



**Tagung
Migrantinnen und Migranten
im deutschen Gesundheitswesen**

abstracts

Hannover, 2.-3. September 2011

Medizinische Hochschule Hannover
Gebäude K20, Hörsaal P
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Inhalt

Prof. Dr. Wielant Machleidt
Versorgungsproblematik bei Migrantinnen und Migranten

Anja Afentakis, Dr. Thomas Kopetsch
Ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Statistik und Probleme der statistischen Erfassung

Dr. Bettina Englmann
Rechtliche Anforderungen an Ärztinnen und Ärzte mit ausländischen Qualifikationen

Ramazan Salman
Sprachbarrieren überwinden: Standards und Praxis des Dolmetschens in der Gesundheitsversorgung

Dr. Albina Zeef
Probleme der Versorgung: Kommunikations- und Sprachdefizite bei Ärztinnen und Ärzten

Susann Huschke
Anspruch auf Notfallversorgung? - Rechtliche Grundlagen und praktische Probleme bei der Behandlung von undokumentierten MigrantInnen im Krankenhaus

Marcus Wächter
Interkulturelle und ethische Kompetenz in der Pflege

Prof. Dr. Christoph Gutenbrunner, Maimona Id
IsiEmed – Programm zur Integration und zum sprachlichen und interkulturellen Einstieg in das Medizinstudium

Irena Angelovski
SprinT - Sprach- und Integrationstraining für Studienbeginner/innen aus dem Ausland

Katja Ngassa Djomo, Leyla Ercan
Lost in Culture - Was meinen wir, wenn wir über Kultur und kulturelle Identität sprechen?

PD Dr. Christian Krauth
Verbesserung des Zugangs von Migrantinnen und Migranten zu Präventionskonzepten

Dr. Sebastian Ziller MPH
Migrantinnen und Migranten in der zahnärztlichen Praxis

Karin Loos
Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen in Deutschland

Martina Gehres
Interkulturelle Kompetenz von Hebammen im Krankenhaus

Yüce Yilmaz-Aslan
Rehabilitative Versorgung von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund aus Patienten- und Personalperspektive

PD Dr. Iris Tatjana Calliess
Psychotherapeutische Versorgung von Migrantinnen und Migranten

Nino Polikashvili MD
Suchtzerzeugende Mittel bei weiblichen und männlichen Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Versorgungsproblematik bei Migrantinnen und Migranten

von Professor Dr. Wielant Machleidt

Als eine der anspruchsvollsten Aufgaben, die seit der Mitte des 20sten Jahrhunderts in Deutschland zu leisten sind, kann die gesellschaftliche Integration von Menschen mit Migrationshintergrund gelten. Kritische Stimmen polarisieren mit der Behauptung, die Integration sei gescheitert, befürwortende Stimmen verweisen auf die Erfolge bisheriger Bemühungen. Die anhaltenden Kontroversen um die Integration und die Wege dorthin können heute, ein halbes Jahrhundert nach dem ersten enormen Anwachsen der Zuwandererströme, mit einem vertieften Faktenwissen und dem Anspruch auf mehr Nachhaltigkeit geführt werden. Der kritische gesellschaftliche Diskurs hat alle Bereiche erreicht, nicht zuletzt die Medizin und ihre Versorgungsnetzwerke. Das verwundert nicht, denn Integration und Gesundheit stehen in einem interdependenten Verhältnis zueinander. Aber welche institutionellen und fachlichen Notwendigkeiten haben sich auf dem Gebiet der Medizin aus den erweiterten Wissenshorizonten ableiten und realisieren lassen und welche Konsequenzen sind daraus gezogen worden? Eine Gesellschaft wie die deutsche im Zentrum Europas bringt sich um ihre Zukunft, wenn sie eine den gewachsenen interkulturellen Realitäten und Zukunftserfordernissen nicht genügende kulturelle, soziale, wirtschaftliche und humanitäre Migrationspolitik entwirft und umsetzt.

Seit mehr als einem halben Jahrzehnt ist die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens offizielle Politik in Deutschland. Untersuchungen zeigen aber die Hochschwelligkeit der Zugänge zu den medizinischen Einrichtungen auf. Nur ein Teil der Hilfebedürftigen erreicht diese früh- bzw. rechtzeitig. Vielfältige Barrieren stehen Migrant/inn/en entgegen, wie z.B. nicht ausreichende Informationen oder auch zu wenig migrationsfreundliche Strukturen durch fehlenden Einsatz muttersprachlichen Personals. Auch die europäische Initiative „Migrant friendly hospital“ hat in der alltäglichen Praxis wenig verändert, aber die wichtigsten Innovationserfordernisse aufgezeigt. Es hängt häufig mit einem anderen Körperverständnis zusammen, dass Menschen aus den unterschiedlichsten Kulturen ihre körperlichen Beschwerden in für Mitteleuropäer befremdlicher Weise schildern. Daraus entstehen Missverständnisse und die Gefahr von Fehldiagnosen. Auch wird die Frage in den unterschiedlichen medizinischen Disziplinen diskutiert, ob Migrant/inn/en häufiger an bestimmten Krankheiten leiden als Einheimische. Von besonderem Interesse ist dabei die Analyse der Ursachen und der Präventionsmöglichkeiten. Ohne eine genauere Kenntnis der Migrationsbedingungen und Migrationsprozesse und ihrer Belastungen sind diese Fragen aber nicht schlüssig zu beantworten. Dabei spielen nicht zuletzt die kulturellen Geschlechterverhältnisse und die kulturtypischen sozialen Rollen bei Migrant/inn/en aus kollektivistischen Gesellschaften eine nicht zu unterschätzende Rolle für eine interkulturelle geschlechtssensible Medizin. Über die speziellen für die medizinischen Disziplinen jeweils migrationspezifischen Zugänge zu den verschiedenen Migrantengruppen und ihren Problemlagen hinaus, gibt es ein generelles gesellschaftliches Problem. Dieses ist das Vermögen einer Gesellschaft, die inhärenten Vorurteile und Stereotype sowie die offenen und latenten Rassismen, die der Integration von „Fremden“ ubiquitär entgegenstehen, wirksam zu neutralisieren und ein Gegenbild, ein positives Menschenbild für eine interkulturell organisierte moderne Gesellschaft zu entwickeln.

Ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Statistik und Probleme der statistischen Erfassung

von Anja Afentakis

Der Mikrozensus (MZ) des Bundes und der Länder ist die amtliche Repräsentativstatistik über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt in Deutschland. Neben einer Vielzahl demografischer Merkmale erhebt der MZ auch, ob Personen im Ausland geboren wurden und im Laufe ihres Lebens nach Deutschland migriert sind. Im Vortrag werden im Ausland geborene Ärztinnen und Ärzte nach demografischen Merkmalen analysiert und mit der Gruppe der in Deutschland geborenen Ärztinnen und Ärzte verglichen. Hierbei wird auch nach Geschlecht differenziert. Die Arbeitskräfteerhebung der Europäischen Union (AKE) ist in den MZ integriert. Sie wird in allen Europäischen Mitgliedsstaaten sowie in einzelnen EFTA-Staaten (Schweiz, Norwegen und Island) erhoben. Aus der AKE stehen Angaben zum Beruf (hier sind Ärztinnen und Ärzte mit Zahnärztinnen und Zahnärzten zusammengefasst) und dem Geburtsland der Befragten zur Verfügung. Daher kann auf Basis der AKE die Zahl der in Deutschland geborenen Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte geschätzt werden, die in EU-Mitgliedsstaaten und einzelne EFTA-Staaten abgewandert sind.

Im Jahr 2010 waren nach Angaben des MZ rund 370.000 in Deutschland lebende Ärztinnen und Ärzte erwerbstätig. Hiervon waren rund 57.000 oder 15,4 Prozent im Ausland geboren (Ärzte 15,7 Prozent, Ärztinnen 15,0 Prozent). Bei Pflegekräften und den Erwerbstätigen in der Gesamtwirtschaft waren die Anteile der im Ausland geborenen mit 15,5 Prozent und 14,7 Prozent ähnlich hoch. Ein Vergleich der in Deutschland und im Ausland geborenen Ärztinnen und Ärzte zeigt, dass im Jahr 2010 der Anteil der Selbständigen bei den im Ausland geborenen mit 26,3 Prozent niedriger war als bei den in Deutschland geborenen (39,6 Prozent). Zudem hatten im Ausland geborene angestellte Ärztinnen und Ärzte häufiger einen befristeten Arbeitsvertrag (40,2 Prozent) als in Deutschland geborene (31,3 Prozent). In beiden Fällen sind die Unterschiede unter anderem auf das niedrigere Durchschnittsalter der im Ausland geborenen Ärztinnen und Ärzte zurückzuführen. Auch im monatlichen Nettoeinkommen unterscheiden sich im Ausland geborene Ärztinnen und Ärzte von den in Deutschland geborenen. Es wird untersucht, welchen Einfluss die Merkmale „Geschlecht“, „selbständig / nicht selbständig“ und die Wochenarbeitszeit auf das monatliche Nettoeinkommen haben.

Für das Jahr 2010 weist die AKE rund 29.000 in Deutschland geborene Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte aus, die im Laufe ihres Lebens in EU-Mitgliedsstaaten (EU27) und einzelne EFTA-Staaten (Schweiz, Norwegen und Island) migriert sind. Hierbei lag der Frauenanteil bei 47,0 Prozent. Als Zielländer dominierten mit insgesamt 47,1 Prozent deutlich die Schweiz und Großbritannien.

Die statistische Erfassung bzw. Analyse der im Ausland geborenen und nach Deutschland migrierten Ärztinnen und Ärzte durch den MZ lässt wichtige Fragen offen. Beispielsweise wird nicht erhoben, ob das Medizinstudium und der Studienabschluss in Deutschland oder im Ausland absolviert bzw. erworben wurden. Tiefere Analysen der im Ausland geborenen Ärztinnen und Ärzte sind auf Basis des MZ allein durch die geringe Stichprobenfallzahl begrenzt.

Ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Statistik und Probleme der statistischen Erfassung

von Dr. Thomas Kopetsch

Auf der Basis von statistischen Meldungen der Landesärztekammern an die Bundesärztekammer wird die Wanderung von Ärzten von und nach Deutschland beleuchtet. Dabei kann keine Differenzierung nach dem Geschlecht erfolgen, da das Datum „Geschlecht“ nicht erfasst wird.

Im ersten Teil wird die Einwanderung von ausländischen Ärzten nach Deutschland dargestellt. Dabei erkennt man, dass insbesondere die Zahl der ausländischen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland seit 2001 erheblich zugenommen hat. Deutlich wird dies vor allen Dingen funktional im Krankenhausbereich und regional insbesondere in den neuen Bundesländern. Die zugewanderten Ärzte kommen in erster Linie aus Österreich, Griechenland sowie Osteuropa.

Im zweiten Teil wird die Abwanderung von in Deutschland tätigen Ärzten ins Ausland thematisiert. Dabei wird deutlich, dass Deutschland jedes Jahr mehr Ärzte ans Ausland verliert, als es durch Zuwanderung gewinnt. Die Abwanderung von Ärzten aus Deutschland erfolgt überwiegend in die Schweiz, Österreich sowie die USA und Großbritannien.

Rechtliche Anforderungen an Ärzte und Ärztinnen mit ausländischen Qualifikationen

von Dr. Bettina Englmann

Trotz des zunehmenden Ärztemangels in verschiedenen Regionen Deutschlands bestehen weiterhin Barrieren für Ärzte/Ärztinnen mit ausländischen Hochschulabschlüssen, die nach der Migration ihren Beruf weiter ausüben wollen. Recht und Verwaltung stellen spezifische Anforderungen an EU-Bürger/innen, Drittstaatsangehörige und Spätaussiedler/innen, die eine Approbation oder eine beschränkte Berufserlaubnis beantragen. Eine zusätzliche Facharztanerkennung hängt nicht nur von bundesrechtlichen, sondern auch von landesrechtlichen Vorgaben ab. Zusätzlich ist EU-Recht zu berücksichtigen.

Veränderungen der Bundesärzteordnung waren in den vergangenen Jahren von der Anpassung an die EU-Anerkennungsrichtlinie 2005/36/EG geprägt. Das Recht auf Anerkennung für Bürger/innen der europäischen Union sieht im Bereich der akademischen Heilberufe die Einhaltung von Mindeststandards in den Arzt- und Facharztausbildungen vor. In diesen Fällen greift das Prinzip der automatischen Anerkennung. Für die neu beigetretenen osteuropäischen Staaten wurden Sonderregelungen geschaffen, die erworbene Rechte von Ärzten/Ärztinnen mit älteren Ausbildungen sichern, indem ihre Berufspraxis als Ausgleich gewertet wird. Drittstaatsangehörige wurden nur in begrenztem Umfang von den Bestimmungen der RL 2005/36/EG erfasst. Für sie ist eine Anwendung der RL vorgesehen, wenn sie als Familienangehörige von EU-Bürger/inne/n oder als anerkannte Flüchtlinge oder als langfristig Aufenthaltsberechtigte eingestuft werden. Eine weitere anzuerkennende Gruppe bilden Ärzte/Ärztinnen, die in einem EU-Mitgliedstaat auf der Grundlage nationaler Rechte eine Anerkennung ihrer Drittstaatsausbildung erzielten und zusätzlich drei Jahre Berufserfahrung in der EU nachweisen können.

Die Umsetzung der RL in der Bundesärzteordnung 2007 blieb unvollständig, was zu Problemen in der Verwaltungspraxis der Bundesländer führte. Insbesondere monierte die EU-Kommission, dass die Anerkennung von Arztausbildungen zum Teil nur in Form einer eingeschränkten Berufserlaubnis erfolgte, jedoch nicht die Approbation umfasste, die für Ärzte/Ärztinnen mit deutschen Ausbildungen den Standard der Berufspraxis bildet. Um ein Vertragsverletzungsverfahren zu vermeiden, wurde die Bundesärzteordnung 2010 erneut geändert. Allerdings wurden dabei auch Erleichterungen für Antragsteller/innen im Verfahren zurückgenommen, die für deutsche Staatsangehörige mit Drittlandsdiplomen eingeführt worden waren. Dies betraf neu Eingebürgerte und Spätaussiedler/innen, die bis dahin das Recht hatten, eine eingeschränkte Prüfung zu absolvieren, um die Approbation zu erhalten. Anstatt eine Überprüfung der vorliegenden Ausbildungsunterschiede vorzunehmen, wurde nun verfügt, dass grundsätzlich eine Kenntnisstandprüfung zu absolvieren sei, die den vollen Umfang der akademischen Abschlussprüfung umfasst. Da es an Vorbereitungskursen, berufsbezogenen Deutschkursen für Ärzte/Ärztinnen und Praktikaplätzen im Gesundheitssystem fehlt, wurden damit hohe Hürden für zugewanderte Ärzte/Ärztinnen aufgebaut.

Während politische Akteure öffentlich auf eine Anwerbung ausländischer Ärzte/Ärztinnen setzen, um die freien Landarztpraxen und offene Stellen in Krankenhäusern zu besetzen, fehlt es weiterhin an praktischen Maßnahmen, die bereits in Deutschland lebende Ärzte/Ärztinnen erfolgreich in das deutsche Gesundheitssystem integrieren. Auch andere europäische Staaten und klassische Zuwanderungsländer wie Kanada und Australien leiden aufgrund der demografischen Entwicklung an zunehmendem Ärztemangel. Deutschland wird sich dem internationalen Wettbewerb nur dann erfolgreich stellen können, wenn effektive Integrationsangebote für den Anerkennungsprozess entwickelt werden.

Vor diesem Hintergrund ist das neue „Anerkennungsgesetz“, das derzeit im Bundestag beraten wird, von großem Interesse. Es wird nicht nur daran gemessen werden, ob es gelingt, die komplexen Strukturen der Anerkennung für Ärzte/Ärztinnen in Recht und Verwaltung zu vereinfachen und zu vereinheitlichen. Zu berücksichtigen sind auch die praxisrelevanten Aspekte, die für zugewanderte Ärzte/Ärztinnen in ihrer individuellen Situation eine große Rolle spielen: Anerkennungsberatung, Anpassungsangebote, Vorbereitungskurse für Prüfungen, Finanzierungsmöglichkeiten.

Sprachbarrieren überwinden: Standards und Praxis des Dolmetschens in der Gesundheitsversorgung

von Ramazan Salman

Missverständnisse erfolgen aus sprachlichen und kulturellen Gründen und erschweren Sozialanamnese, Diagnose und Therapie. Sie können zu Unsicherheiten und Vertrauensvorbehalten führen und nicht selten zur unüberbrückbaren Hürde in therapeutischen Prozessen werden. Ohne Sprache sind unterschiedliche beiderseitige Erwartungen, Zielvorstellungen, Vorurteilsstrukturen und Informationsdefizite schlichtweg nicht zu besprechen. Für Migrant/inn/en kann dies zu einer eingeschränkten Inanspruchnahme präventiver, kurativer und rehabilitativer Angebote führen. Hier können versierte Dolmetscher/innen zur Abhilfe beitragen. Sie beachten kompetent kulturelle Aspekte und teilen diese in einer für beide Seiten akzeptablen Weise mit. Dazu ist es erforderlich, das Dolmetschen und Interpretieren deutlich voneinander zu trennen.

Als bundesweites Referenzzentrum für Sprachdienste im Bereich Migration und Gesundheit gilt das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover e.V. (EMZ). Es wurde im Jahr 1989 in Hannover gegründet und wird durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration sowie durch die Stadt Hannover institutionell gefördert. Ziele der Arbeit sind es, Migrantinnen und Migranten einen gleichberechtigten Zugang zu den Angeboten des deutschen Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens zu ermöglichen und Fachkräfte im Sozial- und Gesundheitswesen für den Umgang mit Menschen unterschiedlicher Herkunftskulturen zu fördern.

Einen der wichtigsten Schwerpunkte der Arbeit des Zentrums bildet seit 1991 sein gemeinnütziger Gemeindedolmetscherdienst für das Sozial- und Gesundheitswesen. Dieser vermittelt in einem Radius von ca. 120 km sog. Gemeindedolmetscher/innen, die durch spezialisierte Schulungsprogramme des Zentrums ausgebildet werden. Zum Angebot gehören das Vorortdolmetschen (face to face) und ein schriftlicher Übersetzungsservice.

Aktuell verfügt der Gemeindedolmetscherdienst des EMZ über einen Pool von rund 180 speziell geschulten, zumeist muttersprachlichen Dolmetscher/innen, die ein Spektrum von über 50 Sprachen und Dialekten abdecken. In den vergangenen 2,5 Jahren gab es mehr als 2500 Einsätze. Viele davon auch in der Medizinischen Hochschule Hannover.

Der Gemeindedolmetscherdienst nach dem Modell des EMZ wurde von Partnern des Zentrums auch in München, Hamburg, Bielefeld, Marburg, Steinhagen und Berlin eingerichtet, so dass sich die hannoverschen Standards bundesweit verbreitet haben.

Die Gemeindedolmetscher/innen arbeiten nach einheitlichen methodischen, finanziellen und ethischen Standards. Sie können über das wortgenaue Übersetzen hinaus kulturelle Hintergründe der Klient/inn/en vermitteln und auch bei den deutschen Einrichtungen (Auftraggebern) zu Reflexion anregen, damit die fachlichen Aufgaben, die Vorgehensweisen von Einrichtungen und die kulturellen Sichtweisen aller Beteiligten besser in Einklang gebracht werden können.

Um das Dolmetschen auf einen fachlich hohen Standard zu bringen, ist es erforderlich, sprachkompetenten Personen ein Methodenrepertoire zu vermitteln, welches inhaltlich, formal und stilistisch Missverständnisse minimiert – auch dann, wenn emotional belastende Themen wie Tod, Trauer oder Sexualität zur Sprache kommen. Deshalb werden Gemeindedolmetscher/innen durch das EMZ zu Verhalten und Gesprächsführung in der Übersetzungssituation, Terminologie des Sozial- und Gesundheitswesens und zu Rechtsfragen des Dolmetscheralltags geschult, um objektiv, sachlich und korrekt zu übersetzen.

Die Dolmetscher/innen lernen eher „unsichtbar“ zu sein bzw. in der Rolle des „Sprachrohrs“ zu arbeiten und nicht als Wegweiser/in oder Lotse bzw. Lotsin zu wirken. In Zusammenarbeit mit den Psychiatrien und Gesundheitsdiensten der jeweiligen Regionen werden sie auf ihre gewünschte und unerwünschte co-therapeutische Funktion hingewiesen. Sie lernen, sich abzugrenzen, und trainieren, neutral/unparteiisch zu agieren. So helfen sie Patient/inn/en und Therapeut/inn/en, Zugang zueinander zu finden bzw. Brücken zwischen ihnen zu bauen.

Das ist auch notwendig, denn ohne Gesundheit gibt es keine Integration. Gesunde Menschen – auch in seelischer Hinsicht – sind die Basis der Integration. Deshalb wurden in fast allen Bundesländern gesundheitliche Ziele in die Integrationskonzepte aufgenommen. Und schließlich haben viele Institutionen im Gesundheitsbereich verstanden, dass es auch um ihre „Kunden“ geht, für die sie Lösungen finden müssen. Die Frage der Finanzierung von Dolmetscherdienstleistungen sollte deshalb stärker unter der Prämisse „Kundenfreundlichkeit“ betrachtet werden und weniger unter der politischen oder ideologischen.

In Zukunft wird es nötig sein, die bisherigen maßgebenden Erfahrungen mit Gemeindedolmetscher/innen in Hannover auszuwerten und das entstandene konzeptionelle und methodische Inventar weiterzuentwickeln und zu vereinheitlichen. Wir benötigen flächendeckende Konzeptionen und Standards des Gemeindedolmetschens, entsprechende Ausbildungs- und Prüfungsrichtlinien, Honorarordnungen und Qualitätsstandards der sprachlichen Verständigung im Sozial- und Gesundheitswesen.

Literaturhinweise

Salman, R. (2010) *Vermittler zwischen Sprachen und Kulturen. Methoden des Gemeindedolmetschens und des Überbrückens von Kommunikationshindernissen*. In: Hegemann, T., Salman, R. (Hg.) Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag: Bonn.

Salman, R. (2007) *Gemeindedolmetscher in Psychiatrie und Psychotherapie - Konzepte, Handlungsempfehlungen und Leitlinien*. In: Machleidt, W., Salman, R., Calliess, I.T. (Hg.) Sonnenberger Leitlinien: Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa. VWB-Verlag: Berlin.

Salman, R. (2007) *Gemeindedolmetscherdienste als Beitrag zur Integration von Migranten in das regionale Sozial- und Gesundheitswesen – das Modell des Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover*. In: Bundesbeauftragte für Migration (Hg.) Gesundheit und Integration: Berlin.

Probleme der Versorgung: Kommunikations- und Sprachdefizite bei Ärztinnen und Ärzten

von Dr. Albina Zeef

Obwohl Menschen mit Migrationshintergrund laut Statistik einen Anteil von ca. 19 Prozent der Bevölkerung in der BRD stellen, wurden Migration und Migrant/inn/en mit großer Verzögerung Gegenstand der wissenschaftlichen Forschung in Deutschland. Berücksichtigt man diese Tatsache, so wundert es nicht, dass einzelne Themen, die das komplexe Phänomen „Migration“ umfasst, noch kaum bzw. nicht ausreichend untersucht worden sind.

Das Thema „Kommunikations- und Sprachdefizite in der Behandlung von Patient/inn/en mit Migrationshintergrund“ wurde lange Zeit primär aus der Perspektive der mangelnden Deutschkenntnisse bei Migrant/inn/en angesprochen. Die entsprechenden Defizite der Behandler/inn/en sind erst in den letzten Jahren in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt. Die Literaturrecherche zum Thema „Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten bezüglich der Kommunikations- und Sprachschwierigkeiten in der Behandlung von Migrant/inn/en“ macht deutlich, dass dieses Thema bis jetzt eher der Zukunft überlassen wurde. Die Frage, ob Kommunikationsstile von Frauen und Männern sich im Allgemeinen bzw. je nach Berufsgruppe unterscheiden, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Obwohl den Vorurteilen entsprechend in den meisten Studien zu diesem Thema nach Unterschieden gesucht wird, zeigen die Ergebnisse entweder kleine bzw. moderate Differenzen oder mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede. In der Medizin zeigen sich in einigen Studien geschlechtstypische Unterschiede bei der Wahl des Fachgebietes. So wählen z. B. angehende Ärztinnen Fachgebiete, in denen beziehungsorientierte Aspekte der ärztlichen Tätigkeit eine größere Rolle spielen, während angehende Ärzte eher handlungsorientierte Disziplinen bevorzugen. Auf der anderen Seite wird die Hypothese diskutiert, dass es eher einen Unterschied zwischen einem „weiblichen“ und einem „männlichen“ Gehirn gibt, als zwischen Frauen und Männern im Allgemeinen. Menschen mit einem „weiblichen“ Gehirn finden sich eher in sozialen Berufen. Menschen mit einem „männlichen“ Gehirn seien besser für technische Berufe geeignet.

Im Bereich des Gesundheitswesens beschäftigen sich sowohl die Forschung als auch die Praxis momentan eher mit der Optimierung der grundlegenden gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund und stellen unter anderem die Frage, wie man diese Population besser erreichen kann. Die Anzahl der Herkunftskulturen und Sprachen von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland macht deutlich, dass der Anspruch, diesem Kollektiv gesundheitliche Versorgung in seiner Muttersprache anbieten zu können, kaum erfüllt werden kann. Auf der anderen Seite wird vermehrt diskutiert, dass nicht die Sprachkenntnisse per se, sondern die Kenntnis des soziokulturellen und religiösen Hintergrunds für das Verständnis von Migrantinnen und Migranten entscheidend ist. Außerdem wird die Rolle der Aufklärungsarbeit bei den in Deutschland lebenden Frauen und Männern aus anderen Kulturen betont. Dazu gehören unter anderem Themen wie das präventive Gesundheitsverhalten bzw. Einstellungen und Erwartungen gegenüber der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in Deutschland.

Bei den „einheimischen“ Behandlern wiederum wird öfter ein Mangel an interkultureller Kompetenz, Offenheit, Geduld und Neugierde festgestellt. Eine der Ursachen für diese unbefriedigende Situation ist ein großes Defizit an Weiterbildungen auf dem Gebiet der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.

Aus den Forschungsergebnissen und Beobachtungen in der Praxis werden Maßnahmen vorgestellt, die für das gegenseitige Verstehen zwischen „einheimischen“ Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund im Behandlungsprozess hilfreich sein können.

Anspruch auf Notfallversorgung? – Rechtliche Grundlagen und praktische Probleme bei der Behandlung von undokumentierten MigrantInnen im Krankenhaus

von Susann Huschke

Migrant/inn/en ohne Aufenthaltsstatus, das sind zum Beispiel Asylbewerber/innen, deren Antrag abgelehnt wurde und die anschließend in die Illegalität abgetaucht sind; Arbeitsmigrant/inn/en, die für ihre Tätigkeit in der Servicebranche oder in Privathaushalten kein Arbeitsvisum bekommen können und deshalb illegal hier leben und arbeiten; Familienmitglieder, die kein Familiennachzugsvisum bekommen haben und trotzdem bei ihren Verwandten leben wollen; oder auch Opfer von Menschenhandel, die illegal nach Deutschland eingeschleust wurden. Diese Migrant/inn/en kommen von überall aus der Welt, es sind Frauen, Männer und Kinder. Wie viele es sind, ist schwer einzuschätzen, mindestens jedoch mehrere Hunderttausend (Vogel and Gelbrich 2010).

Auch Migrant/inn/en ohne gültigen Aufenthaltsstatus haben einen *Rechtsanspruch* auf medizinische Versorgung. Basis dafür sind nicht nur Menschenrechtsabkommen, sondern auch das *Asylbewerberleistungsgesetz*. Dieses Gesetz schließt ausdrücklich auch undokumentierte Migrant/inn/en mit ein, die nie einen Asylantrag gestellt haben. Die ihnen zustehende Versorgung umfasst theoretisch alle akut behandlungsbedürftigen Erkrankungen, also auch chronische Erkrankungen wie etwa Diabetes, da diese bei Nicht-Behandlung akut werden; Schwangerschaftsvor- und -nachsorge; die von den gesetzlichen Krankenkassen empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen; sowie einfachen Zahnersatz. Die Kosten für diese Leistungen sollte bei Migrant/inn/en, die nicht über die nötigen finanziellen Mittel verfügen, das zuständige Sozialamt übernehmen.

Allerdings wird dieses Recht in vielen Bereichen durch den § 87 des Aufenthaltsgesetzes konterkariert. Dieser Paragraph schreibt vor, dass alle öffentlichen Stellen verpflichtet sind, Migrant/inn/en, die sich illegal in Deutschland aufhalten, an die Ausländerbehörde zu melden (was in den meisten Fällen eine Abschiebung nach sich zieht). Als öffentliche Stellen gelten beispielsweise die Verwaltungen von öffentlichen Krankenhäusern und die Sozialämter. Würden die Migrant/inn/en also einen Krankenschein für notwendige Behandlungen beim Sozialamt beantragen, würde der Schein zwar u. U. ausgegeben, gleichzeitig aber würde die Ausländerbehörde ihre Festnahme und in der Regel ihre Abschiebung veranlassen. Dies führt dazu, dass undokumentierte Migrant/inn/en ihren Anspruch auf medizinische Basisversorgung auf diesem Wege nicht in Anspruch nehmen.

Bei Notfallbehandlungen ist es wiederum nicht notwendig, den Krankenschein beim Sozialamt vorab zu beantragen. Das Krankenhaus hat theoretisch die Möglichkeit, die Behandlungskosten im Nachhinein beim Sozialamt zurückzufordern. Die Übermittlungspflichten der Krankenhausverwaltung führten jedoch in der Vergangenheit dazu, dass undokumentierte Migrant/inn/en häufig nicht bereit waren, die für diesen Antrag auf Kostenerstattung notwendigen Angaben zu machen.

Mit der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz von September 2009 wurde diese Meldepflicht in Krankenhäusern grundsätzlich außer Kraft gesetzt. Die Schweigepflicht der medizinischen Personals wird auf die Verwaltungsmitarbeiter/innen und selbst auf die eventuell mit der Kostenabrechnung befassten Sozialamtsangestellten ausgeweitet. Die Verwaltungsvorschrift stellt jedoch keine Gesetzesänderung dar. Die praktische Umsetzung ist von Bundesland zu Bundesland, von Kommune zu Kommune und zum Teil von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedlich. Mancherorts muss weiter davon ausgegangen werden, dass das Risiko besteht, dass undokumentierte Migrant/inn/en durch eine Behandlung im Krankenhaus bei der Ausländerbehörde bekannt werden und eine Festnahme noch im Krankenhaus erfolgt, da die beteiligten Angestellten und Behördenmitarbeiter/innen weiterhin die Daten an die Ausländerbehörde übermitteln.

Selbst wenn jedoch die Umsetzung der neuen Verwaltungsvorschrift von den Landesbehörden befürwortet wird, wie es etwa in Berlin der Fall ist, scheitert die Kostenübernahme von Notfallbehandlungen in der Praxis an bürokratischen Hürden: Die Formulare, die die Krankenhausangestellten zusammen mit den Patient/inn/en ausfüllen müssen, sind derart umfangreich, dass Migrant/inn/en ohne Aufenthaltsstatus in den meisten Fällen aus einer tiefsitzenden Angst vor Entdeckung und Abschiebung nicht bereit sind, die notwendigen Angaben zu machen. Für das Krankenhaus bedeutet dies, dass der Antrag abgelehnt wird und die Kosten der Behandlung

nicht gedeckt sind. Dies wiederum trägt dazu bei, dass undokumentierte Migrant/inn/en auch in Rettungsstellen nach wie vor unter Umständen „abgewimmelt“ oder nur mangelhaft versorgt und schneller wieder entlassen werden.

Insgesamt hängt die Versorgung von undokumentierten Migrant/inn/en in Krankenhäusern somit von weit mehr als nur der medizinischen Dringlichkeit ihrer Beschwerden ab: von den Kenntnissen der beteiligten Krankenhausangestellten, von der Umsetzung der Verwaltungsvorschrift in der jeweiligen Stadt, von der „Philosophie“ des jeweiligen Krankenhauses, vom Verhalten der Patient/inn/en und von der Auslastung der Rettungsstelle. Der Gang in die Notaufnahme wird damit aus Sicht der Patient/inn/en zu einem Russisch Roulette. Für die Krankenhäuser bleibt die Versorgung undokumentierter Migrant/inn/en in den meisten Fällen eine humanitäre Aktion, die unentgeltlich geleistet – oder abgelehnt wird.

Interkulturelle und ethische Kompetenz in der Pflege

von Marcus Wächter

In Krankenhäusern und zunehmend auch in ambulanten Pflegeeinrichtungen gehören Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund zum Alltag. In stationären Pflegeeinrichtungen hingegen, sind sie eher unterrepräsentiert. Aussagekräftige Zahlen liegen dazu aber nicht vor, da nur in wenigen Einrichtungen die Herkunft bzw. Nationalität der Patientinnen und Patienten erfasst wird.

Die Berufsgruppe, die in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen am meisten Zeit mit den Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern verbringt, ist die Pflege. Pflege-theorien und -standards geben dem oft schwer zu definierenden Inhalt der Arbeit einen professionellen Rahmen. Die Prozesshaftigkeit dieser Konzepte unterstreicht, dass sich pflegerische Betreuung nicht vereinheitlichen lässt. Jeder Pflegebedürftige hat individuelle Bedürfnisse und Wünsche, die berücksichtigt werden wollen. Die Schwierigkeit liegt häufig darin, diese zu erkennen. Zudem ist pflegerisches Handeln in der Praxis immer ein Kompromiss zwischen den Ansprüchen des Pflegebedürftigen und den Möglichkeiten, die durch die Einrichtung vorgegeben werden.

Bei der pflegerischen Betreuung von Migrantinnen und Migranten kommt der Fähigkeit der Pflegekraft, auf die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten einzugehen, und den strukturellen Gegebenheiten der Einrichtung eine besondere Bedeutung zu. Grundlegende Unterschiede zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigen in Bezug auf Wert- und Normvorstellungen, Kulturpraktiken oder Lebensumstände müssen von der Pflegekraft erkannt und angenommen werden. Hierfür ist es entscheidend, dass die Pflegekraft ihren eigenen kulturellen Hintergrund reflektieren kann. Auch auf den Kontakt mit den eigenen Vorurteilen, sollte eine Pflegekraft vorbereitet sein und sie reflektieren können. Das alleinige Wissen über die Herkunftskultur des Pflegebedürftigen hilft zur Einordnung des Gegenübers nur bedingt weiter. Sind die Bedürfnisse erkannt, muss eine adäquate pflegerische Antwort gefunden werden, die innerhalb der Strukturen der Einrichtung angewendet werden kann. Der Pflegekraft fällt die Aufgabe zu, zwischen den Vorgaben der Einrichtung, die sie selbst vertritt, und den Ansprüchen der Patientinnen und Patienten zu vermitteln, um einen für beide Seiten akzeptablen Kompromiss auszuhandeln.

Die oben genannten Fähigkeiten werden in der Gesamtheit als interkulturelle Kompetenz bezeichnet und sind für alle sozialen Berufe gleichermaßen von Bedeutung. Pflegespezifische interkulturelle Kompetenz bedeutet die Ergänzung der genannten allgemeinen Kompetenzen durch Fachwissen über unterschiedliche Symptomwahrnehmung, Speisevorschriften, Schamgefühl sowie andere bestimmte Praktiken und Vorstellungen, die das tägliche Leben bestimmen.

Um die interkulturelle Kompetenz u. a. von Pflegenden zu verbessern, führt die LVG & AFS seit 2009 interkulturelle Schulungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen durch. Hierzu wurde durch die LVG & AFS ein aus drei Basismodulen bestehendes Schulungskonzept entwickelt und Klinikum Oldenburg sowie im Diakoniekrankenhaus Friederikenstift in Hannover getestet. Interkulturelle Sensibilität ist die Basis der Entwicklung von Interkultureller Kompetenz und wird daher im ersten Modul der Schulung behandelt. Ziel ist es, die eigenen und fremden kulturellen Prägungen und Wahrnehmungen zu erkennen und zu reflektieren. Das zweite Basismodul vermittelt Wissen über andere Kulturen und Migration im allgemeinen. Ziel ist es den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Lebenssituation, Bedarfslagen und Biographien von Menschen mit Migrationshintergrund näher zu bringen. Hierzu wurden lokale Migrantenorganisationen eingeladen, sich im Rahmen eines offenen Forums vorzustellen und mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Schulungen ins Gespräch zu kommen. Durch den persönlichen Kontakt werden Vorurteile abgebaut und es eröffnen sich Vernetzungsmöglichkeiten zwischen dem Krankenhaus und den Migrantenverbänden. Im dritten Basismodul werden anhand von Fallbeispielen Handlungsmöglichkeiten erarbeitet. Die Fachkräfte üben hierbei, sich von ihren eigenen kulturellen Prägungen zu lösen und den Fall aus einer anderen Perspektive zu betrachten.

Interkulturelle Kompetenz lässt sich nicht durch die einmalige Teilnahme an einer Fortbildungsreihe erlernen. Für eine dauerhafte Sicherung und Umsetzung muss ein Transfer von der Kompetenz (d.h. der potenziellen Fähigkeit eines Mitarbeiters/einer Mitarbeiterin) in die Performance (d.h. in die berufliche Praxis und die tatsächlich erbrachte Leistung) der Mitarbeiter/innen und der Organisation erfolgen. Dies ist nur möglich im Rahmen von Personal- und Qualitätsentwicklung und beinhaltet Lern-, Coaching- und Supervisionsprozesse. Hierzu müssen weitere Qualifizierungsmaßnahmen und eine kontinuierliche Begleitung der geschulten Mitarbeiter/innen erfolgen. In logischer Folge dieser Entwicklung kann die interkulturelle Kompetenz hin zur Diversity-Kompetenz weiterentwickelt werden. Das heißt, zur Kompetenz, Unterschiede und Vielfalt wahrzunehmen, wertzuschätzen und – wo notwendig herzustellen und erfolgreich zu managen.

IsiE^{med} – Programm zur Integration und zum sprachlichen und interkulturellen Einstieg in das Medizinstudium

von Professor Dr. Christoph Gutenbrunner und Maimona Id

Die Medizinische Hochschule Hannover begrüßt den wachsenden Anteil an Studierenden mit fremdsprachigem Hintergrund auf dem Campus. Ihre Integration ist der MHH ein besonderes Anliegen und stellt eine wesentliche Voraussetzung für den Studienerfolg dar. Die exzellente Ausbildung von internationalen Studierenden dient nicht nur dem medizinischen Wissenstransfer in ihre Heimatländer, eine gelungene Integration bietet außerdem die Chance, gut ausgebildete Ärztinnen und Ärzte für den Standort Deutschland zu gewinnen sowie wissenschaftlichen Nachwuchs zu rekrutieren. Denn deutsche Hochschulen stehen heute immer mehr in einem „Wettbewerb um die besten Köpfe“. Für die medizinische Versorgung in Deutschland gewinnt dies bei steigender Internationalisierung und Migration in der Gesellschaft zunehmend an Bedeutung.

Das vom Deutschen Akademischen Austauschdienst geförderte Programm IsiE^{med} (Integration, sprachlicher und interkultureller Einstieg in das Medizinstudium) unterstützt Studienanfängerinnen und -anfänger mit fremdsprachigem Hintergrund im Modellstudiengang Medizin, HannibaL. Das 2008 ins Leben gerufene Projekt berücksichtigt in besonderer Weise die Bedeutung der interkulturellen Kompetenzen im heutigen Arztberuf unter dem Aspekt einer modernen, multikulturell zusammengesetzten Gesellschaft.

Der MHH-Modellstudiengang Medizin bietet gleich zu Beginn des Studiums einen patientenorientierten und praxisnahen Unterricht an und baut auf der Kommunikation mit Kranken auf. Der kulturelle Hintergrund ist für die Krankheitsentwicklung und -interpretation sowie für die Therapieverordnung und Rehabilitation von großer Bedeutung. Darum spielen die sprachliche Kompetenz und das Verständnis für die Kultur des Studienlandes im Vergleich zu rein wissenschaftlichen Studiengängen eine größere Rolle. Die Kenntnisse der deutschen medizinischen Fachsprache und der patientenspezifischen Laienbezeichnungen für Körperregionen, Symptome und Krankheiten sind Voraussetzung für das Studium der Medizin und stellen eine große Herausforderung für Studierende mit fremdsprachigem Hintergrund dar. Durch eine effektive Unterstützung im ersten Studienjahr zielt das Programm IsiE^{med} darauf ab, den Studienerfolg der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu sichern. Darüber hinaus hat es sich zur Aufgabe gemacht, weitere Zielgruppen der Hochschule in Krankenversorgung und Forschung nachhaltig für die Thematik zu sensibilisieren und in das Programm einzubinden. Schließlich fördert die internationale Zusammensetzung der Studierendenschaft eine kulturübergreifende Kommunikation auf dem gesamten Hochschulcampus.

Das Programm beinhaltet:

- SprinT (Sprach- und Integrationstraining): interkulturelles Training für Studienanfänger mit fremdsprachigem Hintergrund.
- IsiE^{help}: fachliches, auf den Modellstudiengang Medizin bezogenes Tutorium, das als viertägiger Workshop vor Studienbeginn und während des Semesters wöchentlich stattfindet.
- IsiE^{word}: Training der Patienten- und Fachsprache im Modellstudiengang Medizin
- Ein ehrenamtliches Lotsenprogramm mit studentischen Patenschaften.
- Ein Training interkultureller Kompetenzen für studentische Lotsen, Fachtutoren, Dozenten und Beschäftigte im Lehrbetrieb.

Die Erfahrungen mit der Entwicklung des Programms IsiE^{med} zeigen, dass das Konzept die Bedürfnisse der aus dem Ausland kommenden Studierenden trifft und von diesen als hilfreich empfunden wird. Insbesondere die auf das Medizinstudium bezogene sprachliche Unterstützung und die Möglichkeit, in den Tutorials die fachlichen Schwierigkeiten sowie Lernprobleme zu bewältigen. Auch die Schwierigkeiten mit Multiple-Choice und mündlichen Prüfungen sei nach Aussage der Teilnehmerinnen und Teilnehmer geringer geworden. Als hilfreich werden auch das interkulturelle Training und die Lotsenprogramme bewertet, wengleich diese in der Priorisierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer etwas zurückstehen.

Das Programm zur Integration und zum sprachlichen und interkulturellen Einstieg in das Medizinstudium IsiE^{med} hat sich insgesamt bewährt und wird kontinuierlich weiterentwickelt. Die Initiatorinnen und Initiatoren hoffen, dass das Projekt nach dem Ende der externen Förderung durch die MHH weiter finanziert werden kann.

SprinT – Sprach- und Integrationstraining für Studienbeginner/innen aus dem Ausland

von Irena Angelovski

Einhergehend mit den weltpolitischen Entwicklungen der letzten Jahre ist eine Zunahme der Studierenden aus dem Ausland in Deutschland unverkennbar. Im Bereich der Medizin kommt dem eine besondere Bedeutung zu, da der Anreiz für Absolvent/inn/en aus dem Ausland, in Deutschland zu bleiben, wegen des akuten Ärztemangels groß ist.

In der aktuellen Integrationsdebatte erleben solche Trainings einen weiteren Schub in ihrer Bedeutung und sind nun sowohl aus politischen, wirtschaftlichen und sozialen Gründen nicht mehr aus der Hochschullandschaft wegzudenken.

Für die Studierenden mit Migrationshintergrund sollten die sprachlichen und kulturellen Aspekte des Studiums dementsprechend einen höheren Stellenwert als bisher einnehmen, um Problemen zu Beginn der Berufspraxis – die ja auch ohne Migrationshintergrund als starke Belastung erlebt werden – prophylaktisch zu begegnen. Parallel werden eventuelle Studienabbrüche und damit unnötige Kosten minimiert. Der zentrale Aspekt ist jedoch, dass Universitäten im Allgemeinen immer mehr darauf angewiesen sind, sich ein Profil zu geben, das sie von anderen abhebt, für Studierende interessant und damit im Wettbewerb konkurrenzfähiger macht.

Die Förderung der ausländischen Studierenden hat dabei über das Lotsenprojekt hinaus außerdem Wirkung auf die deutschen Studierenden, die quasi nebenbei soziale Kompetenzen erlernen, die für den späteren Arztberuf unumgänglich sind und in ihrer Bedeutung als Softskills in der Wirtschaft immer höher angesehen sind. Vor Beginn des WS 2010/2011 fanden zwei interkulturelle Schulungs- bzw. Vorbereitungs-Seminare an der Medizinischen Hochschule statt, die im Jahr 2009 als Pilotprojekt gestartet worden sind und nun in verbesserter Form wieder für ausländische Studierende, sowie deren Tutor/inn/en und Lots/inn/en angeboten wurden. Der Vortrag gibt nicht nur Einblicke in den Ablauf der Seminare, sondern reflektiert auch die Ergebnisse in Bezug auf das Projekt im kommenden Wintersemester.

Der Vortrag ist daher zweigeteilt: der erste Abschnitt befasst sich mit der Lots/inn/en- und Tutor/inn/en-Schulung, die inhaltlich eng an das SprinT-Programm geknüpft ist. Vor allem die Tutor/inn/en waren in das Training mit eingebunden und haben unter Aufsicht der Trainerin erste Unterrichtserfahrung sammeln können. Der zweite Teil ist dem viertägigen Training an sich gewidmet, wobei nicht nur eine Analyse der Evaluation vorliegt, sondern auch das didaktische Konzept theoretisch erläutert wird.

Am Seminar nahmen elf Studierende (7 Frauen / 4 Männer) aus sechs Nationen teil. Wegen der kleinen Gruppengröße war es gut möglich die einzelnen Teilnehmer/innen aufgrund ihrer Persönlichkeit unabhängig von Kultur und Geschlecht in Hinblick auf ihre Beteiligung am Seminargeschehen zu beobachten. Dennoch sind Tendenzen sichtbar geworden, die Rückschlüsse auf die Geschlechterrolle in den verschiedenen Kulturen zulassen.

Lost in Culture: Was meinen wir, wenn wir über Kultur und kulturelle Identität sprechen?

„Es ist nichts beständig als die Unbeständigkeit“
(Immanuel Kant in Reflexionen zur Anthropologie. Nr. 479)

„You're not hopeless“
(Bob Harris im Spielfilm ‚Lost in Translation‘)

von Katja Ngassa Djomo und Leyla Ercan

Es hat lange gedauert, doch seit einiger Zeit liegt der Faktor „Kultur“ als relevantes Kriterium bei der Begegnung von Anbietern und Angebotsnutzern im deutschen Gesundheitssystem im Trend. Durch die kulturelle Globalisierung, die Medialisierung sowie neue Migrationsbewegungen seit dem Ende der 1980er Jahre werden hier besondere dynamische Herausforderungen deutlich, die nach dynamischen Handlungsweisen rufen. Die Praktiker sehen sich mit einer immer größer und differenzierter werdenden ethnischen, kulturellen, sprachlichen, genderbezogenen und religiösen Vielfalt konfrontiert. Die Tatsache, dass das medizinische System Teil der jeweiligen Kultur eines Menschen ist, fordert ein „Verständnis“ für Patientinnen (und Patienten), das über das reine „Verstehen“ hinausgeht. Die Berücksichtigung der kulturellen Werte, Traditionen, Vorstellungen und Formen der Anpassung, in die ein medizinisches System eingebettet ist, sind von großer Wichtigkeit bei Vorsorge, Anamnese, Therapie und Nachsorge. Und da niemand, trotz größter Bemühung, eine differenzierte Kenntnis und Akzeptanz aller anderen, ihm fremden Lebens- und Handlungsweisen haben kann, ist die Basis einer jeden guten Behandlung das Wissen um die Vielgestaltigkeit von kulturellen Konstruktionen.

In unserem Vortrag möchten wir uns „Kultur“ und „Kultureller Identität“ von der ethnologischen und kulturtheoretischen Perspektive nähern, um neue, den gewandelten Realitäten angepasste Perspektiven darauf möglich zu machen. Durch einen ins Thema einführenden knappen Überblick über die wichtigsten Konzeptionen der vergangenen dreißig Jahre, skizzieren wir den Wandel, der sich sowohl in der Theorie (in den *postcolonial studies*, in der Postmoderne-Debatte und der Genderforschung) als auch im öffentlichen Diskurs (um Multi-/Inter-/Transkulturalismus) vollzogen hat. Von dem Verständnis, dass Kultur ein statischer Container voller spezifischer kultureller Eigenschaften ist (im Sinne von „*When in Rome, do as the Romans do!*“), müssen wir uns angesichts der gewandelten materiellen, sozialen und medialen Umwelt des Menschen im 21. Jahrhundert verabschieden. Zwei dieser neueren Konzeptionen, Hybridität und Heterogenität, möchten wir in unserem Vortrag genauer beleuchten. Das Konzept der Hybridität verweist dabei insbesondere auf die räumliche und zeitliche Vielschichtigkeit, Widersprüchlichkeit und Prozesshaftigkeit von kulturellen Identitäten. Das Konzept der Heterogenität zielt darauf ab, kulturelle Identitäten in ihrer lokalen und zeitlichen Individualität zu erfassen. Dieses neue Paradigma der Misch- und Mehrfachidentitäten und -kulturen schlägt sich auch in neuen Akzentsetzungen in der *gender*-Debatte nieder, z.B. in einer weiteren Ausdifferenzierung und Diversifizierung von kulturspezifischen Geschlechterrollen.

Ausgehend von dieser theoretischen Basis möchten wir überlegen, wie es den Anbietern im deutschen Gesundheitssystem gelingen kann, ihre Botschaften und Aktionen speziell und individualisiert an die Bedürfnisse und Besonderheiten von Menschen mit unterschiedlichen Kulturen anzupassen.

Verbesserung des Zugangsweges von Migrantinnen und Migranten zu Präventionsprogrammen

von PD Dr. Christian Krauth

Knapp 19,0 Prozent der Gesamtbevölkerung in Deutschland haben einen Migrationshintergrund. Es handelt sich um einen stetig wachsenden Bevölkerungsteil, der oftmals einen schlechteren Zugang zu Gesundheitsversorgung und Prävention hat als Personen ohne Migrationshintergrund. Für diese teilweise schwer zu erreichende Zielgruppe sind kulturspezifische Zugangswege notwendig, um vorhandene Informationsdefizite (z. B. bei dem Thema Suchterkrankungen) und Zugangsbarrieren (wie z. B. Sprachprobleme und unterschiedliche kulturelle Gesundheits- und Krankheitskonzepte) auszugleichen. In dem Vortrag werden Ergebnisse einer Studie *„Effektivität des Zugangsweges über muttersprachliche Präventionsberater zur Optimierung des Gesundheitsverhaltens von Migranten“* präsentiert, in der – am Beispiel von Informationsveranstaltungen zur Suchtprävention des Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover – Effektivität und Kosten von unterschiedlichen Zugangswegen zu russischsprachigen Migrantinnen und Migranten untersucht wurden.

Im Zeitraum November 2006 bis Juli 2007 wurden 33 russischsprachige Informationsveranstaltungen zu Suchtprävention angeboten. 6 Veranstaltungen wurden in öffentlichen Gebäuden durchgeführt und per Plakat/Flyer im Stadtgebiet Hannover angekündigt (passive Kommstruktur). 20 Veranstaltungen fanden in Communities (z. B. Kirchengemeinden oder russischen Vereinen) und Institutionen (z. B. Berufsschulklassen) der russischsprachigen Migrantinnen und Migranten statt und wurden über die Präventionsberater/innen bekannt gemacht (aktive Zugehstruktur). 7 Veranstaltungen kombinierten Eigenschaften von Komm- und Zugehstruktur und wurden als Mischstruktur charakterisiert. Die Effektivität der Zugangswege wurde über die Anzahl der Teilnehmer/innen sowie der erreichten Zielpersonen (Personen mit explizit präventiver Teilnahmemotivation wie z. B. Hilfe für suchtgefährdete Personen) definiert. Die Erhebung der Effekt- und Kostendaten erfolgte bei Programmteilnehmer/innen, Präventionsberater/innen sowie Programmkoordinator/innen.

Insgesamt nahmen 436 Personen an den Informationsveranstaltungen teil. Die Kommstruktur erwies sich als absolut ineffektiv, es wurden nur 0,2 Teilnehmer/innen je Veranstaltung erreicht. Die Kosten je Informationsveranstaltung waren bei Misch- und Zugehstruktur vergleichbar hoch (813 bzw. 792 EUR), jedoch erwies sich die Mischstruktur als effektiver und kosteneffektiver. Es wurden mehr Teilnehmende erreicht (18,9 gegenüber 15,2 Personen) und der Anteil der Zielpersonen war höher (21,0 Prozent versus 17,0 Prozent bei sekundärpräventiver Motivation).

Bei den meisten Programmen in der Literatur sind die Rekrutierungskosten je Teilnehmer/in über den passiven Zugang deutlich geringer als über den aktiven Zugang. Die vorliegende Studie reproduziert diese Ergebnisse nicht. Die Kommstruktur erwies sich als absolut ineffektiv. Eine mögliche Begründung ist, dass die Rekrutierung bei dem sensiblen Thema Suchtprävention ein funktionierendes Netzwerk zu migrantenspezifischen Communities erfordert.

Migrantinnen und Migranten in der Zahnarztpraxis

von Dr. Sebastian Ziller MPH

Hintergrund und Problemstellung

Rund 15 Millionen Migrantinnen und Migranten und ihre Kinder leben in Deutschland. Und obwohl viele dieser Menschen schon sehr lange, zum Teil in der zweiten und dritten Generation, hier leben, partizipieren sie in deutlich geringerem Umfang an der kontinuierlichen Verbesserung der Mundgesundheit im Vergleich zur deutschen Bevölkerung. Das bedeutet, verglichen mit Menschen ohne Migrationshintergrund profitieren also viele Migrantinnen und Migranten immer noch nicht in gleicher Weise von der Mundgesundheitsaufklärung und den zahnmedizinischen Präventions- und Versorgungsangeboten. Sie haben bspw. ein erhöhtes Kariesrisiko und ein schlechteres Mundhygieneverhalten. In Deutschland ist es mittlerweile Praxisalltag, dass niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte, Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser auf Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichem religiös-kulturellen und sprachlichen Hintergrund treffen. Arbeitsmigranten, Umsiedler, Aussiedler, Asylbewerber, Flüchtlinge, Illegale sowie Zuwanderer und ihre Nachkommen, zusammengefasst unter dem Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“, sind eine heterogene Gruppe. Kulturelle und sprachliche Unterschiede teilen diese Menschen aus über 150 Ländern in viele Subkulturen. Migrantinnen und Migranten in der zahnärztlichen Praxis stellen, v. a. in Ballungsgebieten, eine wichtige Patientengruppe dar und die Behandlung von ausländischen Mitbürgern und Patienten mit Migrationshintergrund stellt Zahnärzte und Praxispersonal vor eine Reihe von Herausforderungen.

Ursachen

Die Gründe für die Defizite in der Mundgesundheit und im Mundgesundheitsverhalten bei Menschen mit Migrationshintergrund sind nicht eindimensional. In der Literatur werden im Wesentlichen vier Ursachenkomplexe genannt.

Sozioökonomischer Status

Einen Grund für die Unterschiede in der Mundgesundheit sieht man in der sozialen Schichtung: Je niedriger der soziale Status, desto schlechter der Mundgesundheitszustand. Geringe Bildung, geringes Einkommen und ein niedriges Sozialprestige - viele Familien mit Migrationshintergrund sind davon betroffen. Es gibt jedoch keine eindeutigen Studienergebnisse zu der Frage, in welcher Gewichtung die Defizite in der Mundgesundheit bei Migrantinnen und Migranten auf den sozioökonomischen Status oder auf kulturellen Barrieren begründet sind. Es wäre falsch, die geringere Mundgesundheit bei Migrantinnen und Migranten nur auf den kulturellen Background zurückzuführen. Migrantinnen und Migranten sind in Deutschland überproportional in unteren sozialen Schichten vertreten und können daher auch mit den entsprechenden Deutschen mit niedrigem sozialem Status verglichen werden.

Kultureller Hintergrund

Man darf den kulturellen Hintergrund im Ursachenkomplex jedoch auch nicht vernachlässigen, weil man sonst den Zugang zu den Betroffenen nicht findet. Wie die Analyse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) zum Mundgesundheitsverhalten zeigt, sind die gesundheitlichen Risiken nämlich nicht nur in Abhängigkeit vom Sozialstatus, sondern eben auch in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund ungleich verteilt. Vor allem Kinder und Jugendliche aus der Türkei, der Sowjetunion und aus arabisch-islamischen Ländern tragen der KiGGS-Studie zufolge ein erhöhtes Risiko für Karies: Zum einen putzen sie ihre Zähne nicht häufig genug, gehen zu selten vorsorgeorientiert zum Zahnarzt und weisen eine geringe Fluoridierung sowie weniger Fissurenversiegelungen an den Backenzähnen auf. Zum anderen greifen diese Kinder und Jugendlichen häufiger zu Süßigkeiten und kariogenen Softgetränken als andere Heranwachsende. Bei der migrationsbedingten ungleichmäßigen Verteilung der Zahnkaries spricht man auch von einer Polarisierung des Erkrankungsrisikos.

Sprachbarrieren

Neben dem Sozialstatus und kulturellen Differenzen ist ein weiterer wesentlicher Problembereich für die schlechtere Mundgesundheit und die Defizite im Mundgesundheitsverhalten bei Menschen mit Migrationshintergrund die Sprachbarriere. So hält fast ein Fünftel aller Ärztinnen und Ärzte die Kommunikation mit Patienten türkischer Herkunft für unzureichend. Patienten mit türkischen Wurzeln beschreiben ihre Beschwerden eher zurückhaltend. Das führt häufig dazu, dass die Ärztin/der Arzt oder die Zahnärztin/der Zahnarzt nicht alle medizinisch relevanten Fakten kennt.

Informations- und Wissensdefizite

Sicherlich eng mit den sprachlichen Schwierigkeiten verknüpft ist der Umstand, dass Teilgruppen der Menschen mit Migrationshintergrund zu wenig Gesundheitsinformationen und -angebote nutzen. So weisen bspw. Literaturanalysen darauf hin, dass in Deutschland 5 bis 15 Prozent der Kinder im Alter von zwei bis drei Jahren von der Nuckelflaschenkaries (NFK) betroffen sind. Die NFK wird immer mehr zu einem Hauptproblem der Mundgesundheit bei Kindern aus einkommensarmen und aus Migrantenfamilien. Die Mütter aus diesen Familiengruppen weisen erhebliche Wissensdefizite auf. So erhalten Kinder sowohl tagsüber als auch zur Nacht übermäßig häufig kariogene Getränke per Nuckelflasche.

Lösungsansätze für die Praxis

Für eine Verbesserung der Mundgesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund sind aus Sicht des Autors nachfolgende Punkte von Bedeutung:

- Verbesserte Angebote der Gesundheitsaufklärung und -vorsorge für Migrantinnen und Migranten fördern gesundheitliche Chancengleichheit und Integration und dienen damit der gesamten Gesellschaft.
- Der Abbau von Bildungsungleichheiten ist wichtig für mehr gesundheitliche Chancengleichheit und Teilhabe. Zukünftige schulbezogene Präventionsangebote sollten deshalb verstärkt auf Haupt-, Real-, Gesamt- und Förderschulen ausgerichtet werden.
- Effektive Methoden der Primärprävention sind kommunale Gesundheitsförderungsprojekte sowie eine „aufsuchende Gesundheitsaufklärung“ (Hausbesuche bei sozial benachteiligten Familien).
- Eine früh im Kleinkindalter ansetzende orale Prävention und Gesundheitsförderung ist notwendig, wobei auch die jungen Mütter/Eltern mit in die Maßnahmen einbezogen werden müssen.
- Als erfolgreich hat sich „strukturierte“ Mundgesundheitsaufklärung zur Verbesserung des Mundgesundheitswissens der Eltern erwiesen.
- Programme für besonders kariesgefährdete Kinder im Rahmen der Gruppenprophylaxe nach § 21, Abs. 1, SGB V, durchführen.
- Zahnärzte und Kinderärzte sollten kurz gefasste Hinweise zur Mundgesundheit des Kindes geben und Faltblätter und Broschüren mit gesichertem wissenschaftlichen Inhalt weitergeben. Damit kann v. a. die informierte Inanspruchnahme von Leistungen der Individualprophylaxe nach § 22 SGB V (lokale Fluoridierung und Fissurenversiegelung) in den zahnärztlichen Praxen verbessert werden.

Im Rahmen des Dialogforums des BMG "Gesundheit und Pflege" des nationalen Aktionsplans Integration der Bundesregierung (2011) wurden folgende gruppen- und individualprophylaktische Zielprojektionen und Maßnahmen zur Verbesserung der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund vorgeschlagen:

Operative Ziele	Maßnahmen	Zeitraumen	Verantwortlich	Einzusetzende Instrumente	Indikatoren
1. Verbesserung der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen	Mehrsprachige, zielgruppenspezifische Aufklärungsangebote (evtl. unter Zuhilfenahme visueller/audiovisueller Medien) für Maßnahmen zur Verbesserung der Mundgesundheit	10 Jahre	Zahnärzte des ÖGD in Kooperation mit LAGn für Kinder und Jugendzahnpflege; Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ), Bundesarbeitsgemeinschaft für interkulturelle Zahnmedizin und Oralprophylaxe (BAIZO)	- Programme für besonders kariesgefährdete Kinder im Rahmen der Gruppenprophylaxe nach § 21, Abs 1, SGB V - Aufklärungsmaterial - verstärkt Schwangere und Mütter ansprechen aufsuchende Mundgesundheitsaufklärung im häuslichen Umfeld der Familien	- Zahnpflegeverhalten - Zahnschmerzen in den letzten drei Monaten - zahnärztliche Kontrolle innerhalb des letzten Jahres - dmft- im Rahmen der DAJ-Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe bzw. GBE des ÖGD der Länder Mittlere dmft-/DMF-T-Werte (individueller Kariesbefall) KiGGS (Mundgesundheitsverh.)
	Aufklärungsbroschüre in türkischer Sprache	fortlaufend	Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung e. V., Zahnklinik der Universität Gießen	"Gesunde Zähne ein Leben lang – Yasam boyu sagillikli disler"	Erhöhung der Kenntnisse über Zahnerkrankungen
2. Verbesserung der informierten Inanspruchnahme von Leistungen der Individualprophylaxe nach § 22 SGB V (lokale Fluoridierung, IP 4 und Fissurenversiegelung IP 5)	Aufklärung, Information und Motivation von Personen mit Migrationshintergrund und des zahnärztlichen Berufsstandes	bis 2015	Berufsvertretungen, wissenschaftliche Fachgesellschaften, Fachjournalisten Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.	- zahnärztliche Fachmedien; - Fort- und Weiterbildung, - Medien, die Menschen mit Migrationshintergrund ansprechen	- Anzahl der Publikationen in Fach- und Publikumsmedien - zahnärztliche Fortbildungsveranstaltungen KiGGS (Fluoridsupplementierung)

Quelle: Ergebnisse des Dialogforums des BMG "Gesundheit und Pflege" im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Integration der Bundesregierung (25. Juli 2011)

Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen

von Karin Loos

Während viele Schwierigkeiten im Zugang zur Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge, Migrantinnen und Migranten ähnlich sind (z.B. ungeklärte Finanzierung der Dolmetscher/innen, lange, kostenintensive Fahrwege im ländlichen Raum zu geeigneten Angeboten, kulturelle Barrieren) bestehen für Flüchtlinge zusätzlich besondere Probleme.

Dazu gehören:

- hohe Prävalenz an psychischen Problemlagen, insbesondere Traumafolgestörungen und fehlende spezialisierte Angebote
- besonderer Bedarf an Sprachvielfalt – während es für die Hauptherkunftssprachen von Migrantinnen und Migranten (Russisch und Türkisch) zwischenzeitlich einige muttersprachliche Angebote im Gesundheitswesen, insbesondere in der psychosozialen Versorgung, gibt, gilt dies für die meisten der vielen verschiedenen Herkunftssprachen von Flüchtlingen nicht
- durch Zuweisung des Wohnortes und durch die Residenzpflicht werden oft Zugänge zum familiären Hilfesystem oder aber auch zu weiteren möglichen Versorgungsangeboten erschwert bzw. verhindert
- besondere Gefährdungsrisiken aufgrund von Armut und erzwungener Langzeitarbeitslosigkeit
- Finanzierungsschwierigkeiten bzw. Hindernisse in der Realisierung der Versorgung durch Maßgaben des Asylbewerberleistungsgesetzes

Das Asylbewerberleistungsgesetz sieht nicht nur eine deutliche Leistungseinschränkung gegenüber den Grundsicherungsleistungen (Hartz IV) und den Vorrang des Sachleistungsprinzips vor, sondern auch eine eingeschränkte Gesundheitsversorgung. Insbesondere beinhaltet dies die Reduzierung der Leistungen auf die „Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“, sowie ein umständliches System der Kostenbewilligungen.

Wichtig ist daher, dass die Akteure im Gesundheitswesen sich dieser Problemlagen bewusst sind und sich entsprechend bei Bedarf mit den migrations- bzw. flüchtlingsspezifischen Beratungsstellen vernetzen, um für Flüchtlinge eine gute gesundheitliche Versorgung gewährleisten zu können.

Interkulturelle Kompetenz von Hebammen im Krankenhaus

von Martina Gehres

In der Untersuchung „Interkulturelle Kompetenz von Hebammen während der Geburt im Krankenhaus“ geht es um die Frage, welche Erfahrungen Hebammen mit Gebärenden aus anderen Kulturen gemacht haben und wie sie diese interpretieren. Mit anderen Worten: „Zeigen sich Ansätze von interkultureller Kompetenz?“

Im Wesentlichen geht es um die Fähigkeit, sich vorbehaltlos auf Menschen anderer Kulturen einzulassen und deren Traditionen und Lebensweisen zu respektieren, ohne die eigene Kultur und Tradition zu verleugnen. Die empirischen Ergebnisse entstanden durch eine Gruppendiskussion mit 15 Hebammen eines Klinikverbundes in einer Großstadt. Die Diskussion wurde auf einem Tonträger aufgenommen, transkribiert und anschließend hermeneutisch ausgewertet. Hierbei zeigten sich zentrale, kollektive Deutungsmuster (Grundeinstellungen bezogen auf Interkulturalität) der diskutierenden Hebammen, die in einen theoretischen Zusammenhang gestellt wurden.

Die Analyse ergab zwei wesentliche Ergebnisse:

Zum einen ist das Thema „Interkulturelle Kompetenz“ in der Berufspraxis von Hebammen zunächst von sekundärer Bedeutung. Ihre zentrale Aufgabe besteht darin, eine Balance herzustellen zwischen den Erwartungen aller Gebärenden mit Angehörigen und den strukturellen Arbeitsbedingungen einer modernen Klinik. Vor diesem Hintergrund kommt es immer wieder zu Konflikten. Die in der Diskussion zum Ausdruck kommende Unzufriedenheit der Hebammen mit den Ansprüchen von Gebärenden mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund kann dahingehend interpretiert werden, dass ihnen durch diese Zielgruppe Mehrarbeit entsteht. Dieser Zusammenhang ist den Hebammen nicht bewusst, statt dessen nehmen sie stereotype Zuschreibungen an Migrantinnen und Migranten vor.

Zum anderen können die Probleme einiger Hebammen im Umgang mit Migrantinnen und deren Angehörigen als Ausdruck der Missachtung ihrer fachlichen Autorität im Kreißsaal gedeutet werden. Dieses rivalisierende Verhalten führt häufig zu Konflikten, die ihre professionelle Anerkennung schwächen. Obwohl es auch kontroverse Phasen in der Diskussion gab, betrachtete die Mehrheit der Diskutierenden ihre interkulturelle Praxis aus einer ethnozentristischen Perspektive.

Rehabilitative Versorgung von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund aus Patienten- und Personalperspektive

von Yüce Yilmaz-Aslan

Einleitung

Menschen mit Migrationshintergrund sind eine besondere Zielgruppe für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland. Über 15,7 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund leben inzwischen in Deutschland. Die quantitativ größte Migrantengruppe sind 2,5 Millionen Menschen mit türkischer Herkunft (Statistisches Bundesamt 2010). In den vergangenen Jahren zeigt sich eine steigende Zahl türkeistämmiger Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in den Rehabilitationseinrichtungen und zugleich ein deutlich geringerer Rehabilitationserfolg (Maier et al. 2009, Lampert/Ziese 2005). Die Gründe für diesen geringeren Rehabilitationserfolg sind unklar. Bislang wird davon ausgegangen, dass sprachliche und kulturelle Besonderheiten sowohl Einfluss auf die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen insgesamt als auch auf die Kommunikation und Interaktion während des Behandlungsprozesses nehmen. Die Berichte aus dem Akutversorgungsbereich verdeutlichen den dringenden Handlungsbedarf, eine optimale Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe auch im System der medizinischen Rehabilitation zu ermöglichen. Daher wurden in der im Vortrag vorgestellten Studie „Rehabilitative Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland“ die Probleme in der Rehabilitation und mögliche Gründe für den geringen Rehabilitationserfolg bei Migrantinnen und Migranten erforscht.

Methoden

Mit einem qualitativen Untersuchungsdesign wurden in dieser Studie mittels Experteninterviews und Fokusgruppen die Problemfelder aus Sicht des Klinikpersonals und der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie Hinweise zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund identifiziert. In insgesamt fünf verschiedenen Rehabilitationskliniken mit unterschiedlichen Indikationsschwerpunkten wurden zwölf Experteninterviews mit Klinikpersonal (u. a. Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, sowie Ernährungs- und Sozialberaterinnen und Sozialberater) und sechs Fokusgruppen mit türkeistämmigen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden durchgeführt. Für die Experteninterviews wurde ein teilstrukturierter Leitfaden erstellt. In den Fokusgruppen wurden die Themenfelder in einer erzählgenerierenden Interviewform diskutiert. Die aufgenommenen Gespräche wurden mit Hilfe der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Experteninterviews zeigen, dass sprachliche und kulturelle Barrieren eine wichtige Rolle im Rehabilitationsprozess spielen. Aus der Sicht des Klinikpersonals erschweren beispielweise die sprachlichen Probleme die Aufklärung über die medizinischen Eingriffe. Die kulturellen Besonderheiten werden von dem Personal im Bereich Schmerzäußerungen, Ursachenbeschreibungen und Krankheitsbewältigung festgestellt, wobei auch geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich wurden. Es kommt zu Informationsverlusten, Frustrationen beim Klinikpersonal und einem Vertrauensverlust auf Seiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Mit diesen Herausforderungen wird in den Kliniken unterschiedlich umgegangen, wobei professionelle und systematische Lösungsansätze nur selten zur Anwendung kommen.

In den Fokusgruppen mit betroffenen türkeistämmigen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wurden die Zugangsbarrieren zur medizinischen rehabilitativen Versorgung wie Informationsdefizite, sprachliche und kulturspezifische Barrieren deutlich. Weiterhin erschweren diese Barrieren auch die Versorgungsqualität bzw. den Rehabilitationserfolg dieser Migrationsgruppe in den Rehabilitationseinrichtungen. So entstehen aufgrund kultureller Unterschiede Missverständnisse in der Interaktion zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten. Zudem lässt sich festhalten, dass einige Angebote innerhalb der Rehabilitationseinrichtung nicht zu den Lebensgewohnheiten türkischer Rehabilitandinnen und Rehabilitanden passen. Weitere Problembereiche deuten darauf hin, dass das Bildungsniveau der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, geschlechtsspezifische Besonderheiten und die fehlende interkulturelle Kompetenz des Klinikpersonals Einfluss auf den Rehabilitationsprozess haben.

Die Bedürfnisse der Menschen mit Migrationshintergrund finden nur zum Teil Berücksichtigung im Rehabilitationsalltag der Kliniken. Spezielle Angebote, die sprachliche Probleme und kulturelle Besonderheiten berücksichtigen, wie z.B. muttersprachliche Schulungen, haben für Menschen mit Migrationshintergrund einen positiven Effekt auf ihre subjektiv wahrgenommene Wirksamkeit der Rehabilitationsmaßnahmen. Besonders für Frauen übernimmt der Rehabilitationsaufenthalt eine Erholungs- und Entlastungsfunktion vom alltäglichen Leben.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die gewonnenen Erkenntnisse bieten eine grundlegende Basis für die Entwicklung praxisorientierter Handlungsstrategien, um die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen bei Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern. Besonders ist hier von Bedeutung, die migrationspezifischen Bedürfnisse in patientenorientierte Konzepte zu integrieren.

Literaturhinweise

Lampert, T., Ziese, T. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. http://www.bmas.de/portal/988/property=pdf/armut__soziale__ungleichheit__und__gesundheit.pdf (01.06.2011).

Maier, C., Razum, O., Schott, T. (2009): Medizinische Rehabilitation und Behandlungserfolg bei Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. In: Muthny, F.A., Bermejo, I. (Hrsg.): Interkulturelle Medizin. Laientheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen. Köln: Ärzte-Verlag, 85-103.

Statistisches Bundesamt (2010): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2009, Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Psychotherapeutische Versorgung von Migrantinnen und Migranten

von PD Dr. Iris Tatjana Calliess

In der interkulturellen Psychotherapie muss die psychostrukturelle Integration unterschiedlicher Kulturen als zusätzliche Entwicklungsdimension einbezogen werden. Individuelle Veränderung im Zuge der Migration in Richtung einer bikulturellen Identität, die Aspekte der Heimat- und der Aufnahmekultur beinhaltet, wird häufig als wünschenswerter Adaptationsprozess betrachtet, wobei deren theoretische Konzeption bisher unzureichend blieb. Das hier vorgestellte kulturdynamische Modell unterscheidet ausgehend von dem Identitätsbegriff von Mead (1988) zwischen personaler und sozialer Identität. Die personale Identität ist wesentlich von der Herkunftskultur geprägt, während der Einfluss der Aufnahmekultur vor allem in der sozialen Identität zum Tragen kommt. Für eine gesunde Bewältigung der Herausforderungen der Migration und deren Begleitung im Rahmen einer interkulturellen Psychotherapie kann angenommen werden, dass eine Stabilisierung der personalen Identität erforderlich ist, um eine Dynamisierung der sozialen Identität zu ermöglichen. Genderspezifische Aspekte in der interkulturellen Psychotherapie, insbesondere die Rolle der muslimischen Frau, werden erörtert. Darüber hinaus werden Implikationen für die Identitätskonstitution bei Migrantinnen und Migranten zweiter Generation, in unterschiedlichen Phasen der Lebensspanne und bei Aneignung der Fremdsprache diskutiert und im Rahmen der klinischen Arbeit einer Spezialambulanz für Migration und seelische Gesundheit illustriert.

Suchterzeugende Mittel bei weiblichen und männlichen Jugendlichen mit Migrationshintergrund

von Nino Polikashvili MD

1. Hintergrund

Abhängigkeit ist kein Randproblem, sondern betrifft sehr viele Menschen. Dadurch gehört das Thema zum Aufgabengebiet der Public-Health-Wissenschaften. Sucht stellt nicht nur ein medizinisches Phänomen, sondern auch eine soziokulturelle Problematik dar. Meistens sind Suchterkrankungen bei Jugendlichen mit besonderen persönlichen Schicksalen verbunden und betreffen nicht nur Einzelpersonen, sondern auch Familien und Freunde. Eine Abhängigkeit kann sowohl durch illegale als auch legale Drogen verursacht werden. Mittel, deren Besitz, Konsum oder Handel nicht verboten ist, zählen zu den legalen Drogen, z.B. Alkohol, Koffein, Nikotin und rezeptfreie Medikamente. Zu den illegalen Drogen gehören: Heroin, Kokain, LSD, Amphetamine, Metamphetamine und Cannabis. Die Weltgesundheitsorganisation zählt 2,5 Millionen Menschen pro Jahr, die an den Folgen des Alkoholkonsums sterben.

Ein sehr großer prozentualer Unterschied besteht zwischen Jugendlichen mit Migrationshintergrund ohne deutsche Staatsangehörigkeit und Jugendlichen, die zwar einen Migrationshintergrund haben, aber die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. Laut PISA-Studie hatten im Jahr 2000 in den alten Bundesländern 21,7 Prozent der Fünfzehnjährigen einen Migrationshintergrund. Ein sehr starker Unterschied zeigt sich in Hinblick auf Migrationshintergrund und suchterzeugende Mittel zwischen den beiden Geschlechtern. Aufgrund von biologischen Unterschieden reagieren Frauen anders auf Alkohol als Männer. Dafür gibt es verschiedene Gründe, beispielsweise den Fett- und Wasseranteil im Körper. Alkohol wird in Wasser besser gelöst. Dadurch, dass Frauen einen größeren Fettanteil haben als Männer, kann die gleiche Menge Alkohol für Frauen bei gleichem Gewicht schädlicher und toxischer wirken.

Für eine höhere Blutalkoholkonzentration bei Frauen sorgt das in geringerer Dosis vorkommende alkoholabbauende Enzym Alkoholdehydrogenase (ADH), das im weiblichen Körper in niedrigerer Konzentration vorhanden ist als im männlichen. Außer den biologischen Faktoren zeigen Frauen und Männer Unterschiede im Stressmanagement, z.B. in der Wahl der Strategien zum Stressabbau. Auch ein Leistungsunterschied in den Schulen und im soziokulturellen Umfeld ist nachweisbar.

2. Fragestellung

Es wird der Frage nachgegangen, inwieweit Alkohol und andere Mittel von weiblichen und männlichen Jugendlichen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Jugendlichen ohne Migrationshintergrund regelmäßig (monatlich, wöchentlich oder öfter) konsumiert werden, und inwieweit der Konsum ihr Verhalten beeinflusst sowie das Verhalten von Eltern und Freunden und die Selbsteinschätzung.

3. Public Health Relevanz

- Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen ist oft der Einstieg in eine schwere chronische Krankheit, die zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen kann, deren Folgen für die Abhängige oder den Abhängigen und ihr oder sein gesamtes soziales Umfeld durch die Persönlichkeitsveränderungen kaum abzusehen sind.
- Legale und illegale Drogen führen oft zu psychischen Auffälligkeiten. Außerdem verursachen Suchtmittel in Deutschland einen erheblichen gesundheitlichen, sozialen und volkswirtschaftlichen Schaden.
- Als wichtigste Ursache von Erwerbsunfähigkeit werden oft psychische Krankheiten genannt. Trotz einer Abnahme von betrieblichen Fehlzeiten wegen Krankheit, haben die Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Erkrankungen zugenommen. Auch Missbrauch von Alkohol, Medikamenten und Drogen haben jährlich statistisch auffällige Zuwachsraten.
- Laut Statistischem Bundesamt starben im Jahr 2005 in Deutschland 12.233 Männer und 4.096 Frauen im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol. Das sind rund 2,0 Prozent aller Sterbefälle. Der Missbrauch illegaler und legaler Drogen in einem Land führt zur massiven Zerstörung von biologischen und ökonomischen Ressourcen. Dadurch gewinnt dieses Thema ganz besonders an Bedeutung für die Public-Health-Wissenschaften.