelle Forschungsgruppe, eine Ethnopsychiatrische Ambulanz (siehe auch klinische Abteilungen/ PIA Psychiatrische/Internationale Institutsambulanz, Campus Charite Mitte), Weiterbildung (siehe: www.interkulturelle-psychotherapie.de), Interkulturelle Supervision, Expertenfunktion in politischen Gremien.

ambulant im Zentrum behandelten Patienten mit Migrationshintergrund aus 84 Herkunftsnationen stammten. Von diesen Personen besaßen ebenfalls 54% keine bis nur geringe Deutschkenntnisse, während 46% sehr gut bis fließend Deutsch sprachen. (Es handelt sich dabei um eine Spezialambulanz der Klinik, welches in die Regelversorgung der Institutsambulanz integriert ist. Diese Zahlen würden vermutlich in der "normalen" Regelversorgung anders ausfallen.) 30% der Behandlungen wurden mit muttersprachlichem Personal angeboten, 30% mit Dolmetschern, bzw. Sprach- und Kulturmittlern, 30% auf Deutsch, 10% über eine Drittsprache ohne Dolmetscher (Englisch oder Französisch). Diese Zahlen unterstreichen den großen Bedarf an muttersprachlich nicht-deutscher Behandlung bzw. am Einsatz von Dolmetschern oder Sprach- und Kulturmittlern für die psychosoziale Versorgung in Deutschland.

Die vorliegende kumulative Dissertation basiert auf einer deutschen und zwei internationalen quantitativ und qualitativ ausgerichteten Forschungsprojekten. Thema in allen Studien ist der Einsatz, Nutzen und/oder die konzeptionelle Arbeit mit Dolmetschern und Sprach- und Kulturmittlern in der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und in psychiatrischen und psychotherapeutischen Settings⁷. Da mir bislang keine Arbeit bekannt ist, die einen multiperspektivischen Zugang zu dieser Thematik anbietet, noch konkrete Ansätze für die Gewährleistung der muttersprachlichen Versorgung bei Inanspruchnehmenden mit nicht hinreichend guten Deutschkenntnissen für den psychosozialen und psychotherapeutischen Bereich ausgearbeitet vorliegen, ist die Betrachtung dieser Beiträge im Zusammenspiel bedeutsam.

Für die Lesbarkeit der einzelnen Publikationen (Publikation 1-8) ist wichtig vorweg zu schicken, dass in den Publikationen aus den internationalen Studien zumeist von Dolmetschern/Interpreters gesprochen wird, in der deutschsprachigen auf das psychotherapeutische Setting fokussierenden Studie von Sprach- und Kulturmittlern. Damit wird konzeptionell vom Einbezug kulturellen Wissens in die Vermittlung von Sprache, den Verständigungsprozess ausgegangen. Die weitere terminologische Abgrenzung zwischen Dolmetscher und Sprach- und Kulturmittler ist Teil der Ergebnisse dieser Arbeit und wird im Laufe des Textes vertieft diskutiert.

Ziel der hier vorgelegten Arbeit ist es, den Einsatz von Dolmetschern, bzw. Sprach- und Kulturmittlern im psychosozialen und psychotherapeutischen Bereich aus verschiedenen Blickwinkeln (Versorgungsforschung, psychosoziale Migrationsforschung, Interkulturelle Psychotherapie und Transkulturelle Psychiatrie) und auf verschiedenen Ebenen zu betrachten.

⁷ Die zwei internationalen Studien umfassen auch weitere Daten, die jedoch für die hier behandelte Fragestellung nicht relevant sind und daher in die Zusammenfassung der Publikationen nicht eingeflossen sind.

Dabei wird anhand der acht Publikationen dem Thema der Dolmetscher und Sprach- und Kulturmittler in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung mit verschiedenen aufeinander aufbauenden Fragestellungen nachgegangen:

1. Wie ist die aktuelle Situation hinsichtlich des Einsatzes von Dolmetschern in der Gesundheitsversorgung in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern? (Publikation 1)
2. Welche Barrieren bestehen in der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und in der psychosozialen Versorgung für Migranten bzw. die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund und welchen Beitrag können Dolmetscher bzw. Sprach- und Kulturmittler leisten, um mit diesen umzugehen? (alle Publikationen)
3. Welche Bedeutung schreiben Experten dem Einsatz von Dolmetschern in der Gesundheitsversorgung und speziell in der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung zu? (Publikation 2)
4. Welche Erfahrungen und Erwartungen haben Praktiker hinsichtlich des Einsatzes von Dolmetschern? (Publikationen 3 und 4)
5. Ist der Einsatz von Dolmetschern und im Speziellen von Sprach- und Kulturmittlern in der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und in der psychiatrischen/psychotherapeutischen relevant? (Publikation 5, 6, 7, 8)
6. Wie beeinflussen Sprach- und Kulturmittler psychiatrische/psychotherapeutische Settings? (Publikation 6, 7 und 8)
7. Wie sollte der Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern in der Praxis von statten gehen? Was gilt es hierbei zu beachten? (Publikation 6, 7, 8)

Zur Beantwortung dieser Fragen werden Daten und Ergebnisse aus drei verschiedenen Studien mit einem Fokus auf Dolmetscher und Sprach- und Kulturmittler vorgestellt und diskutiert.

Vorstellung der drei Studien:

1. Eine Multi-Center Studie zu Best Practice in der Gesundheitsversorgung für Migranten⁸ in Europa: Best Practice in Health Services for Immigrants in Europe-EUGATE (siehe: <http://www.eugate.org.uk/index.html>). Im Rahmen des von der European Commission- EC geförderten Projektes wurden zwischen 2008 und 2010 in 16 Europäischen Partnerländern sowohl quantitative als auch qualitative Daten erhoben. Die Studienpartner führten einen Delphi-Prozess zur Expertenmeinung hinsichtlich Best Practice in der Versorgung für Migranten durch, zum anderen

⁸ In dieser Studie sind mit diesem Begriff all jene Personen gemeint, die außerhalb des Aufnahmelandes geboren sind und zwischen 18 und 65 Jahren alt sind. Gemäß den EU-Richtlinien umfasst der Begriff die folgenden Gruppen: reguläre Arbeitsmigranten, Flüchtlinge, Asylsuchende, Opfer von Menschenhandel, „Illegale“, also Personen ohne entsprechende Aufenthaltsdokumente. In den englischsprachigen Papers werden die Begriffe immigrants und migrants synonym verwendet. Dies ist dem Umstand geschuldet, der später noch einmal im Kapitel „Herausforderungen an Definitionen“ thematisiert wird, dass die Erstautoren die Definitionsmacht hatten, aber aus verschiedenen Ländern kommen und diese jeweils verschiedene Traditionen der Benennung zeigen.

dienten semi-strukturierte Fragebögen zur Erhebung des Zugangs, der Qualität und Angemessenheit der Gesundheitsversorgung für verschiedene MigrantInnengruppen in a) allgemeinmedizinischen Versorgungsstrukturen, b) Rettungsstellen und c) psychosoziale Einrichtungen. Darüber hinaus fand ein umfangreiches Screening der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Versorgung der verschiedenen Migrantengruppen statt, welches ausgehend von EU-Richtlinien und Vorgaben mit den nationalen Situationen abgeglichen wurde. Ein Überblick hierzu ist zu finden unter: http://www.asplazio.it/forum/eugate_forum/WP5_db/index.php. Die Ergebnisse aus der Studie, die für das hier bearbeitete Thema relevant sind, sind in Publikation 1, 2, 3, 4 und 5 zu finden (siehe Anhang 1).

2. Eine internationale Studie zur psychosozialen Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund und zur interkulturellen Öffnung des psychosozialen Gesundheitssystems: Seelische Gesundheit und Migration (SeGeMi), gefördert von der VW- Stiftung (siehe: www.segemi.de). Mittels quantitativ epidemiologischer und qualitativ sozialwissenschaftlicher Fragestellungen wurde seit 2009 in vier verschiedenen Modulen folgenden Fragestellungen nachgegangen: In Modul 1 wurden Prävalenzraten zu psychischen Störungen und zum Inanspruchnahmeverhalten der Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in Berlin und Hamburg erhoben. In Modul 2 wurden Erklärungsmodelle (Heinz & Payne-Jackson, 1998; Kleinman, 1981; Penka, Krieg, Hunner & Heinz, 2003) zu psychischen Erkrankungen bei Menschen mit und ohne türkischen Migrationshintergrund in Berlin und bei Türken in Istanbul erhoben (Vardar, Kluge & Penka, 2012). Modul 3 fokussierte auf der Interkulturellen Öffnung der psychosozialen Versorgung. Hierzu wurde ein Erhebungsinstrument entwickelt (siehe auch folgenden link: http://www.segemi.de/index.php?article_id=38&clang=0). Mit diesem Instrument wurden alle psychosozialen Einrichtungen eines Berliner Bezirks befragt und anschließend in einigen ausgewählten Einrichtungen Feldforschungen und qualitative Interviews durchgeführt (Penka, Kluge, Vardar, Borde & Ingleby, 2012). In Modul 4 wurde ein interkulturelles Training entwickelt, welches in einer Reha-Klinik durchgeführt und anhand von Patienten-Outcome, Mitarbeiter-Zufriedenheit und im Rahmen einer Feldforschung kritisch evaluiert wurde (Bäärnhielm & Mösko, 2012). Für die vorgelegte Arbeit werden vorläufige Ergebnisse aus Modul 3 in Publikation 5 vorgestellt (siehe Anhang 1).
3. Eine qualitative Studie zu Chancen und Schwierigkeiten in der psychotherapeutisch/psychiatrischen Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern. Hier wurde 2005 über einen Zeitraum von einem halben Jahr eine Feldforschung in einer ambulanten Versorgungsstruktur, dem Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Supervision (ZIPP), in der mit Sprach- und Kulturmittlern

gearbeitet wird, durchgeführt. Es wurden Interviews mit allen im Setting Beteiligten durchgeführt: Patienten, Behandler, Sprach- und Kulturmittler. Rückübersetzungen des während der Sitzungen aufgezeichneten Materials wurden angefertigt und eine hypothesengenerierende Gruppendiskussionen zur Auswertung des Materials organisiert.⁹ Die Ergebnisse sind in den Publikationen 5 bis 8 zu finden (siehe Anhang 1).

Die Analyse des umfangreichen "Datenteppichs" ermöglicht Aussagen zur aktuellen Versorgungssituation bezüglich des Einsatzes von Dolmetschern, der Bedeutung und Implementierung von Dolmetscherdiensten auf unterschiedlichen Ebenen des Versorgungssystems und stellt ein konkretes Konzept für den Sprach- und Kulturmittlereinsatz für die klinische psychotherapeutische aber auch psychosoziale Praxis in Deutschland vor.

Um den vielschichtigen Dimensionen dieser Thematik zu entsprechen, kamen sowohl quantitative als auch qualitative Methoden zum Einsatz. Die quantitativen Methoden wurden genutzt, um größere internationale Datensätze zu erheben und numerische Ergebnisse zu erhalten, die für eine Bedarfsplanung und gesundheitspolitische Positionen/Strategien wichtig sind.

Die qualitativen Methoden, die hier von qualitativen Interviews bis hin zu Feldforschungen reichen, erfüllen einerseits den Zweck gegenstands begründete Aussagen über spezielle Kontexte machen zu können und, um die Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern und die damit verbundenen Herausforderungen und Chancen in der deutschen psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung detaillierter abzubilden.

Neben der Darstellung der Ergebnisse dieser Studien anhand der 8 veröffentlichten Publikationen (6 entsprechen den Kriterien der Internationalität und haben einen Peer- review Prozess durchlaufen und 2 sind Lehrbuchkapitel), die in Anhang 1 zu finden sind, ist im Anhang zwei ein Überblick zum Anteil der Promovendin an diesen Publikationen.

2. Theoretische Rahmung

Im folgenden Abschnitt werden vier wesentliche Bereiche der theoretischen Grundlagen der Arbeit vorgestellt.

Als erstes werden Definitionen zugrundeliegender Begriffe vorgenommen. Es folgt die Darstellung der Zugangsbarrieren für Menschen mit Migrationshintergrund zum Gesundheitssystem, zu denen Sprache und der kulturelle Hintergrund gehören. Im dritten Teil folgt eine Erläuterung zum Zusammenhang von Sprache und Kultur und dessen Bedeutung für das hier erörterte Thema der Sprach- und Kulturmittler. Abgeschlossen wird dieser Teil mit dem Stand der Forschung zu Dolmetschern im Allgemeinen und in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis.

⁹ Diese Daten wurden im Rahmen meiner Diplomarbeit erhoben.

2.1. Herausforderung an Definitionen

2.1.1. „Ausländer-Migranten-Menschen mit Migrationshintergrund-der hybride¹⁰ Mensch“

Eine Vielzahl der Begriffe und Definitionen, die im Bereich der Transkulturellen Psychiatrie, Interkulturellen Psychotherapie, psychosozialen Migrations- und Versorgungsforschung, Ethnopsychiatrie selbstverständlich genutzt werden, sind zuweilen unterschiedlich inhaltlich gefüllt, verbergen sich dahinter doch verschiedene Traditionen mit unterschiedlichen Konzepten und Denkansätzen. Für die hier vorliegende Zusammenfassung der kumulativen Arbeit werden daher zentrale Begriffe und ihre Lesart/ Verwendung vorweg eingeführt.

Im Jahre 2000 wurde in Deutschland noch ganz selbstverständlich von Ausländern und „ausländischen Patienten“ (Zimmermann, 2000) gesprochen. Heute, im Jahre 2012 ist das im hier besprochenen Themenfeld nicht mehr denkbar, ist doch eine große Anzahl der Zielgruppe, also der Klientel im Bereich der Transkulturellen Psychiatrie und Interkulturellen Psychotherapie, heute entweder eingebürgert oder es handelt sich um Menschen, die der zweiten Generation angehören und von Geburt an die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen und somit keine Ausländer sind. Im Zuge der veränderten Wahrnehmung in Deutschland hin zu einem Einwanderungsland- bzw. Migrationsland wurde zunehmend von Migrantinnen gesprochen. Das hatte zur Folge, dass Menschen mit ganz unterschiedlicher Herkunft, Geschichte, Migrationsgrund etc. unter *Migranten* subsumiert wurden. Damit entstand jedoch der Eindruck, als seien „die Migranten“ eine ethnische Gruppe, in Deutschland meist assoziiert mit „den Türken“ (Kluge & Bostanci, 2012). Spätestens mit der Änderung des Mikrozensusgesetzes 2004 wurden „die Migranten“ zu *Menschen mit Migrationshintergrund*¹¹. Offizieller Hintergrund war, dass man von Migranten sprach, auch wenn von Personen der 2. und 3. Generation die Rede war, die selbst keine eigene Migrationsgeschichte haben. Dieses Dilemma sollte mit der neuen Terminologie behoben werden.

Unabhängig aber, welcher dieser Begriffe verwendet wird, kann ein „Othering“ (Spivak, 1985; Kluge et al., 2012) unterstellt werden. Die Schwierigkeit eine geeignete Terminologie zu finden, steht wohl auch im Zusammenhang mit dem inhärenten „Othering“. Würde man anstatt von Menschen mit Migrationshintergrund von Nicht-Deutschen oder Allochthonen¹² sprechen, beinhaltet auch diese Begriffe ein solches. Es scheint keinen Ausweg aus der Differenzmarkierung zu geben, deutlich sollte jedoch das Plädoyer für einen sorgsameren Umgang mit den Begrifflichkeiten werden.

Es bleibt schwierig, einen einzigen Begriff für derart verschiedene Gruppen und Individuen zu finden. In den hier vorliegenden Beiträgen wird sehr unterschiedlich mit dieser Schwierigkeit umgegangen. In den englischsprachigen Publikationen (Publikationen 1-4) wird von *Immigrants*,

¹⁰ Bhabha (1997)

¹¹ Menschen mit Migrationshintergrund sind „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem nach 1949 zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011)

¹² Allochthon-übersetzt: „anders, verschieden [...]“, also etwa in der Bedeutung „fremd“, „auswärtig“- Quelle: <http://wikipedia.org/wiki/Allochthon> [letzter Zugriff am 03.05.2013]

bzw. *Migrants*¹³ gesprochen. Die hier zugrundeliegende Definition für das EUGATE-Forschungsprojekt beinhaltet konsequenterweise nur die Personen, die selbst immigriert sind¹⁴, auch wenn zu fragen ist, ob alle Experten in ihren Antworten diese Definition durchgängig berücksichtigt haben, da, wie oben ausgeführt, allein in Deutschland die Definitionen der benannten Bevölkerungsgruppe kompliziert und von historischen, politischen und gesellschaftlichen Prozessen bestimmt sind. Für internationale Forschungsprojekte bedarf es jedoch einer Einigung auf eine gemeinsame Definition. In Publikation 5 wird die aktuell in Deutschland politisch korrekte Begrifflichkeit: *Menschen mit Migrationshintergrund*¹⁵ verwendet, während in Publikation 6-8 weitestgehend versucht wird, auf einen einzigen Überbegriff zu verzichten. Stattdessen wird konkret z.B. von *arabischer Patientin* gesprochen. Für das hier bearbeitete Thema könnte auch von *Menschen ohne hinreichende Kenntnisse der Landessprache* gesprochen werden.

Wie zu Beginn angedeutet, ist anzunehmen, dass sich Begriffe und Definitionen in dem Forschungsfeld in den nächsten Jahrzehnten erneut ändern und z.B. nicht mehr von Menschen mit Migrationshintergrund gesprochen wird, denn Menschen mit unterschiedlichen Herkunft und Muttersprachen könnten vor allem in Großstädten und Metropolen eher zur Selbstverständlichkeit werden (Wohlfart et al., 2006), womit ein „Othering“ bezüglich der Herkunft absurd würde. Aber das ist Zukunftsmusik.

2.1.2. Interkulturell-Transkulturell-Hyperkulturell

Oft werden die Termini transkulturell und interkulturell nicht hinreichend trennscharf verwendet, bzw. was darunter verstanden wird, ist nicht einheitlich. Sie werfen in erster Linie die Frage nach dem zugrunde liegenden Kulturbegriff auf (Geertz, 1999). Auch aktuell noch adäquat scheint die Konzeption von *Kultur*, wie der Anthropologe Geertz ihn nutzt. Er geht von einem „prozessorientierten, semiotischen Kulturbegriff“ aus, „in dem Werte, Glauben und Praxen, [...] erfahrungsnahe Konzepte zusammen mit den permanenten Handlungen in der sozialen und physikalischen Welt den kulturellen Prozess konstituieren.“ Für Geertz sind Menschen in ein „selbstgesponnenes Bedeutungsgewebe verstrickt und Kultur ist dieses Gewebe.“ (ebd., S. 9.) Kultur wird in den Kultur- und Sozialwissenschaften schon lange nicht mehr als Festschreibung und abgeschlossene Entität verstanden, sondern als etwas Komplexes (im Sinne von Polyphonie, intrakultureller Vielschichtigkeit), dynamisches (im Sinne von prozesshaft, historisch veränderlich) und hybrides (im Sinne von Kreolisierung/ Mischformen), wie Schlehe es fasst (Schlehe, 2006). Im Gegensatz zu den Ideen von Geertz und Schlehe geht das Konzept von Interkulturalität eher von als homogen gedachten Entitäten aus bzw. auf die Positionalität zwischen Angehörigen zweier Kulturen. Für konkrete interkulturelle Begegnungen scheint das

¹³ Wie bereits in einer vorangegangenen Fußnote erläutert, werden diese beiden Begriffe synonym verwendet. Siehe Fußnote 8.

¹⁴ Siehe ebenfalls Fußnote 8

¹⁵ Siehe Fußnote 11

zunächst zutreffend, wenn zum Beispiel in Einzelsettings zwei Personen aus zwei deutlich unterschiedlichen Herkunftskontexten aufeinander treffen. Derartige interkulturelle Begegnungen sind aber nicht weniger komplex und will man (gerade im psychosozialen und psychotherapeutischen Rahmen) den Individuen gerecht werden, benötigen wir viel mehr ein Erkennen-Verstehen-Reflektieren des Fremden und des Eigenen (Wohlfart, Hodzic & Özbek, 2006). Dadurch entsteht idealerweise eine Pendelbewegung, ein Oszillieren und wir stellen fest: dass das Eigene und das Fremde nicht genau bestimmbar und trennscharf sind (Güç, 2006).

Und so gelangen wir zur Transkulturalität (Nadig, 2002). Maya Nadig beschreibt diese folgendermaßen: „Transkulturalität geht davon aus, dass in der heutigen Gesellschaft durch Migration, erweiterte Kommunikationsmöglichkeiten und ökonomische Verflechtungen Menschen aus unterschiedlichen Teilen der Welt miteinander vernetzt sind. Die Unterscheidung zwischen uns und den anderen läuft nicht mehr entlang der Zugehörigkeit zu einer Region, einer Kultur oder einem Nationalstaat, sondern sie ist immer auch Definitions- und Verhandlungssache. Transkulturalität betont somit die Aspekte der Vieldeutigkeit von Repräsentationen, der Symbolisierung und Grenzziehung.“ (Graduiertenkolleg des Wissenschaftsschwerpunktes Kultur der Universität Bremen/ Nadig)

Diese „gegenwärtig in den kulturwissenschaftlichen Disziplinen entwickelte Konzeption von Transkulturalität, die von einem ‚über Kulturen hinweg‘ ausgeht, veränderte im interdisziplinären Dialog auch die bisherige Verwendung von ‚transkulturell‘ in den Subdisziplinen transkulturelle Psychiatrie und Psychologie. Dort ging es lange Zeit um den Nachweis universell gedachter psychiatrischer und psychologischer Kategorien und Theorieannahmen in anderen ‚Kulturen‘.“ (Wohlfart & Zaumseil, 2006, S. XV) Zaumseil schreibt weiter dazu: „Wir haben auch gelernt, dass die Untersuchung von Unterschieden ein sehr problematisches Projekt ist. Unterschiede sind ein bewegliches und chamäleonhaftes Ziel. Da, wo wir versuchen sie festzumachen, haben sie sich (oder wir sie) bereits verändert.“ (Zaumseil, 2006, S. 4)

Heute geht es in der Transkulturellen Psychiatrie daher vielmehr um die „gegenseitige Anerkennung und das Verstehen der jeweils eigenen Referenzsysteme und Bedeutungszusammenhänge. Ein so gestalteter Diskurs über Differenz und Andersheit ermöglicht [...] Praxen, die den Anforderungen an die Individuen und die Gruppe – an die Patienten wie an die Professionellen – im jeweiligen Feld gewahr werden dürfen, ohne auf stereotype Zuschreibungen des ‚Anderen‘ zurückgreifen zu müssen.“ (Wohlfart & Zaumseil, 2006, S. XV)

Generell scheint es im Bereich der Psychiatrie geboten, auf gesellschaftliche Entwicklungen und die dazugehörigen geisteswissenschaftlichen Diskurse zeitnah zu reagieren. Zu den aktuellen gehören auch Hans Ausführungen zu Hyperkulturalität (Han, 2005). Er zitiert darin den Ethnologen Nigel Barley wie folgt: „[...] Barley äußert einmal die Vermutung, der ‚wahre Schlüssel der Zukunft‘ liege darin, dass Grundbegriffe wie Kultur aufhören zu existieren.“ (Barley zitiert Han, 2005, S.9)

Diesen Gedanken anerkennend, bleibt aber zu sagen, dass es auch in einer solchen Welt Missverständnisse gibt, die auf Differenzen, bzw. das Sozialisiertsein in verschiedenen kulturellen Kontexten, oder wie Lotman es nennt: Sphären (Lotman, 2010) zurückzuführen sind.

2.1.3. Kulturelle Missverständnisse

„Die alltägliche Begegnung mit dem fremden Anderen sowie die Auseinandersetzung mit anderen Wertorientierungen und wenig vertrauten Rollen stellen eine hohe Anforderung [an interkulturelle Begegnungen-E.d.A.] dar.“ (Wohlfart & Kluge, 2007, S. 85) Sie können von Verständigungsschwierigkeiten und so genannten ‚kulturellen Missverständnissen‘ (Zaumseil, 2006, S. 26 ff; Zimmermann, 2000) begleitet sein. Diese können u. A. aus verschiedenen Vorstellungen zu Raum, Ort und Zeit resultieren. Dazu gehört zum Beispiel die Trennung zwischen Körper und Psyche. Macht diese für mein Gegenüber Sinn? Welche Konzepte zu Selbst- und Fremdbestimmtheit existieren in der Herkunftsgruppe meines Gegenübers? (ebd.) Auf einer ganz konkreten Ebene können kulturelle Missverständnisse bzgl. des Konzeptes Zeit beispielsweise daraus resultieren, dass im arabischen Raum eine Verspätung im Zusammenspiel mit der jeweiligen sozialen Rolle interpretiert wird. Dabei wird das Zuspätkommen einer sozial höher stehenden Person eher erwartet und sozial akzeptiert. Im deutschen Kontext wird eine derartige Verspätung, unabhängig von den vorliegenden sozialen Rollenunterschieden, als eine Geringschätzung und Respektlosigkeit empfunden und steht im Konflikt mit den zeitlich knappen Ressourcen des therapeutischen Arbeitsalltags (Hardung, 2006). Wenn existierende unterschiedliche Vorstellungen nicht reflektiert werden, können sie zu kommunikativen Hemmungen, aber auch zu Frustrationen seitens der Behandelnden und der PatientInnen bis hin zu Fehldiagnosen führen (Wohlfart & Kluge, 2007). (vgl. Publikation 5: *Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlungssetting*) Wie Dolmetscher, bzw. Sprach- und Kulturmittler zum Umgang mit kulturellen Missverständnissen beitragen können, wird diese Arbeit versuchen zu beantworten.

2.2. Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund

Es gibt umfangreiche Literatur zu den Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund und Vorschläge zu angemessenen Strategien diesen zu begegnen. In den letzten Jahren sind diese überblicksartig auch in unserer Arbeitsgruppe zusammengetragen worden (Kluge & Penka, 2011). Einen ausführlichen Überblick zu den allgemeinen Zugangsbarrieren bietet Publikation 5 dieser kumulativen Arbeit: *Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting*.

Da sie dort nachzulesen sind, werden sie an dieser Stelle nur erwähnt. Detaillierter wird auf die sprachlichen und kulturellen Barrieren eingegangen.

2.2.1. Sprachliche Barrieren

2012 wurde eine Erhebung aus Niedersachsen zum Dolmetschen in der Psychotherapie im Psychotherapeutenjournal veröffentlicht. Hierzu wurde die Meinung von Professionellen mittels Fragebogen erhoben. Die Ergebnisse machen deutlich, dass selten mit Dolmetschern gearbeitet wird, obwohl der Bedarf hoch ist. Die Autoren zeigen, dass 10 % der Behandlungen in Kliniken aufgrund der Verständigungsprobleme überhaupt nicht zustande kommen (Wolf & Özkan, 2012).

Sprache ist für den psychosozialen Bereich von besonderer Bedeutung. Bauer und Alegría benennen diese besondere Bedeutung für den psychiatrischen Bereich wie folgt: "There are numerous reasons to postulate that language proficiency may impact the quality of psychiatric care more than medical care. Psychiatric evaluation hinges on obtaining a thorough history since many key symptoms are not associated with directly observable behaviors and can only be elicited via self-report [...]" (Bauer & Alegría, 2010, S. 766). Und weiter formulieren sie den Einfluss von Sprachbarrieren auf Diagnostik und den therapeutischen Prozess: "Language barriers may interfere with conducting a thorough mental status examination, potentially masking disorders of speech and language (e.g. aphasia, neologism, etc.), thought process (e.g., flight of ideas, disorganization, tangentiality), thought content (e.g. grandiosity, delusions, obsessions, magical thinking) or perceptions (e.g., hallucinations). Finally, language barriers may hinder the identification of important contributors to the process of care, including stigma, shame, patients' explanatory models of illness, acceptance of diagnosis and treatment, and development of a therapeutic patient-provider alliance" (ebd.). Auch Bolton verwendet dafür eine treffende Metapher: "[...] language is the clearest and widest road clinicians have to patients' experience." (Bolton, 2002, S. 98)

2.2.2. Relevanz der Barrieren für den psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich

In der Psychotherapie wird davon gesprochen, dass die Sprache das „wesentliche Werkzeug“ ist (Morina, Maier & Schmid Mast, 2010, S. 104). Bertha Pappenheim alias Anna O. – eine Patientin der ersten Psychoanalytiker Josef Breuer und Sigmund Freud prägte den Begriff der „talking cure“ (Redekur) (Breuer & Freud, 2007 [1991], S. 50): hierin steckt die Bedeutsamkeit der Sprache für die Psychoanalyse im Besonderen und die Psychotherapie im Allgemeinen. Der Psychoanalytiker Krapf greift bereits in seinem Artikel aus den 50-ern Otto Fenichels Gedanken auf, der sagte: „talking is the very instrument of psychoanalysis“ (Fenichel, 1945, zitiert nach Krapf, 1955, S.343).¹⁶

¹⁶ Es gibt aus den 50-er Jahren einige Beiträge in psychoanalytischen Zeitschriften zur Bedeutung der Sprache, Muttersprache und der Arbeit in einer Fremdsprache in psychoanalytischen Settings (Krapf, 1955; Greenson, 1950; Buxbaum, 1949). Dies ist sicher auf die Vielzahl der während und nach dem Holocaust aus Deutschland und Europa

Ohne eine hinreichend gute sprachliche Verständigung ist eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung nicht zu gewährleisten. Ist diese also bei Nicht-Muttersprachlern nicht gegeben, bedarf es der Bereitstellung von muttersprachlichen Therapeuten oder Dolmetschern. Die für die kumulative Arbeit ausgewerteten Studien zeigen, dass dies die meisten europäischen Partnerländer vor ähnliche Herausforderungen stellt. Jedoch weisen die Ergebnisse auch auf Unterschiede hin. So lassen sie vermuten, dass in Ländern, in denen Immigranten vor allem aus ehemaligen (nationalen) Kolonien stammen, die sprachlichen Barrieren nicht im Vordergrund stehen. Jedoch wäre für die konzeptionelle Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern dann zu prüfen, ob für diese Immigranten die *Kolonialsprache* die Muttersprache ist, oder ob es sich lediglich um eine erlernte Amtssprache des Herkunftslandes handelt. In diesem Fall wäre zu überlegen, ob die Möglichkeit bestünde für die psychosoziale bzw. psychotherapeutische Arbeit ein Angebot in der tatsächlichen Muttersprache anzubieten. Bauer und Allegria formulieren für den US-amerikanischen Kontext einen Mangel an bilingualen Behandlern. Vor diesem Hintergrund plädieren sie für einen zunehmenden Einsatz von Dolmetschern, trotz der mit dem Dolmetschereinsatz verbundenen Herausforderungen in der Behandlung (Bauer & Alegria, 2010). Auch in Deutschland besteht ein Mangel an bilingualen Behandlern. Dies ist auch auf die Schwierigkeit der Anerkennung von ausländischen Ausbildungsabschlüssen zurückzuführen, wie in einem Bericht der Bundespsychotherapeutenkammer nachzulesen ist (Bundespsychotherapeutenkammer, 2010). Die Problematik der nicht existierenden Finanzierungsmöglichkeiten für den Einsatz von Dolmetschern in Psychotherapien wird dort ebenfalls als eine wesentliche Barriere thematisiert. Zugleich wird in dem Bericht davon gesprochen, dass Dolmetscher eine „Einschränkung der Intimität in der Kommunikation“ zwischen Patient und Psychotherapeut bedeuten, jedoch ihr Einsatz oft alternativlos ist (ebd., S. 12). Auch van Keuk (Leiterin eines Psychosozialen Zentrums in Deutschland) merkt in einem Interview mit Schuster an, dass es seitens der Therapeuten Berührungängste mit Dolmetschern gibt (Schuster, 2010). Ob und in welchem Maße die Arbeit mit Dolmetschern, bzw. der Sprach- und Kulturmittlereinsatz nur einen Kompromiss darstellt, sollen vor allem die Publikationen 6-8 dieser Arbeit zeigen.

2.3. Zusammenhang von Sprache und Kultur

Wie bereits oben angedeutet, wird es in Zeiten von Globalisierung und Wanderung immer häufiger der Fall sein, dass Behandler und Patienten nicht dieselbe Sprache sprechen (Bolton, 2002).

Die sinnvolle Konsequenz wäre, muttersprachliche Behandler einzustellen. Dem steht – neben dem generellen Mangel an muttersprachlichen Behandlern entgegen, dass es z.B. in einer Großstadt wie Berlin in der potentielle Patienten aus gut 80-100 Herkunftsländern mit den

emigrierten Psychoanalytiker zurückzuführen, die im Exil und damit außerhalb der Regionen ihrer Muttersprache begannen zu praktizieren.

entsprechenden Sprachen kommen, nicht für jede Muttersprache in jeder Institution eine/n entsprechenden Behandler gibt. Hinzu kommt, dass bislang die Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen für Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie vor allem aus außereuropäischen Ländern sehr problematisch und langwierig verlief oder gar nicht möglich war (Bundespsychotherapeutenkammer, 2010).

Wie bereits angesprochen, gibt es bereits seit den 50-er Jahren psychoanalytische Beiträge zur Bedeutung der Sprache, Mutter-, Vatersprache und Zweitsprache und deren Zusammenhang mit der jeweils persönlichen Geschichte (auch als Behandler). Um deren Relevanz für das individuelle kulturelle Eingebundensein besser zu verstehen, sind psychoanalytische Theorien m. E. besonders aufschlussreich (Buxbaum, 1949; Greenson, 1950; Grinberg & Grinberg, 1990; Kohte-Meyer, 2006; Krapf, 1955; Pitta, Marcos & Alpert, 1978). Greenson schreibt: „The use of words for purposes of communication signals the end of infancy and the beginning of childhood.“ (Greenson, 1950, S. 18) In einem neueren psychoanalytischen Beitrag formuliert Bedorf unter Bezug auf Lacan, dass der sprachliche Code bereits in den frühen Beziehungen als ein Drittes wirkt: „Es gibt immer einen Dritten, den großen Anderen“ (Lacan 1998, zitiert nach Bedorf, 2004, S. 1002).

Zur Ich-Identität einer Person gehören die Sprache, die Muttersprache und ihre intrapsychische Bedeutung „als Organisatorin der Psyche“ (Kohte-Meyer, 2006). Auf der interindividuellen, gesellschaftlichen Gruppenebene ist sie „Trägerin und Vermittlerin von Riten, Bräuchen“ (ebd.) und schafft damit das Gefühl von Zugehörigkeit. Sprache ist eines der Unterscheidungsmerkmale, das neben anderen Differenzen in der Summe als differente Kultur (bzw. kultureller Prozess) fassbar wird. Sprache repräsentiert zuallererst die Symbolisierungsfähigkeit der jeweiligen soziokulturellen Wirklichkeit.

Es stellt sich in therapeutischen Settings mit bilingualen Personen die Frage, welche Sprache warum für therapeutische Gespräche von den Patienten gewählt wird, bzw. wann was in Mutter- bzw. Zweitsprache besprochen wird, wann zwischen beiden Sprachen gewechselt wird und was damit emotional zugänglich ist (Gerlach, 2000; Javier, 1989; Pitta, Marcos & Alpert, 1978). Del Castillo formuliert 1970, dass ein Zusammenhang besteht zwischen der Sprache in der wir sprechen und der Art und Weise wie wir auf Probleme reagieren (Del Castillo, 1970).

Wenn Behandler und Patient nicht dieselbe Sprache sprechen, besteht zwischen ihnen meist auch eine „kulturelle Distanz“, wie es Bolton schreibt. Die Sprache sei dabei in einem Behandlungsgespräch nur die offensichtlichste, während durchaus weitere bestehen (Bolton, 2002, S.98) Sprache und Kultur sind zwei Parameter anhand derer Anders- und Fremdsein in der Begegnung zwischen Menschen unterschiedlicher Herkunft fassbar wird.

2.3.1. Diagnostische Unsicherheiten

Haasen et al stellten in ihrer Untersuchung die Frage, ob die berichteten erhöhten Schizophrenieraten bei Migranten auch auf Fehldiagnosen zurückzuführen seien. Sie konnten

zeigen, dass Diagnostik, die einmal von einem deutschsprachigen und einmal von einem türkisch- sprachigen bilingualen Assistenzarzt durchgeführt wurde (zusätzlich zu der des Behandlers), sich bei 19% aller türkischen Patienten unterschieden, während derartige Differenzen bei deutschen Patienten nur bei 4% lagen. Wenn die Patienten schlechte Deutschkenntnisse hatten, war die Übereinstimmung zwischen den Einschätzern geringer (Haasen, Yagdiran, Mass & Krausz, 2000). Die Autoren konstatieren, dass die Unterschiede dann wohl eher auf kulturelle Differenzen zurückzuführen sind (ebd.). Das muss natürlich nicht der Fall sein. Es könnte z.B. auch Diskriminierung ursächlich sein. Unabhängig davon wird hiermit aber die Frage aufgeworfen: Sind sprachliche und kulturelle Verständigungsschwierigkeiten von einander zu trennen?

Dass die Durchführung von Diagnostik in einer anderen Sprache als der Muttersprache zu diagnostischen Beeinträchtigungen führte, zeigt bereits ein älterer Beitrag von Marcos et al (Marcos, Urcuyo, Kesselmann & Alpert, 1973; Marcos, 1979). Hier wurden diagnostische Gespräche in der Muttersprache Spanisch und in der Sprache des Aufnahmelandes, in diesem Falle Englisch durchgeführt. Interessant war, dass die Patienten höhere pathologische Werte zeigten, wenn sie in der Zweitsprache interviewt wurden. Die Autoren argumentieren, dass dies möglicherweise darauf zurückzuführen sei, dass dafür die Belastung verantwortlich sei, die es bedeute, in einer Zweit-/Fremdsprache die an sich chaotischen subjektiven Erfahrungen zu sortieren. Unter solchen Umständen seien Beeinträchtigungen in Sprachfluss, Organisation der Gedanken und Integration selbiger zu beobachten, die in der Muttersprache nicht zu finden waren. Die Autoren erachteten es als wünschenswert hinreichend bilinguale Behandler zu haben, damit die Patienten in ihrer Muttersprache diagnostiziert und behandelt werden könnten. Sollte dies nicht möglich sein, sei es jedoch wichtig, dass Behandler sich dieser Sprachbarrieren, ebenso wie der jeweiligen kulturspezifischen Haltungen und Ausdrucksweisen bewusst seien. Sollte es nicht möglich sein eine muttersprachliche Behandlung zur Verfügung zu stellen, sei es geboten, dass der Behandler sich versichere, dass der Patient versteht, wovon die Rede ist und umgekehrt (ebd.) Ergänzend hierzu zeigen Befunde von Del Castillo, dass psychotische Symptome in der Muttersprache deutlicher werden (Del Castillo, 1970). Seine Vermutung ist, dass dafür eine „unbewußte Wachsamkeit“ (ebd., S. 242) in der Zweit- oder Fremdsprache verantwortlich sei, womit die psychotischen Symptome *kontrolliert* würden (ebd.). Wann ist es also sinnvoll eine Behandlung in Muttersprache, Zweitsprache oder Fremdsprache durchzuführen? Hierzu werden die Ergebnisse in Publikation 6-8 Antworten geben.

2.4. Dolmetscher als Sprach- und Kulturmittler in psychiatrischen und Psychotherapeutischen Settings

2.4.1. Der Einfluss von Dolmetschern auf die Patient-Behandler Beziehung

Es gibt nur vereinzelte internationale Studien zum Einfluss von professionellen Dolmetschern auf die konkrete Patient-Behandler-Interaktion. "There is a lack of research addressing how

professional interpreters influence patient- provider interaction with one study reporting improved patient- provider communication.” (Bauer & Alegría, 2010, S. 769) Bolton veröffentlichte zumindest Ergebnisse einer teilnehmenden Beobachtung und formulierte drei wesentliche Aufgaben für professionelle Dolmetscher: das Herstellen von Vertrauen, das Problem des Patienten zu verstehen und zum Lösen des Problems beizutragen (Bolton, 2002). Auch in Deutschland gibt es keine Studien zur Patient-Behandler-Interaktion, trotz durchaus existierender Praxiskonzepte (Salman, 2001; Wesselmann, Lindemeyer & Lorenz, 2004) (siehe auch Unterkapitel 2.4.3). Die vorgelegte Arbeit kann zum Schließen dieser Lücke beitragen.

2.4.2. Herausforderungen in der Arbeit mit Dolmetschern

Für den englischsprachigen Raum schreibt Marcos bereits in einem Artikel von 1979 über die Störfaktoren in Dolmetscher begleiteten Behandlungsgesprächen (Marcos, 1979) und gleichzeitig von der Notwendigkeit von Dolmetschern für die Gesundheitsversorgung. Er macht erste Vorschläge, wie ein Setting mit Dolmetschern qualitativ gut und gewinnbringend gestaltet werden kann. Drei Hauptstörfaktoren werden von ihm genannt, die die Einschätzungen der Symptomatik des Patienten beeinträchtigen können:

- nicht hinreichende sprachliche Fähigkeiten,
- fehlende Erfahrung in psychiatrischen Kontexten,
- die Haltung des Dolmetschers bezogen auf Patienten oder Behandler (ebd.)

Als Ziel wird von ihm das Vorhandensein hinreichend kompetenter und im psychiatrischen Bereich erfahrener Dolmetscher, formuliert. Er gibt folgende Empfehlungen:

- Kliniker und Dolmetscher sollten sich vor dem Behandlungsgespräch treffen (Vorgespräch),
- der Kliniker sollte sich ein Bild über die Sprachfertigkeiten des Dolmetschers in beiden Sprachen machen¹⁷,
- die Schweigepflicht sollte besprochen werden,
- mit dem Dolmetscher sollte der Unterschied besprochen werden, zwischen dem was und wie der Patient etwas sagt,
- Durchführung eines abschließenden Nachgesprächs (ebd).

Vasquez und Javier betiteln ihren Beitrag explizit „The problem with interpreters“. (Vasquez & Javier, 1991) Sie beschreiben allgemeine Fehler ungeübter/nicht ausgebildeter (untrained) Dolmetscher: Auslassungen, Hinzufügen, Verdichten, Ersetzen und Rollentausch. Diese Fehler könnten bei allen Dolmetschern auftreten, seien aber häufiger bei nicht ausgebildeten Dolmetschern zu beobachten. Anhand des Themas Suizidalität, zeigen sie, wie die Ernsthaftigkeit der Situation aufgrund solcher Fehler über- oder unterschätzt wurde. Sie raten daher dazu, dass Behandler ihre diagnostischen Einschätzungen nicht auf Gesprächen mit

¹⁷ Hierzu ist zu sagen, dass das jedoch nur eingeschränkt möglich ist, denn die Sprache für die der/die Dolmetscher/in engagiert ist, spricht der Behandler nicht.

nicht ausgebildeten Dolmetschern basieren lassen sollten. Abschließend wird formuliert, dass Anforderungen an einen *guten Dolmetscher* neben dem sprachlichen Transfer auch seine Funktion beinhaltet, eine Bindung, Brücke zwischen Behandler und Patient herzustellen, die die Unterschiede der beiden Welten hinsichtlich Geschichte, Geographie, Glaubenssystemen, Kultur, Sprache etc. berücksichtigt. (ebd.)

Die Literaturrecherche machte deutlich, dass es bislang keine systematische Forschung zu konkreten Beispielen von *Übersetzungsfehlern* gibt, sodass Übersetzungsfehler und Missverständnisse zu einem großen Teil unerkannt oder in ihrem eigentlichen Gehalt und ihrer Bedeutung für das psychiatrische, psychotherapeutische Gespräch unklar bleiben. In der hier vorgestellten qualitativen Studie (siehe Publikation 7: *„Der Dritte im Raum“ - Chancen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturmittlern in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting*, und Publikation 8: *Sprach- und Kulturmittler in der Psychotherapie*) werden diese *Fehler* und Einflüsse anhand von Rückübersetzungen der Tonbandaufzeichnungen und teilnehmender Beobachtung beispielhaft untersucht und sichtbar gemacht.

Auch jüngere Überblicksartikel (Bolton, 2002) verweisen auf vielfältige Probleme, die sich mit den Herausforderungen, die in einem solchen Setting entstehen beschäftigen (ebd.). Bolton schreibt zugleich, dass die Arbeit mit Dolmetschern ein Kompromiss sei, gleichzeitig wolle er Kliniker aber unbedingt dazu ermuntern (ebd.). Denn: Obwohl dolmetscherbegleitete Gespräche fehleranfällig sind, wird in den meisten Studien die Bedeutsamkeit der Dolmetscher deutlich, die darin besteht, dass sie oft die Basis für ein interkulturelles Gespräch sind und dazu beitragen, dass Patienten sich öffnen (Bauer & Alegría, 2010). Bolton verweist aber zugleich darauf, dass es nicht nur darum gehen könne, sich dem Gewinn zu widmen, der aus der Arbeit in der Muttersprache entstehen kann, sondern es auch darum gehen müsse, die Komplexität des durch die Anwesenheit des Dolmetschers entstehenden Settings und die damit verbundenen Herausforderungen zu beleuchten (Bolton, 2002). Dieses Thema wird ausführlich in Publikation 7 und 8 dieser kumulativen Dissertation bearbeitet.

In allen bis hierher genannten Arbeiten sind wichtige Aspekte für die hier vorgelegte Arbeit angesprochen. Jedoch handelt es sich bei den bislang angeführten Studien um die Beschreibung der Schwierigkeiten und Herausforderungen für den psychiatrischen Bereich.

Es gibt mittlerweile einige Beiträge auch für den deutschsprachigen Raum, die sich mit der Thematik der Dolmetscher sowohl im medizinischen Bereich (Meyer, 2004) aber auch im psychosozialen und psychotherapeutischen Feld beschäftigen (Abdallah-Steinkopf, 1999; Salman, 2001; Morina, Maier & Schmidt Mast, 2010).

Aus dem psychosozialen und psychotherapeutischen Bereich liegt der Schwerpunkt dabei häufig auf der Arbeit mit Flüchtlingen und Asylsuchenden (Haenel, 2001; Dhawan, Entrena & Eriksson-Söder, 1995). Der Fokus auf diese Gruppe in den genannten Publikationen steht damit im Zusammenhang, dass diese Gruppe besonders von psychischen Belastungen betroffen ist

und daher häufiger psychosoziale Einrichtungen in Anspruch nimmt. Diese psychosozialen Einrichtungen andererseits die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit dem Thema gesehen und darauf reagiert haben. Für diese Gruppe sind beim Einsatz von Dolmetschern noch einmal andere Aspekte in den Fokus zu rücken, wie das Vertrauen, die Herkunft der Person und des Dolmetschers etc.

Zusammenfassend lässt sich jedoch sagen, dass es bislang an Empirie für den Dolmetschereinsatz im psychosozialen und psychotherapeutischen Bereich mangelt. Morina u.a. (Morina, Maier & Schmidt Mast, 2010), deren Beitrag interessanterweise erst nach der Veröffentlichung der hier vorgelegten Publikationen 6 und 7 publiziert wurde, kommen zu ähnlichen Schlüssen, wie sie hier im Ergebnisteil vorgestellt werden. Jedoch ist auch dieser Beitrag nicht empiriebasiert.

2.4.3. Ansätze und Konzepte zum Umgang mit den genannten Schwierigkeiten

Wie kann die Arbeit mit Dolmetschern qualitativ gut konzipiert werden? Zwei systematische Literaturanalysen zur Frage, ob professionelle Dolmetscher in den USA bei Menschen mit eingeschränkten englischen Sprachkenntnissen zur Verbesserung der klinischen Versorgung beitragen, kommen zu dem Ergebnis, dass die erfassten Studien den positiven Einfluss von *professionellen* Dolmetschern bezüglich der Kommunikation, der Nutzung der Angebote, der klinischen Ergebnisse und der Zufriedenheit mit der Versorgung belegen (Flores, 2005; Karliner, Jacobs, Hm Chen & Mutha, 2007). Zudem wurde die Versorgung für Menschen mit eingeschränkten Englischkenntnissen durch professionelle Dolmetscher identisch oder nahezu identisch der von Muttersprachlern eingeschätzt (Karliner, Jacobs, Hm Chen & Mutha, 2007). Es wird darauf hingewiesen, dass ein inadäquater Dolmetscherdienst, hier *ad hoc interpreters* (gemeint sind Freunde und Familie), also Laiendolmetscher im weitesten Sinne) ernste Konsequenzen für die Behandlung haben kann, speziell im psychosozialen Bereich (Flores, 2005; Vasquez & Javier, 1991). Studien dieser Art sind für den europäischen und speziell für den deutschen Sprachraum nicht bekannt, es ist aber davon auszugehen, dass Ergebnisse ähnlich ausfallen würden.

In Nordamerika gibt es eine Vielzahl von Untersuchungen zu klinischer - nicht aber notwendigerweise psychiatrischer/psychotherapeutischer- Arbeit mit Dolmetschern. In einer Studie von Ngo-Metzger u.a. (Ngo-Metzger, Massagli, Clarridge, Manocchia, Roger, Iezzoni & Phillips, 2003) wurde der Einsatz von professionellen Dolmetschern als ein Schritt zur qualitativ besseren Versorgung hier am Beispiel für chinesische und vietnamesische Nordamerikaner genannt (ebd.). In diesem Zusammenhang wurde von den Inanspruchnehmenden (Patienten) aber auch die Notwendigkeit der Anerkennung von Unterschieden hinsichtlich traditioneller Gesundheitsvorstellungen und -praktiken genannt (ebd.). Wie die klinische Arbeit im Detail von statten geht, wird nicht ausgeführt.

Morina und Kollegen formulieren im besagten Aufsatz zur Psychotherapie mit Dolmetschern vier wichtige Punkte, die ihres Erachtens für die Arbeit mit Dolmetschern für den psychotherapeutischen Kontext wesentlich sind (Morina, Maier & Schmidt Mast, 2010). Es bedarf für diese Settings professionell geschulter Dolmetscher. Wie eine solche Schulung konkret aussehen sollte, bleibt mit Verweis auf verschiedene Institutionen die Schulungen anbieten (wie das Ethnomedizinische Zentrum Hannover und das Bayrische Zentrum für Transkulturelle Medizin in München) offen. Das Setting sollte als Triade verstanden werden (wie später in Publikation 6-8 ausführlich ausgeführt wird), in der trotz vieler Herausforderungen die Chance für Patienten liegt, sich in ihrer Muttersprache zu verständigen. Es sei für alle am Setting beteiligten Personen wichtig, dass klare Rollenverhältnisse vereinbart sind (ebd.).

Die Autoren gehen in ihren Ausführungen weder auf den Einbezug von kulturellen Aspekten in die Übersetzungstätigkeit, noch auf die Frage, wie eine Triade in der konkreten therapeutischen Beziehungsarbeit (in der Interaktion zwischen den drei am Setting Beteiligten) berücksichtigt und dementsprechend therapeutisch gefasst werden kann, ein (ebd.). Es bleibt jedoch offen, auf welchen Daten diese Schlussfolgerungen basieren.

In einem Beitrag über das Psychosoziale Zentrum Düsseldorf wird die dort tätige Psychotherapeutin van Kerk zitiert, die formuliert, dass eine solche Triade für die Patienten Vorteile gegenüber einer dyadischen Beziehung haben kann (Schuster, 2010).

In der Erhebung von Wolf und Özkan aus dem Jahre 2012 (Wolf & Özkan, 2012) wird (anhand von Aussagen von in der Dolmetscherzusammenarbeit erfahrenen Klinikern) auf die Notwendigkeit aufmerksam gemacht, dass Dolmetscher in der Lage sein sollten, kulturgebundene Ausdrücke einordnen und erklären zu können. Ebenso sollten sie ein Verständnis der psychiatrischen und psychotherapeutischen Arbeit haben und Therapiesituationen aushalten können. Sie konstatieren weiter, dass erstens ein Bedarf für Behandelnde besteht, sie für die Arbeit mit Dolmetschenden zu schulen und zweitens sei dies insbesondere für die Arbeit in psychotherapeutischen Settings der Fall. Drittens bedarf es ihrer Meinung nach weiterer Anstrengungen strukturelle Hürden (z.B. die nicht flächendeckende Kostenübernahme für den Dolmetschereinsatz) zu überwinden. Viertens weisen sie darauf hin, dass eine bundesweite Erhebung weitere wichtige Erkenntnisse bringen könnte. Wie die Autoren den Zusammenhang zwischen Kultur und Sprache konzeptualisieren bleibt undeutlich.

In fast allen zuletzt genannten Studien wird jedoch immer von Dolmetschern, nicht aber von Sprach- und Kulturmittlern gesprochen.

In Deutschland hat vor allem die EU Initiative EQUAL (Projekt des Europäischen Sozialfonds zum Abbau von Ungleichheit am Arbeitsmarkt) einige Projekte ins Leben gerufen, die speziell für den Sozial- und Gesundheitsbereich Dolmetscher, bzw. Sprach- und Integrationsmittler ausgebildet haben. Hierzu gehörte zum Beispiel der Gemeindedolmetschendienst Berlin (<http://www.gemeindedolmetschendienst-berlin.de/>). Unabhängig haben hierbei Projektträger in Berlin, Darmstadt und Wuppertal/Aachen Migranten und Flüchtlinge zu professionellen Sprach-

und *Integrationsmittlern* qualifiziert. Das Angebot der Träger ist eine fundierte Weiterqualifizierung (zwischen 12-18 Monaten) mit Theorie- und Praxisphasen. Nach Ende der EQUAL Förderphasen hat sich die Bundesarbeitsgruppe Berufsbildentwicklung Sprach- und Integrationsmittler/-in (BAG) gegründet, die das Konzept bundesweit mit weiteren Trägern versucht zu etablieren. Genauere Informationen hierzu finden sich unter SprIntTransfer (ausgeschrieben: Sprach- und Integrationsmittler Transfer, <http://www.sprint-transfer.de/cms/>). Ziel des Arbeitsprozesses ist die Vereinheitlichung der Qualifizierung und die Etablierung des Berufsbildes der Sprach- und Integrationsmittler für den Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich. Studien über die konkrete Arbeit dieser Sprach- und Integrationsmittler liegen bislang noch nicht vor. Eine gute Zusammenfassung zu Hintergründen, Zielen und Entwicklungen von SprIntTransfer bietet der Artikel von Miguel Tamayo (Tamayo, 2010).

SprIntTransfer orientiert sich auch an den bereits weiter fortgeschrittenen Entwicklungen im Bereich der Qualifizierung in der Schweiz (siehe www.inter-pret.ch). Auf welchen Studien und Daten die Qualifizierungen beruhen ist auch hier nicht ersichtlich. Unabhängig davon leisten die Institutionen wichtige Arbeit.

Wie gesagt, wird das Konzept der Sprach- und Kulturmittler in fast allen oben genannten Ansätzen nicht aufgegriffen. Benannt wird es beispielsweise von Salman (Salman, 2001). Was genau die Kultur- neben der Sprachmittlung beinhaltet, wird dabei nicht hinreichend deutlich. Der Caritas- Verband Osnabrück hat ein Dienstleistungsangebot der Sprach- und Kulturmittlung entwickelt (kurz: SpuK), welches Mittler für den Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich in der Region Osnabrück bereitstellt. Auf der Website wird geschrieben, dass der Mittler neben der Sprachmittlung auf kulturell geprägte Besonderheiten aufmerksam macht, wenn davon auszugehen ist, dass unterschiedliche Vorstellungen zu Missverständnissen führen können. Es sind auf der Website allerdings keine Studien oder Evaluationen zu finden, auf denen der Ansatz von SpuK basiert (<http://www.spuk.info/>).

Das Projekt TransKom der Diakonie Wuppertal (ebenfalls Teil der EQUAL-Initiative) war Partner in einer von der Europäischen Kommission geförderten vergleichenden Studie zu Sprach- und Kulturmittlung (TransKom) in verschiedenen Europäischen Ländern. Die zugrundeliegende Literatur und die Daten auf denen der Bericht basiert verweisen auf Arbeiten von Morales (Morales, 2005, 2006). Beim Lesen dieser wird aber deutlich, dass es keine genaue Abgrenzung zwischen Sprach- und Integrationsmittlern und Sprach- und Kulturmittlern gibt (Morales, 2005, 2006; TransKom). Es bleibt unklar was mit den Bezeichnungen jeweils gemeint ist.

Ziel der Projektarbeit von TransKom ist der Zusammenschluss mit den anderen aus der EQUAL-Initiative hervorgegangenen Ansätzen in einem einheitlich anerkannten Berufsbild der Sprach- und Integrationsmittler, auch hier werden die Begriffspaare ebenso wie in einem Eintrag zu Sprach- und Kulturmittlern bei Wikipedia¹⁸ synonym verwendet. Was unterscheidet also

¹⁸ Siehe: http://de.wikipedia.org/wiki/Sprach-_und_Kulturmittler

Sprach- und Integrationsmittler von Sprach- und Kulturmittlern?

Im Vordergrund der gesamten EQUAL-Initiative steht das wichtige Ziel der Integration vor allem von Flüchtlingen und Asylbewerbern mit ihren sprachlichen und soziokulturellen Ressourcen in den Arbeitsmarkt (TransKom). Vor diesem Hintergrund ist zu vermuten, dass der Terminus der Integration nicht nur auf den Tätigkeitsbereich, sondern auch auf die Funktion die diese Tätigkeit für die Ausführenden in der Gesellschaft hat, verweist.

Allen diesen Ansätzen ist gemeinsam, dass die Qualifikation neben sozialen Tätigkeitsfeldern auch den Gesundheitsbereich einschließt, da dieser beispielsweise in der Ausbildung von staatlich anerkannten Dolmetschern kein Schwerpunkt ist. Für den psychosozialen Bereich bedürfte es aber noch einer speziellen Qualifikation, die bislang nicht explizit vorgenommen wird. Eine solche wird aber auch von der Bundespsychotherapeutenkammer 2010 gefordert (Bundespsychotherapeutenkammer, 2010). Bislang gibt es keine institutionalisierte Qualifizierung für diesen Bereich, sondern sie findet per learning on the job in entsprechenden spezialisierten Einrichtungen wie dem oben genannten ZIPP oder dem Psychosozialen Zentrum (PSZ) in Düsseldorf, wie von van Kerk in besagtem beschrieben (Schuster, 2010).

Vor dem Hintergrund der angeführten Theorie und bekannten Ansätzen im Bereich des Einsatzes von Dolmetschern und Sprach- und Kulturmittlern unternimmt die vorliegende Arbeit mit den eingereichten Publikationen den Versuch die angesprochenen Themen triangulär miteinander zu verknüpfen. Die Ziele der Arbeit sind, anhand empirischer Zahlen die Ist-Situation der Versorgung mit Dolmetschern anhand einer europäischen Studie für Deutschland im Vergleich mit anderen europäischen Ländern darzustellen (Publikation 1). Publikation 2 zeigt, wie Experten aus verschiedenen europäischen Ländern die Notwendigkeit des Einsatzes von Dolmetschern und die Notwendigkeit der muttersprachlichen Verständigung für die Arbeit mit Migranten einschätzen. Publikation 3 und 4 verdeutlichen, wie Befragte aus Praxis, Forschung und Verwaltung die Barrieren zur Versorgung für Migranten einschätzen und welche Rolle dabei Sprache und Kultur spielen. Publikation 5 wird auf die Herausforderungen an Kommunikation in interkulturellen Settings eingehen. Davon ausgehend wird in den Publikationen 6-8 eine Konzeption zur Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern im psychotherapeutischen Setting vorgestellt und auf die damit verbundenen Chancen und Schwierigkeiten anhand der Verknüpfung von Theorie und der Anwendung in der Praxis eingegangen. Die meisten der ausgeführten Aspekte sind für den psychiatrischen Bereich ebenso relevant. Publikation 8 beinhaltet darüber hinaus einen Leitfaden der eine Grundlage für Fortbildungen sein kann, ebenso werden zahlreiche Beispiele zu Übersetzungsfehlern und anderen Herausforderungen angeführt, die für einen Praxisteil einer Fortbildung wesentlich sind.

3. Methodologie und Methoden

In die hier vorgelegte kumulative Dissertation sind Ergebnisse eingeflossen, die sowohl auf quantitativen als auch qualitativen Daten basieren.

Die Kombination aus den in den acht vorgelegten Publikationen angewandten methodischen Ansätze macht es möglich, die unterschiedlichen Fragestellungen zur Arbeit mit Dolmetschern, bzw. Sprach- und Kulturmittlern im psychosozialen Bereich aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten. Die Daten reichen von quantitativen und qualitativen Erhebungen in Versorgungssystemen, über einen Delphi-Prozess mit europäischen Experten zu *Bester Praxis* in der Gesundheitsversorgung von Migranten, hin zu qualitativen Interviews, Feldforschungsdaten, Rückübersetzungen von Tonbandaufzeichnungen von Behandlungssitzungen in einer Einrichtung, die mit Sprach- und Kulturmittlern arbeitet.

Zu Beginn der jeweiligen Ergebnisdarstellungen der einzelnen Publikationen werden die angewandten Methoden in Kurzform angeführt, um einen Überblick zu gewährleisten. Die detaillierten Ausführungen zu den Methoden sind den Originalpublikationen zu entnehmen. Lediglich die methodischen Grundlagen für Publikation 6-8 werden in diesem Abschnitt etwas ausführlicher dargestellt, da sie in den Publikationen selbst sehr kurz gefasst sind.

Publikation 1 basiert auf quantitativen Daten, die im Rahmen der EUGATE-Studie (siehe die Vorstellung der Studien in Kapitel 1. Einleitung und Fragestellungen) erhoben wurden. Die Daten wurden in 240 Versorgungseinrichtungen (allgemeinmedizinische Versorgung, Rettungsstellen bzw. Einrichtungen der Notfallversorgung, psychosoziale Einrichtungen) in 16 Ländern mit einem semi-strukturierten Leitfaden erhoben. Die in diesem Rahmen erhobenen quantitativen Daten sind mit SPSS ausgewertet worden. Die u.a. in Publikation 3 und 4 zu findenden qualitativen Daten derselben Studie sind hingegen inhaltsanalytisch nach Mayring (Mayring, 2010; Silverman, 2004) analysiert worden. Während die in Publikation 1 präsentierten quantitativen Daten die zahlenmäßige Verteilung von Dolmetscherangeboten im europäischen Vergleich zeigen, werden in Publikation 3 und 4 die Perspektiven der Experten, bzw. Befragten in der Praxis anhand qualitativer Daten verdeutlicht. Interessant und aufwändig war dabei vor allem der Prozess, jeweils einen Kodierrahmen (im Sinne Mayrings) zu erstellen, der alle Codes der 16 beteiligten Partnerländer abbildete. In Publikation 2, die im Rahmen desselben Projektes entstanden ist, kommt eine ganz andere Methode zum Einsatz, der Delphi- Prozess (Häder, 2009). Dieses mittlerweile auch in wissenschaftlichen Kontexten sehr häufig eingesetzte Verfahren hat zum Ziel, eine Prognose bzw. einen Konsens hinsichtlich eines bestimmten Themas bei den Befragten zu erzielen (ebd.). In unserem Fall wurden ausgewählte europäische Experten zur ihrer Meinung, was *Beste Praxis* in der Gesundheitsversorgung von Migranten sei befragt.¹⁹

In Publikation 5 fließen Daten aus der EUGATE-Studie und der SeGeMi-Studie (siehe ebenfalls die Vorstellung der Studien) ein.

Den Publikationen 6-8 liegt eine qualitative Studie zugrunde, in der Feldforschung (Malinowski, 1922; Breuer, 1996) und teilnehmende Beobachtung, qualitative problemzentrierte Interviews

¹⁹ Im weiteren Verlauf wird von *Guter Praxis/ Good Practice* gesprochen. In Publikation 2 werden die Begriffe hingegen synonym verwendet. Zu *Good Practice* im Bereich der Transkulturellen Psychiatrie verweise ich an dieser Stelle auf den folgenden Beitrag von Kluge und Penka Kluge und Penka (2011).

mit Patienten, Behandlern und Dolmetschern (Witzel, 2000) und Gruppendiskussionen (Flick, 1995) zur Konzeption der Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern²⁰ durchgeführt wurden. Die Teilnehmende Beobachtung wurde ergänzt durch ein ausführliches Forschungstagebuch (Breuer, 1996), das einen intensiven Prozess der Selbstreflektion ermöglichte. Für die Auswertung dieser Daten wurde mit einer Globalauswertung begonnen. Daran schloss sich ein Prozess des Theoretischen Kodierens an (im Sinne der Grounded Theory) (Glaser & Strauss, 2009), der am Zirkulären Dekonstruieren (Jaeggi, Faas & Mruck, 1998) orientiert wurde. Parallel wurden an translationswissenschaftlichen Konzepten orientierte Rückübersetzungen durchgeführt (Pöchhacker, 2000; Wadensjö, 1998). Eine ethnopsychoanalytisch-tiefenhermeneutische Deutungsgruppe (Volmerg, 1988; Lorenzer, 1970; Löchel, 1997) bildete den Abschluss der Datenauswertung.

Die Zusammenfassung der verschiedenen Publikationen ist als Triangulation zu verstehen. Denzin unterscheidet zwischen Daten-, Untersucher-, Theorien-, und methodologischer Triangulation (Flick, 1995). Unter Datentriangulation versteht er die Einbeziehung verschiedener Datenquellen. Ein triangulärer Zugang bietet die Möglichkeit sich unterschiedlichen Beziehungs-, Sprach-, und Praxisebenen des Forschungsgegenstandes mit verschiedenen Erhebungs- und Analyseinstrumentarien, Interpretations- und Deutungsweisen zu nähern. Ein solches Verfahren eignet sich, um unterschiedliche Dimensionen eines Gegenstandes zu berücksichtigen, wie es für diese Arbeit der Fall ist.

Für die hier vorliegende Arbeit heißt das, dass die subjektiven Meinungen von Experten, die an unterschiedlichen Orten beheimatet sind einfacher in einem web-basierten Delphi-Prozess erheben lassen, sich die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Dolmetscherdiensten pro Einrichtung am besten mit einem strukturierten Fragebogen erfassen lässt, als dies mit einer Gruppendiskussion machbar wäre, während eine Gruppendiskussion mit erfahrenen Klinikern für das Erfassen von Beziehungsdynamiken in einem tonbandaufgezeichneten Behandlungsprotokoll wiederum angemessener ist, während Interaktionen zwischen und Alltagspraxen von Akteuren im Rahmen einer Feldforschung besser zu beobachten sind.

Auch Untersuchertriangulationen sind für bestimmte Fragestellungen unumgänglich, um subjektiv bestehende "blinde Flecke" zu beleuchten. Hierzu eignet sich beispielsweise die Auswertung von Datenmaterial in hypothesengenerierenden Deutungsgruppen von Expertinnen, die mithilfe tiefenhermeneutischer Textinterpretationen oder ethnopsychoanalytischen Ansätzen unterschiedliche Hypothesen zu einem Gegenstand entwickeln, wie dies für die Studie am ZIPP (Publikation 6-8) der Fall war.

Das hier vor allem für Publikation 6-8 zugrundeliegende Verständnis von qualitativer Forschung soll noch kurz ausgeführt werden. Breuer charakterisiert qualitative Sozialforschung als einen phänomenologisch, verstehend-interpretativen, interaktionistischen Zugang. Dabei ist das Ziel

²⁰ In Zusammenarbeit mit dem Team des Zentrums für Interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Supervision (ZIPP)

eine „methodische Sensibilität und Flexibilität unter Bewahrung der ‚natürlichen‘ Situiertheit und Komplexität des Gegenstands“ (Breuer, 1996, S. 14)

Es wird in diesem Zusammenhang von Gegenstandsangemessenheit bezüglich der Auswahl der Erhebungs- und Auswertungsmethoden und forschungsstrategischer Nützlichkeit gesprochen. Das heißt, dass es als wesentlich erachtet wird, die Methodik in Interaktion mit den sich entwickelnden Fragen und sich im Feld ergebenden Hypothesen abzugleichen, um eine fortwährende Neuadaption und Weiterentwicklung des Gegenstands angemessen zu ermöglichen. Dafür sei es wichtig, die subjektiven Vorstellungen, Konzepte, Bedeutungsstrukturen, Vokabularien und Darstellungsmuster der Untersuchungssubjekte ernst zu nehmen (ebd.), wie dies im Falle der Erhebung, Auswertung und Darstellung der Daten für Publikation 6-8 der Fall war.

4. Empirie

Der folgende Abschnitt soll einen Überblick, über die Empirie der drei Studien geben, deren Daten in die acht Publikationen eingeflossen sind.

Studie 1- EUGATE: 240 semi-strukturierte Interviews (quantitative und qualitative Daten) zur Versorgungssituation von Migranten in Einrichtungen der allgemeinmedizinischen Versorgung, Rettungsstellen, Einrichtungen der Notfallversorgung und psychosozialen Einrichtungen. Neben den quantitativen Daten zu Inanspruchnahme, Mitarbeitern, Evaluation, Spezialangeboten (z.B. der Einsatz von Dolmetschern) etc., umfasste der Fragebogen Fallvignetten und Fragen zu Stärken und Schwächen der Institution bzgl. der Versorgung von Migranten. Die Interviews wurden in 16 EU- Mitgliedsstaaten (Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Italien, Litauen, Die Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Spanien, Schweden, Ungarn, UK) erhoben. Von den 240 befragten Einrichtungen wurden pro Partnerland jeweils 9 Einrichtungen der Allgemeinmedizinischen Versorgung, 3 Rettungsstellen/ bzw. Einrichtungen der Notfallversorgung, 3 Psychosoziale Einrichtungen. Zudem wurden in einem dreistufigen Delphi- Prozess 134 externe Experten der 16 teilnehmenden Länder zu Best Practice in der Gesundheitsversorgung von Migranten befragt.

Studie 2- SeGeMi: Bis zur Einreichung der Publikation 5 wurden 51 psychosoziale bzw. gemeindepsychiatrische Institutionen in einem Berliner Bezirk mit einem in der SeGeMi-Studiengruppe entwickelten Erhebungsinstrumentes *IKÖ_P1* zur Erfassung des Standes der Interkulturellen Öffnung befragt. Das Erhebungsinstrument erfasst die Aspekte, die als wesentlich für die Umsetzung der interkulturellen Öffnung gelten. Dazu gehören neben der Berücksichtigung von Migrantinnen im Team, der Inanspruchnahme von Migrantinnen etc. auch die sprachlichen Verständigungsmöglichkeiten.

Studie 3- ZIPP- Studie zu Sprach- und Kulturmittlern: Es wurden Teilnehmende Beobachtungen bei drei verschiedenen therapeutischen Gesprächen über jeweils sechs aufeinander folgende

Sitzungen durchgeführt: Bei einer Patientin aus einem arabisch-sprachigen²¹ Land mit einer Dolmetscherin ebenfalls aus einem arabisch-sprachigen Land, mit einer zweiten Patientin aus einem asiatischen Land, einer Dolmetscherin aus demselben asiatischen Land und einem Patienten aus einem arabisch-sprachigen Land und einem Dolmetscher aus demselben arabisch-sprachigen Land. Neben der Feldforschung wurden mit all diesen Personen (Dolmetschern und Patienten) und der behandelnden Psychiaterin problemzentrierte Interviews durchgeführt und Rückübersetzungen anhand des in der Sitzung aufgenommenen Materials vorgenommen. Zudem liegt ein ausführliches Forschungstagebuch vor.

5. Ergebnisse²²

Ein übergeordnetes Ergebnis dieser Arbeit ist es, dass auch nach mehreren internationalen/europäischen Projekten in diesem Feld, das Thema der notwendigen Definitionen der zugrundeliegenden Begrifflichkeiten bestehen bleibt. Das meint, dass die lokalen Besonderheiten, welche Gruppen benannt sind, wenn von Immigranten, Menschen mit Migrationshintergrund etc. gesprochen wird, zu Beginn einer jeden Forschungsarbeit in diesem Feld genau benannt und berücksichtigt werden müssen. Auch wenn von Dolmetschern gesprochen wird, ist dies der Fall. Ob es sich um Laiendolmetscher, professionelle Dolmetscher, Gemeindedolmetscher, staatlich vereidigte Dolmetscher, Sprach- und Integrationsmittler oder Sprach- und Kulturmittler handelt ist nicht unerheblich, da auch hierbei ganz unterschiedliche Qualifikationen, rahmenrechtliche und ökonomische Bedingungen bestimmend sind, die die Tätigkeit und Praxis maßgeblich mitbestimmen, damit relevant sind und daher mitgedacht werden müssen.²³

Zu den Ergebnissen der einzelnen hier vorgelegten Publikationen:

5.1. Publikation 1_Kluge et al_”Health services and the treatment of immigrants: Data on service use, interpreting services and immigrant staff members in Services across Europe.”

Anhand von Publikation 1 wird der Frage nach der aktuellen Situation hinsichtlich des Einsatzes von Dolmetschern in Deutschland und anderen europäischen Ländern nachgegangen. Untersucht wurden anhand von semi-strukturierten Fragebögen²⁴ drei Einrichtungstypen in 16 europäischen Partnerländern²⁵:

²¹ Aus Gründen der Anonymität werden die Herkunftsländer nicht genannt.

²² Für die Darstellung der Ergebnisse werden Textpassagen aus den Original- Papers genutzt z.T. mit minimalen Modifikationen. Es wird jedoch auf das durchgängige Zitieren der eigenen Beiträge und Publikationen verzichtet, da es sich hier um die Zusammenfassung selbiger handelt.

²³ Einen Überblick über die hier genannten Arten der Dolmetscher, die Vor- und Nachteile deren Einsatzes ist in der Zusammenfassung/ Diskussion zu finden

²⁴ Die qualitativen Daten, die anhand von Fallvignetten und offenen Fragen erhoben wurden, werden in Publikation 3 und 4 präsentiert.

²⁵ Diese sind: Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Italien, Litauen, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Spanien, Ungarn, UK.

1. Allgemeinmedizinische Einrichtungen [n=144],
2. Rettungsstellen [n=48],
3. Psychosoziale Einrichtungen [n=48]

In dem Forschungsdesign wurde bezüglich des Einsatzes von Dolmetschern unterschieden zwischen 1. *direkten* (face-to-face) Dolmetschern, 2. *Telefondolmetschern* und 3. *anderen* Dolmetschertypen, wie z.B. bilinguale Mitarbeiter, Mediatoren etc. In 42% aller in die Studie einbezogenen, untersuchten Einrichtungen wurde keinerlei Dolmetscherdienst angeboten. Gleichzeitig konnte gezeigt werden, dass von den drei untersuchten Einrichtungstypen, Einrichtungen der psychosozialen Versorgung häufiger direkte Dolmetscherdienste anboten als andere Einrichtungstypen. 54% aller 240 Einrichtungen boten niemals direkte Dolmetscherdienste an und noch etwas mehr, 59% boten keine Telefondolmetscherdienste an. Zugleich wurde in der Erhebung unterschieden, ob Einrichtungen diese Dienste *immer* zur Verfügung stellten, *meistens* oder *nie*. Dieser Differenzierung folgend konnte gezeigt werden, dass von den 46% die überhaupt direkte Dolmetscherdienste anboten wiederum nur etwa die Hälfte (bezogen auf die Gesamtzahl der befragten Einrichtungen: waren es 24 %) diese bei Bedarf wirklich *immer* anboten (siehe Tab. 1).

Tabelle 1: Antworten, wie oft direkte oder Telefondolmetscher bei Patienten bei denen Sprachbarrieren vorlagen, eingesetzt wurden. Insgesamt wurden in 16 Ländern jeweils 15 Einrichtungen untersucht.

Art des Dolmetscherdienst	Niemals	Manchmal	Immer
Direkte (face-to-face Dolmetscher) (n=239)	53% (128)	23% (54)	24% (57)
Telefondolmetscher (n=211)	59% (124)	24% (50)	17% (37)

Ausgehend von dem ersten Befund der Studie, dass 42% der Einrichtungen keinerlei Dolmetscherdienst anboten, stellt sich die Frage, ob die Situation für alle Länder gleichermaßen zutrifft, oder ob sich die 16 teilnehmenden EU- Staaten hierin unterscheiden. Folgendes Ergebnis ergab die Studie: in Finnland, Großbritannien und Schweden bieten *alle* Einrichtungen (d.h. jeweils 15 pro Land) die eine oder die andere Art Dolmetscherdienst an.

Ähnliche Befunde wurden für Dänemark, die Niederlande und Spanien erhoben, dort waren es jeweils 14 von 15 untersuchten Einrichtungen. Im Gegensatz dazu gab es in Griechenland in keiner der untersuchten Einrichtungen einen Dolmetscherdienst und in Litauen in lediglich zwei der 15 Einrichtungen. Aber auch für Deutschland zeigte die Studie, dass vergleichsweise wenig, genau 12 von 15 untersuchten Einrichtungen, irgendeine Art der drei Typen von Dolmetscherdiensten anbieten. Hingegen waren in allen in Großbritannien befragten Einrichtungen mindestens zwei der drei Arten von Dolmetscherdiensten verfügbar, dies war der Fall für 14 von 15 Einrichtungen in Schweden und 10 von 15 in Finnland (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Verfügbarkeit verschiedener Arten von Dolmetscherangeboten in den 16 EU- Partnerländern

	Keine Dolmetscherangebote	Eine Art von Dolmetscherangebot	Zwei Arten von Dolmetscherangebot	Drei Arten von Dolmetscherangebot
Belgien	2	5	6	2
Dänemark	1	10	4	0
Deutschland	12	3	0	0
Finnland	0	3	10	2
Frankreich	4	6	5	0
Griechenland	15	0	0	0
Großbritannien	0	0	15	0
Italien	12	3	0	0
Litauen	13	0	2	0
Niederlande	1	5	8	1
Österreich	11	4	0	0
Polen	12	3	0	0
Portugal	10	5	0	0
Schweden	0	1	14	0
Spanien	1	2	9	3
Ungarn	7	2	6	0
Gesamt	101	52	79	8

Abgesehen von Griechenland, wo es keinen Dolmetscherdienst gab, hatten alle Länder zumindest eine Einrichtung mit direktem (face-to-face) Dolmetscherdienst.

Ergänzend zu diesen Zahlen gab es erhebliche Unterschiede hinsichtlich des Einsatzes von Telefondolmetscherdiensten. Es gibt sie in einigen der untersuchten Länder - bzw. in den in diesen Ländern untersuchten Einrichtungen - überhaupt nicht. In Griechenland, Österreich und Polen gab es keine Einrichtung mit Zugang zu Telefondolmetschern und in Deutschland und Ungarn jeweils nur eine.

Während psychosoziale Einrichtungen häufiger direkte Dolmetscherdienste anbieten als Rettungsstellen und allgemeinmedizinische Einrichtungen. Hingegen bieten Rettungsstellen häufiger Telefondolmetscherdienste an.

Insgesamt ist zu sagen, dass wenige Dolmetscherdienste genutzt werden. Dies ist ganz besonders in der allgemeinmedizinische Versorgung der Fall.

In den skandinavischen Ländern (die an der Studie teilnahmen), Großbritannien, den Niederlanden und Spanien sind Dolmetscherdienste offensichtlich selbstverständlicher in der Versorgung verankert als in anderen Ländern. In Deutschland, Griechenland, Litauen und Österreich war die Bereitstellung von Dolmetscherdiensten vergleichsweise gering.

5.2. Publikation 2_Devillé...Kluge...et al_“Health care for immigrants in Europe: Is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study.”

Publikation 2 beschäftigt sich mit *Best-Practice* Prinzipien für die Gesundheitsversorgung von Migranten in Europa im Allgemeinen. Für die vorliegende Arbeit werden diese konkretisiert für den psychosozialen Bereich der Gesundheitsversorgung präsentiert. Von den 134 interviewten Experten der 16 untersuchten EU- Mitgliedsstaaten waren ein Fünftel aus dem psychosozialen Bereich.²⁶

Ein dreistufiger Delphi-Prozess ergab 10 bis 16 Faktoren, die für das jeweilige Land als die wichtigsten *Good Practice*²⁷ Prinzipien benannt wurden. Aus diesen Faktoren wurden 9 Themen über alle Länder hinweg identifiziert. Diese waren²⁸:

1. *Einfacher und gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung,*
2. *Empowerment der Migranten,*
3. *Kultursensitive Gesundheitsversorgungseinrichtungen,*
4. *Qualität der Versorgung,*
5. *Patient/Behandler-Kommunikation,*
6. *Respekt gegenüber den Migranten,*
7. *Netzwerkarbeit innerhalb und außerhalb der Einrichtungen/Institutionen,*
8. *Gezielte aufsuchenden Arbeit,*
9. *Vorhandensein von Daten über Besonderheiten in Migrantenversorgung und -prävention.*

Obwohl es nationale Unterschiede bei den *Good Practice* Faktoren zwischen den 16 Ländern gab, bestand für die genannten 9 Themen ein hoher Konsens.

Die Experten wurden im Rahmen des Delphi-Prozesses explizit zu *Best Practice* für die Gesundheitsversorgung von Migranten²⁹ befragt, die einen regulären Aufenthaltstitel, ein „legales“ Einkommen haben und fähig sein sollten, die lokale Sprache zu sprechen. Nichtsdestotrotz bezogen sich die Antworten der Experten zuweilen auch auf die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen und Migranten ohne „legalen“ Aufenthalt und hinreichende Sprachkenntnisse.

Das Thema 5, die *Patient/Behandler-Kommunikation* ist für die vorliegende Arbeit besonders relevant. Es wurde in 11 Ländern von den jeweiligen Experten genannt. Beschrieben wurde das Thema³⁰ mehrheitlich als „das Anbieten von Dolmetschern und Übersetzern“. Die Faktoren die zu diesem Thema zusammengefasst wurden: Hohe Qualität der Dolmetscherdienste, sowohl face-to-face als auch telefonische und ein einfacher Zugang dazu.

²⁶ Da die meisten Experten, die für die Studie gewonnen wurden aus Großstädten, bzw. Hauptstädten kamen, stellt sich die Frage, inwieweit die Faktoren, die für Gute Praxis erachtet wurden auf ländliche Regionen übertragbar sind. Diese Frage wird hier jedoch nicht erörtert.

²⁷ Die Begriffe *Best Practice* und *Good Practice* werden hier wieder synonym genutzt.

²⁸ Sortiert nach der Häufigkeit der Nennung in best. Anzahl von Ländern

²⁹ Siehe Fußnote 6

³⁰ Die Experten wurden in einem weiteren Schritt gebeten, die genannten Faktoren zu erläutern, beschreiben.

Außerdem wurde zu Thema 5 genannt, dass Einrichtungen die verschiedenen Grade der Fähigkeiten und des Wissens über das Gesundheitssystem ebenso wie das Beherrschen der lokalen Sprache der Inanspruchnehmenden berücksichtigen sollten.

Ob es nur einer Sprach- oder auch einer Kulturmittlung bedarf, hierzu gehen die Meinungen der Experten dieser Studie auseinander. Zum Thema 3 der *kultursensitiven Versorgung* wurde von einigen Experten die Entwicklung von Einrichtungen unterstrichen, die die kulturellen und religiösen Gewohnheiten von Migranten berücksichtigen, während andere betonten, dass Migranten unterstützt werden sollten, die Gewohnheiten und Kultur des jeweiligen lokalen Gesundheitssystems zu verstehen. M.E. schließen sich beide Aspekte nicht aus, wurden von Experten aber dichotom benannt.

Zusammenfassend wurde in diesem Delphi-Prozess deutlich, dass die Experten ein Recht auf kultursensitive Versorgung (Thema 3) für Migranten betonten. Gleichzeitig bestanden hinsichtlich der einzelnen Aspekte, die darunter subsumiert wurden, sowohl zwischen den Experten innerhalb eines Landes als auch zwischen den Ländern Unterschiede.

Eine Variation der Analyse der vorliegenden Delphi-Prozess-Daten führt bzgl. des Faktors *Kommunikation* zu einem deutlichen Ergebnis: fasst man anstelle der Top 10-16 Faktoren pro Land, nur die jeweils Top 3- Faktoren (damit reduziert sich zugleich die Anzahl der Faktoren) zusammen, rangiert der Faktor der *Kommunikation* an Stelle 3 benannt von 9 der 16 Länder nach *Zugang* (1) und *kultursensitive Versorgung* (2).

Für die Analyse eines Delphi-Prozesses, dessen Ziel und Aussage auf einem Konsens basiert, sind natürlich auch die diskordanten Aussagen interessant. Zu diesen gehörte im vorliegenden Fall z.B. eine Vielzahl französischer Experten, die das Wissen um ethnische und kulturelle Hintergründe von Patienten für eine "Falle" hielten, ginge es doch bei der Qualität der Versorgung auch für Migranten/ Immigranten vielmehr um das Vorhandensein von hinreichend Zeit und den Zugang zu Dolmetschern.

5.3. Publikation 3_Sandhu ...Kluge...et al_ "Experiences with treating immigrants: A qualitative study in mental health services across 16 European countries."

Für diese Publikation wurden Daten aus demselben Forschungsprojekt zu *Guter Praxis* in der Gesundheitsversorgung von Migranten ausgewertet. Befragt wurden Praktiker und Beschäftigte aus Verwaltung und Management (von denen einige auch Heil- und Pflegerische Grundberufe haben), Ärzte (Mediziner), Krankenschwestern, Psychologen, Physiotherapeuten und Sozialarbeiter. In jedem der teilnehmenden Länder wurden Vertreter aus den drei genannten Einrichtungstypen befragt: neun aus allgemeinmedizinischen Institutionen, drei aus Rettungsstellen/ Institutionen der Notfall- und Akutversorgung, drei aus Institutionen aus der psychosozialen Versorgung (insgesamt 240 Einrichtungen in allen 16 Ländern). Das Interview bestand jeweils neben Fallvignetten (angepasst auf den jeweiligen Bereich und das jeweilige Land) aus offenen Fragen zu generellen Erfahrungen, Schwierigkeiten und Stärken bzgl. der

Versorgung von Migranten. Grundlage dieser Publikation sind die Interviews mit Vertretern der Einrichtungen aus dem psychosozialen (Mental Health) Bereich: drei Einrichtungen je Land (16 Länder), also 48 Interviews. Semi-strukturierte face-to-face-Interviews wurden inhaltsanalytisch ausgewertet (Silverman, 2004; Mayring, 2010) und zeigten drei Themen:

1. die *Schwierigkeiten der Diagnosestellung*,
2. die *Schwierigkeit Vertrauen herzustellen* und
3. das *erhöhte Risiko der Marginalisierung*.

Die drei Themen umfassten sowohl Problemfelder als auch Lösungsmöglichkeiten.

Die 4 Unterthemen bzgl. der Problemfelder, die das Thema *Schwierigkeiten der Diagnosestellung* umfasst, waren: Sprachbarrieren, unterschiedliche Glaubenssysteme, kulturelle Vorstellungen und vorangegangene traumatische Erfahrungen.

Unterschiede in den sprachlichen Fähigkeiten zwischen Patient und Behandler wurden als eine wesentliche Schwierigkeit für die Diagnosestellung benannt. Da die Sprache im Bereich psychischer Störungen essentiell ist, um die Symptome und Erfahrungen für die Diagnosestellung zu erheben, ist eine klare und kohärente Kommunikation für diesen Bereich besonders wichtig.

Als eine Handlungsoption bzw. Lösungsmöglichkeit um mit den Herausforderungen umzugehen, wurde von den Befragten der Einsatz von Dolmetschern genannt, denn indirekte im Sinne von mangelnder Kommunikation mache die Beurteilung der Schwere der Symptomatik schwierig. Die Befragten erklärten, dass auch der zu beobachtende Teil der Diagnostik erschwert ist, wenn die Kommunikation mit dem Patienten nicht möglich ist. Unter dem Punkt Schwierigkeiten der Diagnosestellung, wurden neben den Sprachbarrieren auch unterschiedliche kulturelle Vorstellungen genannt, zu denen z.B. verschiedene Erklärungsmodelle (Kleinman, 1980, 1981; Heinz & Payna-Jackson, 1998; Penka, Krieg, Hunner & Heinz, 2003) zählen (siehe hierzu auch Publikation 5: *Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting*.) So wurde formuliert, dass beispielsweise mangelndes Wissen über den kulturellen Kontext des Patienten zu Missverständnissen führen könnte. Es sei eine besondere Schwierigkeit für Praktiker zwischen dem zu unterscheiden, was kulturell als "normal" erachtet wird und dem was als pathologisch gilt. Damit sei das Risiko verbunden, dass ein bestimmtes Verhalten einer Person aus einem anderen kulturellen Kontext als etwas *Mystisches* interpretiert wird, während es für die Gruppe aus der die Person kommt, als "normal" erachtet wird.

Der Schwierigkeit der bestehenden Sprachbarrieren sollte laut Meinung der Befragten mit professionellen, gut trainierten Dolmetschern begegnet werden.

Zu dem Thema der *Schwierigkeit Vertrauen herzustellen* wurde, neben anderen für diese Arbeit weniger relevanten Themen, angeführt, dass einige Befragte darauf hinwiesen, dass es auch zu Misstrauen gegenüber Dolmetschern kommen kann. Dieses würde besonders dann auftreten,

wenn Dolmetscher aus derselben Community wie der Patient seien.³¹

Die Daten konnten auch zeigen, dass Aspekte der sprachlichen Verständigung mit denen kultureller Vorstellungen verknüpft sind (siehe auch Publikation 7 und 8).

5.4. Publikation 4_Priebe...Kluge... et al_”Good practice in health care for migrants: Views and experiences of care professionals in 16 European countries.”

Für diese Publikation wurden Daten aus demselben Forschungsprojekt ausgewertet, hier zu sogenannter *Guter Praxis* in der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen. Das heißt, dass hier die Interviews mit Befragten aus allen drei Einrichtungstypen mit einfließen: neun aus allgemeinmedizinischen Institutionen, drei aus Rettungsstellen/ Institutionen der Notfall- und Akutversorgung, drei aus Institutionen der psychosozialen Versorgung (insgesamt 240 Einrichtungen in allen 16 Ländern). Insgesamt wurden mittels der Inhaltsanalyse (Mayring, 2010; Silverman, 2004) acht Problemfelder und sieben Aspekte *Guter Praxis* herausgearbeitet. Zu den acht Problemfeldern gehörten:

1. *Sprachbarrieren,*
2. *Die Schwierigkeit Gesundheitsversorgung für Migranten ohne regulären Aufenthalt zu arrangieren,*
3. *Sozialer Ausschluss und traumatische Erfahrungen,*
4. *Fehlendes Wissen über das Gesundheitswesen,*
5. *Kulturelle Unterschiede,*
6. *Verschiedene Vorstellungen von Krankheit und Behandlung,*
7. *Negatives Verhalten seitens Personal und Patienten,*
8. *Kein Zugang zur medizinischen Vorgeschichte der Patienten.*

Die sieben Komponenten *Guter Praxis*, um mit den Herausforderungen umzugehen, die anhand der Interviews herausgearbeitet wurden, waren:

1. *Organisatorische Flexibilität mit ausreichend Zeit und Ressourcen,*
2. *Gute Dolmetscherdienste,*
3. *Die Zusammenarbeit mit Familien und sozialen Einrichtungen,*
4. *Kultursensitivität seitens des Personals,*
5. *Aufklärungs-, Bildungsprogramme und Informationsmaterial für Migranten,*
6. *Positive und stabile Beziehungen zu den Mitarbeitern,*
7. *Klare Richtlinien hinsichtlich des jeweiligen Versorgungsanspruchs der verschiedenen Migrantengruppen.*

³¹ Hierzu ein Beispiel aus der therapeutischen Praxis einer Kollegin am ZIPP: Bei einem irakischen Patienten wurde regelmäßig ein Dolmetscher aus dem Irak hinzugezogen. Als dieser einmal fehlte sprach der Patient erstmals über die Homosexualität seines Sohnes, die in seinem Herkunftsland schwerwiegende Konsequenzen, wie eine befürchtete Steinigung nach sich gezogen hätten. Aus Sorge darum, sprach er in Anwesenheit einer Person aus seiner Community - dem Dolmetscher - nicht darüber. Derartige Situationen können aufgrund der jeweiligen Lebensgeschichte, Erfahrung sich auch ganz anders gestalten und sind nur von Fall zu Fall zu klären.

Die Problemfelder wurden unterschiedlich häufig, *Sprachbarrieren* wurden mit 95 % (228 Einrichtungen) am häufigsten genannt. Die Daten bestätigen die Bedeutsamkeit von Sprache für die Behandlung. Unter den *Gute Praxis*-Komponenten rangiert die Komponente *gute Dolmetscherdienste* mit 91% (218 Einrichtungen) nach *organisatorischer Flexibilität mit ausreichend Zeit und Ressourcen* an zweiter Stelle. Zudem drückten viele der Befragten ihre Bedenken bzgl. der eingeschränkten sprachlichen Fähigkeiten der Migranten aus. Hieraus würde sich das Risiko ergeben nicht oder missverstanden zu werden, was z.B. zu Fehldiagnosen führen kann. Angesprochen wurde auch, dass administrative Abläufe durch eingeschränkte sprachliche Kommunikation länger dauerten und schwieriger seien.

Die Befragten thematisierten den eingeschränkten oder nicht existierenden Zugang zu Dolmetscherdiensten, was bedauerlicherweise zum Hinzuziehen von Familienangehörigen, Kindern und Freunden führe. Ein solches Setting ist dann speziell in sensiblen Fällen problematisch. So kommt es in Dolmetschersettings mit Familienmitgliedern häufig dazu, dass sensible Themen verkürzt dargestellt oder weggelassen werden. Gleichzeitig wurden aber auch die Probleme angesprochen, die sich aus dem Hinzuziehen eines Dolmetschers ergeben. So war eines der Bedenken, dass die Behandler-Patient Beziehung beeinflusst würde, wenn eine dritte Person hinzu käme und einige der Befragten hatten Bedenken hinsichtlich vertraulicher Themen- speziell wenn der Dolmetscher aus derselben Community wie der Patient stamme.

Die Ergebnisse zeigen, dass die *guten Dolmetscherdienste* auf Rang zwei der Komponenten *Guter Praxis* rangieren. Unter *guten Dolmetscherdiensten* verstehen die Befragten unter anderem: professionelle Dolmetscher, besseren Zugang zu Dolmetscherdiensten: das schließe das Vorhandensein von Sprachkompetenzen an Anmeldungen (Patientenrezeptionen) und eine interne Infrastruktur in verschiedenen Sprachen mit ein. Von einigen Befragten wurde ein ständiger hausinterner Dolmetschdienst diskutiert (Wesselmann, Lindemeyer & Lorenz, 2004; Wesselmann, 2009). Andere gingen von der Notwendigkeit von Therapeuten mit derselben Muttersprache aus. Wieder andere favorisierten das Erlernen der Landessprache seitens der Immigranten als die beste langfristige Maßnahme, um das Problem der Sprachbarriere zu lösen.

Der Einsatz von Dolmetschern wurde nicht von allen Befragten ausnahmslos positiv bewertet. Manche der Befragten bevorzugten Freunde und Familienangehörige als Dolmetscher, da diese meist direkt zur Verfügung stünden und da sie darüber hinaus umfangreichere Informationen zum Patienten liefern könnten und das Vertrauen des Patienten genießen würden. Manche der Befragten äußerten, dass sie im Internet nach den entsprechenden Übersetzungen schauen würden, sowohl in Suchmaschinen aber auch auf medizinischen Webseiten, die in anderen Sprachen verfügbar sind.

Die Daten zeigen, dass es mehr als nur sprachlicher Übersetzung bedarf, wie im Ansatz der Sprach- und Kulturmittler (siehe Publikation 6-8) konzeptionalisiert. Von den Befragten wurden hier *kulturelle Unterschiede* (58% der Befragten), *verschiedene Vorstellungen von Krankheit*

und Behandlung (58 % der Befragten) an Stelle 5 und 6 der am häufigsten genannten Herausforderungen aufgeführt.

5.5. Publikation 5_Penka...Kluge_„Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting.“

In dieser Publikation gehen wir der Frage nach, wie sich kommunikative Hindernisse auf die Behandlung in psychiatrischen/psychotherapeutischen Settings in deutschen Behandlungskontexten auswirken. Im Artikel wird auf Sprachbarrieren, aber auch auf komplexere Verständigungsprobleme eingegangen, die z.B. auf unterschiedlichen z.T. kulturell determinierten Erklärungsmustern, Erklärungsmodellen (Heinz & Payne-Jackson, 1998; Kleinman, 1981; Penka, Krieg, Hunner & Heinz, 2003; Vardar, Kluge & Penka, 2012) basieren und wenn sie keine Berücksichtigung finden beispielsweise in kulturellen Missverständnissen resultieren können (Zaumseil, 2006).

Anhand von Daten aus den beiden Forschungsprojekten EUGATE und SeGeMi werden Ansätze zur Verbesserung der Interaktion und Kommunikation in psychotherapeutischen/psychiatrischen sogenannten interkulturellen Behandlungssettings analysiert und abgeleitet. Der institutionelle Rahmen wird dabei zentral in den Blick genommen. Hierzu werden die Ergebnisse des Delphi-Prozesses aus dem EUGATE-Projekt (siehe: Publikation 2 *Health care for immigrants in Europe: is there still consensus among country experts about principles of good practice*) zusammengefasst. Es wird ausgeführt, dass die vorgestellten konsensfähigen Themen (über alle Länder hinweg) zu *Good Practice* in der Gesundheitsversorgung für Migranten in etwa den Kriterien des in Deutschland vielfach diskutierten Konzeptes der Interkulturellen Öffnung (IÖ) entsprechen (Barwig, 1995; Hinz-Rommel, 1998). Ziel der Interkulturellen Öffnung ist die Öffnung und Qualifizierung des Versorgungssystems versus, der bis dahin bestehenden Fokussierung auf die Defizite seitens der nicht-deutschen Inanspruchnehmenden, die abgebaut werden müssten. Das Konzept der Interkulturellen Öffnung wurde in den letzten Jahren zunehmend in politischen und praxisorientierten Diskursen in verschiedenen Bereichen thematisiert. Für den psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich wurden diese allgemeinen Kriterien konkretisiert und in den Sonnenberger Leitlinien festgehalten (Machleidt, 2006).

Zur Erfassung des Standes der Interkulturellen Öffnung in Einrichtungen des psychosozialen Bereichs entwickelte die SeGeMi-Forschungsgruppe in Berlin anhand bereits bestehender Instrumente ein Erhebungsinstrument mit welchem über 100 Einrichtungen im Berliner Bezirk Mitte befragt wurden (Penka, Kluge, Vardar, Borde & Ingleby, 2012). Die Analyse dieser Erhebung ist aktuell noch nicht abgeschlossen.

Gezeigt werden konnte anhand der Zwischenergebnisse dieser Erhebung, dass Sprachbarrieren ein wesentliches Hindernis zum Zugang zu psychosozialer Versorgung sind. Das scheint nichts Neues. Es ist aber doch bemerkenswert, nachdem es bereits seit 2002 die

Sonnenberger Leitlinien zur Interkulturellen Öffnung von psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen gibt, in denen die Gewährleistung muttersprachlicher Versorgung, bzw. das Angebot von Dolmetscherdiensten als ein wesentlicher Eckpfeiler gefordert wurde. In 64 % (33 von 51) der bis zur Veröffentlichung befragten Einrichtungen wurden im Jahr 2010 keine Personen versorgt, die nicht über ausreichend Deutschkenntnisse verfügten. Diese Zahl ist niedriger für psychiatrische Angebote. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die psychiatrische Versorgung regulierte Regelversorgung beinhaltet, in die Patienten eingewiesen oder verwiesen werden, während die psychosozialen Angebote z.T. per Steuerungsrunde zugeteilt werden. In 16 der 51 Einrichtungen werden Menschen mit nicht ausreichenden Sprachkenntnissen versorgt, in nur 10 dieser Einrichtungen (also 62,5%) werden Dolmetscherdienste eingesetzt. Das heißt aber nicht notwendigerweise, dass die anderen 6 Einrichtungen immer muttersprachliches Personal zur Verfügung haben, sondern einige der Einrichtungen greifen stattdessen auf Freunde und Familienangehörige zurück. Diese Befunde bestätigen die Ergebnisse aus Publikation 1 *Health services and the treatment of immigrants: data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe*. Und zwar zeigen sie erneut, dass in Deutschland der Einsatz von Dolmetschern bei Patienten/ Inanspruchnehmenden mit nicht hinreichenden Deutschkenntnissen nicht Teil der Regelversorgung ist. Die weiterführende Auswertung und Analyse der Ergebnisse des Forschungsprojektes wird in den nächsten Monaten detaillierte Befunde erbringen.

Die Zwischenergebnisse der SeGeMi- Studiengruppe weisen darauf hin, dass einer der Gründe für die geringe Bereitstellung, bzw. Inanspruchnahme von Dolmetscherdiensten die mangelnde Kostenübernahme ist. Acht der 10 Einrichtungen, die Dolmetscherdienste nutzen, tragen die Kosten selbst, da die Kosten weder von den Kommunen noch von den Krankenkassen getragen werden.

Die vorläufige Analyse der qualitativen Daten aus Modul 2 des SeGeMi-Projektes weist darauf hin, dass von den Inanspruchnehmenden Nicht-Deutschen die Muttersprache als ein wichtiger Faktor für den Zugang zur psychosozialen Gesundheitsversorgung formuliert wird. Zugleich scheint es nicht das ausschlaggebende Kriterium. Wesentlicher scheint der Umstand zu sein, ob man sich ganz allgemein verstanden fühlt. Hierzu können zugeschriebene oder reale Momente zählen, sich in der eigenen kulturellen Eingebundenheit verstanden zu fühlen.

5.6. Publikation 6_Kluge_,'Der Dritte im Raum' - Sprach- und Kulturmittler in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting.“

Publikation 6 fasst die Ergebnisse einer qualitativen Studie am ZIPP zu Sprach- und Kulturmittlern zusammen. Hier liegt als Erstes der Fokus darauf, sich den Unterschied zwischen Dolmetscher und Sprach- und Kulturmittler im Detail zu vergegenwärtigen. Bei letzteren handelt es sich explizit nicht um Personen, die ausschließlich als sogenanntes "Sprachrohr" fungieren, sondern im Idealfall um Experten der beiden für das Setting relevanten Sprachen und den damit

verbundenen kulturellen Kontexten. Die Studie konnte anhand qualitativer Interviews, Feldforschung und Gruppendiskussionen zeigen, dass in einem solchen interkulturellen psychotherapeutischen Dreiersetting ein jeweils komplexes Beziehungsgeflecht entsteht. Ein solches Setting ist daher nicht als Zweiersetting zu konzipieren, zu dem eine dritte Person hinzu kommt, sondern sollte von vornherein als Triade verstanden werden. Für die therapeutische Praxis heißt das, dass die Sprach- und Kulturmittler in die Analyse der Beziehungsgestaltung und der Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen einbezogen werden sollten. Konsequenterweise ist die Reflektions- und Supervisionsarbeit für ein solches Setting an dem für Kleingruppen zu orientieren.

Oft wird in der Literatur von der Notwendigkeit der Neutralität der Dolmetscher gesprochen. Dem konnte mit der Studie entgegnet werden, dass die Dolmetscher nicht als *invisible person* konzeptualisiert werden können, da sie – wie die Feldforschungs- und Interviewdaten zeigen - mit ihrem Handeln bewusst und unbewusst intervenieren (vgl. Publikation 7 „*Der Dritte im Raum*“- *Chancen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturmittlern in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting*). Neutralität kann ein angestrebtes Kriterium sein, ist jedoch in seiner Gänze nicht umsetzbar. Sowohl das Selbstbild der Sprach- und Kulturmittler, als auch ihr (kulturelle) Identität, ihre selbst- und fremdzugeschriebenen Rollenverständnisse und ihre jeweiligen Vorstellungen von psychotherapeutischer Sprache und Behandlungsmethoden beeinflussen ihre Übersetzungstätigkeit, führen zu sprachlichen Modifikationen und (unbeabsichtigten) Interventionen. Gleichzeitig kann es möglich werden, diese Einflüsse, Modifikationen und Beziehungskonstellationen in Reflektionen des Behandlers oder in Supervisionen benennbar und bearbeitbar werden zu lassen. Darüber kann aus vermeintlichen Störungen ein Zuwachs an „reflexivem Wissen“, sowohl über das Eigene als auch das Fremde (Wohlfart & Kluge, 2007) bei allen am therapeutischen Prozess beteiligten entstehen. Für die Patienten bietet ein so konzeptionalisiertes Dreiersetting die Möglichkeit sich sowohl mit dem Therapeuten als auch mit dem Dolmetscher wechselseitig zu identifizieren. Dieser Prozess ist besonders wichtig für Personen, die sich im Migrationsprozess in einem „Dazwischen“ zwischen (ihren) beiden kulturellen Kontexten befinden. Durch die „reale Anwesenheit der beiden kulturellen Kontexte“ über den Therapeuten und den Dolmetscher wird eine Bearbeitung dieses „Dazwischen“ möglich (vgl. Publikation 7).

Es konnte anhand von Rückübersetzungen der Tonbandaufzeichnungen der therapeutischen Gespräche gezeigt werden, dass viele der Sprach- und Kulturmittler mit der psychotherapeutischen Sprache nicht hinreichend vertraut sind. Die gerade in tiefenpsychologischen Gesprächen im Konjunktiv formulierten Wendungen waren den Dolmetschern nicht immer geläufig und wurden in der Übersetzung zuweilen modifiziert in einen Indikativ oder gar Imperativ. Ergebnisse verweisen darauf, dass perspektivisch sowohl Behandler als auch Dolmetscher spezieller daraus erwachsender Kompetenzen bedürfen, die in Fortbildungen erworben werden müssten. Für Dolmetscherfortbildungen bedeutet es, sie für die

psychotherapeutische Sprache zu sensibilisieren, aber auch über die Ziele einer Psychotherapie zu informieren. Auf Behandlerseite hieße das zum Beispiel, sie zu sensibilisieren bei Irritationen im Übersetzungsgespräch nachzufragen und ein Repertoire potentieller Übersetzungsfehler zu kennen. Ein solches Repertoire kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben, würde aber zu einer qualitativ besseren Sprach- und Kulturmittlung beitragen.

5.7. Publikation 7_Kluge & Kassim „Der Dritte im Raum’- Chancen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturmittlern in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting.“

Publikation 7 der vorgelegten Dissertationsschrift ist im Lehrbuch „Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis“ (Wohlfart & Zaumseil, 2006) erschienen. Der Lehrbuchbeitrag basiert auf denselben Daten wie Publikation 6 und 8. Für diesen Beitrag wurden die theoretischen und praxisrelevanten Aspekte für die Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern detailliert dargestellt und die Chancen und Schwierigkeiten im Setting mit Sprach- und Kulturmittlern anhand von kurzen Fallbeispielen dargestellt. Wie bereits gesagt, sind derartige Fallbeispiele gerade für Fort- und Weiterbildungen notwendig, um einen besseren Einblick in potentielle „Fallstricke“ zu erhalten.

Ausgangspunkt der Studie war die Rolle, bzw. der Einfluss von Sprach- und Kulturmittlern auf das psychotherapeutische Setting. Neben der Möglichkeit eines muttersprachlichen Behandlers in der psychotherapeutischen Arbeit sind es Sprach- und Kulturmittler, die zu einer Verständigung in einem Behandlungssetting beitragen, in dem Behandler und Patient nicht dieselbe Sprache sprechen. Der Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern ist umso wichtiger, da es in der Praxis nicht realistisch ist, alle Muttersprachen von der Inanspruchnehmenden einer Institution durch die diversen muttersprachlichen Behandler abzudecken.

Das erste Ergebnis der Studie ist, dass Dolmetscher neben Sprach- auch und unbedingt Kulturmittler sind. Es wird vertieft darauf eingegangen, dass sie nicht nur zur sprachlichen Verständigung wichtig sind, sondern dass sie dazu beitragen Irritationen, die aus kulturellen Differenzen, bzw. Missverständnissen resultieren zu kontextualisieren und damit besprechbar und zugänglich zu machen. Somit können derartige Missverständnisse - vorausgesetzt sie werden, z.B. mit Hilfe eines Sprach- und Kulturmittlers aufgedeckt - neue Dimensionen der Lebensrealität, der Konflikte und damit der Psychodynamik, die eben auch in eine kulturelle Dynamik eingebettet ist, sichtbar gemacht werden. Ein solcher Prozess liegt bereits in der Bezeichnung der Sprach- und *Kulturmittler*, die darauf verweist, dass sie nicht nur ein sprachliches sondern auch ein „kulturelles Wissen“ und Erfahrungen mit in das Setting bringen. Trotz der Wichtigkeit der Bearbeitung kultureller Differenzen und Missverständnisse muss der Blick aber auch für andere potentielle Differenzen offen bleiben, sonst läuft man Gefahr zu kulturalisieren, indem therapeutisch relevante Differenzen, die zwischen Behandler und Patient

bestehen, fälschlicherweise kulturellen Unterschieden zugeschrieben werden.

Neben der Übersetzungsleistung der gesprochenen Worte und der Spezifika der jeweiligen kulturellen Kontexte, werden im Text noch die weiteren Ebenen der Übersetzung thematisiert: verbal, nonverbal und die Übersetzung von *Texten*, die außerhalb des Settings entstanden sind (z.B. im Warteraum), sowie die intrapsychischen Übersetzungsvorgänge und die Übersetzung von Vorsprachlichem ins Sprachliche. Wie bereits in Publikation 6 ausgeführt, intervenieren Sprach- und Kulturmittler auf die eine oder andere Weise in das Setting, beabsichtigt oder nicht. Es ist wichtig diese "Störungen" zu berücksichtigen und in die psychotherapeutische Arbeit zu integrieren anstatt zu versuchen, sie zu eliminieren. Daher auch die Konzeption des Settings als Triade.

Die theoretische Fundierung der Analyse der entstehenden therapeutischen Triade begründen Überlegungen der Psychoanalyse zur frühen Triangulierung. Versteht man die entstehende Konstellation ähnlich der zwischen Mutter, Kind und Vater, in dem Sinne, dass Sprach- und Kulturmittler und Behandler als Identifikationsobjekte fungieren, könnte man weiter argumentieren, dass der Migrationsprozess ähnlich dem Prozess der Individuation des Kindes als Individuation in einer neuen kulturellen Umgebung verstanden werden kann. Über die wechselseitige Identifikation des Patienten mit Sprach- und Kulturmittler und Behandler könnte es möglich werden, die Spannungen, die in den konfligierenden Bedeutungen und Symbolen, welche diese jeweils repräsentieren, im therapeutischen Prozess zu bearbeiten und zu integrieren. In diesem Austauschprozess könnten Sprach- und Kulturmittler zu so etwas wie einem *transkulturellen Verstehen* beitragen.

Die Sprach- und Kulturmittler befänden sich ebenso wie die Patienten in einem „Dazwischen“. Dieses Dazwischen sollte sich auch in der Sitzanordnung widerspiegeln, indem die Dolmetscher nicht neben oder hinter den Patienten sitzen, sondern alle drei am Setting beteiligten in einer Sitzanordnung wie einem gleichschenkligen Dreieck.

Zudem widmet sich der Artikel ausführlich Überlegungen, wie *Verstehen* in einem Setting mit Sprach- und Kulturmittlern zu fassen ist. Unter Bezug auf Straub wird jedes Fremdverstehen als ein relationaler Akt verstanden (Straub, 1999). Straub unterscheidet - wiederum mit Bezug auf Piaget - zwischen einem „assimilierenden Verstehen“, das „radikal durchgeführt, allenfalls zu bloßen Vorspiegelungen fremder Wirklichkeiten führt“ und einem „akkommodierenden Verstehen“, welches eine adaptive Transformation der eigenen kognitiven und begrifflichen Schemata erfordere (ebd., S. 17 f.). Verstehen ist in diesem Sinn nach Straub „ein intersubjektives Geschehen, ein Vorgang zwischen den Subjekten, der am Ende bei allen Beteiligten seine Spuren hinterlässt“. So könnte für ein transkulturelles Verstehen behauptet werden, dass in einem solchen Aushandlungs- oder Transformationsprozess, zudem Sprach- und Kulturmittler entscheidend beitragen eine Annäherung an ein transkulturelles Verstehen ermöglicht wird, in dem sich über eine selbstreflexive Akkomodation das Eigene und das Andere, in ständiger Veränderung befinde. Indem alle drei Beteiligten die (kulturellen)

Differenzen, die zwischen ihnen bestehen, und die damit einhergehenden Symbole und Bedeutungen als gegeben anerkennen, bietet sich ihnen die Möglichkeit einen Austausch miteinander zu schaffen, der sie in gemeinsamer Reflexion zu einem transkulturellen Verstehen führen kann.

5.8. Publikation 8_Kluge_„Sprach- und Kulturmittler in der Psychotherapie.“

Neben der bereits in Publikation 6 und 7 dargestellten Studie fließen in diesen Beitrag, der ebenfalls in einem Lehrbuch veröffentlicht wurde, die 4-jährige Praxiserfahrung mit Sprach- und Kulturmittlern der Autorin am ZIPP an der Charité ein. Anhand der Daten und der Praxiserfahrung wurde unter Berücksichtigung bereits bestehender Ansätze, wie die von Marcos (für psychiatrische Settings) und Salman (für therapeutische Settings im Allgemeinen) (Marcos, 1979; Salman, 2001), ein Leitfaden für psychotherapeutische Settings mit Sprach- und Kulturmittlern entwickelt. Darin sind die wesentlichen „Grundregeln“, wie z.B. das konsekutive Übersetzen in kürzeren Bedeutungseinheiten, das Übersetzen in der Ich- Form, die Sitzanordnung in einem gleichschenkligen Dreieck, die Frage der Passung, die Notwendigkeit die Schweigepflicht zu besprechen u.a., enthalten. Der Leitfaden verfolgt zwei Ziele: 1. die Unterstützung der klinisch praktischen Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern und 2. den Abbau von Ressentiments und Unsicherheiten in der Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern. (Aufgrund des Umfangs wird der Leitfaden hier in der Zusammenfassung nicht wiedergeben, sondern ist in der Originalpublikation im Anhang 1 nachzulesen.) Der Leitfaden kann zudem Grundlage für zukünftige Schulungen sein. Er beinhaltet neben vielen detaillierten Handlungsempfehlungen für die Planung, die Darstellung der Relevanz von Vor- und Nachgesprächen zwischen Behandler und Sprach- und Kulturmittler und die Notwendigkeit der Einführung der Sprach- und Kulturmittler in therapeutische Prinzipien.

6. Zusammenfassung und Diskussion

Ziel der Arbeit ist es, die aktuelle Situation der Nutzung von Dolmetschern in der Gesundheitsversorgung im europäischen Kontext darzustellen (Publikation 1). Um diese Situation zu kontextualisieren, werden Daten von Experten und Mitarbeitern von Versorgungseinrichtungen analysiert, mit dem Ziel zu eruieren, was von Experten als *Gute Praxis* in der Versorgung von Migranten, bzw. Menschen mit Migrationshintergrund erachtet wird, welche Rolle dabei Dolmetscher bzw. Sprach- und Kulturmittler spielen und welche Schwierigkeiten und Möglichkeiten es gibt deren Einsatz in die Praxis umzusetzen (Publikation 2-5). Von diesem Ausgangspunkt werden empiriebasierte Ansätze zur Implementierung und Professionalisierung von Sprach- und Kulturmittlern im deutschen psychotherapeutischen Bereich mit konkreten Handlungsanleitungen für die klinische Praxis vorgestellt (Publikation 6-8).

Die europäischen Vergleichsdaten der ersten vier Publikationen verweisen darauf, dass Versorgungsforschung in der Gesundheitsversorgung, aber auch im psychosozialen Bereich, nicht losgelöst von den jeweiligen nationalen rechtlichen, finanziellen und historischen Situationen (hier hinsichtlich der Migrationsentwicklung) stattfindet. Eine der grundlegenden Herausforderungen internationaler Forschungsprojekte ist es aus diesem Grunde gute Arbeitsdefinitionen für den Untersuchungsgegenstand zu erarbeiten, beispielsweise hinsichtlich der Zielgruppen.

Mit einem Fokus auf Deutschland zeigen die Publikationen, dass hier speziell ein großer Handlungsbedarf besteht, Dolmetschereinsätze und –nutzung als Teil der Regelversorgung zu ermöglichen, da dies bislang noch nicht geschehen ist.

Die Daten aus Publikation 1 *Health services and the treatment of immigrants: data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe* zeigen, dass die Bereitstellung und Nutzung von Dolmetscherdiensten insgesamt in Europa gering ist, dass es aber durchaus internationale Unterschiede gibt.

Die geringe Nutzung von Dolmetscherdiensten ist besonders gravierend in der allgemeinmedizinischen Versorgung. In manchen der beteiligten Länder sind Telefondolmetscherdienste noch seltener als ein direkter Dolmetscherdienst. Vor dem Hintergrund der günstigeren Kosten von Telefondolmetscherdiensten scheint dieser Befund eher überraschend.

Für den psychosozialen Bereich besonders interessant, konnte die Studie zeigen, dass psychosoziale Einrichtungen häufiger direkte Dolmetscherdienste anbieten als Rettungsstellen und allgemeinmedizinische Einrichtungen. Hingegen bieten Rettungsstellen häufiger Telefondolmetscherdienste an, die im psychosozialen Bereich nicht zum Einsatz kamen.

Während in Dänemark, den Niederlanden, Spanien, Finnland, Großbritannien und Schweden mindestens 14 der 15 Einrichtungen eine Art Dolmetscherdienst anbieten, sind es in Litauen lediglich zwei und in Griechenland gibt es in keiner Einrichtung Dolmetscher. Wichtig ist hierbei, sich auch die Tradition der Migrationsbewegungen und damit den jeweiligen Bedarf des Landes zu vergegenwärtigen. So sind die geringen Zahlen für Griechenland und Litauen vermutlich auch mit der jungen Geschichte der Einwanderung zu erklären. Für Deutschland und Österreich trifft diese Erklärung nicht zu. Denn speziell für Deutschland konnte die Studie zeigen, dass, trotz seines Status als Einwanderungs- bzw. Migrationsland die Bereitstellung von Dolmetscherdiensten vergleichsweise gering ist. Nur 12 der 15 untersuchten Einrichtungen hielten irgendeine Art von Dolmetscherdienst vor.

Ein Grund für die in den untersuchten Einrichtungen fehlenden Dolmetscherdienste, liegt in den fehlenden Finanzierungsregelungen (Dauvrin, Lorant, Sandhu, Devillé, Dia, Dias, et al., 2012; Ingleby, 2011).

Der rechtliche Rahmen mag ein weiterer Erklärungsansatz sein. Während es für Dänemark, Finnland, Großbritannien, Schweden und Spanien nationale Richtlinien, Empfehlungen und

damit auch Gesetze für die Kostenübernahme von Dolmetscherdiensten gibt, ist dies in Deutschland und Österreich nicht der Fall (siehe auch Ergebnisse aus Publikation 5 *Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting*). In beiden Ländern kann eine Finanzierung der Dolmetscher weder über staatliche Haushalte, noch über Krankenkassen abgerechnet werden (s. a. Publikation 7 *„Der Dritte im Raum“ - Chancen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturmittlern in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting*). Lediglich für Patienten/ Klienten, die Leistungen über das Asylbewerberleistungsgesetz beziehen, kann offiziell die Übernahme der Kosten für Dolmetscher beantragt werden: die Genehmigung ist jedoch nicht gesichert. Für alle anderen Patienten hängt es von den jeweiligen Institutionen ab. So können Kliniken Dolmetscherkosten, wenn seitens der Leitung gewünscht, über patientengebundene Leistungen abrechnen, niedergelassene Psychiater oder Psychotherapeuten müssen die Kosten entweder selbst tragen oder der Patient übernimmt sie selbst. In Einrichtungen sozialer Träger müssen individuelle Lösungen gefunden werden. Insgesamt erschwert die Nichtexistenz klarer Richtlinien und Gewährleistungen der Finanzierung die Bereitstellung, bzw. Inanspruchnahme seitens der Institutionen erheblich. In den Niederlanden wurden die Kosten für Dolmetscherdienste in den letzten Jahrzehnten (seit 1985) von staatlichen Geldern finanziert. Ab 2012 wird die Finanzierung ausgesetzt (mighealth.net 2011).

Anhand von Publikation 2 wurde deutlich, dass der Einsatz von Dolmetschern, aber auch die Kultursensitivität der Versorgung zu den wichtigsten von den Experten genannten Themen für die Versorgung von Immigranten gehört. Mehrheitlich wurde von den Delphi-Experten, die in Publikation 2 zu Wort kommen, geäußert, dass es für eine qualitativ hochwertige Versorgung von Migranten wichtig ist, dass Versorgungseinrichtungen die verschiedenen Grade der Fähigkeiten und des Wissens über das Gesundheitssystem ebenso, wie das Beherrschen der lokalen Sprache der Inanspruchnehmenden berücksichtigen. Dass von Experten einzelner Länder Dolmetscher, bzw. die sprachliche Verständigung in der Gesundheitsversorgung nicht auf den ersten Rängen der *Good Practice* Prinzipien platziert wurden, mag zum einen daran liegen, dass in einigen Ländern der Einsatz von Dolmetschern (UK, Niederlande, Dänemark) selbstverständlich ist, während andere Länder erst in jüngerer Geschichte zu einem Einwanderungsland geworden sind oder dabei sind ein solches zu werden oder keines sind, sodass eine derartige Sensibilität für das Thema nicht besteht.

In Deutschland gab es zu der Zeit, als wir an der Publikation arbeiteten, eine Debatte, ob es wichtiger sei bilinguale (muttersprachliche) Behandler einzustellen oder Dolmetscherdienste zu etablieren und zu finanzieren. Ein Argument für Dolmetscherdienste resultierte aus der Überlegung, dass eine Einrichtung – wie z.B. das oben genannte ZIPP an der Charité - in der innerhalb von 6 Jahren Patienten aus ca. 80 verschiedenen Nationen Behandlung suchten, die muttersprachliche Versorgung nicht über muttersprachliche Behandler gewährleistet werden

kann. Und selbst in einer Stadt wie Berlin, die sehr heterogen bezogen auf die nationale Herkunft der Einwohner ist, kann eine Vielzahl der benötigten Sprachen auch nicht von einrichtungsexternen muttersprachlichen Behandlern und Angeboten gewährleistet werden. In einem solchen Falle sind für eine qualitativ hochwertige Versorgung von Menschen ohne hinreichende Sprachkenntnisse Dolmetscher notwendig. Die Argumentation für die Notwendigkeit muttersprachlicher Behandler resultierte zum einen aus der Forderung mehr Abschlüsse von nicht-deutschen Professionellen anzuerkennen und zum anderen aus den – hier in der Arbeit ausführlich vorgestellten – Schwierigkeiten, Einschränkungen in der Arbeit mit Dolmetschern aber auch aufgrund der Ressentiments gegenüber „dem Dritten im Raum.“ Unabhängig davon, welches Verfahren favorisiert wird, wenn eine sprachliche Verständigung weder durch muttersprachliche Behandlung noch durch einen Dolmetschereinsatz gewährleistet wird, wird eine Vielzahl von Personen (nämlich Menschen mit Migrationshintergrund ohne hinreichende Kenntnisse der deutschen Sprache, Personen die nicht ihr ganzes Leben, sondern lediglich temporär in Deutschland leben, oder eventuell gerade erst beginnen in Deutschland sesshaft zu werden, ebenso wie ältere Migranten, z.B. auch Spätaussiedler) von der psychosozialen Gesundheitsversorgung ausgeschlossen sein (wie auch Publikation 5 zeigen konnte).³² Eine Petition an den Bundestag im Jahre 2011 reagierte auf die unzulängliche Situation in Deutschland bzgl. muttersprachlicher Psychotherapie und auf die Notwendigkeit der Veränderung und plädierte für beide Verfahren in der Psychotherapie. Das hieß: dafür unkompliziertere Verfahren muttersprachliche Behandler in die Versorgung zu integrieren (z.B. durch Anerkennung ausländischer, vor allem außer-europäischer Abschlüsse) und die Kostenübernahme für Dolmetscherdienstleistungen im Idealfall über die Krankenkassen zu gewährleisten. Die Petition wurde für beide Verfahren abgelehnt. (<http://www.ptk-nrw.de/de/aktuelles/nachrichten-2011/detail/article/petitionsausschuss-keine-muttersprachliche-psychotherapie-fuer-migranten.html>; http://www.bdp-verband.org/bdp/presse/2011/24_migranten.html) Der abschlägige Bescheid wird vom deutschen Bundestag mit der Notwendigkeit der Beitragsstabilität und Kostendämpfung begründet. Dies wirkt kurzsichtig, ist doch bekannt, dass sprachliche Verständigungsschwierigkeiten und Missverständnisse nicht zu keiner Behandlung sondern eher zu langen, aufwändigen und kostenintensiven Fehlbehandlungen führen (Geiger, 2000; Kassim, Heinz & Wohlfart, 2004).

Nehmen wir noch einmal die Notwendigkeit einer qualitativ hochwertigen Versorgung für alle Gesellschaftsmitglieder in den Blick, so konnte Publikation 2 zeigen, dass Dolmetscher laut europäischer Experten nicht nur maßgeblich für einen einfachen Zugang zur Gesundheitsversorgung für Bevölkerungsgruppen, die nicht der Sprache des Aufnahmelandes mächtig sind, mitverantwortlich sind, sondern ganz explizit für eine hohe Qualität der

³² Lediglich für Flüchtlinge werden zuweilen die Dolmetscherkosten übernommen, da ihre Versorgung unter die Leistung des Asylbewerberleistungsgesetzes fällt und dort Dolmetscherkosten zuweilen übernommen werden. Die vermeintliche Großzügigkeit hat jedoch keinen humanitären Ursprung.

Versorgung für diese Bevölkerungsgruppen erachtet werden können. Hinzu kommt, dass sie ein wesentlicher Eckpfeiler für eine kultursensitive Gesundheitsversorgung sein können. Dieser Befund verweist auf die Angemessenheit, die kulturelle Komponente bei der Konzeptionalisierung von Dolmetschereinsätzen in den Fokus zu nehmen, wie dies in dem in Publikation 6-8 vorgestellten Konzept der Sprach- und Kulturmittler umgesetzt wird. Für Deutschland sind detaillierte Ergebnisse der Expertenmeinungen aus dem Delphi-Prozess im bislang unveröffentlichten ausführlichen Delphi-Report vom 15.05.2010 enthalten. Darin ist die Gewährleistung von professionellen Dolmetschern, aber auch die Gewährleistung von Dolmetschern überhaupt unter den Top 12 Themen, die von den Experten genannt wurden.

Die notwendige Bereitstellung von Sprach- und Kulturmittler rangierte auf "Platz" 5. Es ist anzunehmen, dass nicht alle Experten die Differenzierung zwischen Dolmetschern und Sprach- und Kulturmittlern, wie sie hier gefasst ist, machten, sodass davon auszugehen ist, dass wenn beide Termini zusammengefasst würden, sie noch höher rangieren würden.

Publikation 3 bestätigt die prominente Rolle von Dolmetschern für die Diagnosestellung in interkulturellen Behandlungskontexten und bestätigt damit auch Befunde aus der Literatur aus dem angloamerikanischen Raum. Von den hier Befragten wurden drei besondere Herausforderungen in der Versorgung von Migranten genannt: die *Schwierigkeiten der Diagnosestellung*, die *Schwierigkeit Vertrauen herzustellen* und das *erhöhte Risiko der Marginalisierung*. Auch hier bestätigten die detaillierten Befunde der Studie bisherige Forschungen, dass Sprachbarrieren eine der wesentlichen und häufigsten Schwierigkeiten sind, die sowohl den Zugang zum psychosozialen Gesundheitswesen als auch die Qualität der Versorgung für diese Zielgruppe einschränke. Als mögliche Handlungsoption, um mit diesen Barrieren umzugehen, wurde der Einsatz von Dolmetschern genannt. Unter dem Punkt *Schwierigkeiten der Diagnosestellung* wurden neben den Sprachbarrieren aber auch unterschiedliche *kulturelle Vorstellungen* genannt, wiederum ein Verweis auf die Notwendigkeit neben Sprachmittlung auch die Kompetenz der Kulturmittlung zu integrieren. Ein prominentes Beispiel hierfür ist das Risiko, dass ein bestimmtes Verhalten einer Person aus einem anderen kulturellen Kontext als etwas *Mystisches* interpretiert wird, während es für die Gruppe aus der die Person kommt, als "normal" erachtet wird. Die Diskussion in Publikation 3 greift diesen Punkt nicht differenzierter auf, aber mit den Erkenntnissen aus Publikation 6, 7 und 8 lässt sich sagen, dass gerade hierzu das "kulturelle Wissen" der als Sprach- und Kulturmittler verstandenen Dolmetscher hilfreich sein kann. Diese wichtige zusätzliche Kompetenz der Kultur- neben der Sprachmittlung wird durch dieses Ergebnis in Publikation 3 wesentlich gestützt.

Unter dem Thema der *Schwierigkeit Vertrauen herzustellen* wurde von den Befragten auch angeführt, dass es zu Misstrauen gegenüber Dolmetschern kommen kann, vor allem, wenn Dolmetscher aus derselben Community seien. Die Daten aus Publikation 6, 7 und 8 weisen jedoch darauf hin, dass diese Art Misstrauen sowohl gegenüber dem Dolmetscher, als auch

gegenüber dem Behandler auftreten kann und ebenfalls zwischen Patienten und Behandlern aus einem gemeinsamen kulturellen Kontext. Ein solches Misstrauen ist vermutlich davon abhängig, aus welcher Community der Patient kommt, welche Erfahrungen er in seinem Herkunftskontext (kommt er beispielsweise aus einem Land in dem er politisch verfolgt wurde) gemacht hat, bzw. welche Rolle er dort hatte und in welchem Zusammenhang diese zu seinem Leben im Aufnahmeland steht. Versteht man Misstrauen als ein bestimmtes Beziehungsmoment, ist es sehr von der speziellen therapeutischen Arbeitsbeziehung und den darin interagierenden Personen abhängig. Und die darin entstehenden Beziehungen müssen in den Blick genommen werden (siehe Publikation 6-8).

Auch die in Publikation 4 vorgestellten Daten sprechen dafür, dass es mehr als nur sprachlicher Übersetzung bedarf - wie im Ansatz der Sprach- und Kulturmittler konzeptionalisiert. Von den Befragten wurden hier *kulturelle Unterschiede* (58% der Befragten), *verschiedene Vorstellungen von Krankheit und Behandlung* (58 % der Befragten) an Stelle 5 und 6 der am häufigsten genannten Herausforderungen aufgeführt. Auch dieser Befund unterstreicht die Sinnhaftigkeit, diese Unterschiede, Verschiedenheiten in einer Konzeption von Sprach- und Kulturmittler zu integrieren, da sie mit ihrem Wissen maßgeblich zum Besprechen von kulturellen Unterschieden und verschiedenen Vorstellungen von Krankheit und Behandlung beitragen können. Die Bedenken einiger Experten, dass die Behandler-Patient Beziehung beeinflusst würde, wenn eine dritte Person hinzu käme ebenso wie die Sorge, dass es problematisch sein könnte vertrauliche Themen zu besprechen, wenn der Dolmetscher aus derselben Community wie der Patient stamme, verweisen auf die notwendige Sensibilität den richtigen Dolmetscher auszuwählen und derartige Hürden als Behandler immer mit im Blick zu haben.

Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass die Befragten spezifische Barrieren für die Versorgung von Immigranten klar benennen: Sprache, Kultur, Einstellung/Haltung, Ansprüche, mangelndes Bewusstsein und mangelnde Erfahrung. Dass hierbei Sprache und Kultur an den ersten Stellen rangieren, scheint kein Zufall, sondern spricht zum einen dafür, dass diese beiden Aspekte zwischen einheimischem Behandler und Patient mit anderem kulturellen Hintergrund essentiell sind und sie zum anderen m.E. untrennbar miteinander verwoben sind. Sprache ist kulturelle Realität und in und mit jeder Sprache wird ‚Kultur transportiert‘. Der französische Ethnopschoanalytiker Tobie Nathan spricht davon, dass eine Kultur „zu besitzen“ dasselbe sei, wie ein Seelenleben zu haben. Kultur und Psyche seien Doppelwesen. Das eine spiegele das andere wider. Die Psyche stellt er sich dabei als Maschine vor, deren Funktion es ist, Verbindungen herzustellen. Diese wird mithilfe einer ähnlichen Maschine geregelt, die sich im Äußeren befindet. Das sei seiner Meinung nach dann die Kultur (Nathan zitiert nach Saller, 2003, S. 31 f). Diese Feststellung spricht einmal mehr für die Konzeption von Sprach- und Kulturmittlung (siehe dazu Publikation 6 -8). In der existierenden Literatur wurde den kulturellen Differenzen bisher weniger Aufmerksamkeit geschenkt als den sprachlichen Barrieren und sie wurden damit auch in der Behandlungssituation weniger mitgedacht (Wachtler, Brorsson &

Troein, 2006). Dies kann durch den Einbezug von Sprach- und Kulturmittlern verändert werden. Die drei häufigsten genannten Komponenten *Guter Praxis* in der Versorgung von Immigranten: *organisatorische Flexibilität mit hinreichend zeitlichen und anderen Ressourcen, gute Dolmetscherdienste und die Zusammenarbeit mit Familien und Sozialdiensten*, bedeuten für die Praxis, dass es Veränderungen auf der Organisationsebene bedarf. Es müssen hinreichend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Dies bedeutet mehr Zeit für Behandler und ermöglicht den Einsatz von Dolmetscherdiensten. Eine solche Veränderung ist auch von politischen Prioritäten bestimmt. So fehlen in Deutschland noch immer Richtlinien und Regularien zum Einsatz von Dolmetschern/ Sprach- und Kulturmittlern in der psychosozialen Gesundheitsversorgung.

Bauer und Alegria betonen in dem hier bereits mehrfach zitierten Beitrag, dass es nicht darum gehen kann, ob Dolmetscher hinzugezogen werden, sondern *wie* mit ihnen gearbeitet wird (Bauer & Alegria, 2010). Der in den letzten drei Publikationen (6-8) dargelegte Ansatz zum Konzept der Sprach- und Kulturmittler kann für die zunehmenden Initiativen im Bereich Interkulturelle Psychotherapie, bzw. eine Transkulturelle Psychiatrie und darüber hinaus für eine längerfristig von Globalisierung und Wanderung geprägte Gesellschaft fruchtbar sein. Während in Publikation 6 und 7 die übergeordneten theoretischen Überlegungen für einen solchen Ansatz von Sprach- und Kulturmittlern erarbeitet wurden, wird in Publikation 8 ein konkreter Leitfaden für die klinisch praktische Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern vorgestellt.

Ein bislang nicht unterstrichenes Ergebnis der letzten drei Beiträge (Publikation 6-8) ist es, dass in der hier vorgestellten Konzeption von Sprach- und Kulturmittlern diese explizit keine Mediatoren im Sinne von Schlichtern der Differenzen und damit verbundenen Konflikten sein sollten. Vielmehr sollte es ihre Aufgabe sein, (kulturelle) Differenzen aufzuzeigen und damit den Ausgangspunkt zu schaffen, die dazugehörigen Irritationen, Missverständnisse, Konflikte in den therapeutischen Prozess integrierbar werden zu lassen, im Sinne von sichtbar, spürbar und darüber bearbeitbar. Ihr "kulturelles Wissen" kann dazu beitragen. In diesem Sinne sind Differenzen und Missverständnisse nicht zu vermeiden, sie sind vielmehr das Potential hin zu einem transkulturellen Verstehen.

Gleichzeitig ist es wichtig - wie in Publikation 7 und 8 ausgeführt - nicht alle Konflikte auf kulturelle Unterschiede zurückzuführen. Es ist also eine weitere Herausforderung an den Behandler, eine Kulturalisierung zu vermeiden. Publikation 8 endet mit dem folgenden Statement: „Differenz irritiert und macht uns in der Auseinandersetzung selbst zu Fremden, sie zeigt uns den ‚Anderen in uns‘. Sie weckt damit aber auch unsere Neugier, unseren Wunsch, verstehen zu wollen, uns selbst und den Anderen. Dabei entstehende Irritationen könnten eine positive Konnotation erfahren, indem wir sie einmal mehr zu unserer Erkenntnisquelle in Begegnungen machen.“ Oder wie es Han weiterführend im Hinblick auf eine Hyperkulturalität benennt: „Die oft destruktiv wirkende Trennung zwischen dem Eigenen und dem Fremden entspannt sich zum Unterschied zwischen dem Alten und dem Neuen. Angesagt ist die

Bereitschaft zur Differenz, zum Neuen.“(Han, 2005, S. 62)

Am Schluss bleibt vielleicht bei manchem Leser die Frage offen, was bezogen auf die konkrete Alltagspraxis die Unterschiede zwischen den einzelnen “Arten“ von Dolmetschern sind. Dazu versucht die folgende Tabelle 3³³ einen Überblick für die Praxis zu geben.

Tabelle 3: Übersicht möglicher Vor- und Nachteile für Planung und Einsatz der unterschiedlichen Dolmetscherarten

	Vorteile	Nachteile
Behandler spricht dieselbe Muttersprache wie Patient/ Nutzer	<ul style="list-style-type: none"> • Optimale sprachliche Verständigung • Direkte Verständigung ohne eine dritte Person • Kein <i>Transferverlust</i> • Komponente der <i>Kulturmittlung</i>, bzw. ein Verständnis der Herkunftskultur des Patienten/ Nutzers ist zumeist gegeben. • Keine Kosten für Dolmetscher 	<ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit problematisch, da Anerkennung von Nicht-EU-Abschlüssen in Deutschland noch immer problematisch • Je nach Größe der Institution sind nicht alle notwendigen Muttersprachen mit muttersprachlichen Therapeuten abzudecken • Wenn es sich um eine “Kolonialsprache“ handelt, ist zu klären in welchem Verhältnis Patient zu dieser Sprache und dem damit verbundenen kulturellen Kontext steht und ob es sich wirklich um die Muttersprache oder eine Zweitsprache handelt. • Muttersprachliche Therapeuten berichten von erneuter “Ghettoisierung“, wenn sie aufgrund ihrer Muttersprache <i>nur</i> Behandler für Personen aus ihrer Herkunftsgruppe sind. Interkultureller, bzw. Transkultureller Ansatz ist dann nicht gegeben • Falls muttersprachlicher Behandler in Deutschland geboren, steht in Frage, ob die Komponente der Kulturmittlung ausgefüllt werden kann.
Behandler ist verhandlungssicher in der Muttersprache des Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Direkte Verständigung ohne eine dritte Person • Kein <i>Transferverlust</i> (Voraussetzung ist, dass der Behandler seine sprachlichen Kompetenzen richtig einschätzt) • Im Idealfall gelingt eine sehr gute sprachliche Verständigung • Keine Kosten für Dolmetscher 	<ul style="list-style-type: none"> • Je nach Größe der Institution sind nicht alle notwendigen Muttersprachen mit muttersprachlichen Therapeuten abzudecken • Nur für eine begrenzte Anzahl von Sprachen möglich • Wenn es sich um eine “Kolonialsprache“ handelt ist zu klären in welchem Verhältnis Patient zu dieser Sprache und dem damit verbundenen kulturellen Kontext steht und ob es sich wirklich um die Muttersprache handelt • Kulturelle Komponente kann oft nicht ausgefüllt werden

³³ Tabelle 3 ist das Ergebnis der Auseinandersetzung mit der Literatur zum Thema, den hier vorgestellten Daten und der Praxiserfahrung der Autorin.

Laiendolmetscher (Familie, Freunde)	<ul style="list-style-type: none"> • Sofortige Verfügbarkeit der benötigten Sprache • Eventuell sehr gute Sprachkenntnisse in beiden Sprachen • Komponente der "Kulturmittlung", bzw. ein Verständnis der Herkunftskultur des Patienten/ Nutzers ist zumeist gegeben. • Keine Kosten für Dolmetscher • Gute Kenntnis über den Patienten/ Nutzer 	<ul style="list-style-type: none"> • Indirekte Verständigung aufgrund der dritten Person im Raum • <i>Transferverlust</i> • Keine Qualifikation weder für die sprachliche, noch die kulturelle noch die psychosozialen Gesprächsinhalte • Gemeinsame Community/Familie kann auch problematisch für die Übersetzungstätigkeit sein • Rollenkonfusion speziell auch in psychiatrischen/ psychotherapeutischen Kontexten, da oft Themen besprochen werden, die einer nicht-involvierten unabhängigen dritten Person bedürfen • Oft kein geregeltes Prozedere, Übersetzung geschieht ad hoc
Laiendolmetscher („fremd“, z.B. Mitarbeiter der entsprechenden Institution)	<ul style="list-style-type: none"> • Gute Verfügbarkeit in Abhängigkeit der Größe und des interkulturellen Teams der in der Institution • Eventuell sehr gute Sprachkenntnisse • Komponente der "Kulturmittlung", bzw. ein Verständnis der Herkunftskultur des Patienten/ Nutzers ist zumeist gegeben. • Kostengünstiger • Möglicherweise gute Kenntnis der Institution • Eventuell gute Kenntnis über die Herkunftsgemeinschaft des Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> • Indirekte Verständigung aufgrund der dritten Person im Raum • <i>Transferverlust</i> • Sprachkompetenzen zuweilen begrenzt • Zumeist keine Qualifikation weder für die sprachlichen, noch die kulturellen noch die psychosozialen Gesprächsinhalte • Gemeinsame Community kann problematisch für die Übersetzungstätigkeit sein • Rollenkonfusion, je nachdem in welchem Setting die Übersetzung stattfindet • Oft kein geregeltes Prozedere, Übersetzung geschieht eher auf Zuruf (ad hoc)
Vereidigter Dolmetscher	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr gute sprachliche Kompetenzen • Sehr professionelle Übersetzung 	<ul style="list-style-type: none"> • Indirekte Verständigung aufgrund der dritten Person im Raum • <i>Transferverlust</i> hängt von Einführung in Dolmetscherprinzipien im psychosozialen Bereich ab • Verfügbarkeit hängt von Organisation im Vorfeld ab • Komponente der "Kulturmittlung", bzw. ein Verständnis der Herkunftskultur des Patienten ist nicht notwendigerweise gegeben. • Kostenintensiv • Für den Gesundheitsbereich und speziell für den psychosozialen Bereich nicht ausgebildet • Aufgrund der Ausbildung zuweilen eher distanziert in ihrer Haltung • Qualifikation zumeist auf die sprachlichen Kompetenzen begrenzt, kulturelle und psychosozialen Gesprächsinhalte nicht im Fokus dieser Ausbildung
Sprach- und Integrationsmittler/ Gemeindedolmetscher (vgl. Sprint- Transfer Netzwerk: http://www.sprint-transfer.de/cms/)	<ul style="list-style-type: none"> • Da häufig institutionell in einem Sprach- und Kulturmittlerpool organisiert, besteht die Verfügbarkeit für Mittler in vielen verschiedenen Muttersprachen • Eventuell sehr gute Sprachkenntnisse • Komponente der "Kulturmittlung", bzw. ein Verständnis der Herkunftskultur des Patienten/ Nutzers ist zumeist gegeben. • Kostengünstiger als vereidigte Dolmetscher • Übersetzungsqualifikation in 	<ul style="list-style-type: none"> • In nicht allen Fällen besteht Bewusstsein für die Kultur- neben der Sprachmittlung als Teil des Übersetzungsprozesses • Zuweilen sehr unterschiedlich gute Qualität • Nicht ausschließlich für den psychosozialen Bereich ausgebildet • Ausbildung für die Übersetzungstätigkeit in psychotherapeutischen Kontexten

	Abhängigkeit der Weiterbildung Je nachdem, wo sie ausgebildet sind gute Kenntnis über Sozial- und Gesundheitssystem	eher gering
Sprach- und Kulturmittler (siehe Publikation 6- 8, nach diesem Konzept wird im Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Supervision (ZIPP) an der Charité gearbeitet)	<ul style="list-style-type: none"> • Eventuell sehr gute Sprachkenntnisse • Kulturmittler: Bewusstsein darüber, dass in ihrer Übersetzungstätigkeit Irritationen und Missverständnisse, die auf kulturelle Unterschiede zurückgehen benannt, thematisiert werden sollten • Kostengünstiger als vereidigte Dolmetscher, aber mit Kosten verbunden • Je nachdem wie sie geschult worden, haben sie gute Kenntnisse über Sozial- und Gesundheitssystem, speziell über das psychosoziale System und das Setting Psychotherapie, im Idealfall auch über die psychotherapeutische Sprache. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit hängt von Organisation im Vorfeld ab • Indirekte Verständigung aufgrund der dritten Person im Raum • <i>Transferverlust</i> hängt von Einführung in Dolmetscherprinzipien im psychosozialen Bereich ab • Noch kein einheitliches Ausbildungsprozedere, entsprechende Institutionen führen eigene Fortbildungen durch oder führen mit geeigneten Personen, wie vereidigten Dolmetschern, guten Gemeindedolmetschern, Medizinstudenten ein <i>training on the job</i> durch und bauen so ihren eigenen Pool auf. • Da noch keine einheitliche Fortbildung ist die Qualität noch nicht einheitlich hoch. • Es sollte perspektivisch einen Sprach- und Kulturmittler - Pool geben. Hierzu haben die Sprach- und Integrationsmittler-Pools Anregungspotential.

7. Stärken und Schwächen der Arbeit

Die Stärke der Arbeit ist zugleich ihre Schwäche. Die Vielfalt der Daten und Perspektiven auf das Thema der Dolmetscher als Sprach- und Kulturmittler im psychosozialen und psychotherapeutischen Bereich, die hier zusammengeführt wurden, eröffnet ein detailliertes Bild auf verschiedenen Ebenen, macht es aber schwierig, den Fokus im Blick zu behalten.

Es lassen sich anhand der hier eingeflossenen Daten Aussagen treffen, zur Situation der Versorgung in Deutschland und diese im Vergleich zu anderen europäischen Ländern (Publikation 1). Es kann aufgezeigt werden, dass Experten Sprach- und Kulturmittlung als essentiell in der Versorgung von Migranten erachten (Publikation 2). Aber auch die Perspektive der versorgenden Institutionen zu Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten in der Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund ist abgebildet (Publikation 3-5). Darüber hinaus ermöglichen die qualitativen Daten, die in Publikation 6-8 eingeflossen sind, Aussagen zu Chancen und Schwierigkeiten in der konkreten Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern, die anhand von Beispielen bebildert werden. Zudem beinhaltet Publikation 8 einen Leitfaden zur Planung und Durchführung der Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturmittlern im praktischen klinischen Setting.

Eine Stärke ist die europäische Vergleichsdimension der erhobenen Daten in Publikationen 1, 3 und 4. Bislang ist mir keine Studie bekannte Studie, die der Frage nach *Guter Praxis* für die Versorgung von Migranten anhand von quantitativ und qualitativ erhobenen Daten in

Einrichtungen in einer solchen Vielzahl von Ländern nachgegangen ist.

Hier ergeben sich aber zugleich spezifische Schwierigkeiten, einheitliche Definitionen zu erarbeiten (vgl. Kapitel 2.1.), einen gemeinsamen Zeitrahmen einzuhalten, aber auch die Notwendigkeit bei Erhebung und Auswertung die jeweilige nationale Realität mit entsprechenden historischen, ökonomischen und rechtlichen Gegebenheiten im Blick zu haben. Letztere Herausforderung trifft insbesondere auch auf Publikation 2 zu. Hier wäre es sehr wünschenswert ausführliche Kontextbeschreibungen zu den jeweiligen nationalen Kontexten zu ergänzen, wie es in der Publikation bereits im Ansatz geschehen ist.

Perspektivisch wäre zudem anzustreben, je Land eine größere Anzahl von Einrichtungen in ähnliche Studien zu integrieren, um belastbare statistische Aussagen treffen zu können. Aufgrund der geringen Fallzahl (je Land) des hier vorgelegten Datensatzes konnten lediglich deskriptive Analysen vorgenommen werden.

Eine weitere Einschränkung ist die Aktualität. So haben sich europäische Partnerländer im Zuge der ökonomischen Krise von angehenden Einwanderungsländern wieder zu Auswanderungsländern transformiert, was bei der Interpretation der Ergebnisse und den daraus folgenden Handlungsoptionen bzgl. betreffender europäischer Länder Berücksichtigung finden sollte.

Aufgrund des Fokus der hier vorgelegten Arbeit werden nicht alle Teile der vorgelegten Publikationen in ihrer Gänze diskutiert.

Die Vereinbarkeit der diversen theoretischen Hintergründe stellt eine weitere Herausforderung an die Zusammenschau und Lesbarkeit der Arbeit.

Die ersten vier Originalpublikationen beinhalten eigene Abschnitte zu den jeweiligen Stärken und Schwächen der einzelnen Datensätze, Auswertungsstrategien und Darstellungen.

8. Ausblick

Während der Bearbeitung der Zusammenfassung wurde die Frage aufgeworfen, welche Rolle das Internet perspektivisch in der Sprach- und Kulturmittlung einnehmen kann und ob es nicht denkbar wäre, Apps für den Übersetzungs- und Mittlungsprozess zu entwickeln. Anhand von Publikation 6-8 konnte deutlich werden, dass die Bearbeitung der komplexen Beziehungsgeflechte, die in einem solchen triadischen Setting entstehen nicht von technischen Lösungen umgesetzt werden kann, da sie des Einfühlens und komplexer Analysen der Interaktionen bedürfen. Diese können meines Erachtens nicht durch Apps oder Internethilfen ersetzt werden. Sicherlich ist es denkbar, das Internet oder eine Software zu nutzen, wenn es um das Suchen eines therapeutischen oder medizinischen Fachterminus geht. Ginge es um die Übersetzung eines Wortes aus dem Alltag, welches dem Sprach- und Kulturmittler nicht geläufig ist, wäre durchaus denkbar, dass dieses Wort in einem Sprachprogramm zu suchen ist. Jedoch wäre zu befürchten, dass gerade dieses Wort im Herkunftskontext von Sprach- und Kulturmittler und des Patienten anders verwendet wird. Diese Information ginge dann verloren, könnte aber

für die therapeutische Arbeit auch im Sinne eines transkulturellen Verstehens essentiell sein.

Theoretisch denkbar wäre ein Behandlungsgespräch via Skype. Jedoch erspart ein solches kaum zeitliche Ressourcen und ersetzt keine der anwesenden Personen. Ein internetgestütztes Setting wäre vor allem für ländliche Regionen, für Menschen mit eingeschränkter Mobilität und in Situationen, in denen im Rahmen eines "Präsenzsettings" keine Kontinuität zu gewährleisten ist, hilfreich. Aus einer skeptischen Perspektive wäre zu befürchten, dass die körperliche Präsenz in einem geschützten geschlossenen Raum für die therapeutische Arbeit wesentlich ist. Diese ist in einem Setting via Skype nicht gegeben. Welche Auswirkungen dies hat, wäre zu untersuchen, auch vor dem Hintergrund der einer zweifelhaften Datensicherheit.

Für die zukünftige (wie vor allem in Publikation 1 deutlich wurde), notwendige Versorgungsplanung in Deutschland, sprechen die Ergebnisse vor dem Hintergrund der aktuellen Lage hinsichtlich Dolmetschern, Sprach- und Integrationsmittlern und Sprach- und Kulturmittlern für zwei Optionen: zunächst sollte angestrebt werden, die Ausbildung der Sprach- und Integrationsmittler für den psychotherapeutischen, psychiatrischen Bereich im Sinne des hier vorgeschlagenen Konzeptes der Sprach- und Kulturmittler zu spezialisieren. Darüber hinaus bedürfte es Schulungen für Professionelle, also Psychologen, Psychotherapeuten, Psychiater im Umgang mit Sprach- und Kulturmittlern. Hierzu könnte der Leitfaden in Publikation 8 eine wichtige Grundlage sein. Als ein nächster Schritt wäre es sinnvoll, dass Einrichtungen - gerade in Gegenden mit einem hohen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund - sich vergegenwärtigen, welche Sprachen in ihrer klinischen Praxis am häufigsten in Anspruch genommen werden. Mithilfe dieser Information wäre es sinnvoll einen Pool an Sprach- und Kulturmittlern für die Einrichtung zu etablieren, der auf die ein oder andere Weise in das Team der Einrichtung und die spezifische klinische Praxis integriert wird, beispielsweise auch im Rahmen einer Supervision, die dann einmal alle zwei Monate oder bei Bedarf statt finden könnte.

Damit ist jedoch noch nicht das Problem der Finanzierung gelöst. Diesbezüglich kann diese Arbeit einen Beitrag leisten, erneut darauf aufmerksam zu machen, wie bedeutsam Sprach- und Kulturmittlung für eine qualitativ hochwertige Versorgung ist und dass es das Anliegen aller in diesem Bereich Tätigen sein sollte, weiterhin an politische Gremien die Forderung nach Finanzierung des Einsatzes von Sprach- und Kulturmittlern (idealerweise über Krankenkassen) heranzutragen. Die Argumente des europäischen Vergleichs, ebenso wie die langfristige Kostenreduktion, aber auch das Thema der Internationalisierung des Gesundheitssystems und die damit zunehmend notwendige Behandlung einer internationalen Klientel zu der Sprach- und Kulturmittlung notwendigerweise gehört, können angeführt werden.

Eine verallgemeinerbare Versorgungsplanung für den Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern kann es nicht geben, steht sie doch im Zusammenhang mit dem Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in der Region und in der jeweiligen Versorgungseinrichtung.

Es bedarf perspektivisch Curriculaentwicklungen für Sprach- und Kulturmittler, die neben der Ausbildung und damit beruflichen Integration von Menschen mit Migrationshintergrund (beispielsweise auch in das Studium der Translationswissenschaften) integriert werden könnte, bzw. ein separater Masterstudiengang entwickelt würde. Ein Modell dafür wäre der Universitätslehrgang Kommundolmetschen³⁴ der Universität Graz. Wichtig erscheint darüber hinaus jedoch auch in Psychotherapie- und Facharztausbildungen einen Ausbildungsblock zur Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern zu etablieren.

Für Deutschland wären umfangreichere Erhebungen zur aktuellen Situation in Einrichtungen, wie sie in EUGATE durchgeführt wurden bundesweit erstrebenswert. Damit wären verallgemeinerbare Aussagen in diesem Bereich besser möglich. Mit einem Fokus auf psychosoziale und psychotherapeutische Settings, die mit verschiedenen Konzepten zu Dolmetschern und Sprach- und Kulturmittlern arbeiten und detaillierten Fragebögen zu dieser Thematik könnte eine weitere wichtige Forschungslücke in diesem Bereich geschlossen werden.

Im Rahmen einer aktuellen Evaluation am ZIPP werden wir Daten zum Sprach- und Kulturmittlereinsatz in den nächsten Monaten vorlegen können. Interessant ist bei diesen Daten, dass sowohl Patienten, Sprach- und Kulturmittler als auch die Behandler für die Evaluation befragt wurden. Je nachdem, um welche Gruppe es sich handelt, wurde nach Zufriedenheit, Kompetenzen, Schwierigkeiten, Verbesserungswünschen gefragt.

Wünschenswert wäre zudem eine weitere qualitative Forschung zu Kulturmittlung, aber auch der Sprachmittlung in den triadischen Behandlungssettings selbst, um den Fundus an potentiellen Fehlern, Missverständnissen, Fallstricken und bemerkenswerten Interaktionen auszubauen.

Sobald die geplante Curriculaentwicklung abgeschlossen ist und Fortbildungen stattfinden, sollte ein Konzept für eine Begleitforschung entwickelt werden.

Für gesundheitspolitische Strategieplanung wäre eine *Kostenreduktionserhebung* unbedingt notwendig, um konkrete Zahlen vorlegen zu können, welchen Beitrag Dolmetscher, bzw. Sprach- und Kulturmittler zur Reduktion von kostenintensiven Fehlbehandlungen beitragen.

Immer wieder (speziell, wenn ich mich mit Psychotherapeuten unterhalte) höre ich: „Naja, mit Dolmetschern, das ist ja auch sehr kompliziert.“ Oder: „Das ist mir irgendwie nicht geheuer [...]“. Und ich entgegne dann: „Ja, aber es ist auch sehr interessant, denn man lernt viel über sich, sein eigenes kulturelles Eingebundensein, über das Fremdsein/Fremdwerden, aber auch über den kulturellen Kontext des Gegenübers, eine fremde Sprache, über das eigene Arbeitssetting. Und ja, es ist ungewohnt, verunsichernd, komplex und ein etwas bedrohliches Gefühl in einem solchen Dreiersetting plötzlich selbst ‚die Fremde‘ zu sein [...] aber in einer zunehmend globalisierten, „polyglotten Welt“, werden wir auf Sprach- und damit auch auf Kulturmittler nicht verzichten können.

³⁴ So werden in Österreich die Sprach- und Kulturmittler genannt, während in der Schweiz wiederum von interkulturellen Übersetzern gesprochen wird.

Literaturverzeichnis

- Abdallah-Steinkopf, B. (1999). Psychotherapie bei posttraumatischer Belastungsstörung unter Mitwirkung von Dolmetschern. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* (9), 211-220.
- Bäärnhielm, S. & Mösko, M. (2012). Cross-cultural training in mental health care- challenges and experiences from Sweden and Germany: Migration and Mental Health. *European Psychiatry*, 27, Supplement 2 (0), S70-S75. Verfügbar unter: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933812757115>.
- Barwig, K. (1995). *Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Bauer, A. M. & Alegría, M. (2010). The impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: a systematic review. *Psychiatric Services*, 61 (8), 765-773. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2946248/pdf/nihms227061.pdf>.
- Bedorf, T. (2004). Zu zweit oder zu dritt? Intersubjektivität, (Anti-) Sozialität und die Whitebook-Honneth-Kontroverse. *Psyche- Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 58 (9-10), 991-1010.
- Bhabha, H. K. (1997). Verortung der Kultur. In E. Bronfen, B. Marius & T. Steffen (Hrsg.), *Hybride Kulturen: Beiträge zur anglo-amerikanischen Multikulturalismusdebatte* (Stauffenburg discussion, S. 123–148). Tübingen.
- Böker, W. (1975). Psychiatrie der Gastarbeiter. In K. Peter Kisker, J. E. Meyer, C. Müller & E. Strömngren (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart, Bd. III, Soziale und angewandte Psychiatrie*. (S. 430–466). Heidelberg, New York.
- Bolton, J. (2002). The third presence: a psychiatrist's experience of working with non-english speaking patients and interpreters. *Transcultural Psychiatry*, 39 (1), 97-114.
- Breuer, F. (1996). *Qualitative Psychologie: Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Breuer, J. & Freud, S. (2007 [1991]). *Studien über Hysterie.: Einleitung von Stavros Mentzos*. (6. unveränderte Auflage). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag (Erste Originalauflage von 1895.).
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2010). *Reformbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten*. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/uploads/media/20100614_bptk_standpunkt_pt_versorgung_migranten.pdf [1.6.2013].
- Buxbaum, E. (1949). The role of second language in the formation of ego and superego. *The Psychoanalytic Quarterly*, 18, 279-289. Verfügbar unter: <http://www.pep-web.org/document.php?id=paq.018.0279a>.
- Dauvrin, M., Lorant, V., Sandhu, S., Devillé W, Dia, H., Dias, S. et al. (2012). Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe. A qualitative study. *BMC Research Note*, 5
- Del Castillo, J. C. (1970). The influence of language upon symptomatology in foreign-born patients. *Amer J Psychiat*, 127 (2).
- Destatis. Statistisches Bundesamt. (2012). *Hohe Zu-wande-rung nach Deutsch-land im Jahr 2011: Pressemitteilung Nr. 171 vom 16.05.2012*. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/05/PD12_171_12711.html.
- Destatis. Statistisches Bundesamt. (2013). *Weiter hohe Zuwan-derung nach Deutsch-land im Jahr 2012: Pressemitteilung Nr. 156 vom 07.05.2013*. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/05/PD13_156_12711.html.

- Deutscher, G. & Pfeiffer, M. (2012). *Im Spiegel der Sprache: Warum die Welt in anderen Sprachen anders aussieht* (4. Aufl.). München: Beck. Verfügbar unter: <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-406-60689-2> / <http://www.gbv.de/dms/faz-rez/FD1201010022854466.pdf> / <http://www.gbv.de/dms/faz-rez/FD1201010022843599.pdf> / <http://d-nb.info/1001046439/04>.
- Dhawan, S., Entrena, E. & Eriksson-Söder, U. S. (1995). Der Dolmetscher als Brücke zwischen Kulturen und Opfern organisierter Gewalt. In K. Peltzer, A. Aycha & E. Bittenbinder (Hrsg.), *Gewalt und Trauma. Psychopathologie und Behandlung im Kontext von Flüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt*. Frankfurt/M.: IKO - Verl. für Interkulturelle Kommunikation.
- Flick, U. (1995). *Qualitative Forschung: Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuchverlag.
- Flores, G. (2005). *The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review* (Nr. 3) (S. 255–299). Verfügbar unter: <http://mcr.sagepub.com/content/62/3/255.abstract> doi:10.1177/1077558705275416.
- Geertz, C. (1999). *Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Geiger, I. (2000) Interkulturelle Organisations- und Personalentwicklung im Öffentlichen Gesundheitsdienst, *Bericht über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland* (S. 37–44). Berlin. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen
- Gerlach, A. (2000). *Die Tigerkuh: Ethnopschoanalytische Erkundungen*. Bibliothek der Psychoanalyse. Gießen: Psychosozial-Verl.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (2009) *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research* (4. paperback printing). New Brunswick, NJ: Aldine.
- Graduiertenkolleg des Wissenschaftsschwerpunktes Kultur der Universität Bremen/ Nadig. *Prozessualität in transkulturellen Kontexten: Dynamik und Resistenz - Kurzdarstellung*. Verfügbar unter: www.wsp-kultur.uni-bremen.de/doc/DOK-Graduiertenkolleg.doc.
- Greenson, R. R. (1950). The mother tongue and the mother. *The International Journal of Psychoanalysis.*, 31, 18-23. Verfügbar unter: <http://www.pep-web.org/document.php?id=ijp.031.0018a>.
- Grinberg, L. & Grinberg, R. (1990). *Psychoanalyse der Migration und des Exils*. München, Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Grube, M. (2001). Evaluation eines Verbundprojekts zur Behandlung psychisch erkrankter türkischer Migranten. *Psychiatrische Praxis*, 28 (2), 81-83.
- Güç, F. (2006). Transkulturelle Psychoanalyse: Ein Psychotherapieansatz für Migranten. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 239–275). Heidelberg: Springer.
- Haasen, C., Yagdiran, O., Mass, R. & Krausz, M. (2000). Potential for misdiagnosis among Turkish migrants with psychotic disorders: a clinical controlled study in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101 (2), 125-129.
- Häder, M. (2009). *Delphi-Befragungen: Ein Arbeitsbuch*: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Haenel, F. (2001). Ausgewählte Aspekte und Probleme in der Psychotherapie mit Folteropfern unter Beteiligung von Dolmetschern. In M. Verwey (Hrsg.), *Trauma und Ressourcen. Trauma und Empowerment*. (S. 307–315). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Häfner, H., Moschel, G. & Özek, M. (1977). Psychische Störungen bei türkischen Gastarbeitern. Eine prospektiv-epidemiologische Studie zur Untersuchung der Reaktion auf Einwanderung und partielle Anpassung. *Nervenarzt*, 48, 268-275.
- Han, B.-C. (2005). *Hyperkulturalität: Kultur und Globalisierung*. Berlin: Merve Verlag.
- Hardung, C. (2006). Reflexion einer interdisziplinären Praxis von Ethnologie und transkultureller Psychotherapie aus ethnologischer Perspektive. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.),

Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis (S. 199–212). Heidelberg: Springer.

- Heinz, A. & Payne-Jackson, A. (1998). Blood terms and concepts in Jamaicans and Jamaican Americans- acculturation of explanatory models. *MACLAS Lat Am Ess*, XI, 19-28.
- Hinte, H., Rinne, U. & Zimmermann, K. F. (2012). Zuwanderung, Demografie und Arbeitsmarkt-Fakten statt Vorbehalte. In A. Heinz & U. Kluge (Hrsg.), *Einwanderung- Bedrohung oder Zukunft? Mythen und Fakten zur Integration* (Einwanderung- Bedrohung oder Zukunft. Mythen und Fakten zur Integration, S. 263–278). Frankfurt a.M.: Campus Verlag.
- Hinz-Rommel, W. (1998). Interkulturelle Öffnung Sozialer Dienste und Einrichtungen. Hindernisse und Ansatzpunkte. *IZA- Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit*, 1, 36-41.
- Ingleby, D. (2011). Good practice in health service provision for migrants. In B. Rechel, P. Mladovsky, W. Devillé, B. Rijks, R. Petrova-Benedict & M. McKee (Hrsg.), *Migration and health in the European Union* (S. 227–242). Berkshire.
- Jaeggi, E., Faas, A. & Mruck, K. (1998). Denkverbote gibt es nicht! Vorschlag zur interpretativen Auswertung kommunikativ gewonnener Daten. Forschungsbericht aus der Abteilung Psychoologie im Institut für Sozialwissenschaften. [23.3.2013].
- Javier, R. A. (1989). Linguistic considerations in the treatment of bilinguals. *Psychoanalytic Psychology*, 6, 87-96. Verfügbar unter: <http://www.pep-web.org/document.php?id=ppsy.006.0087a>.
- Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Hm Chen, A. & Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited english proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research*, 42 (2), 727-754.
- Kassim, N., Heinz, A. & Wohlfart, E. (2004). Interkultureller Ansatz schafft neue Zugänge. Ein Jahr Ethnopsychiatrische Ambulanz am Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Supervision der Charité Berlin, Campus Mitte. *Kerbe, Forum für Sozialpsychiatrie*, 1, 18-20.
- Kirkcaldy, B., Wittig, U., Furnham, A., Merbach, M. & Siefen, R. G. (2006). Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 49 (9), 873-883.
- Kleinman, A. (1980). Major conceptual and research issues for cultural (anthropological) psychiatry. *Cult Med Psychiatry*, 4 (1), 3-23.
- Kleinman, A. (1981). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Comparative studies of health systems and medical care; 3. Berkeley, Calif. [u.a.]: Univ. of Calif. Press.
- Klitzing, K. von. (1983). *Risiken und Formen psychischer Störungen bei ausländischen Arbeiterkindern: Ein Beitrag zur Psychiatrie der Migration*. Beltz: Weinheim u.a.
- Kluge, U. & Bostanci, S. (2012). MigrantInnen als Bedrohung- Die neue Diskursfähigkeit einst abgelegter Weltbilder. In A. Heinz & U. Kluge (Hrsg.), *Einwanderung- Bedrohung oder Zukunft? Mythen und Fakten zur Integration* (Einwanderung- Bedrohung oder Zukunft? Mythen und Fakten zur Integration, S. 16–35). Frankfurt a.M.: Campus Verlag.
- Kluge, U. & Penka, S. (2011). Konzeptionen für "Good Practice" im Bereich der Transkulturellen Psychiatrie in Deutschland. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 551–560). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Kluge, U. (2005). *"Der Dritte im Raum"- Sprach- und Kulturmittlerinnen in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting: Unveröffentlichte Diplomarbeit*. Berlin: FU Berlin.
- Kohte-Meyer, I. (2006). Kindheit und Adoleszenz zwischen verschiedenen Kulturen und Sprachen. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 81–94). Heidelberg: Springer.

- Krapf, E. E. (1955). The choice of language in polyglot psychoanalysis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 24, 343-357. Verfügbar unter: <http://www.pep-web.org/document.php?id=paq.024.0343a>.
- Lay, B., Lauber, C. & Rössler, W. (2005). Are immigrants at a disadvantage in psychiatric in-patient care? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111 (5), 358-366.
- Lay, B., Nordt, C. & Rössler, W. (2007). Mental hospital admission rates of immigrants in Switzerland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42 (3), 229-236.
- Lechner, I. & Mielck, A. (1998). Die Verkleinerung des Healthy-Migrant-Effects: Entwicklung der Morbidität von ausländischen und deutschen Befragten im sozioökonomischen Panel 1984-1992. *Das Gesundheitswesen*, 60 (12), 715-720.
- Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. & Priebe, S. (2008). Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*, 23 (Suppl. 1), 14-20.
- Löchel, E. (1997). *Inszenierungen einer Technik. Psychodynamik und Geschlechterdifferenz in der Beziehung zum Computer*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Lorenzer, A. (1970). *Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Lotman, J. M. (2010). *Die Innenwelt des Denkens*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg.). (2011). *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Machleidt, W. (2006). Die Sonnenberger Leitlinien- Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland., *Machleidt, Wielant; Salman, Ramazan; Callies, Iris T.* (Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa., S. 21–35). Berlin: VWB, Verl. für Wiss. u. Bildung.
- Malinowski, B. (1922). *Argonauts of the western Pacific*. London [u.a.]: Routledge.
- Marcos, L. R. (1979). Effects of interpreters on the evaluation of psychopathology in non-English speaking patients. *Am J Psychiatry*, 136 (2).
- Marcos, L. R., Urcuyo, L., Kesselmann, M. & Alpert, M. (1973). The language barrier in evaluating spanish-american patients. *Arch Gen Psychiatry*, 29
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*: Beltz, J.
- Meyer, B. (2004). *Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch: Eine diskursanalytische Untersuchung zur Wissensvermittlung im mehrsprachigen Krankenhaus*. Mehrsprachigkeit: Bd. 13. Münster: Waxmann (Univ., Diss.--Hamburg, 2003). Verfügbar unter: <http://www.gbv.de/dms/hbz/toc/ht013944958.pdf>.
- Morales, V. (2005). Sprach- und Kulturmittlung- ein neuer Weg zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen und Migranten. In Interdisziplinäre Reihe (Hrsg.), *Migration- Gesundheit- Kommunikation* . Göttingen: Cuivillier Verlag.
- Morales, V. (2006). *Förderung von Toleranz und interkultureller Kompetenz in arbeitsmarktrechtlichen Programmen: "Brücken bauen- Sprach- und Kulturmittlung* (Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Nationale Koordinierungsstelle EQUAL und XENOS, Hrsg.).
- Morina, N., Maier, T. & Schmid Mast, M. (2010). Lost in translation? - Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. *Psychother Psych Med*, 60, 104-110.
- Nadig, M. (2002). Transculturality in progress. Theoretical and methodological aspects drawn from cultural studies and psychoanalysis. In H.-B. Lim & H. J. Sandkühler (Hrsg.), *Transculturality – epistemology, ethics, and politics* (S. 9–21). Frankfurt am Main.

- Nadig, M. (2006). Transkulturelle Spannungsfelder in der Migration und ihre Erforschung. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 67–80). Heidelberg: Springer.
- Ngo-Metzger, Q., Massagli, M. P., Clarridge, B. R., Manocchia, M., Roger, B. D., Iezzoni, L. I. et al. (2003). Linguistic and cultural barriers to care. Perspectives of chinese and vietnamese immigrants. *J Gen Intern Med*, 18, 44-52.
- Penka, S., Kluge, U., Vardar, A., Borde, T. & Ingleby, D. (2012). The concept of intercultural opening: the development of an assessment tool for the appraisal of its current implementation in the mental health care system: Migration and Mental Health. *European Psychiatry*, 27, Supplement 2 (0), S63-S69. Verfügbar unter: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933812757103>.
- Penka, S., Krieg, S., Hunner, C. & Heinz, A. (2003). Unterschiedliche Erklärungsmodelle für abhängiges Verhalten bei türkischen und deutschen Jugendlichen - Bedeutung für Prävention und Behandlungsangebote. *Nervenarzt*, 74, 581-586.
- Pitta, P., Marcos, L. R. & Alpert, M. (1978). Language switching as a treatment strategy with bilingual patients. *The American Journal of Psychoanalysis*, 38, 255-256. Verfügbar unter: <http://www.pep-web.org/document.php?id=ajp.038.0255a>.
- Pöchlacher, F. (2000). *Dolmetschen: Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Studien zur Translation: Bd. 7. Tübingen: Stauffenburg-Verl. (Univ., Habil.-Schr.--Wien, 1999). Verfügbar unter: <http://www.gbv.de/dms/hbz/toc/ht012903667.pdf>.
- Pries, L. (2012). Migration und Integration in Deutschland- Lebenslügen, Stereotype und wissenschaftliche Befunde. In A. Heinz & U. Kluge (Hrsg.), *Einwanderung- Bedrohung oder Zukunft? Mythen und Fakten zur Integration* (Einwanderung- Bedrohung oder Zukunft. Mythen und Fakten zur Integration, S. 213–232). Frankfurt a.M.: Campus Verlag.
- Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Migration und Integration. (2010). *Jahresgutachten*. Verfügbar unter: http://www.svr-migration.de/content/wp-content/uploads/2010/11/svr_jg_2010.pdf.
- Saller, V. (2003). *Wanderungen zwischen Ethnologie und Psychoanalyse: Psychoanalytische Gespräche mit Migrantinnen aus der Türkei*. Tübingen: Ed. Diskord.
- Salman, R. (2001). Sprach- und Kulturmittlung: Konzepte und Methoden aus der Arbeit mit Dolmetschern in therapeutischen Prozessen, *Hegemann, Thomas; Salman, Ramazan (Hg.) 2001 – Transkulturelle Psychiatrie* (S. 169–190)
- Schlehe, J. (2006). Kultur, Universalität und Diversität. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 51–57). Heidelberg: Springer.
- Schuster, C. (2010). Psychosoziale Zentren: Therapie mit Dolmetscher. *Deutsches Ärzteblatt*, PP (5), 206.
- Shuval, J. T. (1993). Migration and stress. In L. Goldberger S. Breznitz (Hrsg.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects (2nd ed.)* (S. 641–657). New York, NY, US: Free Press.
- Silverman, D. (Hrsg.). (2004). *Qualitative Research: Theory, Method and Practice: Theory, Method and Practice*: SAGE Publications Ltd.
- Sozioökonomisches Panel (2013). (SOEP) (Statista, Hrsg.). *Wie gut sprechen Sie Deutsch?: Sprachkenntnisse in Deutsch von Personen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist*. Verfügbar unter: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/180023/umfrage/sprachkenntnisse-in-deutsch-von-personen-deren-muttersprache-nicht-deutsch-ist/> [1.6.2013].
- Spivak, G. C. (1985). The Rani of Simur. In F. Barker (Hrsg.), *Europe and its Others*. (Vol. 1). Colchester: University of Sussex.

- Statistische Ämter des Bundes und der Länder. (2011). *Bevölkerung nach Migrationsstatus regional: Ergebnisse des Mikrozensus*. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/BevoelkerungMigrationsstatus5125203117004.pdf?__blob=publicationFile [3.5.2013].
- Statistisches Bundesamt. (2011). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2011*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Bevoelkerungsstand.html;jsessionid=6997DADBB14A742AD732503870A14314.cae3>.
- Straub, J. (1999). *Verstehen, Kritik, Anerkennung. Das Eigene und das Fremde in der Erkenntnisbildung interpretativer Wissenschaften*. Göttingen: Wallstein-Verlag.
- Tamayo, M. (2010). Sprach- und Integrationsmittler, Gemeindedolmetscher, Community Interpreter: Eine professionelle Strategie zum Abbau von Ungleichheit.: Ein Beitrag zum Fachdiskurs Sprach- und Integrationsmittlung aus dem Sprint-Transfer Netzwerk. *Migration und Soziale Arbeit* (3/4), 283-289.
- TransKom, A. Diakonie Wuppertal.M. *Vergleichende Studie zu Sprach- und Kulturmittlung in verschiedenen europäischen Ländern*. Verfügbar unter: http://www.transkom.info/pdf/transkom_de.pdf [letzter Zugriff: 26.06.2013]
- Vardar, A., Kluge, U. & Penka, S. (2012). How to express mental health problems: Turkish immigrants in Berlin compared to native Germans in Berlin and Turks in Istanbul. *European Psychiatry*, 27, Supplement 2 (0), S50-S55. Verfügbar unter: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933812757085>.
- Vasquez, C. & Javier, R. A. (1991). The problem with interpreters: communicating with spanish-speaking patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 42 (2).
- Volmerg, B. (1988). Methoden der Auswertung. In T. Leithäuser & B. Volmerg (Hrsg.), *Psychoanalyse in der Sozialforschung* (S. 234–262). Opladen.
- Wachtler, C., Brorsson, A. & Troein, M. (2006). Meeting and treating cultural differences in primary care: a qualitative interview study. *Family Practice* (23), 111-115.
- Wadensjö, C. (1998). Erinnerungsarbeit in Therapiesgesprächen mit Dolmetscherbeteiligung. In B. Apfelbaum & H. Müller (Hrsg.), *Fremde im Gespräch. Gesprächsanalytische Untersuchungen zu Dolmetscherinteraktion, interkultureller Kommunikation und institutionalisierten Interaktionsformen*. . Frankfurt am Main: Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- Wesselmann, E. (2009) Sprachmittlung im Krankenhaus durch den hausinternen Dolmetscherdienst., *Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Dokumentation Experten- Workshop am 5. Mai 2009 im Ministerium für Arbeit und Soziales, Berlin*.
- Wesselmann, E., Lindemeyer, T. & Lorenz, A. L. (2004). *Wenn wir uns nicht verstehen, verstehen wir nichts: Übersetzen im Krankenhaus; der hausinterne Dolmetscherdienst*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl. Verfügbar unter: <http://www.gbv.de/dms/hbz/toc/ht014678689.pdf>.
- Witzel, A. (2000). *Das problemzentrierte Interview: Forum: Qualitative Sozialforschung / Qualitative Social Research* (Nr. 1). Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2520> [Stand 12.08.2010].
- Wohlfart, E. & Kluge, U. (2007). Ein interdisziplinärer Theorie- und Praxisdiskurs zu transkulturellen Perspektiven im psychotherapeutischen Raum. In C. Fischer, J. Grothe & B. Zielke (Hrsg.) *Interkulturelle Kommunikation in Psychotherapie und psychosozialer Beratung. Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Z Qualitative Sozialforschung*. (Band 9), 83-97 [Themenheft].

- Wohlfart, E., Hodzic, S. & Özbek, T. (2006). Transkulturelles Denken und transkulturelle Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 143–167). Heidelberg: Springer.
- Wohlfart, E. & Zaumseil, M. (2006). Einführung. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. XV–XVII). Heidelberg: Springer.
- Wohlfart, E. & Zaumseil, M. (Hrsg.). (2006). *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis*. Heidelberg: Springer.
- Wolf, V. & Özkan, I. (2012). Dolmetschen in der Psychotherapie- Ergebnisse einer Umfrage. *Psychotherapeuten- Journal*, 4, S. 325–327. Verfügbar unter: www.psychotherapeutenjournal.de.
- Zaumseil, M. (2006). Beiträge der Psychologie zum Verständnis des Zusammenhangs von Kultur und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 3–50). Heidelberg: Springer.
- Zimmermann, E. (2000). *Kulturelle Missverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen*. Bern: Huber.

Anhang

Publikation 1

Kluge, U., Bogic, M., Devillé, W., Greacen, T., Dauvrin, M., Dias, S. et al.
Health services and the treatment of immigrants: data on service use,
interpreting services and immigrant staff members in services across
Europe. *European Psychiatry*, 27, Supplement 2 (0), S56-S62.

Verfügbar unter:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933812757097>.



Disponible en ligne sur
 SciVerse ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
 www.em-consulte.com



Health services and the treatment of immigrants: data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe

U. Kluge^{a,*}, M. Bogic^b, W. Devillé^c, T. Greacen^d, M. Dauvrin^{e,f}, S. Dias^g, A. Gaddini^h,
 N. Koitzsch Jensenⁱ, E. Ioannidi-Kapolou^j, R. Mertaniemi^k, R. Puipcinós i Riera^l, S. Sandhu^b,
 A. Sarvary^m, J.J.F. Soaresⁿ, M. Stankunas^{o,p}, C. Straßmayr^q, M. Welbel^r, A. Heinz^a, S. Priebe^b

^aDepartment of Psychiatry and Psychotherapy, Charité - University Medicine Berlin, CCM, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Germany

^bUnit for Social and Community Psychiatry, Queen Mary University of London, Newham Centre for Mental Health, London, E13 8SP, UK

^cInternational and Migrant Health, NIVEL (Netherlands Institute for Health Services Research), Otterstraat 118-124, PO Box 1568, 3500 BN Utrecht & University of Amsterdam, Amsterdam Institute of Social Sciences Research, Amsterdam, The Netherlands

^dEtablissement public de santé Maison Blanche, 18 rue Rémy de Gourmont, 75019 Paris, France

^eFonds de la Recherche Scientifique-FNRS, rue d'Egmont 5, 1000 Bruxelles, Belgium

^fInstitute of Health and Society IRSS, Université catholique de Louvain, Clos Chapelle aux Champs 30.15., 1200 Bruxelles, Belgium

^gInstituto de Higiene e Medicina Tropical & CMDT, Universidade Nova de Lisboa, Rua da Junqueira, 96, 1349-008 Lisbon, Portugal

^hLaziosanità ASP - Public Health Agency for the Lazio Region, Via S. Costanza 53, 00198 Rome, Italy

ⁱDanish Research Centre for Migration, Ethnicity and Health (MESU), Unit of Health Services Research, Department of Public Health, University of Copenhagen, Øster Farimagsgade 5, DK-1014 Copenhagen, Denmark

^jDepartment of Sociology, National School of Public Health, 196 Alexandras Avenue, Athens 11521, Greece

^kNational Institute for Health and Welfare (THL), Department for Mental Health and Substance Abuse Services, P.O.B. 30, FIN-00271 Helsinki, Finland

^lAgency of Public Health of Barcelona, Pça. Lesseps, 1, 08023 Barcelona, Spain

^mFaculty of Health Sciences at Nyíregyháza, University of Debrecen, Sóstói út 31/B, 4400 Nyíregyháza, Hungary

ⁿInstitution for health Sciences, Department of Public Health Sciences, Mid Sweden University, SE- 851 70, Sundsvall, Sweden

^oHealth Services Management Department, School of Public Health, Griffith University, Gold Coast Campus, Southport, Queensland 4222, Australia

^pDepartment of Health Management, Lithuanian University of Health Sciences, A. Mickevičiaus g. 9, LT 44307, Kaunas, Lithuania

^qLudwig Boltzmann Institute for Social Psychiatry, Lazarettgasse 14A-912, 1090 Vienna, Austria

^rInstitute of Psychiatry and Neurology, Ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warsaw, Poland

On behalf of the EUGATE- study group

ABSTRACT

Keywords:

Immigrants
 Service use
 Interpreting service
 Staff diversity
 Europe

Background.- The number of immigrants using health services has increased across Europe. For assessing and improving the quality of care provided for immigrants, information is required on how many immigrants use services, what interpreting services are provided and whether staff members are from immigrant groups.

Methods.- Structured interviews were conducted with 15 health services (9 primary care, 3 emergency departments, 3 mental health) located in areas with high immigrant populations in each of 16 European countries (n=240). Responses were collected on the availability of data on service use by immigrant patients, the provision of interpreting services and immigrant staff members.

Results.- Data on service use by immigrants were recorded by only 15% of services. More than 40% of services did not provide any form of interpreting service and 54% of the services reported having no immigrant staff. Mental health services were more likely to use direct interpreting services, and both mental health and emergency services were more likely to have immigrant staff members.

Discussion.- For assessing and improving the quality of care provided for immigrants, there is a need to improve the availability of data on service use by immigrants in health services throughout Europe and to provide more consistent access to interpreting services.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Corresponding Author.
 E-mail address: ulrike.kluge@charite.de (U. Kluge)

1. Introduction

The number of immigrants using health services in Europe has increased in recent years [26], which has given rise to the challenge of maintaining service quality, whilst still meeting the needs of diverse populations of patients [7,8]. A reflection of these changes can be seen in an increase in the research on health service provision for immigrants in Europe [4]. However, there remains a lack of data across several European countries on key service features including: data on service utilization [29], data on the availability of interpreting services, and staff members from immigrant groups. Data on factors such as the availability and use of interpreting services are essential as they represent some of the basic elements of good practice when implementing services for immigrants [22,32].

2. Availability of information about service use among immigrants

Composition and extent of service use by immigrants differ between health services and countries. Information is therefore required to capture the distribution of immigrants actually using services. This requires the recording of disaggregated data on immigrant use within individual health services. At present, information on service use at this level is scarce, limiting the opportunity for comparative analysis across services and countries within Europe [4,26]. Various studies have attempted to describe immigrant preferences for accessing health services. In the United Kingdom, for example, McCrone et al. [27] reported that Somali refugees with mental health issues preferred to seek the help of general practitioners and refugee services, rather than accessing community mental health services. In addition, several other countries have reported that immigrants have a tendency to overuse emergency departments for general health problems [3,10]. Findings such as these emphasise the importance of capturing health service use across different types of service, as well as between countries.

3. Interpreting services

Several challenges can arise when providing health care to meet the needs of immigrants. Notable difficulties have included: the lack of knowledge about the health care system; mistrust of public institutions [15,26]; disparities in the explanatory models of illnesses used in different cultures [19,31]; and lack of complete entitlement to the utilisation of health services [36]. The most frequently mentioned difficulty in providing suitable health care to meet the needs of immigrants has been the barriers in language and communication [2,16,18,35]. For this specific reason, we have focused on the provision of interpreting services in response to challenges associated with language barriers.

Roberts et al. [33] reviewed the evidence on language barriers and concluded that language barriers hamper access to health services [1,23]. Language barriers can also result in longer visit times, fewer visits, more misunderstandings, more emergency room visits, and a reduction in satisfaction with the treatment received [26,40]. Some authors also speculated

that language differences can lead to negative judgements and stereotyping [39].

Health services have attempted to adapt to the linguistic needs of their patients with several solutions aimed at improving communication between practitioners and immigrant patients. One example has been to employ bilingual staff, however this solution favours large services with a high demand for bilingual staff and the resources to adopt this solution for all the main patient languages [21]. Another solution has been the use of interpreting services, which can offer assistance in a variety of languages [9]. The importance of language barriers might differ in different types of health service. For mental health services, language and communication are particularly salient as they represent the principle means for diagnosis and treatment, particularly in the application of psychotherapeutic treatments [20,21].

4. Staff members with immigrant backgrounds

To improve the quality of health services for immigrant patients, authors have argued for the use of 'culturally sensitive' or 'culturally competent' service provisions [6,37]. Some have supported the mainstreaming of cultural sensitivity in all health services, while others have favoured separate service provisions for immigrants [6]. One method for promoting cultural sensitivity has been the use of specific training programmes for health service providers and practitioners. Some experts have recommended actively recruiting staff from the same cultural and ethnic backgrounds as the patient population [11,13,14]. The latter could contribute in both direct and indirect ways to improving understanding between patients and health services. Exposing services to the experience of diverse cultural understandings of health and treatment [31] may increase awareness of cultural norms and values, while indirectly lessening the impact of stereotypical views [12,38]. However, services are primarily concerned with employing staff that are competent in their work. Matching the cultural or ethnic backgrounds of their patients with their staff is a difficult task, and of secondary concern to most services. Nevertheless, a workforce that is more representative of the population from which patients come from, may increase sensitivity to the dynamics of alienation and cultural differences [38].

In this paper, we present the availability of data on service use, immigrant staff, and the provision of interpreting services across 16 European countries and three types of health service. The participating countries were: Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Italy, Lithuania, Netherlands, Poland, Portugal, Spain, Sweden, and the UK. The range of countries was selected to obtain a cross-European view of data availability and allocation of provisions. In each country, emergency hospital departments, mental health care services and primary care services were included in the study to gather data on the extent to which variations in service use by immigrant patients are based on service type as noted in previous findings (e.g. 4, 9, 25). This study provides a descriptive analysis of data collected from interviews with representative staff from these services, across the participating countries, to identify the availability of routinely collected data across Europe on service use and service provision for immigrants.

5. Method

The data were gathered as part of the project: European Best Practices in Access, Quality and Appropriateness of Health Services for Immigrants in Europe (EUGATE). Questionnaires were conducted with representatives from emergency departments, mental health services and primary care services, across all 16 participating countries. In each country, services were selected based on their location to ensure they provided care to immigrant populations. For each country, three districts within a major city with the highest proportion of immigrants were selected. In most cases the selected major city was the capital, with the exception of Lithuania (Kaunas) and Spain (Barcelona), and four cities were selected instead of three districts for Finland (Malax, Oravais, Pietarsaari & Vaasa) and the Netherlands (Amsterdam, the Hague, Rotterdam & Utrecht). These deviations reflected the different distributions of emergency departments and mental health services in different countries. For a full list of services by country, see previous publication [32].

Once cities and districts were identified, representatives from three emergency departments, three mental health services, and nine primary care services were recruited in each of the 16 participating countries. Resulting in representatives being contacted in 48 emergency services, 48 mental health services, and 144 primary care services across Europe. In total 240 structured interviews were conducted on questions regarding service organisation, utilisation of services by immigrants, and monitoring systems within the services. An interview tool, developed using a Delphi process among partners within the participating countries, was used to collect the necessary data. This tool is publicly available from the EUGATE web page <http://www.eugate.org.uk/outcomes/index.html>.

Immigrants were defined as persons born outside of the country of current residence. In line with EU directives, this included: regular immigrants who are non-EU nationals but legally residing in the country (e.g. labour immigrants); asylum seekers awaiting a decision on their application; refugees as defined in Article 1 of the 1951 Convention; victims of human trafficking; and irregular immigrants as defined as persons who have not been granted permission to enter, or to stay, in a given country (e.g. undocumented immigrants). Immigrant populations were not differentiated on grounds of ethnicity, culture or country of origin for this study, as these data were too heterogeneous for the participating countries.

Data collected included: levels of service utilisation; patient characteristics; existence of any immigrant specific departments, programmes and policies; availability of specialised staff for immigrant patients; staff diversity; interpreting services and evaluation issues. Information collected concerned the preceding 12 months, or the most recent 12 month period for which figures were available. All data were descriptively analysed. The present paper describes findings concerning service use by immigrants, the existence of data registers, the provision of interpreting services, and the presence of staff members from immigrant backgrounds. Results concerning other aspects of the dataset have been published elsewhere [32].

Ethical approval was not required for this study in the participating countries, as no patient data were sought, and the study was regarded as service evaluation.

6. Results

6.1. Availability of data registers

Only 114 of the 240 services (48%) kept data-based usability figures on use of services by all patients. In another 109 services (45%), reported rates were based on estimates. For the remaining 17 health services (7%) neither data on actual figures nor estimated figures were made available to the interviewers.

Data on immigrant status was available for regular immigrants in 8% of services, refugees 7% of services, and asylum seekers 5% of services. Those figures had been lower, than for victims of human trafficking (10% of services) or irregular immigrants (14% of services). See Table 1, for the number of all services with available data on different groups of immigrant patients by status. These figures do not necessarily indicate actual rates of service usage by different immigrant groups based on status, but were more indicative of when information was recorded and for which groups based on immigration status.

There were marked differences on the availability of actual data on all patients and immigrant patients for the different types of services. Comparing the three different types of services, the highest level of data availability for all patients was found in emergency departments. 69% (n=33) of emergency departments had usage data for all patients, followed by mental health services, where 56% of services (n=27) had data for all patients, whereas primary care services had the lowest proportion with 38% of services (n=54). Variations were also noted between countries

Table 1
Proportion of services with available data on the immigration status of patients.

Data available on	All services (n=240)	Primary care (n=144)	Mental health (n=48)	Emergency care (n=48)
All patients in the service	48% (114)	36% (54)	56% (27)	69% (33)
All immigrants patients	15% (35)	10% (14)	25% (12)	19% (9)
Regular immigrant patients	8% (18)	6% (9)	15% (7)	4% (2)
Asylum seeker patients	5% (13)	4% (5)	13% (6)	4% (2)
Refugees patients	7% (16)	5% (7)	13% (6)	6% (3)
Victims of human trafficking patients	10% (24)	10% (14)	13% (6)	8% (4)
Irregular (undocumented) patients	14% (34)	14% (20)	21% (10)	8% (4)

on the availability of service usage data by all patients. In Germany and Austria, only in emergency departments usability figures had been based on data (for the other services, registers had been based on estimates), in Denmark, no data-based figures were available for any of the nine primary care services interviewed, and Finland only kept such data in the mental health services.

The order for the availability of data about service usage among immigrant patients differed from that for all patients. One in four of the mental health services (12 services) registered data on service usage by immigrant patients separately. This was the case for 19% of emergency departments (9 services) and only 10% of primary care services (14 services).

Only 15% of the figures on immigrant patients were based on actual data, while 69% were based on estimates and 16% of professionals interviewed did not provide any general figures on the number of immigrant patients. There was again considerable variation in the availability of data registers across countries. The highest numbers of services collecting data on immigrant patients were in Spain (9 out of 15 services interviewed) and Sweden (6 out of 15 services interviewed), whereas in Austria, Belgium, Denmark, France, Germany and the Netherlands, none of the services interviewed collected data on service use by immigrant patients.

From a country-level perspective: eight countries had at least one service interviewed that collected data on service use by refugees, while seven countries reported as least one service with data on asylum seekers, six countries for victims of human trafficking and 11 countries for irregular immigrants.

6.2. Information on the use of services

Despite the relative sizes of these services, the highest proportion of immigrant patients was found in the mental health services (23%), followed by 16% for primary care services and 13% for emergency departments. There was no overall pattern across the participating countries. Taking all the services into account, the average reported number of immigrant patients was higher in Austria, the Netherlands and Sweden. For emergency departments, this was the case again for Austria and the Netherlands, as well as for Greece. In primary care services, the number of immigrant patients was especially high in France, Germany and the Netherlands. For mental health services immigrant patient numbers were high for Greece, the Netherlands, and Sweden compared with the other participating countries.

6.3. Interpreting services

The dataset distinguished between three different types of interpreting services: 1) direct/face-to-face interpreting services, 2) telephone interpreting services, and 3) a mix of other kinds

of interpreting services, such as bilingual staff and mediators. 53% of services never provided any direct interpreting service, and 59% of responding services never provided a telephone interpreting service. In addition, 24% of the responding services reported always using direct interpreting service for patients with language difficulties, and only 17% of services always used a telephone interpreting service when language barriers were present. For figures on the frequency of availability of direct and telephone interpreting services see Table 2.

The availability of information on interpreting services within the three types of services studied varied across countries. Altogether 101 out of the 240 services (42%) did not provide any form of interpreting service. In Finland, Sweden and the UK, all interviewed services provided some kind of interpreting service. In Denmark, the Netherlands and Spain, 14 out of the 15 services had interpreting services available for immigrant patients. In Greece, no interpreting service use was reported in any of the services, whilst in Lithuania only two services offered some type of interpreting service. By contrast, in Spain, three services offered all the three types of interpreting service listed above (direct, telephone and mixed), followed by Belgium and Germany with two services providing all three types of interpreting service. All of the interviewed services in the UK had access to two different types of interpreting service. The same was the case for 14 of the 15 services in Sweden and 10 of the 15 services in Germany. In Denmark, at least 14 of the 15 services provided one or more of the types of interpreting service.

In addition to these figures, differences were noted between the countries regarding access and use of telephone interpreting services, which were absent in some of the participating countries. For all the services in Austria, Greece and Poland there was no access to such service, and in Germany and Hungary it was only offered by one service of the 15 interviewed.

Except Greece, where there was no interpreting service at all, all other countries had at least one service with a direct interpreting service.

Mental health services most often provided direct interpreting services (35%), followed by emergency departments (23%) and primary care services (20%). Emergency services had a higher proportion of telephone interpreting service use, as time critical care cannot wait for an interpreter to arrive, whilst mental health services provided telephone interpreting services less often than either of the other two types of service.

6.4. Staff members with immigrant background

For the 240 services interviewed in this study, 147 (61%) stated that they employed individuals with immigrant backgrounds among their staff. A quarter of those that did (16% of the total) had only one member of staff with an immigrant background. Eighty

Table 2
Responses given for how often direct and telephone interpreting services were used for patients with a language barrier.

Type of interpreting service	Never used	Sometimes used	Always used
Direct interpreting service (n=239)	53% (128)	23% (54)	24% (57)
Telephone interpreting service (n=211)	59% (124)	24% (50)	17% (37)

eight services (37%) reported having none, while data from five services (2%) were not available to report. In summary, for the 126 (54%) out of the 235 providers for which data were available, either no staff with an immigrant background were employed in the service or only one member of staff with an immigrant background.

In Sweden, all services reported having some immigrant members of staff, followed by Belgium, the Netherlands and the UK (14 out of 15 services interviewed), whereas in Lithuania none of the services reported having immigrants among their staff members. These differences did not appear to be related to variations between countries in terms of service size. The percentage of services that employed immigrants among their staff members was considerably higher within mental health services and emergency departments, than in primary care services (see Table 3 for figures by service type).

7. Discussion

7.1. Main findings

This study highlights the difficulty in investigating service use by immigrant patients, due to limited availability of data on service use for all patients in most of the participating countries, and across the three different types of health service investigated. In nearly half of the participating European countries, none of the services studied had any data available, and the availability of data registers for immigrant patients was much smaller. Only 15% of the services interviewed held any figures for service use by immigrant patients that were based on actual data. In most cases, the data were unavailable or based purely on estimates. These findings could be attributed to lower immigration rates for some European countries, or the view that collecting such data on immigrant patients might be regarded as discriminating or is not considered as necessary for planning service provision. Alternatively, some services and countries may consider current service provision as suitable for meeting the needs of immigrant patients, or that the needs of immigrant patients do not differ greatly from those of nationals.

In terms of specific provisions, the availability and use of interpreting services seemed generally low [5], particularly in primary care where only a few services reported using either direct interpreting, or telephone interpreting services. More than half of the assessed services did not provide any direct interpreting service. Telephone interpreting services were even less often available than direct interpreting services. Considering the lower cost and the relative convenience of organising tel-

ephone interpretation, it is surprising that telephone services are not more widely used.

There was also considerable variation between countries in the use of the different types of interpreting services (direct, telephone, and mixed). Mental health services tended to provide more direct interpreting services, than did primary care services and emergency departments. These findings reflect the structure of the services and the methods they apply to diagnose and treat patients. Longer treatment periods with longer contact sessions with single patients, and a lower case-load affords greater benefits from using more direct interpreting services. Where communication timing is more critical, as is often the case in emergency departments, then telephone interpreting services offer more distinct advantages and are therefore more widely used. The choice of interpreting service needs to compliment the way services actually function, in order to provide a suitable and effective health care.

For the Scandinavian countries participating in the study, Spain, the UK, and the Netherlands, interpreting services tended to be more mainstreamed in their delivery for immigrant patients. This was quite different for Austria, Finland, Greece and Lithuania, where there was either no interpreting services available or only very few services. For Finland and Lithuania, this could be attributed to immigration and health service provision for immigrants being a relatively new issue for policy and practice, but this would not explain the case for Austria. While for Denmark, Finland, Sweden, Spain and the UK, there were regulations and policies concerning the costs of interpretation. This is not the case for Austria and Germany, where the costs are not covered by state funds or health insurance regulation [21]. In the Netherlands, interpreting services have been provided free by the government since 1985, but these subsidies are to be abolished from 2012 [28].

The data presented here indicate wide heterogeneity between the 16 countries and the three types of services studied in terms of the provision of services for immigrant patients. Some of the data seemed to suggest that countries with fewer individuals from immigrant backgrounds tended to have fewer immigrant staff members employed within their services. Also to test this hypothesis further, research is required to compare these data with data on the different backgrounds of immigrant groups served within the catchment areas of these services.

7.2. Comparison with literature

In keeping with previous studies, our data confirms that very little data is available on the use of health services by immigrant patients. Unlike the study conducted by Nielsen et al. [29], which surveyed national statistics agencies and relevant national health authorities, the EUGATE study was based on a direct assessment of service provision. These two approaches for gathering information on the use of health services by immigrant patients yielded similar results. But Nielsen et al. found registry data on the utilization of health services at least in 11 European countries (Austria, Belgium, Denmark, Finland, Greece, Italy, Luxembourg, the Netherlands, Poland, Slovenia and Sweden). Austria, Belgium, Denmark and the Netherlands were included in the EUGATE study, but no registry data were available at the service provider level for these four countries.

Table 3
Responses given for whether immigrants were among staff members employed by services.

Service type	Immigrants among staff employed by the service	
	Yes	No
Primary care (n=142)	54% (77)	46% (65)
Emergency care (n=47)	74% (35)	26% (12)
Mental health care (n=46)	76% (35)	24% (11)

Studies in some European countries have shown that immigrants tend to make more use of emergency departments than national born populations do [3,30,34]. Secondary or tertiary services, such as mental health services [24,26], tend to be used to a lesser extent by immigrant patients. For this study, data records were either too fragmented or totally missing in the majority of cases for previous findings to be compared with our dataset.

Our study was able to suggest that telephone interpreting services were more frequently used in emergency departments, a finding confirmed in previous studies. Leman [25] pointed out that telephone interpreting services were more appropriate for emergency departments for their immediate availability and 24 hour coverage. He stated that there has been an enormous effort in the UK to improve telephone interpreting services, especially for emergency departments [25]. Our data extends this finding somewhat to other European countries. However, several countries did not provide any form of telephone interpreting services in any of the three types of health services included in this study. The impact of the missing payment regulations in some of the participating countries might have been one of the reasons for the lack of interpreting services in some of the services assessed [5,16].

7.3. Strengths and Limitations

This study had a wide scope, including service providers from three different types of services in 16 European countries. The collaboration of partners from different European countries, and research centres, was regarded as an advantage when collecting data from local health services. However, the limited availability of suitable data in these services restricted the analyses that could be conducted on this dataset. Collecting data simultaneously in multiple countries also had its limitations, especially when local factors, such as the definition of an immigrant, differ from country to country [17]. Considerable design and planning was required to produce consistent assessment tools, agreement on definitions of the several immigrant groups, the types of services studied, as well as providing training of interviewers across countries to ensure consistent data collection for comparative analyses. Despite the efforts to ensure consistency of study procedures, a degree of variation should be taken into account in line with national variations on local policy and health service practice.

Furthermore, only a small fraction of the total number of service providers in each country was included in this study. By singling out services situated in the largest cities, in areas with the highest proportion of immigrants among the population, we encountered the services with the most challenges in the provision of health services to immigrants. The findings presented here as a consequence, would most probably misrepresent the situation in rural services and services in smaller urban areas.

7.4. Implications

A better knowledge base and further scoping studies are required on the use of health services by immigrant patients for valid conclusions to be drawn at the national level in most

European countries. An obvious next step would be to relate national data on the use of health services by immigrants, to percentages of immigrants located in areas served by these services.

Although interpreting services were regarded as one of the most important elements of appropriate health care delivery for many immigrant patients in the literature [7,8], several European countries have yet to take steps to implement such services. Provisions for covering the costs of interpreting services are rare; the absence of such provisions in countries like Germany is one factor contributing towards the low availability of interpreting services [21]. By contrast, in Sweden where the costs of interpretation are covered by the government [9], there is a high level of interpreting service availability. Such variations are likely to have an impact on both the utilization of services and their quality in terms of patient satisfaction. Due to recent cut backs in the financing of interpreting services, as had been the case in the Netherlands, the development of such services across European countries might be on the decline.

The discussion on the employment of staff with immigrant backgrounds needs to be informed by the extent to which immigrants use certain health services, and whether the employment of staff from immigrant backgrounds actually increases integration, sharing of cultural practices, and acceptance of immigrants into mainstream services and society. Also, previous papers from the EUGATE project have suggested advantages for both the inclusion of qualified staff from immigrant backgrounds, and the training of all health service staff on cultural sensitivity and the specific needs of immigrant patients [6].

Summarising the data presented in this paper, there is still a lack of general good quality data within health services on the use and service provisions for immigrant patients across European countries. Notwithstanding, some differences do exist between countries and different types of health service. The findings presented here do increase the knowledge base somewhat for services providing health care in areas densely populated with immigrants, particularly on the availability and use of interpreting services and employment of staff with immigrant backgrounds.

Conflict of interest statement

None.

References

- [1] Ahmad W, Kernohan E, Baker M. Patients' choice of general practitioner: influence of patients' fluency in English and the ethnicity and sex of the doctor. *J Roy Coll GP* 1989;39:153-5.
- [2] Bischoff A, Bovier P, Isah R, Francoise G, Ariel E, Louis L. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med* 2003;57:503-12.
- [3] Borde T, Braun T, David M. Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen. Schlussbericht für das BMBF Berlin: Humboldt-Universität Berlin, Universitätsmedizin Charité 2003;61.
- [4] Claassen D, Ascoli M, Berhe T, Priebe S. Research on mental disorders and their care in immigrant populations: a review of publications from Germany, Italy and the UK. *European Psychiatry* 2005;20(8):540-9.

- [5] Dauvrin M, Lorant V, Sandhu S, W D, Dia H, Dias S, et al. Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe. A qualitative study. *BMC Research Note*2012;5:99.
- [6] Devillé W, Greacen T, Bogic M, Dauvrin M, Dias S, Gaddini A, et al. Health care for immigrants in Europe: is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. *BMC Public Health* 2011;11:699.
- [7] Europe Co. Bratislava Declaration on health, human rights and migration. 2007.
- [8] Europe Co. Recommendation Rec (2006) 18 Committee of Ministers to member states on health services in a multicultural society. 2006.
- [9] Fatahi N, Hellström M, Skott C, Mattsson B. General practitioners' views on consultations with interpreters: a triad situation with complex issues. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*2008;26(1):40-5.
- [10] Gaddini A, Franco F, Biscaglia L, Di Lallo D. An urban Italian study on emergency room utilisation by immigrants suffering from mental disorders in Rome, 2000-2004. *European Psychiatry*2008;23(2):118-24.
- [11] Gaitanides S. Interkulturelle Teamentwicklung – Beobachtungen in der Praxis. In: Auernheimer G, editor. *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*. Wiesbaden: Verl. für Sozialwiss.; 2010. p. 153-71.
- [12] Helman C-G. Culture, health and illness. 3rd ed. London: Butterworth-Heinemann; 1994.
- [13] Hinz-Rommel W. Interkulturelle Kompetenz. Ein neues Anforderungsprofil für die soziale Arbeit. Münster [u.a.]: Waxmann; 1994.
- [14] Hinz-Rommel W. Interkulturelle Öffnung Sozialer Dienste und Einrichtungen. Hindernisse und Ansatzpunkte. *IZA- Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit*1998;1:36-41.
- [15] Hjern A, Haglund B, Persson G, Roen M. Is there equity in access to health services for ethnic minorities in Sweden? *The European Journal of Public Health*2001;11(2):147-52.
- [16] Ingleby D. Good practice in health service provision for migrants. In: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova- Benedict R, McKee M, editors. *Migration and health in the European Union*. Berkshire: Open University Press; 2011. p. 227-42.
- [17] IOM. World Migration Report 2010. The future of migration: Building capacities for change. Geneva: International Organization of Migration2010.
- [18] Kang S-Y, Howard D, Kim J, Payne JS, Wilton L, Kim W, et al. English language proficiency and lifetime mental health service utilization in a national representative sample of Asian Americans in the USA. *Journal of Public Health*2010;32(3):431-9.
- [19] Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley, Calif. [u.a.]: Univ. of Calif. Press; 1981.
- [20] Kluge U. Sprach- und Kulturmittler in der Psychotherapie. In: Machleidt W, Heinz A, editors. *Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie Migration und psychische Gesundheit*: Elsevier, Urban & Fischer; 2010.
- [21] Kluge U, Kassim N. Der Dritte im Raum- Chancen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturmitlern in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In: Wohlfart E, Zaumseil M, editors. *Transkulturelle Psychiatrie- Interkulturelle Psychotherapie Interdisziplinäre Theorie und Praxis*. Heidelberg: Springer Verlag; 2006. p. 178-98.
- [22] Kluge U, Penka S. Konzeptionen für "Good Practice" im Bereich der Transkulturellen Psychiatrie in Deutschland. In: Machleidt W, Heinz A, editors. *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier Verlag; 2011. p. 551-60.
- [23] Ku L, Flores G. Pay now or pay later: providing interpreter services in health care. *Health Affairs*2005;24(2):435-44.
- [24] Lay B, Nordt C, Rössler W. Mental hospital admission rates of immigrants in Switzerland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*2007;42(3):229-36.
- [25] Leman P. Interpreter use in an inner city accident and emergency department. *Journal of Accident & Emergency Medicine*1997;14(2):98-100.
- [26] Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A, Priebe S. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*2008;23(Suppl. 1):14-20.
- [27] McCrone P, Bhui K, Craig T, Mohamud S, Warfa N, Stansfeld SA, et al. Mental health needs, service use and costs among Somali refugees in the UK. *Acta Psychiatrica Scandinavica*2005;111(5):351-7.
- [28] mighealth.net. http://mighealth.net/nl/index.php/Decision_of_Dutch_Ministry_of_Health_to_abolish_subsidies_for_translation_and_interpretation. 2011 [cited 2012 03/01].
- [29] Nielsen SS, Krasnik A, Rosano A. Registry data for cross-country comparisons of migrants' healthcare utilization in the EU: a survey study of availability and content. *BMC Health Services Research*. [Research Article]. 2009;9:210.
- [30] Norredam M, Krasnik A, M ST, N K, J MJ, S NA. Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scandinavian Journal of Public Health*2004;32.
- [31] Penka S, Krieg S, Hunner C, Heinz A. Unterschiedliche Erklärungsmodelle für abhängiges Verhalten bei türkischen und deutschen Jugendlichen - Bedeutung für Prävention und Behandlungsangebote. *Nervenarzt*2003;74:581-6.
- [32] Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, et al. Good practice in health care for migrants: Views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*2011;11:187.
- [33] Roberts C, Moss B, Wass V, Sarangi S, Jones R. Misunderstandings: a qualitative study of primary care consultations in multilingual settings, and educational implications. *Medical Education*2005;39(5):465-75.
- [34] Rué M, Cabré X, Soler-González J, Bosch A, Almirall M, Serna MC. Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): A cross-sectional study of immigrant and Spanish-born populations. *BMC Health Services Research*2008;8.
- [35] Salman R. Sprach- und Kulturmittlung: Konzepte und Methoden aus der Arbeit mit Dolmetschern in therapeutischen Prozessen. In: Hegemann T, Salman R, editors. *Transkulturelle Psychiatrie: Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2001. p. 169-90.
- [36] Straßmayr C, Matanov A, Priebe S, Barros H, Canavan R, Diaz-Olalla JM, et al. Mental health care for irregular migrants in Europe: Barriers and ways to overcome them. *BMC Psychiatry*2012;submitted.
- [37] Watters C, Ingleby D. Locations of care: Meeting the mental health and social care needs of refugees in Europe. *International Journal of Law and Psychiatry*2004;27:549-70.
- [38] Wohlfart E, Hodzic S, Özbek T. Transkulturelles Denken und transkulturelle Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie. In: Wohlfart E, Zaumseil M, editors. *Transkulturelle Psychiatrie- Interkulturelle Psychotherapie Interdisziplinäre Theorie und Praxis*. Heidelberg: Springer; 2006. p. 143-67.
- [39] Wright C. Language and communication problems in an Asian community. *J Roy Coll GP* 1983;33:101-4.
- [40] Yeo S. Language barriers and access to care. Annual review of nursing research [serial on the Internet]. 2004; 22: Available from: http://www.springerpub.com/samples/9780826141347_chapter.pdf [Stand 03.06.2010]

Publikation 2

Devillé, W., Greacen, T., Bogic, M., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A. et al. (2011). Health care for immigrants in Europe: is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. *BMC Public Health*, 11, 699.

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Health care for immigrants in Europe: Is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study

Walter Devillé^{1*}, Tim Greacen², Marija Bogic³, Marie Dauvrin⁴, Sónia Dias⁵, Andrea Gaddini⁶, Natasja Koitzsch Jensen⁷, Christina Karamanidou⁸, Ulrike Kluge⁹, Ritva Mertaniemi¹⁰, Rosa Puigpinós i Riera¹¹, Attila Sárváry¹², Joaquim JF Soares¹³, Mindaugas Stankunas¹⁴, Christa Straßmayr¹⁵, Marta Welbel¹⁶ and Stefan Priebe³

Abstract

Background: European Member States are facing a challenge to provide accessible and effective health care services for immigrants. It remains unclear how best to achieve this and what characterises good practice in increasingly multicultural societies across Europe. This study assessed the views and values of professionals working in different health care contexts and in different European countries as to what constitutes good practice in health care for immigrants.

Methods: A total of 134 experts in 16 EU Member States participated in a three-round Delphi process. The experts represented four different fields: academia, Non-Governmental Organisations, policy-making and health care practice. For each country, the process aimed to produce a national consensus list of the most important factors characterising good practice in health care for migrants.

Results: The scoring procedures resulted in 10 to 16 factors being identified as the most important for each participating country. All 186 factors were aggregated into 9 themes: (1) easy and equal access to health care, (2) empowerment of migrants, (3) culturally sensitive health care services, (4) quality of care, (5) patient/health care provider communication, (6) respect towards migrants, (7) networking in and outside health services, (8) targeted outreach activities, and (9) availability of data about specificities in migrant health care and prevention. Although local political debate, level of immigration and the nature of local health care systems influenced the selection and rating of factors within each country, there was a broad European consensus on most factors. Yet, discordance remained both within countries, e.g. on the need for prioritising cultural differences, and between countries, e.g. on the need for more consistent governance of health care services for immigrants.

Conclusions: Experts across Europe asserted the right to culturally sensitive health care for all immigrants. There is a broad consensus among experts about the major principles of good practice that need to be implemented across Europe. However, there also is some disagreement both within and between countries on specific issues that require further research and debate.

* Correspondence: w.deville@nivel.nl

¹International and Migrant Health, NIVEL (Netherlands Institute for Health Services Research), Otterstraat 118-124, PO Box 1568, 3500 BN Utrecht & University of Amsterdam, Amsterdam Institute of Social Sciences Research, Amsterdam, the Netherlands

Full list of author information is available at the end of the article

Background

The globalization of migration flows, over recent decades, has increased the multicultural diversity of our societies. Globally, the annual flow of immigrants between 2005 and 2010 was estimated to be around 2.7 million, with about 100 million migrant workers in 2009 [1]. According to the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), the percentage of the foreign-born population within the European Community in 2008 ranged from 4% in Finland to 37% in Luxembourg, with an overall average of 8% [2,3].

Health care services in these countries have to deal with increasingly culturally diverse populations. The World Health Organisation (WHO) mentioned in its Fact Sheet n° 31 "*The Right to Health*" that the right to health implies equal and timely access to health care services, the provision of health-related education and information, and the participation of the population in health-related decisions at national and community levels [4]. The right to health also implies equity in access to health care services for equal health needs. Health care services should be physically and financially accessible for all sectors of the population, including vulnerable groups, and should be delivered on the basis of non-discrimination. Facilities, goods, and services should respect medical ethics, as well as being gender-sensitive and culturally appropriate. In other words, they should be culturally and not only medically acceptable. Finally, they must be scientifically appropriate and of good quality. In short, access to health care is more than a legal right to health care. Many other aspects are involved.

Meeting the health needs of migrants and ethnic minorities is a challenge for health care services. Inequitable variation in the use and accessibility of health care services for migrants, indigenous populations, and other minorities in EU countries is a matter of concern for both health care providers and policy-makers. A substantial body of scientific literature [5-12] and policy reports [13-17] have documented differences between migrant groups and local populations in health care utilization in Europe. Migrants do not always have the right to the services they require (e.g. due to their legal status). Even in countries where access to health care is guaranteed for all migrant populations, they often meet with obstacles to quality care for: individual, socio-cultural, economic, administrative and political reasons [18,19]. There is therefore mounting pressure at the European level to ensure equal access for migrants to social and health care services, as reflected in the Portuguese Presidency of the EU in 2007 for example [20-22]. Governments are increasingly encouraged to develop policies to reduce migrant health care inequalities [23].

The thrust towards harmonisation across the EU makes the generation of evidence on what constitutes good practice in health care for migrants across Europe timely, with a view towards wider dissemination and implementation. The history and level of immigration vary between Member States, resulting in different levels of experience in providing health care to culturally diverse populations. In countries where such data is available, migrants seem to make lower use of specialist inpatient and outpatient care, with greater utilisation of emergency services instead [24]. Although barriers to accessing and using health care services have been described in several countries [25], good practices for dealing with these barriers have not yet been researched in any systematic way across Europe. There has been even less systematic research on how health care should best be delivered, once an immigrant has entered a service. The current study aimed to assess the views and values of professionals working in different health care contexts in 16 European countries as to what constitutes good practice in health care for immigrants.

Methods

The study is part of the project "*Best Practice in Access, Quality and Appropriateness of Health Services for Immigrants in Europe*" (EUGATE). Funded by the European Commission, the project collected data in 16 Member States: Austria, Belgium, Denmark, England, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Italy, Lithuania, Netherlands, Poland, Portugal, Spain and Sweden. Details and other findings from the project have been described elsewhere [26].

The present article describes results from another part of the project, a Delphi process on principles of good practice with experts from all 16 countries.

The Delphi method was developed as a means for collecting and synthesizing expert opinion on a given issue in the area of their expertise. Participants are chosen for their expertise, and are ensured anonymity with respect to their opinions. In light of the replies of other participants, they were then encouraged to revise their initial answers. The process aimed to bring the group towards a consensus. The process also produced a set of arguments defending the different points of view, whether they were consensual or discordant [27]. Three rounds are commonly viewed as sufficient for arriving at a high level of agreement [28]. For strengths and limitations of the Delphi method, see Hung et al. [28].

In order to identify principles of good practice, eight experts in the field of migration and health were recruited in each of the 16 participating countries (11 in Belgium and Germany). Experts were chosen primarily for their experience and expertise in the area of health care for migrants. In each country, experts were

purposely recruited to ensure representation from each of four different backgrounds: academia, the non-governmental sector, policy-making and health care practice (Table 1). No other criteria were set for recruitment.

From June 2008 to January 2009 data were collected either: (a) a specifically created online software programme in seven countries or (b), where researchers considered that the use of English-language software risked compromising participation for certain experts, via e-mail correspondence directly with experts. The Delphi process was divided into four rounds following a standard protocol. The experts were first invited to suggest up to ten statements describing factors that in their opinion constituted “best practice in the delivery of health care services to migrants”. They were asked to focus on health care delivery, from their perspective, for migrants who: (a) had arrived in their country within

the last five years, (b) were between 18 and 65 years of age, (c) had a regular legal income, and (d) did not originate from a developed country with a similar language (e.g. a Canadian from Quebec moving to Belgium). For each factor, they were asked to provide a brief explanation as to why they considered this factor to be important.

The total list of initial factors in each country was then reviewed by a minimum of two researchers in each local research team using the following instructions: (i) factors that were identical or using only slightly different wording to describe the same phenomenon were grouped into one factor; (ii) factors covering more than one phenomenon were split into more discreet entities. Each research team sought to respect the nuances given to the factors by the experts, using the provided explanations and aiming to define factors that would be

Table 1 Background of participating experts at the beginning of the Delphi Process in each country

COUNTRY	Academia	NGO	Policymaker	Practitioner
AUSTRIA	Sociology (3)	Political sciences	Political sciences (2)	Medicine (2)
BELGIUM	Public health Sociology (2) Pedagogy	Medicine Social work	Medicine Anthropology	Public health Medicine (2)
DENMARK	Psychiatry(2)	Psychiatry	Public Health Sociologist	Public health Internal medicine Medicine
ENGLAND	Researcher Nursing	Social work	Medicine (2)	Psychiatry Occupational therapy Psychology
FINLAND	Social sciences Master of Arts in Comparative Religion	Psychiatric nursing Psychiatry	Law	Psychiatry Public health Nursing (2)
FRANCE	Public health (2)	Medicine Social work	Public health Psychologist	Psychiatry Medicine
GERMANY	Psychiatry (3) Political sciences Sociology Medical psychology	Psychotraumatology Political sciences NGO activist	Social sciences	Psychiatry
GREECE	Law Public health	Medicine	Health economy	Psychiatry Psychology Medicine (2)
HUNGARY	Sociology Geography	Economical sciences Chemical sciences	Social worker (2)	Medicine (2)
ITALY	Public health Psychiatry	Psychiatry Medicine	Psychiatry (2)	Public health Psychiatry
LITHUANIA	Medicine Medical anthropology	Medicine Social Sciences/Law	Public health (2)	Gynaecology Medicine
NETHERLANDS	Sociology Epidemiology	Paediatrics Medical anthropology	Management Public Health	Medicine (2)
POLAND	Political sciences Migration studies	Cultural anthropology NGO Activist	Law Psychology	Medicine (2)
PORTUGAL	Medicine Sociology	Medicine Biochemistry	Intercultural relations Nursing	Public Health Nursing
SPAIN	Human Geography Economical Sciences	Medicine (2)	Medicine (2)	Gynaecology Psychology
SWEDEN	Public Health Psychology	Nursing	Nursing Sociology Psychology	Medicine (2)

meaningful for the same experts during the second round. At the end of this process, each individual factor consisted of a single summary statement, followed by an explanation composed by the research team but using only the comments provided by the experts themselves.

In the second round of the Delphi process, the revised list of factors, each with its explanation, was sent back to the experts who were asked to rate the importance of each factor on a scale from 1 (not important) to 5 (very important). An average score based on the scores of the individual experts was calculated for each factor. In the third round, experts whose ratings varied by more than one point from the average group rating (rounded off) on any particular factor, were asked to reconsider their rating on that factor in the light of the average score for all experts in their country. It was specifically mentioned that they had no obligation to revise their score, but, if they chose not to revise it, they were asked to explain their position. Ratings differing by less than one point from the rounded average score were regarded as consensus. For the final data analysis, individual discordance within countries was defined as an expert giving a final third round score that differed by 3 points or more from the rounded average score for that country. Between countries, discordance was defined as the presence of a good practice factor in a final national list that was in contradiction with a good practice factor in the final list of another country. Discordant experts explained why they remained with their scores.

In the presence of persisting within-country discordance, only one country organized a fourth round. This was due to the reticence of certain experts to modify their discordant scores, regardless of whether this meant that the factor in question would no longer be in the top ten for that country. Other countries did not organize a fourth round. After the last round, the factors with the ten highest average scores in each country were selected as the final list for that country. In countries where several factors scored identical for the tenth position, more than ten were included in the final list. Research teams in each country discussed the outcomes, considering both the national context at the time of the data collection, and any potential reasons for discordance. For the final analysis, all national good practice lists were translated into English where necessary. The final national lists were then compared to assess the level of consensus across Europe. Issues of discordance within and between countries were also reviewed.

Results

Of the 134 experts in the 16 countries who were recruited into the Delphi process, 126 completed the last round. The eight experts who dropped out did so after the second round. Data on participating countries

and the professional background of the experts is presented in Table 1.

The local reviewing process to remove repetition at each site prior to round two reduced these lists to between 11 and 40 factors for each country.

Final national consensus lists after the third round included between 10 and 16 factors with the ten highest scores, resulting in a total of 186 high scoring factors across all countries (Table 2).

Consensus

The 186 factors fall into nine thematic categories, which are summarized below in order of frequency, and are detailed further in Table 3. The first eight themes figured in the final national good practice lists for more than half of the participating countries. The themes represent general principles, some generic but with specific aspects for migrants. The nine general principles were:

- *Accessibility: easy and equal access to health care (mentioned by all 16 countries)*

This theme was mentioned on consensus lists of all countries as the number one priority. All countries mentioned the need for an easily accessible general health care system for all citizens (Table 3). Although they had initially been asked to propose good practice principles for migrants with regular, legal incomes and speaking the local language, experts from several countries also specifically prioritised equal access for refugees and undocumented migrants.

- *Empowerment of migrants (15 countries)*

Table 2 Number of factors of good practice listed per Delphi round and range of final scores

COUNTRY	1st round	2nd round	Final	Scores
AUSTRIA	48	17	11	4.4-4.0
BELGIUM	91	21	10	4.6-4.3
DENMARK	60	32	11	5.0-4.4
ENGLAND	64	28	10	4.9-3.5
FINLAND	50	22	13	4.9-4.0
FRANCE	84	41	16	4.9-4.1
GERMANY	64	30	12	4.8-4.2
GREECE	24	24	10	4.6-4.0
HUNGARY	65	16	10	4.0-3.3
ITALY	80	11	10	4.6-3.8
LITHUANIA	45	35	14	4.8-4.1
NETHERLANDS	54	26	12	4.9-3.9
POLAND	63	31	16	4.8-4.0
PORTUGAL	57	18	10	4.8-4.0
SPAIN	75	14	10	5.0-3.2
SWEDEN	76	30	11	4.9-4.5

Table 3 Major themes in the 16 country-specific, final factor lists

Theme	Description	Details	Countries mentioning theme	Countries not mentioning theme in first 10
Easy and equal access	A health care system that is easy to access for migrants	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibility on the same terms as the general population: <ul style="list-style-type: none"> ◦ <i>In health care systems with free access</i>, free access to care for migrants. ◦ <i>In insurance-based health care systems</i>, migrants should have the right to be insured. • Remove barriers to accessing <i>secondary care</i>. • <i>Special health services</i> should be made available in areas with high migrant populations • <i>Service hours</i> should adapt to the needs of their users, including migrants. • Services should be <i>affordable</i>: governments should provide the necessary resources and adapt legislation to achieve this. • <i>Inform health professionals</i> about the <i>legislation</i> related to the <i>rights to health care</i> for migrants in their country. 	16	
Empowerment	Empower migrants with regard to health & health determinants	<ul style="list-style-type: none"> • Provision of <i>information</i> for migrants in their <i>own language</i> <ul style="list-style-type: none"> ◦ about their <i>rights</i> and the functioning of the <i>health care system and social care system</i>. ◦ about <i>health, illness and prevention</i> ◦ Provide a <i>special consultation</i> the first time people access the health care system. • Outside the health care sector: <ul style="list-style-type: none"> ◦ improving access to work as well as work and living conditions empowers migrants and may consequently ◦ improve their health. providing opportunities to learn the language of the host country will facilitate integration into the host country and consequently also access to health care. • <i>Participation of migrants and non-governmental organisations (NGOs)</i> dealing with migrants in the organisation of health care services. 	15	DK
Culturally sensitive care	Adjust care provision to cultural differences	<ul style="list-style-type: none"> • Health care providers should receive <i>specific training on cultural competencies and communication skills</i>. • Employ <i>cultural mediators or health care providers of migrant descent</i>, • Develop <i>specialised services</i> in case of added value to regular services can be demonstrated. • <i>Health education and health promotion</i> messages should take into account cultural diversity. 	14	FI, UK
Quality care	Guarantee quality of care	<ul style="list-style-type: none"> • Services should consider <i>the patient as an individual</i> and not stereotype them with the characteristics of the cultural group they are perceived of as belonging to. • Quality care means taking into account <i>the individual's specific medical history and social background</i> and giving individualised psychological support and empathy. • Health care professionals should take <i>the time to listen to patients</i> and check that both parties have understood each other. • Other factors mentioned: <ul style="list-style-type: none"> ◦ establishing <i>trust</i>, ◦ seeking <i>truly informed consent</i>, ◦ guaranteeing <i>continuity of care</i> 	12	DE, LT, PT, UK

Table 3 Major themes in the 16 country-specific, final factor lists (Continued)

		◦ <i>adapting care</i> to the person's lifestyle and their capacity to receive and self-manage care		
Patient-health care provider communication	Provide interpreting and translation	<ul style="list-style-type: none"> • High quality <i>interpreter services</i>, either in person or by telephone, should be easily accessible. • Services should take into account varying levels of <i>both health literacy and mastery of the local language</i>. 	11	BE, HU, IT, NL, PT
Respect towards migrants	Fight discrimination & prejudice, respect differences	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Practitioners</i> should show <i>respect</i>, create <i>trust</i>, be <i>interested</i> and address patients without prejudice and with an open mind. • <i>Health care services</i> should be delivered without xenophobia or any sign of racism. • <i>Health care providers</i> should be motivated to deliver care for migrants with attention to their <i>specific needs and priorities</i>. • A <i>policy against acts of discrimination in health care facilities</i> should be established and implemented. 	9	AT, BE, DE, EL, IT, PT, UK
Networking in and outside health care services	Effective networking, integrated care	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Networking</i> within health care services and <i>between health and social services</i> • <i>Interdisciplinarity</i> is a priority within health care services. • <i>Coordination</i> between primary care services, or between primary care and refugee-specific health care services. • <i>Supporting</i> migrants to develop their <i>social networks</i> • <i>Supporting</i> migrants or persons of migrant descent <i>who care for other migrants</i>. 	8	AT, BE, DE, EL, FR, HU, LT, SE
Targeted outreach activities	Targeted outreach programmes in prevention and care	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Outreach activities</i> in health education, screening, prevention and promotion with difficult to reach migrant groups. 	8	AT, BE, DK, FI, LT, NL, PL, SE
Availability of data	Data on migrants, epidemiology, research	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Health care services</i> should be provided with <i>relevant knowledge on health and risk factors</i> concerning the populations they are dealing with. • <i>Health registries</i> ◦ should record and monitor migrant health to facilitate migrant health research. ◦ should be able to integrate patient mobility with full respect of human rights. 	6	DK, EL, FR, HU, IT, LT, PL, PT, SE, UK

Migrants should be informed about their rights and the functioning of the health care system. This might involve a special consultation the first time people access the health care system. (Table 3)

• *Culturally sensitive health care (14 countries)*

Optimising culturally sensitive care several specific measures were proposed. (Table 3) Although most countries' experts underlined the need for health care services to take into account the cultural or religious habits of migrants, others considered that migrants should be encouraged to understand the habits and culture of local health care systems.

• *Quality of individual care (12 countries)*

Services should consider the patient as an individual and

not stereotype them with the characteristics of the cultural group they are perceived of as belonging to. (Table 3)

• *Patient-health care provider communication (11 countries)*

High quality interpreter services, either in person or by telephone, should be easily accessible. (Table 3).

• *Respect towards migrants (9 countries)*

Practitioners should show respect, create trust, be interested and address patients without prejudice and with an open mind. (Table 3)

• *Networking and interdisciplinarity (8 countries)*

Meeting the health care needs of migrants requires

networking within health care services and between health and social services. (Table 3)

- *Targeted outreach activities (8 countries)*

Outreach activities in health education, screening, prevention and promotion with difficult to reach migrant groups were mentioned in eight countries.

- *Availability of data (6 countries)*

Health care services should be provided with relevant knowledge on health and risk factors concerning the populations they are dealing with. Health registries should record and monitor migrant health to facilitate migrant health research. (Table 3)

If a similar analysis is conducted on only the three most important principles in each country, instead of ten, *accessibility* features in eleven countries, *culturally sensitive care* in ten, *communication* in nine and *empowerment* in eight. All the remaining priorities featured among the three most important ones, but in less than half of the countries.

Discordance

Discordance within and between countries concerning factors experts considered to be important was not infrequent. Of the 120 round 2 scores containing discordant scores, 99 (83%) were voiced by 13 of the 126 experts who completed the Delphi process in 7 of the 16 countries. None of the four expert categories (academia, NGO, policy makers, practitioners, and no professional category) were over-represented in these discordant voices. Final factors containing discordant scores were frequent in: Greece (10/12), Austria (7/11), UK (7/12) and Portugal (7/13). However, the discordance in these final factors was all due to one single expert in each country, with the exception of the UK with 2 discordant experts. No other country had more than 3 final factors containing discordant scores.

The whole question of migrant-specific health care is seen as a false problem by discordant experts in Belgium ("the key difference is socioeconomic"), Finland ("everyone is culturally different, not just migrants") and France ("pinpointing cultural needs creates health care ghettos"). Within country discordance, as defined in the Methods section above, remained with respect to 15 good practice factors in seven countries (Table 4). In Austria and Belgium, discordance even remained in the final list of ten most important factors. In Austria, there was disagreement on the need for employing staff speaking migrant languages, translated information material, and measures directed at preventing and diminishing discrimination. In Belgium, discordance persisted on the

importance of providing specific information about health insurance and other financial support measures. In Lithuania, experts disagreed about the need for providing information about the health care system. In France and Poland, experts disagreed about the need for specific epidemiological information on areas with high migrant populations. French experts also disagreed about the need for having experts providing extensive training to health care professionals to be aware of ethnic and cultural issues, with opponents considering this to be a trap, arguing that the most important principles for health professionals are to take sufficient time and have access to an interpreter.

German experts disagreed on the need for improving contextual societal factors, such as the social acceptance and social support of migrants as ways of improving accessibility and quality of health care. The presence of a discordant voice generally resulted in that factor having a significantly lower final average score. This was the case, for example, in Germany for the factor concerning the need for health care providers to reflect on their own cultural backgrounds. In the Netherlands, experts had highly opposing views on the need for customized care for migrants, even on a small-scale, action-specific and temporary basis. In Portugal, promoting positive attitudes towards migrants and fighting against discrimination in health care professionals was excluded from the final national good practice list due to two discordant votes (both from academics).

Discordance also existed between the 16 participating countries. For example, coherent national, regional and local governance was seen as an advantage in Belgium and as a disadvantage in the UK, where political correctness in health care policy might have created resistance and discord.

Discussion

Sixteen European countries, with varying migration histories, participated in this research. The national consensus lists of principles of good care fell into nine thematic categories for which there was a considerable level of consensus across countries. Four out of the nine principles figured in the final lists of 12 countries, and eight in the final lists of at least eight of the participating countries. Best practice should guarantee easy access to health care resources and equal rights. Migrants should be empowered to make optimum use of culturally sensitive health care services. Good practice means quality individual care, provided when needed and adapted to migrants' needs in terms of: communication, attitudes, empathy and non-discrimination.

Organising a Delphi process with experts in 16 different countries is a challenge. The study did not set out to identify consensus across all 16 countries, but

Table 4 Consensus and discordance concerning factors of good practice in health care for migrants in Europe

Country	Factors presented at 2 nd round (n)	Consensus ¹ 2 nd round	Consensus final (3 rd) round	Factors containing discordance in final list ²
AUSTRIA	17	12%	29%	4
BELGIUM	21	0%	38%	2
DENMARK	32	31%	75%	0
ENGLAND	28	11%	71%	0
FINLAND	22	9%	64%	0
FRANCE	40	12%	61%	2
GERMANY	30	3%	43%	3
GREECE	24	17%	71%	0
HUNGARY	16	6%	81%	0
ITALY	11	9%	82%	0
LITHUANIA	35	14%	49%	1
NETHERLANDS	26	4%	81%	1
POLAND	31	3%	61%	2
PORTUGAL	18	6%	22%	0
SPAIN	14	- ³	80%	0
SWEDEN	30	20%	83%	0

¹ Consensus: Percentage of experts' scores that are 1 point or less from the rounded average score for each factor

² Discordance: Number of scores that are 3 points or more from the rounded average score

³ Spain had two rounds only.

chose to identify consensus lists at national levels. This approach was considered more useful given the different contexts of the national health systems. It also facilitated participation, in that experts were able to report in their own language, resulting in more detailed explanations regarding the suggested factors.

A limitation of this study is the representativeness of the experts participating in each country. Although the project set out to recruit experts from different professional backgrounds, medical doctors and professionals working in the field of mental health were over-represented in some countries. Furthermore, experts in several countries were all based in the capital city, with possible implications for the generalisability of findings to more rural contexts. The presence of experts with strong discordant views on particular factors had an important effect on the outcome of the Delphi process. Furthermore, in countries with limited immigration experience, discussion about the need for culturally sensitive health care was more limited. In the current analysis, these countries nonetheless received the same weight as countries with greater experience in providing health care to large migrant populations.

Differences between countries' health care systems and social contexts are likely to have influenced the selection of factors. The development and implementation of migrant health policies is a challenging task for

governments, given the highly political nature of public policy on immigration in most European countries today [23]. Recent discourse in Europe on the necessity of integrating immigrants, and the resulting debate on what host societies should expect from immigrants through this integration process, may well have impacted on the Delphi process. As researchers reported, issues that were highly debated within individual countries during the time of data collection, inevitably appeared on the initial lists of best practice factors, even though they often did not reach consensus during the Delphi process. Other practices might have been so accepted and widespread in certain countries that they were taken for granted even by the experts, did not end up as priorities. For example, formal interpreting services are readily available in the Netherlands at many levels of the health care system, although not necessarily in every single situation in which they might be useful. Recently the government decided to discontinue financing interpreter services for health care from 2012 on [29]. In the case of Germany, there is an on-going debate within the mental health sector about the advantages and disadvantages of therapists with the same ethnic background as the patients compared to therapists using trained interpreters [30]. Also the pros and cons of specialized services compared to culturally sensitive standard care are subject of public debate in several countries. In Austria, the current debate is less adapting the health care system to population diversity, but stronger about immigrants having to gain German language skills and integrating into the labour market and therefore contribute to the health care system [31].

The widespread debate on the integration of immigrants into European societies may impact on the provision of language support and translated information material for migrant patients. This might be a reason for why no principle on migrant empowerment was agreed in Denmark [32], where in 2011 the government has introduced a fee on interpreter services for migrants having resided in the country for more than seven years [33]. In Belgium, immigration contexts and political views concerning immigration in a broad sense, reception of asylum seekers and regularisation of undocumented migrants vary between regions and regional political trends, thus limiting the chance to reach overarching political decisions [34]. In Poland, which has a short history of immigration [32], the debate is not about immigration itself, but more about the quality of health care and its accessibility for immigrants and especially about services for asylum seekers. Although Greece is currently facing a large influx of immigrants, cultural mediators and other facilities are still not available as the challenge of immigration has still to be addressed [32,35].

Given these greatly varying national realities, it could be seen as surprising that such a broad European consensus exists on the need for health care services to take ethnic cultural diversity into account. The right to equal access to health care for immigrants, without barriers, is regarded as a priority in all participating countries. A large majority of experts agree that empowering immigrants regarding health and health care, not the least by improving communication and developing culturally sensitive health care services, will facilitate access to and quality of care. An attitude of respect, trust and openness without discrimination forms the basis around which all other best practice principles and activities can develop.

Conclusion

The identified principles for migrant sensitive and accessible health care are not new. However, the results of this study underline the current broad consensus in Europe among experts coming from different backgrounds.

Several of the identified principles are also reflected in recent policy documents such as The Amsterdam Declaration: towards migrant friendly hospitals in an ethno-culturally diverse Europe [36]; the United Kingdom Race Relations Act [25]; frameworks developed under the Portugal Presidency of the Council of the European Union and the Council of Europe [20,21]; and the WHO's Global Consultation on Migrant Health which took place in Spain in 2010 [1,25]. It may well be time to develop a European Charter on the right to, and the need for accessible, culturally sensitive health care for all citizens in Europe, wherever their origins. Through the Charter governments should commit themselves to creating and supporting all necessary conditions for the development of culturally sensitive health care. Although, more research is needed to develop the views of stakeholders on this question, the present consensus list of principles of best practice may be, in our opinion, a significant step in this direction.

Acknowledgements and Funding

This study is a part of the EUGATE project funded by the General Directorate of Health and Consumer Protection of the European Union (DG-SANCO). More information can be found at: <http://www.eugate.org.uk>. All authors would like to acknowledge Professor Jutta Lindert for her contribution to the study application and the entire EUGATE research team for their contributions to data collection, management and analysis. We also would like to express our gratitude to the experts in each country for giving their time and for their willingness to share their expertise.

Author details

¹International and Migrant Health, NIVEL (Netherlands Institute for Health Services Research), Otterstraat 118-124, PO Box 1568, 3500 BN Utrecht & University of Amsterdam, Amsterdam Institute of Social Sciences Research, Amsterdam, the Netherlands. ²Etablissement public de santé Maison Blanche, 18 rue Rémy de Gourmont, 75019 Paris, France. ³Unit for Social and Community Psychiatry, Queen Mary University of London, Newham Centre

for Mental Health, London, E13 8SP, UK. ⁴Institute of Health and Society, Université Catholique de Louvain, Clos Chapelle aux Champs 30.05., 1200 Brussels, Belgium. ⁵Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Rua da Junqueira, 96, 1349-008 Lisbon, Portugal. ⁶Laziosanità ASP-Public Health Agency for the Lazio Region, Via S. Costanza 53, 00198 Rome, Italy. ⁷Danish Research Centre for Migration, Ethnicity and Health (MESU), Section for Health Services Research, Department of Public Health, University of Copenhagen, Øster Farimagsgade 5, DK-1014 Copenhagen, Denmark. ⁸Department of Sociology, National School of Public Health, 196 Alexandras Avenue, Athens 11521, Greece. ⁹Clinic for Psychiatry and Psychotherapy, Charité-University Medicine Berlin, CCM, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Germany. ¹⁰National Institute for Health and Welfare (THL), Department for Mental Health and Substance Abuse Services, P.O.B. 30, FIN-00271 Helsinki, Finland. ¹¹Agency of Public Health of Barcelona, Pça. Lesseps, 1, 08023 Barcelona, Spain. ¹²Faculty of Health Sciences at Nyíregyháza, University of Debrecen, Sóstói út 31/B, 4400 Nyíregyháza, Hungary. ¹³Department of Public Health Sciences, Section of Social Medicine, Karolinska Institutet, SE-171 76 Stockholm, and Department of Public Health Sciences, Mid Sweden University, SE-851 70 Sundsvall, Sweden. ¹⁴Department of Health Management, Lithuanian University of Health Sciences, A. Mickevičiaus g. 9, LT 44307, Kaunas, Lithuania. ¹⁵Ludwig Boltzmann Institute for Social Psychiatry, Lazarettgasse 14A-912, 1090 Vienna, Austria. ¹⁶Institute of Psychiatry and Neurology, Ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warsaw, Poland.

Authors' contributions

WD contributed to the study design, was in charge of study implementation and data analysis, and drafted the manuscript. SP designed the study protocol, was in charge of the overall management of the study and helped draft the manuscript. TG participated in data analysis and helped draft the manuscript. MB supported study co-ordination. All authors collected national data and are guarantors of the data in their country; they commented on successive drafts of the manuscript and approved its final version.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Received: 14 March 2011 Accepted: 13 September 2011

Published: 13 September 2011

References

1. WHO: *Health of Migrants - The way forward. Report of a global consultation. Madrid, Spain, 3-5 March 2010* 2010.
2. OECD: *International Migration Outlook 2010*.
3. International Organization for Migration: *World Migration Report: Managing Labour Mobility in the Evolving Global Economy*. Geneva 2008.
4. UNCHR: *The Right to Health. Factsheet 31* OHCHR-WHO; 2008 [<http://www2.ohchr.org/english/issues/health/right/>], accessed on 22/01/2011.
5. Cooper H, Smaje C, Arber S: *Use of health services by children and young people according to ethnicity and social class: secondary analysis of a national survey*. *BMJ* 1998, **317**:1047-1051.
6. Reijneveld SA: *Reported health, lifestyles and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?* *Journal of Epidemiology & Community Health* 1998, **52**:298-304.
7. Patel S: *Intercultural consultations. Language is not the only barrier*. *BMJ* 1995, **310**:194.
8. Ahmad WI, Baker MR, Kernohan EE: *Race, ethnicity and general practice*. *Br J Gen Pract* 1990, **40**:223-224.
9. Langwell KM, Moser JW: *Strategies for Medicare health plans serving racial and ethnic minorities*. *Health Care Financ Rev* 2002, **23**:131-147.
10. Smaje C: *Equity and the ethnic patterning of GP services in Britain*. *Social Policy & Administration* 1998, **32**:116-131.
11. Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA: *Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs?* *J Epidemiol Community Health* 2001, **55**:701-707.
12. Smaje C, Grand JL: *Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS*. *Soc Sci Med* 1997, **45**:485-496.
13. Carballo M, Mboup M: *International migration and health: a paper prepared for the Policy Analysis and Research Programme of the Global Commission on International Migration*. 2005.

14. Ingleby D, Chimienti M, Hatziprokopiou P, Ormond M, De Freitas C: **The role of health in integration, in social integration and mobility: education, housing and health.** In *IMISCOE Cluster B5 State of the art report, Estudos para o Planeamento Regional e Urbano*. Edited by: Fonseca L, Malheiros J. n° 67. Lisbon: Centro de Estudos Geográficos; 2005:89-119.
15. MacKay L, McIntyre S, Ellaway A: **Migration and health: a review of the international literature.** *Medical Research Council, Social & Public Health Sciences Unit, Occasional Paper No. 12.* Glasgow 2003.
16. Mladovsky P: **Migration and health in the EU.** *Research Note produced for the European Commission as part of the Health and Living Conditions Network of the European Observatory on the Social Situation and Demography* 2007.
17. WHO: *International migration, health & human rights* Geneva: Health & Human Rights Publication Series Issue No. 4; 2003.
18. Goddard M, Smith P: **Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK.** *Social Science & Medicine* 2001, **53**:1149-1162.
19. Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J: **Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review.** *Family Practice* 2006, **23**:325-348.
20. Fernandes A, Pereira MJ, Eds: **Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society.** Lisbon, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2009.
21. Padilla B, Portugal R, Ingleby D, De Freitas C, Lebas J, Pereira MJ: **Good practices on health and migration in the EU.** *Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society* Lisbon, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2009.
22. LSE Health, London School of Economics and Political Science: **Migration and health: a dynamic challenge for Europe.** *EuroHealth* 2010, **16**:1-31.
23. Mladovsky P: **A framework for analysing migrant health policies in Europe.** *Health Policy* 2009, **93**:55-63.
24. Huber M, Stanciole A, Bremner J, Wahlbeck K: *Quality in and equality of access to health care services* European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Brussels; 2008.
25. Fortier JP: **Migrant-sensitive health systems.** *Health of Migrants-The way forward. Report of a global consultation. Madrid, Spain, 3-5 March 2010* WHO; 2010.
26. Priebe S, Sandhu S, Dias S, et al: **Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries.** *BMC Public Health* 2011, **11**:187.
27. Gordon T, Pease A: **RT Delphi: An Efficient, "Round-Less" Almost Real Time Delphi Method.** *Technological Forecasting & Social Change* 2006, **73**:321-333.
28. Hung H, Altschuld JW, Lee Y: **Methodological and conceptual issues confronting a cross-country Delphi study of educational program evaluation.** *Evaluation and Program Planning* 2008, **31**:191-198.
29. **Brief van de minister en staatssecretaris van volksgezondheid, welzijn en sport.** *Vaststelling begroting Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2011*, Vergaderjaar 2010-2011 Nr. 143 [Budget Adoption Ministry of Health, Welfare and Sport (XVI) for the year 2011 Annual Meeting 2010-2011] (<http://www.rijksbegroting.nl/2011/kamerstukken,2011/6/3/kst157024.html>) (accessed 12 August 2011).
30. Bühring P: **Psychotherapeutische Versorgung von Migranten: „Ziel ist die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens“** [Psychotherapeutic care of migrants: "The goal is the intercultural opening of the health system"]. *Deutsches Ärzteblatt* 2010, **11**:487-489.
31. Baldaszti E, Kytir J, Marik-Lebeck S, Wisbauer A, Faßmann H: *Migration & Integration. Facts. Figures. Indicators 2011*, Vienna 2011.
32. Modood T, Meer N: *Multicultural citizenship in Europe: the states we are in* Working paper, EMILIE project European Commission; 2009.
33. Kristiansen M, Nørredam M, Krasnik A: **Brugerbetaling for tolkning i sundhedsvæsenet-hvad er konsekvenserne?** [User fees for interpretation in health care-what are the consequences?]. *Ugeskr Læger* 2010, **172**(24):1844.
34. Jacobs D, Rea A: **Construction et importation des classements ethniques [Construction and Import of ethnic classifications].** *Revue européenne des migrations internationales* 2005, **21**:35-59.
35. Maratou-Alipranti L, Gazon E: **Report on migration and health-care. Assessment of the existing situation: challenges and perspectives.** *National Center for Social Research, Athens, Greece* 2005.
36. The MHF Project Group: *The Amsterdam Declaration towards migrant friendly hospitals in an ethno-culturally diverse Europe* 2004.

Pre-publication history

The pre-publication history for this paper can be accessed here:
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/699/prepub>

doi:10.1186/1471-2458-11-699

Cite this article as: Devillé et al.: Health care for immigrants in Europe: Is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. *BMC Public Health* 2011 **11**:699.

**Submit your next manuscript to BioMed Central
and take full advantage of:**

- Convenient online submission
- Thorough peer review
- No space constraints or color figure charges
- Immediate publication on acceptance
- Inclusion in PubMed, CAS, Scopus and Google Scholar
- Research which is freely available for redistribution

Submit your manuscript at
www.biomedcentral.com/submit



Publikation 3

Sandhu, S., Bjerre, N., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T. et al. (2013). Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48* (1), 105-116.

Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-012-0528-3>.

Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries

Sima Sandhu · Neele V. Bjerre · Marie Dauvrin · Sónia Dias · Andrea Gaddini · Tim Greacen · Elisabeth Ioannidis · Ulrike Kluge · Natasja K. Jensen · Majda Lamkaddem · Rosa Puigpinós i Riera · Zsigmond Kósa · Ulla Wihlman · Mindaugas Stankunas · Christa Straßmayr · Kristian Wahlbeck · Marta Welbel · Stefan Priebe

Received: 29 June 2011 / Accepted: 23 May 2012 / Published online: 20 June 2012
© Springer-Verlag 2012

Abstract

Purpose While there has been systematic research on the experiences of immigrant patients in mental health services within certain European countries, little research has explored the experiences of mental health professionals in the delivery of services to immigrants across Europe. This study sought to explore professionals' experiences of delivering care to immigrants in districts densely populated with immigrants across Europe.

Methods Forty-eight semi-structured interviews were conducted with mental health care professionals working in 16 European countries. Professionals in each country were

recruited from three areas with the highest proportion of immigrants. For the purpose of this study, immigrants were defined as first-generation immigrants born outside the country of current residence, including regular immigrants, irregular immigrants, asylum seekers, refugees and victims of human trafficking. Interviews were transcribed and analysed using thematic analysis.

Results The interviews highlighted specific challenges to treating immigrants in mental health services across all 16 countries including complications with diagnosis, difficulty in developing trust and increased risk of marginalisation.

S. Sandhu (✉) · N. V. Bjerre · S. Priebe
Unit for Social and Community Psychiatry,
Barts and the London School of Medicine and Dentistry,
Newham Centre for Mental Health, Queen Mary
University of London, London E13 8SP, UK
e-mail: s.sandhu@qmul.ac.uk

M. Dauvrin
Institute of Health and Society, Université catholique de
Louvain, Clos Chapelle aux Champs 30.B1. 3015,
1200 Brussels, Belgium

S. Dias
Institute of Hygiene and Tropical Medicine, Universidade Nova
de Lisboa, Rua da Junqueira, 96, 1349-008 Lisbon, Portugal

A. Gaddini
Public Health Agency for the Lazio Region,
Via S. Costanza 53, 00185 Rome, Italy

T. Greacen
Etablissement public de santé Maison Blanche,
18 rue Rémy de Gourmont, 75019 Paris, France

E. Ioannidis
Department of Sociology, National School of Public Health,
196 Alexandras avenue, 11521 Athens, Greece

U. Kluge
Clinic for Psychiatry and Psychotherapy, Charité-University
Medicine Berlin, CCM, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Germany

N. K. Jensen
Danish Research Centre for Migration, Ethnicity and Health
(MESU), Section for Health Services Research, Department of
Public Health, University of Copenhagen, Øster Farimagsgade 5,
1014 Copenhagen K, Denmark

M. Lamkaddem
Academic Medical Centre, Department of Public Health,
University of Amsterdam, Meibergdreef 9,
1100, DE, Amsterdam, The Netherlands

R. Puigpinós i Riera
Agency of Public Health of Barcelona, Pça. Lesseps, 1,
08023 Barcelona, Spain

Z. Kósa
Faculty of Health, University of Debrecen,
Sóstói ú. 2-4, Nyíregyháza 4400, Hungary

U. Wihlman
Department of Public Health Sciences,
Section for Social Medicine, Karolinska Institute,
Norrbacka, SE-171 76 Stockholm, Sweden

Conclusions Although mental health service delivery varies between and within European countries, consistent challenges exist in the experiences of mental health professionals delivering services in communities with high proportions of immigrants. Improvements to practice should include training in reaching appropriate diagnoses, a focus on building trusting relationships and measures to counter marginalisation.

Keywords Migrants · Mental health services · Europe · Qualitative

Introduction

The experience of migration is heterogeneous in nature, making comparisons between migration processes and immigrant groups difficult [1]. Mental health care accessibility for immigrants can also differ between migrant groups, with health care service access and use being influenced by legal frameworks and different help-seeking patterns [2, 3]. Legal provision for health care varies depending on an immigrant's legal status. In a policy review of 16 European countries, policies and legislation stipulating rights to health care services for regular immigrants and refugees were usually similar to those for nationals, in both insurance-based and National Health Service systems [4]. Access to health care for irregular immigrants has been more divergent, ranging from full legal access to health care services with rights equivalent to that of nationals in France, Netherlands, Portugal and Spain, to no access other than emergency care in countries such as Austria, Denmark, Hungary and Poland [5].

Some common factors have also been indicated in the research on mental health in immigrant populations, such

as a tendency towards a higher prevalence of certain mental health disorders amongst immigrant populations [6–8]. These high rates amongst immigrant populations may result from several factors [1], including pre-migration, migration and post-migration stressors [9, 10]. The process of migration itself and subsequent cultural and social adjustments have been suggested as key to the mental health of individual immigrants [6, 11].

As migration to Europe has increased and seems set to continue [12], mental health services have also experienced a rise in the number of immigrant patients. Countries such as the UK, France and Germany have a long history of immigration from culturally diverse backgrounds [13] and thus have experience in delivering mental health care to immigrant patients. However, other nations such as Lithuania [14], Hungary and Finland [15] have more recent histories of migration from non-neighbouring countries. Quantities of immigrants and country of origin also varied across the European Union (EU). Germany, Spain the UK, France and Italy reported the highest quantity of persons immigrating in 2008, whereas Lithuania received amongst the least. Moroccan and Turkish immigrants were the largest non EU-27 Member State populations acquiring citizenship to EU Member States. As a proportion of foreign populations: Iraqi, Afghan and Somali immigrants were amongst the highest proportions acquiring citizenship in Europe mainly in Scandinavian countries, Germany and the UK through flows of refugees and asylum seekers [16].

Generally the data on immigrant mental health in Europe are scarce, with mental health services in immigrant-dense areas holding the most knowledgeable accounts of the needs of immigrants and services available in Europe [7]. While there has been systematic research on the experiences of immigrant patients in mental health services within certain European countries [8, 17–25], little research has explored the experiences of mental health professionals in the delivery of services to immigrants across Europe. This study sought to explore professionals' experiences of delivering care to immigrants in districts with relatively high densities of immigrants across Europe and to ascertain whether mental health services felt equipped to face the challenges and demand on services and whether the challenges faced were consistent across European countries. The purpose of this study was to explore the experiences of those who have encountered immigrant patients in their services on a daily basis and to reflect on areas where difficulties may arise and how these are managed in mental health services.

Methods

As a part of the European Best Practices in Access, Quality and Appropriateness of Health Services for Immigrants in

M. Stankunas
Department of Health Management,
Lithuanian University of Health Sciences,
A. Mickevičiaus g. 9, LT 44307 Kaunas, Lithuania

M. Stankunas
School of Public Health, Griffith University,
Gold Coast Campus, Southport, QLD 4222, Australia

C. Straßmayr
Ludwig Boltzmann Institute for Social Psychiatry,
Lazarettgasse 14A-912, 1090 Vienna, Austria

K. Wahlbeck
Department for Mental Health and Substance Abuse Services,
National Institute for Health and Welfare (THL),
P.O.B. 30, FIN-00271 Helsinki, Finland

M. Welbel
Institute of Psychiatry and Neurology,
Ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warsaw, Poland

Europe project (EUGATE), semi-structured interviews were conducted with health care professionals from primary care, mental health care and emergency services across 16 European countries. These interviews aimed to identify the experiences of health care professionals on delivering care to immigrants within the participating countries: Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Italy, Hungary, Lithuania, Netherlands, Poland, Portugal, Spain, Sweden and the UK.

The general aims and findings from the EUGATE interviews, across the three types of services investigated, have been published elsewhere [26, 27]. The analysis and findings outlined in this paper relate specifically to mental health services.

Recruitment and sampling

In each of the 16 participating countries, the research centre for that country identified three areas with relatively high proportions of immigrants. These areas were usually in the capital of each country or another urban context that had the highest proportion of immigrants. These areas were selected to ensure the participants had sufficient experience of providing mental health care to immigrants. The selected areas and mental health services in each of the 16 countries are listed in Table 1.

A refined definition of immigrants was used to aid classification of areas high in immigrant populations. Immigrants were defined as persons born outside the country of current residence (first generation) and aged between 18 and 65 years. In addition to this, regular immigrants (e.g. labour immigrants), refugees, asylum seekers, victims of human trafficking and irregular immigrants (e.g. undocumented immigrants) were all encapsulated in this definition.

A mental health service providing care to patients with severe mental illness was then identified in each of the three areas for each of the 16 countries ($n = 48$). The mental health service selected was usually the largest provider of mental health care in the area. Services were approached and asked to give details of the proportion of immigrant patients they have in their service. In most cases this was an estimate as most services did not routinely collect data on immigrant numbers entering services. No specific proportion was specified, but the number of immigrants entering services and receiving treatment had to reflect the proportion in the community, which was checked by the research centre collecting the data in that country. This recruitment requirement was set to ensure that the selected mental health services had sufficient experience of providing care to immigrant populations.

Once a mental health service was identified and confirmed for treating immigrants, the service was approached

Table 1 Sampled countries, selected cities and corresponding mental health service areas

Country	Selected cities	Selected mental health care areas
Austria	Vienna	Rudolsheim-Fünfhaus, Ottakring, and Brigittenau
Belgium	Brussels	Saint Josse, Schaerbeek, and Molenbeek
Denmark	Copenhagen	Areas within Bispebjerg Hospital, Hvidovre Hospital, and Glostrup Hospital
Finland	Vaasa, Pietarsaari, Oravais, Malax	Vaasa, Pietarsaari, and Malax
France	Paris	18th and 19th Arrondissements of Paris and Aubervilliers of Seine-St-Denis Department
Germany	Berlin	Tiergarten, Wedding, and Kreuzberg
Greece	Athens	Central Athens
Hungary	Budapest	Erzsébetváros, Kőbánya, Pesterzsébet
Italy	Rome	Districts I, VIII, and XX
Lithuania	Kaunas	Aleksotas and Zaliakalnis
The Netherlands	Amsterdam, Utrecht, Rotterdam, Hague	Amsterdam, Utrecht, and Rotterdam
Poland	Warsaw	Mokotow, Praga Poludnie, and Srodmiescie
Portugal	Lisbon	Amadora, Loures, and Lisboa
Spain	Barcelona	Cuitat Vella, Eixample, and Nou Barris
Sweden	Stockholm	Central, South East, and South West
UK	London	Hackney, Tower Hamlets, and Newham

and asked for an interview with a practitioner, preferably with the most extensive experience of providing mental health care to immigrants in the service. The decision as to who was to be interviewed was made by the service in consultation with the research centre for that country to ensure they had sufficient experience.

The interviews

The interviews were semi-structured and conducted face-to-face between 2008 and 2010. Interviews were conducted in the language of the participating country and were presented in two parts: open questions regarding general experiences to gather a sense of issues encountered and areas of strength when delivering mental health services to immigrants, while the second part consisted of questions related to three case vignettes to address similarities and

Table 2 Structured interview questions for general experiences and case vignettes

Interview section	Questions
General experiences	<p>From your perspective, what are the specific problems for you in the care of immigrant patient in your service that you would not have in the care of a patient with a similar condition from the indigenous population?</p> <p>From the perspective of a patient, what do you think are the specific problems faced by an immigrant patient coming into your service that are different from those faced by a patient with a similar condition coming from the indigenous population?</p> <p>In your experience, what are the strengths of your service in the care of immigrants?</p> <p>What would improve the care for immigrants in your service?</p>
All case vignettes	<p>From your perspective, what are the differences, if any, in the treatment for this patient compared with a patient with a similar condition from the indigenous population?</p> <p>From the perspective of a patient, what do you think are the specific problems this patient would encounter that are different from those of a patient with a similar condition from the indigenous population, and how would they be overcome?</p> <p>What are the specific further pathways and treatment options, if any, for this patient that are different from those of a patient with a similar condition from the indigenous population?</p>
Illegal immigrant case vignette	Is this scenario at all possible, or are there barriers preventing illegal immigrants from using your service?
Refugee case vignette	Would you encourage the patient to join an organisation for refugees from the same country?
Labour immigrant case vignette	Would you arrange for a staff member from the same cultural background to care for her if possible?

differences in treatment based on immigrant status for (1) irregular immigrants, (2) refugees/asylum seekers and (3) labour immigrants. A complete list of the general experience questions and the specific case vignette questions can be found in Table 2. The case vignettes were the same in each country, but varied only in terms of the immigrant's country of origin to represent a realistic country-specific scenario to the interviewees. Details of the care vignettes are as follows:

Illegal immigrant The patient arrived in the host country as an illegal immigrant about a year back. She is 25 years of age and of Sudanese origin. She does not speak the language of the host country, has no social contacts and appears severely depressed.

Refugee The male patient is 22 years of age, came to the host country from Iraq a year ago and has refugee status. He speaks a few words of the language of the host country. He appears to have persistent auditory hallucinations and feels persecuted.

Labour immigrant The female patient is 45 years of age and arrived from Pakistan 2 years ago. She has a regular residence permit, speaks the language of the host country well and suffers from a bipolar disorder with frequent and prolonged manic episodes.

Responses to the general questions and specific questions regarding similarities and differences in treatment based on the case vignettes were audio-taped in the majority of cases, but where this was not possible, responses were documented in writing. Ethical approval was obtained in Portugal, through the University Hospital S. João. In all other countries, ethical review was not required as no patient data were recorded.

Data analysis

The 48 interviews, including responses to the case vignettes, were transcribed verbatim by the research centres in the 16 participating countries, ensuring the removal of any identifying information to maintain anonymity. The prepared transcripts were analysed using thematic analysis [28]. This was a two-stage process, which involved line-by-line coding of data from the initial six interview transcripts, to the development of codes, which were used to code, categorise and group the data into overarching themes.

The first stage was to code the data from the initial interview transcripts line-by-line. This was conducted in each of the participating research centre with the first interview transcripts. Codes and their accompanying textual extracts were then used to develop a codebook. The codebook was then translated into English, reviewed and finalised amongst the researchers in all participating countries at a project meeting. Codes were accompanied by a definition and illustrated with examples. The codebook was then used to code the entire data corpus, with checks made after coding of the first interview transcript in each country in collaboration with the coordinating research centre. The validity of the codes was checked against data extracts to ascertain grounding in the data. Discrepancies in coding across centres were picked up early in the analysis and verified with the codebook.

The second stage of the analysis was the clustering of codes into emergent categories, which were then structured and grouped to form overarching themes [29, 30]. To ensure the themes and categories consistently represented the entire data corpus, final validation of codes against data extracts was undertaken between each participating research centre and the coordinating research centre.

The thematic analysis reported here focuses on the predominant themes noted in all 16 countries concerning the experiences of delivering care to immigrants in mental health services.

Results

Participants

Interviewees were recruited from various mental health services including psychiatric hospitals, acute and long-term psychiatric units, community mental health services and inpatient mental health services. The majority of the interviews were conducted with professionals currently working in the direct delivery of mental health care ($n = 34$), which included psychiatrists (17), mental health nurses (9), psychologists (5), therapists (1) and social workers (2). The remaining participants ($n = 14$) were primarily managers in mental health services with extensive previous and recent experience working as mental health practitioners in the selected service.

Challenges experienced

Three main themes describe professionals' experiences of challenges in the delivery of mental health care to immigrants: complications with diagnosis, difficulty in developing trust and increased risk of marginalisation. These were frequently mentioned in all 16 participating countries.

Complications with diagnosis

Common in the experiences of those interviewed were challenges arising when ascertaining a diagnosis, which manifested in four ways as characterised by the sub-themes of difficulties associated with language barriers, different belief systems, cultural expectations and previous traumatic experiences.

Language barriers

Disparities between the language capabilities of the practitioner and patient were commonly reported as a limiting factor when determining diagnosis. Clear and coherent communication was considered essential in the absence of viable alternatives to assess patients' symptoms and experiences. Effective communication was considered central to diagnosis and adequate treatment in any clinical context, but especially for those working in mental health services.

First of all, language barrier. The possibility of communication and language is very important for the doctor-patient relationship. In psychiatry it is of key importance. (Poland, 231)

Immigrants entering mental health services with a poor command of the national language would often need an interpreter to translate during consultations. Indirect communication is often unavoidable in such cases, making symptom severity difficult to judge. Interviewees noted that observational methods of diagnosis were also complicated by an inability to directly communicate with patients.

Belief systems

Divergent belief systems may serve as explanatory models for immigrant patients' experiences of mental illness. According to the interviewees, these may hinder diagnosis and conflict with the practitioners' understandings, leading to difficulties in differentiating between certain beliefs and symptoms.

One must clarify what the individual's ethnic and cultural background means for the symptoms he/she is presenting. Is he talking about spirits? Given the cultural and ethnic background, how much are you used to considering supernatural and non-physical phenomenon as something you actually relate to. (Denmark, ID 43)

The tendency to seek physiological explanations for psychological problems was reported as more common amongst immigrant patients than amongst nationals. Patients' inclination to deny mental illnesses or attribute the symptoms to a physiological aetiology was considered as the result of lack of knowledge about mental health, or from culturally-specific beliefs about mental health.

Sometimes they have difficulties to understand that the somatic symptoms are a result of the mental problems. (Finland, ID 60)

... [Immigrant] families frequently deny psychological problems, which strikes us in the family work again and again. This leads to problems on a daily basis. (Germany, ID 102)

Cultural expectations

Divergent belief systems between immigrant patients and practitioners had the potential to influence not only interpretation of symptoms, but also the expectations of treatment, further complicating diagnosis as a consequence. On occasion, lack of knowledge of a patient's cultural background would lead to misunderstandings of what was

considered as socially acceptable and typical behaviour. Expectations from one cultural background applied to another cultural context presented problems during the diagnostic process. Often, the challenge for practitioners was separating what was a culturally normal response from what was an indication of pathology.

...difficulty in disentangling culturally acceptable behaviour and pathology: the first problem is understanding culture. Just this morning I was talking with colleagues about a Ukrainian 17 years old whose father had died. He didn't cry. For us it is a sign of pathology, a guy in the same situation in our culture cries. The difficulty is to distinguish what is normal and what is pathological in a specific culture. (Italy, ID 165)

There is the risk of interpreting a certain behaviour or attitude or discourse in an individual from a different culture as something mystical, but for them it is part of their culture. (Portugal, ID 248)

Disparate cultural expectations extended beyond the practitioner and patient relationship, to interactions with the patient's family members. There was a general view that families should be engaged to understand the cultural characteristics behind the patient's behaviours and experiences, particularly in cases where there was a language barrier or a cultural expectation to keep mental health concerns within the family.

I think we should get better at involving their relatives. [...] they hold important information that we need, to be able to do things well enough. Therefore, we need to get hold of them and invite them in. It is not that they are not involved; they just mainly address their relatives and not the staff. They are more closed and private, but there is often a language barrier as well. (Denmark, ID 44)

Some interviewees discussed cultural differences in the knowledge and education immigrants' families have in understanding mental illness, in comparison with families of national patients in the host country. This had potential implications for a patient's willingness to accept a diagnosis.

...to come back to the cultural issues, they may not be prepared to recognise their mental health problems, their families may not be educated about what it is to have a mental illness. (UK, ID 301)

Taking cultural influences into account... does the family understand what's going on with the client or do they see it as something supernatural? (Netherlands, ID 209)

Professionals discussed the need for increased knowledge and awareness of cultural differences amongst

practitioners, and the influence these differences potentially have for mental health services, both in terms of diagnosis and treatment.

There is hardly any attention paid to multiculturalism during the providing of education at the university or elsewhere. (Netherlands, ID 202)

Preference was made for more provider level interventions such as the teaching of "*ethno-psychiatry*" (Lithuania, ID 191) in the education of mental health professionals to prepare them with "*more knowledge about the cultural aspects in mental disease*" (Sweden, ID 291).

Traumatic experiences

A further complication specific to reaching an appropriate diagnosis in psychiatry was the difficulty in differentiating between symptoms of psychotic disorders and reactions to prior traumatic experiences. Several interviewees mentioned the increased likelihood of encountering post-traumatic stress disorder (PTSD) amongst immigrant patients and the impact this has for establishing a diagnosis.

Establishing a diagnosis is a problem in treatment. Re-experiences in the framework of post-traumatic stress disorder may be confused with psychotic symptoms or a normal reaction to an abnormal circumstance. (Netherlands, ID 207)

Distinguishing symptoms from normal responses to extraordinary situations added complexity in discerning a clear diagnosis. Patients would report thoughts and feelings, which would ordinarily be categorised as symptoms of a disorder if previous traumatic events and exceptional experiences were not taken into account.

I had such a patient, who spoke in an interview about the fact that there was a period in his life when he was being followed. But this was the case in reality. For such patients, it is sometimes difficult—delusions may not be much different from reality. It is difficult to draw the line. (Poland, ID 226)

The context of meeting the immigrant as a patient in a mental health service would lead practitioners to seek symptoms and behavioural clusters.

...he would be met with that, it would be interpreted as psychotic if he expresses that he is being persecuted. How to phrase it, something that may be a natural reaction to what he has experienced, can be interpreted in a pathological context, if we are not careful, and he does not need that. (Denmark, ID 45)

Complications with diagnosis required provider, organisation and system level responses to overcome these

particular challenges. Difficulties associated with language barriers required the organisational provision of professional and well-trained interpreters. Cultural expectations, different belief systems and previous traumatic experiences required provider level training in cultural awareness, as well as system level changes with regards to educating families and communities about mental illness and the methods by which mental health care are provided.

Difficulty in developing trust

Interviewees noted a general concern with the development of trust and the particular need to establish it with immigrant patients who might be distrustful of authorities, or were unfamiliar with the health care system as a whole or, more specifically with the way mental health services function.

... Find themselves in a situation, another country with a different culture, a lack of perspective, a sense of alienation, lack of confidence in foreign doctors... afraid to speak about their symptoms. Says he feels good [because he] does not understand the situation and is afraid that he might be sent back. (Poland, ID 231)

... and he does not know if he can trust us, which is a matter of time...by trying to make continuous appointments and to let him slowly grow. (Austria, ID 8)

Particular cues had certain negative associations for some immigrant patients, which required additional attention to ensure a safe and trusting environment in care. Patients' negative experiences might stem from previous experiences of torture, oppression and ethnic conflict, which may induce negative responses to the way that care is delivered in the host country.

The patient cannot form a trust relationship with the doctor that is necessary in these cases (Greece, ID 122).

According to those interviewed, the development of a trusting relationship was required to attenuate the influence of these experiences on patient engagement with the service.

It has to do with making it clear to the person that you do not wish to harm him... A person from a different background can hold a completely different picture of what the treatment entails—what an intervention entails. And also the consequences of not cooperating. (Denmark, ID 43)

Development of a trusting relationship with immigrant patients extended beyond the practitioner and patient relationship, to the interpreter and patient relationship in

certain cases. Interviewees suggested numerous reasons why immigrants might distrust interpreters, especially if they come from the same community.

And also in some cases the interpreter comes from their own social group, and they don't want that... If it's political sometimes they don't want that, or if they do have family and friends in the local community then they might not want someone from that community to be involved in interpreting. That's often a problem that I've come across. (UK, ID 301)

Trust needed to develop at the provider level. Responses given for overcoming the challenges in developing trust were related to provider level changes, such as allowing more time for the a trusting relationship to develop by allocating longer appointments to those with trust issues or by increasing the frequency of visits to allow for familiarity and trust to develop over time.

Increased risk of marginalisation

A particular concern amongst those interviewed was the increased risk that immigrant patients were more prone to becoming marginalised than local-national patients with similar conditions. The combination of living with mental health disorders and adjusting to a new unfamiliar environment with few supportive social contacts, and limited economic resources, could potentially hinder progress and engagement with services.

... believing that others are persecuting him may make him very isolated; family and his community may not understand his illness and turn away from him; lack of language and his illness may prevent him from contacting the local community (UK, ID 300)

The problem is one of social exclusion. The problem for people from Northern and Sub-Saharan Africa is poverty. A social problem. (France, ID 802)

A related, yet less commonly reported concern in interviews was the increased risk of immigrants being discriminated against based on their immigrant status. The perception of immigrants as something different raised concerns for discriminatory practices and the resulting potential to marginalise immigrants from services.

It is something I find very worrying, it is the question of racism. Because it is true that, if that exists, I remember of a psychiatrist one day in a hospital who rings: Yes, but I, I do veterinary medicine with these people (Belgium, ID 22)

In relation to reducing the risk of marginalisation, interviewees discussed the requirement for practitioners to

work with social services and other community groups where possible to increase social integration.

The practitioner should collaborate with social services in order to link the patient to a social network. (Spain, ID 266)

If this person came to the country without her family, lack of social support would be a serious problem. We should try to provide a substitute for such support—encouraging involvement of social services or people from her neighbourhood or community, e.g. neighbours, friends. (Poland, ID 231)

Such system level responses were proposed for overcoming marginalisation by working with local communities to increase integration. However, organisational level responses were also required to reduce the risk of exclusion from services based on discriminatory attitudes towards immigrants experienced from within services.

Discussion

Main findings

Interviews with health care professionals, in various mental health service settings across Europe, identified three challenges faced by those involved in the delivery of mental health care to immigrants in areas with dense immigrant populations. This is the first time consistent challenges in the delivery of mental health care for immigrants have been identified across such a wide range of European countries. These issues were comprehensive and covered responses made in all 16 countries. The challenges raised gave insight into the experience of delivering mental health services to immigrant patients from different backgrounds and different national contexts. Although professionals were directly asked about methods employed to counter the challenges they experienced, these were given to a lesser extent. Respondents were more disposed to identify the challenges, than suggest appropriate solutions that they considered were both practical and achievable within the service. The lack of responses given suggests that the application of simple solutions at the service provider level alone might not be enough to tackle these challenges.

Interviewees were more forthcoming and consistent in their emphasis on difficulties arising at the point of first contact with immigrant patients. Complications with making a formal diagnosis shaped experiences and created difficulties in providing appropriate mental health to immigrant patients. Initial encounters with immigrant patients to ascertain a diagnosis appeared the most problematic for navigating

language barriers, belief systems, cultural expectations and previous traumatic experiences. These had consequences throughout treatment, but were most prevalent at diagnosis. Issues regarding the development of trust were specific to immigrant patients with distrust for authorities and/or unfamiliarity with how services operated in the host country. Similarly, concerns for immigrant patients becoming marginalised were also made specific to those unfamiliar with the host country, particularly those with few supportive social contacts.

Findings such as the reported building of trust with patients, the reduction of marginalisation and understanding different cultural expectations and belief systems, are all inclusive principles which extend beyond the care of immigrant patients to general principles of care for all mental health patients. The development of trust was seen as integral to open and honest communication in any therapeutic relationship, as were wider social networks and supportive contacts to the prognosis of individuals prone to social marginalisation. Patients presenting with language barriers, differing cultural expectations and differing belief systems may have been reported as more prevalent in interactions with immigrant patients, but the underlying principle of providing a mental health service that is centred on patient requirements was common in the experience of those interviewed in this study.

Strengths and limitations

The main strength of this study was the scope, with the inclusion of experiences from 16 European countries, including countries from different parts of the EU covering more than 85 % of the EU population. The wide scope of this study enabled the participation of countries with diverse immigration histories, policies, funding arrangements and experiences. Consistent findings were noted for both those with recent histories of immigration and those with more substantial experience over time. However, it is important to be aware of the political and regulatory framework within each country to fully understand the extent of the reported similarities in experience. Dependent on a country's policies and legislation, irregular immigrants without coverage and therefore without access to services may only seek treatment when symptoms are severe, compared with national populations. Practitioners interviewed may have only encountered those with high symptom severity, a potential limitation of this research, as this may have biased the sample of irregular immigrants encountered. Although, it is important to factor in the political context behind the practical experiences in services, which may have impacted on who was seen by services and who was not. This was not the aim of this study, which focused on commonalities in experiences as

opposed to differences based on context. The relationship between regulatory frameworks and practice is not always clear cut. Recent research has indicated that countries with no access and partial access to health care for undocumented immigrants still provide treatment services based on principles of human rights and the professional ethics of individual practitioners [5]. This reflects the position that no coverage does not necessarily equate to no or limited access to services in practice [26].

The selection criteria and the same interview schedule (apart from the origin of immigrants in the case vignettes) were maintained for all countries. Meticulous rigour was also applied to the qualitative data analysis, which was collected in multiple centres, in multiple languages and in various mental health care settings. The process of local and central analysis assured quality, as well as consistency, in the development of codes, categories and themes that were relevant to data from all participating countries. Interviews were specific to mental health service delivery as experienced by those delivering care in areas with high immigrant populations. Obtaining the experiences of those most experienced at providing mental health care to immigrant patients made data saturation possible with 48 interviews.

This study is not without methodological limitations. Although the selection and identification of areas and mental health services for recruitment represented well services where immigrant patients would receive treatment, convenience sampling was used to select professionals to participate in the study. This potentially introduced bias with the self-selection of mental health professionals with strong and polarised views on the delivery of mainstream mental health services to immigrants. Interviewees may have had personal or political agendas regarding how services should be delivered to immigrants, although the consensus noted in the findings from this sample would suggest otherwise. Additionally, statements about the delivery of care to immigrants may reflect socially desirable responses rather than the reality of daily practice. No information was collected on measures of actual service delivery, organisational arrangements and immigrant experiences to substantiate the experiences of the mental health care professionals interviewed in these interviews. Individual researcher bias in interpretation of the findings was limited in this study due to the accordancy reached in the analysis across multiple researchers with multiple perspectives. However, translations into English were required for the final analysis, which can potentially lead to certain information being lost in translation as a consequence.

Comparisons with the literature

The issues raised in the provision of mental health services to immigrants, by mental health care professionals,

mirrored those identified in previous research. Although not addressed explicitly in relation to complicating diagnosis in mental health research, language barrier was an obvious and common thread hindering both access and treatment for immigrants requiring mental health services. Often referred to more generally in the literature as communication difficulties [31], this extended beyond language barriers to both social and cultural references, resulting in low mental health service usage, fewer follow-ups, poorer understanding in consultations and poorer satisfaction ratings among immigrant patients compared with national averages in certain European countries [2].

Linked to language issues was the influence of cultural expectations. Lack of knowledge of services, how they operate and what involvement family and the wider community have in services have been associated with cultural expectations in this study. This level of awareness has also been reflected in a Canadian study [32], where suggestions to obtain better access for immigrant patients and their families included the capability to address cultural differences in understandings of mental health, to recognise the plasticity of culture, as well as establishing good collaborative links. Similar emphasis has also been placed on the importance of cultural factors, over language and general health, in the low utilisation of mental health services by Chinese immigrants in Canada [33].

Addressing the challenges of differences in language, cultural expectations, differing belief systems and past experiences noted in this study led some to suggest changes at the provider level to increase training and awareness of different cultures and belief systems. However, organisational level approaches were also required to tackle the availability of suitably trained interpreters in this study, and system level approaches were also required to educate communities about mental health and to reduce the risk of marginalisation. The findings from this study suggested interventions at all three levels to target these challenges in providing mental health care to immigrant patients.

A similar approach has been suggested in the literature as the interculturalisation of mental health services, which entails a method for adapting services to patients from various cultural contexts [6, 34]. Central to interculturalisation is the relationship between health care professionals and immigrant patients, adapting treatment at an organisational level, forming relationships with communities and informing the perceptions of mental health in the wider social context. In keeping with the findings from this study, the onus has been placed on services to improve relations with local immigrant populations in the literature [32]. A more effective approach would see a shift from mainly provider level approaches, to organisational level and system level approaches as well, to reduce the challenges faced by immigrants at all three levels. However,

commentators have noted that organisational level changes to improve cultural competence can be complicated to implement in multicultural societies, when cultural competence needs to be multidimensional in education, training and practice [35].

Divergent belief systems influenced the explanatory models some immigrant patients used to understand psychiatric symptoms and disorders. Such beliefs may guide cultural differences in the expression of the illness, but more notable amongst the practitioners interviewed in this study was the concern for the implications divergent belief systems had on influencing diagnosis and treatment expectations.

In the literature, belief systems held by patients have been associated with cultural expressions of illness and how services are assessed and approached by immigrants. In a survey of Punjabi and English patients in the UK, practitioners assessed Punjabi patients with common mental health disorders as being more likely to have physical and somatic symptoms or sub-clinical disorders. Punjabi patients with depressive thoughts were less likely to be identified, compared with English patients [18]. Interviews with Somali refugees in the UK [36] and Turkish and Moroccan labour immigrants in the Netherlands [19] detected distinctly different cultural beliefs on mental health and service use from western perspectives. In literature outside of Europe, Ethiopian immigrants and refugees in Canada were more likely to consult traditional healers than health care professionals. Increased incidence of somatic symptoms in this population placed greater use on health services as a consequence [37]. These studies suggest a link between how cultural beliefs and corresponding cultural expectations shape service access and user preferences. The practitioners interviewed in this study, in contrast, linked beliefs and corresponding cultural expectations specifically to a willingness to accept diagnosis, and provided suitable treatment that addresses the barrier between patients' and practitioners' cultural beliefs and expectations.

Time spent in a country, to some degree, minimised the impact of divergent belief systems. Knipscheer and Kleber [20] reported that length of residence in a country was an important predictor of behaviours and attitudes, which may account for variation, as well as originating culture, in belief systems and understanding of mental health services in Europe. Such findings support the need for provider level and organisation level approaches to improve access to mental health care for immigrants and to train practitioners to identify psychological symptoms that may otherwise be difficult to detect due to cultural expression, differing belief systems and corresponding cultural expectations.

Difficulty in differentiating between symptoms of psychotic disorders and a response to prior traumatic experiences has also been noted elsewhere as complicating

diagnosis and interventions [1, 25, 36]. In a review of the risk factors and mental health needs of recent immigrant and refugee populations in the United States, pre-migration and migration stressors such as war, torture, terrorism, natural disasters, famine, loss of extended kin and social networks compounded mental health issues [38]. Eisenbruch [9] noted that refugees may have mixed responses to their experience of exile. Inability to freely return and feelings of nostalgia will be described alongside feelings of mass social loss and grief. Transition will bring anxieties of change, where withdrawal behaviour and cultural bereavement can be confused with other psychiatric conditions [1, 9].

Negative experiences stemming from torture, oppression and ethnic conflict often created a lack of trust among immigrants to any form of authority or public service, according to those interviewed in this study. Issues in developing trust extended beyond the practitioner–patient relationship to interpreters. Interviews in Sweden with war-wounded Kurdish refugees noted that differences in cultural background, fear, suspicion and lack of confidence in interpreters all contributed to lack of patient confidence in the service [39]. In the Netherlands, ethnic similarity between therapist and patient was noted as a strong predictor for satisfaction with the relationship among Surinamese immigrants. The authors noted that empathy, expertise and sharing world views were considered important to the therapeutic relationship, which accounted for the reporting of greater patient satisfaction [40]. Our finding on the development of trust as important to the practitioner–patient relationship supports the view that the quality of the relationship is more important than shared ethnicity, with time devoted at the provider level for the development of trust.

Concern amongst those interviewed for immigrant patients being prone to greater social marginalisation supports previous findings [1]. Post-migration stressors including low levels of education and skills, living in overcrowded inner cities, living in areas high in crime, the cycle of poverty, discrimination, prejudice, acculturation stress and cultural bereavement were all discussed as marginalising immigrants from services and society as whole [38]. In New Zealand, circumstances surrounding the reasons for migrating moderated rates of mental health disorders for Chinese migrants [41]. In Sweden, mental illness was associated with poor social networks, economic insecurity and low levels of socio-cultural adaptation in immigrants [25]. Similarly in Norway [8, 42] and Denmark [24] immigrant groups had less social support, less education, lower employment and higher psychological distress. Ethnic discrimination and psychological distress worsened with a lack of economic support in Spanish immigrants [22]. These issues cannot be tackled entirely at

the provider level or at the organisational level. To reduce the impact of marginalisation, the findings of this study support wider social and system level responses and changes to overcome the challenges marginalisation brings for immigrants' mental health.

Implications for improving practice

In order to manage the most common challenges reported in this study, changes at the provider level to daily practice and building professional collaborative relations with immigrant communities may reduce some of the impact of these factors on service delivery. Training that considers communication barriers, cultural expectations and previous traumatic experiences may guide greater clarity in diagnosis. Others have championed models of intercultural surveillance as part of mainstream mental health in multicultural societies [34], to reduce the influence of these barriers in communication and understanding.

Development of trust and reduction of marginalisation could be improved by building trusting relations at the provider level and system level changes for greater inclusion. Working with local immigrant communities and other organisations to engage and develop trusting relationships between mental health services and immigrant populations may potentially aid these processes. Training and on-going supervision for professionals may be useful in the development of appropriate strategies to engage with immigrant patients and build their confidence in services. Collaborating with social services and families, where appropriate, may reduce the risk of marginalisation for certain individuals, although wider social and economic factors may limit what can be achieved at the provider level.

Although differences in service delivery may vary between and within European countries, consistent challenges exist in the experiences of mental health care professionals delivering services in communities with high proportions of immigrants. The consistency in these findings across Europe implies the suitability of best practice models at a European level, with similar challenges being met across Europe; recommendations for best practice may also be appropriate at a European level. Indeed, recent research has similarly noted consensus among experts across Europe on the major principles of good practice that need to be implemented in health care to immigrants [43]. This evidence of consistent findings across Europe calls for more research utilising the strengths and positive experiences that have been made in different European countries, assessing the feasibility of sharing and implementing best practice examples for immigrant mental health care across European countries.

Considerations for practical reform should take into account research on the experience and views of those

delivering mental health services. The implications of the findings in this study were specific to immigrants in mental health services. However, the underlying principles of improving access, adapting diagnostic procedures to meet individual patient needs, building trust and reducing marginalisation were elements central to good practice in multiple care settings across Europe [26, 27, 43, 44].

Acknowledgments This study is a part of the EUGATE project funded by the General Directorate of Health and Consumer Protection of the European Union (DG-SANCO). More information on the website: <http://www.eugate.org.uk>. All authors would like to acknowledge the entire EUGATE research team for their contributions to data collection and management. They also acknowledge the 48 participants for giving their time and for their willingness to share their experiences.

References

- Bhugra D (2004) Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand* 109:243–258
- Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A, Priebe S (2008) Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *Eur Psychiatry* 23:14–20
- Norredam M, Nielsen SS, Krasnik A (2009) Migrant utilization of somatic healthcare services in Europe: a systematic review. *Eur J Pub Health* 20:555–563
- Eugate (2010) Eugate database on policy and legislation. <http://www.eugate.org.uk/outcomes/index.html>. Accessed 15 August 2011
- Karl-Trummer U, Novak-Zezula S, Metzler B (2010) Access to health care for undocumented migrants in the EU. *Eurohealth* 16:13–16
- Bhugra D, Jones P (2001) Migration and mental illness. *Adv Psychiatr Treat* 7:216–222
- Carta MG, Bernal M, Hardoy MC, Haro-Abad JM, the “Report on Mental Health in Europe” working group (2005) Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 1:13
- Dalgard OS, Thapa SB (2007) Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 3:24
- Eisenbruch M (1991) From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: diagnosis of Southeast Asian refugees. *Soc Sci Med* 33:673–680
- Lindencrona F, Ekblad S, Hauff E (2008) Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: the impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 43:121–131
- Caldwell-Harris CL, Ayçiçeği A (2006) When personality and culture clash: the psychological distress of allocentrics in a collectivist culture. *Transcult Psychiatry* 43:331–361
- Herm A (2008) Recent migration trends: citizens of EU-27 Member States become ever more mobile while EU remains attractive to non-EU citizens. DG Eurostat-Statistics in Focus, Luxembourg
- Wanner P (2002) Migration trends in Europe. European population papers series no. 7, council of Europe, Strasbourg
- Sipavicieno A, Kanopiene V (1999) Foreign labour in Lithuania: immigration, employment and illegal work. *International Migration Papers*, Geneva

15. Melegh A, Kondratieva E, Salmenhaara P, Forsander A, Hablicsek L, Hegyesi A (2004) Globalisation, ethnicity and international migration, the comparison of Finland, Hungary and Russia: working papers on population, family and welfare (7). HCSO Demographic Research Institute, Budapest
16. Eurostat and DG EMPL (2010) Commission staff working report: demographic report. European Commission, Brussels
17. Al-Issa I (2000) The mental health of Muslim immigrants in Europe. In: Al-Junun (ed) *Mental illness in the Islamic world*. International Universities Press, Madison CT
18. Bhui K, Bhugra D, Goldberg D, Dunn G, Desai M (2001) Cultural influences on the prevalence of common mental disorder, general practitioners' assessments and help-seeking among Punjabi and English people visiting their general practitioner. *Psychol Med* 31:815–825
19. Fassaert T, de Wit MAS, Verhoeff AP, Tuinebreijer WC, Gorrissen WHM, Beekman ATF, Dekker J (2009) Uptake of health services for common mental disorders by first-generation Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *BMC Public Health* 9:307
20. Knipscheer JW, Kleber RJ (2001) Help-seeking attitudes and utilization patterns for mental health problems of Surinamese migrants in the Netherlands. *J Cons Psychol* 48:28–38
21. Levecque K, Lodewyckx I, Bracke P (2008) Psychological distress, depression and generalised anxiety in Turkish and Moroccan immigrants in Belgium: a general population study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44:188–197
22. Llácer A, Del Amo J, García-Fulgueiras A, Ibáñez-Rojo V, García-Pino R, Jarrín I, Díaz D, Fernández-Liria, García-Ortuzar, V, Mazarrasa L, Rodríguez-Arenas, Zunzunegui, MV (2009) Discrimination and mental health in Ecuadorian immigrants in Spain. *J Epidemiol Community Health* 63:766–772
23. Monteiro AP (2009) Stress vulnerability and mental health in Eastern Europe immigrants in Portugal. *Eur Psychiatry* 24:S1256
24. Singhammer J, Bancila D (2011) Associations between stressful events and self-reported mental health problems among non-Western immigrants in Denmark. *J Immigr Minor Health* 13: 371–378
25. Tinghog P, Al-Saffar S, Carstensen J, Nordenfelt L (2010) The association of immigrant- and non-immigrant specific factors with mental ill health among immigrants in Sweden. *Int J Soc Psychiatry* 56:74–93
26. Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, Kluge U, Krasnik A, Lamkaddem M, Lorant V, Puigpinós i Riera R, Sarvary A, Soares JFF, Stankunas M, Straßmayr C, Wahlbeck K, Welbel M, Bogic M (2011) Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health* 11:187
27. Priebe S, Bogic M, Ádány R, Bjerre NV, Dauvrin M, Devillé W, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Kluge U, Ioannidis E, Jensen NK, Puigpinós i Riera R, Soares JFF, Stankunas M, Straßmayr C, Wahlbeck K, Welbel M, McCabe R (2011) Good practice in emergency care: views from practitioners. In: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M (eds) *Migration and health in Europe (European observatory on health)*. Open University Press, Maidenhead
28. Hsieh HF, Shannon SE (2005) Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 15:1277–1288
29. Patton MQ (2002) *Qualitative research and evaluation methods*. Sage, Thousand Oaks, CA
30. Silverman D (2001) *Interpreting qualitative data: methods for analysing talk, text and interaction*. Sage, London
31. Blignault I, Ponzio V, Rong Y, Eisenbruch M (2008) A qualitative study of barriers to mental health services utilisation among migrants from mainland China in South-East Sydney. *Int J Soc Psychiatry* 54:180–190
32. Nedeau L, Measham T (2005) Immigrants and mental health services: increasing collaboration with other service providers. *Can Child Adolesc Psychiatry Rev* 14:73–76
33. Chen AW, Kazanjian A, Wong H (2009) Why do Chinese Canadians not consult mental health services: health status, language or culture? *Transcult Psychiatry* 46:623–641
34. De Jong JTVM, Van Ommeren M (2005) Mental health services in a multicultural society: interculturalisation and its quality surveillance. *Transcult Psychiatry* 42:437–456
35. Sue DW, Bingham RP, Porché-Burke L, Vasquez M (1999) The diversification of psychology: a multicultural revolution. *Am Psychol* 54:1061
36. Palmer D (2007) Caught between inequality and stigma: the impact of psychosocial factors and stigma on the mental health of Somali forced migrants in the London borough of Camden. *Divers Health Soc Care* 4:177–192
37. Fenta H, Hyman I, Noh S (2006) Mental health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *J Nerv Ment Disease* 194:925–934
38. Pumariega AJ, Rothe E, Pumariega JB (2005) Mental health of immigrants and refugees. *Commun Ment Health J* 41:581–597
39. Farahi N, Nordholm L, Mattsson B, Hellström M (2010) Experiences of Kurdish war-wounded refugees in communication with Swedish authorities through interpreter. *Patient Educ Couns* 78:160–165
40. Knipscheer JW, Kleber RJ (2004) The importance of ethnic similarity in the therapist-patient dyad among Surinamese migrants in Dutch mental health care. *Psycholog Psychother* 77:273–278
41. Abbott MW, Wong S, Williams M, Au M, Young W (1998) Chinese migrants' mental health and adjustment to life in New Zealand. *Transcult Psychiatry* 33:13–21
42. Syed HR, Dalgard OS, Dalen I, Claussen B, Hussain A, Selmer R, Ahlberg N (2006) Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnic Norwegians and ethnic Pakistanis in Oslo, Norway. *BMC Public Health* 6:182
43. Devillé W, Greacen T, Bogic M, Dauvrin M, Dias S, Gaddini A, Jensen NK, Karamanidou C, Kluge U, Mertaniemi R, Puigpinós i Riera R, Sarvary A, Soares JFF, Stankunas M, Straßmayr C, Wahlbeck K, Welbel M, Priebe S (2011) Health care for immigrants in Europe: is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. *BMC Public Health* 11:699
44. Jensen NK, Norredam M, Draebel T, Bogic M, Priebe S, Krasnik A (2011) Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals? *BMC Health Serv Res* 11:154

Publikation 4

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E. et al. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11 (1), 187.

Verfügbar unter: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/187>.

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries

Stefan Priebe^{1*}, Sima Sandhu¹, Sónia Dias², Andrea Gaddini³, Tim Greacen⁴, Elisabeth Ioannidis⁵, Ulrike Kluge⁶, Allan Krasnik⁷, Majda Lamkaddem⁸, Vincent Lorant⁹, Rosa Puigpinósi Riera¹⁰, Attila Sarvary¹¹, Joaquim JF Soares¹², Mindaugas Stankunas¹³, Christa Straßmayr¹⁴, Kristian Wahlbeck¹⁵, Marta Welbel¹⁶, Marija Bogic¹

Abstract

Background: Health services across Europe provide health care for migrant patients every day. However, little systematic research has explored the views and experiences of health care professionals in different European countries. The aim of this study was to assess the difficulties professionals experience in their service when providing such care and what they consider constitutes good practice to overcome these problems or limit their negative impact on the quality of care.

Methods: Structured interviews with open questions and case vignettes were conducted with health care professionals working in areas with high proportion of migrant populations in 16 countries. In each country, professionals in nine primary care practices, three accident and emergency hospital departments, and three community mental health services (total sample = 240) were interviewed about their views and experiences in providing care for migrant patients, i.e. from first generation immigrant populations. Answers were analysed using thematic content analysis.

Results: Eight types of problems and seven components of good practice were identified representing all statements in the interviews. The eight problems were: language barriers, difficulties in arranging care for migrants without health care coverage, social deprivation and traumatic experiences, lack of familiarity with the health care system, cultural differences, different understandings of illness and treatment, negative attitudes among staff and patients, and lack of access to medical history. The components of good practice to overcome these problems or limit their impact were: organisational flexibility with sufficient time and resources, good interpreting services, working with families and social services, cultural awareness of staff, educational programmes and information material for migrants, positive and stable relationships with staff, and clear guidelines on the care entitlements of different migrant groups. Problems and good care components were similar across the three types of services.

Conclusions: Health care professionals in different services experience similar difficulties when providing care to migrants. They also have relatively consistent views on what constitutes good practice. The degree to which these components already are part of routine practice varies. Implementing good practice requires sufficient resources and organisational flexibility, positive attitudes, training for staff and the provision of information.

* Correspondence: s.priebe@qmul.ac.uk

¹Unit for Social and Community Psychiatry, London and the Barts School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, Newham Centre for Mental Health, London, E13 8SP, UK

Full list of author information is available at the end of the article

Background

Migration to European countries has increased since 2000 [1]. Estimates suggest that in 2005, 8.5% of the EU population consisted of migrants, with an additional 5.6 million arriving between 2005 and 2009 [2]. A central challenge for Europe, with its increased proportion of migrants, is the provision of accessible, equitable, and good quality health services for all.

Most research on health care for migrants has focused on access and use of services by migrants, with much of the literature coming from the US [3,4], Canada [5], Spain, [6-8], Denmark [9], the UK [10] and Sweden [11,12]. Studies suggest that migrants experience unequal access to care [13], and outline the complexity of health care entitlements of migrants [14-16].

This study did not address the problems of accessing care, but the quality of care provided to migrants once they are in a service, an issue which has received comparatively less attention in the literature, but is of central importance to millions of migrants who are treated in health services across Europe every day. Numerous health care professionals in different European countries face the challenge of providing the best possible care to migrant patients, and many of them have a wealth of experience [17,18]. Yet, there has been little systematic research exploring their views and experiences on what they see as the problems and what they regard as good practice.

This study explored the views and experiences of those health care professionals in different types of services across Europe, who provide care to migrants on a daily basis. The aim was to assess what problems they experience in their service, and what they view as good practice to overcome these problems or limit their negative impact on the quality of care.

Methods

Recruitment and Sampling

As part of the EC funded project 'Best Practice in Health Care Services for Immigrants in Europe' (EUGATE) [19] interviews were conducted with health care professionals in 16 European countries (covering more than 85% of the EU population) to identify their experiences and views of providing health care to migrants.

To ensure the participants had sufficient experience of providing health care to migrants, each participating country was asked to identify and recruit participants from areas where migrant population levels were particularly high. The plan was to focus on the three districts in each capital, or another urban context, with the highest proportion of immigrants.

A refined definition of migrants was used to aid classification of areas high in migrant groups. Migrants were

defined as persons who were born outside the country of current residence, and who were aged between 18 and 65 years. In line with EU directives; regular immigrants (e.g. labour immigrants), refugees, asylum seekers, victims of human trafficking, and illegal/undocumented immigrants were all encapsulated in this definition.

Once areas were identified, for each of the three districts in each country, participants were recruited from three primary care practices (i.e. 9 per country, total n = 144), and one each from an accident and emergency hospital department (3 per country, total n = 48), and a community service for patients with mental illnesses (3 per country, total n = 48). In selecting primary care practices we aimed to include those with the highest number of migrant patients or, in the absence of such data, the biggest ones in the area. Whilst usually there was only one A&E department in each area, for community mental health services we aimed to select the largest one in the given area. The list of selected areas and health service in all 16 countries are shown in Table 1.

We approached the selected service and asked for an interview, preferably with a practitioner with the largest experience in providing health care to migrants in the service. The decision as to who was to be interviewed in the study was made by the service.

The Interviews

Face-to-face interviews were conducted between 2008 and 2010. A structured interview schedule was developed in English and piloted in each participating country. Based on the experiences of the pilot phase, the schedule was refined and finalised. The final version of the schedule was translated into the languages of the participating countries. It was presented in two parts. The first part of the interview focused on open questions about general experiences, in particular problems and strengths in providing health care to migrants within the service. The second part consisted of open-ended questions about patients represented in three case vignettes. These cases were modified to suit the three types of services (primary care, A&E, and community mental health) and aimed to specify differences and similarities in treatment for migrants in comparison to indigenous populations (as can be seen in the text from the vignettes below).

Primary Care

Illegal immigrant A male, 28 years old, coming from [insert country], presents with pain when urinating and has a slight fever. He does not speak any language that the doctor understands. He has no insurance, no identification and no residency permit.

Refugee A refugee woman, 39 years old, from [insert country], presents with headache, anxiety, sleeping

Table 1 Sampled countries and corresponding health service areas

Country	Selected Cities	Selected Primary Care Areas	Selected Mental Health Care Areas	Selected A & E Areas
AUSTRIA	Vienna	Rudolsheim-Fünfhaus, Ottakring, & Brigittenau.	Rudolsheim-Fünfhaus, Ottakring, & Brigittenau.	Leopoldstadt, Ottakring, & Brigittenau.
BELGIUM	Brussels	Saint Josse, Schaerbeek, & Molenbeek	Saint Josse, Schaerbeek, & Molenbeek	Saint Josse, Schaerbeek, & Brussels City
DENMARK	Copenhagen	Nørrebro, Valby, Bispebjerg, Brøndby, Albertslund, & Rødovre	Areas within Bispebjerg Hospital, Hvidovre Hospital, & Glostrup Hospital	Bispebjerg Hospital, Hvidovre Hospital, & Glostrup Hospital
FINLAND	Vaasa, Pietarsaari, Oravais, Malax	Vaasa, Pietarsaari, & Oravais,	Vaasa, Pietarsaari, & Malax	Vaasa, Pietarsaari, & Oravais,
FRANCE	Paris	18 th & 19 th Arrondissements of Paris & Aubervilliers of Seine-St-Denis Department	18 th & 19 th Arrondissements of Paris & Aubervilliers of Seine-St-Denis Department	Bichat, Lariboisiere, & La Roseraie
GERMANY	Berlin	Tiergarten, Wedding, & Kreuzberg	Tiergarten, Wedding, & Kreuzberg	Tiergarten, Wedding, & Kreuzberg
GREECE	Athens	Vari, Vyronas, Galatsi, Thrakomakedones, & Elefsina	Central Athens	Voula & Thrakomakedones
HUNGARY	Budapest	Terézváros, Erzsébetváros, Kőbánya, Zugló, & Csepel	Erzsébetváros, Kőbánya, & Pesterzsébet	Erzsébetváros, Kőbánya, & Pesterzsébet
ITALY	Rome	Districts I, VIII, & XX	Districts I, VIII, & XX	Districts I, VIII, & XX
LITHUANIA	Kaunas	Nine largest PHC out of 11	Aleksotas & Zaliakalnis	Downtown Kaunas, Zaliakalnis, & Silainiai district
NETHERLANDS	Amsterdam, Utrecht, Rotterdam, Hague	Amsterdam, Utrecht, & Rotterdam	Amsterdam, Utrecht, & Rotterdam	Amsterdam, Utrecht, & the Hague
POLAND	Warsaw	Mokotow, Praga Poludnie, & Srodmiescie	Mokotow, Praga Poludnie, & Srodmiescie	Mokotow, Praga Poludnie, & Srodmiescie
PORTUGAL	Lisbon	Amadora, Loures, & Lisboa	Amadora, Loures, & Lisboa	Amadora, Loures, & Lisboa
SPAIN	Barcelona	Cuitat Vella, Eixample, Sants Montjuic, & Nou Barris	Cuitat Vella, Eixample, & Nou Barris	Cuitat Vella, Eixample, & Nou Barris
SWEDEN	Stockholm	Central, South East, & South West	Central, South East, & South West	Central, South East, & South West
UNITED KINGDOM	London	Hackney, Tower Hamlets & Newham	Hackney, Tower Hamlets & Newham	Hackney, Tower Hamlets & Newham

problems and stomach ache. She has very little command of the language of the host country. She brings her 12 years old daughter along, who speaks the language of the host country very well.

Labour immigrant A [insert nationality] woman, 40 years old, labour immigrant, widow, with two children 10 and 15 years old, asks for medication for her lower back pain. She speaks the language of the host country reasonably well, is working legally in a cleaning company and wants to go back to work urgently.

Accident & Emergency Department

Illegal immigrant The patient arrived in the host country as an illegal immigrant about 1 year ago. He is 25 yrs of age and of [insert a country] origin. He does not speak any language that the A&E staff understands and presents with an intense lower abdominal pain.

Refugee The female patient is 19 yrs of age and arrived from [insert a country] 10 months ago. She has refugee status and speaks only [insert language of origin] and a few words of English. She is in her fifth month of

pregnancy and has a serious complication (pre-eclampsia). She is reluctant to be examined by a male doctor.

Labour immigrant The male patient is 35 yrs of age and arrived from [insert a country] two years ago. He has a regular residence permit. He was brought to A&E by the police because of his aggressive behaviour following heavy drinking. He suffered external head injuries in a fight. He is fully conscious and accessible for examination.

Mental Health Services

Illegal immigrant The patient arrived in the host country as an illegal immigrant about 1 year ago. She is 25 yrs of age and of [insert nationality] origin. She does not speak the language of the host country, has no social contacts and appears severely depressed.

Refugee The male patient is 22 years of age, came to the host country from [insert country] a year ago and has refugee status. He speaks a few words of the language of the host country. He appears to have persistent auditory hallucinations and feels persecuted.

Labour immigrant The female patient is 45 yrs of age and arrived from [insert country] two years ago. She has a regular residence permit, speaks the language of the host country well and suffers from a bipolar disorder with frequent and prolonged manic episodes.

The country of origin of the migrants in the vignettes varied slightly between countries to ensure that the origin of the migrant was consistent with the demographic composition of migrants in the participating country, so that the vignettes presented a realistic scenario to the interviewees in each country. In all other ways, the case vignettes and questions were identical across countries.

Demographic information and professional standing of the interviewees were documented and the interviews were audio-taped in the majority of cases. When this was not possible, responses were documented in writing. Informed consent was obtained prior to the interviews, and the study was approved by relevant ethics committees in countries where this was required. Ethics approval for the study was obtained in Portugal through the University Hospital S. João. In other countries ethics approval was not required because no patient data was recorded, because the study was regarded as service evaluation without the need for an ethical review.

Data Analysis

All of the 240 interviews were audio-taped or recorded in writing and transcribed verbatim, ensuring the removal of any identifying information to maintain anonymity. The prepared transcripts were subjected to thematic content analysis [20]. This process was deemed the most suitable for interpreting the textual data in a systematic way, from classifying codes to identifying emergent themes.

The first stage was to code the data from the initial interview transcripts line-by-line, which was conducted in each of the participating centres. The codes and corresponding textual extracts were then used to develop a codebook, which was translated into English, reviewed and finalised amongst the researchers in all participating countries. The resulting codebook consisted of a list of codes, accompanied by a brief and a more comprehensive definition, and illustrated with examples. The codebook was utilised to code the entire data corpus, with strategic checks made after coding of the first six interview transcripts from each country. The validity of the codes was checked against the data extracts to ascertain grounding in the transcribed data. Discrepancies in coding across centres were picked up early in the analysis and clarified with verifications, further to those summarised in the codebook. The second stage of the analysis was the clustering of codes into emergent categories, which were then structured and grouped to form overarching themes [21,22]. To ensure the themes and

categories consistently represented the data corpus across all participating centres, final verification checks were made between each participating centre and the coordinating centre.

Data from all parts of the interview and from all countries were included in frequency counts of themes. This numerical depiction of content was used to specify the frequency of the problems and good practice components and compare those frequencies across services.

Results

Participants

The majority of interviewees were practitioners (n = 214) including doctors (156), nurses (44), psychologists (7), physiotherapists (4) and social workers (3). The remaining participants were either administrators or managers, some of whom were also qualified health care professionals (n = 26).

Differences in further treatment for migrants

The majority of respondents (74%) asserted that, in general, treatment for migrants after the initial contact would not differ from that for non-migrant patients. When specifically asked in case vignettes about different further pathways depending on the immigration status, for the labour migrant vignette over two-thirds (147 participants) explicitly said that there would be no difference in further treatment pathways. However, for refugees and undocumented migrants only one or two participants respectively reported no difference in further treatment pathways.

Problem Areas

Eight problem areas were identified, which are listed in Table 2. These are comprehensive and include all problems mentioned in the 240 interviews. The problems are here presented in the order of the frequency of interviews in which they have been raised.

1) Language barrier

Language and communication problems were most commonly reported, with frequent references made to a 'language barrier' between practitioners and patients. Concerns were expressed for migrants' inability to communicate their problems due to language difficulties, with the risk of being misunderstood and, ultimately, misdiagnosed. Respondents described how extensive physical examinations and diagnostic tests were sometimes required to compensate for the inability to communicate verbally. Administrative procedures were also prolonged and complicated through poor communication.

Some interviewees outlined associated problems with no or restricted access to interpreting services, which often resulted in the use of the patient's child, or

Table 2 Frequency of problem areas reported amongst interviewees by service type

Themes Problem Areas	Service Type (%)			Totals (%)
	Primary Care	Mental Health	A&E	All Services
Language barrier	137 (95)	45 (94)	46 (96)	228 (95)
Difficulties in arranging care for migrants without health care coverage	124 (86)	33 (69)	28 (58)	185 (77)
Social deprivation and traumatic experiences	101 (70)	41 (85)	26 (54)	168 (70)
Lack of familiarity with the health care system	92 (64)	27 (56)	31 (65)	150 (63)
Different understandings of illness and treatment	79 (55)	36 (70)	24 (50)	139 (58)
Cultural differences	74 (51)	26 (54)	38 (79)	138 (58)
Negative attitudes among staff and patients	58 (40)	21 (44)	21 (44)	100 (42)
Lack of access to medical history	24 (17)	10 (21)	13 (27)	47 (20)

another family member translating during consultations. This was especially problematic in sensitive cases.

“There is often a significant language barrier. If everything has to be translated, you lose half the time. Often a child or grandchild is translating, but then you can’t ask personal intimate things anymore. A ten year old girl can’t translate the menstruation problems of her mother. That’s really a problem.” (Netherlands, ID 212, Primary Care)

Family members may also choose to be selective in what they translate, summarising or even censoring the communication between the patient and the doctor.

“When it is a family member who comes to translate, he translates what he wants, it’s only interpretation...” (Belgium, ID 27, Primary Care)

Involving a professional interpreter however may also come with problems. Concerns were expressed for how involving a third party would impact on the patient-practitioner relationship. Third party involvement also led some participants to be concerned over confidentiality issues, especially when the interpreter was from the patient’s own community.

2) Difficulties in arranging care for immigrants without health care coverage

Respondents discussed the difficulties in providing care for undocumented immigrants, who had no entitlements to mainstream health care services. Some professionals reported that the entitlements of different patient groups required clarification. Others mentioned that they had sufficient information to know what treatments they could offer, where the patient could seek further help, or how the treatment should be funded. Awareness of the legal situation may put practitioners into a dilemma.

“Unfortunately, sometimes even legal immigrants are not covered by general health care insurance. This is

a big problem for doctors, because in theory, uninsured patients should cover the costs of their treatment by themselves. But for most immigrants it is impossible... And doctors are in a situation with no good solution - from an ethic point of view they should provide treatment, from a legal point of view - they shouldn’t.” (Poland, ID 234, Primary Care).

Most interviewees said that they would always provide emergency care if required. They described restricted access to laboratorial tests, scanning and other specialist pathways for migrants without coverage. Some interviewees attempted to circumnavigate the coverage problems by submitting laboratory samples in their own name, prescribing the patient with a cheaper medicine they could afford, or choosing to register the patient in an alternative manner. Some interviewees expressed concern that they would not be able to contact the patient again if tests raised abnormal results, or that migrants fearful of deportation would risk using fake identification or someone else’s documents to receive care.

3) Social deprivation and traumatic experiences

Over two-thirds of the interviewees reported problems arising from stressful experiences for migrants. Recent migrant patients were viewed as being more socially marginalised, from poorer backgrounds, unemployed, struggling to learn a new language, or to integrate, and possibly traumatised from experiences of war and conflict.

“...that lady from the Congo had her foot sawn off as a form of torture. Other things like that, multiple rape, people who have had their lips cut off, or their whole family murdered in front of them...” (UK, ID 305, Primary Care)

Some of these specific socioeconomic stressors had a direct impact on treatment.

“...the difference is, that there is more [treatment] and less prevention. That I just can’t put her on sick-leave,

that I can't advise her to change her job - how should she attend a training, and let her children starve, that is not possible and that is the difference." (Austria, ID 2, Primary Care).

Some respondents held the view that resolving socio-economic and legality issues were of more importance to many patients than resolving health problems.

4) Lack of familiarity with the health care system

A lack of familiarity with the health care system was regarded as common among recent immigrants.

"A&E services are often the only care access many migrants have - because they don't know how the system works." (France, ID 806, A&E).

Not fully understanding the health care system affects the treatment available. Interviewees reported cases where available resources and services were underused by migrants, because they were not aware of their existence. Furthermore, respondents discussed that previous experience in other health care systems often led migrants to have different expectations of the roles of doctors and patients. Different understandings of the patient-clinician relationship may result in uncertainty and mistrust, if experiences differ greatly from expectation. Interviewees regarded the role of doctors as given greater precedence amongst certain migrant patients, who may have unrealistic expectations about the capacity of doctors to sort various physical and social problems within short consultations.

5) Different understandings of illness and treatment

Participants reported problems linked specifically to different understandings of the given illness of a migrant patient and the treatment options. Expressions of aetiology, symptoms, and pain made a diagnosis difficult to establish, especially when understandings of these concepts greatly differed between the patient and practitioner.

Respondents discussed the challenges in treating migrant patients with different understandings of the human body, which occasionally resulted in patients deciding not to follow the recommended treatment, or agreeing after some resistance.

"I had this woman from Somalia who said her back was hurting and her understanding of the pain was that she had some air which was moving from one side of the back to the other [...] she wanted me to perforate the shoulder so that the air could get out. It was very difficult to explain why I just gave her tablets because her perception of her body is completely different. [...] Even with an interpreter it was very difficult to explain so we had to find my

anatomy book and show [...] her problem with the back was with muscles and that there was no air here. She kind of understood though she did not look completely convinced, but she took the pills and it helped." (Denmark, ID 49, Primary Care)

6) Cultural differences

Whilst the previous problem was specifically linked to the understanding of the given illness and its treatment, interviewees reported also more general differences in cultural norms, religious practices and customs as potential complications to direct examination and treatment. Interviewees reported concerns regarding appropriate engagement in physical examinations, preserving and respecting religious restrictions on physical contact and cultural taboos.

"...members of Muslim religious communities, there are shame barriers that we do not have: the husband expects to attend the treatment session. In certain treatment- the areas of sex, anal region are taboo." (Germany, ID 101, A&E)

While most services were able to offer treatment from either gender if requested, others were not. According to the respondents, this had on occasion resulted in patients refusing care or unwilling to disclose sensitive information.

Interviewees noted that some European treatments and traditions may be difficult for migrants to embrace, particularly when they involve therapies and treatments outside of medication.

"Different cultural values and beliefs make it difficult for the doctor to use psychotherapeutic procedures" (Greece, ID 122, Mental Health).

Respondents also discussed cultural differences in terms of practical issues such as not attending appointments, turning-up late, or seeking consultation outside of opening hours. Often this was discussed as leading to disappointment and frustration, as patients would be asked to make another appointment. There were also concerns for the impact this would have on the service, with delays to other appointments, and a general strain on time and resources.

7) Negative attitudes among staff and patients

Interviewees reported a lack of trust of some migrant patients towards staff. Distrust towards practitioners and interpreters originating from countries where patients previously experienced political or religious conflict were reported in this context. Certain patients were reported as being explicit in their requests to be seen by another member of staff, or withholding information, based on these grounds. Negative attitudes towards staff

and sometimes hostile behaviour were largely attributed to cultural differences, misunderstandings, or the feeling of the patients that they were not being taken seriously.

Fears of discrimination were mentioned in explanations of patient reticence, often based on current and previous societal experiences, or opinions reported in the media. However, staff behaviour towards migrant patients may also perpetuate this fear of discrimination.

“Many migrants experience discrimination and rejection within the healthcare system; being sent away, being treated unkindly, treated as if they are stupid, while they do not understand the language. These experiences are taken along in the doctor-patient relationship. I can notice the distrust of new clients at their first consultation with me.” (Netherlands, ID 214, Primary Care).

8) Lack of access to medical history

Finally, lack of access to a medical history was reported as problematic, especially for undocumented migrants. If such information was available, it was usually in a foreign language. Respondents further discussed the complications associated with not knowing whether patients had allergies, vaccinations, or previous health problems. They were concerned that lack of contact details and nationality made decisions regarding consent and next of kin problematic.

Differences between types of services

Most problems were similarly raised in all three types of services. Primary care services more often mentioned difficulties in arranging further care, whilst community mental health services put more emphasis on the social stressors for migrants and A&E departments on different cultural norms. Negative attitudes and lack of access to medical history were raised as problems in 15 countries; the other problem areas were raised in all 16 countries.

Components of good practice

Seven themes describing different components of good practice emerged and covered all components mentioned

in the interviews. They are summarised in Table 3 and reported below in order of frequency. Statements on good practice were considered in the themes independently of whether respondents mentioned them as an existing strength of their service, or a suggestion for future improvements.

1) Organisational flexibility with sufficient time and resources

Almost all respondents mentioned aspects relating to organisational flexibility, including sufficient time, resources and individualisation of care.

Many practitioners reported booking double sessions, especially when an interpreter was involved, and giving migrant patients more time to ensure that they were heard and understood. Where limited time and resources were reported, the respondents suggested that staff could be employed to specifically manage social and administrative issues, freeing more time for practitioners to see patients in a health care capacity.

“...to have more professionals with time available to provide information to these patients so they can feel that they have a place where they can go and ask their questions.” (Portugal, ID 244, A&E).

Interviewees discussed the importance of structuring regular staff meetings to deal with the problems arising in health care to migrants.

Some services faced restrictions on treating undocumented migrants. To overcome this barrier to further care, suggestions were made to seek funding for treatment from Non Governmental Organisations, sending patients to clinics specialising in providing care to undocumented migrants, providing cheap or free medication, giving private prescriptions, or registering undocumented migrants in an alternative way (e.g. as a tourist).

“I prescribe the medicines for my own name, if the patient has no money for it.” (Hungary, ID 146, Primary Care).

Table 3 Frequency of components of good practice reported amongst interviewees by service type

Themes	Service Type (%)			Totals (%)
	Primary Care	Mental Health	A&E	All Services
Components of Good Practice				
Organisational flexibility with sufficient time and resources	138 (96)	48 (100)	48 (100)	234 (98)
Good interpreting services	142 (99)	38 (79)	38 (79)	218 (91)
Working with families and social services	67 (47)	48 (100)	18 (38)	133 (55)
Cultural awareness of staff	58 (40)	32 (67)	22 (46)	112 (51)
Education programmes and information material for migrants	66 (46)	15 (31)	23 (48)	104 (43)
Positive and stable relationships with staff	62 (43)	13 (27)	16 (33)	91 (38)
Clear guidelines on care entitlements of different groups of migrants	15 (10)	8 (17)	4 (1)	27 (11)

In practice many respondents reported that staff would first treat patients and then possibly consider issues of entitlement and insurance. Respondents also mentioned that services to migrants could be improved with the use of more documentation, even for those with no legal residency. Recommendations were made for establishing databases with medical histories.

Several interviewees mentioned close geographical proximity to immigrant populations as a strength of their service. Providing a local service for migrants reduced problems associated with keeping appointments, and the cost of transportation.

Respondents spoke of the importance of a flexible and individualised approach for migrants within mainstream care, with more walk-in sessions, open appointment slots, and advocacy services.

2) Good interpreting service

Good interpreting services were mentioned in almost all of the interviews and respondents were specific in what was required for a good quality interpreting service.

“Qualitative interpreting services, so that the interpreter knows the medical terminology and also understands the professional discretion” (Finland, ID 73, Primary Care).

They suggested that this could be achieved through professional interpreters, recommending improved access to interpreting services, including the availability of interpreters at the reception point and facilities for multiple languages. The provision for a permanent in-house interpreting service was discussed by some, as were same-language therapists for patients receiving talk-based therapies. Others emphasised improving migrant patients' command of the national language as the best possible long-term answer to reducing language barriers.

Communication through a professional interpreter was not always viewed as entirely helpful. Some interviewees preferred using relatives or friends as interpreters instead, because of their ability to provide more comprehensive information about the patient, as well as having the patient's trust. Respondents reported using the internet to assist in translation, by the use of search engines or web pages with medical advice and information from the patient's country of origin.

3) Working with families and social services

Just over half of the respondents suggested collaboration with social services and families as important for good practice in migrant health care. Central to this theme were good contacts with social services and the sharing of information.

Interviewees explicitly mentioned engaging with community centres to connect migrant patients to

the wider community. Some reported contacting religious leaders and non-statutory agencies to assist migrants in getting in touch with their local community. Concerns were also raised about migrants becoming isolated. Respondents addressed attempts made by health care staff in some services to contact the patient's family or friends, even if they were in another country.

Participants raised concerns that in some cases the patient's living conditions maybe exacerbating an illness or limiting recovery and discussed instances where they had attempted to find solutions to the patient's personal and social problems. For example, some referred patients with housing problems to charities with housing facilities. Other health services have Citizens Advice Bureau advisors, physiotherapists, cultural welfare advisors, and family action advisors to assist immigrants with different needs in one service. Respondents discussed the benefits of dealing with health, administrative and legal issues in one place. They reported often to encourage migrant patients to get in touch with refugee organisations, projects for immigrant women, language learning centres and other training courses.

4) Cultural awareness of staff

Cultural awareness was reported as important for good practice. Some respondents viewed the training of staff in different cultural and religious practices as core to the delivery of satisfactory and respectful care to migrant patients. Some spoke of developing expertise in the treatment of migrant patients through experience and exposure, such as being located in a multicultural community, or being known as a culturally sensitive service.

Respondents made specific recommendations for topics on cultural sensitivity to be covered in practitioner training courses and university education. They further suggested that courses should include information on migrant specific diseases, cultural understandings of illness and treatment, and information pertaining to cultural and religious norms and taboos.

“There are the lack of knowledge how to work with this type of patients. Doctors are lacking legal, cultural, specific medical information about this. It would be good to organize a short training course in this field.” (Lithuania, ID 186, A&E).

According to the respondents, such knowledge enabled them to reach more accurate diagnoses and provide appropriate treatments, while meeting patient needs for cultural acceptance and understanding. The presence of migrant staff was also flagged up as increasing the awareness of migrant needs and assisting with

understanding culture and language issues.

"It is a great strength that we have staff of different ethnic background. We can learn from them once in a while when there is an episode where we think "what just happened here?" Then it is a gift to have an employee who is able to say what they think it is about. And often it is. In acute situations we have a language which we need here and now..." (Denmark, ID 44, Mental Health).

5) Educational programmes and information material for migrants

Interviewees suggested that instructive programmes and information material be produced for migrants about the host country's health care system. Such information was viewed as helpful for migrants to access appropriate services and seeking effective treatment. Suggestions were made for community health projects, or evening meetings, where medical staff could explain and educate migrants about how the health care system works, and how to foster a healthy lifestyle.

"They should design a welcome process adapted to immigrant people to explain the health care system, counselling etc. For example, they should have an interview with the immigrant patients to inform them about the health care system and the service roles." (Spain, ID 265, Primary Care).

As one way of providing such information respondents suggested the use of leaflets in multiple languages, explaining the health care system and avenues for accessing services. Some interviews felt this took some pressure off practitioners, so that they would spend less time explaining the system and more time providing direct patient care. In addition, interviewees purported that this would reduce patient disappointment, as awareness of what can be expected from each service and staff would be unambiguous. However, some respondents cautioned that migrant patients may still need assistance to be guided to leaflets and, where literacy is an issue, more assistance would be required than just a leaflet.

6) Positive and stable relationships with staff

Over a third of all respondents pointed towards positive relationships between staff and patients, and continuity of care as components of good practice. They discussed the necessary features for a positive relationship, which included respect, warmth, being welcoming, listening and responding effectively. Some respondents spoke of having welcoming policies in place, which ensured that patients are given individual attention and eased processes for them where possible. The promotion of non-judgmental, open minded and

equitable staff was also mentioned in responses under this theme.

Consistency of staff was seen as important for achieving familiarity and building a positive and trusting relationship.

"I have built a relationship with my clients, and have gradually come to know them. I am a familiar person, and they know they can always contact me. If I am absent, they can contact a colleague of mine, with whom they are also familiar." (Netherlands, ID 214, Primary Care).

Respondents further reported that seeing a different clinician at every appointment had a negative impact on patients' experience of the service, especially when they had to explain their medical history repeatedly in every consultation.

7) Clear guidelines on care entitlements of different groups of migrants

Several respondents suggested clearer information and guidelines on what type of care different migrant groups are entitled to. They reported the benefits from courses on migrant health care rights and other legal issues. Included under this theme were suggestions for information on how to gain funding for treating undocumented migrants. Some governments legally allow practitioners to treat undocumented migrants if their condition was life threatening. However, respondents reported that transparency was needed on what was considered a life threatening condition.

Differences between types of services

Collaboration with families and social services was more often reported as important in community mental health services, whilst the other components of good practice were raised by interviewees in the three service types with a similar frequency. Clear guidelines were suggested in 10 countries, education programmes in 14 countries, positive relationships in 15 countries, and all other good practice components in all 16 countries.

Discussion

Main findings

In interviews with health care professionals in different types of services across Europe, eight problem areas were identified in the delivery of care to migrants. Seven components of good practice were suggested to overcome these problems or limit their potentially negative impact. Problem areas and good practice components are comprehensive, i.e. they covered all statements made in 240 interviews in 16 countries. Most problems and good practice components were raised in all countries and in more than 50% of the interviews, although the specific aspect and emphasis for each theme often varied

among interviews. Problems and good practice components may therefore be seen as valid across Europe and different types of health services. The study findings provide a systematic and inclusive picture of the difficulties in providing health care to migrants and the possible solutions.

Interviewees were mindful of migrant specific difficulties and barriers, and believed that care to migrants was complicated by issues of language, culture, attitudes, entitlements, lack of awareness, and experience. The good practice components may be seen as more general, and several of them may apply not only to migrants, but to wider groups of patients. This reflects the overriding position of professionals that good practice in service delivery should be achieved by dispensing care on an individual basis, considering personal need, rather than focusing on group stereotypes and customary notions that migrants needs may differ greatly from indigenous patients. The findings provide support for treating migrant patients in mainstream health care services rather than segregating them out.

Good practice for migrants however may require additional and specific efforts. These include altering service delivery with modifications of routine practice, such as giving patients' with language needs more time, or seeking collaboration with social services that would be able to assist in legal and/or social issues. Problems and good practice components were largely consistent across the three very different types of services, i.e. primary care, emergency hospital departments, and community mental health services for patients with long term disorders.

Strengths and Limitations

The study has a number of strengths: a) It is a large study using similar methods across 16 countries; b) the findings are based on a total of 240 interviews from countries with different histories of immigration so that saturation of findings can be assumed; c) we used similar selection criteria and the same interview schedule (apart from the origin of migrants in case vignettes) for all countries; d) we implemented a rigorous and consistent method for the analysis of the material which - to our knowledge - is unique for a qualitative study involving so many countries and languages, and the process was consistently quality managed; and e) the interview schedule was specific to health care delivery rather than the more often studied issue of access.

There are however also several limitations: a) the sampling frame for selecting areas was not strictly adhered to in all countries, and whilst most of the areas were in capitals this does not apply to all of them; b) interviewees were self-selected which may have introduced a bias, e.g. preferring professionals with a particular

interest in migrant health and with specifically positive or critical views; c) statements may have been influenced by response tendencies, e.g. in line with the social desirability of answers, and reflect only personal statements; we have no independent information about what actually happens in the participating services and do not know the view of the migrant patients; and d) translations into English were required for the final analysis, information may have been lost in translation as a consequence.

Comparisons with the literature

The problems areas in providing care to migrants identified in this study are consistent with those found in previous research. In a review of migrant health in the EU [13], language and literacy barriers, entitlement issues, cultural differences in expectations, and misunderstanding of Western medicine were suggested as impeding the access to and delivery of optimal health care. A negative impact of social migration stressors on both mental and physical health and migrant specific needs stemming from a lack of economic resources and limited social networks were noted in the literature on labour migrants and refugees [10,23,24].

Language barriers and the use of interpreters were issues mentioned by almost all respondents in this study and are commonly covered in the literature on migrant health care. Qualitative studies with refugees and asylum seekers in the United Kingdom highlighted the concerns patients had in trusting professional interpreters to maintain confidentiality [25]. Studies from the United States mirror the concern in using interpreters, even professional ones, as errors were documented in interpretations that entailed real clinical consequences, such as misdiagnosis and inadequate treatment [26].

Language barriers, different cultural norms, and different understandings of illness and treatment were identified as separate themes in this study, whilst in the literature they are often linked as obstacles to care experienced by both patients and practitioners alike [27,28]. Recommendations and interventions have tried to bridge the intercultural gap, with results from a randomised control trial in the Netherlands indicating improvement in mutual understanding after six months [29]. Overall, cultural differences appear to receive less attention than language barriers, and may be less considered in consultations with migrant patients [30]. Suggested ways forward include an increased awareness among practitioners of cultural differences and the use of advocates (not just interpreters) to increase mutual understanding without challenging more entrenched cultural beliefs [31-33].

A wider concern is the implication that cultural sensitivity might give rise to individual migrants being treated by ethnic group and by letting cultural expectations exceed

individual preference. Discrimination and xenophobia in services were reported as a problem in providing care to migrants [34-36], which relates to the problem theme of negative attitudes in staff and patients in this study.

Implications for improving practice

The three most frequent components of good practice, i.e. organisational flexibility with sufficient time and resources, good interpreting services, and working with families and social services, all related to changes at the organisational level and the availability of sufficient resources. Changes of organisational procedures, allocation of more time to patients with interpreting needs, and involving other services in dealing with social and legal affairs, would free practitioners to focus on delivering effective health care for all. This requires flexibility within the service and a willingness to collaborate with families and other services [37].

Other components of good practice advocated in this study require practitioner training and the provision of information to both health care staff and migrants. This applies to increasing cultural awareness amongst staff, providing educational programmes and information material for migrants, and circulating clear guidelines for staff on the care entitlements of different migrant groups. Previous research [5,9,10] suggests that knowledge of the health care system and awareness through experience may change the way migrants understand and utilise services, resulting in a more appropriate use of non-emergency services. Training and educational programmes may reduce the time it takes for this transition of service use to occur.

Attitude changes were also reported in this study as crucial to the delivery of good care. Where views of migrants, and of practitioners, were considered entrenched in stereotypes and unrealistic expectations, health care was seen as negatively affected. Positive relationships with staff and continuity of care were regarded as parts of good practice and helpful for combating negative attitudes towards care staff and migrant patients alike. Setting reasonable expectations for what services and practitioners can deliver may also reduce migrant patients' notable disappointment with services [15].

Conclusions

The findings show and reflect a rich experience of health services across Europe in providing health care for migrant patients. There is a wide agreement on the relevant challenges and problems, which are not necessarily linked to the specific origin of the migrant. Health care professionals also have experiences and views about what constitutes good practice. The extent to which all good practice components are implemented varies, and there is certainly a chance for services to learn from each other and utilise experiences gained in other countries.

Implementing all good practice components as identified in this study requires sufficient resources, organisational flexibility, positive attitudes, training for staff, and the provision of information. The provision of sufficient resources, e.g. for more practitioner time and good interpreting services, is a challenge for commissioners and funding agencies, and is likely to be influenced by political priorities. Organisational flexibility does not always depend on the provision of more resources and may partly be achieved through appropriate policies and protocols. Training of staff also absorbs resources, and needs both the availability of effective training programmes and the interest of the staff to be trained. Information material should not be too difficult and costly to produce, although more evidence is required for how best to design and disseminate such material. The most challenging aspect to influence is probably staff attitudes, which may be linked to personal experiences as much as the wider societal context.

With respect to further research, the study shows that qualitative material can be collected in a consistent way across many countries and that an analysis of such material can yield useful findings. Future observational studies may be less comprehensive and address more narrowly defined aspects, capture patient views, assess actual behaviour in the services, and focus on service models that are regarded as very good practice. Experimental studies may test the feasibility and effectiveness of specific interventions to achieve one or more of the good practice components identified in this study.

Acknowledgements

This study is a part of the EUGATE project funded by the General Directorate of Health and Consumer Protection of the European Union (DG-SANCO). More information on the website: <http://www.eugate.org.uk>. All authors would like to acknowledge the entire EUGATE research team, for their contributions to data collection and management. We also acknowledge the 240 participants for giving their time and for their willingness to share their experiences.

Author details

¹Unit for Social and Community Psychiatry, London and the Barts School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, Newham Centre for Mental Health, London, E13 8SP, UK. ²Institute of Hygiene and Tropical Medicine, Universidade Nova de Lisboa, Rua da Junqueira, 96, 1349-008 Lisbon, Portugal. ³Public Health Agency for the Lazio Region, Via S. Costanza 53, 00185 Rome, Italy. ⁴Etablissement public de santé Maison Blanche, 3-5 rue Lespagnol, 75020 Paris, France. ⁵Department of Sociology, National School of Public Health, 196 Alexandras avenue, Athens 11521, Greece. ⁶Clinic for Psychiatry and Psychotherapy, Charité - University Medicine Berlin, CCM, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Germany. ⁷Danish Research Centre for Migration, Ethnicity and Health (MESU), Unit of Health Services Research, Department of Public Health, University of Copenhagen, Øster Farimagsgade 5, DK-1014 Copenhagen, Denmark. ⁸International and Migrant Health, NIVEL (Netherlands Institute for Health Services Research), Otterstraat 118-124, PO Box 1568, 3500 BN Utrecht, The Netherlands. ⁹Institute of Health and Society, Catholic University of Louvain, Clos Chapelle aux Champs 30.05., 1200 Brussels, Belgium. ¹⁰Agency of Public Health of Barcelona, Pça. Lesseps, 1, 08023 Barcelona, Spain. ¹¹Faculty of Health Sciences at Nyíregyháza, University of Debrecen, Sóstói út 31/B, 4400 Nyíregyháza, Hungary. ¹²Department of Public Health Sciences, Section of Social Medicine,

Karolinska Institutet, SE- 171 76 Stockholm, Sweden. ¹³Department of Health Management, Lithuanian University of Health Sciences, A. Mickėvičius g. 9, LT 44307, Kaunas, Lithuania. ¹⁴Ludwig Boltzmann Institute for Social Psychiatry, Lazarettgasse 14A-912, 1090 Vienna, Austria. ¹⁵National Institute for Health and Welfare (THL), Department for Mental Health and Substance Abuse Services, P.O.B. 30, FIN-00271 Helsinki, Finland. ¹⁶Institute of Psychiatry and Neurology, Ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warsaw, Poland.

Authors' contributions

SP, SD, AG, TG, EI, UK, AK, ML, VL, RPR, AS, JJFS, MS, CS, KW, MW and MB all made substantial contributions to the design of the interview study, data collection, coding and initial stages of analysis, interpretation of the findings and critical revision of drafts. MB further coordinated the analysis across countries and centralised it in the UK. SS contributed to the analysis of findings, and drafting of the manuscript for publication.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Received: 6 December 2010 Accepted: 25 March 2011

Published: 25 March 2011

References

- Herm A: Recent migration trends: Citizens of EU-27 Member States become ever more mobile while EU remains attractive to non-EU citizens. *Eurostat - Statistics in Focus* 2008.
- United Nations Development Programme: *Human Development Report 2009: Overcoming Barriers - Human Mobility and Development*. New York 2009.
- Ivanov L, Buck K: Health care utilization patterns of Russian-speaking immigrant women across age groups. *Journal of Immigrant Health* 2002, **4**:17-27.
- Cristancho S, Garces DM, Peters KE, Mueller BC: Listening to rural Hispanic immigrants in the Midwest: A community-based participatory assessment of major barriers to health care access and use. *Qualitative Health Research* 2008, **18**:633-646.
- Leduc N, Proulx M: Patterns of health services utilization by recent immigrants. *Journal of Immigrant Health* 2004, **6**:15-27.
- Perez-Rodriguez MM, Baca-García E, Quintero-Gutierrez FJ, Gonzalez G, Saiz-Gonzalez D, Botillo C, Basurte-Villamor I, Sevilla J, Gonzalez de Rivera JL: Demand for psychiatric emergency services and immigration: Findings in a Spanish hospital during the year 2003. *European Journal of Public Health* 2006, **16**:383-387.
- Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Hernández Barrera V, López de Andrés A, Gil de Miguel Á: Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain. *BMC Public Health* 2009, **9**:201.
- Hernández-Quevedo C, Jiménez-Rubio D: A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: New evidence from the Spanish National Health Survey. *Social Science & Medicine* 2009, **69**:370-378.
- Norredam M, Mygind A, Nielsen AS, Bagger J, Krasnik A: Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin. *European Journal of Public Health* 2007, **17**:497-502.
- Hargreaves S, Friedland JS, Gothard P, Saxena S, Millington H, Eliahoo J, Le Feuvre P, Holmes A: Impact on and use of health services by international migrants: questionnaire survey of inner city London A&E attenders. *BMC Health Services Research* 2006, **6**:153.
- Sundquist J: Ethnicity as a risk factor for consultations in primary health care and out-patient care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1993, **11**:169-173.
- Sundquist J: Swedish migration in a current, historic and international perspective: Immigration put more demands on health care. *Lakartidningen* 1998, **95**:169-173.
- Mladovsky P: Migrant health in the EU. *Eurohealth* 2007, **13**:9-1.
- Watters C: Migration and mental health in Europe: report of the preliminary mapping exercise. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 2002, **28**:153-172.
- Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A, Priebe S: Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry* 2008, **23**:14-20.
- Norredam M, Nielsen SS, Krasnik A: Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe - a systematic review. *European Journal of Public Health* 2010, **20**:555-563.
- Hultsjö S, Hjelm K: Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review* 2005, **52**:276-285.
- Abbott S, Riga M: Delivering services to the Bangladeshi community: The views of healthcare professionals in East London. *Public Health* 2007, **121**:935-941.
- Priebe S, Bogic M, Adany R, Bjerre NV, Dauvrin M, Deville W, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Kluge U, Ioannidis E, Jensen NK, Puigpinós Riera R, Soares JFF, Stankunas M, Straßmayr C, Wahlbeck K, Welbel M, McCabe R, for the EUGATE group: Good practice in emergency care: Views from practitioners. *Migration and Health in Europe* World Health Organisation. Geneva, Switzerland: World Health Organisation.
- Hsieh HF, Shannon SE: Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research* 2005, **15**:1277-1288.
- Patton MQ: *Qualitative Research and Evaluation Methods*. Third edition. Thousand Oaks, CA: Sage; 1970.
- Silverman D: *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. Second edition. London: Sage; 2001.
- Gilgen D, Maeusezahl D, Salis Gross C, Battegay E, Flubacher P, Tanner M, Weiss MG, Hatz C: Impact of migration on illness experience and help-seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary health care in Basel. *Health and Place* 2005, **11**:261-273.
- Lindert J, von Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brähler E: Depression and anxiety in labor migrants and refugees - A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine* 2009, **69**:246-257.
- Bhatia R, Wallace P: Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2007, **8**:48.
- Flores G, Barton Laws M, Mayo SJ, Zuckerman B, Abreu M, Medina L, Hardt EJ: Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in paediatric encounters. *Paediatrics* 2003, **111**:6-14.
- Ferguson WJ, Candib JM: Culture, language, and the doctor-patient relationship. *Family Medicine* 2002, **34**:353-361.
- Van Wieringen JC, Harmsen JA, Bruijzeels MA: Intercultural communication in general practice. *European Journal of Public Health* 2002, **12**:63-68.
- Harmsen H, Bernsen R, Meeuwesen L, Thomas S, Dorrenboom G, Pinto D, Bruijnzeel M: The effect of educational intervention on intercultural communication: Results from a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice* 2005, **55**:343-350.
- Wachtler C, Brorsson A, Troein M: Meeting and treating cultural difference in primary care: a qualitative interview study. *Family Practice* 2006, **23**:111-115.
- Chen AW, Kazanjian A, Wong H: Why do Chinese Canadians not consult mental health services: Health status, language or culture? *Transcultural Psychiatry* 2009, **46**:623-641.
- Green G, Bardby H, Chan A, Lee M: "We are not completely Westernised": Dual medical systems and pathways to health care among Chinese migrant women in England. *Social Science & Medicine* 2006, **26**:1498-1506.
- Reiff M, Zakat H, Weingarten MA: Illness and treatment perceptions of Ethiopian immigrants and their doctors in Israel. *American Journal of Public Health* 1999, **89**:1814-1818.
- Blignault I, Ponzio V, Rong Y, Eisenbruch M: A qualitative study of barriers to mental health services utilisation among migrants from mainland China in South-East Sydney. *International Journal of Social Psychiatry* 2008, **54**:180-190.
- Doescher MP, Saver BG, Franks P, Fiscella K: Racial and ethnic disparities in perceptions on physician style and trust. *Achieves of Family Medicine* 2000, **9**:1156-1163.
- Watters C: Migration and mental health in Europe: report of the preliminary mapping exercise. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 2002, **28**:153-172.
- Nadeau L, Measham T: Immigrants and mental health services: Increasing collaboration with other service providers. *The Canadian child and Adolescent Psychiatry Review* 2005, **14**:73-76.

Pre-publication history

The pre-publication history for this paper can be accessed here:
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/187/prepub>

doi:10.1186/1471-2458-11-187

Cite this article as: Priebe et al.: Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health* 2011 **11**:187.

Publikation 5

Penka, S., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. & Kluge, U. (2012).
Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im
psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting:
Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz,
55 (9), 1168-1175.
Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1007/s00103-012-1538-8>.

Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting

Mögliche Barrieren und Handlungsempfehlungen

In Deutschland hatten im Jahr 2010 19,3% der Gesamtbevölkerung einen Migrationshintergrund [1]. Diese vermeintlich einheitliche „Bevölkerungsgruppe“ umfasst tatsächlich vielfältige heterogene Gruppen, also Menschen aus unterschiedlichen Herkunftsländern, aus verschiedenen Migrationsgenerationen, mit unterschiedlichen Bildungsniveaus, unterschiedlichem Aufenthaltsstatus und divergenten sozioökonomischen Lebenssituationen etc. Seit Beginn der 1990er-Jahre werden die Barrieren zum bzw. im Sozial- und Gesundheitswesen, die einer qualitativ gleichwertigen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund¹ entgegenstehen, thematisiert. Es wurde unter anderem eine meist geringere Inanspruchnahme durch Personen mit Migrationshintergrund erkennbar, die als Unter-, Über- oder Fehlversorgung charakterisiert wurde [2]. Verantwortlich hierfür können unterschiedliche Faktoren sein, die den Weg in das Versor-

gungssystem verhindern bzw. verzögern. So gelten als diesbezügliche Einflussfaktoren z. B. alternative innerfamiliäre Bewältigungsstrategien [3], Angst vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen [4], eine fehlende Motivation zur Therapieaufnahme aufgrund von Frustration, sozialem Ausschluss und Perspektivlosigkeit [5]. Eine Unterversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in psychotherapeutischen ambulanten Angeboten [6] kann beispielsweise zu einer „Übersorgung“ im Sinne einer gesteigerten Inanspruchnahme von Notfall-einrichtungen führen [7]. Auch kann die konkrete Behandlungssituation komplikationsreich sein und die erfolgreiche Therapie erschweren. Hohe Abbruchquoten der Behandlung [8] und Hinweise auf Fehlbehandlungen und Fehldiagnosen [9] bekräftigen dieses Bild. So konnten Studien bei Menschen mit Migrationshintergrund in psychiatrischen Kliniken eine signifikante Zunahme der Diagnosen aus dem Spektrum der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F2) feststellen, wofür u. a. Fehldiagnosen verantwortlich sein können [9, 10, 11]. Ebenso wird abweisendes Verhalten, die Wirkung unbewusster Vorurteile, Befürchtung von Mehrarbeit aufseiten der Behandelnden als hinderlich für ein zufriedenstellendes und er-

folgreiches Behandlungssetting beschrieben [12].

Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über mögliche Barrieren im konkreten interkulturellen psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting und benennt individuelle, institutionelle sowie strukturelle Schritte, die dort notwendig und möglich wären, um ein zufriedenstellendes therapeutisches Behandlungssetting für Menschen mit Migrationshintergrund und Professionelle zu gewährleisten.

Mögliche Barrieren im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting

Die Faktoren, die hier für Schwierigkeiten im diagnostischen/therapeutischen Setting verantwortlich sein können, sind sehr vielfältig. Sie können sich sowohl auf der individuellen Ebene aller Beteiligten als auch auf struktureller, systemischer Ebene bewegen [13].

„Kulturelle Missverständnisse“

Begegnen sich 2 Menschen aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten, kann dies von Neugier, aber auch Unsicherheiten begleitet sein. Die Begegnung mit dem vermeintlich oder tatsächlich frem-

¹ „Menschen mit Migrationshintergrund“ meint in Deutschland alle Menschen, die nach 1949 in das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind, sowie alle in Deutschland geborenen AusländerInnen und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugezogenen oder als AusländerIn in Deutschland geborenen Elternteil [1].

Infobox 1 Beispiel eines sprachlichen bzw. kulturellen Missverständnisses: „Ich habe mir den Kopf erkältet“ [16]

Es kann passieren, dass PatientInnen mit türkischem Migrationshintergrund in Arzt/Ärztin-Konsultationen ihren Gesundheitszustand als „kafamı üşüttüm“ beschreiben. Wortwörtlich ist dies mit „Ich habe mir den Kopf erkältet“ zu übersetzen. Allerdings handelt es sich hierbei um eine kulturgebundene Umschreibung, die eigentlich „Ich habe Angst durchzudrehen, ich werde verrückt“ meint. In der Türkei bzw. in der türkischen Sprache wird vieles über Organe kommuniziert, genauso wie Sprichwörter und Redewendungen verwendet werden. Auch in der deutschen Sprache existieren kulturgebundene Redewendungen, wie z. B. „Mir stehen die Haare zu Berge“ oder „Mir ist eine Laus über die Leber gelaufen“, die ohne adäquate Einordnung missverstanden werden.

Die Aufgabe von Sprach- und KulturmittlerInnen besteht in diesem Fall darin, keine wörtliche Übersetzung zu liefern, da dies erhebliche Missverständnisse nach sich ziehen würde, sondern das damit zum Ausdruck Gebrachte zu verdeutlichen.

den Anderen sowie die Auseinandersetzung mit anderen Wertorientierungen und wenig vertrauten Rollen können hohe Anforderungen an interkulturelle Behandlungskontexte stellen [14]. Sie können von Verständigungsschwierigkeiten und „kulturellen“ Missverständnissen begleitet sein ([15, 16]; ■ Infobox 1). Diese können beispielsweise aus unterschiedlichen Vorstellungen zu Raum, Ort und Zeit resultieren: So wird beispielsweise im arabischen Raum eine Verspätung im Zusammenspiel mit der jeweiligen sozialen Rolle interpretiert. Dabei wird das Zuspätkommen einer sozial höher stehenden Person eher erwartet. Im deutschen Kontext wird eine derartige Verspätung, unabhängig von den vorliegenden sozialen Rollenunterschieden, als eine Geringschätzung und Respektlosigkeit empfunden und steht in Konflikt mit den zeitlich knappen Ressourcen des therapeutischen Arbeitsalltags [15]. Wenn solche evtl. vorliegenden Unterschiede nicht reflektiert werden, können sie zu kommunikativen Hemmungen, aber auch zu Frustrationen bei den Behandelnden und den PatientInnen bis hin zu Fehldiagnosen führen [14].

Unterschiedliche Erwartungshaltungen und Erklärungsmodelle

Auch scheinen unterschiedliche Erwartungshaltungen zwischen Behandelnden und PatientInnen mit Migrationshintergrund sowie Missverständnisse über die Bedeutung von „Therapie“ vorzuliegen. So wird darauf hingewiesen, dass beispielsweise PatientInnen mit türkischem Migrationshintergrund oftmals direkte, lebenspraktische Hilfe vom Behandelnden erwarten. Im Gegensatz dazu verfolgen „westliche“ Konzepte eher das Ziel, eigene Ressourcen, die Selbstverantwortlichkeit und Autonomie zu stärken und eine sachlich distanzierte, partnerschaftliche Haltung gegenüber PatientInnen einzunehmen. Diese unterschiedlichen Erwartungen und Haltungen führen nicht selten zu einer konfliktreichen therapeutischen Beziehung oder zu deren Abbruch [17].

Auch unterschiedliche Erklärungsmodelle der Beteiligten können eine Behandlung im interkulturellen Setting erschweren [18, 19]; dadurch werden die Behandlungszufriedenheit [20] und Compliance [21] beeinflusst. Die „westliche“ Schulmedizin, die auf naturwissenschaftlich fundiertem Wissen basiert, neigt dazu, das Krankheitsgeschehen auf einen Teil des Körpers zu begrenzen und vor allem den betroffenen Organismus in seinem Nichtfunktionieren zu betrachten [22]. In vielen Ländern werden aber Krankheits- und Gesundheitsmodelle eng mit religiösen Ansätzen, sozialen Systemen oder übernatürlich orientierten Erklärungs- und Handlungsmustern verbunden [15, 23, 24]. Im türkischen Kontext kann ein gesundheitliches Problem als etwas, das von außen in den Körper eindringt und diesen in Besitz nimmt, erlebt werden [23, 24]. Subjektive oder gruppenspezifische Gesundheits- und Krankheitskonzepte prägen die Symptomdarstellung und -interpretation. Dies erfordert von Behandelnden, die Variabilität von Erklärungsmodellen in der Praxis zu berücksichtigen.

Beispielsweise wurden in einer Untersuchung zu Erklärungsmodellen und generellen Erklärungsmustern von abhängigem Verhalten bei deutschen Jugendlichen und Jugendlichen mit türkischem

Migrationshintergrund Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten deutlich [5, 25]. Die Jugendlichen mit türkischem Migrationshintergrund orientierten sich im Gegensatz zu den einheimisch Deutschen oftmals näher am schulmedizinischen Suchtverständnis und unterschieden kaum zwischen „legalen“ und „illegalen“ Drogen. Gleichzeitig lehnten viele Jugendliche mit türkischem Migrationshintergrund klassische Suchtbeschreibungen wie „körperliche Abhängigkeit“ oder Begriffe der Kontrollminderung (z. B. „nicht ohne Hilfe davon wegkommen“) als unwichtig zur Beschreibung von abhängigem Verhalten ab [5, 25]. Da Kontrollminderung als wesentliches Kennzeichen der schulmedizinischen Abhängigkeitsbeschreibung gilt [26], besteht hier ein wichtiger Unterschied. Dass diese unterschiedlichen Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen sowie die damit einhergehenden Symptomausprägungen und -darstellungen Einfluss auf die Behandlungssituation nehmen, konnte eine Befragung von psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildungsermächtigten der Weiterbildungsinstitutionen bestätigen [27]. Viele der befragten Professionellen verwiesen auf diagnostische Schwierigkeiten und damit verbunden auf einen erhöhten Zeitaufwand aufgrund der anderen Ausdrucksformen psychischer Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund [27].

Diagnoseunschärfe psychiatrischer Instrumente

Gleichermaßen wird häufig auf die Diagnoseunschärfe vorliegender psychiatrischer Instrumente, die im Hinblick auf Krankheitskonzepte spezifisch für den euroamerikanischen Raum entwickelt wurden und auf einer ethnozentristischen Perspektive beruhen, aufmerksam gemacht [28]. Die psychometrischen Instrumente eignen sich daher im Allgemeinen nicht für die Diagnostik bei Menschen aus anderen kulturellen Kontexten. Die wenigen vorliegenden Übersetzungen sind meist nicht in den entsprechenden Herkunftsländern validiert worden. Die Testdiagnostik im Bereich der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie stellt sich daher als problematisch dar [29].

Sprachliche Verständigung

Einige Menschen mit Migrationshintergrund verfügen nicht über ausreichende Deutschkenntnisse, um Begrifflichkeiten zu Körper, Gesundheit, Befinden und Sexualität benennen zu können [24]. Die sprachliche Verständigung spielt jedoch im Kontext von Gesundheit und Krankheit eine wesentliche Rolle. Ohne Verständigungsmöglichkeiten sind eine Anamneseerhebung, Diagnostik und Therapie nur schwer durchführbar und im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungskontext nahezu unmöglich.

In der genannten Befragung psychiatrisch-psychotherapeutischer Weiterbildungsermächtigter gaben 77% an, auf sprachliche Verständigungsschwierigkeiten bei der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund zu treffen [27]. Welche Auswirkungen dies haben kann, verdeutlichen z. B. Ergebnisse einer Untersuchung bei Patientinnen mit türkischem Migrationshintergrund und einheimisch deutschen Patientinnen in einer Berliner Frauenklinik [30]. Geringe Deutschkenntnisse von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund korrelierten mit einer schlechten Informiertheit über die Diagnose und Behandlung sowie mit einem Informationsverlust während eines stationären Aufenthaltes und der damit einhergehenden therapeutischen Aufklärungsprozesse [30]. Verständigungsprobleme im therapeutischen Kontext führen außerdem zu geringeren Arztkonsultationen, einem geringeren Verständnis ärztlicher Erläuterungen, häufigeren Laboruntersuchungen und vermehrter Inanspruchnahme von Rettungsstellen [31].

Mögliche Ansätze zur Verbesserung der Interaktion und Kommunikation im interkulturellen Behandlungssetting

Vor dem Hintergrund der dargestellten Probleme von Menschen mit Migrationshintergrund sowohl beim Zugang *zu* als auch bei der Versorgung *im* Gesundheitssystem werden in Deutschland sowie in anderen europäischen Ländern Maßnahmen zur Verbesserung der Interaktion

Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:1168–1175 DOI 10.1007/s00103-012-1538-8
© Springer-Verlag 2012

S. Penka · M. Schouler-Ocak · A. Heinz · U. Kluge

Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. Mögliche Barrieren und Handlungsempfehlungen

Zusammenfassung

Interkulturelle Behandlungssituationen stellen besondere Anforderungen an die Behandelnden und Patienten/Patientinnen. Die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund kann deshalb unzureichend sein. Im vorliegenden Beitrag stehen „kommunikative Hindernisse“ im Vordergrund, die für den psychiatrisch/psychotherapeutischen Bereich besonders relevant sind. Neben Sprachbarrieren zählen dazu auch komplexere Verständigungsprobleme, die auf unterschiedlichen Erklärungsmustern über die Ursachen, Kennzeichen und Therapieoptionen bei verschiedenen Erkrankungen basieren. Zur allgemein geforderten interkulturellen Öffnung von medizinischen und psychosozialen Einrichtungen gehört der Einsatz von Sprach- und KulturmittlerInnen, die Be-

rücksichtigung unterschiedlicher Erklärungsmodelle, die Vermeidung von Kulturalisierung und Stereotypisierung sowie eine offene, neugierige und selbstreflexive professionelle Haltung. Verschiedene strukturelle Rahmenbedingungen wie die Finanzierung des Dolmetschereinsatzes und die Auseinandersetzung mit institutionellen Zugangsbarrieren müssen umgesetzt werden, um eine adäquate Versorgung aller Menschen mit Migrationshintergrund zu gewährleisten.

Schlüsselwörter

Interkulturelles Behandlungssetting · Sprach- und KulturmittlerInnen · Erklärungsmodelle · Interkulturelle Öffnung · Migrationshintergrund

Cross-cultural aspects of interaction and communication in mental health care. Barriers and recommendations for action

Abstract

Mental health care for migrants is often impaired by a lack of policies and provisions in the respective institutions. This article focuses on “communication barriers” in psychosocial and psychotherapeutic settings, where personal communication is of great importance. Barriers that prevent migrants from using health care institutions include translation problems but also more complex misunderstandings based on divergent explanations regarding the causes, course, and adequate treatment of different disorders. The widely recommended intercultural opening of medical and psychosocial institutions involves using interpreters as cultural experts, reflect-

ing on and mediating between divergent explanatory models, and avoiding cultural and ethnic stereotyping as well as encouraging an open, curious, and reflective professional attitude. With respect to institutional settings, rules for the financing of interpreters are as important as tackling barriers that limit migrants’ access to medical and psychosocial institutions.

Keywords

Cross-cultural setting · Language and cultural interpreter · Explanatory models · Intercultural opening · Migration background

und Kommunikation im interkulturellen Behandlungssetting diskutiert und umgesetzt [32].

Der institutionelle Rahmen für interkulturelle Behandlungssettings

Im Rahmen eines EU-Forschungsprojektes² wurden in 16 EU-Partnerländern jeweils 10 ExpertInnen in einem Delphi-

Prozess befragt, was sie als „Best Practice“ für die Gesundheitsversorgung von Immigranten³ erachten [33]. Im ersten Schritt wurde zunächst ein Konsens über

² <http://www.eugate.org.uk/>.


³ Im EUGATE-Projekt sind Immigranten definiert als Personen, die außerhalb des jeweiligen Landes (für die Berliner Projektpartner also außerhalb Deutschlands) geboren sind und die sich legal im jeweiligen Land aufhalten. Dazu gehören z. B. ArbeitsmigrantInnen, Personen mit einer Aufenthaltserlaubnis (TouristInnen ausgeschlossen).

Infobox 2 Themenkomplexe der „interkulturellen Öffnung“ [36]

1. Konzeptionelle Verankerung der interkulturellen Öffnung
2. Berücksichtigung von BewerberInnen mit Migrationshintergrund in Stellenausschreibungen/Einstellungspraxis
3. Mitarbeiterschaft mit Migrationshintergrund
4. Dokumentation und Statistik der Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund
5. MigrantInnenspezifische Nachsorgekonzepte
6. MigrantInnenspezifische Behandlungsangebote
7. MigrantInnenspezifische Ausstattung und Angebote (z. B. nichtdeutschsprachige Zeitschriften in Aufenthaltsbereichen, mehrsprachige visuelle Beschriftung vor bzw. in der Einrichtung etc.)
8. Sprachliche Verständigungsmöglichkeiten (Möglichkeit zum Dolmetschereinsatz und zur Kulturmediation, nichtdeutsche muttersprachliche Kompetenzen sowie Fremdsprachenkenntnisse von Mitarbeiterschaft etc.)
9. Fortbildungen, interkulturelle Kompetenz und Teamarbeit (Teilnahme an Fortbildungen, von der Leitungsebene gewollte Teilnahme, interkulturelle Kompetenz der Mitarbeiterschaft etc.)
10. Berücksichtigung von Menschen mit Migrationshintergrund in der Bedarfserhebung und -planung
11. MigrantInnenspezifische Informationsmaterialien und -wege (z. B. mehrsprachige Informationen zum Angebot, aufsuchende Öffentlichkeitsarbeit in Bezug auf migrantische Bevölkerung)
12. Empowerment/Partizipation (Unterstützung beim Aufbau von und Vermittlung zu Selbsthilfegruppen von Menschen mit Migrationshintergrund etc.)
13. Kooperationen mit migrantInnenspezifischen Einrichtungen
14. Interkulturelle Öffnung als Leitungsaufgabe

die genannten Faktoren erzielt, um dann anschließend aus ihnen die internationalen „Top-Ten“ über alle 16 Länder hinweg zu ermitteln. Diese waren: „Gleicher Zugang“, „Empowerment hinsichtlich Gesundheit für Immigranten“, „Kultursensible Versorgung“, „Qualitativ gute Versorgung“, „Kommunikation“, „Respekt“, „Netzwerkarbeit“, „Aufsuchende Arbeit und Prävention“, „Wissen und Forschung bezüglich der Gesundheitsversorgung für Immigranten“ [33]. Drei dieser

Faktoren beziehen sich auf die Interaktion von ÄrztInnen und PatientInnen im interkulturellen Setting. Dies sind: eine *kultursensible Versorgung*, die es für Professionelle erforderlich macht, kulturelle Einflussfaktoren in der Behandlung mitzudenken; die *Kommunikation*, die zwischen Ärzten und Ärztinnen und im multiprofessionellen Team ebenso wie zwischen Behandelnden und Inanspruchnehmenden stattfindet, und schließlich der *Respekt* gegenüber PatientInnen mit Migrationshintergrund.

Ein Großteil der auf EU-Ebene konsensfähigen Faktoren ist in Deutschland unter dem Begriff der „interkulturellen Öffnung von Regelversorgungsangeboten“ bekannt [34]. Diese zielt darauf ab, für Menschen mit Migrationshintergrund einen gleichwertigen und gleichberechtigten Zugang zum Sozial- und Gesundheitswesen und eine sensible Diagnostik und Therapie zu gewährleisten. Auch die von den psychiatrischen Fachgesellschaften formulierten „Sonnenberger Leitlinien“ [28] basieren auf der Idee der interkulturellen Öffnung. Hintergrund dieser Entwicklungen ist, dass nicht mehr die einseitige Anpassung der Menschen mit Migrationshintergrund an das Versorgungssystem in Deutschland erwartet wird, sondern die Öffnung und Qualifizierung des Systems selbst [28]. Dies schließt die Qualifizierung der Professionellen und damit auch der ÄrztInnen mit ein. Die Notwendigkeit zur interkulturellen Öffnung wird zunehmend in Politik und Praxis anerkannt [35]. Deshalb wurde in einer von der VW-Stiftung geförderten Studiengruppe zu „Seelischer Gesundheit und Migration“ („SeGeMi“)⁴ ein Erhebungsinstrument zur Erfassung des Standes der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung entwickelt [36]. Das Instrument wurde anhand bereits vorliegender Checklisten und Fragebögen, einem webbasierten Delphi-Prozess mit 12 ExpertInnen und einer Piloterhebung in Einrichtungen der psychosozialen Versorgung entwickelt. Es fokussiert Themenkomplexe, die sich als wesentlich für eine interkulturelle Öffnung herauskristallisierten ([36];  **Infobox 2**).

⁴ <http://www.segemi.de>.

Während einige dieser Qualitätsrichtlinien auf den Abbau der Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem zielen, fokussieren andere auf die Verbesserung der Versorgung. Hierunter fällt beispielsweise die Einstellung von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund, die als „Türöffner“ fungieren und die Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch Menschen mit Migrationshintergrund erhöhen sowie aufgrund ihrer Sprachkenntnisse die Verständigung in der Behandlung verbessern sollen [12]. Zudem sollen sie ihr spezielles Wissen und damit eine besondere Reflektion „des Eigenen und des Fremden“ aufgrund ihrer Migrationsgeschichte und ihres Wissens um kulturelle Unterschiede in Behandlungssettings einbringen [37]. Demgegenüber ist eine Arbeitsteilung nach ethnischer Zuordnung, d. h. die Zuständigkeit von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund für Personen aus dem „eigenen“ Herkunftskontext, weder organisatorisch aufgrund der Vielzahl der Herkunftskontexte von Inanspruchnehmenden sinnvoll, noch aufgrund ihrer segregierenden Effekte als wünschenswert zu sehen. Vielmehr geht es um die Entwicklung interkultureller Teams und transkultureller Praxen [14]. Deshalb bedarf es eines Vorgehens, das die Kompetenz aller Mitarbeitenden fördert und jene mit Migrationshintergrund nicht auf „ethnische“ Kompetenzen reduziert. Hierzu sind die Berücksichtigung migrationspezifischer und interkultureller Aspekte in Fallbesprechungen und Supervision, Schulungen zu interkultureller Kompetenz und Arbeiten im interkulturellen Team wesentlich. Interkulturell zusammengesetzte Teams können zu Synergieeffekten im Sinne einer sich gegenseitig anregenden Zusammenarbeit von Mitarbeitenden mit und ohne Migrationshintergrund beitragen. So können sie einen wesentlichen Beitrag zur Auseinandersetzung mit kulturspezifischen Themen und zur Förderung einer interkulturellen Kompetenz des Personals leisten [38].

Wenn für nichtdeutschsprachige PatientInnen eine gleichwertige Behandlung gewährleistet werden soll, müssen auch Sprach- und KulturmittlerInnen eingesetzt werden (sofern keine muttersprachlichen oder über die jeweiligen Fremdsprachen verfügende Mitarbeiten-

de zur Verfügung stehen). Die Bezeichnung „Sprach- und KulturmittlerIn“ beinhaltet eine terminologische Abgrenzung vom gängigeren Begriff der Dolmetscherin/des Dolmetschers. Hierbei wird davon ausgegangen, dass es eine Ebene der Verständigung in interkulturellen Kontexten gibt, die über das Sprachliche hinausgeht (s. **Infobox 1**). Deshalb soll mithilfe von Sprach- und KulturmittlerInnen versucht werden, kulturelle Differenzen, die den Sprachdifferenzen immanent sind, zu erkennen und sie einer Bearbeitung zugänglich zu machen. Hierbei wird darauf rekurriert, dass Sprach- und KulturmittlerInnen über ein kulturelles Wissen verfügen, das sie in die Behandlungssituation einbringen, um somit auftretende kulturelle Differenzen und daraus resultierende Missverständnisse zu klären. Die Aufgabe der TherapeutInnen ist es, dieses Wissen in den therapeutischen Prozess zu integrieren. Dabei ist eine Offenheit gegenüber anderen Symbolisierungen notwendig [37]. In einem solchen Setting sind – statt üblicherweise 2 Personen – 3 Personen im therapeutischen Raum. Sie kommunizieren in mindestens 2 verschiedenen Sprachen. Dadurch entsteht ein komplexes Gefüge von Verständigungs- und Interaktionsebenen, die ein solches Setting zuweilen schwer überschaubar erscheinen lassen [39].

Zwischenergebnisse eines Forschungsprojektes zum Stand der interkulturellen Öffnung der psychosozialen Versorgung

Im Rahmen des genannten VW-Projektes „Seelische Gesundheit und Migration“ führen wir derzeit (2011/2012) mithilfe des entwickelten Erhebungsinstrumentes eine Erhebung (ca. 120 Versorgungsangebote) zum Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung (gemeindepsychiatrische und ergänzende psychosoziale Einrichtungen) in einem innerstädtischen Berliner Bezirk durch, in dem der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung ca. 50% ausmacht. Es werden RepräsentantInnen der Einrichtungen mithilfe des Fragebogens zu den jeweiligen Versorgungsangeboten befragt. Die Zwischenergebnisse weisen darauf hin, dass in diesem Bereich viele Schritte zur Verbesse-

rung der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund noch nicht umgesetzt werden; gleichzeitig wurde aber meist eine große Offenheit der befragten EinrichtungsrepräsentantInnen gegenüber dem Thema deutlich.

Der Abbau von Sprachbarrieren ist vielerorts noch nicht gelungen. 33 der 51 (64%) Versorgungsangebote wurden im Jahr 2010 *nicht* von Personen mit Migrationshintergrund in Anspruch genommen, die über keine ausreichenden Deutschkenntnisse verfügten. In psychiatrischen Kliniken stellt sich die Situation anders dar. In 3 der 4 bisher in die Untersuchung eingeschlossenen psychiatrischen Angebote verfügten ca. 2–10% der versorgten Menschen mit Migrationshintergrund über keine hinreichenden Deutschkenntnisse, während im vierten Versorgungsangebot sogar ca. 20% der versorgten Menschen mit Migrationshintergrund keine ausreichenden Deutschkenntnisse hatten. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem einer Untersuchung zu Verständigungsproblemen in Berliner Krankenhäusern. Bei durchschnittlich 5% der behandelten PatientInnen war nach Einschätzung der befragten 39 Kliniken eine Verständigung auf Deutsch nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich [40].

Unsere Zwischenergebnisse zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund und geringen Deutschkenntnissen weiterhin mit sprachlichen Zugangsbarrieren zum psychosozialen Versorgungssystem konfrontiert sind. Obwohl 16 (31%) der bisher 51 erhobenen Versorgungsangebote Menschen mit Migrationshintergrund versorgen, die keine oder sehr geringe Deutschkenntnisse haben, setzten lediglich 10 Einrichtungen (18%) einen Dolmetscherdienst ein. Diese Ergebnisse werden von einer europäischen Studie bestätigt, die zeigt, dass in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern in der Gesundheitsversorgung sehr selten DolmetscherInnen eingesetzt werden [41]. Viele Einrichtungen greifen stattdessen auf andere Strategien im Umgang mit nichtdeutschsprachigen PatientInnen/KlientInnen zurück, wie z. B. auf Angehörige/Freunde der Inanspruchnehmenden, auf Sprachkompetenzen der therapeutischen Mitarbeiterschaft sowie auf Personal, das nicht in der Behandlung

von PatientInnen/KlientInnen tätig ist, wie z. B. Sekretärinnen. Dies kann in Ausnahmefällen sicher hilfreich sein, führt jedoch oft zu Überforderung der Angehörigen, zu Rollenkonflikten in den Familien und zu unzureichenden Übersetzungen, da z. B. Freunde oder Familienangehörige bestimmte Inhalte aufgrund familiärer oder gruppenspezifischer Dynamiken nicht übersetzen möchten. Auch das Dolmetschen von nicht im therapeutischen Kontext Tätigen ist qualitativ oft unzureichend [42].

Eine wesentliche Ursache für den seltenen Einsatz professioneller DolmetscherInnen ist sicherlich die ungeklärte Kostenübernahme in Deutschland [41]. Dies wird durch die Zwischenergebnisse unserer Untersuchung bestätigt. Acht der 10 Einrichtungen, die im Jahr 2010 einen Dolmetscherdienst in die Behandlung von nichtdeutschsprachigen PatientInnen/KlientInnen einbezogen, gaben an, die Kosten selbst tragen zu müssen. Das heißt, dass die Kosten weder von den Krankenkassen noch von den Kommunen oder Ländern übernommen werden. Eine Einrichtung verwies auf die Kostenübernahme durch PatientInnen/KlientInnen selbst, während eine andere deutlich machte, dass der öffentliche Kostenträger des Projektes für professionelle DolmetscherInnen zusätzliches Geld bereitstellt. Von 41 befragten RepräsentantInnen von Versorgungsangeboten, die nicht mit professionellen DolmetscherInnen arbeiteten, verwiesen 30 (73%) auf den ihres Erachtens nach nicht vorhandenen Bedarf an einem solchen Dienst, da in den jeweiligen Einrichtungen keine Menschen versorgt werden, die nicht ausreichend Deutsch sprechen würden.

Individuelle Möglichkeiten zur Verbesserung eines interkulturellen Behandlungssettings

Unabhängig von notwendigen strukturellen und institutionellen Veränderungen ist es für jeden Behandelnden wichtig, sich entsprechende Kompetenzen anzueignen, um der Internationalisierung der Klientel im Berufsalltag gerecht werden zu können. Hierzu können persönliche Fortbildungen beitragen, aber auch die

Infobox 3 Fragen-Leitfaden zum Erfassen eines Erklärungsmodells [43]

- Wie nennen Sie das Problem?
- Was hat das Problem verursacht?
- Warum hat es zu einem bestimmten Zeitpunkt angefangen?
- Wie „funktioniert“ die Krankheit?
- Wie ernst ist die Krankheit?
- Wird sie lange oder kurz dauern?
- Wie sollte die Krankheit behandelt werden?
- Was sind die Hauptprobleme, welche die Krankheit mit sich bringt?
- Was macht Ihnen bei der Krankheit am meisten Angst?

Integration einer entsprechenden Fort- und Weiterbildung in Ausbildungscurricula für diesen Berufszweig.

Die Berücksichtigung verschiedener Erklärungsmodelle

Neben einer hinreichend guten sprachlichen und inhaltlich adäquaten Verständigung ist es zur Vermeidung von Fehldiagnosen, Therapieabbrüchen sowie von Frustrationen für alle im therapeutischen Prozess Involvierten erforderlich, unterschiedliche Erklärungsmodelle über die Ursache, den Verlauf und die Heilung bestimmter gesundheitlicher Probleme zu beachten [18, 19]. PatientInnen sowie deren Familienangehörige und Professionelle haben während einer akuten Krankheitsperiode jeweils spezifische Vorstellungen über die Ursache, Symptome, Pathophysiologie, den Krankheitsverlauf und über potenzielle Behandlungsoptionen [18, 43]. Erklärungsmodelle differieren einerseits zwischen unterschiedlichen kulturellen Kontexten, andererseits aber z. B. auch schicht-, alters- oder geschlechtsspezifisch [44]. Sie sind nicht statisch, sondern können sich gegenseitig beeinflussen und durch Erfahrungen verändern [43]. Deshalb sollten sie individuell erfragt und nicht schematisch vorausgesetzt werden. Die Erfassung und Berücksichtigung von Erklärungsmodellen im jeweiligen Behandlungssetting kann TherapeutInnen dazu dienen, die Perspektive jedes Patienten/jeder Patientin zu verstehen und diese in der weiteren Behandlung mitzudenken. Um sie in die therapeuti-

sche Praxis zu integrieren und somit die durch unterschiedliche Erklärungsmodelle entstehenden Konflikte zu vermeiden, ist eine Reihe von Fragen zu klären, die darauf abzielen, die Erklärungsmodelle der PatientInnen zu erfassen und sichtbar zu machen (■ Infobox 3 [43]).

Zusätzlich ist es wesentlich, PatientInnen die eigene ärztliche/therapeutische Perspektive auf die Erkrankung und potenzielle Heilung zu verdeutlichen. Durch die Berücksichtigung der unterschiedlichen Erklärungsmodelle im therapeutischen Setting können Barrieren, die einer effektiven Behandlung entgegenstehen, ausgeräumt und empathische Beziehungen zwischen Behandelnden und PatientInnen ermöglicht werden. Mangelnde Sensibilität bezüglich unterschiedlicher Erklärungsmodelle kann von PatientInnen als Desinteresse und Respektlosigkeit empfunden werden, was sich negativ auf die therapeutische Beziehung auswirken und zu einem Therapieabbruch führen kann [43].

Die Verwendung eines kultursensiblen Anamneseleitfadens

Um ein adäquates interkulturelles Behandlungssetting gewährleisten zu können, sollte der soziokulturelle Hintergrund eines Patienten/einer Patientin ebenso wie andere mögliche Differenzen im therapeutischen Alltag berücksichtigt werden. Im Anhang F des DSM-VI-TR [45] findet sich ein Vorschlag über einen Leitfaden zur kulturspezifischen Anamneseerhebung und Therapie. Er ermöglicht eine systematische Betrachtung des soziokulturellen Hintergrunds von PatientInnen mit Migrationshintergrund und sollte daher regelmäßig in der Arbeit mit diesen eingesetzt werden.

Vermeidung von Kulturalisierung und Stereotypisierung

Generell sollten im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund Kulturalisierungen und damit verbundene Stereotypisierungen im Sinne einer Überbetonung des Kulturellen vermieden werden, da sonst Stigmatisierung und Ausgrenzung befördert werden [43]. Der Fokus von TherapeutInnen sollte auf dem individuellen Erleben und Verstehen je-

des Patienten/jeder Patientin liegen. Dabei sind kulturelle sowie soziale, alters- und geschlechtsspezifische Einflüsse etc. einzubeziehen. In interkulturellen Settings sollten also nicht kulturelle bzw. ethnische Unterschiede zur Leitdifferenz erklärt werden, sondern es sollte eine Sensibilität für Diversität bestehen [46]. Inwieweit (bestimmte) Differenzen in einer Behandlungssituation bedeutsam sind, muss fallspezifisch erkannt und im Behandlungsprozess berücksichtigt werden [47].

Fazit

Aufgrund von Globalisierung, steigender Mobilität und den damit verbundenen gesellschaftlichen Veränderungsprozessen nehmen Menschen aus verschiedenen Herkunftsländern das hiesige Gesundheitssystem zunehmend in Anspruch. Um Barrieren zum bzw. im Versorgungssystem zu reduzieren, sind ein sensibler Umgang mit Differenzen [48], Offenheit und Interesse, die eine Pendelbewegung zwischen dem vermeintlich „Eigenen“ und dem vermeintlich „Fremden“ ermöglichen, notwendig [49]. Erforderlich ist ein reflektierter Umgang mit unterschiedlich kodierter Differenz (der sog. „diversity“), ob basierend auf Bildung, Geschlecht, Migrationshintergrund, sozioökonomischer Situation etc. Es kann kein Zugang zum „Gegenüber“ hergestellt werden, wenn PatientInnen stereotypisiert und kategorisiert werden [50]. Eine transkulturelle Psychiatrie ist eine soziale Psychiatrie, die dem jeweiligen Lebensalltag der PatientInnen mit all seinen Facetten nachgehen muss und sich nicht einseitig am Vorverständnis und an (auch positiven) Vorurteilen der „anderen Kultur“ festhalten darf [50]. Die in ■ Infobox 3 vorgestellten Fragen über individuelle Erklärungsmodelle psychischer Erkrankung [43] können hierbei ebenso wie die Berücksichtigung verschiedener Erklärungsmodelle von Gesundheit und Krankheit helfen. Auf diese Weise können Missverständnisse verhindert bzw. minimiert werden. Damit interkulturelle Aspekte Standards ärztlichen/therapeutischen/pflegerischen Handelns werden, sollte eine Auseinandersetzung mit den im Beitrag ausgeführ-

ten Themen ein fester Bestandteil der ärztlichen, therapeutischen sowie pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildungen sein [28]. Ebenso wichtig sind die Beschäftigung von Menschen mit Migrationshintergrund sowie ein regelhafter Einsatz von Sprach- und KulturmittlerInnen [28]. Die Zwischenergebnisse unseres aktuellen Forschungsprojektes zeigen, dass eine gesetzliche Regelung zur Kostenübernahme beim Einsatz von DolmetscherInnen zur Unterstützung von PatientInnen, die der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtig sind, erforderlich ist. Dieser Schritt würde zur höheren Inanspruchnahme der benannten Klientel beitragen und ist für den Abbau von Zugangsbarrieren wichtig.

Korrespondenzadresse

S. Penka

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Charité Campus Mitte
Charitéplatz 1, 10117 Berlin
simone.penka@charite.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2011) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2010. Fachserie 1, Reihe 2.2, Wiesbaden
2. Lindert J, Priebe S, Penka S et al (2008) Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *Psychother Psych Med* 58:1–7
3. Schepker R (2006) Krisen bei Jugendlichen in Zuwandererfamilien und familiäre Bewältigungsstrategien. In: Machleidt W, Salman R, Callies IT (Hrsg) Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, S 103–109
4. Grüsser S, Becker K (1999) Drogenabhängigkeit und Migration innerhalb der Europäischen Union (EU). *GÖLZ Moderne Suchtmedizin* 5:1–7
5. Penka S (2004) Migration und Sucht – Notwendigkeit einer „Interkulturellen Suchthilfe“? Leipziger Universitätsverlag, Leipzig
6. Mösko M, Gil-Martinez F, Schulz H (2012) Cross-cultural opening in German outpatient mental health care service – explorative study of structural and procedural aspects. *J Clin Psychol Psychother* 57:15–21
7. Borde T, Braun T, David M (2003) Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanz durch Migrantinnen und Migranten? In: Borde T, David M (Hrsg) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse, Frankfurt a. M., S 43–81
8. Zenker HJ (2000) Betrachtung der psychiatrischen/ psychotherapeutischen Versorgung. In: Gardemann J, Müller W, Remmers A (Hrsg) Migration und Gesundheit. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Düsseldorf, S 171–179
9. Haasen C, Yagdiran O, Maß R et al (2000) Erhöhte Schizophrenierate bei türkischen Migranten: Hinweise für Fehldiagnosen? In: Heise T, Schuler J (Hrsg) Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. VWB, Berlin, S 297–306
10. Haasen C, Lambert M, Mass R, Krausz M (1997) Psychiatric disorders among migrants in Germany: prevalence in a psychiatric clinic and implications for services and research. *Eur Psychiatry* 12:305–310
11. Schouler-Ocak M, Schepker R, Bretz HJ et al (2008) Patients of immigrant origin in inpatient psychiatric facilities – a representative national survey by the psychiatry and migration working group of the German federal conference of psychiatric hospital directors. *Eur Psychiatry* 23:21–27
12. Gaitanides S (2008) „Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste“ – Visionen und Stolpersteine. In: Rommelspacher B, Kollak I (Hrsg) Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. Mabuse, Frankfurt a. M., S 35–58
13. Razum O, Geiger I, Zeeb H et al (2004) Gesundheitsversorgung von Migranten. *Dtsch Arztebl* 101(43):A2882–A2887
14. Wohlfart E, Kluge U (2007) Ein interdisziplinärer Theorie- und Praxisdiskurs zu transkulturellen Perspektiven im psychotherapeutischen Raum. In: Fischer C, Grothe J, Zielke B (Hrsg) Interkulturelle Kommunikation in Psychotherapie und psychosozialer Beratung. Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Z Qualitative Sozialforschung Sonderband 9:83–97
15. Zaumseil M (2006) Beiträge der Psychologie zum Verständnis des Zusammenhangs von Kultur und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit. In: Wohlfart E, Zaumseil M (Hrsg) Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis. Springer, Heidelberg, S 3–50
16. Schouler-Ocak M (2011) „Ich habe mir den Kopf erkältet“: Die Angst, verrückt zu werden. *Deutsch-türkische Nachrichten* 14.11.2011. <http://www.deutsch-tuerkische-nachrichten.de/2011/10/217671/ich-habe-mir-den-kopf-erkaeltet-die-angst-verrueckt-zu-werden/>
17. Aichberger MC, Schouler-Ocak M, Rapp MA, Heinz A (2008) Transkulturelle Aspekte der Depression. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 51:436–442
18. Kleinman A (1980) Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. University of California Press, Berkeley
19. Bhui K, Bhugra D (2002) Explanatory models for mental distress: implications for clinical practice and research. *Br J Psychiatry* 181:6–7
20. Callan A, Littlewood R (1998) Patient satisfaction: ethnic origin or explanatory model? *Int J Soc Psychiatry* 44:1–11
21. Foulks EF, Persons JB, Merkel RL (1986) The effect of patients' beliefs about their illnesses and compliance in psychotherapy. *Am J Psychiatry* 143:340–344
22. Tuna S, Salman R (1999) Phänomene interkultureller Kommunikation im Begutachtungsprozess. In: Collatz J, Hackhausen W, Salman R (Hrsg) Begutachtung im interkulturellen Feld. Zur Lage der Migranten und zur Qualität ihrer sozialgerichtlichen und sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, S 169–178
23. Schouler-Ocak M, Rapp MA, Reiske S-L, Heinz A (2008) Psychotherapie bei traumatisierten Patientinnen mit türkischem Migrationshintergrund: Berücksichtigung kultureller Faktoren. *Psychother Psych Med* 58:169–175
24. Razum O, Zeeb H, Meesmann U et al (2008) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut, Berlin
25. Penka S, Krieg S, Hunner C, Heinz A (2003) Unterschiedliche Erklärungsmodelle für abhängiges Verhalten bei türkischen und deutschen Jugendlichen. Bedeutung für Prävention und Behandlungsangebote. *Nervenarzt* 74:581–586
26. Heinz A, Batra A (2003) Neurobiologie der Nikotin- und Alkoholabhängigkeit. Kohlhammer, Stuttgart
27. Callies IT (2006) Fort- und Weiterbildung in Transkultureller Psychiatrie. Ergebnisse einer Umfrage zum Weiterbildungsbedarf. In: Machleidt W, Salman R, Callies IT (Hrsg) Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, S 21–35
28. Machleidt W (2006) Die Sonnenberger Leitlinien – Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. In: Machleidt W, Salman R, Callies IT (Hrsg) Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, S 21–35
29. Bircik A, Winter D, Koch D (2000) Diagnostik psychischer Folgen. In: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) (Hrsg) Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern. BAFF, Düsseldorf, S 31–45
30. Pette M, Borde T, David M (2004) Kenntnis über die Diagnose und Therapie ihrer Erkrankung bei deutschen und türkischstämmigen Patientinnen vor und nach einem Krankenhausaufenthalt. *J Turkish German Gynecol Assoc* 5(4):130–137
31. Yeo S (2004) Language barriers and access to care. Annual review of nursing research. http://www.springerpub.com/samples/9780826141347_chapter.pdf
32. Mladovsky PA (2009) A framework for analyzing migrant health policies in Europe. *Health Policy* 93(1):55–63
33. Devillé W, Greacen T, Bogic M et al (2011) Health care for immigrants in Europe: Is there still consensus among country experts about principles of good practice? A delphi study. *BMC Public Health* 11:699
34. Barwig K, Hinz-Rommel W (Hrsg) (1995) Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste. Lambertus, Freiburg i.Br.
35. Die Bundesregierung (2007) Der Nationale Integrationsplan. Neue Wege – neue Chancen. http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Archiv16/Artikel/2007/07/Anlage/2007-10-18-nationaler-integrationsplan.pdf?__blob=publicationFile
36. Penka S, Kluge U, Vardar A et al (2012) The German concept of „intercultural opening“ as an answer to challenges of migration – the development of an assessment tool for the appraisal of its current implementation in the mental health care system. *Eur Psychiatry* 27(Suppl 2):63–69

37. Kluge U, Kassim N (2006) „Der Dritte im Raum“ – Chancen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturmittlern in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In: Wohlfart E, Zaumseil M (Hrsg) Transkulturelle Psychiatrie und Interkulturelle Psychotherapie – Interdisziplinäre Theorie und Praxis. Springer, Heidelberg, S 177–196
38. Pavkovic G (1999) Interkulturelle Kompetenz und Qualität der Suchtkrankenhilfe. In: Salman R, Tuna S, Lessing A (Hrsg) Handbuch Interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Psychosozial, Gießen, S 56–63
39. Kluge U (2011) Sprach- und Kulturmittler im interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In: Machleidt W, Heinz A (Hrsg) Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. Urban & Fischer, München, S 145–154
40. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2006) Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2005. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-statistik-gessoz/basisberichte/bb_2005.pdf?start&ts=1304676397&file=bb_2005.pdf
41. Kluge U, Bogic M, Devillé W et al (2012) Health services and the treatment of immigrants: data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe. Eur Psychiatry 27(Suppl 2):56–62
42. Wesselman E (2009) Sprachmittlung im Krankenhaus durch den hausinternen Dolmetscherdienst. In: Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Dokumentation Experten-Workshop am 5. Mai 2009 im Ministerium für Arbeit und Soziales, Berlin
43. Kleinman A (1988) The illness narratives. Suffering, healing & the human condition. Basic Books, New York
44. Vardar A, Kluge U, Penka S (2012) How to express mental health problems – Turkish immigrants in Berlin compared to native Germans in Berlin and Turks in Istanbul. Eur Psychiatry 27(Suppl 2):50–55
45. Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I (2003) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textversion – DSM-IV-TR. Anhang F: Leitfaden zur Beurteilung kultureller Einflussfaktoren und ein Glossar kulturabhängiger Syndrome. Hogrefe, Göttingen, S 929–936
46. Rommelspacher B (2008) Tendenzen und Perspektiven interkultureller Forschung. In: Rommelspacher B, Kollak I (Hrsg) Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. Mabuse, Frankfurt a. M., S 115–134
47. Mecheril P (2008) Das Besondere ist das Allgemeine – Überlegungen zur Befremdung des „Interkulturellen“. In: Rommelspacher B, Kollak I (Hrsg) Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. Mabuse, Frankfurt a. M., S 77–96
48. Cattacin S, Renschler I (2004) Unterschiede integrieren statt Abweichungen wahrnehmen. Tangram. Bulletin de la Commission Fédérale contre le Racisme 4(16):107–112
49. Wohlfart E, Hodzic S, Özbek T (2006) Transkulturelles Denken und transkulturelle Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie. In: Wohlfart E, Zaumseil M (Hrsg) Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis. Springer, Heidelberg, S 143–167
50. Seidel R (2011) Interkulturelle Kompetenz. In: Machleidt W, Heinz A (Hrsg) Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. Urban & Fischer, München, S 161–170

Hier steht eine Anzeige.

Publikation 6

Kluge, U. (2007). "Der Dritte im Raum" - Sprach- und Kulturmittler in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting. *Psychiat Prax*, 34 (07), 359-360.

"Der Dritte im Raum" - Sprach- und Kulturmittler in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting

Ulrike Kluge

Die qualitativ empirische Studie untersuchte in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting (auf ethnopsychiatrischer/ethnopschoanalytischer Basis), die Wechselwirkungen, die sich unter Einbeziehung von Sprach- und Kulturmittlern in der Beziehungskonstellierung ergeben. Das übergeordnete Ziel war es, die Erkenntnisse in eine theoretische Konzeption interkultureller psychotherapeutischer Ansätze zu integrieren.

Die Bezeichnung Sprach- und Kulturmittler beinhaltet eine terminologische Abgrenzung von dem Begriff des Dolmetschers. Es spiegelt sich darin die Einsicht in die Notwendigkeit einer Verständigung wieder, die über eine sprachliche hinausgehen sollte. Darüber soll es möglich werden, die in der Sprache symbolisierten kulturellen Differenzen, mithilfe der Sprach- und Kulturmittler[1] zu erfassen und sie für den therapeutischen Prozess zugänglich zu machen.

Methodisches Design: Eine gegenstandsangemessene Methoden- und Theorietriangulation machte einen vielschichtigen Einblick in die Diversität der Beziehungskonstellationen möglich. Grundlage der Datenerhebung war eine teilnehmende Beobachtung in der untersuchten Einrichtung. Diese wurde fokussiert auf eine sechswöchige teilnehmende Beobachtung in den Therapiesitzungen. Von diesen wurden Tonbandaufzeichnungen angefertigt und transkribiert. "Kritische Passagen" der fremdsprachlichen Textteile aus den therapeutischen Sitzungen wurden von externen Dolmetschern rückübersetzt, sodass vergleichbar wurde, was die Dolmetscher während der Therapie wie übersetzt hatten. Zeitgleich wurden mit denen am Setting beteiligten Personen Interviews durchgeführt und ausgewertet. Die transkribierten Textteile der einzelnen therapeutischen Sitzungen wurden in einer ethnopschoanalytischen Deutungswerkstatt am ZIPP[2] ausgewertet. Im Ergebnisteil wurden die entwickelten Perspektiven (der Dolmetscher, der Patienten, der Behandler, der Forscherin und der Einrichtung) auf das Setting aufeinander bezogen.

In dem hier beschriebenen Dreiersetting sind anstatt der in einer Einzelbehandlung üblicherweise zwei anwesenden Personen drei Personen im Raum, die miteinander in zwei verschiedenen Sprachen kommunizieren. Die Komplexität der sich in einer solchen Beziehungstriade ergebenden Interaktionsbeziehungen und Verständigungsvorgänge scheint offenkundig und die Beteiligung der Dolmetscher daran maßgeblich.

In den bislang bestehenden Konzeptionen wird häufig auf die Störungen des psychotherapeutischen Settings durch die Anwesenheit von Dolmetschern hingewiesen und daraus folgend, deren Neutralität gefordert. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Einbeziehung von Dolmetschern in ein interkulturelles Setting einerseits unverzichtbar ist,

andererseits die Beziehungsgestaltung, Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen an Komplexität zunehmen. Zumal häufig der Behandler der Fremde in diesem Setting ist.

Die Studie zeigt, dass es wichtig ist anzuerkennen, dass die Dolmetscher Teil der therapeutischen Beziehung sind und ein komplexes Geflecht von Beziehungskonstellationen zwischen allen drei Beteiligten entsteht. Vor diesem Hintergrund sollte eine solche Dreierkonstellation konzeptionell als Triade (Dreiersetting im Sinne einer Kleingruppe) erfasst werden, statt als Dyade (Zweiersetting) zu der eine dritte Person (Dolmetscher) hinzukommt. Das heißt für die Praxis: Dolmetscher in die Analyse der Beziehungsgestaltung, der Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen und auch in die Deutungen mit einzubeziehen und die Reflektions- und Supervisionsarbeit für ein solches Setting an Konzepten für Kleingruppen zu orientieren.

Anhand der Daten wurde offenkundig, dass die Dolmetscher nicht als "invisible persons" gewertet werden können. Sie intervenieren in ihrem Handeln bewusst und unbewusst. Ihr Selbstbild, ihre (kulturelle) Identität, ihre selbst- und fremdzugeschriebenen Rollenverständnisse und ihre jeweiligen Vorstellungen von psychotherapeutischer Sprache und Behandlungsmethoden beeinflussen ihre Übersetzungstätigkeit und führen zu sprachlichen Modifikationen und (unbeabsichtigten) kotherapeutischen Interventionen. Die dargestellten Wechselwirkungen dienen bei der beschriebenen Konzeption als Erkenntnisquelle im Sinne von Devereux. Es entsteht ein Zuwachs an "reflexivem Wissen" über das Eigene und das Fremde bei allen am therapeutischen Prozess Beteiligten.

So ist es möglich, dass alle eine professionelle Haltung einnehmen mit der entsprechenden notwendigen Distanz und die Dolmetscher müssen sich nicht über die Massen solidarisch mit dem Patienten zeigen oder die vermeintlichen Wünsche des Behandlers an den Patienten erfüllen.

Im Hinblick auf den Patienten bietet ein solches Dreiersetting die Möglichkeit einer wechselseitigen Identifikation mit dem Therapeut und dem Dolmetscher. Wenn diese genutzt wird, kann es möglich werden, die Spannungen zwischen den konfligierenden Bedeutungen und Symbolen der differenten kulturellen Kontexte, im therapeutischen Prozess zu bearbeiten und für den Patienten integrierbar werden zu lassen.

Perspektiven: Um den hohen Anforderungen, die an Dolmetscher wie an Behandler gestellt werden zu begegnen, ist es notwendig neue Kompetenzen für beide Berufsgruppen zu entwickeln. Für Schulungen von Dolmetschern im psychotherapeutischen Bereich wird es notwendig sein, sie in das therapeutische Prinzip einzuführen. Die Daten verweisen darauf, dass es hierzu vor allem notwendig ist, den Dolmetschern die von den Behandlern verwendete psychotherapeutische Sprache zu erläutern. Denn beispielsweise die meist im Konjunktiv formulierten Äußerungen der tiefenpsychologisch, bzw. psychoanalytisch arbeitenden Therapeuten, die nicht direktiv sind, verlieren in einer dies nicht berücksichtigenden Übersetzung ihre zurückhaltende Konnotation und werden zu Handlungsanweisungen, die den therapeutischen Prinzipien nicht mehr entsprechen.

Die Arbeit mit Dolmetschern ist sicherlich aufwendig, die Kostenfrage in Deutschland noch nicht einheitlich geklärt. Der Mehraufwand zur Finanzierung der Dolmetscher ist jedoch gegenüber diagnostischen Unsicherheiten, die häufig zu Fehldiagnosen und in der Folge zu jahrelanger Fehlbehandlung führen können, sicher die kostengünstigere Variante.

Kluge U. "Der Dritte im Raum"- Sprach- und Kulturmittlerinnen in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting. FU Berlin 2005.

<http://www.charite.de/psychiatrie/forschung/transkulturelle.html>

Dipl. Psych. Ulrike Kluge, Berlin

e-Mail: ulrike.kluge@charite.de

1 Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wird jedoch im weiteren Text von Dolmetschern die Rede sein.

2 Zipp - Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Supervision.

Publikation 7

Kluge, U. & Kassim, N. (2006). Der Dritte im Raum - Chancen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Sprach- und KulturmittlerInnen in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 178–198). Heidelberg: Springer.

»Der Dritte im Raum«

Chancen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturmittlern in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting

Ulrike Kluge und Nadja Kassim

12.1 Einleitung – 178

12.1.1 Gesamtgesellschaftliche Rahmensituation in Deutschland – 178

12.1.2 Die Aufgabe von Sprach- und Kulturmittlern – 179

12.1.3 Die zugrundeliegende empirische Forschungsarbeit und ihre theoretischen Grundlagen – 180

12.2 Eine Beziehungstriade – 181

12.2.1 Neutralität – ein »blinder Fleck«? – 181

12.2.2 Sprach- und Kulturmittler im »Dazwischen« – 182

12.2.3 »Der Dritte im Raum« – eine psychoanalytische Betrachtung – 184

12.3 Einflüsse der Sprach- und Kulturmittler auf das therapeutische Setting – 186

12.3.1 Die verschiedenen Ebenen der Übersetzung – 186

12.3.2 Einflüsse der Sprach- und Kulturmittler und deren Berücksichtigung in therapeutischen Settings – 187

12.4 Die Bedeutung von Sprache für Psychotherapie und die psychotherapeutische Sprache – 188

12.5 Sprach- und Kulturmittler als Mediatoren oder Vermittler von Differenzen? – 191

12.5.1 Die Bedeutung von »Verstehen« in einem Dreiersetting – 191

12.5.2 Ein Aushandlungs- oder Transformationsprozess als Annäherung an ein transkulturelles Verstehen – 193

12.6 Der Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern – 194

12.6.1 Zwischen interkultureller Kompetenz und Kulturalisierung – 194

12.6.2 Eine Diskussion über das geeignete Setting – 195

12.7 Zusammenfassung – 196

Literatur – 198

12.1 Einleitung

Wie nämlich Scherben eines Gefäßes, um sich zusammenfügen zu lassen, in den kleinsten Einzelheiten einander folgen, doch nicht so zu gleichen haben, so muss, anstatt dem Sinn des Originals sich ähnlich zu machen, die Übersetzung liebend vielmehr und bis ins einzelne hinein dessen Art des Meinens in der eigenen Sprache sich anbinden, um so beide wie Scherben als Bruchstück eines Gefäßes, als Bruchstück einer größeren Sprache erkennbar machen.

(Walter Benjamin,
Die Aufgabe des Übersetzers)

In der interkulturellen psychiatrischen und psychotherapeutischen Arbeit gewinnt die Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturmittlern zunehmend an Bedeutung. In einem solchen Dreiersetting liegen vielfältige Chancen und Ressourcen für einen therapeutischen Erfolg.

Wichtig für ein solches interkulturelles Setting ist, es gedanklich, konzeptionell und empirisch als Beziehungstriade (anstatt einer Dyade zu der eine dritte Person hinzu kommt) zu betrachten.

Ausgehend von bisherigen Publikationen zu dolmetscherbegleiteter Psychotherapie (Haenel 1997, Salman 2001, Wadensjö 1998) und den Erfahrungen einer interkulturell psychiatrisch/psychotherapeutisch arbeitenden Ambulanz wurde eine qualitativ-empirische Begleitforschung durchgeführt, deren Erkenntnisse im Folgenden unter verschiedenen theoretischen und praxisorientierten Aspekten dargelegt werden.

Auf der Grundlage dieser qualitativ-empirischen Forschungsarbeit (vgl. Kluge 2005) werden folgende Fragen behandelt:

- Wie schaffen Sprach- und Kulturmittler über eine sprachliche Verständigung hinaus die Möglichkeit, kulturelle Barrieren zu minimieren?
- Welche Rolle spielt dabei ihre gemeinsame Herkunftskultur mit den Patienten und das damit verbundene Wissen zu kulturell determinierten Bedeutungszusammenhängen?

- Wie kann (transkulturelles) Verstehen hergestellt werden, wie ist es begrifflich, theoretisch und praktisch zu erfassen?
- Welche Anforderungen stellt ein solches Ziel an die Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturmittlern?

Bereits in der Vorbereitungsphase der Forschung war erkennbar, dass eine sogenannte »neutrale« Positionierung der Sprach- und Kulturmittler, wie sie oft gefordert wird, dem Wunsch folgt, die Komplexität der entstehenden vielfältigen Beziehungskonstellationen zu kontrollieren. Wir fragten uns, ob damit nicht vielmehr ein »blinder Fleck« erzeugt wird, der die vielfältigen Einflüsse der Sprach- und Kulturmittler zu negieren versucht, anstatt diesen Einflüssen die entsprechende Aufmerksamkeit zu gewähren, sie konzeptionell zu integrieren, als fruchtbare Realität anzuerkennen und sie in die therapeutische Arbeit einzubeziehen.

12.1.1 Gesamtgesellschaftliche Rahmensituation in Deutschland

Bislang ist die Versorgung mit Dolmetschern¹ in deutschen Gesundheitseinrichtungen nicht einheitlich geregelt. Grundsätzlich hat der Patient kein Recht darauf. Es gibt keine Kostenübernahme durch die Krankenkassen. In einzelnen Einrichtungen gibt es individuelle Modelle, wie z. B. den internen Dolmetscherdienst im Krankenhaus München-Schwabing (Wesselmann et al. 2004) oder den externen regionalen Dolmetscherdienst, den das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover etabliert hat (vgl. Salman 2001).

Bei Vorstößen zu einer besseren Versorgung in diesem Bereich gibt es immer wieder Gegenstimmen, die Dolmetschereinsätze ablehnen. So wurde kürzlich im *Deutschen Ärzteblatt* (vom 27.05.2005) darüber diskutiert und das Anliegen von Dolmetschereinsätzen von verschiedenen Professionellen als integrationsfeindlich und gesundheits-

1 Wir werden im Text zuweilen auf das lange Wort Sprach- und Kulturmittler verzichten und der Einfachheit halber den Begriff der Dolmetscher synonym verwenden, gemeint sind jedoch immer Sprach- und Kulturmittler.

schädlich beurteilt. Begründet wurde diese Argumentation damit, dass jede Person, die über keine ausreichenden Sprachkenntnisse des Landes, in dem die Behandlung stattfindet verfüge, sich von der Behandlung ausschließe und damit der eigenen Gesundheit zuwider handle. Wir hoffen, auf den folgenden Seiten einer solchen Argumentation etwas erwidern zu können.

In einigen anderen europäischen und außer-europäischen Ländern gibt es dagegen eine gesetzliche Verankerung des Dolmetschereinsatzes in der Gesundheitsversorgung (vgl. Dhawan et al. 1990).

Der Aspekt der hohen zusätzlichen Kosten für den Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern im Bereich der Gesundheitsversorgung wird von Kritikern gern als gewichtiges Argument angeführt. Längerfristig ist jedoch davon auszugehen, dass eine muttersprachliche Behandlung bzw. die Hinzuziehung von Sprach- und Kulturmittlern effizienter ist. So können bereits während der Diagnostik aufgrund einer besseren Verständigung Fehldiagnosen, unnötige (zum Teil apparative) Untersuchungen oder stationäre Aufenthalte (Kasim 2004, vermieden werden, die anderenfalls langandauernde, kostenintensive Behandlungsverläufe nach sich ziehen würden.

12.1.2 Die Aufgabe von Sprach- und Kulturmittlern

Bereits die Bezeichnung Sprach- und Kulturmittler beinhaltet eine terminologische Abgrenzung von dem bislang gängigen Begriff der Dolmetscher. Darin spiegelt sich die Einsicht in die Notwendigkeit einer Verständigung, die über die sprachliche hinausgeht. Mit Hilfe von Sprach- und Kulturmittlern wird versucht, den kulturellen Differenzen, die den Sprachdifferenzen immanent sind, zu begegnen und sie einer Bearbeitung zugänglich zu machen. Das schließt die Überlegung ein, dass Sprach- und Kulturmittler über ein kulturelles Wissen verfügen, welches sie in ein interkulturelles Setting einbringen und somit auftretende kulturelle Differenzen und daraus resultierende Missverständnisse zugänglich machen können.

Exkurs

Der problematischen Verwendung der Begriffe »Kultur« und »kulturelle Differenzen« in diesem Zusammenhang sind sich die Autoren bewusst. Wir gehen dabei nicht von als homogen gedachten, ethnisch differenten Kulturen aus, sondern verstehen Kultur vielmehr als ein selbstgesponnenes Bedeutungsgewebe (vgl. Geertz 1999, S. 9), in das Menschen eingebunden sind. Kultur wird somit als ein permanenter Prozess aufgefasst, der sich durch Handlungen in der sozialen und physikalischen Welt konstituiert. Eine Person hat dabei nicht eine Kultur oder ist Teil einer genau zu bestimmenden Kultur, sondern sie ist Teil eines kulturellen Prozesses, in dem Differenzen und Gemeinsamkeiten zwischen bestimmten Gruppen auszumachen sind. Sprache ist z. B. ein Teil eines solchen kulturellen Austausch- und Vermittlungsprozesses und wird von diesem beeinflusst. Sie ist dabei eines der Unterscheidungsmerkmale, das neben anderen Differenzen, deren jeweilige Abgrenzung nicht genau von uns zu bestimmen ist, in der Summe als differente Kultur fassbar wird. Eine solche begriffliche Einlassung und die damit konstruierte Unterscheidung ist für praktische Handlungsorientierungen notwendig. Die hieraus erwachsende Gefahr einer Kulturalisierung, die im Zuge einer zu starken Betonung des Kulturellen gegenüber dem Geschichtlichen, Sozialen oder Ökonomischen wiederum zu Stigmatisierung und Ausgrenzung führt, gilt es dabei zu berücksichtigen. Mit Kulturalisierung beschreiben wir die Praxis einer kulturessentialistischen Betrachtung und Fassung von Differenzen. Es ist darunter eine vor allem in Alltagsdiskursen verbreitete Denkweise zu verstehen, die das Zugehören zu einer Kultur auf die ethnische Herkunft zurückführt und davon ausgeht, dass Personen einer ethnischen Gruppe einer als homogen gedachten Kultur angehören. Eine Kultur wird in diesem Sinne als eine über die Zeit stabile, bzw. sich allenfalls sehr langsam verändernde Einheit betrachtet.

In einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting, wie es in der untersuchten Einrichtung praktiziert wird, ist eine Verständigung häufig nur mit muttersprachlichen Therapeuten, bzw. Kotherapeuten möglich. Da jedoch der Vielzahl der unterschiedlichen Sprachregionen mit muttersprachlichen (Ko-)Therapeuten nicht entsprochen werden kann, bedarf es des Einsatzes von Sprach- und Kulturmittlern.

Wie Sprach- und Kulturmittler über die bloße sprachliche Verständigung hinaus dazu beitragen können, kulturelle Missverständnisse, sogenannte »cultural bias« (vgl. Zaumseil, ► Kap. 1) zu vermeiden bzw. deren Existenz (und Auswirkung) und die damit einhergehenden differenten Bedeutungszusammenhänge bewusst und dem jeweils »Anderen« zugänglich zu machen, wird im folgenden Abschnitt dargestellt.

Zudem wird gezeigt, wie man der Gefahr einer erneuten Stereotypisierung begegnen kann. Denn Interkulturalität setzt beides voraus: » eine Grenze zwischen den Kulturen – und ihre Überschreitung« (Rieger 1999).

12.1.3 Die zugrundeliegende empirische Forschungsarbeit und ihre theoretischen Grundlagen

Um uns den in einer solchen Triade entstehenden Beziehungskonstellationen- und Komplexitäten zu nähern, entschieden wir uns für eine qualitative Forschung, die sich mittels verschiedener Erhebungsmethoden dem Setting näherte. Aus den erhobenen Daten werden wir ein collageartiges Bild der psychotherapeutischen Situationen zu zeichnen versuchen. Für den Einstieg ins Feld bot sich eine teilnehmende Beobachtung (Malinowski 1922, S. 25) an, mithilfe derer differenzierte Daten für die Ausarbeitung der im Anschluss durchgeführten (problemfokussierten) Interviews (Witzel 2000) erarbeitet wurden. Die teilnehmend beobachteten psychotherapeutischen Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet. Dieses Datenmaterial wurde anschließend sowohl für Rückübersetzungen als auch als Datengrundlage für eine hypothesengenerierende Deutungsgruppe verwendet. Die von externen Dolmetschern (Dolmetschern, die in den therapeutischen Sitzungen nicht anwesend waren)

vorgenommenen Eins-zu-eins-Rückübersetzungen dienten dazu, Modifikationen, die durch die Translation (Übersetzung der Dolmetscher) entstanden waren, zu erfassen. Die darin sichtbar gewordenen Einflüsse der Dolmetscher auf die therapeutische Interaktion konnten so auszugsweise beschrieben und interpretiert werden. Die Deutungsgruppe entwickelte anhand dieses rückübersetzten Datenmaterials Hypothesen bezüglich der Beziehungskonstellationen. Das Generieren von Hypothesen durch die Deutungsgruppe erfolgte im Sinne eines tiefenhermeneutischen bzw. ethnopsychoanalytischen Interpretationsverständnisses.

Interviews wurden mit allen am Setting beteiligten Personen durchgeführt (Patienten, Sprach- und Kulturmittler, Therapeuten), um nicht nur verschiedene Einflüsse der Dolmetscherbeteiligung auf das Setting zu erheben, sondern auch die Bedeutung dieser Einflüsse für die drei am Setting beteiligten Personen zu erfassen. Anhand der Interviews konnte herausgearbeitet werden, inwieweit sich die Sichtweisen der verschiedenen Personen ergänzen, gleichen oder unterscheiden. Neben den Schlussfolgerungen und Interpretationen über die Einflüsse der Sprach- und Kulturmittler konnte deren Bedeutung für die einzelnen Personen nachvollzogen werden. Hierzu wurden biographische Hintergründe, Schwierigkeiten mit dem Setting, Ängste und damit verbundene Einstellungen und Bedeutungszuschreibungen der Sprach- und Kulturmittler mit denen der Patienten und der Therapeuten verglichen und weitere Einsichten in sich ergebende Beziehungsdynamiken gewonnen. Es wurde deutlich, dass die Dolmetscher in diese maßgeblich involviert sind.

Beispiel

Einer der Dolmetscher, der zu einer Therapie hinzugezogen wurde, bei welcher die Alkoholproblematik des Patienten im Vordergrund stand, berichtete im Interview von dem Alkoholproblem seines eigenen Vaters und den Schwierigkeiten, die sich daraus für seine Familie während seiner Kindheit ergaben. Diese Erläuterungen boten eine Erklärung für seine Übersetzungen, die einem »Ins-Gewissen-Reden« dem Patienten gegenüber nahe kamen.

Anhand solcher Beobachtungen wurde deutlich, dass die Übersetzungen von der Persönlichkeit, Biographie und den Werten und Normen der Dolmetscher beeinflusst werden. Wird dies nicht

beachtet, können sie dem therapeutischen Vorgehen und Konzept zuwider laufen.

12.2 Eine Beziehungstriade

12.2.1 Neutralität – ein »blinder Fleck«?

In einem solchen Dreiersetting sind, statt der üblicherweise in einem psychotherapeutischen (Einzel-) Setting zwei Personen, drei Personen im Raum, die miteinander in zwei verschiedenen Sprachen kommunizieren.

Die Komplexität der sich in einer solchen Beziehungstriade ergebenden Interaktionsbeziehungen und Verständigungsvorgänge ist offensichtlich und die Beteiligung der Dolmetscher daran maßgeblich.

Exkurs

Nach jahrelangen Diskussionen in der qualitativen Sozialforschung und anderen wissenschaftstheoretischen Debatten, z. B. in der Ethnologie, wird in neueren Forschungsarbeiten die Präsenz und die daraus resultierende Einbindung der subjektiven Sichtweise der Forscher in Auswertungen und Interpretationen von Forschungen als unumgänglich und höchst erkenntnisbringend eingeschätzt. Der lange Zeit existierende Anspruch auf Objektivität wurde nicht nur aufgrund der problematischen Realisierbarkeit in Zweifel gezogen, sondern die dadurch negierten Einflüsse wurden zunehmend als wichtige Erkenntnisquelle entdeckt und anerkannt. Einige Argumentationen reichen mittlerweile so weit, die Reaktionen, Wahrnehmungen und Verständnisänderungen der Forscher während des Forschungsprozesses als Daten denen der untersuchten »Objekte« in ihrer Relevanz gleichzustellen (vgl. Devereux 1998).

Analog argumentieren wir, dass die Dolmetscher mit ihrer Anwesenheit Einfluss auf den therapeutischen Prozess haben und ihre Einbeziehung in ein solches Setting eine wesentliche Erkenntnisquelle bietet. Die Neutralität der Dolmetscher ist unseres Erachtens dagegen eine wenig nützliche Fiktion.

Wie aber kommt es, dass die bislang existierende Literatur dazu tendiert, immer wieder auf die Notwendigkeit der Neutralität von Dolmetschern und der mit ihrer Anwesenheit in einem psychotherapeutischen Setting verbundenen Störung hinzuweisen?

Der Grund hierfür könnte darin liegen, das Setting kontrollieren und Störvariablen ausschließen zu wollen, um eine Klarheit und Überschaubarkeit zu sichern. Die Erfahrungen in der untersuchten Einrichtung und bei unserer Untersuchung machten deutlich, dass es schwer ist den Überblick in einem solchen Dreiersetting zu behalten. Für eine psychoanalytische/tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist es beispielsweise schwer, Übertragungen und Gegenübertragungen (siehe nachfolgender Exkurs) wahrzunehmen und zu erkennen, wie diese sich beispielsweise auf die anwesenden Personen aufspalten.

Aber genau dieser Schwierigkeit gilt es sich zu stellen. Die Überlegungen, die Devereux für die Verhaltenswissenschaften formuliert scheinen auf das Dreiersetting mit Dolmetscher übertragbar:

Der beste – und vielleicht der einzige – Weg zu einer den Fakten kongruenten Einfachheit besteht darin, dass man die jeweils größte Komplexität frontal angeht, indem man die äußerst praktische Anweisung befolgt, die Schwierigkeit an sich als fundamentales Datum zu behandeln, dem man nicht ausweichen, sondern das man, soweit irgend möglich, auswerten soll, und das man nicht erklären, sondern als Erklärung für scheinbar einfachere Daten benutzen soll (Devereux 1998, S. 18).

Die Nichtbeachtung der Einflüsse und der daraus erwachsenden »Störungen« führt zu einer Verkennerung der »Realität« des Settings. Die Einflüsse sind existent und der Wunsch der Kontrollierbarkeit ist nicht über ihre Negierung möglich. Damit würden sie zu einem »blinden Fleck«, d. h. nicht mehr sichtbar sein. In der Beziehung würden sie dadurch unbemerkt wirksam bleiben. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, sie in den Blick zu nehmen, sie sichtbar und erfahrbar zu machen.

Aus der Überlegung, das Setting nicht als therapeutische Dyade zu betrachten, zu der ein Sprach- und Kulturmittler hinzukommt, sondern den Blick

zu ändern und das Setting als eine Triade zu verstehen, in welcher sich drei Personen miteinander in Beziehung befinden, entstand die bereits erläuterte Überlegung, die Perspektiven aller drei am Setting beteiligter Personen und die Dynamiken einer solchen (Kleinst-)Gruppe zu untersuchen. Vor diesem Hintergrund wurden die vielschichtigen Einflüsse der Sprach- und Kulturmittler in einer solchen Beziehung erarbeitet. Es wurde untersucht, welche Beziehungskonstellationen hierbei entstehen können und welche Bedeutung eine dritte Person im therapeutischen Setting hat, bzw. ihr zugeschrieben wird oder sie sich selbst zuschreibt. Denn erst ein Wissen darüber scheint in jeder einzelnen Therapie die Möglichkeit eines Umganges und einer Bearbeitung dieser Einflüsse im therapeutischen Rahmen zu bieten.

Exkurs

Übertragung und Gegenübertragung

Die Übertragung bezeichnet in der Psychoanalyse den Vorgang, wodurch »die unbewussten Wünsche an bestimmten Objekten im Rahmen eines bestimmten Beziehungstypus, der sich mit diesen Objekten ergeben hat, aktualisiert werden. Dies ist in höchstem Maße im Rahmen der analytischen Beziehung der Fall.« (Laplanche u. Pontalis 1975, S. 550).

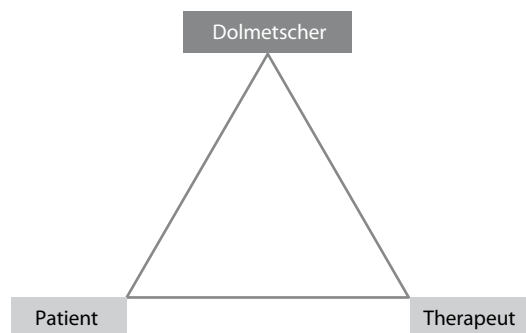
Die Gegenübertragung geht ebenso wie die Übertragung auf die Psychoanalyse zurück und es ist damit die »Gesamtheit der unbewussten Reaktionen des Analytikers auf die Person des Analysanden und ganz besonders auf dessen Übertragung« gemeint (Laplanche u. Pontalis 1975, S. 164).

In der therapeutischen Situation werden frühkindliche Konflikte und Gefühle wieder erlebt und auf den Therapeuten projiziert. Mit der Übertragung sind die positiven oder negativen Gefühls- oder Affektbindungen des Analysanden/Patienten an den Analytiker/Therapeuten während des therapeutischen Prozesses gemeint. Als Gegenübertragung werden die vom Analysanden/Patienten beeinflussten unbewussten Gefühle und Reaktionen des Analytikers bezeichnet.

12.2.2 Sprach- und Kulturmittler im »Dazwischen«

Für das beschriebene Setting lässt sich eine ideale Sitzordnung postulieren (■ Abb. 12.1, Haenel 1997). Ideal ist sie insofern, als sich bestimmte Beziehungskonstellationen- und dynamiken auch in der Sitzanordnung widerspiegeln können, indem sich eine der anwesenden Personen einer anderen räumlich nähert oder sich von ihr entfernt. Auch diese Vorgänge können interpretiert werden.

Die Graphik zeigt, dass der Sprach- und Kulturmittler weder hinter dem Patienten sitzt, wie es von einigen Praktikern gefordert wird, noch neben dem Therapeuten, sondern sich idealer Weise räumlich zwischen beiden befindet. Therapeut und Patient sitzen sich also gegenüber und der Dolmetscher sitzt seitlich zwischen ihnen. In verschiedenen Settings mit Dolmetscher ist es üblich, den Dolmetscher hinter dem Patienten zu positionieren, um damit Interaktionen zwischen Dolmetscher und Patient zu vermeiden. Der Wunsch der Neutralisierung der Dolmetscher soll auf diese Weise auch in der Sitzordnung umgesetzt werden. Von anderen Praktikern wird gefordert, dass die Dolmetscher neben den Therapeuten sitzen, um damit eine Einheit zwischen Behandler und Dolmetscher den Patienten gegenüber darzustellen. U. E. eröffnet die räumliche Sitzanordnung entsprechend dem dargestellten Dreieck jedoch die beste Möglichkeit, die entstehenden Beziehungskonstellationen auch räumlich abzubilden und sie nicht bereits durch die Sitzordnung zu manipulieren. Wenn die Dolmetscher in einer solchen Dreiecksanordnung bewusst als Teil der triadischen Beziehung aufge-



■ Abb. 12.1. Sitzanordnung während einer dolmetscherbegleiteten Psychotherapie

fasst werden, wie spiegelt sich dieses Dazwischen in der Beziehung und der selbst- und fremdzugeschriebenen Positionierung der Sprach- und Kulturmittler wieder?

Konzeptionell fungieren die Sprach- und Kulturmittler in dem Setting als Repräsentanten der Herkunftskultur und die Therapeuten als Repräsentanten der Aufnahmekultur.

Die Patienten befinden sich in der Migrations-situation zwischen zwei Kulturen, was zu intrapsychischen Konflikten führen kann. Diese Formulierung lässt Kultur essentialistisch und statisch erscheinen. Jedoch geht es genau darum, die Differenzen und Überschneidungen zwischen den beiden Kulturen zu bestimmen, um sie einer Bearbeitung zugänglich zu machen.

Dabei ist diese Bestimmung, wie bereits oben ausgeführt nicht als dichotomisierende Festschreibung zu verstehen. Die Schwierigkeit hierbei liegt darin, zum einen erkannt zu haben, dass Kulturen nicht homogen sind, bzw. Menschen unterschiedlicher kultureller Herkunft nicht zwingenderweise heterogener sein müssen als Menschen mit derselben kulturellen Herkunft, und andererseits der Notwendigkeit gegenüber zu stehen, Unterschiede und Gemeinsamkeiten fassen zu können.

Einen Ausweg aus diesem Dilemma bietet z. B. die Überlegung der »doppelten Blickrichtung«, die Carol Hagemann-White für die Differenz und Gleichheit der Geschlechter beschreibt. In diesem Sinne sollten Differenzen abwechselnd ernst genommen und außer Kraft gesetzt werden. Differenzen würden unter dieser hybridisierenden Beobachtungsperspektive gesehen, erforscht, ernst genommen und zugleich durchschritten (vgl. Tscher-nokoshewa 2001). Es handelt sich also um einen fortlaufenden Prozess, der von Momenten der Festschreibung bei ständiger Bereitschaft der Neuaus-handlung konstituiert ist. So entsteht ein Bezugspunkt, mit dem die hybride Komplexität empirisch fassbar wird. Damit ist es möglich, Aussagen zu treffen, bezeichnende Beschreibungen machen zu können und praktisch handlungsfähig zu bleiben.

In den von uns durchgeführten Interviews mit den Dolmetschern zeigte sich, dass sich nicht nur die Patienten in einem solchen Dazwischen, in einem Übergang befinden, sondern auch die Dolmetscher. Es handelt sich dabei nicht nur um einen Übergang, ein Zwischen den Kulturen, sondern um

einen permanenten Transformationsprozess, in dem sich alle drei Beteiligten befinden und sich voneinander weg und aufeinander zu bewegen. Wenn wir uns das oben dargestellte Dreieck jetzt noch einmal vor Augen halten, befinden sich alle drei im Setting Anwesenden in einem Dazwischen, in einem Aus-handlungs- bzw. Transformationsprozess. Das spiegelt sich dann auch in der Beziehung wieder. Dieses räumliche Dazwischen konnte in den Interviewdaten auch in der jeweils eigenen Wahrnehmung der Rolle und Positionierung der einzelnen Personen hinsichtlich der therapeutischen Beziehung wiedergefunden werden. Einen solchen Prozess könnte man im Sinne des transkulturellen Übergangsraumes (Wohlfart u. Özbek ► **Kap. 11**) verstehen:

Der Übergangsraum eröffnet eine Dimension für das Unaussprechliche, noch nicht Sprachfähige im Prozess der Individuation, der Symbolbildung und der sich entwickelnden Beziehungen. ... Homi Bhabha (1997) spricht in der ethnologischen Forschung von einem »dritten Raum«, mit dem er den Übergang von innerer und äußerer Realität bezeichnet, den Übergang von Individuum und Kultur. In diesem »dritten Raum«/»Übergangsraum«, der auch als Schutz- und Identitätsraum in einer unbekanntem kulturellen Situation verstanden werden kann, befinden sich Therapeuten wie Patienten und Dolmetscher in einem »In-Between«. Dieser Raum fungiert als »Container« nach Bion (1959), in dem Bedeutungen und Symbole zwischen dem Ich und dem Gegenüber erfahren werden und sich entwickeln können. Kulturelle Differenz erfährt so eine Reflexion, die innere Spannung wird aus-haltbar und es werden neue Dimensionen des Verstehens und Verhaltens erzeugt. (Wohlfart et al. 2004)

Indem alle drei Beteiligten die Differenzen, die zwischen ihnen bestehen, und die damit einhergehenden Symbole und Bedeutungen als gegeben anerkennen, bietet sich ihnen die Möglichkeit einen Austausch miteinander zu schaffen, der sie in gemeinsamer Reflexion zu einem transkulturellen Verstehen führen kann. Die Dolmetscher bieten die Möglichkeit ein Wissen über die zwischen den Patienten und Behandlern differenten Symbole und Bedeutungen

einzubringen. Wir möchten jedoch noch einmal betonen, dass es sich nicht lediglich um kulturelle Differenzen handelt. Wenn dieses Bild entstände, würde man, wie bereits formuliert, eine Kulturalisierung befördern. Das soll heißen, dass auch zwischen Dolmetscher und Patienten trotz des gemeinsamen kulturellen Hintergrundes Differenzen bestehen. Diese können in der Verortung innerhalb ihrer Herkunftskultur bestehen, aber außer kulturellen Unterschieden auch andere Dimensionen von »diversity« wie Verschiedenheit in Geschlecht, Hautfarbe, sozioökonomischem Status und sexueller Orientierung betreffen. Diese Differenzen gilt es zu erkennen, zu reflektieren und zu bearbeiten.

Ein hierbei zu beachtender Aspekt ist auch die Identifikation der Dolmetscher mit ihrer eigenen Herkunftskultur und wie sich diese in ihrer Bewertung und der Beziehung zwischen ihnen und den Patienten niederschlägt.

Beispiel

In einem Setting mit einer arabischsprachigen Dolmetscherin konnte beobachtet werden, dass diese die Patientin, die sich in einem Autonomiekonflikt ihrem Mann gegenüber befand, in diesem Konflikt nicht verstehen und akzeptieren konnte. Wie in Gesprächen mit der Dolmetscherin deutlich wurde, bewertete sie das Verhalten der Patientin ihrem Mann gegenüber als islamischen Werten und Normen nicht entsprechend und aus diesem Grunde nicht akzeptabel. Diese Haltung der Patientin gegenüber wurde für diese in der Übertragung spürbar und sie weigerte sich mit der Dolmetscherin weiter zusammenzuarbeiten.

Eine Bearbeitung der existierenden und vermeintlich angenommenen Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Vor- und Nachgesprächen kann unseren Erfahrungen nach eine weiterreichende Zusammenarbeit ermöglichen.

12.2.3 »Der Dritte im Raum« – eine psychoanalytische Betrachtung

Die Überlegungen der Psychoanalyse zur frühen Triangulierung stellen unseres Erachtens eine theoretische Fundierung einer solchen therapeutischen Triade dar und können Erklärungen für darin liegende Chancen und Schwierigkeiten liefern. Der

folgende Exkurs ist eine schematische Vereinfachung, die lediglich der Veranschaulichung dient.

Exkurs

Frühe Triangulierung

Im psychoanalytischen Diskurs besteht die Bedeutung des Vaters in der ödipalen Entwicklung darin, die symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Kind zu lösen. Dabei geht es nicht darum die Beziehung zur Mutter abzubrechen oder zu ersetzen, sondern die in der Beziehung zwischen Mutter und Kind entstehenden Konflikte (gegen Ende der präödipalen Phase) mit Hilfe eines anderen, eines Dritten zu be- und verarbeiten.

Der Prozess der Triangulierung erarbeitet die Fähigkeiten, Bezug auf Abwesendes herzustellen, Differenzen einzuziehen und Grenzen des Selbst wahrzunehmen, insofern der Dritte die Mutter-Kind-Dyade aufbricht. Wenn die Triade nicht mehr allein mit der ödipalen Situation identifiziert wird, so lässt sich die triadische Struktur als eine Weise begreifen, in der das werdende Selbst aus den unmittelbaren affektiven Umklammerungen gelöst wird und mit sozialen Normen wie mit deren Kontingenzen in Kontakt kommt. Die Kompetenzen werden darüber angeeignet, dass das Kind unterschiedliche Positionen der Triade ausprobiert. Hinsichtlich dieser angezielten Kompetenzen muss die Dyade als Rückfall gelten. (Bedorf 2004, S. 1002)

Durch die sich an den Objekten vollziehende Identifizierung konstituiert sich das menschliche Subjekt (vgl. dazu Laplanche u. Pontalis 1975, S. 351 ff). Der Kontakt mit dem Vater und darüber hinaus mit sozialen Normen und der Welt außerhalb der Mutter-Kind-Dyade ermöglicht es dem Kind sich als Subjekt in dieser Welt zu verorten, daraus entstehende Konflikte und darin liegende Ambivalenzen zu bearbeiten, sie idealerweise zu bewältigen und darüber handlungsfähig zu werden.

In einem Dreiersetting mit Dolmetscher besteht eine Konstellation ähnlich der zwischen Mutter, Kind und Vater. Dolmetscher und Therapeut kön-

nen hierbei als Identifikationsobjekte fungieren. Sie bieten für die Patienten die Möglichkeit der Identifikation, wie Mutter und Vater sie für das Kind darstellen. Der Dolmetscher steht darin für das »Eigene/Vertraute« (z. B. im Falle einer arabischen Patientin für das »Arabische«). Der Therapeut steht für das »Andere/Fremde«, das »Neue«, das »Westliche«.

Es bleibt einzuräumen, dass die Bedeutung des Vaters (des Dritten) in der frühkindlichen Entwicklung umstritten ist, nicht zuletzt, weil es eine Fiktion ist, von einer ausschließlichen Dyade (zwischen Mutter und Kind) auszugehen, zu der dann ein Dritter (der Vater) hinzukommt. Beispielsweise weist Lacan darauf hin, dass ein Dritter (ein Drittes) von Anfang an vorhanden ist. So wirkt in den frühen Beziehungen bereits der sprachliche Code als ein Drittes, das sich weder aus einer der beteiligten Personen, noch aus der Relation selbst herstellen lässt (Bedorf 2004, S. 1003). »Es gibt immer einen Dritten, den großen Anderen« (Lacan 1998, zitiert nach Bedorf 2004, S. 1002). Lacan geht nicht etwa von einer dyadisch verfassten Intersubjektivität aus, zu der ein Dritter hinzukommt, sondern postuliert, intersubjektive Verhältnisse seien von vornherein triadisch geformt. Es wird angenommen, dass eine Dyade, die ganz auf einen Dritten verzichtet, nur vor dem Hintergrund der Triade gedacht werden kann, und als Schrumpfform oder Rückzug gesehen werden muss. Mitchell formuliert hierzu, dass es eines Dritten bedarf, um dem *circulus vitiosus* zu entrinnen (Mitchell, zitiert nach Bedorf 2004, S. 1002).

Wenn wir Mitchells Aussage zuspitzen, hieße das, dass jedem therapeutischen Zweiersetting ein dyadischer *circulus vitiosus* droht, wenn die Triade nicht mitgedacht wird. Einen Ausweg hieraus kann die gedankliche Erweiterung oder besser der Versuch intersubjektive Verhältnisse triadisch zu denken bieten.

Wenn wir davon ausgehen, dass ein Migrationsprozess ähnlich dem Prozess der Individuation des Kindes als Individuation in einer neuen kulturellen Umgebung verstanden werden kann, so wird es für den Patienten über die wechselseitige Identifikation mit Therapeut und Dolmetscher möglich, die Spannungen, die in den konfligierenden Bedeutungen und Symbolen, welche Therapeut und Dolmetscher repräsentieren, im therapeutischen Prozess zu bearbeiten und sie zu integrieren. Das

Ergebnis eines gelungenen therapeutischen Prozesses könnte es dann sein, dass die innere Spannung für den Patienten aushaltbar wird und neue Dimensionen möglichen Verstehens und Verhaltens für den Patienten entstehen. Diese Aspekte versucht beispielsweise der Ansatz des transkulturellen Übergangsraumes zu konzeptualisieren.

In einem solchen Übergangsraum soll die Möglichkeit geschaffen werden, die erfahrene kulturelle Differenz, die in der therapeutischen Beziehung (ebenso wie in der »Realität« des Migrationsprozesses) zu emotionaler Verwirrung, zu ohnmächtigen und aggressiven Gefühlen führen kann (ähnlich der Verlustangst beim Kleinkind), zu bearbeiten und darüber eine erfolgreiche Integration des »Eigenen« und des »Fremden« zu schaffen. Hierüber könnten die Patienten in der für sie neuen kulturellen »Realität« wiederum handlungsfähig werden. Die Anwesenheit des Dolmetschers bietet die Chance, eine solche Triade erfahrbar zu machen und damit einer Stagnation in einem so gefassten therapeutischen Prozess zu entgehen.

Eine Gefahr besteht jedoch darin, dass die Dolmetscher ähnlich muttersprachlichen Therapeuten eine »kulturelle Symbiose« mit den Patienten eingehen, sich in eine »monokulturelle Enge« begeben (Röder 1993, zitiert nach Wesselmann 2004 S. 103).

Muttersprachliche Therapeuten vermeiden es zuweilen bestimmte Tabus anzutasten und verhalten sich oft solidarisch. Sie fühlen sich verpflichtet die Probleme der Patienten mit der Migrationsgesellschaft zu verstehen. Dadurch bleibt die Sprach- aber auch die Kulturdifferenz, die Migranten in ihrem Alltag erleben und die zu psychischen Belastungen führen in der Therapie zum Teil ausgeblendet.

Die Gefahr einer solchen therapeutischen Entwicklung, die unseres Erachtens einer gelungenen Bearbeitung der kulturellen Differenzen und der damit einhergehenden zu bearbeitenden Konflikte entgegensteht, besteht auf ähnliche Weise in einer Therapie mit Dolmetschern. Auch ein Dolmetscher kann dazu tendieren, sich mit dem Patienten aufgrund des gemeinsamen kulturellen Hintergrundes zu solidarisieren. Dies kann wiederum dazu führen, dass der Patient in den Werten und Normen der Herkunftsgesellschaft verhaftet bleibt. Wir behaupten jedoch, dass eine solche therapeutisch gesehen negative Entwicklung in einem Dreiersetting aufgrund der Anwesenheit von zwei Per-

sonen unterschiedlicher kultureller Herkunft und der daraus entstehenden Beziehungsdynamiken eher erkannt werden kann.

Ein interkulturelles Setting mit Dolmetscherbeteiligung muss also als triadisches Setting gedacht, d. h., der Dolmetscher in der Triade verortet werden. Die oben angeführten psychoanalytischen Überlegungen könnten einen Weg zur Analysierbarkeit der in diesem Dreiersetting entstehenden Beziehungsdynamiken weisen.

12.3 Einflüsse der Sprach- und Kulturmittler auf das therapeutische Setting

12.3.1 Die verschiedenen Ebenen der Übersetzung

■ Die 4 verschiedenen Ebenen der Übersetzung

1. Übersetzungswege:

- Patient ↔ Dolmetscher ↔ Therapeut;
- Dolmetscher ↔ Therapeut ↔ Patient;
- Therapeut ↔ Patient ↔ Dolmetscher;

2. Übersetzungsart:

- verbal;
- nonverbal;
- während und auch außerhalb des Dreiersettings (z. B. im Vorgespräch zwischen Dolmetscher und Therapeut);

3. Übersetzungsinhalte:

- Information zu konkreten Ereignissen, Gefühlen;
- sprachliche und kulturelle Besonderheiten;
- nonverbale Ausdrucksformen;
- therapeutische Interventionen;
- medizinische und therapeutische Einschätzungen;

4. Intrapyschische Übersetzungsvorgänge:

- Einordnung/Übersetzung der therapeutischen Sitzungen in das eigene Wertesystem aller drei Beteiligten;
- Übersetzung von Vorsprachlichem ins Sprachliche, von Unbewusstem ins Bewusste

Die in dieser Aufzählung genannten möglichen Übersetzungsinhalte sind keiner Vollständigkeit verpflichtet, sondern beispielhaft zu verstehen. Auch die anderen drei Dimensionen sind durch weitere Untersuchungen und Überlegungen zu ergänzen.

Einige Beispiele sollen die schematische Vereinfachung konkretisieren:

Beispiel

1. Der Dolmetscher erläutert/übersetzt dem Therapeuten sprachliche Differenzen

In einem Gespräch über die schwierige Beziehung einer Patientin zu ihrem Mann ist die Therapeutin erstaunt über die Vehemenz mit der die Patientin vom Krieg mit ihrem Mann spricht. Die Erläuterung der Dolmetscherin macht deutlich, dass es im Arabischen nur ein Wort für die deutschen Worte »Krieg«, »Kampf«, »heftiger Streit« gibt – das Wort »har'b«. Die Therapeutin erachtet das Wort Krieg, wie es bei ihr in der deutschen Übersetzung ankommt, als inadäquat für die Auseinandersetzung der Patientin mit ihrem Mann und reagiert mit Irritation. Es ist also notwendig, Situationen, in denen Irritationen entstehen, auch hinsichtlich sprachlicher Besonderheiten genauer zu betrachten. Im weiteren Verlauf kann es wichtig sein, die verschiedenen Bedeutungen miteinander auszuhandeln. Dazu bietet es sich an, Metaphern zu verwenden und deren Bedeutung im jeweiligen Kontext zu erläutern.

2. Der Therapeut übersetzt das Verhalten und die Schwierigkeiten des Patienten in die medizinische Sprache und erläutert diese dem Dolmetscher

Im Nachgespräch zu einer Sitzung erläutert der Therapeut dem Dolmetscher, dass seiner Ansicht die sichtbaren körperlichen Symptome des Patienten auf einen Alkoholabusus hinweisen und dass die therapeutischen Interventionen diese Diagnose berücksichtigen werden.

3. Der Therapeut übersetzt dem Dolmetscher die unbewussten Vorgänge im Sinne des therapeutischen Verständnisses in die (Alltags-)Sprache

Eine Dolmetscherin ist erstaunt über die Wichtigkeit, die sie in der therapeutischen Beziehung für die Patientin hat. Die Therapeutin erläutert ihr, dass sie sozusagen für das Vertraute, möglicherweise in der Übertragung sogar für die Mutter der Patientin steht.

Hierin wird ein weiterer Übersetzungsvorgang nachvollziehbar: Die Übersetzung der unbewussten Vorgänge im therapeutischen Prozess – so wie der Therapeut sie versteht – in die (Alltags-)Sprache des Dolmetschers. Auch die Transformation der sprachlichen und nonverbalen Äußerungen des Patienten in eine psychotherapeutische Deutung, bzw. Interpretation kann als Übersetzung verstanden werden.

4. Der Therapeut übersetzt/erläutert dem Patienten die Funktion des Dolmetschers im therapeutischen Setting – der Therapeut „erklärt“ den Dolmetscher

Der Therapeut erläutert dem Patienten das Setting. Voraussetzung dafür ist es, dass er den Patienten auf grundlegende therapeutische Prinzipien hinweist, in deren Rahmen sich alle drei am Setting beteiligten Personen bewegen. Dazu gehört im Falle eines ethnopschoanalytischen Settings die Abstinenzregel, die wenig direktiven Formulierungen mit dem Ziel der Einsicht auf Seiten des Patienten. Der Therapeut erläutert dem Patienten darüber hinaus, dass der Dolmetscher notwendig ist, weil es wichtig ist, einander gut und nicht nur rudimentär zu verstehen. Darüber hinaus unterstütze der Dolmetscher sie beide (Therapeut und Patient) darin, die kulturellen Differenzen zu verstehen, denn Bedeutungen, Umgangsformen etc. seien zwischen ihnen verschieden und könnten zu Missverständnissen führen. Der Dolmetscher sei dazu da, diese zu übermitteln.

5. Der Patient vermittelt seine Einschätzung des Therapeuten dem Dolmetscher

Es kommt auch zur Vermittlung der Einschätzung des Therapeuten und des therapeutischen Prozesses vom Patienten an den Dolmetscher. Eine arabische Patientin bspw. vermittelt der Dolmetscherin, wie die Therapeutin auf sie wirkt: z. B. dass sie diese zu Beginn als nicht vertrauenswürdig wahrgenommen habe. Der Patient vermittelt also an den Dolmetscher auch Inhalte, die für die therapeutische Beziehung zwischen den 3 beteiligten Personen relevant sind.

6. Der Patient vermittelt dem Therapeuten seine Gefühle und seine Einschätzung bezüglich des Dolmetschers

Der Patient bittet um ein Gespräch allein mit dem Therapeuten (ohne den Dolmetscher), um mit ihm über seinen homosexuellen Sohn zu sprechen. Er ist der Meinung, er könne dies nicht in Anwesenheit des Dolmetschers tun,

da in ihrem gemeinsamen Heimatland Homosexualität noch immer geächtet sei, und er nicht wisse, welche Position der Dolmetscher diesbezüglich habe.

Es ist sicher nicht möglich in jeder Situation alle angeführten Ebenen vollständig zu erfassen und zu berücksichtigen. Wichtig ist jedoch, sich in jeder therapeutischen Beziehung ihre Existenz bewusst zu machen. So weit möglich sollten die daraus abzuleitenden Informationen, Konstellationen, Kommunikations- und Interaktionsmuster er- und bearbeitet werden.

12.3.2 Einflüsse der Sprach- und Kulturmittler und deren Berücksichtigung in therapeutischen Settings

Der Dolmetscher ist für eine ungefilterte Wiedergabe der sprachlichen Interaktionen zwischen Therapeut und Patient zuständig. (Abdallah-Steinkopff 2003, S. 4)

In den Settings der besprochenen Einrichtung wird, wie in den meisten Settings mit Dolmetscherbeteiligung, konsekutiv und nicht simultan übersetzt. Damit kommt ein erster »Filter« in die Übersetzung.

Ein wesentliches Ergebnis unserer Arbeit ist, dass der in diesem Zitat geäußerte Anspruch nicht zu realisieren ist. Kein Dolmetscher kann neutral sein und seine Persönlichkeit, seine Werte und Einstellungen, seine bewussten, aber auch unbewussten Annahmen (ohne Hilfe von außen) auf eine Weise reflektieren, die sie als Einflüsse eliminiert. Die Subjektivität der Dolmetscher hat Einfluss auf deren Translationstätigkeit.

Es ist also wichtig, die Komplexität der Einflussfaktoren und die damit verbundenen Interventionen des Dolmetschers zu erkennen und geeignete Umgangsweisen damit zu entwickeln und zu etablieren. Möglichkeiten hierzu bieten ausführliche Vor- und Nachgespräche und die Einbindung der Dolmetscher in Supervisionsgruppen.

Zu den grundlegenden Einflussfaktoren des Dolmetschers auf das Setting gehört, neben seiner Fähigkeit, die Muttersprache des Patienten und des

Therapeuten zu sprechen, ein bestimmtes Wissen über die Herkunftskultur des Patienten, welches ihm eine kulturelle Antizipation dessen ermöglicht, was der Patient äußert.

Beispiel

Bei einer Operation in Deutschland wurde das Jungfernhütchen der Tochter einer muslimischen Patientin beschädigt. In der Therapie äußerte sie diesbezüglich große Sorge im Hinblick auf die Zukunft, die spätere Verheiratung ihrer Tochter. Vor allem bereitete ihr Sorge, dass sie niemanden finden könne, der ihr diesbezüglich helfen könne, da die Kinderärzte, die sie bereits aufgesucht habe, ihr sagten, dass dies nicht in ihrem Zuständigkeitsbereich liege. In dem folgenden Nachgespräch erklärte die Dolmetscherin sehr ausführlich, was dies im arabischen Umfeld der Patientin bedeute und wie groß diesbezüglich der gesellschaftliche Druck in ihrer Kultur sei. Sehr anschaulich erzählte sie von ihrer eigenen Verheiratung und wie die gesamte Familie nach der Hochzeitsnacht auf das weiße blutbefleckte Tuch an der Tür gewartet habe, welches als Beweis für die Jungfräulichkeit der Braut bis zum Tage der Hochzeit gelte. Damit konnte die Tragweite dieser Problematik für die Therapeutin nachvollziehbar werden. Durch die Dolmetscherin wurde noch einmal die Aktualität des Problems unterstrichen und das theoretische Wissen der Therapeutin um einen Einblick in die gängige Alltagspraxis erweitert. Weiterführend konnte darüber der dahinterliegende Autonomiekonflikt der Patientin selbst verhandelt werden.

In unserer Untersuchung wurde deutlich, dass neben der Persönlichkeit und dem Selbstbild der Dolmetscher, ihre Moralvorstellungen und Wertesysteme, ihre Vorstellung von ihrer Aufgabe und ihre jeweils subjektive Deutung des therapeutischen Vorgehens und der Zielsetzung der Einrichtung ihre Arbeit maßgeblich beeinflussen.

Das Dreiersetting wird von Praktikern zum Teil als kompliziert und schwer kontrollierbar eingeschätzt. Andererseits wurde die Anwesenheit eines Dolmetschers auch als Entlastung (seitens der Therapeuten) wahrgenommen.

Wie bereits erwähnt führt die Anwesenheit eines Dolmetschers in einer tiefenpsychologisch/ethnopsychoanalytischen Psychotherapie zu einer erschwerenden Analyse von Übertragung und Gegenübertragung, da es dabei häufig zu Spaltungen in Übertragung und Gegenübertragung kommt. Über-

tragungs- und Gegenübertragungsreaktionen jeweils richtig zuzuordnen wird dadurch erschwert. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass es notwendig ist, die Dolmetscher in die Analyse der Beziehungen, aber auch in Deutungen und Interventionen mit einzubeziehen und es wird deutlich, dass sie als Teil des gesamten therapeutischen Prozesses betrachtet werden müssen. Die Deutungen sollten sich dann nicht auf die einzelnen Individuen beschränken, sondern sich auf die Gruppe, die Triade beziehen. Darüber können in die Deutungen die kulturell differierenden Gruppen in den therapeutischen Prozess mit einbezogen werden.

Anhand der Rückübersetzung der Tonbandaufzeichnung einer therapeutischen Sitzung wurde deutlich, dass eine Dolmetscherin zuweilen unaufgefordert mit der Patientin sprach, womit sie in das therapeutische Setting eingriff. Ein solches Eingreifen in die therapeutische Beziehung gilt es zu erkennen und dessen problematischer Einfluss im Vor- oder Nachgespräch mit der Dolmetscherin zu thematisieren. Ein erster Schritt hierzu können ausführliche Auswertungen einzelner Gespräche sein.

Eine interessante Beobachtung war, dass einer Patientin das Sprechen in der Therapie, z. B. über für sie bedrohliche oder unangenehme Themen, wie widersprüchliche Gefühle und aggressive Phantasien ihrem Mann gegenüber, durch die Anwesenheit der Dolmetscherin erleichtert wurde. Sie begründete dies damit, dass die Dolmetscherin alles von ihr Gesagte im Zuge der Übersetzung wiederholt. Damit sei sie es nicht allein, die über diese Themen spricht und diese Tatsache nehme etwas von der Bedrohlichkeit der Aussagen und Phantasien.

12.4 Die Bedeutung von Sprache für Psychotherapie und die psychotherapeutische Sprache

Sprache ist kulturelle Realität und in und mit jeder Sprache wird Kultur transportiert. Daher ist es wichtig, Menschen die Möglichkeit zu bieten, sich über ihre psychische Realität in ihrer Muttersprache auszudrücken.

Im Zuge einer Migration wird eine hohe Anpassungsleistung vom Individuum gefordert, die bei einem permanenten Scheitern zu narziss-

tischer Kränkung und damit verbundenen intensiven Gefühlen von Angst und Scham führen kann (vgl. Wohlfart 2004). Zu der erforderlichen Anpassungsleistung gehört unter anderem das Erlernen einer neuen Sprache und die eingeschränkten Möglichkeiten, sich in der Muttersprache zu verständigen. Die Muttersprache ist ein Ort, der Geborgenheit und Sicherheit bietet. Für das Etablieren einer therapeutischen Beziehung ist es wichtig, einen solchen sicheren Ort zu schaffen. Dazu gehört die Möglichkeit der Artikulation in der eigenen Sprache. In der Muttersprache einer jeden Person werden auch ihre Kultur und ihre Geschichte transportiert. Die Sprache ist vielfach Ausdruck kultureller Besonderheiten und Träger von Symbolen und Bedeutungszusammenhängen, die die Wirklichkeit einer Person strukturieren.

So kann es für eine Therapie mit bilingual aufgewachsenen Personen oder Personen, die im weitesten Sinne bilingual leben, wichtig sein, beide Sprachen in das therapeutische Setting einzubeziehen, um einen Zugang zu beiden Realitäten zu erhalten. Darauf möchten wir jedoch hier nicht genauer eingehen.

Unsere Erfahrungen legen nahe, dass es günstig ist, konsekutiv in kürzeren Bedeutungseinheiten zu übersetzen, da simultane Übersetzungssituationen, in denen mehrere Personen auf einmal sprechen von den Patienten zum Teil als belastend erlebt werden. Eine Übersetzungseinheit sollte dabei nicht mehr als drei Sätze umfassen. Der Dolmetscher sollte in der Ichform übersetzen, da nur so eine Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten entstehen kann. Manchen Dolmetschern fällt es schwer diese Form einzuhalten, da sie sich damit sprachlich abwechselnd mit Patient und Therapeut identifizieren müssen. Es ist daher notwendig, sie an die Bedeutung dieser Übersetzungsform immer wieder zu erinnern.

Da gleiche Bezeichnungen in zwei verschiedenen Sprachen vollkommen andere Bedeutungen haben können, besteht bei jeder Übersetzung die Gefahr einer womöglich folgenschweren Fehlinterpretation. Im Umgang mit solchen Übersetzungsproblemen, kann es sinnvoll sein, Worte, deren Bedeutung für den Gesprächsverlauf relevant erscheinen, zu verhandeln, da nicht immer davon ausgegangen werden kann, dass sie in ihrer gemeinten Bedeutung ad hoc versteh- und über-

setzbar sind, wie das oben angeführte Beispiel der Übersetzung des Wortes »har'b« zeigte.

Um die Auswirkungen des sprachlichen Transfers von der jeweiligen Ausgangssprache in die jeweilige Zielsprache nachzuvollziehen, wurden Auszüge aus therapeutischen Sitzungen von externen Dolmetschern rückübersetzt. Hieraus ein interessantes Beispiel:

Beispiel

Mittels einer Rückübersetzung eines therapeutischen Gespräches mit einem iranischen Patienten wurde ersichtlich, dass dieser über seine Sorgen hinsichtlich seiner körperlichen Beschwerden spricht. Der Dolmetscher übersetzt hingegen, dass der Patient sich Sorgen um sein Leben mache.

Patient (übersetzt durch externen Dolmetscher): »Meine Leber stört mich sehr.«

Dolmetscher übersetzt ins Deutsche: »Ich mache mir ziemliche Sorgen über mein Leben.«

Der Therapeut fragt hierauf nach den Gedanken, die sich der Patient mache, nachdem er gehört hat, dass dieser sich Sorgen über sein Leben mache. Der Patient beschreibt daraufhin seine körperlichen Symptome ausführlich, was in einem tiefenpsychologischen/ethnopsychoanalytischen Setting als Widerstand (siehe nachfolgender Exkurs) gegenüber der Therapie gedeutet werden könnte, ein Widerstand gegen das Durcharbeiten seiner psychischen Probleme.

Der Therapeut hat aufgrund der veränderten Übersetzung durch den Dolmetscher keine Kenntnis davon, dass der Patient lediglich über organische Beschwerden gesprochen hat. Durch diese höchstwahrscheinlich unbewusste Intervention des Dolmetschers entsteht beim Therapeuten ein Bild des Patienten, welches nicht mit dessen Äußerungen übereinstimmt.

Das legt die Vermutung nahe, dass der Dolmetscher in seiner Übersetzung versucht, den Widerstand des Patienten aufzufangen, indem er das vom Patienten Gesagte verändert und die mit den körperlichen Beschwerden einhergehende allgemeine Sorge um das Leben des Patienten eigenmächtig formuliert.

Es könnte sich aber auch schlicht um einen Übersetzungsfehler handeln oder um eine undeutliche Aussprache des Wortes Leber durch den Dolmetscher.

Was auch immer die Ursache für diese Bedeutungsverschiebung war, sie führte zu einem Missverständnis zwischen Patient und Therapeut. Wenn in einem interkulturellen Setting mit Sprach- und Kulturmittlerbeteiligung

Irritationen auftreten, sollte bedacht werden, dass deren Ursache in der Übersetzung liegen könnte.

Exkurs

Widerstand

»Im Verlauf der psychoanalytischen Behandlung nennt man all jenes »Widerstand«, was in den Handlungen und Worten des Analysierten sich dem Zugang zu seinem Unbewussten entgegenstellt« (Laplanche u. Pontalis 1975, S. 622). Unter Widerstand wird also die Abwehr des Analysanden/Patienten gegen das Bewusstmachen verdrängter Bedürfnisse/Wünsche des Es oder Schuldgefühle des Über-Ichs verstanden.

Das vorausgegangene Beispiel zeigt, wie viele verschiedene Interpretationen die Veränderung der Patientenaussage durch den Dolmetscher zulässt. Gleichzeitig demonstriert es eindrucklich, mit welcher Komplexität sich derjenige konfrontiert sieht, der die Prozesse in interkulturellen Settings, ihre Ursachen und Dynamiken zu verstehen versucht. Die darin liegenden Erkenntnismöglichkeiten sind vielgestaltig und die Deutungen manchmal, aufgrund der Vielzahl von potentiellen Einflussfaktoren, vielleicht etwas gewagt. Sich ihnen zu widmen und Erfahrungen und Wissen über diese Prozesse zu sammeln und zu dokumentieren eröffnet jedoch einen Erkenntniszuwachs nicht nur für die interkulturelle Psychotherapie mit Dolmetscherbeteiligung, sondern auch hinsichtlich der Bedeutung von Sprache für Psychotherapie im Allgemeinen. Daraus erwächst auch eine Grundlage für weiterführende translationswissenschaftliche Fragestellungen in medizinischen, bzw. psychotherapeutischen Versorgungsbereichen.

Aufgrund der durch die Übersetzung entstehenden zeitlichen Verzögerung, mit der die sprachlichen Äußerungen des Patienten den Therapeuten erreichen (in umgekehrter Richtung ebenso) entsteht zwischen beiden eine indirektere Beziehung, als sie sich in einem Zweiersetting etablieren würde. Die Dreierkonstellation erschwert es, das Gesprochene mit der Art und Weise der Artikulation, also mit Mimik und Gestik in Einklang zu bringen.

Aus diesem Umstand erwächst z. B. für den Therapeuten die Schwierigkeit, die Mimik und Gestik des Patienten richtig zu verstehen und die Aussage dem dazugehörigen Affekt zuzuordnen.

Auch die therapeutische Sprache kann als »Kultur« verstanden werden, die bestimmte Bedeutungen und Bezeichnungen »transportiert«. Was geschieht mit den von den Therapeuten verfolgten sprachlichen Mustern, in die eingebettet bestimmte Begriffe und Sätze einen spezifischen Sinn haben?

Erkennbar wurde während der Forschung, dass einigen Dolmetschern, die im Psychotherapiesetting verwendete Sprache in ihren Besonderheiten nicht bekannt zu sein schien bzw. sie deren Relevanz für die therapeutische Arbeit nicht kannten. Die für tiefenpsychologische/ethnopsychanalytische Psychotherapie typischen, oft im Konjunktiv formulierten Äußerungen, die kaum direktiven Anmerkungen der Therapeuten wurden durch die Übersetzung gelegentlich verändert. So verloren die Äußerungen der Therapeuten in der Übersetzung ihre zurückhaltende Konnotation und wurden in einigen Fällen zu Handlungsanweisungen an die Patienten, die von den Therapeuten bewusst vermieden worden waren. D. h., dass die von den Therapeuten angestrebte Beziehung zu den Patienten, die sich auch in einer bestimmten Art und Weise zu sprechen, Fragen und Deutungen zu formulieren auszeichnet, ihre Wirkung in einer derartigen Übersetzung verlor.

- ❗ Die Verwendung der Sprache der Therapeuten im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Arbeitsweise verleiht Begriffen und Sätzen eine bestimmte Bedeutung und damit einen spezifischen psychotherapeutischen Sinn. Um diesen auch in der Übersetzung an die Patienten zu erhalten, ist es wichtig, dass die Dolmetscher von der Spezifik der psychotherapeutischen Sprache Kenntnis haben. Eine Unkenntnis kann zu sprachlichen Interventionen führen, die den therapeutischen Prozess unter Umständen behindern.

12.5 Sprach- und Kulturmittler als Mediatoren oder Vermittler von Differenzen?

Sprach- und Kulturmittler sollen zur Verständigung zwischen zwei Personen unterschiedlicher sprachlicher, aber auch kultureller Herkunft beitragen.

In einer therapeutischen Beziehung sollte ein Rahmen geschaffen werden, in dem ein Gefühl der Unzulänglichkeit seitens des Patienten vermieden bzw. verringert wird. Es sollte dem Patienten die Möglichkeit geboten werden, sich in der Sprache zu artikulieren, die er beherrscht und die ihm eine Möglichkeit bietet, sich verständlich zu machen. Mit Hilfe eines Sprach- und Kulturmittlers kann im Idealfall eine Verständigung und darüber ein Verstehen gewährleistet werden, was dann zu einer vertrauensvolleren Beziehung beitragen kann. In einer interkulturellen therapeutischen Beziehung ist sowohl der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung als auch ein Verstehen besonders erschwert, da sprachliche Verständigungsschwierigkeiten und kulturelle Missverständnisse zu den »üblichen« Verständigungsschwierigkeiten und Missverständnissen hinzukommen. In einem interkulturellen Setting mit Sprach- und Kulturmittlerbeteiligung können diese im Idealfall überwunden werden, da der Dolmetscher die Sprache des Patienten spricht und ein Wissen über dessen Herkunftskultur in die therapeutische Beziehung einbringt. Ob und wie damit ein Verstehen erreicht werden kann, wird im Folgenden erörtert.

12.5.1 Die Bedeutung von »Verstehen« in einem Dreiersetting

Jürgen Straub (1999) hat sich ausführlich dem Problem des Verstehens gewidmet:

Fremdverstehen² ist ein relationaler Akt, eine »Relationierung«, die den anderen stets von einem bestimmten Standort aus und aus einer

besonderen Perspektive als anderen identifiziert und qualifiziert. Die Repräsentation des anderen ist niemals eine völlig neutrale Vorstellung und Darstellung eines Gegenübers. Sie bezeugt vielmehr eine Beziehung, genauer: das vorläufige Ergebnis eines Beziehungsgeschehens, das die beteiligten Akteure zwar mitgestalten und reflektieren, niemals aber vollständig kontrollieren können. ... Wer wirklich zu verstehen beabsichtigt, mag primär vernehmen wollen, was andere mitteilen, und wird doch nicht vermeiden können, das Mitgeteilte mit eigenen Augen zu sehen und ihm schließlich einen neuen, eben relationalen Ausdruck zu geben. Er wird doch auch mit eigener Stimme sprechen und Zustimmung oder Vorbehalte signalisieren, wenn er mit und von den anderen, von deren Praxis der Lebensform, spricht. (Straub 1999, S. 12 ff)

Hierin sind Aspekte enthalten, die schon bei Gadamer zu finden sind. Für Gadamer ist Verstehen durch einen traditions- und überlieferungsbestimmten »Verstehenshorizont« bedingt, aus dem Fragen und Vorurteile des Interpreten erwachsen. Es gibt demnach kein Verstehen ohne Vorverständnis, in welchem der Verstehende durch die spezifische Situation und Zeit seines Verstehens eingebettet ist (Gadamer 1960).

Wenn man davon ausgeht, dass der Dolmetscher während einer Übersetzung das Gesagte auf eine eigene Art und Weise zu verstehen versucht, um es zu transferieren, ist dabei eine Neutralität nach Straub (1999) nicht möglich. Es wird keinem Dolmetscher möglich sein, seine eigene Positionierung aus der Vermittlung zu eliminieren. In den vorangegangenen Ausführungen haben wir deutlich gemacht, wie sich die Positionierung, sprich das Sich-in-Beziehung-Setzen der Dolmetscher, ihre Persönlichkeit, ihre Werte und Normen und ihr Verständnis des therapeutischen Arbeitens auf ihre Vermittlungstätigkeit auswirken. Diese beeinflussen den Verstehensprozess zwischen Dolmetscher und Patient und in der Folge auch jenen zwischen Patient und Therapeut. Wir setzen dabei voraus, dass eine Übersetzung den Versuch eines Verstehens durch die Dolmetscher impliziert.

Dieser Versuch vollzieht sich aber sehr unterschiedlich. Ein Dolmetscher versuchte, die Auto-

2 Mit Fremdverstehen ist kein Fremdsein aufgrund kultureller Differenzen gemeint, sondern vielmehr die Fremdheit, die immer zwischen dem „Eigenen“ und dem „Anderen“ existiert.

rität des Therapeuten zu unterstreichen, indem er durch seine Übersetzung dessen Äußerungen in konkrete Handlungsaufforderungen und Befehle verwandelte. So vermied er z. B. den vom Therapeuten bewusst eingesetzten Konjunktiv in der Übersetzung. Eine andere Dolmetscherin bemühte sich darum, die von ihr scheinbar schon verstandene Perspektive der Patientin an die Therapeutin weiter zu vermitteln.

Diese Beispiele zeigen, dass die Dolmetscher, um Patienten und Therapeuten zu verstehen, eine Positionierung einnehmen, sich in Relation zu dem zu Verstehenden setzen. Sie sind nicht neutral. Die sich daraus ergebende Einflussnahme gilt es zu erkennen. Der Anspruch auf Neutralität übersieht, dass bei allen am Setting Beteiligten das Verstehen der »Wirklichkeit« des jeweils Anderen begrenzt ist, und verleugnet die damit einhergehende zwangsläufige Veränderung der jeweiligen Äußerungen während der Rezeption und Übersetzung durch die Dolmetscher.

Im Fall der oben erwähnten Dolmetscherin könnte man mit Dörner von einer »verschmelzenden Identifizierung« sprechen:

»Ich verstehe Dich.« ... »Aktives Subjekt versteht passives Objekt«. Die Bewegung geht von mir aus, exploriert den Gegenstand, den Anderen, wertet ihn aus und kehrt bereichert zu mir zurück. In dieser egologischen Haltung gibt es letztlich doch keinen Unterschied zwischen dem naturwissenschaftlichen Erklären, mit dem ich theoriegeleitet mein Gegenüber analysiere, und dem geisteswissenschaftlichen Verstehen, durch das ich mich in mein Gegenüber und seinen Bedeutungszusammenhang einfühle, vertiefe (um nicht zu sagen: verbohere), um seine Wahrheit zu heben. Beide Strategien sind gleichermaßen intentional aneignend, besitzergreifend, das Objekt mir gleichmachend, wobei ich beim Verstehen über die einführende Empathie auch noch bei der verschmelzenden Identifizierung landen kann. (Dörner 2001, S. 79)

»Verschmelzende Identifizierung« könnte man dann den Prozess nennen, bei welchem Verstehen nicht als Aushandlungsprozess, als Annäherung an den Anderen aufgefasst wird, sondern als

eine eindringende, einführende Empathie, bei der der Andere völlig gleich gemacht und sein Anderssein negiert wird. Eine solche einführende Empathie wurde von dieser Dolmetscherin immer wieder betont. Sie sagte, dass sie weiß, wie die Patientin sich fühlt, dass sie sich einfühlen kann, mit ihr mitfühlen und sie verstehen kann. Sie versuchte sozusagen die Perspektive der Patientin zu übernehmen. Straub bezeichnet eine solche Auffassung von Verstehen als »assimilierendes Verstehen« und stellt diesem alternativ das »akkomodierende Verstehen« gegenüber:

Es gibt eine Alternative zum assimilierenden Verstehen, das, radikal durchgeführt, allenfalls zu bloßen Vorspiegelungen fremder Wirklichkeiten führt (in Wahrheit zeigt sich im derart repräsentierten Anderen bloß das verteidigte und durchgesetzte Eigene.) Diese Alternative könnte akkomodierendes Verstehen genannt werden. Wer Piagets bekannte Unterscheidung in dieser Weise aufgreift und auslegt, fasst zwar alles soziale Verstehen als eine adaptive Leistung auf, als Anpassung an und Einstellung auf den Anderen. Während jedoch die assimilierende Applikation eigener Schemata die fremden Wirklichkeiten kurzerhand ans Eigene angleicht, erfordert das akkomodierende Verstehen eine adaptive Transformation der eigenen kognitiven und begrifflichen Schemata. Das akkomodierende Verstehen passt nicht bloß das andere und Fremde an das Eigene an, sondern umgekehrt auch dieses an jenes. ... Alles Fremdverstehen ist eine Anverwandlung des Anderen, die das Eigene nicht unberührt lässt. (Straub 1999, S. 17 f)

Explizit bedeutet Assimilation (im Sinne Piagets) so viel wie die kognitive Integration von Umwelteinflüssen. Akkomodation hingegen meint die Modifikation der Schemata in der Begegnung mit Umwelteinflüssen, die mit den bereits bestehenden Schemata nicht zu erfassen sind. Anzumerken ist, dass Piaget beide Prozesse als ineinandergreifend und als nicht von einander trennbar konzeptualisiert.

In einem Chaos sich ständig verändernder Eindrücke konstruiert jeder von uns eine sta-

bile Welt, in der die Gegenstände erkennbare Umrisse, einen festen Ort und Bestand haben. Indem wir wahrnehmen, bauen wir, greifen Winke auf und werfen andere. Winke, die am besten in das entstehende Muster passen, werden am ehesten akzeptiert. Zweideutige werden meist so behandelt, als ob sie mit dem übrigen Muster harmonisierten, widersprechende werden in der Regel verworfen. Akzeptiert man sie, muss die Struktur unserer Annahmen modifiziert werden. (Douglas 1988, S. 54)

Douglas postuliert also, dass wir dazu tendieren, Gegenstände (und wir übertragen dies hier auf die Begegnung mit dem »Anderen«) unseren bereits bestehenden Schemata anzugleichen, sie mit diesen zu erfassen suchen um unsere »stabile Welt« aufrechtzuerhalten. Diesen widersprechende Muster und Bedeutungen müssten zur Veränderung unserer Schemata führen, sobald wir den Widerspruch akzeptieren.

Überträgt man Douglas These auf das interkulturelle Dreiersetting so heißt dies, dass es für das Verstehen des Anderen in seinen Bedeutungen und Symbolen notwendig ist, unsere eigenen begrifflichen und kognitiven Schemata zu verändern, um so eine Vereinnahmung und Gleichmachung zu vermeiden. Das heißt, dass wir bereit sein müssen, Differenzen zwischen dem Eigenen und dem Fremden zu akzeptieren.

12.5.2 Ein Aushandlungs- oder Transformationsprozess als Annäherung an ein transkulturelles Verstehen

Ein Aushandlungsprozess zwischen dem Eigenen und dem Fremden könnte zu Veränderungen des jeweils eigenen Denkens und Handelns führen, zu einem kontinuierlichen Transformationsprozess. Über eine selbstreflexive Akkomodation könnte sich ein solcher Transformationsprozess entwickeln, indem der Andere nicht an das Eigene angepasst würde, sondern sich beides, das Eigene und das Andere, in ständiger Veränderung befindet. Hierin läge auch eine Chance, therapeutische Machtkonstellationen aufzubrechen, da dieser Pro-

zess nur möglich wird, wenn es sich nicht mehr um Subjekte (Therapeuten) handelt, die auf Objekte (Patienten) einwirken, sondern auch die vormaligen Objekte, die dann Subjekte würden, auf die anderen Subjekte einwirken. Ein solcher Austauschprozess ist in kulturell differenten Bedeutungszusammenhängen mithilfe der Sprach- und Kulturmittler möglicherweise zu erreichen. Mit ihrer Anwesenheit können die Aussagen von Patienten und Therapeuten für den jeweils Anderen kontextualisiert werden. Gleichzeitig besteht jedoch die Gefahr, dass Dolmetscher die Möglichkeit für einen solchen Transformationsprozess aus der Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten eliminieren. So versuchte die erwähnte Dolmetscherin Harmonie zwischen Patientin und Therapeutin herzustellen, indem sie die Differenzen und Missverständnisse zwischen beiden zu nivellieren versuchte. Sie stand damit einem Aushandlungsprozess/ Transformationsprozess hin zu einem Verstehen (im ausgeführten Sinne) zwischen Therapeutin und Patientin durchaus entgegen. In wohlwollender Absicht und in ihrem Rollenverständnis als Kulturmittlerin sah sie es als ihre Aufgabe, die Differenzen unsichtbar, darin enthaltene Konflikte nicht spürbar werden zu lassen. Sie versuchte eine Übereinstimmung, eine Harmonie herzustellen, die eine Aushandlung nicht mehr notwendig erscheinen ließ. Sie behauptete damit ein Verstehen. Die Wahrnehmung und Reflexion der Differenzen ist jedoch die Voraussetzung für einen Aushandlungsprozess, der im Idealfall in ein gegenseitiges Verstehen mündet. Irritationen die auf eine bestimmte Fremdheit zurückzuführen sind, sind wesentlicher Bestandteil der therapeutischen Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Den damit verbundenen Konflikten mithilfe einer »diplomatischen« Übersetzung vorbeugen zu wollen, steht dem tiefenpsychologischen bzw. ethnopschoanalytischen Arbeiten entgegen und kann zu einer Stagnation der therapeutischen Beziehung führen.

An dem angeführten Beispiel zeigt sich, dass es nicht reicht, dass die Dolmetscher die Muttersprache der Patienten und ein Wissen über deren kulturellen Hintergrund einbringen, sie sollten auch das therapeutische Prinzip kennen und die Relevanz der Bearbeitung von Differenzen und Fremdheit ebenso wie die von Gemeinsamkeit und Eigenem, um dies entsprechend vermitteln zu können.

Das Eigene und das Fremde zwischen Patient und Therapeut blieben ansonsten unberührt nebeneinander stehen.

❗ Differenzen und Missverständnisse sind nicht zu vermeiden, sie sind vielmehr das Potential hin zu einem transkulturellen Verstehen.

Hier zeigt sich besonders deutlich, dass es sich bei der tiefenpsychologischen bzw. ethnopsychanalytischen, wie bei jeder anderen psychotherapeutischen Schule auch, um eine »Kultur« handelt. Hinzu kommt, dass diese »Kultur« Teil einer europäischen, bzw. nordamerikanischen Wissenschaft- und Denktradition ist, die in diesen Kontexten anerkannt und etabliert ist. In jeder Therapie ist es notwendig, dem Klienten das therapeutische Prinzip zu erläutern. Auch dies ist eine Form der Übersetzung eines differenten Symbolsystems. In einer interkulturellen Psychotherapie kommt hinzu, dass die Klienten möglicherweise noch nie etwas von Psychotherapie gehört haben, sich wenig darunter vorstellen können und das der Psychotherapie zugrundeliegende Verständnis einer Trennung von Körper und Psyche sowie die Behandlung mittels Reden ihnen noch fremder ist als einer Person, die in einem westlichen Kontext sozialisiert worden ist (Zaunseil, ► Kap. 1). Es ist also in einem solchen Setting umso wichtiger, sowohl mit den Dolmetschern als auch mit den Patienten das therapeutische Prinzip zu besprechen und daraus entstehende Irritationen und Schwierigkeiten zu bearbeiten. Unter Umständen kommt man darüber zu der Erkenntnis (unabhängig von den Sprach- und Kulturmittlern), dass das Setting nicht geeignet ist, und wird eine Alternative finden müssen.

Abschließend noch eine Anmerkung zur Übertragbarkeit dieser Verstehensprozesse auf »herkömmliche« psychotherapeutische Settings: Während in einem deutsch-deutschen Setting eher von Gemeinsamkeiten ausgegangen wird, wie es Mertens (1990, S. 59) für alltägliche Verstehensprozesse beschreibt, werden in einem deutsch-nicht-deutschen Setting zuerst die Differenzen fokussiert, die es zu überwinden gilt. Der Andere wird aufgrund der augenscheinlichen Differenzen (im doppelten Sinne) als solcher gesehen. Die Schwierigkeiten einer Verständigung, eines Verstehens

werden zentral. Dass diese Differenzen in jedem therapeutischen Setting bestehen und es sich bei einem Patienten immer um einen »Fremden«, einen »Anderen« handelt, sollte eine stärkere Betonung erfahren.

12.6 Der Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern

12.6.1 Zwischen interkultureller Kompetenz und Kulturalisierung

Das Hauptziel des Einsatzes von Sprach- und Kulturmittlern ist es, kulturelle Differenzen zu bearbeiten und in die Therapie einfließen zu lassen. Wie lässt sich dabei jedoch eine Kulturalisierung und eine damit verbundene Stereotypisierung vermeiden?

Die Schwierigkeiten beginnen, sobald wir feststellen, dass wir in fremden Kulturen nicht nur die uns bekannten Phänomene in veränderter Zuordnung vorfinden, sondern auch Phänomene, die uns aus der eigenen Kultur gar nicht bekannt sind, wohingegen andere, die uns bekannt sind, fehlen. Da wir nun aber in unserer Kultur groß geworden sind, mit unseren Kategorien verstehen gelernt haben, besteht die Gefahr, dass wir die fremden Phänomene, unseren Vor-Urteilen folgend, falsch interpretieren. Und dies gilt nicht nur einmal, sondern in Bezug auf jede fremde Kultur aufs Neue. (Nadig 1986, S. 36)

In den ethnopsychanalytischen Gesprächen, wie sie z. B. von Parin und Nadig in außereuropäischen Kontexten durchgeführt wurden, wird versucht dieser Schwierigkeit durch die Analyse des Wechselspiels zwischen unbewussten und bewussten Anteilen des Individuums und seiner Kultur zu begegnen (vgl. Reichmayr 1995). Dabei geht es vor allem um die Analyse der Einflüsse der Subjektivität und der jeweils eigenen Kulturzentriertheit. Das Phänomen der Gegenübertragung wird hierbei zu einem Instrument, mit dem über die Analyse der eigenen Abwehrmechanismen und Denkstrukturen ein besserer Zugang zu einem Gesprächspartner und dessen Kultur entwickelt werden kann.

Diese Methode ermöglicht es, die kulturelle Differenz zwischen nichtdeutschen Patienten und den Behandlern in den therapeutischen Prozess einzubeziehen.

❗ In einer tiefenpsychologischen bzw. ethnopsychoanalytischen Psychotherapie ist es zudem wichtig, nicht nur kulturtypische Phänomene zu beschreiben, sondern zu analysieren, was der Patient mit einem bestimmten »kulturellen Weg« impliziert.

Die Botschaften, die die Patienten den Therapeuten senden, z. B. eine Beschreibung ihrer Ängste, werden je nach Herkunft in kulturell unterschiedlich determinierter Weise transportiert. Würde in der interkulturellen Arbeit mit Dolmetscher jedoch nur die Ausdrucksform beschrieben, bliebe der Therapeut in einer Kulturalisierung gefangen. Auch wenn er noch so intensiv mit dem Dolmetscher recherchiert, welche Geschichte z. B. ein bestimmtes Ritual hat, berücksichtigt er dabei nicht die Psychodynamik, die für das therapeutische Vorgehen wesentlich ist. Durch die Analyse des kulturspezifischen Ausdrucks, des soziokulturellen Kontextes und der Psychodynamik kann die Problematik der Patienten bzw. die Psychopathologie sicherer interpretiert, kontextualisiert und zum Teil auch entpathologisiert werden.

Beispiel

Eine 30-jährige arabische Patientin musste auf der Flucht nach Deutschland ihr Kleinkind im Heimatland zurücklassen. Der überweisende Arzt stellt unter anderem wegen vermeintlich akustischer Halluzinationen die Diagnose einer Schizophrenie. Die Patientin hörte regelmäßig die Stimme ihrer kleinen Tochter. In Gesprächen mit einer Sprach- und Kulturmittlerin wurde klar, dass im nahöstlichen Raum bei Trennung oder Tod in vielen Fällen eine Art Zwiesprache mit dem sehnüchtlig Vermissten gehalten wird. Die Diagnose Schizophrenie erscheint in diesem Kontext fragwürdig.

Dass sich die therapeutisch relevanten Differenzen, die zwischen Patienten und Therapeuten bestehen, nicht lediglich auf kulturelle Unterschiede beschränken, solchen aber unter Umständen fälschlicherweise zugewiesen werden, zeigte sich in der Empirie der dem Artikel zugrunde liegen-

den Forschung (vgl. Kluge 2005). In der interkulturellen Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern ist es also wichtig, kulturelle, bzw. ethnische Differenz nicht zur Leitdifferenz zu erklären, sondern gleichzeitig sensibel für soziale, ökonomische, alters- und geschlechtsbedingte Differenzen zu bleiben, die in einem solchen Setting bestehen und ebenso zu Missverständnissen führen.

12.6.2 Eine Diskussion über das geeignete Setting

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, das Setting mit einem Dolmetscher zu gestalten. Nach den dargelegten Erkenntnissen und der Akzeptanz des triadischen Systems ist die Positionierung in einem gleichschenkligen Dreieck angemessen. Hierbei wird nicht nur die Beziehungsgestaltung zwischen Patient und Therapeut beachtet, sondern darüber hinaus der Übertragung und Gegenübertragung zwischen allen drei Beteiligten Rechnung getragen.

Überdies wurde ersichtlich, dass Geschlecht, Herkunft und Kontinuität der Dolmetscher ebenso ausschlaggebend sind wie bei den Therapeuten.

Der Ablauf eines Dolmetschereinsatzes kann in 5 Phasen zusammengefasst werden (Salman 2001):

1. Planung des Dolmetschereinsatzes,
2. Vorgespräch mit dem Dolmetscher,
3. das eigentliche Übersetzungsgespräch,
4. das Nachgespräch mit dem Dolmetscher,
5. die Auswertung des Dolmetschereinsatzes.

Wann sollte ein Dolmetscher hinzugezogen werden?

Bereits beim ersten Gespräch, nur wenn es „schwierig“ wird, oder alternierend?

Häufig ist zu beobachten, dass Verwandte, Freunde wie auch überweisende Ärzte oder Therapeuten die Deutschkenntnisse der Patienten zu gut oder zu schlecht einschätzen. Ein Erstkontakt ohne Dolmetscher ermöglicht sowohl eine bessere Einschätzung der Sprachkenntnisse als auch ein unmittelbareres Erleben im direkten Kontakt zu zweit.

Ein Sprach- und Kulturmittler kann jedoch auch bei mäßigen bis guten Deutschkenntnissen sinnvoll sein, um z. B. kulturell besondere Phäno-

mene oder sprachliche Nuancen intensiver zu bearbeiten.

Bei einer weniger intensiven psychotherapeutischen Betreuung oder einer diagnostischen Einschätzung ist durchaus auch einmal ein Wechsel von Gesprächen mit und ohne Dolmetscher möglich.

- ❗ Generell ist es wichtig, vor allem in den ersten Stunden das geeignete Setting situationsabhängig zu gestalten. Während dieser Stunden lässt sich der Rahmen einer Therapie in Bezug auf Dolmetscherteilnahme und Stundenzahl setzen.

Zu dem untersuchten Setting gehört es auch, dass die Dolmetscher außerhalb der Übersetzungsgespräche keinen Kontakt (z. B. im Warteraum) zu den Patienten pflegen bzw. dass solche Interaktionen, wenn sie stattfinden in der therapeutischen Sitzung besprochen werden sollten. Die Probleme und Gedanken der Patienten sollen Eingang in den therapeutischen Prozess finden und nicht bereits mit dem Dolmetscher »geklärt« werden. Solche Interaktionen bringen den Dolmetscher in eine Rolle, die ihn unseren Erfahrungen nach überfordert. Außerdem können sie dazu führen, dass der Therapeut aus der Beziehung ausgeschlossen wird und damit eine therapeutische Arbeit im gewünschten Sinne nicht möglich ist.

Beispiel

Die in Abschnitt 12.3.2 bereits erwähnte muslimische, arabischsprachige Patientin berichtete von ihrer kleinen Tochter, deren Jungfernhäutchen während einer Untersuchung verletzt worden war. Sie überlegte nun, welcher Arzt ihr helfen und das Hymen nähen könnte. Die Dolmetscherin, die sich sehr mit der Patientin identifizierte, sammelte ein paar Adressen von Gynäkologen und beabsichtigte, der Patientin diese Adressen vor der nächsten Stunde zu geben. Im Nachgespräch äußerte sie gegenüber der Therapeutin diese Absicht, was dieser die Gelegenheit bot, die Dolmetscherin über die Problematik dieser Intervention zu informieren. Die Dolmetscherin hätte mit diesem Vorgehen verhindert, dass die Patientin, wie sie es dann tat, das Für und Wider der Operation gründlicher reflektierte, wodurch verschiedene Konflikte, die für sie durch das Leben in Deutschland entstanden waren, bearbeitet werden konnten.

12.7 Zusammenfassung

Durch die Mitarbeit von Sprach- und Kulturmittlern in einem psychotherapeutischen Setting entsteht ein komplexes triadisches System. Die Unsicherheiten bezüglich eines solchen Modells sind so groß, dass vielfach auf einen Dolmetschereinsatz verzichtet wird (vgl. Cerzniewski 2004).

Die häufig geforderte Neutralität der Dolmetscher ist nicht zu gewährleisten, da Sprach- und Kulturmittler als vollständige Personen anwesend sind und mit ihrem Handeln bewusst und unbewusst intervenieren. Ihr Selbstbild, ihre (kulturelle) Identität, ihr selbst- und fremd zugeschriebenes Rollenverständnis und ihre eigenen Vorstellungen von psychotherapeutischen Behandlungsmethoden beeinflussen die Übersetzungstätigkeit. Wie unterschiedlich die sowohl bewusst als auch unbewusst eingenommenen Rollen aussehen können, zeigen die geschilderten Beispiele.

Um sowohl Vorannahmen als auch Gegenübertragungsphänomene der Dolmetscher für die psychotherapeutische Arbeit nutzbar zu machen, ist als erster Schritt die Einsicht notwendig, dass es sich bei einem solchen Setting nicht um ein Zweier-setting mit Dolmetscherbeteiligung handelt, sondern um ein Dreier-setting, bei dem die Dolmetscher als Personen in den therapeutischen Prozess integriert werden müssen.

- ❗ Therapeuten, Dolmetscher und Patienten können einen Raum schaffen, in dem über Bedeutungen, Symbole und kulturelle Differenzen reflektiert wird. Dazu ist es notwendig, dass der Dolmetscher die Bedeutung der Akzeptanz und Nutzbarmachung von Differenz erkennt und sich nicht als harmonisierender Mediator versteht, der Missverständnisse und Konflikte zwischen Patient und Therapeut zu minimieren versucht. Ihr kulturelles Wissen kann für das Sichbarmachen von Differenz und Fremdheit genutzt werden.

In welchem Maße unsere Erkenntnisse aus der praktischen tiefenpsychologischen bzw. ethnopschoanalytischen Arbeit und der Erforschung solcher Settings auf andere Settings transferierbar sind, muss im Einzelfall ausprobiert werden.

Der Anspruch an die Dolmetscher ist hoch und zudem befinden sie sich in einem schwierigen hier-

archischen »Dazwischen«. Einerseits gehören die Dolmetscher zu den Professionellen, den Experten, andererseits bleibt ihnen viel vom therapeutischen Vorgehen verborgen. Sie befinden sich in einem psychotherapeutischen Setting sozusagen zwischen den Laien, den Patienten, und den Experten, den Therapeuten. Dieser Halbblaienstatus und die daraus resultierende hierarchische Unsicherheit wirken sich auch auf ihre Übermittlungstätigkeit aus.

Ausführliche Vor- und Nachgespräche mit den Dolmetschern sowie eine intensive Einführung in psychotherapeutische Prinzipien sind deshalb sinnvoll, um das Übersetzen durch ein Verständnis für das Gesagte zu erleichtern.

Die in den untersuchten Psychotherapie-settings verwendete Sprache sollte immer wieder erläutert werden, denn die oft im Konjunktiv formulierten Äußerungen, die kaum direktiv sind, verlieren in Übersetzungen zuweilen ihre zurückhaltende Konnotation und werden zu Handlungsanweisungen, die den therapeutischen Prinzipien nicht mehr entsprechen.

Zusammen mit den Dolmetschern können Therapeuten eine Situation schaffen, die sowohl Verstehen als auch Vertrauen möglich macht. Verstehen und Vertrauen scheinen sich wechselseitig zu bedingen, was sich auch in einigen Aussagen der Patienten zeigt: »Wenn mich jemand nicht versteht, kann ich ihm/ihr nicht vertrauen« und umgekehrt »ohne eine gemeinsame Vertrauensbasis ist kein Verstehen möglich«. Ein besseres Verstehen und eine vertrauensvolle Beziehung entstehen jedoch nicht allein durch die Anwesenheit eines Dolmetschers. Die implizite Aufgabe, Verstehen zu fördern, wird von den Dolmetschern sehr unterschiedlich und zum Teil unbewusst ausgeführt. Es ist nicht möglich, diese Einflüsse auf das Setting zu eliminieren, jedoch notwendig sie zu reflektieren.

Dies stellt auch für die Behandler eine große Herausforderung in der Praxis dar. Viele der von uns formulierten theoretischen Erkenntnisse sind nur in einem kontinuierlichen Prozess in die Praxis umzusetzen. Es bedarf dazu jedoch eines permanenten Austausches zwischen Theorie und Praxis in diesem wie in vielen anderen Versorgungsbereichen. »In der Praxis muss man einen Schritt nach dem anderen machen – die Theorie muss den ganzen Marsch halten« (Brecht, GA 21, S. 302) Besonders wichtig ist es, Erfahrungen und Erkennt-

nisse zu dokumentieren und in zukünftige Ausbildungskonzepte sowohl für Behandler als auch für Sprach- und Kulturmittler einfließen zu lassen. Interkulturelle Supervisionsgruppen sind für einen professionellen Austausch und eine Weiterentwicklung solcher Ansätze wichtige Eckpfeiler.

Die Erfahrungen der untersuchten Einrichtung und die Ergebnisse der Forschung legen nahe, dass sich für die Aufgabe eines Sprach- und Kulturmittlers entweder staatlich geprüfte Dolmetscher, die Offenheit und Interesse zeigen und die in ausführlichen Vor- und Nachgesprächen geschult werden oder bilinguale Migranten mit einem sozialwissenschaftlichen Studium bzw. sonstigem sozialen Tätigkeitsfeld eignen. Wichtig für eine Zusammenarbeit wird es sein, die Sprach- und Kulturmittler ähnlich Kotherapeuten kontinuierlich in die psychotherapeutische Arbeit einzubeziehen. Konzeptionell bedeutet dies, dass das Setting als therapeutische Beziehungstriade zu verstehen ist und Reflektions- und Supervisionsarbeit sich an Konzepten für Kleingruppen und weniger an Ansätzen für Einzelsupervisionen orientieren muss.

Die Arbeit mit Dolmetschern ist sicherlich aufwändig, die Kostenfrage in Deutschland noch nicht einheitlich geklärt. Aus fachlicher Perspektive ist ihr Einsatz jedoch in hohem Maße gerechtfertigt, denn er erleichtert nichtdeutschen Patienten die Inanspruchnahme psychiatrischer/psychotherapeutischer Hilfe, reduziert diagnostische Unsicherheiten auf Seiten der Behandler und hilft oftmals stationäre Einweisungen zu verhindern (Kassim 2004). Unseren Erfahrungen und Erkenntnissen nach erhöht er die Chancen für eine gelungene Zusammenarbeit mit nichtdeutschen Patienten deutlich. Die vielfach von Behandlern als abschreckend wahrgenommene Komplexität der entstehenden Beziehungskonstellation kann in einem anderen Licht auch als Bereicherung des Wissens über das Eigene und das Fremde verstanden werden. Die hier dargelegten Erkenntnisse können dazu beitragen, die Unsicherheit und scheinbare Unkontrollierbarkeit einzuordnen und Stück für Stück fassbar und reflektierbar zu machen.

Wir möchten hier noch einmal betonen, dass die Differenzen der drei am Setting beteiligten Personen nicht lediglich kultureller Art sind. Das bedeutet für die interkulturelle Arbeit kulturelle Differenzen einerseits anzuerkennen und in

die Therapie einfließen zu lassen, sie andererseits aber nicht zur einzigen Erklärungsdimension zu machen. Das besondere Bewusstsein für und die Auseinandersetzung mit Differenz sollte unseres Erachtens auch zunehmenden Eingang in »inkulturelle« Settings finden. So bestehen auch innerhalb einer kulturell scheinbar gleichen Gruppe unterschiedliche Konzepte und Vorstellungen von Heilung, Therapie, Normen und Lebensweisen, die hinter der Annahme der Gemeinsamkeit und geteilten Symbol- und Bedeutungswelten verborgen bleiben und nicht thematisiert werden.

Differenz irritiert und macht uns in der Auseinandersetzung selbst zu Fremden, sie zeigt uns den »Anderen in uns«. Sie weckt damit aber auch unsere Neugier, unseren Wunsch, verstehen zu wollen, uns selbst und den Anderen. Dabei entstehende Irritationen könnten eine positive Konnotation erfahren, indem wir sie einmal mehr zu unserer Erkenntnisquelle in Begegnungen machen.

Literatur

- Abdallah-Steinkopff B (2003) Psychotherapie und Beratung mit Dolmetschern. Refugio München Report
- Bedorf Th (2004) Intersubjektivität, (Anti-) Sozialität und die Whitebook-Honneth-Kontroverse. *Psycho* 58, Sonderheft, Klett-Cotta
- Benjamin W (1972) (1921) Die Aufgabe des Übersetzers (1921). In: Tiedemann R, Schwepenhäuser H (Hrsg) Walter Benjamin, Gesammelte Werke Bd, IV(1). Suhrkamp, Frankfurt/M
- Brecht B (1992) Schriften 1. 1914–1933. In: Hecht et al. (Hrsg) Bertolt Brecht, Werke. Große kommentierte Berliner und Frankfurter Ausgabe, Bd 21. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Devereux G (1998) Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Dörner K (2001) Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Schattauer, Stuttgart, S 78–83
- Douglas M (1988) Reinheit und Gefährdung. Eine Studie zu Vorstellungen von Verunreinigung und Tabu. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Gadamer HG (1960) Wahrheit und Methode: Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Mohr, Tübingen
- Geertz C (1999) Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Haelen F (1997) Spezielle Aspekte und Probleme in der Psychotherapie mit Folteropfern unter Beteiligung von Dolmetschern. *systema* 2(II): 136–144
- Hagemann-White C (1993) Die Konstruktionen des Geschlechts auf frischer Tat ertappen? *Feministische Studien* 11(2)
- Kassim N, Heinz A, Wohlfart E (2004) Interkultureller Ansatz schafft neue Zugänge. Ein Jahr Ethnopsychiatrische Ambulanz am Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Supervision der Charité Berlin, Campus Mitte. *Kerbe, Forum für Sozialpsychiatrie* 1: 18–20
- Laplanche J, Pontalis JB (1975) Das Vokabular der Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Malinowski, B (1922) *Argonauts of the Western Pacific*. London, Routledge
- Mertens W (1990) Einführung in die psychoanalytische Therapie. Bd 2. Kohlhammer, Stuttgart
- Nadig M (1986) Die verborgene Kultur der Frau. Ethnopsychanalytische Gespräche mit Bäuerinnen in Mexiko. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/M
- Reichmayr J (1995) Einführung in die Ethnopsychanalyse. Geschichte, Theorien und Methoden. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/M
- Rieger S et al. (1999) Interkulturalität. Zwischen Archiv und Inszenierung. Günter Narr Verlag, Tübingen
- Salman R (2001) Sprach- und Kulturmittlung: Konzepte und Methoden aus der Arbeit mit Dolmetschern in therapeutischen Prozessen. In: Hegemann T, Salman R (Hrsg) *Transkulturelle Psychiatrie: Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Psychiatrie Verlag, Bonn, S 169–190
- Schlehe J (2001) (Hrsg) *Interkulturelle Geschlechterforschung: Identitäten – Imaginationen – Repräsentationen*. Campus Verlag, Frankfurt/M
- Straub J (1999) Verstehen, Kritik, Anerkennung. Das Eigene und das Fremde in der Erkenntnisbildung interpretativer Wissenschaften. Essener Kulturwissenschaftliche Vorträge 4, Wallstein, Göttingen
- Tschernokoshewa E (2001) Beobachtung von Differenz und Hybridität. In: Schlehe J (Hrsg) *Interkulturelle Geschlechterforschung: Identitäten – Imaginationen – Repräsentationen*. Campus Verlag, Frankfurt/M
- Wadensjö C (1998) Erinnerungsarbeit in Therapiesprachen mit Dolmetscherbeteiligung. In: Apfelbaum B, Müller H (Hrsg) *Fremde im Gespräch. Gesprächsanalytische Untersuchungen zu Dolmetscherinteraktionen, interkultureller Kommunikation und institutionalisierten Interaktionsformen*. Verlag für Interkulturelle Kommunikation, Frankfurt am Main.
- Wesselmann E, Lindemeyer T, Lorenz A (Hrsg) (2004) Wenn wir uns nicht verstehen, verstehen wir nichts. Mabuse Verlag, Frankfurt/M, S 47–62
- Witzel A (2000) Das Problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung* 1(1), www.qualitative-research.net/fqs/
- Wohlfart E, Özbek T, Heinz A (2005) Von kultureller Antizipation zu transkulturellem Verstehen. In: Assion HJ (Hrsg) *Migration und Seelische Gesundheit*. Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York Tokio

Publikation 8

Kluge, U. (2011). Sprach- und Kulturmittler in der Psychotherapie. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 145–154). München: Elsevier, Urban & Fischer



Ulrike Kluge

KAPITEL

14

Sprach- und Kulturmittler im interkulturellen psychotherapeutischen Setting

Zusammenfassung der Lernziele

In einem Drei-Personen-Setting (Patient/Therapeut/Sprach- und Kulturmittler) sind statt der üblicherweise zwei Personen in einem psychotherapeutischen (Einzel-)Setting drei Personen im Raum. Sie kommunizieren in mindestens zwei verschiedenen Sprachen miteinander. Dadurch entsteht ein komplexes Gefüge von Verständigungs- und Interaktionsebenen. Um einen Einblick in die verschiedenen Ebenen zu ermögli-

chen, werden im folgenden Beitrag Ergebnisse einer Studie¹ zur psychotherapeutischen Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern dargestellt. Diese werden anhand verschiedener Theoriediskussionen erläutert. Ziel ist es, die Komplexität in solchen Beziehungstriaden zu verdeutlichen und dabei auf die Chancen und Schwierigkeiten des Settings einzugehen.

In bislang bestehenden Konzeptionen zur psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern wird häufig auf Schwierigkeiten und Störungen des Settings durch das Hinzuziehen von Sprach- und Kulturmittlern hingewiesen (Haenel 1997, Wadensjö 1998, Salman 2001). Die schwer überschaubaren Beziehungskonstellationen und die Komplexität der sich hierbei ergebenden Dynamiken werden von Klinikern (berechtigterweise) oft als Überforderung wahrgenommen. Auch die Ergebnisse der hier vorgestellten Studie²

(Kluge und Kassim 2006, Kluge 2007) ebenso wie die kontextualisierende Theoriediskussion werden zeigen, dass die Einbeziehung von Sprach- und Kulturmittlern in ein interkulturelles Setting interkulturelle psychotherapeutische Arbeit (> Kap. 39, > Kap. 40, > Kap. 41) oftmals erst ermöglicht, jedoch hohe Anforderungen an Therapeuten und Dolmetscher stellt.

! MERKE

In einem Setting, in dem Therapeut und Patient nicht dieselbe Sprache sprechen, schaffen Dolmetscher die Voraussetzung für eine muttersprachliche Verständigung. Darüber hinaus eröffnen sie die Möglichkeit sowohl für den Therapeuten als auch für die Patienten auftretende Irritationen, die aus kulturellen Differenzen und damit einhergehenden kulturellen Missverständnissen resultieren, in Sprache zu fassen, zu kontextualisieren, damit zugänglich und reflektierbar zu machen. Die Bezeichnung Sprach- und Kulturmittler konnotiert, dass Dolmetscher neben ihrer Sprachkompetenz über ein kulturelles Wissen verfügen, das sie in ein interkulturelles Setting einbringen können. Therapeuten müssen wiederum in der Lage sein, dieses in den therapeutischen Prozess zu integrieren.

¹ Durchgeführt am Zentrum für interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie (ZIPP) an der Charité Campus Mitte, Universitätsmedizin Berlin

² Um die Komplexität des Settings und sich entwickelnder Beziehungskonstellationen abzubilden, wurde eine gegenstandsangemessene Methoden- und Theorietriangulation für den Forschungsprozess (Flick 1995, S. 330 f.) gewählt. Grundlage der Datenerhebung waren teilnehmende Beobachtungen, Tonbandaufzeichnungen der beobachteten Therapiesitzungen, die transkribiert wurden und „kritische Passagen“ der fremdsprachlichen Textteile wurden von externen Dolmetschern rückübersetzt. Zeitgleich wurden mit allen am Setting beteiligten Personen (Patienten, Behandler und Sprach- und Kulturmittler) problemzentrierte Interviews durchgeführt. Die transkribierten Texte der einzelnen therapeutischen Sitzungen wurden in einer ethnopschoanalytisch arbeitenden Deutungsgruppe analysiert. Bereits die verschiedenen Ebenen des Datenmaterials spiegeln die Vielschichtigkeit eines solchen Settings wider.

Dabei geht es nicht ausschließlich darum, kulturtypische Phänomene zu beschreiben und zu berücksichtigen, sondern zu analysieren, was der Patient mit einer bestimmten Äußerung, Aussage, Inszenie-



14

rung intendiert und wie diese vor dem Hintergrund der Symptomatik, der individuellen Konflikte und der kulturtypischen Besonderheiten zu verstehen ist. Die „Botschaften“, die die Patienten den Therapeuten senden, z.B. eine Beschreibung ihrer Ängste, werden je nach Herkunft in kulturell unterschiedlich determinierter Weise transportiert (Kluge und Kassim 2006). Es besteht in einem interkulturellen Setting aber durchaus die Gefahr einer Kulturalisierung (Kluge und Kassim 2006), wenn wahrgenommene Unterschiede einer kulturellen Differenz zugeschrieben werden, obwohl es sich wesentlich um Unterschiede handelt, die auf die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen sozialen Schichten, Genderdifferenzen o.ä. zurückzuführen sind. Für die klinische psychotherapeutische/psychiatrische Arbeit im Allgemeinen und für die interkulturelle Psychotherapie (mit und ohne Dolmetscher) ist es daher bedeutsam, kulturelle Differenzen anzuerkennen und in die Therapie einfließen zu lassen, dabei jedoch eine Kulturalisierung und damit verbundene erneute Stereotypisierung zu vermeiden (> Kap. 39). Dazu ist es erforderlich, beides im Blick zu haben: das Idiosynkratische eines jeden Patienten ebenso wie das jeweils kulturell Determinierte, um eine subjektorientierte und kontextangemessene Psychotherapie zu ermöglichen.

Für die interkulturelle psychotherapeutische Arbeit sollte jedoch auch berücksichtigt werden, dass eine Vielzahl der Patienten in der Migrationssituation sozusagen „zwischen zwei Kulturen“ lebt. Eine Person *hat* hierbei nicht eine Kultur oder ist Teil einer genau zu bestimmenden Kultur, sondern sie ist Teil eines oder mehrerer kultureller Prozesse, in denen Differenzen und Gemeinsamkeiten zwischen bestimmten Gruppen auszumachen sind (Kluge und Kassim 2006: 179). Für unser Thema bedeutet das, dass die Narration, Geschichte, der Ausdruck des Patienten und die Konflikte, in denen er sich (vor allem in der Migrationssituation) befindet, eine Legierung verschiedener kulturtypischer Umgangs- und Ausdrucksweisen ist, die es zu explorieren gilt.

Kultur und Sprache

Sprache ist eines der Unterscheidungsmerkmale, das neben anderen Differenzen in der Summe als

differente Kultur (bzw. kultureller Prozess) fassbar wird.

Sprache repräsentiert zuallererst die Symbolisierungsfähigkeit der jeweiligen soziokulturellen Wirklichkeit. Sie bietet damit die Möglichkeit, in eine Ich-Du-Beziehung zu treten. Sprache symbolisiert aber eben auch die Differenz, die Trennung aus der vor-sprachlichen Symbiose mit der Mutter. Die Anerkennung des Getrenntseins bietet die Möglichkeit sich abzulösen und ist gleichzeitig eine frühe, zuweilen auch schmerzliche Erfahrung von Differenz. Damit gehen die Anerkennung und das Erkanntwerden von Dritten, z.B. dem Vater, einher. Es entsteht ein triangulärer Raum, der dieses Dritte mit einschließt (Wohlfart 2009). Beziehungsweise es bedarf, wie Mitchell es formuliert, eines Dritten, um dem *Circulus vitiosus* der Symbiose zu entrinnen (Mitchell zitiert nach Bedorf 2004: 1002). Ebenso steht die Sprache für etwas Drittes: die Kultur, die Gesellschaft.

! MERKE

Zur Ich-Identität einer Person gehören die Sprache, die Muttersprache und ihre intrapsychische Bedeutung „als Organisatorin der Psyche“ (Bedorf 2004). Auf der interindividuellen, gesellschaftlichen Gruppenebene ist sie „Trägerin und Vermittlerin von Riten, Bräuchen“ (Bedorf 2004) und schafft damit das Gefühl von Zugehörigkeit. Im Zuge einer Migration wird eine hohe Anpassungsleistung vom Individuum gefordert, die bei permanentem Scheitern zu narzisstischer Kränkung und damit verbundenen intensiven Gefühlen von Angst und Scham führen kann (Wohlfart et al. 2005). Zu der erforderlichen Anpassungsleistung gehören unter anderem das Erlernen einer neuen Sprache und die eingeschränkten Möglichkeiten, sich (in der Muttersprache) zu verständigen. Die Muttersprache als Ort der Geborgenheit und Sicherheit steht nur noch begrenzt zur Verfügung. Umso wichtiger ist es für das Etablieren einer therapeutischen Beziehung, einen sicheren Ort zu schaffen. Dazu gehört die Möglichkeit einer muttersprachlichen Verständigung in der Psychotherapie. Die Sprache gilt als Ausdruck kultureller Besonderheiten und Träger von Symbolen und Bedeutungszusammenhängen, die die Wirklichkeit einer Person, ihre Geschichte strukturieren (Kohle-Meyer 2006: 87).

Die *andere* Sprache steht hingegen für das Fremde, ruft Faszination, aber auch Ängste und Widerstände hervor: „Wenn wir uns mit einem anderen Menschen in einer fremden Sprache verständigen wollen, sollten wir uns bewusst machen, dass wir die

Fremdsprache wie ein fremdes Objekt behandeln, mitsamt all den verschiedenartigen objektbezogenen Widerständen, die wir kennen“ (Filet 2001: 168). Es wird auf den folgenden Seiten deutlich werden, welche Bedeutung die Arbeit an und mit diesen Widerständen für das hier beschriebene Setting hat.

Anders stellt sich die Gegenüberstellung von Muttersprache und Fremdsprache für bilingual aufgewachsene Menschen dar. In der Therapie mit bilingualen Personen ist es sinnvoll, im therapeutischen Setting beide Sprachen einzubeziehen, da verschiedene Inhalte und Emotionen entweder nur mit der „Mutter“- oder der „Vater“-Sprache oder mit beiden aber auf verschiedene Weise verknüpft sind. Hier müsste man sich dann die Frage stellen, warum wird in welcher Sprache was besprochen? Welche Konflikte sind in welcher Sprache besprechbar oder auch nicht? Unterschiedliche Erfahrungsräume können mit unterschiedlichen Sprachen verknüpft sein. Dazu ist zuerst einmal zu klären, welche der beiden Sprachen die „Vatersprache“, welche die „Muttersprache“ ist und welche Beziehungserfahrungen sich in der Wahl der Therapiesprache widerspiegeln, welche Wünsche und Emotionen in welcher Sprache ausgedrückt werden. Gerlach merkt dazu an, dass „der Respekt vor der in der Sprachwahl sich ausdrückenden notwendigen Abwehr- und Sublimierungsleistung der Patienten entscheidend ist. Erst daraus lassen sich technische Fragen wie z.B. die Wahl des Zeitpunktes, zu dem ein Sprachwechsel vorgeschlagen wird, oder Inhalt des in beiden Sprachen zu Erforschenden, entscheiden“ (Gerlach 2000: 100). Diese Überlegungen sind auch für die therapeutischen Settings mit Sprach- und Kulturmittlern relevant, sollen aber an dieser Stelle nicht vertieft werden.

Sprache ist also wie dargelegt Trägerin und Vermittlerin von Riten und Bräuchen des Kontextes, in dem sie entstanden ist und „gelebt“ wird. Das heißt, dass Sprache auch Differenz hervorbringt und sichtbar macht. Dass gleiche Bezeichnungen in zwei verschiedenen Sprachen vollkommen andere Bedeutungen haben können, impliziert für die interkulturelle Psychotherapie, dass bei jeder Übersetzung oder Transferleistung die Gefahr von Missverständnissen und Fehlinterpretation besteht. Im Umgang mit solchen Übersetzungsproblemen kann es sinnvoll sein, Worte, deren Bedeutung für den Gesprächsverlauf relevant erscheinen, zu verhandeln,

da nicht immer davon ausgegangen werden kann, dass sie in ihrer gemeinten Bedeutung ad hoc versteh- bzw. übersetzbar sind.

Das folgende Beispiel zeigt, wie schwierig es ist, die Intentionen, die Symbolik der jeweiligen Bedeutungs- bzw. Wortwahl, d.h. was mit dem Gesagten beabsichtigt wird, welcher Konflikt damit transportiert wird, zu identifizieren. So können sich Abwehrmechanismen und die entsprechenden Widerstände auch in sprachlichen Verschiebungen, Fehlübersetzungen oder falschen Bedeutungszuordnungen niederschlagen.

KASUISTIK 1

Anhand einer späteren Rückübersetzung eines therapeutischen Gesprächs mit einem iranischen Patienten wurde ersichtlich, dass dieser über seine Sorgen um seinen körperlichen Zustand spricht, während der Dolmetscher in der Übersetzung formuliert, dass der Patient sich Sorgen um sein Leben mache.

Patient (übersetzt durch externen Dolmetscher): „Meine Leber stört mich sehr.“

Der Dolmetscher übersetzt ins Deutsche: „Ich mache mir ziemliche Sorgen über mein Leben.“

Der Therapeut fragt hierauf nach den Gedanken, die sich der Patient mache, nachdem er in der Übersetzung (vom Dolmetscher) gehört hat, dass der Patient sich Sorgen um sein Leben mache. Der Patient beschreibt daraufhin zur Verwunderung des Therapeuten ausführlich seine körperlichen Symptome.

Mögliche Lesarten:

- In einem tiefenpsychologischen/(ethno)-psychoanalytischen Setting könnte dies als Widerstand des Patienten gegen das Durcharbeiten seiner Lebenssituation, der damit einhergehenden psychischen Probleme interpretiert werden, als Verdrängung, Verleugnung seines Unglücks mit seinen Konflikten in seinem Leben: Der Patient ist Asylbewerber in Deutschland, während er angesehener Geschäftsmann im Iran war. In Deutschland ist er allein erziehender Vater, der mit den Erziehungsaufgaben deutlich überfordert ist. Sein Alkoholabusus wäre in seiner Herkunftsgruppe mit einem einschneidenden Ehrverlust verbunden. Diese Verdrängung bzw. Verleugnung macht es dem Patienten unmöglich, die Sorge um sein Leben zu „mentalalisieren“, zu verbalisieren, sodass der Ausdruck seines Leids nur über körperliche Symptome möglich ist.
- Andererseits könnte es aber auch sein, dass der Dolmetscher in seiner Übersetzung versucht, den Widerstand des Patienten aufzufangen, indem er das vom Patienten Gesagte verändert und die mit den körperlichen Beschwerden einhergehende allgemeine Sorge um das Leben des Patienten eigenmächtig formuliert.

- Möglicherweise fällt es dem Patienten schwer, ein psychotherapeutisches, psychiatrisches Setting für sich zu nutzen. Seine Vorstellung könnte sein: Er ist beim Arzt und dort spricht man über körperliche Beschwerden, während er hinsichtlich seines seelischen Zustandes vielleicht eher einen religiösen Seelsorger aufsuchen würde. Es könnte weiterhin sein, dass der Dolmetscher jedoch sehr wohl weiß, dass der Patient eine andere Vorstellung von dem Setting als der Therapeut hat und seine Aufgabe in der Mediation zwischen diesen beiden Konzepten sieht. Die Schwierigkeit bestünde hierbei darin, dass der Therapeut in solch einer Situation die wichtige Information über die Vorstellungen des Patienten nicht erhält.
- Es könnte sich aber auch schlicht um einen Übersetzungsfehler handeln oder um eine undeutliche Aussprache des Wortes Leber durch den Dolmetscher.
- Eine letzte Idee entstand im Nachgespräch mit dem externen Dolmetscher. Er merkte an, dass das Wort Leber auf Farsi auch für das Leben, im Sinne von Existenz und Dasein stehe, vergleichbar mit dem Wort Herz in der deutschen Sprache.

Unabhängig davon, welche der Möglichkeiten hier zu trifft, besteht die grundlegende Schwierigkeit darin, dass der Therapeut in dieser Situation nicht erfährt, dass der Patient „lediglich“ über seine Leber gesprochen hat. Was auch immer die Ursache für diese Bedeutungsverschiebung war oder was die jeweils Sprechenden mit der Wortwahl intendierten, sie meinten offensichtlich nicht dasselbe. Das führte zu einer Irritation des Therapeuten und zu einem Missverständnis zwischen Patient und Therapeut.

Das Beispiel zeigt zum einen, dass in einem solchen Setting auftretende Irritationen verschiedene Ursachen haben können, die nicht nur die verbale Verständigung betreffen; zum anderen, dass die Übersetzung sich nicht auf die Übersetzung von Sprache und kulturellen Besonderheiten begrenzt.

! MERKE

Übersetzungsvorgänge finden auf verschiedenen Ebenen statt: verbal, nonverbal und die Übersetzung von „Texten“, die außerhalb des therapeutischen Settings entstanden sind (z.B. im Wartezimmer) und in das Setting „hineingetragen“ werden. Nicht zu vergessen sind intrapsychische Übersetzungsvorgänge: die Einordnung/Übersetzung der therapeutischen Sitzungen in das eigene Wertesystem aller drei Beteiligten; Übersetzung von Vorsprachlichem ins Sprachliche und vom Unbewussten ins Bewusste (Kluge und Kassim 2006).

Ein Teil dieser Übersetzungsvorgänge spielt auch in „monokulturellen“ Settings eine wichtige Rolle. Gerlach argumentiert mit Amati-Mehler et al. und ihrer Arbeit „The Babel of the Unconscious“ (1990), dass man diese Übersetzungsvorgänge auf die Existenz einer inter- und intrapsychischen Diskursvielfalt zurückführen kann. Amati-Mehler et al. postulieren, „dass zu jedem Individuum – auch dem einsprachigen – eine diskursive Pluralität gehört. Diese verdankt sich nicht nur den zahlreichen Variationsmöglichkeiten innerhalb einer Sprache (z.B. Dialekte, Babysprache, Liebessprache, familiäres Vokabular), sondern auch der sehr unterschiedlichen Bedeutung [...] je nach dem aktuellen emotionalen und kulturellen Hintergrund und den besonderen Umständen, unter denen sie benutzt wird“ (Gerlach 2000: 98 f.). Unter dem linguistischen Konzept des Polylogismus verstehen sie den „gleichzeitigen Ablauf unterschiedlicher Diskurse im Individuum. Diese Diskurse stehen untereinander in einem inneren Dialog. Bei Mehrsprachigkeit können diese Diskurse mit den unterschiedlichen Sprachen verknüpft sein und es käme dann darauf an, die Schwierigkeiten der Übersetzung einer Sprache oder eines Diskurses in die andere und den inneren Austausch zwischen ihnen zu verstehen“ (Gerlach 2000: 99).

Die Triade – Der Dritte im Raum

! MERKE

Die sich entwickelnden und immer wieder neu und anders entstehenden Beziehungskonstellationen zu reflektieren und in den therapeutischen Prozess einzubeziehen ist die Voraussetzung, um in einem solchen Setting zu arbeiten. Wie die Studie zeigte, ist es dazu sinnvoll eine solche Dreierkonstellation konzeptionell als Triade (Dreier-setting im Sinne einer Kleingruppe) zu begreifen, statt als Dyade (Zweier-setting) zu der eine dritte Person (Dolmetscher) hinzukommt. Das heißt für die Praxis: Dolmetscher in die Analyse der therapeutischen Beziehung, der Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen als auch in die Deutungen mit einzubeziehen (Kluge und Kassim 2006).

Anhand des vielfältigen empirischen Datenmaterials und unter Einbezug aller am Setting beteiligten Perspektiven mittels Interviews mit Patienten, Behandlern und Sprach- und Kulturmittlern wurde deut-

lich, dass eine Nichtbeachtung der verschiedenen Einflüsse und der daraus erwachsenden „Störungen“ zu einer Verkennung der Realität führt. Denn: die Dolmetscher sind als eine dritte Person anwesend und intervenieren mit ihrem Handeln bewusst und unbewusst. Ihr Selbstbild, ihre (kulturelle) Identität, ihre selbst- und fremdzugeschriebenen Rollenverständnisse und ihre jeweiligen Vorstellungen von psychotherapeutischer Sprache und Behandlungsmethoden beeinflussen ihre Übersetzungstätigkeit und führen zu sprachlichen Modifikationen und (unbeabsichtigten) Interventionen (Kluge und Kassim: 190). Eine Negierung dieser Einflüsse würde sie lediglich in den Bereich eines ‚blinden Flecks‘ verschieben und sie blieben unmerklich wirksam. Die Einflüsse bewusst in den Blick zu nehmen bietet hingegen die Möglichkeit für einen Zuwachs an „reflexivem Wissen“ und ein besseres Verständnis der Komplexität auch über das jeweils Eigene, das Fremde, das eigene Fremde und die Grenzen des Verstehens.

Der Dritte im Raum – eine psychoanalytische Annäherung

Wie ließe sich eine solche Dreierbeziehung konzeptualisieren? Im klassisch psychoanalytischen Diskurs besteht die Bedeutung des Vaters in der ödipalen Entwicklung darin, die symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Kind zu „lösen“. Es geht hierbei weniger um den Abbruch oder das Beenden der Beziehung des Kindes zur Mutter, sondern vielmehr darum, die in der Beziehung zwischen Mutter und Kind entstehenden Konflikte (gegen Ende der präödipalen Phase) mit Hilfe eines anderen, eines Dritten zu be- und verarbeiten. Im Prozess der frühen Triangulierung werden die Fähigkeiten erarbeitet, Bezug auf Abwesendes herzustellen, Differenzen einzubeziehen und Grenzen des Selbst wahrzunehmen, sofern der Dritte die Mutter-Kind-Dyade aufricht. Es entsteht zunehmend eine triadische Struktur, in denen das werdende Selbst aus den unmittelbaren affektiven Umklammerungen (mit der Mutter) gelöst wird und mit sozialen Normen in Kontakt kommt. Diese Kompetenzen werden darüber angeeignet, dass das Kind unterschiedliche Positionen der Triade ausprobiert, sich mit ihnen identifiziert (Bedorf

2004: 1002). Oder wie es Laplanche und Pontalis fassen: „Durch die sich an den Objekten vollziehende Identifizierung konstituiert sich das menschliche Subjekt“ (1975: 351 ff.). Es wird dem Kind darüber ermöglicht, sich als Subjekt in der Welt zu verorten, daraus entstehende Konflikte und darin liegende Ambivalenzen zu bearbeiten. Idealerweise bewältigt es diese und wird darüber handlungsfähig.

Übertragen wir das Bild der Triangulierung auf das Dreiersetting mit Dolmetscher: Dolmetscher und Therapeut können hierbei als Identifikationsobjekte für den Patienten fungieren. Der Dolmetscher steht darin für das „Eigene/Vertraute“ (z.B. im Fall einer arabischen Patientin für das „Arabische“). Der Therapeut steht für das „Andere/Fremde“, das „Neue“. Wenn wir davon ausgehen, dass ein Migrationsprozess ähnlich dem **Prozess der Individuation** des Kindes als Individuation in einer neuen kulturellen Umgebung verstanden werden kann, so kann es dem Patienten über die wechselseitige Identifikation mit Therapeut und Dolmetscher möglich werden, die Spannungen, die in den konfligierenden Bedeutungen und Symbolen, die Therapeut und Dolmetscher repräsentieren, im therapeutischen Prozess zu bearbeiten und zu integrieren. Das Ergebnis eines gelungenen therapeutischen Prozesses könnte dann darin bestehen, dass die innere Spannung für den Patienten aushaltbar wird und neue Dimensionen möglichen Verstehens und Verhaltens für ihn entstehen. Diese Aspekte versucht der Ansatz des transkulturellen Übergangsraumes (Özbek und Wohlfart 2006: 170 ff.) zu konzeptualisieren.

In einem solchen Übergangsraum soll die Möglichkeit geschaffen werden, die erfahrene kulturelle Differenz, die in der therapeutischen Beziehung (ebenso wie in der „Realität“ des Migrationsprozesses) zu emotionaler Verwirrung, zu ohnmächtigen und aggressiven Gefühlen führen kann (ähnlich der Verlustangst beim Kleinkind), zu bearbeiten und darüber eine erfolgreiche Integration des „Eigenen“ und des „Fremden“ zu schaffen (> Kap. 4). Die Anwesenheit des Dolmetschers ist jedoch eine Möglichkeit, einen solchen Raum erfahrbar werden zu lassen. Eine mögliche oft zu beobachtende Schwierigkeit besteht darin, dass die Dolmetscher eine „kulturelle Symbiose“ mit den Patienten eingehen, sich in eine „monokulturelle Enge“ begeben (Röder zitiert nach Wesselmann 2004: 103) und es vermei-

den, bestimmte Tabus anzutasten. Das kann dazu führen, dass sie sich solidarisch verhalten und verpflichtet fühlen, bestimmte Probleme der Patienten mit der Migrationsgesellschaft zu verstehen und für die Therapeuten nicht bemerkbar werden zu lassen. Dadurch bleiben Sprach- aber auch kulturelle Differenzen, die Migranten in ihrem Alltag (sozusagen im „zwischen den Kulturen“) erleben und die zu psychischen Belastungen führen, in der Therapie zum Teil ausgeblendet. Dies kann einer gelungenen Bearbeitung der kulturellen Differenzen und der damit einhergehenden zu bearbeitenden Konflikte entgegenstehen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es wichtig ist, dass auch Dolmetscher die Anerkennung und Bedeutung von Differenz in einem solchen Setting nachvollziehen können. Es sollte in Vorgesprächen erarbeitet werden, dass ihre Aufgabe nicht darin besteht, als Mediator aufzutreten, in dem Sinne, dass sie Missverständnisse und Konflikte eliminieren, sondern vielmehr zu deren Aufdeckungen beitragen. Ziel ist es, das kulturelle Wissen der Sprach- und Kulturmittler für die Bearbeitung von Differenz und Fremdheit und der damit verbundenen Konflikte zu nutzen.

Hierzu muss das Setting als triadisches Setting gedacht, d.h. der Dolmetscher in der Triade verortet werden. Die oben angeführten psychoanalytischen Überlegungen können einen Weg zur Analysierbarkeit der in diesem Dreiersetting entstehenden Beziehungsdynamiken weisen.

! MERKE

Dolmetscher fungieren zuweilen als Container im Bion'schen Sinne (Bion 1990) für negative als auch positive Übertragungen und Gegenübertragungen, was zuweilen zur Stabilisierung oder Destabilisierung der therapeutischen Beziehung und zur Entwicklung oder auch zur Stagnation des therapeutischen Prozesses beitragen kann, wenn sie nicht als Teil der sich gestaltenden Inszenierung verstanden, reflektiert und bearbeitet werden.

So kann es auch zu Spaltungen der Übertragung kommen. Die Asymmetrie des therapeutischen Prozesses, in dem der Therapeut Dynamiken antizipiert und einen Teil der Performance der sich entwickelnden Beziehung analysieren kann, verändert sich zuweilen „zugunsten“ der Einflussnahme des Dolmetschers und therapeutische Machtkonstellationen

verändern sich. Dies gilt es im Blick zu behalten, denn die Rolle des Therapeuten besteht weiterhin darin, den therapeutischen Prozess zu strukturieren, Dynamiken zu erkennen und zu analysieren, auch wenn eine gewisse Verführung entsteht, das Unaushaltbare, Nicht-Verstehbare in bestimmten Situationen bei den Dolmetschern zu „deponieren“.

Ein anderer wichtiger Aspekt dieses speziellen Settings ist es, dass Affekte in einem interkulturellen Setting zuweilen in eine andere **Mimesis** eingelassen sind. Das heißt, dass zuweilen nicht nur sprachlich vermittelbare Inhalte und Informationen fehlen, sondern auch Mimik und Gestik nicht auf einem geteilten Symbol- und Ausdruckssystem zwischen Therapeut und Patient (und Dolmetscher) basieren. Sie müssen aus diesem Grunde explizit erfragt und erarbeitet werden.

In einem interkulturellen Setting ist es wesentlich, die verschiedenen Ebenen des Nicht-Verstehbaren zu explorieren, die Irritationen nach ihrem sprachlichen, kulturellen, psychodynamischen bzw. gruppendynamischen Ursprung (in einer solchen Kleingruppe) zu differenzieren. Die allgemeine Grundlage für die therapeutische Arbeit ist eine geteilte Sprach- und Symbolisierungsebene, auf der Narrationen und Inszenierungen verstehbar werden können. Ist diese (wie z.B. in einem interkulturellen Setting) nicht per se gegeben, ist es ein essenzieller Bestandteil der therapeutischen Arbeit, eine solche zu erarbeiten. Auch hierzu ist das Theorem des transkulturellen Übergangsraums (Wohlfart und Özbek 2006) ein geeignetes Konzept. Über einen solchen Übergangsraum, der als geschützter Raum die Spannungen, Differenzen aushaltbar werden lässt, kann es möglich werden, zu einer „gemeinsamen Sprache“ zu gelangen. Bien Filet nennt es den „symbiotischen Kern“, den es in transkulturellen psychoanalytischen Kontexten zu erarbeiten gilt und formuliert dazu: „In der Regel wird es sich vielmehr so verhalten, dass die verschiedenen Sprachen oder Subsprachen und Repräsentationsgruppen gleichzeitig im mentalen Apparat des Analytikers aktiviert sind, so wie sie auch in den Äußerungen des Patienten gleichzeitig operieren. Was sich abspielt, ist eher ein unbewusster Prozess „polyglotter“ Übersetzung, in dem beide Zuhörer die fließenden Grenzlinsen zwischen und in ihren Sprachen unterhöheln, um zu einer Ebene zu gelangen, die vorübergehend als ein symbiotischer Kern empfunden

werden kann. [...] Dieser sogenannte symbiotische Kern des Verstehens wird wahrscheinlich immer nur kurzfristig Bestand haben und sich letztlich als fragil erweisen. Besser lässt er sich unter einem interaktionalen Blickwinkel als Übergangsraum verstehen, in dem beide Parteien über Bedeutungen verhandeln, die sie einander anbieten“ (Filet 2001: 173 f.).

Häufig stellt sich in einem solchen Dreiersetting eine Ungeduld ein. Das Bedürfnis nach einem therapeutisch progressiven Prozess, einer Entwicklung, wird vielfach frustriert, da sich bereits der Prozess, eine „gemeinsame Sprache“ zu entwickeln, langwierig und kompliziert gestalten kann. Wenn man sich mit Offenheit und Neugier dieser Herausforderung stellt, kann dieser Prozess jedoch eine Vielzahl an Einblicken und Erkenntnissen über das Eigene und das Fremde hinsichtlich Sprache und kultureller Bedeutungszusammenhänge eröffnen. Andererseits verbergen sich hinter dieser Ungeduld auch Widerstände. Widerstände „gegen ein Verstehen des fremden Objekts, der unbegreiflichen Kultur“, die Filet als „Widerstand, auf die narzisstische Illusion der Selbstgenügsamkeit und der omnipräsenten Validität der eigenen Symbolisierung“ beschreibt (Filet 2001: 175). Dass die eigene Symbolisierung, die eigene Sprache nicht die allgemein gültige, einzige ist, gilt es daher in Settings mit Sprach- und Kulturmittlern einmal mehr zu reflektieren und zu bearbeiten.

Das geeignete Setting: Planung, Ablauf und Auswertung von Dolmetschereinsätzen

Ausgehend von den hier vorgestellten Aspekten stellt sich nun die Frage, was diese für die konkrete Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern implizieren.

! MERKE

Salman schlägt vor, den Ablauf eines Dolmetschereinsatzes in 5 Phasen zu gliedern (Salman 2001): Planung des Dolmetschereinsatzes, Vorgespräch mit dem Dolmetscher, das eigentliche Übersetzungsgespräch, Nachgespräch mit dem Dolmetscher und die Auswertung des Dolmetschereinsatzes.

Im Folgenden werden anhand dieser 5 Phasen die Ergebnisse der hier vorgestellten Studie und die Er-

fahrungen der klinischen Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern systematisch dargestellt. Dieser Überblick kann als Orientierungshilfe für die psychotherapeutische/psychiatrische Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern dienen.

1. Planung des Dolmetschereinsatzes:

- a. Abhängig davon, in welchem Kontext man arbeitet, sollte man sich informieren, welche Erfahrungen Kollegen mit Dolmetschern gemacht haben, ob es einen Gemeindedolmetschendienst in der Region gibt oder andere Dolmetscherbüros bzw. Institutionen, deren Dolmetscher Erfahrungen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeitsfeld haben (> Kap. 13, > Kap. 18).
- b. Da die Kostenübernahme in Deutschland nicht einheitlich geregelt ist, ist es ratsam, sich vorab zu erkundigen, welche Finanzierungsmöglichkeiten bestehen.
- c. Wenn man auf keinerlei Vorerfahrungen oder bestehende Strukturen zurückgreifen kann, ist es ratsam, bereits bei einem ersten Kontakt mit dem Dolmetscher das psychotherapeutische/psychiatrische Setting zu erläutern, um Überforderungen und Irritationen beim therapeutischen Erstgespräch zu vermeiden.
- d. Berücksichtigung von Geschlecht, Herkunft und Kontinuität sind ebenso ausschlaggebend für die Wahl des Dolmetschers wie bei Therapeuten.
- e. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, das Setting mit einem Dolmetscher zu gestalten: Bevor man mit einem Dolmetscher arbeitet, sollte man sich überlegen, was diese Erweiterung des Settings für die jeweilige (bestehende oder noch zu entwickelnde) therapeutische Beziehung bedeuten wird. Man sollte sich die Frage stellen, wann ein Dolmetscher hinzugezogen werden sollte. Bereits beim ersten Gespräch, nur wenn es „schwierig“ wird, oder alternierend?
- f. Häufig ist zu beobachten, dass Verwandte, Freunde wie auch überweisende Ärzte oder Therapeuten die Deutschkenntnisse der Patienten zu gut oder zu schlecht einschätzen. Wenn geringe Deutschkenntnisse vorhanden sind, kann ein Erstkontakt ohne Dolmetscher eine bessere Einschätzung der Sprachkenntnis-

se und auch ein unmittelbareres Erleben im direkten Kontakt zu zweit (Kluge und Kassim 2006) ermöglichen.

- g. Ein Sprach- und Kulturmittler kann jedoch auch bei mäßigen bis guten Deutschkenntnissen sinnvoll sein, um z.B. kulturell besondere Phänomene oder sprachliche Nuancen intensiver zu bearbeiten. Bei einer weniger intensiven psychotherapeutischen Betreuung oder einer diagnostischen Einschätzung ist durchaus auch einmal ein Wechsel von Gesprächen mit und ohne Dolmetscher möglich. Vor allem in den ersten Stunden ist es wichtig, das geeignete Setting situationsabhängig zu gestalten. Während dieser Stunden lässt sich der Rahmen einer Therapie in Bezug auf Dolmetscherteilnahme und Stundenzahl setzen (Kluge und Kassim 2006).

2. Vorgespräch mit dem Dolmetscher:

- a. Als Erstes sollten mit dem Dolmetscher das Setting und die kontextabhängigen Rahmenbedingungen besprochen werden. Dazu gehört die Terminabsprache, die jeweilige Dauer eines Einsatzes, die Abrechnungsmodalitäten, der Verlauf der therapeutischen Gespräche. Wenn der Dolmetscher keinerlei Erfahrungen im psychotherapeutischen/psychiatrischen Arbeitsfeld hat, sollten ihm kurz Ziele und Konzepte erläutert werden, ebenso wie die jeweilige therapeutische Sprache und das Therapieprinzip. Andernfalls verlieren beispielsweise die in tiefenpsychologischen und psychodynamischen Settings zumeist im Konjunktiv formulierten Äußerungen ihre zurückhaltende, nicht direkte Konnotation und verändern damit zuweilen die therapeutische Intention. Gerade hierbei ist es besonders wichtig, auf die Fragen des Dolmetschers zu achten. Es ist zudem hilfreich, sich die eigenen Erwartungen an den Dolmetscher zu vergegenwärtigen und sie ihm gegenüber in angemessener Weise zu formulieren bzw. sie in die Entscheidung, ob man sich eine Zusammenarbeit vorstellen kann, einzubeziehen. Die Frage der Passung ist ebenso wichtig wie zwischen Patient und Therapeut.

- b. Abhängig davon, welche Art und Weise der Übersetzung als adäquat für das Setting erachtet wird, sollte man dies detailliert mit dem Dolmetscher besprechen. Wichtig ist der folgende Aspekt: Findet die Übersetzung simultan oder konsekutiv statt? Unserer Erfahrung nach ist es für diesen Arbeitsbereich sinnvoll, konsekutiv in Sinneinheiten zu übersetzen. Hierbei ist darauf zu achten, ausreichend Pausen zu machen, um den Dolmetscher nicht mit zu langen Sinneinheiten zu überfordern. Idealerweise sollte der Dolmetscher in der Ich-Form statt in der dritten Person übersetzen, damit eine therapeutische Beziehung zwischen Patient und Therapeut entstehen kann.
- c. Vorab sollte überlegt werden, welche Informationen zum Setting und zum Patienten man dem Dolmetscher mitteilen möchte, um eine sichere und klare Arbeitsatmosphäre für den Dolmetscher und für den Therapeuten zu gewährleisten. Bevor dem Dolmetscher Informationen zur Vorgeschichte des Patienten anvertraut werden, muss er jedoch über die Schweigepflicht aufgeklärt und eine Schweigepflichtserklärung unterzeichnet werden.
- d. Man sollte sich vorab ein klares Bild von der Rolle des Dolmetschers im Setting machen. Dieses sollte im Vorgespräch dem Dolmetscher gegenüber klar formuliert werden. So sollte man ihn bitten, im Warteraum keine ausführlichen Gespräche mit dem Patienten zu führen. Sollte sich diese Art des Kontaktes einmal nicht vermeiden lassen, ist es notwendig, die dort ausgetauschten Informationen und Inhalte in das therapeutische Gespräch einzubringen. Dies gilt auch für mögliche „private“ Gespräche nach den Sitzungen.
- e. Für das Vorgespräch sollte man sich ausreichend Zeit nehmen, die natürlich nur individuell und situationsabhängig zu gewährleisten ist. Es sollte Zeit eingeplant werden, in der Fragen und Bedenken der Dolmetscher besprochen werden können.
- ## 3. Therapeutische Sitzung mit Dolmetscher:
- a. Wie in jedem therapeutischen Gespräch begrüßen sich alle drei Anwesenden. Wichtig ist, dem Patienten den Dolmetscher vorzustellen und ihm gegenüber deutlich zu formulieren,

- dass der Dolmetscher ebenso wie der Therapeut der Schweigepflicht unterliegt.
- b. Nach den dargelegten Erkenntnissen und vor dem Hintergrund der Anerkennung eines triadischen Systems ist die Positionierung in einem gleichschenkligen Dreieck (statt den Dolmetscher hinter oder neben dem Therapeuten zu positionieren) angemessen. Hierbei wird nicht nur die Beziehungsgestaltung zwischen Patient und Therapeut berücksichtigt, sondern auch der Übertragung und Gegenübertragung zwischen allen drei Beteiligten Rechnung getragen.
 - c. Man erläutert dem Patienten kurz, wie das Setting mit Dolmetscher ablaufen wird, und bittet auch den Patienten darum, seine Äußerungen in Sinneinheiten zu formulieren bzw., dass der Dolmetscher ihn andernfalls kurz unterbrechen wird, damit er das Gesagte in seiner vollständigen Bedeutung weitergeben kann.
 - d. Man sollte dem Patienten die Rolle des Dolmetschers vermitteln: dass es für das Setting wichtig ist, dass die Dolmetscher außerhalb der Übersetzungsgespräche keinen Kontakt (z.B. im Warteraum) zu den Patienten pflegen bzw. dass solche Interaktionen, wenn sie stattfinden, in der therapeutischen Sitzung besprochen werden sollten; dass die Probleme und Gedanken der Patienten Eingang in den therapeutischen Prozess finden sollen und nicht vorab mit dem Dolmetscher „geklärt“ werden. Solche „außertherapeutischen“ Interaktionen bringen den Dolmetscher in eine Rolle, die ihn unseren Erfahrungen nach überfordert. Außerdem können sie dazu führen, dass der Therapeut aus der Beziehung ausgeschlossen wird und damit eine therapeutische Arbeit im gewünschten Sinne nicht möglich ist (Kluge und Kassim 2006).
 - e. Man sollte sich vergegenwärtigen, dass sich die Zeit für das eigentliche Gespräch in diesem Setting aufgrund der dazwischen stattfindenden Übersetzung deutlich verkürzt.
 - f. Dann findet die eigentliche therapeutische Sitzung statt. Hierfür sind alle in diesem Beitrag dargelegten Aspekte relevant: u.a. sollte auf die entstehenden Beziehungskonstellation, auf Irritationen, Übertragung und Gegenübertragung geachtet werden und Nachfragen sollten ausreichend Platz finden etc.
 - g. Am Ende sollte genügend Zeit eingeplant werden, um Organisatorisches zu klären: z.B. sind Terminabsprachen zu dritt komplizierter als nur mit dem Patienten, Abrechnungsformulare sind auszufüllen etc.
- #### 4. Nachgespräch mit dem Dolmetscher
- a. Zum Einstieg kann es sinnvoll sein, den Dolmetscher nach seinem Gesamteindruck zum Ablauf des Gesprächs zu befragen und sich nach dem Befinden des Dolmetschers zu erkundigen. Das ist umso wichtiger, je belastender Inhalte und Atmosphäre der Sitzung gewesen sind. Es ist wichtig, dem Dolmetscher einen sicheren Rahmen hierfür zu bieten und ihn gegebenenfalls supervisorisch zu unterstützen, bzw. ihm soweit dies möglich ist eine externe Supervision anzubieten, bzw. auch zu akzeptieren, wenn Dolmetscher sich nicht in der Lage sehen diese Art der Übersetzungsarbeit zu leisten.
 - b. Der Therapeut sollte dem Dolmetscher seinen Eindruck von dem Gespräch vermitteln, ohne den Dolmetscher dabei mit zu ausführlichen Fachdiskussionen zu überfordern. Es ist wichtig für das Nachgespräch eine offene empathische Atmosphäre zu schaffen, die auch gegenseitige Kritik ermöglicht.
 - c. Die Studie zeigte, dass es für die Dolmetscher zuweilen schwierig ist, nur das zu übersetzen, was tatsächlich gesagt wurde. Was der Dolmetscher übersetzt hat, ist nur schwer herauszufinden, da man die zweite Sprache im Raum nicht versteht. Sollte man den Eindruck haben, dass der Dolmetscher viel mehr oder viel weniger Zeit für die Übersetzung benötigt, als es für das Gesprochene adäquat erscheint, sollte man die Gelegenheit nutzen, das im Nachgespräch anzusprechen.
 - d. Die Übersetzung in der Ich-Form bereitet Dolmetschern erfahrungsgemäß oft Schwierigkeiten in diesem Setting. Es ist daher notwendig, sie an die Bedeutung dieser Übersetzungsform zu erinnern bzw. zu besprechen worin Schwierigkeiten damit liegen.

5. Auswertung des Dolmetschereinsatzes:

- a. Soweit der eigene Arbeitsrahmen dies zeitlich erlaubt, ist es hilfreich, die Sitzung mit Dolmetscherbeteiligung abschließend unter folgenden Gesichtspunkten zu reflektieren: Wie zufrieden war ich mit der Arbeit des Dolmetschers? Wie habe ich meine eigene Rolle in diesem Setting empfunden? Wie unterscheidet sich diese von einem Einzelsetting ohne Dolmetscherbeteiligung? Welche Vor- und Nachteile sehe ich für mich in dieser Arbeit? Es sollte überlegt werden, welche der daraus erwachsenden Überlegungen perspektivisch mit dem Dolmetscher besprochen werden sollten.
- b. Eigene Inter- und Supervision ist auch für die Arbeit in einem solchen Setting wichtig und notwendig, nicht zuletzt, damit die Komplexität der sich einstellenden Beziehungskonstellationen nicht zu einer Überforderung führt. Dabei ist anzuerkennen, dass diese Arbeit durchaus schwierig ist.
- c. An dieser Stelle sollte in regelmäßigen Abständen auch überlegt werden, ob die Arbeit mit dem Dolmetscher auf die bestehende Art und Weise fortgesetzt werden soll oder ob vor dem Hintergrund des therapeutischen Prozesses (unter Berücksichtigung der sprachlichen Fähigkeiten des Patienten) auch einmal ein Gespräch ohne Dolmetscher stattfinden

kann, bzw. der therapeutische Prozess ohne oder mit einem anderen Dolmetscher fortgeführt werden kann. Da die Kontinuität der Dolmetscher wichtig ist, sollten Dolmetscherwechsel gut abgewägt und vorbereitet werden. Daraus erwachsende Überlegungen und Entscheidungen sollten sowohl mit dem Patienten als auch mit dem Dolmetscher und gegebenenfalls mit Supervisoren rechtzeitig besprochen werden.

Es gibt bislang in Deutschland kein Recht auf Dolmetscher im Gesundheitssystem. Dies ist mit Sicherheit auch einer der Gründe, dass bislang keine konzeptionell fundierte Ausbildung für Sprach- und Kulturmittler im Gesundheitswesen existiert. Besonders problematisch scheint dies für den psychotherapeutischen Arbeitsbereich, der seinen Ursprung in der „Redekur“ hat. Für eine Professionalisierung der Arbeit in einem solchen Dreiersetting ist es wichtig, die genannten Aspekte in die Aus- und Weiterbildung und in Qualitätsstandards für die Arbeit von Dolmetschern ebenso wie für Psychotherapeuten/Psychiater zu integrieren (> Kap. 13). Gleichzeitig ist es perspektivisch unabdingbar, die Kostenübernahme von Dolmetscherleistungen in der (psychiatrischen/psychotherapeutischen) Regelversorgung zu gewährleisten, wie es bereits in anderen europäischen Ländern Standard ist.

Take Home Message

- Der Einbezug von Sprach- und Kulturmittlern ist für die interkulturelle psychotherapeutische/psychiatrische Praxis unabdingbar, da es nicht möglich ist, die Vielzahl der diversen sprachlichen und kulturellen Hintergründe der Patienten in jedem Behandlungsteam abzubilden.
- Sprach- und Kulturmittler sollten ähnlich wie Ko-Therapeuten kontinuierlich in die psychotherapeutische Arbeit einbezogen werden. Konzeptionell bedeutet dies, dass das Setting als therapeutische Beziehungstriade zu verstehen ist und Reflexions- und Supervisionsarbeit sich an Konzepten für Kleingruppen orientieren sollte.
- Ausführliche Vor- und Nachgespräche mit den Dolmetschern sowie eine Einführung in psychotherapeutische Prinzipien sind notwendig.
- Die hier formulierten Erkenntnisse sind nur in einem kontinuierlichen Prozess, der Theorie und Praxis integriert, umzusetzen.
- Um den hohen Anforderungen, die an Dolmetscher wie an Therapeuten gestellt werden, zu begegnen, ist es notwendig, neue Kompetenzen für beide Berufsgruppen zu entwickeln.
- Die Arbeit mit Dolmetschern ist aufwendig, die Kostenfrage ist in Deutschland noch immer nicht einheitlich geregelt. Andererseits ist der Mehraufwand zur Finanzierung der Dolmetscher gegenüber diagnostischen Unsicherheiten, die häufig zu Fehldiagnosen und in der Folge zu jahrelanger Fehlbehandlung führen können, sicher die kostengünstigere Variante (Kluge und Kassim 2006).

PROMOVENDIN HAT FOLGENDEN ANTEIL AN DEN VORGELEGTEN PUBLIKATIONEN

Publikation 1

Kluge, U., Bogic, M., Devillé, W., Greacen, T., Dauvrin, M., Dias, S. et al. Health services and the treatment of immigrants: data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe. *European Psychiatry*, 27, Supplement 2 (0), S56-S62.

Verfügbar unter: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933812757097>.

Impact Faktor: 2,77

30 Prozent

- Beteiligung an der Entwicklung des Studiendesigns
- Datenerhebung für den Standort Berlin
- Datenauswertung und Interpretation der Ergebnisse für den quantitativen Teils der Daten des Gesamtprojektes
- Erstellung des Manuskripts

Publikation 2

Deville, W., Greacen, T., Bogic, M., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A. [...] Kluge, U. [...] et al. (2011). Health care for immigrants in Europe: is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. *BMC Public Health*, 11, 699.

Impact Faktor: 2,00

5 Prozent

- Beteiligung an der Entwicklung des Studiendesigns
- Kontaktierung und Auswahl der Experten für den Standort Berlin
- Durchführung des Delphiprozesses für den Standort Berlin
- Datenauswertung und Kontextualisierung der Ergebnisse für den Standort Berlin
- Beteiligung an der Manuskripterstellung

Publikation 3

Sandhu, S., Bjerre, N., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., [...] Kluge, U. et al. (2013). Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48 (1), 105-116. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-012-0528-3>.

Impact Faktor: 2,05

5 Prozent

- Beteiligung an der Entwicklung des Studiendesigns
- Durchführung der semi-strukturierten Interviews am Standort Berlin

- Datenauswertung der nationalen Ergebnisse
- Beteiligung an der Manuskripterstellung

Publikation 4

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E. [...] Kluge, U. [...] et al. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11 (1), 187.

Verfügbar unter: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/187>.

Impact Faktor: 2,00

5 Prozent

- Beteiligung an der Entwicklung des Studiendesigns
- Durchführung der semi-strukturierten Interviews am Standort Berlin
- Datenorganisation der nationalen Ergebnisse
- Beteiligung an der Manuskripterstellung

Publikation 5

Penka, S., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. & Kluge, U. (2012). Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 55 (9), 1168-1175.

Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1007/s00103-012-1538-8>.

Impact Faktor: 0,66

45 Prozent

- Studienleiterin, damit Beteiligung an Planung, Datenerhebung und Auswertung in beiden vorgestellten Projekten am Standort Berlin: SeGeMi (www.segemi.de) und EUGATE (<http://www.eugate.org.uk/participants/index.html>)
- Manuskripterstellung gemeinsam mit Simone Penka

Publikation 6

Kluge, U. (2007). "Der Dritte im Raum" - Sprach- und Kulturmittler in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting. *Psychiat Prax*, 34 (07), 359-360.

Impact Faktor: 1,64

100 Prozent

- Entwicklung des Studiendesigns
- Datenerhebung, Datenauswertung und Interpretation der Ergebnisse (mit Unterstützung der Einrichtung in der die Daten erhoben wurden)
- Erstellung des Manuskripts

Publikation 7

Kluge, U. & Kassim, N. (2006). Der Dritte im Raum - Chancen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Sprach- und KulturmittlerInnen in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 178–198). Heidelberg: Springer.

Kein Impact Faktor

85 Prozent

- Entwicklung des Studiendesigns
- Datenerhebung, Datenauswertung und Interpretation der Ergebnisse (mit Unterstützung der Einrichtung in der die Daten erhoben wurden)
- Erstellung des Manuskripts in Zusammenarbeit mit Nadja Kassim

Publikation 8

Kluge, U. (2011). Sprach- und Kulturmittler in der Psychotherapie. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 145–154). München: Elsevier, Urban & Fischer

Kein Impact Faktor

100 Prozent

- Entwicklung des Studiendesigns
- Datenerhebung, Datenauswertung und Interpretation der Ergebnisse (mit Unterstützung der Einrichtung in der die Daten erhoben wurden)
- Erstellung des Manuskripts

Lebenslauf

Der Lebenslauf ist in der Online-Version
aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten

PUBLIKATIONEN

Sandhu S, Bjerre N V, Dauvrin M, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, Kluge U, Jensen N K, Lamkaddem M, Puigpinós I Riera R, Kósa Z, Wihlman U, Stankunas M, Straßmayr C, Wahlbeck K, Welbel M, Priebe S (2013) Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48 (1), 105-116.

Müller DJ, Kluge U, Brandl EJ, Heinz A. (2013) Haben die Ostfriesen andere Gene? Pharmakotherapie und Ethnizität in Zeiten globaler Migration. *Dtsch Arztebl*; 110(8): A 314–7.

Heinz A, Kluge U (Hg) (2012) Einwanderung - Bedrohung oder Zukunft? Mythen und Fakten zur Integration. Campus, Frankfurt a.M.

Kluge U, Bostanci S (2012) MigrantInnen als Bedrohung - die neue Diskursfähigkeit einst abgelegter Weltbilder. In: Heinz A, Kluge U (Hg) Einwanderung - Bedrohung oder Zukunft? Mythen und Fakten zur Integration. Campus, Frankfurt a.M.

Heinz A, Kluge U (2012) Geschichte der ›Rassen‹ und Rasse- Geschichten – zur Historie und biologischen Plausibilität umstrittener Begriffe. In: Heinz A, Kluge U (Hg.) Einwanderung - Bedrohung oder Zukunft? Mythen und Fakten zur Integration. Campus, Frankfurt a.M.

Penka S, Schouler- Ocak M, Heinz A, Kluge U. (2012) Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. *Zeitschrift Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*; 55, 9: 1168-1175.

Kluge U, Bogic M, Devillé W, Greacen T, Dauvrin M, Dias S, Gaddini A, Jensen N K, Ioannidi- Kapolou E, Mertaniemi R, Puipcinós i Riera R, Sandhu S, Sarvary A, Soares J J F, Stankunas M, Straßmayr C, Welbel M, Heinz A, Priebe S. (2012) Health services and the treatment of immigrants: data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe. *Eur Psychiatry* 27:S56-S62.

Missmahl I, Kluge U, Bromand Z, Heinz A (2012) Teaching psychiatry and establishing psychosocial services – lessons from Afghanistan. *Eur Psychiatry* 27:S76-S80.

Penka S, Kluge U, Vardar A, Borde T, Ingleby D (2012) The German concept of “Intercultural opening” as an answer to challenges of migration – the development of an assessment tool for the appraisal of its current implementation in the mental health care system. *Eur Psychiatry* 27:S63-S9.

Vardar A, Kluge U, Penka S. (2012) How to express mental health problems: Turkish immigrants in Berlin compared to native Germans in Berlin and Turks in Istanbul. *Eur Psychiatry* 27:S50-S55.

Canavan R, Barry Margaret M, Matanov A, Barros H, Gabor E, Graecen T, Holcnerová P, Kluge U, Nicaise P, Moskalewicz J, Díaz-Olalla J M, Straßmayr C, Schene A H, Soares J J F, Gaddini A, Priebe S. (2012) Service provision and barriers to care for homeless people with mental health problems across 14 European capital cities. *BMC health services research*. 07/2012; 12(1):222.

Strassmayr C, Matanov A, Priebe S, Barros H, Canavan R, Díaz-Olalla J M, Gabor E, Gaddini A, Greacen T, Holcnerová P, Kluge U, Welbel M, Nicaise P, Schene A H, Soares J J F, Katschnig H. (2012) Mental health care for irregular migrants in Europe: Barriers and how they are overcome. *BMC public health*. 05; 12(1):367.

Priebe S, Matanov A, Schor R, Straßmayr C, Barros H, Barry M M, Diaz-Ollala J M, Gabor E, Greacen T, Holcnerová P, Kluge U, Lorant V, Moskalewicz J, Schene A H, Macassa G, Gaddini A (2012) Good practice in mental health care for socially marginalised groups in Europe: a qualitative study of expert views in 14 countries. *BMC public health*. 03; 12(1):248.

Dauvrin M, Lorant V, Sandhu S, Devillé W, Dia H, Dias S, Gaddini A, Ioannidis E, Jensen N K, Kluge U, Mertaniemi R, Puigpinos I Riera R, Sarvary A, Strassmayr C, Mindaugas S, Soares J J F, Welbel M, Priebe S (2012) Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe. A qualitative study. BMC research notes. 02; 5(1):99.

Deville W, Greacen T, Bogic M, Dauvrin M, Dias S, Gaddini A, Koitzsch Jensen N, Karamanidou C, Kluge U, Mertaniemi R, Puigpinos I Riera R, Sárváry A, Soares J J F, Stankunas M, Strassmayr C, Welbel M, Priebe S (2011) Health care for immigrants in Europe: is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. BMC public health. 09; 11:699.

Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, Kluge U, Krasnik A, Lamkaddem M, Lorant V, Puigpinos I Riera R, Sarvary A, Soares J J F, Stankunas M, Strassmayr C, Wahlbeck K, Welbel M, Bogic M. (2011) Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. BMC public health. 03; 11:187.

Kluge U (2011). (Ein-)Blicke in die Gemeindepsychologische Tagung im April 2011 in Mainz "Um Verwirklichungschancen streiten - Gerechtigkeit für ein gutes Leben". Forum Gemeindepsychologie, Jg. 16 (2011), Ausgabe 1.

Priebe S, Bogic M, Adany R, Bjerre NV, Dauvrin M, Devillé W, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Kluge U, Ioannidis E, Jensen NK, Puigpinos i Riera R, Soares JJF, Stankunas M, Straßmayr C, Wahlbeck K, Welbel M, McCabe R for the EUGATE group (In press). Good practice in emergency care: Views from practitioners. In: Rechel, B., Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee, M (Eds.), Migration and Health in Europe (European Observatory on Health). Maidenhead: Open University Press.

Heinz A, Kluge U, Beck A (2011) Grenzen der Pathologisierung? Zur Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch in DSM- 5. Forum Praxis und Gesundheitspolitik. Kommentare zu Rumpf und Kiefer. DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssuchte. Sucht 57 (1). Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern (in print).

Heinz A, Müller DJ, Kluge U (2011) "Race"- warum alte Begriffe keine neuen Perspektiven haben. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie (in print).

Wohlfart E, Kluge U (2011) Intercultural Psychotherapy Research- An Interdisciplinary Approach to Transculturality. In: SFU Wien. Psychotherapy Research. Springer (in print).

Heinz A, Kluge U (2011) Ethnologische Ansätze in der transkulturellen Psychiatrie. In: Machleidt W, Heinz A. Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. Elsevier, Urban &Fischer. München.

Heinz A, Müller DJ, Kluge U (2011) Rassen und Rassismen. In: Machleidt W, Heinz A. Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. Elsevier, Urban &Fischer. München. S. 75-83

Kluge U, Penka S (2011) Perspektiven für Kriterien Guter Praxis im Bereich der Transkulturellen Psychiatrie. In: Machleidt W, Heinz A. Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. Elsevier, Urban &Fischer. München.

Kluge U (2010) Sprach- und Kulturmittler in der Psychotherapie. In: Machleidt W, Heinz A. Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. Elsevier, Urban & Fischer. München.

Heinz A, Kluge U (2010) Anthropological and evolutionary concepts of mental disorders. Journal of speculative philosophy; 24 (3): 292- 307.

- Kluge U (2009) Georges Devereux: Ein Wegbereiter der Transkulturellen Psychiatrie auf einer Reise zwischen den Welten. Editorial. Curare 32 (3+4): 163- 172.
- Krüger R, Kluge U (2009) Untergang einer Kultur? Oder: Was ist eigentlich aus der DDR geworden. Anmerkungen zur deutsch- deutschen kulturellen Entwicklung nach der „Wende“. Curare 32 (3+4): 210-230.
- Wohlfart E, Kluge U, Napo F (2009). Ethnopsychiatrische Differentialdiagnostik psychotischer Phänomene. Zeitschrift für Medizinische Psychologie 18 (3): 140-150.
- Heinz A, Napo F, Kluge U, Wohlfart E, Penka S, Schouler-Ocak M (2009) Migration und seelische Gesundheit: Kommen Migranten in 2 Klassen. In: Nickl-Weller C, Rämmler B, Fernandez de Santos (Hrsg.) Health Care der Zukunft 2. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: 21-28.
- Heinz A, Kluge U (2008) Entfremdung und Entartung bei Griesinger und Morel: Bezug zu aktuellen psychiatrischen Konzepten. In: Helmchen H. Psychiater und Zeitgeist. Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin. Pabst. Lengerich.
- Wohlfart E, Kluge U (2007) Transkulturelle Psychiatrie/ Psychotherapie: Interkulturelle Supervision als Weiterbildungsmodul. Psychiat Prax 34: 357- 359.
- Kluge U (2007) "Der Dritte im Raum" - Sprach- und Kulturmittler in einem Interkulturellen psychotherapeutischen Setting. Psychiat Prax 34: 359-360.
- Wohlfart E, Kluge U (2007) Ein interdisziplinärer Theorie- und Praxisdiskurs zu transkulturellen Perspektiven im psychotherapeutischen Raum. Psychotherapie und Sozialwissenschaften- Zeitschrift für qualitative Sozialforschung. Sonderband. Fischer, Cornelia; Grothe, Jana; Zielke, Barbara (Hg.): Interkulturelle Kommunikation in Psychotherapie und psychosozialer Beratung. 9. Jahrgang, 02/2007. Psychosozial Verlag.
- Wohlfart E, Kluge U, Özbek T (2007) Psychische Folgen von Wanderung und Migration bei Kindern und jungen Erwachsenen. In: David M, Borde Th. Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale. Mabuse Verlag: 119- 132.
- Kluge U, Kassim N (2006) "Der Dritte im Raum"- Chancen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturmittlern in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In: Wohlfart, E. und Zaumseil, M. (Hrsg.) Transkulturelle Psychiatrie und Interkulturelle Psychotherapie- Interdisziplinäre Theorie und Praxis. Springer Medizinverlag. Heidelberg.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt gegenüber dem Promotionsausschuss des Fachbereichs Psychologie, dass die vorliegende, dieser Erklärung beigefügte kumulative Dissertation selbständig und nur unter Zuhilfenahme der im Literaturverzeichnis genannten Quellen und Hilfsmittel und der im Anhang 2 (Überblick über den Arbeitsanteil der Promovendin an den einzelnen Publikationen) genannten Zusammenarbeit angefertigt wurde. Alle Stellen der Arbeit, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind kenntlich gemacht.

Die Arbeit ist in keinem früheren Promotionsverfahren angenommen oder abgelehnt worden.

Berlin, den 27.06.2013

Ulrike Kluge