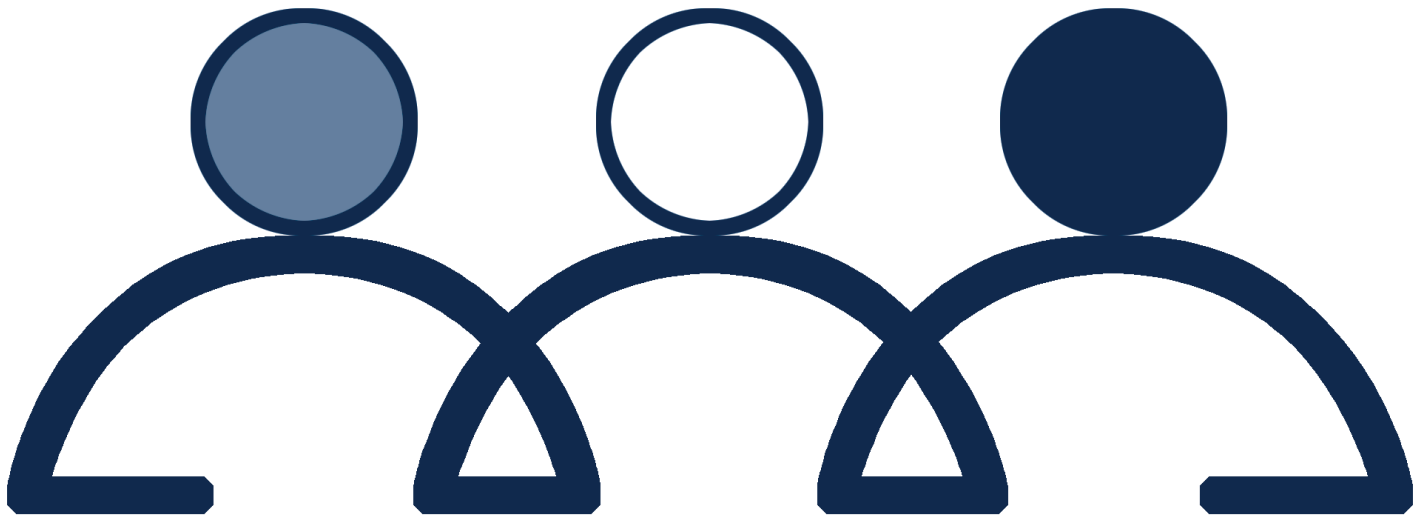


Gesundheit und Migration – Prozess und Dialog



Beiträge und Ergebnisse des Essener Diskussionsprozesses



Gesundheitsamt Essen

STADT
ESSEN

Impressum

Herausgeber: Stadt Essen,
Gesundheitsamt
Hindenburgstr. 29
45121 Essen
in Zusammenarbeit mit Projekt Gesunde Stadt Essen, WIESE e. V., RAA/Büro für interkulturelle Arbeit

Druck: Amt für Zentralen Service

Stand: August 2010

Auflage: 800

Inhalt

Vorwort <i>Peter Renzel, Geschäftsbereichsvorstand</i>	5
Einführung	
Entstehung und Prozess <i>Tannis Breitkopf, RAA Essen/Büro für interkulturelle Arbeit</i>	7
Unterschiede, Parallelen, Probleme, Perspektiven <i>Horst Heinemann, Gesundheitsamt Essen</i>	11
Fortbildung	
Interkulturell sensibel arbeiten – Empathie und was noch? <i>Veronika Rudolph, Integrative Therapie (HPG), Supervision (DGSv) und Training in freier Praxis</i> <i>Fatma Kekik, Dipl.-Päd., Diversity Trainerin, Diakoniewerk Essen</i>	19
Projekt MiMi	
„Mit Migranten für Migranten“ – Interkulturelle Gesundheit in Essen <i>Yasemin Kader, Neue Arbeit der Diakonie Essen</i>	25
Fachkonferenzen „Gesundheit und Migration – Prozess und Dialog“	
Einladungsflyer	29
Beiträge:	
Verstehen S(s)ie mich ? - Ansatzpunkte zur interkulturellen Öffnung von Gesundheitseinrichtungen <i>Dr. Helmuth Schweitzer, RAA Essen/Büro für interkulturelle Arbeit</i>	31
Trainingserfahrungen Zwischen Sensibilisierung und interkultureller Kompetenz <i>Dr. Anne Dietrich, Ethnologin, Trainerin „kulturell – interkulturell“</i>	41
Migrantenspezifische psychosoziale Angebote und Traumafolgestörungen bei türkischstämmigen Migranten <i>PD Dr. Yesim Erim, Dipl. Psych. Dipl. Theol. Eva Morawa</i> <i>Rheinische Kliniken Essen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</i>	47
Ein junges Gesicht der Migration – Ältere Migrantinnen und Migranten <i>Dr. med. Murat Ozankan, Migrantenambulanz der Rheinischen Kliniken Langenfeld</i>	51
Dolmetscherdienste: Können sie Barrieren in der Gesundheitsversorgung abbauen helfen? <i>Cornelia Kaiser-Kauczor, Dipl.-Pädagogin, Netzwerk Migration und Behinderung</i> <i>Dr. Sebnem Bahadır, Dipl.-Übersetzerin und Dolmetscherin, Dozentin an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz</i>	57
Migration und psychische Störungen <i>Barbara Eifert, Psychiatriekoordinatorin, Gesundheitsamt Essen</i>	65
Angebote zur verbesserten Integration und Versorgung von Migranten durch ViBB Essen e. V. <i>Chandralekha Trettin-Deb, Verein für interkulturelle Beratung und Betreuung Essen e. V.</i>	73
„Anders gleich? Familie leben in der Migration“ <i>Fatma Kekik, Dipl. Pädagogin, Erziehungsberatung des Diakoniewerks</i> <i>EssenSibel Koray, Dipl. Psychologin, Familientherapeutin/Jugendpsychologisches Institut der Stadt Essen</i>	79

Schlechterer Gesundheitszustand von Migrantenkindern – Schicksal oder Herausforderung? <i>Dr. med. Petra Freynik, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Gesundheitsamt Essen</i> <i>Dipl. Soz. Wiss. Franz Beuels, Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen, Essen</i>	83
Diabetes und Migration <i>Dr. med. Peter Hübner, Internist-Diabetologe, Klinik Niederrhein Bad Neuenahr</i>	103
Kindergesundheit und Migration – Fakten, Hintergründe und Handlungsbedarf <i>Dr. med. Ulrich Kohns, Kinder- und Jugendarzt, Psychotherapeut, Essen</i>	109
Migration und Sucht – der Spagat zwischen Angebot und Nachfrage <i>Bärbel Marrziniak, Suchthilfe direkt Essen gGmbH, Pädagogische Leitung, Qualitätsbeauftragte</i>	111
Lebenssituation von Asylbewerbern in Deutschland und in Essen <i>Dirk Berger, Diakoniewerk Essen, Dipl. Sozialarbeiter/Flüchtlingsberatung</i>	117
Stellungnahme von ProAsyl/Flüchtlingsrat Essen <i>Inka Jatta</i>	119
Sexualaufklärung interkulturell „Keiner ist wie alle“ <i>Meral Renz, Dipl. Sozialarbeiterin, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin, AWO Essen</i>	121
Alter und Pflege <i>Dr. Jens Friebe, Sozialwissenschaftler, Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Bonn</i>	123
Ergebnisse und weitere Planung	
Diskussionsergebnisse und Empfehlungen aus dem Gesamtprozess	127
Wie geht es weiter?	133

Vorwort

An Mut hat es dem Essener Gesundheitsamt bei der Gesundheitsberichterstattung noch nie gefehlt: 1988 gehörte es zu den wenigen in Deutschland, die sich an diese politisch wichtige Aufgabe herantrauten.

Das Ergebnis wurde auf Tagungen und in Veröffentlichungen gelobt: Wenn zu einem Thema keine oder nur wenige Zahlen vorlagen, wurde die Situation mit Worten beschrieben. „Deskriptive“ oder „qualitative“ Gesundheitsberichterstattung wurde und wird seither in Fachkreisen genannt, was an Berichten ohne oder mit wenigen Zahlen auskommen muss – auch Berichte, die der besseren Lesbarkeit und Wirkung halber auf eine Überfülle an Daten, auf die sogenannten „Datenfriedhöfe“, bewusst verzichten.

Am Bericht „Gesundheit und Migration“ waren Gesundheitsamt und Selbsthilfe-Informationsstelle WIESE e. V. – die beiden Koordinatoren des seit 1989 bestehenden „Projekt Gesunde Stadt Essen“ im deutschen Gesunde Städte-Netzwerk der Weltgesundheitsorganisation – beteiligt, unterstützt von der RAA/Büro für interkulturelle Arbeit. „Mut zur Lücke“ war dabei vonnöten.

Denn: Was die Gesundheit der eingewanderten Bevölkerung betrifft, so gibt es bundesweit – nicht nur in Essen – nur wenig Zahlenmaterial. Zahlen und Untersuchungen zu Einzelthemen werden in der einen oder anderen Stadt veröffentlicht, es gibt einen interessanten Überblick in der Landesgesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalens, es gibt, auf Migrantenkinder bezogene Ergebnisse der KIGGS-Studie des Robert Koch-Instituts. Den Überblick gibt es nirgendwo.

Unsere Ziele waren:

- zum einen in einem Bericht aufzuzeigen, wo besondere Probleme bei der Integration von Teilen der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ins Gesundheitssystem liegen,
- und zum anderen das „Interkulturelle Konzept der Stadt Essen“ um ein Kapitel zur Gesundheit zu ergänzen

Dieses Doppelziel haben Gesundheitsamt, WIESE e. V., RAA und viele mit Migration und Gesundheit besetzte Einrichtungen und Einzelpersonen in dieser Stadt beharrlich und von „schütterer Datenlage“ nicht entmutigt weiter verfolgt.

Zwei Fachkonferenzen im September 2008 dienten der Faktenbeschaffung für diese Ziele. Was nicht durch Zahlen belegt werden kann, sollte durch ernsthafte, seriöse Einschätzungen und Stellungnahmen von Fachleuten aus Essen und weit über die Stadtgrenzen hinaus behandelt werden. Das scheint gelungen zu sein. Das ist nicht im statistischen Sinne repräsentativ, es ist deskriptiv, und es ist ein Beitrag zu einem „qualitativen Gesundheitsbericht“.

Die Stadt Essen ist durch ihr Gesundheitsamt am bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit beteiligt, seit dessen Gründung vor mehr als zwölf Jahren. Dieser Arbeitskreis wird von der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration koordiniert. Er arbeitet zur Zeit an einem Forderungskatalog zur Gesundheitsberichterstattung auf diesem Gebiet. Dazu werden einheitliche Erhebungsinstrumente gehören, einheitliche Kriterien, wer denn nun als „Migrantin und Migrant“, als Mensch „mit Migrationshintergrund“ gelten soll. Dass all' diese Basisarbeit noch notwendig ist, zeigt, wieviel Grundlagen noch zu schaffen sind.

„Gesundheit und Migration – Prozess und Dialog“ war der Titel der beiden Essener Fachkonferenzen im September 2008. Ein gut gewählter Titel. Wir haben es in mehrfachem Sinne mit einem Prozess zu tun: mit dem fortwährenden Prozess der gesellschaftlichen Anerkennung unseres Landes als Einwanderungsland und mit dem Prozess der Entwicklung von Instrumenten für eine migrationssensible Gesundheitsberichterstattung. Und auch von Dialog kann mit Fug und Recht im mehrfachen Sinne die Rede sein: Dialog zwischen Fachöffentlichkeit und Politik, Dialog dieser beiden mit der Migrantenbevölkerung, deren Stimme in diesem Prozess gehört werden muss.

Peter Renzel

Geschäftsbereichsvorstand

Entstehung und Prozess

Anstöße und Empfehlungen zur Behandlung des bundesweit bislang vernachlässigten Themas „Migration und Gesundheit“ wollte das „Projekt Gesunde Stadt Essen“ geben, als es dieses neue Schwerpunktthema anging. In der 22. Sitzung der Gesundheitskonferenz in Essen wurde das Vorhaben ausführlich erörtert und Einigkeit darüber erzielt, dass das Thema auch in der Zukunft eine beachtliche Relevanz für Essen besitzt.

Das „Projekt Gesunde Stadt Essen“ entstand 1989, als die Stadt Essen eines von elf Gründungsmitgliedern des bundesdeutschen Netzwerks der globalen „Healthy Cities“-Bewegung wurde – eine Idee der Weltgesundheitsorganisation (WHO), mit der kommunale Gesundheitsplanung und -förderung voran gebracht werden sollte.

In Essen liegt die Koordination des Projekts Gesunde Stadt Essen seither partnerschaftlich bei Gesundheitsamt und der Selbsthilfe-Informationsstelle WIESE e. V.

Beim Schwerpunkt-Thema „Migration und Gesundheit“ kam es zu einer Partnerschaft mit der RAA/Büro für interkulturelle Arbeit, zu deren Aufgabenbereich die Steuerungsunterstützung der interkulturellen Arbeit im Auftrag des Verwaltungsvorstands gehört.

Seit 1999 gibt es das Konzept für die interkulturelle Arbeit in der Stadt Essen, das in einem dialogischen Prozess mit allen Akteuren der kommunalen Integrationspolitik entwickelt und vom Rat der Stadt Essen einstimmig beschlossen wurde.

Im „Interkulturellen Konzept“ der Stadt Essen fehlte der Diskurs zum Themenbereich „Gesundheit“. Die Einbeziehung dieses Themas im Rahmen des „Konzepts für die interkulturelle Arbeit in der Stadt Essen“ wurde durch den Ausschuss für Arbeit, Soziales und Gesundheit sowie durch den Ratsantrag der SPD-Fraktion in der Ratssitzung vom 25.01.2006 angestoßen.

Es entstand die Idee, einen Bericht zum Thema Migration und Gesundheit zu erstellen, der zugleich Grundlage für die Fortschreibung des Interkulturellen Konzepts in der Stadt Essen ist.

Zu einer Auftaktveranstaltung im März 2006 wurde gezielt ein weiterer Mitarbeiterkreis von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen wie Wohlfahrtsverbände, Kliniken, Krankenhäuser, Krankenkassen, kommunale Ämter, Migrantenselbstorganisationen, Rats- und Integrationsbeiratsmitglieder, sowie fachkundige Privatpersonen angeschrieben und eingeladen.

Das Ziel war, in einem breit angelegten dialogischen Prozess eine Bestandsaufnahme zu ausgewählten Aspekten des Themas Migration und Gesundheit zu erstellen und in einem fachlichen Austausch erste Handlungsempfehlungen zu entwickeln. Es ging um einen ersten Schritt zur Bearbeitung des Themas, der die Tür zu den entsprechenden Fachgremien öffnen sollte.

Nach der Sammlung von Themenschwerpunkten, Ideen, und Einschätzungen in den ersten Sitzungen wurden drei Unter-Arbeitsgruppen gebildet:

- Psychische Gesundheit und Behinderung
- Zugangswege und Gesundheitsförderung
- Früherkennungsuntersuchungen, Prävention und Lebensstil

In den Unterarbeitsgruppen wurden Situationen beschrieben, Defizite aufgedeckt und Anregungen und Empfehlungen zur Verbesserung der Teilhabe von Migranten im Gesundheitssystem diskutiert.

Die Ergebnisse aus den Unterarbeitsgruppen wurden in regelmäßigen gemeinsamen Treffen ausgetauscht. Im Verlauf der Arbeit entwickelte sich die Idee, mit einer Fachkonferenz von weiteren fachlichen Einschätzungen zu profitieren.

Der bescheiden klingende Begriff „Einschätzungen“ wurde gewählt, weil bundesweit harte Daten und Fakten zum Thema rar sind.

Am 10. und am 24. September 2008 fanden die ganztägigen Fachkonferenzen „Gesundheit und Migration – Prozess und Dialog“ im Elisabeth Krankenhaus in Essen statt. Die Fachbeiträge bei diesen Konferenzen griffen die Themenblöcke auf, die auch in den Unterarbeitsgruppen behandelt und diskutiert wurden. Es wurden Ergebnisse und Erfahrungen aus Sicht der Wissenschaft und der Praxis vorgetragen. Anschließend tauschte sich ein großer Kreis unterschiedlicher Professionen aus dem Gesundheits- und

Sozialbereich in Workshops über eine Vielzahl von Teilgebieten des Themas „Gesundheit und Migration miteinander aus.

Aus den Fachbeiträgen der Konferenzen, den Ergebnissen der Workshops und der Unterarbeitsgruppen wurden Empfehlungen erstellt und dokumentiert, um eine Grundlage für die weitere Arbeit zu schaffen. Die Mitglieder der Arbeitskreise und der Fachveranstaltung haben berechtigt die Hoffnung, dass das Einfließen der Arbeitsergebnisse und Empfehlungen einen Prozess der Abstimmung in den Fachgremien über Versorgungsbedarfe der Menschen mit Migrationshintergrund initiiert und den Prozess der Umsetzung beschleunigen hilft.

Neben der Ihnen vorliegenden Dokumentation führte die gemeinsame Arbeit bereits zu konkreten kleinen Kooperationsprojekten und neuen Vernetzungen.

- Im Jahr 2007 gründete sich der „Verein zur interkulturellen Beratung und Betreuung im Gesundheitsbereich und dem Ruhrgebiet e.V.“ (VIBB). Die Aktivitäten dieser Migrantenselbstorganisation konzentrieren sich auf das Ziel, Menschen mit Migrationshintergrund eine größere Teilhabe der Angebote des Gesundheitssystems durch gezielte Maßnahmen, Beratung und Information zu ermöglichen. Der VIBB kooperiert von Beginn an mit Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens und hat sich im Arbeitskreis „Migration und Gesundheit“ sehr aktiv beteiligt.
- Im Oktober 2008 fand ein Trainingstag im Gesundheitsamt für die Mitglieder des Arbeitskreises Migration und Gesundheit zum Thema ‚Interkulturell sensibel arbeiten – Empathie und was noch?‘ statt.
Ziel und Inhalt der Fortbildung war es, die eigenen Wertvorstellungen und Fremdheitsgefühle zu reflektieren, Unterschiede wahrzunehmen und einen kompetenten Umgang mit kultureller Vielfalt zu entwickeln. Neben verschiedenen Übungen zur Selbstreflexion wurden – als theoretische Grundlagen – Konzepte zur interkulturellen Kompetenz vermittelt und mit interkulturellen Situationen im beruflichen Alltag verknüpft (siehe Beitrag S. 19 ff).
- Seit 2005 wird in Essen das Projekt „Mit Migranten für Migranten– Interkulturelle Gesundheit in Deutschland“ (MIMI) durchgeführt. Das Ethnomedizinische Zentrum e. V. der Universität Hannover hat das MIMI Projekt initiiert und in Kooperation mit dem Gesundheitsamt wurden in der Stadt Essen elf Menschen mit Zuwanderungsgeschichte zu interkulturellen Gesundheitsmediator und -mediatorinnen ausgebildet. Sie führen muttersprachliche Informationsveranstaltungen in den unmittelbaren Lebensräumen der Zielgruppen durch. Dieser Weg hat sich als erfolgreich erwiesen, um Migranten und Migrantinnen für Gesundheitsthemen zu interessieren, sie zu informieren und für ein gesundheitsbewusstes Leben zu sensibilisieren. Das MIMI Projekt richtet sich bisher vorrangig an Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. Die Aktivitäten im Rahmen von MIMI konnten durch neue Kooperationen und Vernetzungen erweitert werden.
- Ende 2008 gründete sich aus einigen Teilnehmern des Arbeitskreises Migration und Gesundheit der Arbeitskreis Migration und Selbsthilfe. Die WIESE e. V. leistet als Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen in Essen seit vielen Jahren eine sehr erfolgreiche Arbeit. In den ca. 600 Selbsthilfegruppen ist der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund oder gar Selbsthilfegruppen von Migranten verschwindend gering.
Der Arbeitskreis Migration und Selbsthilfe beschäftigt sich mit der Fragestellung, wie der Zugang von Migranten zu der Selbsthilfegruppen aussehen kann, wie die Idee und der Austausch der Selbsthilfegruppenarbeit kultursensibel vermittelt werden kann und welche Kooperationspartner dabei beteiligt werden sollten.

Die fruchtbare Zusammenarbeit so vieler Menschen und Einrichtungen über mehr als drei Jahre berechtigt zu der Hoffnung, dass die (weithin – wohl immer noch nicht durchweg) unbestrittene Einsicht in die gesellschafts- und integrationspolitische Bedeutung des Themas „Migration und Gesundheit“ auch besondere Anstrengungen auslöst.

Die Stadt Essen hat seit 1989 auf dem Gebiet der WHO-inspirierten Gesundheitsförderung und in der Gesundheitsberichterstattung zu den „Vorreitern“ gehört. Sie wird auch beim bundesweit sehr spät als Notwendigkeit wahrgenommenen Thema „Migration und Gesundheit“ ihren innovativen Beitrag leisten.

Dieser Bericht enthält

die wesentlichen Beiträge und Ergebnisse des Essener Diskussionsprozesses zu Migration und Gesundheit

- Training für Mitarbeiter/innen in der Arbeit mit Migrant/innen
Interkulturell sensibel arbeiten – Empathie und was noch?
- Projekt MiMi
„Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland“
- Fachkonferenzen
Gesundheit und Migration – Prozess und Dialog
- Diskussionsergebnisse und Empfehlungen aus dem Gesamtprozess
- Planung der weiteren Schritte

Unterschiede, Parallelen, Probleme, Perspektiven

„Der Gesundheitszustand der Menschen mit Migrationshintergrund entspricht in etwa demjenigen der Menschen ohne Migrationshintergrund. Einige Untersuchungen kommen sogar zu dem Ergebnis, dass in Bezug auf bestimmte weit verbreitete Erkrankungen die Morbidität bei Menschen mit Migrationshintergrund geringer ist.“ Das ist eine der wichtigen Aussagen der 2009 von der Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. und der Türkisch-Deutschen Gesundheitsstiftung e. V. vorgelegten Studie „Migration und Gesundheit“.

Gleichzeitig weist die Studie auf Defizite hin. So gebe es erhebliche Hindernisse beim Zugang zum Gesundheitssystem in Deutschland mit dem Risiko von Mangel- und Fehlversorgung. Die gesundheitliche Versorgung für alle Menschen mit Migrationshintergrund auf einem qualitativ hohen Niveau sicher zu stellen, sei daher eine wichtige sozialpolitische Aufgabe.

Die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund ist heterogen, nicht nur im Hinblick auf Herkunft und Ethnizität, sondern auch bezüglich ihrer sozialen Milieus und damit verbunden ihrer kulturellen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Teilhabe, stellt die Studie weiter fest. Dementsprechend unterschiedlich könnten der gesundheitliche Zustand sowie die Erwartungen und Bedürfnisse an das Gesundheitssystem sein.

Tatsächlich gibt es trotz der Fülle an wissenschaftlicher Literatur zum Thema „Migration und Gesundheit“ viele offene Fragen, heißt es weiter. Weitere Forschungsarbeit sei dringend notwendig, um zu „belastbaren Aussagen zu kommen, die die notwendige Differenzierung innerhalb der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigen.“ Insbesondere werde an sich widersprechenden Forschungsergebnissen deutlich, dass „Migration“ für medizinische Zwecke ein schwierig zu erfassendes und oft unzureichendes Kriterium sei. Pauschale Aussagen zu Migration und Gesundheit seien zumeist nicht zielführend, deckten Sachverhalte nicht auf, sondern „verschleiern sie eher und verleiten zu Vorurteilen“.

Auch im 2008 vom Robert Koch-Institut vorgelegten Bericht „Migration und Gesundheit“, einem „Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes“, heißt es im Kapitel „Zusammenfassung und Ausblick“:

„Menschen mit Migrationshintergrund können im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung ohne Migrationshintergrund erhöhte Gesundheitsrisiken aufweisen, wie der vorliegende Bericht belegt. Dabei ist es nicht die Migration als solche, die krank macht. Es sind vielmehr die Gründe und Umstände einer Migration sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, die zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen können. Menschen mit Migrationshintergrund haben überdurchschnittlich häufig einen niedrigen sozioökonomischen Status, gehen einer die Gesundheit gefährdenden beruflichen Tätigkeit nach oder sind arbeitslos, oder leben in einer ungünstigen Wohnsituation. Jeder einzelne dieser Faktoren kann eine Beeinträchtigung der Gesundheit nach sich ziehen, ganz besonders gilt dies aber für das Zusammentreffen mehrerer dieser Faktoren. Dennoch sind Menschen mit Migrationshintergrund nicht grundsätzlich »kränker« als Deutsche ohne Migrationshintergrund. Vielmehr verfügen sie auch über große gesundheitsförderliche Ressourcen. So sind es beispielsweise meist die besonders gesunden und aktiven Menschen, die das Wagnis einer Migration auf sich nehmen. Der Bericht zeigt auf der Basis der verfügbaren gesundheitsbezogenen Daten zwei gesellschaftliche Herausforderungen auf: zum einen, Menschen mit Migrationshintergrund dabei zu unterstützen, gesund zu bleiben. Zum anderen, ihnen im Falle einer Erkrankung den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu erleichtern und gleich gute Chancen bei der Behandlung und Nachsorge zu sichern“.

Weitere Aussagen des RKI-Gesundheitsberichts: da Menschen mit Migrationshintergrund eine in sich heterogene Gruppe sind, beispielsweise hinsichtlich Herkunftsland, Wanderungsmotiven, ethnischem und kulturellem Hintergrund, sozioökonomischem Status und Gesundheitsverhalten, sind auch ihre Gesundheitsprobleme unterschiedlich und vielfältig. Im Vordergrund stehen die gleichen Krankheiten wie in der gleichaltrigen deutschen Bevölkerung, zum Teil jedoch mit je nach Herkunftsland und Migrationserfahrung unterschiedlichen Häufigkeiten. Hierzu gehören insbesondere: Erkrankungen des Halte- und Bewegungsapparates, oft durch berufsbedingte, starke körperliche Belastungen. Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems; Diabetes; chronische Erkrankungen der Atemwege, oft im Zusammenhang mit Rauchen und/ oder beruflichen Belastungen; Unfälle, insbesondere Arbeitsunfälle; Erkrankungen durch Gebrauch abhängig machender Substanzen.

Menschen mit Migrationshintergrund haben laut RKI-Bericht erhöhte Risiken für einige Gesundheitsprobleme, die in der deutschen Bevölkerung selten geworden sind, u. a.: Todesfälle im Zusammenhang mit der Geburt und im ersten Lebensjahr; Tuberkulose und einige andere Infektionskrankheiten; einzelne (seltene) erbliche Stoffwechselerkrankungen.

Darüber hinaus sind Menschen mit Migrationshintergrund spezifischen Gesundheitsrisiken ausgesetzt, die bei Deutschen ohne Migrationshintergrund nicht oder nur in Ausnahmefällen vorkommen: psychosoziale Belastungen durch Trennung von der Familie; psychosoziale Belastungen durch Fremdenfeindlichkeit; politische Verfolgung oder Folter im Herkunftsland.

Das Leben in einer anderen Kultur scheint die Gesundheitszufriedenheit zu belasten. Beispiele aus dem RKI-Bericht: sie verschlechtert sich bei Frauen mit Migrationshintergrund mit zunehmendem Alter und Leben in der Migration überdurchschnittlich stark. Dies spiegelt sich auch in einer höheren Krankenquote in der Altersgruppe ab 40 Jahren wider. Ab diesem Alter sind sie auch in erhöhtem Maße Risikofaktoren wie Adipositas ausgesetzt. Infektionskrankheiten wie Tuberkulose sind häufiger als unter Frauen ohne Migrationshintergrund.

Personen ohne rechtlich gesicherten Aufenthaltsstatus (sogenannte »illegal« Aufhältige) sind oft potenziell gesundheitsschädigenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt. Sie sind meist nicht krankenversichert. Wenn sie eine Notfallversorgung in Anspruch nehmen, riskieren sie die Abschiebung aus Deutschland.

Die Nutzung präventiver Angebote aus nahezu allen Bereichen ist bei Menschen mit Migrationshintergrund geringer als bei Deutschen. Dies gilt für alle Altersgruppen, beginnend mit der Vorsorgeuntersuchung bei Kindern bis hin zur Krebsvorsorge bei Erwachsenen und Älteren. Mittlerweile wird eine Reihe von präventiven Interventionen speziell für Menschen mit Migrationshintergrund angeboten. Ein Wirksamkeitsnachweis für einen Großteil dieser Angebote steht jedoch noch aus.

Beispielhaft nennt der RKI-Bericht Gruppen unter den Menschen mit Migrationshintergrund, die besonderen Risiken und Belastungen ausgesetzt sind:

Kinder und Jugendliche aus Familien mit Migrationshintergrund sind überproportional von Bildungsarmut betroffen und verfügen über entsprechend ungünstigere Zukunftsaussichten. Aufgrund dieser benachteiligten sozialen Lage tragen Kinder mit Migrationshintergrund größere Gesundheitsrisiken als ihre Altersgenossen ohne Migrationshintergrund. Im Vergleich zur zugewanderten Erwachsenengeneration müssen Kinder und Jugendliche migrationsbedingte Entwicklungs- und Anpassungsleistungen in einer Lebensphase erbringen, die ohnehin durch vielfältige Entwicklungsanforderungen charakterisiert ist. Außerdem erfahren sie häufiger eine konfliktreiche Diskrepanz zwischen der tradierten Denkweise der Familie und den Normen und Werten der Gesellschaft, in der sie leben. – Ältere zugewanderte Personen sind eine zahlenmäßig stark anwachsende Gruppe mit vergleichsweise schlechtem Gesundheitszustand und möglicherweise großem Pflegebedarf. Oft hatten sie nicht geplant, den Lebensabend im Zuwanderungsland zu verbringen. Für sie kann das Altern in Deutschland mit starken familiären, psychosozialen sowie ökonomischen Belastungen verbunden sein. Nach dem Prinzip »Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung« sind sie als GKV-Versicherte auch in der sozialen Pflegeversicherung bzw. als privat Versicherte in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert. Damit haben sie einen rechtlichen Anspruch auf die dort gesetzlich verankerten Leistungspakete. Allerdings haben ältere Menschen mit Migrationshintergrund die in Deutschland bestehenden Dienste und Angebote aus dem Bereich der Altenpflege bislang noch wenig erschlossen.

Vielfach wird angenommen, dass zugewanderte Personen im Falle einer schweren Erkrankung in ihr Herkunftsland zurückkehren. Dies wird als mögliche Erklärung für eine niedrigere Erkrankungshäufigkeit oder Sterblichkeit dieser Personengruppe in der Statistik in Deutschland angeführt. Bislang stützt sich diese Argumentation weitgehend auf indirekte Belege, da es kein Register von Menschen gibt, die in ihr Heimatland zurückkehren. In den letzten Jahren mehren sich die Hinweise, dass eine solche selektive Rückkehr nicht (mehr) alle Gruppen von zugewanderten Personen in gleicher Weise betrifft. Ehemalige Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten, die ihre Familien in Deutschland haben, kehren bei Krankheit oftmals nicht in das Herkunftsland zurück. Umgekehrt reisen sogar erkrankte Rückkehrerinnen und Rückkehrer aus dem Herkunftsland wieder nach Deutschland ein, um von der besseren Gesundheitsversorgung zu profitieren. Diese Effekte sind hinsichtlich ihrer Größe noch nicht ausreichend untersucht und können daher bei der Interpretation von Daten nicht korrekt berücksichtigt werden.

Als ein Fazit aus der Erstellung des Berichtes sieht das RKI, dass in Deutschland Defizite im Bereich der

gesundheitswissenschaftlichen und epidemiologischen Forschung zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund bestehen. Sie betreffen zum einen die routinemäßige Gesundheitsberichterstattung für diese Zielgruppe. Zum anderen gibt es noch viele offene Fragen zu Gesundheitsrisiken und -potenzialen von Menschen mit Migrationshintergrund, die über Gesundheitsberichterstattung nicht zu beantworten sind.

Die existierende Gesundheitsberichterstattung für Menschen mit Migrationshintergrund wird durch zwei Hindernisse erschwert: ungelöste technische und interpretatorische Probleme; Mangel an belastbaren Daten zur Deckung des vorhandenen Informationsbedarfs.

Der Mangel an belastbaren Daten führt laut RKI dazu, dass die Gesundheitsberichterstattung für Menschen mit Migrationshintergrund oft stärker nach der Datenverfügbarkeit als nach dem bestehenden Informationsbedarf ausgerichtet ist. Dazu tragen Defizite in technischen Aspekten der Gesundheitsberichterstattung für Menschen mit Migrationshintergrund bei, z. B. die uneinheitliche Definition der Zielgruppe in verschiedenen Datenquellen.

Viele Einrichtungen und Angebote der Gesundheitsversorgung öffnen sich bereits aktiv gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund, stellt der RKI-Bericht fest. Aber: nicht immer gelingt das im gewünschten Maße oder mit sichtbarem Erfolg. So werden beispielsweise Angebote im Bereich der Altenpflege von älteren Menschen mit Migrationshintergrund und ihren Familien bislang noch unzureichend wahrgenommen und erschlossen.

Ähnliche Feststellungen trifft der im Jahr 2000 erschienene Landes-Bericht „Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen“:

Auch er nennt „beschränkte Aussagekraft von Untersuchungsergebnissen“, „zurückhaltendes Inanspruchnahmeverhalten“ und sieht „wesentliche Differenzen im Altersaufbau“. Der Bericht sieht es als „eine gesundheitsethische Herausforderung, dem Gesundheitsstatus von Zuwanderern vermehrte Aufmerksamkeit zu widmen“. Und er verweist darauf, dass „ein ggf. schlechterer Gesundheitszustand bei Zuwanderern (...) wesentliche finanzielle Implikationen (hat), da sich die Ausgaben für Behandlung und Rehabilitation tendenziell erhöhen werden, wenn das Gesundheitssystem nicht adäquat auf bestehende Probleme reagiert.“

Zu „Säuglingssterblichkeit, Schwangerschaft und Geburt“ heißt es im NRW-Bericht: „Die Säuglingssterblichkeit ist einer der zentralen Indikatoren für den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Sie wird u. a. beeinflusst durch den Gesundheitsstatus der Mütter, soziale und behaviorale Faktoren sowie den Zugang zu bzw. Wahrnehmung von Vorsorgeangeboten. In den letzten Jahren hat vor allem die starke Verringerung der Fälle von „plötzlichem Säuglingstod“ (Sudden Infant Death Syndrome) zum Rückgang der Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen beigetragen. Betrachtet man die Daten für das gesamte Bundesgebiet, fällt auf, dass in den letzten Jahren die Säuglingssterblichkeit bei Zuwanderern immer über derjenigen der deutschen Bevölkerung lag (zwischen 1,3 und 2,2 pro 1.000 Lebendgeborene). Trotz der abnehmenden Tendenz in beiden Gruppen scheint sich jedoch die Differenz in der Säuglingssterblichkeit zwischen Deutschen und Zuwanderern nicht wesentlich zu verändern. Die nationalitätsspezifischen Daten aus Nordrhein-Westfalen zeigen, dass die Sterblichkeit der Säuglinge türkischer Abstammung und aus dem außereuropäischen Ausland nach wie vor relativ hoch ist verglichen mit der deutschen Bevölkerung. Es ist aus verschiedenen Untersuchungen bekannt, dass innerhalb der einzelnen nicht-deutschen Nationalitäten die Säuglingssterblichkeitsraten z. T. erheblich streuen.“

Der „Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) 2003 – 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland“ (Gesundheitsberichterstattung des Bundes/Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt), erschienen im Sommer 2008, nennt in der Zusammenfassung diese Punkte:

„Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) ist es erstmals gelungen, Personen mit Migrationshintergrund entsprechend ihres Anteils in der Bevölkerung an einem bundesweiten Gesundheitssurvey in Deutschland zu beteiligen. An der Studie haben sich 2.590 Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund beteiligt, das sind 17,1 % aller Kinder und Jugendlichen.“

Nach der KiGGS-Definition verfügen über einen *beidseitigen* Migrationshintergrund Kinder und Jugendliche, die selbst aus einem anderen Land zugewandert sind *und* von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder von denen *beide* Eltern zugewandert *und/oder* nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sind. - Weitere 8,3 % der Kinder und Jugendlichen haben einen einseitigen Migrationshin-

tergrund, d. h. sie sind in Deutschland geboren und ein Elternteil ist aus einem anderen Land zugewandert und/oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit. Insgesamt weisen also 25,4 % der Kinder und Jugendlichen einen ein- oder beidseitigen Migrationshintergrund auf."

In der Stadt Essen ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen (unter 18 Jahren) mit einseitigem oder zweiseitigem Migrationshintergrund seit dem Zeitpunkt der ersten Erfassung im Jahr 2004 von 29,6 % (Gesamtbevölkerung: 19,5 %) auf 41,3 % im Jahr 2008 (Gesamtbevölkerung: 23,2 %) angewachsen. Er liegt damit im bundesrepublikanischen Vergleich deutlich höher.

Zitat aus der Zusammenfassung: „Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund leben zu einem beträchtlich höheren Ausmaß (53,7 %) in sozial benachteiligter Lage verglichen mit Kindern und Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund (22,1 % bzw. 27,0 %). Allerdings manifestieren sich gravierende Unterschiede hinsichtlich der sozialen Schichtzugehörigkeit innerhalb der Migrantenpopulation. So gehören mit 70,7 % Kinder und Jugendliche aus der Türkei mit Abstand am häufigsten der untersten Sozialschicht an, gefolgt von Kindern und Jugendlichen aus der ehemaligen Sowjetunion (48,2 %) sowie aus den arabisch-islamischen Ländern (44,4 %). Kinder und Jugendliche aus Westeuropa, Kanada und den USA liegen hingegen mit ihrem Anteil von 16 % noch unter jenem der Kinder aus Deutschland. Die untersuchten Familien aus der Türkei und den arabisch-islamischen Ländern weisen weiterhin den geringsten Grad der sozialen Integration auf – gemessen an den Deutschkenntnissen, der beruflichen Integration der Eltern, der schulischen Integration der Kinder, den wohnräumlichen Bedingungen, der sozialen Einbindung der Kinder sowie der Aufenthaltsrechtlichen Situation.

Aus den Schulanfängeruntersuchungen in der Stadt Essen ist zu ergänzen, dass im Jahr 2008 der Anteil der Einschüler/-innen mit Migrationshintergrund¹, der aus Haushalten mit einem niedrigen Bildungs-/Sozialstatus kommt, mit 18,4 % nahezu vier Mal so hoch ist wie bei den deutschen Schulanfänger/-innen mit 5,2 % (Gesamtdurchschnitt: 9,8 %). Dieser Anteil mit niedrigem Bildungs-/Sozialstatus liegt bei den Schulanfänger/-innen mit türkischer Abstammung mit 25,8 % und bei den Einschüler/-innen mit aussereuropäischer Abstammung (vor allem aus dem Nahen Osten und aus Afrika) mit 24,7 % noch höher als bei Migrantenkindern insgesamt. Zudem weisen die Einschüler/-innen mit türkischer bzw. aussereuropäischer Abstammung, gemessen an ihren Deutschkenntnissen, den geringsten Grad an sozialer Integration auf: im Jahr 2008 waren 44,3 % der türkischen Schulanfänger/-innen und mehr als die Hälfte (51,3 %) der Einschüler/-innen mit aussereuropäischer Abstammung aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse im Prinzip nicht für die Einschulung geeignet.

Das Aufwachsen in sozial benachteiligter Situation vermindert die Chancen für ein gesundes Leben. Dennoch bestätigen die vorliegenden Daten höhere Risiken für Migrantenkinder nur in einigen gesundheitlichen Bereichen, in anderen scheinen Gesundheitsvorteile oder aber keine nennenswerten Unterschiede nach Migrationshintergrund zu bestehen."

Die wichtigsten Befunde:

„Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund sind mit 19,5 % überproportional häufig von **Übergewicht** betroffen. Kinder ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund weichen hingegen in ihren Anteilen kaum voneinander ab (14,1 % bzw. 13,7 %). Mit 8,8 % ist auch die Quote der adipösen Kinder und Jugendlichen unter den Migrantenkindern signifikant erhöht (ohne MH: 5,9 %, einseitiger MH: 4,9 %). Allerdings variiert das Risiko übergewichtig zu sein innerhalb der Migrantenpopulation nach Herkunftsland und Geschlecht."

Diese Ergebnisse werden durch die Schuleingangsuntersuchungen in der Stadt Essen bestätigt. Der Anteil übergewichtiger Kinder im Schuleingangsalter liegt im Jahr 2008 in Essen bei 8,3 % und der Anteil adipöser (fettleibiger) Schulanfänger/-innen bei 6,0 %. Insgesamt sind somit 14,3 % der Einschüler/-innen zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung zu schwer. Bei den deutschen Schulanfänger/-innen liegt der Anteil übergewichtiger (6,6 %) und adipöser (4,7 %) Kinder bei insgesamt 11,3 %, bei den Einschüler/-innen mit Migrationshintergrund sind es mit insgesamt 18,4 % (übergewichtig: 10,6 %; adipös: 7,8 %) 7,1 Prozentpunkte mehr. Dies wiegt umso schwerer, als ernährungswissenschaftlich der enge Zusammenhang zwischen regelmäßigem ausgewogenem Essen und schulischem Lernen (Aufmerk-

¹ Der Migrationshintergrund wird bei den Schuleingangsuntersuchungen in Essen nach der Abstammung erfasst, wobei zwischen folgenden Gruppen unterschieden wird: deutsch, türkisch, sonstige europäische Abstammung, aussereuropäische Abstammung, binationale Ehen

samkeit, Konzentration, Belastbarkeit) hinreichend bewiesen ist. Die Auswertung der Essener Schuleingangsuntersuchungen des Jahres 2008 ergaben zudem, dass die Einschüler/-innen mit Migrationshintergrund im Vergleich mit den deutschen Schulanfänger/-innen im Durchschnitt länger fernsehen und der Anteil der Kinder mit Übergewicht oder Adipositas mit der Länge dieses Fernsehkonsums deutlich zunimmt.

„Während Mädchen mit beidseitigem im Vergleich zu Mädchen ohne und mit einseitigem Migrationshintergrund das geringste **Unfallrisiko** tragen, lassen sich bei den Jungen insgesamt keine Unterschiede nach Migrationshintergrund feststellen....“.

„**Akute Erkrankungen** treten nach Angaben der Eltern bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund insgesamt etwas seltener auf als bei Kindern ohne Migrationshintergrund. Berichtet wurden insbesondere ein selteneres Auftreten von Atemwegserkrankungen, Magen-Darm-Infekten, Mittelohrentzündungen und Bindehautentzündungen. Bezogen auf **ansteckende Kinderkrankheiten** lässt sich kein eindeutiger Trend nach Migrationshintergrund feststellen.....Die KiGGS-Ergebnisse sprechen weiterhin dafür, dass es auch im Bereich **chronischer Erkrankungen** migrationspezifische Unterschiede gibt, die jedoch nicht alle Erkrankungen betreffen und auch nicht ausschließlich in Richtung einer größeren Krankheitslast bei Migranten/innen weisen.....“

Die Essener Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 2000 bis 2008 belegen in diesem Zusammenhang, dass bei Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund häufiger Seh-, Hör-, Körperkoordinations- und Sprachstörungen² diagnostiziert werden. Auch die Befunde bei den Störungen der Visuomotorik³ und der visuellen Wahrnehmung⁴ überwiegen gegenüber den Anteilen bei den deutschen Schulanfänger/-innen. Die Gesundheitsquote der Einschüler/-innen mit Migrationshintergrund ist – gemessen an der Befundhäufigkeit bei den drei besonders schulrelevanten Bereichen der Körperkoordination, der Visuomotorik und der Sprache – niedriger als bei den deutschen Schulanfänger/-innen. Allerdings sind die Schulanfänger/-innen aus Familien mit Migrationshintergrund weniger verhaltensauffällig.

„**Allergische Krankheiten** werden insgesamt für Migrantenkinder seltener berichtet als für Kinder ohne Migrationshintergrund. Dieser Unterschied beruht hauptsächlich auf der geringeren Prävalenz von Neurodermitis und allergischem Kontaktekzem, während die Unterschiede bei Heuschnupfen und Asthma nicht statistisch signifikant waren...“

„Der allgemeine **Gesundheitszustand** wird von 96 % der Eltern der 0- bis 10-jährigen Kinder ohne Migrationshintergrund als sehr gut oder gut eingeschätzt. Eltern von Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund schätzen deren Gesundheitszustand ähnlich gut ein (95 %). Mit 89 % ist dieser Anteil bei den Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund zwar immer noch hoch, liegt aber signifikant unter den beiden anderen Gruppen. Diese niedrigere Einschätzung ergibt sich überwiegend aus den Beurteilungen der Eltern aus den arabisch-islamischen Staaten, der ehemaligen Sowjetunion und der Türkei. Migrationspezifische Differenzen zeigen sich auch bei der selbst beurteilten Gesundheit durch die Kinder und Jugendlichen. Mit 80 % ist der Anteil derer, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einschätzen, bei Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund ebenfalls signifikant geringer (ohne MH: 86 %, einseitiger MH: 86 %). Am seltensten halten Kinder und Jugendliche aus den ehemaligen SU-Staaten und aus Polen ihren Gesundheitszustand für sehr gut oder gut.“

„Deutliche Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund und auch innerhalb der Migrantenpopulation lassen sich hinsichtlich einiger Dimensionen der **gesundheitsbezogenen Lebensqualität** feststellen. So wird die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität von den Eltern für Kinder aus der Türkei und den arabisch-islamischen Staaten am geringsten eingeschätzt. Für Mädchen aus der Türkei geben deren Eltern ein geringeres psychisches Wohlbefinden und einen geringeren Selbstwert an. Ein geringerer Selbstwert wird auch für Mädchen aus den ehemaligen SU-Staaten und Jungen aus arabisch-islamischen Ländern berichtet. Das Wohlbefinden in Bezug auf Freunde und Gleichaltrige wird von den Eltern der Kinder aus arabisch-islamischen Staaten am geringsten eingeschätzt...“

„Die KiGGS-Daten zeigen einen weniger verbreiteten **Tabak- und Alkoholkonsum** unter Jugendlichen

² Zum Beispiel Redeflussstörungen, Aussprachfehler oder falscher Gebrauch der deutschen Grammatik im Satzbau

³ Zum Beispiel die intakte feinmotorische Hand-Auge Koordination oder die korrekte visuelle Erfassung der Kleindetails

⁴ Zum Beispiel die genaue optische Unterscheidung oder die Feststellung von Ähnlichkeiten in Form, Größe oder Lage

mit beidseitigem Migrationshintergrund als unter Jugendlichen ohne Migration-Hintergrund. Jugendliche aus binationalem Elternhaus ähneln in ihrem Rauch- und Trinkverhalten jenen ohne Migrationshintergrund. Die augenfälligsten Unterschiede zwischen Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen sind in der niedrigsten Statusgruppe zu beobachten: Hier rauchen nur 13,0 % der Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund, dagegen fast doppelt so viele Jugendliche ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund (23,1 % bzw. 23,8 %). Im Gegensatz zu Nicht-Migranten/innen ist das Rauchverhalten der Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund geschlechtsspezifisch geprägt: Mädchen aus Migrantenfamilien rauchen signifikant weniger häufig als Mädchen ohne Migrationshintergrund... Noch deutlicher fallen die Differenzen hinsichtlich des Alkoholkonsums aus: Während lediglich 17,9 % der Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund regelmäßig Alkohol trinken, sind dies ein Drittel der Jugendlichen mit einseitigem und sogar 40,8 % der Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Erwartungsgemäß trinken vor allem Jugendliche aus islamisch geprägten Ländern zu einem sehr geringen Anteil (regelmäßig) Alkohol (ca. 6 %). Aber auch bei Jugendlichen aus anderen Herkunftsländern liegt der Alkoholkonsum signifikant unter jenem der aus Deutschland kommenden Jugendlichen. Ausnahmen bilden hier die ehemalige Sowjetunion sowie Westeuropa/USA/Kanada. Das Trinkverhalten der Jugendlichen ist geschlechtsspezifisch charakterisiert: Mädchen trinken weitaus weniger häufig regelmäßig Alkohol als Jungen. Diese geschlechtstypischen Differenzen finden sich bei Jugendlichen aus Migrantenfamilien in deutlicherem Maße als bei jenen ohne Migrationshintergrund..."

„Wenn Migranten/innen auch in einigen Aspekten ein gesünderes **Ernährungsverhalten** als Nicht-Migranten/innen aufweisen (z. B. türkische und russlanddeutsche Migranten/innen beim Obstkonsum), so muss das Ernährungsverhalten insgesamt als ungünstiger eingeschätzt werden. Vor allem eine längere Aufenthaltsdauer bzw. die Zugehörigkeit zu der zweiten oder einer nachfolgenden Einwanderergeneration ist mit Ernährungsmustern assoziiert, die mit einem vermeintlich modernen Lebensstil im Zusammenhang stehen. So konsumieren insbesondere türkischstämmige Migrantenkinder vermehrt Softdrinks, Fast Food, Chips und Süßigkeiten..."

„Kinder und Jugendliche mit einem beidseitigen Migrationshintergrund weisen ein ungünstigeres **Mundgesundheitsverhalten** auf. Kinder und Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund hingegen ähneln in ihrem Verhalten jenem der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Auffällig sind die großen Differenzen je nach Migrationshintergrund im Kleinkindalter: Das betrifft das Zähneputzen und die Inanspruchnahme einer regelmäßigen Zahnarztkontrolle im Alter bis zu 2 Jahren ebenso wie den Konsum zuckerhaltiger Genussmittel bei den 3- bis 6-Jährigen. Vor allem Kinder und Jugendliche aus der Türkei, der ehemaligen Sowjetunion und aus arabisch-islamischen Ländern tragen ein erhöhtes Risiko für Karies. Sie bleiben am häufigsten unter der empfohlenen Zahnputzfrequenz und weisen eine geringe Inanspruchnahmeorientierung sowie Fluoridierung auf. Gleichzeitig ist der Verzehr von Süßigkeiten und zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken vergleichsweise hoch. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer gleicht sich das Mundgesundheitsverhalten von Migrantenkindern jenem der Mehrheitsbevölkerung zunehmend an."

„Die Inanspruchnahme von **Früherkennungsuntersuchungen** der Kinder und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund ist deutlich geringer als jene der Kinder und Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund. Dies zeigt sowohl ein Vergleich der Teilnahme an einzelnen Früherkennungsuntersuchungen als auch eine Gegenüberstellung nach Vollständigkeit. Innerhalb der Migrantenpopulation variiert die Inanspruchnahme hinsichtlich der Herkunftsländer. Besonders selten besuchen Kinder und Jugendliche aus arabisch-islamischen Ländern, der ehemaligen Sowjetunion sowie aus der Türkei die Vorsorgeuntersuchungen. Weiterhin korrespondieren ein geringer Grad der Integration, ein unsicherer Aufenthaltsstatus, eine kurze Aufenthaltsdauer sowie die Zugehörigkeit zur ersten Einwanderergeneration mit einer geringen Inanspruchnahme."

Die Auswertung der Essener Schulanfängeruntersuchungen der Jahre von 2000 bis 2008 macht deutliche Unterschiede in bezug auf die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen deutlich. Schulanfänger/-innen mit Migrationshintergrund weisen weit weniger häufig einen vollständigen Vorsorgestatus, das heißt eine Teilnahme an allen Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 auf. Zwar gibt es bei den Einschüler/-innen mit Migrationshintergrund im Zeitverlauf einen stärkeren Anstieg der Teilnahmequote als bei den deutschen Schulanfängern/-innen. Aber der Anteil der Einschüler/-innen mit Migrationshintergrund, der einen vollständigen Vorsorgestatus hat, liegt auch im Jahr 2008 mit 48,4 % noch um etwa – 30 Prozentpunkte unter dem Anteil der deutschen Schulanfänger/-innen mit 77,7 %.

„Die Beurteilung des **Impfstatus** von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund erfordert eine differenzierte Betrachtung der Gesamtgruppe der Migranten/innen, da die Impfquoten in verschiedenen Untergruppen (Altersgruppen, Einwanderergenerationen, Herkunftsländer) sowie abhängig von der Art der Impfung sehr unterschiedlich sind. Unsere Auswertungen zeigen, dass das wichtigste Differenzierungsmerkmal im Hinblick auf die in KiGGS erfassten Impfungen ist, ob ein Kind in Deutschland geboren oder ob es erst nach der Geburt zugewandert ist: Nach der Geburt Zugewanderte sind bedeutsam schlechter geimpft als in Deutschland geborene Kinder mit Migrationshintergrund. Hingegen sind in Deutschland geborene Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund insbesondere in den jüngeren Altersgruppen nicht schlechter durchimpft als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. In der Gruppe der *nach* der Geburt zugewanderten Kinder und Jugendlichen sind Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund deutlich schlechter durchimpft als Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund.“

Der KiGGS-Bericht betrachtet kritisch das Kriterium des Migrationshintergrunds. Dazu heißt es unter anderem unter der Zwischenüberschrift **Mögliche Erklärungen:**

Der *Migrationshintergrund* ist ein komplexes Bedingungsgefüge all jener Merkmale, die eine Lebenssituation von Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen unterscheiden. Solche gesundheitsrelevanten Merkmale sind: Unterschiedliche Umwelt- und Lebensbedingungen in Herkunfts- und Aufnahmeland, die besondere soziale und rechtliche Lage von Migranten/innen im Aufnahmeland, ihre ethnische Zugehörigkeit und damit verbundene Ethnisierungsprozesse, Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung sowie das Migrationsereignis selbst. Vermittlungsebenen zwischen diesen Dimensionen und der Gesundheit sind das Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten sowie die vorhandenen personalen, familialen und sozialen Ressourcen. Die dargestellten Ergebnisse zeigen, dass der Einfluss der verschiedenen Dimensionen des Migrationshintergrundes nicht nur in Abhängigkeit vom betrachteten Gesundheitsmerkmal variiert. Vielmehr zeigt sich, dass Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken innerhalb der Migrantenpopulation ungleich verteilt sind. So sind die gesundheitliche Situation sowie das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen aus binationalen Familien mit einem einheimischen Elternteil mit der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund vergleichbar. Deutliche Unterschiede lassen sich aber vor allem je nach Herkunftsland, Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Aufenthaltsdauer bzw. Einwanderergeneration konstatieren.“

Schließlich heißt es unter **Schlussfolgerungen:**

„Trotz sozialer Benachteiligung kann nicht von einer generell prekäreren gesundheitlichen Situation der Migrantenkinder gesprochen werden. Offenkundig sind im Kindes- und Jugendalter zumindest z. T. migrationsspezifische Protektivfaktoren wirksam, die Gesundheitsvorteile im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund in ähnlicher sozialer Lage bringen. Allerdings sind, da ein niedriger Sozialstatus und erhöhte Krankheitsrisiken korrelieren, mittelfristig entsprechende gesundheitliche Konsequenzen zu befürchten. Dies gilt insbesondere für Kinder und Jugendliche aus der Türkei, aber auch aus der ehemaligen Sowjetunion und den arabisch-islamischen Ländern.... In diese Richtung weisen auch die wenigen Befunde, die zu älteren Migranten/innen vorliegen: Die vergleichsweise größte materielle Deprivation und auch den schlechtesten Gesundheitszustand weisen Migranten/innen aus der Türkei auf. Gesundheitspolitik kann also hier nicht losgekoppelt werden von sozialpolitischen Bemühungen, die eine größere Chancengleichheit hinsichtlich der sozialen und vor allem der beruflichen Integration zum Ziel haben“

„Die Ergebnisse zeigen, dass eine migrantensensible Ausgestaltung präventiver Angebote eine differenzierte Zielgruppenanalyse je nach zu betrachtendem Gesundheitsmerkmal voraussetzt. Dies betrifft insbesondere eine Differenzierung nach Herkunftsland, Altersgruppe sowie nach Einwanderergeneration (d. h. danach, ob die Kinder in Deutschland geboren wurden oder erst nach der Geburt zugewandert sind).“

„Die Palette der Ursachen einer Benachteiligung in Folge von Migration reicht von Sprachbarrieren, »mitgebrachten« Orientierungen, die auf die hiesige Kultur übertragen werden, Informationsdefiziten über Prophylaxemöglichkeiten, einen Wandel der Lebensgewohnheiten ohne Wissen um deren gesundheitsschädigende Wirkung bis zu Zugangsbarrieren zum Gesundheits-System auf Seiten der Aufnahmegesellschaft. Eine Notwendigkeit migrantensensibler Prävention und Gesundheitsförderung ergibt sich somit nicht nur aus einer schwierigen Erreichbarkeit dieser Gruppe und dem Erfordernis eines kulturspezifischen Zugangs, sondern auch aus migrantentypischen Orientierungen, die präventives Verhalten erschweren können.“

„Vor allem die Veränderung ungünstiger Verhaltensmuster (Ernährungs-, Bewegungs- Mund- gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten) erfordert eine Initiierung bzw. Intensivierung von Aktivitäten, die in den Bereich der Gesundheitserziehung fallen und Wissen über bestehende Angebote der gesundheitlichen Versorgung sowie über gesundheitsgefährdende Verhaltensfolgen bzw. die Kompetenzen eines gesundheitsbewussten Verhaltens vermitteln. So scheint die Verbesserung von Informationen zu Schutzimpfungen, Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen der Kariesprophylaxe über sprachliche Barrieren hinweg sowie das aktive Angebot von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen insbesondere für neu bzw. selbst zugewanderte Kinder und Jugendliche ein wichtiger Ansatzpunkt, um die Inanspruchnahme zu verbessern...“

(Quelle für die – kursiv gesetzten – Passagen zur Situation in Essen: Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen der Stadt Essen)

Horst Heinemann

Interkulturell sensibel arbeiten – Empathie und was noch?

Veronika Rudolph, Integrative Therapie (HPG), Supervision (DGSv) und Training in freier Praxis
Fatma Kekik, Dipl.-Päd., Diversity Trainerin, Diakoniewerk Essen

I. Einleitung

Wie können Profis, die mit Klienten mit Migrationshintergrund arbeiten, kulturelle bzw. interkulturelle Kompetenz für ihre Arbeitszusammenhänge erwerben? Reicht es nicht aus, dass Menschen, die im sozialen Bereich tätig sind, in der Regel gelernt haben, empathisch mit ihren Klienten umzugehen? Reicht eine positive Haltung gegenüber den Fragen und Bedürfnissen dieser Klienten nicht aus, um ihnen im Kontakt gerecht zu werden? Wie viel konkretes Wissen über unterschiedliche Kulturen, Nationalitäten und Ethnien sollten professionelle BeraterInnen sich aneignen? Kann man sich das nicht einfach aneignen?

Am 20. Oktober 2008 fand ein Trainingstag im Gesundheitsamt für die Mitglieder des Arbeitskreises Migration und Gesundheit zum Thema ‚Interkulturell sensibel arbeiten – Empathie und was noch?‘ statt.

Der Bedarf zu solch einem Training entstand in den Arbeitsgruppen zum Bericht ‚Gesundheit und Migration‘. Bei den Fachleuten, die in sehr unterschiedlichen Zusammenhängen mit dem Thema Migration und Gesundheit befasst sind, wurde deutlich, dass es große Unterschiede bezüglich der Wissens- und Erfahrungsebene innerhalb kultursensibler Arbeit gibt.

Entsprechend heterogen war die am Training teilnehmende Gruppe von ca. 20 Frauen und Männern. Über die Geschlechtszugehörigkeit hinaus war die Gruppe auch bezüglich der ethnischen Zugehörigkeit, dem Alter, den Berufen und Arbeitsfeldern im besten Sinne divers (verschieden).

Ziel und Inhalt der Fortbildung war es, die eigenen Wertvorstellungen und Fremdheitsgefühle zu reflektieren, Unterschiede wahrzunehmen und einen kompetenten Umgang mit kultureller Vielfalt zu entwickeln. Neben verschiedenen Übungen zur Selbstreflexion wurden als theoretische Grundlagen Konzepte zur interkulturellen Kompetenz nach Auernheimer, John W. Berry und Sue & Sue vermittelt und mit interkulturellen Situationen im beruflichen Alltag verknüpft.

II. Theoretische Grundlagen unserer Arbeit

Erwartungen von Teilnehmern bei Interkulturellen Trainings und Fortbildungen betreffen häufig Fragestellungen bezüglich ihrer Kulturunterschiede und der daraus entstehenden Irritationen und Konflikte. Es besteht vorwiegend der Wunsch, die jeweilig andere Kultur besser zu verstehen und mit deren Andersartigkeit umgehen zu lernen. Baut man ein Konzept für ein Interkulturelles Training allein auf dieser Basis auf, erreicht man mit großer Wahrscheinlichkeit eine vorläufige Zufriedenheit bei den Teilnehmern, aber eine hilfreiche Grundlage, um im Arbeitsalltag mit Irritationen und Konfliktsituationen umzugehen, kann hierüber nicht vermittelt werden. Denn betrachtet und bewertet man interkulturelle Situationen ausschließlich in Bezug auf ihre kulturellen Aspekte, läuft man Gefahr durch eine Kulturalisierung vorliegende Stereotypisierungen zu verfestigen statt sie zu lösen. Diese Form des Zugangs zum Thema Interkulturalität kann daher den unerwünschten Effekt haben, dass Teilnehmer eines Interkulturellen Trainings mit mehr Vorurteilen aus dem Seminar herauskommen als vorher vorhanden waren.

A Dimensionen interkultureller Kommunikation (Auernheimer 2002)

Auernheimer setzt seine Thesen an diesem kritischen Punkt an und macht deutlich, dass eine kulturalisierende Betrachtungsweise zu falschen Erwartungsmustern führt, die eine Störung in der interkulturellen Kommunikation erzeugen kann. Dabei betreffen Störungen der interkulturellen Kommunikation primär und entscheidend die Beziehungsebene, deren Komplexität durch eine rein kulturelle Betrachtung nicht ausreichend einbezogen werden kann. Der Blick mit der kulturellen Brille fokussiert eher die sachliche Wissens Ebene und stößt dadurch schnell an seine Grenzen.

Mit dem Blick auf die Beziehungsebene in der Interaktion stellt Auernheimer ein heuristisches Modell zur Identifikation möglicher Störungen auf. Dieses ist jedoch nicht grundsätzlich und ursächlich auf alles zu projizieren, denn auch der Einfluss von individuellen Faktoren ist in jedem Fall zu berücksichtigen. Auernheimer geht in seinem Modell von folgenden vier Dimensionen in der interkulturellen Kommunikation aus, die zu einer Kommunikationsstörung führen können:

1. Machtasymmetrien
2. Kollektiverfahrungen
3. Fremdbilder
4. Differente Kulturmuster

Die interkulturelle Kommunikation wird durch diese vier Dimensionen beeinflusst, indem sie die gegenseitigen Erwartungen prägen und dadurch die Interaktion mitbestimmen. Ganz bewusst setzt Auernheimer die differenten Kulturmuster an vierter Stelle und misst den Machtasymmetrien eine besondere Bedeutung zu.

1. Machtasymmetrien

Der Begriff der Machtasymmetrien ist nicht fälschlicherweise mit der negativen Assoziation Herrschaft in Verbindung zu setzen. Vielmehr wird hiermit eine Überlegenheit hinsichtlich der Handlungsmöglichkeiten und eine ungleiche Verfügbarkeit von Ressourcen (bzgl. Informationen, materiell, kulturell, rechtlich, etc.) gemeint. Diese können bedingt sein durch Status- und Rechtsungleichheit, einem Wohlstandgefälle sowie durch weitere Faktoren, die zu einer Unterscheidung zwischen Mehrheit und Minderheit in einer Gesellschaft beitragen. Neben diesen allgemeingültigen Faktoren sollten auch die unmittelbaren Asymmetrien, die sich aus der direkten Situation ergeben, berücksichtigt werden. Hier sind zum Beispiel die unterschiedlichen Sprachkenntnisse, aber auch die Rahmenbedingungen und das Setting in einem Berater-Klient bzw. Arzt-Patient Kontakt zu erwähnen. Paradoxerweise stellt in diesem Zusammenhang sogar die Sensibilität für Asymmetrien eine Überlegenheit des Profis dar. Insbesondere in interkulturellen Kontexten begegnen wir Asymmetrien, die, aufgrund von Erwartungshaltungen, Interpretationen und einer verstärkten Sensibilität für Diskriminierungen, die Interaktion maßgeblich beeinflussen können. Letztlich geht es aber nicht darum diese Asymmetrien grundsätzlich auszugleichen, sondern einen adäquaten Umgang und vor allem das Bewusstsein zu entwickeln, dass Machtasymmetrien vorliegen und bedeutsam für den Verlauf einer Interaktion sind. Erst mit diesem Bewusstsein erhält man sich die Handlungsmöglichkeiten, ausgleichend zu intervenieren und eine vertrauensvolle Basis zu schaffen.

2. Kollektiverfahrungen

Kollektiverfahrungen sind beeinflusst durch weitreichende geschichtliche Zusammenhänge, wie z. B. durch die Kolonialgeschichte, den Nationalsozialismus oder die Arbeitsmigration. Dabei spielt das Gefühl der Betroffenheit durch die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, dem Kollektiv eine wesentliche Rolle. So ist man nicht nur durch die persönliche direkte Erfahrung betroffen, sondern auch durch Ereignisse, die das Kollektiv betreffen. Die individuellen Erfahrungen und aktuelle Ereignisse werden auf dem Hintergrund dieser Kollektiverfahrungen interpretiert und eingeordnet. Dadurch entstehen Interpretationen des Anderen aber auch des Selbst, die zu einer Abgrenzung und Unterscheidung in der Gruppenzugehörigkeit führen und Einfluss auf Verhaltensweisen und gegenseitige Reaktionen mit sich bringen.

Als schwierige Verhaltensweisen und Reaktionen der Angehörigen einer Minderheit zählen z.B. generalisiertes Misstrauen, eine hohe Verletzlichkeit bzw. Sensibilität bzgl. Rassismus, Rückzugsverhalten, Aggressivität, gehemmtes Verhalten, eine negative Selbstethnisierung oder aber auch hohe Erwartungen an die Dominanzkultur.

Dagegen zählen als problematische Verhaltensweisen und Reaktionen der Mehrheitsangehörigen z.B. Paternalismus durch kontrollierendes oder überfürsorgliches Verhalten sowie die Ethnisierung und Interpretation nach stereotypen Bildern. Vorwiegend in den psychosozialen Arbeitsbereichen glaubt man oft zu wissen, wie der andere zu verstehen ist. Indem man Störungen der Kommunikation der anderen Seite zuschiebt und dies an der mangelnden Integration oder Assimilation festmacht, kann aus dieser Position heraus einer Auseinandersetzung mit den eigenen Anteilen ausgewichen werden.

3. Fremdbilder

Fremdbilder stützen sich auf Kollektiverfahrungen und bestimmen unsere Erwartungen. Dabei sind unsere Bilder, z.B. über Kulturen, Nationalitäten und Gesellschaftsgruppierungen gesellschaftlich, politisch und aber auch medial geprägt. Neue Informationen werden im Raster dieser Bilder eingeordnet und interpretiert. Es handelt sich dabei um stereotype Vorstellungen, die sich in Form von positiver Ethnisierung zeigen kann, aber vor allem in der Entstehung von negativen Attributionen, die sich bis zu umfassenden Feindbildern entwickeln können. Informationen über den „Anderen“, z. B. Sprachschwierigkeiten, Herkunft oder das Aussehen, können falsche Assoziationen erwecken und somit zu inadäquaten Reaktionen führen.

4. Differente Kulturmuster

Unterschiedlichen Kulturmustern wird oft eine übermäßige Bedeutung und Gewichtung zugeschrieben. Dabei sind die als Kulturunterschiede interpretierten Störfaktoren in der Kommunikation in der Regel auf Kollektiverfahrungen und Fremdbilder zurückzuführen. So genannte kulturelle "Codes" oder „Scripts“ organisieren unseren Alltag und geben den Rahmen für Verhalten und Wertvorstellungen. Dadurch entsteht die Vorstellung von Normalität, deren Kulturspezifität dem Einzelnen oft nicht bewusst ist. Sie wird oftmals als universell gültig betrachtet. Durch die Unreflektiertheit dieser Alltags- und Verhaltensmuster kann es bei interkulturellen Kontakten schnell zu Irritationen, Missverständnissen oder Konflikten kommen. Denn mit diesen Verhaltensnormen sind letztlich auch Wertorientierungen verknüpft, die bei Missachtung schnell verletzt werden können. Grundsätzlich sind aber Kommunikationsstörungen bedingt durch rein kulturelle Unterschiede leichter zu entdecken und zu klären. Spielen jedoch Aspekte der Machtasymmetrien, Kollektiverfahrungen und Fremdbilder eine Rolle, können die Kulturunterschiede schnell zum Anlass für einen Konflikt werden.

Interkulturelle Trainings und Fortbildungen dürfen sich daher nicht nur darauf beschränken kulturelle Differenzen kennen zu lernen, sondern müssen sich vielmehr mit der Bewusstmachung von affektiven Anteilen und der Eigenreflexion beschäftigen.

Auernheimer verfolgt daher die Maxime:

Immer offen dafür sein, dass der oder die Andere anders anders sein könnte, als man dachte!

B Grundlagen zur Beratung in interkulturellen Kontexten nach Sue & Sue

- Vier Ebenen kultureller/interkultureller Kompetenz nach Sue & Sue

Kulturelle bzw. interkulturelle Kompetenz bezieht sich auf mehrere Ebenen des Handelns. Zunächst denkt man an den Einzelnen (Ebene des Individuums), der in einem interkulturellen Kontext bestimmte Haltungen, Überzeugungen, Gefühle und Verhalten verkörpert. Er bringt bestimmte persönliche Einstellungen mit, möglicherweise auch Vorurteile. Und er verfügt je nachdem über ein bestimmtes Urteilsvermögen, das durchaus nicht nur von validen Informationen, sondern auch von Fehlinformationen geprägt sein kann.

Dieses Individuum, übt seine Profession als Berater auf dem Hintergrund seines Verständnisses von Beratung und Psychologie aus (Ebene der Profession). Beratung und Psychologie sind ihrerseits kulturell geprägt. Die Theorien dazu sind in einem euro-amerikanischen Zusammenhang gewachsen und sind so von einem entsprechenden Selbstverständnis und Weltbild erfüllt. Daraus folgen für den professionellen Berater sowohl fachliche Standards seines Handelns als auch ethische Handlungsnormen. In einem interkulturellen Beratungskontext kann diese selbstverständlich erscheinende Professionalität allerdings Probleme verursachen. Menschen mit anderen kulturellen Wurzeln haben nicht automatisch die gleichen Bedürfnisse an eine Beratung wie Menschen, die der Mehrheitsgesellschaft angehören. Es kann z.B. sein, dass sie sich nicht unbedingt angenommen fühlen, wenn die BeraterIn zwar alle möglichen Probleme anspricht, aber gar keinen Rat geben möchte, weil ja alle Entscheidungen von der Klientin bestimmt werden sollen.

Jede BeraterIn arbeitet im Kontext einer Organisation oder Institution (Ebene der Organisation), die als solche ein bestimmtes Selbstverständnis hat. In Deutschland ist das Selbstverständnis von sozialen Diensten meist noch nicht dadurch gekennzeichnet, dass ihre Programmatiken, ihre Strukturen, Überzeugungen und Handlungsmaximen im Hinblick auf interkulturelle Anforderungen reflektiert und angepasst worden sind. Vielmehr sind Organisationen und Institutionen in ihrem Selbstverständnis noch immer

weitgehend monokulturell ausgerichtet. Das hat Folgen für die Arbeit der Beratenden. Z.B. ist es gar nicht so selten, dass Organisationen und Institutionen sich aus ihren Mitarbeitern jemanden ausgucken, der oder die für die interkulturellen Themen, Anliegen, Kontakte usw. zuständig ist. So gibt es scheinbar eine interkulturelle Zuständigkeit, gleichzeitig aber wird vermieden, dass sich die gesamte Organisation mit ihrer monokulturellen Verfasstheit auseinandersetzen muss.

Die drei Ebenen von Individuum, Profession und Organisation sind durch eine vierte Ebene, die Ebene der Gesellschaft geprägt, die die Normen und Werte auf der Gesellschaftsebene darstellt. Für die deutsche Gesellschaft lässt sich sagen, dass sie auf dem Hintergrund ihrer historischen Entwicklung an europäischen Normen und Werten orientiert ist und dass ihr kulturelles Selbstverständnis noch weitgehend ethnozentrisch/monokulturell geprägt ist. Das wird sehr deutlich, wenn man den Diskurs um Deutschland als multikulturelle Gesellschaft verfolgt.

Dies sollte verständlich machen, dass Berater nicht nur als Individuen gefordert sind, sich mit ihrer ganz persönlichen interkulturellen Kompetenz auseinanderzusetzen, sondern, dass sie diese Auseinandersetzung für sich nur meistern können, wenn sie auch ihre Profession, ihre organisatorischen Arbeitszusammenhänge und die sie prägende Gesellschaft reflektieren.

- Drei Ebenen personaler Identität nach Sue & Sue

In der amerikanischen Literatur gibt es eine umfangreiche Auseinandersetzung zum Zusammenhang von Minoritäten und Identität. Ganz grundlegend zum Thema Identität im interkulturellen Kontext sind Überlegungen, was allen Menschen unabhängig von ihren kulturellen Hintergründen und ihrer jeweiligen Position in der Gesellschaft gemeinsam ist und worin sie sich fundamental unterscheiden. Das Gemeinsame zwischen allen noch so unterschiedlichen Menschen besteht darin, dass sie alle zur Spezies des Homo Sapiens gehören und mithin alle fähig sind, Symbole zu verwenden und sich selbst wahrnehmen zu können. Alle Menschen besitzen biologische und physische Ähnlichkeiten und teilen basale Lebenserfahrungen wie etwa Geburt und Tod. Einzigartig dagegen ist jeder Mensch in dem Sinn, dass er eine unverwechselbare genetische Ausstattung besitzt und ganz und gar individuell besondere Lebenserfahrungen macht.

Zwischen diesen beiden Ebenen der grundsätzlichen Gemeinsamkeiten und der grundsätzlichen Verschiedenheit gibt es eine Ebene von Ähnlichkeiten und Unterschieden. Hierbei geht es um eine Gruppenebene. Gruppen von Menschen gleichen oder unterscheiden sich hinsichtlich ihres Geschlechtes, ihres sozioökonomischen Status, des Alters, der Kultur, des Glaubens und der Religion, des Familienstandes, der jeweiligen sexuellen Orientierung, bezüglich ihres Nichtbehindertseins oder einer Behinderung, ihres geographischen Ortes, der Ethnizität, und einer Kategorie, die auf Deutsch nicht mehr ohne Anführungszeichen benannt werden kann, da sie zu den grausamsten Formen der Diskriminierung, zum Holocaust geführt hat. Das ist die Kategorie „Rasse“. Es gibt viele gute Gründe diese Kategorie aus allen Rechtsvorschriften zu streichen, wie es das Deutsche Institut für Menschenrechte jüngst als Anliegen formuliert hat. Im amerikanischen Zusammenhang wird der Begriff „race“ weiter verwendet, da er gerade im Bereich der psychosozialen Beratung im Zusammenhang mit der Geschichte der Sklaverei und deren Auswirkungen auf Generationen von African Americans bis heute große Bedeutung hat. Eine BeraterIn muss sich mit ihrem Weißsein auseinandersetzen, um für ihr Gegenüber eine einfühlsame und respektvolle Beratung gewährleisten zu können.

Wenn man diese Überlegungen auf Deutschland anwendet, wird deutlich, dass sich BeraterInnen der deutschen Mehrheitsgesellschaft im hiesigen Kontext mit ihrer deutschen Identität auseinandersetzen müssen, um sich in diskriminierte Minderheiten einfühlen zu können. Aber auch BeraterInnen aus anderen kulturellen Kontexten bleibt es ebenso nicht erspart, sich womöglich mit ihrer jeweiligen ethnischen oder auch nationalen Zugehörigkeit auseinanderzusetzen, die möglicherweise zur Diskriminierung anderer Minoritäten geführt hat.

Für die Arbeit als Berater heißt das, dass sie sich ungeachtet ihrer jeweiligen kulturellen Zugehörigkeit in jedem Fall mit ihrer eigenen möglichen Täter- und Opfergeschichte auseinandersetzen sollten, um im Klientenkontakt nicht aus unbewussten und verschütteten Motiven in dieser Täter- oder Opfergeschichte verhaftet zubleiben.

C Akkulturationsstile nach John W. Berry

Im englischsprachigen Diskurs hat John W. Berry über Jahrzehnte zu dem Thema Akkulturation gearbeitet. Er hat unterschiedliche Stile von Akkulturation beschrieben, die hier kurz erläutert werden sollen. Berry interessiert sich für die Art und Weise der Akkulturation, was insofern wichtig ist, als sich daraus Hinweise auf verschiedene Problemlagen ableiten lassen. Das ist gerade auch im Klientenkontakt für Berater ein wichtiges Thema.

Für ihn sind zwei Perspektiven auf Akkulturation zentral. Zunächst fragt er danach, wie sich Zuwanderer einerseits zu ihrer eigenen Herkunftsgruppe und andererseits zur Aufnahmegesellschaft stellen: Wie wichtig ist ihnen die Erhaltung ihrer ursprünglichen kulturellen Identität und wie sehr sind sie bereit, sich mit der Kultur der neuen Gesellschaft anzufreunden? Wie sehen sie die Beziehungen zwischen der Herkunftsgruppe und der Mehrheitsgruppe?

Gelingen ist nach Berry Integration, wenn es sowohl eine positive Beziehung zur eigenen ursprünglichen Gruppe und Kultur gibt als auch die Offenheit gegenüber der neuen Kultur der Aufnahmegesellschaft. Wenn eine MigrantIn den Bezug zu ihrer Herkunftskultur aufgibt und sich ganz der neuen Kultur anpasst, spricht Berry von Assimilation, zu Deutsch Anpassung. In der deutschen Diskussion scheint es so, dass mit dem Wunsch nach Integration von Menschen mit Migrationshintergrund häufig eher der Wunsch nach deren Anpassung an die Mehrheitsgesellschaft verbunden ist.

Wenn eine MigrantIn in ihrer Herkunftskultur verhaftet bleibt, ohne sich mit der Kultur des Aufnahmelandes auseinanderzusetzen, wird sie ein Leben parallel zur Mehrheitskultur leben, was Berry als Separationsstil bezeichnet.

MigrantInnen, die den positiven Bezug zu ihrer Herkunftskultur verlieren und sich gleichzeitig nicht in die neue Kultur einleben können, geraten in eine marginalisierte Position. Weder sind sie in ihrer alten noch in der neuen Kultur aufgehoben, was das Potential großer Fremdheit, Verlust von Identität und mithin das Potential vielfältiger sozialer und gesundheitlicher Probleme mit sich bringt.

Die zweite nicht minder wichtige Perspektive auf Akkulturation ist nach Berry die Frage, wie sich die Aufnahmegesellschaft gegenüber den Zuwanderern verhält, welche Strategien sie verfolgt, den Zuwanderern Platz in der Mehrheitsgesellschaft einzuräumen. Auch hier gibt es vier unterschiedliche Arten und Weisen, die mit den vier Stilen der Integration, der Assimilation, der Separation und der Marginalisierung korrelieren.

Der Integration entspricht nach Berry der Multikulturalismus. Dabei geht es darum, dass die Aufnahmegesellschaft ermöglicht und respektiert, dass Zuwanderer nicht nur in die neue Gesellschaft hineinwachsen können, sondern auch die kulturellen Besonderheiten ihrer Herkunftsgesellschaften pflegen.

Der Assimilation entspricht das Konzept des Meltingpots. Hierbei geht es um die Strategie, dass Zuwanderer mit den Normen, Werten und Gepflogenheiten der Aufnahmegesellschaft rasch verschmelzen und möglichst ihre Herkunftskultur hinter sich lassen. Man weiß aus klassischen Aufnahmeländern wie z.B. den USA, dass dieses Konzept nicht sehr erfolgreich war. Möglicherweise erzeugt der Wunsch, wonach die Zuwanderer sich möglichst schnell anpassen sollten, gerade eine gegenläufige Bewegung, nämlich der Wunsch nach Festhalten an den eigenen kulturellen Wurzeln aus Verunsicherung bezüglich der eigenen Identität.

Die Mehrheitsgesellschaft muss sich fragen lassen, ob ihrem Verlangen nach Assimilation von Seiten der Zuwanderer auch eine Offenheit zur Teilhabe entspricht. Wenn Zuwanderern der Zugang zu den Ressourcen einer Gesellschaft z.B. in Form von gleichberechtigtem Zugang zum Arbeits- oder Wohnungsmarkt, zum Gesundheitssystem sowie zur Förderung von Bildung nicht möglich ist, liegt es nicht nur nahe, dass Menschen sich separieren. Es ist dann notwendig im Interesse ihrer Selbstfürsorge. Insofern führt institutionell ausgrenzendes Verhalten der Mehrheitsgesellschaft zur Segregation von Migrantengruppen.

Als vierte Variante entspricht die Marginalisierung auf der Seite der Zuwanderer dem Ausschluss von Seiten der Aufnahmegesellschaft. Wenn diese weder zulässt, dass Menschen ihren Platz in der Aufnahmegesellschaft finden, noch tolerieren, dass sie sich auf die Gruppen ihrer Herkunftskulturen beziehen, dann zeigt sich eine Strategie von gesellschaftlichem Ausschluss.

Die individuellen oder auch gruppenorientierten Stile von Akkulturation auf der einen Seite und die gesellschaftlichen Strategien gegenüber Migrantengruppen auf der anderen Seite beeinflussen und verstärken sich gegenseitig. Insofern ist Akkulturation als ein interdependenter Prozess zwischen Zuwande-

ern und Mehrheitsgesellschaft zu verstehen. Von Seiten der Zuwanderer braucht es die Offenheit, aus Elementen der Herkunftskultur und der Aufnahmegesellschaft ein neues Selbstverständnis, eine neue Identität zu entwickeln. Von Seiten der Aufnahmegesellschaft, und das ist nicht weniger bedeutsam, braucht es eine institutionelle Öffnung zur gleichberechtigten Teilnahme auf allen Ebenen der Gesellschaft, wenn Integration gelingen soll.

III. Schlussfolgerungen

In unserer Konzeption von interkulturellen Trainings wird deutlich, dass wir sehr viel Wert darauf legen, dass wir bei ersten Trainings in interkultureller Kompetenz eher weniger Wissen über andere Kulturen vermitteln wollen, als vielmehr eine Art von ‚Fremdheitskompetenz‘ entwickeln möchten.

Damit meinen wir, dass TrainingsteilnehmerInnen sich zunächst mit ihren eigenen inneren Haltungen gegenüber Fremdheit im allgemeinen und mit ihren Haltungen gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund auseinandersetzen sollten, um zu wissen, wo sie selbst stehen. Um mit Menschen aus einem anderen kulturellen Zusammenhang sinnvoll und erfolgreich zu kommunizieren, sollten sich die BeraterInnen ihrer eigenen kulturellen Wurzeln, ihres eigenen kulturellen Gewordenseins bewusst werden. Das kann ihnen dabei helfen, achtsam auf die häufig verborgenen Erwartungs- und Wahrnehmungsdifferenzen zu achten, die sich rasch und unbemerkt auf beiden Seiten, sowohl bei der Beraterin als auch bei der Klientin einstellen können. Für eine Beraterin ist es daher wichtig, eine Haltung von wohlwollender nicht bewertender und respektvoller Neugier gegenüber Menschen aus anderen kulturellen Zusammenhängen zu entwickeln. ‚Ah, so ist das bei Ihnen‘, anstatt ‚so sollte es sein‘. Verständnis und Einfühlung erschließen sich leichter, wenn man Fragen stellt als wenn man zu rasch zu wissen scheint, worum es geht. Und nicht selten werden Probleme vorschnell stereotyp als kulturell gedeutet, was sich im Beratungskontakt dann als kontraproduktiv erweist. Es geht also um die Entwicklung von Fähigkeiten von Selbstreflexion, wohlwollender und respektvoller Neugier und einer nicht bewertenden Haltung für alle BeraterInnen, egal ob sie der Mehrheitsgesellschaft oder einer kulturellen Minderheit angehören.

Zudem geht es uns um die Entwicklung einer Bewusstheit der BeraterInnen, dass sie nicht nur als Individuen kulturell geprägt sind, sondern dass dies auch für ihr Verständnis der eigenen beruflichen Rolle und ihrer Profession gilt. Hinzu kommt, dass BeraterInnen in der Regel in Institutionen und Organisationen arbeiten, die vorrangig an Bedürfnissen und Interessen der Mehrheitsgesellschaft orientiert sind. Dies alles im Beratungskontakt zu reflektieren und zu berücksichtigen, macht interkulturelle Empathie aus.

Um diese Art von interkultureller Empathie und Fremdheitskompetenz zu entwickeln, arbeiten wir mit Übungen zur Selbsterfahrung, die sorgfältig ausgewertet werden und erst danach mit den hier dargestellten theoretischen Überlegungen angereichert werden.

Quellen:

Auernheimer, G. (2008): Interkulturelle Kommunikation, mehrdimensional betrachtet, mit Konsequenzen für das Verständnis von interkultureller Kompetenz. In: G. Auernheimer (Hrsg.): Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität 2., aktualisierte und erweiterte Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften, S. 35-66

Auernheimer, G. (2007): Einführung in die Interkulturelle Pädagogik, 5. Aufl., Darmstadt

Berry, John W. (2006): Contexts of acculturation. In: D.L.Sam/J.W.Berry: Acculturation Psychology. Cambridge University Press. S. 27-42.

Berry, John W. (3rd Edition 2004): Fundamental Psychological Processes in Intercultural Relations. In: D.Landis/J.M.Bennett/M.J.Bennett: Handbook of Intercultural Training. Thousand Oaks CA, London, New Delhi. S. 166-184.

Rudolph, Veronika (2005): Interkulturalität in der Supervision. In: Arbeit und Gesundheit. Supervision. Mensch Arbeit Organisation 3/2005. S.36-52.

Sue, Derald W. & Sue, David (4th Edition 2003): Counselling the Culturally Diverse. Theory and Practice. John Wiley & Sons Inc. USA.

Projekt MiMi

Mit Migranten für Migranten – interkulturelle Gesundheit in Essen

Yasemin Kader, Neue Arbeit der Diakonie Essen

Die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund ist im Hinblick auf die demographische Entwicklung ein zentrales Aufgabenfeld: Jeder achte Einwohner Deutschlands hat mittlerweile eine Zuwanderungsgeschichte. In Nordrhein-Westfalen leben mehr als 4,1 Millionen Menschen mit Zuwanderungshintergrund. In der Stadt Essen haben über 23% der ca. 580.000 Einwohner und Einwohnerinnen eine Zuwanderungsgeschichte (MGFFI, 2008).

Menschen mit Migrationshintergrund profitieren von den bisherigen Angeboten im Gesundheitswesen nur unzureichend. So nutzen sie beispielsweise Präventionsprogramme oder Vorsorgemaßnahmen nicht im ausreichenden Maße. Hinzu kommen sprachliche und kulturelle Zugangsbarrieren, die eine optimale Nutzung sowie Kenntnissammlung über das breite Spektrum von Angeboten im Gesundheitsbereich erschweren (RKI, 2008).

Unter Berücksichtigung der sprachlichen, kulturellen sowie migrationsbedingten Aspekte hat das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. das MiMi-Projekt (Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland) initiiert. Staatsministerin Prof. Dr. Maria Böhmer, MdB, die Bundesbeauftragte für Migration, Integration und Flüchtlinge, ist die Schirmherrin des Projektes.

Seit 2008 wird das MiMi Projekt in Nordrhein-Westfalen im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein Westfalen, des BKK Bundesverbandes, des BKK Landesverbandes Nordrhein Westfalen sowie der Janssen-Cilag GmbH und mit Unterstützung von Betriebskrankenkassen an den jeweiligen Projektstandorten unter der Leitung des Ethno-Medizinischen Zentrums e. V. landesweit durchgeführt.

Das Ethno-Medizinische Zentrum in Hannover hat bundesweit – mittlerweile an 50 Standorten in 10 Bundesländern – Migrant/innen zu interkulturellen Gesundheitsmediatoren und -mediatorinnen ausgebildet. In NRW wird das Projekt an 15 Standorten umgesetzt. Es wurden bisher über 330 Gesundheitsmediatoren und -mediatorinnen an diesen Standorten qualifiziert und über 18.000 Menschen mit Zuwanderungshintergrund erreicht. Einer dieser Standorte ist Essen.

Ziel des Projektes ist die nachhaltige Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. Um dies zu erreichen, wurden in den vergangenen Jahren Migranten und Migrantinnen zu interkulturellen Gesundheitsmediatoren und -mediatorinnen ausgebildet. Sie sind dazu befähigt worden, sich aus eigener Initiative verantwortungsbewusst für ihre eigene Gesundheit und die ihrer Landsleute einzusetzen, damit auch bei diesen das Bewusstsein und die Eigenverantwortung für ihre Gesundheit gefördert und gestärkt werden. Dies wird im Rahmen von muttersprachlichen Informationsveranstaltungen in den unmittelbaren Lebensräumen der Zielgruppen umgesetzt. Dieser Weg hat sich als erfolgreich erwiesen, um das Interesse der Migranten und Migrantinnen für Gesundheitsförderung und Prävention zu wecken und zu erhöhen, sie zu informieren und um sie für ein gesundheitsbewusstes Leben zu sensibilisieren. Das MiMi-Projekt richtet sich bisher vorrangig an Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, die eine der folgenden Sprachen sprechen: Albanisch, Arabisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kurdisch, Persisch, Polnisch, Russisch, Serbokroatisch, Spanisch, Vietnamesisch und Türkisch.

Im Jahre 2005 wurden in der Stadt Essen elf Menschen mit Migrationshintergrund zu interkulturellen Gesundheitsmediatoren und -mediatorinnen ausgebildet. Sie wurden im Rahmen einer 50-stündigen Schulung zu vielseitigen Gesundheitsthemen geschult und auf ihren Einsatz als interkulturelle Gesundheitsmediatoren vorbereitet. Durch praktische Übungen wurden sie befähigt, Informationsveranstaltungen in ihrer jeweiligen Muttersprache in Vereinen, Schulen, Kindertagesstätten, Moscheevereinen, Frauengruppen und weiteren Gruppierungen und innerhalb ihrer Community durchzuführen.

Im weiteren Projektverlauf stellte sich heraus, dass es für den Erfolg des Projektes notwendig ist, die Arbeit der Mediatoren besser zu begleiten und zu stabilisieren. Daher wurde in Kooperation mit allen Projektbeteiligten und Kooperationspartnern – Gesundheitsamt der Stadt Essen, RAA/Büro für interkul-

turelle Arbeit der Stadt Essen und dem Ethno-Medizinischen Zentrum – durch die NEUE ARBEIT der Diakonie Essen gGmbH die Förderung einer Koordinationsstelle, die die Organisation und Durchführung von Informations- bzw. Kampagneveranstaltungen der Mediatoren und Mediatorinnen unterstützt, beantragt.

Im April 2007 ist die Koordinierungsstelle des Projekts „Gesundheitsinformation – Migrantinnen informieren Migrantinnen über Themen im Gesundheitssystem“ bei der NEUE ARBEIT der Diakonie Essen an den Start gegangen. Das Projekt wurde zunächst bis zum 31. Mai 2008 über die Projektmittel der Sozialen Stadt NRW aus dem Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf“ gefördert. So bestand die Möglichkeit, insbesondere in den Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf Informationsveranstaltungen zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen zu organisieren und durchzuführen. Aufgrund der hohen Nachfragen nach Veranstaltungen sowie der positiven Rückmeldungen auf lokaler Ebene ist es möglich geworden, eine weitere Finanzierung bis zum 31.07.2010 zu erhalten. Die weitere Perspektive muss geklärt werden. Die Honorarkosten für die Gesundheitsmediatoren und –mediatorinnen werden von Krankenkassen wie z. B. der Novitas BKK – die Präventionskrankenkasse – oder von den Vereinen bzw. Gruppen getragen.

Eine MiMi-Informationsveranstaltung besteht im Wesentlichen aus zwei Teilen. Zum einen wird bei jeder Veranstaltung das deutsche Gesundheitssystem vorgestellt und zum anderen ein weiteres Thema, das vom Bedarf und dem Interesse der Teilnehmenden abhängig ist.

Die MiMi-Mediator/innen vermitteln ihr Wissen zu folgenden Themen:

- Das deutsche Gesundheitssystem
- Vorsorge und Früherkennung
- Ernährung und Bewegung
- Gefahren des Alkoholkonsums
- Gesundheitsrisiko Rauchen
- Schwangerschaft und Familienplanung
- Kindergesundheit und Unfallprävention
- Gesunde Zähne und Mundgesundheit
- Seelische Gesundheit
- Adipositas
- Umgang mit Medikamenten
- Erste Hilfe beim Kind
- Alter, Pflege und Gesundheit
- Stillen
- Brustkrebsfrüherkennung und –behandlung.

So konnten bisher über 850 Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in den MiMi-Informationsveranstaltungen, die in Migrantenvereinen, Schulen, Kindertagesstätten, Frauengruppen, Moscheevereinen u. v. m. stattfinden, erreicht werden. Unter den Teilnehmenden befanden sich unterschiedliche Generationen und Altersgruppen. Jugendliche mit Migrationshintergrund wurden über Themen wie Rauchentwöhnung informiert, Frauen mit Migrationshintergrund über gesunde Ernährung und Bewegung, Senioren über das Thema „Gesund alt werden in Deutschland“. Dieses Ergebnis zeigt die Notwendigkeit des Projektes und den enormen Bedarf an Informationen in den jeweiligen Herkunftssprachen der betroffenen Menschen.

Die Veranstaltungen werden u. a. von Menschen türkischer, arabischer, kurdischer, tamilischer, persischer und deutscher Herkunft besucht. Die Koordinierungsstelle in Essen evaluiert mit Hilfe der Gesundheitsmediatoren und –mediatorinnen die Informationsveranstaltungen. Dafür hat das Ethno-Medizinische Zentrum im Rahmen des Projektes mehrsprachige Evaluationsbögen entwickelt. Diese kommen bei allen Veranstaltungen zum Einsatz, wie z.B. Befragung der Teilnehmer/innen der Veranstaltungen und Befragung der interkulturellen Gesundheitsmediatoren und –mediatorinnen in Form von Veranstaltungsberichten. Die so gewonnenen Daten fließen in die Gesamtstatistik des bundesweiten MiMi-Projektes ein.

Des Weiteren hat das Ethno-Medizinische Zentrum auch einen Gesundheitswegweiser zum Thema „Gesundheit von Eltern und Kindern in NRW“ in fünfzehn Sprachen herausgebracht, die bei den Veranstaltungen ausgehändigt werden und es den Teilnehmenden ermöglichen, sich über die Veranstaltung hin-

aus über die angesprochenen Themen zu informieren. Bei den Veranstaltungen werden zudem je nach Themengebiet Adressenlisten von muttersprachlichen Ärzten und Ärztinnen, Krankenhäusern, psychosozialen Beratungsstellen u. a. gesammelt und an die Teilnehmenden weitergegeben.

Quellen:

Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (2008): Nordrhein-Westfalen: Land der neuen Integrationschancen. 1. Integrationsbericht des Landesregierung. Düsseldorf.

Robert Koch-Institut (2008): Schwerpunktbericht: Migration und Gesundheit. Berlin.

Kontakt:

Koordinationsstelle MiMi Essen

NEUE ARBEIT der Diakonie Essen gGmbH

Yasemin Kader (Dipl. Päd.)

Königgrätzstr. 12

45138 Essen

Tel.: 0201 / 280 38 22

E-Mail: yasemin.kader@neue-arbeit-essen.de

MiMi-Projektbüro NRW

MiMi-Projektbüro

Klara Starikow (MSc PH)

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein – Westfalen (MAGS)

Fürstenwall 25

40219 Düsseldorf

Tel.: 0211 / 8 55 31 85

E-Mail: mimi.nrw@online.de

Beginn aller Workshops: 13:00 Uhr

Workshop D:

Lebenssituation von Asylbewerbern
Dirk Berger,
Dipl. Sozialarbeiter/Flüchtlingsberatung,
Diakoniewerk Essen

Workshop E:

Sexualaufklärung interkulturell. „Keiner ist wie alle“
Meral Renz,
Dipl. Sozialarbeiterin,
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin, Sexual-
therapeutin, AWO Essen

Workshop F:

Alter und Pflege
Dr. Jens Friebe,
Sozialwissenschaftler,
Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, Bonn

15:15 Uhr

Plenum: Kurze Berichte aus den Workshops
Schlussbetrachtung: Wie geht es weiter?

Ende gegen 16:00 Uhr

Tagungsmoderation:

Tanris Breittkopf,
RAA Essen / Büro für interkulturelle Arbeit
Rainer Paust,
Elisabeth-Krankenhaus

Veranstalter:

Projekt Gesunde Stadt Essen
c/o Gesundheitsamt / 53 – 1 – 3
45121 Essen
Telefon (0201) 88-53 102/-3
Fax (0201) 88-53 135
e-mail: horst.heinemann@gesundheitsamt.essen.de

Gesundheitsamt der Stadt Essen
Juni 2008



Anmeldung

zu den Fachkonferenzen
„Gesundheit und Migration – Prozess und Dialog“
am 10. und am 24. September 2008

Bitte möglichst bald zurückschicken an

Gesundheitsamt

53 – 1 – 3 / Büro Gesunde Stadt
45121 Essen

oder an Fax-Nr. (0201) 88 53 135

Ich nehme teil

- nur am 10. September
 nur am 24. September
 an beiden Konferenzen

Ich möchte an diesen Workshops teilnehmen:

10. September:

- Workshop A
Workshop B
Workshop C

24. September:

- Workshop D
Workshop E
Workshop F

Ich benötige eine Teilnahmebescheinigung

Die von mir vertretene Einrichtung möchte einen Info-
Stand einrichten

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon, Fax, e-mail- Adresse: _____

Fachkonferenzen „Gesundheit und Migration – Prozess und Dialog“

10. und 24. September 2008

Elisabeth-Krankenhaus Essen
Klara Kopp-Weg
Hörsaalzentrum



Gesundheitsamt Essen

**STADT
ESSEN**

Das „Projekt Gesunde Stadt Essen“ (koordiniert vom Gesundheitsamt der Stadt Essen und von der Selbsthilfe-Beratungsstelle WIESE e. V.) arbeitet zusammen mit der RAA /Büro für interkulturelle Arbeit an einem Bericht zum Thema „Gesundheit und Migration“. Die Ergebnisse der Arbeit sollen auch ins „Interkulturelle Konzept der Stadt Essen“ einfließen.

Leider gibt es – nicht nur in Essen, sondern bundesweit – nur sehr wenige Zahlen und Daten zu diesem Thema. Der Bericht wird also in hohem Maße auf Einschätzungen von Fachleuten angewiesen sein.

Diese Einschätzungen und Bewertungen wollen wir bei zwei Fachkonferenzen im September – am 10. und am 24.09. – sammeln.

Die Teilnahme ist kostenlos.

10. September 2008

09:00 Uhr

Begrüßung und Einführung:

Rainer Paust,

Elisabeth-Krankenhaus

Peter Renzel,

Stadt Essen, Geschäftsbereichsvorstand 5,

Horst Heinemann,

Gesundheitsamt/ Büro Gesunde Stadt

09:30 Uhr

Verstehen S(s)je mich? – Ansatzpunkte zur interkulturellen Öffnung von Gesundheitseinrichtungen

Dr. Helmut Schweizer,

RAA Essen/Büro für interkulturelle Arbeit

10:00 Uhr

Trainingserfahrungen: Zwischen Sensibilisierung und Interkultureller Kompetenz

Dr. Anne Dietrich, Ethnologin,

Trainerin „kulturell – interkulturell“

10:30 Uhr – Pause

10:50 Uhr

Somatoforme und posttraumatische Störungen bei türkischen Frauen

PD Dr. med. Yesim Erim,

Rheinische Kliniken Essen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

11:20 Uhr

Notwendigkeit kultursensibler muttersprachlicher Behandlungangebote in der psychiatrischen Versorgung

Dr. med. Murat Ozankan,

Migrantenambulanz der Rheinischen Kliniken Langenfeld

11:50 Uhr – Mittagspause

Beginn aller Workshops: 13:00 Uhr

Workshop A:

Dolmetscherdienste: Können sie Barrieren in der Gesundheitsversorgung abbauen helfen?

Dr. phil. Sebnem Bahadır,

Dipl.-Übersetzerin und Dolmetscherin,

Dozentin an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Cornelia Kauztor,

Diplom-Pädagogin

Netzwerk Migration und Behinderung

Workshop B:

Psychische Erkrankungen bei Migrantinnen und Migranten und regionale Versorgungsangebote

Barbara Eifert,

Psychiatrie-Koordinatorin

Gesundheitsamt der Stadt Essen

Workshop C:

Anders gleich? Familie leben in der Migration

Fatma Kekik,

Dipl. Pädagogin,

Erziehungsberatung des Diakoniewerks Essen

Sibel Koray,

Diplom-Psychologin, Familientherapeutin/Jugendpsychologisches Institut der Stadt Essen

15:15 Uhr

Plenum: Kurze Berichte aus den Workshops

24. September 2008

09:00 Uhr

Kurze Zusammenfassung der ersten Fachkonferenz vom 10. September

09:20 Uhr

Schlechterer Gesundheitszustand von Migrantenkindern – Schicksal oder Herausforderung?

Dr. med. Petra Freynik,

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Gesundheitsamt Essen

09:50 Uhr

Diabetes und Migration

Dr. med. Peter Hübner,

Internist-Diabetologe,

Klinik Niederrhein Bad Neuenahr

10:20 Uhr – Pause

10:50 Uhr

Kindergesundheit und Migration

Dr. med. Ulrich Kohns,

Kinder- und Jugendarzt, Essen

11:20 Uhr

Migration & Sucht – der Spagat zwischen Angebot und Nachfrage

Bärbel Marrziniak,

Suchthilfe direkt Essen gGmbH,

Pädagogische Leitung, Qualitätsbeauftragte

11:50 Uhr

Mittagspause

Verstehen S(s)ie mich ? – Ansatzpunkte zur Interkulturellen Öffnung von Gesundheitseinrichtungen

Dr. Helmuth Schweitzer RAA/Büro für interkulturelle Arbeit der Stadt Essen

Vorbemerkungen

Als Einstieg in das Thema werde ich Ihnen in einem kurzen einleitenden Teil die Ausgangslage für die interkulturelle Orientierung des kommunalen Gesundheitssystems anhand einiger historischer Bilder aus der Zeit der Anwerbung von „Gastarbeitern“ in den 60er Jahren im wahrsten Sinne des Wortes „vor Augen führen“ und auf dieser Grundlage einige Daten zur Geschichte und zur Gegenwart der aktuellen Migration in Essen präsentieren. Anschließend möchte ich anhand einiger Beispiele aus der Praxis in dieser Region die häufig **negative** interkulturelle Kommunikation zwischen Menschen mit Zuwanderungsgeschichte einerseits und Einheimischen bzw. Mitarbeitern von deutschen Einrichtungen der psycho-sozialen und gesundheitlichen Versorgung andererseits skizzieren. In einem dritten Abschnitt werde ich die im gesamten Bundesgebiet relativ fest etablierten traditionellen Problemlösungsstrategien von Verwaltung und Politik im Umgang mit Migration und Integration in den Regeldiensten – über den Bereich der Gesundheit hinaus – kritisch beleuchten. Daraus wird verständlich, warum und welcher Form wir in Essen seit etwa 10 Jahren mit der Entwicklung und Umsetzung des „Konzepts für die interkulturelle Arbeit in der Stadt Essen“ einen anderen Weg gegangen sind. Aus den dabei in den letzten Jahren gemachten Erfahrungen werde ich dann ein kurzes Zwischenfazit über den Stand der interkulturellen Öffnung von Regeleinrichtungen in Essen ziehen und abschließend einige grundlegende Anforderungen, Ziele, Hindernisse und konzeptionelle Bestandteile für den Ausbau der interkulturellen Orientierung von Gesundheitseinrichtungen darstellen.

I. Erfolgreiche Migration und Integration setzt gesunde Menschen voraus –

Interkulturelle Orientierung des deutschen Gesundheitssystems in den 60er Jahren

Nur die mutigsten/cleversten und gesundesten / lernfähigsten Menschen verlassen ihre Heimat, machen sich auf den Weg, überwinden erfolgreich die zahlreichen Hürden und Grenzen,

- finden sich in der Fremde zurecht,
- können sich auf die neuen (Über)Lebensbedingungen einstellen und
- erreichen eine umfassende Integration in die Aufnahmegesellschaft ohne gezielte Unterstützung.

Um die Distanz vieler Zuwanderer in den Kommunen zur deutschen Kommunalverwaltung als Repräsentant dieses Staates mit seinen Jahrzehnte lange Nachwirkungen verständlich zu machen, möchte ich an die ersten negativen interkulturellen Kontakterfahrungen der „Gastarbeiter“ im Umgang mit deutschen Institutionen des Gesundheitswesens vor über 40 Jahren erinnern:

Der deutsche Amtsarzt war bereits in den Anwerbeposten der Bundesanstalt für Arbeit in den jeweiligen Herkunftsländern die erste Prüfungs- und Kontaktinstanz des deutschen Staates für die damaligen „Gastarbeiter“.

Nur die Gesunden durften überhaupt zum Arbeiten die Grenze überqueren
Nur die vollständig Gesunden erhielten eine Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis zum Arbeiten in Deutschland.

Die vereinzelt dokumentierten Formen der Gesundheitsprüfung entsprechend **nicht** den zur gleichen Zeit bei deutschen jungen Männern vorgenommenen Formen der Musterung ihrer Wehrdiensttauglichkeit. (s. Abbildung)



Ein deutscher Wehrpflichtiger wurde zumindest einzeln vom Amtsarzt untersucht, während potentielle Gastarbeiter unter Verletzung der individuellen Persönlichkeitsrechte, – wie auf dem ersten Bild in der Mitte deutlich – vom Amtsarzt durch eigenhändiges Herunterziehen der Unterhose zum Freilegen des männlichen Geschlechtsteils in Gegenwart von

Freunden „gemustert“ wurden. Darüber hinaus symbolisiert auch das angeordnete kollektive Bücken der Gastarbeiter gegenüber dem musternden deutschen Amtsarzt, wie sehr diese ersten interkulturellen Beziehungen zwischen Repräsentanten des deutschen Staates und den potentiellen Migranten in Form eines Ent-individualisierungsritus von einem extremen Machtgefälle geprägt waren.

Das türkisch-deutschsprachige Faltblatt für türkischsprachige Gastarbeiter über fremde Hygienegewohnheiten in Deutschland (s. Abbildung) zeigt schon vor 40 Jahren, dass interkulturelle Verständigung in Gesundheitsfragen nur erfolgreich ist, wenn sie in der Muttersprache der Zielgruppe erfolgt.

Aufklärung der „Gastarbeiter“ über fremde Hygienegewohnheiten in Deutschland auch in der Muttersprache.

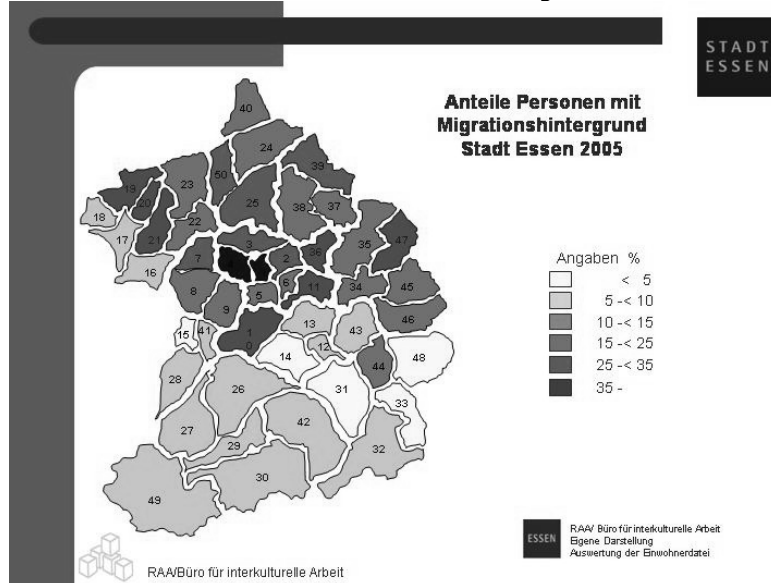


II. Herkunft der größten Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund in Essen

Die folgende Übersicht soll die Vielfalt der Zuwanderergruppen mit unterschiedlichen Herkunftssprachen in der Reihenfolge ihrer Zuwanderung nach Essen seit den 60er Jahren andeuten.

Gesamtzahl aller Einwohner mit Migrationshintergrund/ doppelte Staatsbürgerschaft (31.12.06)	ca. 120.000
davon:	
Herkunft aus den ehemaligen Anwerbeländern (inzwischen EU-angehörig):	ca. 6.300
davon:	
• Griechenland	1.300
• Italien	3.200
• Portugal	600
• Spanien	1.200
• aus den inzwischen selbständigen Staates des ehemaligen Jugoslawiens zusammen:	10.000
- Serbien / Montenegro	5.000
- Kroatien	2.400
- Bosnien	1.600
- Slowenien	375
- Mazedonien	800
• Türkei	27.000
Von diesen Zuwandern/innen ist ein großer Teil im Zuge der Familienzusammenführung nach dem Anwerbestopp von 1973 bereits hier aufgewachsen bzw. als Heiratsmigrant eingereist oder hier geboren.	
• (Bürger)Kriegsflüchtlinge ab Ende der 70er Jahre und deren hier geborenen Nachfahren:	
- Iranische und afghanische Flüchtlingsfamilien aus überwiegend gebildeten Schichten:	ca. 5.000
- Tamilen aus Sri Lanka (Mitte der 80er Jahre)	1.600
- Kurdisch-libanesischen Großfamilien und weitere Flüchtlinge aus dem libanesischen Bürgerkrieg seit Anfang der 80er Jahre	ca. 5.000
- Kosovo-Albaner aus Ex-Jugoslawien (90er Jahre)	ca. 1.000
- Afrikanische Flüchtlinge (südlich der Sahara)	2.500
- Christen aus dem Irak (seit 2003)	ca. 2.000
- Aussiedler aus Polen (Mitte der 80er bis Mitte der 90er Jahre)	ca. 20.000
- Spätaussiedler aus den ehemaligen GUS-Staaten (90er Jahre)	ca. 12.000
- Chinesische Praktikanten / Studenten (verstärkt seit 2005)	1.400

Schaut man sich die regionale Verteilung der Personen mit Migrationshintergrund innerhalb der Stadt Essen an, so wird das Nord-Süd-Gefälle – geteilt durch die A40 – mit besonderen Siedlungskonzentrationen der Zuwanderer in der Innenstadt (allerdings mit relativ geringen absoluten Zahlen) und in den nördlichen Stadtteilen (Altenessen, Katernberg) sowie im Westen (Altendorf) erkennbar.



Demographische Perspektive

Wie sich die Zusammensetzung der Essener Bevölkerung als potentiellen Nutzern der Gesundheitseinrichtungen in Essen verändert wird, wird erkennbar an der Zahl und den Prozentanteilen von Kindern unter drei Jahren mit ohne Migrationshintergrund in einzelnen Stadtteilen. Bereits vor knapp drei Jahren betrug der Anteil der 3Jährigen mit Migrationshintergrund in Altenessen-Süd, Altendorf, Katernberg und Altenessen-Nord sowie im Südostviertel jeweils über 50% aller Kinder in diesen Stadtteilen, während die Migrantenanteile in der Innenstadt (Westviertel, Stadtkern, Ostviertel, Nordviertel) bereits die 60%-Marke erreicht hatte. Diese Kinder befinden sich heute bereits im Kindergartenalter. Inzwischen, drei Jahre später, haben sich die Prozentanteile weiter nach oben hin verschoben.

III. Beispiele von problematischen interkulturellen Kontakterfahrungen zwischen Zugewanderten und Einheimischen bzw. Mitarbeitern der psycho-sozialen und gesundheitlichen Versorgung in Essen

Beispiel 1: Ethnisierung von abweichendem Verhalten

Ein fünfjähriges Kindergartenkind libanesischer Herkunft wird im dritten Kindergartenjahr immer **häufiger** „aus heiterem Himmel“ aggressiv gegen andere Kinder.

Diagnose der Erzieherinnen: „Typisch libanesisch. Die Jungs sind halt so.“

Hier wird ein – auch bei einheimischen im gleichen Alter – vorkommendes Verhalten als Eigenschaft von Menschen mit einem bestimmten Pass dargestellt – als ob „Staatsangehörigkeit“ eine psychologische oder pädagogische Kategorie darstellt. Eine Suche nach den individuellen Ursachen für dieses Verhalten scheint sich dadurch auf dem ersten Blick zu erübrigen. Das Kind wird jedoch stigmatisiert.

Beispiel 2: Gesundheitliche Beeinträchtigungen von Frauen mit libanesischem Migrationshintergrund

Die folgenden Erfahrungen stammen aus der Betreuung durch die Arbeiterwohlfahrt in den letzten Jahren:

Psychosomatische Reaktionen

- Kreislaufprobleme
- Kopfschmerzen
- unklare Bauchschmerzen
- Herzrasen
- Schmerzen im Rücken
- Beeinträchtigungen im Bewegungsablauf von Beinen und Füßen,
- psychische Beeinträchtigungen wie Ängste, Lethargie, Übergewichtigkeit

Frauenspezifische Probleme

- durch viele Geburten, Verletzungen
- Körperliche Verletzungen nach Gewalterfahrung

Insbesondere leiden Frauen, die in folgenden Lebenssituationen stehen:

- Isolation durch traditionsbedingte enge häusliche Bindung mit wenig oder gar keinen Außenkontakten.
- Durch Tod des Mannes oder Trennung der Eheleute stehen Frauen unvorbereitet davor, die Außenvertretung der Familie zu übernehmen.
- Ein ungesicherter Ausländer rechtlicher Status.
- Eheliche Probleme und Gewalterfahrungen in der Ehe beeinträchtigen das Selbstwertgefühl.
- Allein erziehende Frauen mit fehlender Bildung und keinen oder mangelnden deutschen Sprachkenntnissen.
- Fehlende Bildung und mangelnde deutsche Sprachkenntnisse aber auch traditions-gebundene Scham hindern an regelmäßigen Arztbesuchen.
- Sehr junge und daher wenig gereifte Mütter mit wenig Bildung und noch vielen eigenen Interessen, die sie hinten an stellen müssen, werden in ihrer persönlichen Entwicklung eingeschränkt, weswegen sie mit der Pflege und Erziehung ihrer Kinder überfordert sind.
- Ältere Mütter mit vielen Kindern, die kaum oder gar keine Unterstützung ihrer Männer erhalten, sind ausgepowert und können deswegen der Erziehung ihrer Kinder nicht gerecht werden.
- Uneinigkeit der Ehepartner über die Anzahl der gewünschten Kinder.
- Frauen sind mit der Alltagsbewältigung mit vielen Kindern bei einem kranken oder geistig/intellektuell eingeschränkten Ehemann überfordert.
- Ängste und permanente Überforderung im Lebensalltag führen bei den Frauen zu psychosomatischen Reaktionen bis hin zu ernsthaften Erkrankungen.
- Viele Frauen reden über ihre Probleme nicht, da sie Angst vor den Reaktionen ihrer Ehepartner, Familien und ihrer Umgebung haben. Sie befürchten, dass man ihnen persönliches Versagen vorwirft, was sie in ihre prekäre Situation gebracht hat.
- Körperliche und psychische Erkrankungen sind oft Symptome ihres stillen Leidens.

Beispiel 3: Ausgrenzungsreaktion Erwachsener auf aggressives Imponiergehabe männlicher Migrantenjugendlicher

Mehmet (ca. 15 Jahre, untersetzt, leicht übergewichtig) löst sich aus seiner am Busbahnhof stehenden Clique und trommelt während des Fahrerwechsels mehrmals kräftig gegen die Busfensterscheibe, hinter der eine junge Frau sitzt, die sichtlich verschreckt und hilflos wirkt.

Der Busfahrer ist bereits in Feierabendstimmung und sagt zu mir als gerade einsteigendem Fahrgast: „Wenn ich mich jetzt mit denen anlege, kommen die aus dem Internetcafé von gegenüber und machen mir jetzt noch Ärger, ehe die Polizei überhaupt hier ist.“ Der neue Busfahrer murmelt: „Die sollte man alle zurück schicken, wo sie herkommen“ - (nach Essen, wo die Jugendlichen wahrscheinlich geboren und aufgewachsen sind ?)

Psychisch auffälliges, Norm abweichendes, machtvolleres Verhalten eines Essener Jugendlichen wird als Gruppenverhalten von „nichtzugehörigen Menschen aus dem Ausland“ wahrgenommen.

Die (offenbar wiederholt erfahrene) Machtdemonstration des „Fremden“ auf dem „eigenen Territorium“ erzeugt bei den Einheimischen psychischen Stress/Angst bzw. Ohnmachtgefühle, so dass nach kurzem Kosten/Nutzen-Kalkül einer notwendigen Grenzsetzung auf das Einhalten von Regeln des Zusammenlebens verzichtet wird. Diese Ohnmachtserfahrungen führen zur Verstärkung der Stigmatisierung der betroffenen Inländer als „Ausländer“

In den drei Beispielen wird eine große Distanz zwischen

- Arzt und Patient
- Sozialarbeiter und Klient
- Verwaltungsmitarbeiter (Dienstleister) und Kunde erkennbar.

Gegenseitiges Nichtverstehen führt zu konfliktreicher Kommunikation zwischen zwei Individuen, deren Verhalten in unterschiedliche Lebenswelten / Normen eingebettet und mit entsprechenden Wahrnehmungen von Fremdheit des anderen einhergeht.

Dieses Nichtverstehen produziert:

- Falsche Diagnosen
- Unwirksame Behandlung
- Verlängerung des Leidens
- Verschwendung von Wissenspotential in der Migrantenbevölkerung
- Unnötige Ausgaben auf Kosten der Beitragszahler

IV. Traditionelle Strategien von Verwaltung / Politik in Deutschland zur Problemlösung im

Umgang mit Integration normabweichenden (Sozial-, Bildungs-, Gesundheits-)Verhaltens

1. Strategie: „Wir sind für alle offen und behandeln alle gleich. Die ‚nicht-gleichen‘ Fremden müssen sich an unsere bisherigen Institutionskultur/ Routinen anpassen. Unter diesen Umständen gibt es (für uns) keine Probleme.“

2. Strategie: Gibt es dennoch Probleme, werden die Zuwanderer ebenso wie Einheimische mit abweichendem Verhalten institutionell ausgesondert, bzw. die Problembearbeitung Spezialinstitutionen bzw. einzelnen Mitarbeitern überlassen, die sich zu Spezialisten entwickeln:

Für die Bearbeitung von Problemen im Bereich Schule und Jugendhilfe wurden vor 30 Jahren in einzelnen NRW-Kommunen „Regionale Arbeitsstellen zur Förderung von Kindern / Jugendlichen mit Zuwanderungshintergrund (RAA)“ gegründet (inzwischen 27 in NRW).

Für die „Sozialbetreuung“ der 5000 Menschen mit libanesischer Zuwanderungsgeschichte in Essen war seit 1978 dreißig Jahre lang allein die Arbeiterwohlfahrt in einer gesonderten Abteilung „Flüchtlingsbetreuung“ zuständig.

3. Strategie: Reicht diese Sonder-Einrichtung zur Problembearbeitung nicht mehr aus, wird in jeder Institution ein in „Ausländerfragen“ fortgebildete/r deutsche/r Mitarbeiter/in als Spezialist und/oder Mitarbeiter/in mit Migrationshintergrund – früher Dienst auf Honorarbasis, heute zunehmend als Halbtags- oder Vollzeitkraft – eingestellt.

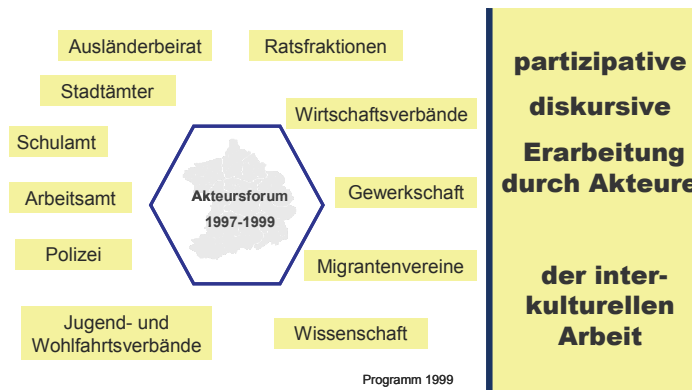
4. Strategie: Bis heute weit verbreitet sind (auf 1 bis 3 Jahre) befristete sogenannte „Modell“-Projekte, die aus Drittmitteln von Bund, Ländern und Stiftungen finanziert werden. Im günstigsten Fall demonstrieren sie wie die Ko-Produktion von (Gesundheits-)Dienstleistungen mit Migranten im Idealfall organisiert werden kann. Diese Problembearbeitungsformen können häufig jedoch nach Ablauf der Zusatzfinanzierung im Regelsystem nicht weiter geführt werden und sind insofern **gerade nicht** als „nachahmenswertes Modell“ nachhaltig wirksam.

5. Strategie: Billiger ist der Auftrag an eine verwaltungsinterne Expertengruppe, eine Fachtagung zu einem migrationsrelevanten Thema – z. B. zum Bereich „Migration und ...“ zu organisieren, **ohne**, dass damit eine Umsetzungsstrategie mit Verantwortlichkeiten, Finanzrahmen und Controlling verbunden wäre.

V. Konzept für die Interkulturelle Arbeit in der Stadt Essen

Vor diesem Hintergrund hat die Stadtverwaltung in Essen Mitte der 90er Jahre aufgrund der inzwischen veränderten Situation einen neuen Weg zur Erarbeitung eines kommunalen Handlungskonzepts eingeschlagen: Alle Akteure im Bereich Integration von Zuwanderern – insbesondere auch die aus nicht städtischen Institutionen – wurden eingeladen, die aus ihrer jeweiligen Sicht wesentlichen Handlungsfelder zu bestimmen, dafür Ziele zu benennen und Maßnahmen zu entwickeln.

Das Ergebnis der Arbeit dieses Akteursforums (Schaubild 1):



(Schaubild 1)

waren neben einem Katalog von 150 Einzelmaßnahmen die Erkenntnis von allen Handlungsfeldern in gemeinsamen Querschnittsthemen (Kasten 1)

Querschnittsbereiche

- Interkulturelle Öffnung und Sensibilisierung
- Einstellung zweisprachiger, bi-kultureller Fachkräfte
- Fortbildungsangebote
- Einrichtung eines zentralen Dolmetscherdienstes
- Bereitstellung mehrsprachige Informationen
- Sozialraumorientierung und Vernetzung
- Bürgerbeteiligung und Partizipation

und die Verabschiedung eines Leitbilds für die interkulturelle Arbeit in der Stadt Essen (s. Kasten 2)

Leitbild, Querschnittsthemen und die vorgeschlagenen Maßnahmen aus den einzelnen aus prioritär empfundenen Handlungsfeldern wurden dann im April 1999 einstimmig im Rat der Stadt zusammen mit einem Modell der strategischen Steuerung zur Umsetzung verabschiedet.

Leitbild

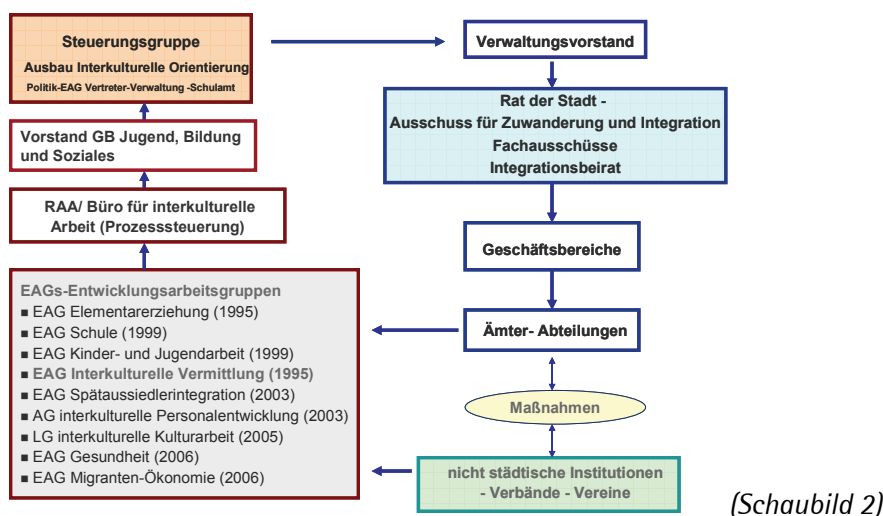
- Ermöglichen des gemeinsamen Lebens und Lernens von Einheimischen und Zuwanderern unter Einbezug ihrer unterschiedlichen Lebenserfahrungen
- Erweiterung der Handlungskompetenzen und Erfahrungsmöglichkeiten, sodass ein Miteinander gefördert und die Isolation und das Misstrauen untereinander überwunden werden
- Die Handlungen von Menschen vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen kulturellen Zusammenhänge einerseits nachvollziehbar und verständlich machen, andererseits ohne eigenen Identitätsverlust akzeptieren und überbrücken
- Konflikte demokratisch und mit friedlichen Mitteln aushandeln
- Eigenethnische Strukturen akzeptieren
- Gemeinsamkeiten austauschen und neu entwickeln
- Abbau von Benachteiligungen

Kernelement dieser neuen Steuerungsstruktur sind einerseits thematische Entwicklungsarbeitsgruppen (EAGs) und zum anderen eine Steuerungsgruppe, in der sowohl die Politik (Ratsfraktionen und der von den Ausländer/innen direkt gewählte Integrationsbeirat) als auch externe Akteure (Verbände, Schulaufsicht, Polizei) vertreten sind. Die Zielverantwortung für die Steuerungsprozesse erhielt der Geschäftsbereichsvorstand Soziales (heute Jugend, Bildung und Soziales), die Prozessverantwortung trägt die ihm direkt unterstellte und mit dem Controlling beauftragte RAA / Büro für interkulturelle Arbeit (im folgenden kurz RAA). Diese Dienststelle versteht sich dabei als Motor im Sinne einer „interkulturellen Innovationsagentur“. Neue Herausforderungen und ungelöste Fragestellungen werden durch Einwohner/innen,

durch Rat und Bezirksvertretungen, durch die Fachbereiche der Stadtverwaltung und nichtstädtische Institutionen an die RAA herangetragen und in Netzwerkstrukturen, die in den Entwicklungsarbeitsgruppen organisiert sind, bearbeitet. Idealtypisch sollen die neuen Produkte, die in der Regel mit externen oder internen Drittmitteln – dem sogenannten „Innovationstopf“ zum Ausbau der interkulturellen Orientierung – entwickelt und erprobt worden sind, nach erfolgreicher Evaluierung in die vollständige Produkt- und Finanzverantwortung der zuständigen Fachbereiche bzw. nicht städtischen Regeldienst überführt werden.

Die Praxis mit der bisherigen Steuerung dieses Innovationsprozesses (s. Schaubild 2) hat gezeigt, dass es möglich ist durch Konzentration auf jeweils aktuelle politische Handlungsfelder seit 2001 (Sprachförderung, Elternbildung, Personalentwicklung [insbesondere Teamfortbildung in Kindertagesstätten], interkulturelle Sensibilisierung als Fortbildung für alle Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialdienstes der Stadt, interkulturelle Konfliktvermittlung im Stadtteil) Einzelmaßnahmen tatsächlich in die Regelverantwortung zu überführen.

Gesamtstädtische Ebene: Netzwerksteuerung Interkulturelles Konzept seit 1999



Dies ist besonders gut in dem erst 2003 nach dem gleichen Schema diskursiv entwickelten „Handlungsprogramm zur Integration von Spätaussiedlern“ gelungen. Zentrale Maßnahmen aus der Elementarerbziehung, der Schule und der interkulturellen Vermittlung in Konflikten konnten trotz erfolgreicher Erprobung noch nicht in die Steuerungsverantwortung der Fachbereiche übernommen und aus deren Regeldiensten finanziert werden. Dies ist jedoch unbedingt notwendig, um den kommunalen Innovationstopf für die Erprobung neuer Maßnahmen, z. B. im Rahmen des hier interessierenden Arbeitsfeldes „Migration und Gesundheit“ – freizumachen.

Das Zwischenfazit lautet deshalb: In den letzten 10 Jahren haben wir in Essen auf vielen Handlungsfeldern die „Kür“ absolviert – durch Übernahme von Entwicklungskosten für innovative Produkte sogar mit offiziellem Einverständnis der Regelinstitutionen. Diese waren froh, dass sie ihre eigene Organisationsentwicklung (einschließlich Personal) mit den jeweiligen Haushaltsstellen nicht zur Finanzierung solcher innovativen Produkte umstellen mussten.

Insofern war der Innovationstopf bis jetzt als „Verführungsstrategie für die Regeldienste“ nur begrenzt wirksam. Seine Ausweitung von 100.000 DM im Jahre 2000 auf 1,5 Mio. Euro im Jahre 2009 ist nicht nur aus Gründen der Haushaltskonsolidierung inzwischen ausgereizt. Wir stellen heute fest: „Die Pflicht“ fehlte: d. h. das Leitbild „Ausbau interkultureller Orientierung“ ist noch nicht in allen Regeldiensten als Querschnitts- und Führungsaufgabe der Leitung verankert.

VI. Was bedeutet interkulturelle Orientierung und Öffnung der Regeldienste im Gesundheitssystem?

Grundlage der „interkulturellen Öffnung von Regeldiensten“ ist der in der Wissenschaft inzwischen bereits akzeptierte erweiterte, dynamisch gefasste Kulturbegriff. Kultur stellt demnach ein von Menschen konstruiertes Orientierungssystem einer Gruppe von Menschen dar, das die Wahrnehmung, Bewertung und die Handlungen der Gruppenmitglieder steuert. Es bildet gleichsam unser durch

Sozialisation erworbenes Repertoire an Möglichkeiten, sich mit anderen zu verständigen, sich darzustellen und gemeinsame Bilder von der Welt zu entwickeln. Kultur ist eine gruppenspezifische „Landkarte der Bedeutung“, ein von uns konstruiertes und immer wieder verändertes, der Umwelt angepasstes Navigationssystem. Und so wie ich als Rad- oder Autofahrer unterschiedliche Karten für die Stadt „im Kopf“ habe, gehören in modernen, nachindustriellen Gesellschaften die Menschen gleichzeitig zu verschiedenen Gruppen mit je eigenen Orientierungsmustern/Rollen und Handlungsmustern („Kulturen“).

Interkulturelle Orientierung bedeutet in unserem Zusammenhang eine sozialpolitische Haltung von Personen bzw. Institutionen – z. B. im Gesundheitssystem – die anerkennt, dass unterschiedliche Gruppen mit unterschiedlichen Interessen, Kommunikations- und Repräsentationsmitteln in einer Stadtgesellschaft leben. „Interkulturelle Beziehungen“ – also die Gestaltung des Verhältnisses zwischen verschiedenen kulturellen Gruppen – entstehen in vielen Fällen nicht „auf gleicher Augenhöhe“, weil zwischen den Gruppen häufig Status- und Rechtsungleichheit und/oder ein Wohlstandsgefälle existiert, in jedem Fall jedoch Machtasymetrien vorherrschen.

Interkulturelle Öffnung von öffentlich finanzierten Dienstleistungen – z. B. im Gesundheitssektor – bietet nun die Chance, das Verhältnis zwischen Mehrheit und Minderheit und die damit verbundene Definitionsmacht und die ungleiche Verteilung von Ressourcen zum Thema zu machen. Wie sich im Gegensatz dazu vor 40 Jahren die Machtasymetrien bei der Anwerbung von Gastarbeitern während der „Musterung durch deutsche Amtsärzte“ dargestellt hat, habe ich zu Beginn meines Beitrags illustriert. Heute definiert sich nicht nur die Verwaltung insgesamt, sondern der gesamte Gesundheitsbereich als „Dienstleister“ für den Kunden. Im Kern geht es also bei der interkulturellen Orientierung um die Umsetzung von Kundenfreundlichkeit in der öffentlichen Daseinsvorsorge: Die monokulturell bzw. häufig mittelschicht-orientierten Systeme müssen als (Erziehungs-, Schul- oder psychosoziale) Institutionen lernen, ihre Dienstleistung in Form eines Co-Produktionsprozesses mit Angehörigen ihnen zunächst „fremder“ Kulturen (Migranten oder bildungsarme und bildungsungewohnte Angehörige sozialbenachteiligter Schichten) zu erbringen.

In der nun anstehenden neuen Stufe der strategischen Steuerung wollen wir in Essen deshalb zusammen mit den Fachbereichen einen „Ziel- und Maßnahmenplan Integration“ entwickeln. Dieser „Masterplan“ geht auf der Grundlage der aktuellen Ist-Analyse und Zieldefinition im Rahmen des eben skizzierten Bildes von der Priorisierung bestimmter Handlungsfelder aus, formuliert darin strategische Ziele erklärt deren Relevanz, benennt Indikatoren zur Erreichung der Ziele und legt eine dazu notwendige Monitoring-Kennzahl fest, mit deren Hilfe beobachtet werden kann, in welchem Maße das Ziel erreicht worden ist. Daraus werden dann Maßnahmen zur Zielerreichung und mögliche Messgrößen bestimmt, die wiederum anzeigen, ob die Maßnahme erfolgreich war.

Um diese Ziele zu erreichen sind die Regelhaushalte „interkulturell“ kundenfreundlich zu füllen und ggf. umzuschichten. Der zusätzliche Innovationstopf dient dabei nur als Anreiz in der zeitlich begrenzten Erprobungsphase. Schließlich ist es notwendig Kommunikationsstrategien zu entwickeln, die den Ziel- und Maßnahmenkatalog nach innen (in die Verwaltung hinein) und nach außen an die Kunden und an die Öffentlichkeit transportieren.

Auf dem Weg dorthin sind noch etliche Barrieren zu überwinden.

Barrieren für Menschen mit Migrationshintergrund – insbesondere aus bildungsarmen Milieus:⁵

- Die Amts- und Verwaltungssprache „deutsch“,
- fehlende Informationen über die Angebote oder deren mittelschicht-spezifische Präsentationsformen (schriftlich; Internet-Führer)
- herkunftskulturell geprägte Interpretationsmuster der Klientel (z. B. von Männern gegenüber weiblichem Personal),
- herkunftskulturell geprägte Interpretationsmuster der Klientel (z. B. von Männern gegenüber weiblichem Personal),

⁵ Zum folgenden In Anlehnung an: Gaitanides, S.: Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste: In neue praxis. Sonderheft 8/2006, S.222-234 und Schröer, H.:(2007) Diversity als Herausforderung – Interkulturelle Orientierung und Öffnung Sozialer Arbeit. In: Verein für Kommunalwissenschaften (hg): Diversity-orientierte Prozesse im Gemeinwesen. Dokumentation des Workshops am 13./14.9.2007 in Berlin, S.15-30

- Stolz, Zurückhaltung, Skepsis, Leidensbereitschaft,
- Ängste vor ausländerrechtlichen Konsequenzen,
- undurchschaubare spezialisierte Zuständigkeiten innerhalb und zwischen den Institutionen

Zugangsbarrieren durch deutsche Fachkräfte äußern sich durch:

- fehlende Mehrsprachigkeit der Fachkräfte ,
- Ethnozentristische Missverständnisse und Vorurteile
- Stereotypisierungen und Kulturalisierungen (Bsp: 5jähriges libanesische Kind),
- Fremdheitsängste und Verunsicherung (gegenüber Kopftuchträgerinnen),
- fehlende interkulturelle Kommunikationskompetenz,
- Gleichbehandlung von Ungleichen,
- Überforderungsgefühl und Ängste über Kompetenzverlust.
- „Komm-Struktur“ und bürokratische Arbeitsweise

Daraus ergeben sich folgende Ziele interkultureller Öffnungsprozesse

- Anerkennung von Gleichheit und Verschiedenheit in der kulturell differenzierten (Stadt-) Gesellschaft als Einlösung des Gleichbehandlungs- und Gerechtigkeitspostulats des Grundgesetzes
- Kritische Reflexion des Machtgefälles zwischen Organisations- bzw. Verwaltungskulturen und den unterschiedlichen kulturellen Lebenswelten der Nutzerinnen und Nutzer
- die Etablierung einer interkulturellen Orientierung als Querschnittsaufgabe aller Bereiche von öffentlichen und freien Trägern der Daseinsvorsorge sowohl als Steuerungsaufgabe wie in der operativen Arbeit,
- die Abkehr vom Defizitansatz (nur sehen, was sie nicht können), die Hinwendung zum Ressourcen- bzw. Empowerment-Ansatz (kulturelle Vielfalt als Chance) als Voraussetzung für gelingende Ko-Produktion der Dienstleistung
- der Abbau bestehender Hemmschwellen für den Zugang zu den Einrichtungen und Dienststellen,
- die Vermittlung interkultureller Kompetenz
- die Initiierung (selbst-)reflexiver Lern- und Veränderungsprozesse bei Individuen, Gruppen und Organisationen.

Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die interkulturelle Orientierung im Gesundheitswesen?⁶

Personalentwicklung

- Curriculare Entwicklung der Aus-, Weiter-, Fortbildung vorantreiben
- Bilinguales Personal einsetzen
- Transkulturelles Konzil durch interkulturell kompetente Fachkräfte erproben
- Zeitfaktor bei der Honorargestaltung der Gesundheitsberufe berücksichtigen

Methoden und Ansätze entwickeln

- Vernetzung mit Migrantinnen-/ Minderheiten-Communities / Verbänden pflegen
- Mit Schlüsselpersonen / Vertretern von Netzwerken arbeiten
- Sprachärmere, kreative Verfahren nutzen
- Kulturspezifische Heilungsansätze erproben

Auch in Essen haben wir schon die Erfahrung gemacht, dass traditionelle Komm- Strukturen des Zugangs bei bildungsfernen (Migrantinnen)Familien nicht funktionieren: Info-Veranstaltungen (Essener Gesundheitstage), schriftliche Infos, Aufklärungsmaterialien (z. B. BzGA), Beratungsangebote zu festen Zeiten oder im Internet. Stattdessen sind **Geh-Strukturen** nötig und erfolgreicher, z. B. Hausbesuche (wie der in Essen neu eingerichtete Babybesuchsdienst) mit kulturellen Vermittlern unter Einbeziehung von vorhandenen Netzwerkstrukturen mit / unter Migrantenselbstorganisationen).

Darüber hinaus brauchen die Fachkräfte aktuelle Ergebnisse aus Wissenschaft und Praxis. Die heute und in 14 Tagen stattfindende Fachkonferenz ist ein Schritt auf dem Weg dorthin.

⁶ aus: Bundesbeauftragte für Ausländerfragen 1999: Expertenworkshop „Migration und Gesundheit und Migration“

Trainingserfahrungen: Zwischen Sensibilisierung und interkultureller Kompetenz

Dr. Anne Dietrich, Empirische Kulturwissenschaftlerin und Ethnologin, Trainerin im Bereich Interkulturelle Kompetenz

In meinem heutigen Beitrag beziehe ich mich u. a. auf Erfahrungen bei Trainings in unterschiedlichen Krankenhäusern und bei Fortbildungsveranstaltungen, die ich im Auftrag der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf seit 2007 durchgeführt habe.⁷

Vorüberlegungen:

1. Fragekomplex:

Wie kommt es, dass sich die gesundheitspolitische und medizinische Infrastruktur noch immer nicht auf die große Gruppe der ArbeitsmigrantInnen, der SpätaussiedlerInnen oder Asylsuchenden eingerichtet hat - und wieso partizipieren diese tatsächlich nicht in ausreichendem Maße an dem bundesdeutschen Gesundheitssystem?

1. Antworten:

Ich denke, die Notwendigkeit zur interkulturellen Öffnung wurde auf institutioneller Seite lange Zeit einfach unterschätzt. Und auf Seiten der Klientel mit Migrationshintergrund fehlt häufig der Zugang zu diesem ja tatsächlich recht komplizierten System. Außerdem sind viele Angebote des hiesigen Gesundheitssystems in den Herkunftsländern unbekannt – eine vielfach unterschätzte Tatsache.

Doch mehr als ein Viertel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland haben Migrationshintergrund, das wissen wir spätestens seit dem Mikrozensus 2005, in manchen Städten sind es mehr als 40%. Ihnen Aufmerksamkeit und Unterstützung in allen wichtigen Lebensfragen zukommen zu lassen, sie selbstverständlich und wo nötig in besonderer Weise in Gesundheitsplanung und Entwicklung einzubeziehen, sollte dringend als gemeinsame interkulturelle Aufgabe wahrgenommen werden.

Einige Thesen

- Es gibt Informationsdefizite auf Seiten der Klientel mit Migrationshintergrund zu vorhandenen Angeboten; auf Seiten der im Gesundheitssystem tätigen Deutschen fehlt es an Hintergrundwissen über ihre nichtdeutschen oder neudeutschen Zielgruppen.
- Die Angebote sind auf die autochthone Mehrheitsgesellschaft zugeschnitten. Andere kulturelle, religiöse und soziale Hintergründe finden weder in der Prophylaxe noch in der Behandlung angemessene Beachtung. Ihr Sichtbarwerden wird vom Gesundheitspersonal vor allem als irritierend erlebt.
- Es gibt verschiedene Ansätze von Institutionen, Krankenhäusern oder psychosozialen Einrichtungen, Klientel mit Migrationshintergrund gezielt zu erreichen. Angeboten werden Beratung, Dolmetscherdienste, Vermittlung transkultureller Pflege und Sprachkurse für Pflegepersonal. Häufig handelt es sich um kurzfristige Projekte mit Modellcharakter und räumlich begrenzten Einzugsmöglichkeiten.
- Informationentransfer – z. B. von der (Migrations-)Forschung zur (Gesundheits-) Praxis funktionieren weniger gut als das erstrebenswert wäre, ebenso fehlt es an Vernetzung zwischen Migrantenverbänden und Gesundheitsamt etc.
- In Krankenhäusern, Praxen und diversen Beratungsstellen weiß man häufig nichts von kulturspezifischen Angeboten anderer Institutionen.
- Ein kultursensibler Umgang mit PatientInnen und KlientInnen ist in Deutschland wenig etabliert.

⁷ Einige dieser Ergebnisse wurden von der Autorin in ihrem Vortrag „Familiengesundheit und Kultur – den Blick weiten“ auf der Veranstaltung „Familien mit Migrationshintergrund: Besondere Aspekte in der Prävention und der gesundheitlichen Versorgung in Schwangerschaft und früher Kindheit“ in der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (25.06.2008) vorgestellt.

Daraus resultierende Fragen

- Wer vermittelt bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit kulturell geprägte Erwartungen, etwa die Bedeutung der Körperpflege mit fließendem Wasser (sei es auch nur tropfend) im islamischen und hinduistischen Reinlichkeitsritual?
- Wer weiß um die oft mitgebrachten und „konservierten“ Ehrkonzepte aus Süditalien, Marokko, der Türkei oder bei Romafamilien.
- Wer erklärt die Bedeutung des „blauen Auges“ (ein Schutzsymbol), das den Säuglingen angeheftet wird und auch wenn es mit einer Sicherheitsnadel angesteckt wurde, nicht ohne Abstimmung mit der Mutter vom Pflegepersonal entfernt werden darf? (Fäden vorrätig haben!)
- Wer kennt schon kulturell unterschiedliche Krankheits- und Gesundheitskonzepte?
- Wer weiß, dass Krankheit in manchen Kulturen eine der wenigen Gelegenheiten ist, wo die üblichen Anforderungen nach richtigem und ehrbarem Verhalten (weitgehend) außer Kraft gesetzt sind? Wo es erlaubt ist, sich gehen zu lassen? Wo Zuwendung legitimiert ist und erwartet werden kann?
- Das Stöhnen und Klagen vieler nichtdeutscher PatientInnen, die häufigen und zahlenmäßig großen Besuche sind Dauer-Thema im Krankenhaus. Auf welches Verständnis treffen diese Bedürfnisse, wie können Fehlinterpretationen und Kränkungen vermieden werden? Aber auch: Wie können die ruhebedürftigen Kranken geschützt werden?
- Wer macht sich im Praxisalltag klar, dass die Wahrnehmung und Interpretation von Symptomen sehr verschieden sein kann?
- Kranke oder instabile Menschen suchen vielfach Hilfe im magischen Bereich. Der Glaube an positive Kräfte einzelner Personen (z. B. Hocas, Schamanen oder HeilerInnen), an Orte (z. B. spezielle Begräbnis- oder Heiligenerscheinungsstätten) oder an die Kraft symbolträchtiger Gegenstände ist verbreitet. Wie groß ist die Akzeptanz des Gesundheitspersonals für derartige Bedürfnisse? Gibt es Bereitschaft zu deren Integration?
- Respektieren sie die Muskas – von einem Hoca geschriebene Suren auf eingerolltem Papier, die eng am Körper getragen werden? Ihnen wird heilende Wirkung zugeschrieben.
- Gestatten sie Rituale eines Heilers, der im Krankenhaus mit Rauch und Kräutern psychische Stabilisierung bringen kann, den weißen Magier, der durch Handauflegen Hilfe bringt?
- Wer weiß schon von den Unterschieden zwischen Glauben und Volksglauben?
- Wer kennt die Bedeutung der Medizin im islamischen Glaubenskonzept? Hier gilt sie als eine der wichtigsten und edelsten Künste, als Dienst am Kranken und an Allah. Die krankmachenden Stoffe kommen von Gott, ebenso die heilende Medizin und therapeutische Maßnahmen. Kranke sollen sich an ärztliche Weisungen halten, um die von Gott kommende Heilung zu erlangen. Es ist doch gut, das zu wissen!⁸
- Wer weiß um spezielle Speisebedürfnisse (vegetarische Buddhisten, Schweinefleischverbot für Juden und Muslime) und gebotene Ausnahmeregelungen.
- Die Krankheit kann als Glaubensprüfung verstanden werden, aber auch als Gnadenerweis und Sündenvergebung. „Niemals wird ein Muslim von einem Übel, einer Krankheit oder etwas leichterem getroffen, ohne dass Allah von ihm seine Sünden abfallen lässt, wie ein Baum seine Blätter verliert“ heißt es in einer Hadith⁹.
- Im Volksislam gibt es auch die Strafvorstellungen, die eigene Übeltaten vergelten. Missbildungen und Behinderungen eigener Kinder oder Enkel können ebenfalls als Strafe interpretiert werden.
- Weit verbreitet ist der (Aber-)Glaube an „den bösen Blick“, der Krankheiten bringt oder mit Tod bedroht. Ihn finden wir überall auf der Welt, zwischen Indien, der Türkei und Italien.

⁸ Weitere Informationen unter <http://www.kultur-gesundheit.de>

⁹ Hadith , Sahih Muslim 4663.

- Der Dschinn (ein Geistwesen) wird für psychische Störungen verantwortlich gemacht.
- In vielen Formen des in Afrika verbreiteten Ahnenkultes hören die Nachkommen Stimmen. Was ist Kultur, was psychische Krankheit?
- Besonders um Schwangerschaft, Geburt und Säuglinge ranken sich weltweit Ängste. Das glückliche Ereignis fördert Missgunst und Neid, birgt also besondere Gefahren. Der Schutzgedanke ist es oft, der den Säugling noch 40 Tage nach der Geburt zu Hause (ob in Südostasien oder Anatolien) vor gefährdenden Blicken verbirgt.

Viele Fragen sind noch offen. Auch wenn sich die Ethno-Medizin seit den 80er Jahren vermehrt Gehör verschafft oder kulturell relevante Untersuchungen oder Projekte durchgeführt wurden – es zeigen sich eindeutige Defizite. Darauf weist auch der aktualisierte Gesundheitsbericht des Robert-Koch-Instituts 2008 hin. Der inspiriert u. a. zu der Frage, warum die Suizidrate türkischer junger Frauen bis 18 Jahre fast doppelt so hoch ist wie die ihrer deutschen Altersgenossinnen und deutlich höher als die männlicher türkischer Jugendlicher. Eine die „türkische Kultur“ zitierende Erklärung verbietet sich insofern, als ältere Türken und Türkinnen weniger suizidgefährdet sind als Deutsche.¹⁰ Was natürlich dennoch kulturelle Einflussfaktoren nicht ausschließt.

Gesundheitspolitische Auffälligkeiten auf den ersten Blick

- Offensichtlich wird die Bedeutung präventiver Untersuchungen bei der nicht-autochthonen Bevölkerung verkannt, zum Arzt (oder schnell zum Krankenhaus, das in vielen Ländern erste Anlaufstelle ist) geht man nach Ausbruch einer Krankheit. Der Zahnarzt wird bei starken Schmerzen aufgesucht.
- Es gibt Kommunikationsprobleme im interkulturellen Arbeitsfeld, stark sichtbar auch in der Kinder- und Jugendmedizin. Dabei geht es nicht nur – wie häufig angenommen – um fehlende Sprachkompetenzen, es wirken religiöse, soziale und sittliche Überzeugungen. Und es wirkt Misstrauen.
- Somatische Symptome führen bei der Klientel mit Migrationshintergrund erfahrungsgemäß wesentlich schneller zur ärztlichen Visite als psychische Auffälligkeiten. Bei Kindern werden diese häufig von den Eltern negiert oder heruntergespielt. Aufklärungsarbeit über regelmäßige Kontrolluntersuchungen (U1-9) sind nötig.
- Pränatale, aber auch postnatale genetische Diagnostik wird zu wenig in Anspruch genommen. Die Aufklärung über Risiken bei Verwandtenheiraten steckt noch in den Kinderschuhen. (Aufklärungsaktionen mit religiösen und anderen Verbänden könnten sinnvoll sein.)
- Die Säuglingssterblichkeit ist noch immer vergleichsweise hoch.
- Die Empfehlung zur Frühförderung für Kinder wird häufig als abwertend empfunden und klare Anzeichen werden ignoriert (Sprachstörungen, motorische Fähigkeiten, Entwicklungsstörungen). Schutz vor vermeintlichen Anfeindungen geht hier vor Förderung. Das bestätigen MedizinerInnen ebenso wie ErzieherInnen.¹¹
- Dickleibigkeit und Diabetes haben sich besonders erschreckend bei Kindern türkischer Herkunft entwickelt. Die Vermittlung von diätetischer Lebensführung ist eine besondere Herausforderung. „Der Gläubige isst mit einem einzigen Magen und der Ungläubige isst mit sieben Mägen“ heißt es in einer weiteren Hadith.¹²
- Auch ältere Menschen mit Migrationshintergrund, besonders Frauen, leiden mehr als doppelt so häufig an Diabetes wie die deutsche Vergleichsgruppe. Die Frauen sind es, die eine Veränderung im Essverhalten bewirken können, mit ihnen gemeinsam müssen Strategien entwickelt werden.

¹⁰ Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Schwerpunktbericht „Migration und Gesundheit“. Hrsg. Robert-Koch-Institut-Berlin 2008, S. 36.

¹¹ Diese Empfindlichkeiten schildern beide Berufsgruppen in interkulturellen Fortbildungen.

¹² Hadith, Sahih Muslim 3842.

- Signifikant häufiger treten bei Älteren Herz-/Kreislaufkrankungen, Rheuma, Erkrankungen der Atemwege, TB und Erkrankungen der Verdauungsorgane auf.
- Psychische Belastungen werden heute noch Thema sein.
- Die Versorgung älterer Migranten und besonders Migrantinnen gewinnt weiter an Bedeutung.

Was also tun? Handlungsempfehlungen

- Die Probleme sind erkannt. Wenn alte Wege nicht zum Ziel führen, ist es sinnvoll, neue auszuprobieren. Im Vorsorgebereich sind verpflichtende Untersuchungen sicher sinnvoll, für die Vermittlung von Angeboten und Hilfestellungen sind Kooperationspartner im verschiedenenkulturellen Bereich zu suchen. Dem Wohl von Kindern und Kranken, Alten und Bedürftigen gelten überkulturelle Interessen. Gesundheit sind relevante Themen für Eltern- und für Moscheevereine, christliche Gruppen und linke Organisationen. Sie alle können Verantwortung für den Informationstransfer übernehmen. Punktuelle Zusammenarbeit und Vernetzungen sind aufzubauen.
- Um Vertrauen zu entwickeln und Gegebenheiten einschätzen zu können, ist es fast immer sinnvoll, die realen Lebensumstände der PatientInnen mit Migrationshintergrund zu kennen. Fragen sind zu stellen: nach Migrations- oder Fluchterfahrung, Bildungsstand, Berufserfahrung, religiöse, traditionelle und kulturelle Selbstverortung, nach familiärer Einbettung etc.
- Das Wissen um Kulturstandards, wie etwa individuelle oder kollektivistische Orientierungen, kann den Weg zum öffentlichen Gesundheitssystem erleichtern.
- Der unterschiedliche Umgang mit Krankheit und Kommunikation in den Interaktionen verunsichern PatientInnen, ÄrztInnen und das Pflegepersonal. Es ist also sinnvoll, in Aus- und Fortbildungen Migrationserfahrungen bewusst werden zu lassen und Themen wie Kultur, Religion und Tradition genauer zu betrachten.
- Interkulturelle Kompetenz kann entwickelt werden, sie baut Hemmschwellen ab, führt zu Vertrauen. Das ist im Vorsorgebereich ebenso von Bedeutung wie bei der medizinischen Behandlung oder Pflege.
- Kultursensibler Beziehungsaufbau, die Wahrnehmung kultureller und individueller Muster und Lebensrealitäten, das Anpassen der Fachkompetenz an die individuellen Erfordernisse könnten normal werden.
- Noch werden autochthone Werte, Normen, Kommunikations- und Aktionsweisen als selbstverständlich und allgemeingültig betrachtet. Abweichungen führen zu Abwertungen. Kulturelles Verhalten wird mit individuellem Fehlverhalten gleichgesetzt, dem Gegenüber wird mangelnde Kompetenz unterstellt. Hier muss ein Blickwechsel ermöglicht werden.
- Andererseits werden Individuen in kulturelle Schablonen gepresst, die ihnen nicht gerecht werden. Vieles wird mit Kultur erklärt, manchmal auch entschuldigt, was damit nicht das Geringste zu tun hat. Die Gefahr kultureller Stigmatisierung ist ebenso groß, wie der Wunsch nach Kulturhandbüchern, die die passenden Anweisungen und Erklärungen parat halten.
- So ist es wichtig, den Kollegen und Kolleginnen im Gesundheitsbereich Raum zu geben, um sich mit eigenen Bildern, Vorurteilen, dem eigenen kulturellen Gewordensein auseinanderzusetzen, andere Sichtweisen zuzulassen, Gemeinsamkeiten zu entdecken und zu nutzen.
- Interkulturelles Lernen kann anstrengen, aber auch Spaß machen und Ängste nehmen.

In meinen Fortbildungsveranstaltungen werde ich oft um Rezepte zum richtigen Umgang mit bestimmten Kulturen gebeten, da werden „Afrikaner“, „Türken“ oder „Muslime“ und „Asiaten“ genannt. Die Vielfalt afrikanischer Lebensformen, muslimischer Lehren, türkischer Minderheiten oder asiatischer Ethnien spielen in der schnellen Erklärungssuche keine Rolle. Diese Fragen sind so nicht zu beantworten, doch sie bieten Anknüpfungspunkte und führen zu den realen Auseinandersetzungen im interkulturellen Raum. Für die Vielfältigkeit von Kultur, Religion, Tradition und für individuelle Migrationserfahrung oder Integrationsleistung kann so verstärkt sensibilisiert werden.

Anderskulturelle Konzepte und Verhaltensweisen sind in der Regel fremd und befremdend. Sie schränken eigene Handlungskompetenz ein, da sie verunsichern. Wissensvermittlung über fremde Kulturen und Kulturstandards, ein Einlassen auf andere Denk- und Kommunikationsweisen, einen Blickwechsel initiie-

ren und das Reflektieren konkreter Praxiserfahrungen ermöglichen kognitives und emotionales Lernen. Sie ermöglichen partielle Anpassungen an fremdkulturelle Systeme und stressfrei(er)e interkulturelle Interaktion. Vor allem können sie vermitteln, wie man sich Standards fremder Kulturen erschließt.

Müssen und Wollen, Dürfen und Können

In einem Seminar in Düsseldorf war kürzlich viel vom **Müssen** die Rede. „Sie“, die Menschen mit Migrationshintergrund, müssen sich endlich selbstverantwortlich um Integration, um den Zugang zum Gesundheitssystem, um die Schwangerschaftsvorsorge, die frühkindliche Förderung etc. kümmern. Es könne nicht immer von „uns“ ausgehen, dass Angebote gemacht würden. Ein eher übliches Statement zu Beginn eines interkulturellen Kommunikations- und Kompetenzseminars. Dass „sie“ das **wollen**, wird erst einmal in Frage gestellt. Dann entstand jedoch eine Diskussion, in deren Mittelpunkt die Frage stand, ob „sie“ das überhaupt **können**. Was braucht es, um in gleicher Weise partizipieren zu können? **Dürfen** „sie“ das überhaupt? Wer macht die Regeln? Wer bestimmt das **Wie**?

Um zum Ende zu kommen: es war eine fruchtbare Diskussion. Denn hinter den Schablonen kamen Menschen und Bilder von Menschen zum Vorschein, eigene Erfahrungen konnten kultursensibel bearbeitet werden, Erklärungsansätze wurden hinterfragt, manchmal als Fehlinterpretation erkannt, vorschnelle Zuschreibungen wurden selbstkritisch in Frage gestellt, neue Empathie entwickelt. Interesse und positive Neugier ist entstanden.

Die Evaluation, die von der Gesundheitsakademie für die Seminare „Interkulturelle Kommunikation im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst“ regelmäßig durchgeführt wird, zeigt, für wie wichtig die befragten teilnehmenden Fachkräfte des Kinder- und Jugenddienstes die Fortbildungen erachten. Die Auswertung des Seminars im August wurde mir kürzlich zugeschickt, alle (14) Teilnehmenden bewerten ein fundiertes Ausbildungsangebot in dieser Form für bedeutsam (2) bis sehr bedeutsam (12). Die Relevanz für die eigene praktische ärztliche Tätigkeit wurde bestätigt und konkrete Anregungen zur Umsetzung in die Praxis mitgenommen.

Darüber hinaus empfehlen die Befragten diese Fortbildung für Weiterbildungskurse in anderen Bereichen des Öffentlichen Gesundheitswesens.

Nun - die Umsetzung erarbeiteter Ansätze muss sich in der Praxis noch bewähren. Doch schon die Tatsache, dass die Bereitschaft zur Veränderung gewohnter Strukturen sichtbar wird, zeigt für mich den besonderen Erfolg interkultureller Weiterbildung. Veränderung ist Kultur immanent, die Entwicklung interkultureller Kompetenz ist prozesshaft. Wenn das erkannt und akzeptiert wird, wenn Kultur weder über- noch unterschätzt wird, ist der Weg offen für neue Entwicklungen.

Migrantenspezifische psychosoziale Angebote und Traumafolgestörungen bei türkischstämmigen Migranten

Aus der Interkulturellen und türkischsprachigen Ambulanz der Rheinischen Kliniken Essen am Universitätsklinikum Essen

PD Dr. Yesim Erim, Dipl. Psych. Dipl. Theol. Eva Morawa

1. Stand der empirischen Forschung zur Migration

Die Vorkommenshäufigkeit von psychischen Störungen bei Migranten ist noch nicht ausreichend untersucht. Im bundesdeutschen Raum fehlen sowohl Untersuchungen von Inanspruchnahmeklientel als auch von Repräsentativstichproben von Migranten.

In der Schweiz wurde eine Datenbank von 23.377 Patienten im Zeitraum von 1995 bis 2001 im Kanton Zürich ausgewertet. 20% der gesamten Stichprobe waren Ausländer.

Psychotische Störungen lagen bei Einheimischen und Migranten gleich häufig vor. In dieser Studie zeigten türkische Migranten höhere Raten von neurotischen Störungen und somatoformen Störungen und dagegen geringere Raten an Substanzmissbrauch im Vergleich zu den einheimischen Schweizern.

Lay, B., Lauber, C., Rössler, W. (2005) Acta Psychiatr Scand 111, 358-366

In einer holländischen Studie in Amsterdam wurden zur Erfassung von Depressivität und Somatisierungssymptomen 304 holländische Patienten, 330 türkische Migranten und 299 marokkanische Migranten im Alter von 55 bis 74 Jahren untersucht.

Die Ergebnisse dieser Studie unterstützen frühere Studienergebnisse und klinische Erfahrungen, dass ältere türkische und marokkanische Migranten depressive Symptome häufiger durch Somatisierung ausdrücken als ältere Menschen aus dem Westen (17). Spijker, J. et al. (2004) Int J Geriatr Psychiatry 19, 538-544

2. Das LVR-Verbundprojekt Migration

Seit 2005 unterstützt der LVR Projekte zur Verbesserung der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migranten. Ziele des Verbundprojekts LVR

- Senkung sozialer und kultureller Zugangsschwellen zur psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung
- Verbesserung der interkulturellen und sprachlichen Kompetenz in der Behandlung psychisch kranker Migrantinnen bzw. Migranten
- verbesserte zielgruppenspezifische Information und Ansprache.

Das Projekt versteht sich als ein Projekt des Wissensmanagements.

Es geht nicht darum, neues Wissen zu generieren, sondern bestehende Informationen für die Mitarbeiter der Rheinischen Kliniken besser zugänglich zu machen.

Ergebnisse werden auf den Intranetseiten der beteiligten Kliniken zur Verfügung gestellt.

Die interkulturelle türkischsprachige Ambulanz an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR Klinikums Essen

Unsere Interkulturelle Ambulanz hat die Aufgaben eines Interkulturellen Konsildienstes*:

1. Erst-Untersuchung (und Entwicklung einer Therapieindikation) eines zugewiesenen Patienten durch muttersprachlichen Experten.
2. Patienten werden durch den Zuweiser aus einer laufenden Behandlung vorgestellt und wir als Experten erstellen einen Bericht mit interkulturellen Besonderheiten.
3. Eine Gemeindeorganisation wird über ein bei einer spezifischen Migrantengruppe häufiges Problem beraten (z. B. unsere Frauenklinik über die Besuchsgewohnheiten türkischstämmiger Migranten).

*Kirmayer et al. (2003): Cultural consultation service for mental health practitioners and primary care clinicians in Montreal, Canada.

3. Die muttersprachliche Therapiegruppe der RK Essen

Die muttersprachliche Therapiegruppe für türkische Patientinnen wurde 1997 etabliert. Nach der Einrichtung der muttersprachlichen Diagnostik in unserer Ambulanz wurde bei vielen Patientinnen eine Indikation für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung gesehen, jedoch konnten viele wegen fehlender Deutschkenntnisse nicht einer Behandlung zugeführt werden.

Die Gruppentherapie wurde als eine wirtschaftliche Form der Behandlung initiiert. Mit kurzen Pausen und Wechsel der TherapeutInnen besteht das gruppentherapeutische Angebot bis heute und stellt für die Patientinnen nicht nur eine Möglichkeit zum Erreichen der psychischen Stabilität, sondern auch eine Hilfe für eine bessere soziale Integration dar.

Was ist kulturspezifisch an der muttersprachlichen Therapiegruppe?

- die Rituale, über die die Patientinnen berichten: das Partnerfindungsritual, Ritual der ersten Nacht und der Jungfräulichkeit
- das Ritual des Kennenlernens: die Kontrolle durch die „Gemeinde“, durch das „Viertel“
- der Kampf der Geschlechter
- die Bedeutung der Mutterschaft

Was ist migrationspezifisch an der muttersprachlichen Gruppe?

- Die muttersprachliche Gruppe fördert das Kohärenzgefühl (Antonovsky), indem sie durch traditionelle Muster des Verstehens, der Sinnhaftigkeit und der Handhabbarkeit aktualisiert und in einen neuen Kontext einordnet.
- Beispiel: türkische Märchen zum Einstieg in die tiefenpsychologische Arbeit, Sprichwörter, Vokabeln.

Was ist nicht kulturtypisch, d. h. universell?

- alle Themen
- alle Konflikte
- die Somatisierung
- der Körper als Selbstobjekt
- für die Psychotherapie der Frauen: der Körper als letzter Ort der Selbstbestimmung und Kontrolle

Von welchen Aspekten profitieren Patienten in der muttersprachlichen Psychotherapie?

- In der Migration orientieren sich einzelne Personen und Familien an dem Verhaltenskodex der Gruppe, eine Haltung, die als strukturgebende Maßnahme in Anbetracht von schnellem kulturellen Wandel und Anpassungsdruck verstanden werden kann. Progressive, den neuen Bedürfnissen entsprechende Rollenmuster können, wenn sie einmal sozial akzeptierbar geworden, ins soziale Über-Ich (Kohte –Meyer, 2000) aufgenommen sind, von einzelnen Personen mit großer Geschwindigkeit übernommen werden.
- Identifikatorische Übernahme von Verhaltensmustern ist auch in der Therapie durch ethnische Psychotherapeuten eine wichtige Ressource. So kann sich der Patient eine Verhaltensweise oder Triebbefriedigung gestatten, die sich der ethnische Therapeut offensichtlich auch erlaubt.
- Sprache ist nicht nur der Mittler kognitiver Prozesse. Sprache ist auch Träger und Vermittler von Riten, Bräuchen und vermittelt Zugehörigkeit.
- Sprachlich werden die frühesten Rollenmuster und Identifizierungen internalisiert, die in Familie und sozialer Gruppe angeboten werden. Sprache, Muttersprache, ist Zugangsweg zu Phantasien und Symbolen. Erleben und Reflexion sind an Sprache gebunden.

Wissenschaftliche Untersuchungen von türkischsprachigen Migrantinnen und Migranten an den RK Essen

Ergebnisse bisheriger Untersuchungen:

- Die Hypothese, dass Migranten psychosoziale Angebote in Institutionen nicht annehmen, trifft nicht zu. Wenn sprachliches und kulturelles Verständnis durch muttersprachliche Mitarbeiter ermöglicht wird, nehmen Migranten institutionelle Angebote in Anspruch.
- Nach der Installierung solcher Angebote steigt der Anteil der Migranten als Patienten in den Abteilungen und entspricht bald prozentual ihrem Anteil in der allgemeinen Bevölkerung.

- Die Fragestellung, ob westliche psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsmethoden für die Migranten angemessen sind, konnte auch durch zahlreiche erfolgreiche Behandlungen positiv beantwortet werden.

4. Traumafolgestörungen bei türkischstämmigen Migranten

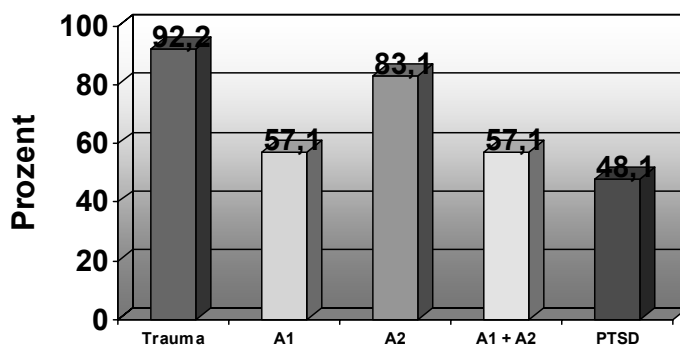
Fragestellungen

- Wie oft werden traumatische Ereignisse von türkischen Migranten angegeben?
- Welche Traumata werden von Migranten angegeben?
- Wie stark ist die Traumabelastung bzw. wie oft werden Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung (ETI) erfüllt?
- Gibt es bestimmte Traumaereignisse, die häufiger zu einer PTSD (ETI) führen?

Zusammenfassung

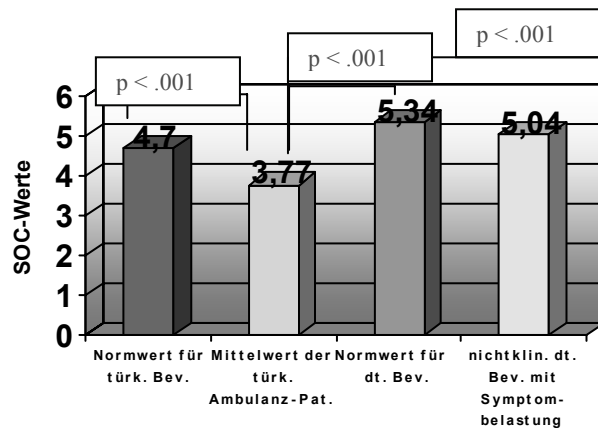
Die Klientel einer türkisch-muttersprachlichen Spezialambulanz (n = 77) wurde hinsichtlich der Häufigkeit von Traumata und posttraumatischer Belastungsstörung mit dem Essener Trauma-Inventar (ETI) und der Sense of Coherence Scale (SOC-29) untersucht. 92,2 % der Patienten berichteten von mindestens einem traumatischen Ereignis; schwere Krankheit, der Tod/Verlust einer wichtigen Bezugsperson sowie ein schwerer Unfall wurden am häufigsten angegeben, gefolgt von maritalen Problemen. Bei nahezu der Hälfte der Patienten (48,1 %) bestand testpsychometrisch der Verdacht einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD); diese wurde am häufigsten durch maritale Probleme (13,5 %), schwere Krankheit (13,5 %) und Verlust einer wichtigen Bezugsperson (10,8 %) ausgelöst. Verglichen mit der deutschen und der türkischen Normalbevölkerung sowie mit Deutschen, die psychische Symptome aufweisen, zeigten die türkischstämmigen Patienten ein hochsignifikant ($p < .001$) niedrigeres Kohärenzgefühl. Diese Studie verdeutlicht die hohe Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung in einer klinischen Stichprobe von türkischstämmigen Migranten sowie das pathogene Potential maritaler Konflikte.

Abb. 1: Trauma- und PTSD-Prävalenz



A1-Kriterium: objektive Lebensbedrohung
 A2-Kriterium: subjektive Einschätzung der Situation
 PTSD: positiver Hinweis auf eine PTSD

Abb. 2: Kohärenzgefühl



Schlussfolgerung

- Am häufigsten wurden von den türkischstämmigen Migranten schwere Krankheit (50,7 %), Tod/ Verlust einer wichtigen Bezugsperson (44,2 %) sowie schwerer Unfall (36,4 %) genannt. Fast ein Drittel der Befragten gab interpersonelle Gewalt in der Familie (29,9 %), maritale Probleme (29,9 %) und knapp ein Viertel Verwahrlosung (23,4 %) als traumatisches Erlebnis an.
- Die Traumaereignisse, die am häufigsten zu einer PTSD bei Migranten führten, sind maritale Probleme wie Trennung/ Scheidung, Fremdgehen des Partners/ der Partnerin und Eheprobleme (13,5 %) und schwere Krankheit (13,5 %), gefolgt von Tod/ Verlust einer wichtigen Bezugsperson (10,8 %) und schwerem Unfall (10,8 %).
- Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen der PTSD und dem Kohärenzgefühl (SOC).
- Türkische Migranten hatten signifikant niedrigere SOC-Mittelwerte als einheimisch deutsche Patienten. Das ist als ein Hinweis auf erhöhte Vulnerabilität von Migranten anzusehen.

63% der Migranten haben berichtet, dass sie psychotherapeutische Unterstützung wünschen. Diese hohe Therapiemotivation rechtfertigt die Etablierung adäquater Behandlungsangebote für Migranten.

Literatur:

- Erim, Y. (2001) Muttersprachliche Gruppentherapie mit türkeistämmigen Migrantinnen. Gruppenpsychother Gruppensdynamik 37: 158–176.
- Erim, Y., Senf W. (2002) Psychotherapie mit Migranten. Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie. Psychotherapeut 47: 336–346.
- Erim, Y. (2004) Interkulturelle Aspekte der therapeutischen Beziehung. Kollektive Übertragungsphänomene. PID 5: 368–374.
- Erim, Y., Senf W. (2007) Türkischstämmige Patientinnen mit masochistischen Persönlichkeitsanteilen und ein türkisches Märchen als therapeutisches Instrument: Der Einsatz von Märchen als kultursensible Intervention. Psychoth. Soz. 9 (2): 25–44.

Ein junges Gesicht der Migration: Ältere Migrantinnen und Migranten

Dr. med. Murat Ozankan, Migrantenambulanz der Rheinischen Kliniken Langenfeld

In Deutschland alt zu werden war ursprünglich nicht Teil der Lebensplanung der Mehrheit älterer Migranten. Der Lebensabend sollte im Herkunftsland verbracht werden, nachdem man sich mit den im Ausland erwirtschafteten finanziellen Mitteln die dortige Existenz gesichert hatte. Der Aufenthalt in Deutschland war als Provisorium geplant, entsprechend wurde das Leben gestaltet. Aufgrund vielfältiger Zwänge wurde die Rückkehrentscheidung jedoch immer wieder verschoben.

In Deutschland lebten laut statistischem Bundesamt zum Stichtag 31.12.2006 rund 7,3 Millionen Ausländerinnen und Ausländer und damit 8,8% der Gesamtbevölkerung. Bundesweit sind ca. zehn Prozent der Ausländerinnen und Ausländer 60 Jahre und älter, ca. sechs Prozent sind 65 Jahre und älter (Jonas, 2007). Nach Angaben des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik NRW hat sich die Zahl der über 65-jährigen Migranten in Nordrhein Westfalen von 55.104 (1993) auf 148.959 (2007) erhöht (IKoM, 2004, Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen 2008b). Aufgrund dieser Entwicklung muss mit einem deutlichen Anstieg der Demenzerkrankungen auch bei dem Migranten gerechnet werden.

Während die Angaben über die Anzahl der deutschsprachigen Demenzpatienten schon relativ ungenau sind, kann über die Anzahl der Demenzpatienten mit Migrationshintergrund nur gemutmaßt werden. Insbesondere Migranten aus den Herkunftsländern Türkei und frühere UdSSR erreichen in Deutschland mittlerweile in großer Zahl Alterskohorten, in denen Demenz eine nennenswerte Prävalenz aufweisen müsste. Die an der deutschen Bevölkerung erhobenen Prävalenz- und Inzidenzraten sind bei Migranten und insbesondere bei Türken möglicherweise nicht anwendbar, da Unterschiede in Lebens- und Arbeitsbedingungen, Essgewohnheiten, Gesundheitszustand und anderen Faktoren vorliegen. Insgesamt kann wohl davon ausgegangen werden, dass der prozentuale Anteil demenzerkrankter Migranten an den über 65-jährigen mindestens so hoch ist, wie in der deutschen Bevölkerung. Gemessen an den wenigen Fällen demenziell erkrankter Migranten in Pflegeheimen oder Arztpraxen ist davon auszugehen, dass eine drastische medizinische Minderversorgung der Migranten mit demenziellen Erkrankungen vorliegt.

Es gibt noch wenige Untersuchungen über die Auswirkung der sozialen Lebensumstände auf die psychische Gesundheit der älteren Migranten. Ihr allgemeiner Gesundheitszustand ist häufiger als bei deutschen Senioren beeinträchtigt, vor allem durch psychische bzw. psychosomatische Belastungen und durch körperliche Erkrankungen. Es gibt bisher so gut wie keine wissenschaftlichen Untersuchungen über das Problem der Erkennung und Behandlung demenzieller Erkrankungen bei Menschen mit mangelnder Sprachkenntnis (Huisman, 2000). Der von der deutschen Bundesregierung aufgestellte und im Juli 2007 veröffentlichte nationale Integrationsplan bemängelt das Fehlen kultursensibler Informations- und Beratungsangebote für die Betroffenen und die pflegenden Angehörigen (Bundesregierung, 2007). Zudem herrsche über das Thema Demenz ein Informationsdefizit in den Familien mit Migrationshintergrund vor, was dazu führe, dass die Problematik tabuisiert werde. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Broschüre des Kuratoriums Deutsche Altershilfe aus dem Jahr 2007 zum Thema Demenz und Migration (KDA, 2007).

Zudem decken sich die Erwartungshaltungen der Migranten, die sie an soziale und gesundheitliche Versorgung stellen oft nicht mit den vorhandenen Angeboten.

Zugangsbarrieren der MigrantInnen zur Kranken- und Altenhilfe

- Mangelnde Deutschkenntnisse der älteren Migranten sind ein zentrales Hindernis beim Umgang mit der Gesundheitsversorgung
- Unkenntnis über die Angebote, Dienste und Einrichtungen
- „Die Illusion der Rückkehr“ ist zwar eine Art Überlebensstrategie. Die Realität steht dem aber meist entgegen.
- Angst vor deutschen Institutionen aufgrund falscher Vorstellungen
- Angst vor ausländerrechtlichen Konsequenzen bei Inanspruchnahme von Sozialleistungen

- Kein direkt erlebtes Bild vom Altwerden
- Die entstandenen ethnischen Kolonien mit ihren ausgeprägten religiösen Netzwerken begünstigen den Rückzug
- und unterschiedliche Sicht- und Umgangsweisen bezogen auf Alter und Krankheit spielen eine wichtige Rolle.

Dies trifft ganz besonders auf psychiatrische Störungen zu, die seltener als Krankheit erkannt und respektiert werden.

Migrantenambulanz der LVR Klinik Langenfeld: Kultursensible muttersprachliche psychiatrische Behandlung

Unser Angebot in der Migrantenambulanz zur Überwindung von Zugangsbarrieren des öffentlichen Gesundheitsdienstes hat im März 2004 durch die Einstellung von Fachpersonal mit direkten oder indirekten Migrationserfahrungen, die sowohl die Kultur, die Systeme und Sprache von Deutschland als auch ihres Herkunftslandes kennen, begonnen. Unser Behandlungsangebot richtet sich vorrangig an türkisch – und seit April 2007 russischsprechende Patienten. Andere Nationalitäten bilden kein Ausschlusskriterium, ca. 10% der Patienten stammen aus Marokko, Iran, Polen, Griechenland, ehem. Jugoslawien.

Zu Beginn der Arbeit war eine sehr intensive organisatorische Aufbauarbeit nötig. Dies begann damit, dass die Infomaterialien entworfen werden mussten. Da die meisten Migranten im Krankheitsfall eine(n) Landsmann/-frau aufsuchen, wurden niedergelassene Ärzte mit Migrationshintergrund in NRW mit schriftlichen Informationen über die Migrantenambulanz versorgt. Darüber hinaus besuchten wir viele interessierte Ärzte aus der Umgebung in ihren Praxen, um die Migrantenambulanz vorzustellen, und nach Möglichkeiten einer Kooperation zu suchen. Zu diesem Zweck haben wir auch in mehreren türkisch- und russischsprachige Zeitungen, Zeitschriften und Gemeindeblättern inseriert und auch andere Medien (Radio WDR, türkischsprachige Fernsehkanäle) einbezogen.

In unserer Arbeit bewegen wir uns in Netzwerken. Unsere fachübergreifenden Kooperationspartner mit denen wir in regelmäßig in „Face to Face“ Kontakt stehen, sind u. a. niedergelassene türkisch- und russischsprachige Ärztinnen von verschiedenen Fachrichtungen, Arbeitskreis türkischsprachiger Psychotherapeuten, Sozialpsychiatrische Zentren, Arbeiterwohlfahrt - internationale Beratungs- und Betreuungszentren für Migranten, Caritasverband - internationaler Sozialdienst, Therapiezentrum für Folteropfer, etc.

Mit dem bestehenden Angebot konnte eine deutliche Reduzierung der Schwellenangst erreicht werden. Das Einzugsgebiet reichte von Bonn bis Duisburg, nicht selten kamen Patienten aus anderen Bundesländern. Dies bezieht sich insbesondere auf türkischsprechende Patientinnen, die etwa 2/3 der Klientel der Migrantenambulanz ausmachen. Dies ist insoweit bemerkenswert, da im stationären Kontext zu etwa 3/4 türkischsprachige Patienten behandelt werden. Ein wichtiger Schwerpunkt der Migrantenambulanz ist die Behandlung der Altersdepressionen und beginnende Demenzen.

Depressive Erkrankungen im höheren Lebensalter

Die oft massiven und länger dauernden Stressbelastungen von Migranten sind auf sehr unterschiedliche, oft interagierende bzw. kumulierende Faktoren zurückzuführen, die nicht selten bereits vor dem Migrationsakt anfangen:

- **Prämigratorische Faktoren** der psychosozialen Gesundheit sind vor allem bei Flüchtlingen und Asylsuchenden ausschlaggebend. In abgeschwächter Form gilt dies auch für Arbeitsemigranten, die ökonomischer Not entfliehen.
- **Postmigratorische Stressoren:** Die Migration mit ihren Begleitumständen kann im Sinne eines Stressphänomens verstanden werden. Aus dieser Perspektive stellt die Migration eine hohe Belastung für Menschen dar, die häufig von Ängsten, Unsicherheit, depressiven Zuständen und Frustration begleitet wird und sich als innere und / oder äußere Krise manifestieren kann. Diese Belastungen können bei den Migranten bereits vorhandene Erkrankungen verstärken und zusätzliche Krankheiten auslösen.

Viele Migranten leiden unter uneingestanden **familiären Konflikten**. Hintergrund bildet oft die eigene Migrationsgeschichte in der Familie:

- Mehrjährige Trennung der Kinder von den Eltern beim sog. »Pendeln in der Kindheit“: mit häufigem Wechsel der Bezugspersonen mit zwischenzeitlichem Zurückbleiben in der Türkei und daraus resultierende Belastung in der Eltern-Kind-Beziehung.
- Probleme bei der Erziehung der Kinder: fehlende Möglichkeiten der Begleitung bei der Beschulung, Schwierigkeiten beim Transfer kultureller Werte sowie Erziehungsprobleme mit negativen Folgen wie Drogenkonsum oder Delinquenz werden schuldhaft verarbeitet.
- bei der Heiratsmigration haben junge Frauen häufig in einer kulturell fremden Umgebung ohne Schutz der in der Türkei zurückgebliebenen Primärfamilie einen schweren Stand, z. B. der Schwiegermutter gegenüber. Männer als Heiratsmigrant können bei fehlender kultureller Kompetenz für die deutschen Verhältnisse die Übernahme der traditionellen Führungsrolle meist nicht leisten.
- die Ablehnung eines gewünschten Ehepartners durch die Familie
- Schwierigkeiten geschiedener oder verwitweter Frauen,
- Trennung von den Eltern oder Tod der Eltern in Abwesenheit der Migranten gehören zu den familiären Belastungen.

Weitere psychosoziale Belastungsfaktoren für die Migranten sind u. a. Kommunikationsschwierigkeiten, wenig planbare Zukunftsperspektiven („*nächstes Jahr zurück*“), schlechtere Qualifikation in Schule und Beruf, sowie ungünstige Wohn- und Arbeitsbedingungen.

Hindernisse der Rückkehr

Im Alter müssen viele Migranten feststellen, dass ihre Kinder und Enkelkinder ihr Sozialverhalten und ihre Lebensentwürfe an der deutschen Gesellschaft orientieren und keine Rückkehrabsichten haben. Die Familie, die nun in Deutschland ihren Lebensmittelpunkt hat führt bei den meisten älteren Migranten zum Verzicht einer Rückkehr in die Herkunftsländer.

- die besseren Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung in BRD,
- die Entfremdung von den im Herkunftsland
- Die Scham, das Ziel der Migration (materieller Wohlstand) nicht erreicht zu haben. Die hohe Armutsrisikoquote für Migranten ab 60 Jahre ist mit 32,1% deutlich höher als für Deutsche 9,7%.

Das Klischee, die Migranten hätten große Familien und seien untereinander sehr hilfsbereit und sorgten selbstverständlich für ihre Angehörigen, ist nicht mehr uneingeschränkt gültig. Es ist eher mit einer verstärkten Pendelmigration als mit einer dauerhaften Rückkehr zu rechnen.

Kultursensible Versorgungsangebote in BRD

Die in 2002 unter Leitung des Referats Transkulturelle Psychiatrie der DGPPN erstellten „Sonnenberger Leitlinien“ bilden die Grundlage für eine nationale Initiative zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und zur Integration von Migranten mit psychischen Erkrankungen in die bundesdeutsche Gesellschaft. Es geht dabei nicht um die einseitige Anpassung der Migranten an das Gesundheitssystem, sondern um die Öffnung und Qualifizierung des Systems für die Bedürfnisse und psychohygienischen Erfordernisse der Migrantenpopulation.

Sie beinhalten Forderungen:

- nach Erleichterung des Zugangs zu Regelangeboten,
- zum Aufbau multikultureller Therapeutenteams,
- zum Einsatz von psychologisch geschulten Fachdolmetschern,
- zur transkulturellen Aus-, Fort- und Weiterbildung
- zur Bildung von kulturspezifischen Selbsthilfegruppen.

Auch im Bereich der Altenhilfe sind Standards entwickelt worden. Das 2002 vorgestellte „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ soll konkrete Schritte zur kultursensiblen Altenhilfe und -pflege unterstützen und die Partizipation älterer Migranten an Altenhilfestrukturen fördern.

Ein bedeutender Schritt für eine kultursensible Altenhilfe wurde 2002 durch die Neuregelung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Altenpfleger erreicht: Die neue Ausbildungsordnung sieht vor, ethnienspezifische und interkulturelle Aspekte sowie Glaubens- und Lebensfragen in die Pflege zu integrieren.

2004 hat die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration in Zusammenarbeit mit den Trägern der Wohlfahrtspflege, Kuratorium Deutsche Altershilfe und 60 weiteren Verbänden die Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe „Aufeinander zugehen – voneinander lernen“ auf den Weg gebracht.

Mit der zentralen „Informations- und Kontaktstelle für die Arbeit mit Älteren Migranten“ (IKoM), ist eine strukturbildende und vernetzende Einrichtung entstanden. IKoM bietet einen Überblick über die vorhandenen Fachkenntnisse der Altenhilfe für Migranten. Die Kontaktdatenbank enthält Informationen über Projekte und Angebote in ganz Deutschland und die Literaturdatenbank ermöglicht einen Überblick über Veröffentlichungen zum Thema.

Resümierend kann festgestellt werden, dass bei Angeboten kultursensibler Altenhilfe und -pflege in den letzten Jahren Fortschritte zu verzeichnen sind, die zum Teil strukturbildenden Charakter haben. Allerdings kann bisher nicht von einer umfassenden und systematischen kultursensiblen Versorgungslage ausgegangen werden.

In der täglichen Versorgung von Migranten müssen wir immer wieder erfahren, dass die Zugangsbarrieren der bestehenden Angebote so hoch sind, dass diese Gruppen durch die Versorgung durchfallen. Eine der Folgen sind Chronifizierungen – unserer Meinung nach ein zu hoher Preis für die Integration.

Dementielle Erkrankungen bei Migranten

Im Gegensatz zur zunehmenden Bedeutung der demenziellen Erkrankung in der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund – insbesondere aus der Türkei und ehem. Sowjet Union – gibt es bisher kaum Angebote zur Diagnostik von Demenz die sowohl sprachlich als auch kulturell auf die Bedürfnisse der Migranten eingehen.

Dies ist insbesondere deshalb ein Problem, da die Krankheit im Lebensumfeld dieser Gruppen häufig falsch interpretiert, nicht erkannt oder tabuisiert wird. Kultur- und sprachensible Untersuchungs- und Versorgungsangebote sind vor diesem Hintergrund besonders wichtig, bestehen jedoch so gut wie gar nicht. Insbesondere fehlt ein Screening-Instrument für kognitive Störungen bei Migranten, die die deutsche Sprache nicht oder nur sehr schlecht beherrschen.

Trakula (Transkulturelles Assessment mentaler Leistungen)

An der Uniklinik Köln wurde bereits Vorarbeit zur Entwicklung eines Instruments geleistet, welches das Screening für Menschen mit Migrationshintergrund, aber auch für Menschen mit individuellen Defiziten beim Lesen und Schreiben ermöglicht. Das Instrument TRAKULA kommt ohne lese- und schreiblastige Module aus und wurde bereits an 100 älteren türkischstämmigen Personen in einer Pilotstudie getestet.

Das Verfahren erfasst die Gedächtnisleistung, kognitive Leistungen, assoziatives Lernen, Exekutivfunktionen (planendes Handeln) und Aufmerksamkeit in etwa 20-30 Minuten.

Eine Validierung des Instruments findet zur Zeit statt. In den kommenden zwei Jahren soll das Instrument an 200 Personen mit Migrationshintergrund getestet werden, welche einen Anfangsverdacht auf Demenz vorweisen. Zusätzlich sollen weitere 200 Personen mit Migrationshintergrund und ohne Anfangsverdacht auf Demenz als Kontrollgruppe herangezogen werden. Zudem soll getestet werden, wie gut die Ergebnisse von TRAKULA vergleichbar sind mit den bisher am häufigsten angewendeten Verfahren der Demenzerkennung.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den kulturellen und sozialen Dimensionen von Demenz steht erst am Anfang. Heute ist das in den westlichen Industriegesellschaften vorherrschende Verständnis von Demenz ein (Zwischen-)Ergebnis eines historischen Prozesses. Versteht man Kultur als einen heterogenen und dynamischen Prozess, so fällt ins Auge, dass Menschen mit Demenz zunehmend mehr, auch öffentlich, wahrgenommen werden.

Es wächst die Bereitschaft, ein Leben mit Demenz als Einschränkungen unterliegend, gleichwohl nach wie vor Möglichkeiten gelingenden Lebens, des Kontakts mit der Welt und des sich in die Welt Einbringens anzunehmen. Auf diesen Punkt bezogen muss sich Demenzforschung auch und verstärkt mit der Frage auseinandersetzen, unter welchen konkreten Rahmenbedingungen und in welchen von den Achsen der sozialen Differenz bestimmten Konstellationen, Menschen diese Chance nutzen können oder ihnen diese Chance verweigert wird.

Literaturverzeichnis

- Bundesregierung (2007) Der nationale Integrationsplan. Neue Wege – Neue Chancen. Berlin
- Huisman A (2000). Estimation of prevalence of dementia among elderly in Europe. In A. Huisman, U. Raven, A. Geiger (Hrsg.), *Neurodegenerative Diseases among Migrants in EU States. Prevalence, Care and Recommendations* (S. 2-24). *International Public Health*, Bd. 3. Lage: Hans Jacobs.
- Informations- und Kontaktstelle für die Arbeit mit älteren Migrantinnen und Migranten IKoM (2004). *Demenz und Migration-Newsletter 4/04*, Duisburg.
- Jonas I (2007). Vergessen in der zweiten Heimat. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hrsg.) (2007). *Demenz und Migration*. ProAlter e-Paper 2/07.
- Kessler J, Calabrese P, Kalbe E (2000). DemTect®: Ein neues Screening-Verfahren zur Unterstützung der Demenzdiagnostik. *Psycho* 26, 343-347.
- Kessler J, Markowitsch HJ, Denzler P (1990). *Der Mini Mental Status Test*. Weinheim: Beltz-Test-Verlag.
- Kessler J, Semer S., Kalbe E, Brand M (2005). TRAKULA: Transkulturelles Assessment mentaler Leistungen bei türkischen Mitbürgern. 78. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. *Aktuelle Neurologie* 32 (Suppl. 4), S166.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (2007). *Demenz und Migration*. ProAlter e-Paper 2/07.
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (2008). *Ausländische Bevölkerung in NRW – Ergebnisse des Ausländerzentralregisters –*. Abgerufen am 21.07.2008.
http://www.lids.nrw.de/statistik/datenangebot/daten/b/struktur/r311ausl_azr.html
- Müller K. (2008). Assessmentinstrumente: Übersetzung und kultursensible Anpassung. In *DeSS-orientiert: Demenz weltweit – eine Krankheit im Spiegel der Kulturen* (S. 31-39). Stuttgart: Demenz Support gGmbH.
- Raabe H (2007). „Kulturfaire Assessments“- Demenzen bei Migranten besser aufdecken. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hrsg.) (2007). *Demenz und Migration*. ProAlter e-Paper 2/07.

Dolmetscherdienste: Können sie Barrieren in der Gesundheitsversorgung abbauen helfen?

Cornelia Kaiser-Kauczor, Dipl.-Pädagogin, Netzwerk Migration und Behinderung
Dr. Sebnem Bahadır, Dipl.-Übersetzerin und Dolmetscherin, Dozentin an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

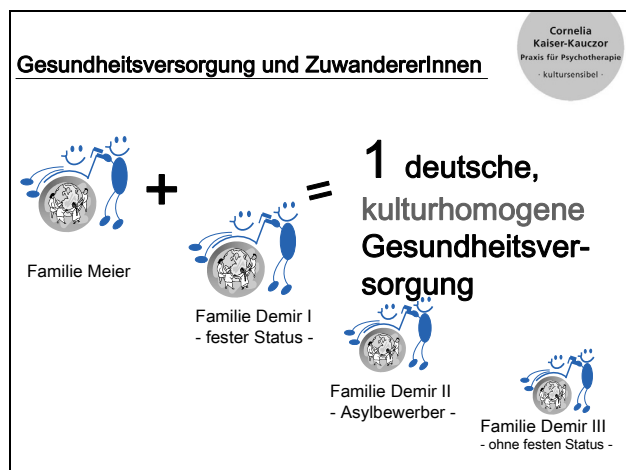
Selbstverständlich gibt es ideale Lösungen für eine Gesundheitsversorgung von Migranten¹³. Welche dabei genau die idealste Lösung ist, wurde nicht nur während der Tagung und insbesondere im Workshop rege diskutiert. Es ist dabei festzustellen, dass der Standpunkt des Betrachtenden oft die subjektive Beurteilung der Qualität des jeweiligen Angebots ausmacht.

Die muttersprachliche Fachkraft sagt: „Es geht nicht nur um Sprache, es ist viel mehr. Wir benötigen mehr Muttersprachler im Gesundheitswesen!“ – Recht hat sie.

Die Ärztin, die helfen will sagt: „Wir benötigen schnell abrufbare und bezahlbare Dolmetscherdienste.“ – Recht hat sie. Der Fachdolmetscher sagt: „Nur wer fachgerecht zum Dolmetscher ausgebildet wurde, kann schwerwiegende Übertragungsfehler verhindern.“ – Recht hat er.

Wir möchten in diesem Beitrag deshalb das Ende an den Anfang stellen:

Wir haben als Fachkräfte aus den unterschiedlichsten Arbeitsfeldern, die händeringend nach der wirklich praktikablen und bezahlbaren Lösung suchen, nicht den Luxus zu sagen „Unsere Lösung ist die Beste!“ – Migranten in Essen und über unsere Stadtgrenze hinaus sind heute krank und benötigen heute ihren individuellen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Es ist somit Zeit, sich zu professionalisieren für eine sprachlich und kulturell heterogene Klientel.



Zum Ausgangspunkt

Jeder im Gesundheitswesen Tätige ist bemüht, für seine Patienten da zu sein und seine Fachkompetenz einzubringen. Während der Anamnese, Diagnostik etc. sind wir jedoch neben unseren Untersuchungsinstrumenten auch geleitet von unserer eigenen kulturellen Sozialisation. Während die Kommunikation mit Patienten aus unserem eigenen Kulturkreis uns leicht erscheint, wir unser komplettes Behandlungsrepertoire im Kopf durchgehen und quasi mit allen uns relevant erscheinenden Aspekten „jonglieren“ können, ist die Kommunikation mit Patienten mit Zuwanderungsgeschichte oft neben dem Fremdsprachenproblem „behindert“ durch die Einflussnahme von bisher oft unberücksichtigten, aber regelmäßig

¹³ Um die Lesbarkeit des hier vorliegenden Beitrags zu erleichtern sind beide Geschlechterformen gemeint, wenn eine angegeben wird. Ebenso werden die Begriffe „Migrant“ und „Patient mit Zuwanderungsgeschichte“ synonym verwendet.

sehr relevanten Einstellungen etc., die die Behandlungsoptionen und die Compliance maßgeblich beeinflussen.

Cornelia
Kaiser-Kauczor
Praxis für Psychotherapie
- kultursensibel -

Kommunikation ist alles?
Was erschwert die Arbeit mit MigrantenInnen ?

- Kenntnisse über die Erkrankung und die Rehabilitationsmöglichkeiten
- Status der Klientel in Deutschland
- Migrationsgeschichten
- Bildungsstand der Familien und auch der Fachkräfte
- Vorerfahrungen mit KollegInnen
- Status des kranken Mitglieds in der Familie
- Erziehungsvorstellungen der Eltern und Geschwister
- Religion: z.B. ein Islam – viele muslimische Gesichter
- Miteinander reden
– gar nicht so leicht!

• Wo stehe ich als Fachkraft?

Es ist nicht leicht, oben genannte Aspekte selbstverständlich in die Anamnese und Diagnostik einfließen zu lassen. Hierfür ist ein Gespräch notwendig. Dieses muss nicht lang sein. Aber die Verständigung – sprachlich und kulturell – muss stimmen. Oft treten Hemmungen auf: Kann ich das fragen und wie?

Zugangsbarrieren für Migranten im Gesundheitswesen können nicht durch den ausschließlichen Einsatz von muttersprachlichem Fachpersonal ausgeräumt werden. Zudem zeigen Stichprobenbefragungen, dass Migranten sehr gerne deutsche Behandler aufsuchen bzw. diese auch gezielt aufsuchen, obwohl muttersprachliche Anbieter erreichbar wären. Wir finden Aussagen wie „Ich möchte zu einem Landsmann!“ ebenso vor wie „Ich lebe in Deutschland und deutsche Ärzte sind gut ausgebildet.“ oder spezifischer: „Ich habe Angst, was ein Landsmann von mir denkt, wenn ich mit meinem Problem komme. Deutsche denken da anders.“ Als ReferentInnen sprechen wir uns deshalb gezielt gegen ein Konkurrenzdenken unter den Behandlern aus. Es liegt an allen Anbietern von Gesundheitsleistungen, Zugangsbarrieren für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte abzubauen zu helfen und das eigene Behandlungsangebot sprachlich und transkulturell zu öffnen.

Welche Zugangsbarrieren für MigrantInnen existieren hinsichtlich unseres Gesundheitssystems?

an der Herkunftskultur orientierte Sichtweisen zu Erkrankungen	völlig unzureichende Fremdbilder der deutschen Seite gegenüber den MigrantInnen (Stichwort: tragende Netzwerke)
Kulturfremdheit = unzureichende Kenntnisse über das, was dt. Gesundheitsversorgung ausmacht	dt. Gesetzgebung
unzureichende Kenntnisse über hiesige Sichtweisen zu Erkrankungen / Prävention	Sprache
z.T. unzureichende Kenntnisse über die Entstehung und ggf. die Therapie von Krankheiten	unzureichender Zielgruppenstatus
mitunter starke Schicksalsverhaftung bei gleichzeitig unzureichendem Kenntnisstand über Krisenbewältigungsmodelle	fehlendes Interesse zur Nutzung kulturübergreifender Strategien

www.handicap-net.de
C. Kaiser-Kauczor

Handlungsempfehlungen

Was also tun, um die eigene Arbeit zu erleichtern, das Behandlungsangebot auch qualifiziert für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte zu öffnen und dabei selbst noch von Informationen aus anderen Kulturkreisen zu profitieren?

1. **Kultursensibles Arbeiten als Fachkraft im Gesundheitswesen sollte selbstverständlicher sein als bisher: Eine nachholende Sensibilisierung und Schulung von Behandlern zur Sicherstellung einer angemessenen Behandlung und zur Senkung unnötiger Kosten im Gesundheitswesen ist dringend indiziert.**

Kultursensibles Arbeiten befähigt Fachkräfte, ihre möglichen bewussten und unbewussten Ängste und Vorbehalten gegenüber anderen Kulturen abzubauen und diesen im Umgang mit z.B. kranken Menschen vorzubeugen. Lücken innerhalb der eigenen Ausbildung, in der eine Vorbereitung auf eine multikulturelle und verschiedensprachige Klientel vielleicht keinen Raum fand, können geschlossen werden, um eigene Ressourcen interkulturell besser einbringen zu können. Oftmals fordern deutsche Fachkräfte den verstärkten oder ausschließlichen Einsatz muttersprachlicher Experten. Abgesehen von den finanziellen Mitteln, die das erfordern würde, wäre damit ein Sondersystem für eine bestimmte Personengruppe geschaffen. Für alle Migranten in Essen kann dies, berücksichtigt man die hohe Anzahl verschiedener Muttersprachen, nicht umgesetzt werden. Zielführender und integrativer ist eine transkulturelle Öffnung der Angebote der Gesundheitsversorgung sowie Rehabilitation und Teilhabe aller Behandler mit deutschem oder anderem kulturellen/sprachlichen Hintergrund.

Die transkulturelle Öffnung des eigenen Arbeitsplatzbereiches beginnt mit dem Erwerb einer eigenen kulturübergreifenden Handlungskompetenz als Fachkraft. Diese fängt bei der Kommunikation miteinander an. Im Kontext von Krankheit und Gesundheit bedarf es auch hier neuer Konzepte zur Zusammenarbeit mit Familien und Einzelpersonen. Wie wähle ich die Sprache im interkulturellen Dialog aus und wie arbeite ich gezielt mit Dolmetschern zusammen? Worin liegt der Unterschied zwischen „qualifizierten“ Dolmetschern und Kulturmittlern und den „mitgebrachten“ Bekannten und Verwandten, die übersetzen? Wie kann ich jedoch auch diese im ersten Schritt als willkommene Ressource für die Arbeit nutzen? Wie wird die Krankheit in der jeweiligen Familie und in der Herkunftskultur definiert? Wie können Selbst- und Fremdbilder beider beteiligter Seiten zusammengeführt werden, damit die Kommunikation miteinander im Interesse kranker Menschen in der Migration tragfähig gestaltet werden kann? Was kann ich individuell tun, um Zugangsbarrieren abzubauen?

„Migrantenarbeit“ beinhaltet mehr als ein fremdsprachliches Problem. Alle Fachkräfte des Gesundheitswesens sollten Patienten mit Zuwanderungsgeschichte und ihre Angehörigen mit individuellen, kulturspezifischen Bedürfnissen als Zielgruppe mit ihren jeweiligen Anliegen wahrnehmen und selbstverständlicher kultursensibel behandeln als bisher. Eine kultursensible Gesundheitsversorgung birgt Vorzüge für die Mehrheitsgesellschaft und spart Ressourcen. Zuwanderer sind darin zu unterstützen, ihre eigenen Fähigkeiten in der Fremde (wieder) zu erkennen und zu nutzen, damit sie ihre Souveränität (zurück)erlangen können. Auch in der Arbeit mit Migranten gilt es, von einer Defizit- zu einer Ressourcenorientierung zu gelangen.

Mittlerweile haben sich in vielen Arbeitsfeldern im Gesundheits- und Sozialwesen unterstützende Organisationen gebildet, an die sich Fachkräfte bei der Öffnung ihres Arbeitsbereiches für Zuwanderer wenden können. Gemeinsam lassen sich leichter passgenaue Lösungen für die jeweiligen Angebote, aber auch für Einzelfallfragen finden.

2. Sensibilisierung und Schulung von Fachkräften des Gesundheitssektors für die Inanspruchnahme von Sprach- und Kulturmittlern / Dolmetschern in der Gesundheitsversorgung.

Nur wenn ich weiß, worauf ich in der Zusammenarbeit mit Dolmetschenden achten muss, damit die Kommunikation und damit auch die Behandlung gelingen kann, bin ich in der Lage, „gute“ von „schlechten“ Dolmetschern zu unterscheiden. Da ich ggf. für eine Falschbehandlung haftbar gemacht werden kann, sollte es mir wichtig sein, Regeln mit Dolmetschenden auszuhandeln, die beiden Seiten (Behandler und Dolmetscher) die Zusammenarbeit erleichtern. Schließlich kann der Dolmetschende nicht für mein Berufsfeld, ich nicht für seines verantwortlich sein. Im Teameinsatz – geschieht er in enger Absprache miteinander – hebt er jedoch die Qualität der Anamnese und Behandlung enorm, verhindert unnötige Untersuchungen und ungeeignete Behandlungsversuche. Er spart somit viel Geld. Rückfragen bei Ärzten zeigen, dass bei Migranten eine oftmals intensive Apparatedizin regelmäßig angewandt wird, um Lücken in einer genauen Klärung der Krankheitsvorgeschichte, die sprachlich nicht möglich war/ist, zu schließen. Dieses Procedere kostet Zeit und Geld, welches in Dolmetscherdienste investiert werden könnte.

Da es diese Dienste institutionalisiert kaum gibt, zeigt sich eine große Hilflosigkeit im Umgang mit Dolmetschern, Sprach- und Kulturmittlern bei den Fachkräften im Gesundheitswesen.

Behörden, Krankenhäuser, Ärzte, ...

Cornelia
Kaiser-Kauczor
Praxis für Psychotherapie
· kultursensibel ·

- „Bitte bringen Sie einen Dolmetscher zum Gespräch mit.“
- Zurückgreifen auf regionale Übersetzungsbüros: fachliche Qualifikation?
- Mitarbeitende mit Fremdsprachenkenntnissen oder eigenem Migrationshintergrund dolmetschen: Wer kann beurteilen, dass sogenannte „muttersprachliche Kenntnisse“ tatsächlich vorhanden sind/ausreichen? Die nur Deutsch sprechende Fachkraft?
- Muss jede Bilinguale dolmetschen (können)?

Dr. Sebnem Bahadır
Fachbereich Translations-,
Sprach- und Kulturwissenschaft,
Universität Mainz

Schulungen zur zielgerichteten und kollegialen Zusammenarbeit zwischen Behandler und Dolmetscher können bequem in einem zwei- bis dreistündigen Einführungsseminar erworben werden. Danach bin ich kein Profi, weiß aber, worauf ich achten muss: Sowohl bei den „mitgebrachten“ als auch bei den „berufspersonellen“ Dolmetschern/Sprach- und Kulturmittlern. Stelle ich fest, dass meine Arbeit hierdurch maßgeblich erleichtert wird, bieten begleitete Follow-up-Seminare oder Supervisions-Termine – z. B. auch mit anderen Kollegen – eine gute Basis zum Austausch und zur Weiterentwicklung der Zusammenarbeit mit Dolmetschenden in der Praxis.

Es liegt jedoch nicht nur an den Behandlern, dass aktuell nur wenige Praxen mehrsprachige Behandlungen unter Einbeziehung von an die Praxis angebotenen Dolmetschern/Sprach- und Kulturmittlern anbieten. Es sollte ein maßgebliches Ziel der zuständigen Ministerien, aber z.B. auch der Krankenkassen, der kassenärztlichen Vereinigung oder der Kammern sein, die an sie angeschlossenen Praxen und Krankenhäuser / Ärzte und Therapeuten zu unterstützen, ihre Angebote kulturell zu öffnen. Dies kann geschehen durch die Möglichkeit, für den jeweiligen Einsatz qualifizierte Dolmetschende individuell hinzuzuziehen und durch einen kultursensiblen Behandlungsstil das jeweilige Behandlungsangebot für alle Patientengruppen unabhängig von der jeweiligen Herkunft und (Fremd-)Sprachenkompetenz zu öffnen.

3. Der eingeschlagene Weg des neuen Berufsbildes der Sprach- und Kulturmittler (auch für das Gesundheitswesen) ist richtig. Er sollte weiter verfolgt, auf- und ausgebaut werden und auch die Re-Finanzierung der sich hieraus entwickelnden Leistungen muss für die Behandler gesichert sein. Der bürokratische Aufwand ist zu begrenzen.

Dieser Schritt wird Anbietern von Gesundheitsleistungen leichter als bisher die Möglichkeit bieten, ihre Praxen *sprachlich* für kranke MigrantInnen zu öffnen. Rein *sprachlich* wird dies, wie oben begründet, nicht genügen, weil allein die übersetzte Vokabel noch keine Verständigung sicherstellt. So existieren z.B. für die deutschen Begriffe „Unterleibsschmerzen“, „Behinderung“ oder für „psychische Störung“ in vielen Sprachen jeweils passende Termini, sie werden aber regelmäßig in anderen Zusammenhängen genutzt oder einzelne Begriffe werden mitunter in anderen Kulturen sogar als Schimpfwort oder Beleidigung verstanden. Oder der Patient nimmt an, der Arzt habe ihn gar „abgeschrieben“. Wer also auf den Einsatz von Dolmetschern in seiner Praxis zurückgreifen möchte, sollte auf deren Fähigkeit des Sprach- und Kulturvermittlung achten. Der Sprach- und Kulturmittler ist geschult für die Kommunikation zwischen den Kulturen und „rettet“ den Behandler aus so manchem „Fettnäpfchen“ im interkulturellen Setting/Kontakt. Dies tut er, indem er auf die unterschiedliche Verwendung eines Begriffes in der anderen Kultur hinweist oder die Sensibilität des Themas individuell betont.

Doch auch die Fachkraft muss Fähigkeiten im kultursensiblen Arbeiten und in der interkulturellen Kommunikation mitbringen, damit der Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern oder Dolmetschern den erwünschten Erfolg für die Behandlung haben kann (vgl. oben). Dann aber bereichert er die eigene berufliche Praxis enorm, spart Geld und Zeit und beugt Behandlungsfehlern vor.

Aktuell ist der Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden und erfordert die Fähigkeit, die „Nadel im Heuhaufen“ zu finden. Zahlreiche Menschen stellen sich mit der Fähigkeit des Dolmetschens in der freien Praxis vor. Ethische Ansprüche an Seriosität und Fachlichkeit machen jedoch eine zielgerichtete Auswahl unter den Bewerbern erforderlich. Dies gelingt dem Behandler nur mit spezifischem und auch kulturgebundenem Hintergrundwissen. Kann ich mich

darauf verlassen, dass mein dolmetschendes Gegenüber im Gespräch mit der sich mir mitteilenden Patientin keine kulturgebundene Beurteilung der Gesprächsinhalte vornimmt oder z.B. politische Aspekte im Gespräch geltend macht? Und wie finde ich das heraus? Wer Erfahrung mit seinen diversen Migrantenzielgruppen der verschiedenen Nationalitäten und ethnischen Minderheiten hat, weiß genau, welches Profil der Dolmetscher mitbringen muss und wie er Kompetenz im Vorstellungsgespräch identifiziert. Der „Anfänger“ auf dem Gebiet ist hier auf ein vorhergehendes Clearing durch erfahrene Dritte angewiesen, um seine Patienten und sich selbst zu schützen. Hier sind Behandler, die am Anfang stehen, aber vielsprachig arbeiten möchten, auf Hilfen angewiesen, die es ihnen anzubieten gilt und die auch finanzierbar sein müssen. Behandler, die sich um Orientierung bemühen, können durch einen flächendeckenderen Einbezug von ausgebildeten Sprach- und Kulturmittlern entlastet werden. Hier ist für den interessierten Behandler eine Vernetzung mit den Dolmetscherausbildungsinitiativen, ob auf universitärer Ebene oder auf Projektbasis, wichtig. Welche Dolmetscher für welche Bereiche geeignet sind und wie ausgebildet werden bzw. sein sollten, sind Fragen, die der Behandler in Zusammenarbeit mit den Experten für seinen Dolmetschbereich klären sollte.

4. Dolmetscher ist nicht Dolmetscher: Welcher Dolmetschertyp macht die Behandlung auch für Menschen anderer Kulturen, die unzureichend Deutsch sprechen, zugänglich?

<p>Potentielle Probleme eines Dolmetschsettings</p> <p>Keine Dolmetscher:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flucht in Apparatemedizin • Psychosomatik nimmt zu („Körperleiden“) • „radebrechen“ – oft ohne Zugewinn + mit viel Frust: Was kommt an? <p>Mitgebrachte Dolmetscher:</p> <p>Familienangehörige, Freunde, Nachbarn: „geborene“ Dolmetscher ohne ausreichende Qualifikation und primär in der Rolle von „Sohn“, „Tochter oder „Freundin“</p> <ul style="list-style-type: none"> - parteiisch, intervenierend, bevormundend, zensierend ... - Machtungleichgewicht: Community/Familie - erfährt Intimes (familiäre und soziale Beziehungen werden gestört/umgestülpt, z.B. Vater – „Sohn-Dolmetscher“) - Opfer dolmetschen (Kinder/Frauen etc.) <p>Vereidigte/akademisch ausgebildete Dolmetscher/innen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kostenfaktor/Erreichbarkeit - nicht immer geschult für das Gesundheitswesen 	<p>Dr. Sebnem Bahadır Fachbereich Translations-, Sprach- und Kulturwissenschaft, Universität Mainz</p>
---	--

Jahrzehntelang waren in Deutschland die Migranten selbst verantwortlich für die Verdolmetschung der Gespräche mit Vertretern der öffentlichen Institutionen. Für viele Fachkräfte wurde es zur Selbstverständlichkeit, mit Migranten (genauer gesagt: den lange als Gastarbeiter bezeichneten Ausländern) nur radebrechend oder gestikulierend zu kommunizieren. Damit wird, um es etwas überspritzt darzustellen, der Besuch beim Arzt für den Migranten oft ein Gang zur „Maschine“, da bei fehlender Kommunikation die Apparatemedizin in den Vordergrund tritt. Die Migranten fühlen sich in dieser – ihnen oft auch aus ihrem kulturellen Hintergrund heraus unbekanntem – mechanisierten, medizinischen Betreuung nicht aufgehoben, das „Doktor-Shopping“ oder schwer lokalisierbare, nicht enden wollende „Körperleiden“ sind oft die Folge.

Im Laufe der Zeit haben sich „Zwischenlösungen“ etabliert: Nach immer wiederkehrenden Phasen der „Putzfrauen-Dolmetscher“ gehörten Söhne, Töchter oder andere Angehörige als sogenannte natürliche Dolmetscher bald zum Alltag in den Gesundheitseinrichtungen. Als diese zweite Generation begann, in medizinischen Berufen tätig zu werden, sind vermehrt Arzthelfer, Krankenschwestern oder Pfleger mit eigener Zuwanderungsgeschichte als Laiendolmetscher eingesetzt worden. Die Verantwortlichen im Gesundheitssystem haben diese „natürliche Entwicklung“ dankend hin- bzw. angenommen und haben sich weitgehend der Aufgabe entledigt, für die Sicherstellung der Kommunikation mit fremdsprachigen (und ganz besonders: fremdkulturellen) Patienten zu sorgen.

Auswirkungen des Einsatzes von Kindern, Familienangehörigen, Freunden und „Mit-Migranten“ werden auch heute kaum problematisiert. Dass ein dolmetschender Sohn in erster Linie als Sohn sprechen und agieren, somit im „Normalfall“ parteiisch, intervenierend, eventuell sogar bevormundend und zensierend dolmetschen wird, scheint vielen Fachkräften im medizinischen Bereich nicht bewusst zu sein. Aber nicht nur für die medizinische Fachkraft, auch für den Patienten oder für das dolmetschende Familienmitglied selbst kann der Einsatz des Angehörigen als Dolmetscher eine Störung der Rollenverteilung sein und eine Umstülpung der (Macht-)Verhältnisse zur Folge haben: Die Person, für die gedolmetscht wird, fühlt sich

bei Laienverdolmetschungen oft unmündig und „ausgeliefert“. Die dolmetschende Person ist ebenfalls einer großen Belastung ausgesetzt, da die Erwartung der Unparteilichkeit und Objektivität ihre offensichtliche und auch oft schmerzvolle Beteiligung an der Situation verneint.

Der Status Quo in diesem Bereich sieht oft folgendermaßen aus: Es werden immer noch und meist Angehörige als natürliche Dolmetscher eingesetzt. Medizinische Fachkräfte mit Migrationshintergrund werden ebenfalls herangezogen – diese verfügen zwar über das notwendige Fachwissen, aber ihre Sprach- und Kulturkenntnisse werden oft nur vermutet oder zugeschrieben, nicht überprüft. Noch weiter entfernt scheinen Forderungen nach dolmetscherischer Qualifikation dieser medizinischen Fachkräfte. Es sind seit Mitte der 1990er Jahre jedoch vereinzelt und auf lokaler/kommunaler Ebene Initiativen zur Professionalisierung dieser Dolmetschleistungen entstanden. Eine Vernetzung dieser Initiativen und die Zusammenarbeit mit schon bestehenden Dolmetscherausbildungsstätten fehlt immer noch weitgehend. Wenn allerdings seit über 40 Jahren das Kommunikationsproblem mit Zuwandern kaum zufriedenstellend gelöst werden konnte, muss nun endlich ein größerer Schritt getan werden, der weitreichendere und langfristige Lösungen bringt.

<p><u>Chancen eines professionellen Dolmetschsettings</u></p> <ul style="list-style-type: none">• (Fach)Dolmetscher als (Fach)kollege <p>Kollegialität und Kooperation von zwei Fachkräften erfordert</p> <p>- Adäquate Ausbildung: Aus- und/oder Weiterbildung als FACHDOLMETSCHER (interkulturelle Kommunikations- und Transferkompetenz) mit Spezialisierung in medizinischen Fachbereichen (Psychotherapie, Gynäkologie, Onkologie, etc)</p> <p>- Berufsethik / professionelles Berufsprofil</p> <p>- Adäquate Arbeitsbedingungen</p> <p>Modulare Möglichkeiten zur flächendeckenden Versorgung:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Akademisch ausgebildete Dolmetscher/Beeidigte Dolmetscher mit Zusatzqualifikation für medizinische Einsatzbereiche (extern)2. Gesundheitspersonal mit Zusatzqualifikation (Weiter-/Fortbildung) im Bereich „Dolmetschen/interkulturelle Kommunikation“ (intern)3. Fachlich qualifizierte Telefondolmetschdienste (NUR beschränkt einsetzbar)	<p>Dr. Sebnem Bahadır Fachbereich Translations-, Sprach- und Kulturwissenschaft, Universität Mainz</p>
---	---

Der Dolmetscher ist ein Beruf, wie der Arzt, der Therapeut, die Krankenschwester oder der Pfleger. Es geht dabei nicht nur um Dolmetschtechniken und -strategien, also die sprachlichen Werkzeuge, die in der einen oder anderen Sprache verwendet werden. Eine ebenso große Rolle spielt hier die Berufsethik, das professionelle Verhalten und Handeln dieser Fachkraft. Der Dolmetscher ist eine Fachkraft, die eine adäquate Aus- bzw. Weiterbildung erhalten muss, gemäß ihrer Berufsethik tätig wird, aber auch adäquate Arbeitsbedingungen einfordern kann bzw. muss.

Das Berufsbild des Dolmetschers existiert in Einsatzbereichen wie Wirtschaft, Industrie und Diplomatie schon seit langem – besonders das Konferenzdolmetschen hat sich spätestens seit dem Ende des zweiten Weltkriegs als vollwertiger Beruf etabliert. An universitären Ausbildungsstätten studieren Dolmetschkanidaten 3–4 Jahre für einen Bachelor-Abschluss (BA) oder in einem intensiven Master-Studium (MA) mindestens 2 Jahre. In Spezialisierungsbereichen wie Wirtschaft und Politik wird nicht (mehr) über den Einsatz von natürlichen Dolmetschern diskutiert. Universitäre Bildungseinrichtungen öffnen sich nun auch modularen Qualifizierungsmöglichkeiten außerhalb von BA- und MA-Studiengängen für verschiedene Zielgruppen in medizinischen und sozialen Einsatzbereichen. Es entstehen immer mehr Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten für medizinisches Fachpersonal an den Universitäten und Fachhochschulen, an denen Übersetzer und Dolmetscher ausgebildet werden. Um eine flächendeckende Versorgung zu ermöglichen, muss in Zusammenarbeit mit Dolmetschexperten eine Bedarfsanalyse für verschiedene Bereiche durchgeführt und anschließend der Einsatz von bereichsspezifischen Fachdolmetscherprofilen geplant werden. Die Vernetzung und Kooperation mit akademischen Ausbildungsprogrammen bietet aber nicht nur medizinischen Fachkräften die Möglichkeit, interkulturelle Sensibilisierungsseminare zu besuchen. Auch sogenannte natürliche, also in die Tätigkeit „hineingewachsene“ oder auch „hineingeworfene“ Dolmetscher können heutzutage vermehrt Qualifizierungs- und Zertifizierungsmöglichkeiten nutzen, die ihre Position als „Fachkollegen“ untermauern und somit eine Verbesserung ihrer beruflichen Situation im Sinne von Anerkennung und auch fachgerechter Vergütung mit sich bringen können.¹⁴

¹⁴ Vgl. Initiativen wie „MedInt – Entwicklung eines Curriculums für DolmetscherInnen im medizinischen Bereich, <http://www.uni-graz.at/life1www.htm>, vgl. auch Bahadır, Sebnem:

Im nächsten Schritt müssen die Dolmetscher sich untereinander besser vernetzen, da der Austausch für die Entwicklung und Etablierung eines Berufsprofils und somit auch der Verbreitung und dem Schutz von Qualitätskriterien sehr wichtig ist. Diese Vernetzung kann zudem auch der Einrichtung von Dolmetscherpools dienen. Es ist in manchen Sprachen und Einsatzbereichen ziemlich schwer, sofort an den richtigen Dolmetscher heranzukommen. Natürlich gibt es die optimale Lösung, dass Krankenhäuser ihren eigenen Dolmetscherdienst haben und ständig abrufbare Dolmetscher im eigenen Haus vorhanden sind. Eine machbarere Lösung wären aber kommunale, überinstitutionelle Dolmetscherpools, also Datenbanken mit allen nötigen Angaben über qualifizierte Dolmetscher, die eine administrative Fachkraft verwaltet. Dieses „Vermittlungsbüro“ könnte in der Stadtverwaltung angesiedelt werden oder in einer anderen Einrichtung. Wichtig wäre, dass es für die einzelnen medizinischen Fachkräfte möglich ist, relativ zeitnah an den „richtigen“ Dolmetscher für den jeweiligen Einsatz herankommen zu können. Natürlich müssen fachgerechte Honorare und Arbeitsbedingungen für diese Dolmetscher vertraglich festgesetzt werden. Auch für die Weiter- und Fortbildung dieser Dolmetscher, also die ständige Qualitätskontrolle muss gesorgt werden.

Dies alles sind Schritte, die nacheinander getan werden können und müssen, um nach über 40 Jahren Migrationswirklichkeit in Deutschland Kommunikations- und somit Zugangsbarrieren im Gesundheitssystem für nichtdeutschsprachige Patienten endlich ernsthaft und langfristig abzubauen.



Fazit

Dolmetscherdienste für das Gesundheitswesen können maßgeblich Barrieren in der Gesundheitsversorgung abbauen helfen. Sie erleichtern und fördern eine zielgerichtete Kommunikation zwischen Patient und Behandler. Darüber hinaus kann die Zusammenarbeit mit Dolmetschern/Sprach- und Kulturmittlern als besondere Herausforderung für das deutsche Gesundheitswesen gewertet werden. Hierfür ist eine Vernetzung mit den Dolmetscherausbildungsinstitutionen notwendig und hilfreich. Für das Gesundheitswesen bedeutet der Einbezug von Dolmetschern/Sprach- und Kulturmittlern eine Qualitätssteigerung und Kostenersparnis, da unnötig genutzte Apparatediagnostik bzw. „Ärztshopping“ vermieden werden können.

Der Aufwand zur kulturellen Öffnung lässt sich durch die Bereitstellung von Dolmetscherdiensten für das Gesundheitswesen und klaren Abrechnungsstrukturen senken. Der Fortbildungsbedarf für die Fachkraft des Gesundheitswesens und ggf. das jeweilige Praxisteam zum kultursensiblen Arbeiten selbst ist gut gebündelt im Rahmen von Einführungsseminaren oder In-House-Schulungen zu messen, um einen realistischen Überblick über den Kosten-Nutzenfaktor einer Nachqualifizierung zu erhalten. Hier kann z. B. die Kammer oder die kassenärztliche Vereinigung in Form von „Paketlösungen“ Praxen entlasten. Auch für „Train-the-User-Seminare“ wurden an Dolmetscherausbildungsstätten wie z.B. am Fachbereich Translations-, Sprach- und Kulturwissenschaft der Universität Mainz Konzepte entwickelt.

Die transkulturelle Öffnung der Gesundheitsversorgung ist eine Zukunftsaufgabe, der es sich zu stellen gilt. Zu beachten ist dabei, dass die Migranten in Essen bereits heute durch ihren Beitrag zur Kranken-

„Müssen alle biculturellen Krankenhausmitarbeiter/innen dolmetschen (können/wollen)?“ In: Falge, Christiane/Zimmermann, Gudrun (Hg): Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik (ZERP). Baden-Baden: Nomos, 2009.

versicherung einen den deutschen gleichgestellten Zugang zur Gesundheitsversorgung bezahlen, ihn jedoch nicht selbstverständlich vorfinden. Da zahlreiche Migranten in Essen heute krank sind, ist es gut zu wissen, dass ein Paradigmenwechsel im Gesundheitssystem begonnen hat. Nun ist jedoch durch die Verantwortlichen sicher zu stellen, dass dieser auch qualifiziert fortgeführt wird.

Die mehrsprachige Arbeit mag nicht immer einfach sein. Als Vertreterinnen beider Bereiche, - der Therapie und der Dolmetschdienstleistung - können wir Referentinnen des Workshops nur mitteilen, dass es das jeweilige Arbeitsfeld stark bereichert und die Arbeitszufriedenheit insbesondere im medizinisch-therapeutischen Bereich steigert, nicht nur die deutschen, sondern auch die Patienten mit Zuwanderungsgeschichte und/oder unzureichenden Deutschkenntnissen „gut verstanden“ und „gut versorgt“ zu wissen. Wir hoffen, dass obige Ausführungen und Empfehlungen bei all ihrer scheinbaren Kompliziertheit auch „Lust“ machen auf die Arbeit mit Dolmetschern – und dass die Dolmetscher nicht ihre Lust verlieren, weiter aktiv an oben genanntem Paradigmenwechsel mitzuwirken.

Migration und psychische Störungen - Grundlegendes

Barbara Eifert, Gesundheitsamt Essen, Psychiatriekoordinatorin

Dieser Beitrag hatte zum Ziel, eine Einführung in die Thematik „Migration und psychische Störungen“ zu geben, ohne auf die besondere Thematik „Sucht und Migration“ eingehen zu wollen.

The image shows a thumbnail of a presentation slide. The slide has a teal header with the text 'Gesundheitsamt Essen, Psychiatriekoordinatorin Barbara Eifert'. Below the header is a section titled 'Inhalt' (Content) with a bulleted list of topics. The list includes: 'Definition von Migration', 'Macht Migration psychische Störung?', 'Studie zu „ Gesellschaftliche Kosten unzureichender Integration von Zuwandern und Zuwanderinnen in Deutschland“, Studie des BASS, Bertelsmannstiftung, 1/2008', 'Bundesgesundheitsberichterstattung', 'Welche psychischen Störungen weisen Migranten auf?', 'Essener Bürger mit Migrationshintergrund und ihre Verteilung auf die Stadtbezirke', and 'Versorgungsangebote'. The slide also features a logo of the City of Essen (STADT ESSEN) and the text 'Gesundheitsamt Essen'.

1. Begriffsklärung

Unter „Migration“ wird in Diskussionen, Fachtexten und in Statistiken eine Vielzahl unterschiedlicher inhaltlicher Begrifflichkeiten verstanden. Mit dem Begriff „MigrantInnen“ impliziert die Umgangssprache eine heterogene Gruppe von Menschen („Ausländer“, Asylanten, Migranten der zweiten und dritten Generation mit deutschem Pass bzw. deutschem und Pass des Mutterlandes, Zuwanderer durch Heirat, Russlanddeutsche etc).

Die Definition zu Migration, die die Bundesbeauftragte für Ausländerfragen, 1999 gab, legt das Gewicht auf die Verlagerung des Lebensmittelpunktes eines Menschen von seinem Heimatland zu einem anderen Staat:

„Migration steht für die räumliche Bewegung zur Veränderungen des Lebensmittelpunktes von Individuen oder Gruppen über eine bedeutsame Entfernung. Die Verlagerung des Lebensmittelpunktes über die Grenzen eines Nationalstaates ist dabei kennzeichnend für internationale Migration.“

Die Zahlen des Statistischen Bundesamtes 2005 sprach von ca. 19% Migranten bezogen auf die gesamte Bundesbevölkerung. In Großstädten, wie München, Köln etc. haben Menschen mit Migrationshintergrund einen prozentualen Anteil von ca. 30%.

Bei der Analyse von statistischen Daten zeigt sich, dass die Datenerhebung auch mit unklaren Begriffshintergründen erfolgt. Viele deutsche Bürger mit Migrationshintergrund – z. B. Menschen mit Doppelpässen – tauchen in Statistiken zu Migration nicht auf.

2. Macht Migration psychische Störung?

Seit Ende der 60er Jahre nach den ersten Wellen von Arbeitsmigration entstand in der Bundesrepublik ein Bewusstsein zum Gesundheitsprozess der Menschen mit Migrationshintergrund.

Im Rahmen des Stressmodells wurde in den 80-ger Jahren vom „Migrationsstress“ gesprochen. Der Frage wurde nachgegangen, ob Migration ein an sich krankmachender Faktor sein könnte.

Dabei stand Kanada als Beispiel für ein klassisches Migrations- und Einwanderungsland, wo Migration tendenziell in erfolgreiche Integrationsprozesse mündete.

Die Fachbegriffe „Integration“ und „Assimilation“ bezeichnen unterschiedlich verlaufende Migrationsverläufe mit unterschiedlicher Bereitschaft der Bevölkerungsmajorität an Flexibilität für Aufnahme und Kennenlernen der jeweiligen Migrationskultur.

Es zeigte sich, dass der Umstand der Migration sich nicht prinzipiell gesundheitlich negativ auswirkt und Menschen psychisch anfälliger macht als die Zugehörigkeit zur Bevölkerungsmajorität.

Jedoch zeigt sich, Krankheit in Verbindung mit Benachteiligung und Ausgrenzung in unterschiedlichen Lebensbereichen, wie im Bereich Bildung, Arbeit, Sprache und gesellschaftlicher Teilhabe macht krank.

3. Studie zu „ Gesellschaftliche Kosten unzureichender Integration von Zuwandern und Zuwanderinnen in Deutschland“ (Studie des BASS, Bertelsmannstiftung, 1/2008)

Die Studie des Büros für arbeitsmarkt- und sozialpolitische Studien, die von der Bertelsmannstiftung in Auftrag gegeben wurde, untersuchte die gesamtgesellschaftlichen Kosten von schlecht verlaufenden und unzureichenden Integrationsprozessen bei ZuwanderernInnen in Deutschland.

Die im Januar 2008 veröffentlichten Studienergebnisse zeigten, eine erfolgreiche Integration auf dem Arbeitsmarkt verlangt gute Sprachkompetenz, gutes Bildungsniveau und gute soziale Netzwerke.

Zur Messung von Integration wurde ein Gesamtindex aus den Bereichen Sprache, Bildung und sozialer Integration gebildet.

Waren mindestens zwei von drei Bereichen ausreichend vorhanden, wurde von einer gelungenen Integration gesprochen, was bei 38% der ZuwanderernInnen der Fall war. War lediglich ein Bereich im Leben eines Migranten stabil installiert, sprach man von „wenig integriert“. Bei 55% der ZuwanderernInnen zeigte die Studie auf, dass nur ein Indexfeld erfolgreich vorhanden war.

Die Studie widmete sich den gesamtgesellschaftlichen Kosten von unzureichender Migration, die als zu hoch bewertet wurden. Hier sahen die Forscher deutliche Einsparpotentiale.

Migration und psychische Störungen

Gesellschaftl. Kosten unzureichender Integration bieten hohes Einsparpotential für öffentliche Hand von 16 Mrd € Bund (3,6 Mrd.), Land (3,6 Mrd.), Kommunen (1,3 Mrd), Sozialversicherungen (7,8 Mrd.€)

Zwischen integrierten und wenig integrierten Migranten keine signif. Unterschiede

von Bezug kostenrelevanter Leistungen im Gesundheitswesen

➔ aber **subjektiv negativer Gesundheitszustand bei wenig integrierten Migranten**

STADT ESSEN

Bei den jungen Menschen, die das deutsche Schulsystem ohne Schulabschluss verlassen, ist z.B. die Gruppe derer mit Migrationshintergrund prozentual höher als bei jungen Menschen mit Muttersprache Deutsch.

Die Ergebnisse zeigten auch, dass wenig integrierte Migranten ihren Gesundheitszustand als subjektiv schlechter bewerten.

4. Bundesgesundheitsberichterstattung

Recherchen zu gesundheitsrelevanten Routinedaten sowie der Annahme des deutschen Gesundheitswesens durch Migranten und ihren Kindern zeigt, dass sich die Datenlage als unbefriedigend darstellt. Die Gesundheitsberichterstattung sowie der Optimierungsbedarf zur Versorgungslage und zur Annahme von Präventivangeboten ist unzureichend.

Ein bundesweiter Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“ wurde im Rahmen der Bundes-Gesundheitsberichterstattung (GBE) gegründet. Er veröffentlichte in 2000 ein Handbuch für interkulturelle Arbeit im Gesundheitsamt.

Auch die Datenlage zu psychischer Gesundheit und Erkrankung von Migranten und ihren Kindern ist mehr als spärlich. Sowohl bei der Bundesgesundheitsberichterstattung, bei den Krankenkassen, bei Gesundheitsämtern als auch bei Rentenversicherern gibt es wenig valide Aussagen zu psychischen Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund.

Die Fachtagung „Gesundheit und Migration – Prozess und Dialog“ vom 10. und 24.09.2008 in Essen sowie der daraus resultierende Bericht zum Thema Migration und Gesundheit haben sich zum Ziel gesetzt, diese Situation für die Großstadt Essen zu erhellen.

5. Welche psychischen Störungen weisen Migranten auf?

Wenige Studien zum Thema Migration und psychische Störungen liegen vor, die eine höhere Prävalenz von psychischen Störungen bei Migranten und ihren Kindern betonen. Gründe für ein erhöhtes Risiko, psychisch zu erkranken, sind Faktoren wie seelische Traumatisierung, Ausgrenzung und Sprachlosigkeit (s. o.). Ebenso sind einzelne Phasen der Migration Risikoperioden.

Migration und psychische Störungen

wenige, neuere Studien zeigen

Migranten haben häufiger (z.B. Ross et al. 2004)

- **somatoforme Störungen**
- **Depressionen**
- **Persönlichkeitsstörungen**

Migrantenkinder (Boos-Nünning 2004)

- **häufiger aggressiv**
- **delinquentes Verhalten**
- **als suchtkrank beschrieben**
- **Mädchen psychosomatische Störungen**

STADT ESSEN

aus: Butler, J.; Albrecht, N.J.; Gravanidou, M.; Habermann, M.; Lindert, J.; Weilandt, C.: Migrationssensible Daten für die Gesundheitsberichterstattung. In Bundesgesundheitsbl-Bundesgesundheitsforsch-Bundesgesundheitschutz 2007, 50: 1232-1239

Besonders betont werden bei Migranten das Auftreten von somatoformen und affektiven Störungen.

Erim und Senf zitieren in ihrer Arbeit „Psychotherapie mit Migranten“ (Erim, Y., Senf. W.: Psychotherapie mit Migranten. In: Psychotherapeut. 2002, 47:336-346) eine Übersichtsarbeit von Boos-Nünning aus dem Jahre 1998, die hervorhebt, dass „Migranten immer wieder ein höheres Gesundheitsrisiko und eine höhere Anfälligkeit für Krankheitsbilder zugeschrieben wurde, dass jedoch epidemiologische Untersuchungen, die einen Vergleich unauffälliger (türkischer) Migranten mit der einheimischen Normalbevölkerung ermöglichen, fehlen.“ Erim und Senf weisen auf neuere Untersuchungen hin, die die protektive Faktoren in der psychischen Entwicklung bei Migranten betonen und „als Ressourcen im Sinne von alternativen Bewältigungsstilen“ gelten.

Die Voraussetzungen für helfende und behandelnde bzw. heilende Professionen unterlag historisch gesehen einem abgestuften Differenzierungsprozess.



Helfer- u. Behandler Voraussetzungen:

1970-1990 **Kulturzugehörigkeit**
und
Bilingualität

erweitert in den 90iger Jahren durch den Begriff der

Kultursensibilität

Gesundheitsamt Essen

STADT
ESSEN

War in der Arbeit mit Migranten in Deutschland zwischen 1970-1990 die Bilingualität oder/und die Zugehörigkeit zur Minoritätenkultur Voraussetzung, kam zu Beginn der 90-er Jahre die Erweiterung durch den Begriff der Kultursensibilität.


Im Vordergrund stand dabei die kultursensible Öffnung der „helfenden und behandelnden Institutionen“. Nicht einzelne Mitarbeiter mit einem Migrantenhintergrund sind in der Lage, stabile Angebot für unterschiedliche Migrantengruppen zu installieren. Die Erreichbarkeit und Annahme von Angeboten für Migranten macht die Öffnung einer gesamten Institution mit multikulturellen Teams notwendig (vgl. auch Erim, Y.: Muttersprachliche Psychotherapie mit türkischstämmigen Migrantinnen. In: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen. 2/2001, 37. Jahrgang, Sonderdruck, 159-176).

Neuere Forschungsergebnisse stellte Frau Dr. Erim in 2008 in der 106. Beiratssitzung der Arbeitsgemeinschaft für die Planung und Koordinierung psychosozialer Einrichtungen in Essen vor.



Forschungsergebnisse der Rheinischen Kliniken Essen, Frau PD Dr. Erim / (0201-7227-521)

Migranten

- **Trauma-Folgestörungen, somatoforme Störungen, Depressionen** (häufiger als Deutsche)
- **gleich hoher Anteil an Psychosen** wie deutsche Patienten
- **kultursensible + bilinguale Versorgungsmodelle** (muttersprachl. Gruppentherapie etc.)
 dann **ausgesprochen motiviert und annahmefähig**
wünschen psychotherapeutische Unterstützung
- **herkömmliche Behandlungswege** (Beratung/Psychotherapie) **erfolgreich anwendbar**

STADT
ESSEN

Dabei betonte Frau Dr. Erim, dass sich MigrantInnen ausgesprochen motiviert und annahmefähig für Unterstützungsangebote und (psychotherapeutische) Behandlung zeigten, wenn sich Behandler und Institutionen für die Belange und für den Kulturhintergrund von Migranten öffnen würden. Dann seien auch klassische Behandlungen und herkömmliche Behandlungswege erfolgreich anzuwenden.

6. Essener Bürger mit Migrationshintergrund und ihre Verteilung auf die Stadtbezirke

Die Großstädte des Ruhrgebiets haben als Zentren der historisch bedingten Arbeitsmigration einen hohen Anteil an Bevölkerung mit Migrationshintergrund.

Die folgende, von der Autorin bearbeitete Tabelle mit Daten des Amtes für Statistik und Wahlen der Stadt Essen aus 2007 zeigen, dass der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den jüngeren Alterkohorten prozentual zu Gesamtbevölkerung steigt.

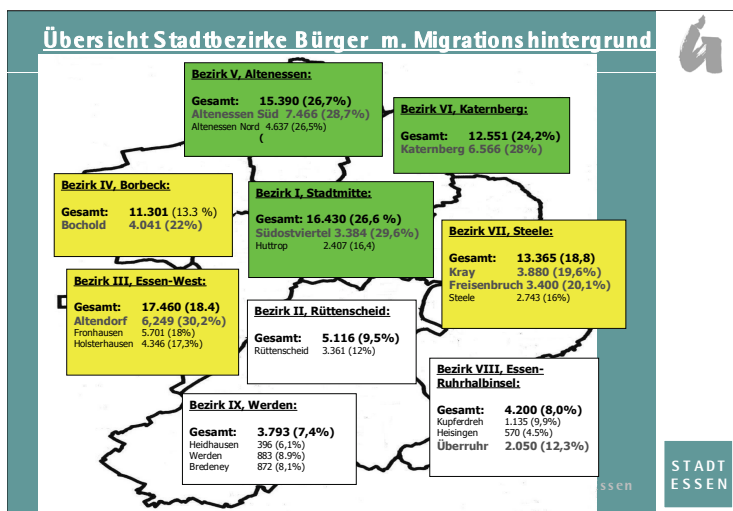
Auch diese Daten berücksichtigen nicht deutsche Bürger mit Migrationshintergrund.

Migration und psychische Störungen					
Essener Bevölkerung m. Migrationshintergrund					
zum 30.9.07 Stadt Essen, Amt für Statistik und Wahlen (Doppelstaater, nicht deutsche Staatsangehörigkeit)					
Gesamt	- 18	18-24	25-54	55-64	65+
580.931 alle Bürger	92.432	45.164	245.981	69.142	128.212
99.606 nicht deutsche Muttersprache	27.022	11.002	47.107	7.843	6.632
17,1% Migration III	29,2%	24,4%	19,2%	11,3%	5,2%

Gesundheitsamt Essen

Essen hatte in 2007 einen Anteil an Bürgern mit Migrationshintergrund von gesamt 17,1 % zur Gesamtbevölkerung. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahren lag bei 29,2 %.

Werden die Zahlen bezogen auf die Stadtbezirke ausgewertet, ergibt sich ein differenziertes Bild eines Nord-Südgefälles in der Stadt Essen. In den Stadtbezirken im Süden mit geringer Bevölkerungsdichte ist der Anteil an Bevölkerung mit Migrationshintergrund geringer als im Norden der Stadt. In diesen Stadtbezirken – Bezirk I, Bezirk VIII und Bezirk IX – liegt der Anteil unter 10 %. In den Stadtbezirken mit höherer Bevölkerungsdichte liegt der Anteil um ca. 25 % zur Gesamtbevölkerung (grüne Kästchen). Werden die Zahlen einzelner Stadtteile, wie z.B. Altendorf, untersucht, zeigt sich, dass einzelne Stadtteile wesentlich höhere Dichte an Bevölkerung mit Migrationshintergrund haben.



Planungen zur Erweiterung bzw. zum Erhalt und Ausbau von Versorgungsangeboten sollten diese Datengrundlage berücksichtigen.

7. Versorgungsangebote

In Essen gibt es einige stationäre wie ambulante Versorgungsangebote für psychisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund. Die Aufzählung ist exemplarisch und erfüllt nicht den Anspruch der Vollständigkeit.

Die drei psychiatrischen Kliniken der Rheinische Kliniken Essen, der Kliniken Essen-Nord-West und der Kliniken Essen-Mitte haben muttersprachliche MitarbeiterInnen in allen Professionen. Die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Rheinischen Kliniken Essen kann auf ein multikulturelles Team an BehandlerInnen zurückgreifen und bietet muttersprachliche Gruppen- und Einzeltherapien an.

Mit dem Gerhard-Kersting Haus bietet die Gesellschaft für Soziale Dienstleistungen Essen mbH (GSE) ein für NRW einzigartiges Seniorenheim, das das Konzept der kultursensiblen Altenpflege etabliert und besonders für die Integration muslimischer Mitbürger/-innen ein Angebot darstellt. Das Haus, das auch gerontopsychiatrisch kranke alte Menschen aufnimmt, ist auf das Zusammenleben verschiedener Religionen ausgerichtet und versucht in Speiseplangestaltung und bei der Pflege die Glaubensgrundsätze des Islam zu integrieren. „Die Einrichtung des Gebetsraums für Muslime erfolgte in enger Abstimmung mit der türkischen Gemeinde, auch Vertreter der christlichen Kirchen haben dies ausdrücklich befürwortet“ (siehe /www.gse-essen.de/).

Im ambulanten Bereich haben verschiedene Anbieter des Betreuten Selbständigen Wohnens für psychisch kranke Menschen nach dem SGB XII der Bilingualität und der Kultursensibilität Rechnung getragen.

Noch liegen keine Zahlen vor, wie gut diese Angebote in Anspruch genommen werden.

Es zeigt sich jedoch deutlich, dass die Leistungsbeschreibung der Kostenträger für die Zielgruppe der MigrantInnen einer Anpassung bedarf. Die Wohnhilfen des selbständigen Wohnens sollen psychisch kranke Menschen befähigen, mit Unterstützung entsprechend dem individuellen Bedarf allein zu leben. Psychisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund leben in Regel in Großfamilien bzw. in räumlich zusammenlebenden Familienverbänden und eine Verselbständigung für ein selbständiges Wohnen in einer Einzelwohnung ist meistens nicht angestrebt und widerspricht häufig dem kulturellen Gepflogenheiten.

Leider zeigen sich bei dieser Thematik die leistungszusagenden Kostenträger schwerfällig.

Migration und psychische Störungen	
spezifische Versorgungsangebote in Essen	
stationär	ambulant
<ul style="list-style-type: none"> • 3 Akutpsychiatrien mit Ambulanzen • Klinik f. Psychosomatik u Psychotherapie, RKE muttersprachl. (Psycho-)Therapien multiprofess. Team • Gerhard-Kersting Haus, GSE (kulturintegrativ, aus pflegerischer Sicht schlecht zu bewertende Versorgungssituation alter Migranten) 	<ul style="list-style-type: none"> • ambulant betreutes Wohnen (= BeWo), DW + VIBB (0201-72 91 607) • allgem. Beratungsstelle / VIBB Essen e.V. • Sozialpsychiat. Kompetenzzentren Migration des LVR (SPKoM Duisburg) • Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf (0211-35 33 15) • Wiese e.V., Gesprächskreise (0201-207677) • psychol. Psychotherapeuten (rechmerische Überversorgung, Verfahren wegen Sonderbedarfszulassung b. Bundessozialgericht Kassell → Versorgungsbedarf unter versorgter Personengruppen (= auch fremdsprachige Versicherte m.

Die überregionalen Stellen, wie das Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge in Düsseldorf und die Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentrum Migration des Landschaftsverbandes Rheinland (SPKoM), stehen Essener Bürgern offen.

Das für Essen zuständige SPKoM ist das Duisburger Zentrum.

Nach Frau Lubek, Landesrätin des Landschaftsverbandes Rheinland, auf der Fachtagung „Interkulturalität in der Gemeindepsychiatrie“ am 29.04.2008 in Köln haben die SPKoMs ein vielfältiges Aufgabenspektrum, wie z.B. Entwicklung von migrationsspezifischen Leitlinien und Qualitätsstandards, die Migranten und Migrantinnen Regelversorgungsangebote der psychosozialen Versorgung öffnen (vgl. Lubek, U.: Begrüßungsworte. Tagesdokumentation zur Fachtagung „Interkulturalität in der Gemeindepsychiatrie: LVR, Köln, Nov. 2008).

Auch die regional versorgenden Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) wiesen einen durchschnittlichen Anteil an Klienten mit einem Migrationshintergrund von 10,4 % auf. 15 % aller SPZs im Rheinland hielten kulturspezifische Angebote vor, wie Frauengruppen, Sprachkurse, Beratung etc. (vgl. dieselbe, Seite 7ff.).

Dringender Bedarf ist an bilingualen ambulanten Psychotherapeuten für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche. Bisher gibt es zur Versorgung dieser Personengruppen noch keine Sonderbedarfszulassung für ambulant arbeitende Psychotherapeuten.

Auch die Regionale Arbeitsstelle zur Förderung von Kinder und Jugendliche aus Zuwandererfamilien, d. h. die „Hauptstelle RAA NRW in Essen, Tiegelstr. 27, kann als eine Anlaufstelle im Sinne des Guidings durch die Versorgungslandschaft zur verbesserten Erreichbarkeit adäquater Hilfs- und Unterstützungsangebote angesehen werden.

Trotz vielfältiger Angebote für Migranten mit psychischen Behinderungen erreichen viele erkrankte Menschen nicht zeitnah adäquate Hilfen.

Umso wichtiger sind Veröffentlichungen und Tagungen zu diesem Thema sowie Anbieter und kommunale Strukturen, die sich der Problemstellungen und der Versorgungsbedarfe dieser heterogenen Zielgruppe öffnen. Zielsetzung dabei ist, die bestehenden Hilfen zu vernetzen und sie in die Angebotslandschaft des Versorgungsverbände einzubinden.

*

Protokoll zum Workshop „Psychische Erkrankungen bei Migrantinnen und Migranten und regionale Versorgungsangebote“

Psychische Erkrankungen können in Verbindung zu Benachteiligung und Ausgrenzung stehen – zum Beispiel bei Bildung, Arbeit, Sprache, Teilhabe („migrationsspezifischer Stress“). Genaue Daten zur Gesundheitsberichterstattung sind ganz besonders bei der psychischen Gesundheit Mangelware.

Migranten haben häufiger

- Somatoforme Störungen
- Depressionen
- Persönlichkeitsstörungen

Migrantenkinder:

- Häufiger aggressiv
- Delinquentes Verhalten
- Als suchtkrank beschrieben
- Mädchen mit psychosomatischen Störungen

Wichtig wäre für Helfer und Behandler:

- Kulturzugehörigkeit
- Muttersprachlichkeit
- Zumindest aber Kultursensibilität

In Essen gibt es durchaus migrantenspezifische Angebote, aber sie müssen ausgebaut werden, vernetzt werden, auch niederschwellige Strukturen. Dazu müsste ein „Wegweiser“ erarbeitet werden, der Überblick verschafft.

In einzelnen Gebieten wie dem „ambulant betreuten Wohnen“ müssen Qualitätsstandards entwickelt werden.

Angebote zur verbesserten Integration und Versorgung von Migranten durch ViBB Essen e. V.

Chandralekha Trettin-Deb, Verein für interkulturelle Beratung und Betreuung Essen e. V.

1. Profil des Vereins

Der ViBB Essen e.V. wurde im Juni 2007 gegründet. Das grundlegende *Ziel der Vereinsarbeit* besteht darin, Menschen mit Migrationshintergrund eine bessere Nutzung der Angebote des Gesundheits- und Sozialsystems zu ermöglichen. Der Verein möchte mit seiner Arbeit darauf hinwirken, dass die verschiedenen Sichtweisen der Kulturen, familiäre Kontexte und migrationsspezifische Probleme stärker von den Akteuren im Gesundheits- und Sozialbereich berücksichtigt werden. Zudem unterbreitet der Verein eigene Angebote in der Beratung und Betreuung für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, insbesondere auch aus zahlenmäßig kleineren MigrantInnengruppen.

Zielsetzung

- Migranten bessere Nutzung des Gesundheitssystems ermöglichen
- Beitrag zur interkulturellen Öffnung leisten
- eigene Angebote entwickeln
- Berücksichtigung kleiner *communities*

ViBB Essen e.V. – Verein zur interkulturellen Beratung und Betreuung im Gesundheitsbereich von Essen und dem Ruhrgebiet e.V.



Zu den *Gründungsmitgliedern* zählen sowohl Menschen mit als auch ohne Migrationshintergrund. Sie sprechen unter anderem Arabisch, Bengalisch, Deutsch, Englisch, Französisch, Hindi, Urdu. Es bestehen auch Kontakte zu türkisch- und russischsprachigen Partnern.

Beruflich sind die Vereinsmitglieder in den Feldern Medizin, Sozialarbeit (Psychiatrie, interkulturelle und Flüchtlingsarbeit), Sozialpädagogik (Arbeitsförderung), Wirtschafts- und Sozialwissenschaften aktiv. Somit ist beim Verein Fachwissen vereint hinsichtlich medizinischer Fragestellungen, bezüglich der gemeindepsychiatrischen Arbeit und entsprechender Strukturen in der Stadt Essen, dem kommunalen System der interkulturellen Arbeit und der Integrationsförderung sowie zu Fragen des wirtschaftlichen Projektmanagements. Weiterhin verfügen die Mitglieder des Vereins aus früherem bürgerschaftlichem und beruflichem Engagement über die erforderlichen Erfahrungen in der Projektarbeit.

Mitglieder

- mehrheitlich Migrantinnen
- mehrsprachig
- multiprofessionell (u.a. Medizin, Sozialarbeit, Pädagogik)
- Erfahrung mit Vereinsarbeit

ViBB Essen e.V. – Verein zur interkulturellen Beratung und Betreuung im Gesundheitsbereich von Essen und dem Ruhrgebiet e.V.



Im ersten Jahr seines Bestehens entwickelt der Verein enge Kontakte sowohl zu verschiedenen Gruppen von Migranten und ihren Organisationen als auch zu Vertretern der Politik, Verwaltung, Gesundheits-

und Sozialeinrichtungen. Auf der Basis solcher **Vernetzungen** können im Rahmen der verschiedenen Vereinsaktivitäten die notwendigen Brücken zwischen Migranten und dem bestehenden Gesundheits- und Sozialsystem geschlagen bzw. verbreitert werden.

Einen wichtigen Baustein bei der Vernetzung bildet die Mitarbeit eines Vereinsmitgliedes in der Arbeitsgruppe „Gesundheit und Migration“ der Stadt Essen (Unterarbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“). In 2007/2008 haben Vereinsmitglieder aktiv an dem mehrmonatigen Essener Projekt „MSO – Partner in der Kommune“ teilgenommen.

In diesem Kontext wurden auch die Beziehungen zum Regionalvertreter des BAMF und zu den Mitarbeitern der in Essen aktiven Stellen für Migrationsberatung sowie die (stadtteilorientierten) Integrationsagenturen aufgenommen.

Der ViBB Essen e. V. ist Mitglied des Essener Verbundes der Immigrantenvereine e.V. (seit Nov. 2007) und des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes – Landesverband NRW (seit März 2008). Der Verein durch die Fachberatung MigrantInnenselfhilfe beim Paritätischen NRW beraten und steht dadurch mit MigrantInnenorganisationen im gesamten Land NRW im Kontakt.

Der ViBB Essen e. V. arbeitet auch mit der städtischen Gesellschaft ABEG im Bereich der Gemeinwohlarbeit auf der Basis eines Kooperationsvertrages zusammen.



Vernetzung

- Der Paritätische
- Essener Verbund der Immigrantenvereine
- AG „Gesundheit und Migration“ (Stadt Essen)
- Ärzte, Therapeuten (Essen, NRW)
- Einrichtungen der Migrations- / Integrationsberatung

ViBB Essen e.V. – Verein zur interkulturellen Beratung und Betreuung im Gesundheitsbereich von Essen und dem Ruhrgebiet e.V.



2. Arbeitsfelder im Überblick

Entsprechend seiner in der Satzung festgelegten Arbeitsfelder entwickelt der ViBB Essen e.V. drei zentrale Angebote:

- Einzelberatung zur Nutzung des Gesundheits- und Sozialsystems sowie Vermittlung von Hilfsangeboten,
- Prävention und Gesundheitsförderung durch Informationsveranstaltungen zur Struktur und den allgemeinen Angeboten des Gesundheits- und Sozialsystems,
- Beratung und ambulante Unterstützung von Menschen bei denen gesundheitliche Probleme eng mit sozialen, migrations- / integrationspezifischen und psychischen Problemen verbunden sind.

Weitere Aufgaben des Vereins sind:

- Förderung der Selbsthilfe von Migranten,
- Interessenvertretung von Menschen mit Migrationshintergrund gegenüber Politik, Verwaltung und Einrichtungen im Bereich "Gesundheit und Soziales",
- Informationsarbeit zu kulturspezifischen Aspekten der Nutzung von Angeboten des Gesundheits- und Sozialsystems,
- Förderung von themenrelevanter Forschung, vor allem auch von Studenten und Wissenschaftlern mit Migrationshintergrund.

3. Einzelberatung und Standorte

Der Verein ist derzeit an drei Standorten, in zwei Stadtteilen mit einem hohen Anteil an Bewohnern mit Zuwanderungsgeschichte, präsent:

1. In den Räumen des interkulturellen Zentrums „Kreuzer“ der evangelischen Gemeinde Borbeck-Vogelheim bietet ViBB Essen e.V. einmal wöchentlich eine offene Sprechstunde, zu allen Fragen rund um das Gesundheits- und Sozialwesen, an. Weiterhin können hier Seminarräume, Küche und der Bereich der Cafeteria mit genutzt werden für Gruppenangebote des Vereins.
2. In den Räumen unserer Partnerorganisation ProAsyl/ Flüchtlingsrat Essen e.V. (Essener Innenstadt) bietet ViBB Essen e. V. ebenfalls einmal wöchentlich eine offene Sprechstunde an.
3. Ab November 2008 verfügt ViBB Essen e.V. über eigene Räumlichkeiten im Essener Stadtteil Borbeck (Leimgardtsfeld 13, 45 355 Essen). Er wird vor allem als Treffpunkt und geschützter Gesprächsraum für die Arbeit mit psychisch erkrankten bzw. belasteten Menschen genutzt. Weiterhin dient der Raum als Begegnungsstätte, um mit Vertretern anderer Wohlfahrtsorganisationen und Fachdienste die soziale Arbeit zu organisieren (Vernetzung in der Kommune).

4. Prävention und Gesundheitsförderung

In der Stadt Essen betrug im Jahr 2005 der Migrantenanteil bei den eingeschulden Kindern ca. 37% (Stadt Essen 2007). Die Schuleingangsuntersuchungen 2005/ 2006 weisen insgesamt auf einen durchschnittlich erheblich schlechteren Gesundheitszustand von Kindern aus Familien mit Zuwanderungsgeschichte im Vergleich zu Kindern aus deutschen Familien hin (Unter-/Übergewicht, motorische Störungen, weniger Vorsorgeuntersuchungen). Damit sind für viele Kinder mit Migrationshintergrund ungünstige Voraussetzungen für den Start ins Schulleben gegeben.

Vor diesem Hintergrund hat der ViBB Essen e.V. ein Projekt gestartet: *Gesund leben – Besser lernen: Eine Seminarreihe in der Stadt Essen für Eltern mit Zuwanderungsgeschichte zur Gesundheitsvorsorge ihrer Kinder im Vorschulalter.*

Mit diesem Projekt möchte der Verein dazu beitragen, die Kompetenzen der Eltern von Kindern im Vorschulalter bei einer gesundheitsbewussten Erziehung zu stärken, insbesondere hinsichtlich Vorsorgeuntersuchungen, gesunder Ernährung und ausreichender Bewegung/ Sport. Damit soll ein Beitrag zur Verbesserung der Chancengleichheit von (zukünftigen) Schulkindern mit Zuwanderungsgeschichte in Essen geleistet werden.

Mit Hilfe von Partnern in der Stadt Essen (u.a. Kindertagesstätten bzw. Familienzentren, Stadtteilmütter, Familienbildungsstätten, Gesundheitseinrichtungen, Mediziner und Pädagogen als Referenten, Stadtverwaltung, andere MSOs, kirchliche Einrichtungen) wird eine Seminarreihe entwickelt, organisiert und durchgeführt. Sie umfasst 7 Veranstaltungen die parallel in 6 Kitas bzw. neu eingerichteten Familienzentren durchgeführt werden. Insgesamt sollen 60 Teilnehmer angesprochen werden (jeweils 10 pro Einrichtung).

Das Projekt wird im Zeitraum August 2008 bis Juli 2009 durchgeführt werden. Dankenswerter Weise wird das Vorhaben durch das Ministerium für Generationen, Frauen, Familie und Integration des Landes NRW finanziell gefördert.

5. Ambulant betreutes Wohnen (BeWo)

Seit dem 01. September 2008 ist der ViBB Essen e.V. vom Landschaftsverband Rheinland (LVR, Sozialhilfeträger) als Anbieter für ambulant betreutes Wohnen (BeWo) anerkannt. Das ambulante BeWo-Angebot richtet sich an erwachsene psychisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund und einer Behinderung i. S. von § 53 (1) SGB XII bzw. § 2 (1) SGB IX.

ViBB Essen e.V. orientiert sich in seiner Arbeit an den Erfahrungen der Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren im Rheinland, insbesondere dem Gesundheitszentrum für MigrantInnen in Köln.

Die Betreuung der Klienten erfolgt durch vom LVR anerkannte Fachkräfte mit eigener Zuwanderungsgeschichte. Dadurch und durch die enge Bindung des BeWo-Trägers an die integrationspolitische Infrastruktur in der Stadt wird es möglich, neben dem üblichen BeWo-Angebot auch bei integrationspezifischen Fragestellungen die Klienten gezielt zu unterstützen. Zudem können die vielfältigen Kontakte des Vereins zu anderen Migrantenselbstorganisationen hilfreich sein, um die Tagesstruktur von Klienten in einem passenden kulturellen Setting zu entwickeln.

Konzept ambulant betreutes Wohnen

- Orientierung an SPKoM - Einrichtungen im Rheinland (GZM Köln)
- Betreuung durch Fachkräfte mit Zuwanderungsgeschichte
 - übliches BeWo-Angebot mit Einbindung in gemeindepsychiatrische Strukturen (SPZ)
 - Hilfen bei integrationspezifischen Alltagsproblemen
 - Entwicklung einer Tagsstruktur - Bemühen um interkulturelles Setting (Nutzung von Kontakten zu Migrantenorganisationen u.a.)

ViBB Essen e.V. – Verein zur interkulturellen Beratung und Betreuung im Gesundheitsbereich von Essen und dem Ruhrgebiet e.V.



In Ergänzung zum BeWo-Angebot entwickelt der Verein eine Laienhelfergruppe. Dadurch sollen v. a. Gruppen-/Freizeitangebote unterbreitet werden. Für das Jahr 2008 erhielt der Verein hierfür eine erste Förderung durch den LVR.

Um die eigenen Angebote gut in das gemeindepsychiatrische und das integrationspolitische System in der Stadt Essen und dem Land NRW einzubetten, sucht der Verein die Kooperation mit anderen Akteuren. Hierzu bietet u. a. die Mitarbeit in der Psychosozialen AG Essen sowie in den Facharbeitskreisen Sozialpsychiatrie und Migration des paritätischen NRW geeignete Plattformen.

weitere Aktivitäten im psychiatrischen Bereich

- Start Laienhelfergruppe (Förderung LVR, Dez. 8)
- Vernetzung
 - SPKoM-Einrichtungen im Rheinland,
 - Psychiatriekoordinatorin, AK 1 der PSAG in Essen
 - FAK Sozialpsychiatrie (Der Paritätische NRW)
 - FAK Migration (Der Paritätische NRW)

ViBB Essen e.V. – Verein zur interkulturellen Beratung und Betreuung im Gesundheitsbereich von Essen und dem Ruhrgebiet e.V.



6. Herausforderungen kultursensibler Arbeit im BeWo-Bereich

Die kultursensible Arbeit im Bereich des ambulant Betreuten Wohnens stellt die Anbieter aber auch vor neue Herausforderungen. Der ViBB Essen e.V. sieht es als besonders wichtig an, das spezifische Umfeld der Klienten zu berücksichtigen. Wenn familiäre Beziehungen eine hohe Zuverlässigkeit aufweisen, können sie eine wichtige Ressource darstellen, da sie Klienten vor sozialer Isolation schützen können. Bei einigen Migrantengruppen kann auch die Wohnlage in stark von Menschen der gleichen community bewohnten Stadtvierteln – mit den entsprechenden Einrichtungen und Vereinen – hilfreich für die Betreuung sein.

Herausforderungen kultursensibler Arbeit

- andere Rahmenbedingungen
 - Berücksichtigung des familiären Umfeldes
 - Einbindung in die eigene *community*
 - Position der Frau
 - Was bedeutet „Verselbständigung“?
- intensivere Betreuungsarbeit erforderlich ? !
- Kostenträger setzt engen Rahmen
- Anpassung der Standards notwendig ?

ViBB Essen e.V. – Verein zur interkulturellen Beratung und Betreuung im Gesundheitsbereich von Essen und dem Ruhrgebiet e.V.



Bei der Betreuungsarbeit für junge Erwachsene und insbesondere für Frauen stellt sich in bestimmten Fällen auch die Frage, inwieweit es sinnvoll ist, eine Verselbständigung anzustreben. Wenn eine enge familiäre Bindung für die soziale Integration einer/es jüngeren Klienten/in als besonders hilfreich erscheint, könnte das zügige Hinarbeiten auf ein selbständiges Wohnen gerade kontraproduktiv wirken. (Zu denken wäre hierbei insbesondere an die Situation junger Frauen aus muslimischen Familien.)

Für die die betreuende Einrichtung besteht also die Herausforderung, die bestehenden und möglichen Einbindungen von Klienten in ihre spezifischen sozialen Netzwerke sehr gezielt zu analysieren und zu nutzen. Die Erfahrungen der kultursensiblen BeWo-Arbeit in anderen Städten Nordrhein-Westfalens – Köln, Bielefeld – weisen darauf hin, dass dies eine intensivere Betreuungsarbeit als im Fall deutscher Klienten erfordert. Momentan setzt der Kostenträger allerdings einen relativ engen Rahmen, sodass die damit verbundenen Kosten nur teilweise abdeckt werden.

Vor diesem Hintergrund besteht u. E. nach ein erheblicher Diskussionsbedarf hinsichtlich der Anpassung bestehender Standards. Wenn auch für Klienten mit Migrationshintergrund die ambulante Form der Eingliederungshilfe stärker in den Mittelpunkt rücken soll, sind deren kulturspezifische Aspekte in deren Alltagsleben und sich daraus ergebende neu- bzw. andersartige Betreuungsleistungen durch den Kostenträger zu berücksichtigen.

Abschließend sei auf eine zweite Herausforderung für BeWo-Anbieter hingewiesen. Einerseits wird die interkulturelle Öffnung im gemeindepsychiatrischen System von vielen Seiten gewünscht und auch zunehmend gefördert. Andererseits ist es für BeWo-Anbieter nicht einfach Fachkräfte mit verschiedenem kulturellen Hintergrund und sprachlicher Kompetenz zu finden, die hinsichtlich Qualifikation und v. a. Berufserfahrung auch voll den Anforderungen des Kostenträgers entsprechen. Die relevanten Einrichtungen sind in ihrer Gesamtheit stärker als bisher gefordert, Fachkräften über feste Anstellungsverhältnisse die Chance zu geben, die notwendigen Berufserfahrungen zu sammeln.

Verein zur interkulturellen Beratung und Betreuung im Gesundheitsbereich von Essen und dem Ruhrgebiet e.V. (ViBB Essen e. V.)		
Vereinssitz/ Postanschrift	Vereinsbüro	Vorstand
Cäcilienstr. 8, 45 130 Essen Telefon: ++ 49 – (0)201 – 729 1607 E-Mail: vibb-essen@freenet.de vibb-essen@t-online.de Internet: www.vibb-essen.de.vu	Leimgardtsfeld 13, 45355 Essen (Ev. Kirchengemeinde Essen- Borbeck / Vogelheim)	– Frau Sunanda Jaya Gupta, Vorsitzende – Herr Dr. Lutz Trettin, stellvertretender Vorsitzender – Frau Rima Chati, Kassenverantwortliche

„Anders gleich? Familie leben in der Migration“

Fatma Kekik, Dipl.-Pädagogin, Erziehungsberatung des Diakoniewerks Essen;
Sibel Koray, Dipl.-Psychologin, Familientherapeutin, Jugendpsychologisches Institut der Stadt Essen

Protokoll des Workshops: Gabriele Becker, WIESE e. V.

Die Leiterinnen eröffneten die Arbeitsgruppe mit der Aufforderung an das Plenum, sich in einen Jugendlichen mit Migrationshintergrund hineinzusetzen und folgende drei Fragen schriftlich auf Kärtchen zu beantworten.

Was müsste sich ändern, wie weiterentwickeln – sowohl bei mir als Migrant/-in, als auch in dieser Gesellschaft – damit ich mich in Zukunft hier richtig und wichtig – kurz: „zu Hause“ – fühle?

Welche konkreten Überlegungen aus diesem Kreis könnten nachhaltig dazu beitragen?

Was wünsche ich mir von diesem Kreis?

Dieser Einstimmung in das Thema folgte ein „Input“ von Sibel Koray:

Inzwischen leben Familien mit Migrationshintergrund teils schon in der vierten Generation in Deutschland. Der Begriff „Migrant“ umfasst unterschiedliche Personengruppen mit unterschiedlichen Schicksalen, Schichtzugehörigkeiten und Hintergründen wie beispielsweise ausländische Arbeitnehmerfamilien, Flüchtlinge, Asylbewerber, Familien mit Duldungsstatus, Familien, in denen nur ein Elternteil einen Migrationshintergrund hat (binational zusammengesetzte Familien), Familien, die einen zeitlich befristeten Aufenthaltsstatus haben (z. B. Konsulatsmitarbeiter, Studenten), durch Heirat nachgezogene etc. Alle diese Menschen verfügen über differente kulturelle Prägungen.

Familienmitglieder der ersten Migrantengeneration, die in ihrer Herkunftskultur groß geworden sind, konnten in der Regel durch eine einheitliche Sozialisation relativ stabile Persönlichkeiten ausbilden.

Für Angehörige der zweiten, dritten und vierten Generation gestaltet sich dieser Prozess ungleich schwieriger. Sie sind – durch ein Leben in zwei Kulturen – mit uneinheitlichen, teils widersprüchlichen Werten konfrontiert.

So werden beispielsweise Mädchen in muslimischen Familien mehrheitlich angehalten, zurückhaltend aufzutreten, während schulischer Erfolg im hohen Maße von aktiven mündlichen Leistungen abhängig ist.

Oder aber Jungen werden, wenn sie in patriarchalisch geprägten Familien heranwachsen, in der deutschen Kultur oft als übergriffig wahrgenommen und stigmatisiert.

Oft ist die familiäre Prägung stärker als die durch die deutsche Gesellschaft. So kehren beispielsweise Mädchen, die in Heimen leben, öfter wieder in die Heimatfamilien zurück, da sie mit der ersehnten neuen Freiheit nicht immer angemessen umzugehen wissen und, sie diese z. T. als erlebte gesellschaftliche Unverbindlichkeit in Deutschland schreckt.

Eine große Angst von Eltern mit Migrationshintergrund ist eine mögliche Entfremdung der Kinder, indem diese sich mit den Werten der anderen Kultur identifizieren und gleichzeitig von den für die Eltern bedeutenden Werten Abstand nehmen könnten.

Sie erziehen ihre Kinder oft nach gleichen Mustern, wie sie selbst erzogen worden sind – bisweilen aus einer Verunsicherung heraus sogar noch strenger.

So werden Söhne häufig mit großem Erwartungsdruck, was ihre berufliche Karriere anbelangt, konfrontiert. Jedoch sind diese Jungen in dem Dilemma, das sie auf dem Lehrstellen- /Arbeitsmarkt schlechtere Chancen haben als vergleichbare deutsche Jungen (Shell-Studie: trotz guter Leistung bekommen 50% keinen Ausbildungsplatz). Gerade in der Pubertät, in der Jugendliche mitunter einen ausgeprägten Gerechtigkeitssinn entwickeln, kann es geschehen, dass sie auf diesen Missstand mit gewalttätigem Verhalten antworten.

Mädchen reagieren auf die erlebten gesellschaftlichen Dilemmata und familialen Frustrationen gemäß ihres Rollenverhaltens eher mit Depressivität, Suizidalität, Weglaufen oder Überanpassung an deutsche Verhältnisse (z.B. Haare blond färben).

In der Arbeit mit Familien mit Migrationshintergrund wird deutlich, dass die Eltern durchaus aufgeschlossen sind, neue Wege in der Erziehung zu gehen, da sie spüren, dass sich das für sie Gültige nicht einfach auf ihre Kinder übertragen lässt, sondern oftmals einer Modifizierung bedarf. Es ist wichtig, sie in Entscheidungsfindungen – wie beispielsweise in der Schule – mit einzubeziehen oder in ihrer erzieherischen Kompetenz zu unterstützen. Denn ohne eine gute Zusammenarbeit mit den primären Bezugspersonen ist das Scheitern der jungen Menschen mit Migrationshintergrund vorprogrammiert. Diese Kinder und Jugendlichen brauchen Eltern als werthaltige Identifikationsfiguren. Was die betreffenden Familien sich wünschen, fasst die folgende Folie zusammen:

Was wollen / brauchen Familien mit Migrationshintergrund?

- dazugehören
- als normal und selbstverständlich akzeptiert sein
- stolz auf ihre Familie (Eltern, Kind) sein
- Sprachschwierigkeiten überwinden
- schulischen, beruflichen Erfolg
- positive konkrete Freundschaften zu deutschen
- Chancengleichheit

Erschwerend für Familien mit Migrationshintergrund ist jedoch eine zunehmende Stigmatisierung hierzulande:

Handlungen Einzelner werden mehr und mehr als charakterliche Merkmale einer sozialen oder ethnischen Gruppe verstanden. Diese Zuschreibungen verstärken bei Betroffenen Gefühle der Verunsicherung und der Ausgrenzung. Mit einem Teil der Jugendlichen, der zu auffälligem und gewalttätigem Verhalten neigt, wird die gesamte Gruppe identifiziert. Pauschalurteile intensivieren das subjektive Empfinden, grundsätzlich abgelehnt zu werden und keine Chancen eingeräumt zu bekommen.

Ob diese Art der Stigmatisierung nicht für alle, von vermeintlichen Normen abweichenden Gruppen gelte, wurde aus dem Plenum eingewandt.

Die Leiterinnen führten beispielhaft die tendenziellen Berichterstattungen der Medien an. Wenn deutsche Jugendliche etwas angestellt hätten, würde in der Regel von Jugendlichen im Allgemeinen gesprochen. Bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund würde sehr oft gleich auch das Herkunftsland mit erwähnt. Eine Vorurteilsbildung, die der Dynamik unterliegt, andere Gruppierungen abzuwerten, um die eigene Gruppierung – und somit sich selbst – aufzuwerten.

Als nächstes wurde die Arbeitsgruppe aufgefordert, Kleingruppen zu bilden, um folgende Fragen zu beantworten:

Zugangshindernisse

Welche Zugangshindernisse sehen Sie auf Seiten der Einrichtungen und Institutionen? Sehen Sie Hindernisse in Ihrer Einrichtung?

Ressourcen

Welche Ressourcen sehen Sie in Ihren Einrichtungen, durch die der Zugang zu Klientel mit Migrationshintergrund vereinfacht und damit eine stärkere Inanspruchnahme der Leistungen bewirkt werden könnte?

Die einzelnen Arbeitsgruppen stellten recht ähnliche Ergebnisse vor:

So wurden unter Ressourcen die Bildung von Netzwerken, bzw. deren Ausbau genannt. Gelobt wurde der Einsatz von Dolmetschern und interkulturellen Vermittlern, der im Vergleich zu anderen Städten gut organisiert sei.

Als Hindernisse wurde deklariert:

- der Mangel an Vertrauen seitens der Migranten gegenüber Institutionen;
- das mangelnde Interesse der Anbieter, das Thema Migration aufzugreifen;
- die mangelnde interkulturelle Kompetenz der Anbieter;
- die defizitären zeitlichen und personellen Kapazitäten der Anbieter.

Aus diesen Arbeitsergebnissen wurden gemeinsam Handlungsempfehlungen entwickelt:

1. Die kulturelle Öffnung zur Chefsache machen, um
 - interkultureller Kompetenzen zu stärken,
 - Netzwerke zu bilden und auszubauen,
 - interkulturelle Teams zu bilden,
 - Diversity besser zu nutzen.
2. Die Einrichtungen sollten Leitgedanken bzgl. des Themas Migration entwickeln, die
 - konkrete, praxisorientierte und umsetzbare Zielvorstellungen beinhalten,
 - Interesse an kulturellen Hintergründen ausdrücken,
 - die Bereitschaft zum Inhalt haben, neue Wege auszuprobieren.
3. Bezogen auf die Arbeit mit Familien mit Migrationshintergrund heißt dies, dass
 - die Eltern durch Präventionsangebote gestärkt werden,
 - die Bildung und Qualifizierung von Kindern und Jugendlichen gefördert wird,
 - Multiplikatoren mit Migrationshintergrund (z.B. Stadtteilmütter) geschult und eingesetzt werden,
 - Angebote transparent gemacht werden (z.B. Informationen über Erziehungsberatungsstellen im Schulunterricht).
4. Für das weitere Vorgehen des Arbeitskreises Gesundheit und Migration, bedeutet es
 - durch regelmäßige Fachkonferenzen den Prozess zu verfolgen,
 - Zielverantwortliche zu benennen und
 - umsetzbare Anregungen zu geben.

Die Arbeitsgruppe endete, indem auf den Beginn der Sitzung rekurriert wurde. Die TeilnehmerInnen wurden wiederum aufgefordert, sich in einen Jugendlichen mit Migrationshintergrund hineinzusetzen und ihn /sie zu befragen, was er /sie von den Arbeitsergebnissen halten würde. Antworten: „langweilig“, „besser gute Jugendzentren bauen“, aber auch „er weiß nun, wo er Hilfe bekommt“.

Schlechterer Gesundheitszustand von Migrantenkindern – Schicksal oder Herausforderung?

Dr. med. Petra Freynik, Gesundheitsamt Essen

Dipl. Soz. Wiss. Franz Beuels, Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen Essen

1. Vorbemerkungen

Ein Zusammenhang zwischen der sozialen Lage von Bevölkerungsgruppen und ihrem Gesundheitszustand ist inzwischen vielfach nachgewiesen und wird im Allgemeinen unter dem Begriff „gesundheitliche Ungleichheit“ diskutiert.¹⁵ Armut und schlechte Bildung wirken sich auch nachteilig auf den Gesundheitszustand von Kindern aus. Kinder aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus nehmen seltener vollständig an Vorsorgeuntersuchungen teil. Sie weisen darüber hinaus auch häufiger gesundheitliche Entwicklungsstörungen und Gesundheitsgefährdungen, wie z. B. Koordinationsstörungen, Sprachstörungen oder Störungen der Motorik auf, die sich negativ auf den Schulerfolg auswirken können. Da Migranten zu großen Teilen den sozialen Unterschichten angehören, sind deren Kinder auch häufig überproportional von Gesundheitsdefiziten betroffen.

Darüber hinaus hat gesundheitliche Ungleichheit auch eine räumliche Dimension. Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichem Sozialstatus oder von unterschiedlicher sozialer Schichtzugehörigkeit verteilen sich ungleich auf städtische Teilräume (Segregation). Armut und Reichtum konzentrieren sich in einzelnen Stadtbezirken, Stadtteilen und Wohnquartieren mehr und in anderen weniger stark. Insofern lassen sich räumliche Schwerpunkte für gesundheitspolitische Interventionen, für Prävention und frühzeitige Förderung lokalisieren.

Das Gesundheitsamt und das Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen der Stadt Essen sind in der Vergangenheit bereits mit Analysen der Einschulungsuntersuchungen der Jahre von 1989 bis 1991 und der Jahre von 1991 bis 1995 den Einflüssen der sozialen Herkunft auf den Gesundheitszustand und die Gesundheitsvorsorge von Schulanfänger/-innen in Essen nachgegangen.¹⁶

Diese Untersuchungen führten zu dem Ergebnis, dass Einschüler/-innen aus Familien mit Migrationshintergrund, Schulanfänger/-innen aus kinderreichen Familien und Kinder, die keinen Kindergarten besucht haben, die empfohlenen Schutzimpfungen und Früherkennungsuntersuchungen weit weniger häufig umfassend wahrgenommen hatten. Zudem wiesen diese Gruppen häufiger Gesundheitsstörungen auf, die die geistige und körperliche Entwicklung und die schulische Leistungsfähigkeit beeinträchtigen können, wie z. B. Sehschwächen, Koordinationsstörungen, Sprachstörungen oder Übergewicht. Es konnte festgestellt werden, dass Schulanfänger/-innen aus den nördlichen Essener Stadtbezirken weniger häufig an Vorsorgeangeboten im Kindesalter teilgenommen hatten und in einem höheren Maße gesundheitliche Beeinträchtigungen aufwiesen. Der Norden der Stadt Essen ist durch eine ungünstigere Sozialstruktur gekennzeichnet als der Süden, so dass von einem auffälligen Zusammentreffen einer ungünstigeren Sozialstruktur mit einem schlechteren Gesundheitszustand und Vorsorgeverhalten bei Kindern im Schuleingangsalter gesprochen werden musste.

Die Einschulungsuntersuchungen sind für alle Schulanfänger gesetzlich vorgeschrieben und erfolgen in Essen, wie in der überwiegenden Mehrheit der übrigen nordrhein-westfälischen Kommunen, nach einer

¹⁵ Vgl. Ammon, J./ Kersting, V./ Strohmeier, K. P.: Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen. Anregungen für die kommunale Praxis am Beispiel Kinder- und Jugendgesundheit, Bochum, August 2007, S. 6, herausgegeben vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2008

Vgl. z. B. auch: Mielck, A. (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland, Opladen 1994

¹⁶ Vgl. Stadt Essen, Der Oberstadtdirektor, Amt für Entwicklungsplanung, Statistik, Stadtforschung und Wahlen und Gesundheitsamt (Hrsg.): Soziale Einflüsse auf die Gesundheitsvorsorge. Eine Analyse der Essener Schuleingangsuntersuchungen 1989, 1990 und 1991, in: Beiträge zur Stadtforschung 10, Essen im November 1993

Vgl. Stadt Essen, Der Oberstadtdirektor, Amt für Entwicklungsplanung, Statistik, Stadtforschung und Wahlen (Hrsg.): Soziale Einflüsse auf die Gesundheitsvorsorge. Eine Fortschreibung der Analyse der Essener Schuleingangsuntersuchungen für die Jahre 1991 bis 1995, Sonderbericht in: Statistische Vierteljahresberichte, Heft 4 1995, Essen 1997

einheitlichen Untersuchungs- und Dokumentationssystematik, dem sogenannten „Bielefelder Modell“.¹⁷ Auf diese Weise wird nicht nur eine interkommunale Vergleichbarkeit der Ergebnisse erreicht. Der einheitliche, standardisierte Dokumentationsrahmen ermöglicht auch Vergleiche und Zeitreihen zur Abschätzung von Entwicklungen in der Kommune selbst und in kleinräumigen kommunalen Teilbereichen. Das sogenannte „Bielefelder Modell“ ist seit seinen Anfängen mehrfach leicht modifiziert und entsprechend den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen fortentwickelt worden. Insbesondere ist die Schuleingangsuntersuchung aber zur Identifikation von Zielgruppen für gesundheitspolitische Maßnahmen seit dem Jahr 2006 um einen von den begleitenden Eltern auf freiwilliger Basis auszufüllenden Fragebogen ergänzt worden. Auf der Grundlage der Angaben in diesem Fragebogen wird es möglich

- die Familiensituation der Schulanfänger/-innen in die Analysen mit einzubeziehen
- über die Erfassung der Bildung und Ausbildung der Eltern Aussagen zum Sozialstatus des Haushalts der untersuchten Schulanfänger/-innen zu machen und
- den Zusammenhang zwischen dem Fernseh- und Medienkonsum der Einschüler/-innen und ihrem Gesundheitszustand zu untersuchen.

Durch die Erhebung und Einbeziehung dieser zusätzlichen Merkmale haben sich die Analysemöglichkeiten seit dem Jahr 2006 wesentlich verbessert. Rückschlüsse auf die soziale Lage, das Gesundheitsbewußtsein und die gesundheitsorientierte Lebensweise der Eltern und des sozialen Umfelds können nunmehr mit größerer Sicherheit gezogen werden.¹⁸

Aktuell sind die Schuleingangsuntersuchungen der Jahre von 2000 bis 2007 ausgewertet worden. Erste Ergebnisse dieser Auswertungen mit einer Fokussierung auf das Thema Migration und Gesundheit werden hier, in einer Gegenüberstellung der gesundheitlichen Situation von deutschen und nichtdeutschen Schulanfängern/-innen, dargestellt.

2. Migration, Kindergartenbesuch, Familiensituation und Sozialstatus

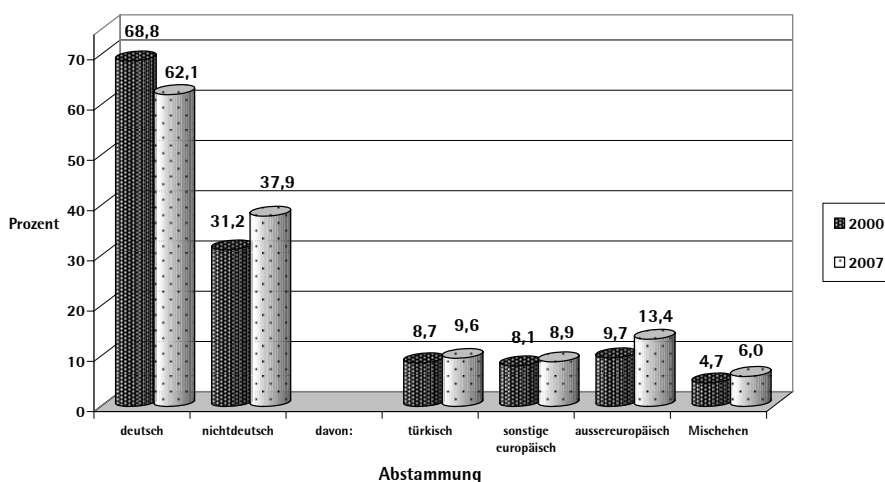
Wie Grafik 1 zunächst zeigt, ist der Anteil der Kinder im Schuleingangsalter in Essen, die einen Migrationshintergrund aufweisen, in den Jahren von 2000 bis 2007 deutlich, von 31,2 % auf 37,9 %, und damit um nahezu 7 Prozentpunkte gestiegen.¹⁹

¹⁷ Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Jugendärztliche Definitionen, Bielefeld 1989

¹⁸ Die Frage, ob die Geschlechtszugehörigkeit und möglicherweise vorhandene Unterschiede in den Erziehungsstilen bei Jungen und Mädchen auch Unterschiede bei der Wahrnehmung von Vorsorgeangeboten oder im Gesundheitszustand der Schulanfänger/-innen zur Folge haben, stand nicht im Fokus dieser Untersuchung. Auswertungen für die Jahre 2006 und 2007 ergaben diesbezüglich, wie bereits in den Untersuchungen von 1993 und 1997, keine nennenswerten Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen bei der Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen und der Impfungen. Auch bei den Hör- und Sehstörungen und beim Übergewicht/Untergewicht unterscheiden sich Jungen und Mädchen nur unwesentlich. Hingegen sind die Unterschiede bei den Verhaltensauffälligkeiten, bei den Körperkoordinationsstörungen, bei den Sprachstörungen, bei den Störungen der Visuomotorik und bei den Störungen der visuellen Wahrnehmung zum Teil erheblich. Die Befundhäufigkeit liegt bei diesen Gesundheitsstörungen bei den Jungen jeweils deutlich höher als bei den Mädchen.

¹⁹ Der Migrationshintergrund wurde hier nach der Abstammung erfasst, wobei zwischen folgenden Gruppen unterschieden wurde: deutsch, türkisch, sonstige europäisch, aussereuropäisch, Mischehen.

Grafik 1: Schulanfänger/-innen mit und ohne Migrationshintergrund in Essen in den Jahren 2000 und 2007

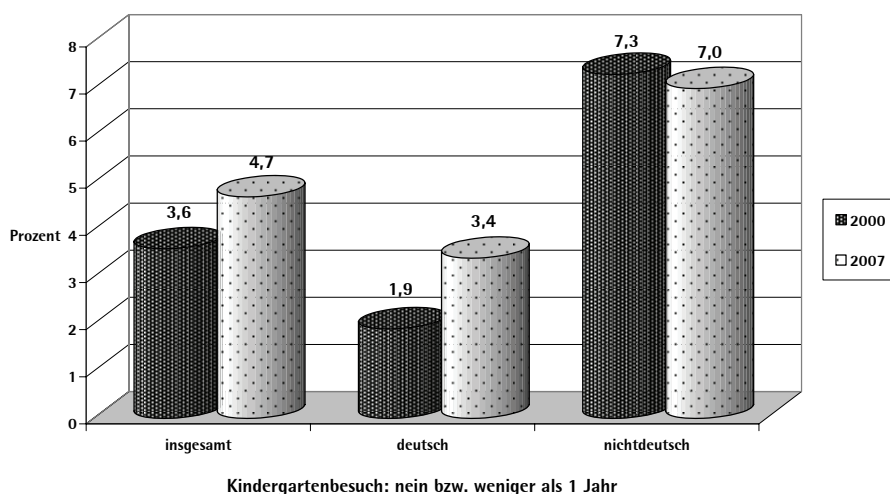


Eine Betrachtung der Schulanfänger/-innen mit Migrationshintergrund im Detail lässt erkennen, dass der Anteil der Kinder aus außereuropäischen Kontinenten im Zeitverlauf von 2000 bis 2007 am stärksten, von 9,7 % auf 13,4 %, zugenommen hat. Hierbei handelt es sich vorzugsweise um Familien, die aus dem Nahen Osten (insbesondere Libanon) und aus Afrika kommen. Der Anteil der Schulanfänger/-innen mit türkischer Abstammung an allen Einschülern/-innen ist von 2000 bis 2007 hingegen nur um knapp einen Prozentpunkt, von 8,7 % auf 9,6 %, gestiegen.

Eine prägende Instanz in der Gesundheitserziehung von Vorschulkindern ist der Kindergarten. Der Kindergarten hat neben der Betreuungsaufgabe auch einen eigenständigen Erziehungs- und Bildungsauftrag. Er soll die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes fördern und die Erziehung in der Familie ergänzen und unterstützen. Die im Kindergarten tätigen Fachkräfte sollen die Eltern auf die Bedeutung ihres Verhaltens hinweisen und beratend tätig werden, wenn die häusliche Erziehung der körperlichen und seelischen Gesundheit des Kindes nicht gerecht wird. Auch der Kontakt mit den anderen Kindergarteneltern soll das eigene Verhalten positiv beeinflussen. Insofern kommt Fragen der Gesundheitserziehung und der Information über gesundheitliche Themen, wie z. B. über gesunde Ernährung, im Kindergarten eine große Bedeutung zu.

Wie anhand von Grafik 2 veranschaulicht wird, unterscheiden sich die Schulanfänger/-innen mit und ohne Migrationshintergrund in Bezug auf den Kindergartenbesuch deutlich. Der Anteil der Schulanfänger/-innen mit Migrationshintergrund, der keinen Kindergarten oder einen Kindergarten nur kurz Zeit (weniger als 1 Jahr) besucht hat, ist sowohl im Jahr 2000 als auch im Jahr 2007 deutlich höher.

Grafik 2: Kindergartenbesuch von Schulanfänger/-innen mit und ohne Migrationshintergrund in Essen in den Jahren 2000 und 2007

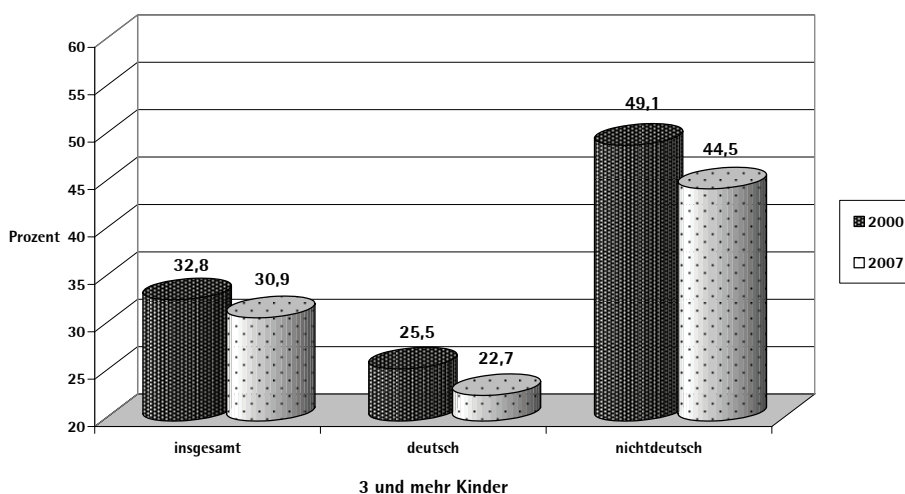


Im Jahr 2000 lag der Anteil der Schulanfänger/-innen, die keinen Kindergarten besucht haben, bei den deutschen Kindern bei 1,9 % und bei den Einschülern/-innen mit Migrationshintergrund bei 7,3 %. Auch im Jahr 2007 liegt dieser Anteil trotz eines leichten Rückgangs auf 7,0 % und eines Anstiegs bei den deutschen Schulanfängern/-innen auf 3,4 % immer noch mehr als doppelt so hoch.

Nicht ohne Einfluss auf die Gesundheitserziehung und Gesundheitsvorsorge ist die Anzahl der Kinder in der Familie. Mit der Anzahl der Kinder in der Familie nimmt die Aufmerksamkeit, die der Gesundheit jedes einzelnen Kindes zuteil wird, schon aus rein zeitlichen Gründen allzu oft ab. Zudem stellt sich die ökonomische und soziale Situation kinderreicher Familien häufig schwieriger dar als bei Familien mit nur ein oder zwei Kindern.

Wie ein Blick auf Grafik 3 zeigt, ist der Anteil der Schulanfänger/-innen aus kinderreichen Familien, das heißt mit 3 und mehr Kindern, im Zeitverlauf von 2000 bis 2007 in der Stadt Essen von 32,8 % auf 30,9 % und damit um rund - 2 Prozentpunkte gesunken.

Grafik 3: Anzahl der Kinder in der Familie bei Schulanfänger/-innen mit und ohne Migrationshintergrund in Essen in den Jahren 2000 und 2007

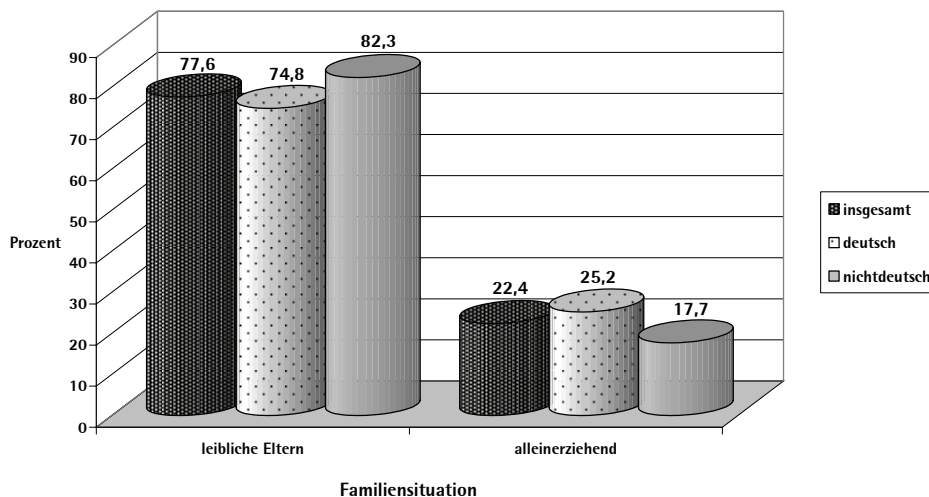


Im Vergleich der Jahre 2000 und 2007 ist sowohl bei den Schulanfänger/-innen aus deutschen wie bei den Einschülern/-innen aus Familien mit Migrationshintergrund eine Abnahme des Kinderreichtums festzustellen, jedoch auf einem sehr unterschiedlichen Niveau. Bei den Einschülern/-innen aus deutschen Familien ist der Anteil der Kinderreichen von gut einem Viertel (25,5 %) im Jahr 2000 bis auf 22,7 % im Jahr 2007 gefallen. Hingegen lag der Anteil der Kinderreichen bei den Schulanfänger/-innen aus Familien mit Migrationshintergrund sowohl im Jahr 2000 mit 49,1 % als auch im Jahr 2007 mit 44,5 % bei etwa dem Doppelten. Die Abnahme fällt im Zeitverlauf jedoch mit - 4,6 Prozentpunkten stärker aus als bei den Schulanfänger/-innen aus kinderreichen deutschen Familien (- 2,8 Prozentpunkte).

Das Aufwachsen bei den leiblichen Eltern bzw. in der Geborgenheit einer Familie dürfte, so ist anzunehmen, auf die Gesundheitserziehung und Gesundheitsvorsorge einen positiven Einfluss ausüben. Es ist anzunehmen, dass Kindern, die bei den leiblichen Eltern bzw. in einer vollständigen Familie aufwachsen, in Fragen der Gesundheit eine größere (zeitliche) Aufmerksamkeit zuteil wird als solchen Kindern, die lediglich bei einem Elternteil heranwachsen.

Wie anhand von Grafik 4 zu erkennen ist, leben im Jahr 2007 rund 78 % der Schulanfänger/-innen in Essen bei beiden leiblichen Eltern. Dieser Anteil liegt bei den Einschülern/-innen aus Familien mit Migrationshintergrund bei überdurchschnittlichen 82,3 %

Grafik 4: Familiensituation von Schulanfängern/-innen mit und ohne Migrationshintergrund in Essen im Jahr 2007



Bei den deutschen Einschülern/-innen liegt der vergleichbare Anteil nur bei 74,8 %. Dementsprechend übersteigt der Anteil der deutschen Schulanfänger/-innen, die in Haushalten Alleinerziehender leben, im Jahr 2007 mit 25,2 % den vergleichbaren Anteil der Einschüler/-innen aus Haushalten mit Migrationshintergrund um 7,5 Prozentpunkte (17,7 %).²⁰ Diese stärkere familiäre Bindung der Schulanfänger/-innen mit Migrationshintergrund dürfte, so ist zu vermuten, in Bezug auf die Gesundheit und die Gesundheitsvorsorge eine eher ausgleichende und stabilisierende Funktion haben.

Seit dem Jahr 2006 wird der Sozialstatus der Haushalte, aus denen die Schulanfänger/-innen kommen, über eine zusätzliche, freiwillige Befragung der begleitenden Eltern während der Schuleingangsuntersuchung ermittelt. Für viele ist der Sozialstatus bzw. die sozioökonomische Lage (Bildung, Ausbildung, Stellung im Beruf, Einkommen und Vermögen), und nicht etwa der Migrationshintergrund, die entscheidende Einflussgröße auf Krankheiten, Risikofaktoren und auf die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Vorsorgeangeboten. Diese Meinung wird durch zahlreiche epidemiologische Studien gestützt.²¹ Zur Messung und Quantifizierung des Sozialstatus wurde deshalb von der Arbeitsgruppe „Epidemiologische Methoden“ für die Schuleingangsuntersuchungen ein Index entwickelt, der sich auf eine Kombination von erworbener Schulbildung und Ausbildung stützt, wobei die Ausbildung als der Indikator definiert ist, der für die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit qualifiziert.²²

Wie Grafik 5 verdeutlicht, haben im Jahr 2007 insgesamt 10,8 % der Familien von Schulanfängern/-innen einen niedrigen, 60,6 % einen mittleren und 28,6 % einen hohen Sozialstatus. Auffällig sind dabei die Unterschiede nach dem Migrationshintergrund: der Anteil der Einschüler/-innen mit Migrationshintergrund, die aus Haushalten mit einem niedrigen Sozialstatus kommen, ist mit 20,9 % nahezu vier Mal so hoch wie bei den deutschen Haushalten (5,4 %). Die Unterschiede zwischen den Haushalten mit und ohne Migrationshintergrund, die einen mittleren Sozialstatus aufweisen, sind hingegen weniger auffällig. Demgegenüber liegt der Anteil der Haushalte mit Kindern im Schuleingangsalter, die einen hohen Sozialstatus haben, bei den Einschülern/-innen, die aus Familien mit Migrationshintergrund kommen, mit

²⁰ In der Gruppe der Alleinerziehenden sind hier auch Mütter und Väter enthalten, die mit einem neuen Partner bzw. mit einer neuen Partnerin zusammenleben oder verheiratet sind. Nicht enthalten sind in diesen Auswertungen Schulanfänger/innen, die bei den Großeltern oder bei anderen Verwandten, bei Pflegeeltern / Adoptiveltern oder in einem Heim leben.

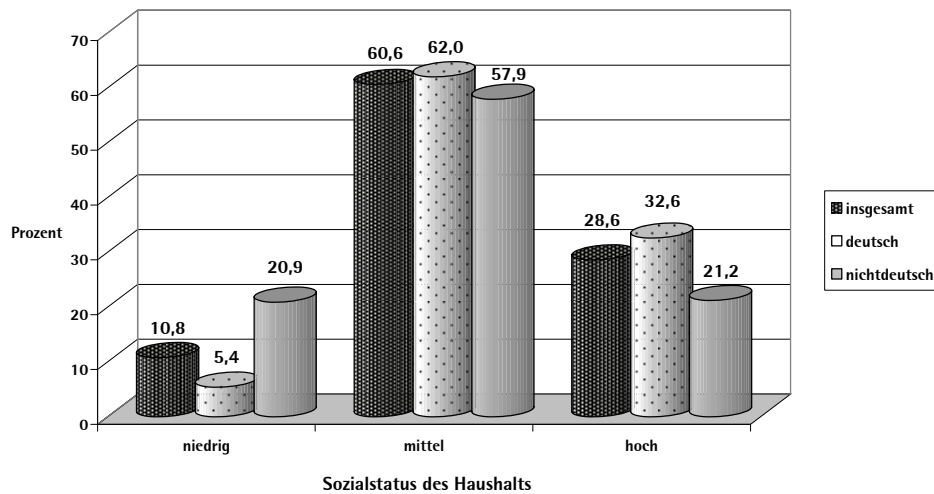
²¹ Vgl. z. B. Siegrist, J.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, Bern 2008 oder Kunst, A. E./Mackenbach, J. P.: Die Messung sozioökonomisch bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten, Kopenhagen 1996

²² Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Epidemiologische Methoden“ in der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie (DAE), der Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS), der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) und der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft: Messung und Quantifizierung soziographischer Merkmale in epidemiologischen Studien, Redaktionsgruppe: K.-H. Jöckel, B. Babitsch, B.-M. Bellach, K. Bloomfield, J. Hoffmeyer-Zlotnik, J. Winkler und C. Wolf.

Im Wesentlichen basiert dieser Index auf einer Skala von 1 bis 8. Der idealtypische Fall für einen hohen Sozialstatus ist eine Person (Haushaltsvorstand) mit Abitur als höchstem Schul- und einem abgeschlossenem Universitätsstudium als höchstem Ausbildungsabschluss. Am anderen Ende der Skala steht eine Person (Haushaltsvorstand) ohne Schul- und Ausbildungsabschluss

rund einem Fünftel (21,2 %) um mehr als - 10 Prozentpunkte unter dem vergleichbaren Anteil der deutschen Haushalte (32,6 %).

Grafik 5: Sozialstatus des Haushalts bei Schulanfängern/-innen mit und ohne Migrationshintergrund in Essen im Jahr 2007



Vieles weist insofern auf einen mittelbaren Einfluss des Migrationshintergrundes hin. Das heißt, viele Schulanfänger/-innen, die aus Familien mit Migrationshintergrund kommen, haben nur deshalb überdurchschnittlich viele Gesundheitsstörungen und nehmen Vorsorgeangebote nur deshalb besonders lückenhaft wahr, weil sie überproportional häufig aus Elternhäusern mit einem niedrigen Sozialstatus kommen. Richtungsweisend für die Verteilung von gesundheitlichen Risiken und Chancen wäre somit der erworbene Sozialstatus und nicht der Migrationshintergrund. Dies ist bei den folgenden Analysen, die auf die Herausarbeitung der Unterschiede zwischen den Schulanfängern/-innen mit und ohne Migrationshintergrund gerichtet sind, stets zu berücksichtigen.

3. Ausgewählte Gesundheitsstörungen und Vorsorgeverhalten bei Schulanfängern/-innen mit und ohne Migrationshintergrund

Die gesetzlich vorgeschriebenen Schuleingangsuntersuchungen bieten in Nordrhein-Westfalen die Möglichkeit, Interventionsbedarfe und dringliche Handlungsfelder frühzeitig festzustellen, weil sie alljährlich den Gesundheitszustand eines kompletten Jahrgangs erfassen.

Bei der Einschulungsuntersuchung handelt es sich um eine sozialpädiatrische Untersuchung aller Kinder eines Einschulungsjahres nach einem standardisierten Verfahren. Für jedes Schuljahr werden in Essen ca. 5000 Kinder vor ihrer Einschulung im Alter von ungefähr 6 Jahren untersucht. Die Untersuchung beinhaltet:

- eine ausführliche Anamnese gestützt durch einen Elternfragebogen
- die Erfassung und Untersuchung der somatischen Entwicklung
- die Diagnostik des Sehens und des Hörens
- eine Verhaltensbeobachtung und Einschätzung allgemeiner Fertigkeiten
- ein Screening zu den Teilleistungsstörungen „S-ENS“²³
 - Körperkoordination, Motorik
 - Visuomotorik, Feinmotorik und
 - Sprache
- eine zahnärztliche Untersuchung und Beratung.

²³ Beim Screening des Entwicklungsstandes (S-ENS) handelt es sich um ein standardisiertes Untersuchungsrastrer zur Diagnose von Entwicklungsauffälligkeiten, vgl.: Brand, H.: S-ENS – Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen. Handanweisung. Manual I., Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (lögD), Bielefeld 2003

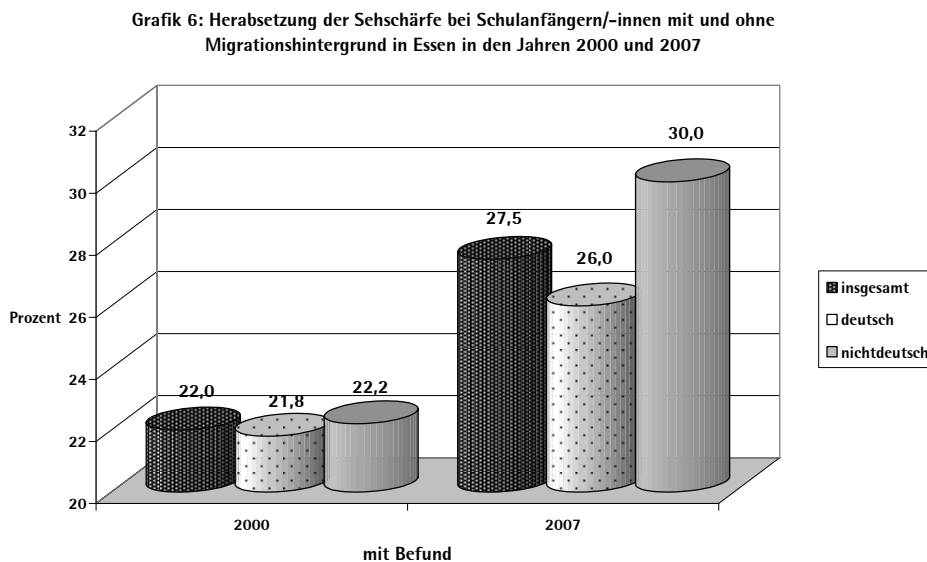
Die Ergebnisse der Untersuchung werden ärztlich bewertet und führen zu ärztlichen Empfehlungen bzw. zur Veranlassung notwendiger Maßnahmen. Viele Kinder weisen körperliche Befunde auf, die einer Überweisung zu niedergelassenen Fachärzten bedürfen.

Die Entwicklung von Kindern unterliegt vielen Einflüssen und Störfaktoren. Für einen schulischen Erfolg müssen Kinder uneingeschränkt hören und sehen können, um zu verfolgen und zu verarbeiten, was Lehrer und Mitschüler kommunizieren. Der Schulweg stellt für Einschulungskinder eine Herausforderung und Gefahrenquelle dar. Aufgrund der geringen Körpergröße, noch nicht komplett ausgereifter Wahrnehmung und begrenzter Aufmerksamkeitsspanne bei leichterer Ablenkbarkeit haben junge Schulkinder ein deutlich höheres Unfallrisiko im Straßenverkehr. Wird das Kind nun noch zusätzlich durch unerkannte bzw. unzureichend behandelte Sehfehler oder Hörstörungen eingeschränkt, stellt die Teilnahme am Straßenverkehr eine erhebliche Gefährdung für die Kinder dar. Eine altersentsprechende Entwicklung in den Bereichen Sprache, Verhalten, Körperkoordination, Visuomotorik und visuelle Wahrnehmung ist eine Grundvoraussetzung zum Erwerb schulischer Fertigkeiten und zum Erlernen von Kulturtechniken. Besonders gefährdet für Schulprobleme bzw. Schulversagen sind Kinder mit Störungen in zwei oder mehr Entwicklungsbereichen.

3.1 Herabsetzung der Sehschärfe

Unerkannte oder unzureichend korrigierte Sehfehler führen zu Schulschwierigkeiten durch eine raschere Ermüdung, Konzentrationsschwäche oder chronische Kopfschmerzen.

Wie Grafik 6 veranschaulicht, hat der Anteil der Schulanfänger/-innen mit dem Befund²⁴



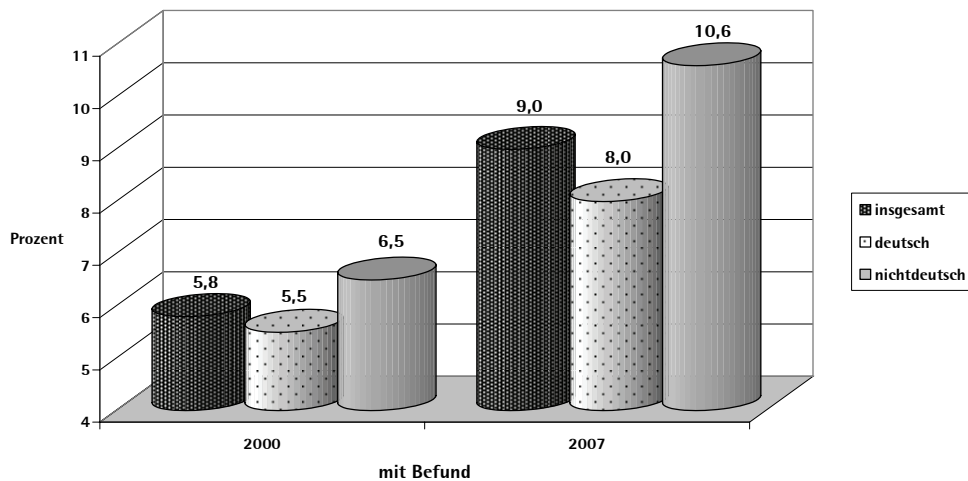
„Herabsetzung der Sehschärfe“ im Zeitraum von 2000 bis 2007 nicht unerheblich, von 22,0 % auf 27,5 %, zugenommen. Dieser Trend ist sowohl bei den deutschen als auch bei den Einschülern/-innen mit Migrationshintergrund zu beobachten, allerdings unterschiedlich stark. Bei den deutschen Schulanfänger/-innen steigt der Anteil der Kinder mit der Diagnose Sehstörung von 21,8 % im Jahr 2000 bis auf 26,0 % im Jahr 2007 und damit um ungefähr 4 Prozentpunkte. Bei den Kindern mit Migrationshintergrund ist ein Anstieg von 22,2 % im Jahr 2000 bis auf 30,0 % im Jahr 2007 festzustellen, wobei dieser Anstieg mit rund 8 Prozentpunkten ca. doppelt so hoch ausfällt.

3.2 Hörstörungen

Aus Grafik 7 ist zu ersehen, dass die Hörstörungen bei den untersuchten Schulanfänger/-innen im Vergleich der Jahre 2000 und 2007 von 5,8 % auf 9,0 % zugenommen haben.

²⁴ Hier sind folgende Befunde nach dem Bielefelder Modell zusammengefasst: „A“ = Arztüberweisung (Befund, der einer Abklärung durch einen niedergelassenen Arzt bedarf); „B“ = in Behandlung (Kind befindet sich bereits in ärztlicher Behandlung); „D“ = Dauerschaden/Leistungsbeeinträchtigung (Befund, der für das Kind eine erhebliche Leistungsbeeinträchtigung bedeutet); „X“ = mit Befund (Minimalbefund bzw. nicht mehr behandlungsbedürftiger oder -fähiger Befund). Vgl. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Hrsg.): Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen, Jahresbericht 2005, Bielefeld 2006, S. 12

Grafik 7: Hörstörungen bei Schulanfängern/-innen mit und ohne Migrationshintergrund in Essen in den Jahren 2000 und 2007



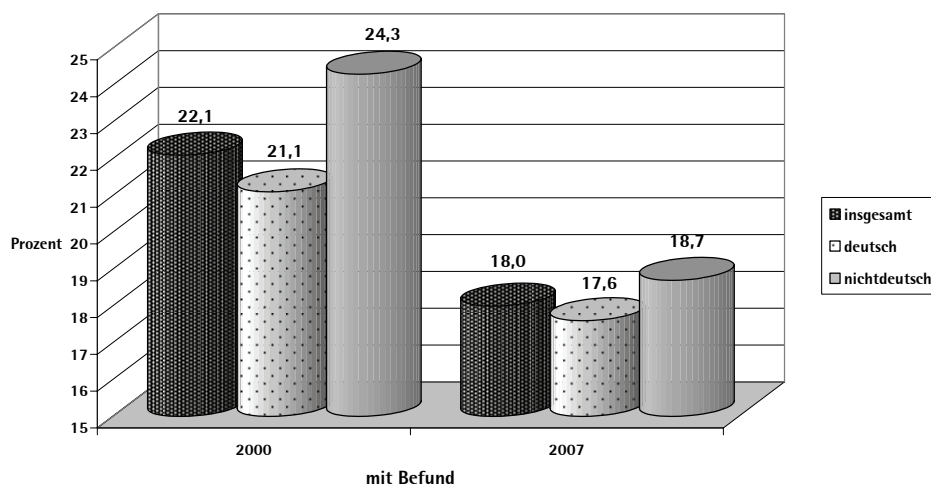
Bei den deutschen Einschülern/-innen stieg der Anteil der Kinder im Schuleingangsalter mit dem Befund „Hörstörung“ von 5,5 % (2000) auf 8,0 % (2007), bei den Schulanfängern/-innen mit Migrationshintergrund gab es im Zeitverlauf einen Anstieg von 6,5 % (2000) auf 10,6 % (2007), wobei die Unterschiede zwischen den deutschen und den nichtdeutschen Einschülern/-innen im Zeitverlauf leicht zugenommen haben.

3.3 Körperkoordinationsstörungen

Kinder müssen den Schulweg, aber auch die Wege innerhalb des Schulgebäudes (Treppen/glatte Flure) mit dem Tornister auf dem Rücken bewältigen, zum Teil bei ziemlichen Gedrängel durch Mitschüler/-innen. Eine gute altersentsprechende Körperkoordination hilft dabei, Unfälle zu vermeiden. Der motorisch-koordinative Entwicklungsstand eines Kindes korreliert nur wenig mit den späteren schulischen Leistungen. Für den sozio-emotionalen Status und die soziale Integration des Kindes in die Gruppe sind diese Fertigkeiten aber sehr relevant.

Ein Blick auf Grafik 8 zeigt, dass der Anteil der Kinder, bei denen Körperkoordinationsstörungen im Schuleingangsalter diagnostiziert wurden, im Zeitverlauf von 2000 bis 2007 nicht unerheblich, um rund – 4 Prozentpunkte von 22,1 % auf 18,0 % abgenommen hat.

Grafik 8: Körperkoordinationsstörungen bei Schulanfängern/-innen mit und ohne Migrationshintergrund in Essen in den Jahren 2000 und 2007



Es ist sowohl bei den Schulanfängern/-innen aus deutschen Familien als auch bei den Einschülern/-innen mit Migrationshintergrund ein Rückgang des Anteils an Koordinationsstörungen festzustellen, wobei die Abnahme bei den Kindern aus nichtdeutschen Familien mit – 5,6 Prozentpunkten (2000: 24,3 %; 2007 auf 18,7%) sogar noch stärker ausfällt als bei den deutschen Einschülern/-innen mit – 3,5 Prozentpunk-

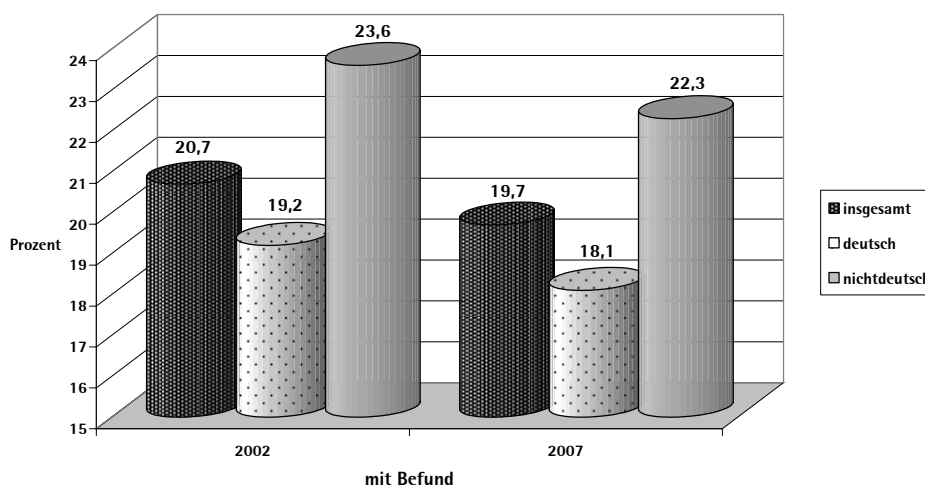
ten (2000: 21,1 %; 2007: 17,6 %). Dennoch liegt auch im Jahr 2007 der Anteil der Schulanfänger/-innen mit Migrationshintergrund, die eine Körperkoordinationsstörungen aufweisen, noch leicht über dem Anteil der deutschen Einschüler/-innen.

3.4 Störungen der Visuomotorik

Getestet werden hauptsächlich Vorläuferfertigkeiten zum Erlernen des Schreibens. Visuomotorische Probleme reduzieren das Arbeitstempo, verbrauchen vermehrt Aufmerksamkeit und Konzentration und führen damit zu schnellerer Ermüdung der Kinder. Im schulischen Alltag kommen Frustration und Demotivation hinzu, da wegen schlechter Lesbarkeit des Geschriebenen keine positive Rückmeldung von Lehrern oder Eltern kommt.

Ein Blick auf Grafik 9 zeigt, dass der Anteil der Essener Schulanfänger/-innen mit Störungen der Visuomotorik im Vergleich der Jahre 2002 (20,7 %) und 2007 (19,7 %) um 1,0

Grafik 9: Störungen der Visuomotorik bei Schulanfänger/-innen mit und ohne Migrationshintergrund in Essen in den Jahren 2002 und 2007¹



¹ Störungen der Visuomotorik werden bei den Schuleingangsuntersuchungen erst ab dem Jahr 2002 erfaßt

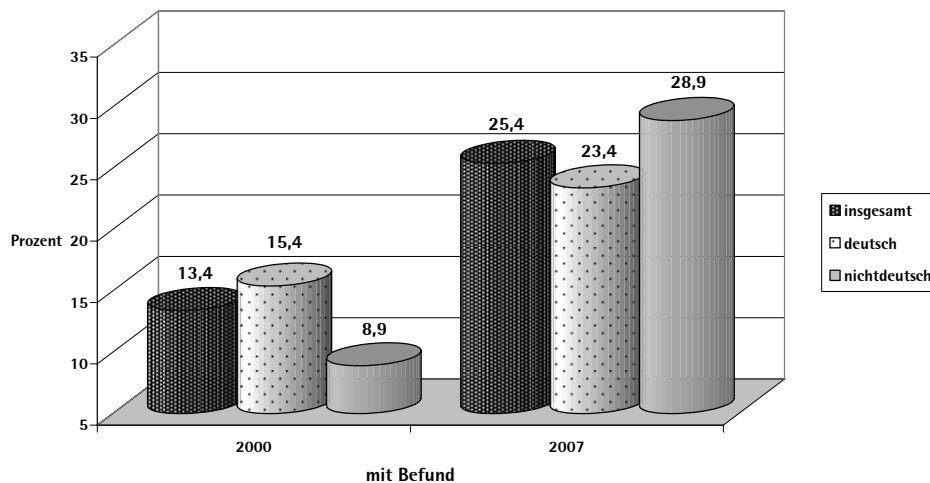
Prozentpunkte abgenommen hat. Die Schulanfänger/-innen aus Familien mit Migrationshintergrund haben im Vergleich der Jahre 2002 und 2007 betrachtet jeweils zu überdurchschnittlichen Anteilen visuomotorische Störungen. Aber auch bei ihnen ist ein Rückgang von 23,6 % im Jahr 2002 auf 22,3 % im Jahr 2007 zu verzeichnen. Bei den deutschen Einschülern/-innen ging im Zeitverlauf der Anteil mit Störungen der Visuomotorik von 19,2 % (2002) auf 18,1 % (2007) zurück und liegt damit auch im Jahr 2007 noch um rund 4 Prozentpunkte unter dem Anteil der Schulanfänger/-innen mit Migrationshintergrund.

3.5 Sprachstörungen

Sprache hat bei der Vermittlung schulischer Lerninhalte eine herausragende Bedeutung. Aber auch die soziale Integration in die Gruppe wird wesentlich über sprachliche Fertigkeiten gesteuert. Viele Leistungen unseres Gehirns, wie z.B. das Gedächtnis, sind stark sprachabhängig.

Der Anteil der Kinder im Schuleingangsalter mit Sprachstörungen hat in der Zeit von 2000 bis 2007 deutlich um 12 Prozentpunkte, von 13,4 % auf 25,4 %, zugenommen (vgl. Grafik 10). Diese Zunahme fiel bei den Einschülern/-innen mit Migrationshintergrund mit einem Plus von 20 Prozentpunkten (2000: 8,9 %; 2007: 28,9 %) noch wesentlich stärker aus als bei den deutschen Schulanfänger/-innen mit einer Zunahme von 8 Prozentpunkten (2000: 15,4 %; 2007: 23,4 %).

Grafik 10: Sprachstörungen bei Schulanfängern/-innen mit und ohne Migrationshintergrund in Essen in den Jahren 2000 und 2007

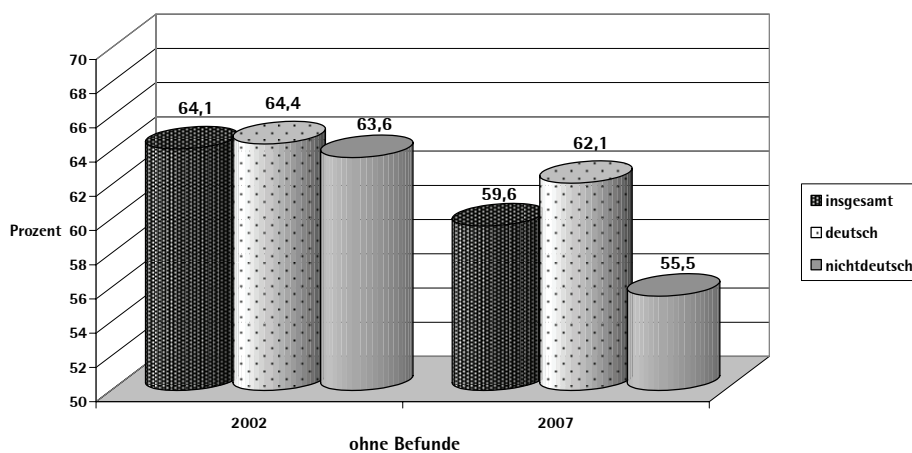


3.6 Störungen der Körperkoordination, der Visuomotorik und der Sprache

Für den schulischen Erfolg ist die altersentsprechende Entwicklung in den Bereichen Verhalten, Körperkoordination, Visuomotorik, Sprache und visuelle Wahrnehmung eine Grundvoraussetzung. Besonders gefährdet in bezug auf Schulprobleme bzw. Schulversagen sind Kinder mit Störungen in gleich mehreren dieser Entwicklungsbereiche. Im Folgenden soll anhand der Befunde Körperkoordinationsstörung, Störung der Visuomotorik und Sprachstörung versucht werden, für die Schulanfänger/-innen eine Gesundheitsquote zu bestimmen. Die Fragen lauten hier: Wie viele der untersuchten Schulanfänger/-innen sind ohne Befund in bezug auf diese drei Gesundheitsstörungen und insofern ausreichend für den schulischen Alltag gerüstet? Wie unterscheiden sich diese gesunden Schulanfänger/-innen nach sozialstrukturellen Merkmalen?

Ein Blick auf Grafik 11 lässt erkennen, dass diese Gesundheitsquote im Zeitraum von 2000 bis 2007 von 64,1 % auf 59,6 % und damit um - 4,5 Prozentpunkte gesunken ist. Eine

Grafik 11: Schulanfänger/-innen mit und ohne Migrationshintergrund in Essen in den Jahren 2002 und 2007 ohne Befunde bei Störungen der Körperkoordination, der Visuomotorik und der Sprache¹



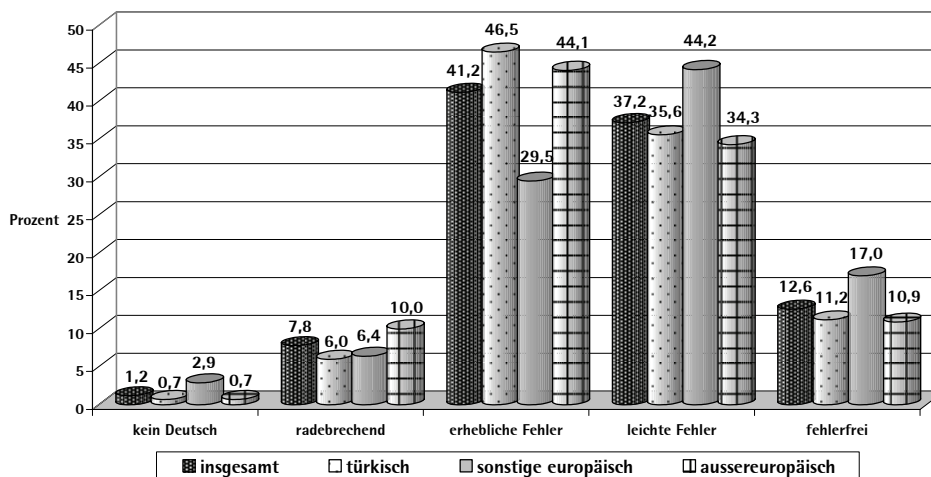
¹ Störungen der Visuomotorik werden bei den Schuleingangsuntersuchungen erst ab dem Jahr 2002 erfaßt

Abnahme der Quote ist sowohl bei den deutschen wie bei den Einschülern/-innen mit Migrationshintergrund zu beobachten. Während der Anteil gesunder Kinder bei den deutschen Schulanfängern/-innen von überdurchschnittlichen 64,4 % im Jahr 2000 auf immer noch überdurchschnittliche 62,1 % im Jahr 2007 und damit um - 2,3 Prozentpunkte gesunken ist, ist bei den Einschülern/-innen mit Migrationshintergrund eine viel größere Abnahme von - 8,1 Prozentpunkten zu verzeichnen, von 63,6 % im Jahr 2000 auf 55,5 % im Jahr 2007.

In diesem Zusammenhang ist ein Blick auf die Deutschkenntnisse der Schulanfänger/-innen mit Migrationshintergrund angezeigt, da die Beherrschung der deutschen Sprache ganz sicher eine Schlüsselrolle für den schulischen Erfolg spielt. Ausgewählt wurden hier die Einschüler/-innen, mit denen zu Hause in den ersten 4 Lebensjahren nicht überwiegend Deutsch gesprochen wurde.²⁵

Grafik 12 ist zu entnehmen, dass 1,2 % der Schulanfänger/-innen des Jahres 2007 gar kein Deutsch sprechen, bei weiteren 7,8 % sind die Deutschkenntnisse als radebrechend zu bezeichnen und 41,2 % beherrschen die deutsche Sprache nur mit erheblichen Fehlern. Das

Grafik 12: Deutschkenntnisse der Schulanfänger/-innen mit Migrationshintergrund in Essen im Jahr 2007¹



1) Kinder, mit denen zu Hause in den ersten 4 Lebensjahren nicht überwiegend Deutsch gesprochen wurde

heißt, rund die Hälfte (50,2 %) der Einschüler/-innen, mit denen in den ersten vier Lebensjahren zu Hause nicht überwiegend Deutsch gesprochen wurde, sind aufgrund ihrer mangelnden Sprachkenntnisse im Prinzip nicht für die Einschulung geeignet. Insbesondere die Schulanfänger/-innen mit türkischer Abstammung (insgesamt 53,2 %, davon: kein Deutsch 0,7 %, radebrechend Deutsch 6,0 % und Deutsch mit erheblichen Fehlern 46,5 %) und die Einschüler/-innen mit einer aussereuropäischen Abstammung (insgesamt 54,8 %, davon: kein Deutsch 0,7 %, radebrechend Deutsch 10,0 % und Deutsch mit erhebliche Fehlern 44,1 %) weisen zu überproportionalen Anteilen Defizite in der Beherrschung der deutschen Sprache auf.

3.7 Über-/Untergewicht

Zur Beurteilung des Körpergewichtes wird derzeit in Deutschland der Body-Mass-Index (BMI)²⁶ zugrunde gelegt. Die Festlegung des Normbereiches ist bei Kindern alters- und geschlechtsabhängig. Die Einschulungskinder werden ohne Schuhe und ohne Oberbekleidung gemessen und gewogen.

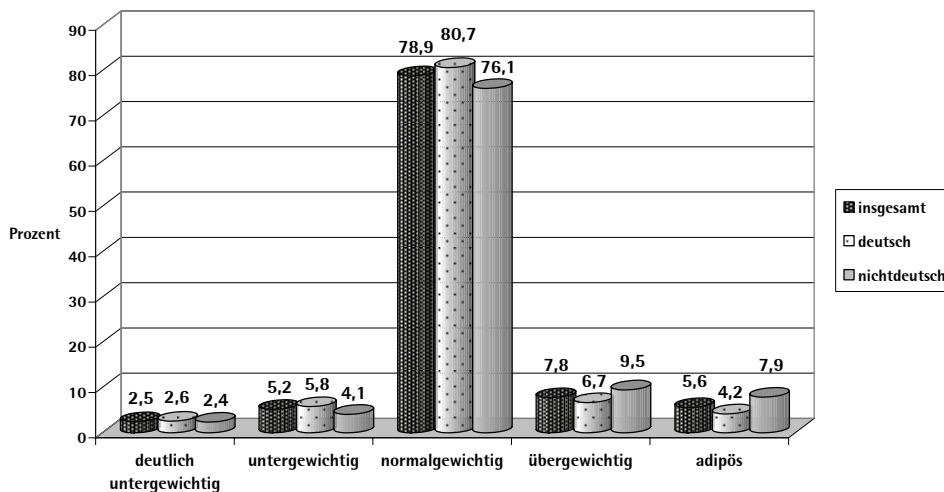
Nicht erfasst werden bei der Bestimmung von Über- bzw. Untergewicht die „unsichtbaren“ Folgen von Fehlernährung: Schädigung des Herz-Kreislaufsystems, orthopädische Probleme, Stoffwechsellentgleisungen und psychische Belastungen. Ernährungswissenschaftlich ist der enge Zusammenhang zwischen regelmäßigem ausgewogenen Essen und schulischem Lernen (Aufmerksamkeit, Konzentration, Belastbarkeit) hinreichend bewiesen. Die Ursachen von Fehlernährung sind komplex, die Lebensbedingungen wie Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten in der Familie, fehlende gemeinsame Mahlzeiten, aber auch familiäre Disposition spielen eine Rolle.

Grafik 13 zeigt, dass der Anteil übergewichtiger Kinder im Schuleingangsalter im Jahr 2007 in Essen bei 7,8 % und der Anteil adipöser (fettleibiger) Schulanfänger/-innen bei 5,6 % liegen. Insgesamt sind somit 13,4 % der Einschüler/-innen zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung zu schwer. Bei den deutschen Schulanfängern/-innen liegt der Anteil übergewichtiger (6,7 %) und adipöser (4,2 %) Kinder bei insgesamt 10,9 %, bei den Einschülern/-innen mit Migrationshintergrund sind es mit insgesamt 17,4 % (übergewichtig: 9,5 %; adipös: 7,9 %) 6,5 Prozentpunkte mehr.

²⁵ Der Anteil der Einschüler/-innen, mit denen zu Hause in den ersten 4 Lebensjahren nicht überwiegend Deutsch gesprochen wurde, lag im Jahr 2007 bei rund 27 %

²⁶ BMI = Körpergewicht in kg / (Körpergröße in Metern x Körpergröße in Metern)

Grafik 13: Über-/Untergewicht bei Schulanfänger/-innen mit und ohne Migrationshintergrund in Essen im Jahr 2007



7,7 % (deutlich untergewichtig: 2,5 %; untergewichtig: 5,2 %) der Schulanfänger/-innen des Jahres 2007 haben zu wenig Gewicht, wobei dieser Anteil bei den deutschen Einschülern/-innen mit 8,4 % (deutlich untergewichtig: 2,6 %; untergewichtig; 5,8 %) über dem Anteil der Schulanfänger/-innen mit Migrationshintergrund mit 6,5 % (deutlich untergewichtig: 2,4 %; untergewichtig: 4,1 %) liegt.

3.8 Teilnahme an Impfungen und Vorsorgeangeboten

Ein wichtiger Indikator für den Erfolg bzw. Misserfolg der Gesundheitserziehung und -förderung ist die regelmäßige Teilnahme an Angeboten zur Gesundheitsvorsorge. Zu diesen präventiven Angeboten im Vorschulalter gehören Impfungen und Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen.

Die Etablierung von gesetzlichen Krankenversicherungen mit umfangreicher ärztlicher Versorgung und kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen für alle Kinder sollte eine deutliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation unabhängig vom Familienvermögen bzw. -einkommen bewirken; so sollte verhindert werden, dass die Zugehörigkeit zur unteren sozialen Schicht in hohem Ausmaß Gefahr durch schwere Krankheiten oder einen frühen Tod bedeutete. Viele Erkrankungen, die früher für Kinder eine akute Lebensgefahr darstellten (Lungenentzündungen, Tuberkulose, Diphtherie), haben Dank der medizinischen Fortschritte für unsere Kinder inzwischen etwas von ihrem Schrecken verloren.

Vorsorgeuntersuchungen für Kinder bieten die Krankenkassen seit dem Jahr 1971 als Kassenleistung an. Ziel dieser Untersuchungen ist es, bei Säuglingen und Kleinkindern solche Krankheiten möglichst frühzeitig zu erkennen und einer Behandlung zuzuführen, die die normale körperliche und geistige Entwicklung im besonderen Maße gefährden. Es handelt sich dabei um insgesamt 9 Untersuchungen (U1 bis U9), die zu festgelegten Terminen bis zum 6. Lebensjahr durchgeführt und durch die z. B. Gefährdungen auf dem Gebiet der inneren Organe, des Skelettsystems, der Sinnesorgane bzw. Entwicklungsstörungen aufgedeckt werden können.²⁷

Impfungen dienen dem Schutz des Individuums vor Infektionskrankheiten. Sie schützen aber auch die Gesamtbevölkerung, da bei einem hohen Durchimpfungsgrad größere Epidemien verhindert werden können. Schutzimpfungen liegen somit im öffentlichen Interesse. Impfungen ahmen eine natürliche Infektion auf schonende Weise nach und regen so die Bildung von Abwehrkräften an. Die rechtzeitige und vollständige Teilnahme an den empfohlenen Impfungen ist ein einfacher und sicherer Schutz für alle Kinder.

Das empfohlene Impfprogramm entspricht den aktuellen Empfehlungen der ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert-Koch-Institutes in Berlin; dort werden diese Richtlinien regelmäßig von namhaften Experten überarbeitet und entsprechend der Infektionssituation in Deutschland angepasst. Wegen der häufigen Aktualisierungen ist es epidemiologisch derzeit schwierig, rückwirkend den Impfstatus von

²⁷ Im Jahr 2008 wurde eine 10. Früherkennungsuntersuchung, die U7a (34. – 36 Lebensmonat), eingeführt, die hier vorläufig unberücksichtigt bleiben muss, da die Analysen nur den Zeitraum bis zum Jahr 2007 einschließen. Erste Ergebnisse zur Teilnahme an der U7a dürften, da sie bis zum dritten Lebensjahr durchgeführt werden sollte, frühestens bei den Einschülern/-innen des Jahres 2011 vorliegen.

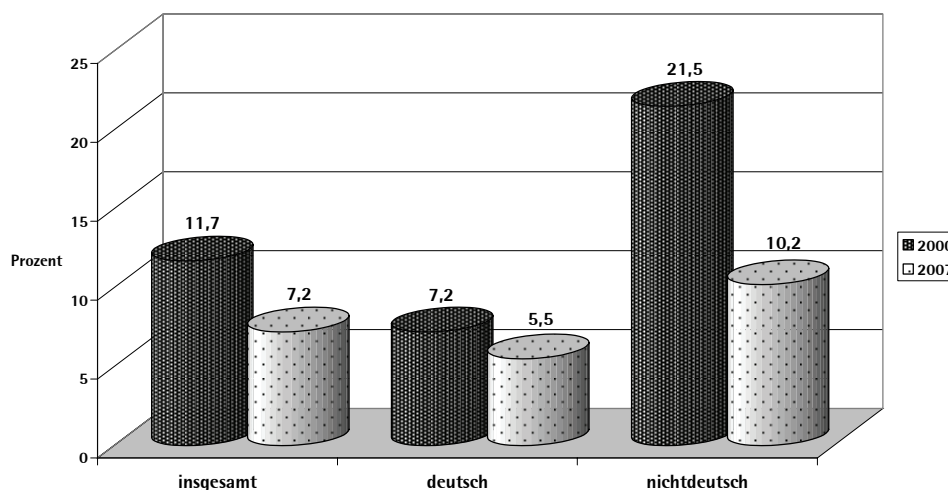
Einschulungskindern statistisch auszuwerten, besonders weil einige Impfstoffe in den verschiedenen Kombinationen unterschiedlich häufig appliziert werden müssen, um eine komplette Immunisierung zu bewirken. Das empfohlene Routineimpfprogramm für Kinder umfasst zur Zeit Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Hepatitis B, Hämophilus influenza Typ B, Kinderlähmung, Meningokokken C, Pneumokokken, Masern, Mumps, Röteln und Windpocken. Zusätzlich können bei bestehenden chronischen Grunderkrankungen, wie z.B. Asthma bronchiale, weitere Impfungen, sogenannte Indikationsimpfungen, wie die Grippeimpfung, erforderlich werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für die Impfungen entsprechend der STIKO-Empfehlungen, so dass kein Kind wegen fehlender finanzieller Möglichkeiten der Eltern ungeimpft bleiben muss.

Im Rahmen der vom Gesundheitsamt durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen wird anhand des Impfausweises und des Vorsorgeheftes dokumentiert, ob die empfohlenen Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder vollständig wahrgenommen wurden.

Erfreulicherweise ist zunächst festzustellen, dass der Anteil der Eltern, der den Impfausweis für sein Kind zur Schuleingangsuntersuchung nicht mitgebracht hat, im Zeitverlauf deutlich zurückgegangen ist (vgl. Grafik 14), und zwar von 11,7 % im Jahr 2000 bis auf 7,2 % im Jahr 2007. Dies zeigt nicht nur, dass mit den Impfdokumenten inzwischen sorgfältiger umgegangen wird, sondern auch, dass der Impfstatus der Schulanfänger/-innen in Essen in jüngster Zeit vermutlich vollständiger ist, weil die Nichtvorlage des Impfausweises häufig mit einem lückenhaften Impfstatus einhergehen dürfte. Dieses Eingeständnis soll - durch Nichtvorlage des Impfdokumentes - vermieden werden.

Grafik 14: Schulanfänger/-innen mit und ohne Migrationshintergrund in Essen in den Jahren 2000 und 2007, die ihr Impfheft nicht vorgelegt haben

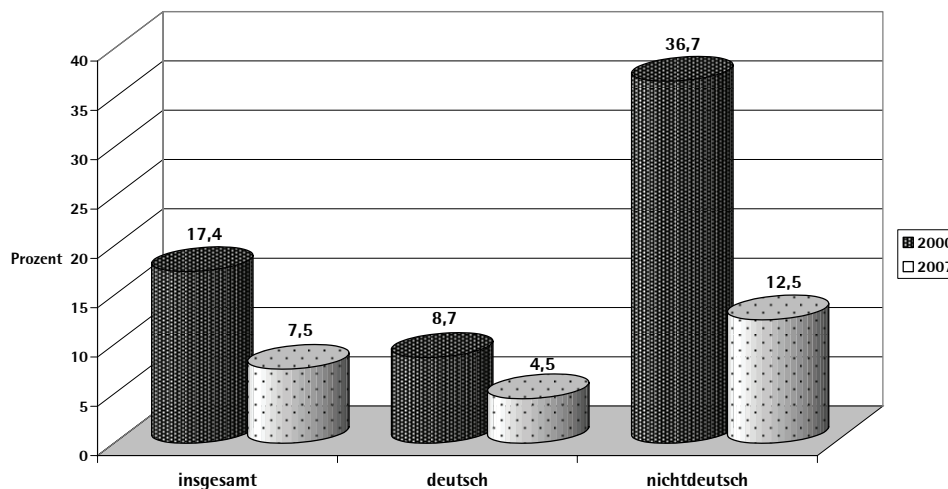


Zwischen den deutschen und den Schulanfängern/-innen mit Migrationshintergrund gibt es in bezug auf den Umgang mit dem Impfausweis jedoch deutliche Unterschiede. Bei den deutschen Einschülern/-innen ist der Anteil, für den von den Eltern ein Impfausweis bei der Schuleingangsuntersuchung vorgelegt wurde, von 7,2 % im Jahr 2000 auf 5,5 % im Jahr 2007 gesunken. Bei den Schulanfängern/-innen mit Migrationshintergrund lag der vergleichbare Anteil im Jahr 2000 noch bei über einem Fünftel (21,5 %) und hat sich bis zum Jahr 2007 mehr als halbiert. Mit 10,2 % ist er aber immer noch nahezu doppelt so hoch wie bei den deutschen Einschülern/-innen.

Die Durchführung von Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln ist keineswegs unumstritten. Es gibt Eltern, die der Meinung sind, ihre Kinder sollten diese Krankheiten besser durchmachen, um eigene Abwehrkräfte aufzubauen und die Chance einer natürlichen, dauerhaften Immunisierung zu wahren. Andere Kinder haben bis zum Termin der Impfung eine oder mehrere dieser Erkrankungen bereits durchgemacht, so dass die jeweilige Impfung entfällt. Insofern dürften weitere Vergleiche hinsichtlich der Teilnahmequoten bei Schulanfängern/-innen mit und ohne Migrationshintergrund eher ein verzerrtes Bild wiedergeben, da nicht unterschieden werden kann, ob eine niedrige Impfquote auf die Nachlässigkeit der Eltern oder auf eine bewusste Entscheidung der Eltern gegen die jeweilige Impfung zurückzuführen ist.

Wie Grafik 15 zeigt, ist der Anteil der Schulanfänger/-innen, bei denen aufgrund der

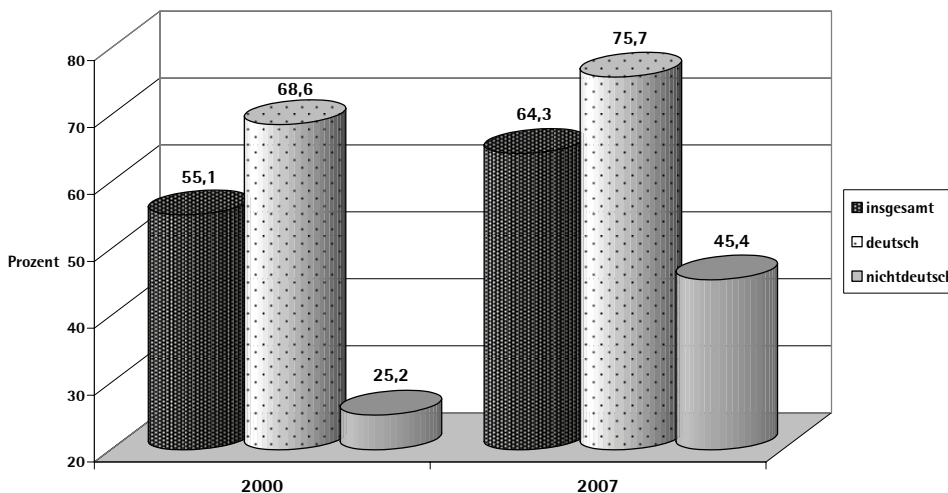
Grafik 15: Schulanfänger/-innen mit und ohne Migrationshintergrund in Essen in den Jahren 2000 und 2007, die ihr Vorsorgeheft nicht vorgelegt haben



Nichtvorlage des Vorsorgeheftes der Stand der Gesundheitsvorsorge nicht festgestellt werden konnte, ebenfalls deutlich zurückgegangen. Bis zum Jahr 2007 ist dieser Anteil von 17,4 % (2000) auf 7,5 % gesunken. Von den Eltern der Einschüler/-innen mit Migrationshintergrund wird das Vorsorgeheft häufiger nicht vorgelegt. Bis zum Jahr 2007 ist dieser Anteil zwar ganz enorm von 36,7 % im Jahr 2000 auf 12,5 % gesunken. Damit lag er aber im Jahr 2007 immer noch fast drei Mal so hoch wie bei den deutschen Einschülern/-innen mit 4,5 %.

Grafik 16 zeigt die Anteile der Schulanfänger/-innen des Jahres 2000 und 2007 mit einem vollständigen Vorsorgestatus. Dies sind die Schulanfänger/-innen, die an allen Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 teilgenommen haben. Fehlen eine bzw. mehrere Vorsorgeuntersuchungen, so ist der Vorsorgestatus unvollständig.

Grafik 16: Schulanfänger/-innen mit und ohne Migrationshintergrund in Essen in den Jahren 2000 und 2007 mit vollständiger Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9

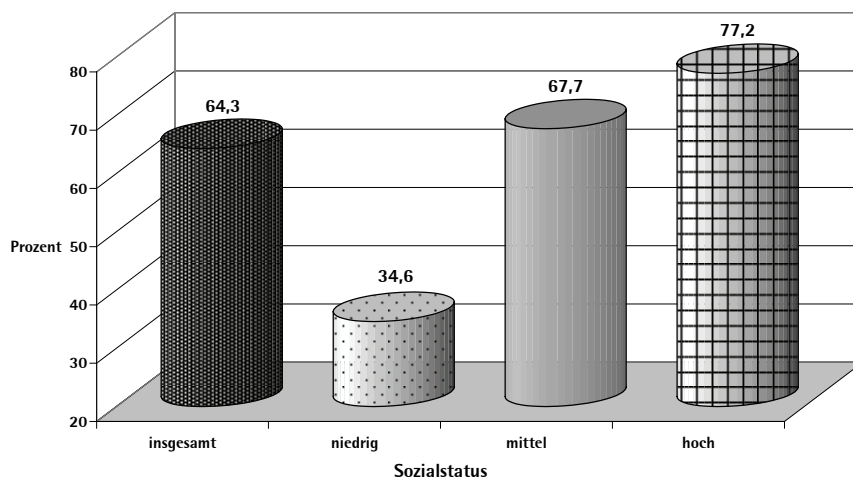


Etwa zwei Drittel (64,3 %) der Schulanfänger/-innen haben im Jahr 2007 einen vollständigen Vorsorgestatus. Dieser Anteil ist seit dem Jahr 2000 (55,1 %) um insgesamt rund 9 Prozentpunkte angestiegen. Eine Zunahme ist sowohl bei den deutschen als auch bei den Einschülern/-innen mit Migrationshintergrund zu beobachten, aber auf einem sehr unterschiedlichen Niveau. Von den Schulanfängern/-innen aus deutschen Familien hatten bereits im Jahr 2000 gut zwei Drittel (68,6 %) einen vollständigen Vorsorgestatus. Dieser Anteil ist bis zum Jahr 2007 auf rund drei Viertel (75,7 %) angewachsen. Von den nichtdeutschen Schulanfängern/-innen wies im Jahr 2000 nur rund ein Viertel (25,2 %) einen vollständigen Vorsorgestatus auf. Dieser Anteil ist zwar stärker als bei den deutschen Einschülern/-innen, um rund 20 Prozentpunkte bis zum Jahr 2007 angestiegen. Er liegt aber mit 45,4 % auch im Jahr 2007 noch um

rund 30 Prozentpunkte unter dem Anteil der deutschen Schulanfänger/-innen. Einschränkend ist hier anzumerken, dass nichtdeutsche Kinder, die noch im Ausland geboren wurden, häufig keinen vollständigen Vorsorgestatus haben können, da die U1 unmittelbar nach der Geburt stattfindet und – im Gegensatz zu den Schutzimpfungen – keine Nachholmöglichkeit besteht. Oft wird die Vorsorge bei Kindern mit Migrationshintergrund in den Herkunftsländern weniger intensiv praktiziert oder mit Hilfe von Vorsorgeheften dokumentiert. In den Jahren von 2000 bis 2007 lagen die Anteile der Kinder, die im Ausland geboren wurden, zwischen 5,1 % im Jahr 2001 als höchstem und 3,1 % in den Jahren 2006 und 2007 als niedrigstem Anteil. Dieser Umstand mag die deutlichen Unterschiede bei der Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen zwischen den deutschen und nichtdeutschen Schulanfänger/-innen etwas abmildern, hebt ihn aber bei weitem nicht auf.

Aus Grafik 17 wird der Einfluss der sozialen Lage auf die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 ersichtlich. Im Jahr 2007 haben nur weit unterdurchschnittliche 34,6 % der Schulanfänger/-innen

Grafik 17: Schulanfänger/-innen in Essen im Jahr 2007 mit vollständiger Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 nach dem Sozialstatus des Haushalts



aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus einen vollständigen Vorsorgestatus. Dieser Anteil steigt auf 67,7 % bei den Einschülern/-innen aus Familien mit mittlerem Sozialstatus und erreicht bei den Schulanfängern/-innen aus Familien mit hohem Sozialstatus einen Anteil von 77,2 %. Wie bereits in Kapitel 2 dargelegt, ist der Anteil der Einschüler/-innen mit Migrationshintergrund, die aus Familien mit niedrigem Sozialstatus kommen, nahezu vier Mal so hoch wie bei den Schulanfängern/-innen aus deutschen Familien.

3.9 Fernseh- und Medienkonsum

Seit dem Jahr 2006 ist das Programm der Schuleingangsuntersuchung um eine schriftliche Befragung der Eltern ergänzt worden, die sich unter anderem mit dem Fernsehkonsum der Kinder und mit der Nutzung anderer Medien, wie Computer und Spielkonsolen, beschäftigt.

In der heutigen Zeit gehört die Ausstattung der Elternhäuser mit Fernseher, DVD-Player, Spielekonsolen, Computer und Internet zum Standard. Diese Medien stellen für Kinder eine große Verlockung dar – am liebsten würden sie viele Stunden mit den bunten Bildern in rascher Folge und viel „Action“ verbringen. Hier ist die elterliche Erziehungskompetenz und Verantwortung gefordert, um die Nutzungszeiten der Medien auf ein vertretbares Maß zu begrenzen. Zusätzlich obliegt den Eltern die Pflicht, die Inhalte der genutzten medialen Unterhaltung zu prüfen, ob diese überhaupt für Kinder im Vorschulalter geeignet sind.

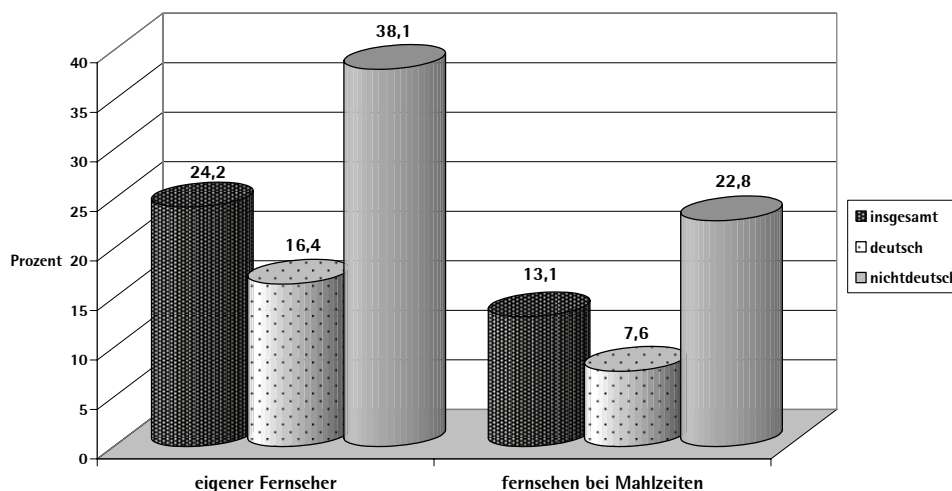
Viele Eltern sind unsicher, wie viel Elektronik ein Kind braucht, um in unserer modernen Gesellschaft mitzuhalten und ab wann die schädlichen Einflüsse dieser Medien überwiegen.

Lässt man Kinder frei gewähren, werden sie einen großen Teil ihrer Freizeit mit Fernseher, Videorekorder, DVD-Player, Gameboy, Playstation, Computer und Internet verbringen. Diese Freizeitbeschäftigung hat ihre Tücken: diese Zeit verbringt ein Kind nicht im Spiel mit Freunden; soziale Kontakte, auch mit ent-

sprechenden Konflikten und Auseinandersetzungen, fehlen – sie sind jedoch dringend erforderlich für die emotionale Reifung des Kindes, zum Erlernen von Gruppenregeln und den Erwerb sozialer Kompetenz. Auch für die körperliche Entwicklung gibt es negative Folgen: das Kind bewegt sich nicht in der Zeit des Medienkonsums, es spricht nicht und viele stimulierende und entwicklungsfördernde Sinneseindrücke bleiben dem Kind bei diesen Tätigkeiten verborgen. Als passiver Konsument von Bildern und Geräuschen, die oft noch nicht einmal zueinander passen, verfliegt die Zeit.

Grafik 18 zeigt, dass rund ein Viertel (24,2 %) der Schulanfänger/-innen bereits im Schuleingangsalter von in der Regel sechs Jahren einen eigenen Fernseher in der elterlichen Wohnung besitzt. Dieser Anteil liegt bei den deutschen Einschülern/-innen mit 16,4 % deutlich unter diesem Gesamtdurchschnitt. Hingegen haben weit überdurchschnittliche 38,1 % der Schulanfänger/-innen mit Migrationshintergrund bereits im Schuleingangsalter einen eigenen Fernseher.

Grafik 18: Schulanfänger/-innen mit und ohne Migrationshintergrund in Essen im Jahr 2007, die einen eigenen Fernseher haben oder bei den Mahlzeiten fernsehen

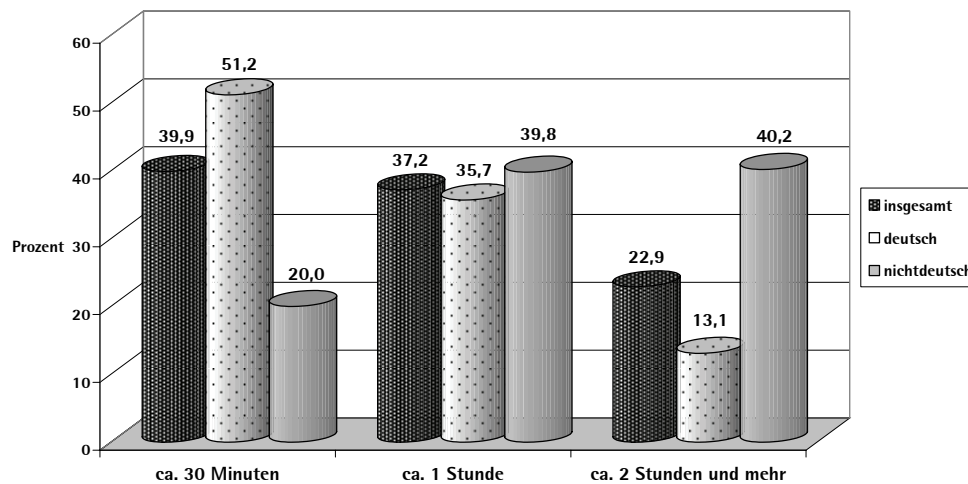


Der Besitz eines eigenen Fernsehers ist somit offensichtlich keine finanzielle Frage, denn die Einschüler/-innen aus Familien mit Migrationshintergrund gehören überproportional häufig zu der Gruppe mit einem niedrigem Sozialstatus und dürften dementsprechend in der Regel über weniger Einkommen verfügen.

Die Angewohnheit, beim Fernsehen Mahlzeiten zu sich zu nehmen, ist bei den Essener Schulanfänger/-innen nicht sehr verbreitet (vgl. ebenfalls Grafik 18). Lediglich 13,1 % der befragten Eltern gibt an, dass ihr Kind bei den Mahlzeiten fernsieht. Dieser Anteil liegt allerdings bei den Einschülern/-innen aus Familien mit Migrationshintergrund mit 22,8 % fast drei Mal so hoch wie bei den deutschen Schulanfänger/-innen, von denen im Durchschnitt lediglich 7,6 % bei den Mahlzeiten fernsehen dürfen.

In Grafik 19 ist die durchschnittliche tägliche Dauer des Fernsehkonsums in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund der Schulanfänger/-innen dargestellt. Zunächst ist zu erkennen, dass im Gesamtdurchschnitt 39,9 % der untersuchten Schulanfänger/-innen des Jahres 2007 ca. 30 Minuten am Tag fernsehen, 37,2 % ca. 1 Stunde und rund ein Fünftel (22,9 %) ca. 2 Stunden und mehr.

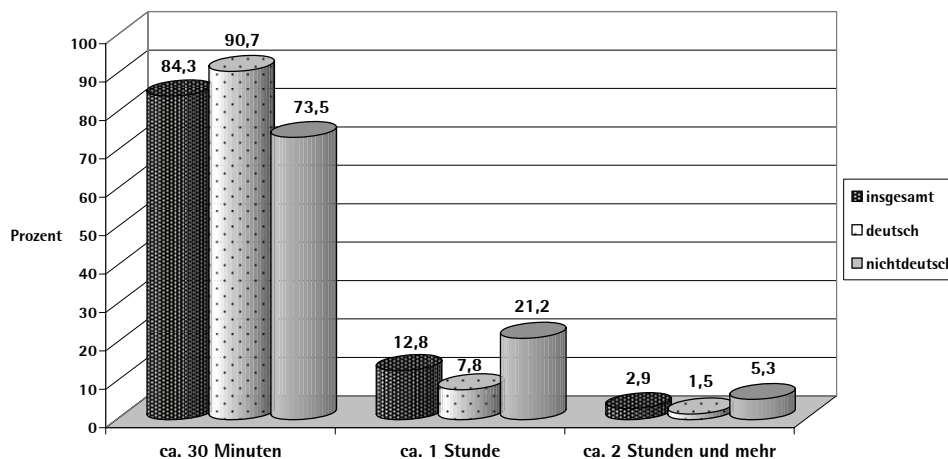
Grafik 19: Täglicher Fernsehkonsum bei Schulanfängern/-innen mit und ohne Migrationshintergrund in Essen im Jahr 2007



Schulanfänger/-innen mit Migrationshintergrund sehen im Vergleich mit den deutschen Einschülern/-innen mehr fern: ihr Anteil steigt von unterdurchschnittlichen 20,0 % bei einem täglichen Fernsehkonsum von ca. 30 Minuten (deutsche Einschüler/-innen: 51,2 %) auf überdurchschnittliche 39,8 % bei ca. 1 Stunde fernsehen pro Tag (deutsche Einschüler/-innen: 35,7 %) und schließlich auf weit überdurchschnittliche 40,2 % mit einem täglichen Fernsehkonsum von 2 Stunden und mehr (deutsche Einschüler/-innen: 13,1 %).²⁸

Die Zeiten, die von den Schulanfängern/-innen im Durchschnitt pro Tag mit Spielen am Computer, an der Playstation oder mit dem Gameboy verbracht werden, fallen – im Gegensatz zum Fernsehen – wesentlich moderater aus (vgl. Grafik 20). Nach Angabe der befragten Eltern

Grafik 20: Zeiten, die Schulanfänger/-innen mit und ohne Migrationshintergrund in Essen im Jahr 2007 täglich mit Spielen am Computer, an der Playstation oder mit dem Gameboy etc. verbracht haben



spielen durchschnittlich 84,3 % der Schulanfänger/-innen ca. 30 Minuten, 12,8 % ca. 1 Stunde und nur 2,9 % ca. 2 Stunden und mehr am Tag mit dem Computer, an der Playstation oder mit dem Gameboy. Einschüler/-innen aus Familien mit Migrationshintergrund verbringen mit 21,2 % (ca. 1 Stunde) bzw. 5,3

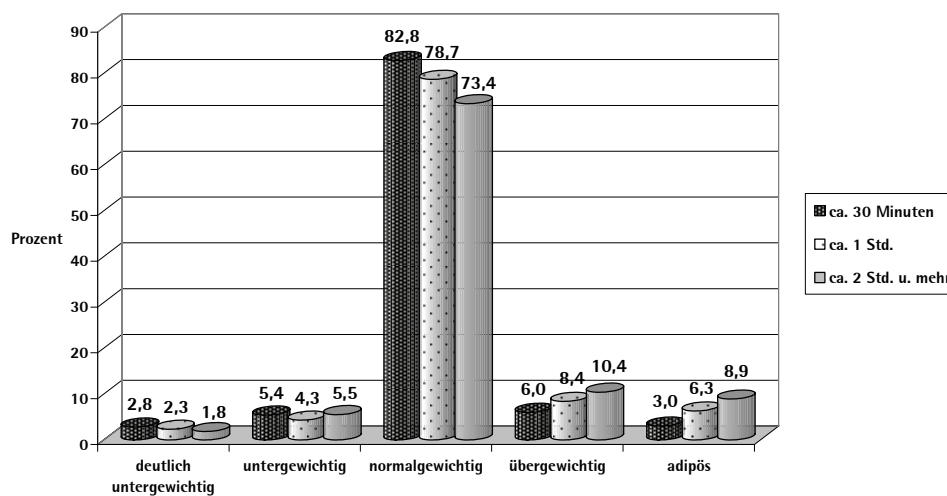
²⁸ Darüber hinaus ist anzumerken, dass gerade die Kinder zu den Vielsehern gehören, die einen eigenen Fernseher in der elterlichen Wohnung haben. Von diesen schauen 41,5 % täglich ca. 2 Stunden oder mehr fern, während von denen ohne eigenen Fernseher nur 17,1 % so lange fernsehen. Wie gezeigt werden konnte, haben aber gerade die Einschüler/-innen aus Familien mit Migrationshintergrund überproportional häufig einen eigenen Fernseher.

% (ca. 2 Stunden und mehr) eindeutig längere Zeiten an Spielkonsolen als solche aus deutschen Familien, bei denen die vergleichbaren Anteile bei 7,8 % (ca. 1 Stunde) bzw. 1,5 % (ca. 2 Stunden und mehr) liegen.

Übermäßiger Fernsehkonsum oder die fortwährende Beschäftigung am Computer und/oder mit Spielkonsolen wie Playstation oder Gameboy können auf Kosten der Bewegung gehen und z. B. Übergewicht begünstigen.

Wie Grafik 21 bestätigt, hat die passive mediale Aktivität des Fernsehens eindeutig Auswirkungen auf das Gewicht. Der Anteil der Kinder mit Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) nimmt mit dem täglichen Fernsehkonsum nicht unerheblich zu. Insofern sind auch die Einschüler/-innen mit Migrationshintergrund stärker betroffen, da sie zu größeren Anteilen längere Zeiten vor dem Fernseher verbringen (vgl. Grafik 19). Bei einem täglichen Fernsehkonsum von etwa 30 Minuten liegt der Anteil der Schulanfänger/-innen mit Übergewicht bei 6,0 %. Nimmt der Fernsehkonsum auf ca. eine Stunde pro Tag zu, so steigt der An-

Grafik 21: Fernsehkonsum und Über-/Untergewicht bei Schulanfängern/-innen in Essen im Jahr 2007



teil übergewichtiger Einschüler/-innen bereits auf 8,4 %. Von den Schulanfängern/-innen, die täglich etwa zwei Stunden oder noch länger fernsehen, ist rund ein Zehntel (10,4 %) übergewichtig. Vergleichbares lässt sich für die Diagnose Adipositas feststellen. Hier steigt der Anteil von 3,0 % bei einem täglichen Fernsehkonsum von ca. 30 Minuten bis auf 8,9 % bei einer Fernsehzeit von ca. 2 Stunden

und mehr am Tag. Parallel nimmt der Anteil normalgewichtiger Kinder von 82,8 % (ca. 30 Minuten fernsehen täglich) um rund 9 Prozentpunkte auf 73,4 % (ca. zwei Stunden und mehr fernsehen) ab. Eine zusammenfassende Betrachtung zeigt, dass der Anteil der Schulanfänger/-innen mit Übergewicht/Adipositas von 9,0 % bei einer Fernsehzeit von ca. 30 Minuten pro Tag bis auf 19,3 % und damit auf mehr als das Doppelte bei einem täglichen Fernsehkonsum von ca. 2 Stunden und mehr pro Tag ansteigt. Eltern sollten ihr Kind bei den medialen Erfahrungen begleiten, die Nutzungszeiten regulieren und ganz besonders Alternativen anbieten. Freunde einladen, Malen, Basteln, Spielplatzbesuche, Schnitzeljagd und Buden bauen sind Aktivitäten, die ein Kind fit halten, die soziale Kompetenz fördern und Spaß machen – ganz ohne Medien.

4. Fazit

Die Analysen belegen, dass Elternhäuser mit niedrigem Sozialstatus bzw. mit wenig Bildung durch eine Häufung von Risiken und durch das Fehlen von gesundheitsorientierten Lebensweisen schlechte Rahmenbedingungen für die kindliche Gesundheit bieten. Hier sind noch viele Anstrengungen erforderlich, um Kindern aus sozialen Unterschichten bzw. von nichtdeutscher Abstammung die gleichen Chancen einer guten gesundheitlichen Versorgung und realen Startchancen für die Schullaufbahn zu geben wie deutschen Kindern bzw. Kindern aus sozial höher gestellten Elternhäusern.

Der in Essen bereits begonnene Weg zur Verbesserung der Elternbildung muss unbedingt fortgeführt werden, um Defizite in der Erziehung und gesundheitlichen Versorgung der Kinder zu verringern. „Lernen

vor Ort", „Elternlernwelt“, „Stadtteilmütter“, „Rucksackprojekt“ und vieles mehr sind Bausteine der Elternbildung, die sich seit Jahren bewähren und weitergeführt werden müssen. Der neu eingerichtete Babybesuchsdienst bietet die Chance, frühzeitig nach der Geburt des ersten Kindes Eltern auf die Unterstützungs-, Beratungs- und Bildungsangebote zur Bewältigung schwieriger Alltagssituationen mit dem Kind hinzuweisen. Risikofamilien können an das Projekt „Sicherer Start“ angebunden werden.

Auch die (entstehenden) Familienzentren können ganz wichtige Bausteine zur Elternbildung werden – mit vielen niedrigschwelligen Angeboten unterschiedlichster Akteure zu Themen der Alltagsbewältigung in Familien (Einkaufslisten, Vorratshaltung, Hygiene, Ernährung, Freizeitgestaltung, Erziehung...). Derzeit noch offen sind allerdings Lösungen für die Vielzahl der Elternhäuser, die durch fehlende Erziehungskompetenz und ein anregungsarmes häusliches Umfeld, ihren Kindern den Weg in ein gesundes Aufwachsen und eine unbeschwerte, altersentsprechende Entwicklung zu leistungsfähigen Mitgliedern unserer Gesellschaft erschweren bzw. unmöglich machen. Die neueren Ergebnisse zur Forschung kindlicher Entwicklung gehen davon aus, dass die ersten beiden Lebensjahre für mindestens 80% der späteren kognitiven und schulischen Leistungen ausschlaggebend sind. Mit allen Programmen und Interventionen im Kindergartenalter können wir nur noch nachbessern, was in den ersten beiden Lebensjahren durch die Eltern versäumt wurde. Alle diese Kinder sind nicht medizinisch „krank“, sondern sozial depriviert.

Langfristig sollten die heranwachsenden Elterngenerationen „fit fürs Familienleben“ gemacht werden. Sinnvoll wären hierfür neue Schulfächer und Lehrinhalte wie zum Beispiel:

- der menschliche Körper
 - wie erhalte ich ihn gesund?
 - was passiert bei Krankheit?
- nicht nur Sexualkunde, sondern „Beziehungskunde“
 - Partnerschaft, stabile Beziehung, Familie
- wie führe ich einen Haushalt – nicht nur für Mädchen!!
- was braucht ein Kind, um gesund aufzuwachsen?
 - körperlich, sozial, emotional

Da die oben beschriebenen Ansätze teilweise erst längerfristig umsetzbar sind bzw. ihre Wirkung zeigen, sollten kurzfristig alle Anstrengungen unternommen werden, dass alle Kinder vor der Einschulung mindestens für zwei Jahre eine Kindertagesstätte besuchen, sowohl zur Vermittlung dieser Sozialisationserfahrung mit Gleichaltrigen als auch zur Kompensation defizitärer Elternhäuser.

Diabetes und Migration

Dr. med. Peter Hübner, Klinik Niederrhein Bad Neuenahr

(Auszug aus PowerPoint-Präsentation)

Wissenschaftliche Daten

- Stoffwechsellage bei Migranten mit Diabetes ist schlechter als in der Ursprungspopulation (Studien aus USA, F, S, NL)
- Muttersprachlich und kulturell angepasste Schulungs- und Behandlungsprogramme führen zu verbesserten Behandlungsergebnissen (Studien aus USA, S, A).
- Die kardiovaskuläre Risikosituation türkischer Migranten in Deutschland ist ungünstiger als die deutschstämmiger.
- Türkische Migranten fühlen sich über medizinische Angebote in Deutschland schlecht informiert (ZfT, 2003).

24.09.2008

Gesundheitsbericht Essen – Diabetes und Migration

3

Epidemiologie: Daten und Trends

Allgemeine Daten zur Prävalenz

- Diabetes-Prävalenz in Deutschland >8%
- Menschen mit diagnostiziertem Diabetes >6,5 Mio.
 - davon Typ 1-Diabetes ca. 300.000
 - Pankreopriver Diabetes ca. 50.000
 - Therapie mit Insulin ca. 800.000
- Prävalenz nicht diagnostizierter Diabetes (Schätzung) ca. 15%
- Gesamtkosten für Gesundheitswesen >16 Mrd. €
- An Diabetes erkrankte Bürger mit Migrationshintergrund ca. 800.000

24.09.2008

Gesundheitsbericht Essen – Diabetes und Migration

4

Epidemiologische Daten zu türkischen Migranten mit Diabetes

- Prävalenz in der Türkei (1998):
 - Diabetes: ♂ 6,2%, ♀ 8,0%
 - IGT: ♂ 6,7%, ♀ 7,2%
 - Höhere Prävalenzraten in städtischen Gegenden als in ländlichen Gegenden
- Prävalenz bei türkischen Immigranten in Deutschland (1998):
 - Diabetes: ♂ >8%, ♀ >10%
- Diabetes-Prävalenz in Deutschland (1998): ca. 6%

Satman I., Diabetes Care 25 (2002) 1551-1556

24.09.2008

Gesundheitsbericht Essen – Diabetes und Migration

5

Stellenwert der Schulung

Patientenschulungen sollen **„den Patienten zum Selbstmanagement befähigen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen, aber auch Folgekrankheiten vermeiden helfen“**.

Unter Patientenschulung werden **„interdisziplinäre, verhaltens- und handlungsorientierte Maßnahmen für chronisch Kranke und ggfs. ihre Angehörigen... verstanden, die grundsätzlich in Gruppen durchgeführt werden. Schulung steht dabei für ein strukturiertes und zielorientiertes Vorgehen“**.

Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen (gem. SGB V)

24.09.2008

Gesundheitsbericht Essen – Diabetes und Migration

11

Merkmale erfolgreicher Programme für Migranten

- Muttersprachlichkeit
- Bikulturelle Kompetenz der Behandelnden/Schulenden
- Kulturangepasste Methoden/Medien
- Berücksichtigung des Bildungsstandes der Patienten
- Niedrigschwellige Herangehensweise
- Einbeziehung der Familie und anderer sozialer Netze
- Vernetzung der beteiligten Institutionen und Ebenen

24.09.2008

Gesundheitsbericht Essen – Diabetes und Migration

18

Probleme und Barrieren bei Programmen in der Behandlung von Migranten

- Keine ausreichende Verfügbarkeit muttersprachlicher Schuler und Berater
- Keine Verfügbarkeit von bikulturell kompetentem Fachpersonal (z.B. Therapeuten)
- Keine Verfügbarkeit von muttersprachlichem und kulturell angepasstem Schulungs- und Therapiebegleitmaterial
- Unzureichende Erreichbarkeit und Mobilisierung der Patienten
- Mangelnde Verfügbarkeit von Ressourcen für barriere-reduzierende Elemente (Dolmetscher, zusätzlicher Zeitaufwand, spezielle Einrichtungen)
- Schlechte Beeinflussbarkeit von sozialen Rahmenbedingungen
- Hinderliche Einflüsse von kulturellen oder religiösen Normen

24.09.2008

Gesundheitsbericht Essen – Diabetes und Migration

19

Zum Beispiel: Diabetikerschulung in türkischer Sprache in der Klinik Niederrhein



Curriculum in eigener Regie hergestellt

6 UE: Vermittlung von Diabetes-Basics durch türkischstämmige bilinguale Diabetesassistentin, Feedback zwischen Schulerin und Therapeuten in der Klinik

Selbsterstellte muttersprachliche Schulungsmaterialien

24.09.2008

Gesundheitsbericht Essen – Diabetes und Migration

20

Versorgungslage der türkischen Diabetiker (I)

Keine relevanten Unterschiede

- Medizinische Parameter
- Erlebte Belastung bei Diagnose
- Teilnahmehäufigkeit an Schulung

Signifikante Unterschiede

- Schul- und Berufsausbildung
- Zahl der vorangegangenen AU-Tage
- Rehaerwartungen (Rentenbegehren, Erholungs-, Entspannungswunsch, Informationssuche, Motivation zu Bewegung)
- Krankheitserleben, Art der psychischen Belastung
- Lebensplanung

24.09.2008

Gesundheitsbericht Essen – Diabetes und Migration

22

Versorgungslage der türkischen Diabetiker (II)

Die *medizinische* Versorgung scheint bei deutschen und türkischen Diabetikern, die zur Rehabilitation kommen, vergleichbar zu sein.

Defizite in der Versorgung türkischer Diabetiker

- Kommunikation (sprachliche Verständigung, Analphabetismus)
- Diagnostik + Therapie psychischer Störungen/Belastungen
- Ausübung der Religion während stationärer Reha
- Einbeziehen der Familie in die Therapie

24.09.2008

Gesundheitsbericht Essen – Diabetes und Migration

23

Interview-Befunde bei türkischen Diabetikern

- Türkische Migranten erleben den Diabetes als diffuse Lebensbedrohung
-> diffuse Ängste und Depressionen sind sehr häufig.
- Naturwissenschaftliche Krankheitskonzepte sind weitgehend unbekannt
-> fehlendes Wissen über Notwendigkeit und Chancen einer modernen Therapie.
- Große Bedeutung von kultureller Identitätsstiftung durch traditionelle Ernährungsgewohnheiten
> geringe Bereitschaft zur Veränderung des Essverhaltens
- Es besteht in hohem Maße eine Erwartung nach Berentung und der Wunsch, den nächsten Lebensabschnitt in der Türkei zu erleben.
- Verlust der sexuellen Aktivität durch die Erkrankung (ca. 90%)
- Bindung an Familie und Religion werden als stark wirksame Ressourcen erlebt.

24.09.2008

Gesundheitsbericht Essen – Diabetes und Migration

24

Bedürfnisse der türkischen Diabetiker

Türkische Diabetiker brauchen

- Muttersprachliche Behandlung (Diagnostik und Therapie)
- Bessere Information über Ursachen und Therapiemöglichkeiten des Diabetes
- Stärkung der eigenen Motivation und Ressourcen
- Reduzierung der Ängste
- Sexualberatung, (aber!) nur in Einzelgesprächen
- Möglichkeiten zur Ausübung der Religion

24.09.2008

Gesundheitsbericht Essen – Diabetes und Migration

25

Spezifische Anforderungen an die Betreuung türkischstämmiger Menschen mit Diabetes

- Bikulturell und bilingual kompetentes Schulungspersonal
- Berücksichtigung der Lebens- und Ernährungsgewohnheiten der Patienten
- Reflexion der sozialen Situation der Patienten
- Dem Bildungsstand der Patienten (Analphabetismus, geringe schulische Kenntnisse) angemessene inhaltliche Aufbereitung der Instruktionen und Schulungsmaterialien
- Einbeziehung des familiären Umfelds und anderer stützender Personen
- Berücksichtigung von Depression und Ängsten

24.09.2008

Gesundheitsbericht Essen – Diabetes und Migration

26

Ansätze zu einer besseren Versorgung von Diabetikern mit Migrationshintergrund auf kommunaler Ebene

- Systematische und regelmäßige Erfassung von muttersprachlichen Therapie- und Schulungsmöglichkeiten (Arztpraxen, Krankenhäuser)
- Information über Verfügbarkeit von muttersprachlichen Therapeuten bei Ärzten, Apotheken, Kostenträgern, Migranten (z.B. religiöse Organisationen, Sportvereine etc.)
- Integration der Aktivitäten in ein Netzwerk für Migranten-Gesundheit
- Organisation von Fortbildungsveranstaltungen
- Unterstützung von Migranten-Selbsthilfegruppen (Internet, Räumlichkeiten, Vermittlung von Referenten)
- Möglicher Kooperationspartner: AG Diabetes und Migranten der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG)

24.09.2008

Gesundheitsbericht Essen – Diabetes und Migration

27

Hoffnungsschimmer ☀

- Es gibt zahlreiche Initiativen in Praxen und Kliniken zu einer besseren Versorgung von Migranten
- Es entstehen zunehmend Selbsthilfegruppen von erkrankten Migranten
- Es werden auf kommunaler Ebene Netzwerke zur Information, teilweise mit aktiver Unterstützung der zuständigen Behörden, geschaffen.
- Beschreibungen einer erforderlichen Strukturqualität zur Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund haben Eingang gefunden in das Rahmenkonzept zur Medizinischen Rehabilitation der DRV Bund
- Forschungsprojekte zur Versorgung von Migranten

24.09.2008

Gesundheitsbericht Essen – Diabetes und Migration

28

Kindergesundheit und Migration – Fakten, Hintergründe und Handlungsbedarf

Dr. Ulrich Kohns, Kinder- und Jugendarzt, Psychotherapeut

Während das statistische Bundesamt „... alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ als Personen mit Migrationshintergrund definiert, werden im allgemeinen Sprachgebrauch alle Personen als Migranten angesehen, die unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit aufgrund ihres Aussehens, ihrer Sprache oder anderen Eigenschaften als "fremd", "ausländisch" o. ä. wahrgenommen.

Grundfaktoren für Gesundheitsrisiken sind zunächst unabhängig von einem Migrationshintergrund. Bei allen Personen sind schwerwiegende gesundheitliche Belastungen zu erwarten, die folgende Faktoren aufweisen:

niedrige Bildung, niedriger Berufsstatus, niedriges Einkommen. Das bedeutet, dass gesundheitsgefährdende Potenziale im Zusammenhang zwischen Bildungsferne und schwieriger Lebenslage und zwischen Bildungsniveau und Gesundheitsförderung bestehen. *Den Risikogruppen fehlt die Grundbildung und der emotionale und soziokulturelle Zugang zu gesundheitsfördernden Konzepten und Programmen, um die geforderte Eigenverantwortung wahrnehmen zu können.* (A. Richter, 2005)

Kindergesundheit bei Migrationshintergrund

Bei sozial schwachen Familien, besonders bei Migrationshintergrund, wird Regionen übergreifend bei Schuleingangsuntersuchungen, in Studien (A. Richter, 2005: „Armutsprävention – ein Auftrag für Gesundheitsförderung“) und bei den Vorsorgeuntersuchungen in Praxen von Kinder- und Jugendärzten festgestellt:

- Vor der Einschulung werden bei Kindern aus armen Familien bereits vermehrt Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen festgestellt – besonders Verzögerungen der Sprachentwicklung und der psychomotorischen Entwicklung.
- Psychiatrische Krankheiten im Kindesalter treten bei ihnen gehäuft auf.
- Kinder aus armen Familien sind häufiger von Unfällen und zahnmedizinischen Problemen betroffen.
- Kinder mit Migrationshintergrund haben eine erhöhte Säuglingssterblichkeit.
- Der Gesundheitszustand von Kindern mit Migrationshintergrund ist deutlich schlechter als bei Kindern in Deutschland insgesamt.
- Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sowie solche mit Migrationshintergrund nahmen durchschnittlich seltener alle Früherkennungsuntersuchungen wahr (72 % bzw. 56 %). 14 % der Kinder mit Migrationshintergrund haben sogar nie an einer Früherkennungsuntersuchung teilgenommen.
- Gegenüber dem Bevölkerungsdurchschnitt sind Kinder mit Migrationshintergrund sozial benachteiligt – niedrigere und fehlende Schulabschlüsse und mangelnde Berufsausbildung.

Ähnliche Ergebnisse gibt es in der bundesweiten Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS): Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund üben 2- bis 3-mal seltener Sport aus, sind häufiger von Adipositas betroffen, haben signifikant häufiger Hinweise auf psychische Auffälligkeiten und sind am stärksten von Essstörungen betroffen; aber sie haben eher seltener allergische Erkrankungen.

Das verbreitete Wissen lässt folgende Rückschlüsse zu: *Arbeitslosigkeit macht arm, Armut und Arbeitslosigkeit machen krank, und zwar beides bis hinein in die folgende Generation. Kinder und Jugendliche, die in Armut leben, tragen ein erhöhtes Risiko ungünstiger Gesundheitsbiographie.*

Eine besondere Risikogruppen sind Personen und Familien mit Kindern ohne sicheren Aufenthaltsstatus, die in aufenthaltsrechtlicher Illegalität leben. Aus Angst vor Aufdeckung und drohender Abschiebung scheuen sich viele vor medizinischer Behandlung, nicht selten mit gefährlichen Folgen für sich selbst und ihre Umgebung. Dazu hat der 110. Deutsche Ärztetag die Forderung erhoben: *„Im Bund und in den Län-*

dem durch gesetzliche Regelungen klarzustellen, dass Menschen in der Illegalität in Deutschland, so wie in den übrigen Ländern Europas, ihre grundlegenden sozialen Rechte und damit eine medizinische Grundversorgung ohne Furcht vor Abschiebung in Anspruch nehmen können. Gerade für die Gesundheit der Kinder aus Migrantenfamilien ist dies eine unverzichtbare Voraussetzung.“

Beiträge zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern bei Migrationshintergrund

Sozial benachteiligte Personen haben Informationsdefizite über die Risikovermeidung und Bewältigung von gesundheitlichen Problemen, die Gesundheitsförderung allgemein und die Umsetzung von gesundheitsbezogenen Empfehlungen im Alltag, die gesundheitliche Regelversorgung und die relevanten Ansprechpartner, den Bedarf von Kinder und Jugendlichen an Gesundheitsförderung und ihre besonderen Fördermöglichkeiten und Rechte.

(A. Richter, 2005: Armutsprävention – ein Auftrag für Gesundheitsförderung)

Der Ausbau des öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes kann zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern mit Migrationshintergrund in Zusammenarbeit mit Jugendamt und niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten eine tragende Rolle in der primären Prävention haben. Seine Aufgaben dazu sind:

- Mitwirken bei vorgeburtlicher Information über Gesundheit im Kindesalter,
- Mitwirken bei Betreuung von Risikofamilien – früh vorgeburtlich und engmaschig nachgeburtlich,
- Einrichtung von Beratungsangeboten in Wohnortnähe zu festen Zeiten ohne Zugangsbedingungen mit sprachkundiger Unterstützung,
- Begleitung von Kindern durch sprachkundige Personen bei Besuchen in der Praxis – besonders bei chronisch kranken Kindern und bei Risikokindern,
- ganztägige Kinderbetreuung besonders für Risikogruppen in Kindertagesstätten und Kindergärten,
- kontinuierliche Gesundheitserziehung von Kindern in sie betreuenden Einrichtungen,
- niedrigschwellige, landessprachliche Informationsangebote über Gesundheit und Erziehung für Eltern in betreuenden Einrichtungen,
- aufsuchende Elternarbeit bei Familien aus Risikogruppen,
- Förderung und Unterstützung der Teilnahme der Kinder an Vorsorgeuntersuchungen,
- Sicherung einer ortsnahen Versorgung mit Kinder- und Jugendärzten in Stadtteilen,
- Bereitstellung von landessprachlichen Informationsmaterialien für Praxen, Kinderbetreuungsstellen, Elterntreffs z. B. durch Gesundheitsamt, Jugendamt, Kulturvereine, religiöse Gemeinden,
- Unterstützung des zeitweiligen Mitwirkens sprachkundiger Personen in Praxen,
- Mitwirken der Kinder- und Jugendärzte in regionalen Gesundheitskonferenzen.

Nur das Zusammenführen der Kompetenzen verschiedener Einrichtungen und ihr gemeinsames Handeln kann die Gesundheit von Kindern aus sozial schwachen Schichten und mit Migrationshintergrund verbessern.

Dazu würde die Ausweitung des kinder- und jugendärztlichen Dienstes im Gesundheitsamt, die enge Kooperation von Gesundheitsamt und Jugendamt und das Miteinbeziehen der Kinder- und Jugendärzte, Erzieher und Lehrer von Einrichtungen im Stadtteil beitragen.

Migration & Sucht – der Spagat zwischen Angebot und Nachfrage

Bärbel Marrziniak, Suchthilfe direkt

Ich freue mich anlässlich der Fachtagung „Sucht & Migration“ ein kurzes Referat an Sie richten zu dürfen, da ich hierdurch die Gelegenheit habe, u. a. Teile unserer Arbeit, unserer Ergebnisse und Ideen vorzustellen; aber natürlich auch, weil ich gerade das Thema Migration & Sucht für uns und in unserer Arbeit als sehr wichtig erachte.

Ich werde im Folgenden

1. einige grundsätzliche Informationen zum Thema geben
2. einige wenige Zahlen aus unserer Arbeit vorstellen und
3. auf einige Verbesserungspotentiale aufmerksam machen

Der Mensch wandert über unseren Planeten, seit die ersten Menschen Afrika verlassen haben. Und das hat sich bis heute nicht geändert: Afrikaner suchen ihr Glück in Frankreich, Türken und Italiener in Deutschland, Niederländer in Neuseeland, Spanier in Südamerika, Deutsche in Spanien und Skandinavien.

Migration geschieht aber nicht nur aus der Suche nach dem Glück, sondern weil es keine Arbeitsplätze im Heimatland gibt oder weil dort Hunger, Verfolgung und Unfreiheit herrschen. Migration ist eine Lebensleistung! Und gleichzeitig beinhaltet sie ein Gefährdungspotenzial

Wenn im Jahr 2005 in Deutschland 154 Aussiedler von 1326 Menschen an den Folgen ihres Heroinkonsums starben, dann zeigt das, dass mit zwölf Prozent aller Drogentoten ihr Anteil an Suchtkranken überproportional hoch ist. (Habe hier nur von Aussiedlern gesprochen, die Zahl der Migranten liegt sicher um ein vielfaches höher) Auch die Weltgesundheitsorganisation stellt fest, Migration ist ein bedeutender Faktor bei der Entstehung von Suchterkrankungen.

Definition Menschen mit Migrationshintergrund:

In Deutschland werden zu den Menschen mit einem Migrationshintergrund neben ausländischen Mitbürgern auch eingebürgerte Migranten und Aussiedler gezählt, obwohl sie staatsbürgerlich Deutsche sind.

- Menschen, die in Deutschland leben, aber eine ausländische oder ungeklärte Staatsbürgerschaft aufweisen (unabhängig davon ob sie in Deutschland oder im Ausland geboren sind).
- Menschen, die eine deutsche Staatsbürgerschaft erhielten, nachdem sie in Deutschland eingewandert sind (eingebürgerte Migranten und Spätaussiedler).
- Menschen, die eine deutsche Staatsbürgerschaft aufweisen, deren Herkunftsfamilie nach Deutschland eingewandert ist.

Allein in Essen wohnen und arbeiten 115.798 Menschen mit Migrationshintergrund (Essen 578.990). Dies macht 20 % der Bevölkerung aus.

Ich habe bei der Vorbereitung meines Vortrages gemerkt, dass nicht sehr viele Daten, Fakten und Zahlen zu diesem Themenkomplex vorhanden sind.

Die Forschung auf dem Gebiet der Suchterkrankungen sowie deren Behandlung bei Migranten ist in Deutschland immer noch in den Anfängen. Es gibt bislang keine bundesweiten Untersuchungen zu dem Thema.

Und die wenigen Untersuchungen die existieren, geben einen unzureichenden Überblick. Dennoch zeigen einige Daten und Berichte, dass unterschiedliche Aspekte der Sucht bei Migranten vorhanden sind und eine Rolle spielen.

Einige Belastungen sind:

- Fehlende soziale Kontakte
- Erschwerter Bildungszugang
- Wegfall der Identifizierung durch Arbeit und Beruf
- Berufliche Perspektivlosigkeit
- Schweigen über Probleme & Suchtrisiken
- Anpassungsdruck
- Sprachprobleme
- Verunsicherung der familiären Strukturen und Rollenverteilungen
- Generationskonflikte

Jeder Klient / Patient, der die Hilfeleistungen unserer Angebote in Anspruch nimmt ist ein ganz besonderer Mensch. In der Regel haben die Suchtkranken eine Gemeinsamkeit: den abhängigen oder missbräuchlichen Suchtmittelkonsum.

Die Besonderheiten, die jeder Einzelne mit sich bringt möchte ich im Folgenden an Hand von Fallbeispielen näher darlegen.

Tuncay, 23 Jahre alt, Sohn türkischer Eltern ist in Deutschland geboren. Die Unterbringung in einer Entgiftung war die erste stationäre Unterbringung, die erfolgte. Nach der Einschulung erfolgten Schulprobleme und erstes delinquentes Verhalten und sehr frühzeitiger Drogenkonsum. Erste Straftaten folgten. Eine psychiatrische Diagnostik hat nie stattgefunden. Seine Eltern trennten sich, als er 13 Jahre alt war. Der Kontakt zum Vater erfolgt sporadisch. Seit der Trennung der Eltern fehlt ihm eine kontinuierliche männliche Identifikationsperson. Die Mutter war mit klaren Grenzsetzungen überfordert. Tuncay wurde in einer Mischform aus muslimischen und christlich geprägten Werten erzogen. Die männliche Identitätsfindung im Rahmen der Pubertät war für Tuncay ein erschwerter Prozess, da er gesellschaftlich und familiär unterschiedliche Anforderungen erfüllen musste. Neben seiner Suchterkrankung und seiner individuellen Biografie leidet Tuncay heute an massiven Impulskontrollstörungen, hat Schwierigkeiten in der Nähe- Distanz Regulierung und weist schwerste Störungen des Sozialverhaltens auf.

Klara, 32 Jahre alt, geboren in Polen hatte als sie vor 6 Jahren zu uns kam in der Jugend alle erdenklichen Jugendhilfemaßnahmen durchlaufen, konsumierte abhängig alle Suchtmittel, die sie nur bekommen konnte, ging der Prostitution nach, und war hoch delinquent. Die Familie wies eine sehr starke religiöse Bindung auf. Der Vater verweigerte den Kontakt zu ihr. Die Mutter kümmerte sich stets alleine um Klara, nahm sogar an allen notwendigen Gesprächen teil, unterstützte ihr Kind in alltäglichen Angelegenheiten. Eine emotionale Bindung war allerdings kaum feststellbar.

Saskia, 25 Jahre alt, kam mit ihren Eltern vor 17 Jahren aus den ehemaligen GUS Staaten (heutiges Kasachstan), 4 jüngere Geschwister, Mutter Tablettenabhängig und psychisch krank, Vater verstorben. Saskia musste in Ihrer Familie schon als kleines Kind große Verantwortung übernehmen. Mit der Verarbeitung des Verlustes des Vaters wurde sie alleine gelassen. Es ist davon auszugehen, dass häusliche Gewalt ein fester Bestandteil ihres Familienlebens war. Daneben gibt es Hinweise auf einen erfolgten sexuellen Missbrauch. Saskia verhielt sich immer angepasst. Mit Verlassen der Schule veränderte sich ihr Freundeskreis. Es folgten Arbeitslosigkeit und delinquentes Verhalten. Suchtprobleme kamen hinzu. Es folgte eine Entzugsbehandlung und eine Substitutionsbehandlung in unserer Ambulanz.

Mit diesen Menschen und deren Familien können wir nur arbeiten, wenn wir die jeweils individuelle Biografie, die jeweils unterschiedlichen kulturellen Bedingungen und Besonderheiten der Familien beachten und dem Gegenüber mit Achtung, Respekt, kultureller Neugier und Empathie begegnen.

Eine zielorientierte Arbeit ist hier nur möglich, wenn individuelle Ressourcen des Einzelnen und ggfs. dessen Familie erkannt werden und in den Hilfeprozess einfließen.

Probleme mit denen wir in unserer alltäglichen Arbeit konfrontiert werden

- Kulturspezifische Lösungsansätze (Verbringung in das Heimatland der Eltern, Heirat etc.)
- Ausgeprägte Schamgefühle
- Reflektion der Kindheit ist schwierig (z. B. wg. Ehre der Familie bei islamisch orientierten Familien)
- Entwurzelungsgefühle
- Unterschiedliche Kommunikationsstrukturen
- Anders gelagertes Autoritätsverständnis
- Generations- und Kulturkonflikt zwischen Eltern & Kind
- Ressourcen im Familiensystem

Unser Ziel war und ist es, drogenabhängige Migranten als Klientengruppe gut zu erreichen. Nationalität, kultureller und religiöser Hintergrund oder Sprache dürfen hierbei kein Hindernis sein, um Unterstützung im Drogenhilfesystem zu erhalten.

Um diesen Herausforderungen adäquat begegnen zu können, ist es fachlich zwingend notwendig, besondere Standards in der Arbeit zu entwickeln und vorzuhalten

Unsere Arbeitsweisen sind:

- Die Rahmenbedingungen der Beratung Schweigepflicht, Anonymität und Unabhängigkeit der Beratungsstelle werden besonders hervorgehoben und erklärt
- Innerhalb von kurzer Zeit erhalten Migranten eine Beratung
- Es gibt feste Ansprechpartner für weitere Informationen, Aufklärung, und Therapievorbereitung.
- Falls möglich intensive Einbindung/ Nutzung des sozialen Umfeldes als sozial Halt gebende Ressource
- Auseinandersetzung mit dem Migrationshintergrund kommt insbesondere in der Therapievorbereitung eine wichtige Rolle zu.

Hierzu bedarf es, wie bei anderen Zielgruppen auch einiger zusätzlicher Kompetenzen, die in Suchthilfeeinrichtungen vermittelt und zum Teil entwickelt werden müssen.

- Auseinandersetzung mit der Thematik auf Leitungsebene, u. a. Teamzusammensetzung mit Blick auf Multikulturalität
- Auseinandersetzung mit eigenen Ängsten und Vorurteilen auf Mitarbeiterebene
- Vermittlung von Grundlagenwissen über Sucht & Migration
- Schnelle Lösungsfindung bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten.
- Wahrnehmen von Migrantengruppen
- Vernetzung mit Facheinrichtungen

Dazu gehört natürlich auch die Verankerung der Thematik in Konzepten und Leitbildern.

Einige Zahlen

Bei der internen Auswertung der Entwicklung habe ich mich auf die letzten 5 ½ Jahren beschränkt

- Im Zeitraum vom 01.01.2003 bis 23.06.2008 wurden bei der Suchthilfe Direkt über unsere Datendokumentationssysteme im Durchschnitt pro Jahr 1000 (Schwankungen von +/- 100 Personen) unterschiedliche Betreuungen erfasst.
- Davon sind im Durchschnitt 14,6 % Betreuungen von Menschen mit Migrationshintergrund, 80,1 % Deutsche, zu 5,3 % gibt es keine Angaben.

Festzustellen ist, dass sich der Anteil der erreichten Menschen mit Migrationshintergrund kontinuierlich in der Zeit von 2003 bis 2007 erhöht hat.

2003: 12,3 %
2003-2004: 13,5 %
2003-2005: 14,8 %
2003-2006: 15,0 %
2003-2007: 15,6 %

Aktuell (Auswertung des ersten Halbjahres 2008) erreicht die Suchthilfe 16% Menschen mit MH (Anteil an Betreuungen total).

Absolut verglichen mit dem Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der Essener Gesamtbevölkerung kommt dieser Wert in etwa dem Anteil in der Bevölkerung der Stadt Essen nahe.

Wie ist der Zugang zum Hilfesystem und wird es angenommen?

Insgesamt ist, wie die Zahlen zeigen, der Zugang als gut zu bewerten.

Wenn man nun die Zahlen nach Angeboten differenziert – stellt man fest, dass sich ein sehr hoher Migrantenanteil bei den höherschweligen Angeboten (wie Therapievermittlung und ambulanten Betreuungen ergibt)

Auffallend ist hierbei, dass ein erschwerter Zugang durch Sprachbarrieren bei uns nicht oder nur sehr selten zu beobachten ist.

Verteilung nach Angeboten:

- Von aktuell 293 Betreuungen mit Migrationshintergrund (Stand 30.06.2008) wurden 78 % in den eher hochschweligen Angeboten der Suchthilfe (Beratungsstelle, Substitutionsambulanzen) geführt.
- Lediglich 22 % der Klientel mit Migrationshintergrund wurde in den sog. niedrigschweligen Angeboten wie Tagesaufenthalte, Drogenkonsumraum und Integrationsangebot betreut.
- Die Anzahl der Tageskontakte ohne Betreuung liegt in den niedrigschweligen Angeboten bei 19% (Anteil Besucher mit MH).

Wenn man genauer hinschaut stellt man auch fest, dass der Anteil der Migranten, die die eher höherschweligen Angebote nutzen, überproportional mit einem Betreuungsauftrag dort erscheinen.

Das wiederum lässt vermuten, dass Migranten in der Regel erst zu einem recht späten Zeitpunkt Hilfe suchen.

Angehörigenberatung (z. B. Cannabis, vorbeugende Beratung) wird stark unterproportional in Anspruch genommen. Weiterhin wird deutlich, dass abhängige Migranten die höherschwellige Angebote in Anspruch nehmen, gut sozial oder familiär integriert sind.

Eine mögliche Erklärung ist, dass viele Migranten, die eine starke Integration in die Familie aufweisen, Hilfsangebote erst sehr spät oder gar nicht nutzen.

Geschlechterverteilung

Das Verhältnis ohne / mit MH beträgt zum Stichtag bei den Männern 82,1 % / 17,9%, bei den Frauen 95,3% / 4,7 %.

Bei den Frauen sind nur 4,7 % der Betreuten zum Stichtag Migrantinnen.

Das Geschlechterverhältnis unserer Zahlen deckt sich auch mit Ergebnissen von Untersuchungen.

Mögliche Erklärungen könnten sein:

1. Frauen entwickeln, bedingt durch feste Rollen in der Familie, andere Bewältigungsmechanismen als Männer
2. Suchtmittelabhängige Frauen nehmen das Hilfeangebot nicht in Anspruch u. a. könnte die soziale/familiäre Kontrolle mitverantwortlich sein.

Aber um diese Zusammenhänge endgültig klären zu können, bedarf es noch epidemiologischer Untersuchungen.

Wenige Forschungsergebnisse beziehen sich auf Frauen und Sucht. Aus unserer Erfahrung kann ich sagen, dass sich die Lebensbiographien von Migrantinnen von denen der Frauen ohne Migrationshintergrund unterscheiden. So kann z. B die Veränderung der tradierten Rollen- und Familienbilder zu einer starken Verunsicherung führen. Auch die oftmals eingeschränkte Teilhabe am sozialen und öffentlichen Leben trifft die Frauen gravierender als Frauen ohne Migrationshintergrund.

Wie sieht es mit der Haltequote aus?

Eigentlich müsste ich hier an dieser Stelle grundsätzliche Überlegungen rund um das Thema „Haltequote“ anstellen: Wofür steht eine kurze oder lange Haltequote? Was ist hier positiv zu bewerten, was negativ? Das würde aber an dieser Stelle sicherlich den Rahmen sprengen, da es hierfür erforderlich ist, in die einzelnen Bereiche (vom Drogenkonsumraum bis zum Betreuten Wohnen) zu schauen, um entsprechende Aussagen zu machen.

Insgesamt betrachtet gibt es in unserer Einrichtung keine Differenzen bezüglich der Haltequote oder Vermittlungsquote im Vergleich zwischen Migranten und Nichtmigranten

Der Schwerpunkt der Betreuungsdauer beträgt bei uns im Mittel 100-200 Tage

Zeitraum 01.01.2003-23.06.2008

Dauer der Betreuung in Tagen	%
1-50	14,6
51-100	11,8
101-200	30
201-300	16,1
301-500	16,1
500-1000	11,5

Dauer der Betreuungen Klienten ohne MH

Zeitraum 01.01.2003-23.06.2008

Dauer der Betreuung in Tagen	%
1-50	16
51-100	12,4
101-200	20,5
201-300	13,6
301-500	14,7
500-1000	13,8

Zum Schluss noch ein paar Worte zu möglichen Verbesserungspotentialen:

- Migranten sind ein untrennbarer Teil dieser Gesellschaft und sind daher von den Problemen innerhalb der Gesellschaft in gleicher Weise betroffen. Drogenmissbrauch ist eines dieser Probleme.
- Ich bin bei meinem Vortrag nicht auf die Notwendigkeit von Spezialangeboten für die Zielgruppe eingegangen, da immer knapper werdende Mittel diese Diskussion gar nicht mehr zulässt. Daneben hat sich in der Arbeit in den vergangenen Jahren gezeigt, dass das Vorhalten von Spezialangeboten nicht zu einer signifikanten Verbesserung der Erreichbarkeit und der Ergebnisse geführt hat. Meines Erachtens lassen sich die Ergebnisse sogar verbessern, indem in den Einrichtungen gut ausgebildetes Personal vorgehalten wird, welches durch eine gute Beleuchtung der einflussnehmenden Faktoren (Datenerhebung, Suchtgeschichte, Kindheit etc) den jeweiligen Bedarf individuell & präziser bedienen kann. Eine Betriebsblindheit wird hierdurch minimiert, da bestimmte Grundannahmen (z.B. zu muslimische Frau) stets überprüft werden. Nur so kann die Suchthilfe dem Thema trotz schlechter werdender wirtschaftlicher Bedingungen erfolgreich begegnen.
- Einige straffällig gewordene Migranten werden im Rahmen des praktizierten Ausländergesetzes ausgewiesen. Ausgewiesen in ein Land, zu dem z. T. kaum kulturelle und familiäre Beziehungen bestehen.
- Ausweisung kann meiner Auffassung nach das Problem nicht lösen, denn viele von Ihnen kommen illegal wieder nach Deutschland zurück und sind gezwungen, in der Illegalität zu leben.
- Einige unserer Klienten beziehen Leistungen nach dem Asylbewerber- Leistungsgesetz. Krankenversicherung hierüber sind aber nur die anerkannten Asylbewerber. Asylbewerber, die zur Ausreise ver-

pflichtet sind oder deren Aufenthalt aus völkerrechtlichen, politischen oder humanitären Gründen geduldet wird, können sich normalerweise nicht gesetzlich krankenversichern.

- Wir haben in unseren Bereichen der Therapievermittlung oder Substitution nur in ganz seltenen Fällen (1-2 x im Jahr) mit dieser Klientel zu tun und (so hat die Erfahrung gezeigt) jeder dieser Fälle verlangt nach einer individuellen und sehr zeitaufwändigen Vorgehensweise.
- Die bildungspolitischen Grundvoraussetzungen sind in Deutschland gegeben (Sprachkurse, Integrationsprogramme...) Diese Angebote zu nutzen und wahrzunehmen, ist Aufgabe und Pflicht eines jeden Einzelnen. Denn eines haben wir in unserer langjährigen Arbeit mit Migranten festgestellt; wenn Sprachkenntnisse einigermaßen vorhanden sind und die Gesellschaftsnormen akzeptiert werden, verhält sich der Betreuungsverlauf nicht anders, als bei suchtmittelabhängigen Klienten ohne Migrationshintergrund.

Lebenssituationen von Asylbewerbern in Deutschland und in Essen

Dirk Berger, Diakoniewerk Essen

Protokoll des Workshops: Fatma Kekik, Diakoniewerk Essen

Herr Berger stellt anhand seiner Präsentation wichtige Aspekte und Rahmenbedingungen dar, die die Lebenssituation von Asylbewerbern beeinflusst.

1. Rechtliche Aspekte zum Asylverfahren

In Deutschland ist es möglich mit Vollendung des 16. Lebensjahres ein Asylantrag zu stellen. Für Kinder, die mit ihren Eltern einreisen, wird automatisch ein Asylverfahren eingeleitet. Unbegleiteten Minderjährigen unter 16 Jahren muss ein Vormund an die Seite gestellt werden.

Die Zahl der Unbegleiteten Minderjährigen Flüchtlinge beläuft sich 2008 auf ca. 450 Kinder und Jugendliche in NRW. Hier zeigt sich ein Anstieg der Zahlen, während die Zahlen insgesamt stark zurückgegangen sind. Dies hängt unter anderem auch mit der starken Einschränkung von Rechtswegen für Asylbewerber zusammen. Parallel zu dieser Entwicklung werden auch die Beratungsfachdienste für Flüchtlinge reduziert. Diese Entwicklung ist auch in Essen zu beobachten.

Asylantragsteller sind verpflichtet zunächst in einer Erstaufnahmeeinrichtung zu wohnen und werden bundesweit um-, bzw. zugeteilt. Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) entscheidet über die Asylanträge. Bei der Anhörung werden Länderexperten und Dolmetscher eingesetzt.

Der Aufenthalt von AsylbewerberInnen wird seit dem 01.01.2005 im „Zuwanderungsgesetz“ geregelt. Die maßgeblichen Regelungen sind festgelegt im

- Aufenthaltsgesetz (AufenthG)
- Asylverfahrensgesetz (AsylVfG)
- Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

2. AsylbewerberInnen in Essen

Herr Berger stellt den Weg mit den vielen Stationen dar, die man als Asylbewerber in Essen durchlaufen muss. In Essen gibt es derzeit noch 8 Übergangwohnheime. Nach einem Jahr Aufenthalt in Deutschland haben Flüchtlinge die Möglichkeit sich auf dem freien Wohnungsmarkt eine Wohnung zu suchen. Die Wohnverhältnisse in den Übergangwohnheimen für Flüchtlinge sind sehr beengt (pro Person sollten es mind. 7 qm sein); eine 4-köpfige Familie lebt in der Regel auf 28 qm.

Die finanziellen Leistungen sind 30% unter dem ALG II- Regelsatz und belaufen sich monatlich auf ca. 200 €. Hiermit muss eine Person den kompletten Lebensunterhalt finanzieren.

Einen Anspruch auf Gesundheitsversorgung hat man nur bei akuten Erkrankungen, bei denen eine Behandlung dringend notwendig ist. Frauen erhalten bei Schwangerschaft und Geburt die üblichen Leistungen. Für den Arztbesuch ist ein Leistungsschein erforderlich, der vom Amt für Soziales und Wohnen ausgestellt wird.

3. Sonstige Leistungen für AsylbewerberInnen

KITA/Schule:

Kinder von Asylbewerbern haben ein Recht auf einen Kitaplatz und in NRW besteht nicht nur ein Schulrecht, sondern die Schulpflicht für alle Kinder, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt hier haben.

Sprachkurse:

AsylbewerberInnen dürfen an Integrationskursen nicht teilnehmen. Es besteht lediglich die Möglichkeit an niederschweligen Sprachkursen teilzunehmen (VHS, Initiativen).

Beschäftigung:

Eine Arbeitserlaubnis kann man erst nach 12 Monaten Aufenthalt beantragen, falls man ein konkretes Arbeitsangebot hat. Da aber der Arbeitgeber verpflichtet ist zu prüfen, ob es einen bevorrechtigten Arbeitnehmer gibt, ist die Chance auf dem Arbeitsmarkt sehr begrenzt.

Soziale Beratung:

Die Beratungsstellen sind stark reduziert worden und werden auch weiterhin minimiert. Die Beratungsstellen haben bisher in Fragen des Asylverfahrens, sowie in sozialen und wirtschaftlichen Fragen beraten, begleitet und unterstützt.

4. Entwicklung der Zugangszahlen und Anerkennungen von AsylbewerberInnen in der Bundesrepublik Deutschland und Essen

Herr Berger stellt anhand von bundesweiten statistischen Erhebungen und Zahlen aus Essen die Entwicklung der Zugangszahlen dar. Dabei zeigt sich eine enorme Reduzierung der Zahlen, deren Rückgang mit der Drittstaatenregelung und den rechtlichen Einschränkungen durch die Änderung des Asylrechts korrelieren. Insbesondere die Zahl der anerkannten Asylanträge stellt einen sehr geringen Anteil dar.

5. Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

In der Arbeitsgruppe gab es einen intensiven Austausch über die Inhalte des Vortrages. Zusammenfassend stellte die Gruppe fest, dass mit den geringeren werdenden Flüchtlingszahlen auch das Thema aus dem Blick gerät. Während sich die Einreise-, Aufenthalts- und vor allem Lebensbedingungen für die Menschen immer schwieriger gestalten, werden gleichzeitig die Unterstützungsangebote zurückgefahren.

Als dringende Handlungsempfehlung wurde die Aufrechterhaltung von Beratungsangeboten für Flüchtlinge formuliert. Dabei ist es wichtig zu beachten, dass in diesem Arbeitsbereich Personal mit der notwendigen interkulturellen Kompetenz und dem Wissen über Lebensbedingungen und Rechtssituationen von Flüchtlingen eingesetzt werden.

Stellungnahme von ProAsyl/Flüchtlingsrat Essen

Der folgende Beitrag von Inka Jatta (ProAsyl/Flüchtlingsrat Essen) wurde nicht auf der Fachkonferenz vorgetragen, sondern in einer späteren Arbeitsgruppen-Sitzung. Die Redaktionsgruppe beschloss, ihn zur Ergänzung in die Dokumentation der Konferenzbeiträge aufzunehmen

Es gibt einige Beratungsstellen für Gesundheitsfragen in Essen und Umgebung, aber sehr wenige spezialisierte Einrichtungen für Flüchtlinge.

Traumatisierte Flüchtlinge sind unterversorgt.

Besondere Schwierigkeiten haben hier traumatisierte Flüchtlinge, die psychotherapeutische und/oder psychiatrische Hilfe benötigen. Es gibt wenig niedergelassene Ärzte und Therapeuten, die auf die Behandlung von Traumata z. B. bei Folteropfern spezialisiert sind. In diesem Bereich gibt es offenbar eine massive Unterversorgung. Die Behandlung erfolgt häufig verspätet und rein medikamentös, notwendige Therapiemaßnahmen scheitern oft an langen Wartelisten, unsicherer bzw. fehlender Kostenübernahme oder mangelnder Sprachkompetenz.

Forderung: Im Ruhrgebiet sollte ein weiteres psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge eingerichtet werden, wo traumatisierte Flüchtlinge kostenlos Therapie in Anspruch nehmen können.

Asylbewerberleistungsgesetz beschränkt medizinische Versorgung

Erschwerend ist die Tatsache, dass Flüchtlinge mit Duldung in den ersten vier Jahren Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beziehen, wonach nur eine eingeschränkte medizinische Akutbehandlung abgedeckt ist. Besonders die Kosten für notwendige Therapiemaßnahmen werden häufig verwehrt und eine Zuzahlung/Eigenbeteiligung kommt aufgrund der um 30% unter dem ALG II Regelsatz liegenden Sozialleistungen nach AsylLG nicht in Betracht.

Forderung: Das Asylbewerberleistungsgesetz sollte in Essen großzügiger ausgelegt werden.

Behördenpraxis erschwert Arztbesuche

Möchte ein Flüchtling zum Arzt, muss er sich oft erst einen „Krankenschein“ beim Sozialamt abholen. In der Praxis heißt das konkret, dass ein kranker Flüchtling zunächst einen Termin beim Sozialamt vereinbaren muss, um einen Kostenübernahmeschein zu bekommen, bevor er einen Arzt aufsuchen kann.

Forderung: Jedem Flüchtling sollte automatisch zu Beginn eines Quartals ein „Krankenschein“ geschickt werden.

Mangelnde Sprachkenntnis als Zugangsbarriere

Zusätzliche Schwierigkeiten bereitet oft die Sprache, da in der Regel keine Dolmetscherkosten übernommen werden.

Es gibt zwar inzwischen eine Vielzahl von Ärzten mit Fremdsprachenkenntnissen, aber besonders bei kleineren Bevölkerungsgruppen bzw. unbekannteren Sprachen ist dies nicht immer der Fall.

Forderung: Dolmetscherkosten sollten in der Regel übernommen werden. Infobroschüren könnten auch in weniger häufige Sprachen übersetzt werden.

Menschen ohne Papiere = Menschen ohne Krankenversicherung

Eine restriktive Asylgesetzgebung führt dazu, dass immer mehr Menschen ohne Aufenthalt in Deutschland leben. Bundesweit gibt es ca. 1/2 - 1 Mio. Illegalisierte. Für eine Großstadt wie Essen bedeutet dies eine nicht unerhebliche Zahl von Menschen, die keinen Krankenversicherungsschutz haben. Studien belegen, dass sie oft erst viel zu spät zum Arzt gehen.

Beratungsstellen und Ärzte sind allein gelassen mit dieser Problematik.

Forderung: Hilfe beim Aufbau eines Netzwerkes zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung.

Sexualaufklärung interkulturell „Keiner ist wie alle“

Meral Renz, AWO Essen, Lore-Agnes-Haus

Protokoll: Tanris Breitkopf, RAA/Büro für interkulturelle Arbeit

Die Lebensbedingungen von Migrantenfamilien sind von Gesetzen bestimmt, abhängig vom Aufenthaltsstatus, Arbeitserlaubnis etc..

Migrantenfamilien sind wie Kletterpflanzen. Sie können keine Wurzeln schlagen, müssen irgendwo haften, sich festhalten.

Es zeichnet sie aus, dass sie sehr flexibel, ideenreich, am Leben orientiert, pragmatisch sind.

Im Unterschied zu tief verwurzelten „deutschen Eichen“ insbesondere im ländlichen Bereich.

„Mein Urgroßvater hat hier gelebt.“

Die „deutsche Eiche“ Familien haben mehr Sicherheit, Wurzeln, Hab und Gut.

Sie sind im Vergleich zu den anderen starr und nicht so flexibel, anfälliger bei neuen Entwicklungen.

Eine gute Mischung dieser unterschiedlichen Familien wäre gesund für die Gesellschaft. Es sollte auch danach geschaut werden, was Migrantenfamilien an Ressourcen mitbringen, die positiv sind?

Religionen haben seit jeher Sexualität geregelt. Die religiöse Erziehung hat Einfluss auf den Umgang mit Sexualität genommen.

Zitat: „Der Kluge sieht das Gemeinsame in den verschiedenen Religionen, der Unwissende die Unterschiede.“

Islamische Religion ist sehr differenziert, ja nach Glaubensrichtung innerhalb des Islam (Sunniten, Schiiten...).

Der Islam enthält Aussagen zur Sexualität

- Das Ausleben der Sexualität in der Ehe ist erlaubt, der Islam ist äußerst „sexualfreundlich“ eingestellt, d. h. über die Zeugungsfunktion wird der Genuss betont und religiös begründet.
- Schwangerschaftsabbruch erlaubt
- Empfängnisverhütung erlaubt
- Zölibat gibt es nicht

Sprichwörter zu Liebe, Sexualität, Beziehung gibt es in allen Sprachen, gut zum Einstieg in das Thema in der Gruppenarbeit

Zu Inhalten der Sexualpädagogik gibt es Landesrichtlinien, die sie bestimmen.

Die NRW Landesrichtlinien empfehlen auch interkulturelle Aspekte zu berücksichtigen.

Was tun bei unterschiedlicher Auffassung von Sexualität? z. B. in KiTas oder Schulen?

Mit Eltern vorab bestimmte Themen ansprechen, d. h. Institutionen brauchen Hintergrundinformationen über ihre Schüler, um vorher Eltern in Gesprächen über Sinn und Inhalt von Sexualkundeunterricht zu informieren.

Kultur

Es gibt die wahrnehmbare Kultur, wie z.B. Kleidung, Essen, Musik, Tanz. Es gibt aber auch unwahrnehmbare, verborgene Anteile von Kultur, wie

Schamgefühl, Erziehungsideale, Gerechtigkeit, Sauberkeitsgefühl, Körpersprache, Zeiteinteilung, Vorstellung von Jugendkultur u. a.

Interkulturelle Kommunikation

Als Beraterin sollte man sich des Verhältnisses der Mehrheit in der Minderheit bewusst sein. Das es Machtasymmetrien gibt und man als Beraterin auf dem kulturellen Hintergrund der Institution handelt, ist es wichtig sich bewusst zu machen, aus welcher Sicht man etwas betrachtet. Dazu gehört

- Wissen um Einblick in die Lebenslage von Migranten,
- Sensibilität für Asymmetrie
- Fähigkeit zur Perspektivübernahme

In der Kommunikation nimmt man Botschaften 60 % nonverbal und 10 % sprachlich auf. 50 % der Missverständnisse haben ihre Ursache in der gesprochenen Sprache.

Beispiele:

Begrüßungsrituale: In Westeuropa gibt man sich zur Begrüßung die Hand. In vielen anderen Ländern und Kulturen ist das nicht üblich, kann sogar als übergriffig aufgefasst werden. Da man nicht bei jeder interkulturellen Begegnung ausreichend Hintergrundwissen haben kann, ist es in interkulturellen Begegnungen ratsam verzögert zu handeln. Aufmerksam schauen wie der andere agiert, was er anbietet.

- Überprüfung der Transparenz der Rollen
- Überprüfung der eigenen Annahmen:
Ein Mädchen wird zu einem Beratungsgespräch begleitet, was nehme ich an und stimmt es?

Wichtige Themen der Identitätsbildung

Wenn Jugendliche mit immer den gleichen Zuschreibungen stigmatisiert werden, wie z.B. ein Macho zu sein, dann internalisieren sie diese Zuschreibungen und verhalten sich auch entsprechend. Je mehr Identitätsmöglichkeiten die Jugendlichen haben, desto mehr Möglichkeiten haben sie, als Muslime, als Sportler, Schüler, als Bruder, als Musiker etc.

In den Talkshows der Privatsender kommen häufig Migranten zu Wort, die den negativen Klischees entsprechen.

In seriösen Sendungen sind Migranten kaum vertreten, seit einigen Monaten gibt es eine Nachrichtensprecherin mit Migrationshintergrund.

Auf die Frage: Bist du sexuell aufgeklärt worden antworten viele Migrantenjugendliche mit „nein“. Dabei werden ihnen in der Familie Handlungsnormen „wie rituelle Waschungen, Beschneidung, Umgang mit der Periode“ mitgegeben, aber diese Handlungsnormen werden von ihnen nicht mit Sexualität in Verbindung gebracht.

Wie sieht die Elternarbeit aus? Was sagen Eltern zur Sexualkunde in der Schule?

Eltern wollen die Inhalte wissen.

Eltern befürchten, dass die Kinder durch den Sexualkundeunterricht zum Ausprobieren animiert werden. Muslimische Eltern haben häufig Vorbehalte gegenüber der hiesigen Sexualmoral, haben Vorurteile. Sie befürchten, Kinder bekommen Werte vermittelt, die sie nicht teilen können.

Das ist nicht der Inhalt der Sexualpädagogik.

Der Sexualkundeunterricht behandelt Themen wie:

Wissen über den Körper, Gefühle, Lebensplanung, Schutz vor Missbrauch. Das Wissen um die konkreten Inhalte des Unterrichts kann Eltern überzeugen, dass sie keine Ängste haben.

Man muss zunächst auf die Leute, auf Frauengruppen, auf Migrantenorganisationen zugehen, dann suchen sie bei Bedarf die Institutionen auf.

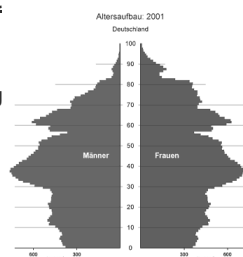
Alter und Pflege

Jens Friebe, Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE)

1. Das Thema Migration erfreut sich immer wieder großer Aufmerksamkeit bei den Demographen: Sie berechnen das Zuwanderungssaldo – die Bilanz von Zuwanderung und Auswanderung und stellen fest, dass diese für die BRD immer ungünstiger ausfällt. Die Zahl der Einwanderung nach Deutschland sinkt und damit werden auch Szenarien unwahrscheinlich, die die Alterung der Gesellschaft und den Mangel an jungen Arbeitskräften durch Migration ausgleichen wollen. Wie bedeutsam der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund ist, wurde erst richtig deutlich, als das Statistische Bundesamt zu dieser Bevölkerungsgruppe auch die so genannten Spätaussiedler und die Nachkommen von Menschen mit Migrationshintergrund 2. und 3. Generation rechnete.

Alternde Gesellschaft

Weniger Geburten
Höhere Lebenserwartung
Geringes
Zuwanderungssaldo



2. Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte ist in Deutschland ein lang bekanntes Mittel auf Engpässe am Arbeitsmarkt zu reagieren. Die in den 70er Jahren eingewanderten Menschen stellen heute zusammen mit ihren Angehörigen eine bedeutsame Gruppe älterer Menschen. In NRW erwarten wir im Jahr 2010 etwa 250.000 Menschen ausländischer Herkunft über 60 Jahren. Die Anzahl hat sich in 10 Jahren seit 2005 verdreifacht. Nun ist das Lebensalter allein noch kein Indiz für den Pflegebedarf, doch die Menschen mit Migrationshintergrund haben in Deutschland oft unter schlechten Arbeitsbedingungen gearbeitet und sie selbst schätzen ihren Gesundheitszustand nicht gut ein.

Kultursensible Altenpflege

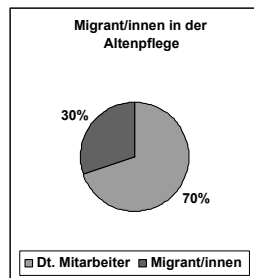
- Ältere Migrant/innen
- Wenig Kontakte zur deutschen Bevölkerung
- Orientierung an kultureller/ethnischer Herkunft
- Große Bedeutung der Muttersprache



3. Es zeigt sich immer deutlicher, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund bei Pflegebedürftigkeit Bedürfnisse aufweisen, die nicht einfach mit denen der einheimischen Bevölkerung gleichgesetzt werden können. Die Kampagne für eine kultursensible Pflege hat in Deutschland durch Veranstaltungen und Veröffentlichung auf die Herausforderung bei der Pflege älterer Migrant/innen aufmerksam gemacht. Ich möchte nur auf drei Punkte hinweisen:

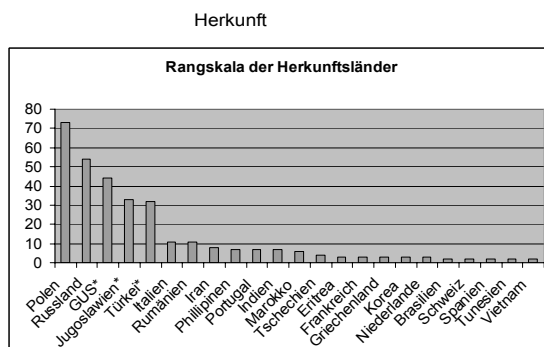
- a. Das deutsche Pflegesystem ist in Bezug auf die Angebotstruktur und auf die Finanzierung unübersichtlich. Dies führt bei deutschen, wie bei Menschen mit Migrationshintergrund zu Informationslücken, die einer angemessenen Unterstützung im Wege stehen.
- b. Hinzu kommt im Alter die stärkere Orientierung an der Herkunftskultur- insbesondere bei Menschen türkischer Herkunft - mit der Erwartung im Alter von der Familie gepflegt zu werden.
- c. Sind die Menschen dann aber auf das deutsche Pflege und Gesundheitssystem angewiesen, so erweist sich der mangelnde Kontakt zur deutschen Gesellschaft und die wenig praktizierte deutsche Sprache als eine deutliche Barriere in der Pflegeinteraktion.

Bestandsaufnahme



Befragung von 97 stationären Altenpflegeeinrichtungen in NRW: In den beteiligten Einrichtungen waren 5.495 Pflegekräfte beschäftigt. Davon hatten 1.647 Mitarbeiter/innen einen Migrationshintergrund.

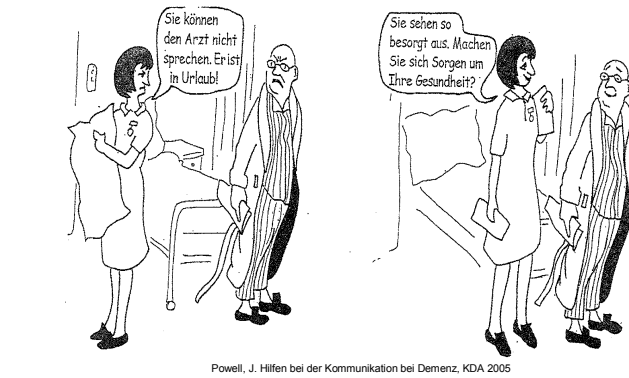
- 4. In dieser Situation könnten wir den hohen Anteil der Pflegenden, die selbst einen Migrationshintergrund haben, für einen Glücksfall der Altenpflege halten und in der Tat leisten diese Mitarbeiter in Krankenhäusern und Pflegeheim vielfältige kulturelle Vermittlungsdienste. Doch allein damit, sind die Probleme nicht gelöst. Wir wissen es gibt vielmehr Pflegenden osteuropäischer als etwa türkischer Herkunft, und hinter dem Begriff türkischer Herkunft verbergen sich ganz unterschiedliche kulturelle Biografien. Unser Informationsstand über die Situation von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Deutschland ist zudem sehr gering. Irgendwie scheint das System zu funktionieren und so ist das politische Interesse an diesen Problemen nicht sehr hoch. Unsere Untersuchung zur Situation von Migrantinnen in der Altenpflege ist leider eine isolierte Aktion geblieben, die nicht fortgeführt werden konnte. Wie haben aber immerhin über 100 Pflegeeinrichtungen zur Situation befragt und festgestellt dass etwa 1/5 der Altenpflegekräfte in NRW einen Migrationshintergrund hat.
- 5. Schon bei einer relativ geringen Anzahl von befragten Einrichtungen wird deutlich, dass die Mitarbeiter ganz unterschiedliche Migrationsgeschichten in die Pflege mitbringen, die positiv betrachtet ein reicher Fundus an Erfahrungen und Ressourcen für die Lösung schwieriger Probleme darstellen.



Die Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund kommen aus mehr als 30 verschiedenen Nationen

6. Wir haben in unserer Untersuchung die Heim- und Pflegedienstleitungen nach ihren – zweifellos subjektiven – Einschätzungen in Bezug auf die Stärken und Schwächen der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund gefragt.
7. Für uns waren diese Ergebnisse bedeutsam, weil wir den Fortbildungsbedarf der Einrichtungen abstecken wollten und Angebote erprobt haben.

Kommunikation in der Altenpflege



8. Für die Pflegesituation sind die kulturellen und sprachlichen Hintergründe, die mit der Migration verbunden sind elementar wichtig – und zwar sowohl in Situationen in den der/die Pflegenden oder die/der Klient den Migrationshintergrund hat. Eine gute Pflege setzt gegenseitiges Verstehen voraus und dies erfordert einen bewussten Umgang mit Sprache.
9. Meine Handlungsempfehlungen lassen sich in zwei Konzepten zusammenfassen: Interkulturelle Öffnung der Einrichtungen und Förderung der Interkulturellen Kompetenz der Pflegenden und haben auch eine politische Empfehlung. Chancengleichheit

- **Eine bedeutende Anzahl der Beschäftigten in der Altenpflege hat einen Migrationshintergrund. Daraus ergeben sich wichtige Einflüsse für Pflegeinteraktionen.**
- **Stärken haben die Migrant/innen bei der Einsatzbereitschaft, Zuverlässigkeit und Engagement. Defizite werden im Bereich Sprache, bei der Teamfähigkeit und beim Kulturverständnis genannt.**
- **Weiterbildungsbedarf existiert bei der deutschen Sprache, bei der Kommunikation und beim Pflegeverständnis. Die pflegfachlichen und sprachlichen Fortbildungen müssen integriert werden.**

Diskussionsergebnisse und Empfehlungen aus dem Gesamtprozess

1.	Interkulturelle Öffnung und Sensibilisierung, Sprach- und Kulturmittlung
Ziel	Zugangsbarrieren bei Beratung und Versorgung abbauen; Informationsfluss verbessern
Notwendigkeiten/Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung von Fortbildung zu interkultureller Kompetenz • „Wegweiser“ zu muttersprachlichen Therapie- und Beratungsmöglichkeiten, auch Praxen-Adressen; möglichst jährliche Aktualisierung • Unterstützung von Projekten (wie MiMi, VIBB etc.) • Veranstaltungen zu gesundheitlichen Themen in unterschiedlichen Sprachen • Datenlage verbessern
Hintergrund/Erläuterungen	<ul style="list-style-type: none"> • Die Einrichtungen sollten Leitgedanken zum Thema Migration entwickeln, die <ul style="list-style-type: none"> - konkrete, praxisorientierte und umsetzbare Zielvorstellungen beinhalten, - Interesse an kulturellen Hintergründen ausdrücken, - die Bereitschaft zum Inhalt haben, neue Wege auszuprobieren. • Die Einrichtungen sollten die interkulturelle Öffnung zur Chefsache machen, um <ul style="list-style-type: none"> - interkulturelle Kompetenzen zu stärken, - Netzwerke zu bilden und auszubauen (von Anbietern und Multiplikatoren), - vertrauensvollen kultursensiblen Beziehungsauf- und -ausbau fördern, - interkulturelle Teams zu bilden, - Zugangserleichterungen zu schaffen (z. B. Angebote in Stadtteilen mit vielen Bewohnern mit Migrationshintergrund), - Mittel / Ressourcen für den erhöhten Betreuungsaufwand von Migranten bereitstellen (größerer Zeitaufwand, Dolmetscher...), - Beratungsangebote, trotz rückläufiger Flüchtlingszahlen, aufrecht zu erhalten, - Qualitätsstandards (z. B. beim ambulant betreuten Wohnen) zu entwickeln, - Diversity besser zu nutzen. • Bezogen auf die Arbeit medizinischer / psychotherapeutischer Einrichtungen bedeutet dies, <ul style="list-style-type: none"> - Aufklärungsarbeit (möglichst mehrsprachig) über die Sinnhaftigkeit von Kontrolluntersuchungen (z. B. U1- U9) zu machen, - Frühförderung für Kinder zu entstigmatisieren, - muttersprachlich und kulturell angepasste Schulungs- und Behandlungsprogramme zu häufig vorkommenden Erkrankungen (z. B. Diabetes) anzubieten, - Eltern- und Moscheevereine, Organisationen und christliche Gruppierungen für gesundheitliche Themen zu gewinnen, - Veranstaltungen zu gesundheitlichen Themen in verschiedenen Sprachen an Schulen, Kindertagesstätten, etc. anzubieten, - ein Verzeichnis über bilinguale Psychotherapeuten zusammen zu stellen, - vermehrt psychologisch geschulte Fachdolmetscher einzusetzen,

	<ul style="list-style-type: none"> - die Gründung kulturspezifischer Selbsthilfegruppen zu unterstützen. • Für das weitere Vorgehen des Arbeitskreises Gesundheit und Migration bedeutet es, <ul style="list-style-type: none"> - durch regelmäßige Fachkonferenzen den Prozess zu verfolgen, - Zielverantwortliche zu benennen und - umsetzbare Anregungen zu geben.
--	---

2.	Kinder, Familien, Erziehung
Ziel	Kindergesundheit und Elternkompetenz verbessern
Notwendigkeiten/Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Weitere Werbung für Vorsorge • Information von Vereinen und Gemeinden • Einsatz weiterer Multiplikatoren (z.B. pädagogische Fachkräfte mit Zuwanderungsgeschichte in Kitas, Familienzentren und Schulen, Zusammenarbeit mit Stadtteilmüttern)
Hintergrund/Erläuterungen	<p>Bezogen auf die Arbeit mit Familien mit Migrationshintergrund heißt dies,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eltern durch Präventionsangebote zu stärken, - die Bildung und Qualifizierung von Kindern und Jugendlichen zu fördern, - Multiplikatoren mit Migrationshintergrund (z. B. Stadtteilmütter) zu schulen und einzusetzen, - Projekte zur Prophylaxe von auffälligem aggressiven Verhalten, Sucht und psychosomatischen Störungen umzusetzen, - Angebote transparent zu machen (z. B. Informationen über Erziehungsberatungsstellen im Schulunterricht).

3.	Psychische Störungen
Ziel	Verbesserung der psychotherapeutischen, psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Versorgung von erwachsenen MigrantInnen.
Notwendigkeiten/Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau und Vernetzung der Angebote • Entwicklung von Qualitätsstandards • verbesserte Angebote zur Versorgung von suchtkranken MigrantInnen
Hintergrund/Erläuterungen	<p>Die ambulante und stationäre psychiatrische, sozialpsychiatrische und psychotherapeutische Versorgungslandschaft ist nicht ausreichend kultursensibel auf Patienten mit Migrationshintergrund ausgerichtet. Die Erreichbarkeit von Angeboten ist nicht zufrieden stellend. Um adäquate und differenzierte Behandlungsmöglichkeiten sicher zu stellen, fehlt es an mehrsprachigem, interkulturell kompetentem und kultursensiblen Fachpersonal und genereller Öffnungsbereitschaft von Einrichtungen.</p> <p>Wünschenswert wäre somit der Aufbau von bilingualen und kultursensiblen sozialpsychiatrischen Einrichtungen, z. B. einem Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentrum Migration in Essen (SPKoM) oder dem Aufbau eines Arbeitsschwerpunktes „Psychisch kranke Migranten“ an einem der drei Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ).</p> <p>Die vom Land in Delegation an den Landschaftsverband Rheinland (LV) seit 1998 geförderten SPKoM haben das Ziel, die Erreichbarkeit der bestehenden gemeindepsychiatrischen Einrichtungen für MigrantInnen zu verbessern. Es sollen zielgruppenspezifische Angebote und kultursensible Ansätze entwickelt sowie Einrichtungen, Verbände und Organisationen bei interkulturellen Fragen beraten werden.</p>

	<p>Bis zum Jahr 2009 wurden vier SPKoM eingerichtet (Köln, Duisburg, Solingen, Bonn). Der LVR ist bestrebt, in den kommenden Jahren die Zahl der SPKoM im Rheinland zu erhöhen. Für Essen ist bisher das SPKoM Duisburg zuständig. Frühestens ab 2012 könnte evtl. auch für Essen ein Antrag auf Anschubfinanzierung für den Aufbau eines SPKoM gestellt werden.</p> <p>Schwerpunkte der Arbeit eines SPKoM bzw. eines Sozialpsychiatrischen Zentrums (SPZ) mit dem Arbeitsschwerpunkt „psychisch kranke MigrantInnen“ können u. a. sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationsveranstaltungen bei Migrantenselbstorganisationen (MSO) • Entwicklung eines Diskurses zwischen VertreterInnen verschiedenartiger MSOs und den Akteuren der Gemeindepsychiatrie zu Angeboten und zum Aufbau von einem Fachkräftepool mit verschiedenen Zuwanderungsgeschichten • Beratung und Weiterleitung von psychisch kranken Frauen mit Gewalterfahrungen (auch in der Ehe) hinsichtlich Wohn- und Therapiemöglichkeiten, Familien-, Unterhalts- und Ausländerrecht etc. • Einwirken zur Förderung der Niederlassung fremdsprachiger Psychotherapeutinnen/Psychiatern mit Kassenzulassung (arabisch sprechende Therapeuten) <p>Entwicklung eines Treff- und Informationspunktes für psychisch erkrankte MigrantInnen mit Suchtproblemen</p> <p>Eine vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene Arbeit (2000) zeigte auf, dass repräsentative Studien zu Migration und Sucht fehlen.</p> <p>Personen mit Doppeldiagnosen (psychische und Suchterkrankungen) stellen eine besondere zu versorgende Klientengruppe dar. In Essen gibt es bereits ein interkulturell offenes Wohn- und Betreuungsprojekt zum Themenkreis „Psychose und Sucht“. Anbieter des Ambulant Betreuten Wohnens (Eingliederungshilfe SGB XII) beraten und betreuen KlientInnen mit Doppeldiagnose und Migrationshintergrund.</p> <p>Auf diesem Hintergrund wird empfohlen, die Vernetzung zwischen den Akteuren weiter zu fördern.</p> <p>Ein zentraler auszubauender Treff- / Infopunkt für suchtkranke Menschen mit Migrationshintergrund sollte sich u. a. folgenden Schwerpunkten widmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niedrigschwellige Anlaufstelle mit Café-Angebot zur existenziellen Absicherung und Anbindung an die Versorgungsstruktur • Aufbau von ambulant betreuten Wohnangeboten mit tagesstrukturierenden Angeboten für Menschen mit Migrationshintergrund und mit Doppeldiagnosen (Beschäftigungs-, Freizeit- und Tagesgestaltungsangebote) • Beratung zur Koabhängigkeit in durch Sucht belasteten Migrantenfamilien • Beratungsangebote für tablettenabhängige Frauen
--	--

4.	Alter und Pflege
Ziel	Verbesserte interkulturelle Kompetenz der Pflegenden
Notwendigkeiten/Maßnahmen	Werben für Fort- und Weiterbildung des Personals

5.	Sexualaufklärung, STD/AIDS
Ziel	Aufklärung über sexuelle Gesundheit, Familienplanung, ungewollte Schwangerschaften, sexuell übertragbare Krankheiten
Notwendigkeiten/Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Ansprechen von Gruppen, Vereinen, Organisationen interkulturell gestalten • Fortbildung für Fachkräfte von Kitas, Schulen, Sozialen Diensten, Polizei, in Medizin, Geburtshilfe und Pflege • Stärkere Einbeziehung der Eltern
Hintergrund/Erläuterungen	<p>MigrantInnen nehmen präventive Beratungsangebote unzureichend in Anspruch. Das ist teilweise darin begründet, dass Migrantinnen aus ihren Heimatländern die Gesundheitsangebote anders kennen. In Deutschland existiert neben dem rein medizinischen System auch ein Beratungssystem, das sich präventiv mit Gesundheitsfragen beschäftigt. Es ist daher notwendig, MigrantInnen über die Beratungsgebote im Bereich sexuelle Gesundheit und Prävention adäquat zu informieren.</p> <p>Darüber hinaus müssen neue Zugangswege ermittelt werden, damit MigrantInnen an Gesundheits- und Beratungsangeboten partizipieren. Um adäquate und differenzierte Behandlungsmöglichkeiten sicher zu stellen, fehlt es an mehrsprachigem, interkulturell kompetentem und kultursensiblem Fachpersonal.</p> <p>Die Themen der Sexualität sind zum größten Teil mit Tabus besetzt und erfordern eine besonders sensible und kulturell differenzierte Herangehensweise, klare Haltungen und individuelle Lösungswege. Beispielsweise sollte der/die Berater/in offen und interessiert an kulturell unterschiedlichen Wertvorstellungen (z. B. die Rolle des Jungfernhütchens) sein und wertneutral die Unterschiede zwischen wünschenswerten und realen Verhaltensweisen beobachten, um diese innerhalb des Gespräches unter kulturellen Aspekten berücksichtigen zu können.</p> <p>Die Gruppe der Asylbewerber braucht aufgrund ihrer Lebenslage eine besondere Beachtung. Es sollte ein Anspruch auf psychosoziale Beratung für Asylbewerber bestehen. Denn die Notwendigkeit zur Beratung zur sexuellen Gesundheit besteht weit vor Erlangen eines gesicherten Aufenthaltsstatus und kann maßgeblich zur Verhinderung und Linderung der möglichen psychosozialen Folge- und Langzeitbelastungen beitragen.</p>

6.	Gesundheitswegweiser
Ziel	Zugangsbarrieren bei Beratung und Versorgung abbauen, Informationsfluss verbessern
Notwendigkeiten/Maßnahmen	Erstellung eines Wegweisers über Angebote zu Gesundheit und Migration
Hintergrund/Erläuterungen	<p>In allen Themenfeldern der AG Migration und Gesundheit wurde der Bedarf nach einem „Wegweiser“ für die Stadt Essen festgestellt, mit dem sich sowohl Migrantinnen und Migranten als auch Multiplikatoren in der interkulturellen Arbeit einen Überblick über Angebote von Gesundheitsleistungen und Beratungsstellen verschaffen können.</p> <p>In Untergruppen sammelten die Teilnehmer der AG Migration und Gesundheit Adressen, Kontaktstellen und Ansprechpersonen, insbesondere mit muttersprachlichen und migrationsspezifischen Angeboten zu den Themenschwerpunkten</p>

	<ul style="list-style-type: none">• Familien• Kinder• Flüchtlinge• migrationspezifische Beratungen und Angebote• psychologische /psychotherapeutische / psychosoziale Beratung• Niedergelassene Ärzte / Kliniken mit migrationspezifischen Angeboten• Sexualberatung / sexuell übertragbare Krankheiten• Suchthilfen• Selbsthilfegruppen <p>Um einen Wegweiser in regelmäßigen zeitlichen Abständen zu veröffentlichen und zu aktualisieren ist es unerlässlich, eine verantwortliche Koordinierung sicher zu stellen.</p>
--	--

Wie geht es weiter?

Die Ergebnisse und Empfehlungen dieses Berichts werden in den nächsten Monaten in den fachlichen Gremien wie Gesundheitskonferenz, AG PlaKo (Psychiatrie), Ausschuss für Soziales, Arbeit- und Gesundheit, Integrationsrat u. a. beraten. Im Anschluss daran werden unter Federführung des Fachbereichs Gesundheit die weiteren zielführenden Maßnahmen und Prozesse mit den Beteiligten verabredet und geplant.

