

Landesvereinigung  
für Gesundheit  
und Akademie für  
Sozialmedizin  
Niedersachsen e.V.

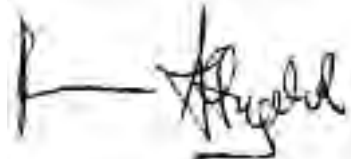
Eigentlich greifen wir in den »impulsen« sehr selten Themenstellungen wiederholt auf, trotzdem ist dies bereits die dritte Newsletterausgabe, die das Thema Migration und Gesundheit behandelt. Die aktuelle Ausgabe zeigt, wie sehr sich die politischen Rahmenbedingungen verändert haben, indem Integration zu einem Topthema auf der politischen Agenda geworden ist, aber die konkreten Fortschritte in der Gesundheitsversorgung selbst bislang relativ klein geblieben sind. Dabei sind die Herausforderungen einer kultursensiblen Versorgung eher größer als kleiner geworden. Denn es eröffnen sich unter den Vorzeichen des demografischen Wandels neue Handlungsfelder, etwa in der Pflege und Betreuung von Demenzerkrankten mit Migrationshintergrund oder einer kultursensiblen Geburtshilfe.

Eines hat sich allerdings im letzten Jahrzehnt kaum verändert, das Wirrwarr um die Zahlen, und die Frage, wer nun zur Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund (noch) dazu gehört. Auch in diesem Newsletter tauchen ganz unterschiedliche Zahlen auf, wir haben gar nicht erst versucht, diese zu vereinheitlichen. Gleich der Eröffnungsartikel schlägt ein radikales Umdenken vor, nämlich von der Forderung nach Kultursensibilität hin zu einer Akzeptanz der Differenz zu kommen. Diese Art von Diversity Management könnte in der Gesundheitsversorgung und -förderung zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgungsqualität führen. Darüber hinaus enthält dieses Heft im Schwerpunktteil weitere aktuelle Grundsatzartikel u.a. von der niedersächsischen Integrationsbeauftragten sowie neue Forschungsergebnisse, beispielsweise die migrationspezifischen Auswertungen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys des Robert Koch-Instituts.

Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. hat seit 2008 im Rahmen des niedersächsischen Integrationsplans einen Arbeitsschwerpunkt Migration und Gesundheit aufgebaut, der über Qualifikations- und Informationsangebote hinaus auch die Einrichtung eines Internetportals vorsieht, das Informationen zu Sprachkenntnissen in allen Gesundheitsversorgungsbereichen beinhaltet.

Wie immer sind Sie an dieser Stelle zur Beteiligung an den nächsten Ausgaben mit Beiträgen, Anregungen und Informationen herzlich eingeladen. Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Finanzierungswege von Gesundheitsförderung und Prävention« (Redaktionsschluss 04.05.2009) und »Eigenverantwortung, Normen, Partizipation« (Redaktionsschluss 07.08.2009).

Mit herzlichen Grüßen



Thomas Altgeld und Team

## Inhalt

|   | Seite |
|---|-------|
| ■ Interkulturelle Öffnung in der Gesundheitsversorgung – was heißt das?                           | 02    |
| ■ Integration vor Ort   | 03    |
| ■ Daten und Zahlen zu Menschen mit Migrationshintergrund in Niedersachsen                         | 04    |
| ■ Psychische Gesundheit und psychosomatische Beschwerden von Menschen mit Migrationshintergrund   | 05    |
| ■ Gesundheitliche Situation von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund                      | 06    |
| ■ Kommunikation und soziale Beziehungen   | 08    |
| ■ Barrieren und Zugänge in der gesundheitlichen Versorgung  | 09    |
| ■ Interkulturelle Arbeit der Pflege   | 10    |
| ■ Familiäre Pflege von Demenzerkrankten mit türkischem Migrationshintergrund                      | 11    |
| ■ Zur Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund  | 12    |
| ■ Schwangerschaft und Geburt bei Migrantinnen   | 14    |
| ■ Das MiMi-Projekt – Eine Idee setzt sich durch   | 16    |
| ■ Förderung der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten   | 16    |
| ■ Familie – Migration – Baby (Fa-Mi-Baby)   | 17    |
| ■ Gesundheitssport für Muslimas   | 18    |
| ■ Ein neuer Bildungsweg für Hebammen und Entbindungspfleger                                       | 18    |
| ■ Internetportal zur Recherche nach fremdsprachigen Gesundheitsangeboten                          | 19    |
| ■ Zahngesundheit im benachteiligten Stadtteil fördern   | 20    |
| ■ Medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Bremen                   | 20    |
| ■ Ein kultursensibler Zugang in der HIV/AIDS-Prävention und Versorgung: Das Bremer Afrika-Projekt | 21    |
| ■ Sport integriert Niedersachsen  | 22    |
| ■ Mädchen kicken mit  | 22    |
| ■ Förderung von Gesundheit als Baustein kommunaler Integrationspolitik                            | 23    |
| ■ Mediothek   | 24    |
| ■ Termine   | 30    |
| ■ Impressum   | 15    |

# Versteht mich hier jemand?

## Migration, Kultursensibilität und Gesundheit

## Interkulturelle Öffnung in der Gesundheitsversorgung – was heißt das?

### Zuwanderung und Vielfalt in Deutschland

In Deutschland leben und arbeiten seit Jahrzehnten Menschen deren Wurzeln in anderen Ländern liegen. Angefangen bei der Arbeitsmigration in den 1960er Jahren bis hin zum erst seit kurzem zurückgehenden Einwanderungsstrom der Spätaussiedlerinnen und -aussiedler ist die Zahl der in Deutschland lebenden Personen mit direktem oder indirektem Migrationshintergrund auf ungefähr 20% gestiegen. Mittlerweile bekennt sich auch der deutsche Staat zu seinem Status als Einwanderungsland.

Der Hinweis auf die jüngere Zuwanderungsgeschichte verdeutlicht die Heterogenität der Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Diese Gruppe ist durch unterschiedliche Herkunftsländer, Migrationsmotive und -hintergründe sowie durch Unterschiede bei der Aufenthaltsdauer und der Migrationsgeneration gekennzeichnet. Es ist von einer kontinuierlichen Zuwanderung und von einer zunehmenden sozialen, ethnischen und kulturellen Vielfalt der Bevölkerung in Deutschland auszugehen.

### Von der Kultursensibilität zur Akzeptanz der Differenz

Im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung weisen die vorliegenden Daten zur gesundheitlichen Lage von Migrantinnen und Migranten auf spezifische Gesundheitsrisiken und einen insgesamt schlechteren objektiven und subjektiven Gesundheitsstatus im gesamten Lebenszyklus hin. Aus diesem Grund zeichnen sich in Deutschland in den letzten Jahren verstärkte Bemühungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung dieser Bevölkerungsgruppe ab. Während Migrantinnen und Migranten in früheren Jahren »irgendwie mitversorgt« wurden und sich anpassen mussten, um eine gleich gute Versorgung zu erhalten, stehen nun Begriffe wie »interkulturelle Öffnung«, »interkulturelle Kompetenz«, »transkulturelle Kompetenz«, »Kultursensibilität« oder »Migrations-sensibilität« im Vordergrund. Momentan wird unter diesen Konzepten vielfach eher der Aufbau von speziellen Gesundheitsangeboten für Migrantinnen und Migranten und nicht das Eingehen auf Verschiedenheit innerhalb der regulären Versorgungseinrichtungen verstanden. Im Mittelpunkt der genannten Strategien steht dabei vor allem die kulturelle Differenz. Dabei ist nicht klar, welches Gewicht der Kultur tatsächlich zukommt, ob die kulturelle Differenz nur angenommen oder zugeschrieben wird. Kulturelle Faktoren stellen jedoch neben soziodemographischen Faktoren, Migrationsfaktoren (Sprache, Aufenthaltsdauer, -status, Migrationsmotive) und individuellem Verhalten oder Einstellungen nur einen Einflussfaktor auf die Gesundheit dar. Werden die anderen relevanten Faktoren vernachlässigt oder unter »Kultur« subsumiert, besteht die Gefahr der »Kulturalisierung« oder »Ethnifizierung« sozialer Determinanten oder auch von strukturellen Defiziten in den Präventions- und Versorgungskonzepten. Um spezifische Bedürfnisse zu erkennen und das Versorgungssystem entsprechend ausrichten zu können, ist aber ein intersektoraler und differenzsensibler Ansatz nötig.

### Handlungsfelder in der Gesundheitsversorgung

Am Beispiel von Studienergebnissen unserer Forschungsgruppe sollen zwei zentrale Problem- und Handlungsfelder aus der

Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten aufgezeigt werden.

### Inklusion und Repräsentation in Gesundheitsforschung und Qualitätssicherung

Migrantinnen und Migranten machen in großstädtischen Kliniken bis zu 30% der Patientinnen und Patienten aus. Dennoch werden sie aufgrund von vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien häufig systematisch von Studien der Versorgungsforschung und von Qualitätssicherungsmaßnahmen ausgeschlossen. Die Folge sind Verzerrungen bei den Ergebnissen. Ein systematischer Einschluss dieser Gruppe in Befragungen gelingt nur durch die Anpassung der Befragungsinstrumente. Bei einem Teil der Migrantinnen und Migranten erfordert die Inklusion z. B. die Übersetzung der Fragebögen, die Beteiligung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Migrationshintergrund in den Forschungsgruppen und Interviewerinnen und Interviewern mit Kenntnissen in relevanten Migrantensprachen.

### Information und Patientenaufklärung

Unsere Befragung in einer Berliner Frauenklinik zeigte für türkeistämmige Migrantinnen, dass diese deutlich schlechter über ihre Diagnose und die in der Klinik erfolgte Therapie informiert waren als einheimische deutsche Frauen. Während sich bei den Patientinnen deutscher Herkunft im Zeitraum vom Tag der Aufnahme bis zum Tag der Klinikentlassung ein leichter Anstieg der korrekten mit den in der Patientenakte übereinstimmenden Angaben zeigte, wurde bei den befragten Migrantinnen im Verlauf des Klinikaufenthalts trotz erfolgter Patientenaufklärung eine Verringerung des Anteils korrekter Angaben erkennbar.

Eine aktuelle Befragung von 900 Frauen der Altersgruppe von 45–60 Jahren in Berlin zu den Wechseljahren und menopausaler Hormontherapie ergab, dass türkeistämmige Migrantinnen deutlich häufiger starke Belastungen durch Wechseljahrsymptome angaben und deutlich schlechter über Risiken und Nutzen der Hormontherapie informiert waren als Migrantinnen aus China, Korea, Japan und einheimische deutsche Frauen. Während der Bildungsgrad bei den türkeistämmigen Frauen einen signifikanten Einfluss auf die Informiertheit hatte, konnte dieser Effekt bei den anderen befragten Frauen nicht in dem Maße beobachtet werden. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass Migrantinnen in sich eine heterogene Gruppe darstellen und es erforderlich ist, die spezifische Lebenswelt verschiedener Gruppen differenziert zu betrachten.

### Schlussfolgerungen

Differenzensible Konzepte müssen in der Gesundheitsforschung ansetzen und im Qualitätsmanagement ihre Anwendung finden. Wesentliche Grundlage dafür ist die systematische und differenzierte Repräsentation von Migrantinnen und Migranten sowie die selbstverständliche Erhebung wichtiger migrationsbezogener Aspekte.

Die Akteure des Bildungs-, Gesundheits- sowie Sozialwesens und die Forschungspraxis sind gefordert zu prüfen, inwieweit sie vorbereitet sind, um angemessen auf die Bedürf-

nisse verschiedener Bevölkerungsgruppen reagieren und Ungleichheiten in Bezug auf die Gesundheitschancen ausgleichen zu können. In der Gesundheitsversorgung im Speziellen sind strukturelle Anpassungen an soziale und kulturelle Vielfalt erforderlich, um alle Patientinnen und Patienten bzw. Zielgruppen zu erreichen und deren Partizipation zu ermöglichen. Die Lebensweise bzw. kulturelle Aspekte spielen dabei möglicherweise eine geringere Rolle als angenommen.

Da es bei der Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Migrantinnen und Migranten auch um die Versorgungsgerechtigkeit geht, sind Gesundheitsinstitutionen angesichts der Vielfalt der Nutzerinnen und Nutzer aufgefordert, die Zugänglichkeit, Erreichbarkeit, Verständlichkeit und Annehmbarkeit der Angebote und schließlich eine gleich gute Versorgungsqualität für alle sicher zu stellen. Die Therapietreue ist nicht allein seitens der Patientinnen und Patienten zu erfüllen sondern auch eine Bringschuld des Versorgungssystems.

#### Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. THEDA BORDE, Alice Salomon Fachhochschule Berlin,  
Tel.: (0 30) 99 24 55 19, Fax: (0 30) 99 24 52 45,  
E-Mail: borde@asfh-berlin.de

## Honey Deihimi

### Integration vor Ort

Integration findet vor Ort statt, d.h. im Kindergarten, in der Schule, am Arbeitsplatz, im Stadtteil. Wie aber bekommen wir es mit einem »guten Miteinander« hin, dort, wo sich Menschen mit und ohne Migrationshintergrund jeden Tag tatsächlich begegnen? Wie kann dabei Integrationspolitik auf kommunaler Ebene möglichst konkret, nah an den Menschen und bedarfsorientiert entwickelt und umgesetzt werden?

Von Bedeutung – auch für eine kultursensible Gesundheitspolitik – ist eine ganzheitliche Betrachtung, denn die Bedingungen für Gesundheit und Krankheit stehen in Zusammenhang mit Bildung und ökonomischer Lage, mit Arbeitsbedingungen, dem sozialen Umfeld und den Wohnverhältnissen des Einzelnen. Der hierauf basierende »Setting-Ansatz« der Gesundheitsförderung fokussiert richtigerweise auf die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren. Verhaltensänderungen sind nur möglich und langfristig stabil, wenn sie in den Alltag integriert werden können.

Wesentliche Rahmenbedingung für die vielfältigen Integrationsaktivitäten und für eine erfolgreiche Integrationspolitik ist jedoch ein aufeinander abgestimmtes Gesamtkonzept. Grundvoraussetzung hierfür ist, dass kommunale Entscheidungsträger den politischen Willen aufbringen, ein Gesamtkonzept mit klaren Zielvorstellungen partizipativ zu erstellen und zu unterstützen. Ein klares Bekenntnis der Verwaltungschefs und ihr persönlicher Einsatz, insbesondere auch in der Öffentlichkeit, können den Stellenwert des Themas Integration für alle erhöhen. Ebenso ist die enge Zusammenarbeit von Initiativen, Migrantorganisationen, Gesundheitseinrich-

tungen, Wohlfahrtsverbänden, Wirtschaft, Schulen und vielen weiteren Akteurinnen und Akteuren von zentraler Bedeutung. Soll Integrationspolitik nachhaltig wirken, darf sie nicht bei – noch so gelungenen – Einzelprojekten stehen bleiben. Sie muss von den politisch Verantwortlichen gesteuert werden.

### Bedeutung der kommunalen Integrationsbeauftragten und Leitstellen

Den derzeit ca. 20 niedersächsischen kommunalen Integrationsbeauftragten und den Integrationsleitstellen in 15 Städten und Landkreisen kommt dabei eine herausgehobene Bedeutung zu. Die Vernetzung der verschiedenen Gesundheitseinrichtungen, die in besonderer Weise mit Migrantinnen und Migranten im Kontakt sind, ist eine der wichtigen Aufgaben. Zur Optimierung der Gesundheitsversorgung von Zugewanderten sind grundsätzlich keine Spezialangebote zu entwickeln, sondern die vorhandenen Angebote und Strukturen durch Förderung der interkulturellen Kompetenz der Gesundheitsdienste zu stärken. Dies können auch modellhafte Projekte unterstützen, die von den jeweiligen Beauftragten und Leitstellen initiiert werden können. Hierzu gibt es auch in verschiedenen Kommunen schon gute Beispiele und Erfahrungen. Im Rahmen meiner Tagungen mit den kommunalen Integrationsbeauftragten und Leitstellen und in meiner Öffentlichkeitsarbeit unterstütze ich auf Landesebene diesen Erfahrungsaustausch.

Die Einbeziehung und Beteiligung der Betroffenen bei der Gestaltung von Rahmenbedingungen trägt zum Erfolg bei, vor allem, wenn das soziale Gefüge zum besseren Erreichen der jeweiligen Zielgruppe genutzt wird.

### Rolle der Migrantorganisationen

Als wesentlich für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung in und mit verschiedenen Migrantengruppen gilt die Entwicklung eines geeigneten Zugangsweges zur Zielgruppe. Dazu müssen insbesondere die kulturellen und ethnischen Rahmenbedingungen beachtet sowie sprachliche Hürden berücksichtigt werden. Nur so ist eine dauerhafte, angemessene und verständnisvolle Kommunikation möglich. Erst dann können die Aufgaben der Befähigung und Entwicklung von persönlichen Kompetenzen und sozialen Fähigkeiten erfolgreich gelöst werden. Ziel ist, den Menschen zu helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und Lebenswelt auszuüben und Entscheidungen zu treffen, die ihrer Gesundheit zugute kommen. Häufig wird dies insbesondere durch die Vermittlung von Informationen und gesundheitsbezogener Bildung sowie durch die Verbesserung sozialer Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit angestrebt. Das allein ist oft nicht ausreichend. Unterschiedliche soziale Rahmenbedingungen erfordern entsprechend angepasste, oft kleinräumige Konzepte, um die jeweilige Zielgruppe zu erreichen. Partizipation setzt Vertrauen voraus. Auch aus diesem Grund bietet sich eine enge Zusammenarbeit mit den vor Ort tätigen Institutionen – insbesondere Migrantenselbstorganisationen – an. Unter Beteiligung der künftigen Nutzerinnen und Nutzer kann so ein System von Anreizen zur sozialen Aktivierung und Qualifizierung entwickelt werden, das den Rahmen für künftige

tige Informationsvermittlung, angeleitete Selbsthilfe und die Entwicklung von selbst gestalteten Unterstützungsstrukturen in der Kommune darstellt.

Im Handlungsprogramm Integration der niedersächsischen Landesregierung – in der aktualisierten Fassung am 25.11.2008 beschlossen – ist ein ganzes Sortiment von Aktivitäten – von der frühkindlichen und schulischen Sprachförderung über die Unterstützung beim Übergang von Schule und Beruf bis zur Forcierung einer interkulturellen Öffnung von Verwaltung, Wirtschaft oder Gesundheitseinrichtungen – enthalten. Das Handlungsfeld Gesundheit spielt darin eine wichtige Rolle. Zur Fortschreibung des Handlungsprogramms für dieses Handlungsfeld hatte ein Fachforum ›Gesundheit‹ Empfehlungen für weitere Handlungsbedarfe entwickelt, dessen Ergebnisse in das Programm eingeflossen sind. Aufgrund der Empfehlungen wurde schon 2008 eine Tagungsreihe mit 3 regionalen Veranstaltungen zur interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens zusammen mit der LVG & AfS Niedersachsen e.V. durchgeführt, deren Ergebnisse in Kürze durch eine Dokumentation veröffentlicht werden. Ein Modellprojekt zur interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern wird z.Z. exemplarisch durchgeführt und ein Internetportal ›Gesundheit für Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen‹ als Informationsplattform für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aufgebaut. Vielfältige Informationen zu allen Aspekten der Integrationspolitik sind auch in meinem ›Informationsportal Integration‹ unter [www.integrationsbeauftragte.niedersachsen.de](http://www.integrationsbeauftragte.niedersachsen.de) zu finden. Schauen Sie mal vorbei.

HONEY DEIHIMI, *Integrationsbeauftragte des Landes Niedersachsen, Niedersächsisches Ministerium für Inneres, Sport und Integration, Lavesallee 6, 30169 Hannover, Tel. (05 11) 1 20-48 62, E-Mail: [honey.deihimi@mi.niedersachsen.de](mailto:honey.deihimi@mi.niedersachsen.de)*

Lothar Eichhorn

## Daten und Zahlen zu Menschen mit Migrationshintergrund in Niedersachsen

Es gibt verschiedene Daten über in Niedersachsen lebende Ausländerinnen und Ausländer, wobei dieser Begriff sich am juristischen Faktum der Staatsangehörigkeit festmacht. Man ist laut Pass entweder Deutsche/Deutscher oder Ausländerin/Ausländer. Da manch Ausländerin und Ausländer sich schon sehr lange im deutschen ›Inland‹ aufhält, umgekehrt manche ›Deutsche‹ und manch ›Deutscher‹ z. B. in Kasachstan geboren und erst in jüngerer Zeit nach Deutschland eingewandert ist, sowie auch zahlreiche Menschen mit z. B. türkischen ethnischen Wurzeln eingebürgert wurden und jetzt rechtlich ›Deutsche‹ sind, reichte die schlichte Unterscheidung Deutsche – Ausländer nicht mehr aus und wurde durch das Konstrukt der ›Menschen mit Migrationshintergrund‹ ergänzt. Im Folgenden werden die wichtigsten Daten, -quellen und Definitionen aufgeführt.

### Zahl der Ausländerinnen und Ausländer sinkt

Für die ausländische Bevölkerung gibt es zwei wichtige Datenquellen: Die Bevölkerungsfortschreibung der Statistischen Landesämter und das Ausländerzentralregister, das vom Bundesverwaltungsamt geführt wird. Aufgrund zahlreicher Probleme der statistischen Erfassung (u. a. ›Karteileichen‹), die vor allem in den großen Wanderungsbewegungen Anfang der neunziger Jahre entstanden, weichen die Datenquellen erheblich voneinander ab. Laut Bevölkerungsfortschreibung lebten am 31.12.2007 in Niedersachsen 530.108 Ausländerinnen und Ausländer, lt. Ausländerzentralregister waren es nur 457.099. Das entspricht einem Bevölkerungsanteil von 5,7 bzw. 6,6%, was bundesweit eher niedrig ist. Welche von beiden Zahlen die richtigere ist, kann niemand sagen.

Die Zahl der in Niedersachsen lebenden Ausländerinnen und Ausländer nimmt – da stimmen beide Datenquellen überein – langfristig ab, innerhalb von 10 Jahren um 4,9% bzw. 23.451 Personen. Das liegt zum einen an Einbürgerungen, vor allem aber an einer schwächer werdenden Immigration. Dennoch leben in Niedersachsen Ausländerinnen und Ausländer mit mehr als 180 verschiedenen Staatsangehörigkeiten. Am stärksten sind Menschen aus der Türkei (106.697 Personen), aus Polen (37.865), Serbien und Montenegro (34.658) vertreten. Eine wachsende Gruppe stellen die mehr als 42.000 Menschen aus Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion dar.

### Zuwanderung aus dem Ausland und Zahl der Einbürgerungen geht zurück

Von diesen auf einen Zeitpunkt bezogenen ›Bestandsdaten‹ sind ›Bewegungsdaten‹ zu unterscheiden, die z. B. angeben, wie viele Menschen jährlich nach Deutschland bzw. Niedersachsen einwandern oder wie viele Ausländerinnen und Ausländer sich einbürgern lassen. Anfang der neunziger Jahre gab es eine erhebliche Einwanderung nach Deutschland. Seit Beginn dieses Jahrtausends nimmt die Immigration stark ab. Im Jahr 2001 betrug der Saldo der Zuwanderung – also Zugezogene minus Fortgezogene – über die Grenzen des Bundesgebiets nach Niedersachsen noch +111.852 Personen. Dieser positive Saldo verringerte sich von Jahr zu Jahr und lag 2007 nur noch bei +11.727. Das ist demographisch ein Problem, denn die Zuwanderungsgewinne konnten lange Zeit das notorische Geburtendefizit des Landes wettmachen, so dass die Bevölkerung Niedersachsens bis zum Juli 2005 auf seinerzeit mehr als 8 Millionen Menschen anstieg. Seitdem schrumpft die Bevölkerung des Landes und zwar früher und schneller als es die Prognosen annahmen.

Julia Burau, Julia Paruch, Bernd Röhrle

## Psychische Gesundheit und psychosomatische Beschwerden von Menschen mit Migrationshintergrund

Statistische Daten über die Zahl der Ausländerinnen und Ausländer und Menschen mit Migrationshintergrund, über Wanderungsbewegungen und Einbürgerungen in Niedersachsen kann man auf den Internetseiten des Statistischen Landesamtes ([www.lskn.niedersachsen.de](http://www.lskn.niedersachsen.de)) unentgeltlich abrufen. Die Daten liegen für viele Jahre und z. T. bis auf die Gemeindeebene differenziert vor. Man kann entweder Veröffentlichungen herunterladen (pdf-Format) oder in einer interaktiven Datenbank recherchieren. Bundesweite Daten lassen sich über das gemeinsame Portal ([www.statistik-portal.de](http://www.statistik-portal.de)) der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder recherchieren.

Problematisch ist auch der Rückgang der Zahl der Einbürgerungen. Im Jahr 2001 ließen sich noch 14.693 Ausländerinnen und Ausländer in Niedersachsen einbürgern; das waren seinerzeit 3,1% der hier lebenden ausländischen Bevölkerung. Diese Zahl ging seitdem fast kontinuierlich auf nur noch 9.251 im Jahr 2007 zurück; die Quote sank damit auf 2,0%. Dies deutet auf verstärkte Probleme in der Integration hin.

### 1,28 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund

Die bloße rechtliche Unterscheidung in ›Deutsche‹ und ›Ausländer‹ ist oft viel zu undifferenziert. Es gibt ›Ausländer und Ausländerinnen‹, die ihr ganzes Leben in Deutschland verbracht haben und perfekt Deutsch sprechen. Andererseits gibt es ›Deutsche‹, die im Ausland geboren sind, dort überwiegend gelebt haben, der deutschen Sprache kaum mächtig sind und z. T. erhebliche Integrationsschwierigkeiten haben. Darum wurde der sozialwissenschaftlich-statistische Begriff der ›Menschen mit Migrationshintergrund‹ geschaffen. Dieser ist fragwürdig, weil es wohl kaum eine Europäerin oder einen Europäer gibt, die oder der keinen Migrationshintergrund hat. Gerade das 20. Jahrhundert war auch ein Jahrhundert der Migrationen und Vertreibungen; ansonsten muss man nur lange genug in der Geschichte zurückgehen, um auf migrierende Vorfahren zu stoßen.

Der statistische Begriff der Menschen mit Migrationshintergrund wurde erstmals 2005 in der großen Bevölkerungstichprobe des Mikrozensus verwendet. Der Begriff knüpft vor allem an den Tatbestand der Zuwanderung nach Deutschland an. Zu den Personen mit Migrationshintergrund gehören nicht nur alle hier lebenden Ausländerinnen und Ausländer, sondern auch diejenigen Zuwandererinnen und Zuwanderer, die die deutsche Staatsangehörigkeit durch Einbürgerung und Anerkennung (Aussiedler) erhalten haben sowie in Deutschland geborene Menschen mit familiärem Migrationshintergrund, die ihre Staatsangehörigkeit von Geburt an besitzen oder durch Einbürgerung erhalten haben. Nach dieser Definition gab es 2005 in Niedersachsen 1.278.900 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, ein Bevölkerungsanteil von 16,0%. Ca. 690.000, also die Mehrzahl von ihnen, hatte die deutsche Staatsangehörigkeit.

PROF. LOTHAR EICHORN, *Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen*, Tel.: (05 11) 98 98 22 15, E-Mail: [lothar.eichhorn@lskn.niedersachsen.de](mailto:lothar.eichhorn@lskn.niedersachsen.de)

Psychische Erkrankungen von Migrantinnen und Migranten wurden bislang selten repräsentativ und hinreichend differenziert dokumentiert und quantifiziert. Dies ist v. a. durch die Heterogenität der Migrantengruppen zu erklären, die sich in Nationalität, sozialem Status, kulturellen Eigenheiten, Gründen der Migration u. a. m. unterscheiden. Migrantinnen und Migranten zeigen nicht eine generell erhöhte Krankheitsvulnerabilität, sind aber einer erhöhten Anzahl von psychosozialen Stressoren ausgesetzt.

### Stressoren

Obgleich viele Ärztinnen und Ärzte davon ausgehen, dass Migrantinnen und Migranten im Vergleich zu ihrer Heimatbevölkerung einen überdurchschnittlich positiven physischen und psychischen Gesundheitszustand aufweisen, ist die soziale und ökologische Lebenslage überwiegend durch Nachteile und Belastungen und daraus resultierende soziale Marginalisierung gekennzeichnet. Zu diesen gehören fehlende oder mangelnde Sprachkenntnisse, Veränderungen des sozialen Status sowie gegenüber der Allgemeinbevölkerung schlechtere Bildungschancen im Zusammenhang mit entsprechender schulischer Zuweisungspraktik. Auch primär emotionale Belastungen, wie z. B. Isolation, Anpassungsschwierigkeiten, Diskriminierung im Zielland können trotz körperlicher Gesundheit zu Stress und psychischen Beschwerden führen. Zusätzlich sind Migrantinnen und Migranten spezifischen psychosozialen Belastungen ausgesetzt. Dazu zählen Belastungen durch Erfahrung von potenziell traumatisierenden Ereignissen, Fremdenfeindlichkeit, Remigration bzw. Ausweisungsandrohungen sowie politische Verfolgung oder Folter im Herkunftsland.

Das Risiko für Migrantinnen und Migranten psychisch auffällig zu werden, ist abhängig von individuellen und Umweltfaktoren. Besonders gefährdet sind Personen mit einer psychischen Vorerkrankung, schweren seelischen Traumatisierungen, mangelnden Sprachkenntnissen sowie einem hohen oder niedrigen Lebensalter. Zudem ist das Risiko für Frauen gegenüber Männern erhöht. Hoch-Risiko-Milieus sind gekennzeichnet durch unstrukturierte Tagesabläufe und unzureichende Beschäftigung, Verunsicherungs- und Bedrohungserfahrungen, Verlust vertrauter Wertorientierungen bzw. Konfliktieren der eigenen, kulturell verwurzelten Werte mit denen des Migrationslandes, soziale Isolation sowie einem Mangel an sozialer Unterstützung und identitätsstützender zwischenmenschlicher Bindungen. Auch ist das Auftreten psychischer Auffälligkeiten von unterschiedlichen Stressoren in verschiedenen Phasen des Migrationsprozesses abhängig und in der sog. ›Ernüchterungsphase‹ des Migrationsprozesses wahrscheinlicher.

### Neuere epidemiologische Daten

Die häufigsten psychischen Auffälligkeiten bei Migrantinnen und Migranten werden dreiteilig betrachtet: 1. als kulturabhängige normalpsychologische Besonderheiten, Dekompensationen vor der Phase der Anpassung 2. migrationstypische Störungen, Depression, posttraumatische Belastungsstörung [PTBS], Angststörungen, somatoforme Störungen sowie 3. davon unabhängige Störungen wie z. B. die Demenz.

Aufgrund der Heterogenität der Migrantengruppen ist die Studienlage vor allem in den Bereichen der affektiven und Angststörungen uneinheitlich. Die Depressionsrate ist zwar meist erhöht, jedoch abhängig von Migrationsstatus (z. B. Flüchtlinge versus Arbeitsmigranten) und -gruppe (z. B. Studierende versus Arbeiterinnen/Arbeiter). Eindeutigere Befunde liefern Untersuchungen zu schizophrenen Psychosen. In einer umfangreichen Meta-Analyse wurde bestätigt, dass Migration als Risikofaktor für die Entwicklung von Schizophrenie eine beachtliche Rolle spielt. Somatoforme Störungen sind insbesondere bei Migrantinnen der mittleren Altersgruppe prominent; im Vergleich zu deutschen Frauen ist diese Störungsgruppe fast drei Mal so häufig der Grund für eine Rehabilitationsmaßnahme. Auch die PTBS ist eine auffällig häufige Störung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Internationale Studien legen nahe, dass etwa 10–20 % aller Flüchtlinge die Kriterien einer PTBS erfüllen, bei ehemaligen politischen Häftlingen ist der Anteil PTBS Erkrankter mit 30–40 % sogar deutlich höher.

Repräsentative und zugleich differenzierte epidemiologische Untersuchungen über Art und Häufigkeit psychischer Störungen bei Migrantinnen und Migranten in Deutschland fehlen bisher. Einen groben Überblick in Bezug auf die Verteilung von psychischen Erkrankungen bei Kindern von Migrantinnen und Migranten liefert ein aktueller Bericht des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2008. Etwa 9,8 % der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund berichteten von psychischen Auffälligkeiten in den Bereichen emotionale Probleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme und Problemen mit Gleichaltrigen, bei Kindern ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund waren es 6,7 %. Auch wurde von Migrantinnen und Migranten häufiger ein gestörtes Essverhalten angegeben. Unterschiede im subjektiven psychischen Wohlbefinden zeigten sich nicht.

### Inanspruchnahmeverhalten psychotherapeutischer Versorgung

Trotz erhöhtem Risiko für zahlreiche psychische Störungen sind erkrankte Migrantinnen und Migranten in der spezialisierten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung unterrepräsentiert. Sie nehmen die angebotenen Dienste und Leistungen weit seltener wahr. Bei psychiatrischen Zwangseinweisungen hingegen zeigt sich eine Überrepräsentation.

Eine Erklärung für das auffällige Inanspruchnahmeverhalten ist zunächst die mangelhafte Patientenorientierung der vorhandenen Versorgungsstrukturen. Außerdem ist die stationäre und ambulante Versorgung wenig auf Menschen mit Migrationshintergrund eingestellt. Um eine adäquate und differenzierte Versorgung sicherzustellen, mangelt es noch an mehrsprachigem Fachpersonal sowie an interkulturellen Kompetenzen und ausreichendem kulturellen Krankheitsverständnis der Behandelnden. Mögliche Folgen dieser Problematik sind Fehldiagnosen, Mehrfachuntersuchungen und Chronifizierung der Erkrankung. Auf Seiten der Migrantinnen und Migranten behindern sprachliche, soziale und kulturelle Barrieren zumeist den Zugang zu Information und Versorgung und erschweren die Durchführung geeigneter therapeutischer Maßnahmen.

Die Notwendigkeit einer Versorgung ist offensichtlich. Die Kompetenzen der Menschen mit Migrationshintergrund (Integrationshilfen, sprachliche Förderung), sowie der Behandelnden, (interkulturelle Kompetenzen, kulturspezifische Krankheitstheorien) müssen gefördert und bestehende, aus dem Migrationshintergrund erwachsende, Ressourcen genutzt werden. Darüber hinaus müssen Präventivprogramme eine besondere Ausgestaltung erfahren. Weiterhin sind muttersprachliche Behandlungs- und Diagnoseangebote (Fragebögen, Tests) zu fördern. Positiv hervorzuheben sind hierbei die kulturellen Leitlinien des revidierten Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV-TR) sowie ein aktuelles Projekt des Ethno-Medizinischen Zentrums in Hannover, das speziell ausgebildete muttersprachliche Mediatoren und Mediatorinnen an Ärztinnen und Ärzte vermittelt und Gesundheitswegweiser in zehn Sprachen anbietet. Schließlich muss die besondere Situation von Menschen mit Migrationshintergrund im geplanten Präventionsgesetz betont oder zumindest ein nationaler Präventionsplan mit Beachtung der Lage der Migrantengruppe aufgelegt werden.

JULIA BURAU, JULIA PARUCH, PROF. DR. BERND RÖHRLE, *Universität Marburg, FB Psychologie, Gutenbergstraße 18, 35032 Marburg, Tel.: (0 64 21) 282 36 20, E-Mail: roehrle@staff.uni-marburg.de*

Ute Ellert, Hannelore Neuhauser, Liane Schenk

## Gesundheitliche Situation von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund

Die im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) erhobenen Daten lassen eine getrennte Darstellung der gesundheitlichen Lage von Kindern zu: ohne Migrationshintergrund (MH), mit einseitigem MH (in Deutschland geboren, ein Elternteil aus einem anderen Land zugewandert und/oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit) sowie beidseitigem MH (selbst aus einem anderen Land zugewandert und mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren oder beide Eltern zugewandert und/oder nicht-deutscher Staatsangehörigkeit). Insgesamt hatten 25,4 % der beteiligten Kinder und Jugendlichen einen MH.

Kinder und Jugendliche mit beidseitigem MH leben deutlich öfter (53,7 %) in sozial benachteiligter Lage verglichen mit solchen ohne bzw. mit einseitigem MH (22,1 % bzw. 27,0 %). Das Aufwachsen in sozialer Benachteiligung 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 zu bestehen.

### Übergewicht

Kinder und Jugendliche mit beidseitigem MH sind mit 19,5 % überproportional häufig übergewichtig, Kinder ohne bzw. mit

einseitigem MH weichen hingegen in ihren Anteilen kaum voneinander ab (14,1% bzw. 13,7%). Das Risiko Übergewichtig zu sein, variiert innerhalb der Migrant\*innenpopulation nach Herkunftsland und Geschlecht. Aussagekräftigster Erklärungsfaktor ist ein kulturspezifisch geprägtes Körperbild, nach dem besonders Eltern mit beidseitigem MH ihre Kinder für zu dünn halten, auch wenn sie normalgewichtig sind.

### Akute und chronische Erkrankungen

Akute Erkrankungen treten bei Kindern mit beidseitigem MH insgesamt etwas seltener auf (weniger Atemwegserkrankungen, Magen-Darm-Infekte, Mittelohr- und Bindehautentzündungen). Bei chronischen Erkrankungen gibt es migrationspezifische Unterschiede, die jedoch nicht alle Erkrankungen betreffen und auch nicht ausschließlich in Richtung einer größeren Krankheitslast bei Migrant\*innenkindern weisen. Allergische Krankheiten sind bei Migrant\*innenkindern seltener (niedrigste Allergieprävalenz: bei türkischstämmigen Kindern und Jugendlichen). Mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland nimmt die Prävalenz aller allergischen Erkrankungen aber zu.

### Tabak- und Alkoholkonsum

Die KiGGS-Daten zeigen einen geringeren Tabak- und Alkoholkonsum bei Jugendlichen mit beidseitigem MH als bei Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem MH. Mädchen aus Migrant\*innenfamilien rauchen signifikant weniger häufig als Mädchen ohne MH, bei den Jungen lassen sich hingegen keine statistisch relevanten Differenzen hinsichtlich des MH nachweisen. Noch deutlicher fallen die Differenzen beim Alkoholkonsum aus: Während lediglich 17,9% der Jugendlichen mit beidseitigem MH regelmäßig Alkohol trinken, sind dies ein Drittel der Jugendlichen mit einseitigem und sogar 40,8% der Jugendlichen ohne MH. Das Trinkverhalten der Jugendlichen ist auch hier geschlechtsspezifisch charakterisiert: Mädchen trinken weitaus weniger häufig regelmäßig Alkohol als Jungen.

### Körperliche Aktivität und Ernährungsverhalten

Der Anteil jener Kinder und Jugendlichen ab 11 Jahren, die in ihrer Freizeit körperlich aktiv sind, ist unter Mädchen mit beidseitigem MH am geringsten. Jüngere Migrant\*innenkinder treiben auch am seltensten Sport innerhalb oder außerhalb eines Vereins. Gleichzeitig ist der Anteil derjenigen, die täglich mindestens drei Stunden vor dem Fernseher oder dem Computer sitzen, unter Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem MH am höchsten, besonders bei denen aus der Türkei und den arabisch-islamischen Ländern.

Auch wenn Migrant\*innen und Migranten in einigen Aspekten ein gesünderes Ernährungsverhalten als Menschen ohne MH aufweisen (z. B. türkische und russlanddeutsche Migrant\*innen und Migranten beim Obstkonsum), so ist das Ernährungsverhalten insgesamt ungünstiger. Vor allem eine längere Aufenthaltsdauer bzw. die Zugehörigkeit zur zweiten oder einer nachfolgenden Einwanderergeneration ist mit Ernährungsmustern assoziiert, die mit einem vermeintlich modernen Lebensstil im Zusammenhang stehen. So konsumieren besonders türkischstämmige Migrant\*innenkinder vermehrt Softdrinks, Fast Food, Chips und Süßigkeiten.

### Mundgesundheitsverhalten

Kinder und Jugendliche mit einem beidseitigen MH weisen hier ein ungünstigeres Verhalten auf. Kinder und Jugendliche mit einseitigem MH hingegen ähneln in ihrem Verhalten jenen ohne MH. Vor allem Kinder und Jugendliche aus der Türkei, der ehemaligen Sowjetunion und aus arabisch-islamischen Ländern tragen ein erhöhtes Risiko für Karies. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer gleicht sich das Mundgesundheitsverhalten von Migrant\*innenkindern jedoch dem der Mehrheitsbevölkerung an.

### Früherkennungsuntersuchungen und Impfstatus

Deren Inanspruchnahme ist bei Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem MH deutlich geringer. Innerhalb der Migrant\*innenpopulation 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.

Das wichtigste Differenzierungsmerkmal bei Auswertung der Impfdaten ist, ob ein Kind in Deutschland geboren oder erst nach der Geburt zugewandert ist: Nach der Geburt Zugewanderte sind deutlich schlechter geimpft als in Deutschland geborene Kinder mit MH. Hingegen sind in Deutschland geborene Kinder und Jugendliche mit MH insbesondere in den jüngeren Altersgruppen nicht schlechter durchimpft als Gleichaltrige ohne MH. In der Gruppe der nach der Geburt zugewanderten Kinder und Jugendlichen sind Kinder mit beidseitigem MH deutlich schlechter durchimpft als Kinder mit einseitigem MH.

### Schlussfolgerungen

Trotz sozialer Benachteiligung kann nicht von einer generell prekäreren gesundheitlichen Situation der Migrant\*innenkinder gesprochen werden. Offenkundig sind im Kindes- und Jugendalter zumindest z. T. migrationspezifische Protektivfaktoren wirksam, die Gesundheitsvorteile im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne MH in ähnlicher sozialer Lage bringen. Da ein niedriger Sozialstatus und erhöhte Krankheitsrisiken korrelieren, sind aber mittelfristig entsprechende gesundheitliche Konsequenzen zu befürchten, besonders für Kinder und Jugendliche aus der Türkei, der ehemaligen Sowjetunion und den arabisch-islamischen Ländern. Kinder und Jugendliche aus diesen Ländern sind bereits jetzt jene mit der geringsten subjektiven Gesundheit sowie gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Auch in mehreren anderen Aspekten der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens sind es gerade diese Gruppen, die erhöhte Krankheitsrisiken tragen. 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.

Eine migrantensensible Ausgestaltung präventiver Angebote setzt eine differenzierte Zielgruppenanalyse je nach

zu betrachtendem Gesundheitsmerkmal voraus. Die Veränderung ungünstiger Verhaltensmuster (Ernährungs-, Bewegungs-, Mundgesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten) erfordert die Initiierung bzw. Intensivierung von Aktivitäten im Bereich Gesundheitserziehung und Wissen über bestehende Angebote der gesundheitlichen Versorgung.

*Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse findet sich in: SCHENK L./NEUHAUSER H./ELLERT U., Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut Berlin 2008. E-Mail: liane.schenk@charite.de; ute.ellert@rki.de; hannelore.neuhauser@rki.de.*

Anne Dietrich

## Kommunikation und soziale Beziehungen

In deutschen Großstädten leben Menschen aus 180 Nationalitäten und mehr. Ein Drittel der in Deutschland geborenen Kinder hat einen Migrationshintergrund, und noch immer bestimmen gegenseitige Informationsdefizite das interkulturelle Zusammenleben. Auch im deutschen Gesundheitssystem fehlt es an Hintergrundwissen über die nichtdeutschen oder neudeutschen Zielgruppen, denn ein Bewusstsein für die notwendige Interkulturalität der Arbeit der Regel- und Fachdienste steht noch weitgehend aus. Die Angebote sind auf die deutsche 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.

### Interkulturelle Verwirrung

Die Kommunikation zwischen dem medizinischen Personal und der kulturell unterschiedlichen Klientel unterliegt vielfachen Störungen. Unkenntnis, Sprachbarrieren, unerfüllte Erwartungen und als störend erlebte Verhaltensweisen prägen das Handlungsfeld. Ein oft beschriebenes Phänomen: Während es bei deutschen Patientinnen und Patienten üblich ist, Beschwerden isoliert zu schildern und wahrgenommene körperliche Veränderungen mitzuteilen, schildern türkische oder marokkanische Patientinnen und Patienten zunächst die Auswirkungen der jeweiligen Störung auf das Gesamtbefinden und erwarten eine Diagnose ohne Eigenbeteiligung. Werden Symptome geschildert oder »befallene« Organe genannt, stehen diese häufig für bestimmte Befindlichkeiten. Kopfschmerz wird zum Synonym im Sinne von »Ich halte es nicht mehr aus« oder »Es geht nicht mehr«. Großer Kummer, Angst um geliebte Personen, aber auch der Versuch, dem Gegenüber ein schlechtes Gewissen zu machen, verursacht den Ausbruch »Meine Lunge brennt« – eine häufige Äußerung im türkischen Umfeld. Unbehagen, empfundenes Leid, Angst und Depressionen werden somatisiert. »Mein Bauch ist wie ein

Stein« kann sowohl auf Verdauungsprobleme hinweisen als auch seelische Schmerzen verdeutlichen. In vielen Migrationsgruppen werden psychische Probleme tabuisiert, es ist leichter über körperliche Gebrechen zu klagen.

Das autochthone medizinische Personal gerät angesichts der als »übertrieben« bewerteten Schmerzäußerungen unter besonderen Stress. Gängige Begrifflichkeiten werden gebildet und genutzt, die entspannend und abwertend zugleich wirken: »Morbus Bosporus«, »anatolischer Ganzkörperschmerz« oder »vorderasiatisches Symptom« sind gängige Formeln. Da mischen sich Hilflosigkeit und Ärger, das reale Leid des Gegenübers wird so oft zweitrangig. Dass hier interkulturelle Irritationen ihre Wirkkraft entfalten, wird meist übersehen.

Betrachten wir ein weiteres Dauerthema im Krankenhaus: die häufigen und zahlenmäßig großen Besuche, die in erster Linie als belastend für Personal und Kranke wahrgenommen werden. Hier zeigt sich eine kulturelle Verpflichtung, die vorwiegend in kollektivistisch geprägten Gesellschaften gilt. Kranke haben ein Recht auf Unterstützung und Zuwendung, auf Begleitung und Versorgung. »Kranke lässt man nicht allein« heißt es da oft mit mitleidigem Blick auf die deutschen Bettnachbarn. Dass sich diese von dem ständigen Kommen und Gehen, den mitgebrachten Essensdüften, dem nicht abreißen lassen Stimmengewirr gestört fühlen, erzeugt eher Unverständnis.

Hier wird ein allgemeines Phänomen sichtbar. Die Reflexion der eigenen kulturellen Geprägtheit ist in der Regel ebenso wenig ausgebildet wie das Bewusstsein über weitere kulturelle Systeme. Vielmehr werden eigene Werte, Normen, Kommunikations- und Aktionsweisen als selbstverständlich und allgemeingültig betrachtet. Wahrgenommene kulturelle Unterschiede erscheinen so häufig als individuelles Fehlverhalten, dem Gegenüber wird mangelnde Kompetenz oder mangelndes Mitgefühl unterstellt.

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.

### Kommunikation und die Macht des Nonverbalen

Wenn sich die sprachliche Vermittlung schwierig gestaltet und trotz Übersetzung fehlschlägt, kann das an der Macht des Nonverbalen liegen. Die unterschiedliche Bewertung von Kulturstandards erschwert die Kommunikation. Händegeben oder nicht, Blickkontakt aufnehmen, halten oder verweigern, unterschiedliche Bewertung von Nähe und Distanz, irritierende Hierarchiedemonstrationen ebenso wie unterschiedliche Reinlichkeitsvorstellungen und Schamgrenzen prägen die jeweilige Beurteilung von richtigem oder falschem Verhalten.

Alltägliche Gesten können Unterschiedliches bedeuten. Während in Deutschland, Skandinavien und den USA ein fester Blick in die Augen als vertrauensbildende Maßnahme und Zeichen von Charakter Bedeutung hat und im Gespräch erwartet wird, wäre er in vielen Ländern Asiens, Afrikas und der arabischen Welt ein Zeichen von grober Respektlosigkeit. Geschlechterübergreifend hat der direkte Blick dort (sexuell) auffordernden oder bedrohenden Charakter, unter Männern



kennzeichnet er Aggression oder ein Eindringen in fremdes Terrain. Älteren oder sonstigen Autoritäten gegenüber zeigt er besonders stark mangelnden Respekt. Immer wieder wundern sich Lehrerinnen und Lehrer, Auszubildende oder eben auch das ärztliche Personal über die ausweichenden Blicke der jungen Leute aus islamisch geprägten oder asiatischen, auch russischen Elternhäusern. Sie interpretieren Verlegen- oder Verlogenheit, Desinteresse, fehlenden Respekt, wo doch gerade der damit gezeigt werden soll.

### Interkulturelle Kompetenz

Interkulturelle Kompetenz reduziert sich also nicht auf sprachliche Verständigungsprobleme, die mit Hilfe von Dolmetscherinnen und Dolmetschern gelöst werden können. Sie basiert auf sozialer Kompetenz, zeigt sich in Selbst- und Fremdkompetenz und bei der Erhaltung von Handlungsfähigkeit in kulturell nicht eindeutigen Situationen, bei der Entwicklung ›positiver Neugier, in der Fähigkeit Widersprüche auszuhalten, bei der Entwicklung von Empathie, verbunden mit Kritik- und Konfliktfähigkeit. Frustrationstoleranz hilft dort, wo sich Wertehaltungen unvereinbar gegenüberstehen und hilft Unsicherheiten zu ertragen. Die gezielte Einstellung von Personal mit zweisprachigem, biculturellem Hintergrund kann und wird in vielen Bereichen helfen, sie garantiert jedoch nicht die notwendige ›interkulturelle Kompetenz‹. Kultursensibler Beziehungsaufbau, Wahrnehmung kultureller und individueller Muster und Lebensrealitäten, das Anpassen der Fachkompetenz an die individuellen Erfordernisse können eine Vertrauensbasis schaffen. Wissensvermittlung über fremde Kulturen und Kulturstandards, ein Einlassen auf andere Denk- und Kommunikationsweisen, einen Blickwechsel initiieren und das Reflektieren konkreter Praxiserfahrungen ermöglichen kognitives und emotionales Lernen. Sie erleichtern partielle Anpassungen an fremdkulturelle Systeme und stressfrei(er) interkulturelle Interaktion.

DR. ANNE DIETRICH, *Institut für interkulturelle Kommunikation und Konfliktmanagement, Kunigundastraße 14, 45131 Essen, E-Mail: anne.dietrich@kulturell-interkulturell.de*

Ayfer Aral-Örs

## Barrieren und Zugänge in der gesundheitlichen Versorgung

Migration kann sehr vielfältige Auswirkungen auf den Gesundheitszustand und -verlauf der Betroffenen haben. Detaillierte Informationen und Daten zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit liegen bisher nicht in ausreichendem Umfang vor. Dennoch ist allgemein bekannt, dass migrationsbedingte Ereignisse und Umstände sich in somatischen und psychosomatischen Krankheitsbildern manifestieren können. Zu den gesundheitsbelastenden Faktoren zählen neben den Verlust- und Diskriminierungserfahrungen, insbesondere bei der sog. ersten Generation von Gastarbeiterinnen und Gastarbeitern, die schlechten und gesundheitsgefähr-

denden Arbeitsbedingungen. Im Generellen wird unter dem Postulat der Gleichbehandlung angenommen, dass Menschen mit Migrationshintergrund einen gleichen Zugang zum Gesundheitssystem haben wie die hiesige Bevölkerungsgruppe. Dem ist leider nicht so und im Folgenden werden einige Gründe dafür benannt. Im Hinblick auf eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund werden Zugangswege angeführt, die die Erreichbarkeit der Zugewanderten und ihrer Nachkommen begünstigen.

### Barrieren

Die uneingeschränkte Inanspruchnahme der Dienste des Gesundheitssystems durch Migrantinnen und Migranten wird ganz wesentlich durch Sprach- und Verständigungsbarrieren erschwert. Stigmatisierungstendenzen führen nicht selten zur Abschottung und zum Rückzug in die eigene ethnische Community, zur Nutzung der ethnischen Ökonomie sowie der Informations- und Unterhaltungsmedien der Heimatländer. Das kann mit einem Desinteresse an der Aufnahmegesellschaft sowie mit Unkenntnis über ihre Funktionsweise einhergehen und eine gewisse Orientierungslosigkeit verursachen. Hinzu kommen häufig Ängste vor rechtlichen und existentiellen Konsequenzen und in einigen Fällen fehlen sogar die rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen. Ist der Erstkontakt erstmal hergestellt, so können unterschiedliche Auffassungen über Krankheitsbilder und ihre Behandlungsformen sowie eine ethnozentrische Haltung in Beratungs- und Therapiesituationen Befremdungsgefühle und Berührungängste noch verstärken und somit eine dauerhafte Gesundheitsversorgung zunichte machen.

Auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitssystems kann der Umgang mit Vielfalt Kompetenzverlustgefühle und Versagensängste auslösen. Gepaart mit Unwissenheit kann das zur Überbetonung oder aber auch Leugnung kultureller Unterschiede führen, was gleichermaßen Benachteiligungen zur Folge hat. Aber auch die Delegation auf professionalisierte Dienste aus Gründen mangelnder Offenheit kann Marginalisierungstendenzen fördern und eine angemessene Versorgung einschränken.

### Zugänge

Um die Unterrepräsentanz von Menschen mit Migrationshintergrund in der medizinischen und therapeutischen Gesundheitsversorgung besser zu verstehen und zu verringern, können Menschen und Migrantenselbstorganisationen zu Rate gezogen werden, die einen gemeinsamen Kultur- und Sprachhintergrund mit den heterogenen ethnischen Minderheiten haben. Sie haben meist eine starke soziale Bindung, Insider-Wissen und einen enormen Vertrauensvorsprung, so dass sie Vermittlungs- und Vorbildfunktionen erfüllen können. Sie haben Vorteile bei der Herstellung eines nachhaltigen Erstkontakts in geschützten Räumen und können bei der Einholung von Hintergrundinformationen darüber, wie Krankheit in den jeweiligen Kulturen erlebt und der Umgang damit gestaltet wird sowie bei der Entwicklung passgenauer Angebote wichtige Hinweise liefern. Eine persönliche Informa-

tionsübermittlung und Aufklärungsarbeit in Form einer aufsuchenden Sozialarbeit in ethnisch geprägten Räumen oder in Alltagsstrukturen mit interkulturellem Potential können zudem erste Schritte und Annäherungen erleichtern. Hingegen wird Informationsmaterial in den hiesigen Einrichtungen wie Gesundheitsämtern oder Krankenhäusern kaum wahrgenommen, weil Migrantinnen und Migranten sich davon im Allgemeinen nicht angesprochen fühlen und die bürokratischen Rituale ihre ganze Aufmerksamkeit beanspruchen. Hilfreicher wäre in diesem Zusammenhang die Nutzung heimat-sprachiger Medien.

Angesichts von Zuwanderung sind für eine breite Bedarfsdeckung im gesundheitlichen Versorgungssystem jedoch eine interkulturelle Öffnung auf allen Ebenen sowie interkulturelle Schulungen des Personals in Aus- und Fortbildungen maßgeblich. Hierzu gehört nicht nur, dass die Zielgruppe in ihrer Vielfalt wahrgenommen und respektiert sowie für die Verständigungsprobleme Lösungen gefunden werden. Vielmehr bedarf es migrationsbedingte Faktoren in Handlungskonzepte einzubeziehen und die eigene Arbeit und der ihr zugrunde liegende Annahmen auf ihre Kulturbedingtheit hin zu reflektieren. Gleichzeitig wäre es richtungsweisend, wenn sich die hiesigen Einrichtungen auch für Personal mit Migrationshintergrund öffnen, Zeit und Raum für die Auseinandersetzung mit persönlichen Ängsten, Vorbehalten und kulturellen Prägungen sowie für eine multikulturelle Teamentwicklung schaffen.

Auch kann der Aufbau von regionalen und überregionalen Kooperationsnetzwerken zwischen allen Beteiligten, die sich auf gleicher Augenhöhe begegnen, die bedarfsgerechte Versorgung fördern, wo das hier besprochene Thema vielperspektivisch erfasst, gegenseitige Wissens- und Bedarfslücken gefüllt, Kompetenzen erweitert, Vorbehalte abgebaut und Handlungssicherheit dazu gewonnen werden können. Nicht zuletzt müssen aber auch alle gesetzlichen Bestimmungen auf ihr Ausschluss- und Benachteiligungspotential hin überprüft und im Bedarfsfall geändert oder abgeschafft werden.

### Fazit

Im Hinblick auf die Entstehung bzw. Vorbeugung von sog. sozialen Folgekosten sollten Hemmnisse und Hürden genauer ermittelt, Potentiale stärker in die öffentliche Wahrnehmung gerückt, bewusst gemacht und kommuniziert werden. Dem effektiven Einsatz von Zeit-, Personal- und Geldressourcen sollten moderne, flexible und realitätstaugliche Modelle zugrunde liegen, wenn tatsächlich die Zielsetzung sein sollte, die Lebensqualität von Menschen mit Migrationshintergrund zu steigern, woran die gesundheitliche Versorgung einen erheblichen Anteil hat.

AYFER ARAL-ÖRS, *Dipl.-Sozialwissenschaftlerin, Projektmanagerin im Arkadas e.V. Verein für interkulturelle Erziehung, Bildung, Kultur und Sport, Stiftstr. 13, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 6 00 52 19, Fax: (05 11) 60 09 65 26, E-Mail: arkadas-ev@gmx.de*

Monika Habermann

## Interkulturelle Arbeit der Pflege – Entwicklungen und Umsetzung

Mit der Akademisierung der Pflege wurden Themenstellungen aus dem Ausland auch hierzulande aufgegriffen. Eines davon ist ›Migration und Pflege‹. Blickt man auf die vergangenen 15 Jahre der Akademisierung zurück, so sind drei aufeinander folgende Annäherungen an die Thematik erkennbar.

### Die individuelle Pflegebeziehung

Zunächst befasste man sich mit der individuellen Pflegebeziehung und der Forderung, diese ›kultursensitiv‹ zu gestalten. Beantwortet wurde die auf punktuellen empirischen Befunden beruhende Beobachtung, dass kulturelle Aspekte in der Pflegebeziehung mit Menschen mit Migrationshintergrund unzureichend wahrgenommen und berücksichtigt werden. Ansätze einer ›interkulturellen‹ oder auch ›transkulturellen Pflege‹ sollten daher die Beziehungsgestaltung der Pflege unterstützen mit dem Ziel, die biografische und sprachliche Verortung der Migrantinnen und Migranten und ihre Wertorientierung in den Pflegeprozess zu integrieren. Assessmentinstrumente wurden daher vorgestellt, zahlreiche Veröffentlichungen befassten sich mit Kulturvergleichen hinsichtlich pflegerelevanter Phänomene, etwa der Ernährung oder dem Schmerzverhalten. Vermieden wurden von den meisten Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern hierzulande die in vielen Ländern lange praktizierte ›Kulturalisierung‹ von Phänomenen um Gesundheit und Pflege. Problemstellungen von Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheits- und Pflegewesen sind eben nicht nur auf ›kulturelle‹ Faktoren zurückzuführen. Die soziale Lage kann mitunter eine weitaus höhere Voraussagekraft für einen unzureichenden Versorgungsprozess sein als der kulturelle Hintergrund. Die Heterogenität unter der Migrantenbevölkerung erlaubt keinen pauschalisierenden Zugriff in Form eines ›Rezeptwissens‹. ›Kultur‹betrachtung muss lebensweltliche Bezüge finden, die soziale Hierarchien und Migrationsgeschichte berücksichtigt.

Noch fehlt es allerdings an einer theoretischen Grundlegung der ›Inter- oder auch Transkulturellen‹ Pflege. Der Fokus auf die Praxisentwicklung in der Pflegewissenschaft hat solche theoretischen Überlegungen zurückstellen lassen.

### Interkulturelle Öffnung

Die zweite Annäherung der interkulturellen Arbeit in der Pflege nimmt Organisationen und Trägerschaften in den Blick. Nicht nur den Pflegenden kann es überantwortet werden, eine kultursensible Versorgung zu gewährleisten. Dazu braucht es auch Rahmenbedingungen. Es waren zunächst Verbände der Altenhilfe, die eine entsprechende Ausrichtung ihrer Einrichtungen ins Leben gerufen haben. Mit der Etablierung des Memorandums für kultursensible Altenhilfe wurden Schritte einer Organisationsentwicklung benannt.

Krankenhäuser greifen diese Entwicklung allerdings erst dann auf, wenn sie damit ihre Angebote in Regionen mit hohem Migrantenanteil positiv präsentieren können. Das ›migrationssensitive‹ Krankenhaus lässt vielerorts noch auf sich warten, denn im Zeitalter der fallbezogenen Bezahlung, den sogenannten ›Diagnose Related Groups‹ wird ein Migra-

tionshintergrund zunächst auf seine kostenbezogene Auswirkung befragt. Nachdem es dazu keine Daten gibt, z. B. zu den Kosten, die eine mangelnde sprachliche Verständigung verursachen, sind migrationssensitive Entwicklungen für die Häuser wenig attraktiv. Die angesprochene Datenlage kommt damit einer Selbstimmunisierung gleich mit einem seit Jahren praktizierten Zirkelschluss: Da es keine Anhaltspunkte gibt, die auf eine qualitative und quantitative Benachteiligung der Migrantinnen und Migranten in der Krankenhausversorgung verweisen bzw. auf eine Kostensteigerung durch fehlende Migrantenausrichtung, ist es unnötig, Daten zu erheben. Diese Argumentation findet sich auch in anderen Gesundheits- und Pflegebereichen wieder. Sie gab kürzlich Anlass, eine dritte Annäherung an die Thematik ›Pflege und Migration‹ zu initialisieren und neben einer migrationssensitiven Gesundheitsberichterstattung (GBE) eine ebensolche Pflegeberichterstattung (PBE) einzufordern.

#### Die migrationssensitive Pflegeberichterstattung (PBE)

Um was geht es bei diesem Fokus auf das Thema ›Migration und Pflege‹? Neben den Krankenhäusern ist insbesondere auch der Pflegesektor von einer unzureichenden Datenlage betroffen. Dies ist aufgrund der derzeit schnell wachsenden Bevölkerungsgruppe älterer Migrantinnen und Migranten besonders problematisch. Allein zwischen 1995 und 2003 ist die Zahl der über 60-jährigen Ausländerinnen und Ausländer um 77 % von 427.789 auf 757.928 Personen angestiegen. Statistischen Hochrechnungen zufolge wird sich dieser Anteil stetig erhöhen und bis 2010 im Vergleich zum Jahre 1999 mehr als verdoppelt haben und bis 2030 auf 2,5 Mio. ansteigen. Mit einem wachsenden Bedarf an Pflegeleistungen ist zu rechnen. Aufgrund der defizitären Datenlage haben einige Kommunen eigene Erhebungen veranlasst, um die Altenhilfeplanung auch für Migrantinnen und Migranten zu konkretisieren. Einzelerhebungen bleiben aber unzureichend und sind kostenintensiv.

Der Arbeitskreis ›Migration und öffentliche Gesundheit‹ hat sich im Rahmen einer Expertentagung im Jahr 2008 den Fragen gewidmet, wie die Datenlage zu verbessern sei und wie gesetzlich erhobene Daten zur Inanspruchnahme, Umsetzung und Qualität der Leistungen im Kontext der Pflegeversicherung migrationssensitiver zu gestalten sind. Nehmen ältere Migrantinnen und Migranten entsprechend ihres

Bevölkerungsanteils Pflegeleistungen wahr? Wie gehen Gutachter des MDK mit diesen Anspruchsberechtigten um? Diese Fragen können auf der Basis der regelhaft erhobenen Daten nicht beantwortet werden.

Ebenso gibt die Statistik der Gesundheits- und Pflegeberufe keinerlei Hinweise, ob und in welchen Sektoren und mit welchem Ausbildungsniveau Menschen mit Migrationshintergrund beschäftigt sind. Somit können langjährige Forderungen, mehr Migrantinnen und Migranten in die Altenpflege einzubeziehen, nicht auf ihre Umsetzung hin geprüft werden. Auch erhält die Qualitätssicherung der Einrichtungen und Trägerverbände nur unzureichende Impulse über eine migrationssensitive Pflege nachzudenken. Einzelerhebungen zeigen zwar, dass viele Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege tätig sind. Ob und welche Problemstellungen sich für die Einrichtungen und die Pflegebedürftigen daraus ergeben, darüber ist wenig bekannt.

PROF. DR. MONIKA HABERMANN, *Zentrum für Pflegeforschung und Beratung, Hochschule Bremen, Neustadtswall 30, 28199 Bremen, E-Mail: habermann@hs-bremen.de, Internet: www.zepb.de*

Filiz Küçük

## Familiäre Pflege von Demenzkranken mit türkischem Migrationshintergrund

Bis zum Jahre 2050 wird die Anzahl der demenziell erkrankten Menschen in Deutschland auf ca. 2,6 Millionen steigen. Das bedeutet eine Zunahme von etwa 1,5 Millionen Krankheitsfällen. Da die Gruppe der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund im Durchschnitt nicht so alt ist, wird sie diese Entwicklung später treffen. Es besteht somit die Notwendigkeit, dass sich öffentliche Einrichtungen, wie Migrations-, Beratungs-, Gesundheits- und Pflegestellen, auf diese Gruppe einstellen. Aber auch für Wissenschaft und Forschung ergeben sich neue Untersuchungsfelder, da wenig Kenntnis über die Lebenssituation demenziell erkrankter Migrantinnen und Migranten besteht und es in Bezug auf die Beratung der Angehörigen und die Begleitung der Erkrankten erheblich an Einblick und Vertrautheit mangelt. Im Rahmen einer qualitativen Studie wurde anhand von sechs Interviews untersucht, wie erwachsene Kinder mit türkischem Migrationshintergrund, die ein Elternteil mit einer demenziellen Erkrankung pflegen (oder gepflegt haben), diese Situation erleben. Innerhalb der Gesamtstudie wurde dabei auf das Belastungserleben, die Bewältigungsstrategien und den Beratungsbedarf der Pflegenden eingegangen.

#### Belastungserleben

Als besondere psychische Belastung werden von den pflegenden Personen Schuldgefühle, fehlende Anerkennung bzw. mangelnde Unterstützung durch andere Familienmitglieder empfunden. Die Beziehung zum gesunden Elternteil kann

sich verschlechtern und es kann unter Geschwistern zu kaum zu bewältigenden Konflikten kommen. Außerdem besteht das Problem sozialer Isolation und ein viel zu geringes Maß an Zeit, um eigenen Interessen nachgehen zu können. Schuldgefühle entstehen, wenn die pflegenden Angehörigen beschließen, die demenzkranke Person an eine Pflegeeinrichtung abzugeben. Ein solcher Schritt wird nicht selten von Vorwürfen durch die Familie begleitet. Das Gefühl, versagt zu haben, entsteht auch in pflegerischen Grenzsituationen, die die Kräfte der pflegenden Person bei weitem übersteigen und in Akten der Gewalt münden können. Als besonders schwere Bürde werden von den pflegenden Personen die erheblichen kognitiven Defizite der erkrankten Eltern eingestuft. Dass das Elternteil aggressiv, fremd- oder selbstgefährdend reagiert, wird von den Angehörigen als sehr belastend empfunden.

### Bewältigungsstrategien

Wie ist es möglich, diese schwierige Situation zu bewältigen? Die Möglichkeit des Erfahrungsaustausches mit Betroffenen in Selbsthilfegruppen wird, obwohl ausdrücklich gewünscht, nicht in Anspruch genommen, weil das Wissen um das Angebot fehlt. Von Bedeutung für die Angehörigen der erkrankten Person ist das Wissen über die Krankheit und ihre Symptome sowie das Verstehen und Annehmen der nichtkognitiven Verhaltensauffälligkeiten der Demenzkranken als krankheitsbedingte Folgen. Die innere und äußere Distanz sowie die Artikulation und das Ausleben von Emotionen helfen die Pflegesituation zu ertragen. Aber auch Sozialkontakte, Gespräche und der Glaube spielen eine wichtige Rolle. Für eine Angehörige führte die Teilnahme an einem Pflegebasiskurs zu einer Verbesserung der Pflegesituation. Auch Gespräche mit anderen Familienangehörigen und Freundinnen und Freunden mindern die zu tragende Last. Der Glaube ist ein wichtiges Medium, um die Pflegesituation zu bewältigen. Zwei der Interviewten betrachten das Gebet und das Zusammensein mit anderen Glaubensschwestern und Glaubensbrüdern in der Moschee als wirkungsvolle Hilfe. Zwei der pflegenden Personen lassen ihren Emotionen freien Lauf, um z. B. durch Weinen die emotional anstrengende Situation besser ertragen zu können.

### Beratungsbedarf

Zukünftig sollten mehr Beratungsstellen besonders in den Wohngebieten mit einem hohen Anteil türkischer Migrantinnen und Migranten entstehen, die nach Möglichkeit auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen sind. Beraterinnen und Berater sollten sich erstens in angemessener Form mit den Bedürfnissen der Angehörigen auseinandersetzen; zweitens die türkische Sprache beherrschen; drittens in der Lage sein, den kulturellen Hintergrund zu reflektieren und viertens hinsichtlich demenzieller Erkrankungen und Versorgungsmöglichkeiten umfassend ausgebildet sein.

Dass die Interviewten türkische Sprachkenntnisse einfordern, ist etwas verwunderlich, zumal sie alle in der Lage sind, sich in der deutschen Sprache gut auszudrücken. Doch wenn es darum geht, besonders Emotionen in Worte zu fassen, fällt ihnen das in ihrer Muttersprache nach wie vor leichter, weil diese ihnen viel mehr Darstellungsraum bietet. Besonders

heben sie hervor, dass durch die gemeinsame Sprache Nähe hergestellt wird, die wiederum Zugehörigkeit und Vertrautheit schafft.

Hinsichtlich der Art und Gestaltung der unterstützenden Angebote wird von den Befragten die Bedeutung der Beratung und von Informationsmaterialien in türkischer Sprache hervorgehoben. Inhaltlich liegt der Fokus dabei auf der Krankheit und dem adäquaten Umgang mit Demenzkranken, auf sozialrechtlichen Fragestellungen und vorhandenen Entlastungsangeboten.

Wichtig sind ihnen darüber hinaus mehr Selbsthilfegruppen, die fachkompetent geleitet werden sollen. Darüber hinaus soll es eine geschlechtsspezifische Trennung der pflegenden Angehörigen geben. Auch Wohngemeinschaften, Pflegekurse, Tagesstätten und Kurzzeitpflegeeinrichtungen, in denen gut ausgebildetes türkischsprachiges Personal tätig ist, liegen ihnen am Herzen. Inhaltlich steht der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung und nach der Möglichkeit, Erfahrungen auszutauschen, im Vordergrund.

### Fazit

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen deutlich den Handlungsbedarf in Bezug auf Versorgungs- und Beratungskonzepte im Gesundheitswesen. Gefordert ist die Entwicklung einer Beratung der Angehörigen, die es einerseits ermöglicht, die Fähigkeiten zu stärken, mit der Pflegesituation umzugehen, während andererseits die Belastungen so weit minimiert werden, dass sie möglichst lange gesund bleiben. Das setzt natürlich voraus, dass es zu einer interkulturellen Öffnung der Beratungseinrichtungen kommt, damit es pflegenden Angehörigen mit türkischem Migrationshintergrund möglich ist, an Beratungs- und Entlastungsangeboten teilzuhaben. Dabei dürfen geschlechts- und altersspezifische Aspekte nicht unberücksichtigt bleiben.

*Literatur bei der Verfasserin*

FILIZ KÜÇÜK, *Dipl.-Pflegerin (FH), Aristotelessteig 2, 10318 Berlin, E-Mail: f.kuecuk@gmx.de*

Petra Metsch

## Zur Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund

In der aktuellen politischen Diskussion wird Deutschland inzwischen als Einwanderungsland gesehen und akzeptiert. Erfolgreiche Integration wird somit immer stärker zur zentralen Herausforderung und betrifft uns alle. Politische und gesellschaftliche Beteiligung von Migrantinnen und Migranten fördert die Integration und wird gleichzeitig durch sie erleichtert. Aber noch existieren viele Probleme, auch in Beteiligungsverfahren. Um diese zu verringern, werden auf vielen Ebenen Programme erstellt und Initiativen gestartet, auf lokaler Ebene in Hannover unter anderem der Lokale Integrationsplan (LIP). Seit 2002 existiert außerdem eine interkulturelle Arbeitsgruppe für Beteiligung und Engagement, in

der das Bürgerbüro Stadtentwicklung (bbs) Mitglied ist. Die Mitarbeit dort und die verstärkten Bemühungen der Stadt waren Anlass, sich dem Thema Integration und Partizipation von Migrantinnen und Migranten intensiver zuzuwenden.

### Interkulturelle Kompetenz – Relevanz – Empowerment

Kommunale Akteure aus den Bereichen Stadtplanung, Quartiersmanagement, Politik und Verwaltung und von Stadtteilerunden, die Partizipationsprozesse initiieren und begleiten, sollten über »interkulturelle Kompetenzen« verfügen und die von Gruppe zu Gruppe sehr unterschiedlichen kulturellen Eigenarten kennen und respektieren. Daneben sind angemessene Sprachkenntnisse erforderlich, was bedeutet, dass Muttersprachlerinnen und Muttersprachler an der Kommunikationsarbeit beteiligt werden und existierende Migrantinnenorganisationen und Netzwerke gezielt, am besten persönlich, angesprochen werden sollten. Seitens der beteiligten Großorganisationen, wie Verwaltung oder Wohnungsunternehmen, müssen kommunikative Kompetenzen aufgebaut werden, die auch den Anforderungen interkultureller Verständigungsarbeit gerecht werden.

Gegenstand und Zielsetzung des Partizipationsprozesses müssen für die zu Beteiligten unmittelbar einleuchtend sein und möglichst einen eindeutigen Bezug zu ihrer Alltagswelt haben. Bei allgemeinen oder abstrakt erscheinenden Themen und Projekten bestehen nur geringe Chancen, Interesse und Bereitschaft zur Mitwirkung zu erzeugen. Darüber hinaus sollte die Chance eines Beteiligungsprozesses für das »Empowerment« genutzt werden: Wenn es gelingt, die Ressourcen und Kompetenzen der Beteiligten zu nutzen und zu stärken, kann der Erfolg eines Partizipationsprozesses über den konkreten Anlass hinaus gehen.

Die drei Anforderungen Kompetenz, Relevanz und Empowerment machen deutlich, dass die genannten Voraussetzungen und Zielsetzungen nicht nur für die Teilhabe von Migrantinnen und Migranten gelten und Rahmenbedingungen für eine aktive Mitwirkung bisher unbeteiligter Gruppen generell oft erst hergestellt werden müssen.

### »Gute« Methoden für Beteiligungsverfahren

Methoden zur Beteiligung gibt es viele. Die allermeisten sind auch geeignet Migrantinnen und Migranten einzubeziehen. Für die Auswahl einer Methode ist das Vorhaben bestimmend: Geht es um Projekte im öffentlichen Raum, soll ein Kulturzentrum entstehen, geht es um Konflikte im Stadtteil usw.? Die Praxis zeigt, wie hilfreich es ist, an bestehende Kontakte und Verbindungen anzuknüpfen. Wenn es z. B. über die Schulen im Stadtteil eine Zusammenarbeit mit Müttern und Vätern aus anderen Kulturkreisen gibt, können diese leichter angesprochen werden.

Aktivierung ist eine der Voraussetzungen für jegliche Form der Beteiligung. Eine Methode ist die »Aktivierende Befragung«, die hilft Kontakte zu Anwohnerinnen und Anwohnern herzustellen. Sie kann Anstoß für gemeinsame Vorhaben geben. Thematisch ist sie auf ein anstehendes Projekt ausgerichtet bzw. nennt Veränderungsvorschläge. Über eine Befragung kann man einfacher in ein Gespräch kommen,

in dem auf Bedürfnisse der Befragten eingegangen wird. Gleichzeitig muss es gute Gründe für die vorgeschlagenen Änderungen geben, der persönliche Nutzen sollte erkennbar sein.

Das Bürgerbüro Stadtentwicklung und die Interkulturelle Arbeitsgruppe haben in den letzten Jahren häufig mit der Methode »World Café« gearbeitet. In wechselnden kleinen Gruppen wird über ein Thema oder eine Leitfrage diskutiert. Eine entspannte Kaffeehausatmosphäre trägt dazu bei, dass die Teilnehmenden ihr Wissen und ihre Kreativität einbringen. Ideen und Anregungen werden schriftlich festgehalten und im Laufe der wechselnden Runden ergänzt.

Auch die Methode »Planning for Real« ist geeignet. Sie ist ein gemeinwesenorientiertes, mobilisierendes Planungsverfahren, das übersetzt »Planung von unten/Aktiv für den Ort« heißt. Allerdings handelt es sich um eine ressourcenaufwendige Methode. Ziel ist es, anhand eines Modells Beteiligungsmöglichkeiten der Bewohnerschaft bei der Entwicklung und Verbesserung ihres Stadtteils aufzuzeigen. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden als Expertinnen und Experten anerkannt und als Akteurinnen und Akteure für den Entwicklungsprozess am Ort ermutigt. Planning for Real kann in sehr unterschiedlichen Bereichen angewendet werden, z. B. bei Wohn- und Wohnumfeldverbesserungen, Gestaltung von Spielplätzen usw. Schon bei der Planung ist Handeln stärker gefordert als bei einer rein sprachlichen Auseinandersetzung. Ein dreidimensionales Papp-Modell wandert im Stadtteil, steigert den Bekanntheitsgrad und ermöglicht so gleichzeitig, das Wissen vieler Betroffener in den Planungsprozess einzubeziehen.

### ... und das Fazit

Erfolgreiche Beteiligung ist ein langer gemeinsamer Prozess und funktioniert dauerhaft nur, wenn sie auf allen Ebenen stattfindet, auf der gesamtgesellschaftlichen, der migrationsgesellschaftlichen und auf der persönlichen Ebene. Die Integration der Menschen, die zum Leben und Arbeiten nach Deutschland gekommen sind, betrifft uns alle. Es ist eine Aufgabe, der wir uns mit Herz, Augenmaß und dem nötigen langen Atem widmen müssen. Nur gemeinsam sind die Aufgaben der nächsten Jahre zu schaffen und auch hier gilt die Aussage »Niemand weiß soviel, wie wir alle zusammen«.

PETRA METSCH, Bürgerbüro Stadtentwicklung e. V., Braunstr. 28, 30169 Hannover, Tel. (05 11) 7 00 09 34, E-Mail: buergerbuero-stadtentwicklung@t-online.de, Internet: www.bbs-hannover.de

Catrin Halves, Claudia Berger

## Was ist anders? Schwangerschaft und Geburt bei Migrantinnen

Etwa ein Drittel der in Deutschland geborenen Kinder hat einen Migrationshintergrund. Sie lebten im Jahr 2007 in 27% aller Familien, mit insgesamt etwa 4 Millionen minderjährigen Kindern. Allein diese Zahlen lassen erkennen, wie bedeutend der Anteil der Migrantinnen in der Geburtshilfe in Deutschland ist. Damit zeigt sich die Realität der Einwanderungsgesellschaft im klinischen, geburtshilflichen Setting.

### Migration und Gesundheitsversorgung

In Deutschland gibt es eine große Heterogenität bezogen auf Migrationstypologie und -status. Neben der Gruppe von legal in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund mit einem potenziell möglichen Zugang zur medizinischen Versorgung gibt es eine große Anzahl von illegal in Deutschland Lebenden ohne gültige Papiere und Krankenversicherung. Diese große Gruppe wird nur zum Teil innerhalb des üblichen medizinischen Systems versorgt. In größeren Städten sind inzwischen medizinische Anlaufstellen für diese Menschen eingerichtet worden. In einzelnen Kommunen bestehen Sonderregelungen z. B. für Schwangere. München erteilt diesen Frauen drei Monate vor und drei Monate nach dem errechneten Geburtstermin eine Duldung, um eine medizinische Versorgung in Anspruch nehmen zu können, die im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes über das Sozialamt abgerechnet werden kann. Ebenfalls bekommt dort jedes Kind eine Geburtsurkunde. In Frankfurt gibt es eine anonyme Sprechstunde am Gesundheitsamt, die Patientinnen z. B. an Entbindungskliniken überweist. Insgesamt besteht die Tendenz, Einzelfalllösungen bei der Versorgung illegaler Patienten und Patientinnen zu verlassen.

### Forschung und reproduktive Gesundheit

Die Realität der multikulturellen Gesellschaft bildet sich kaum in der deutschen Gesundheitsforschung ab. Schon eine eindeutige Erfassung des Migrationshintergrundes in der Geburtsstatistik fehlt. Die niedersächsische klinische Geburtsstatistik (Perinatalerhebung) 2007 weist bspw. einen Anteil von 16,7% Frauen aus, die ein anderes Herkunftsland als Deutschland haben. Eine Erhebung des Herkunftslandes des Vaters fehlt jedoch. Eindeutigere Kriterien für soziale, migrationsbezogene und ethnische Faktoren im Perinatalbogen und anderen Erfassungen wären daher sinnvoll.

In einer Studie, die auf den niedersächsischen Perinataldaten aus den 1990er Jahren basiert, konnten keine Unterschiede zwischen deutschen Frauen und Migrantinnen hinsichtlich der Rate von Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht gefunden werden. Ebenfalls wurde der Zusammenhang zwischen der Nationalität, der Schwangerenvorsorge und dem Auftreten von Totgeburten untersucht. Die Ergebnisse ließen folgende Rückschlüsse zu: Frauen aus dem Mittelmeerraum würden von einer verstärkten Inanspruchnahme der Vorsorgeangebote profitieren. Frauen aus Osteuropa und dem mittleren Osten haben trotz adäquater Schwangerschaftsvorsorge ein höheres Risiko für eine Totgeburt. In anderen Studien wurde festgestellt, dass die erste Vorsorgeuntersuchung von türkischen Migrantinnen später stattfand als bei deutschen Frauen. Schwangere Migrantinnen verbleiben bei

Problemen länger in der Klinik und die Sterblichkeit ist unter der Geburt höher. Auf der anderen Seite ist es interessant, dass eine Zunahme der Begleitung von türkischen Gebärenden durch ihre Männer im Kreißsaal beobachtet wird.

Innerhalb des geburtshilflichen Settings wird die Zuwanderung eher als Risikofaktor betrachtet, der verbunden mit anderen ungünstigen Umständen zu deutlich mehr Frühgeburten, einer erhöhten perinatalen Sterblichkeit oder zu mehr operativen Entbindungen führt. Auch wenn sich dies in Studien nicht immer bestätigt.

Die Studienlage in den europäischen Nachbarländern zu diesem Thema ist besser. Untersuchungen aus dem englischsprachigen Raum zeigen, dass Unterschiede im Gesundheitsstatus auf sozio-ökonomische, biologische und migrationsbedingte Faktoren, aber auch auf Einflussfaktoren des Gesundheitssystems wie die Qualität der Versorgung zurückzuführen sind. Andere Studien beschreiben Zusammenhänge zwischen der Ethnizität und der Kaiserschnitttrate, der Inanspruchnahme von Periduralanästhesien, Frühgeburtsraten, höheren Fehlbildungsraten, der Kindergesundheit, dem Geburtsmanagement oder spezifischen Gesundheitsproblemen von Migrantinnen.

Es besteht ein weiterer Forschungsbedarf für Deutschland, insbesondere für Frauen aus den ehemaligen GUS-Staaten und des Balkans, da hier andere Aspekte bedeutsam sein können, als bei der Gruppe von Migrantinnen aus der Türkei, für die schon einige Ergebnisse vorliegen.

### Kulturelle Besonderheiten

Migrantinnen haben in der Geburtshilfe besondere Bedürfnisse, die vom medizinischen Personal und vom Pflegepersonal beachtet werden sollten, um das Geburtserlebnis für die Frau positiv zu gestalten. Diese Bedürfnisse können je nach Herkunftsland sehr unterschiedlich sein, aufgrund der großen Vielfalt kultureller, sozioökonomischer, medizinisch relevanter Aspekte des Migrationshintergrundes kann es keine pauschalen Handlungsempfehlungen geben. Neben Sprachbarrieren sind traditionelle Unterschiede von Bedeutung.

Ein spezifisches, aber sehr bedeutendes Problem in der Schwangerenbetreuung stellt die Female Genital Mutilation (im weiteren kurz FGM) dar. Insbesondere in Afrika ist die genitale Beschneidung von Frauen und Mädchen nach wie vor weit verbreitet. In Deutschland liegt die geschätzte Zahl der Frauen und Mädchen, die von FGM betroffen sind, zwischen 20.000 und 30.000, weltweit sind es ca. 150 Millionen Frauen. Betroffene benötigen vor allem Sensibilität und wertfreie ärztliche Gespräche über dieses Thema.

Die weibliche Genitalverstümmelung FGM wird von der WHO in vier Typen unterschieden. Es werden darunter alle Eingriffe verstanden, welche die vollständige oder teilweise Entfernung der externen Genitalien oder andere Verletzungen des weiblichen Genitals aus nicht medizinischen Gründen bedeuten.

In Deutschland gelten diese Eingriffe als Körperverletzung sowie als Misshandlung von Schutzbefohlenen. Dies gilt auch, wenn der Eingriff auf Verlangen der Patientin ausgeführt wird. Akute und chronische Komplikationen sind Folgen

der nicht nur unter schlechten hygienischen Bedingungen durchgeführten weiblichen Genitalverstümmelungen. Schätzungen der WHO gehen davon aus, dass etwa 10 % der Betroffenen an den akuten Konsequenzen von FGM und 25 % an den langfristigen Komplikationen sterben.

Bisher gibt es wenige Untersuchungen über die Auswirkungen der Beschneidung auf den Geburtsverlauf. Eine Studie untersuchte zwischen 2001 und 2003 die Auswirkungen verschieden schwerer Formen der FGM auf Entbindungskomplikationen und die Gesundheit von Mutter und Kind in mehreren afrikanischen Ländern. Das Risiko für einen Kaiserschnitt, für Blutungen, einen verlängerten Krankenhausaufenthalt, eine notwendige Reanimation des Kindes, eine Totgeburt oder den frühzeitigen Tod des Neugeborenen war erhöht.

### Fazit

In diesem Artikel konnte nur ein kleiner Teil der gesundheitswissenschaftlich relevanten Themen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt, die Migrantinnen in Deutschland betreffen, dargestellt werden. Insgesamt besteht weiterer Forschungsbedarf in diesem Feld. Zukünftig sollten auch Bereiche wie häusliche Gewalt, Zwangsheirat etc. vor dem Hintergrund der gesundheitswissenschaftlichen Forschung stärkere Beachtung finden.

DR. CATRIN HALVES, CLAUDIA BERGER, *Universität Osnabrück, Fachbereich 8 Humanwissenschaften, Gesundheits- & Krankheitslehre, Psychosomatik, Forschungsschwerpunkt Maternal Health, Albrechtsstr. 28, 49076 Osnabrück, Tel.: (05 41) 9 69 33 34, Fax : (05 41) 9 69 24 50, E-Mail: chalves@uos.de, cberger@uos.de, Internet: www.maternal-health.uos.de*

### Impressum

#### Herausgeberin und Verlegerin:

Landesvereinigung für Gesundheit und  
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.  
Fenskeweg 2, 30165 Hannover  
Tel.: (05 11) 3 50 00 52, Fax: (05 11) 3 50 55 95  
E-Mail: info@gesundheit-nds.de  
Internet: www.gesundheit-nds.de

ISSN: 1438-6666

V.i.S.d.P.: Thomas Altgeld

**Redaktion:** Thomas Altgeld, Claudia Bindl, Mareike Claus, Sabine Hillmann, Angelika Maasberg, Dr. Antje Richter, Stephanie Schluck, Tania-Aletta Schmidt, Dr. Ute Sonntag, Kerstin Utermark, Dagmar Vogt-Janssen, Marcus Wächter, Irmtraut Windel, Birgit Wolff

**Beiträge:** Robert Akpabli, Ayfer Aral-Örs, Okyta A'Walelu, Claudia Berger, Doris Bonkowski, Prof. Dr. Theda Borde, Melanie Bremer, Dr. Brigitte Brunner-Strepp, Julia Burau, Honey Deihimi, Dr. Anne Dietrich, Prof. Lothar Eichhorn, Dr. Ute Ellert, Dr. Ulf Gebken, Prof. Dr. Silke Gräser, Melita Grieshop, Prof. Dr. Monika Habermann, Catrin Halves, Gudrun Henneke, Dr. Christian Krauth, PD Dr. Habil. Norbert R. Krischke, Filiz Küçük, Christa Lange, Prof. Dr. Wielant Machleidt, Petra Metsch, Dr. Hannelore Neuhauser, Katja Ngassa Djomo, Julia Paruch, Nicole Riesch, Prof. Dr. Bernd Röhrle, Ramazan Salman, Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein, Dr. Liane Schenk, Sandra Schmidt, Eva Schwarz, Martin Taschies, Julika Vosgerau, Prof. Dr. Ulla Walter, Christian Wohlrab

**Sekretariat:** Dana Kempf

**Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 63:** 4. Mai 2009

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit

**Auflage:** 7.000

**Gestaltung:** formfuersorge, Jörg Wesner

**Druck:** Interdruck Berger & Herrmann GmbH

**Erscheinungsweise:** 4x jährlich, im Quartal

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autorin/ des Autors wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Katja Ngassa Djomo, Eva Schwarz

## Das MiMi-Projekt Eine Idee setzt sich durch

Durch Hindernisse wie Fremdsprachigkeit oder nicht ausreichendes Vertrautsein mit dem deutschen Gesundheitssystem ist der Zugang von Migrantinnen und Migranten zu wichtigen Informationen oftmals erschwert. Deutlich wird diese soziale Ungleichheit vor allem bei der geringfügigen Inanspruchnahme von Vorsorge- und Präventionsangeboten zur Gesundheitsförderung.

### Interkulturelle Gesundheit in Deutschland

Um das Wissen dieser Gruppe über Gesundheit und die Nutzung des deutschen Gesundheitsdienstes zu verbessern, wurde 2003 das Projekt ›MiMi – Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland‹ vom Ethno-Medizinischen Zentrum e. V. (EMZ) entwickelt. Schirmherrin des MiMi-Projekts ist die Staatsministerin und Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Prof. Dr. Maria Böhmer, MdB. MiMi ist mittlerweile mit 39 Standorten in 10 Bundesländern vertreten. Darunter gibt es Landesprogramme in Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Bayern, jeweils mit verschiedenen Schwerpunktthemen. Ziel ist es, die Integration von Migrantinnen und Migranten in das deutsche Gesundheitssystem zu fördern, indem ihnen die gleichberechtigte Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten, der Regelversorgung sowie der Zugang zu relevanten Gesundheitsinformationen ermöglicht bzw. erleichtert wird. Außerdem soll die Eigenverantwortung der Migrantinnen und Migranten für ihre Gesundheit gestärkt und ihr Verständnis für die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Prävention gefördert werden.

### Das ›Drei-Generationen-Projekt‹ in Niedersachsen

In Niedersachsen wird das MiMi-Gesundheitsprojekt seit 2008 als ›Drei-Generationen-Projekt Niedersachsen – Gesundheit mit Migranten für Migranten‹ an fünf Orten (Braunschweig, Gifhorn, Hannover, Hildesheim und Nienburg) durchgeführt. Das Projekt wird vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesund-

heit und vom BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen gefördert. Im Auftrag dieser Förderer wird MiMi vom Ethno-Medizinischen Zentrum e. V. als Projektträger durchgeführt. Ziel ist es, mehrsprachige und kultursensible Gesundheitsförderung und Prävention für Migrantinnen und Migranten anzubieten. Dazu werden engagierte Migrantinnen und Migranten gewonnen und zu interkulturellen Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren geschult, die nach erfolgreich bestandener Ausbildung ihre Landsleute in der jeweiligen Muttersprache über das deutsche Gesundheitssystem und weitere Themen der Gesundheitsförderung und Prävention informieren. Das Drei-Generationenprojekt basiert unter anderem auf dem Gedanken, dass Gesundheit und Gesundheitstraditionen familiär verankert sind. Großeltern, Eltern und Kinder beziehen sich in ihrem Wissen um Gesundheit und in ihrem Gesundheitsverhalten aufeinander und geben dieses immanent weiter. Der Ansatz in Niedersachsen bezieht sich deshalb thematisch auf die drei Generationen und ermöglicht explizit die Partizipation aller Altersstufen. Bisher wurden drei Themenbereiche aufgegriffen, die für die Überwindung der gesundheitlichen Benachteiligung von Migrantinnen und Migranten von besonderer Bedeutung sind und diesem generationenübergreifenden Grundgedanken folgen: ›Kindergesundheit und Unfallprävention‹, ›Brustkrebsfrüherkennung und -behandlung‹ sowie ›Alter, Pflege und Gesundheit‹. Zusätzlich wurden Unterrichtseinheiten zu den Themen ›Gesundheit und Migration‹ und ›Das deutsche Gesundheitssystem‹ ermöglicht. Mit Unterstützung der interkulturellen Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren und der in das Projekt involvierten Akteure des Gesundheitswesens wird so die ›gesunde Integration‹ von Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen unterstützt.

KATJA NGASSA DJOMO, EVA SCHWARZ,  
*Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.,  
Tel. (05 11) 1 68-4 10 18,  
E-Mail: ethno@onlinehome.de,  
Internet: www.emz.de*

A'Walelu, Krauth, Machleidt, Salman, Walter

## Förderung der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten

Migrantinnen und Migranten nehmen einen Anteil von 18,7% an der Gesamtbevölkerung in Deutschland ein und haben oftmals einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung als Personen ohne Migrationshintergrund. Es sind kulturspezifische Zugangswege notwendig, um vorhandene Informationsdefizite und Zugangsbarrieren auszugleichen.

### Projekt zur Evaluation verschiedener Zugangswege

Welche Zugangswege für welche Migrantengruppen geeignet sind, soll ein durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördertes Projekt zeigen. Hierbei wird die Erreichbarkeit von türkisch- und russischsprachigen Migrantinnen und Migranten durch muttersprachliche Präventionsberater über unterschiedliche Zugangswege am Beispiel der Suchtprävention hinsichtlich ihrer Effektivität und Kosteneffektivität evaluiert.

Die Informationsveranstaltungen wurden über geschulte Präventionsberater (Mediatorinnen und Mediatoren) vom Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover (EMZ) angeboten. Als Zugangswege dienten einerseits aktive Zugehstrukturen. Erschlossene Settings sind hierbei migrantenspezifische religiöse Einrichtungen, Vereine und Netzwerke sowie Schulen und Bildungseinrichtungen. Andererseits wurde die Erreichbarkeit von Migrantinnen und Migranten über klassische ›Komm-Strukturen‹ überprüft. Hierzu wurden die Informationsveranstaltungen über Aushänge in Geschäften und Flyer als Postwurf öffentlich angekündigt sowie in öffentlichen Einrichtungen, in Stadtteilen und im City-Bereich durchgeführt. Damit sollten weitere Migrantengruppen erreicht werden. Insgesamt wurden unter Federführung des EMZ 61 Informationsveranstaltungen in Türkisch bzw. Russisch durchgeführt, davon 10 in Moscheen/Kirchen und 18 in Vereinen/Netzwerken, 19 in Schulen/Bildungseinrichtungen und 14 in öffentlichen Einrichtungen des Stadtteils bzw. der City. Insgesamt wurden 537 russisch- und 445 türkischsprachige Migrantinnen und Migranten erreicht.





Gudrun Henke

## Familie – Migration – Baby: ›Mein Baby wächst gesund auf‹ (Fa-Mi-Baby)

### Erste Erkenntnisse

Nach den ersten Ergebnissen lassen sich bereits wichtige Erkenntnisse ableiten. Es bestehen signifikante Unterschiede über die Zugangswege zwischen den russischen und türkischen Migrantpopulationen. Der Aufwand für die Erreichbarkeit der Migrantinnen und Migranten steigt mit zunehmendem Grad der Freiwilligkeit an der Veranstaltungsteilnahme sowie Offenheit der Gruppenzusammensetzung, korreliert aber negativ mit diesen beiden Faktoren hinsichtlich der Teilnehmerzahl. Dies sagt allerdings noch nichts über die Erreichbarkeit der Zielpersonen aus.

### Weiterer Forschungsinhalt

Das Projekt, an dem neben dem Stiftungslehrstuhl Prävention und Rehabilitation in der System- und Versorgungsforschung, das Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung sowie die Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie- und das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover e. V. beteiligt sind, soll zudem Aufschluss über das Gesundheits- und Präventionsverhalten von Migrantinnen und Migranten geben und Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit sowie zur Überwindung von möglichen Barrieren aufzeigen. Hierzu wurde eine Stichprobe aus der Gesamtpopulation von jeweils 300 türkisch- und russischsprachigen Migrantinnen und Migranten der Stadt Hannover herangezogen, die über das Einwohnermelderegister der Stadt identifiziert wurden. Zudem wurden 300 Bürgerinnen und Bürger ohne Migrationshintergrund befragt. Die Erhebung erfolgte anhand persönlicher Interviews.

Das gesamte Forschungsvorhaben wird Ende 2009 abgeschlossen sein. Die Ergebnisse werden im Laufe dieses und des nächsten Jahres publiziert.

OKYTA A'WALELU, *Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30623 Hannover, Tel.: (05 11) 53 24 42 4, Fax: (05 11) 53 25 34 7, E-Mail: awalelu.okyta@mh-hannover.de, Internet: www.mh-hannover.de*

Die Stadt Hamm möchte die gesunde Entwicklung aller neu geborenen Kinder optimal fördern. Fast die Hälfte der Neugeborenen lebt in Familien mit Migrationshintergrund. Um diese Familien frühzeitig zu unterstützen, hat das Gesundheitsamt 2008 zusammen mit mehreren Kooperationspartnerinnen und -partnern das Projekt Fa-Mi-Baby in Hamm entwickelt.

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Kleinkindern versteht das Gesundheitsamt als integrativen Teil von allgemeiner Entwicklungs- und Bildungsförderung und beteiligt sich an vielen Projekten in Hamm. Die Erfahrungen des MiMi-Projektes haben gezeigt, dass Mediatorinnen und Mediatoren mit gleichem sprachlichen Hintergrund Familien mit Migrationshintergrund gut erreichen und mobilisieren können. Eine möglichst frühzeitige Ansprache der Mütter sollte während der Schwangerschaft bzw. kurz nach der Geburt erfolgen. Um das konkrete Pflege-, Gesundheits- und Erziehungsverhalten junger Mütter zu beeinflussen sind einmalige Informationsveranstaltungen, wie sie im Rahmen des MiMi-Projektes angeboten werden, allerdings nicht ausreichend. Deswegen wurde geplant, längerfristige Mutter-Kindgruppen direkt nach der Geburt anzubieten, die die Bedürfnisse junger Mütter nach Kontakt und Austausch mit Frauen in gleicher Lage befriedigen können und in einem regelmäßigen und informellen Rahmen Informationen und Kenntnisse über wichtige Themen quasi nebenbei vermittelt. In dem Projekt Fa-Mi-Baby wurden Frauen mit Migrationshintergrund geschult, Mutter-Kindgruppen im sozialen Nahraum zu initiieren und zu leiten. Die Gründung und Leitung dieser Gruppen wird vom Gesundheitsamt inhaltlich unterstützt und finanziell gefördert.

### Schulung

In der Zeit von August bis Anfang November 2008 wurden den Teilnehmerinnen inhaltliche Grundkenntnisse über Themen der Kindergesundheit, Kinderpflege und Erziehung von Kleinkindern sowie organisatorische und pädagogische Grundlagen der Gruppenarbeit vermittelt. 20 Teilneh-

merinnen haben an der Schulung teilgenommen. Der Kreis der Teilnehmerinnen war sehr homogen. Fast alle sind türkischer Herkunft und zwischen 23 und 48 Jahre alt. Die meisten haben die Haupt- oder Realschule abgeschlossen und sind Mütter. Die Projektleitung führte eine Evaluation mit selbst entwickelten Fragebögen durch.

### Gruppenphase

Im Anschluss an die Schulung wurde in mehreren Treffen die Durchführung der Gruppen detailliert besprochen. Die Teilnehmerinnen wurden ermuntert und unterstützt Kontakt mit Kindertageseinrichtungen und anderen Institutionen aufzunehmen und selber junge Mütter aus ihrer Umgebung anzusprechen. Seit Januar 2009 werden in 2 Stadtteilen die ersten vier Mutter-Kind-Gruppen angeboten. Die Leiterinnen werden sich weiterhin regelmäßig treffen und von der Projektleitung unterstützt, betreut und fortgebildet.

GUDRUN HENKE, *Gesundheitsamt Hamm, Tel. (0 23 81) 17 64 70, E-Mail: hennke@stadt.hamm.de, Internet: www.hamm.de/migration\_html*



Nicole Riesch

## Gesundheitssport für Muslimas

Die Integration von Migrantinnen und Migranten ist zweifellos die gesellschaftspolitische Herausforderung der nächsten Jahre. In diesem Zusammenhang kommt dem organisierten Sport und damit einhergehend auch den Sportvereinen eine besondere Rolle zu. Gruppensport fördert die Gemeinschaft, den Mannschaftsgeist, die Teamfähigkeit, die Sozialisation sowie Identitätsentwicklung und trägt daher erheblich zur Integration aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei. Zudem kann im Rahmen des Gruppensports die verbale durch nonverbale Kommunikation ersetzt werden, so dass auch Personen mit schlechten Deutschkenntnissen diese Angebote gerne annehmen.

### Behinderten Sportverein Langenhagen

Träger des Projektes ist der Behinderten Sportverein Langenhagen e. V. (BSV). Der BSV sieht von jeher seine Kernkompetenz im gesundheitsorientierten Fitnesstraining sowie Bewegungstherapien für benachteiligte, behinderte sowie von Behinderung bedrohte Menschen. Hierfür wurde ein multidisziplinäres Team aus den Fachbereichen Sporttherapie, Physiotherapie, Sport- und Gymnastiklehre sowie Ärzteschaft zusammen gestellt. Mit dem seit Oktober 2008 existierendem Angebot des Gesundheitssports für Muslimas reagiert der Verein auf die in den letzten Jahren zunehmende Anzahl von Teilnehmerinnen mit Migrationshintergrund und die besonderen Bedürfnisse dieser Personengruppe.

### Sportangebot für Muslimas

Das für muslimische Frauen konzipierte Sportangebot besteht vorwiegend aus Gymnastikelementen, da diese Bewegungsform von jeder Frau betrieben werden kann. Das Bewegungsangebot findet zweimal pro Woche statt und ist auch für nichtmuslimische Frauen offen. Eine Dolmetscherin, die in den Kursen zugegen ist, hilft eventuelle Sprachbarrieren zu beseitigen. Liegt eine Verordnung für Bewegungstraining durch eine Ärztin oder Arzt vor, können die Frauen fast kostenfrei teilnehmen. Es ist geplant einen separaten Gebetsraum sowie eine Kinderbetreuung ein-

zurichten. Ziel des zunächst auf ein Jahr befristeten Projektes ist, neben der Förderung der koordinativen Beweglichkeit und des Körpergefühls, die Förderung sozialer Netzwerke und die Stärkung des Selbstwertgefühls. Eine Besonderheit des Projektes stellt die Kooperation mit dem Verein SCHURA e. V., die Vereinigung aller Moscheen in Niedersachsen, dar. Durch das Auslegen von Informationsmaterial in Moscheen können gezielt Muslimas angesprochen und zugleich deren Männer darüber aufgeklärt werden, dass ihre Frauen während des Sportkurses nicht von anderen Männern beobachtet werden können. Der BSV stellte fest, das bei Zustimmung des Imam und der SCHURA die ersten größten Blockaden aus dem Weg geräumt wurden. Nach Ablauf eines Jahres hofft der BSV, dass die Teilnehmerinnen als Zeichen einer beginnenden Integration Interesse an einer Vereinsmitgliedschaft zeigen. Ein Hinderungsgrund ist allerdings der Mitgliedsbeitrag, der nach Ablauf eines Jahres selber gezahlt werden muss. Können die Teilnehmerinnen ein geringes Einkommen nachweisen (z. B. Arbeitslosenbescheinigung), wird der Teilnehmerbeitrag gesenkt.

Der BSV erachtet als sehr wichtig, anderen Vereinen die Problematik einer nicht ausreichenden Integration bewusst zu machen und Modelle zur Förderung von Integration durch Sport zu entwickeln.

NICOLE RIESCH, *Behinderten Sportverein Langenhagen e. V., Rathenastr. 2, 30853 Langenhagen, E-Mail: info@behinderten-sportverein.de*

Grieshop, zu Sayn-Wittgenstein

## Ein neuer Bildungsweg für Hebammen und Entbindungspfleger

Als erste deutsche Hochschule bietet die Fachhochschule Osnabrück seit dem Wintersemester 2008/2009 einen ausbildungsergänzenden Präsenzstudiengang für das Hebammenwesen an. Im Profil Gesundheit der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften studieren neben Studentinnen und Studenten in Pflegewissenschaft, Pflegemanagement, Physio-, Ergo-, und Logotherapie seit September auch die ersten 15 Hebammen in ihrem berufseigenen Fach.

### Das Ende einer Bildungssackgasse

Der Studiengang wurde seit langem von der eigenen Berufsgruppe gefordert. Bisher war Hebammen und Entbindungspflegern eine akademische Qualifikation in ihrem Wissenschaftsgebiet nicht möglich. Während im europäischen Ausland bereits die grundständige Ausbildung flächendeckend an Hochschulen verortet ist, mussten deutsche Hebammen und Entbindungspfleger für eine akademische Laufbahn in andere Wissenschaftsbereiche ausweichen. Diese Bildungssackgasse galt es aufzulösen.

Darüber hinaus forderte auch der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) 2007 die akademische Qualifikation der Gesundheitsfachberufe. Durch ein angehobenes Bildungsniveau sollen die professionell Tätigen im Gesundheitswesen auf den immer komplexer werdenden Versorgungsbedarf der Menschen angemessen reagieren können.

### Komplexe Anforderungen im Hebammenwesen

Im Hebammenwesen führen insbesondere die derzeit hohen Interventionsraten in der Geburtshilfe, der steigende Anteil von Frauen, Kindern und Familien mit Migrationshintergrund, das Aufbrechen herkömmlicher Familienstrukturen und die zunehmende Zahl bereits in jungen Jahren chronisch erkrankter Frauen zu veränderten Anforderungen an die Fähigkeiten von Hebammen und Entbindungspflegern. Gleichzeitig soll unter dem Leitsatz »ambulant vor stationär« die Betreuung während Schwangerschaft und



Wochenbett weitreichend, das heißt sofern unkomplizierte Verläufe vorliegen, außerklinisch erfolgen, um die Fallzahlen und die Verweildauer in den Kliniken weiter abzusenken. Hier sind Hebammen gefordert, die Möglichkeiten zur eigenverantwortlichen Betreuung, die ihnen das Berufsgesetz gibt, während der Lebensphase von Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und erstem Lebensjahr des Kindes auszuschöpfen. Das sechssemestrige Bachelorprogramm Midwifery geht von diesen beruflichen Anforderungen aus. Lerninhalte wie »evidenzbasierte Entscheidungsfindung«, »frauen- und familienorientierte Versorgungskonzepte«, »Professionalisierung«, »Interdisziplinarität« u. a. sollen Hebammen und Entbindungshelfer dazu befähigen, Frauen und ihre Familien auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse zu betreuen.

### Frühe Verknüpfung von Studium und Ausbildung

Damit die berufliche Bildung zur Hebamme und zum Entbindungspfleger schon möglichst früh mit der wissenschaftlichen Qualifikation verknüpft werden kann, schließt die Fachhochschule Osnabrück Kooperationen mit interessierten deutschen Hebammenschulen ab. Im Rahmen dieser Lernortkooperation bietet das Studienprogramm die Lerninhalte der Semester 1–3 ergänzend zur Ausbildung von Hebammen und Entbindungspflegern schon während der zweiten Ausbildungshälfte an. Nach Ende der Ausbildung haben Hebammen und Entbindungspfleger dann die Möglichkeit, die zweite Hälfte des Bachelorprogramms in Form eines Vollzeitstudiums an der Fachhochschule zu absolvieren.

### Zukünftige Handlungsfelder

Absolventinnen und Absolventen des Bachelorprogramms Midwifery sollen dazu beitragen, die Hebammenbetreuung in Deutschland auf eine wissenschaftliche Basis zu stellen und den Theorie-Praxis-Transfer zu verbessern. In der interdisziplinären Versorgung von Frauen, Kindern und Familien können sie durch eine kontinuierliche und niedrigschwellige Betreuung von Beginn

der Schwangerschaft an die zentrale Rolle einer Lotsin oder eines Lotsen übernehmen sowie die Frau während dieser gesamten Lebensphase begleiten.

PROF. DR. P. H. FRIEDERIKE ZU SAYN-WITTGENSTEIN, DIPL. PFLEGE-PÄD. (FH) MELITA GRIESHOP, *Fachhochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Postfach 1940, 49009 Osnabrück, Tel.: (05 41) 96 92 12 0, Fax: (05 41) 96 93 76 5, E-Mail: M.Grieshop@fh-osnabrueck.de*

Marcus Wächter

## Internetportal zur Recherche nach fremdsprachigen Gesundheitsangeboten

Viele der nach Deutschland zugewanderten Personen sind gut integriert und haben unter anderem im deutschen Gesundheitssystem einen Arbeitsplatz gefunden. Neben dem erworbenen Fachwissen und Fertigkeiten im Rahmen der Berufstätigkeit, sprechen Migrantinnen und Migranten häufig mindestens zwei Sprachen. Um diese Ressourcen gezielt nutzen zu können, baut die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. im Auftrag des niedersächsischen Ministeriums für Inneres, Sport und Integration ein Internetportal zur Erfassung und komfortablen Recherche der Sprachkenntnisse innerhalb des niedersächsischen Gesundheitssystems auf. Das primäre Ziel des Portals ist es, Menschen mit geringen Deutschkenntnissen bei gesundheitlichen Problemen eine Verständigung in ihrer Mutter- bzw. Verkehrssprache ihres Heimatlandes zu ermöglichen.

Die zentrale Funktion des Portals ist die Recherche nach Dienstleisterinnen und Dienstleistern aus dem Gesundheitsbereich Niedersachsens anhand der Kriterien: Fachdisziplin, Sprachkenntnis und Standort. Folgende Bereiche des Gesundheitssystems werden in den Datenbank erfasst:

- Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen
- Beratungsstellen

- Gesundheitsämter
- Gesundheitsberufe
- Apotheken
- Kliniken
- Selbsthilfekontaktstellen
- Kommunale Altenhilfe

Um die besondere Situation von Menschen mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen, werden zusätzlich die Migrationsberatungsstellen, Asyl- und Flüchtlingsberatungsstellen und Jugendmigrationsdienste in der Datenbank erfasst. Ein Querverweis auf die verschiedenen Dolmetscherdienste sowie Verlinkungen zu Listen mit vereidigten Dolmetscherinnen und Dolmetschern unterstützen die Fachdienste bei fehlenden Sprachkenntnissen. Als zusätzlichen Service wird das Internetportal eine Sammlung mit Weblinks zu fremdsprachigem Informationsmaterial zu verschiedenen Gesundheitsthemen, den wichtigsten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern auf Bundes- und Landesebene in den Bereichen Gesundheit, Migration und Integration sowie allgemeine Informationen zur Thematik enthalten.

MARCUS WÄCHTER, *Anschrift siehe Impressum*

Brigitte Brunner-Strepp

## Zahngesundheit im benachteiligten Stadtteil fördern

Der Kariesrückgang in Deutschland ist nicht gleichmäßig verteilt. Einer großen Gruppe kariesfreier Kinder und Kindern mit gut sanierten Gebissen, steht eine kleine Gruppe gegenüber, die einen großen Teil der Kranklast auf sich vereint. Häufig findet man hier auch Kinder mit Migrationshintergrund. Diese Ungleichheit zu vermindern, ist eine zentrale Herausforderung für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Das Prophylaxekonzept hat das Ziel, die notwendigen Kompetenzen zu vermitteln, damit sich Kinder und deren Eltern selbstbestimmt für ein gesundheitsförderliches Verhalten entscheiden und so das Kariesrisiko senken. Vielfältige Projekte sollen dazu beitragen, die Lebenswelt so zu gestalten, dass gesundheitsförderliches Verhalten leichter fällt.

### Strukturen nutzen und gut vernetzen

Diese Aufgabe braucht Kooperationspartnerinnen und -partner sowie Netzwerke. Gerade in den Kommunen ist es wichtig Parallelstrukturen zu vermeiden. Diese kosten unnötig Ressourcen. Außerdem besteht die Gefahr, dass eine überforderte Zielgruppe präventionsmüde wird. Der öffentliche Gesundheitsdienst sollte Partner der Bildungseinrichtungen in Gesundheitsfragen sein. Die Zusammenarbeit mit den Fachdiensten Jugend und Soziales und ein Einklinken in deren Maßnahmen ist zielführend. Eine Kooperation mit der Kreisstelle der Zahnärztekammer bietet viele Möglichkeiten. In Programmgebieten des Projektes ›Soziale Stadt‹ ist die Zusammenarbeit mit den Quartiermanagerinnen und -managern außerordentlich wichtig. Um auch Familien mit Migrationshintergrund zu erreichen, kann ein Integrationsbüro ein wichtiger Partner sein. Angebote zum Thema Ernährung der Verbraucherzentralen oder Krankenkassen sollten genutzt werden. Universitäten und Fachhochschulen können mit Abschlussarbeiten oder Praktikantinnen und Praktikanten gesundheitsförderliche Maßnahmen implementieren und/oder evaluieren.

### Ortsteil Belm-Powe am Stadtrand von Osnabrück

Das Team Zahngesundheit des Gesundheitsdienstes für Landkreis und Stadt

Osnabrück konzentriert seine Aktivitäten seit längerem auf benachteiligte Stadtteile, so auch auf Belm-Powe. Ein Teil des Ortes ist Sanierungsgebiet im Projekt ›Soziale Stadt‹. In Kooperation mit der Gemeinde, den Quartiermanagerinnen und -managern werden zahlreiche Angebote in verschiedenen Settings gemacht, um die Zahngesundheit der Kinder zu verbessern und den Bewohnerinnen und Bewohnern den Zugang zu den Strukturen des Gesundheitswesens zu erleichtern. Kernpunkte für Kinder und Jugendliche sind die Gruppenprophylaxe in Schulen und Kindertagesstätten, Fluoridierungsmaßnahmen in der Schule und Angebote in Freizeiteinrichtungen. Um den Zugang zu den Familien zu erhalten, werden im Treff ausländischer Frauen verschiedene Aktivitäten angeboten. Eine zahnärztliche Sprechstunde in einer mobilen Dentaleinheit soll helfen, Barrieren im Zugang zur zahnärztlichen Versorgung abzubauen. Eine Beteiligung am jährlichen Stadtteilstiftungsfest ist schon Tradition. In der Ausgabestelle der Belmer Tafel werden Mundhygieneartikel kostenlos an die Familien abgegeben. Für andere Gesundheitsthemen werden Kooperationspartnerinnen und -partner gewonnen. Die langjährigen Aktivitäten tragen langsam zu einer Verbesserung der Zahngesundheit bei, wie Untersuchungen zeigen.

### Stadtteil Schinkel in Osnabrück

Auch im Osnabrücker Stadtteil Schinkel werden vergleichbare Angebote – angepasst an diesen Lebensraum – gemacht. Da keine Quartiermanagerinnen und -manager die Aktivitäten unterstützen können, müssen hier andere Kooperationspartnerinnen und -partner gewonnen werden. Schwerpunkt ist hier die Zusammenarbeit mit den Bildungseinrichtungen. So putzen hier in einer Grundschule die Schülerinnen und Schüler morgens vor dem Unterricht unter Anleitung der Lehrkräfte die Zähne. Die Kooperation mit dem Fachbereich Soziales der Stadt Osnabrück hat sich für Veranstaltungen im Stadtteilhaus als erfolgreich erwiesen.

Zahngesundheit im benachteiligten Stadtteil fördern, bedeutet zunächst die Identifikation dieser Stadtteile oder

Sozialräume. Zielgruppenorientierte Maßnahmen mit integrierten Handlungskonzepten und zahlreichen Kooperationspartnerinnen und -partnern sollen eine Lebenswelt schaffen, die ein gesundheitsförderliches Verhalten der Bewohnerinnen und Bewohner erleichtert.

DR. BRIGITTE BRUNNER-STREPP, Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück, Team Zahngesundheit, Am Schölerberg 1, 49082 Osnabrück, Tel.: (05 41) 5 01 21 13, E-Mail: brunner@Lkos.de, Internet: www.landkreis-osnabrueck.de

Sandra Schmidt

## Medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Bremen

So genannte ›Papierlose‹ haben in Deutschland zwar einen im Asylbewerberleistungsgesetz festgelegten Anspruch auf eine öffentliche gesundheitliche Versorgung, doch wird dieser durch das Aufenthaltsgesetz wieder ausgehebelt. Das für die Abrechnung zuständige Sozialamt ist hiernach als öffentliche Stelle dazu verpflichtet, die Daten von nicht offiziell gemeldeten Menschen an die Ausländerbehörde weiterzuleiten. Aus berechtigter Furcht vor Abschiebung wagen viele Papierlose es nicht, ihr Recht auf gesundheitliche Versorgung in Anspruch zu nehmen.

### Das MediNetz Bremen

Zur gesundheitlichen Lage dieser Menschen in Deutschland, ihrer Versorgungssituation, dem Umfang des Problems und dem Ausmaß eigeninitiativen Engagements unentgeltlich behandelnder Ärztinnen und Ärzte außerhalb von ›MediNetzen‹ ist kaum etwas bekannt. Das MediNetz Bremen als zivilgesellschaftlich organisierte Anlaufstelle zur Vermittlung von Papierlosen an ehrenamtlich behandelnde Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitssystem ist diesen Fragen mittels einer quantitativen Erhebung unter im Bremen und Bremerhaven

niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nachgegangen. Unterstützt von der Bremischen Evangelischen Kirche und in Kooperation mit dem Gesundheitsamt Bremen wurden 936 Praxen verschiedener Fachrichtungen befragt. Die Ergebnisse waren überraschend. Etwas über die Hälfte der antwortenden Ärztinnen und Ärzte (52 %) gaben an, Erfahrung mit der Behandlung von Menschen ohne Papiere zu haben. Weitere Ergebnisse zeigen, dass ein Großteil der medizinischen Versorgung Papierloser in Bremen nicht über das MediNetz und den hier engagierten Ärztinnen und Ärzten, sondern in Eigeninitiative einzelner niedergelassener Ärztinnen und Ärzte stattfindet. Auf der Seite der Papierlosen wird die Versorgung ebenfalls individuell organisiert. Die Menschen gelangen hauptsächlich über soziale Netzwerke und nicht über Vermittlungsstellen in die Praxen. Insgesamt zeigt die Befragung, dass die medizinische Versorgung von Papierlosen ein bedeutsames Thema für die Bremer Ärzteschaft darstellt. Behandelnde wie Patientinnen und Patienten bleiben mit moralisch wie existenziell belastenden Entscheidungen über die Versorgungsqualität allein.

### Angebot einer humanitären Sprechstunde

In Bremen wird deshalb ein im Gesundheitsamt anzusiedelndes Angebot entwickelt. Einzelheiten zu dieser »humanitären Sprechstunde« werden noch verhandelt. Zwar ist mit der Behandlung durch im Gesundheitsamt angestellte Ärztinnen und Ärzte keine freie Arztwahl gegeben, doch ist hiermit die Versorgung an eine Stelle mit öffentlichem Versorgungsauftrag und vielfachen Erfahrungen in der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund gegeben. Darüber hinaus wird es in Zukunft möglich sein, mit Hilfe der Instrumente zur Gesundheitsberichterstattung genauere Kenntnisse über die gesundheitliche Lage und Versorgungsbedarfe dieser Bevölkerungsgruppe zu erlangen. MediNetz Bremen kooperiert in dieser Aufgabe mit dem Gesundheitsamt. Mit der humanitären Sprechstunde ist ein erster Schritt getan, um papierlose Menschen in das öffentliche

Gesundheitssystem zu integrieren. Es entsteht ein Versorgungsangebot mit einem einheitlichen, überprüfbaren Qualitätsstandard und einem verbesserten Zugang, denn es ist unabhängiger von Zufall und persönlichen Netzwerken. Zugleich muss keiner dieser Menschen in Zukunft aus Angst vor Abschiebung auf die medizinische Versorgung verzichten.

SANDRA SCHMIDT, MPH, *artec Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Fachbereich 11, Enrique-Schmidt-Str. 7 (SFG), 28359 Bremen, E-Mail: sandra.schmidt1@artec.uni-bremen.de*

Krischke, Wohlrab, Akpabli, Taschies, Gräser

## Ein kultursensibler Zugang in der HIV/AIDS-Prävention und Versorgung: Das Bremer Afrika-Projekt

Nationale und internationale Studien zeigen, dass Migrantinnen und Migranten aus Sub-Sahara-Staaten überdurchschnittlich häufig geringe Kenntnisse über HIV/AIDS, die spezifischen Übertragungswege und die spezifischen Versorgungs- und Therapieangebote aufweisen. HIV-Betroffene fühlen sich isoliert und haben große Ängste, aktiv Hilfen zu suchen. Allein die Beschäftigung mit den Themen HIV und AIDS kann bereits zu Diskriminierung und Stigmatisierung in der Community führen, ebenso wie eine Infektion oder die Erkrankung selbst. Aus dieser Beobachtung und Erkenntnis heraus wurde in der AIDS/STD (Sexually Transmitted Disease) Beratung des Gesundheitsamtes Bremen ein zugehender und kultursensibler HIV-Präventionsansatz eingesetzt, um die HIV/AIDS-Betreuung und -Prävention für Afrikanerinnen und Afrikaner zu verbessern. Das 2004 initiierte Afrika-Projekt wird seit Mai 2007 durch die Deutsche AIDS Stiftung und den Europäischen Flüchtlingsfond gefördert. Das Afrika-Projekt Bremen soll Migrantinnen und Migranten aus Ländern südlich der Sahara den

Zugang zum Versorgungssystem erleichtern und der Stigmatisierung und Tabuisierung von HIV-Betroffenen und ihren Angehörigen entgegenwirken. Die Einbindung von Beschäftigten sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit afrikanischem Migrationshintergrund ist ein zentraler Bestandteil der Projektarbeit. Weitere Komponenten sind unter anderem:

- Aufklärungs-, Solidaritätsveranstaltungen und Kondomverteilungen in Afrikanischen Communities (z. B. bei Gottesdiensten, in Afro-, Call-Shops oder Diskotheken)
- Schulung von afrikanischen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Peer-Education)
- Aufnahme und Pflege von Kontakten zu den Afrikanischen Communities und den sozialen Schlüsselpersonen (z. B. Pastorinnen und Pastoren)
- Nutzung deren sozialer Position zur kulturimmanenten und akzeptierten Auseinandersetzung mit Tabuthemen und Tabubrüchen im Hinblick auf die HIV/AIDS-Präventions- und Betreuungsarbeit
- Langfristige Verfügbarkeit von mindestens einer vertrauten Kontaktperson für Betroffene und Nicht-Betroffene aus Sub-Sahara Afrika am Gesundheitsamt, die über transkulturelle Kompetenz verfügt und in unterschiedlichen, auch nicht primär auf HIV oder AIDS bezogenen kritischen Lebenslagen vertrauensvoll und beratend zur Seite steht (zugehende und sozial-räumliche Prävention).

Seit Dezember 2008 wird das Afrika-Projekt in einem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Kooperationsprojekt der Universitäten Oldenburg und Bremen im Hinblick auf eine Verbesserung des Zugangs, der Überwindung von Barrieren und der Aufdeckung von ungenutzten Ressourcen in der HIV- und AIDS-Prävention evaluiert.

*Literatur beim Verfasser*

PD DR. HABIL. NORBERT R. KRISCHKE, *Institut für Psychologie, Abteilung für Gesundheits- und Klinische Psychologie, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, E-Mail: norbert.krischke@uni-oldenburg.de*

## ›Sport integriert Niedersachsen‹ – Projektdatenbank als Ideenpool

›Sport integriert Niedersachsen‹ – Unter diesem Motto erfolgte Ende Oktober 2008 die offizielle Freischaltung der gleichnamigen neuen Projektdatenbank [www.sport-integriert-niedersachsen.de](http://www.sport-integriert-niedersachsen.de). Der Präsident des LandesSportBundes Niedersachsen Wolf-Rüdiger Umbach und Niedersachsens Innenminister Uwe Schünemann ließen es sich nicht nehmen, anlässlich der feierlichen Freischaltung in Lehrte, selbst die Bedeutung der Datenbank als Plattform für den Austausch zwischen den Engagierten im Bereich Integration und Sport hervorzuheben. Gut 50 Projekte enthielt sie zum Startzeitpunkt – inzwischen ist die Anzahl auf über 80 angestiegen.

### Kooperationsprojekt mit wissenschaftlicher Begleitung

›Sport integriert Niedersachsen‹ ist ein Kooperationsprojekt des LandesSportBundes Niedersachsen (LSB), des Niedersächsischen Ministeriums für Inneres, Sport und Integration, der Deutschen Sportjugend und dem Institut für Sportwissenschaft der Leibniz Universität Hannover. Interessierte können sich über die Plattform umfassend über Angebote unterschiedlichster Art aus ganz Niedersachsen informieren, die im Themenbereich Integration und Sport initiiert werden. Auch die Eingabe eigener Projekte ist denkbar einfach. Der Austausch und die Vernetzung zwischen den Engagierten ist eine der wesentlichen Ziele der Projektdatenbank. Eine wissenschaftliche Begleitung ermöglicht zudem die Analyse von Erfolgsfaktoren, aber auch möglicher Fallstricke. Die Ergebnisse werden auch in die Arbeit der Kooperationspartnerinnen und -partner einfließen. Erste signifikante Daten liegen bereits vor. So wird deutlich, dass besonders Mädchen mit Migrationshintergrund im Fokus vieler Projekte stehen. Das ist auch einer der Schwerpunktthemen in der Arbeit des LSB.

### Vielfältige Best-Practise-Beispiele

Als 1. Vorsitzender des Lehrter Sportvereins (LSV) spannte Mathias Hellmich anlässlich der Freischaltung der Projektdatenbank den Bogen zur Praxis, indem er das vom LSB geförderte Integrationsprojekt ›Let's Move‹ vorstellte. Mit

›Let's Move‹ bietet der LSV zusammen mit seinen Kooperationspartnern, der Mobilien Jugendhilfe Lehrte und dem Präventionsrat Lehrte, ein offenes Sportangebot für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche zumeist mit Migrationshintergrund an. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf vereinsportfernen Kindern und Jugendlichen, deren zentraler Sozialisationsort die Straße ist. Das Spektrum der Projekte, die in der Datenbank präsentiert werden, reicht von einfachen Sportangeboten bis hin zu komplexen, vernetzt angelegten Großprojekten mit zahlreichen Kooperationspartnerinnen und -partnern. Unter anderem finden sich auch all jene Initiativen dort, die über die Förderinstrumente des LandesSportBundes Niedersachsen in dessen Aufgabenfeld ›Integration, Sport und Soziale Arbeit, Soziales‹ unterstützt werden.

CHRISTA LANGE, *LandesSportBund Niedersachsen e. V., Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 1 26 81 58, E-Mail: [clange@lsb-niedersachsen.de](mailto:clange@lsb-niedersachsen.de)*  
Nähere Auskünfte über das Projekt gibt Teamleiterin JENNIFER OSTHUS, *Tel.: (05 11) 1 26 81 84, E-Mail: [josthus@lsb-niedersachsen.de](mailto:josthus@lsb-niedersachsen.de), Internet: [www.lsb-niedersachsen.de](http://www.lsb-niedersachsen.de)*

Ulf Gebken, Julika Vosgerau

## Mädchen kicken mit. Integration durch die Kooperation von Schule und Sportverein

### Grundschule Kreyenbrück in Oldenburg

Der Bolzplatz an der Grundschule wirkt beengt. Gerade einmal 20 der mehr als 200 Schülerinnen und Schüler können mitspielen. Auf einem Teil des Platzes parken seit Kurzem die Besucherausos. Auffällig ist das bunte Bild: Mädchen und Jungen aus verschiedenen Kulturen laufen, springen, hüpfen und spielen. Mehr als 65 % der Kinder haben einen Migrationshintergrund. Diese kulturelle Vielfalt spiegelt sich in der Schülerschaft der unmittelbar angrenzenden

den konfessionellen Grundschule nicht wieder. Zwei unterschiedliche Welten ganz dicht beieinander.

### MICK-Projekt

Diese Bilder prägen die Anfänge des Oldenburger Integrationsprojektes MICK (›Mädchen kicken mit‹). Heute spielen 22 Mädchen mit, darunter viele mit Migrationshintergrund, von denen bislang kaum eines den Weg in den Sportverein gefunden hat. Sie besuchen die von dem eigenethnischen Verein ›Türkischer SV‹ angebotene Mädchenfußball-AG und fiebern ihren ersten Punktspielen im Vereinstrikot entgegen.

Diese Konzeptidee mit den drei Bausteinen Mädchenfußball-AGs, Turniere in der Schule und Qualifizierung jugendlicher Mädchen zu Fußballassistentinnen wurde vom Deutschen Fußball-Bund aufgegriffen und zu seinem bundesweiten Integrationsprojekt gemacht. Inzwischen rollt der Ball in mehr als 30 Grundschulen, die in der Regel in dem Bund-Länder-Programmgebiet ›Soziale Stadt‹ liegen und durch einen sehr hohen Migrationsanteil geprägt sind.

Schulen für den Mädchenfußball zu begeistern, ist nicht immer einfach. Dabei verweisen unsere empirischen Untersuchungen auf ein großes Integrationspotenzial von sportbezogenen schulischen Arbeitsgemeinschaften. Sie bieten die Chance, die im organisierten Sport unterrepräsentierten migrantischen Mädchen zu erreichen, zu begeistern und zu binden. Die Eltern vertrauen der Institution Schule und unterstützen das Sporttreiben in der AG. Vereinsangeboten dagegen fehlt oft die viel beschworene Niedrigschwelligkeit, die Akzeptanz der zugewanderten Eltern und eine unmittelbare Nähe zum Sozialraum bzw. Wohnumfeld der Schülerinnen und Schüler.

Die Leitung einer Mädchenfußball-AG stellt in diesem sozialen Umfeld eine pädagogische Herausforderung dar, die jedoch nicht immer leicht zu bewältigen ist: heterogene Lerngruppen müssen gemeistert und Disziplinprobleme entschärft werden. Ethnische Konflikte (›Wir sind die Kosovo-Mädchen und spielen nicht mit den anderen!‹)

Doris Bonkowski

## Förderung von Gesundheit als Baustein kommunaler Integrationspolitik

Für Braunschweig als internationale Stadt ist eine erfolgreiche kommunale Integrationspolitik, die auch die gesundheitliche Integration aller Bevölkerungsteile einschließt, eine wichtige Herausforderung in der Zukunft. Doch wie können erfolgreiche Strategien und Ansätze der Gesundheitsförderung mit und für Menschen mit Migrationshintergrund gestaltet werden?

Trotz gut entwickelter Gesundheitsversorgung bestehen für Zuwanderinnen und Zuwanderer Barrieren im Zugang zu gesundheitlichen Einrichtungen und ihren Hilfeangeboten. Um sie zu überwinden, ist eine wirkungsvollere Verknüpfung der Ansätze im Bereich Gesundheit und Integration notwendig. Dazu einige Aspekte:

Zugewanderte haben ein Recht darauf, verstanden zu werden. Die sprachliche und soziokulturell bedingte Verständigung hat im komplizierten Prozess von Prävention, Krankheit und Heilung eine große Bedeutung. Gemeindedolmetscherinnen und -dolmetscher können bei Behandlung im Krankheitsfall in Erfolg versprechender Weise helfen.

Zugewanderte brauchen die Offenheit der Institutionen und eine migrationssensible Gestaltung der Dienstleistungen und Angebote im Gesundheitswesen. Dazu können Fachkräfte mit Migrationshintergrund in Gesundheitsberufen einen wichtigen Beitrag leisten.

Zugewanderte brauchen Partizipation, Mitgestaltung und Unterstützung beim Erwerb eigener Gesundheitskompetenzen. Sie sind wichtige Brückenpersonen, die gesundheitsfördernde Informationen in familiäre Netzwerke oder Migrantengemeinschaften hineinbringen und Potentiale und Ressourcen mobilisieren.

Zugewanderte benötigen bedürfnisgerechte Angebote, die Hemmschwellen abbauen. Lokale Gesundheitsnetzwerke in Nachbarschaft und Stadtteil, in denen verschiedene Akteure zusammenarbeiten, spielen eine wichtige Rolle für Akzeptanz und Beteiligung.

### Gesundheitsförderung in Braunschweig

Viele wichtige Bausteine zum Thema Gesundheit wurden im Rahmen der Integrationsplanung zusammengetragen. Einige wurden bereits umgesetzt. So wird ein integrierter Handlungsansatz in einem heterogen zusammengesetzten Stadtteil erprobt und entfaltet durch Gesundheitsfeste, Bewegungsangebote, einem türkischen Mittagstisch oder dem Fahrradprojekt ›Ladies on tour‹ seine gesundheitsfördernde Wirkung. Durch die Ausbildung von Migrantinnen zu Gesundheitslotsinnen trägt der Aktivierungsansatz erste Früchte: in Moscheen oder Migrantenorganisationen geben die Akteurinnen ihr gesundheitliches Wissen weiter, initiieren Bewegungsangebote und fragen gezielt nach Informationen beispielsweise zu Themen wie Sucht, Ernährung oder Behinderung. Ein Gesundheitswegweiser und der Aufbau eines Sprachmittlerpools zielen darauf ab, die bestehenden Kommunikationsbarrieren zu verringern. Auch Regeldienste und Beratungseinrichtungen profitieren von diesen Angeboten.

### Gesunde Integration braucht Kontakt, Kooperation und Kontinuität

Um dies zu erreichen brauchen wir Orte, an denen dies nicht nur möglich ist, sondern auch gut gelingen kann. Ein solcher Ort ist der ›Interkulturelle Kleingarten‹ in der Braunschweiger Nordstadt. Flüchtlinge mit vielen fluchtbezogenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, lebensbedrohlichen Erfahrungen von extremer psychischer und physischer Gewalt haben hier ein neues Zuhause für sich gefunden. Der Garten ist für sie ein Platz zum Ankommen, und dafür, dass sie wieder tiefe Wurzeln schlagen und neue Früchte ernten können.

In fünf Monaten wurde aus einer verwilderten Fläche mit baufälliger Laube ein farbenfroher Garten, der mittlerweile ein Ort der Begegnung in einer grünen Oase wurde. Gerade Flüchtlinge erhalten in diesem informellen Umfeld wieder die Möglichkeit, soziale Bindungen und das Gefühl von Zugehörigkeit aufzubauen. Gemeinsam werden Gartenfrüchte angebaut und geerntet, im

sind auszuhalten und zu lösen. Interkulturelle Kompetenzen könn(t)en helfen, den sicheren Umgang mit Differenzen, kultureller Vielfalt und den sich daraus ergebenden Unsicherheiten zu schaffen, werden bislang jedoch nur unzureichend vermittelt.

### Kreyenbrücker Mädchen

Die Kreyenbrücker Mädchen haben vor Kurzem ihr erstes Turnier gespielt, durften zum ersten Mal die Trikots des Türkischen SV überstreifen und sich in der Halle mit anderen Teams messen. Es war wie das Aufbrechen in eine fremde Welt: Die übrigen Turnierteilnehmerinnen und -teilnehmer, deutsche Vereinsmannschaften mit Kindern aus Mittelstandsfamilien, begleitet durch ihre Eltern, sind gut versorgt mit Fußballausstattung und Verpflegung und sehr vertraut mit der Wettkampfsituation. Demgegenüber stehen die AG-Mädchen, alle zum ersten Mal auf einem Turnier, nur ein Teil mit Sportschuhen ausgestattet, zunächst sehr zurückhaltend, erobern sie sich später mit ihrer Begeisterung und lautstarken Anfeuerungsrufen ihrer Mitspielerinnen, die Sympathien und Anerkennung aller Beteiligten.

Es ist ein Aufwand, der sich lohnt, denn wenn Nilay, Ana, Derya oder Shari Fußball spielen, wenn die Augen strahlen und sie lachen, wenn sie am Ende des Tages stolz und auch ein kleines bisschen größer mit ihren Medaillen um den Hals wieder nach Hause fahren, dann zeigt sich, dass das MICK-Projekt auf dem richtigen Weg ist.

DR. ULF GEBKEN, JULIKA VOSGERAU,  
Universität Osnabrück,  
E-Mail: ulf.gebken@uni-osnabrueck.de,  
julika.vosgerau@uni-osnabrueck.de,  
Internet: www.fussball-ohne-abseits.de

Erfahrungen mit Nachbarinnen und Nachbarn ausgetauscht und angewendet und das Einsetzen für eine gemeinsame Sache gestärkt. Daneben gibt es die Möglichkeit, sich zu entspannen, gemeinsam zu kochen oder an Veranstaltungen zu Themen wie Kräuterkunde, Ernährung, Gewaltprävention oder Gesundheitsbildung teilzunehmen. Zwei Migranten werden mittlerweile zu Fachberatern für Baumpflege ausgebildet. Die Arbeit in der Natur ist wohltuend und heilend in allen Bereichen. Hier wird Eigenverantwortung und Gestaltung praktiziert und man kann Initiative, Identifikation und Integration der Menschen wachsen sehen. Gärtnern bringt die Menschen zusammen.

Integration heißt in der Gesellschaft ankommen. Bedingungen sind hier Willkommen-Sein, wahrgenommen und wertgeschätzt werden, um sich wohl zu fühlen. Auf die gesundheitlichen Bedürfnisse bestimmter Bevölkerungsgruppen einzugehen, ist Integrationsförderung im besten Sinne für die Stadt Braunschweig.

DORIS BONKOWSKI, Sozialreferat Büro für Migrationsfragen, Hamburger Straße 226, 38114 Braunschweig, Tel.: (05 31) 4 70 73 53, E-Mail: doris.bonkowski@braunschweig.de

## Kinderleben

Kinderleben ist der Titel für die fünf Veröffentlichungen aus dem Kinderpanel des Deutschen Jugendinstituts (DJI), die als Sozialberichterstattung über Kinder gedacht sind. Unter der Herausgeberschaft von Christian Alt widmet sich eine Vielzahl von Autorinnen und Autoren der Aufgabe, das Leben von Kindern in Deutschland unter wechselnden Themenstellungen zu betrachten. Neu ist, dass der Fokus soweit wie möglich auf die Kindperspektive gelegt und dazu eine entwicklungsorientierte, längsschnittliche Perspektive eingenommen wurde, die auf den Ergebnissen von drei Erhebungswellen beruht; d. h. die Kinder werden im Zeitraum zwischen den Übergängen vom Kindergarten in die Grundschule bzw. von der Grundschule in die Sekundarstufe I untersucht. Die Sichtweisen von Kindern auf Familie, Gleichaltrige und Schule als zentrale Dimensionen des Lebens stehen dabei im Zentrum des Erkenntnisinteresses. Neu ist außerdem, dass auch Instrumente zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen genutzt werden. Das Kinderpanel versucht mit seinem Design den psychologischen und soziologischen Blickwinkel miteinander zu verschränken. Denn wie es Kindern gelingt, ihren Lebensraum und ihre sozialen Beziehungen selbst zu gestalten, ist abhängig von der Entwicklung ihrer Persönlichkeit im Kontext ihrer jeweiligen Lebenslagen. Die Studie beschäftigt sich daher mit Fragen wie: Auf welche personalen und sozialen Ressourcen können sie dabei zurückgreifen? In welchen Entwicklungskontexten gelingt es ihnen, Anforderungen und Belastungen konstruktiv zu bewältigen? Welche sozialstrukturellen Merkmale begünstigen dies bzw. welche Konstellationen bergen die Gefahr, dass Kinder in ihrer persönlichen und sozialen Entwicklung eingeschränkt werden? (ar)

### Kinderleben – Aufwachsen zwischen Familie, Freunden und Institutionen Band 1: Aufwachsen in Familien

Im ersten Band wird aus unterschiedlichen Perspektiven das Aufwachsen von Kindern im Kontext ihrer Familien nachgezeichnet. Familiäre Netzwerke von Kindern, Wohlbefinden und

Unwohlsein bei Grundschulkindern, elterliche Arbeitslosigkeit oder Risiken und Ressourcen unterschiedlicher Räume für Kinder – dazwischen besteht eine breite Palette von weiteren Themen. (ar)

CHRISTIAN ALT (HRSG.): *Kinderleben – Aufwachsen zwischen Familie, Freunden und Institutionen. Band 1: Aufwachsen in Familien.* VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2005, 304 Seiten, ISBN 978-3-8100-4097-5, 26,90 Euro

### Kinderleben – Aufwachsen zwischen Familie, Freunden und Institutionen Band 2: Aufwachsen zwischen Freunden und Institutionen

Im zweiten Band stehen Kinder, ihre Freundschaftsbeziehungen und ihre Auseinandersetzung mit Institutionen im Zentrum. Es geht dabei u. a. um die Zusammensetzung wie auch um die Nutzung von Netzwerkstrukturen als Ressource. Beiträge über das Sozialkapital in der Sozialisation von Kindern im Grundschulalter oder die Analyse von außerschulischer Bildungsbeteiligung von Migrantenkindern haben zum Ziel, die Lebenswelt von Kindern realitätsgerecht zu beschreiben. (ar)

CHRISTIAN ALT (HRSG.): *Band 2: Aufwachsen zwischen Freunden und Institutionen* VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2005, 344 Seiten, ISBN 978-3-531-14639-4, 29,90 Euro

### Kinderleben – Start in die Grundschule Band 3: Ergebnisse aus der ersten Welle

Der dritte Band liefert u. a. Erkenntnisse über die Bedingungen des Übergangs vom Kindergarten in die Grundschule oder über die Erfahrungen in der Grundschule aus der Kindperspektive und deren Einflüsse auf das kindliche Wohlbefinden. (ar)

CHRISTIAN ALT (HRSG.): *Kinderleben – Start in die Grundschule. Band 3: Ergebnisse aus der ersten Welle.* VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2007, 367 Seiten, ISBN 978-3-531-15417-6, 34,90 Euro



## Praxisforschung im Sozialraum

In dem vorliegenden Band der Reihe Beiträge zur Sozialraumforschung werden verschiedene Fallstudien in ländlichen und urbanen sozialen Räumen vorgestellt.

In der Einleitung wird zunächst der Begriff des Sozialraumes definiert, um im Weiteren die Konsequenzen für die empirische Forschung, planerische Sozialraumanalysen sowie Praxis Sozialer Arbeit aufzuzeigen.

Im ersten Teil werden sowohl methodologische und systematische Grundlagen der Sozialraumanalyse sowie die partizipative Projektentwicklung thematisiert. Der zweite Teil behandelt exemplarisch die Sozialraumorganisation im ländlichen Raum. So werden in einem Beispiel verschiedene Methoden der Beteiligung älterer Menschen an der kommunalen Altenhilfeplanung im ländlichen Raum dargestellt. Der dritte Teil besteht aus verschiedenen Beiträgen zu sozial-räumlichen Aneignungsprozessen verschiedener Zielgruppen bzw. in unterschiedlichen Institutionen. (ts)

MICHAEL MAY, MONIKA ALISCH (HRSG.): *Praxisforschung im Sozialraum. Beiträge zur Sozialraumforschung Band 2.* Verlag Barbara Budrich, Opladen und Farmington Hills, 2008, 240 Seiten, ISBN 978-3-86649-192-2, 24,90 Euro

## Gesundheit, Ungleichheit und junge Lebenswelten

**Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO**

In diesem Buch werden die Ergebnisse des zweiten deutschen Jugendgesundheits surveys, der im Rahmen der internationalen Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) durchgeführt wurde, vorgestellt. In mehreren Bundesländern wurden 11- und 15-jährige Jugendliche zu ihren Lebenslagen, Lebenswelten und gesundheitlichen Situation befragt. Die Studie zeigt, dass materielle, bildungsbezogene und kulturelle Ressourcen einen massiven Einfluss auf die Gesundheit der Jugend-

lichen haben. Die Beiträge der unterschiedlichen Autorinnen und Autoren beschäftigen sich auf der Grundlage der Studienergebnisse mit gesundheitlicher Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter, der Bedeutung jugendlicher Lebenswelten für gesundheitliche Ungleichheit sowie mit den Konsequenzen für Praxis und Forschung. (st)

MATTHIAS RICHTER, KLAUS HURRELMANN, ANDREAS KLOCKE, U. A. (HRSG.): *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten – Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO.* Juventa Verlag, Weinheim und München, 2008, 275 Seiten, ISBN 978-3-7799-1971-1, 24,00 Euro

## Migrationsreport 2008

›In ganz Deutschland ist man sich mittlerweile einig: Integration findet vor Ort statt.‹ Mit diesem Ausspruch beschreibt Klaus Bade, Mitglied des Rates für Migration, in seinem Vorwort den inhaltlichen Schwerpunkt des mittlerweile zum fünften Mal herausgegebenen Migrationsreports. In fünf der insgesamt sieben Kapitel wird die Rolle der Kommunen in der integrationspolitischen Debatte beleuchtet. Das Spektrum der Buchbeiträge reicht vom Paradigmenwechsel in der kommunalen Integrationspolitik, über die Ausbildungschancen junger Migrantinnen und Migranten bis hin zu einem Kommentar zum Weltbevölkerungsbericht 2007. Die übrigen beiden Kapitel behandeln die Konstruktion von Sicherheitspatenschaften und die Chronologie der deutschen Integrationspolitik seit 2006. Insgesamt erhält der Leser einen umfassenden Überblick über die Integrationsbestrebungen auf lokaler und regionaler Ebene in Deutschland. (mw)

MICHAEL BOMMES, MARIANNE KRÜGER-POTRATZ (HRSG.): *Migrationsreport 2008. Fakten – Analysen – Perspektiven.* Campus Verlag, Frankfurt am Main, 2009, 320 Seiten, ISBN 978-3-593-38778-9, 24,90 Euro

### Kinderleben – Integration durch Sprache?

**Band 4: Bedingungen des Aufwachsens von türkischen und russlanddeutschen und deutschen Kindern.**

Wie können türkisch- und russischsprachige Kinder im Kontext von Familie, Gleichaltrigen und Schule die erforderlichen Kompetenzen erwerben, die eine Integration in die Aufnahmegesellschaft gelingen lassen? Diese Fragen verfolgt der vierte Band dieser Reihe anhand von Themen wie: Sozialkapital und Integration im Kindesalter, Sprache und Integration oder familialer Hintergrund türkischer und russischsprachiger Kinder. (ar)

CHRISTIAN ALT (HRSG.): *Kinderleben – Integration durch Sprache? Band 4: Bedingungen des Aufwachsens von türkischen und russlanddeutschen Kindern.* VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2006, 324 Seiten, ISBN 978-3-531-15107-x, 32,90 Euro

**Kinderleben – Individuelle Entwicklungen in sozialen Kontexten**  
**Band 5: Persönlichkeitsstrukturen und ihre Folgen**

Das Kinderpanel bringt verstärkt psychologische Dimensionen in die Sozialberichterstattung ein und im fünften Band geht es vor allem um die Wechselwirkungen zwischen den psychologischen und den soziologischen Indikatoren. Im Ergebnis werden Persönlichkeitseigenschaften, wie sie die Psychologie verwendet, als erklärende Variablen in einer soziologisch fundierten Sozialberichterstattung eingesetzt. (ar)

CHRISTIAN ALT (HRSG.): *Kinderleben – Individuelle Entwicklungen in sozialen Kontexten. Band 5: Persönlichkeitsstrukturen und ihre Folgen.* VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2008, 368 Seiten, ISBN 978-3-531-16165-5, 32,90 Euro

## Gesundheitszirkel in Kindertagesstätten

Gesundheitsfördernde Maßnahmen im Setting Kita nehmen an Bedeutung zu. Die Zielgruppe entsprechender Aktivitäten sind meist Kinder und selten die oft stark belastete Berufsgruppe der Erzieherinnen und Erzieher.

Attiya Khan zeigt mit ihrem Manual für die Moderation von Gesundheitszirkeln eine Möglichkeit auf, wie gemeinsam mit den Beschäftigten gezielt an Belastungen gearbeitet und Lösungsmaßnahmen entwickelt werden können. Dafür hat sie das Instrument ›Gesundheitszirkel‹ auf die Bedürfnisse von Beschäftigten in Kindertagesstätten angepasst.

Das Manual ist besonders Moderatorinnen und Moderatoren von Gesundheitszirkeln zu empfehlen. Sehr übersichtlich und praxisnah werden hilfreiche Moderationsmethoden und der Ablauf von einzelnen Zirkelsitzungen beschrieben. Darüber hinaus werden Kopiervorlagen zu bestimmten Schritten der Moderation bereit gestellt.

Die Ergebnisse der evaluierten Gesundheitszirkel machen Mut, das Manual in der Praxis auszuprobieren. Es zeigte sich, dass die gemeinsame Lösung von Problemen eine teamstärkende Wirkung hat und Belastungen reduziert werden können. (mc)

ATTIYA KHAN: *Gesundheitszirkel in Kindertagesstätten – Manual für die Moderation*. VDM Verlag Dr. Müller, Saarbrücken, 2007, 56 Seiten, ISBN 978-3-8364-5688-3, 49 Euro

## Gesunde Kinder – Ein Motivationsbuch

Das Buch richtet sich insbesondere an Eltern von übergewichtigen Kindern. Es soll zum Einen informieren, zum Anderen vor allem die Zielgruppe motivieren, sich aktiv der Gesundheit ihrer Kinder anzunehmen.

In dem Buch werden in einer gut verständlichen Art und Weise die Zusammenhänge und Folgen des Übergewichts bei Kindern erläutert. Es werden alltagsnahe Erläuterungen zu der psychischen Situation von übergewichtigen Kindern sowie zu der Bedeutung

von Eltern und dem sozialen Umfeld (Großeltern, Freunde, Hobbys) gegeben. Diese werden von der Autorin mit praxisnahen Erfahrungen aus dem Therapie- und Präventionsprogramm ›Moby Dick‹ untermauert.

Einen großen Teil nehmen Hintergrundinformationen und Empfehlungen zur gesunden Ernährung, zum Essverhalten und zu mehr Bewegungsmöglichkeiten ein. Im Anhang des Buches gibt es zudem praktische Bewegungsübungen und Rezeptempfehlungen, die im Familienalltag ausprobiert werden können. (mc)

CHRISTIANE PETERSEN: *Gesunde Kinder – Ein Motivationsbuch*. Heinrich Hugendubel Verlag, Kreuzlingen/München, 2007, 208 Seiten, ISBN 978-3-7205-5016-1, 19,95 Euro

## Ungleiche Kindheiten – Theoretische und empirische Analysen zur Sozialberichterstattung über Kinder

Die Autorin analysiert zwei Ungleichheitsachsen im Kinderleben, die ethnische und die soziale Zugehörigkeit, und untersucht, wie diese Achsen ungleiche Kindheiten strukturieren. Betz weist die Notwendigkeit eines eigenständigen Forschungsinstruments der Sozialberichterstattung über Kinder zur Dokumentation der ungleichen Bildungsbedingungen und kulturellen Praktiken von (Migranten-) Kindern nach. Ihrer Meinung nach lassen bisher existierende Kindersurveys ›Kindheit‹ als ethnisch homogen erscheinen. Sie skizziert anhand ihrer Analyse sowie den Milieutheorien Bourdieus und der Daten des DJI Kinderpanels neue Eckpunkte für ein künftiges Forschungsprogramm einer Sozialberichterstattung über Kinder. (ar)

TANJA BETZ: *Ungleiche Kindheiten – Theoretische und empirische Analysen zur Sozialberichterstattung über Kinder*. Juventa Verlag, Weinheim, 2008, 424 Seiten, ISBN 978-3-7799-1544-7, 35,00 Euro

## Eltern-Stärken-Test

Der Eltern-Stärken-Test hat einen erziehungswissenschaftlichen Hintergrund und basiert auf den Fünf Säulen der Erziehung von Sigrid Tschöpe-Scheffler. Er bietet Eltern die Möglichkeit, ihr eigenes Erziehungsverhalten zu reflektieren und eigene Stärken zu erkennen. Das Heft im DIN A4-Format enthält Kopiervorlagen und gut verständliche Erläuterungen, die in der sozialen Arbeit, z. B. in der Elternbildung und -beratung, als Instrument der Selbstanalyse und als Ausgangspunkt für weitere Gespräche über das Erziehungsverhalten einsetzbar sind. (ar)

SIGRID TSCHÖPE-SCHEFFLER: *Eltern-Stärken-Test. Auf der Grundlage der Fünf Säulen der Entwicklung*. Verlag Barbara Budrich, Opladen und Farmington Hills, 2007, 24 Seiten, ISBN 978-3-86649-044-4, 7,90 Euro

## Gerüstet für den Schulalltag

Mit dem Buch ›Gerüstet für den Schulalltag – Psychologische Unterstützungsangebote für Lehrerinnen und Lehrer‹ geben die Herausgeber Antworten auf die Ergebnisse der ersten Potsdamer Lehrerstudie, veröffentlicht unter dem Titel ›Halbtagsjobber?‹.

Weitere im Rahmen dieses Buches vorgestellte Untersuchungen bestätigen die These der ersten Studie: Kaum eine Berufsgruppe ist seelisch stärker belastet als die der Lehrkräfte. In dem Buch werden wissenschaftliche Untersuchungsergebnisse mit praxisbezogenen Unterstützungsangeboten und Interventionsprogrammen verbunden. Das Buch spricht insbesondere Lehrerinnen und Lehrer, Schulleitungen, Lehrerbildner, Schulpolitik sowie Lehramtsstudierende und am Lehrerberuf Interessierte an. (mc)

UWE SCHAARSCHMIDT, ULF KIESCHKE (HRSG.): *Gerüstet für den Schulalltag – Psychologische Unterstützungsangebote für Lehrerinnen und Lehrer*. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2007, 252 Seiten, ISBN 978-3-407-25465-8, 29,90 Euro

## Neue Wege gehen – Entwicklungsfelder der Frühpädagogik

Die Anforderungen an Erzieherinnen und Erzieher in Kindertagesstätten haben sich geändert. Sie sollen inzwischen auch einen Bildungsauftrag erfüllen. Deshalb wird es als dringend erforderlich angesehen, den Beruf der Erzieherin bzw. des Erziehers auf Hochschulebene anzuheben. So sollen die Möglichkeiten, die sich durch Frühförderung von Kindern ergeben, ausreichend genutzt werden. Der erste Teil des Buches beschäftigt sich mit den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der Berufsfeldentwicklung. Im weiteren Verlauf werden Themen wie Resilienz, Umgang mit Medien sowie Elternarbeit und Naturwissenschaften als Herausforderungen für die Frühpädagogik diskutiert. (sh)

KLAUS FRÖHLICH-GILDHOFF, IRIS NENTWIG-GESEMANN, PIA SCHNADT (HRSG.): *Neue Wege gehen – Entwicklungsfelder der Frühpädagogik*. Ernst Reinhardt Verlag, München und Basel, 2007, 159 Seiten, ISBN 978-3-497-01951-9, 21,90 Euro

## Soziale Arbeit für alte Menschen Ein Handbuch für die berufliche Praxis

Die großen Veränderungen im Bereich der sozialen Arbeit mit älteren Menschen in den letzten Jahren, die insbesondere auf den demografischen Entwicklungen beruhen, veranlassten die Herausgeber und das 28-köpfige Autorenteam des 2003 erschienen Buches ›Soziale Arbeit mit alten Menschen‹ zur Überarbeitung und Neugestaltung des Sammelbandes. In 26 Kapiteln werden demografische Grundlagen, medizinisch-pflegerische Themenstellungen, Wohn- und Beratungsangebote und Maßnahmen zur Engagementförderung älterer Menschen besprochen. Einer der wesentlichen Bereiche des Buches widmet sich den vorpflegerischen und pflegerischen Unterstützungsangeboten für ältere Menschen und Behinderte. Das Buch bereitet die Themen zur praktischen sozialen Arbeit sowie die damit in Zusammenhang stehenden gesetz-

lichen Grundlagen und wissenschaftlichen Analysen in sehr gut lesbarer und informativer Weise auf. Das gut 500 Seiten umfassende Handbuch wird durch die vielfältigen Beiträge des Autorenteams zur interessanten Lektüre für alle diejenigen, die sich mit Fragen der Lebensgestaltung und Unterstützung im Alter beruflich befassen oder sich selbst einen Überblick darüber verschaffen wollen. (VtJ)

CHRISTIAN ZIPPEL, SYBILLE KRAUS (HRSG.): *Soziale Arbeit für alte Menschen – Ein Handbuch für die berufliche Praxis*. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2009, 508 Seiten, ISBN: 978-3-940-529-22-0, 29,90 Euro

## Junge Muslime in Deutschland. Lebens- lagen, Aufwuchsprozesse und Jugendkulturen

Zwangsheirat, Kopftuch und Ehrenmord. Um diese Begriffe dreht sich allzu häufig die Berichterstattung der Medien, wenn von jungen Muslimen die Rede ist. Der vorliegend beschriebene Sammelband räumt mit weit verbreiteten Vorurteilen auf und zeigt eine vielfältige und in der Mitte Deutschlands angekommene Generation junger Menschen. Das Buch beschreibt auf der Basis empirisch gewonnener quantitativer sowie qualitativer Daten die Lebenslagen, Sozialisation und Alltagskulturen dieser Jugendlichen. Auch die gesellschaftliche Diskriminierung von Muslimen und Tabuthemen wie Homosexualität werden diskutiert. Der Sammelband gibt einen guten Überblick des derzeitigen Forschungsstandes und leistet einen wichtigen Beitrag zur Versachlichung der Integrationsdebatte. (mw)

HANS-JÜRGEN VON WENSIERSKI, CLAUDIA LÜBCKE (HRSG.): *Junge Muslime in Deutschland. Lebenslagen, Aufwuchsprozesse und Jugendkulturen*. Verlag Barbara Budrich, Opladen und Farmington Hills, 2007, ISBN 978-3-86649-056-7, 360 Seiten, 29,90 Euro

## Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung

Was bedeutet Nutzerorientierung und Gesundheitssicherung? Wer sind die Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitssystems? Wie können deren Bedürfnisse erfasst und in die Praxis gebracht werden? Diese Fragestellungen werden im vorliegend beschriebenen Buch aus dem Blickwinkel verschiedener Fachdisziplinen besprochen. Im ersten Teil der Veröffentlichung beschäftigen sich die Autorinnen und Autoren vornehmlich mit dem Begriff der Nutzerorientierung. In den Beiträgen wird deutlich, dass eine wissenschaftlich fundierte Diskussion über den ›mündigen Patienten‹ bisher kaum stattgefunden hat. Besonders die aufgezeigten negativen Konsequenzen einer falsch verstandenen Mündigkeit machen diese Auseinandersetzung aber unumgänglich. Im zweiten Teil der Veröffentlichung geht es vorwiegend um die konkrete Umsetzung von Nutzerorientierung in spezifischen Settings oder für bestimmte Zielgruppen. Durch die umfassende multidisziplinäre Analyse des Konzeptes der Nutzerorientierten Gesundheitssicherung trägt das Buch zur inhaltlichen Ausgestaltung und Abgrenzung des Konzeptes bei. (mw)

KATI MOZYGEMBA, SARAH MÜMKEN, ULLA KRAUSE U. A. (HRSG.): *Nutzerorientierung – Ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?* Verlag Hans Huber, Bern, 2008, 224 Seiten, ISBN 978-3-456-84597-5, 24,95 Euro

## Mann wird man – Geschlechtliche Identitäten im Spannungsfeld von Migration und Islam

Der Sammelband verbindet interdisziplinäre Forschungsergebnisse zu den Schnittstellen von ›Migration und Männlichkeit‹ sowie ›Maskulinität und Islam‹ und schlägt dabei einen weiten Bogen über das Themenfeld. Eine Leerstelle füllt der Band nicht nur, indem er den Fokus auf muslimisch-migrantische

Maskulinitäten richtet, sondern auch weil er dies im deutschen wie internationalen Kontext thematisiert. Die Sicht auf migrantische Maskulinität im deutschen Kontext wird als mediale (De-)Konstruktion herausgearbeitet und der Blick auf individuelle Verarbeitungsformen und biografische Strategien in der (Re-)Konstruktion von Individualität gerichtet. Andere Beiträge beschäftigen sich mit den Ritualen, mit denen das Kind zum Mann (gemacht) wird, mit Einstellungen muslimischer Männer zu familialer Gewalt oder mit Risiken und Ressourcen in der Sozialisation von Jugendlichen mit Migrationshintergrund. (ar)

LYDIA POTTS, JAN KÜHNEMUND (HRSG.): *Mann wird man – Geschlechtliche Identitäten von Migration und Islam*. transcript-Verlag, Bielefeld, 2008, 227 Seiten, ISBN 978-3-89942-992-3, 24,80 Euro

## Alter, Gesundheit und Krankheit

In Deutschland sind 20,5 Millionen Personen über 60 Jahre alt. Damit besitzt Deutschland im weltweiten Vergleich den dritthöchsten Anteil an älteren Frauen und Männern in der Bevölkerung. Prognosen zeigen, dass im Jahr 2050 möglicherweise 11% der deutschen Bevölkerung hochaltrig, d. h. über 80 Jahre alt, sein wird.

Das alles stellt die Gesellschaft und auch das Gesundheitssystem vor eine große Herausforderung. Die Autorinnen und Autoren greifen verschiedene Facetten von Alter, Gesundheit und Krankheit auf. Neben den theoretischen Grundlagen des Themas Altern werden empirische Befunde zur Gesundheits- und Krankheitsentwicklung im Alter sowie im weiteren Verlauf des Handbuchs die notwendigen Anpassungsherausforderungen des Gesundheitssystems behandelt. (sh)

ADELHEID KÜHLMEY, DORIS SCHAEFFER (HRSG.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Verlag Hans Huber, Bern, 2008, 436 Seiten, ISBN 978-3-456-84573-9, 49,95 Euro

## Rauchpause

Die Autorin bezeichnet sich als Raucherin, obwohl sie seit ihrem 44. Lebensjahr keine Zigarette mehr geraucht hat. Sie ist eine ›Raucherin mit Rauchpause‹. Laut Maja Storch sollte nicht nur der körperliche Entzug bei dem Wunsch das Rauchen aufzugeben beachtet werden. Vielmehr muss das Unterbewusste mit einer ›lebenslangen Rauchpause‹ einverstanden sein. Das heißt sich eine neue Identität anzueignen, in der die Zigarette kein Bestandteil derselben ist.

Auf Initiative der Lungenliga Zürich ist dieses Buch entstanden, das auf eingängige Weise theoretische Grundlagen beschreibt und Schritt für Schritt durch Arbeitsblätter und Fallbeispiele Hilfestellungen gibt, mit denen man zum ›Rauchenden mit lebenslanger Rauchpause‹ werden kann. (sh)

MAJA STORCH: *Rauchpause. Wie das Unbewusste dabei hilft, das Rauchen zu vergessen*. Verlag Hans Huber, Bern, 2008, 131 Seiten, ISBN 978-3-456-84632-3, 14,95 Euro

## Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen

Die in diesem Buch versammelten Beiträge verschiedener Autorinnen und Autoren spiegeln die Ergebnisse eines wissenschaftlichen Programms zum Thema ›Soziale Unterschiede gesundheitlicher Lebenserwartung in Europa‹ wieder. In den ersten zwei Kapiteln bekommt man einen Überblick über die Erklärungsansätze, Evidenz und Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheit im Lebenslauf. Die folgenden Kapitel gehen detaillierter auf die Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit ein. Im Speziellen werden die Sozialpolitik, Arbeitswelt und Wohnumfeld als Einflussfaktoren sowie die komplexen psychobiologischen Prozesse als Bindeglied zwischen Sozialstatus und Gesundheit diskutiert. Wie das Bewältigungsverhalten und Kontrollüberzeu-

gungen die gesundheitlichen Auswirkungen des sozioökonomischen Status beeinflussen, das behandeln die nachfolgenden Kapitel. Abschließend vergleicht das Buch verschiedene europäische Wohlfahrtssysteme und stellt die Strategien der Länder zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit vor. Die Erkenntnisse, die im Rahmen des wissenschaftlichen Programms entwickelt und in diesem Buch erstmals auch in deutscher Sprache publiziert wurden, bieten Akteuren der Gesundheitsförderung neue konzeptionelle Ansatzpunkte für Interventionen, vor allem, wenn sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen erreicht werden sollen. (mw)

JOHANNES SIEGRIST, MICHAEL MARMOT (HRSG.): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitliche Folgerungen*. Verlag Hans Huber, Bern, 2008, 320 Seiten, ISBN 978-3-456-84563-0, 39,95 Euro

## Gute Pflege im Heim und zu Hause

Bei Eintreten von Pflegebedürftigkeit stehen viele Betroffene und deren Angehörige vor der Frage, wie gute Pflege definiert wird und welche Standards sie von ambulanten Pflegediensten, Pflegeheimen oder Krankenhäusern erwarten können. Der Ratgeber der Verbraucherzentrale gibt Auskunft über Expertenstandards in der pflegerischen Versorgung, insbesondere zu wichtigen Themen wie der Vermeidung von Druckgeschwüren, den Umgang mit Harninkontinenz, Sturzprophylaxe, Umgang mit Schmerz und Krankenhausaufenthalten. Das Buch ist übersichtlich und allgemeinverständlich geschrieben und enthält praktische Checklisten, die helfen Pflegequalität zu erkennen und einzufordern. (ts)

VERBRAUCHERZENTRALE BUNDESVERBAND E. V. (HRSG.): *Gute Pflege im Heim und zu Hause*. Verbraucherzentrale Bundesverband e. V., Berlin, 2008, 112 Seiten, ISBN 978-3-936350-54-8, 7,90 Euro

Melanie Bremer

## Das soziale Gehirn

In Deutschland steigt die Zahl der im Zusammenhang mit Krankschreibungen, stationären Behandlungen und Frühberentungen diagnostizierten psychischen Erkrankungen kontinuierlich an. Mit diesem Buch richtet sich der Autor an Personen, die professionell mit Menschen arbeiten, die an einer psychischen Störung leiden. Im ersten Kapitel werden ausführlich die Grundlagen der Anatomie und Physiologie des Gehirns beschrieben. Das zweite Kapitel klärt darüber auf, wann, wo und wie die Ergebnisse der modernen Hirnforschung im Umgang mit psychisch kranken Menschen eingesetzt werden können. Hierzu werden jeweils nach der Erläuterung eines spezifischen psychiatrischen Störungsbildes ein therapeutisches Fazit formuliert und basierend auf den Erkenntnissen der Hirnforschung therapeutische Maßnahmen abgeleitet. Das Buch vermittelt in verständlicher Form das notwendige Fachwissen für die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen und hilft die Ansatzpunkte einer Behandlung seelischer Störungsbilder besser zu verstehen.

SCHMITT, THOMAS: *Das soziale Gehirn – Eine Einführung in die Neurobiologie für psychosoziale Berufe. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2008, 165 Seiten, ISBN 978-3-88414-456-5, 29,95 Euro*

## Null Bock auf Familie?

Dieses Buch beschreibt die Ergebnisse einer von der Bertelsmann Stiftung in Auftrag gegebenen Studie des Deutschen Jugendinstituts. In dieser Studie werden Männer zu ihren Lebensplanungen, Kinderwünschen, Rollenvorstellungen, Vereinbarkeit von Familie und Beruf und gewünschten politischen Rahmenbedingungen befragt.

Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass fast alle jungen Männer Väter werden möchten. Bevor sie jedoch an die Gründung einer Familie denken, müssen die Rahmenbedingungen, wie ein eigenes Haus und ein krisenfester Job, stimmen. Durch zahlreiche Grafiken und Bilder, gibt das Buch einen abwechs-

lungsreichen und gut lesbaren Überblick der Studienergebnisse.

Die abschließenden Handlungsempfehlungen rufen zu einem Abbau von Hemmnissen und zur Gestaltung neuer Rahmenbedingungen auf, um Männern die Furcht vor der Vaterschaft zu nehmen und eine flexible Lebensplanung zu gewährleisten. (st)

BERTELSMANN STIFTUNG (HRSG.): *Null Bock auf Familie? – Der schwierige Weg junger Männer in die Vaterschaft. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2008, 174 Seiten, ISBN 978-3-89204-990-6, 20,00 Euro*

## Jungsein in einer alternden Gesellschaft

Welche gesellschaftlichen Auswirkungen hat es, wenn der Anteil der Seniorinnen und Senioren ansteigt und die Jugend mehr und mehr zu einer gesellschaftlichen Minderheit wird? Was für Konsequenzen hat dies auf die soziale und kulturelle Entwicklung der Jugendlichen? Welche Herausforderungen stellen sich für die Bildung und Erziehung junger Menschen? Diesen und anderen Fragen zum Zusammenleben der Generationen gehen die Autorinnen und Autoren dieses Buches nach.

Dem Gedanken des Soziologen Friedrich H. Tenbrucks folgend, dass »eine Soziologie der Jugend oder des Alters (...) eigentlich nur im Rahmen einer Soziologie der Generationen möglich ist«, stellt das vorliegende Buch aus unterschiedlichen fachlichen Blickrichtungen neue Perspektiven und Projekte vor. Damit bricht das Buch die sozialpolitische Engführung der Debatte zum Zusammenleben der Generationen auf. (VtJ)

DAGMAR HOFFMANN, WILFRIED SCHUBARTH, MICHAEL LOHMANN (HRSG.): *Jungsein in einer alternden Gesellschaft – Bestandsaufnahme und Perspektiven für das Zusammenleben der Generationen. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2008, 240 Seiten, ISBN 978-3-7799-1748-9, 21,00 Euro*

## Mitmachen – Mitgestalten – Mitentscheiden

Die gleichnamige Tagung des Bundesnetzwerks Bürgerschaftliches Engagement (BBE) wurde am 18./19. Januar 2008 im Neuen Rathaus der Stadt Hannover durchgeführt. Dort diskutierten Expertinnen und Experten über die Erfolge von Beteiligungsverfahren, Kommunikationsprozesse und notwendige Vernetzungen sowie über die Zusammenführung der unterschiedlichen Interessen von Bürgerinnen und Bürgern, Politik, Verwaltung und Organisationen vor Ort. Die hier beschriebene Dokumentation der zweitägigen Veranstaltung fasst die Ergebnisse zusammen und wurde von der Stiftung Mitarbeit in der Reihe »Brennpunkt-Dokumentationen zu Selbsthilfe und Bürgerengagement« herausgegeben. Ebenso finden sich die auf der Tagung erörterten Themen Partizipation von Seniorinnen und Senioren, Jugendlichen sowie Migrantinnen und Migranten und Ausführungen zur Koordination der vielfältigen Ausprägungen bürgerschaftlichen Engagements auf kommunaler Ebene in der Dokumentation wieder.

Die Tagung selbst als auch die dokumentierten Ergebnisse sind ganz wesentlich vom Tun Erhard Otto Müllers geprägt, der bis zu seinem Tod am 14. Mai 2008 Sprecher der AG 4 »Perspektiven der lokalen Bürger/innengesellschaft« des BBE war.

Die Dokumentation der Tagung liefert wichtige Impulse zu Fragen der Partizipation sowie zur Förderung der Bürgergesellschaft und enthält vielfältige Anregungen für die Praxis. (VtJ)

STIFTUNG MITARBEIT (HRSG.): *Brennpunkt-Dokumentationen zu Selbsthilfe und Bürgerengagement Nr. 43. Verlag Stiftung Mitarbeit, Bonn, 2008, 140 Seiten, ISBN 978-3-928053-97-6, 5,00 Euro*

## Veranstaltungen der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.



### Armut, Alter und Gesundheit – Neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung

29.04.2009, Hannover

Im Fokus der deutschen Auftaktveranstaltung im europäischen Projekt ›INCLUSage Debating Older People's needs‹ in Hannover steht eine Auseinandersetzung mit dem Thema ›Armut, Alter und Gesundheit‹. Nach einführenden Beiträgen und der Vorstellung eines ›Toolkits‹ zur Arbeit mit Älteren wird es in den Workshops um die Entwicklung von Vorschlägen zum Umgang mit der zu erwartenden Altersarmut und ihren Folgen auf lokaler und regionaler Ebene gehen. Übergreifendes Thema neben Gesundheit ist die Frage der Beteiligung Älterer an diesem Prozess. Das zweijährige europäische Projekt INCLUSage wird mit AGE (Europäische Plattform älterer Menschen) und weiteren Partnern aus sieben Ländern durchgeführt. Ziel des Projektes ist es auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene eine partizipatorische Debatte über die mehrdimensionalen Aspekte von Armut und sozialer Ausgrenzung im Alter zu initiieren. Unsere Partner in Deutschland sind neben der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen und der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen auch der Landesseniorenbeirat Mecklenburg-Vorpommern.

### Auftaktveranstaltung zur ›Aktionswoche Alkohol‹

15.06.2009, Hannover

Die Aktionswoche Alkohol möchte im Juni 2009 erneut mit Informations- und Aufklärungsaktionen eine nachhaltige Diskussion über den verantwortlichen Alkoholkonsum anstoßen.

Wichtig ist diese Aktionswoche, da der Alkoholkonsum im europäischen Vergleich in Deutschland mit etwa 1,3 Mio. Alkoholabhängigen sehr hoch ist. Diese Aktionswoche wird bundesweit von der DHS und der BZgA unterstützt. In Niedersachsen hat die Sozialministerin Mechthild Ross-Luttmann die Schirmherrschaft für die Aktionswoche Alkohol übernommen. Die Auftaktveranstaltung für die ›Aktionswoche Alkohol‹ stellt den Beginn einer ereignisreichen Woche in Niedersachsen dar, die von den unterschiedlichsten Akteuren farbenfroh und interessant gestaltet wird.

### Kindergesundheit – Neue strukturelle Herausforderungen – Zwischen neuen Datenlagen und alten Programmfluten

Jahrestagung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

22. Juni 2009, Hannover

Die Ergebnisse der KIGGS-Studie des Robert Koch-Instituts liefern ein umfangreiches Bild der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Welche strukturellen Herausforderungen sich aus dieser Datenlage ableiten, thematisiert die Jahrestagung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin. Im Mittelpunkt stehen Programme und praxiserprobte Ansätze zur Förderung der Kindergesundheit sowie eine kritische Diskussion der aktuellen Programmflut zum Thema Kindergesundheit.

### 2. Niedersächsische Fachtagung zur Schulverpflegung ›Schulverpflegung in Bewegung – wir setzen Maßstäbe‹

09. Juni 2009, Lüneburg

Eine gesunde Schulverpflegung wirkt sich positiv auf Konzentration, Leistungsfähigkeit, Sozialverhalten und Lernklima aus. Somit ist eine gelungene Verpflegungssituation am ›Erfolg‹ von Schule maßgeblich beteiligt. Kinder und Jugendliche verbringen einen großen Teil ihrer aktiven Zeit in der Schule. Aus diesem Grund ist die Schule – neben dem Elternhaus – der Ort des Erwachsenwerdens, an dem Kinder nicht nur ihre Bildung erfahren, sondern sich auch einen gesundheitsförderlichen Lebensstil aneignen können und dies unabhängig von ihrer sozialen Herkunft. Ziel der Veranstaltung ist es, Modelle guter Praxis vorzustellen, Kooperationen anzuregen, Erfahrungen auszutauschen, Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung und gesetzliche Grundlagen kennenzulernen um – im Rahmen der Schulverpflegung – ein qualitativ gutes Essen und Trinken an Schulen zu etablieren.

Die Veranstaltung richtet sich an Schülerinnen, Schüler, Eltern, Lehrkräfte, Schulleitungen, Schulträger, Beratungskräfte, kommunale Vertreterinnen und Vertreter, Verantwortliche der Schulverpflegung sowie Interessierte aus den Bereichen Bildung, Gesundheit und Politik.

### Be Smart-Don't Start – Abschlussveranstaltung 2008/2009

11. Juni 2009, Hannover

Eine Abschlussveranstaltung des europaweiten Wettbewerbs ›Be smart – Don't start‹ zur Förderung des Nichtrauchens für niedersächsische Schülerinnen und Schüler. Das Durchhaltevermögen sowie das Engagement der Jugendlichen, das sie zum Teil auch durch die Durchführung von Sonderaktionen rund um das Thema Nichtrauchen gezeigt haben, soll gewürdigt werden. Kreative Ideen und Aktionen werden auf der Veranstaltung von Projektunterstützern mit einem Preis ausgezeichnet. Die Veranstaltung richtet sich an Vertreterinnen und Vertreter der preisgekrönten Schulen, Lehrkräfte, Schulleitungen, Eltern, der Landesschulbehörde und des Kultusministeriums sowie an Interessierte.

### ›Auf den Zahn gefühlt ...!‹ Ernährung, Bewegung, Zahngesundheit in der Kita

Settingorientierte Ansätze

18. August 2009, Hannover

Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten sowie das allgemeine Gesundheitsverhalten von Kindern bilden sich früh heraus und werden im späteren Jugendlichen- und Erwachsenenalter meist beibehalten. Der Kindertageseinrichtung als erster Bildungsinstanz und Setting kommt somit eine besondere Bedeutung zu, wenn es darum geht, die Gesundheit der Kinder wirksam zu fördern. Um Veränderungen zu erzielen, sollten entsprechende Maßnahmen in den Kita-Alltag integriert und mit den jeweiligen Gewohnheiten und Werten der Beteiligten abgestimmt werden. Das heißt, gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen sollten gezielt unter Einbeziehung und Mitwirkung der Betroffenen integriert werden. Um langfristige Erfolge zu erzielen, sind die jeweiligen sozialen Gefüge einer Organisationen zu berücksichtigen.

Ziel der landesweiten Fachtagung ist es, mit Expertinnen und Experten sowie den zuständigen Fachkräften aus Kindertagesstätten und Kindergärten, wichtige Aspekte der Verhaltens- und Verhältnisprävention zu beleuchten, eine zeitgemäße ›Ernährungs-, Bewegungs- und Zahnpflege-Kultur‹ zu diskutieren, Projekte aus der Praxis vorzustellen und sich mit Kooperationspartnern zu vernetzen.

### Leise Schule – Lieber leise und leistungsstärker

26. August 2009, Hannover

Kontinuierlicher Lärm ist eine zunehmende Belastung in den Schulen. Lärm in seinen verschiedensten Facetten kann im gesamten menschlichen Organismus körperliche Stressreaktionen auslösen. Häufig kommt es dann sowohl bei Lehrkräften als auch bei Schülerinnen und Schülern zu ernst zu nehmenden physischen sowie psychischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Die Tagung gibt neben den gesundheitlich-medizinischen Aspekten u.a. Einblicke in Zusammenhänge wie: Abhängigkeiten zwischen Lärm und Sprachentwicklung sowie dem Erlernen von Lesen und Schreiben, schulischem Misserfolg von Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund und akustischen Störungen durch Störschall, Stressfaktor Lärm und körperlichen Auswirkungen bis hin zur Krankheit, aber auch über den Einsatz von Hilfsmitteln und wirksame Maßnahmen zur Lärmreduzierung.

Die Veranstaltung bietet ebenso Aspekte für ein gutes Gesundheitsmanagement an Schulen und eine dadurch erreichte Verbesserung der Schulqualität. Die Tagung richtet sich an Schulleitungen, Lehrkräfte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Elternvertretungen und Schulträger. Sie wird in Zusammenarbeit mit dem Niedersächsischen Landesamt für Lehrerbildung und Schulentwicklung durchgeführt.

#### Vorschau

##### 16. Robert-Koch-Tagung

03.-04.09.2009, Clausthal-Zellerfeld

##### Gesunde Kita – ein Gewinn für alle

07.-08.09.2009, Hannover

##### Bewegter Kindergarten

17.09.2009, Celle

##### XIX. Niedersächsische Suchtkonferenz

23.09.2009, Hannover

##### 6. Deutscher Rehatag

01.10.2009, Bremen

##### Das chronisch kranke Kind in Kita und Grundschule

28.10.2009, Hannover

## Niedersachsen

**Tagung, Risikoschwangerschaft – Praktische und ethische Aspekte der Risikokommunikation**, 22.04.2009, Hannover, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik, Ev. Akademie Loccum, Knochenhauerstr. 33, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 1 24 14 96, Fax: (05 11) 1 24 14 97, E-Mail: zfg@evlka.de

**3. Niedersächsisches Forum Gesundheitlicher Verbraucherschutz, Lebensmittelhygiene – Eine saubere Sache**, 22.04.2009, Hannover, Kontakt: Ärztekammer Niedersachsen, Veranstaltungsservice, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 3 80 21 97, Fax: (05 11) 3 80 21 99, E-Mail: gisela.kudra@aekn.de

**Tagung, Gleichberechtigung und kulturelle Vielfalt**, 27.–28.04.2009, Loccum, Kontakt: Münchehäger Str. 6, 31547 Rehburg-Loccum, Lidwina Meyer, Tel.: (0 57 66) 8 11 03, Fax: (0 57 66) 8 19 00, E-Mail: lidwina.meyer@evlka.de

**Tagung, Zukunft gestalten, Verantwortung übernehmen – Energie- und Ressourceneffizienz in Berufsbildung und Arbeit**, 13.05.2009, Osnabrück, Kontakt: Institut für Umweltschutz in der Berufsbildung e. V., Dr. Klaus-Dieter Mertineit, Tel.: (05 11) 21 11 25, E-Mail: kd.mertineit@iub-hannover.de

**Tagung, Frühprävention von Gefährdungslagen bei Kindern**, 05.–07.06.2009, Loccum, Kontakt: Evangelische Akademie Loccum, Münchehäger Str. 6, 31547 Rehburg-Loccum, Tel.: (0 57 66) 8 10, Fax: (0 57 66) 8 19 00, E-Mail: andrea.grimm@evlka.de

**14. Deutscher Präventionstag**, 08.–09.06.2009, Hannover, Kontakt: Deutscher Präventionstag, Am Waterlooplatz 5a, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 2 35 49 49, Fax: (05 11) 2 35 49 50, www.praeventionstag.de

**Tagung, Gesundheit und Fitness: Treiber für Innovation und Produktivität**, 17.–18.06.2009, Wolfsburg, Kontakt: Volkswagen AG, Zentrales Gesundheitswesen, 38436 Wolfsburg, Dr. Uwe Brandenburg, Tel.: (0 53 61) 92 74 87, Fax: (0 53 61) 92 92 33, E-Mail: uwe.oppermann-brandenburg@volkswagen.de, simone.benzler@volkswagen.de

**Workshop-Tagung, Die Würde des Menschen in unsicheren Zeiten**, 03.–05.07.2009, Bad Bevensen, Kontakt: Caduceus Klinik & DKTP, Niendorfer Weg 5, 29549 Bad Bevensen, Tel.: (0 58 21) 9 77 50, E-Mail: verein@caduceus.de

## Bundesweit

**Tagung, Gesund-Sein aus Bewusst-Sein**, 03.–05.04.2009, Tutzing, Kontakt: Evangelische Akademie Tutzing, Schloss Str. 2–4, 82327 Tutzing, Maria Wolff, Tel.: (0 81 58) 25 11 23, Fax: (0 81 58) 99 64 23, E-Mail: wolff@ev-akademie-tutzing.de

**Fachtagung, Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen**, 20.04.2009, Düsseldorf, Kontakt: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW, Zentrum für Öffentliche Gesundheit, Westerfeldstr. 35–37, 33611 Bielefeld, Tel.: (05 21) 8 00 71 29, Fax: (05 21) 8 00 72 97, E-Mail: Berutha.Bentlage@liga.nrw.de

**Informationsveranstaltung, Gefährdungsbeurteilung – Erfahrungen, Hilfsmittel**, 29.04.2009, Dresden, Kontakt: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Proschhübelstr. 8, 01099 Dresden, Regina Thorke, Tel.: (03 51) 56 39 54 64, Fax: (03 51) 56 39 52 10, E-Mail: thorke.regina@baua.bund.de

**Jubiläumskongress, 10 Jahre Soziale Stadt**, 05.05.2009, Berlin, Kontakt: Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS), Invalidenstr. 44, 10115 Berlin, Internet: www.sozialestadt.de/termine/

**Kongress, Deutscher Wundkongress und Bremer Pflegekongress**, 06.–07.05.2009, Bremen, Kontakt: Hanseatische Veranstaltungs-GmbH, Theodor-Heuss-Allee 21–23, 28215 Bremen, Tel.: (04 21) 3 50 52 06, Fax: (04 21) 3 50 53 40, E-Mail: grimm@messe-bremen.de

**Tagung, Erfolgreich altern – Der demographische Wandel als Herausforderung für die Gesundheitswirtschaft**, 07.–08.05.2009, Rostock, Kontakt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit e.V., Kongressbüro: Agentur WOK GmbH, Palisadenstr. 48, 10243 Berlin, Tel.: (0 30) 49 85 50 31, Fax: (0 30) 49 85 50 30, E-Mail: info@konferenz-gesundheitswirtschaft.de

**Fachtagung, Bewegung und Gesundheit**, 08.–09.05.2009, Berlin, Kontakt: Sportjugend Berlin, Hanns-Braun-Str., Haus 27, 14053 Berlin, Tel.: (0 30) 3 00 07 13, Fax: (0 30) 30 00 71 59, E-Mail: bildungsstaette@sportjugend-berlin.de

**Tagung, Perspektiven für eine gewaltfreie Schule? Projekte und Konzepte**, 13.–15.05.2009, Trier, Kontakt: Katholische Akademie Trier, Postfach: 2320, 54213 Trier, Tel.: (06 51) 8 10 52 32, Fax: (06 51) 8 10 54 34, E-Mail: guenther.gehl@bistum-trier.de

**58. Jahrestagung der Süddeutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin**, 15.–17.05.2009, Karlsruhe, Kontakt: Frank Digel, Butjadinger Str. 19, 26969 Butjadingen-Ruhwarden, Tel.: (0 47 36) 10 25 34, Fax: (0 47 36) 10 25 36, E-Mail: digel.f@t-online.de

**44. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft**, 20.–23.05.2009, Leipzig, Kontakt: Asklepios Klinik St. Georg, Lohmühlenstr. 5, 20099 Hamburg, Senay Bakar, Tel.: (0 40) 18 18 85 30 24, Fax: (0 40) 18 18 85 30 29, E-Mail: dddg2009@asklepios.com

**Tagung, Ernährung aktuell**, 08.–09.05.2009, Gießen, Kontakt: Verband für unabhängige Gesundheitsberatung, Sandusweg 3, 35435 Wetztenberg/Gießen, Tel.: (06 41) 80 89 60, Fax: (06 41) 6 50, www.ugb.de

**Tagung, Die Kunst der Teilhabe – Annäherungen an ein sozialpsychiatrisches Ideal**, 07.–08.05.2009, Bad Boll, Kontakt: Evangelische Akademie Bad Boll, Akademieweg 11, 73087 Bad Boll, Susanne Heinzmann, Tel.: (0 71 64) 7 92 12, Fax: (0 71 64) 79 52 12, E-Mail: susanne.heinzmann@ev-akademie-boll.de

**Kongress, Suchttherapietage 2009 – Prävention, Beratung und Behandlung**, 02.–05.06.2009, Hamburg, Kontakt: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Tel.: (0 40) 7 41 05 42 03, Fax: (0 40) 7 41 05 51 21, E-Mail: kontakt@suchttherapietage.de

**Fachtagung, 9. Deutscher Seniorentag 2009**, 08.–10.06.2009, Leipzig, Kontakt: Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V., Bonngasse 10, 53111 Bonn, Tel.: (02 28) 24 99 93 28, Fax: (02 28) 24 99 93 20, E-Mail: dst@bagso.de

**Tagung, Wenn einem die Arbeit über den Kopf wächst und die Seele ausbrennt – Zeitkrankheit Burn-Out**, 18.–19.06.2009, Bad Boll, Kontakt: Evangelische Akademie Bad Boll, Akademieweg 11, 73087 Bad Boll, Simon Lademann, Tel.: (07 11) 9 23 66 10, E-Mail: simon.lademann@ev-akademie-boll.de

**Tagung, Frauenkarrieren im Gesundheitssystem**, 19.–20.06.2009, Berlin, Kontakt: Evangelische Akademie zu Berlin, Charlottenstr. 53–54, 10117 Berlin, Silke Ewe, Tel.: (0 30) 20 35 54 07, Fax: (0 30) 20 35 55 50, E-Mail: ewe@eaberlin.de

## International

**4. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft**, 15.–17.04.2009, Wien, Österreich, Kontakt: akzept e.V., Südwestkorso 14, 12161 Berlin, Christine Kluge Haberkorn, Tel.: (0 30) 82 70 69 46, E-Mail: akzeptbuero@yahoo.de, buero@akzept.org

**Symposium, Sprechen Sie Gesundheit – Kommunikation im Gesundheitswesen – Zufall oder Planung?** 23.–24.04.2009, Wien, Österreich, Kontakt: Österreichische Akademie für Präventivmedizin und Gesundheitskommunikation, Kierlinger Str. 87, A-3400 Klosterneuburg, Fax: +43 (0 22 43) 3 16 61 22, E-Mail: office@oeapg.at

**International Conference, Reducing Health Inequalities – What Do We Really Know about Successful Strategies?**, 08.–09.05.2009, Berlin, Kontakt: Hertie School of Governance, Quartier 110, Friedrichstr. 180, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 2 59 21 90, Fax: (0 30) 2 59 21 91 11, E-Mail: hurrelmann@hertie-school.org, info@hertie-school.org

**Kongress, vorBAUEN – Wohnen im Alter – Bauen für's Alter**, 04.–05.06.2009, Linz, Österreich, Kontakt: Caritas für Betreuung und Pflege, Hafnerstr. 28, A-4020 Linz, Tel.: +43 (07 32) 76 10 24 05, Fax: +43 (07 32) 76 10 24 66, E-Mail: vorbauen@caritas-linz.at

**Kongress, 1. Deutsch-Österreichisch-Schweizerischer AIDS-Kongress (SÖDAK)**, 24.–27.06.2009, St. Gallen, Schweiz, Kontakt: K.I.T. Swiss AG, Bahnhofstr. 8, CH-8050 Laufenburg, Tel.: (0 30) 24 60 32 19, Fax: (0 30) 24 60 32 00, E-Mail: soedak2009@kit-group.org

Wenn Sie den Newsletter regelmäßig kostenlos beziehen möchten, bestellen Sie ihn bitte unter der folgenden E-Mail-Adresse: info@gesundheits.nds.de