



Interkulturelle Öffnung im Gesundheitssystem



Niedersächsisches Ministerium
für Inneres, Sport und Integration

Vorwort	4
Honey Deihimi, Integrationsbeauftragte des Landes Niedersachsen	
I. Migration, Gesundheit und interkulturelle Öffnung - im Überblick	5
Gesundheitsversorgung und Integration	5
Uwe Schünemann, Niedersächsischer Minister für Inneres, Sport und Integration	
Gesundheitliche Situation von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund	9
Ute Ellert, Hannelore Neuhauser, Thomas Lampert, Liane Schenk, Robert Koch-Institut Berlin	
Interkulturelle Öffnung in der Gesundheitsversorgung - was heißt das?	14
Theda Borde, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin	
Verschiedenheit verbinden - Dialog als Methode	18
Heike Weinbach, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin	
II. Praxisbeispiele aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst	20
Interkulturelle Öffnung im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Niedersachsen	20
Galina Osadtsaja, Johannes Dreesman, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt	
Gesundheit für alle in Braunschweig	22
Rainer Schubert, Angelika Engel, Karin Rittner, Henny Sudratjat, Stadt Braunschweig	
Gesundheit und Integration gehören zusammen	24
Doris Bonkowski, Stadt Braunschweig	
Gesunde Zähne – healthy teeth - sağlıklı dişler - Здоровые зубы – denti sani Zahngesundheit aller Kinder im Stadtteil fördern	26
Brigitte Brunner-Strepp, Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück	
III. Erfahrungen aus der Schwangerenversorgung	28
Schwangerenversorgung im interkulturellen Kontext	28
Ulrike Binias, Oldenburg	
Versorgung von Migrantinnen im Kreißaal	30
Enno Heine, Evangelisches Krankenhaus Oldenburg	
IV. Betreuung und Pflege	33
Aufbau von Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten	33
Ligita Didzgalvite, Hannover	
Verbesserung der häuslichen Pflege türkischstämmiger Migrantinnen und Migranten	35
Susanne Glodny, Universität Bielefeld	
V. Ausblick	36
VI. Service	37

Vorwort

Honey Deihimi, Integrationsbeauftragte des Landes Niedersachsen

In Niedersachsen leben über eine Million Menschen mit Migrationshintergrund. Verschiedene wissenschaftliche Studien zeigen, dass dieser Personenkreis einen durchschnittlich niedrigeren Gesundheitsstatus besitzt als die Gesamtbevölkerung. In der aktuellen Forschung wird der Zusammenhang von Migration und Gesundheit mit einer Kombination mannigfaltiger genetischer, sozialer, wirtschaftlicher, politischer, administrativer und lebensweltlicher Einflussfaktoren begründet. Zudem wird das Gesundheitssystem, trotz gleicher Zugangs- und Nutzungsrechte, von Migrantinnen und Migranten in Teilbereichen weniger genutzt. Als Ursachen werden vor allem sprachliche Barrieren, Missverständnisse im Bereich der interkulturellen Kommunikation und Unkenntnis über die Strukturen des Gesundheitssystems genannt. Aber auch auf Seiten der Gesundheitsversorger fehlt es oftmals an Wissen über differierende Krankheitskonzepte.

Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. hat 2008 im Auftrage des Niedersächsischen Ministeriums für Inneres, Sport und Integration eine Tagungsreihe in verschiedenen Regionen Niedersachsens zur Thematik „Interkulturelle Öffnung im Gesundheitssystem“ durchgeführt. Ziel war die Sensibilisierung der Akteure im Gesundheitswesen. In der vorliegenden Dokumentation werden die Tagungsbeiträge von Referentinnen und Referenten zusammengefasst. Die redaktionellen Überleitungen dokumentieren zum Teil die Redebeiträge aus dem Plenum.

Der Aufbau der Dokumentation orientiert sich an thematischen Zusammenhängen und nicht am chronologischen Ablauf der Veranstaltungen. Im ersten Kapitel finden sich die Tagungsbeiträge, die sich überblicksartig mit dem Thema Migration und Gesundheit beschäftigen, wie der Beitrag des Niedersächsischen Ministers für Inneres, Sport und Integra-

tion, Uwe Schünemann. Eine Sonderauswertung im Rahmen der KiGGS-Studie des Robert Koch-Institutes beschreibt exemplarisch für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen den Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten. Theda Borde und Heike Weinbach, beide an der Alice Salomon Fachhochschule in Berlin beschäftigt, beschreiben in ihren Beiträgen, was unter interkultureller Öffnung zu verstehen ist und wie diese umgesetzt werden kann.

Das zweite Kapitel beschäftigt sich mit Praxisbeispielen aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst, da dieser besonders viele Angebote im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten bereit hält. Ein Thema, das im Kontext von Migration eine immer bedeutendere Rolle spielt, ist die Schwangerenversorgung und Geburtshilfe. Hierzu finden sich im Kapitel III zwei Beiträge. Die letzten Artikel befassen sich mit der Pflege, unter anderem mit der Versorgung demenzerkrankter Migrantinnen und Migranten. Der Ausblick im Kapitel V wirft ein Schlaglicht auf weitere aktuelle Maßnahmen sowie Perspektiven der Landesregierung. Ein Serviceteil mit Verweisen auf wichtige Ansprechpartner im Bereich Migration und Gesundheit sowie informativen Internetseiten rundet die Dokumentation ab.

Allen beteiligten Autorinnen und Autoren, Kommunen und Einrichtungen sei an dieser Stelle herzlich für ihr Engagement gedankt. Besonderer Dank geht an die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. für die kompetente Organisation der Tagungsreihe und die Aufbereitung dieser Dokumentation.

I. Migration, Gesundheit und interkulturelle Öffnung - im Überblick

Uwe Schönemann, Niedersächsischer Minister für Inneres, Sport und Integration
Gesundheitsversorgung und Integration

Gesundheit ist für jeden von uns eines der höchsten Güter, meist das höchste Gut. Gesundheit ist die Grundlage für ein selbstbestimmtes, aktives Leben. Gesundheit ist nicht nur als „Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung“ zu verstehen, sondern ein Zustand umfassenden physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens.

Gesundheit hängt wesentlich mit der Bildung, der ökonomischen Lage, den Arbeitsbedingungen, dem sozialen Umfeld und den Wohnverhältnissen der und des Einzelnen zusammen. Deshalb müssen wir den Blick auf die gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen lenken, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und sich engagieren.

Die Landesregierung tut dies im Rahmen des „Handlungsprogramms Integration“. Das Handlungsprogramm ist ein Beispiel dafür, dass sich Gesundheitspolitik nicht allein auf die rechtlichen Rahmenbedingungen verlässt. Das Fundament gesunder Lebensweise ist in der Regel ein hinreichendes Gesundheitsbewusstsein. Gesund zu leben ohne Wissen darum, was gesund ist, ist bei dem Angebot, das uns heute umgibt, kaum vorstellbar. „Wissen“ bedeutet an dieser Stelle nicht nur die rationale Vorstellung, sondern „Kenntnis“, die durch Erfahrung angelegt wird – gerade auch schon in der frühesten Kindheit – und uns befähigt, diese auch in unsere täglichen Entscheidungen einzubringen. Deswegen wurden die wesentlichen integrationspolitischen Handlungsfelder der Landesregierung durch das „Handlungsprogramm Integration“ markiert – von der frühen Sprachförderung im Kindergarten und den vielfältigen Förderangeboten in der Schule über die Unterstützung der Elternarbeit bis hin zur Finanzierung von Beratungsstellen.

Handlungsbedarf

Das deutsche Gesundheitswesen mit seinen vielfältigen Angeboten befindet sich auf einem hohen Niveau und wird im Allgemeinen von vielen Migrantinnen und Migranten geschätzt. Trotzdem ist im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung die soziale und gesundheitliche Lage vieler Migrantinnen und Migranten häufig ungünstiger. Es gibt erkennbar Hemmnisse bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens: Sprach- und Verständigungsprobleme, fehlende Aufklärung und Bildung stellen Barrieren dar, die sinnvolle Prävention und eine gleichberechtigte Teilhabe an Versorgungsleistungen erschweren.



Aber auch die gesundheitlichen Einrichtungen selbst sind noch nicht ausreichend auf die wachsende Zahl von Zuwanderern eingestellt. Dies zeigt sich beispielsweise an der immer noch niedrigen Zahl von Beschäftigten mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen. Das bedeutet: Die auf verschiedenen Ebenen und in vielen Bereichen vorhandenen Präventionsangebote des deutschen Sozial- und Gesundheitssystems erschließen sich vielen Menschen mit Migrationshintergrund nur unzureichend.

Dabei sind doch gerade Prävention und Gesundheitsförderung die Errungenschaften des modernen Verständnisses von Gesundheit und die präventiven Maßnahmen im Gesundheitsbereich beinhalten vielfältige Angebote. Hierzu zählen Impfkampagnen, Förderung der Zahnvorsorge, Vermeidung der Übertragung von HIV und Geschlechtskrankheiten, Suchtvorbeugung, Vorsorgeuntersuchungen (z.B. gegen Krebs) und allgemeine Aufklärung zu gesunder Lebensweise und Ernährung und noch viel mehr.

Besonders im Bereich der Vorsorge und Prävention wird der Handlungsbedarf deutlich. Wird hier nicht verstärkt angesetzt, werden die ökonomischen Folgekosten für das Gesundheitssystem weiter steigen. Bei der ambulanten oder stationären Behandlung ist die Heterogenität der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund zu beachten. Teilweise unzureichende Deutschkenntnisse und vor allem die unterschiedlichen kulturellen Gesundheitsverständnisse erschweren oftmals eine Verständigung und erfolgreiche Therapie. Während die deutsche Gesundheitsversorgung eher von einer naturwissenschaftlichen Medizin gekennzeichnet ist, beruhen Behandlungs- und Therapiekonzepte anderer Kulturen oftmals auf anderen Grundlagen. Stärker verankert in familiären und traditionellen Wertesystemen wird dem kranken Menschen mit Migrationshintergrund häufig mehr familiäre Unterstützung bereitgestellt.



Foto: Peter Steffen

Des Weiteren geht es auch um Kultursensibilität im Kontext mit Betreuungsangeboten, beispielsweise für demenzerkrankte Menschen. Die demographische Entwicklung und die mit zunehmendem Alter wachsende Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken, machen auch vor Menschen mit Migrationsgeschichte nicht halt. In den kommenden Jahren wird mit einem Anstieg Demenzerkrankter mit Migrationshintergrund zu rechnen sein.

Demenzerkrankte mit Migrationshintergrund sowie ihre Angehörigen sind durch migrationsspezifische und auch soziokulturelle Barrieren vielfach von einer Ausgrenzung aus der Regelversorgung bedroht. Familien mit Migrationshintergrund brauchen den Zugang zu unseren Angeboten. Voraussetzung dafür ist u. a. auch die Sensibilisierung der Beteiligten für eine Interkulturelle Öffnung der Einrichtungen des Gesundheitswesens und eine gezielte – unterstützend auch muttersprachliche - Öffentlichkeitsarbeit durch Information und Aufklärung.

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund

Bei der gesundheitlichen Prävention ist festzustellen:

- Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen gibt es bei Migrantenkindern eine deutlich höhere Zahl von Rückstellungsempfehlungen als bei einheimischen Kindern.
- Es gibt deutliche Unterschiede bei der Inanspruchnahme von gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, diese liegt bei deutschen Kindern höher.
- Eine Sensibilität für die Thematik „Migrantenkinder und Gesundheit“ ist noch nicht ausreichend vorhanden. In Anbetracht einer überproportionalen Armutsbetroffenheit ergibt sich auch teilweise ein erschwerter Zugang zu den Eltern.

Bezogen auf psychische Belastungen ist eine Vielzahl von Jugendlichen mit Migrationshintergrund spezifisch betroffen. Aus dem schulpsychologischen Dienst des Landes werden hierzu insbesondere Belastungssituationen (soziale Ausgrenzung, Identitätsfindung, drohende Zwangsheirat, ungesicherte Aufenthaltssi-

tuation) genannt, deren Dimension bisher aber nur unzureichend erkannt wird. Ein entsprechendes Netz an Hilfen auf lokaler Ebene besteht, aber teilweise nicht hinreichend.

Um Gesundheitsbeeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund entgegenzuwirken, sollten gesundheitsrelevante Inhalte insbesondere in der vorschulischen und schulischen Bildungsarbeit ausgeweitet und besser vernetzt werden. Eine wesentliche Bedeutung kommt hier auch einer gezielten Elternarbeit zu.

Kernbotschaften

Die Landesregierung hatte im Vorfeld der Fortschreibung des „Handlungsprogramm Integration“ verschiedene Fachforen unter Einbeziehung wichtiger gesellschaftlicher Gruppen eingerichtet. Das Fachforum „Gesundheit von Migrantinnen und Migranten“ hat zu diesem Zweck für eine verbesserte Gesundheitssituation die folgenden sechs Kernbotschaften erarbeitet:

1. Verbesserte Informationen für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und für Akteure im Gesundheitswesen; Ausbau eines Wissensmanagements.
2. Bessere Gesundheitsförderung von Kindern mit Migrationshintergrund und Stärkung der Eltern.
3. Ergänzung der Ausbildungsvorschriften um kultursensible Aspekte.
4. Verstärkte Zusammenarbeit und bessere Vernetzung aller relevanten Akteure im Gesundheitswesen und in der Integrationsarbeit.
5. Sicherung der Qualität einschließlich der Entwicklung erforderlicher Kennzahlen.
6. Interkulturelle Öffnung der Gesundheitseinrichtungen mit entsprechender Personal- und Organisationsentwicklung.

Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen

Die Gesundheitssysteme in Deutschland gewähren grundsätzlich gleiche Zugangs- und Nutzungsrechte für alle Bevölkerungsgruppen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, müssen sie sich auf die zuneh-



Foto: Fotolia.de

mende kulturelle Vielfalt unserer Gesellschaft einstellen, die eine große Herausforderung für die Gesundheitssysteme und ihre Einrichtungen bedeutet. Die künftige Qualitätssicherung und -entwicklung muss die wachsende Zahl von Migrantinnen und Migranten stärker als bisher im Blickfeld haben. Immer mehr kommt es auf eine funktionierende interkulturelle Kommunikation in Kliniken, Reha-Einrichtungen, Arztpraxen und anderen Einrichtungen an. Dazu bieten sich grundsätzlich folgende Handlungsbereiche an:

1. Vermehrte Einstellung von Menschen mit Migrationshintergrund.
2. Aufnahme interkultureller Aspekte in Aus- und Weiterbildung für medizinisches und Pflegepersonal.
3. Stärkung/Mobilisierung der Selbsthilfe der Migrantinnen und Migranten.
4. Verbesserte zielgruppenspezifische Informationsangebote.
5. Lösungsansätze müssen unter dem Gesichtspunkt von Nachhaltigkeit und Effizienz deutlich auf eine Integration in bestehende Strukturen des deutschen Gesundheitssystems abzielen.
6. Ausgeweitete Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen.

Maßnahmen der Landesregierung

Das Land Niedersachsen hat bereits zusätzlich zur allgemeinen Gesundheitspolitik durch eine Reihe von direkten Maßnahmen oder indirekt über die Förderung entsprechender Einrichtungen auf Besonderheiten bei Migrantinnen und Migranten reagiert. Zu nennen sind vor allem:

- Stärkung der Gesundheitskompetenz von jugendlichen Migrantinnen und Migranten im Rahmen des Programms „Niedersächsische Kooperations- und Bildungsprojekte“ (NiKo).
- Förderung von Einrichtungen wie der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG und AFS Nds. e. V.) oder des Ethno-Medizinischen-Zentrums (EMZ) zur kultursensiblen Beratung sowie zur Mediatorenausbildung.
- Beispielhaft für die Aktivitäten der Landesregierung sind auch die Arbeitsgruppen „Migranten und Psychiatrie“ sowie „Gesundheitsförderung an Niedersächsischen Schulen – Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund“.

- Für Zuwanderer mit pflegerischen Vorkenntnissen werden Qualifizierungsmaßnahmen entwickelt, damit diese ihre Kompetenzen angemessen als Fachkräfte einsetzen können.
- Gemeinsam mit der LVG und AFS Niedersachsen e.V. wird mit Unterstützung der Integrationsbeauftragten im Rahmen eines Modellprojektes ein Konzept entwickelt, Migrantinnen und Migranten eine verbesserte Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Der Schwerpunkt liegt hier auf der interkulturellen Öffnung von Institutionen des Gesundheitssystems.

Mit den in 2008 durchgeführten Veranstaltungen will ich als Niedersächsischer Integrationsminister das Ziel „Gesundheit für alle!“ unterstreichen. Ziel muss es sein, die Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund am Gesundheitssystem auch durch dessen interkulturelle Öffnung zu verbessern. Ich sehe darin einen weiteren Baustein für eine nachhaltige Integrationspolitik, die den Zusammenhalt und sozialen Frieden in unserem Gemeinwesen stärken soll. Informationen zum Handlungsprogramm Integration unter:

www.mi.niedersachsen.de



Foto: Fotolia.de

Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) ist es erstmals gelungen, Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund entsprechend ihres Anteils an der Bevölkerung an einem bundesweiten Gesundheitsurvey in Deutschland zu beteiligen. Damit liegen jetzt nicht nur Daten zu ihrer gesundheitlichen Situation vor, sondern auch Empfehlungen zu deren Verbesserung.

Ute Ellert, Hannelore Neuhauser, Thomas Lampert, Liane Schenk, Robert Koch-Institut Berlin

Gesundheitliche Situation von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund

Die während des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS) erhobenen Daten lassen eine getrennte Darstellung der gesundheitlichen Lage von Kindern ohne und mit ein- sowie beidseitigem Migrationshintergrund zu. Insgesamt wiesen 25,4% der beteiligten Kinder und Jugendlichen einen Migrationshintergrund auf. Einen beidseitigen Migrationshintergrund haben nach der KiGGS-Definition diejenigen Kinder und Jugendlichen, die selbst aus einem anderen Land zugewandert sind, von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder von denen beide Eltern zugewandert und/oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sind. Kinder und Jugendliche verfügen über einen einseitigen Migrationshintergrund, wenn sie in Deutschland geboren sind und ein Elternteil aus einem anderen Land zugewandert und/oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit ist.

Sozial benachteiligte Lage

Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund leben zu einem beträchtlich höheren Ausmaß (53,7%) in sozial benachteiligter Lage, verglichen mit Kindern und Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund (22,1% bzw. 27,0%). Allerdings manifestieren sich gravierende Unterschiede innerhalb der Migrantenpopulation: So gehören mit 70,7% Kinder und Jugendliche aus der Türkei mit Abstand am häufigsten der untersten Sozialschicht an, gefolgt von Kindern und Jugendlichen aus der ehemaligen Sowjetunion (48,2%) sowie aus den arabisch-islamischen Ländern (44,4%). Von den aus Westeuropa, Kanada und den USA zugewanderten Kindern und Jugendlichen leben 16% in der untersten sozialen Schicht. Sie haben durchschnittlich einen besseren Sozialstatus als deutsche Kinder. Des

Weiteren weisen die untersuchten Familien aus der Türkei und den arabisch-islamischen Ländern den geringsten Grad der sozialen Integration auf.

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



Foto: Fotolia.de

Übergewicht

Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund sind mit 19,5% überproportional häufig von Übergewicht betroffen. Kinder ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund weichen hingegen in ihren Anteilen kaum voneinander ab (14,1% bzw. 13,7%). Allerdings variiert das Risiko übergewichtig zu sein innerhalb der Migrantenpopulation nach Her-

kunftsland und Geschlecht. Als aussagekräftigster Erklärungsfaktor kristallisierte sich ein kulturspezifisch geprägtes Körperbild heraus, nach dem insbesondere Eltern mit beidseitigem Migrationshintergrund ihre Kinder für zu dünn erachten, selbst wenn sie normalgewichtig sind.

Akute und chronische Erkrankungen

Akute Erkrankungen treten nach Angaben der Eltern bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund insgesamt etwas seltener auf als bei Kindern ohne Migrationshintergrund. Berichtet wurde insbesondere ein selteneres Auftreten von Atemwegserkrankungen, Magen-Darm-Infekten, Mittelohr- und Bindehautentzündungen.



Foto: Fotolia.de

Im Bereich chronischer Erkrankungen gibt es migrationspezifische Unterschiede, die jedoch nicht alle Erkrankungen betreffen und auch nicht ausschließlich in Richtung einer größeren Krankheitslast bei Migrantinnen und Migranten weisen. So sind Kinder mit Migrationshintergrund häufiger von Anämie betroffen und weisen zu einem höheren Anteil Merkmale psychischer Störungen auf. Andererseits geben sie seltener an, von allergischen Erkrankungen bzw. von Skoliose oder Migräne betroffen zu sein.

Allergische Krankheiten

Allergische Krankheiten werden insgesamt für Migrantenkinder seltener berichtet als für Kinder ohne Migrationshintergrund. Dass die Gruppe der Migrantinnen und Migranten sehr heterogen ist, zeigt sich auch in der Allergieprävalenz: Insbesondere türkischstämmige Kinder und Jugendliche weisen für all diese Krankheiten die niedrigsten Prävalenzen auf. Für Kinder und Jugendliche aus Westeuropa/USA/Kanada werden hingegen neben Deutschland häufig die höchsten Prävalenzen angegeben. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland nimmt die Prävalenz aller allergischen Erkrankungen zu.

Tabak- und Alkoholkonsum

Die KiGGS-Daten zeigen einen weniger verbreiteten Tabak- und Alkoholkonsum unter Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund als unter Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund. Die augenfälligsten Unterschiede zwischen Migrantinnen und Migranten und Nicht-Migranten sind in der niedrigsten Statusgruppe zu beobachten: Hier rauchen nur 13,0% der Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund, dagegen fast doppelt so viele Jugendliche ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund (23,1% bzw. 23,8%).

Im Gegensatz zu Nicht-Migranten ist das Rauchverhalten der Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund geschlechtsspezifisch geprägt: Mädchen aus Migrantenfamilien rauchen signifikant weniger häufig als Mädchen ohne Migrationshintergrund. Bei den Jungen lassen sich hingegen keine statistisch relevanten Differenzen nachweisen.

Noch deutlicher fallen die Differenzen hinsichtlich des Alkoholkonsums aus: Während lediglich 17,9% der Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund regelmäßig Alkohol trinken, sind dies ein Drittel der Jugendlichen mit einseitigem und sogar 40,8% der Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Das Trinkverhalten der Jugendlichen ist auch hier geschlechtsspezifisch charakterisiert: Mädchen

trinken weitaus weniger häufig regelmäßig Alkohol als Jungen. Diese geschlechtstypischen Differenzen finden sich bei Jugendlichen aus Migrantenfamilien in deutlicherem Maße als bei jenen ohne Migrationshintergrund. Keinen Verhaltenswandel zeigen die KiGGS-Ergebnisse im Migrationsverlauf anhand der Merkmale „Aufenthaltsdauer“ resp. „Einwanderergeneration“: Der Tabak- und Alkoholkonsum nimmt nicht zu, sondern bewegt sich auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau.

Körperliche Aktivität

Der Anteil jener Kinder und Jugendlichen ab 11 Jahren, die in ihrer Freizeit körperlich aktiv sind, ist unter Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund am geringsten. Jüngere Migrantenkinder 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 Migrationshintergrund am höchsten. Den höchsten Fernsehkonsum haben dabei Kinder und Jugendliche aus der Türkei und aus den arabisch-islamischen Ländern.



Foto: Fotolia.de

Ernährungsverhalten

Wenn Migrantinnen und Migranten auch in einigen Aspekten ein gesünderes Ernährungsverhalten als Nicht-Migranten aufweisen (z.B. türkische und russlanddeutsche Migrantinnen und Migranten beim

Obstkonsum), so muss das Ernährungsverhalten insgesamt als ungünstiger eingeschätzt werden. Vor allem eine längere Aufenthaltsdauer bzw. die Zugehörigkeit zu der zweiten oder einer nachfolgenden Einwanderergeneration ist mit Ernährungsmustern assoziiert, die mit einem vermeintlich modernen Lebensstil im Zusammenhang stehen. So konsumieren insbesondere türkischstämmige Migrantenkinder vermehrt Softdrinks, Fast Food, Chips und Süßigkeiten.

Mundgesundheitsverhalten

Kinder und Jugendliche mit einem beidseitigen Migrationshintergrund weisen ein ungünstigeres Mundgesundheitsverhalten auf. Kinder und Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund hingegen ähneln in ihrem Verhalten jenen ohne Migrationshintergrund. 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 Migrantenkindern jedoch zunehmend dem der Mehrheitsbevölkerung an.

Früherkennungsuntersuchungen

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

Impfstatus

Die Beurteilung des Impfstatus' von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund erfordert eine differenzierte Betrachtung der Gesamtgruppe, da die Impfquoten je nach Altersgruppen, Einwanderergenerationen und Herkunftsländern variieren sowie abhängig von der Art der Impfung sehr unterschiedlich sind. Unsere Auswertungen zeigen, dass das wichtigste Differenzierungsmerkmal ist, ob ein Kind in Deutschland geboren oder ob es erst nach der Geburt zugewandert ist: Nach der Geburt Zugewanderte sind bedeutsam schlechter geimpft als in Deutschland geborene Kinder mit Migrationshintergrund. Hingegen sind in Deutschland geborene Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund insbesondere in den jüngeren Altersgruppen nicht schlechter durchimpft als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. In der Gruppe der nach der Geburt zugewanderten Kinder und Jugendlichen sind Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund deutlich schlechter durchimpft als Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund.



Foto: Peter Steffen

Mögliche Erklärungen

Der Migrationshintergrund ist ein komplexes Bedingungsgefüge all jener Merkmale, die eine Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten und Nicht-Migranten unterscheiden. Solche gesundheitsrelevanten Merkmale sind: unterschiedliche Um-

welt- und Lebensbedingungen im Herkunfts- und Aufnahmeland, die besondere soziale und rechtliche Lage von Migrantinnen und Migranten im Aufnahmeland, ihre ethnische Zugehörigkeit und damit verbundene Ethnisierungsprozesse, Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung sowie das Migrationsereignis selbst. Vermittlungsebenen zwischen diesen Dimensionen und der Gesundheit sind das Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten sowie die vorhandenen personalen, familialen und sozialen Ressourcen.

Die dargestellten Ergebnisse zeigen, dass je nach betrachtetem Gesundheitsmerkmal unterschiedliche Dimensionen des Migrationshintergrundes wirksam sind und dass Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken zudem innerhalb der Migrantenpopulation ungleich verteilt sind. So sind die gesundheitliche Situation sowie das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen aus binationalen Familien mit einem einheimischen Elternteil mit der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund vergleichbar. Deutliche Unterschiede lassen sich aber vor allem je nach Herkunftsland, Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Aufenthaltsdauer bzw. Einwanderergeneration konstatieren.

Das Herkunftsland liefert Hinweise auf die Kultur, auf landesspezifische Morbiditätsprofile, auf die gesundheitliche Versorgung sowie auf die ökonomische Situation – Faktoren, die den Gesundheitszustand von Migranten/innen auch nach der Wanderung noch beeinflussen können. Insbesondere verhaltens- bzw. lebensstilabhängige Gesundheitsmerkmale sind durch die Herkunftskultur beeinflusst und können als Protektiv- oder Risikofaktoren wirken.

Die geringsten Differenzen zu Kindern und Jugendlichen aus Deutschland bestehen bei Kindern und Jugendlichen aus Westeuropa, Kanada sowie den USA. Die größten Differenzen hingegen manifestieren sich bei Kindern und Jugendlichen aus der Türkei, der ehemaligen Sowjetunion und aus arabisch-islamischen Ländern. Allerdings unterscheiden sich diese

Migrantengruppen nicht nur durch ihre Herkunftskultur, sondern auch durch ihren sozioökonomischen Status, durch die konkreten Aufnahmebedingungen, durch ihre Größe und den damit verbundenen Grad der Segregation sowie durch ihre Akzeptanz durch die Mehrheitsbevölkerung und damit einhergehende Ethnisierungserfahrungen.

Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass Gesundheit innerhalb der Migrantengruppe auch in Abhängigkeit von geschlechtsspezifischen Orientierungen und Verhaltenskodizes variiert. Dabei scheinen geschlechtstypisch tradierte Verhaltenserwartungen noch im stärkeren Maße wirksam zu sein, als das in der Mehrheitsbevölkerung der Fall ist. Dies geht beispielsweise mit einem günstigeren Verhalten von Mädchen beim Tabak- und Alkoholkonsum einher und begründet vermutlich auch die geringeren Unfallrisiken von Mädchen aus Migrantenfamilien.

Auch die Aufenthaltsdauer hat Einfluss auf das Gesundheitsgeschehen innerhalb der Migrantengruppe. Mit zunehmender Verweildauer geht eine stärkere Orientierung an der Aufnahmegesellschaft und damit ein Wandel von Lebensgewohnheiten, Gesundheitskonzepten und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen einher. Positive Effekte können eine verbesserte Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen sowie von Angeboten zur Durchimpfung und Kariesprophylaxe sein. Hingegen scheint der Lebensstilwandel auch mit Verlusten verbunden zu sein, so beispielsweise hinsichtlich der Zunahme von Allergien oder das Annehmen von ungünstigen Verhaltensmustern, die v.a. in unteren sozialen Statusgruppen dominieren.

Der Sozialstatus ist ein weiterer Faktor, der Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen mit bedingt, diese aber nicht hinreichend erklärt. Zum einen zeigt sich unter Migrantinnen und Migranten ein teilweise weniger ausgeprägtes Schichtgefälle als unter Nicht-Migranten, zum anderen bestehen Gesundheitsnachteile bzw. -vorteile gegenüber Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund auch

bei Kontrolle des Schichteinflusses. Dies ist ein Hinweis darauf, dass migrationsbedingte und kulturspezifische Faktoren Krankheitsrisiken verstärken oder auch kompensieren können.

Schlussfolgerungen

Trotz sozialer Benachteiligung kann nicht von einer generell prekäreren gesundheitlichen Situation der Migrantenkinder gesprochen werden. Offenkundig sind im Kindes- und Jugendalter zumindest z.T. migrationspezifische Protektivfaktoren wirksam, die Gesundheitsvorteile im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund in ähnlicher sozialer Lage bringen. Allerdings sind, da ein niedriger Sozialstatus und erhöhte Krankheitsrisiken korrelieren, mittelfristig entsprechende gesundheitliche Konsequenzen zu befürchten. Dies gilt insbesondere für Kinder und Jugendliche aus der Türkei, aber auch aus der ehemaligen Sowjetunion und den arabisch-islamischen Ländern. 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.

Die Ergebnisse zeigen, dass eine migrantensensible Ausgestaltung präventiver Angebote eine differenzierte Zielgruppenanalyse je nach zu betrachtendem Gesundheitsmerkmal voraussetzt. Die Palette der Ursachen einer Benachteiligung in Folge von Migration reicht von Sprachbarrieren, ‚mitgebrachten‘ Orientierungen, die auf die hiesige Kultur übertragen werden, Informationsdefiziten über Prophylaxemöglichkeiten, einen Wandel der Lebensgewohnheiten ohne Wissen um deren gesundheitsschädigende Wirkung bis zu Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem auf Seiten der Aufnahmegesellschaft. Vor allem die Veränderung ungünstiger Verhaltensmuster

(Ernährungs-, Bewegungs-, Mundgesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten) erfordert eine Initiierung bzw. Intensivierung von Aktivitäten, die in den Bereich der Gesundheitserziehung fallen und Wissen über bestehende Angebote der gesundheitlichen Versorgung sowie über gesundheitsgefährdende Verhaltensfolgen bzw. die Kompetenzen eines gesundheitsbewussten Verhaltens vermitteln.

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.

www.rki.de

Nachdem nun die gesundheitliche Lage von Kindern mit Migrationshintergrund dargestellt wurde, stellt sich die Frage, wie die gesundheitliche Versorgung verbessert und entstandene Defizite aufgefangen werden können. Das Stichwort heißt hier: Interkulturelle Öffnung. Was dieser Begriff bedeutet, zeigt der nächste Beitrag.

Thea Borde, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

Interkulturelle Öffnung in der Gesundheitsversorgung - was heißt das?

Inzwischen bekennt sich Deutschland dazu, ein Einwanderungsland zu sein, und es ist allgemein anerkannt, dass die eitere Zuwanderung aus demographischer und ökonomischer Sicht nötig ist. Durch die in den 1960er Jahren einsetzende Zuwanderung von Arbeitsmigrantinnen und -migranten und deren Familienangehörigen aus den damaligen Anwerbeländern, die Aufnahme von Flüchtlingen und Asylbewerberinnen und Asylbewerbern und vor allem in den 1990er Jahren von Aussiedlerinnen und Aussiedlern aus Osteuropa beträgt der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach dem Mikrozensus 2007 inzwischen ca. 20%. „Migrationshintergrund“ umfasst nach dieser Definition alle Personen, die selbst oder deren Eltern (mindestens ein Elternteil) im Ausland geboren sind. Etwa die Hälfte der so definierten Migrantinnen und Migranten haben die deutsche Staatsangehörigkeit erworben und ein großer Teil ist in Deutschland geboren.

Der Hinweis auf die jüngere Zuwanderungsgeschichte verdeutlicht die Heterogenität der Migrantinnen und Migranten in Deutschland, die durch unterschiedliche Herkunftsländer, Migrationsmotive und -hintergründe sowie durch Unterschiede bei der

Aufenthaltsdauer und der Migrationsgeneration gekennzeichnet ist. Es ist von einer kontinuierlichen Zuwanderung und von einer zunehmenden sozialen, ethnischen und kulturellen Vielfalt der Bevölkerung in Deutschland auszugehen, denn neben dem Niederlassungsprozess zeichnen sich in Europa derzeit neue Migrationstrends ab, die kurz- und langfristige Migration von Arbeitskräften, weitere Fluchtmigration und Familienzusammenführung sowie irreguläre Migration aus verschiedenen Teilen der Welt umfassen.



Foto: Fotolia.de

Mit Blick auf die Gesundheitsversorgung lässt sich der Trend der Globalisierung medizinischer Leistungen und damit verbunden die internationale Zu- und Abwanderung von Patientinnen und Patienten und Gesundheitspersonal beobachten. Für die Gesundheitssysteme gewinnt die Auseinandersetzung mit der soziokulturellen Vielfalt nicht nur bei der Patientenversorgung sondern auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit in Arbeitsteams an Bedeutung, um zukunftsfähige Strukturen und Kompetenzen zu entwickeln und dem Versorgungs- und Präventionsauftrag für alle in gleichem Maße gerecht zu werden.

Im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung weisen die vorliegenden Daten zur gesundheitlichen Lage auf spezifische Gesundheitsrisiken für Migrantinnen und Migranten und einen insgesamt schlechteren objektiven und subjektiven Gesundheitsstatus im gesamten Lebenszyklus hin. Internationale Studien belegen den Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung. Neben sozioökonomischen Faktoren wurden als weitere Determinanten für die „ethnische Verteilung“ von Gesundheit und Krankheit Migrationsfaktoren, kulturelle Faktoren, Rassismus sowie die selektive Wirkung der Gesundheitsversorgung identifiziert. Einerseits stellt also die gesellschaftliche Inklusion und Partizipation eine wesentliche Grundlage für die Verbesserung der Gesundheitschancen von Migrantinnen und Migranten dar, andererseits ist das Gesundheitssystem gefordert, die Bedeutung der genannten Faktoren zu kennen und Diskriminierungen gezielt entgegenzuwirken.

Von der Kultursensibilität zur Akzeptanz der Differenz

In den letzten Jahren zeichnen sich in Deutschland verstärkte Bemühungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage und der Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten ab. Während sie in früheren Jahren „irgendwie mitversorgt“ wurden und meist Anpassungsleistungen seitens der Migrantinnen und Migranten als Voraussetzung für eine gleich gute Versorgung gefordert wurden, wird seit den

1990er Jahren eine veränderte und realitätsnähere Perspektive deutlich. Diese orientiert sich an Modellen aus anderen Einwanderungsländern, wo im Zuge einer Anti-Diskriminierungspolitik oder im Rahmen des Diversity-Managements Konzepte und Strategien diskutiert und umgesetzt werden, die eine Anpassung der Versorgungskonzepte an die Bedürfnisse unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen vorsieht. Im Mittelpunkt der Diskussion in Deutschland stehen Begriffe wie „interkulturelle Öffnung“, „interkulturelle Kompetenz“, „transkulturelle Kompetenz“, „Kultursensibilität“ oder „Migrationssensibilität“.



Foto: Peter Steffen

Dabei ist zu bemerken, dass diese Begriffe und Konzepte bisher recht wenig reflektiert und oft nebeneinander verwendet werden. In den letzten Jahren wurden in Deutschland ähnlich wie in den früheren Jahren der Zuwanderung in der Sozialen Arbeit auch im Gesundheitsbereich Projekte und Einrichtungen konzipiert und aufgebaut, die vor allem einen kompensatorischen Charakter haben. Einerseits sind das spezifische Angebote für bestimmte Zielgruppen, wie z.B. das Altenpflegeheim Türk Bakim Evi in Berlin oder die Migrantenambulanz der Fachklinik für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie in Langenfeld. Andererseits haben sich in Ergänzung zur Regelversorgung komplementäre Dienste entwickelt, wie z.B. der Gemeindedolmetschdienst Berlin oder das MiMi-Gesundheitsprojekt „Mit Migranten für Migranten - Interkulturelle Gesundheit in Deutschland“, wo Migrantinnen und Migranten als Sprach- und Kulturmittler bzw. als interkulturelle Gesundheitsmediatoren eine Brückenfunktion einnehmen.

Integrative Konzepte innerhalb der regulären Versorgungseinrichtungen, die sich strukturell auf die Verschiedenheit der Nutzerinnen und Nutzer einstellen, sind dagegen eher selten. Im Gegenteil wird die Migration als prägendes Element unserer Gesellschaft weder in der Gesundheitsforschung noch in der Gesundheitsversorgung systematisch berücksichtigt.

Die oben aufgezeigten Begriffe weisen darauf hin, dass im Mittelpunkt der meisten Konzepte und Angebote die kulturelle Differenz von Migrantinnen und Migranten steht. 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 Kriterien (Alter, Geschlecht, soziale Lage, Bildung), Migrationsfaktoren (Sprache, Aufenthaltsdauer, -status, Migrationsmotive) und individuellem Verhalten oder Einstellungen nur einen Faktor der Verschiedenheit dar, der möglicherweise das Gesundheitsverhalten beeinflusst. 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. Da verschiedene Faktoren der Benachteiligung häufig kombiniert auftreten, ist ein intersektioneller und differenzsensibler Ansatz nötig, um spezifische Bedürfnisse erkennen, und das Versorgungssystem entsprechend ausrichten zu können.

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 Patienten aus. Dennoch werden sie aufgrund von vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien (wie z.B. gute deutsche Sprach-

sowie Lese- und Schreibkenntnisse) häufig systematisch von Studien der Versorgungsforschung und von Qualitätssicherungsmaßnahmen ausgeschlossen. Die Folge sind Verzerrungen bei den Ergebnissen, weil ein relevanter Teil der Patientinnen und Patienten nicht repräsentiert ist und darüber hinaus keine Kenntnisse über die Bedürfnisse und die Versorgungssituation der „Nicht-Erreichten“-Gruppen, die im Gesundheitssektor einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen, vorliegen. Ein systematischer Einschluss dieser Gruppe in Befragungen gelingt nur durch die Anpassung der Befragungsinstrumente. Bei Migrantinnen und Migranten erfordert die Inklusion z.B. die Übersetzung der Fragebögen, die Beteiligung von Migrantinnen und Migranten in den Forschungsgruppen und Interviewerinnen und Interviewer mit Kenntnissen in relevanten Migrantensprachen.



Foto: Fotolia.de

Information und Patientenaufklärung

Unsere frühere Studie 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. Je geringer die Deutschkenntnisse der Frauen, umso schlechter waren sie über die Fakten der Behandlung informiert und umso größer war der beobachtete Informationsverlust.

Die Qualität der Patientenaufklärung im Krankenhaus ist für türkeistämmige Migrantinnen durch den Verzicht auf qualifizierte Dolmetscherinnen und durch die mangelnde Berücksichtigung von Bildungsunterschieden und Unterschieden im gesundheitsrelevanten Basiswissen der Frauen deutlich beeinträchtigt.

Eine aktuelle Befragung von 900 Frauen der Altersgruppe 45-60Jahre in Berlin zu den Wechseljahren und menopausaler Hormontherapie ergab, dass türkeistämmige Migrantinnen deutlich häufiger starke Belastungen durch Wechseljahressymptome angaben und deutlich schlechter über Risiken und Nutzen der Hormontherapie informiert waren als Migrantinnen aus China, Korea und 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 (Borde 2008). 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 von Gesundheitseinrichtungen Anwendung finden. Wesentliche Grundlage dafür ist die systematische und differenzierte Repräsentation von Migrantinnen und Migranten und die selbstverständliche Erhebung wichtiger migrationbezogener Aspekte.

Bildungs- und Ausbildungseinrichtungen, die Gesundheits- und Sozialversorgung und die Forschungspraxis sind gefordert, die Vielfalt genauer zu betrachten und zu analysieren, inwieweit sie vorbereitet und ausgestattet sind, um angemessen auf unterschiedliche Bedürfnisse verschiedener Bevölkerungsgruppen reagieren und Ungleichheiten in Bezug auf die Gesundheitschancen ausgleichen zu können. In der Gesundheitsversorgung 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.



Foto: Fotolia.de

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 sicherzustellen. In Bezug auf den sozialen Gradienten ist die Therapietreue nicht allein seitens der Patientinnen und Patienten zu erfüllen, sondern auch eine Bringschuld des Versorgungssystems.

“Es geht darum, den Dialog auf einer Ebene zu halten, wo die Meinungen ans Licht kommen, man sie aber noch ansehen kann. ... Vielleicht werden noch andere Annahmen aufgedeckt, aber wir halten sie alle in der Schwebelage und sehen sie uns an, stellen fest, was sie bedeuten.” (David Bohm)

Heike Weinbach, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

Verschiedenheit verbinden - Dialog als Methode

Wie viel und was wissen wir über uns selbst? Oft glauben wir, dass wir unser Ich kennen, doch werden wir immer wieder damit konfrontiert, dass wir uns selbst, unsere eigene Identität als von uns verschieden erleben. Unsere Kenntnis über uns selbst ist begrenzt, sie ist flexibel, sie ist unterschiedlich je nach Zeit und Kontext. Wir müssen das Wissen über uns selbst auch immer wieder herstellen, in gewisser Weise erfinden wir uns dabei auch ein Stück neu.



Foto: Peter Steffen

Was und wie viel wissen wir über andere Menschen? Was wir über andere wissen können, ist um ein Vielfaches begrenzter als das Wissen über uns selbst. Oft glauben wir über Menschen Bescheid zu wissen, während wir letztlich nur unsere eigenen Bilder und Phantasien über diese aufrufen. Mit Bildern und Phantasien verknüpfen sich Bewertungen: Aufwertungen und Abwertungen, Zugänge und Ausschlüsse.

Diese Denkformen des vermeintlichen “Bescheid-Wissens” über andere sind keine Angelegenheit einer einzelnen Person, es handelt sich um strukturell bedingte Machtmuster, die die Funktion haben, zu hierarchisieren, Ausgrenzung und Diskriminierung herzustellen, Menschen untereinander fremd zu machen. Beteiligt ist die Gesellschaft als Ganzes daran, JEDE PERSON, auf unterschiedliche Weise. Das heißt aber auch: Menschen schaden sich selbst, berauben sich der Möglichkeiten der Begegnung. Wo gewaltförmige Handlungen ausgeübt werden, bleiben diejenigen, die so handeln, ebenso wenig unberührt davon wie diejenigen, die so behandelt werden.

Das Konzept des offenen Dialogs

Wie ist es möglich, Menschen anders zu begegnen? Wie können wir Menschen im professionellen und im gesellschaftlichen Kontext auf eine Weise verstehen und sehen, dass wir sie nicht fremd machen müssen, sie nicht herabsetzen wollen, sondern eine grundsätzlich wohlwollende Haltung gegenüber Menschen einnehmen können.

Das Konzept des offenen Dialogs ist eine erlernbare Methode und Haltung für die Begegnung zwischen Menschen und ein Weg, diese Begegnung aktiv herzustellen. Dialog bedeutet “mittels Worte” eine Verständigung herzustellen, dies kann in vielen Sprachen und Sprachformen, mit oder ohne Übersetzungen geschehen.

Die Konzepte des offenen Dialogs, wie sie beispielsweise in Deutschland von Cornelia Muth für den medizinischen und sozialarbeiterischen Kontext, von Leah C. Czollek, Gudrun Perko, Heike Weinbach für

den pädagogischen und sozialarbeiterischen Kontext expliziert wurden und von Johannes Schopp für die Elternarbeit und Soziale Arbeit, haben gemeinsame Wurzeln in der jüdischen Dialogtradition Mahloquet - eine Tradition der Auslegungen und Interpretationen (durch Gespräche) von Talmud und Thora.

Dialog ist in diesem Sinne ein Austausch von Geschichten, Interpretationen, Ideen und Sichtweisen, um voneinander zu lernen, nicht um zu urteilen oder zu bewerten. Wir treten in einen Dialog ein, um Wissen zu bekommen, um Wissen und Erfahrungen zu lauschen und auf uns wirken zu lassen. Dialogische Begegnungen machen Verschiedenheit sichtbar, weil sie sprechen darf, da sein darf, wirken darf. Ziel ist keine Übereinstimmung, manchmal entsteht vielleicht eine Annäherung, vielleicht auch die eine oder andere Gemeinsamkeit oder eine Anregung zur Verschiebung, Veränderung der eigenen Perspektiven und Denkstrukturen durch uns selbst. Oft aber können im dialogischen Prozess Sichtweisen und Perspektiven nebeneinander stehen bleiben, und gerade das empfinden Menschen als Bereicherung und angenehmes Miteinander. Die Voraussetzung für ein dialogisches Miteinander sind Respekt, Achtsamkeit und ein guter Wille, nämlich die Bereitschaft, vom anderen Menschen positiv zu denken.

Cornelia Muth hat ein dialogphilosophisches Konzept für die Interaktion zwischen Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeitern ausgearbeitet und vermittelt dieses in Seminaren. Sie nimmt Bezug auf die jüdische Dialogphilosophie von Martin Buber sowie auf Autorinnen und Autoren, die an der "Vision einer dialogorientierten Medizin" arbeiten, wie zum Beispiel Geisler, Kamps, Kampit.

Dabei geht es darum, dass sich Ärztin/Arzt und Patientin/Patient im professionellen Kontext so begegnen können, dass keine Person um die Macht ihrer Position und Meinung ringt, sondern dass sie sich als wechselseitig und generell Abhängige, das heißt als Menschen wahrnehmen. Die Rolle der Expertinnen

und Experten wird im dialogischen Prozess im Sinne der De-Hierarchisierung gesehen. Professionelle im medizinischen Bereich sollen sich ihrer Wissensmacht bewusst sein, sie verantwortungsvoll handhaben und mit dem Wissen der Patientinnen und Patienten verbinden.

Für die Ausarbeitung einer dialogorientierten Medizin ist die Etablierung von Dialogseminaren in der Ausbildung eine zwingende Notwendigkeit. Dialog kann nicht nur theoretisch vermittelt werden, sondern muss als Haltung gelernt und geübt werden.



Foto: Peter Steffen

II. Praxisbeispiele aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst

Dank der Bereitstellung von Informationen durch die niedersächsischen Landkreise, kreisfreien Städte und die Region Hannover sowie durch die Amtsarztarbeit, die Dr. Mustafa Yilmaz vom Gesundheitsamt des Landkreises Osterholz zur Verfügung stellte, ist es erstmals möglich, den Prozess der interkulturellen Öffnung im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Niedersachsen darzustellen.

Galina Osadtsaja, Johannes Dreesman, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt

Interkulturelle Öffnung im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Niedersachsen - Aktivitäten zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund

Hintergrund

Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Bezug auf die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten können grob in die beiden Bereiche „Gesundheitsberichterstattung“ und „Gesundheitsfördernde, sozialkompensatorische Maßnahmen“ aufgeteilt werden, die sich auch im Niedersächsischen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) abbilden.

Daten zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund

Nach Daten aus der Mikrozensus-erhebung lebten in Niedersachsen im Jahre 2005 geschätzte 1,3 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund, wobei dies 16% der niedersächsischen Bevölkerung entsprach. Aufgrund der unterschiedlich starken Verteilung dieser Personengruppe auf die Landkreise, kreisfreien Städte und die Region Hannover ergeben sich regional ganz unterschiedliche Bedürfnisse, die analysiert werden müssen und anschließend die Planung regionaler Aktivitäten beeinflussen. Für die Gesundheitsberichterstattung liefert der Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (LSKN) Daten zur Bevölkerungsentwicklung, wirtschaftlichen und sozialen Lage, Staatsangehörigkeit, Sterblichkeit sowie zu einzelnen gesundheitlichen Aspekten.

Das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) stellt diese Daten in Form sog. Gesundheitsindikatoren dar. Aussagen über den Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten lassen sich dennoch auf der Basis von Routinedaten nur begrenzt erhalten. Eine besondere Schwierigkeit liegt in der Definition des Migrantenbegriffes. Die in offiziellen Statistiken meistens verwendete Definition der Staatsangehörigkeit führt dazu, dass in amtlichen Statistiken nur ca. 43% der Migrantinnen und Migranten erfasst werden. Eingebürgerte Personen mit einem Migrationshintergrund oder Aussiedler werden nicht berücksichtigt. In einzelnen Landkreisen Niedersachsens stellen aber gerade die Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion eine sehr bedeutende Gruppe dar, die aufgrund der deutschen Staatsbürgerschaft in dem Datenmaterial nicht erkennbar sind.

Eine umfangreiche Datenbasis zum Gesundheitszustand von Kindern in Niedersachsen liefern die Schuleinganguntersuchungen (SEU). Im Rahmen dieser Untersuchungen werden beispielsweise Daten zur Durchimpfung, Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen sowie zu den Befunden der körperlichen Untersuchungen dokumentiert und mit dem ebenfalls dokumentierten Migrationshintergrund in Bezug gesetzt.

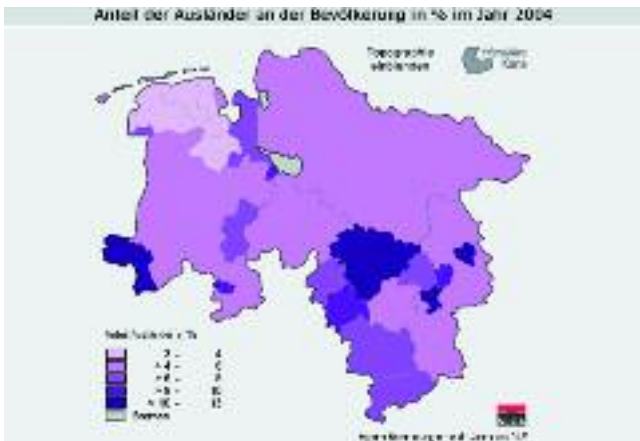


Abbildung 1: Anteil Ausländer 2004 in Niedersachsen

Die Schuleingangsuntersuchungen sind im NGÖGD festgeschrieben und werden kontinuierlich durch die niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte durchgeführt. Der Migrationshintergrund wird hierbei über die Herkunft der Eltern definiert, unabhängig von der Staatsbürgerschaft. Die niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte nutzen ihre Daten für eigene Auswertungen und stellen sie in Form von Berichten dar. Das NLGA unterstützt die Landkreise und kreisfreien Städte bei den Auswertungen und erstellt eigene Analysen. So können spezielle regionale Problemlagen erkannt und spezifische Präventionsprojekte angestoßen werden.

Aktivitäten des ÖGD in Niedersachsen

Im Bereich des ÖGD führen die Landkreise und kreisfreien Städte verschiedene Aktivitäten mit sozialkompensatorischem Charakter durch, die zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Migrantinnen und Migranten führen. In Bezug auf die Zielgruppenfokussierung lassen sich diese Aktivitäten in drei Ebenen gliedern.

Die erste Ebene stellen Aktivitäten dar, die nicht auf spezielle soziale Gruppen abzielen. Hierzu zählen auch wichtige Maßnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit, wie die Schuleingangsuntersuchungen, zahnärztliche Untersuchungen oder Impfaktionen. Es werden komplette Jahrgangskohorten von Kindern erfasst und es geht vor allem darum, Versorgungslücken zu schließen. Naturgemäß

profitieren von solchen Aktivitäten besonders jene sozialen Gruppen, die unterdurchschnittlich versorgt sind. Dies trifft häufig auf die Menschen mit Migrationshintergrund zu.

Als zweite Ebene sind Angebote zu nennen, die zwar nicht speziell an Menschen mit Migrationshintergrund adressiert sind, sich aber bestimmter Settings bedienen, z.B. Kindergärten und Grundschulen in sozial benachteiligten Bezirken oder Hauptschulen. In diesen Settings sind Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund überproportional vertreten und werden daher verstärkt erreicht.

Als dritte Ebene führt schließlich ein erheblicher Anteil der Landkreise und kreisfreien Städte spezifische Aktivitäten zur Förderung der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund durch. Dies beginnt bei dem Vorhalten fremdsprachiger Informationsmaterialien und geht bis zu aufsuchenden bzw. kampaagneartigen Aktivitäten. In einer orientierenden Umfrage bei den 46 niedersächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten wurden z.B. folgende Arten von Aktivitäten genannt:

- Projekte mit Vertrauenspersonen oder Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, z.B. Einsatz von Migrationslotsen oder Impfkampagnen mit Hilfe von Vertrauenspersonen (8 Projekte).
- Projekte in speziell betroffenen Stadtteilen, z.B. Projekte zur Verbesserung der Zahngesundheit (5 Projekte).
- Bereitstellung spezieller Beratungsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund, z.B. bei Suchtproblemen (5 Projekte).
- Projekte zur Bildung von Gruppen- bzw. Netzwerkstrukturen (3 Projekte).
- Ein Projekt zur Verankerung des Integrationsgedankens im Leitbild.

Diese Übersicht zeigt, dass die Projekte vorwiegend aufsuchenden Charakter haben und sich auf Stadtteile / Reviere mit hohem Migrantanteil konzentrieren. Ein weiteres wichtiges Merkmal ist, dass häufig Vermittler aus dem jeweiligen Kulturkreis einbezogen werden (Integrationslotsen, Imame, andere Schlüsselpersonen oder Multiplikatoren).

In Braunschweig stellt man sich in besonderer Weise der Aufgabe, Menschen mit Migrationshintergrund darin zu unterstützen, gesund zu bleiben und bei Erkrankungen den Zugang zum Gesundheitssystem zu erleichtern. Die interkulturelle Gesundheitsarbeit beginnt in Braunschweig nicht beim Punkt Null, sondern kann auf langjährige Erfahrungen in der zielgruppenspezifischen Gesundheits- und Migrationsarbeit aufbauen, sich auf Bewährtes stützen und neue, kultursensible Gesundheitsangebote entwickeln.

Rainer Schubert, Angelika Engel, Karin Rittner, Henny Sudradjat, Stadt Braunschweig

Interkulturelle Öffnung in der Gesundheitsförderung und Prävention - Gesundheit für alle in Braunschweig

In Braunschweig leben 240.000 Menschen, im Durchschnitt haben davon 15% (36.000) einen Migrationshintergrund, in einigen Stadtteilen bis zu 30%. Der weit überwiegende Teil kommt aus Polen bzw. der Türkei, und zehn Nationalitäten machen 70% der Menschen mit Migrationshintergrund aus. Dieser Anteil erreicht bei Kindern unter 6 Jahren z.B. in der Innenstadt und der Weststadt Werte von über 50 Prozent. Im Vergleich mit anderen Großstädten der alten Bundesrepublik ist der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in Braunschweig jedoch eher gering.

Im Rahmen eines gesellschaftlich breit angelegten Planungsprozesses zur Integrationsarbeit in Braunschweig wurden als weitergehende Ziele und Maßnahmen insbesondere der Einsatz von geschulten Sprachmittlern für Fragen der Gesundheit vorgeschlagen. Denn Migrantinnen und Migranten sind oft aus sprachlichen Gründen nicht in der Lage, ihre gesundheitlichen Probleme adäquat zu formulieren und die passende Behandlung zu finden. Formuliert wurde auch, dass die Zugänge zum Gesundheitssystem verbessert werden müssen, denn Migranten und Migrantinnen nehmen präventive und rehabilitative Gesundheitsangebote wesentlich weniger in Anspruch. Von großer Bedeutung ist auch die Beschäftigung von mehr Fachpersonal mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Handlungsleitende Gesundheitsberichterstattung

Die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung (GBE) in Braunschweig für Kinder mit Migrationshintergrund sind handlungsleitend für die Präventionsarbeit. Sie zeigen, dass sie

- seltener an den Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen
- einen deutlich höheren Body-Mass-Index haben
- seltener im Sportverein engagiert sind
- häufiger behandlungsbedürftige Zähne haben
- sich in den gesundheitsbezogenen Daten kaum von deutschen Kindern aus bildungsferneren Familien unterscheiden.



Foto: Fotolia.de

Angebote des Gesundheitsamtes Braunschweig

a) Psycho-soziale Beratung – Betreuung – Begleitung für Migrantinnen und Migranten, insbesondere für Kinder, Jugendliche und Familien und Erwachsene

Die Beratungsstelle ist dem Sozialpsychiatrischen Dienst angegliedert. Sie berät bei Behinderungen und psychosomatischen Erkrankungen, Entwicklungs-, Lern- und Sprachstörungen, Erziehungsfragen, jugendpsychiatrischen und psychischen Problemen und bei Suchtproblemen. Neben Kriseninterventionen steht auch die Vermittlung von medizinischen und weiteren therapeutischen und pädagogischen Behandlungsmöglichkeiten im Vordergrund. Die Gespräche können in türkischer, englischer und deutscher Sprache geführt werden. Für andere Sprachen können Dolmetscher hinzugezogen werden. Die Angebote sind kostenlos, können nach Absprache zu Hause, im Gesundheitsamt oder an einem anderen Ort stattfinden. Selbstverständlich unterliegen die Inhalte der Schweigepflicht und können z.B. telefonisch auch anonym durchgeführt werden.

b) Beratungsstelle für sexuelle Gesundheit

Die Beratungsstelle bietet mittlerweile fast ausschließlich Beratung und Unterstützung für weibliche und männliche Prostituierte mit Migrationshintergrund an. Hintergrund ist eine Zunahme der osteuropäischen Prostituierten seit der EU-Osterweiterung bei gleichzeitig hoher Fluktuation, insbesondere in der Wohnungsprostitution. Die Kenntnisse dieser Klientel über Ansteckungsgefährdungen, Infektionen und über die Zugänge zum hiesigen Gesundheitswesen sind entsprechend rudimentär.

Das Angebot der Beratungsstelle beinhaltet ein individuell zugeschnittenes, ebenfalls niedrigschwelliges und sprachlich am Kunden ausgerichtetes Angebot der aufsuchenden Sozialarbeit (Streetwork), durch das erst anonyme und kostenlose Untersuchungen auf sexuell übertragbare Infektionen im Gesundheitsamt möglich werden und ein vertrauensvolles Verhältnis zur Begleitung zu Behörden und anderen

Beratungsstellen erwachsen kann. Neben Krisenintervention mit der Möglichkeit der Nachbetreuung und der Hilfe bei der Wohnungssuche ist auch die Hilfe zum Ausstieg möglich.

Beide Angebote werden sehr gut nachgefragt. Beide Beratungsstellen haben das Prinzip der aufsuchenden unterstützenden Sozialarbeit als ein wesentliches Element integriert.

c) Projekt „Zahngesundheit und Ernährung“ für Familien mit Migrationshintergrund in Braunschweig durch den Jugendzahnärztlichen Dienst

In Zusammenarbeit mit dem Büro für Migrationsfragen wurde eine Unterrichtseinheit zur Integrationsarbeit etabliert. Schwerpunkte dieser Einheit des Migrationsbüros sind neben Sprachunterricht auch die Themen Zahngesundheit und Ernährung. Auslöser waren Ergebnisse statistischer Auswertungen zur Zahngesundheit und Ernährung von Migranten und Migrantinnen, die einen erheblichen Förderbedarf in diesem Bereich deutlich gemacht hatten.

Im theoretischen Teil werden Informationen über die Zahnpflege der verschiedenen Altersgruppen, ein Überblick über das Gesundheitssystem sowie Informationen über die Nahrungsmittel und Essgewohnheiten in Deutschland gegeben. Im praktischen Teil wird neben der gemeinsamen Zubereitung eines gesunden Frühstückes die Zubereitung von Mahlzeiten für Kinder zum Mitnehmen in Schule und Kita geübt. Eine kleine Ausstellung zu Nahrungsmitteln und Getränken verdeutlichen den Zuckergehalt vom Lebensmitteln. Während des anschließenden gemeinsamen Essens findet ein reger Austausch über Essgewohnheiten und Zahnpflege der verschiedenen Heimatländer statt. Durch das niedrigschwellige Angebot und die Freude der Beteiligten am gemeinsamen Lernen werden vielfältige positive Impulse zur Zahngesundheit ausgesandt.

Doris Bonkowski, Stadt Braunschweig

Gesundheit und Integration gehören zusammen

Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten sind eng verbunden mit Handlungsansätzen zur gesellschaftlichen Integration dieser Bevölkerungsgruppe. Beide Ziele werden erreicht, indem die Lebenslagen von Migrantinnen sowie Migranten berücksichtigt werden und ein an Ressourcen orientierter Kompetenzerwerb ermöglicht wird. So werden Selbsthilfepotentiale von Zuwanderinnen und Zuwanderern mobilisiert, Vertrauen als Grundlage für Beteiligung gebildet und auf lange Sicht die Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung verbessert. Die Projekte „FrauenServiceStelle“ und „Gesunde Stadt – Flüchtlinge in Braunschweig“ (FliBS) sind Praxisbeispiele, die diese Verbindung verdeutlichen.



Foto: Fotolia.de

Projekt „FrauenServiceStelle“

Die Zahl der Migrantinnen und Migranten als Kunden im Jugend-, Sozial- und Gesundheitswesen nimmt rasant zu. Gerade die Älteren unter ihnen weisen ein hohes Hilfs- und Pflegebedürftigkeitsrisiko auf. In der Folge wächst in Altenpflegeeinrichtungen, Kindertagesstätten, Beratungsstellen und Gesundheitsämtern das Bewusstsein, dass zur Berücksichtigung

sprachlicher und kultureller Unterschiede besondere medizinische, pädagogische und gesundheitspolitische Maßnahmen nötig sind. Wie aber erreicht man Zuwanderer für präventive Gesundheitsangebote? Und wie vermittelt man die notwendigen Behandlungsschritte, wenn die Patientinnen und Patienten nur wenig Deutsch verstehen?

Der Abbau sprachlicher und kultureller Zugangsbarrieren gelingt, indem Personen mit Migrationshintergrund in oben genannten Einrichtungen als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewonnen werden können. Um dies umzusetzen, hat das Büro für Migrationsfragen im Sozialreferat der Stadt Braunschweig die „FrauenServiceStelle“ (FSS) aufgebaut. Diese Stelle hält arbeitsmarktnahe Kontakte sowie Netzwerke vor und baut Kontakte zu älteren arbeitslosen Migrantinnen auf, um deren vielfältige Kompetenzen, wie Mehrsprachigkeit und interkulturelle, soziale sowie fachliche Fähigkeiten gezielt vermitteln zu können.

Die Fähigkeiten von Migrantinnen als wichtige Ressource für die soziale und gesundheitliche Versorgung zu erkennen, zu fördern und für den Arbeitsmarkt nutzbar werden zu lassen, wurde zur Leitidee der „FrauenServiceStelle“ (FSS), einem Teilprojekt der Entwicklungspartnerschaft PAMIR-SON der Gemeinschaftsinitiative EQUAL, die vom Büro für Migrationsfragen im Sozialreferat der Stadt Braunschweig aufgebaut wird.

Im Rahmen einer auf sechs Monate ausgelegten Orientierungsmaßnahme durchliefen insgesamt 115 Migrantinnen drei Qualifizierungsmodule – Sprachmittlung in sozialen und gesundheitlichen Einsatzfeldern, Gesundheit und Pflege sowie Kindertagesbetreuung. In einer Startphase erarbeiteten die Teilnehmerinnen u.a. staatsbürgerliches, rechtliches und berufliches Grundlagenwissen, trainierten Sprache, Kommunikation oder Selbstpräsentation. Vorangestellt wurde eine Kompetenzbilanz, in der zusätzlich auch die in-

formell erworbenen und persönlichen Fähigkeiten und Kenntnisse der Teilnehmerinnen ausgelotet wurden. Reale berufliche Situationen erlebten sie mit insgesamt 300 Stunden in verschiedenen Praktikumsstellen bei privaten wie öffentlichen Einrichtungen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens.

Alle drei Bausteine - eng miteinander verzahnt - stellen Grundqualifizierungen dar, die den Teilnehmerinnen Impulse für eine berufliche Neuorientierung bieten, aber ihnen nach eigener Einschätzung einen veränderten Umgang mit Gesundheit und Krankheit, ein selbstbewusstes Auftreten als Frau und Migrantin oder bessere Kenntnisse über die Gesellschaft und ihre Institutionen ermöglichen. Damit sich Zuwanderinnen auch künftig professionalisieren und in sozialen und gesundheitlichen Einsatzfeldern engagieren können, wird zurzeit eine Schulung für Migrantinnen zu Gesundheitslotsinnen vorbereitet.



Foto: Josef A. Kornweitz

Projekt „Gesunde Stadt – Flüchtlinge in Braunschweig (FLiBS)“

Das Projekt FLiBS richtet sich an Flüchtlinge aus Armuts- und Krisenregionen, die in besonderer Weise unter oft fluchtbezogenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und diversen physischen und psychischen Problemen leiden. Sie müssen deutlich schlechtere Lebensbedingungen als andere Zuwanderergruppen meistern. Belastungsfaktoren wie Arbeitslosigkeit, soziale Desintegration, die Erfahrung von Ausgrenzung, rechtliche Hürden usw. tragen zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko bei.

In Kooperation mit der Flüchtlingshilfe e.V. Refugium bietet das Büro für Migrationsfragen im Sozialreferat der Stadt Braunschweig durch FLiBS diverse Hilfen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und Versorgung von Flüchtlingen an. Dazu gehören Angebote zur Gesundheitsbildung für Flüchtlinge sowie strukturelle Maßnahmen zur Vernetzung und zum Austausch der Akteure im Sozial- und Gesundheitssektor.

Außerdem werden Beratung und Hilfen zur Alltagsbewältigung sowie verschiedene beteiligungsorientierte Maßnahmen angeboten. Als ein Realisierungsansatz wurde in Kooperation mit dem Landesverband der Gartenfreunde e.V. der erste Interkulturelle Kleingarten in einer überwiegend durch deutsche Kleingärtner betriebenen Gartenanlage im Braunschweiger Norden eingerichtet. Die praktische Ebene des gemeinsamen Gartenbaus ermöglicht Flüchtlingen integrierte Aktivitäten und Handlungsspielräume, oder mit anderen Worten gesagt: Gärtnern bringt die Menschen zusammen. Der Interkulturelle Garten ist ein Ort der Begegnung geworden, in dem sich Gärtner und Angehörige mit Freunden, Nachbarn und Unterstützern treffen, gemeinsam gärtnern oder kochen, die Sprache lernen oder an Gesundheitsseminaren teilnehmen. Bei all diesen Aktivitäten bringen die Flüchtlinge und Migranten ihre Fähigkeiten und ihr Wissen ein.

Karies-Detektive, Zahnputztrainerinnen und kleine Ausstellungen gehören zum Angebot des Jugendzahnärztlichen Dienstes Osnabrück. Sie richten sich an Pädagoginnen und Pädagogen, Eltern und Vermittler in der Nachbarschaft - eigentlich an alle, die mit Kindern zu tun haben, und natürlich an die Kinder selbst. Sie vermitteln gesundheitsförderliches Verhalten nicht als trockene Pflichtübung, sondern mit Spaß und zeigen Alternativen auf. Denn sehr oft wird eine süße Zwischenmahlzeit als Ausdruck von Zuneigung gegenüber Kindern oder des „Sich-Leisten-Könnens“ gesehen.

Brigitte Brunner-Strepp, Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück

Gesunde Zähne – healthy teeth - sağlıklı dişler - Здоровые зубы – denti sani Zahngesundheit aller Kinder im Stadtteil fördern

Die KiGGs-Daten, aber auch andere Untersuchungen zeigen, dass einer großen Gruppe kariesfreier und „gut sanierter“ Kinder in Deutschland eine kleine Gruppe gegenüber steht, die einen großen Teil der Krankheitslast auf sich vereint. In dieser Gruppe befinden sich häufig Kinder mit Migrationshintergrund. Als Ursachen für diese gesundheitliche Ungleichheit werden soziale, lebensweltliche und kulturelle Einflüsse, gesehen. Zugangsprobleme zum Gesundheitssystem, z.B. die Unkenntnis, dass für Kinder keine Praxisgebühr beim Zahnarzt zu zahlen ist, tragen ebenfalls zu einer schlechteren Versorgung bei. Der Sanierungsgrad der Zähne ist davon abhängig.

Das Team Zahngesundheit des Gesundheitsdienstes für Landkreis und Stadt Osnabrück arbeitet settingorientiert in Kitas und Schulen; d.h. es möchte Kinder und Eltern darin unterstützen, sich selbstbestimmt für ein gesundheitsförderliches Verhalten entscheiden zu können und gleichzeitig auch die dazu gehörenden Rahmenbedingungen in ihrer Lebenswelt positiv beeinflussen. Das Prophylaxekonzept zielt auf die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit und orientiert sich am Anspruch an Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie an den Qualitätskriterien des beratenden Arbeitskreises der BZgA und des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de). Unsere Zielgruppe sind Familien mit Migrationshintergrund und sozial benachteiligte Familien.

Förderung der Zahngesundheit im Stadtteil

In Belm-Powe und im Osnabrücker Stadtteil Schinkel werden nach diesem Konzept zahlreiche Aktivitäten durchgeführt. Ein Teil des Ortes Belm-Powe ist Sanierungsgebiet im Programm „Soziale Stadt“ und Gesundheitsförderung ist seit ca. fünf Jahren im Konzept „Soziale Stadt“ verankert. Hier leben 1.827 Menschen – ca. 70% davon haben einen Migrationshintergrund. Dazu kommen zahlreiche sozial benachteiligte Familien. In Kooperation mit der Gemeinde und den Quartiersmanagern werden zahlreiche Angebote in verschiedenen Settings gemacht, um die Zahngesundheit der Kinder zu verbessern und den 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 die Angebote in Freizeiteinrichtungen. Die Eltern werden in der Bring- und Abholphase der Kindertagesstätte angesprochen und informiert. Im Stadtteiltreff werden Frauen mit Migrationshintergrund verschiedene Aktivitäten angeboten, wobei Gesundheitsthemen auf großes Interesse stoßen. Es werden Schulungen über Maßnahmen zur Mundhygiene und gesunde Ernährung in Theorie und Praxis angeboten sowie eine Ausbildung zur „Zahnputztrainerin“ mit Abschlusszertifikat. Im Frauentreff werden auf Wunsch der Frauen Themen wie Frauengesundheit, Hygiene und Fragen zum Ausländerrecht besprochen. Dazu werden kompetente Gesprächspartner und Fachleute eingeladen.

Die Frauen nehmen daraufhin eine Vermittlerrolle zu den Familien im Quartier ein und haben auf Grund der sprachlichen und kulturellen Verbundenheit einen besseren Zugang zu den Menschen.

Der Bus „Karies-Detektiv“ ist eine mobile Dentaleinheit, mit dem zahnärztliche Sprechstunden im Stadtteil möglich sind, um Barrieren im Zugang zur zahnärztlichen Versorgung abzubauen. Das Angebot wird mit Handzetteln angekündigt, die Quartiermanager in die Briefkästen des Stadtteils verteilen. Der Bus wird von vielen Kindern besucht, und wenn Kinder allein kommen, geben wir ihnen einen Brief für ihre Eltern mit. Außerdem werden Zahnbürsten an sozial Benachteiligte verteilt, wie zum Beispiel die Besucher der Belmer Tafel, die sich Hygieneartikel nur schwer leisten können. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass diese zum Teil langjährigen Aktivitäten zu einer Verbesserung der Zahngesundheit der Kinder in Belm-Powe beitragen.

Im Osnabrücker Stadtteil Schinkel gibt es keine Quartiermanager, dafür aber verschiedene andere Kooperationspartner. Die Kooperation mit dem Fachbereich Soziales der Stadt Osnabrück hat sich beispielsweise für Veranstaltungen im Stadtteilhaus als erfolgreich erwiesen. Weitere wichtige Partner sind engagierte Kita- und Schulleiterinnen und Schulleiter. Im Stadtteil wohnen 13.234 Menschen, wobei 20,2 % ausländischer Herkunft sind. Insgesamt leben dort ca. 45% Menschen mit Migrationshintergrund sowie zahlreiche sozial benachteiligte Familien. Maßnahmen, die in Belm erfolgreich waren, werden auch hier eingesetzt und durch weitere Projekte ergänzt. Dazu gehört das Projekt „Ernährungsbewusste Schule“ in der Stüveschule, das durch eine Oekotrophologin und Arbeitsmaterialien für die Lehrkräfte unterstützt wird. In Einrichtungen, in denen die Zahngesundheit der Kinder Förderungsbedarf zeigt, wird die Gesunde Ernährung zu einem Schwerpunktsangebot. Das Konzept „Obst, Brot und Quark machen stark“ gibt den Eltern klare Vorgaben für die Zwischenmahlzeit in der Kindertagesstätte. Die tägliche Mundhygiene nach dem Frühstück rundet das Programm ab. In

der Grundschule beginnt der Schultag für die ersten Klassen jetzt sogar mit dem Zähneputzen. Nach einer Einführung durch Prophylaxefachkräfte über zwei Wochen haben die Lehrkräfte das Projekt übernommen.



Foto: Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück

Unser Ziel ist, eine Lebenswelt zu schaffen, die ein gesundheitsförderliches Verhalten erleichtert. Zahngesundheit aller Kinder im Stadtteil fördern bedeutet zunächst die Identifikation der Stadtteile oder Sozialräume mit Förderungsbedarf anhand der vorliegenden Daten. Das Setting „Stadtteil“ oder „Sozialraum“ ist ein guter Ansatzpunkt, da Zahngesundheit nicht allein durch Migrationshintergrund beeinflusst wird. Einfluss haben bekanntermaßen auch der sozioökonomische Status und der Bildungsgrad der Eltern. Im benachteiligten Stadtteil können bedarfsorientiert alle Zielgruppen erreicht werden und integrierte Konzepte mit unterschiedlichen Kooperationspartnern versprechen unserer Ansicht nach den größten Erfolg.

III. Erfahrungen aus der Schwangerenversorgung

„Es gibt hier standardisierte Philosophien, die von allen eingehalten werden sollen“ (Hebamme) - Ist das die vorherrschende Meinung in Geburtskliniken oder die Ansicht Einzelner? Was bedeutet Geburt in einer anderen Kultur? Wie kann mit Diversity im Krankenhausalltag umgegangen werden? Die Erkenntnisse dieses Beitrags resultieren aus einem Praxissemester im Evangelischen Krankenhaus in Oldenburg sowie aus Literaturanalysen.

Ulrike Binias, Oldenburg

Schwangerenversorgung im interkulturellen Kontext

Kommunikationsprobleme und unterschiedliche Krankheits- bzw. Geburtskonzepte erschweren eine adäquate Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen. Eine Rolle spielen nicht-deutsche Muttersprache, kulturelle sowie (fach-)sprachliche Missverständnisse, aber auch Misstrauen wegen eventueller Weitergabe aufenthaltsrechtlich wichtiger Informationen und Ängste vor aufenthaltsrechtlichen Wirkungen (insbesondere bei Frauen, die sich in Gemeinschaftsunterkünften befinden), weswegen nicht immer alle wichtigen medizinischen Informationen an das Krankenhaus weitergegeben werden.

vereinbaren. Die fortlaufenden Vorsorgeuntersuchungen kann sie in der gynäkologischen Praxis oder bei einer Hebamme wahrnehmen. Auch die Konsultation beider Fachdisziplinen im Wechsel ist möglich.

Die meisten Frauen wählen hierzulande eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen. Nur wenige Frauen wissen, dass die gesetzliche Krankenversicherung auch die Kosten der kompletten Schwangerenvorsorge bei einer Hebamme abdeckt. Möchte die Schwangere sich zu einem Geburtsvorbereitungskurs anmelden, kann sie zwischen einem Kurs bei einer freien Hebamme, im Geburtshaus oder im Krankenhaus wählen. Die Geburt selbst kann in Deutschland im Krankenhaus, in einem Geburtshaus oder zu Hause stattfinden. Die bestehenden Möglichkeiten sind selbst den meisten deutschen Frauen nicht bewusst, wie erst können Frauen mit Migrationshintergrund über ihre Möglichkeiten informiert werden?

Zu den (unbewussten) Befangenheiten gegenüber Migrantinnen kommen Unkenntnis über das Geburts- und Krankheitsverständnis in anderen Kulturen, das Schmerzverständnis, Geburtshabitus und Rituale rund um die Geburt umfassen kann. Dieses Wissen lässt sich nicht einfach kategorisieren und katalogisieren, denn jede Geburt ist anders und jeder Mensch ein Individuum.

Immer wieder werden auch Angst, mit dem eigenen Wissen bei der Beratung oder Versorgung von Migrantinnen an Grenzen zu stoßen, Überlastungsgefüh-



Foto: Josef A. Kornweitz

Wenn eine Frau in Deutschland vermutet, schwanger zu sein, wird sie einen Termin zur Schwangerenerstuntersuchung in einer gynäkologischen oder allgemeinmedizinischen Praxis oder mit einer Hebamme

le und Autoritätsverlustängste festgestellt. Verbreitet ist auch das Gefühl, für Migrantinnen „nicht zuständig zu sein“, da die Gesamtzahl der Zielgruppe als zu niedrig erachtet wird. Die Anzahl von Migrantinnen im Kreißsaal wurde im Evangelischen Krankenhaus beispielsweise auf 2-7 % geschätzt; de facto lag sie bei 15 % Migrantinnen der ersten Generation.

Die Sorge vor Mehrbelastung ist in Zeiten der Verdichtung von Pflege mehr als verständlich, doch daneben gab es wenig Bereitschaft umzulernen, sich neu zu orientieren, die Arbeit umzuorganisieren und das Festhalten an standardisierten Philosophien. Was bedeuten diese Hürden für eine Frau mit Migrationshintergrund, die ihr Baby in Deutschland zur Welt bringen möchte?

Die Gruppe „Sonstige Staaten“ tritt mit dem niedrigsten Anteil der Normalgeburten (32,65 %) und dem höchsten Anteil der Risikogeburten (22,45 %) hervor. Die Asiatinnen (9,1%) werden im Vergleich mit den anderen Gruppen am häufigsten per vaginaler Operation entbunden. Die meisten Kaiserschnitte (Sectiones) werden in der Gruppe der Mittel- und Nordeuropäerinnen und Nordamerikanerinnen mit 40 % - dicht gefolgt von „Sonstige Staaten“ - vorgenommen. Der häufigste Entbindungsmodus in der Gruppe „Sonstige Staaten“ ist der Kaiserschnitt. Eine Übersicht der Geburtsmodi nach Herkunft der Frauen kann das verdeutlichen.

Geburt in einer fremden Kultur

Für die meisten Frauen bedeutet Geburt – das gilt auch für Frauen deutscher Herkunft– Übergang und Neuorientierung. Übergangs- und Neuorientierungsprozesse benötigen jedoch Rituale, Anleitungen, Zeremonien und geschulte Begleiterinnen und Begleiter, damit die Menschen in diesen Phasen „heil“ durch den Prozess der Wandlung geleitet werden können. Diese Prozesse müssen verstanden und akzeptiert werden. Migrantinnen sind im Moment des Übergangs, wie dem der Schwangerschaft, häufig in doppelter Hinsicht verunsichert. Sie sind von der gewohnten Unterstützung anderer Frauen aus ihrem Ursprungsland - die ihnen eine außermedizinische Betreuung und einen seelischen Halt geben können - abgeschnitten. Sie sind einem medizinischen System ausgesetzt, das nach einer Logik funktioniert, die ihnen oftmals fremd ist. Beispielsweise können Ultraschalluntersuchungen als Übergriffe erlebt werden. Je weniger sich Frauen mit Migrationshintergrund in unserer Kultur auskennen, desto weniger haben sie die Chance, sich in der deutschen Schwangerenversorgung zurechtzufinden.

Diese Einflüsse haben direkte Auswirkungen auf die Geburt eines Kindes. Ein Schlüssel zur Senkung von hohen Kaiserschnittquoten bei Frauen mit Migrationshintergrund liegt in der frühen Kontaktaufnahme zu möglichst kulturgleichen Personen. Dies könnte

im Rahmen eines Case Managements in der Frühschwangerschaft stattfinden, für das folgende Diversity-Faktoren in der Anamnese der Frauen berücksichtigt werden sollten:

Herkunft(seit wann lebt die Frau in Deutschland?), Muttersprache(n), Deutschkenntnisse, Fremdsprachenkenntnisse, Aufenthaltsstatus, Familienstand, Soziales Netzwerk, Kultur, kulturelle Werte, Religion, Rituale, Tabus, Traumatisierung, ...

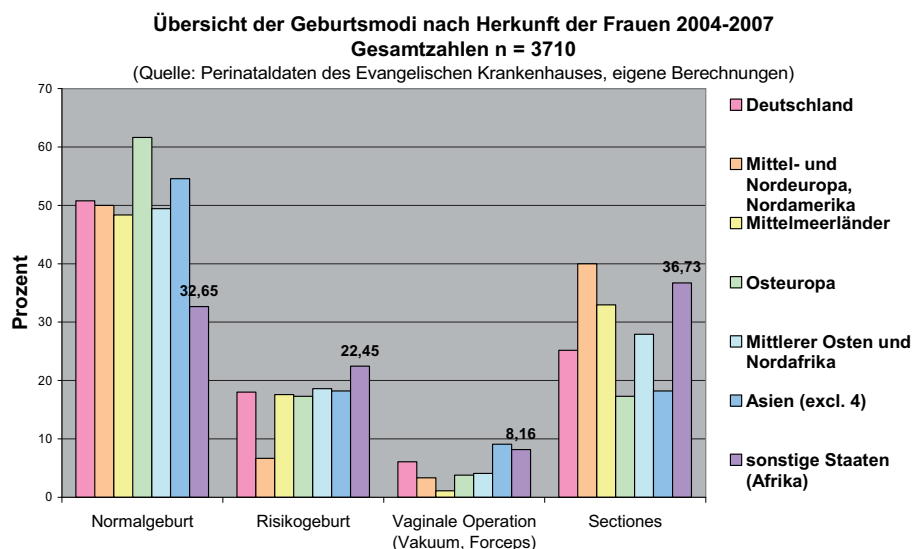


Abbildung 1: Verteilung der Entbindungsmodi

Der Case Management Prozess könnte damit beginnen, dass Frauen mit Migrationshintergrund mit den bestehenden Angeboten zur Schwangerenversorgung bekannt gemacht werden. Dazu wären mehrsprachige Informationsmaterialien nötig (vgl. Schweizer Hebammenverband oder Miges, Schweiz). Der individuelle Vorsorge- und / oder Nachsorgebedarf der Frau sollte ermittelt werden. Sie kann entscheiden, ob die Schwangerenvorsorge bei der Gynäkologin/ dem Gynäkologen und / oder einer Hebamme (Vorsorge, Nachsorge, Beleghebamme, Familienhebamme) vorgenommen werden soll. Es sollte interkulturelle Geburtsvorbereitungskurse geben, in denen kultursensible Übersetzerinnen simultan die Informationen der Kursleiterin dolmetschen. In der Schweiz hat man mit dem Projekt „Feminasana“ gute Erfahrungen gemacht. Schließlich könnte es eine nutzerinnenorientierte Betreuung unter der Geburt geben, bei der die Frau entscheidet, ob sie eine

Geburtsbegleiterin aus dem eigenen Kulturkreis, eine Hebamme oder Beleghebamme benötigt.

Diese Maßnahmen führen nicht nur zum Abbau von gegenseitigen Vorurteilen und Stereotypen und zur Entlastung des Gesundheitspersonals, sondern können auch die Mitarbeiterzufriedenheit steigern. Durch den Abbau von Zugangsbarrieren ist eine Patientinnenerhöhung in der Schwangerenvorsorge ebenso zu erwarten, wie die Kostenersparnis durch Verringerung der Liegezeiten und/oder Rückfallquoten auf Grund von Sprachbarrieren und die Senkung der Kaiserschnitttrate. Positive Wirkungen können sich außerdem unter dem Aspekt der verbesserten Integration der Frauen und Kinder durch frühzeitige Kontaktaufnahme im Rahmen „Früher Hilfen“ ergeben. Neben humanitären Verbesserungen sind also auch Kostenersparnis auf Seiten des Gesundheits- und Wohlfahrtssystems zu erwarten.

Fremd und schwanger – oder - Wie wird man in Deutschland Mutter? Im folgenden Beitrag wird ein Fallbeispiel aus dem klinischen Alltag vorgestellt: Frau Yilmaz* bekommt einen Kaiserschnitt gegen ihren Willen.

Enno Heine, Evangelisches Krankenhaus Oldenburg

Versorgung von Migrantinnen im Kreißaal Was wollen wir und was können wir heute leisten?

Frau Y. kommt das erste Mal in unsere Schwangerenambulanz in der 34. Schwangerschaftswoche (SSW). Sie ist 29 Jahre alt, kommt aus der Türkei und ist seit 10 Jahren in Deutschland. Sie spricht wenig Deutsch, ihr Mann dagegen perfekt. Frau Y. hat bereits zwei Kinder per Kaiserschnitt geboren. Dieses Kind will sie unbedingt auf natürlichem Weg bekommen und wählt unsere Klinik, weil sie erfahren hat, dass die Klinik dies ermöglicht. Das erste Kind wurde wegen schlechter CTG (Cardiotokographie) 2002 in Klinik A per Kaiserschnitt in Vollnarkose geboren.

Das zweite Kind wurde 2005 in Klinik B aufgrund einer möglichen Lösung des Mutterkuchens ebenfalls per Kaiserschnitt und in Vollnarkose geboren. In der aktuellen Schwangerschaft geht sie seit der 14. SSW zur Vorsorgeuntersuchung. Bei der ersten Vorstellung in unserer Ambulanz in der 34. SSW vermitteln wir ihr als unsere allgemeine Einschätzung der Situation, dass eine vaginale Geburt prinzipiell möglich ist, aber das Risiko eines erneuten Kaiserschnitts doch deutlich erhöht sei.

Welche Aspekte sind besonders zu beachten?

- Vorsicht vor Pauschalisierungen: Migrantinnen und Migranten bilden keine homogene Gruppe. Die Schattierungen reichen von „ganz fremd“ bis „deutscher als deutsch“.
- Die komplexe Struktur des deutschen Gesundheitssystems ist möglicherweise nicht bekannt. An die Stelle von Hausarzt und -ärztin treten während der Schwangerschaft Frauenarzt und -ärztin und/oder die ambulante Hebamme, deren Arbeitsbereiche sich vielfältig überschneiden. Bei speziellen Fragen oder wenn es um die Geburt geht, wird noch die Klinik einbezogen, und es kann zur „doppelten Facharztstruktur“ kommen. Ein wichtiger Fixpunkt in diesem bunten Potpourri ist der Mutterpass. Er enthält die wichtigsten Informationen und bleibt bei der Mutter.
- Kommunikationsschwierigkeiten bei der Planung der Geburt mit einbeziehen: Treten Kommunikationsschwierigkeiten auf, entscheiden sich Ärzte oft für den vermeintlich „sichereren Weg“, da Handlungsalternativen und damit verbundene Risiken nicht angemessen vermittelt werden können. In diesem Fall kann die Patientin die entsprechenden Risiken nicht mittragen und der Arzt will sie verständlicherweise nicht allein tragen. Als Folge davon wird in der Geburtshilfe im Zweifel eine Sectio (Kaiserschnitt) durchgeführt.

In unserer Klinik käme der Wunsch von Frau Y. nach einer natürlicher Geburt in die „Schublade“ natürliche Geburt trotz widriger Umstände. Dazu gehören erhebliche Anstrengungen, aber wir haben uns die natürliche Geburt auf die Fahnen geschrieben, und so manche Frau kommt deshalb zu uns. Allein im letzten Monat hatten wir zwei ähnlich gelagerte Fälle. Wir nehmen diesen Wunsch auf, ohne die Motivation zu hinterfragen.

Wie geht es weiter?

Eine Woche vor dem errechneten Geburtstermin stellt sich Frau Y. erneut in unserer Ambulanz zur Mitbetreuung vor. Das Kind erscheint groß, der untersuchende Arzt rät zum Kaiserschnitt, was sie vehement ablehnt. An einem Freitag, sechs Tage nach dem errechneten Entbindungstermin, kommt sie vormittags mit einem Blasensprung ins Krankenhaus. Da der relativ große Kopf nicht in das Becken eingetreten ist, raten wir erneut zum Kaiserschnitt. Geburtsteam und

Familie Y. können sich nach ausführlicher Diskussion darauf einigen, die Wehen zu unterstützen und zu schauen, ob das Köpfchen sich ins Becken begibt. Da dieses bei mehrstündigem Warten nicht geschieht, bleibt der Kaiserschnitt als einziger Geburtsweg, um einen Riss der Gebärmutternarbe zu vermeiden. Nach langer Diskussion, mehreren vaginalen Untersuchungen auf Wunsch der Mutter und Sich-Beklagen über das „Aufgeben des Geburtspersonals“ stimmt Frau Y. letztlich zu. Gegen 16:00 Uhr wird ein gesunder Junge per Kaiserschnitt in Spinalanästhesie geboren. Der Kopf war nicht im Becken.

Während der vorhergegangenen Gespräche und Diskussionen berichtete der Ehemann, dass die Eltern seiner Frau hinter der Motivation zur normalen Geburt stünden. Eine Kaiserschnittentbindung zähle nicht für eine richtige Frau und es wäre nicht möglich, viele Kinder zu bekommen. Für ihn selbst sei das kein Problem, da er ohnehin nur zwei Kinder haben wolle und seiner Frau zuliebe der dritten Schwangerschaft zugestimmt habe. Frau Y. bekommt das Kind nach der Abnabelung sofort auf die Brust gelegt, Herr Y. ist im OP direkt dabei.



Foto: Fotolia.de

Was sehen wir hier?

Zum Einen das Sprachproblem: Wir sind auf Übersetzungen angewiesen. Oft helfen hier die Verwandten. Gute Bedingungen haben wir auch, wenn unsere in Russland geborene Hebammenkollegin, eine der beiden türkisch-stämmigen Schwestern der Wochenstation (darunter die Stationsleitung) oder Kolleginnen mit entsprechenden Sprachkenntnissen auf den Nachbarstationen im Dienst sind.

Manchmal übersetzen auch externe Dolmetscherinnen oder Dolmetscher. Doch wie gut die Übersetzung ist oder beim Übersetzen schambesetzter Inhalte überhaupt sein kann, z. B. bei männlichen Übersetzern, sei dahingestellt.

Zum Anderen das Festhalten an althergebrachten Werten der Heimatregion: „Nur eine normale Geburt zählt“. Die Übertragung und Anpassung dieser Werte in das neue Umfeld ist ebenso schwierig wie der Versuch, sich vom Urteil anderer Personen zu lösen, von denen sich Frauen abhängig fühlen. Und: Das Zusammenhalten der Familie, wie in diesem Fall der Schwester und des Ehemanns, ist wichtig für die Patientin.

Was haben wir gut, was weniger gut gemacht?

Zunächst haben wir dem Willen von Frau Yilmaz so weit Raum gegeben, wie es medizinisch tragbar war. Wir haben sie bis zuletzt noch einige Male untersucht – medizinisch überflüssig, aber für sie wichtig. Zudem haben wir eine 1-zu-1-Betreuungssituation und eine gelingende Kommunikation realisiert. Kritisch anzumerken ist, dass wir die Motivation und die Absolutheit ihres Wunsches nicht erfasst haben und deshalb mit ihr darüber nicht sprechen konnten...

Was ist zu vermeiden und was kann für Verbesserungen sorgen?

Auf Kommunikationsfallen achten: Um Verständigungsschwierigkeiten zu vermeiden, sollte das Personal keinesfalls auf eingehende Erklärungen verzichten. Ja/Nein-Fragen lassen keine Differenzierungen

zu. Außerdem können fachfremde Dolmetscherinnen und Dolmetscher und hauseigenes Personal angesichts der komplexen Erklärungen überfordert sein oder nicht das nötige „technische Vokabular“ haben.

Neben der Verwendung von Gesten und Bildern geht es darum, sensibel zu sein für unterschiedliche Ausdrucksweise und die eigene Kommunikationsfähigkeit zu schulen. Von Bedeutung ist die allgemeine Sensibilisierung in Bezug auf interkulturelle Spannungsfelder und auf spezielle Kulturkreise sowie der Versuch des Verständnisses der Patientenwerte (z.B. Diagnose der Religiosität). Außerdem sollte eine Untersuchung durch Frauen ermöglicht werden.

Wie war der Geburtsverlauf für Frau Yilmaz?

Am Tag nach der Entbindung wirkt Frau Y. recht gelöst. Unter der üblichen Therapie mit leichten Schmerzmitteln und Ermutigung zum Aufstehen kommt sie schnell auf die Beine und stillt ihr Kind erfolgreich. Nach fünf Tagen führe ich zusammen mit einer türkisch-stämmigen Krankenschwester mit ihr ein ausführliches Gespräch.

Im Allgemeinen hat sie sich schnell mit der Kaiserschnittgeburt abgefunden, doch als wir erneut darüber sprechen, kommen ihr nochmals die Tränen. Sie ist jedoch zufrieden, dass sie mit uns den normalen Weg probieren konnte, und vor allem, dass sie den ersten Schrei ihres Kindes wahrnehmen konnte. Ihre Hauptbesorgnis ist, dass sie nicht mehr fünf bis sechs Kinder bekommen kann, wie ursprünglich gewünscht. Sie äußert sich auch über ein gewisses versteckt abfälliges Denken in ihrem Umfeld über „Kaiserschnittmütter“, die nicht so viele Kinder bekommen können, aber „da müsse sie halt durch“. Meine Versicherung, dass man das von Kaiserschnitt zu Kaiserschnitt entscheiden muss und ein nächstes Kind bestimmt möglich ist, erleichtert sie. Von ihrer Familie fühlt sie sich gut unterstützt.

IV. Betreuung und Pflege

Zeitmangel in Medizin und Pflege ist nicht nur zu Beginn des Lebens problematisch. Wenn die Menschen älter werden, erleben viele eine dreifache Entfremdung: Alter, Demenz, Migration. Bei Demenz tritt die Sprache in den Hintergrund und es wird wichtiger, wie gesprochen wird, auch nonverbal. Voraussetzung ist, „von Mensch zu Mensch“ zu arbeiten.

Ligita Didzgalvite, Hannover

Aufbau von Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten für Menschen mit Migrationshintergrund in der Region Hannover

Die demografische Entwicklung führt zu einer wachsenden Zahl älterer Menschen. Die steigende Lebenserwartung infolge verbesserter Lebensbedingungen und des medizinischen Fortschritts sind Hauptindikatoren für den signifikanten Zuwachs von Demenzerkrankungen in der Gesellschaft.

Besonders schnell wächst in Deutschland die Altersgruppe der älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Da es keinerlei Hinweise oder Erkenntnisse gibt, dass sie nicht in gleicher Weise von Demenzerkrankungen betroffen bzw. gefährdet sind, ist in den kommenden Jahren mit einem starken Anstieg demenzerkrankter Menschen mit Migrationshintergrund zu rechnen.

Im Mikrozensus 2005 des Statistischen Bundesamtes wurde die Bevölkerung erstmals nach Migrationshintergrund ausgewiesen, sodass sich die Struktur dieser Bevölkerungsgruppe repräsentativ für Deutschland beschreiben lässt. Somit lebten in Deutschland Ende des Jahres 2005 über 1 246 900 Menschen mit Migrationshintergrund im Alter von 65 Jahren und älter. Davon lebten in Niedersachsen 99 500 und in der Region Hannover 18 700 ältere Menschen ab 65 Jahre mit Migrationshintergrund.

Aufgrund dieser Zahlen ist es erstmals möglich, die Prävalenz der Demenz für die Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund zu berechnen. Dabei werden auch eingebürgerte Menschen mit Migra-

tionshintergrund berücksichtigt, die wie jene mit ausländischem Pass unzureichend versorgt werden. Gemessen an der mittleren Prävalenzrate von 7,2% lebten 2005 in Niedersachsen etwa 9 849 und in der Region Hannover etwa 1 987 Demenzerkrankte mit Migrationshintergrund. Dabei wurde die Altersgruppe ab 60 Jahre einbezogen, da Alterungsprozesse aufgrund der Migrationsbiografie in der Zielgruppe früher einsetzen und dies voraussichtlich auch auf die Prozesse demenzieller Erkrankungen zutreffen wird.

Zurzeit liegen kaum Studien und wenig Praxiserfahrungen über und mit demenzerkrankte(n) Menschen mit Migrationshintergrund vor, und sie werden in der vorhandenen Fachliteratur als „vernachlässigte



Foto: Pixelio.de / Philipp Flury

Gruppe“ bezeichnet. Es fehlt an Statistiken und empirischen Untersuchungen zu kultur- und migrationspezifischer Prävalenz der Erkrankung wie auch in Bezug auf den medizinischen, pflegerischen und beraterischen Versorgungsbedarf.

Einzelne vorhandene Untersuchungen für die Stadt Hannover lassen den Schluss zu, dass hier demenzerkrankte Menschen mit Migrationshintergrund zu der „vernachlässigten Gruppe“ gehören. Trotz bestehender interkultureller Beratungsstellen und Pflegedienste kann die Versorgung der demenzerkrankten Menschen mit Migrationshintergrund in der Region und Stadt Hannover nicht als bedarfsgerecht bezeichnet werden.



Foto: Fotolia.de

Durch migrationspezifische, soziokulturelle und strukturelle Barrieren sind die Zielgruppe sowie ihre Angehörigen von der Ausgrenzung aus der Regelversorgung bedroht. Einerseits ist die außergewöhnliche Versorgungssituation der Gruppe gekennzeichnet durch besonders ausgeprägte Tabuisierung der Erkrankung, fehlende Informationen über vorhandene

Angebote, besonders über den Sinn und Zweck dieser Angebote, geringes ehrenamtliches Engagement sowie eine stark ausgeprägte „Geh-Struktur“ in der Versorgung. Andererseits führt das herkömmliche monokulturelle Versorgungssystem, das kein sprachlich und kulturell angepasstes Demenzdiagnostikverfahren sowie keine soziokulturell und sprachlich angepasste Versorgung für diese Personengruppe vorweisen kann, zu einer geringen Inanspruchnahme der Regelangebote.

Die bestehenden Diagnostikverfahren implizieren westliche Vorstellungen von Symptomatik und Krankheitserleben. Sie sind überhaupt nicht geeignet für Menschen mit anderem kulturellen Hintergrund, für Menschen mit niedriger formaler Bildung und für Menschen, die ungeübt im Lesen und Schreiben sind. Somit ist eine direkte Übersetzung des Diagnostikverfahrens oder ein Diagnostikverfahren mithilfe eines Dolmetschers nicht so effektiv, wie eine kulturell angepasste, nonverbale Diagnostik. In diesem Zusammenhang wurde an der Uniklinik Köln ein Transkulturelles Assessment mentaler Leistungen („TRAKULA“) entwickelt, das bei türkisch- und russischstämmigen Demenzerkrankten angewandt wird und in dem auf die sprachlichen Kompetenzen bei dem Diagnoseverfahren, wie im MMST oder DemTect-Verfahren, verzichtet wird und stattdessen Bilder eingesetzt werden.

Neben den strukturellen Barrieren verstärkt die fehlende Verbindung zwischen Migrationsarbeit und Gerontopsychiatrie die Ausgrenzung. Infolge der Barrieren ist auf die Überrepräsentation von Menschen mit Migrationshintergrund in den geschlossenen Bereichen der Psychiatrie hinzuweisen. Um dies zu beheben und die Versorgungssituation demenzerkrankter Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern, ist die Vernetzung bestehender Angebote eine wichtige Voraussetzung. Außerdem ist die Kooperation mit der Wissenschaft mit der Aufforderung, sich dieses Themas anzunehmen, ein wichtiger Baustein der integrierten und bedarfsgerechten Versorgung der Zielgruppe.

Susanne Glodny, Universität Bielefeld

Verbesserung der häuslichen Pflege türkischstämmiger Migrantinnen und Migranten

Viele der in den letzten Jahrzehnten nach Deutschland immigrierten Personen werden auch hier ihren Lebensabend verbringen, weshalb mit einem Anstieg pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund zu rechnen ist. Eine Pilotstudie, basierend auf Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Westfalen-Lippe, konnte zeigen, dass türkischstämmige Personen andere Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung als der Durchschnitt der Antragsteller beanspruchen. Dies bezieht sich vor allem auf das Pflegegeld, das im Fall der Versorgung eines pflegebedürftigen Menschen durch die Angehörigen ausgezahlt wird. Türkischstämmige Antragsteller beziehen diese Leistung zu 90% und damit doppelt so häufig wie der Durchschnitt der Antragsteller. Türkischstämmige pflegebedürftige Personen werden also hauptsächlich ohne die Unterstützung professioneller Pflegekräfte versorgt. Aufgrund der gesellschaftlichen und beruflichen Entwicklung zeichnet sich ab, dass diese Form der häuslichen Pflege zunehmend schwieriger werden wird.

Das Projekt „saba“, das im Rahmen des Pflegeforschungsverbundes NRW durchgeführt wird, ist eine Interventionsstudie und richtet sich an die Zielgruppe der türkischen Pflegebedürftigen und deren pflegende Angehörige. Die Maßnahme, die im Projekt als Intervention zum Einsatz kommt, orientiert sich am Ansatz der Selbsthilfe. In Anwesenheit speziell geschulter Gesundheitsmediatoren (MiMi) aus dem gleichen Kulturkreis treffen sich die pflegenden Angehörigen zu wöchentlich stattfindenden Gruppentreffen, in denen sie sich über ihre Erfahrungen, Probleme und Informationen in türkischer Sprache austauschen können. Über den Wissens- und Erfahrungsaustausch soll das Selbstmanagement gefördert, der Stress bei den Pflegenden reduziert und letztendlich eine Verbesserung der häuslichen Pflege erreicht werden.

Die bisherigen Ergebnisse der Interventionsstudie beziehen sich auf die Erreichbarkeit der Zielgruppe. Zwei unterschiedliche Zugangswege wurden zur Kontaktierung der Zielgruppe erprobt. In einem ersten Schritt wurde, wie in Forschungsbezügen üblich, eine Zufallsstichprobe gezogen und die ausgewählten Personen angeschrieben. In einem zweiten Schritt wurden Schlüsselpersonen in existierenden türkischen Selbsthilfegruppen und die bereits gewonnenen Studienteilnehmer angesprochen und gebeten, einen Kontakt zu pflegebedürftigen türkischstämmigen Personen und deren Angehörigen herzustellen. Zudem wurden Anlaufstellen von Migrantinnen und Migranten sowie Medien zur Kontaktierung potentieller Studienteilnehmer genutzt.

Es zeigte sich, dass die Erreichbarkeit von türkischstämmigen pflegebedürftigen und pflegenden Menschen nur über den direkten persönlichen Kontakt möglich ist. Die angesprochenen Schlüsselpersonen waren engagiert und stellten eine zuverlässige Möglichkeit zur Kontaktaufnahme dar. Vorbehalte und Verunsicherung konnten nach Bildung einer Vertrauensbasis größtenteils abgebaut werden. Allerdings ist der direkte Zugangsweg sehr zeitintensiv und führt dazu, dass die Projektmitarbeiterinnen persönlich involviert werden.



Foto: Fotolia.de

V. Ausblick

Die in dieser Broschüre enthaltenen Beiträge waren Bestandteil der Tagungsreihe „Interkulturelle Öffnung im Gesundheitssystem“. Die Tagungen sind Teil eines Konzeptes zur Verbesserung der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten, dass von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. derzeit umgesetzt wird. Weitere Maßnahmen sind der Aufbau eines Internetportals zur Recherche von fremdsprachigen Gesundheitsdienstleistern und ein Modellprojekt zur Interkulturellen Öffnung im Krankenhaus.



Foto: Fotolia.de

Das Internetportal „Gesundheit für Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen“ ist eine internetbasierte Informationsplattform für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den Bereichen Gesundheit, Soziale Arbeit, Migration und Integration. Das primäre Ziel des Internetportals 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 Dienstleistern im Gesundheitsbereich Niedersachsens anhand der Kriterien: Fachdisziplin, Sprachkenntnis und Standort. Um die besondere Situation

von Menschen mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen, werden zusätzlich die Integrations- und Migrationserstberatungsstellen sowie Jugendmigrationsdienste erfasst. Als zusätzlichen Service wird das Internetportal eine Sammlung mit Weblinks zu Dolmetscherlisten, fremdsprachigem Informationsmaterial und wichtigen Ansprechpartnern auf Bundes- und Landesebene für die Bereiche Gesundheit, Migration und Integration enthalten.

Das Modellprojekt zur interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern wird exemplarisch an mindestens einer Klinik in Niedersachsen durchgeführt. Ziel ist die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten sowie die Optimierung des Patienten- und Riskmanagements. Das Projekt umfasst die Weiterentwicklung des Einrichtungsleitbildes, die Weiterbildung des Klinikpersonals und die Moderation struktureller Veränderungsprozesse. Nach Beendigung der Maßnahme wird das Konzept anderen Krankenhäusern zur Verfügung gestellt.

Alle genannten Maßnahmen werden durch das Niedersächsische Ministerium für Inneres, Sport und Integration und die Integrationsbeauftragte des Landes Niedersachsen gefördert und unterstützt.

Ein besserer Zugang für Menschen mit Migrationshintergrund zur Gesundheitsvorsorge und zu klinischen und ambulanten Behandlungsangeboten ist das Ziel des niedersächsischen „Drei-Generationen-Projekts – Gesundheit mit Migranten für Migranten“. Seit August 2008 hat das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover in 40-stündigen Schulungen 65 muttersprachliche Mediatorinnen und Mediatoren für das interkulturelle Projekt ausgebildet. Sie sind der Multiplikator dafür, durch eigene Veranstaltungen möglichst viele Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen zu erreichen. Gefördert wird das Projekt durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit sowie den BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen.

VI. Service

Kontaktadressen der Autorinnen und Autoren

Ulrike Binias
ullibin@ewetel.net

Doris Bonkowski
Stadt Braunschweig
doris.bonkowski@braunschweig.de

Prof. Dr. Theda Borde
Alice Salomon Fachhochschule Berlin
borde@asfh-berlin.de

Dr. Brigitte Brunner-Strepp
Landkreis Osnabrück
brunner@Lkos.de

Ligita Didzgalvite
diligita@gmx.de

Dr. Johannes Dreesman
Niedersächsisches Landesgesundheitsamt
Johannes.Dreesman@nlga.niedersachsen.de

Dr. Ute Ellert
Robert-Koch Institut
ute.ellert@rki.de

Angelika Engel
Stadt Braunschweig
angelika.engel@braunschweig.de

Susanne Glodny
Universität Bielefeld
sglodny@uni-bielefeld.de

Dr. Enno Heine
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg
enno.heine@evangelischeskrankenhaus.de

Dr. Thomas Lampert
Robert Koch-Institut
thomas.lampert@rki.de

Dr. Hannelore Neuhauser
Robert-Koch Institut
hannelore.neuhauser@rki.de

Galina Osadtsaja
Niedersächsisches Landesgesundheitsamt
galina.osadtsaja@nlga.niedersachsen.de

Karin Ritter
Stadt Braunschweig
karin.ritter@braunschweig.de

Dr. Liane Schenk
Charité-Universitätsmedizin Berlin
liane.schenk@charite.de

Rainer Schubert
Stadt Braunschweig
rainer.schubert@braunschweig.de

Florence Henny Sudradjat,
Stadt Braunschweig
henny.sudradjat@braunschweig.de

Dr. Heike Weinbach
Alice Salomon Fachhochschule Berlin
heiwei@berlin.cc

Weitergehende Informationen

Informationsportal Integration der Integrationsbeauftragten des Landes Niedersachsen

www.integrationsbeauftragte.niedersachsen.de

Niedersächsisches Ministerium für Inneres, Sport und Integration

www.mi.niedersachsen.de

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit

www.ms.niedersachsen.de

Migrantinnen in Niedersachsen

www.migrantinnen-in-niedersachsen.de

Kooperative Migrationsarbeit in Niedersachsen

www.migrationsarbeit-niedersachsen.de

Niedersächsischer Integrationsrat

www.nds-integrationsrat.de

Integration durch Sport (Landessportbund)

<http://www.integration-durch-sport.de/>

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration

www.integrationsbeauftragte.de

Integrationsportal des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge

www.integration-in-deutschland.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

www.bzga.de

Bundeszentrale für politische Bildung

www.migration-info.de

Dachverband der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V.

www.transkulturellepsychiatrie.de

iKOM – Informatios- und Kontaktstelle für Migration (AKTIONCOURAGE e.V.)

www.ikom-bund.de

Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe: „Aufeinander zugehen - voneinander lernen“

www.kultursensible-altenhilfe.net

Kultur-Gesundheit

www.kultur-gesundheit.de

MiMi-Gesundheitsprojekt

<http://www.bkk-promig.de/>

MIGHEALTHNET – Informationsnetzwerk Migration und Gesundheit

www.mighealth.net

Migrapolis Deutschland e.V.

www.migrapolis-deutschland.de



Foto: Fotolia.de

Herausgeber:
Niedersächsisches Ministerium
für Inneres, Sport und Integration
Ref. 54 - Integrationsbeauftragte

Lavesallee 6
30169 Hannover

Internet:
www.mi.niedersachsen.de
www.integrationsbeauftragte.niedersachsen.de

Redaktionelle Bearbeitung:
Dr. Antje Richter, Marcus Wächter,
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Außerdem waren beteiligt:



Integrationsbeauftragte
des Landes Niedersachsen



Die Broschüre darf, wie alle Broschüren der Landesregierung,
nicht zur Wahlwerbung in Wahlkämpfen verwendet werden.

Urheber der verwendeten Fotos aus der Datenbank Fotolia.de:
ISO K° - photography; Digitalpress; Yuri Arcurs; Marzanna Syncerz; fux;
Elisabeth Rawald; Murat Subatli; 42_media; Lucky Dragon; bilderbox;
Marc Dietrich; Tatyana Lykova; alexandre zveiger; Simon Ebel;

Foto auf dem Deckblatt: Fotolia.de