

Schriftenreihe des Interdisziplinären Zentrums
für Bildung und Kommunikation in
Migrationsprozessen (IBKM) an der
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Nr. 55

Herausgegeben von

Rudolf Leiprecht, Inger Petersen, Winfried Schulz-Kaempf

Britta Behrens

Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen

Überblick – Strategie – Praxis



BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Oldenburg, 2011

Verlag / Druck / Vertrieb

BIS-Verlag
der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Postfach 2541
26015 Oldenburg

E-Mail: bisverlag@uni-oldenburg.de
Internet: www.bis-verlag.de

ISBN 978-3-8142-2173-1

Inhalt

Einleitung	7
1 Einführung in die Themenbereiche	11
1.1 Inhaltliche und formale Vorbemerkungen	11
1.2 Migration in Deutschland	12
1.2.1 Einwanderung und Migrationspolitik seit 1955	12
1.2.2 Daten zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund	20
1.3 Forschung über Migration und Gesundheit	23
1.4 Konzepte zu Gesundheit und Krankheit	25
2 Zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von Migranten	29
2.1 Daten zum Gesundheitsstand	29
2.1.1 Methodische Probleme bei der Gesundheitsberichterstattung	30
2.1.2 Mortalität	32
2.1.3 Morbidität	33
2.1.4 Risiko- und Gesundheitsverhalten	36
2.1.5 Kinder und Jugendliche	36
2.1.6 Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen	38
2.1.7 Zwischenfazit	40
2.2 Hintergründe und Einflussfaktoren	41
2.2.1 Sozioökonomische Lage	41
2.2.2 Rechtliche Situation	42
2.2.3 Kommunikative Zugangsbarrieren	43
2.2.4 Kulturell beeinflusste Konzepte zur Gesundheit	45
2.2.5 Migrationsspezifische Belastungen	46
2.2.6 Vorurteile, Diskriminierung und rassistische Gewalt	47
2.2.7 Gesundheitliche Ressourcen	48
3 Ansätze zur Interkulturellen Öffnung der Versorgungssysteme	51
3.1 Handlungsbedarf im Gesundheitswesen	51
3.2 Migrationssensible Projekte	54
3.3 Gesundheitsspezifische Themen im Nationalen Integrationsplan	55

4	Interkulturelle Öffnung als Organisationsentwicklungskonzept	57
4.1	Zur Diskussion über die Interkulturelle Öffnung	58
4.2	Dimensionen der Interkulturellen Öffnung	60
4.3	Interkulturelle Öffnung als Organisationsentwicklung	60
4.3.1	Zusammenarbeit der Hierarchieebenen	61
4.3.2	Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse	62
4.3.3	Lernende Organisation	62
4.3.4	Controlling	63
4.3.5	Qualitätsmanagement	63
4.4	Aspekte der Interkulturellen Öffnung	64
4.4.1	Sensibilisierung und Motivierung der Mitarbeiter	64
4.4.2	Partizipation	65
4.4.3	Interkulturelles Leitbild	65
4.4.4	Interkulturelle Personalentwicklung	66
4.4.5	Migrationssensible Gestaltung von Kernprozessen und der Infrastruktur	74
4.4.6	Berücksichtigung von Mehrsprachigkeit	76
4.4.7	Öffentlichkeitsarbeit	78
4.4.8	Sozialraumorientierung und Vernetzung	79
5	Praxisbeispiel Klinikum Bad Oeynhausen	81
5.1	Das Klinikum Bad Oeynhausen	81
5.2	Dokumentation des Untersuchungsverfahrens	82
5.3	Das Behandlungskonzept für Migranten	88
5.4	Ergebnisse der Experteninterviews	92
5.4.1	Initiierung des Projektes	92
5.4.2	Weiterentwicklung	94
5.4.3	Personelle Widerstände	96
5.4.4	Engagement von Leitung und Mitarbeitern	100
5.4.5	Versorgung der Patienten	103
5.4.6	Zukunftsperspektiven der Klinik	107
5.4.7	Empfehlungen zur Interkulturellen Öffnung	109
6	Schlussbetrachtung	113
	Literaturverzeichnis	119
	Anhang	131
	Die Autorin	133

Einleitung

Die Förderung von Gesundheit und die Vermeidung von Krankheiten sind nicht nur für jeden Einzelnen wichtige Anliegen. Auch in Politik und Wissenschaft sind dies viel diskutierte Themenfelder. Die politische Debatte der letzten Jahre konzentrierte sich vor allem auf die Kosten im Gesundheitswesen. Die mit den Gesundheitsreformen beschlossenen Umstrukturierungen sollen eine hochwertige und kosteneffiziente medizinische Versorgung für alle Menschen ermöglichen. Dabei tritt manchmal in den Hintergrund, dass die Gesundheitschancen innerhalb der Gesellschaft ungleich verteilt sind. Es ist unbestritten, dass sich neben individuellen Faktoren auch soziale Gruppenzugehörigkeiten auf die Krankheitsrisiken auswirken können. Dabei wird zwischen vertikaler und horizontaler sozialer Ungleichheit unterschieden. Die vertikale Ungleichheit bemisst sich an den Kriterien Bildung, beruflicher Status und Einkommen. Die horizontale Ungleichheit ergibt sich z. B. aus dem Alter, dem Geschlecht, dem Familienstand oder aus einem Migrationshintergrund (vgl. Mielck 2005: 8).

Ungefähr 20 % der Bevölkerung in Deutschland haben einen Migrationshintergrund. Diese große Bevölkerungsgruppe ist in sich sehr heterogen. Die Heterogenität besteht z. B. hinsichtlich Aufenthaltsdauer, Sprachkenntnissen, Herkunftsland oder Wanderungsmotiven. Darüber hinaus können auch die genannten vertikalen und horizontalen Ungleichheiten auf diese Gruppe bezogen werden. Angesichts dieser Diversität wäre daher die Behauptung, Migranten seien grundsätzlich kränker als die autochthone Bevölkerung, nicht zulässig. Die Ergebnisse zahlreicher Studien weisen jedoch darauf hin, dass ein Migrationshintergrund das Risiko von Krankheiten erhöht und die Chancen auf eine adäquate Versorgung verschlechtert.

Eine umfassende gesellschaftliche Teilhabe und Chancengleichheit müssen auch für das Gesundheitssystem gelten. Aus diesem Grund gilt es, Handlungsstrategien zu entwickeln, welche gesündere Lebensbedingungen und eine bessere medizinische Versorgung von Migranten ermöglichen. Eine

zentrale Forderung in diesem Zusammenhang ist die Interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens.

Im weiteren Sinne können unter Interkultureller Öffnung alle Anstrengungen verstanden werden, die sich konstruktiv und zukunftsgerichtet mit der Einwanderungsgesellschaft auseinandersetzen. Im engeren Sinne ist sie ein Organisationsentwicklungskonzept, das seit den 1990er Jahren insbesondere im Bereich der Verwaltungen und der Sozialen Dienste entwickelt und angewendet wird. In der Fachdebatte wird intensiv über die Notwendigkeit der Interkulturellen Öffnung diskutiert und mögliche Umsetzungsstrategien ausgearbeitet. Dem steht jedoch eine geringe Anzahl an ausführlich dokumentierten Praxisanwendungen gegenüber.

In der vorliegenden Arbeit wird das Konzept der Interkulturellen Öffnung auf medizinische Versorgungseinrichtungen übertragen und am Beispiel des Klinikums Bad Oeynhausen veranschaulicht. Die Klinik begann vor neun Jahren, ihre Angebote migrationssensibel zu gestalten. Mit Hilfe eines qualitativen Forschungsansatzes wird die konkrete Umsetzung des Konzeptes in Bad Oeynhausen untersucht. Dabei stehen Fragen nach den Motiven, Handlungsfeldern, Widerständen und Lösungswegen im Vordergrund.

Aufbau der Arbeit

Das erste Kapitel gibt Hintergrundinformationen zu den Themenstellungen dieser Arbeit. Nach einigen inhaltlichen Vorbemerkungen und Eingrenzungen erfolgt ein Überblick über die Einwanderungsgeschichte und -politik einschließlich des Nationalen Integrationsplans. Ergänzend werden einige strukturelle Daten zur Migrationsbevölkerung aufgeführt. Im Anschluss wird der gegenwärtige Forschungsstand zu Migration und Gesundheit zusammengefasst. Da auch die Medizin kulturellen Einflüssen unterliegt, befasst sich das Kapitel 1.4 mit unterschiedlichen Konzepten zu Gesundheit und Krankheit. Dabei wird ein Schwerpunkt auf das biomedizinische Modell gelegt.

Das zweite Kapitel beschäftigt sich ausführlich mit der gesundheitlichen Lage und der medizinischen Versorgung von Migranten. Anhand von statistischen Daten werden dabei Unterschiede zwischen der allochthonen und der autochthonen Bevölkerung herausgearbeitet. Danach werden die möglichen Einflussfaktoren und Hintergründe diskutiert.

Das dritte Kapitel zeigt den Handlungsbedarf im Gesundheitswesen auf und stellt Maßnahmen zur Verbesserung der Chancengleichheit vor. Als Schwer-

punkt wird im Kapitel 4 die Interkulturelle Öffnung von Einrichtungen im Gesundheitssektor dargestellt. Verschiedene Handlungsbereiche und Strategien zur Umsetzung werden ausführlich erörtert.

Der Prozess einer Interkulturellen Öffnung wird im fünften Kapitel anhand des Klinikums Bad Oeynhausen veranschaulicht. Zunächst wird das Forschungsvorhaben beschrieben und begründet. Anschließend wird das gegenwärtige migrationssensible Angebot der Klinik dargestellt und dessen Entwicklung anhand der Untersuchungsergebnisse analysiert.

Das letzte Kapitel widmet sich einer Gesamtbetrachtung des Praxisbeispiels und formuliert Anregungen für weitere Prozesse der Interkulturellen Öffnung.

1 Einführung in die Themenbereiche

1.1 Inhaltliche und formale Vorbemerkungen

In der wissenschaftlichen Diskussion wird vermutet, dass die höheren Gesundheitsrisiken von Migranten weniger im Migrationsprozess oder im Herkunftsland begründet liegen, sondern eher von der Lebenssituation in Deutschland beeinflusst werden. Auch die rechtliche und soziale Situation der Kinder bzw. Enkel kann sich noch von der autochthonen Bevölkerung unterscheiden und damit einen Einfluss auf die Gesundheit haben. Es wird daher in der Fachliteratur empfohlen, diese Bevölkerungsgruppen in die Analyse mit einzuschließen (vgl. Schenk et al. 2006: 856). Im Rahmen des Mikrozensus 2005 wurde die Bezeichnung „Menschen mit Migrationshintergrund“ etabliert, welche im Normalfall Zuwanderer der ersten bis dritten Generation umfasst (vgl. Kap. 1.2.2). Diese Definition wird auch für diese Arbeit zugrunde gelegt. Dabei werden die Termini „Migranten“, „Menschen mit Migrationshintergrund“ und „Allochthone“ synonym verwendet. Gleiches gilt für die Begriffe „Menschen ohne Migrationshintergrund“ und „Autochthone“. Das Begriffspaar „Ausländer“– „Deutsche“ wird ausschließlich im staatsbürgerschaftlichen Sinne verwendet.

Rahmen und Umfang dieser Arbeit machen inhaltliche Eingrenzungen erforderlich. In der wissenschaftlichen Diskussion über Gesundheit und medizinische Versorgung wird ein Migrationshintergrund als ein Einflussfaktor unter anderen diskutiert¹. Weitere Variablen wie Bildung, Alter und Einkommen sind ebenfalls von hoher Relevanz. Sie können jedoch in diesem Rahmen nur in Ansätzen berücksichtigt werden. Der Schwerpunkt auf migrationspezifische Hintergründe wird dadurch begründet, dass erst eine Analyse mit diesem Fokus ermöglicht, vorhandene Benachteiligungen dieser Bevölke-

1 Zur allgemeinen Diskussion über soziale Ungleichheit und Gesundheit vgl. Mielck 2005; Richter/Hurrelmann 2006.

ungsgruppe zu identifizieren und auf dieser Basis wirksame Lösungsstrategien zu entwickeln.

Des Weiteren werden Erkrankungen hier nur im Allgemeinen betrachtet, ohne näher auf einzelne Indikationsgruppen einzugehen. Die Besonderheiten bei der Diagnose und Behandlung beispielsweise von psychischen Erkrankungen² im interkulturellen Kontext können daher nicht näher beleuchtet werden.

Im Folgenden wird das dieser Arbeit zugrunde liegende Verständnis von Kultur erläutert. Nach Auernheimer kann Kultur verstanden werden als „das Orientierungssystem, das unser Wahrnehmen, Bewerten und Handeln steuert, das Repertoire an Kommunikations- und Repräsentationsmitteln, mit denen wir uns verständigen, uns darstellen, Vorstellungen bilden“ (Auernheimer 1999: 28). Im Alltagsgebrauch wird der Begriff häufig auf eine nationale oder religiöse Kultur reduziert. In dieser Arbeit wird er jedoch in einem weiteren Sinne verwendet, welcher z. B. auch Organisationskulturen, Berufskulturen, Jugendkulturen oder Einwanderungskulturen umfasst. Daraus folgt, dass sich verschiedene kulturelle Einflüsse überlagern und diese nicht eindeutig voneinander abzugrenzen sind. Des Weiteren werden Kulturen als dynamisch, heterogen und nicht determinierend betrachtet.

Die grammatikalisch männliche Form wird in dieser Arbeit jeweils stellvertretend für alle Geschlechter verwendet.

1.2 Migration in Deutschland

1.2.1 Einwanderung und Migrationspolitik seit 1955

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die Einwanderungsgeschichte und die diesbezüglichen politischen Entwicklungen seit 1955 gegeben.³

Anwerbung und Familiennachzug

Im Zuge des Wirtschaftswachstums zeichnete sich seit Mitte der 1950er Jahre ein Arbeitskräftemangel in Deutschland ab. Zunächst waren nur einige Regionen und Wirtschaftszweige (z. B. Landwirtschaft) betroffen, 1960 war

2 Für einen Einstieg in die Thematik vgl. Assion 2005; Borde/David 2007; Wohlfahrt/Zaumseil 2006.

3 Bei einer komprimierten Darstellung sind Auslassungen unumgänglich, für nähere Ausführungen sowie für die Zuwanderungsgeschichte vor 1955 wird auf die zitierten Quellen verwiesen, insbesondere Bade/Oltmer 2004, Meinhardt 2006, Herbert 2001.

das erste Jahr der Vollbeschäftigung. Die Bundesregierung entschloss sich daher, ausländische Arbeitskräfte anzuwerben. Von 1955 bis 1968 wurden Anwerbevereinbarungen mit Italien, Spanien, Griechenland, der Türkei, Marokko, Portugal, Tunesien und Jugoslawien geschlossen (vgl. Meinhardt 2006: 34). In den Herkunftsländern wurden von den Anwerbekommissionen medizinische Eignungstests durchgeführt, um möglichst junge und gesunde Menschen zu rekrutieren (vgl. RKI 2008: 60).⁴

Die ausländischen Kräfte wurden häufig als un- bzw. angelernte Arbeiter in Wirtschaftszweigen eingesetzt, die schwere und schmutzige Arbeit beinhalteten⁵. Die höchsten Ausländerquoten gab es 1963 im Baugewerbe, in der Eisen- und Metallindustrie und im Bergbau. Verbreitet waren zudem Akkordlohn, Schicht- und Fließbandarbeit. Viele Ausländer planten zunächst einen vorübergehenden Aufenthalt, um später wieder in ihre Herkunftsländer zurückzukehren. Das vorrangige Ziel, möglichst viel Geld zu sparen, prägte die sozialen Lebensumstände. Viele Ausländer machten Überstunden, verzichteten auf Konsum und lebten in billigen Gemeinschaftsunterkünften (vgl. Herbert 2001: 212f.).

Auch die deutschen Beteiligten hielten die Anwerbung für eine Übergangerscheinung. Diese Auffassung wird in der umgangssprachlichen Bezeichnung „Gastarbeiter“ deutlich. Bis 1973 kamen vierzehn Millionen Arbeiter in die BRD, von denen elf Millionen zurückkehrten (vgl. Bade 1997: 15).

1973 beschloss die Bundesregierung aufgrund der Ölkrise den Anwerbestopp, um den Zuzug und insgesamt die Zahl der Ausländer in Deutschland zu verringern. Die Perspektive, im Falle einer Ausreise keine erneute Einreisegenehmigung zu bekommen, veranlasste jedoch viele Ausländer zum Bleiben und zum Nachzug ihrer Familienangehörigen (vgl. Meinhardt 2006: 36).

Die Zahl der registrierten Ausländer entwickelte sich von 4,1 Mio. 1979, über 4,4 Mio. 1984 bis 4,9 Mio. 1989 (vgl. Ausländerbeauftragte 1999a: 19). Bei immer mehr Zuwanderern wandelte sich die kurzfristige Rückkehrorientierung in eine zumindest längerfristige Verlagerung des Lebensmittelpunktes nach Deutschland: Sie zogen mit der nachgeholten Familie in Mietwohnungen, die Kinder gingen hier zur Schule, es wurde mehr konsumiert und

4 Z. B. wurden 1962 in der Türkei ca. 10 % der Bewerber aus gesundheitlichen Gründen abgelehnt (vgl. RKI 2008: 60).

5 Unter Mitarbeit der Gewerkschaften wurden die Ausländer in arbeits-, tarif- und sozialrechtlicher Hinsicht den deutschen Beschäftigten prinzipiell gleichgestellt, dadurch wurde Lohndrückerei vermieden (vgl. Herbert 2001: 203f.).

weniger gespart. Trotz dieser De-facto-Einwanderungssituation wurden keine umfassenden Integrationskonzepte umgesetzt. Die Bundesregierung postulierte bis in die 1990er Jahre hinein das Credo, Deutschland sei kein Einwanderungsland (vgl. Bade/Oltmer 2004: 75). Stattdessen wurde die Politik von einer Doppelstrategie bestimmt: Einerseits sollte der Zuzug begrenzt und die Rückkehrbereitschaft der hier lebenden Ausländer gefördert werden (z. B. durch muttersprachlichen Unterricht für die Kinder). Andererseits wurde auch nach Wegen zu mehr Integration gesucht. So wurde 1978 das Amt des Ausländerbeauftragten der Bundesregierung geschaffen und mit Heinz Kühn besetzt (vgl. Meinhardt 2006: 36f.).⁶ Dieser veröffentlichte 1979 das sogenannte Kühn-Memorandum mit weitgehenden Vorschlägen zur Integrationspolitik. Die Bundesregierung reagierte jedoch zurückhaltend und orientierte sich bei der weiteren politischen Ausrichtung an einem Bericht des Koordinierungskreises „Ausländische Arbeitnehmer“, der zentrale Forderungen Kühns abschwächte (vgl. Herbert 2001: 246f.).

Die 1980er Jahre waren durch eine zunehmend restriktivere Ausländerpolitik geprägt. Beispielhaft hierfür ist das unter der Regierung Helmut Kohl 1983 verabschiedete, allerdings umstrittene Rückkehrförderungsgesetz, welches Ausreisewilligen finanzielle Prämien und Zuschüsse bot (vgl. Herbert 2001: 253f.). Zudem sorgte das am „ius sanguinis“ orientierte Staatsbürgerschaftsrecht⁷ dafür, dass auch Angehörige der zweiten, hier aufgewachsenen Generation rechtlich Ausländer blieben. Meinhardt weist auf eine zunehmend schärfere Tonlage bei der Diskussion um Ausländerpolitik und durch Umfragen belegte fremdenfeindliche Tendenzen in der Bevölkerung hin (vgl. Meinhardt 2006: 36, 39f.)

Flüchtlinge und (Spät-)Aussiedler

Während bislang Arbeitsmigranten und ihre Familienangehörigen den Hauptanteil der Zuwanderer bildeten, so gewannen seit Mitte der 1980er Jahre die Gruppen der Flüchtlinge und (Spät-)Aussiedler zahlenmäßig an Bedeutung. So stieg die Zahl der Asylanträge von 73 000 im Jahr 1985, über 193 000

6 2002 erfolgte eine Umbenennung in „Beauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration“, kurz Integrationsbeauftragte (vgl. Integrationsbeauftragte o. J. a).

7 Ein am „ius sanguinis“ (Recht des Blutes) orientiertes Recht bedeutet, dass die Staatsangehörigkeit über die Eltern vererbt wird (Abstammungsprinzip). Ein anderes Prinzip ist das Territorialprinzip („ius soli“ – Recht des Bodens) welches z. B. in den USA gilt; hier kann die Staatsangehörigkeit auch durch die Geburt im Staatsgebiet erworben werden (vgl. Bade 1994: 12).

(1990) bis auf 438 000 im Jahr 1992 an (vgl. Herbert 2001: 263)⁸. Dieser Anstieg der Asylbewerberzahlen war unter anderem darauf zurückzuführen, dass es aufgrund des Anwerbestopps und dem Fehlen eines Einwanderungsgesetzes kaum andere legale Möglichkeiten der Einreise gab (vgl. Bade/Oltmer 2004: 86). Nach drastischen Einschnitten in die Asylgesetzgebung 1993 sanken die Antragszahlen wieder deutlich. Die Antragsteller im Zeitraum 1990–1998 kamen zum größten Teil aus Europa, insbesondere aus Jugoslawien, Rumänien und der Türkei (vgl. Ausländerbeauftragte 1999b: 25, 27).⁹

Die Umbrüche in Osteuropa ermöglichten vielen (Spät-)Aussiedlern erst die Ausreise in die Bundesrepublik und führten zu einem rasanten Anstieg der Zahlen. Während 1986 43 000 Aussiedler neu in die BRD kamen, stieg die Zahl 1988 auf gut 200 000 und erreichte 1990 mit knapp 400 000 ihren Höhepunkt (vgl. Herbert 2001: 276)¹⁰. Seitdem sinken die Zahlen wieder und sind seit 2000 durch eine Kontingentregelung auf 100 000 pro Jahr begrenzt (vgl. Bade/Oltmer 2004: 117). Die (Spät-)Aussiedler waren zwar in vieler Hinsicht gegenüber anderen Zuwanderern privilegiert (z. B. durch deutsche Staatsangehörigkeit, Eingliederungshilfen), kamen jedoch trotz ihrer deutschen Wurzeln „kulturell, mental und sozial in eine echte Einwanderungssituation“ (Bade/Oltmer 2004: 90).

Seit Ende der 1980er Jahre wurde die Flüchtlings- und Integrationspolitik ein heftig umstrittenes innenpolitisches Thema. Teile der Politik und der Medien bedienten sich dabei polarisierender und polemischer Argumente und Begriffe („Scheinasylant“, „Asylmissbrauch“). Diese „Stimmungsmache“ blieb nicht ohne Folgen: Anfang der 1990er Jahre häuften sich die Überfälle auf Migranten und gipfelten in Pogromen wie in Hoyerswerda 1991 und Rostock-Lichtenhagen 1992 (vgl. Meinhardt 2006: 42ff.).

1995 lebten gut sieben Mio. Ausländer in der BRD, das waren 8,8 % der Gesamtbevölkerung. Diese Zahlen sind über das folgende Jahrzehnt annähernd konstant geblieben (vgl. Integrationsbeauftragte 2007a: 208).

8 Von den Antragstellern erhielt jedoch nur ein geringer Teil eine Asylberechtigung. Die Daten für 1994 sind wie folgt: 352 000 Entscheidungen über Personen, davon 7,3 % asylberechtigt, 2,8 % Abschiebeschutz, 67,6 % abgelehnt, 22,3 % sonstige Verfahrens erledigung (vgl. Ausländerbeauftragte 1999b: 29).

9 Dies war eine neuere Entwicklung. Bis 1986 kamen noch $\frac{3}{4}$ der Asylsuchenden aus Entwicklungsländern (vgl. Bade/Oltmer 2004: 106).

10 Von 1950 bis 1970 schwankte die Zahl zwischen 20 000 und 60 000 Aussiedlern pro Jahr (vgl. Bade/Oltmer 2004: 88).

Paradigmenwechsel in der Migrationspolitik

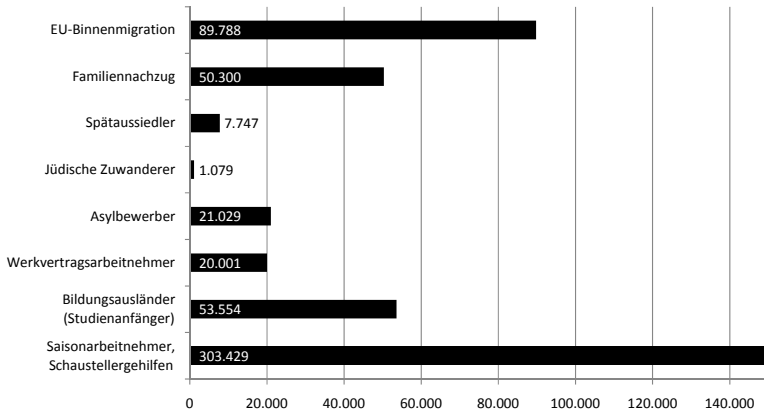
Während der Regierungszeit von SPD und Bündnis 90/Grüne (1998–2005) gab es weitreichende Änderungen in der Migrationspolitik. Zum Jahr 2000 trat ein neues Staatsangehörigkeitsgesetz in Kraft, welches die Einbürgerung erleichterte. Zudem erhalten fortan hier geborene Kinder automatisch die deutsche Staatsangehörigkeit¹¹, sofern ein Elternteil seit acht Jahren dauerhaft in Deutschland lebt (vgl. Bade/Oltmer 2004: 129). Im öffentlichen Diskurs wurde ein Paradigmenwechsel deutlich: Es mehrten sich die Stimmen, dass Deutschland in ökonomischer und demographischer Hinsicht auf weitere Zuwanderung angewiesen sei (vgl. Meinhardt 2006: 46f.). 2001 legte die Zuwanderungskommission unter dem Vorsitz von Rita Süssmuth ihren Bericht mit Vorschlägen zur Steuerung von Zuwanderung und Förderung von Integration vor (vgl. BMI 2001).

Nach harten Verhandlungen zwischen den Parteien und einem mehrjährigen Gesetzgebungsverfahren trat im Januar 2005 das Zuwanderungsgesetz in Kraft. Neben anderen Regelungen ist darin festgelegt, dass Ausländer ein einklagbares Recht auf Teilnahme an Integrationskursen (Sprache sowie Rechts- und Gesellschaftsordnung) haben (vgl. Meinhardt 2006: 47–50).

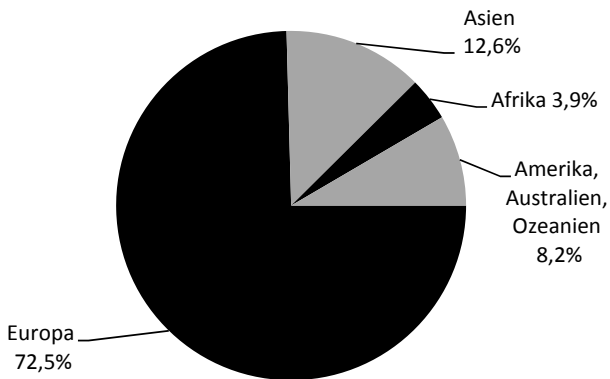
Aktuelle Daten der Zuwanderung

Die folgenden Zahlen aus dem Jahr 2006 sollen noch einmal das aktuelle (reguläre) Migrationsgeschehen in der BRD veranschaulichen (vgl. BAMF 2007: 38):

11 Es gibt damit die Möglichkeit der doppelten Staatsangehörigkeit für die betreffenden Kinder und Jugendlichen. Bis zum 23. Lebensjahr müssen sie sich jedoch für eine Staatsangehörigkeit entscheiden und die andere abgeben.



Nach Herkunftskontinenten ergab sich folgendes Bild (ebenfalls für das Jahr 2006, vgl. BAMF 2007: 16f.):



Eine weitere Gruppe von Zuwanderern sind sogenannte illegalisierte Migranten¹², also Personen, die sich ohne staatliche Erlaubnis im Bundesgebiet aufhalten. Zu ihrer Zahl gibt es nur Schätzungen, die sehr unterschiedlich ausfallen und wenig fundiert sind (vgl. BAMF 2007: 141).

12 Diese Zuwanderer werden in der Literatur auch als irreguläre, heimliche oder versteckt lebende Migranten bzw. als Menschen ohne Papiere bezeichnet. Der Begriff „Illegale“ wird als diskriminierend empfunden und kaum noch verwendet.

Als Größenordnung gibt Albrecht für Deutschland ungefähr eine Million Menschen im Bundesgebiet an (vgl. Albrecht 2006: 64).

Der Nationale Integrationsplan

Auch nach dem Regierungswechsel 2005 und unter der nächsten Bundesregierung aus CDU/SPD/CSU blieb die Debatte um Integrationspolitik aktuell. Bundeskanzlerin Angela Merkel bezeichnet Integration als „eine Schlüsselaufgabe unserer Zeit, die auch durch den demographischen Wandel immer mehr an Bedeutung gewinnt“. Nur durch einen „umfassenden systematischen Ansatz“ könnten Integrationsdefizite gemildert und Potenziale der Migranten gefördert werden (Bundesregierung 2007: 7). Zum Anstoß eines gesamtgesellschaftlichen Dialogs lud die Kanzlerin im Juli 2006 zum ersten Integrationsgipfel, bei dem insbesondere Vertreter der Migranten und ihrer Verbände berücksichtigt wurden. Des Weiteren nahmen Vertreter von Bundesregierung, Ländern und Kommunen sowie Repräsentanten aus Kultur, Sport, Wissenschaft, Medien, der Kirchen, der Sozialpartner und aus dem bürgerschaftlichen Bereich am Gipfel teil (vgl. ebd.: 9). Es wurde der Beschluss zur Erarbeitung eines Nationalen Integrationsplans mit Beteiligung aller Akteure gefasst. Im Laufe des folgenden Jahres wurden in einzelnen Arbeitsgruppen integrationspolitische Themenfelder behandelt, eine jeweilige Bestandsaufnahme gemacht und Handlungsempfehlungen entworfen. Nach Angaben der Integrationsbeauftragten Maria Böhmer war die Zusammenarbeit von drei Prinzipien geprägt:

- *Dialogprinzip*: Migranten und ihre Verbände waren von Anbeginn involviert. Es sollte ein Dialog mit Migranten und nicht über sie stattfinden.
- *Potenzialansatz*: Vielfalt wird als Bereicherung betrachtet und die vielfältigen Fähigkeiten und Potenziale von Migranten als gesellschaftliche Ressourcen angesehen.
- *Prinzip der gemeinsamen Verantwortung*: In die Arbeit sind Akteure aus verschiedensten gesellschaftlichen und politischen Bereichen eingebunden. Dabei werden Eigenverantwortung sowie konkrete und verbindliche Maßnahmen von allen Beteiligten gefordert (Integrationsbeauftragte 2007a: 28f.).

Beim zweiten Integrationsgipfel im Juli 2007 wurde der Nationale Integrationsplan vorgestellt¹³. Er enthält 400 Maßnahmen und Selbstverpflichtungen des Staates (Bund, Länder und kommunale Ebene) sowie zivilgesellschaftlicher Akteure¹⁴ (vgl. Integrationsbeauftragte 2007a: 28).

Diese behandeln folgende zehn Themenfelder:

- Integrationskurse verbessern
- Frühkindliche Bildung: Von Anfang an deutsche Sprache fördern
- Gute Bildung und Ausbildung sichern, Arbeitsmarktchancen erhöhen
- Lebenssituation von Frauen und Mädchen verbessern, Gleichberechtigung verwirklichen
- Integration vor Ort unterstützen
- Integration durch bürgerschaftliches Engagement und gleichberechtigte Teilhabe stärken
- Kulturelle Pluralität leben – interkulturelle Kompetenz stärken
- Integration durch Sport – Potenziale nutzen, Angebote ausbauen, Vernetzung erweitern
- Medien-Vielfalt nutzen
- Wissenschaft weltoffen

(vgl. Bundesregierung 2007: 11).

Themenübergreifend wird die Verankerung von Integration als Querschnittsaufgabe und die Interkulturelle Öffnung von Institutionen und ihren Angeboten gefordert (Integrationsbeauftragte 2007a: 29f.). Die gesundheits-spezifischen Inhalte des Nationalen Integrationsplans werden im Kap. 3.3 diskutiert.

Eine vorläufige Bilanz über den Nationalen Integrationsplan wurde im Zuge des dritten Integrationsgipfels im November 2008 gezogen. Die Bundesregierung legte einen ersten Fortschrittsbericht¹⁵ vor und bewertet die bisherigen Ergebnisse überwiegend positiv. So schreibt Bundeskanzlerin Merkel

13 Im Vorfeld des zweiten Integrationsgipfels gab es aufgrund von Änderungen im Zuwanderungsgesetz Boykottaufrufe seitens einiger Migrantenverbände. Letztlich nahmen jedoch nur drei Verbände nicht an der Konferenz teil (vgl. Süddeutsche Zeitung 2007).

14 Die Integrationsbeauftragte schreibt in ihrem Bericht: „Stellvertretend für alle seien hier genannt: Vertreterinnen und Vertreter von Arbeitgebern und Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbänden, anderen freien Trägern, Vereinen, Medien, Stiftungen, Kirchen und Religionsgruppen, Migrantenorganisationen und aus der Wissenschaft, dem Sport und der Kultur“ (Integrationsbeauftragte 2007a: 28).

15 Vgl. Bundesregierung 2008a

im Vorwort: „Was wir gemeinsam seit seiner Verabschiedung im vergangenen Jahr erreicht haben, ist sehr ermutigend.“ (Bundesregierung 2008a: 7). Die Integrationsbeauftragte Böhmer hebt in einer Presseerklärung die „enorme integrationspolitische Aufbruchstimmung im ganzen Land“ hervor, die der Nationale Integrationsplan erzeugt habe. Sehr viele der 400 Selbstverpflichtungen seien bereits umgesetzt worden (vgl. Bundesregierung 2008b).

Die Bilanz anderer Beteiligter fällt kritischer aus, z. B. die Erklärung von 17 Migrantenverbänden, welche im Vorfeld veröffentlicht wurde. Die Verfasser heben ebenfalls die Signalwirkung des Nationalen Integrationsplans sowie die Partizipation von Migranten positiv hervor. Sie sehen jedoch in vielen Bereichen noch Handlungsbedarf (z. B. Arbeit, Bildung, rechtliche Belange und Einbeziehung/Förderung der Migrantenverbände) und fordern weiterhin eine verstärkte Diskussion (vgl. BAGIV 2008).¹⁶

1.2.2 Daten zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Definition

Die amtliche Statistik erfasst überwiegend nur die Nationalität bzw. Staatsbürgerschaft. Anhand dieser Kategorien können jedoch eingebürgerte Migranten, (Spät-) Aussiedler oder Kinder mit doppelter Staatsangehörigkeit nicht identifiziert werden. Dadurch werden Forschungsarbeiten zur Lebenslage von allen Menschen mit Migrationshintergrund erschwert. Die Datenerhebung im Rahmen des Mikrozensus 2005 ermöglichte erstmals einen Überblick über Zuwanderer und ihre Nachkommen in Deutschland. Die Verfasser der Studie waren bestrebt, die Kategorie so

„umfassend wie nötig und so eng wie möglich zu gestalten. Berechtigte Fragen sollten nicht deshalb unbeantwortet bleiben müssen, weil die betroffenen Bevölkerungsgruppen „hinausdefiniert“ wurden, andererseits sollten auch nur jene Menschen eingeschlossen werden, bei denen sich zumindest grundsätzlich ein Integrationsbedarf feststellen lässt.“ (Statistisches Bundesamt 2007: 5)

Es wurde der Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ gewählt und folgendermaßen definiert:

„Zu den Menschen mit Migrationshintergrund zählen alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zuge-

16 Weitere kritische Meinungen zur Umsetzung des Nationalen Integrationsplans vgl. DGB 2008, Holzberger 2008 (Mitglied des Bundestages, Bündnis 90/Grüne).

wanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil.“ (Statistisches Bundesamt 2007: 6)

Der Migrationshintergrund kann nicht weiter „vererbt“ werden, daher umfasst diese Definition im Normalfall die Zuwanderer, ihre Kinder und Enkelkinder (vgl. ebd.). Eine weitere Unterteilung erfolgt im Mikrozensus in Personen mit oder ohne eigene Migrationserfahrung sowie nach Staatsangehörigkeit.

Statistische Angaben

2005¹⁷ lebten in Deutschland 15,3 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund, das entspricht einem Anteil von 18,6 % an der Gesamtbevölkerung (vgl. ebd.: 7). Im Folgenden wird ein statistischer Überblick über diese Bevölkerungsgruppe gegeben.

Bei der Verteilung der Migranten in den verschiedenen Altersgruppen zeigen sich große Unterschiede. Als Tendenz lässt sich festhalten: Je jünger die Altersgruppe, desto höher ist der Anteil von Migranten. Während von den 65–75jährigen nur 8,8 % einen Migrationshintergrund haben, sind es bei den unter 5jährigen bereits 33,1 % (vgl. ebd.: 26f.). In einigen Städten, darunter Nürnberg und Frankfurt a. M. haben über 60 % der unter 5jährigen einen Migrationshintergrund (vgl. ebd.: 8).

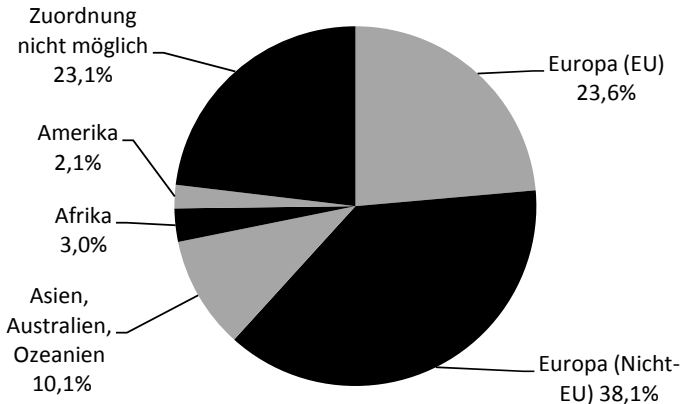
Die allochthone Bevölkerung zeichnet sich durch eine jüngere Altersstruktur aus: Von ihnen sind 29 % unter 20 Jahre und 17,1 % über 55 Jahre alt. Bei der autochthonen Bevölkerung sind nur 17,1 % unter 20 Jahre, dafür 35 % über 55 Jahre alt (vgl. ebd.: 26, eigene Berechnung). Das Durchschnittsalter von Menschen mit Migrationshintergrund liegt bei 33,8 Jahren gegenüber jenen ohne Migrationshintergrund mit 44,9 Jahren (vgl. ebd.: 38f.).

Auch bei der regionalen Verteilung gibt es Unterschiede. In den Großstädten ist der Anteil von Migranten höher als in ländlichen Gebieten (über 20 % vs. 11,6 %). In einzelnen Städten (Stuttgart, Frankfurt a. M.) liegt der Anteil bei ca. 40 %, in den neuen Bundesländern (ohne Berlin) unter 5 % (vgl. ebd.: 30f).

17 Aktuellere Zahlen zu Menschen mit Migrationshintergrund liegen nicht vor, da die amtliche Statistik weiterhin mit den Kategorien Nationalität/Staatsangehörigkeit arbeitet.

Die 18,6 % Migranten lassen sich in 8,9 % Ausländer und 9,7 % deutsche Staatsangehörige (inklusive Personen mit doppelter Staatsangehörigkeit) unterteilen. Gut zwei Drittel weisen eigene Migrationserfahrung auf, ein Drittel wurde bereits in Deutschland geboren (vgl. Statistisches Bundesamt 2007: 7).

Bezüglich der Herkunftsregionen der Personen mit eigener Migrationserfahrung ergibt sich folgendes Bild:



(vgl. Statistisches Bundesamt 2007: 38f.)

Bei einem knappen Viertel der Befragten war eine Zuordnung aus methodischen Gründen nicht möglich, hierunter fallen auch alle (Spät-)Aussiedler.

Die bedeutendsten Herkunftsländer sind die Türkei (14,2 %), die Russische Föderation (9,4 %) ¹⁸, Polen (6,9 %), Rumänien sowie Serbien und Montenegro (jeweils 3,0 %), Kroatien (2,6 %), Bosnien und Herzegowina (2,3 %) sowie Griechenland (2,2 %). Die Zuwanderer waren bei der Einreise im Durchschnitt 24 Jahre alt, und halten sich seit 18,5 Jahren in Deutschland auf (vgl. ebd.: 6ff).

Ungeachtet der langen Aufenthaltsdauer von vielen Migranten sind Zu- und Abwanderung ein dynamisches Geschehen. Im Jahr 2006 beliefen sich die

18 Auch hier sind die (Spät-)Aussiedler nicht mit einbezogen, wohl aber die mitgereisten Familienangehörigen, die den Status (Spät-)Aussiedler nicht erfüllen.

Zuzüge nach Deutschland auf 662 000 und die Fortzüge auf 639 000 (vgl. BAMF 2007: 12).¹⁹

1.3 Forschung über Migration und Gesundheit

In der Phase der Anwerbung reisten vor allem gesunde Menschen nach Deutschland ein und man ging zunächst von einem vorübergehenden Aufenthalt aus. Daher wurden den Themen Gesundheit und medizinische Versorgung der Migranten wenig Bedeutung beigemessen. Eine Stellungnahme zum Nutzen der Ausländerbeschäftigung aus Unternehmersicht aus dem Jahr 1964 veranschaulicht dies:

„In der Regel wird der Ausländer (...) nicht in Betracht kommen für Sonderzuwendungen bei Arbeitsjubiläen sowie für Heilverfahren, Frühheilverfahren und Erholungskuren. Der bei uns arbeitende Ausländer stellt in der Regel die Arbeitskraft seiner besten Jahre zur Verfügung.“ (zit. nach Herbert 2001: 209f.)

Demzufolge gab es auch nur vereinzelt Untersuchungen zur Gesundheit der Arbeitsmigranten. Jedoch überstiegen die – anfangs deutlich niedrigeren – Krankheitsraten der ausländischen Arbeitnehmer bereits Mitte der 1970er Jahre die der deutschen und wiesen so auf Forschungs- und Handlungsbedarf hin (vgl. BMFSFJ 2000: 190). Die Gesundheit der Migranten und damit eventuell verbundene Probleme der Versorgung rückten näher ins Bewusstsein der Forschung. Ein Literaturbericht von 1982 verweist bereits auf über 150 Quellenangaben zum Thema (vgl. Land et al. 1982: 150–170).

Forschungsbeiträge in den 1980er Jahren formulierten dringenden Handlungsbedarf im medizinischen System. Gefordert wurden z. B. Dolmetschendienste, der Einsatz von muttersprachlichem Personal und Fortbildungen für die Mitarbeiter der Regeldienste (vgl. Leyer 1991: 62).

Während bislang vor allem die Erkrankungsrisiken von Arbeitsmigranten im Mittelpunkt standen, erweiterte sich der Blick in den 1990er Jahren auch auf (Spät-) Aussiedler und Flüchtlinge. Des Weiteren gewannen psychosomatische und psychiatrische Themen an Bedeutung.

19 Deutsche Staatsangehörige sind hier eingeschlossen. Diese Zahlen basieren auf der gesetzlichen Meldepflicht beim Wohnungswechsel und unterliegen Einschränkungen: Die Statistik ist fall- und nicht personenbezogen. Eine Person, die mehrfach den Wohnort wechselt, geht also auch mehrfach in die Statistik ein. Andererseits fehlen in der Statistik sowohl nicht gemeldete Umzüge als auch die Daten von illegalisierten Migranten (vgl. BAMF 2007: 12f.).

Seit Mitte der 1990er Jahre haben die Publikationen im Bereich Migration und Gesundheit stark zugenommen. An der interdisziplinären Debatte beteiligen sich Vertreter der Medizin, Psychologie, Sozialwissenschaften, Ethnologie, Pädagogik und den Pflegewissenschaften. Dennoch gibt es weiterhin ungeklärte Fragen und Forschungsbedarf, sowohl bei den Morbiditätsdaten als auch bei der Analyse der Zusammenhänge von Gesundheit, Krankheit und Migrationshintergrund. Die geringe Anzahl an Evaluationsberichten von praktischen Maßnahmen lässt zudem wenig Rückschlüsse auf deren Wirksamkeit zu.

Das Robert Koch-Institut (RKI) resümiert z. B. in Bezug auf Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund, dass das Wissen über die Hintergründe gesundheitlicher Ungleichheit „noch sehr lückenhaft“ sei (RKI 2008: 89). Einige Forscher kritisieren, dass das Thema Migration in den Gesundheitswissenschaften noch zu wenig berücksichtigt werde (vgl. Geiger/Razum 2006: 719; Borde/David 2007: 7f.). Wiedl und Marschalck bemängeln weniger die Forschungsquantität als die unzureichende Theoriebildung. So werde versucht, „komplexe Sachverhalte mit einfachen Konzepten abzubilden“ (Wiedl/Marschalck 2001: 16). Die Forschungsproblematik haben Collatz und Fischer bereits 1998 treffend zusammengefasst: „Die Vielfältigkeit der Phänomene, ihr relativ rascher sozialer Wandel und ihre Komplexität, also die Verflochtenheit ursächlicher, einwirkender oder abhängiger Konstellationen, stellen dabei eine fast unlösbare Aufgabe dar“ (Collatz/Fischer 1998: 21).

Die Komplexität des Forschungsfeldes resultiert unter anderem aus der großen Heterogenität innerhalb der Gruppe, die als Menschen mit Migrationshintergrund zusammengefasst werden. So gibt es Unterschiede in allgemeinen gesundheitsrelevanten Faktoren, z. B. Alter, Geschlecht, Einkommen und Bildungsstand. Aber auch in migrationsspezifischer Hinsicht gibt es Einflussgrößen, von denen Sprachkenntnisse, Aufenthaltsdauer und -status, Wanderungsmotive und Herkunftsland nur einige sind. Dementsprechend heterogen sind sowohl die gesundheitlichen Risiken als auch die Ansprüche und Erwartungen an eine adäquate Versorgung. Um den Einfluss der jeweiligen Faktoren präzise identifizieren zu können, müssten deutlich detailliertere Angaben zu den verschiedenen Variablen erhoben werden. Dem stehen jedoch der Datenschutz und die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen gegenüber (vgl. Butler et al. 2007: 1236). Das RKI weist zudem darauf hin, dass die Analyse von bundesweiten Daten – wie es in der Gesundheitsberichterstattung vorherrschend sei – nur bedingt Rückschlüsse auf regionale

oder lokale Probleme zuliebe (vgl. RKI 2008: 24). Mehrere Autoren kritisieren darüber hinaus, dass die bisherige Forschungsperspektive vor allem auf Krankheit und Risiken ausgerichtet sei. Sie widme den Ressourcen und gesundheitsfördernden Lebensbereichen von Migranten zu wenig Beachtung (vgl. RKI 2008: 89; Wiedl/Marschalck 2001: 17).

1.4 Konzepte zu Gesundheit und Krankheit

Gesundheit und Krankheit sind zwar alltägliche Begriffe, gleichzeitig handelt es sich aber um Konstrukte, die unterschiedlich verstanden werden können. Die Auffassung darüber, was als krank und gesund gilt, wie Krankheit entsteht, welche Rolle dabei internen und externen Faktoren zugesprochen wird und was zur Heilung beitragen kann, variiert sowohl in der Wissenschaft als auch im Laienverständnis²⁰. Gesundheit kann z. B. mit verschiedenen Schwerpunkten und Perspektiven betrachtet werden: als die Abwesenheit von Krankheit, als Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung, als eine Art Gleichgewichtszustand oder wiederum als Flexibilität und Anpassungsfähigkeit (vgl. Franke 2006: 27–42). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) lenkte die Perspektive von messbaren, von außen gesetzten Normen auf das subjektive Empfinden des Einzelnen und verfasste 1946 folgende Definition: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (zit. nach Lang/Faller 1998: 269).

Auch die Vorstellungen von Krankheit können als Konstrukte betrachtet werden. Ob ein Phänomen als Erkrankung bezeichnet wird oder nicht, hängt vom gesellschaftlichen Diskurs ab und unterliegt damit historischen und räumlichen Veränderungen. So wurde Homosexualität früher als Krankheit klassifiziert und ist heute, zumindest in westlichen Industrienationen, eine Lebensform unter vielen anderen. Zeitgeschichtlich relativ neu ist auch die Einschätzung von Alkoholismus als Erkrankung, die einer professionellen Behandlung bedarf. Ein weiteres Beispiel ist der niedrige Blutdruck, der in Deutschland als Krankheitsbild gilt, während er in anderen Ländern lediglich als Normabweichung gehandelt wird. Insbesondere bei der Definition von psychischen Erkrankungen wird der kulturelle Einfluss deutlich, da hier weniger Abweichungen von somatischen Normen, sondern vor allem Abwei-

20 Eine ausführliche Abhandlung über Theorien und Konzepte zu Krankheit und Gesundheit bieten Franke 2006 und Naidoo/Wills 2003.

chungen im sozialen Verhalten als Kriterien herangezogen werden (vgl. Franke 2006: 20f.).

Ebenso vielfältig wie die Definitionsversuche sind Theorien und Vorstellungen darüber, wie Gesundheit und Krankheit entstehen. Franke unterscheidet im wissenschaftlichen Kontext zwischen naturalistischen, psychosomatischen und soziokulturellen Krankheitsmodellen (vgl. ebd.: 117–155). Metaphysische Modelle, also die Erklärung von Krankheit durch übernatürliche Kräfte, haben zwar keine wissenschaftliche Relevanz mehr, sind in Laienkonzepten aber durchaus noch präsent (vgl. Franke 2005: 118f.).²¹ Einen Perspektivwechsel nehmen Gesundheitsmodelle, z. B. die Salutogenese vor, die nicht die Ursachen von Krankheit, sondern die Bedingungen zum Erhalt von Gesundheit erforschen²².

Im Folgenden soll lediglich das biomedizinische Modell aus dem Bereich der naturalistischen Konzepte kurz beschrieben werden, da es als das einflussreichste Konzept in Deutschland gilt (vgl. Geiger 2008: 84; Franke 2006: 10f., 121). Dieser Einfluss erstreckt sich sowohl auf die Medizin, die Politik und das Sozialrecht als auch auf das Alltagsverständnis vieler Menschen. Eine zentrale Annahme ist, dass sich für jede Erkrankung eine kausale Ursache identifizieren lässt. Die Ursache kann z. B. ein Virus, eine genetische Disposition oder auch eine mechanische Einwirkung sein. Jede Krankheit ist klassifizierbar, sie weist spezifische Symptome auf und nimmt ohne Behandlung einen bestimmten Verlauf. Die Behandlung sollte vor allem durch medizinisches Personal erfolgen und auf die Ursache (z. B. Erreger) abzielen (vgl. Franke 2006: 121–125). Das Konzept ist zudem eher krankheits- als patientenzentriert (vgl. Lang/Faller: 257).

Das biomedizinische Modell wurde im 19. Jahrhundert im Kampf gegen die Infektionskrankheiten entwickelt und kann bis heute zweifelsohne große Erfolge bei der Behandlung von Krankheiten vorweisen. Bei einer ganzheitlicheren Perspektive auf Gesundheit greift das Konzept jedoch zu kurz. Seine Reichweite stößt beispielsweise bei der Erklärung von chronischen und degenerativen Erkrankungen schnell an Grenzen.²³ Kritisiert werden zudem

21 Beispielhaft kann hier die Alltagsvorstellung von Krankheit als Prüfung oder als Chance zur Veränderung genannt werden.

22 Weitere Informationen zu Gesundheitsmodellen vgl. Franke 2006: 157-180 und BZgA 2002.

23 Eine Erweiterung des biomedizinischen Modells stellen daher Risikofaktorenmodelle (ebenfalls naturalistisch) dar. Hierbei geht es um die Identifikation von Risikofaktoren

die Ausblendung von sozialen und psychischen Faktoren und die fehlende Perspektive auf den Patienten als Subjekt und Handelnden (vgl. BZgA 2002: 17).

Die Dominanz des biomedizinischen Modells in unserer Gesellschaft ist in zweierlei Hinsicht für diese Arbeit relevant:

Zum einen fokussiert die Wissenschaft – und damit auch die hier bearbeitete Literatur – eher auf Krankheit als auf Gesundheit. So ergab die Recherche zur gesundheitlichen Lage von Migranten nur wenig Ergebnisse über das Gesundheitsverhalten oder subjektive Einschätzungen von Gesundheit. Des Weiteren konzentriert sich die Literatur auf den professionellen Sektor des Gesundheitssystems und vernachlässigt weitgehend den Laiensektor²⁴.

Zum anderen hat das biomedizinische Konzept Auswirkungen auf die medizinische Behandlung von Migranten. Indem es individuelle und soziale Faktoren ausblendet, definiert es sich quasi als „kulturfrei“.²⁵ Da die Erkrankung und nicht der Patient im Mittelpunkt steht, spielen die subjektiven Erklärungsmuster des Patienten und seine Erwartungen an die Behandlung keine Rolle. Nach dem biomedizinischen Modell bedarf es daher keiner Anstren-

(z. B. Rauchen, Übergewicht), die die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung erhöhen (vgl. Franke 2006: 125–128).

24 Der Laiensektor umfasst nach Haufe „das Wissen, das bei jedem Menschen, seiner Familie und seinen Bekannten vorhanden ist und das für den alltäglichen Umgang mit Krankheits-episoden genutzt wird. Laien beziehen ihr Wissen sowohl aus modernen wie auch aus traditionellen medizinischen Erkenntnissen.“ Der dritte Sektor im Gesundheitswesen ist der populärmedizinische Sektor, welcher z. B. Hebammen, Kräuterkenner und Populärpsychologen umfasst (vgl. Haufe 2006: 230).

25 Franke formuliert es folgendermaßen: „Das biomedizinische Verständnis, demzufolge eine Leberzirrhose in Mailand das Gleiche ist wie auf Java und eine bipolare Depression in Sibirien das Gleiche wie in Havanna, greift aus soziokultureller Sicht zu kurz“ (Franke 2006: 149).

gungen für eine migrationssensible Ausrichtung der Versorgung. Haufe verweist m.E. zu Recht darauf, dass auch die Vorstellung, die biomedizinische Sichtweise sei zeitlos, universell gültig und objektiv, ebenfalls ein kulturell gewachsenes Konstrukt ist (vgl. Haufe 2006: 229). Indem sie sich jedoch für kulturübergreifend und in einem gewissen Sinne auch für überlegen erklärt, entzieht sie sich den Aushandlungsprozessen mit anderen kulturellen Konzepten von Gesundheit und Krankheit. Es liegt m. E. nahe, dass dadurch die interkulturelle Kommunikation im Gesundheitswesen erschwert wird.

2 Zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von Migranten

2.1 Daten zum Gesundheitsstand

In diesem Kapitel werden Informationen zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von Migranten zusammengefasst und mit der autochthonen Bevölkerung verglichen. Aufgrund der Fülle des Datenmaterials sowie der Komplexität der Thematik wird hier nur ein Überblick gegeben.¹ Eine wichtige Quelle ist dabei der Bericht „Migration und Gesundheit“ des Robert Koch-Instituts, der im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008 vorgelegt wurde (vgl. RKI 2008). Er stellt bei der gegenwärtigen Literaturlage die bei weitem umfassendste, aktuellste und hinsichtlich Quellenangaben fundierteste Zusammenfassung zu dem Thema dar. In den wesentlichen Ergebnissen deckt sich der Bericht mit anderen Veröffentlichungen.

Die Gesundheitsberichterstattung über Menschen mit Migrationshintergrund unterliegt besonderen Schwierigkeiten. Diese sollen vorab kurz erläutert werden. Die Daten zur gesundheitlichen Lage lassen sich in drei Themenbereiche gliedern: Mortalität (Sterblichkeit), Morbidität (Erkrankungshäufigkeit) sowie Risiko- und Gesundheitsverhalten. Die Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen werden in einem Extrakapitel behandelt. Abschließend werden Forschungsergebnisse zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung dargestellt. Es ist anzumerken, dass es sich um eine vornehmlich deskriptive Zusammenfassung handelt. Eine Diskussion möglicher Einflussfaktoren und Ursachenzusammenhänge erfolgt im Kap. 2.2.

1 Dies bedeutet, dass Untersuchungsergebnisse für einzelne Gruppen von Migranten (nach Aufenthaltsdauer, -status oder Nationalität) nur in Ausnahmen Berücksichtigung finden. Es werden allgemeine Tendenzen im Gesundheitswesen herausgearbeitet, weiterführende Informationen zu Heterogenität und Unterschieden innerhalb dieser Gruppe können den angegebenen Quellen entnommen werden.

2.1.1 *Methodische Probleme bei der Gesundheitsberichterstattung*

Bei der Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund müssen große Einschränkungen hinsichtlich der Vollständigkeit und teilweise auch der Validität gemacht werden. Das Robert Koch-Institut spricht von einer „unzureichenden Datenlage“ (RKI 2008: 8). Ursächlich sind hierfür neben dem bereits konstatierten Forschungsmangel besondere Probleme bei der Gesundheitsberichterstattung, von denen im Folgenden einige benannt werden.²

Für die Gesundheitsberichterstattung werden häufig keine eigenen Daten erhoben, sondern Ergebnisse aus bereits vorhandenen Untersuchungen und Statistiken herangezogen. Als Datenquellen dienen z. B. die Bevölkerungs- und Todesursachenstatistik, der Mikrozensus, das Sozio-oekonomische Panel, das Ausländerzentralregister, die Dokumentation schulärztlicher Untersuchungen und die Statistik der Sozialversicherungsträger (vgl. RKI 2008: 26f.). Die dabei erfassten migrationsspezifischen Daten sind jedoch häufig nicht ausreichend, um die Gruppe der Migranten eindeutig und vergleichbar zu identifizieren (vgl. ebd.: 10). Einige Datenquellen, z. B. die Krankenhausdiagnosestatistik, berücksichtigen diesen Aspekt gar nicht und können demzufolge nicht ausgewertet werden (vgl. Butler et al. 2007: 1234). Andere Erhebungen, z. B. die amtliche Statistik, unterscheidet nur zwischen „deutsch“ und „nichtdeutsch“ (vgl. RKI 2008: 10). Vereinzelt werden Daten zu Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsstatus, Muttersprache, Geburtsland, Einreisejahr und Migrationsstatus erhoben (vgl. ebd.: 26ff.). Die Vielfalt der Kategorien und ihre unterschiedliche Erfassung erschwert die Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

Ein weiteres Problem ist die Wahl der Vergleichsgruppe. Das RKI weist darauf hin, dass gesundheitliche Daten nicht per se ihre Aussagekraft erhalten, sondern erst im Vergleich mit den entsprechenden Werten anderer Bevölkerungsgruppen (vgl. ebd.: 23f.). Zum Vergleich kann die Bevölkerung des Herkunftslandes oder die in Deutschland herangezogen werden, das Bevölkerungsmittel oder die sozialen Gruppen, die in wichtigen Variablen (Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen) vergleichbar sind. Insbesondere Daten zum sozioökonomischen Status sind allerdings häufig nicht verfügbar,

2 Ausführlichere Darstellungen finden sich u.a. bei: Butler et al. 2007; RKI 2008: 10ff., 23-28.

so dass Zusammenhänge nicht eindeutig geklärt werden können (vgl. Butler et al. 2007: 1234).

Neben standardisierten Erhebungen werden von der Gesundheitsberichterstattung auch einzelne regional und zeitlich begrenzte Studien zur Gesundheit von Migranten ausgewertet (vgl. RKI 2008: 25). Diese können jedoch meistens nicht als repräsentativ gelten. Collatz und Fischer merken die sehr unterschiedliche Qualität dieser Forschungsarbeiten und ihre begrenzte Vergleichbarkeit an (vgl. Collatz/Fischer 1998: 21). Zu manchen Fragestellungen liegen nur ältere Studien vor. So greift das RKI in Einzelfällen auf Untersuchungen aus den 1980er Jahren zurück, da keine aktuellen Daten vorliegen (vgl. RKI 2008: 119, Quelle 16 u. 19).

Einige weitere Beispiele verdeutlichen, dass bei der Interpretation von Zahlenmaterial der methodische und gesellschaftliche Hintergrund immer mitberücksichtigt werden muss: Bei den Mortalitätsraten kann es zu Verzerrungen kommen, wenn Migranten während eines Aufenthaltes in ihrem Heimatland sterben und in Deutschland nicht als verstorben gemeldet werden (vgl. ebd.: 32f.). Ebenfalls ungeklärt ist die Frage, ob schwerkranke Menschen mit Migrationshintergrund eher in ihr Heimatland zurückkehren oder aufgrund der besseren Gesundheitsversorgung in Deutschland bleiben (vgl. ebd.: 131). Niedrigere Behandlungsraten geben nicht unbedingt die Erkrankungshäufigkeit wieder, sondern weisen u.U. nur auf größere Barrieren bei der Inanspruchnahme der Versorgung hin. Bei einigen Erhebungsformen (z. B. Interviews, Fragebögen) fallen Patienten, die nicht ausreichend deutsch sprechen, von vornherein aus der Untersuchungsgruppe heraus (vgl. z. B. Butler et al. 2007: 1234). Manchmal beruhen Gesundheitswerte auf eigenen Angaben der Befragten, z. B. dem Gewicht. Es ist jedoch noch ungeklärt, ob kulturell beeinflusste Schönheitsideale hier zu Verzerrungen führen könnten (vgl. RKI 2008: 52).

Diese methodischen Probleme und interpretatorischen Fallstricke sind in zweierlei Hinsicht für die Beschreibung der Gesundheitslage von Migranten bedeutsam. Zum einen muss eine Darstellung zwangsläufig lückenhaft bleiben. Das häufig zugrunde gelegte Kriterium Staatsangehörigkeit lässt Eingebürgerte, (Spät-)Aussiedler und Personen mit doppelter Staatsangehörigkeit unberücksichtigt. Daher konstatiert auch das RKI, dass sich die Gesundheitsberichterstattung stärker an den verfügbaren Daten als am tatsächlichen Informationsbedarf orientiert (vgl. RKI 2008: 131). Zum anderen können die Ergebnisse einzelner Studien oder für Teilgruppen der Migranten

nicht ohne Weiteres verallgemeinert werden. Weitergehende Überlegungen, z. B. auch zum Einfluss anderer Variablen (Aufenthaltsdauer, Bildung, Einkommen etc.) können nur als Vermutungen oder Tendenzen formuliert werden – mit dem Verweis auf weiteren Forschungsbedarf.

2.1.2 *Mortalität*

Nach Ansicht des RKI ist es „schwer zu beurteilen, ob sich die Migration auf die Lebenserwartung auswirkt“ (RKI 2008: 31). Die Sterblichkeit von ausländischen³ Säuglingen, Kindern und Jugendlichen bis 15 Jahren ist leicht erhöht. Für die anderen Altersklassen dagegen liegt sowohl die Gesamtsterblichkeit als auch die Mortalität für einzelne Todesursachen deutlich unter dem Niveau der deutschen Vergleichsgruppe. Die Statistik weist zwar eine signifikant niedrigere Sterberate für über 80-jährige Ausländer auf, allerdings schränken methodische Probleme die Aussagefähigkeit dieser Zahlen ein (vgl. ebd.: 32)⁴.

Der Bericht des RKI gibt wenig Hinweise zu einzelnen Todesursachen. Nach Razum et al. zählen Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen für Migranten zu den häufigsten Todesursachen (vgl. Razum et al 2004: 2885).⁵ Die Auswertung von Langzeitdaten über türkische Staatsangehörige (1980 bis 1997) ergab jedoch, dass ihre Mortalitätsrate für diese Erkrankungen zunächst niedriger war, und sich im Laufe der Zeit der deutschen Vergleichsgruppe angenähert hat (vgl. RKI 2008: 32). Das Risiko der Müttersterblichkeit hat sich für ausländische Frauen seit 1980 deutlich verringert und dem der deutschen angenähert (vgl. ebd.: 33f.).⁶ Für die Unfallsterblichkeit im Straßenverkehr fehlen laut RKI differenzierte Angaben, bislang gibt es keine Hinweise auf eine erhöhte Mortalität für die ausländische Bevölkerung. Auch zum Thema Suizid ist die Datenlage schlecht, es gibt jedoch eher eine

3 Die verschiedenen Kategoriebezeichnungen (Ausländer, Migrant, Zuwanderer) wurden jeweils aus den zitierten Quellen übernommen.

4 Problematisch sind zum einen die geringen Gesamtzahlen in dieser Altersklasse. Zum anderen bildet sich bei älteren Ausländern ein transnationales Lebensmuster heraus, bei dem ein Großteil der Zeit im Herkunftsland verbracht wird. Bei einem Todesfall im Ausland werden sie hier nicht immer als verstorben gemeldet (vgl. RKI 2008: 32f.).

5 Dies entspricht auch den häufigsten Todesursachen in der Gesamtbevölkerung (vgl. Statistisches Bundesamt 2008a)

6 Die Müttersterblichkeit bezeichnet Todesfälle aufgrund von Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt. In den Jahren 2001-2003 war das relative Risiko sogar geringer als für deutsche Frauen. Diese Statistik berücksichtigt aber nicht, dass unter den deutschen Frauen mehr Spät- und Erstgebärende sind (vgl. RKI 2008: 33f.).

geringere Sterblichkeit als bei Deutschen. Der Anteil ausländischer Staatsbürger an den registrierten Drogentoten (10 %) entspricht ungefähr dem Anteil an der Gesamtbevölkerung (vgl. ebd.: 35ff.).

2.1.3 Morbidität

Im Allgemeinen sind Migranten von ähnlichen Erkrankungsrisiken betroffen wie die autochthone Bevölkerung, so z. B. von Erkrankungen des Halte- und Bewegungsapparates, des Herzkreislaufsystems, der Atemwege, Diabetes, Unfälle und Suchterkrankungen (vgl. RKI 2008: 129). Geiger und Razum ergänzen, dass auch Krebserkrankungen häufig vorkommen (vgl. Geiger/Razum 2006: 728). Im Einzelnen lassen sich jedoch Unterschiede in der Prävalenz⁷ feststellen.

Infektionskrankheiten stellen in vielen Herkunftsländern noch ein großes Gesundheitsrisiko dar und werden teilweise „importiert“. So ist das Tuberkuloserisiko für Ausländer 5,3mal so hoch wie für Deutsche (vgl. RKI 2008: 38f.). Zu Hepatitis-B-Infektionen gibt es keine gesicherten Angaben, es wird jedoch ebenfalls ein erhöhtes Risiko für Migranten vermutet. Das Bakterium *Helicobacter pylori* kann Magen-Darm-Erkrankungen auslösen. Untersuchungen zeigen, dass türkische und osteuropäische Kinder (Infektionsrate über 40 %) und ihre Eltern (55–86 %) weit häufiger betroffen sind als deutsche Kinder (5–6 %) und Erwachsene (ca. 25 %). Unter den Personen mit HIV-Neudiagnosen befanden sich 34,1 % nichtdeutscher Herkunft (vgl. ebd.: 40f.)⁸.

Die Datenlage zur ambulanten Versorgung ist problematisch, da in diesem Bereich keine migrationssensiblen Routinedaten (z. B. von den Krankenkassen oder kassenärztlichen Vereinigungen) zur Verfügung stehen (vgl. Butler et al. 2007: 1234).

Das RKI zieht daher in seinem Bericht einzelne Studien heran. Der BKK-Bundesverband verglich 1997 Diagnose und Dauer einer Arbeitsunfähigkeit aller versicherten Mitglieder nach Staatsangehörigkeit. Bei fast allen Erkrankungen lagen das relative Risiko und die relative Dauer bei den

7 Prävalenz bezeichnet die Häufigkeit einer Erkrankung in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe.

8 Das RKI befürchtet, dass es Zugangsbarrieren bei der HIV-Testung gibt und ein Teil der Menschen mit Migrationshintergrund erst spät von ihrer Infektion erfährt (vgl. RKI 2008: 41).

ausländischen Pflichtversicherten höher als bei den deutschen.⁹ Dieser Abstand bleibt auch bestehen, wenn die Daten innerhalb gleicher Berufssparten verglichen werden und kann demzufolge nicht völlig auf sozioökonomische Unterschiede zurückgeführt werden. Bei folgenden Diagnosegruppen war das Risiko für Ausländer deutlich erhöht (1,5- bis 1,9fach): „Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes“, „Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen“¹⁰, bei Frauen zudem „Komplikationen Schwangerschaft und Entbindung“, „psychiatrische Krankheiten“, „Krankheiten des Kreislaufsystems“ und bei Männern „Arbeitsunfälle“ (vgl. RKI 2008: 42ff.).

Die Autoren des 6. Familienberichts gehen zudem von einer verdeckten Krankheitsrate bei ausländischen Arbeitnehmern aus, die auf die Labilität und die latente Bedrohung der Arbeitsverhältnisse zurückzuführen sei (vgl. BMFSFJ 2000: 190). In einer Studie zur Inanspruchnahme von Notfallambulanzen benannten Migranten deutlich mehr Schmerzregionen und stärkere Schmerzen (vgl. Borde et al. 2003: 77).

Verschiedene Untersuchungen deuten laut RKI darauf hin, dass chronische Krankheitsbilder bei älteren Migranten weit verbreitet sind. In einer Hamburger Studie äußerten ausländische Staatsangehörige über 55 Jahre deutlich mehr gesundheitliche Beschwerden als deutsche Vergleichspersonen. Nur 33 % der ausländischen Befragten, im Gegensatz zu 60 % der deutschen, gaben an, keine gesundheitsbezogenen Probleme bei der Alltagsbewältigung zu haben (vgl. RKI 2008: 100f.).

Ausländische, und hier besonders türkische, Arbeitnehmer haben ein deutlich höheres Risiko für Arbeitsunfälle. Türkische Arbeitnehmer sind auch stärker von berufsbedingten Krankheiten betroffen. Für die Gesamtheit der Ausländer gilt dies nicht, sie sterben sogar seltener an Berufskrankheiten als Deutsche (vgl. ebd.: 47ff.).¹¹

9 Ausnahmen bei den Frauen: seltener Diagnose „Neubildung“, kürzere Dauer bei „Arbeitsunfällen“, bei den Männern: seltener Diagnose „Neubildung“, „Ernährungs-, Stoffwechsel- und Immunsystemerkrankungen“, kürzere Dauer bei „Verletzungen und Vergiftungen“/bei „Arbeitsunfällen“ (vgl. RKI 2008: 43f.).

10 Die Häufigkeit dieser Diagnose könnte m.E. auch auf eine schwierige Arzt-Patienten-Kommunikation hinweisen.

11 Das RKI vermutet, dass eine durchschnittlich geringere Anzahl von Berufsjahren und die seit 1950 geringere Nutzung von schädlichen Stoffen (z. B. Asbest) das Risiko für ausländische Arbeitnehmer verringert haben (vgl. RKI 2008: 49)

Menschen mit Migrationshintergrund haben deutlich seltener eine amtlich festgestellte Schwerbehinderung (vgl. ebd.: 49f.).¹²

Aussagen zur Verbreitung von psychischen Erkrankungen sind aufgrund methodischer Probleme, z. B. interkultureller Kommunikationsprobleme bei der Diagnose, schwierig¹³. Auffällig ist jedoch die hohe Rate an psychosomatischen Krankheitsbildern (vgl. BMFSFJ 2000: 191).¹⁴

Viele Flüchtlinge und Asylbewerber haben Verfolgung, Vertreibung sowie Gewalt erlebt. Eine Studie zeigte, dass ca. 40 % der Asylbewerber von post-traumatischen Belastungsstörungen betroffen sind (vgl. AK Migration und öffentliche Gesundheit 2005: 2).

Die bislang angeführten Daten verweisen auf ein erhöhtes Krankheitsrisiko für Migranten. Demgegenüber zeichnen die Daten des Mikrozensus über den generellen Krankenstand zunächst ein anderes Bild: Demnach gab es bei der allochthonen Bevölkerung einen geringeren Anteil an Kranken oder Unfallverletzten als bei der autochthonen (10,7 % und 13,2 %).¹⁵ Dies wird jedoch relativiert, wenn die Daten nach Altersgruppen aufgeschlüsselt werden. Die allochthonen Altersgruppen bis 45 weisen eine geringere, die höheren Altersgruppen jedoch eine höhere Krankenquote auf als die autochthone Bevölkerung (vgl. Statistisches Bundesamt 2007: 272).

Ein ähnliches Bild zeichnet sich auch bei der Einschätzung der subjektiven Gesundheit ab. Eine Auswertung aus dem Jahr 2002 ergab, dass Zuwanderer durchschnittlich weniger zufrieden mit ihrer Gesundheit waren als Deutsche.

12 Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass für den Anerkennungsprozess einer Schwerbehinderung Kenntnisse des Versorgungssystems und der deutschen Sprache wichtig sind. Eventuell ist ein Teil der niedrigen Schwerbehindertenquote daher auch auf Zugangsbarrieren zurückzuführen (vgl. RKI 2008: 50).

13 Näheres zu den methodischen Problemen bei psychischen Erkrankungen vgl. BMFSFJ 2000: 191.

14 Die hohen psychosomatischen Erkrankungsraten von Migranten werden u.a. mit einer Tendenz zur Somatisierung von psychischen Problemen interpretiert. Die Autoren des 6. Familienberichts verweisen jedoch auch auf die Möglichkeit, dass es sich hierbei um „Verlegenheitsdiagnosen“ handelt, die aus einer missglückten Arzt-Patienten-Kommunikation resultieren (BMFSFJ 2000: 189).

15 Definition laut Mikrozensus: „Eine Krankheit oder Unfallverletzung liegt vor, wenn eine Person sich während des Berichtszeitraums in ihrem Gesundheitszustand so beeinträchtigt gefühlt hat, dass sie ihre übliche Beschäftigung nicht voll ausüben konnte (...)“. Unabhängig von der Beeinträchtigung wird zudem als Krankheit gewertet: Körperbehinderung, angeborene Leiden, langfristige Leiden, Vorliegen einer Diagnose von Arzt oder Heilpraktiker (vgl. Statistisches Bundesamt 2007: 337).

Während der Abstand zwischen diesen Gruppen bei den unter 40jährigen noch gering ist, nimmt er mit dem Alter zu (vgl. RKI 2008: 51).

2.1.4 Risiko- und Gesundheitsverhalten

Gegenwärtige Studien weisen darauf hin, dass Frauen mit Migrationshintergrund über 40 Jahre häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind als Frauen ohne Migrationshintergrund. Bei jüngeren Frauen sowie bei Männern ergeben sich kaum Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen (vgl. RKI 2008: 52ff.).

Beim Tabakkonsum zeigt sich folgendes Bild: Ausländische Frauen weisen einen geringeren Prozentsatz an regelmäßigen Rauchern auf als Deutsche, lediglich bei den über 65jährigen ist der Prozentsatz höher. Dagegen ist das Rauchen bei den Männern mit ausländischer Staatsangehörigkeit über die Altersgruppen hinweg stärker verbreitet als bei deutschen (vgl. RKI 2008: 55f.).¹⁶

Zur Medikamentenabhängigkeit liegen keine Daten vor. Auch zum Missbrauch von Alkohol und illegalen Drogen lassen die vorhandenen Ergebnisse keine validen Aussagen zu. Es lässt sich die Tendenz erkennen, dass der Konsum von Alkohol und illegalen Drogen unter ausländischen Staatsangehörigen weniger verbreitet ist als bei Deutschen, sich aber mit zunehmender Aufenthaltsdauer (auch der Kinder und Enkelkinder) angleicht (vgl. ebd.: 56, 59).

2.1.5 Kinder und Jugendliche

Mortalität und Morbidität

Aufgrund des hohen Anteils von Kindern und Jugendlichen, die einen Migrationshintergrund haben, werden die diesbezüglichen Daten in einem Extrakapitel zusammengefasst. Zudem stehen seit dem ebenfalls vom RKI durchgeführten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) aussagefähiger

¹⁶ Eine Analyse zum Rauchverhalten nach Schulabschlüssen wird aufgrund geringer Fallzahlen vom RKI nicht dargestellt. Es lässt sich jedoch die Tendenz erkennen, dass bei Ausländern wie bei Deutschen die Raucherquote mit steigendem Bildungsgrad abnimmt (vgl. RKI 2008: 56).

Daten als für die erwachsene Bevölkerung mit Migrationshintergrund zur Verfügung.¹⁷

Unfälle stellen das größte Sterblichkeitsrisiko im Kinder- und Jugendalter dar. Ausländische Kinder und Jugendliche¹⁸ sind bezüglich der Sterblichkeit etwas seltener betroffen als deutsche (vgl. RKI 2008: 71f.). Zu den unfallbedingten Verletzungsraten im Allgemeinen gibt es jedoch widersprüchliche Ergebnisse. Hier besteht noch Forschungsbedarf, bei dem auch Geschlecht und Herkunftsland berücksichtigt werden sollte (vgl. ebd.: 74). Für allochthone Kinder und Jugendliche gibt es ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken. Dies gilt auch für die zweite Einwanderergeneration (vgl. ebd.: 76).

In einigen Aspekten haben allochthone Kinder und Jugendliche Gesundheitsvorteile gegenüber der autochthonen Vergleichsgruppe. So leiden sie signifikant seltener an Allergien. Dieser Gesundheitsvorteil bleibt auch bestehen, wenn in die Analyse das Wohlstandsniveau einbezogen wurde (vgl. RKI 2008: 77f.). Ausländische Kinder sind zudem nach eigener Einschätzung seltener krank. Andere Untersuchungen bestätigen diesen Trend: Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund leiden z. B. seltener an einer chronischen Erkrankung oder Behinderung (vgl. ebd.: 73f.).

Risiko- und Gesundheitsverhalten

Beim Rauchverhalten sind die Unterschiede zwischen allochthonen und autochthonen Jugendlichen gering (vgl. Statistisches Bundesamt 2007: 8). 19,5 % der Kinder und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund sind übergewichtig (autochthone: 14,1 %). Im Gegensatz zu den Erwachsenen sind hier die männlichen Befragten stärker betroffen (vgl. RKI 2008: 79). Mehrere Studien belegen, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sowohl bei der Mundgesundheit (Kariesbefall) als auch beim Mundgesundheitsverhalten (Zähneputzen, Zahnarztbesuch) ungünstigere Daten aufweisen als die deutsche Vergleichsgruppe (vgl. ebd.: 81ff.). Es gibt Hinweise darauf, dass bei Kindern und Jugendlichen ausländischer Herkunft

17 Im Rahmen des KiGGS wurden zwischen 2003 und 2006 bundesweit 17 642 Personen untersucht. Dabei wurden insbesondere Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund berücksichtigt. Erfasst wurden zudem Staatsangehörigkeit und Geburtsland von Eltern und Kind, Einreisejahr der Eltern, Einreisealter des Kindes, zu Hause gesprochene Sprachen, Migrationsgruppenzugehörigkeit. Bei einigen Analysen wird daher auch zwischen keinem, einseitigem und beidseitigem Migrationshintergrund unterschieden (vgl. RKI 2008: 26, 70).

18 Bei Ergebnissen auf Grundlage der amtlichen Statistik kann jedoch auch in diesem Kapitel häufig nur zwischen deutschen und ausländischen Kindern unterschieden werden.

mit chronischen Erkrankungen eine niedrigere Compliance¹⁹ mit negativen Folgen für die Gesundheit vorliegt (vgl. ebd.: 77). Zum Impfverhalten und zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen legt das RKI differenzierte Analysen vor. Es kann zusammengefasst werden, dass Familien mit Migrationshintergrund diese Versorgung tendenziell seltener in Anspruch nehmen. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer steigt auch die Versorgungsquote (vgl. ebd.: 87ff.).

2.1.6 Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen

Für eine Beurteilung von möglichen Benachteiligungen muss neben dem Gesundheitsstand auch der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung betrachtet werden. Migranten haben grundsätzlich den gleichen rechtlichen Zugang zur Gesundheitsversorgung wie Autochthone²⁰. Eine Ausnahme bilden hier Asylsuchende und Flüchtlinge während ihres Verfahrens sowie illegalisierte Migranten, deren Situation am Ende des Kapitels beleuchtet wird. Trotz der gleichen Anspruchsrechte lassen sich jedoch deutliche Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Leistungen feststellen. Insbesondere bei präventiven Angeboten und Maßnahmen wird eine geringere Nutzung über alle Altersgruppen hinweg verzeichnet (vgl. RKI 2008: 130). Dies schließt z. B. die Gripeschutzimpfung, Krebsfrüherkennung oder Zahnarztprophylaxe ein (vgl. RKI 2005: 136). Bei Kindern verweisen die Daten zu Impfquoten und Früherkennungsuntersuchungen auf schlechtere Zugangsmöglichkeiten (vgl. RKI 2008: 87ff.).

Während Migranten in der Rehabilitation ebenfalls unterrepräsentiert sind, werden Leistungen der kurativen Medizin in ähnlichem Maße wie von Autochthonen in Anspruch genommen (vgl. BMFSFJ 2000: 195). Allerdings kann von der gleichen quantitativen Nutzung nicht darauf geschlossen werden, dass auch eine ähnliche Qualität in der Versorgung vorliegt. Eine Analyse ärztlicher Diagnosen lässt beispielsweise auf Kommunikationsprobleme mit Migranten schließen. So werden im Vergleich häufiger unspezifische Krankheitsbezeichnungen, z. B. Schmerzsyndrom, und psychosomatische Symptome erwähnt. Allgemeinmediziner verschreiben eher Psychopharmaka, vermutlich, weil die Infrastruktur für muttersprachliche psychotherapeutische Hilfe nicht gegeben ist (vgl. ebd.: 189).

19 Die Compliance bezeichnet das Befolgen von ärztlichen Anweisungen im Rahmen einer Therapie (z. B. Tabletteneinnahme, Krankengymnastik, Alkoholabstinenz).

20 Zu Arten des Krankenversicherungsschutzes von Migranten vgl. RKI 2008: 107ff.

Des Weiteren werden eine überproportionale Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und ein häufigerer Arzt-Wechsel verzeichnet. Bei Letzterem wird vor allem eine Unzufriedenheit mit der Behandlung als Grund angegeben (vgl. RKI 2008: 110f.).

Asylbewerber im Verfahren und Migranten mit einer Duldung haben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nur einen eingeschränkten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Es handelt sich im Prinzip um eine Notversorgung im Falle von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, von der es nur wenige Ausnahmen (z. B. Schwangerschaft, Impfungen) gibt (vgl. Mohammadzadeh 2000: 51). Razum et al. kritisieren, dass es gerade unter Flüchtlingen eine hohe Rate von traumatisierten Kriegs- und Folteropfern gibt, die dringend auf professionelle Hilfe angewiesen wären (vgl. Razum et al. 2004: 2887). Nach dem Infektionsschutzgesetz ist bei Flüchtlingen, ebenso wie bei Spätaussiedlern, nach der Einreise eine medizinische Erstuntersuchung (u.a. auf Tuberkulose) vorgesehen. Der Nutzen solcher Screenings ist jedoch umstritten, da die oftmals prekären Wohn- und Lebensbedingungen in Deutschland ebenfalls zum Krankheitsrisiko beitragen können (vgl. Razum et al. 2004: 2884). Auch nach seuchenhygienischen Aspekten können diese Screenings in Frage gestellt werden, da „fremde“ Erreger vor allem durch autochthone Touristen nach Deutschland gebracht werden (vgl. Wiedl/Marschalck 2001: 15).²¹

Die gesundheitliche Versorgung von illegalisierten Migranten ist besonders prekär. Verlässliches Datenmaterial zu ihrem Gesundheitsstand gibt es der Situation entsprechend bislang nicht. Fachleute vermuten, dass es sich ähnlich wie bei anderen Migranten verhält: Zum Zeitpunkt der Migration sind Menschen ohne Papiere vergleichsweise gesund, später setzt sich ihr

21 Die gegenwärtige Praxis kann m.E. nur als zynisch bezeichnet werden: Einerseits wird von den Flüchtlingen gefordert, dass sie sich diagnostischen Maßnahmen unterziehen, deren Nutzen umstritten ist. Sie suggerieren, dass die Bevölkerung in Deutschland vor „fremden“ Erregern geschützt werden müsse. Gleichzeitig wird den Flüchtlingen jedoch ein gleichberechtigter Zugang zu den medizinischen Versorgungsleistungen verweigert, wodurch das Krankheitsrisiko für diese ohnehin vulnerable Gruppe noch erhöht wird.

Die Durchführungsverantwortung der Erstuntersuchung obliegt den Ländern und gewährt ihnen daher Spielraum bei der Ausgestaltung. An dieser Stelle sei daher auf ein Modellprojekt im Bundesland Bremen hingewiesen. Das Bremer Modell zeichnet sich durch zwei Aspekte aus: Die Erstuntersuchung ist migrationssensibel konzipiert und beruht auf freiwilliger Teilnahme. Darüber hinaus wurde die Standardbehandlung zu einer umfangreichen medizinischen Versorgung ausgeweitet, in dem nicht der Seuchenschutz, sondern die Gesundheitsförderung der Flüchtlinge im Vordergrund steht (vgl. Mohammadzadeh 2000: 54f.).

Krankheitsspektrum aus dem des Herkunfts- und dem des Aufnahmelandes zusammen (vgl. Lindert 2003: 144). In Bezug auf gesundheitliche Belastungen und Versorgung gibt es jedoch große Benachteiligungen. Als besondere Gefährdungen können z. B. die generelle Unsicherheit und Unplanbarkeit in vielen Lebensbereichen gelten, sowie ausbeuterische Arbeitsverhältnisse und allgemein ungünstige Lebenssituationen (Unterbringung, Ernährung) (vgl. ebd.). Die gesundheitliche Versorgung gestaltet sich besonders schwierig. Zwar haben auch illegalisierte Migranten einen gesetzlichen Anspruch auf Versorgung, aber sie gehen dabei das Risiko ein, an die Ausländerbehörde gemeldet und ausgewiesen zu werden. Aus diesem Grund gibt es erhebliche Versorgungslücken, in deren Konsequenz z. B. Schwangerschaften und Geburten nicht ärztlich begleitet- und Krankheiten verschleppt werden (vgl. RKI 2008: 117).²²

2.1.7 *Zwischenfazit*

Die gegenwärtige Gesundheitsberichterstattung über Migranten weist erhebliche Forschungslücken auf. Insbesondere die Heterogenität innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe und der Einfluss sozioökonomischer Faktoren sollte in Zukunft stärker berücksichtigt werden. Auch bezüglich der medizinischen Versorgung von Migranten bleiben offene Fragen. Es liegen zwar Daten zur Häufigkeit der Inanspruchnahme vor, aber nur wenige Informationen zur Qualität der Versorgung. Hier sind weitere Untersuchungen z. B. zur Patientenzufriedenheit sowie zum Verlauf und Erfolg von Behandlungen erforderlich.

Aus den bislang vorliegenden Daten kann gefolgert werden, dass Migranten bezüglich ihrer Gesundheitschancen benachteiligt sind: Sie sind zwar nicht per se kränker als die autochthone Bevölkerung, aber ein Migrationshintergrund ist in vielen Bereichen mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko verbunden. Dies gilt sowohl für einzelne Krankheiten als auch bei dem Krankenstand insgesamt. Die Frage, warum sich diese Risiken nicht in Statistiken zur Mortalität niederschlagen, ist noch ungeklärt. Die geringe Inanspruchnahme von präventiven Angeboten weist zudem auf Zugangsbarrieren zu medizinischen Einrichtungen und Leistungen hin. Es ist daher zu vermuten, dass ein Migrationshintergrund auch die Chance auf eine adäquate und zeitnahe Therapie beeinträchtigt.

22 Zu medizinischen Angeboten für illegalisierte Migranten außerhalb der Regelversorgung, z. B. von informellen Netzwerken, vgl. Lindert 2003: 145f.

Die Daten zur Gesundheit von allochthonen Kindern und Jugendlichen zeichnen ein uneinheitliches Bild. Einerseits schätzen sie ihre subjektive Gesundheit höher ein als die autochthone Vergleichsgruppe. Andererseits weisen sie beim Gesundheitsverhalten und bei der Nutzung von Vorsorgeangeboten ungünstigere Werte auf. Um die Auswirkungen dieser Ressourcen und Risiken auf die gesundheitliche Entwicklung zu analysieren wären Langzeitstudien erforderlich.

2.2 Hintergründe und Einflussfaktoren

Eine quantitative Analyse der Daten zu Morbidität, Mortalität und Inanspruchnahme der Versorgung erlaubt noch keine Rückschlüsse auf die Hintergründe des höheren Krankheitsrisikos von Migranten. Im folgenden Kapitel sollen daher verschiedene Faktoren dargestellt werden, die als mögliche Einflussgrößen diskutiert werden. Neben migrationsspezifischen Erklärungsansätzen nehme ich auch Bezug auf die sozioökonomische Lage, um eine Kulturalisierung²³ sozialer Probleme zu vermeiden. Die möglichen Einflussfaktoren sind jedoch nur theoretisch voneinander abgrenzbar, in der Lebenswirklichkeit sind sie eng miteinander verwoben. So können fehlende Sprachkenntnisse zu einem Informationsdefizit über entsprechende Angebote führen, die soziale Lebenssituation hat Einfluss auf die Arzt-Patienten-Kommunikation und die migrationsspezifischen Zugangsbarrieren sind Ausdruck einer subtilen Diskriminierung von Allochthonen.

2.2.1 Sozioökonomische Lage

Der Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit wird in der Literatur viel diskutiert (vgl. Mielck 2005; Richter/Hurrelmann 2006). Untersuchungen zu Morbidität und Mortalität zeigen eine deutliche Abhängigkeit zwischen den beiden Variablen. So haben Personen mit niedrigem sozialem Status größere Risiken, zu erkranken oder früher zu sterben, als Personen mit höherem Status (vgl. Mielck 2005: 47). Die möglichen Ursachen und Wechselbeziehungen sind dabei äußerst komplex und nicht vollständig geklärt.

23 Kulturalisierung bezeichnet eine reduktionistische Wahrnehmung und Erklärung von Phänomenen oder Konflikten. Dabei wird die Bedeutung kultureller Hintergründe übermäßig betont, während andere Einflussfaktoren vernachlässigt werden. In diesem Falle wäre es kulturalisierend, die größeren Erkrankungsrisiken von Migranten vor allem auf ihre Herkunft zurückzuführen. Dabei bliebe ihre soziale Lage in Deutschland und ihre Benachteiligung in vielen Lebensbereichen unberücksichtigt.

Mielck geht in einem Erklärungsmodell davon aus, dass soziale Ungleichheit einen Einfluss auf die Bereiche gesundheitliche Belastungen, Bewältigungsressourcen, gesundheitliche Versorgung und Gesundheitsverhalten hat und sich Unterschiede in diesen Bereichen wiederum auf den Gesundheitsstand auswirken (vgl. ebd.: 53).

Die soziale Lage bzw. der sozioökonomische Status von Personen wird in Untersuchungen häufig anhand der Merkmale Bildung, beruflicher Status und Einkommen festgelegt (vgl. ebd.: 8). Ein Blick in die Daten des Mikrozensus von 2005 zeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund im Durchschnitt in allen drei Bereichen benachteiligt sind.

So steht Migranten im Schnitt nur 79 % des durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommens der Gesamtbevölkerung zur Verfügung (vgl. Integrationsbeauftragte 2007: 14). 28,2 % der Migrationsbevölkerung lebt unterhalb der Armutrisikogrenze (60 % des Durchschnittseinkommens) (vgl. RKI 2008: 22). Auch bei der Bildungsbeteiligung werden Unterschiede deutlich: 9,6 % der Migranten haben keinen allgemeinen Schulabschluss (Autochthone: 1,5 %) und 39,0 % keinen beruflichen Abschluss (Autochthone: 23,2 %) (vgl. Statistisches Bundesamt 2007: 8). Personen mit Migrationshintergrund, insbesondere Frauen, sind häufiger erwerbslos, unter den Erwerbstätigen sind vergleichsweise mehr Arbeiter und weniger Angestellte und Beamte vertreten (vgl. ebd.).

Die festgestellten höheren Erkrankungsrisiken von Migranten liegen daher zum Teil in der sozialen Lage und den damit verbundenen Lebens- und Arbeitsbedingungen begründet. Insbesondere die erste Generation der Arbeitsmigranten war besonders gesundheitsgefährdenden Belastungen ausgesetzt (vgl. RKI 2008: 100): Sie wurde häufig in Industriebereichen eingesetzt, die Akkord- und Schichtarbeit sowie schwere körperliche Arbeit erforderten und war schädigenden Einflüssen wie Lärm und Giftstoffen ausgesetzt. Viele Überstunden standen fehlenden Regenerationsmöglichkeiten und schlechten Wohnbedingungen gegenüber. Auch die erhöhte Unfallquote von Migranten wird auf höhere Risiken am Arbeitsplatz zurückgeführt (vgl. ebd.: 46). Beengte Wohnverhältnisse begünstigen zudem die Ausbreitung von Infektionskrankheiten, z. B. Tuberkulose (vgl. ebd.: 39).

2.2.2 Rechtliche Situation

Zur Vollständigkeit soll hier noch einmal auf die rechtlichen Einschränkungen für Asylsuchende und Flüchtlinge im laufenden Verfahren sowie für

illegalisierte Migranten hingewiesen werden. Doch auch unter anderen Migrantengruppen kann es Verunsicherungen bezüglich der Rechtslage geben. Bei einer Befragung von polnischen Arbeitsmigranten wurden z. B. Befürchtungen geäußert, im Krankheitsfall oder bei einem Unfall keinen Versicherungsschutz zu haben (vgl. RKI 2008: 107).

An dieser Stelle kann nicht diskutiert werden, ob die Art des Versicherungsschutzes Auswirkungen auf die Gesundheit hat. Es sei jedoch darauf verwiesen, dass der Anteil der Personen mit einer privaten Krankenversicherung in der autochthonen Bevölkerung fast dreimal so hoch ist wie in der allochthonen Bevölkerung (vgl. RKI 2008: 108).

2.2.3 Kommunikative Zugangsbarrieren

Informationsdefizite

Die geringere Teilhabe von Migranten an Versorgungsleistungen wird auch auf Informationsdefizite oder differierende Erwartungen zurückgeführt. Das ausdifferenzierte deutsche Gesundheitswesen mit ambulanter und stationärer Versorgung durch verschiedenste Anbieter sowie die Möglichkeiten von Prävention und Rehabilitation sind häufig nicht bekannt bzw. transparent genug. Dies gilt in besonderem Fall, wenn sich das Gesundheitssystem der Herkunftsländer stark von dem hiesigen unterscheidet. In vielen Herkunftsländern (z. B. Türkei, ehemalige Sowjetunion) ist das Prinzip der Gesundheitsförderung und Prävention kaum im Leistungsspektrum verankert (vgl. RKI 2008: 121). Ältere Migranten kennen sich mit dem vielschichtigen Altenhilfesystem nicht aus (vgl. Razum et al. 2004: 2886). Bei einigen Migrantengruppen wurde zudem ein vergleichsweise geringer Kenntnisstand über den eigenen Körper und seine Funktionen berichtet (vgl. RKI 2008: 109).

Sprachliche Barrieren

Eingeschränkte deutsche Sprachkenntnisse können die Nutzung von Gesundheitsleistungen in vielen Bereichen beeinträchtigen, z. B. im Zugang zu Einrichtungen und zu allgemeiner Information. Aber auch die direkte Kommunikation mit dem medizinischen Personal wird erschwert und kann gegebenenfalls Fehldiagnosen und Fehlbehandlung nach sich ziehen. Die Möglichkeit einer mündigen Entscheidung seitens des Patienten über einen Eingriff oder die Weiterbehandlung (informed consent) ist bei Verständigungsschwierigkeiten kaum gewährleistet. In einer Untersuchung von Dreissig bezeichneten

Klinikmitarbeiter sprachliche Schwierigkeiten als die bei weitem gravierendste Ursache für Kommunikationsprobleme (vgl. Dreissig 2005: 114).

Bei einer Erhebung 2004 gaben 80 % der (Spät-)Aussiedler an, über gute deutsche Sprachkenntnisse zu verfügen, deutlich weniger waren es bei Zuwanderern aus Südwesteuropa (64 %), dem ehemaligen Jugoslawien (67 %) und der Türkei (54 %) (vgl. Statistisches Bundesamt 2006: 568). Ein Teil der Migranten sind zudem Analphabeten, hatte nur eine kurze Schulbildung oder Defizite im spezifischen Vokabular für Gesundheit und Körper (vgl. Geiger/Razum 2006: 733).²⁴

Diese Sprachprobleme werden von den Einrichtungen im Gesundheitswesen noch nicht ausreichend berücksichtigt. Geiger und Razum konstatieren einen Mangel an muttersprachlichen Informationen und visuellen Kommunikationshilfen für Analphabeten (vgl. ebd.: 733). Dolmetschkosten werden von den Krankenkassen nicht direkt übernommen, sondern müssen von den Einrichtungen getragen werden, die aufgrund von Sparzwängen daher zunächst nach anderen Lösungen suchen (vgl. Ledyaikina et al. 2007: 107). In der Praxis übernehmen die Sprachmittlung daher häufig Angehörige des Patienten oder Mitarbeiter der Kliniken.²⁵ Einige Einrichtungen haben einen klinik-internen Dolmetscherdienst etabliert²⁶. In Ausnahmefällen wird auch auf Mitpatienten oder Reinigungspersonal zurückgegriffen. Dies ist jedoch äußerst problematisch, da weder die Vertraulichkeit der Informationen noch eine fachlich korrekte Übersetzung gewährleistet werden können. Letzteres gilt auch für die Sprachmittlung durch Familienangehörige. Insbesondere Kinder können sich zudem in einem Rollenkonflikt befinden, wenn sie z. B. schambesetzte Inhalte oder eine schwerwiegende Diagnose übermitteln sollen (vgl. Ilkic 2007: 1587). Bei stationären Aufenthalten oder vor operativen Eingriffen haben Migranten jedoch das Recht, auf den Einbezug eines Dolmetschers zu bestehen (vgl. RKI 2008: 114).²⁷

24 Eine Befragung in Berliner Krankenhäusern 2005 ermittelte, dass bei ca. 5 % aller Patienten eine Verständigung nur sehr schwer oder gar nicht möglich war (vgl. Deininger 2007: 22).

25 Aus der Studie von Dreissig geht hervor, dass die Sprachmittlung durch Angehörige sowie auch eine Verständigung mit „Händen und Füßen“ in Kliniken gängige Praxis ist (vgl. Dreissig 2005: 117ff.).

26 Ein dokumentiertes Beispiel ist das städtische Klinikum München (vgl. Wesselman 2007).

27 Es bleibt jedoch fraglich, inwieweit die Patienten über diese Rechtssicherheit informiert sind und darauf bestehen.

In einigen urbanen Räumen ist die Infrastruktur etwas besser, da hier kommunale Dolmetscherpools aufgebaut worden sind. Die Mitglieder sind in sozialen und gesundheitlichen Themen sowie in Sprachmittlung geschulte Migranten und können von Einrichtungen angefordert werden.²⁸

2.2.4 *Kulturell beeinflusste Konzepte zur Gesundheit*

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass Gesundheit und Krankheit Konstrukte sind, die unterschiedlich verstanden werden können. Neben anderen Faktoren beeinflusst auch die kulturelle Herkunft, „was wir als Gesundheitsstörung und Krankheit bezeichnen, und wie wir sie äußern, welche Ursachen von Krankheiten wir annehmen und welche Wünsche und Erwartungen wir an die Behandlung richten“ (Collatz/Fischer 1998: 24).

Unterschiedliche Krankheitskonzepte können sich dahingehend auswirken, ob und wann sich jemand krank fühlt, ob und wann er deswegen welche Art von medizinischer Hilfe sucht. In der Kommunikation mit dem medizinischen Personal kann es zu Missverständnissen und damit zu Fehldiagnosen und Fehlbehandlung kommen. Dies führt zu Unzufriedenheit auf beiden Seiten. Auch die Compliance des Patienten hängt davon ab, ob er Ursache und Lösung eines gesundheitlichen Problems ähnlich wahrnimmt wie der Behandler.

Kulturelle Einflüsse auf das Gesundheitsverhalten und in der Arzt-Patienten-Kommunikation werden in der Literatur sehr häufig berichtet, an dieser Stelle wird nur eine Auswahl genannt:

So gibt es in einigen Migrantengruppen religiöse oder magisch-volksmedizinische Erklärungsmuster, die häufig mit naturwissenschaftlichen Theorien koexistieren oder sich mit ihnen vermischen. Krankheit wird dann als Strafe für religiöses Fehlverhalten oder als Folge von Verwünschungen oder dem „bösen Blick“ gedeutet. Bei gesundheitlichen Beschwerden wird dann eher ein religiöser Heiler oder Abhilfe durch magische Rituale gesucht als eine medizinische Einrichtung (vgl. Zielke-Nadkarni 2007: 199ff.; Collatz 2001: 11). Auch der Rückgriff auf informelle Systeme wie Familie und Nachbarschaft im Krankheitsfall kann sinnvoll sein, im ungünstigen Fall jedoch eine wichtige professionelle Hilfe verzögern (vgl. BMFSFJ 2000: 189). Unterschiedliche Körperbilder werden als eine Ursache für die Neigung zum

28 Beispiele dafür sind der Gemeindedolmetscherdienst in Berlin (vgl. Gesundheit Berlin e.V. o.J.) und Hannover (vgl. Salman 2007).

Übergewicht bei Kindern und Frauen mit Migrationshintergrund diskutiert (vgl. RKI 2008: 53f., 80). Die Ernährungsgewohnheiten können sich direkt und indirekt auf die Zahngesundheit auswirken. Eine zuckerreiche Kost erhöht das Kariesrisiko, eine traditionell zuckerarme Ernährungsweise kann hingegen mit einem geringen Problembewusstsein für Karies einhergehen (vgl. ebd.: 82). Häufig wird erwähnt, dass Migranten körperliche Beschwerden eher ganzheitlich schildern. Die Tendenz zu dramatischen und schmerzbetonten Äußerungen führt aber zu Irritationen und Unverständnis beim Personal (vgl. Razum et al. 2004: 2887). Die unterschiedliche Wahrnehmung, Interpretation und Äußerung von Symptomen erhöht gerade im psychiatrischen Bereich die Gefahr von Fehldiagnosen (vgl. BMFSFJ 2000: 191).

Kulturelle Hintergründe von Patienten und ihren Erkrankungen werden im Gesundheitswesen zu wenig berücksichtigt. Dies kann auch als Folge des biomedizinischen Paradigmas gewertet werden. Denn dessen vorgeblich kulturfreie Perspektive läuft Gefahr, Phänomene anderer Kulturen zu ignorieren, abzuwerten oder gar zu pathologisieren (vgl. Geiger 2008: 84). Es ist allerdings hinzuzufügen, dass auch die gegenteilige Strategie, also das Überbetonen von kulturellen Unterschieden, problematisch ist.²⁹

2.2.5 *Migrationsspezifische Belastungen*

Für Menschen mit eigener Migrationserfahrung ist die Migration ein einschneidendes Lebensereignis und kann grundsätzlich Chancen und Risiken für die Gesundheit beinhalten. Migration kann eine Verbesserung der Lebensumstände bedeuten, als befreiendes Ereignis erlebt werden und durch die erfolgreiche Bewältigung von Krisensituationen auch Ressourcen und Kompetenzen fördern. Aber es gibt auch Begleitumstände einer Migration, die eine Gesundheitsgefährdung darstellen. Insbesondere gilt dies für Flüchtlinge und Asylbewerber, wenn sie durch Gewalterfahrungen in Form von Verfolgung, Haft oder Folter traumatisiert wurden (vgl. Geiger/Razum 2006: 729). Ähnliches gilt für Opfer von Menschenhandel mit den damit verbundenen Gefahren für die physische und psychische Gesundheit (vgl. ebd.). Aber auch eine freiwillig erfolgte Migration kann psychosoziale Be-

29 Eine Gefahr der Kulturalisierung ist m.E. bei Handbüchern wie von Becker et al. (2001) gegeben: Dieser „Leitfaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis“ geht ausführlich auf religiöse und kulturelle Bräuche der Herkunftskulturen ein. Er berücksichtigt jedoch weder die Dynamik und Heterogenität von Kulturen noch die Diskriminierungserfahrungen von Migranten bzw. die wechselseitigen stereotypen Zuschreibungen von Personal und Patienten.

lastungen zur Folge haben, z. B. durch die (vorübergehende) Trennung von Familienangehörigen und dem Verlassen eines sozialen Netzwerks. In der Zeit nach der Migration sind unklare rechtliche Rahmenbedingungen und das Leben in Sammelunterkünften potentiell belastend (vgl. Razum et al. 2004: 2883). Als psychische Folgebelastungen werden zudem unsichere Zukunftsorientierungen, Ohnmachts- und Verlustgefühle sowie Identitätskrisen genannt (vgl. Collatz/Fischer 1998: 24).

2.2.6 Vorurteile, Diskriminierung und rassistische Gewalt

Menschen mit Migrationshintergrund sind in der BRD von Diskriminierung und Rassismus betroffen. Dabei sind Gewaltdelikte gegen Migranten die extremste Form. Auch im Alltag erleben Migranten offenen und versteckten Rassismus, da fremdenfeindliche Einstellungen in der Bevölkerung weit verbreitet sind. Im Bericht der Integrationsbeauftragten werden Studien zitiert, nach der fast 60 % der Deutschen zur Ansicht tendieren, es lebten zu viele Ausländer in Deutschland. Der Aussage, ausländische Arbeitnehmer sollten in Zeiten knapper Arbeitsplätze zurückgeschickt werden, stimmten 22 %–35 % zu (vgl. Integrationsbeauftragte 2007a: 110). Diskriminierungserfahrungen stellen eine psychosoziale Belastung für die Betroffenen dar und können dadurch ein Stressor für die Gesundheit werden. Auch eine Haltung, die Migranten als besonders hilfebedürftig betrachtet und ihre Ressourcen negiert, ist in letzter Konsequenz eine Entmündigung und Ausgrenzung (vgl. Schmacke 2002: 557).

Als nachhaltiger wenn auch nicht unbedingt bewusster Ausgrenzungsmechanismus können auch die genannten Zugangsbarrieren für Migranten zu den Versorgungsleistungen betrachtet werden. Medizinische Hilfsangebote, die auf eine Mitverantwortung des Patienten abzielen, sind häufig ethnozentristisch konzipiert und erreichen die Zielgruppe der Migranten daher nur schwer. Dies wird insbesondere bei Präventionsangeboten bemängelt (vgl. Bellwinkel 2008: 50; RKI 2008: 121f.). Nach Schmacke ist auch die verbreitete Denkfigur „die sollen Deutsch lernen“ ein Beispiel für wirksame Ausgrenzung.³⁰ Sie verkenne zum einen die Problematik des Zweitspracherwerbs und zum anderen die Weigerung der Gesellschaft, sich mit der Spra-

30 Dieses Denkschema wird auch in der Studie von Dreissig erwähnt: „Befragt nach Sprachproblemen, regten sich viele Mitarbeiter – mit oder ohne Migrationshintergrund – über zugewanderte Patienten auf, die auch nach jahrelangem Aufenthalt in Deutschland nur über sehr geringe Deutschkenntnisse verfügen. Häufig begegnete man dem mit Unverständnis, stellenweise auch mit Ärger“ (Dreissig 2005: 127).

chenvielfalt strukturell auseinanderzusetzen. Schmacke kritisiert zudem, dass der Spracherwerb zu wenig institutionell unterstützt und dass das medizinische Personal nicht für unterschiedliche Sprachcodes geschult werde (vgl. Schmacke 2002: 556).

Ethnozentristische Haltungen, Stereotype und Rassismus beim medizinischen Personal können ebenfalls als Zugangsbarrieren wirken. Ethnozentristische Sichtweisen drücken sich z. B. in den im medizinischen Kontext kursierenden Begriffen „transalpines Syndrom“, „Mittelmeersyndrom“ oder „Mitternachtstürken“ aus.³¹ Weitere Beispiele finden sich in der Studie von Ghaeni, bei der medizinisches Fachpersonal befragt wurde: So wurden die anderen Besuchsgewohnheiten bei allochthonen Familienangehörigen „als fremd und teilweise störend empfunden“, die Frauen- und Männerrollen als „unverständlich und fremd geschildert“. Die Fachkräfte beschrieben die Versorgung von Patienten mit geringen Deutschkenntnissen als wesentlich anstrengender und zeitaufwändiger und reagierten mit Aggressivität, Hilflosigkeit oder Unsicherheit (vgl. Ghaeni 1999: 26–29).³²

Fatal kann auch eine Form der Arzt-Patienten-Kommunikation werden, die Brucks und Wahl als „Einverständnis im Missverständnis“ bezeichnet haben. Demnach sprechen sowohl der Patient als auch der Arzt mögliche psychosoziale Hintergründe von körperlichen Beschwerden nicht an, da jeweils kein Verständnis vom Gegenüber erwartet wird. Stattdessen wird nur über die somatische Ebene kommuniziert und ein Medikament verschrieben – obwohl dies eigentlich beide Seiten für unzureichend halten (vgl. Brucks/Wahl 2003: 16f.).

2.2.7 *Gesundheitliche Ressourcen*

Es wurde bereits erwähnt, dass die Forschung aus salutogenetischer Perspektive – also mit der Fragestellung, was Menschen gesund erhält – noch nicht weit fortgeschritten ist. Dennoch lassen sich in der Literatur auch Hinweise auf gesundheitsfördernde Aspekte finden.

31 Gemeint sind die stärkere und ganzheitlichere Schmerzäußerung sowie die häufigere Nutzung von Notfallambulanzen.

32 Hier soll keine Schuldzuweisung an einzelne Fachkräfte erfolgen. Von den Befragten wurden auch positive Eindrücke berichtet, z. B. über die Unterstützung bei der Pflege oder im Umgang mit Neugeborenen (vgl. Ghaeni 1999: 28, 30). Ein Grund für Konflikte kann in einer Überforderung des Personals beim Handeln in interkulturellen Kontexten liegen. Die geschilderten Aussagen verweisen jedoch auf strukturelle Defizite in der Ausbildung (interkulturelle Kompetenz) und in der Einrichtung (hohe Arbeitsbelastung).

Ein häufig angeführtes Phänomen ist der sogenannte „Healthy-Migrant-Effekt“. Ähnlich wie in einigen anderen Einwanderungsländern lässt sich auch in Deutschland eine im Vergleich niedrigere Mortalität von Zuwanderern feststellen, die nur zum Teil durch statistische Verzerrungen erklärt werden kann. Hintergründe und Auswirkungen des „Healthy-Migrant-Effekts“ sind noch umstritten³³. Als Gründe werden z. B. Auswahleffekte bei der Migration vermutet, da sich vor allem gesunde Menschen zur Migration entschließen (vgl. RKI 2008: 32f.). Bei vielen Arbeitsmigranten in Deutschland waren gesundheitliche Tests sogar Voraussetzung für eine Anwerbung. Ein weiterer Erklärungsansatz ist die niedrigere Prävalenz für Herz- und Krebserkrankungen in manchen Herkunftsländern – das relativ niedrige Risiko wirkt sich auch nach der Migration aus (vgl. Geiger/Razum 2006: 728). Auch eine gesündere mediterrane Ernährung wird als positiver Faktor diskutiert (vgl. RKI 2008: 32). Familiärer Zusammenhalt und verwandtschaftliche Netzwerke können wichtige Ressourcen gegenüber gesundheitlichen Belastungen sein. Zudem können viele Migrantinnen der ersten Generation auf ein umfangreiches, traditionelles Laienwissen über Erkrankungen und ihre Behandlung zurückgreifen (vgl. BMFSFJ 2000: 186f.).

Im Vergleich zur autochthonen Bevölkerung sind Migranten größeren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Da der medizinische Standard in Deutschland jedoch höher ist als in vielen Herkunftsländern, kann die Migration für den Einzelnen auch Gesundheitschancen ermöglichen (vgl. Geiger/Razum 2006: 729). So ist z. B. für ältere Migranten aus der Türkei die hiesige Gesundheitsversorgung das zweitwichtigste Motiv (nach den Kindern und Enkelkindern), in Deutschland zu bleiben (vgl. RKI 2008: 61).

33 Eine kritische Auseinandersetzung findet sich bei Razum 2006.

3 Ansätze zur Interkulturellen Öffnung der Versorgungssysteme

Im vorangegangenen Kapitel wurde gezeigt, dass ein Migrationshintergrund die Krankheitsrisiken erhöhen und den Zugang zur medizinischen Versorgung erschweren kann. Im folgenden Kapitel sollen daher Ansätze zur Verbesserung der Chancengleichheit vorgestellt werden. Zunächst wird der allgemeine Handlungsbedarf im Gesundheitswesen erläutert und ein Überblick über den gegenwärtigen Stand migrationssensibler Projekte im Bundesgebiet gegeben. Anschließend erfolgt eine Erörterung und Bewertung der gesundheitspezifischen Inhalte im Nationalen Integrationsplan. Das Konzept der Interkulturellen Öffnung von einzelnen Einrichtungen im Gesundheitswesen wird im nachfolgenden Kapitel 4 ausführlich vorgestellt.

3.1 Handlungsbedarf im Gesundheitswesen

Menschen mit Migrationshintergrund sind bezüglich der Krankheitsrisiken und beim Zugang zur medizinischen Versorgung benachteiligt. Die Zahlen des Mikrozensus haben gezeigt, dass es sich hierbei nicht um eine kleine Gruppe, sondern um fast ein Fünftel der Gesamtbevölkerung handelt. Eine migrationssensible Ausrichtung des Gesundheitswesens und der Abbau von Zugangsbarrieren sind unumgänglich. Insbesondere für den hohen Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist eine Annäherung der Chancengleichheit wichtig. Aber auch die wachsende Zahl an älteren Migranten mit gesundheitlichen Problemen bedarf einer angemessenen Versorgung. Eine größere Versorgungsgerechtigkeit ist dabei nicht nur für den einzelnen, sondern auch für die ganze Gesellschaft positiv. Denn eine effektive und effiziente Versorgung nutzt auch den medizinischen Fachkräften und Einrichtungen sowie den Kostenträgern (vgl. Bellwinkel 2008: 52). Dabei ist die Gesundheitsförderung von Migranten nach Ansicht der Integrationsbeauftragten Böhmer „Integrationsförderung im besten Sinne“. Denn nur wer gesund sei, könne sich in die Gesellschaft einbringen (Integrationsbeauftragte 2007b: 7).

Als Ursache für die höheren Erkrankungsrisiken von Migranten werden verschiedene Einflussfaktoren diskutiert. Dementsprechend vielschichtig sind die Forderungen zur Verbesserung der Chancengleichheit. Hier soll ein kurzer Überblick gegeben werden:

Unbestritten ist die Notwendigkeit einer Interkulturellen Öffnung der Regelversorgung im Gesundheitswesen (vgl. Integrationsbeauftragte 2007b: 7; Grieger et al. 2007: 19; Bellwinkel 2008: 51; AK Migration und öffentliche Gesundheit 2005: 10). Dazu gehört auch, dass die Zugangsbarrieren für Migranten erkannt und abgebaut werden müssen.

Für bessere sprachliche Verständigungsmöglichkeiten wird die flächendeckende Einführung von Dolmetscherdiensten gefordert. Auch die Bereitstellung von mehrsprachigen Informationsmaterialien wird als sinnvoll erachtet. Die Gestaltung sollte kultursensibel und mit Blick auf das Bildungsniveau der jeweiligen Zielgruppe erfolgen (vgl. Razum et al. 2004: 2887; RKI 2008: 132).

Bei der Konzeption von migrationssensiblen Angeboten sollte die Partizipation durch Migranten und ihrer Selbstorganisationen selbstverständlich sein (vgl. Razum et al. 2004: 2887, Bellwinkel 2008: 51).

Auch die Bedeutung von muttersprachlichem Personal für die Nutzung von Angeboten wird hervorgehoben (vgl. BMFSFJ 2000: 187). Gesetzliche Änderungen, die die Approbation für ausländische Staatsbürger erleichtern, sind hierfür notwendig (vgl. AK Migration und öffentliche Gesundheit: 3).

Neben der Forderung nach einer Interkulturellen Öffnung der Regeldienste wird auch der Erhalt bzw. Aufbau von migrationsspezifischen Angeboten thematisiert. Für Problemlagen, in denen spezialisiertes Wissen und Erfahrungswerte unabdingbar sind, werden Spezialzentren für notwendig erachtet. Dies gilt z. B. für die Behandlung von Folteropfern, bei der Suchthilfe und Psychotherapie sowie bei seltenen, genetischen Erkrankungen (vgl. RKI 2008: 116). Weitere Spezialangebote für Migranten gelten als unbezahlbar und auch nicht sinnvoll. Razum et al. sehen zudem die Gefahr, dass den Spezialdiensten eine „Alibifunktion“ zukommt, welche die Regeldienste von einer migrationssensiblen Ausrichtung entlastet (vgl. Razum et al. 2004: 2887). Schmacke befürchtet zudem, dass die Forderung nach Spezialangeboten einer Ethnisierung sozialer Probleme Vorschub leistet (vgl. Schmacke 2002: 558).

Der AK Migration und öffentliche Gesundheit appelliert an die Bundesländer, das Stadt-Land-Gefälle bei der Versorgung von Migranten durch strukturelle Maßnahmen zu verringern (2005: 5).

Nach Ansicht der Autoren des 6. Familienberichtes orientiert sich die Gesundheitspolitik zu sehr am professionellen kurativen Sektor. Dabei würden die Potentiale der Familien in der Krankheitsvorbeugung und -pflege vernachlässigt. Durch eine Verzahnung von Laien- und professionellen Gesundheitssystemen könnten Synergieeffekte entstehen (vgl. BMFSFJ 2000: 187).

Der AK Migration und öffentliche Gesundheit hebt die Mängel bei der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden hervor und empfiehlt die Übernahme des Bremer Modells.¹ Die prekäre Situation von illegalisierten Migranten verweist ebenfalls auf dringenden politischen Handlungsbedarf. Der AK plädiert für die Gewährung medizinischer Hilfen ohne Koppelung an die Meldepflicht. Er verweist auf das italienische Vorgehen, bei dem die Behandlung anonym erfolgt und über ein Fondsmodell finanziert wird (vgl. AK Migration und öffentliche Gesundheit: 2f.).

Die unzureichende Datenlage über den Gesundheitsstand der verschiedenen Gruppen innerhalb der Migrationsbevölkerung erschwert die Entwicklung von zielgerichteten Präventionsmaßnahmen. Es wird daher gefordert, bei der Gesundheitsberichterstattung mehr migrationspezifische Variablen zu erheben (vgl. Butler et al. 2007: 1238; RKI 2008: 121, 132).

Das RKI hält zudem eine stärkere Evaluierung von Maßnahmen für erforderlich, da auch gut gemeinte Ansätze nicht zwangsläufig wirksam und hilfreich für die Zielgruppe seien (vgl. RKI 2008: 132). Razum et al. setzen sich für Praxisnetzwerke zur Förderung eines migrations- und kultursensiblen Wissensmanagement ein. Dabei sollten auch Erfahrungen aus anderen Ländern mit einbezogen werden (vgl. Razum et al. 2004: 2887).

Ein niedriger sozioökonomischer Status von Migranten hängt mit höheren Erkrankungsrisiken zusammen. Daher tragen auch alle Maßnahmen, die auf eine Verringerung der sozialen Ungleichheit abzielen, z. B. Bildungsförderung, langfristig zu einer besseren Gesundheit bei (vgl. RKI 2008: 133).

1 Vgl. Kapitel 2.1.6.

3.2 Migrationssensible Projekte

Bis Anfang der 1990er Jahre wurde das Thema Migration bei der Gestaltung von Angeboten im Gesundheitsbereich kaum berücksichtigt (vgl. Geiger 2008: 73). 1994 wurde der Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit gegründet. Er dient sowohl dem internen interdisziplinären Austausch als auch der Beratungs- und Lobbyarbeit nach außen. Inzwischen gibt es eine große Zahl von interkulturellen Ansätzen im Gesundheitsbereich, um die Chancengleichheit zu verbessern. So komplex und vielschichtig das Gesundheitswesen in Deutschland ist, so vielfältig ist auch die Bandbreite der Ideen. Diese beziehen sich z. B. auf die Integration in die Regeldienste wie auf den Aufbau von Spezialangeboten, auf Partizipation von Migranten und Kooperation mit anderen Institutionen, auf den Abbau von Zugangsbarrieren und die Weiterbildung des Personals im Gesundheitssektor. Ein Blick in den Informationsdienst „Migration und öffentliche Gesundheit“ verdeutlicht das breite Spektrum an Aktivitäten. Dort werden u.a. vorgestellt: eine Fachtagung „Gesundheit – (k)eine Frage der Herkunft: Zur interkulturellen Arbeit in Kindertagesstätten und –horten“, ein Workshop zu „interkulturellen Aspekten in Therapie und Beratung“, ein Bundeswettbewerb zur Aidsprävention bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen, Seminare zur „Selbstuntersuchung der Brust speziell für türkische Frauen“, ein mehrsprachiger „Ratgeber für Angehörige psychisch Kranker“ sowie ein „Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte“ (vgl. BZgA 2008: 12ff., 19, 34, 41).

Der Informationsdienst „Migration und öffentliche Gesundheit“ wird vierteljährlich von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung herausgegeben und enthält aktuelle Informationen über Projekte, Konferenzen, Weiterbildungsmaßnahmen und Publikationen. Auch die Datenbank zu Projekten der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten bietet einen Einblick in die gegenwärtige Praxis (vgl. BZgA o.J.). Im Handbuch „Gesundheit und Integration“ werden zudem Best-Practice-Modelle aus verschiedenen Bereichen vorgestellt (vgl. Integrationsbeauftragte 2007b).

Die Integrationsbeauftragte konstatiert jedoch auch, dass es noch vieler Anstrengungen bedarf, „bis aus einem Flickenteppich mit vielen Gute-Praxis-Beispielen eine tragfähige und verlässliche Struktur entsteht, in der Gesundheit und Migration eine Querschnittsaufgabe für alle im Gesundheitswesen Tätigen wird“ (Integrationsbeauftragte 2007a: 94). Die Signalwirkung und Relevanz der vielen kleineren Projekte und Ansätze zur besseren Versorgung von Migranten soll hier nicht geschmälert werden. Bei der Recherche fällt

jedoch auf, dass es zwar viele Konferenzen über die so nachdrücklich geforderte Interkulturelle Öffnung von Einrichtungen, aber kaum Berichte über umfassende und nachhaltige Umsetzungen gibt. Dies lässt sich insbesondere für größere Einrichtungen (Kliniken, Krankenkassen) konstatieren. Bemängelt werden kann auch die geringe Zahl an aussagekräftigen Evaluierungsberichten. Der nötige Transfer von Erfahrungen und Wissensbeständen bleibt so ungenutzt. Das Robert Koch-Institut gibt an, dass bei vielen Präventionsprojekten aus Kostengründen gar keine Evaluation erfolgt (vgl. RKI 2008: 124).² Die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit vieler Maßnahmen bleibt daher ungewiss.

3.3 Gesundheitsspezifische Themen im Nationalen Integrationsplan

Im Nationalen Integrationsplan findet das Themenfeld Gesundheit nur als Unterpunkt des Themenfeldes „Lebenssituation von Frauen und Mädchen verbessern, Gleichberechtigung verwirklichen“ Beachtung. Dort wird in einer Bestandsaufnahme konstatiert, dass Migrantinnen trotz gleicher Anspruchsrechte nicht ausreichend in das präventive Regelangebot integriert sind. Als ursächlich führen die Verfasser die fehlende Kultursensibilität vieler Angebote und kommunikative Barrieren an. Dringender Handlungsbedarf wird bei der Versorgung älterer Migrantinnen vermerkt (vgl. Bundesregierung 2007: 99f.). Bei den Zielbestimmungen heißt es:

„Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund kann und sollte neben übergeordneten Ansätzen in Politik und Lebensraumgestaltung die Ziele Integration bzw. interkulturelle Öffnung, ganzheitliche Ressourcenförderung zur Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit und die Prävention spezifischer Risikofaktoren spezieller Risikogruppen beinhalten. Ein Schlüssel zum nachhaltigen Erfolg von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund ist deren Beteiligung“ (vgl. Bundesregierung 2007: 99).

Diese Formulierung beinhaltet viele Aspekte, die auch von Wissenschaftlern und Praktikern gefordert werden: die Mitverantwortung der Politik, die Berücksichtigung der sozialen Lebensbedingungen, der Blick auf die Ressourcen der Migrantinnen, ihre Partizipation sowie die Verknüpfung von Interkultureller Öffnung der Regeldienste mit Spezialangeboten.

2 Bei den Projekten in der BZgA-Datenbank (o.J.) fand nur bei 4 % eine externe und bei 14 % eine interne Evaluation statt (vgl. RKI 2008: 124).

Es ist m.E. jedoch nicht abzusehen, dass die staatlichen Selbstverpflichtungen diesem umfassenden Anspruch gerecht werden können. Die Bundesregierung verpflichtet sich z. B. zu Forschungsprojekten („Geschlecht und Migration – Sonderauswertung des Mikrozensus 2005“), zur Weiterführung bestehender Projekte („Informationsdienst Migration und öffentliche Gesundheit“) und mehreren Vorhaben in Verantwortung des Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge (vgl. Bundesregierung 2007: 101f.). Viele Kompetenzen und Regelungszuständigkeiten, z. B. längerfristige Projektförderung oder Ausbau der Infrastruktur, liegen jedoch in der Hand von Ländern und Kommunen. Die Länder bekennen sich in ihrer allgemeinen Erklärung zum Nationalen Integrationsplan auch zur Notwendigkeit der Interkulturellen Öffnung im Gesundheitswesen (vgl. Bundesregierung 2007: 29). Konkrete Selbstverpflichtungen für den Gesundheitsbereich wurden jedoch weder von den Ländern noch von den Kommunen getroffen.

Bei der Benachteiligung von Migranten im Gesundheitsbereich handelt es sich zwar um eine vielschichtige Problemlage, für die es weder einfache noch schnelle Lösungen gibt. Zudem hat der Bund keinen direkten Einfluss auf die vielen Privatanbieter in diesem Bereich. Dennoch sind die Anstrengungen von staatlicher Seite im Nationalen Integrationsplan nach meiner Einschätzung als äußerst gering einzustufen. Kritisiert werden kann auch die geringe Operationalisierung der Zielvorstellungen. Zumindest aus der Dokumentation zum Nationalen Integrationsplan geht nur in Einzelfällen hervor, bis wann die Maßnahmen durchzuführen sind und welche Finanzen bereitgestellt werden.

Selbstverpflichtungen im nichtstaatlichen Sektor wurden u.a. vom Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“, vom Zentralrat der Muslime in Deutschland e.V. und von den Wohlfahrtsverbänden getroffen. Letztere streben z. B. die Fortsetzung der Interkulturellen Öffnung und eine stärkere Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen an (vgl. Bundesregierung 2007: 102ff.).

4 Interkulturelle Öffnung als Organisationsentwicklungskonzept

Für Einrichtungen der Regelversorgung gibt es viele Ansatzpunkte für migrationssensible Verbesserungen. Dies können z. B. die Ausgabe von fremdsprachigen Informationsbroschüren, die Einstellung einer muttersprachlichen Fachkraft oder die Zusammenarbeit mit einer Migrantenorganisation sein. Auch kleinere Umgestaltungen können hier bereits eine Signalwirkung entfalten. Im weiteren Verlauf konzentriere ich mich jedoch auf die Interkulturelle Öffnung als umfassendes Organisationsentwicklungskonzept, welches über das Engagement von einzelnen Mitarbeitern weit hinausgeht. Bei diesem Verständnis von Interkultureller Öffnung handelt es sich um eine Unternehmensstrategie, die von allen Hierarchieebenen getragen wird und die eine migrationssensible Ausrichtung als Querschnittsaufgabe versteht. Im folgenden Kapitel wird dieses Konzept eingehend erläutert. Ausführliche und praxisnahe Literatur zur Interkulturellen Öffnung in medizinischen Versorgungseinrichtungen ist bislang nur wenig vorhanden. Viele Publikationen zum Thema beziehen sich ganz allgemein auf die Interkulturelle Öffnung von Einrichtungen, z. B. von Verwaltungen und sozialen Diensten. Aus diesen Veröffentlichungen wurden die Inhalte herausgearbeitet, die auch für das Gesundheitswesen relevant sind. Des Weiteren wurde Literatur berücksichtigt, welche Anregungen zur migrationssensiblen medizinischen Versorgung ohne expliziten Bezug zum Konzept Interkulturelle Öffnung gibt (vgl. Saladin 2007³). Die Darstellung der verschiedenen Aspekte erfolgt allgemein für Einrichtungen innerhalb des medizinischen Sektors. Das bedeutet gleichzeitig, dass nicht jede Anregung für jede Organisation sinnvoll bzw. umsetzbar ist. Die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen, z. B. Kliniken, Arztpraxen, Behörden, Krankenkassen, Beratungseinrichtungen und Modellprojekte unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Versorgungsaufträge, ihrer personellen und finanziellen Ressourcen und der möglichen Zielgruppen. Daher muss in jeder Einrichtung individuell ausgehandelt werden, welches Maßnahmenpaket unter den gegebenen Rahmenbedingungen angemessen ist.

3 Das Handbuch von Saladin „Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen“ enthält Best-Practice-Empfehlungen und wurde aufgrund von Erfahrungen mit dem Projekt „Migrant Friendly Hospitals – Spitalnetzwerk für die Migrationsbevölkerung (MFH)“ in der Schweiz erarbeitet.

Zunächst wird der Entstehungshintergrund der Interkulturellen Öffnung kurz beleuchtet und das Vier-Dimensionen-Modell von Schröder vorgestellt. Die Organisationsentwicklung und ihre Prinzipien bilden die Grundlage für alle weiteren Maßnahmen und sind diesen daher vorangestellt. Im Anschluss werden die verschiedenen Aspekte einer Interkulturellen Öffnung ausführlich erläutert.

4.1 Zur Diskussion über die Interkulturelle Öffnung

Die Notwendigkeit der Interkulturellen Öffnung wird seit Anfang der 1990er Jahre in Deutschland diskutiert. Dies betraf zunächst vor allem Verwaltungen und soziale Einrichtungen. Zwei Beobachtungen waren für die Entwicklung maßgeblich: Zum einen wurde deutlich, dass Migranten trotz formal gleicher Zugangsrechte die Angebote der Regeldienste seltener nutzten bzw. dass die Kontakte teilweise konfliktbehaftet und wenig effektiv waren. Zurückgeführt wurde dies auf verschiedene Zugangsbarrieren⁴. Zum anderen konnten die Ausländersozialdienste, die vor allem für die Arbeitsmigranten aus den Anwerbeländern eingerichtet worden waren, der zunehmenden Pluralität der allochthonen Lebensformen nicht mehr gerecht werden. Stattdessen wurde für Menschen mit Migrationshintergrund eine Integration in die Regelversorgung angestrebt, welche dafür migrationssensible Angebote gestalten sollte. 1994 veröffentlichte die Ausländerbeauftragte ihre „Empfehlungen zur Interkulturellen Öffnung sozialer Dienste“. Seitdem wurde das Konzept in der Fachöffentlichkeit intensiv diskutiert und weiterentwickelt. Die praktische Umsetzung wurde insbesondere nach dem Paradigmenwechsel bezüglich der Einwanderung in der BRD seit 1998 forciert (vgl. Gaitanides 2008a: 37). Zahlreiche Publikationen über Handlungsempfehlungen und Erfahrungsberichte sind inzwischen erschienen. Dabei lässt sich im Zeitverlauf eine Verschiebung der Schwerpunkte feststellen. Veröffentlichungen der Anfangszeit konzentrierten sich vor allem darauf, „was“ bei einer Interkulturellen Öffnung verändert werden sollte, z. B. der Abbau von Zugangsbarrieren und die Entwicklung von interkultureller Kompetenz (vgl. Ausländerbeauftragte 1994; Hinz-Rommel 1998). Die Erfahrung vieler Projekte zeigte jedoch, dass bei der Umsetzung verschiedenste Widerstände und „Stolpersteine“ zu überwinden sind. Aktuellere Texte räumen daher dem „wie“

4 Hinz-Rommel nannte beispielsweise: Sprachbarriere, kulturelle Hemmnisse, Unkenntnis des Versorgungssystems, schlechte Vorerfahrungen, mittelschichtorientierter Beratungssatz, Angst vor aufenthaltsrechtlichen Folgen (Hinz-Rommel 1998: 36f.)

einen größeren Stellenwert ein: Wie lässt sich die Interkulturelle Öffnung initiieren, welche Strategien zur Umsetzung sind erfolgreich und wie kann die Motivation und Mitarbeit der Beteiligten auch über einen längeren Zeitraum gefördert werden (vgl. Caritas 2006; Schröer 2007).

In der Fachdiskussion wurde die Begrifflichkeit „Interkulturelle Öffnung“ diskutiert. Kritisiert wird dabei vor allem der Bezug auf Kultur und die damit verbundene Gefahr, Ausgrenzungsmechanismen und strukturelle Benachteiligung zu vernachlässigen (vgl. Simon-Hohm 2004: 233). Die Betonung der Interkulturalität kann jedoch auch als Lobbybegriff genutzt werden, um auf den eingetretenen sozialen Wandel aufmerksam zu machen (vgl. Lima Curvello 2002: 40).

In Bezug auf die praktische Anwendung lässt sich beobachten, dass das Konzept vorrangig von Behörden, Wohlfahrtsverbänden, freien Trägern und Einrichtungen des Gesundheitsbereichs aufgegriffen wird. Privatwirtschaftliche Einrichtungen wenden sich eher dem Konzept des Diversity Management zu.⁵

Ursprünglich wurde das Konzept der Interkulturellen Öffnung also entwickelt, um Migranten einen gleichberechtigten Zugang zu gesellschaftlichen Institutionen zu ermöglichen. In den meisten Beiträgen zum Thema liegt der Fokus daher auf Menschen mit Migrationshintergrund. Einige neuere Publikationen legen jedoch einen weitergehenden Kulturbegriff zugrunde (z. B. Schröer 2007: 81, Simon-Hohm 2004: 236f.). Dabei rücken auch subkulturelle Milieus in das Blickfeld und die umfassende Heterogenität innerhalb der Gesellschaft wird thematisiert. Das Ziel der Interkulturellen Öffnung unter dieser Prämisse ist dann eine diversitätsbewusste Gestaltung von Angeboten, die für alle Menschen eine gleichwertige Versorgung anstrebt, unabhängig von Herkunft, Geschlecht, Alter oder sozioökonomischer Lage. Aufgrund des Schwerpunktes dieser Arbeit konzentriere ich mich im Folgenden auf die Öffnung für Menschen mit Migrationshintergrund. Viele Aspekte sind dabei auf andere im Zugang benachteiligte Bevölkerungsgruppen übertragbar.

Viele Einrichtungen im Gesundheitsbereich sind Privatunternehmen, fast alle müssen nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen geführt werden. Daher soll an dieser Stelle darauf verwiesen werden, dass eine migrationssensible

5 Diversity Management wurde in den 1980er Jahren in den USA entwickelt. Dabei wird die Diversität innerhalb der Mitarbeiterschaft eines Unternehmens als Chance für wirtschaftlichen Erfolg betrachtet und gefördert. Ein wesentlicher Unterschied zur Interkulturellen Öffnung ist die Profitorientierung (vgl. Schröer 2006: 61).

Ausrichtung nicht nur unter humanitären Aspekten geboten ist, sondern auch ökonomisch sinnvoll sein kann. Denn Missverständnisse bei der Behandlung, die auf sprachliche oder kulturelle Barrieren zurückzuführen sind, können längere Liegezeiten, wiederholte Behandlungen, verlängerte und zusätzliche Arbeitsabläufe und damit auch höhere Kosten verursachen (vgl. Ghaeni 1999: 20). Eine Interkulturelle Öffnung kann sowohl zu effizienteren Arbeitsabläufen führen als auch ein Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Einrichtungen sein.

4.2 Dimensionen der Interkulturellen Öffnung

Schröder hat vier Dimensionen einer Interkulturellen Öffnung herausgearbeitet. Er hebt damit die Vielschichtigkeit und Ganzheitlichkeit dieses Organisationsentwicklungskonzepts hervor. Das Schema verdeutlicht auch, dass eine Öffnung mit Einzelmaßnahmen nicht zu verwirklichen ist, sondern der Ansatzpunkte auf unterschiedlichen Ebenen bedarf.

- *Normative Dimension*: Diese Dimension betrifft die handlungsleitenden Grundsätze einer Institution. Hieran wird beispielsweise deutlich, welcher Stellenwert der Interkulturalität und sozialer Gerechtigkeit beigemessen wird, wie Diversität im Leitbild verankert ist und ob eine Schwerpunktsetzung auf Empowerment und Partizipation erfolgt.
- *Institutionelle Dimension*: Hierbei geht es um institutionelle Bedingungen, also den Abbau von Zugangsbarrieren, um Personalentwicklung und migrationssensible Gestaltung der Angebote.
- *Sozialräumliche Dimension*: Diese Dimension bezieht sich auf die Vernetzung einer Organisation mit ihrer sozialräumlichen Umgebung, also auf die Kooperation mit anderen Einrichtungen und die Berücksichtigung inoffizieller Strukturen, z. B. nachbarschaftlicher Netzwerke.
- *Instrumentelle Dimension*: Hier geht es um die Frage, inwieweit organisationsinterne Steuerungsprozesse, z. B. Zielvereinbarungen oder Qualitätsentwicklung, interkulturelle Fragestellungen mit aufgreifen (vgl. Schröder 2007: 85).

4.3 Interkulturelle Öffnung als Organisationsentwicklung

In der aktuellen Literatur besteht weitgehend Einigkeit, dass eine umfassende Interkulturelle Öffnung nur durch einen langfristigen Organisationsent-

wicklungsprozess verwirklicht werden kann. Verschiedene Maßnahmen aus Personal-, Organisations- und Qualitätsentwicklung sollten systematisch miteinander verbunden werden. Die interkulturelle Thematik muss in die strategische Ausrichtung einer Einrichtung einbezogen und als Querschnittsaufgabe verankert werden. Hierfür bedarf es der Zusammenarbeit aller Hierarchieebenen und der Einbeziehung von Elementen des Controllings und des Qualitätsmanagements.

Ein derartiger Organisationsentwicklungsprozess stellt eine Herausforderung für jede Einrichtung dar: Er benötigt Planung, Zeit, Ressourcen und ein hohes Maß an Engagement und Veränderungsbereitschaft seitens der Mitarbeiter. Es liegt daher nahe, dass sich einige Projekte zur Interkulturellen Öffnung auf vereinzelte bzw. kurzfristige Maßnahmen beschränken oder dass die Verantwortung einzelnen Mitarbeitern oder Bereichen übertragen wird. Fachleute warnen jedoch vor einem solchen eingeschränkten und nichtintegrativen Vorgehen.

Nach der Erfahrung von Schröer sind z. B. Misserfolge häufig darauf zurückzuführen, dass keine Gesamtstrategie konzipiert wurde, dass sich die Leitungsebene nicht verantwortlich fühlte oder dass Mitarbeiter nicht ausreichend in die Gestaltung einbezogen wurden (vgl. Schröer 2007: 89f.). Lima Curvello erläutert die begrenzte Wirkung von Fortbildungen zur interkulturellen Kompetenz für einzelne Mitarbeiter. Sie berichtet, dass die geschulten Fachkräfte die neuen Impulse an ihrem Arbeitsplatz kaum umsetzen konnten, da Kollegen und Leitung kein Interesse zeigten. Stattdessen wurde fortan Klientel⁶ mit Migrationshintergrund an die Teilnehmer der Fortbildung „abgeschoben“ (vgl. Lima Curvello 2005: 43). Auch Gaitanides kommt zu dem Schluss, dass punktuelle Maßnahmen zum Scheitern verurteilt seien und plädiert für eine umfassende Organisationsveränderung (vgl. Gaitanides 2004: 35).

4.3.1 Zusammenarbeit der Hierarchieebenen

Nach den Erfahrungen vieler Fachleute sollte ein Öffnungsprozess mit einer Top-Down-Strategie eingeführt und durch Bottom-Up-Elemente ergänzt werden (vgl. Lima Curvello/Pelkhofer-Stamm 2003: 38; Caritas 2006: 61). Die Organisationsleitung sollte die Interkulturelle Öffnung initiieren und kontinuierlich unterstützen. Sie trägt die Verantwortung für institutionelle

6 Die Begriffe Nutzer und Klientel im Allgemeinen sowie Patienten für den Gesundheitsbereich werden hier synonym verwendet.

Rahmenbedingungen einschließlich der Bereitstellung von finanziellen, personellen und zeitlichen Ressourcen. Schröder warnt davor, das Projekt mittleren Hierarchieebenen oder gar sich selbst zu überlassen. Daher sollte das leitende Personal in einem Kurztraining vorab informiert und möglichst für das Projekt gewonnen werden (vgl. Schröder 2007: 87). Die Mitarbeiter sind diejenigen, die die Interkulturelle Öffnung nach innen und außen verwirklichen sollen. Sie sind daher unbedingt an der Diskussion um Ziele und Maßnahmen zu beteiligen. Durch ihren direkten Kontakt zu Nutzern stellen sie zudem wichtige Ideengeber für Veränderungspotentiale dar. Der Austausch zwischen den Mitarbeitern und den Hierarchieebenen sollte strukturell, z. B. durch „Runde Tische“ unterstützt werden, damit konstruktive Anregungen weitergeleitet werden können (vgl. Schröder 2006: 68).

4.3.2 *Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse*

Zu Beginn des Prozesses sollten die gegenwärtige interkulturelle Positionierung einer Einrichtung und der künftige Handlungsbedarf eruiert werden. In der Außenorientierung bezieht sich dies auf mögliche Nutzer und Kooperationspartner. In der Binnenorientierung geht es um Kompetenzen des Personals, um Arbeitsabläufe und die räumliche Ausstattung. Die Caritas hat für die Analyse einen Fragenkatalog für Organisationen entwickelt, der unterschiedliche Themen berücksichtigt, z. B.: Welchen kulturellen Hintergrund haben die potentiellen Nutzer der Einrichtung? Welche kulturellen, ethnischen oder religiösen Gruppen wurden bislang noch nicht erreicht? Welche Zugangsbarrieren gibt es? Welche Kenntnisse gibt es über die Lebenswirklichkeit der Migranten, ihren Glauben, ihre Migrationsgeschichte? Welche Sprachkenntnisse haben die Patienten? Sind die Angebote dementsprechend ausgerichtet? Entsprechen die Räumlichkeiten den Erwartungen der Patienten? Gibt es eine Partizipation oder Kooperation mit Vertretern der Zielgruppe? Welche Schwierigkeiten gibt es im Kontakt mit der Zielgruppe? Sind niedrigschwellige Angebote erforderlich? (vgl. Caritas 2006: 21ff.). Die Beantwortung dieser Fragen gibt erste Hinweise auf mögliche Zugangsbarrieren und erforderliche Maßnahmen.

4.3.3 *Lernende Organisation*

Im Rahmen einer Interkulturellen Öffnung sollen die Arbeitsabläufe einer Einrichtung und die Kompetenzen der Mitarbeiter an die Einwanderungsgesellschaft angepasst werden. Das Festlegen von Zielen und Instrumenten oder einmalige Fortbildungen können dabei nur erste Schritte sein. Im weiteren

Verlauf müssen immer wieder innovative Problemlösungen gefunden, neue Handlungswege ausprobiert und der Erfolg der Maßnahmen beurteilt werden. Schröder plädiert dafür, die Öffnung als kontinuierlichen Verbesserungsprozess in einer lernenden Organisation zu begreifen. Nur durch einen langfristigen und reflexiven Lern- und Erfahrungsprozess, welcher Individuen, Gruppen und die gesamte Organisation einschließt, könne die interkulturelle Orientierung fest verankert werden (vgl. Schröder 2007: 82, 88). Auch Geiger bezeichnet die Interkulturelle Öffnung als internen Lern- und Entwicklungsprozess (vgl. Geiger 2008: 78). Die Caritas präzisiert, dass eine lernende Organisation durch ständige Kommunikation weiterentwickelt wird. Dabei sollten die etablierten Organisationsstrukturen, Kommunikationswege und Entscheidungsprozesse in ihrer Wirkung für die Interkulturelle Öffnung überprüft und gegebenenfalls verändert werden (vgl. Caritas 2006: 35).

4.3.4 *Controlling*

Um den Fortschritt des Projektes beurteilen zu können, sollten konkrete Ziele formuliert, operationalisiert sowie Evaluationskriterien für eine regelmäßige Überprüfung festgelegt werden. Ein solches Controllingsystem stärkt die Verbindlichkeit der Interkulturellen Öffnung und macht Erfolg bzw. Misserfolg sichtbar (vgl. Simon-Hohm 2004: 240). Die Entwicklung von Indikatoren zur Zielüberprüfung ist relativ unproblematisch, wenn es sich um konkrete Vorhaben handelt, z. B. die Übersetzung von schriftlichem Material. Auch das Erreichen der Zielgruppe kann anhand von quantitativen Daten, z. B. Patientenzahlen, verdeutlicht werden. Schwieriger wird es allerdings, wenn die Qualität der Arbeit beurteilt werden soll. Herkömmliche Messinstrumente, z. B. zur Patientenzufriedenheit, sind womöglich ethnozentristisch konzipiert. Sie sollten daher kritisch reflektiert werden, ob sie auch im interkulturellen Kontext valide sind (vgl. Schröder 2007: 88).⁷

4.3.5 *Qualitätsmanagement*

Interkulturelle Öffnungsprozesse sollten mit Elementen des Qualitätsmanagements gekoppelt werden. Den Grund formuliert Schröder prägnant: „Soziale

7 Als Schwierigkeiten bei der Befragung von allochthonen Patienten nach einem Klinikaufenthalt nennen Efiyani et al.: Sprachbarrieren, interpretatorische Unsicherheiten aufgrund von Unterschieden bei den Erwartungen und im Antwortstil, geringe Rücklaufquote (insbesondere bei mobilen Migranten), Misstrauen gegenüber Fragebögen u.a. Lösungsvorschläge beziehen sich auf Dolmetscherdienste und den Einsatz von qualitativen Umfragemethoden (vgl. Efiyani et al. 2007: 49ff.).

Arbeit heute ist interkulturell – oder sie ist nicht professionell“ (Schröer 2007: 80). Ähnlich argumentiert Saladin: Demnach erfüllt eine Versorgungsinstitution ihre Aufgabe nur dann, wenn sie maßgeschneiderte Leistungen in definierter Qualität für alle Menschen erbringt. Dieser Grundsatz mit abgeleiteten Qualitätsstandards sollte in den Alltag von Gesundheitsinstitutionen übergehen (vgl. Saladin 2007: 47). Gaitanides vermutet, dass die Einbettung in ein Qualitätsmanagement das Personal zur Mitarbeit motiviert. Denn die implizierte Philosophie erhebe Fehlerbewusstsein zum professionellen Kompetenzkriterium. Bedarfsgerechtigkeit und Effektivität würden so zum selbstverständlichen Standard (vgl. Gaitanides 2006: 23). Die eingeleiteten Maßnahmen sollten dabei verschiedene Ebenen berücksichtigen: die Strukturqualität (Ausstattung, Qualifikation des Personals), die Prozessqualität (Leistungsbeschreibungen) und die Ergebnisqualität (Zielerreichung) (vgl. Barth 2006: 12).⁸

4.4 Aspekte der Interkulturellen Öffnung

Im Folgenden werden die verschiedenen Aspekte einer Interkulturellen Öffnung erläutert. Die Themenfelder sind dabei nicht hierarchisch geordnet, sondern als gleichwertig zu betrachten. Erst das Ineinandergreifen der einzelnen Maßnahmen ermöglicht den Öffnungsprozess.

Die Darstellung erfolgt dabei auf verschiedenen Abstraktionsebenen und soll eine Balance halten zwischen allgemeinen Handlungsfeldern, strategischer Umsetzung und konkreten Praxisvorschlägen.

4.4.1 Sensibilisierung und Motivierung der Mitarbeiter

Die Mitarbeiter einer Einrichtung sollen die migrationssensiblen Ansätze in ihrer täglichen Arbeit umsetzen. Langfristig kann das Projekt also nur gelingen, wenn zumindest ein großer Anteil der Belegschaft das Projekt akzeptiert und als sinnvoll begreift. Gaitanides hat jedoch die Erfahrung gemacht, dass viele Mitarbeiter kein Bewusstsein für die unterschweligen Zugangsbarrieren haben (vgl. Gaitanides 2004: 35). Sie reagierten daher ablehnend gegenüber dem Begriff Öffnung, da sie die dabei implizierte bisherige Verschlossenheit gar nicht wahrnehmen. Weitere hemmende Sichtweisen sind z. B. die Furcht vor Mehrbelastung, ein Festhalten an Alltags-

⁸ Anregungen zur Einführung eines Qualitätsmanagements im interkulturellen Kontext vgl. Caritas 2006: 34–46.

routinen und eine mangelnde Bereitschaft, neue Ideen auszuprobieren (vgl. Caritas 2006: 13). Solche Einstellungen beim Personal können die Zugangsbarrieren für potentielle Nutzer erhöhen.

Auch die Handreichung der Caritas benennt Probleme bei der Einführung einer Interkulturellen Öffnung. Dort heißt es fast lapidar: „Interkulturelle Öffnungsprozesse erfordern Veränderungen in Einrichtungen und werden daher unvermeidlich mit Widerstand rechnen müssen“ (Caritas 2006: 69). Der Sensibilisierung der Mitarbeiter für die interkulturelle Thematik wird daher einen hohen Stellenwert eingeräumt. Dabei sei wichtig, dem Prinzip „nicht gegen, sondern mit dem Widerstand arbeiten“ zu folgen (ebd.). Demnach seien Widerstände gegen sinnvolle Veränderungen als verklausulierte Befürchtungen und Ängste zu verstehen. Diese könnten am besten bearbeitet werden, indem Ziele und Planung offen kommuniziert werden und die Belegschaft einbezogen wird. Insbesondere bei der Initiierung des Projektes sollten alle Mitarbeiter durch eine Informationsveranstaltung angesprochen werden. Dabei sollte das angstfreie Aussprechen von Vorbehalten möglich sein. Wichtig sei, dass die Mitarbeiter auch einen Nutzen für die eigene Arbeit erkennen könnten, z. B. eine zufriedenstellendere Kommunikation mit den allochthonen Patienten, mehr Verantwortung oder einen größeren Handlungsspielraum. Hier sollten auch Umstrukturierungen zur Entlastung im beruflichen Alltag erwogen werden (vgl. Caritas 2006: 29–32, 69).

4.4.2 *Partizipation*

Bei der Entwicklung migrationssensibler Angebote ist die Kundenorientierung ein zentraler Aspekt. Bei der Planung und Vorbereitung sollten daher Vertreter der potentiellen Nutzergruppen mit einbezogen werden. Die Caritas verweist darauf, dass Zugangsbarrieren und besondere Bedürfnisse am ehesten von den Migranten selbst wahrgenommen und identifiziert werden können (vgl. Caritas 2006: 19f.). Auch Gaitanides hat die Erfahrung gemacht, dass die Akzeptanz und die Ergebnisqualität von Angeboten erheblich gesteigert werden kann, wenn Migranten bei der Entwicklung mitwirken. Er schlägt z. B. die Einrichtung von Nutzerbeiräten vor. Ein enger Kontakt zu Migranten und ihren Selbstorganisationen stärke zudem die Informationsweitergabe und Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Gaitanides 2006: 20).

4.4.3 *Interkulturelles Leitbild*

Um den Stellenwert der Interkulturellen Öffnung als Querschnittsaufgabe zu verdeutlichen, sollte die interkulturelle Thematik in das Leitbild bzw. die

Konzeption einer Einrichtung eingearbeitet werden (vgl. Schröder 2007: 87; Diakonisches Werk Württemberg 2001: A5). Das Leitbild erfasst in thesenhafter Form zentrale Grundsätze, Ziele und Strukturprinzipien. Es kann z. B. allgemeine Handlungsprinzipien („Unsere Einrichtung bietet ihre Dienstleistungen und Hilfen kultursensibel an“) oder konkrete Qualitätszusagen („Unser Team ist multidisziplinär und interkulturell zusammengesetzt und ausgebildet“) enthalten (vgl. Caritas 2006: 36).

Die Verankerung der interkulturellen Thematik soll nach innen und außen Signalwirkung entfalten. Intern gibt sie den Rahmen für die Ausgestaltung der Öffnung vor und kann identitätsstiftend wirken (vgl. Handschuck/Schröder 2000: 87f.). Nach außen kann sie die Zugangsbarrieren für potentielle Nutzer verringern und zudem der Werbung bei den Kostenträgern (z. B. Krankenkassen) dienen.

4.4.4 Interkulturelle Personalentwicklung

Interkulturelle Personalentwicklung ist ein wesentlicher Faktor der Öffnung und sollte daher systematisch und strategisch erfolgen. Auf drei Bereiche wird dabei ein Schwerpunkt gelegt: die Einstellung von Personal mit Migrationshintergrund, die Förderung von interkultureller Kompetenz bei allen Mitarbeitern und die interkulturelle Teamentwicklung.

Personal mit Migrationshintergrund

Die Einstellung bzw. Beschäftigung von Personal mit Migrationshintergrund wird von vielen Autoren als wichtig erachtet (vgl. Schröder 2007: 86; Hinz-Rommel 1994: 109). Eine heterogen zusammengesetzte Belegschaft kann den Öffnungsprozess auf verschiedene Weise unterstützen. Zunächst vermittelt sie intern und extern die Glaubwürdigkeit der Interkulturellen Öffnung. Allochthone Fachkräfte können die Teamarbeit durch ihre Sprachkenntnisse und ihren Erfahrungshorizont bereichern. Zudem stellen sie eine Art „Türöffner“ für Patienten mit Migrationshintergrund dar.

Einen Überblick über die ausländischen⁹ Beschäftigten im Gesundheitswesen im Jahr 2005 gibt eine vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge veröffentlichte Studie (BAMF 2006). Der Ausländeranteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Gesundheitssektor lag demnach bei 3,7 %.¹⁰ Diese Zahl kann sowohl in Bezug zum Ausländeranteil an der Gesamtbevölkerung (8,9 %) als auch an der Gesamtzahl aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigter (6,7 %, Durchschnitt aller Wirtschaftssektoren) gesehen werden. Im Vergleich sind ausländische Fachkräfte im Gesundheitswesen daher deutlich unterrepräsentativ vertreten (vgl. BAMF 2006: 21). Des Weiteren ist die regionale Verteilung zu berücksichtigen. Personal aus dem Ausland wurde insbesondere für die neuen Bundesländer geworben, wo jedoch nur ein geringer Anteil der Migrationsbevölkerung lebt (vgl. Geiger/Razum 2006: 732).

Im Rahmen der interkulturellen Personalentwicklung sollte daher geprüft werden, inwieweit die Zusammensetzung der Mitarbeiter der Heterogenität der potenziellen Nutzer entspricht und gegebenenfalls die Einstellungspraxis verändert werden. Auch die Positionierung von Migranten in der Unternehmenshierarchie sollte beachtet werden. So verweist Saladin darauf, dass die Grundsätze der Chancengleichheit und Nichtdiskriminierung in der Personalpolitik verankert sein müssen. Dies betrifft z. B. die Aspekte Bezahlung, Karriereplanung und Weiterbildung (vgl. Saladin 2007: 52). Auch in der Leitungsebene sollte sich langfristig die Heterogenität der Gesellschaft widerspiegeln.

Die Einstellung von Personal mit Migrationshintergrund kann jedoch mit Hindernissen verbunden sein. Ein Problem ist dabei die Anerkennung von

9 Entsprechende Daten zu Fachkräften mit Migrationshintergrund liegen nicht vor. Auch im Bericht des RKI heißt es: „Eine genaue Abschätzung der Zahl der Beschäftigten im Gesundheitssektor, die einen Migrationshintergrund haben, ist schwierig.“ (RKI 2008: 112). Bei den Angaben aus der BAMF-Studie ist daher zu beachten, dass Eingebürgerte, Spätaussiedler und deren Kinder sowie Personen mit doppelter Staatsangehörigkeit nicht erfasst wurden. Diese Gruppen stellen jedoch einen hohen Anteil an der allochthonen Bevölkerung. Die Zahlen des Mikrozensus zeigen, dass die Zahl der Migranten mit deutscher Staatsangehörigkeit (9,7 % der Gesamtbevölkerung) höher liegt als die Zahl der Ausländer (8,9 %) (vgl. Statistisches Bundesamt 2007: 7). Zudem ist die Eröffnung einer eigenen Arztpraxis häufig mit einer Einbürgerung verbunden (vgl. RKI 2008: 112).

10 Der Ausländeranteil in einzelnen Berufsgruppen 2005: Ärzte (4,9 %), Zahnärzte (4,7 %), Apotheker (1,5 %), Krankenpfleger/Hebammen (3,6 %), Helfer in der Krankenpflege (6,7 %), Sprechstundenhelfer (3,1%), Diätassistenten/Pharmazeutisch-technische Assistenten (1,8 %), Masseur/Physiotherapeuten (2,5 %), Heilpraktiker (4,5 %), Medizinallaboranten (2,7%) (vgl. BAMF 2006: 34).

ausländischen Berufsabschlüssen. Die Approbation ist in den Heilberufen im Grundsatz an die deutsche Staatsangehörigkeit geknüpft und wird z. B. Ausländern aus Nicht-EU-Staaten erst nach einer beruflichen Integrationszeit erteilt (vgl. Bundesregierung 2007: 99). Busse berichtet, dass ein Teil der Migranten, deren Ausbildung als Krankenpfleger oder Arzt nicht anerkannt werde, die Basisausbildung als Hauspfleger absolvieren und dann de facto überqualifiziert seien (vgl. Busse 2003: 380). Einrichtungen der katholischen Kirche bestehen in vielen Fällen noch auf der Konfessionszugehörigkeit und schließen damit eine große Gruppe der Migranten aus.¹¹ Gaitanides verweist in Bezug auf die Sozialen Dienste darauf, dass junge Berufsanfänger mit Migrationshintergrund aufgrund des Personalabbaus kaum eine Chance auf Einstellung haben (vgl. Gaitanides 2004: 36). Möglicherweise trifft dieser Sachverhalt auch auf Einrichtungen des Gesundheitswesens zu. Eine weiteres Hemmnis sind formale Standards im Bewerbungsverfahren. Denn aufgrund geringerer Bildungschancen und der Doppelsprachlichkeit liegen die Abschlussnoten von Migranten häufig unter denen der autochthonen Bewerber (vgl. Caritas 2006: 58).

Eine mögliche Lösungsstrategie ist es, die Auswahlkriterien im Bewerbungsverfahren unter interkultureller Perspektive zu überprüfen. Hierfür bietet die Handreichung der Caritas mehrere Anhaltspunkte: Demnach sollten Stellenausschreibungen, auch für Ausbildungsplätze, so gestaltet werden, dass sich Migranten angesprochen fühlen. Aus der Anzeige könnte z. B. hervorgehen, dass der Anteil der allochthonen Mitarbeiter erhöht werden soll oder dass interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation gefordert wird. Bei der Beurteilung der Bewerber sollten migrationspezifische Kenntnisse und Fähigkeiten berücksichtigt werden. Und es sei zu prüfen, inwieweit ausländische Qualifikationen anerkannt werden könnten (vgl. Caritas 2006: 58, 63ff.).

11 Dementsprechend heißt es im Vorwort der Caritas-Handreichung zur Interkulturellen Öffnung: „An dieser Stelle soll betont werden, dass sich die in dieser Handreichung angesprochenen Gesichtspunkte der Mitarbeiterorientierung und des Personalmanagements ausschließlich auf die Zusammenarbeit von christlichen deutschen Mitarbeiter(inne)n und christlichen Mitarbeiter(inne)n mit Migrationshintergrund beziehen.“ Die Beschäftigung nichtchristlicher Mitarbeiter werde jedoch in Verbandsgremien diskutiert (vgl. Caritas 2006: 6).

Interkulturelle Kompetenz des Personals

Unzureichende interkulturelle Kompetenz der Mitarbeiter kann die Kommunikation mit Migranten beeinträchtigen und letztlich als Ausgrenzungsmechanismus wirken. Dies trifft nicht nur auf rassistische Vorurteile und Äußerungen zu. Auch unbewusste Stereotype, eine Überbetonung kultureller Unterschiede und eine Haltung des Sich-nicht-zuständig-Fühlens seitens der Mitarbeiter sind kontraproduktiv. Manche Mitarbeiter fühlen sich auch überfordert und befürchten, bei der Behandlung von Migranten an ihre professionellen Grenzen zu stoßen (vgl. Caritas 2006: 13). Auch die geschilderten Konflikte zwischen Personal und Patienten deuten auf interkulturelle Kommunikationsstörungen hin (vgl. Kap. 2.2.6). Um mögliche Zugangsbarrieren abzubauen und die Qualität der Behandlung zu erhöhen sollte daher die interkulturelle Kompetenz der Mitarbeiter gefördert werden. Dies schließt auch das Personal mit Migrationshintergrund ein. Es sei zwar wahrscheinlich, so Mecheril, dass diese sich aufgrund ihrer eigenen Lebensgeschichte bereits mit interkulturellen Themenstellungen auseinandergesetzt haben. Professionelles Handeln erfordere jedoch eine weitere Reflektion und Bearbeitung dieser migrationsspezifischen Erfahrungen und Fähigkeiten (vgl. Mecheril 2008: 18).

Konzept zur interkulturellen Kompetenz von Auernheimer

Die Frage, was unter interkultureller Kompetenz eigentlich zu verstehen sei, wird intensiv diskutiert. Der Diskurs wird in den Sprachwissenschaften, der Pädagogik, der Psychologie und den Wirtschaftswissenschaften (Austauschforschung) mit unterschiedlichen Schwerpunkten, aber auch interdisziplinär geführt.¹² Beispielhaft wird hier ein Konzept zur interkulturellen Kompetenz¹³ von Auernheimer skizziert, welches m.E. auch für den Kontext in medizinischen Versorgungseinrichtungen aufschlussreich ist.

Seinen Überlegungen zu interkultureller Kompetenz stellt Auernheimer ein Modell zur interkulturellen Kommunikation voran. Demnach ist die Erklärung von Kommunikationsproblemen allein durch unterschiedliche kulturelle Bedeutungshorizonte zu einseitig (vgl. Auernheimer 2008a: 35f.).

12 Einen Einblick in den pädagogischen Diskurs bietet die von Auernheimer herausgegebene Monographie „Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität“ (2008b).

13 Weitere Konzepte zu interkultureller Kompetenz vgl. Leiprecht 2002 und verschiedene Beiträge in Auernheimer 2008b.

Vielmehr seien bei der Interpretation von interkulturellen Kontakten vier Dimensionen zu beachten:

- Machtasymmetrien
- Kollektiverfahrungen
- Fremdbilder, ethnische Grenzziehungen
- die Differenz der Kulturmuster (vgl. ebd.: 45)

Machtasymmetrien beziehen sich hier allgemein auf die unterschiedliche Verfügbarkeit von Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten. In der medizinischen Versorgung werden sie z. B. durch die Definitions- und Handlungsmacht des behandelnden Personals oder aufgrund des Gefälles zwischen Experten- und Laienstatus wirksam. Zudem werden für den Patienten z.T. existentielle Fragen verhandelt. Als *Kollektiverfahrungen* sind z. B. Migrationsmotive und -erfahrungen sowie frühere Diskriminierungen bedeutsam. Kollektiverfahrungen sind dabei auch eng an gesellschaftliche Machtasymmetrien (z. B. geringere Partizipationsmöglichkeiten von Migranten) gekoppelt (vgl. ebd.: 46). Als *Fremdbilder* können stereotype Vorstellungen und die Reduzierung von Individuen auf eine (vermeintliche) Gruppenzugehörigkeit betrachtet werden. Dies kann mit einer ethnischen Grenzziehung und einer Unterscheidung in „wir“ und „die anderen“ einhergehen. Dies ist z. B. der Fall, wenn allochthone Patienten von vornherein als schwierige oder besonders hilfsbedürftige Gruppen betrachtet werden. Die vierte Dimension sind *differente Kulturmuster*. Im medizinischen Kontext können diese unterschiedliche Vorstellungen von der Rolle des Arztes oder zur Behandlung einer Krankheit sein.

Diese vier Dimensionen sind eng miteinander verknüpft und lassen sich nur als analytische Kriterien unterscheiden. Ferner geht Auernheimer davon aus, dass Störungen der Kommunikation seltener auf der Sachebene, sondern eher bei der Aushandlung der Beziehungsebene auftreten (vgl. ebd.: 43f.).

Wenn ein solches Konzept von interkultureller Kommunikation zugrunde gelegt wird, wird deutlich, dass allein das Wissen über kulturelle Hintergründe für interkulturell kompetentes Handeln nicht ausreicht. Es kann sogar kontraproduktiv sein, wenn dadurch Fremdbilder und Gruppenzuschreibungen „zementiert“ und die anderen Dimensionen vernachlässigt werden. Daher werden kulturalisierende Tendenzen in Ansätzen zur interkulturellen Kompetenz auch von vielen Autoren kritisiert (vgl. Mecheril 2008: 19–23; Castro Varela 2008: 97ff.).

Auernheimer expliziert sein Verständnis von interkultureller Kompetenz folgendermaßen: „Legt man das übliche Verständnis von Kompetenz zugrunde, so müssen Wissen, Haltungen und Fähigkeiten sich ebenso auf Machtasymmetrien, Kollektiverfahrungen und Fremdbilder beziehen wie auf kulturelle Differenzen“ (Auernheimer 2008a: 57). Einige konkrete Beispiele zur Veranschaulichung seien hier genannt: *Wissen* beinhaltet Informationen über die rechtliche und soziale Lage von Migranten, über Ausgrenzungsmechanismen und über die Psychologie des Vorurteils. Unter den Aspekt *Haltungen* fallen die Sensibilität für Machtasymmetrien und für Diskriminierungserfahrungen des Gegenübers, eine Offenheit für andere Wertesysteme und die Bereitschaft, die eigene kulturelle Eingebundenheit zu reflektieren. Eine *Fähigkeit* ist etwa, die möglichen Einflüsse von Fremdbildern und Machtasymmetrien auf eine konkrete Gesprächssituation zu erkennen und adäquat mit ihnen umzugehen, so dass dennoch eine Begegnung auf gleicher Augenhöhe ermöglicht wird (vgl. ebd.: 57ff.).

Interkulturell kompetentes Handeln als ein Zusammenwirken von Wissen, Haltungen und Fähigkeiten ist dabei auch abhängig vom Situationskontext (Inhalt, Beteiligte, Organisationsrahmen). Interkulturelle Kompetenz kann daher weniger als eine „abrufbare“ Qualifikation, sondern eher als eine Annäherung verstanden werden. Auch Mecheril schreibt, dass diesbezüglich immer etwas Unsicherheit im professionellen Handeln bleibe. Diese sei nicht überwindbar und häufig sogar die Grundlage, welche interkulturelle Aus Handlungsprozesse erst ermögliche (vgl. Mecheril 2008: 29).

Förderung interkultureller Kompetenz

Diese allgemeinen Überlegungen leiten über zu der Frage, wie im Rahmen von Öffnungsprozessen die interkulturelle Kompetenz der Mitarbeiter gefördert werden kann. Eine Möglichkeit stellen Weiterbildungsmaßnahmen dar. Diese sollten eine intellektuell-kognitive, eine emotional-affektive sowie eine instrumentell-praktische Dimension beinhalten (vgl. Caritas 2006: 83). Frühe Ansätze von interkultureller Fortbildung vermittelten häufig Wissen über die Herkunftskulturen und bargen damit die Gefahr, stereotype Denkmuster und die Kulturalisierung sozialer Probleme noch zu verstärken. Zudem vernachlässigten sie die drei weiteren Dimensionen Machtasymmetrien, Kollektiverfahrungen und Fremdbilder. Schröer hat beobachtet, dass auf diese Lehrmethoden inzwischen nur noch selten zurückgegriffen werde. Stattdessen ständen die (selbstkritische) Reflexion des Eigenen und des Fremden, ein Bewusstmachen von Einstellungen, Verhaltensweisen und

Werten, die Rolle und der Status von Minderheiten sowie der Erwerb von Kommunikations- und Handlungskompetenzen im Vordergrund (vgl. Schröer 2007: 86). Castro Varela äußert sich skeptischer: Nach ihrer Einschätzung sind Kulturalisierungstendenzen in vielen Ansätzen und Trainings noch überdeutlich (vgl. Castro Varela 2008: 97). Auch in der Literatur zur Interkulturellen Öffnung werden insbesondere die Dimensionen Machtasymmetrien und Kollektiverfahrungen kaum thematisiert.¹⁴

Bei manchen Mitarbeitern rufen Fortbildungen zu interkultureller Kompetenz Befürchtungen hervor, z. B. sich nicht „politisch korrekt“ ausdrücken zu können oder mit den eigenen Ängsten und Vorurteilen vorgeführt zu werden. Daher plädiert Gaitanides für einen sensiblen Umgang mit diesen Ängsten, sowohl im Vorfeld als auch bei der Fortbildung (vgl. Gaitanides 2004: 36). Die Caritas wirbt mit dem Kompetenzgewinn für die Teilnehmer selbst. So könne ihr beruflicher Alltag durch kultursensibles Handeln stressfreier und befriedigender verlaufen. Um die Nachhaltigkeit nicht zu gefährden, sollte die Teilnahme idealerweise freiwillig sein (vgl. Caritas 2006: 60, 83).

Einzelne Fortbildungen zu interkulturellem Handeln werden zwar als sinnvoll, aber nicht als hinreichend erachtet (vgl. Caritas 2006: 59; Schröer 2007: 86). Nach dem Prinzip der lernenden Organisation sollten die Inhalte im Alltag überprüft und weiterentwickelt werden. Hierfür gilt es institutionelle Rahmenbedingungen zu schaffen. Fortlaufende Seminare, Supervision oder Teamgespräche bieten Möglichkeiten, um auftretende Probleme im interkulturellen Kontext anzusprechen, zu analysieren und Strategien zur Problemlösung zu erarbeiten.

Interkulturelle Teamentwicklung

Interkulturell zusammengesetzte Teams werden als Chance betrachtet, sowohl für eine bestmögliche Nutzung der Potentiale, als auch für die Entwicklung von interkultureller Kompetenz und als Vorbildcharakter für die

14 Problematisch können diesbezüglich auch divergierende Erwartungen zwischen den Anbietern und Kunden von Fortbildungsmaßnahmen werden. Hegemann und Salman bieten interkulturelle Kompetenztrainings im Gesundheitsbereich an. Aufgrund ihrer Erfahrungen haben sie eine Liste mit Themen zusammengestellt, welche ihren Auftraggebern und deren Mitarbeitern besonders wichtig waren. Der erste Punkt lautet: „Kulturelle Hintergründe der relevantesten Migrantenpopulationen. Was erklärt die Unterschiedlichkeit verschiedener ethnischer Gruppen?“ (Hegemann/Salman 2007: 128) Wenn nicht einfach der Nachfrage entsprochen werden soll, muss hier von den Anbietern zunächst Sensibilisierungsarbeit geleistet werden.

Klienten. Nach Erfahrung von Gaitanides ergeben sich diese Synergieeffekte nicht von selbst, sondern erfordern einen intensiven und systematischen Lernprozess (Gaitanides 2008b: 153).

Grundsätzlich sollte vermieden werden, dass eine ethnisierende Arbeitsteilung die allochthonen Mitarbeiter für die Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund oder für interkulturelle Themen allgemein verantwortlich macht (vgl. Gaitanides 2004: 35; Caritas 2006: 61). Die von Auernheimer herausgearbeiteten Dimensionen Machtasymmetrien, Kollektiverfahrungen, Fremdbilder und kulturelle Differenzen sind auch in der interkulturellen Kommunikation innerhalb von Teams wirksam. In einem von Gaitanides begleiteten Qualitätszirkel zur interkulturellen Teamentwicklung¹⁵ wurden vor allem vier miteinander verschränkte Problembereiche genannt: Macht, Sprache, Arbeitsteilung und Stereotypen. So stellte die Beherrschung der deutschen Sprache einen wichtigen Faktor für Aufstiegsmöglichkeiten dar, während die muttersprachlichen Kenntnisse der allochthonen Mitarbeiter als selbstverständlich betrachtet wurden. Der Vorrang der deutschen Sprache wurde nicht hinterfragt. Aufgrund unterschiedlicher Sprachkenntnisse hatte sich eine Arbeitsteilung herauskristallisiert: Autochthone Mitarbeiter waren stärker in die Verwaltungs- und Kooperations-tätigkeit involviert, allochthone Mitarbeiter hatten mehr direkten Kontakt zu Klienten. Weitere Probleme resultierten aus wechselseitigen stereotypen Zuschreibungen und aus der Ethnisierung von Konflikten (vgl. Gaitanides 2008b: 154f.).

Für eine verbesserte Zusammenarbeit wurden in dem Qualitätszirkel Standards zur interkulturellen Teamentwicklung erarbeitet. Diese behandeln auf einer konkreten Ebene folgende Aspekte: Mehrsprachigkeit, kulturelle Vielfalt, Reflexion von stereotypen und ethnisierenden Deutungen, interkultureller Dialog, interkulturelle Konfliktkultur, Verbesserung der Repräsentation von Migranten im Team und in der Hierarchie (vgl. ohne Verfasserangabe 2002). Saladin verweist auf die Verantwortung der Führungsebene, bei Spannungen im Team eine Mediation oder Supervision zu ermöglichen (vgl. Saladin 2007: 53).

15 Hieran nahmen drei Einrichtungen der Migrationsarbeit in München teil (vgl. Gaitanides 2008b: 153).

4.4.5 *Migrationssensible Gestaltung von Kernprozessen und der Infrastruktur*

Kernprozesse

Als Kernprozesse können „typische, wiederkehrende Situationen im alltäglichen Organisations- und Tätigkeitsablauf“ bezeichnet werden (Caritas 2006: 38). Die Caritas schlägt vor, diese Kernprozesse in Form von Leistungsbeschreibungen und Zielaussagen mit interkultureller Perspektive zu konkretisieren. Auf diese Weise können fachliche Standards erarbeitet werden, anhand derer sich die Qualität der Arbeit überprüfen lässt (vgl. ebd.: 39).

Ein besonderes Augenmerk gilt dabei der Verringerung von möglichen Zugangsbarrieren für Migranten. Der Zugang wird beispielsweise durch frühere Diskriminierungserfahrungen oder durch Bedenken vor aufenthalts- oder arbeitsrechtlichen Konsequenzen erschwert. Die Angst, mit ethnozentristischen Behandlungsformen konfrontiert und mit den eigenen Bedürfnissen nicht ernst genommen zu werden, kann zu einem Misstrauen gegenüber Einrichtungen führen (vgl. Caritas 2006: 13). Es sollten Wege gefunden werden, mit diesen Vorbehalten sensibel umzugehen.

Eine grundlegende Anforderung an die Neustrukturierung von Arbeitsabläufen ist die Abkehr vom Defizitansatz, nach dem Patienten mit Migrationshintergrund eher als hilfsbedürftig oder problematisch gesehen werden. Stattdessen sollten die Ressourcen der jeweiligen Person berücksichtigt und für die weitere Behandlung genutzt werden. Des Weiteren sollte das Machtgefälle zwischen dem Fachpersonal und Patienten kritisch reflektiert und möglichst minimiert werden (vgl. Schröer 2007: 84). Haufe verweist auf die Hierarchie im westlichen Medizinsystem, an deren Spitze die Definitionsmacht der Ärzte steht (vgl. Haufe 2006: 235). Ärzte verfügen aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung über ein spezifisches Wissen. Auf dieser Grundlage analysieren und beurteilen sie Krankheitssymptome und entscheiden schließlich über eine geeignete Behandlung. Die Definitionsmacht der Ärzte ist weitgehend unproblematisch, solange der Patient ein ähnliches Krankheitskonzept vertritt. Der Behandlungserfolg wird jedoch gefährdet, wenn der Patient eine andere Auffassung darüber hat, was seine Krankheit ausgelöst hat und welche Therapien ihm helfen könnten. In der Folge könnte der Patient die Anweisungen des medizinischen Personals daher nur halbherzig befolgen oder die Behandlung ganz abbrechen. Haufe fordert daher, die verschiedenen Erklärungsmodelle von Arzt und Patienten gleichberechtigt zu

erörtern und den Heilungsprozess im Dialog zu gestalten (vgl. Haufe 2006: 237).

Für Kliniken hat Ebner beispielsweise folgende Kernprozesse ermittelt und entsprechende Leistungsbeschreibungen für eine migrationsensible Gestaltung formuliert (vgl. Ebner 2007: 55–60):

- *Regulärer Eintritt*: Der Patient wird über die Besonderheiten und Möglichkeiten der Klinik sowie über seine Rechte und Pflichten informiert. Hierzu wird Material in den häufigsten Migrationssprachen bereitgestellt. Grundlegende sprach-, migrations- und kulturspezifische Informationen werden erhoben und dokumentiert. Des Weiteren wird nach Erwartungen bezüglich Ernährung, Behandlung und Seelsorge gefragt. Sofern erforderlich werden Möglichkeiten der Sprachmittlung organisiert. Dem Patienten wird eine Bezugsperson für die Dauer des Aufenthalts vorgestellt.
- *Notfalleintritt*: Nach Möglichkeit greifen auch hier die Standards des regulären Eintritts. Eine professionelle Sprachmittlung kann jedoch häufig nicht gewährleistet werden. Daher stehen Instrumente zur Verfügung, die eine rudimentäre Verständigung ermöglichen, z. B. Wörterbücher und Piktogramme. Eine Liste von Telefondolmetschdiensten ist vorhanden. Es gibt Richtlinien für den Fall, dass keinerlei Verständigung möglich ist.
- *Diagnostik*: Relevante Daten zu Herkunft, Migrationshintergrund und Lebenslage werden erhoben. Der Patient wird über die Erkrankung, deren Hintergründe und Folgen so informiert, dass er eine verantwortliche Entscheidung über die weitere Behandlung treffen kann.
- *Behandlung*: Eine rationale Indikationsstellung ist auch bei Sprachbarrieren, differenziertem Krankheitsverständnis oder bei hohem Leidensdruck gewährleistet. Das Krankheitskonzept des Patienten sowie seine Erwartungen an die Behandlung sind bekannt. Behandlungen werden erst dann durchgeführt, wenn eine sprachliche Verständigung gegeben ist. Die Ressourcen des Patienten und seines Umfeldes werden systematisch genutzt.
- *Austritt*: Falls eine Nachbehandlung nötig ist wird diese organisiert. Hierbei sind die Sprachkenntnisse zu berücksichtigen. Der Patient ist über das weitere Vorgehen und mögliche Ansprechpersonen informiert (vgl. ebd.).

Infrastruktur

Im Rahmen einer Interkulturellen Öffnung sollte auch überprüft werden, inwieweit etwa Räumlichkeiten, Verpflegung oder Öffnungszeiten einer Einrichtung den Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechen. Die Orientierung in einem Gebäude kann z. B. durch mehrsprachige Hinweisschilder oder Piktogramme erleichtert werden. Die Verpflegung und die Regelungen für Besucher sollten so weit wie möglich unterschiedliche kulturelle, religiöse oder persönliche Lebensweisen berücksichtigen (vgl. Saladin 2007: 77). Islamische NahrungsgGebote können z. B. beachtet werden, indem Speisen, die mit Alkohol oder Schweinefleisch zubereitet wurden, gekennzeichnet werden. Saladin schlägt vor, für die Seelsorge Kontakte zu religiösen Gemeinschaften vor Ort aufzubauen (vgl. ebd.: 78). In einigen Kliniken wurden auch islamische Gebetsräume eingerichtet.¹⁶ Eine Alternative dazu wäre es, die in vielen Krankenhäusern vorhandenen „Räume der Stille“ ohne religiösen Bezug zu gestalten.

4.4.6 Berücksichtigung von Mehrsprachigkeit

Schwierigkeiten bei der sprachlichen Verständigung können als Zugangsbarrieren für Migranten wirken und den Erfolg einer Behandlung beeinträchtigen. Im Rahmen der Interkulturellen Öffnung sollten daher Strategien im Umgang mit Patienten entwickelt werden, welche kein oder wenig Deutsch sprechen. Zunächst sollte auch hier der Bedarf für unterschiedliche Migrantensprachen festgestellt werden.¹⁷ Grundsätzlich stehen verschiedene Wege der Sprachmittlung¹⁸ zur Verfügung: externe Dolmetscher in Face-to-Face-Situationen oder per Telefon, mehrsprachige Mitarbeiter, Familienangehörige oder Bezugspersonen des Patienten, übersetzte Materialien, Piktogramme und Wörterbücher (vgl. Saladin 2007: 63). Die verschiedenen Instrumente bieten jeweils Vor- und Nachteile. Es sollten daher klare Regelungen erarbeitet werden, in welchen Standardsituationen welche Form der Sprachmittlung angemessen ist. Neben der rein sprachlichen Ebene müssen auch kulturspezifische Kommunikationsformen und Tabus berücksichtigt werden (vgl. RKI 2008: 109).

16 Vgl. Klinikum Bremen-Nord o.J.

17 Eine Monographie zum Thema Bedarfsanalyse und Modellprojekte im Bereich Sprachmittlung wurde von Borde und Albrecht (2007) herausgegeben.

18 Die Begriffe Sprachmittlung/Dolmetschen bzw. Sprachmittler/Dolmetscher werden hier synonym als Oberbegriffe verwendet.

Die Vorteile der Zusammenarbeit mit externen Dolmetschern sind offensichtlich: Durch die Professionalität und Neutralität der Fachkräfte sind bestmögliche Chancen für eine Verständigung gegeben. Dies gilt besonders für selten gesprochene Sprachen und Dialekte. Allerdings ist diese Form mit organisatorischem und finanziellem Aufwand für die Einrichtungen verbunden. Andererseits ist in Betracht zu ziehen, dass ungelöste Kommunikationsprobleme ebenfalls einen erhöhten Zeitaufwand bei der Behandlung und Unzufriedenheit auf beiden Seiten verursachen. Bischoff et al. haben dazu Entscheidungskriterien entwickelt: Demnach sind externe Dolmetscher zu bevorzugen, wenn es sich um ein komplexes, abstraktes Thema handelt, wenn die vermittelten Informationen von großer Tragweite sind, wenn kulturelle und religiöse Aspekte relevant sind oder wenn mit hoher Emotionalität zu rechnen ist (vgl. Bischoff et al. 2007: 66). In dringlichen Fällen stellt die telefonische Übersetzung eine Alternative dar. In einigen Kommunen sind Gemeindedolmetschdienste etabliert worden. Der Einsatz ist für die Kliniken wesentlich kostengünstiger. Häufig sind die Mitarbeiter auch besser für das medizinische Feld qualifiziert. Sie können jedoch nicht für beeidigte Übersetzungen angefragt werden. In Umfragen wurde zudem eine unzureichende Professionalität (fehlende Distanz und Neutralität) bemängelt (vgl. Ledyaikina et al. 2007: 105).

Als Ad-hoc-Dolmetscher können auch Mitarbeiter mit Migrationshintergrund eingesetzt werden. Die Vorteile liegen darin, dass ein Einsatz auch kurzfristig organisierbar ist und die Mitarbeiter mit den medizinischen Abläufen vertraut sind. Diese Form der Sprachmittlung bietet sich an, wenn es um kurze Gespräche und konkrete Inhalte geht. Es wird empfohlen, eine Datenbank über die Fremdsprachenkompetenz der Mitarbeiter anzulegen und in Frage kommende Personen entsprechend zu schulen (vgl. Bischoff et al. 2007: 65ff.).

Häufig wird in Kliniken und Arztpraxen auf begleitende Familienmitglieder als Übersetzer zurückgegriffen. Nach Auffassung von Saladin sollte dies jedoch grundsätzlich vermieden werden. Dies gilt insbesondere für Kinder. Falls keine andere Möglichkeit der Verständigung besteht oder die Betroffenen dies ausdrücklich wünschen, sollte das medizinische Personal in einfachen, klaren Sätzen sprechen und sich möglicher Risiken (Befangenheit, Falschinformation) bewusst sein (vgl. Saladin 2007: 64).

Weitere Hilfsmittel zur Verständigung sind mehrsprachiges Informationsmaterial, Wörterbücher und Piktogramme. Fremdsprachige Broschüren haben eine Signalfunktion. Sie können ein persönliches Gespräch zwar nicht

ersetzen, aber vorbereiten und ergänzen (vgl. Deininger 2007: 33). Piktogramme bieten in manchen Situationen die Möglichkeit einer schnellen und einfachen Kommunikation, ohne dass eine gemeinsame Sprache erforderlich ist. Sie sind auch für Patienten geeignet, die nicht lesen können. Allerdings sind die Einsatzmöglichkeiten auf sehr konkrete Sachverhalte beschränkt. Zudem kann auch bei bildhaften Darstellungen nicht von einer universellen Verständlichkeit ausgegangen werden. Die Bedeutung erschließt sich z.T. nur durch eine begleitende Erläuterung und muss erlernt werden (vgl. Wick Marcoli: 69).

Die hier genannten Vorschläge zu Formen der Sprachmittlung sowie zu ihrem differenzierten Einsatz sind vor allem für größere Organisationen empfehlenswert. Für kleinere Einrichtungen (Arztpraxis) und Projekte (z. B. zur Gesundheitsförderung) sind sie m.E. unrealistisch. In den meisten Fällen wird der Organisationsaufwand zu hoch und werden die personellen Ressourcen zu gering sein, um die hier vorgestellten Ideen zu verwirklichen. Ein erster Schritt wäre es jedoch, das behandelnde Personal dafür zu sensibilisieren, welche Probleme durch eine unzureichende Verständigung oder durch die Sprachmittlung durch Familienangehörige entstehen können. Mehrere Kommunen haben Gesundheitswegweiser für Migranten¹⁹ erstellt, welche eine Liste der Arztpraxen mit mehrsprachigem Personal enthalten. Möglicherweise könnten diese Projekte erweitert werden, indem die Vernetzung zwischen den Einrichtungen gefördert und im Notfall z. B. über Telefon übersetzt wird.

4.4.7 Öffentlichkeitsarbeit

Die Interkulturelle Öffnung sollte auch nach außen, also für die Nutzer, für andere Einrichtungen im Sozialraum und die Kommune insgesamt sichtbar werden. Innerhalb der Einrichtung können z. B. mehrsprachige Hinweisschilder zur Orientierung und fremdsprachige Zeitschriften im Wartezimmer Signalwirkung entfalten (vgl. Diakonisches Werk Württemberg 2001: A6). Für die Öffentlichkeitsarbeit können auch Kontakte zu den Medien und zu Schlüsselpersonen verschiedenster kultureller oder religiöser Gruppen genutzt werden. Weitere Instrumente sind mehrsprachiges Informationsmaterial und Vernetzung mit anderen Akteuren im Gesundheitsbereich. Bei der Öffentlichkeitsarbeit sollten die Vorkenntnisse, Kommunikationsformen sowie das Bildungsniveau und das Informationsverhalten der Zielgruppen

¹⁹ Vgl. Stadt Leipzig 2008.

berücksichtigt werden (vgl. Caritas 2006: 55). Dies ist insbesondere für Einrichtungen der präventiven und rehabilitativen Versorgung relevant, da diese von Migranten bislang unterdurchschnittlich in Anspruch genommen werden (vgl. Kap. 2.1.6).

4.4.8 *Sozialraumorientierung und Vernetzung*

Das Konzept der Interkulturellen Öffnung thematisiert nicht nur interne Abläufe, sondern auch die Verortung einer Organisation in ihrem Einzugsgebiet und die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen. Bedarfsgerechte Maßnahmen erfordern eine Berücksichtigung der jeweiligen Bevölkerungszusammensetzung und der gegebenen sozialen Infrastruktur. Es gibt z. B. große Unterschiede, ob es sich um ländliche oder städtische Räume handelt. Als relevante Merkmale der Bevölkerung betrachtet die Caritas z. B. die Altersstruktur, die sozioökonomische Lage und den Migrationshintergrund (vgl. Caritas 2006: 25). Bezüglich der Vernetzung sollte eine Einrichtung vorab klären, welche Vereine, Selbsthilfegruppen und informelle Strukturen es im Einzugsgebiet gibt und welche Angebote von anderen Diensten bereitgestellt werden (vgl. ebd.). Die Versorgung kann dann untereinander abgestimmt und Ressourcen gebündelt werden. Ein Beispiel für fehlende Vernetzung und ungenutzte Potentiale geht aus einem Bericht von Deininger hervor: Demnach war der kommunale Dolmetschdienst Berlin nach zweijährigem Bestehen nur knapp der Hälfte der befragten 39 Berliner Krankenhäuser bekannt. Lediglich fünf nahmen ihn auch in Anspruch (vgl. Deininger 2007: 31).

Schröer hat zudem beobachtet, dass die Vielfalt an Selbstorganisation und ehrenamtlichem Engagement, die es innerhalb der Migrantencommunities gibt, zu wenig bekannt sei und berücksichtigt werde. Er plädiert für eine stärkere Einbindung dieser Ressourcen in die Integrationsarbeit (vgl. Schröer 2008: 32f.).²⁰

20 Schröer verbindet hiermit auch eine politische Forderung: So müssten die Migrantenselbstorganisationen mittels einer aktiven „Informations-, Qualifizierungs- und Förderpolitik“ unterstützt werden, um diese Aufgabe auch übernehmen zu können (vgl. 2008: 33).

5 Praxisbeispiel Klinikum Bad Oeynhausen

Die Notwendigkeit einer Interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens wird seit etwa einem Jahrzehnt intensiv diskutiert. Es wurden Strategien zur Implementierung entwickelt sowie Handbücher und Erfahrungsberichte veröffentlicht, welche interessierten Institutionen eine Vielzahl an Informationen und Anregungen bieten. Allerdings lässt die Zögerlichkeit, mit der das Konzept von Gesundheitseinrichtungen umgesetzt wird, auf erhebliche Widerstände schließen. Es gibt jedoch auch erfolgreiche Beispiele. Exemplarisch wird daher das Klinikum Bad Oeynhausen, welches vor neun Jahren mit der migrationssensiblen Ausrichtung seiner Dienstleistungen begann, in diesem Kapitel umfassend untersucht.

Nach einer kurzen Vorstellung der Klinik wird die Vorgehensweise der Untersuchung erläutert. Im Anschluss folgt eine Beschreibung des gegenwärtigen Behandlungskonzepts für Migranten sowie die Darstellung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse.

5.1 Das Klinikum Bad Oeynhausen

Das Klinikum Bad Oeynhausen (KBO) ist eine Rehabilitationseinrichtung und wird von der Median-Kliniken GmbH & Co. KG geführt. Der Medianverbund verwaltet über 30 Rehabilitationskliniken und Akutkrankenhäuser an über 20 Standorten in Deutschland. Der Sitz der Gesellschaft ist in Berlin (vgl. Median Kliniken o.J.b).

Das KBO selbst besteht aus zwei Kliniken, der Weserlinik (KBO I) und der Klinik am Park (KBO II), die jedoch eine gemeinsame Verwaltung haben und eng zusammenarbeiten. Die Behandlungsschwerpunkte liegen in den Fachrichtungen Orthopädie, Innere Medizin, Kardiologie, Onkologie, Lymphologie, Neurologie und Geriatrie. Eine Aufnahme erfolgt hauptsächlich als Frührehabilitation, Anschlussheilbehandlung bzw. Anschlussrehabilitation oder als stationäres Heilverfahren. Die Kosten der Behandlung werden von den Krankenkassen, den Renten- oder den Unfallversicherungs-

trägern übernommen. Im Regelfall wird eine Maßnahme für drei Wochen bewilligt und bei Bedarf verlängert. Des Weiteren bietet die Klinik Spezialprogramme für Selbstzahler, ambulante Rehabilitation und die Aufnahme von Begleitpersonen an. Die Patienten sind in Einzelzimmern untergebracht (vgl. Median Kliniken 2007: 2f.,12).

Insgesamt verfügt das Klinikum über 425 Betten. Über das Alter der Patienten wird im KBO keine Statistik geführt, aufgrund des Behandlungsspektrums kann jedoch von einem hohen Anteil älterer Patienten ausgegangen werden.

5.2 Dokumentation des Untersuchungsverfahrens

Die Untersuchung anhand des Klinikums Bad Oeynhausen soll Aufschluss darüber geben, wie ein Projekt zur Interkulturellen Öffnung implementiert wurde. Dafür wurde ein qualitativer Forschungszugang gewählt. Im Folgenden wird das gewählte Untersuchungsverfahren einschließlich Forschungsfrage, -design und -methoden dokumentiert und begründet (vgl. Mayring 2002: 29).

Forschungsfrage

Vor dem Hintergrund, dass die Interkulturelle Öffnung bislang nur zögerlich umgesetzt wird, war an dem Praxisbeispiel Folgendes von Interesse: Welche Beweggründe standen hinter der Idee und dem Entschluss zur Interkulturellen Öffnung? Welche Maßnahmen wurden geplant und umgesetzt? Welche Widerstände und Probleme mussten überwunden werden, welche Lösungswege wurden gefunden? Zusammenfassend lässt sich das Erkenntnisinteresse mit der Frage beschreiben: Welche Faktoren haben zu einem Gelingen des Projektes beigetragen und inwieweit lassen sich daraus Anregungen für andere Institutionen ableiten?

Forschungsdesign

Für eine umfassende Untersuchung einer Institution und ihres Projektes bietet sich die Einzelfallanalyse als Forschungsdesign an (vgl. Flick 2007: 177f.). Diese ermöglicht eine Rekonstruktion und Beleuchtung des Projektes aus unterschiedlichen Perspektiven, schränkt jedoch gleichzeitig die Verallgemeinerbarkeit der Untersuchungsergebnisse ein. Nach Mayring können Ergebnisse qualitativer Untersuchungen ohnehin nicht automatisch, sondern nur mit jeweiliger Begründung generalisiert werden (vgl. Mayring 2002: 23f.). Es

ist nicht das Ziel dieser Untersuchung, repräsentative Aussagen treffen zu können. Die Entwicklung und Struktur eines Projektes soll hier weitgehend rekonstruiert und mit aktuellen Ansätzen zur Interkulturellen Öffnung verglichen werden. Im besten Fall lassen sich aus den Ergebnissen Hinweise für die Praxis und Anregungen für weitere Forschungsarbeiten ableiten.

Eine Interkulturelle Öffnung als Organisationsentwicklung ist ein langwieriges und komplexes Projekt. Auch wenn bei dessen Gestaltung äußere Umstände wie z. B. finanzielle Ausstattung, Infrastruktur oder rechtliche Grundlagen zu beachten sind, ist davon auszugehen, dass bei der Initiierung und Durchführung des Projektes die beteiligten Personen eine sehr wichtige Rolle spielen. Das Erkenntnisinteresse der Untersuchung bezieht sich daher vor allem auf die Subjekte, ihre Erfahrungen, Deutungsmuster und Ideen (vgl. Mayring 2002: 20f.).

Als Beispielprojekt kam nur eine größere Einrichtung mit verschiedenen Arbeitsbereichen und Mitarbeitergruppen in Frage, da die verschiedenen Aspekte einer Interkulturellen Öffnung hier am besten veranschaulicht werden können. Die Klinik Bad Oeynhausen bezeichnet ihr Projekt offiziell als Behandlungskonzept für türkisch-muslimische Patienten. Diese Einschränkung der Zielgruppe entspricht nicht dem Verständnis der Interkulturellen Öffnung. Aus zwei Gründen wurde dennoch diese Einrichtung als Praxisbeispiel gewählt: Nach eigenen Angaben ist die Klinik bundesweit die Rehabilitationseinrichtung, die das umfangreichste Konzept zur Behandlung von Migranten anbietet. Meine Recherchen im Vorfeld haben dies bestätigt. Der zweite Grund liegt in der tatsächlichen Ausgestaltung des Projektes. Trotz des offiziellen Schwerpunktes auf türkisch-muslimische Migranten werden viele Prinzipien der Interkulturellen Öffnung dem ersten Eindruck nach verwirklicht. Diese Einschätzung wird dadurch bestätigt, dass die Klinik de facto auch Patienten anderer Herkunft oder Religionszugehörigkeit aufnimmt.

Die Umsetzung der Interkulturellen Öffnung lässt sich als erfolgreich beschreiben, da das Projekt bereits seit einigen Jahren etabliert ist und eine Akzeptanz sowohl seitens des Anbieters (die Klinikleitung plant eine Weiterführung) als auch der Zielgruppe (steigende Patientenzahlen) gegeben ist. Die Auswahlstrategie zielt hier also nicht darauf ab, einen besonders typischen oder häufigen Fall zu untersuchen, sondern einen Extremfall im Sinne eines besonders gelungenen Projektes (vgl. Flick 2007: 165).

Forschungsmethode

Als Informationsquellen über das Projekt dienten zunächst mehrere Broschüren und interne Papiere der Klinik. Weitere, ausführlichere Daten sollten mit Hilfe von leitfadengestützten Experteninterviews erhoben werden. Bei dieser Methode steht der Interviewte nicht als Gesamtperson im Zentrum des Interesses (vgl. Meuser/Nagel 2005: 72). Die Interviewpartner werden in ihrer Funktion als Verantwortliche oder Mitarbeiter des Projektes Interkulturelle Öffnung befragt, um damit das professionelle Wissen über interne Strukturen, Handlungsabläufe und Lösungsstrategien sowie auch persönliche Erfahrungen und Einschätzungen zu erschließen. Für eine multiperspektivische Betrachtung wurden für die Interviews zum einen Vertreter unterschiedlicher Hierarchieebenen und Mitarbeitergruppen und zum anderen Patienten ausgewählt:

- Herr Springfeld – Initiator des Projektes und damaliger Verwaltungsleiter der Klinik
- Frau Demirubuz – Sozialarbeiterin interkultureller Bereich
- Herr Dr. Kratzsch – Chefarzt Innere Medizin/Kardiologie
- Frau Renpening – Krankenpflegerin
- Herr K – Patient
- Herr P – Patient

Während meiner Recherchen zu der Klinik lernte ich Frau Demirubuz und Herrn Springfeld kennen und vereinbarte mit ihnen Interviewtermine. Auf meine Anfrage hin vermittelte mir Frau Demirubuz die Kontakte zu Herrn Dr. Kratzsch, Frau Renpening und den Patienten.¹

Im Hinblick auf den Schwerpunkt dieser Arbeit liegt der Fokus bei den Interviews auf dem „Betriebswissen“ der Akteure, also auf dem Ablauf des Organisationsentwicklungsprozesses Interkulturelle Öffnung. Das „Kontextwissen“ über Migranten als Zielgruppe gesundheitlicher Versorgung wurde nur

¹ Gegen dieses Vorgehen kann der Einwand erhoben werden, dass möglicherweise Interviewpartner ausgewählt wurden, die die Klinik und das Projekt in einem möglichst positiven Licht darstellen. Der Vorteil, dass Frau Demirubuz der Untersuchung sehr wohlwollend gegenüberstand und in ihrer Position eine Art Türöffner darstellte und so die anderen Interviewpartner für eine Mitarbeit motivieren konnte, überwog allerdings die Bedenken.

insoweit berücksichtigt, als es für die Einschätzung und Beurteilung der Projektmaßnahmen wichtig erschien (vgl. Meuser/Nagel 2005: 75ff.).

Erste Entwürfe der Interviewleitfäden wurden bereits während der Bearbeitung des theoretischen Teils der Arbeit entwickelt. Nach Durchsicht der Klinikbroschüren und Durchführung der ersten Interviews wurden diese entsprechend aktualisiert. Die Leitfäden dienten während der Gespräche als grobe Orientierung, um das Thema einzugrenzen und wichtige Fragestellungen nicht aus dem Blick zu verlieren (vgl. Meuser/Nagel 2005: 77). Es wurde jedoch eine offene Gesprächsführung angestrebt, um den Experten Raum für eigene Schwerpunktsetzungen zu geben und neue Aspekte flexibel aufgreifen zu können.

Zur Abrundung des Gesamtbildes sollten auch mehrere Patienten mit Migrationshintergrund als Vertreter der Zielgruppe zu Wort kommen. Da diese nicht als Experten in einer professionellen Funktion auftreten, nehmen sie eine Sonderrolle bei den Interviews ein. Die Patienten wurden themenspezifisch nach ihren Erfahrungen in der Klinik Bad Oeynhausen und allgemein im Gesundheitswesen befragt. Die Fragen des Interviewleitfadens wurden aufgrund der Sprachbarriere bewusst allgemeiner und weniger komplex gestaltet. Ursprünglich waren Interviews mit mehreren Patienten geplant. Aufgrund fehlender Sprachkenntnisse kamen dafür jedoch nur zwei Patienten in Betracht.

Die Interviews wurden an drei Tagen (Nov. 2007; Mai, Juli 2008) durchgeführt. Die Gespräche mit den Mitarbeitern erfolgten während ihrer Arbeitszeit und – mit Ausnahme von Herrn Springfeld – an den jeweiligen Arbeitsplätzen (Büro bzw. Stationszimmer). Die Interviewten erklärten sich einverstanden, in dieser Arbeit mit Namen und Aufgabenfeld genannt zu werden, die Namen von dritten Personen wurden im Transkript anonymisiert. Die Patienten wurden in einem Aufenthaltsraum befragt, der ausschließlich uns zur Verfügung gestellt wurde.

Die Transkription der Tondokumente erfolgte mittels der Technik „Übertragung in normales Schriftdeutsch“ (vgl. Mayring 2002: 91). Die Interviews wurden inhaltlich komplett transkribiert. Dabei wurde die Wortwahl der Interviewten beibehalten, die Sätze jedoch in grammatikalischer Hinsicht korrigiert. Insbesondere bei den Interviews mit Nicht-Muttersprachlern wurden auch Satzbruchstücke zu vollständigen Sätzen zusammengefasst. Auf weitere Informationen im Transkript (z. B. Pausen, Betonung, paraverbale

Laute) wurde verzichtet², da sich die Analyse vornehmlich an den offenkundigen Textinhalten orientiert.

Das erste Interview mit Frau Demirbuz im November 2007 wurde nicht auf Tonband aufgezeichnet. Stattdessen wurde direkt im Anschluss an das Gespräch ein Gedächtnisprotokoll angefertigt, welches sich auf die inhaltlich relevanten Gesprächsteile beschränkt.

Auswertung der Daten

Die Auswertung der Interviews erfolgte in mehreren Schritten. Zunächst wurden aus den Transkripten die Informationen herausgefiltert, die neben den Klinikbroschüren zur Beschreibung des Projektes (Kap. 5.3) herangezogen werden konnten. Auch die weitere Analyse konzentrierte sich auf die offenkundigen Textinhalte. Durch die leitfadengestützte Interviewführung wurden die Gespräche bereits – der Forschungsfrage entsprechend – thematisch eingegrenzt und vorstrukturiert. Bei dem folgenden Auswertungsschritt wurde jedoch auf Offenheit gegenüber den eigenen Schwerpunktsetzungen und Interpretationen der Befragten Wert gelegt. Die einzelnen Interviews wurden in thematische Abschnitte unterteilt. Inhaltlich zusammenhängende Sequenzen aller Interviews wurden gruppiert und mit Überschriften versehen. Aufgrund der Vielschichtigkeit des Materials wurden viele Textpassagen auch mehreren Kategorien zugeordnet. Anschließend wurden aus den Interviews weitere Inhalte herausgearbeitet, die Aufschluss über den interkulturellen Öffnungsprozess geben. Die Auswertung der Interviews berücksichtigte also sowohl die Schwerpunktsetzungen der Gesprächspartner als auch das Erkenntnisinteresse der jeweiligen Fragestellung. Abschließend wurden die Aussagen der Interviewten zu den jeweiligen Inhalten miteinander verglichen. Dabei wurden einheitliche Wissensbestände über das Projekt, aber ebenso Unterschiede in den Erfahrungen und Deutungsweisen herausgearbeitet. Die Auswahl von Repräsentanten unterschiedlicher Statusgruppen ist hierbei von Bedeutung. Die Aussagen der Befragten wurden auch immer vor dem Hintergrund ihrer Position im Organisationskontext und ihres Arbeitsbereiches interpretiert (vgl. Meuser/Nagel 2005: 81).

2 Eine Ausnahme bilden hier einige wenige Interviewstellen, bei denen die Zusatzinformationen (z. B. Ironie, Lachen) wesentlich für das Verständnis sind.

Kritische Betrachtung des Vorgehens

Die Interviewpartner zeigten durchgängig eine hohe Bereitschaft zur Mitarbeit. Die Erwartungen an die Experteninterviews, nämlich Wissen, Erfahrungen und Deutungen zur Interkulturellen Öffnung zu erschließen, wurden weitgehend erfüllt. Bei den Mitarbeitern der zeigte sich, dass sie das Hintergrundinteresse der Fragen adäquat einschätzten und zudem Erfahrung in der öffentlichen Darstellung ihres Projektes hatten. Bei der Bewertung der Ergebnisse liegt die Annahme zugrunde, dass sie als Vertreter der Klinik ihre Arbeit grundsätzlich eher positiv darstellen. Es wurden jedoch auch Probleme und Widerstände angesprochen.

Die Patienteninterviews konnten in Bezug auf die Fragestellung kaum Ergebnisse liefern. Die Gesprächspartner antworteten nur kurz und sehr allgemein auf die Fragen bzw. wichen von der intendierten Themenstellung ab. Bei einer Nachbetrachtung kommen hierfür mehrere Gründe in Frage:

- Die beidseitige Sprachbarriere hat den Redefluss negativ beeinflusst und die Schilderung komplexerer Sachverhalte fast unmöglich gemacht.
- Die Patienten befanden sich in einem Rollenkonflikt. Zum einen wollten sie die Klinik nicht detaillierter beurteilen oder gar kritisieren, da sie weiterhin dort in Behandlung sind. Zum anderen könnten sie die Autorin vor allem als Vertreter der Mehrheitsgesellschaft wahrgenommen und sich aus diesem Grund mit persönlicher Meinung zurückgehalten haben.
- Die themenzentrierte, leitfadenorientierte Interviewform war für diese Zielgruppe nicht angemessen (es sei denn, der Patient hätte zufällig Erfahrung mit dem akademischen Kontext). Eine offener Interviewmethode, wie z. B. das narrative Interview, hätte eventuell aufgrund des Redeflusses zu mehr Informationen geführt. Es bleibt jedoch offen, ob diese Informationen für den Forschungsschwerpunkt relevant gewesen wären.

Da die Patienteninterviews nur ergänzende Einblicke ermöglichen sollten, ist die geringe Ergebnisquote in Bezug auf die Fragestellung als nicht gravierend einzuordnen. Sie kann jedoch dahingehend interpretiert werden, dass bei der Wahl geeigneter Evaluationsinstrumente (z. B. zur Erfassung der Patientenzufriedenheit) die Sprachbarriere und ein möglicher Rollenkonflikt berücksichtigt werden sollten.

5.3 Das Behandlungskonzept für Migranten

Das Klinikum Bad Oeynhausen begann 2000 mit einem Behandlungskonzept für türkisch-muslimische Patienten zu werben. Sie war damit die erste Rehabilitationseinrichtung mit einem umfassenden Angebot für diese Zielgruppe. Seit dieser Anfangszeit ist das Angebot weiterentwickelt und ausdifferenziert worden. Die verschiedenen Aspekte des gegenwärtigen Behandlungskonzepts sollen im Folgenden dargestellt werden.³

Bei der Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund wird im KBO Wert auf die Integration in den normalen Klinikablauf gelegt. Das bedeutet z. B., dass es weder eine räumliche noch eine Trennung bei den Behandlungsangeboten gibt. Die Patienten bekommen je nach Indikation ein Zimmer auf den verschiedenen Stationen zugewiesen. Auch gruppentherapeutische Maßnahmen, z. B. Krankengymnastik, erfolgen gemeinsam mit autochthonen Patienten.

Das Konzept gründet sich vor allem auf die Berücksichtigung sprachlicher und religiöser Bedürfnisse. Bei den türkisch-muslimischen Patienten im KBO handelt es sich um eine heterogene Gruppe, daher sind die Angebote optional. Das bedeutet, dass die Patienten entsprechend ihrer deutschen Sprachkenntnisse und nach Auffassung ihres Glaubens manche Angebote beanspruchen und auf andere verzichten können. Dies wird bei der Aufnahme individuell besprochen, kann aber auch während des Aufenthalts geändert werden.

Bereits der Internetauftritt des Klinikums kann auf Türkisch betrachtet werden.⁴ Nahezu alle schriftlichen Informationen für die Patienten sind zweisprachig gehalten. Dies beinhaltet die Orientierungshinweise in der Klinik, Aushänge, Broschüren, Tagespläne, Patientenmitteilungen, Medikamentenverordnungen und das Speisemenü. Bei ihrer Ankunft erhalten die Patienten zudem eine Informationsschrift in türkischer Sprache, die über den Rehabilitationsablauf und die Angebote der Klinik aufklären soll. Für Patienten, die nicht lesen und schreiben können, erleichtern Piktogramme⁵ die Orientierung in der Klinik. Die Piktogramme werden sowohl auf Hinweisschildern als auch auf den Tagesplänen der jeweiligen Patienten verwendet. Ein bild-

3 Sofern nicht anders vermerkt, sind die Angaben aus diesem Kapitel einer Klinikbroschüre (vgl. Median Kliniken o.J.a) entnommen und wurden durch Informationen aus den Interviews ergänzt.

4 Vgl. Median Kliniken o.J.c.

5 Ein beispielhafter Piktogramm-Tagesplan findet sich im Anhang.

gestütztes Kommunikationsheft beinhaltet die Piktogramme in katalogisierter und nach Sach- und Fachgebiet unterteilter Form. Die Klinik stellt zudem türkischsprachige Medien (Fernsehen, Zeitschriften) zur Verfügung.

Bei der Aufnahmeuntersuchung wird grundsätzlich ein Dolmetscher hinzugezogen. Bei allen weiteren Behandlungen und Therapien wird dies nach Bedarf gehandhabt. In vielen Abteilungen gibt es auch türkischsprachige Fachkräfte. Für die anderen Mitarbeiter werden in regelmäßigen Abständen Türkischkurse angeboten, so dass zumindest Schlüsselbegriffe oder „Türöffner“ bei vielen Mitarbeitern bekannt sind. Jede Woche gibt es einen allgemeinen Therapievortrag mit Dolmetscher, in dem der Rehabilitationsablauf und die verschiedenen Therapieformen erklärt werden. Auch weitere Vorträge zu medizinischen Themen, z. B. über Diabetes, Stress, Ernährung und das Herz-Kreislauf-System, werden auf Türkisch angeboten.

In beiden Kliniken ist im Bereich Sozialarbeit eine türkischsprachige Mitarbeiterin angestellt, die während des Aufenthalts eine wichtige Ansprechperson für die Patienten ist. Zunächst übernimmt sie die Begrüßung und Aufnahme und stellt bei einem Rundgang die Räumlichkeiten der Klinik vor. Die Sozialarbeiterin ist bei vielen Terminen als Dolmetscherin anwesend und für die sozialrechtlichen und Schwerbehindertenangelegenheiten zuständig. Des Weiteren nimmt sie eine Vermittlerposition ein, falls es zu Verständigungsproblemen oder Konflikten mit dem medizinischen Personal oder anderen Patienten kommt. Die Sozialarbeiterinnen wurden zudem in medizinischen Fragen fortgebildet, so dass sie Vorträge oder Beratungen (z. B. Marcumar-Schulung, Diätberatung) in türkischer Sprache eigenständig durchführen können.

Viele Muslime halten sich an religiöse Ernährungsvorschriften, z. B. an den Verzehr von rituell geschächtetem Fleisch (Helal-Fleisch) und an das Verbot bestimmter Nahrungs- bzw. Genussmittel (Alkohol, Schweinefleisch). Diese Nahrungsgebote werden bei der Menüzusammenstellung und bei der Zubereitung der Speisen berücksichtigt. Neben vegetarischer Kost werden auch Helal-Speisen angeboten, die entsprechend gekennzeichnet sind. Fleisch und Wurst werden dabei von einem islamischen Schlachter geliefert.

Die Patienten können sich für die Zeit ihres Aufenthaltes einen Gebetsteppich ausleihen, für den Gottesdienst am Freitag steht ein Pendeldienst zur Moschee zur Verfügung. Nach Wunsch der Patienten werden die täglichen Termine so gelegt, dass sie sich mit den Zeiten der fünf Pflichtgebete nicht überschneiden. Im Ramadan können die Patienten fasten, sofern keine

medizinischen Gründe dagegen sprechen. Die Ausgabe der Speisen erfolgt dementsprechend zeitversetzt. Am Ende des Fastenmonats wird, ebenso wie an anderen christlichen und muslimischen Feiertagen, ein Fest veranstaltet.

Für einige Patienten türkisch-muslimischer Herkunft kann die Behandlung durch gegengeschlechtliches Personal eine Zugangsbarriere und Hemmschwelle darstellen. Das KBO berücksichtigt daher gegebenenfalls unterschiedliche Geschlechtsrollenbilder. Nach Wunsch werden die Maßnahmen nur von gleichgeschlechtlichen Therapeuten (z. B. Massage) durchgeführt. Auch beim ärztlichen Personal wird diesem Bedürfnis nach Möglichkeit entsprochen. Bei den Anwendungen wie z. B. Massage oder Wassergymnastik für Frauen wird darauf geachtet, dass keine männlichen Kollegen oder Patienten überraschend den Raum betreten. Da es diesbezüglich in der Anfangszeit des Projektes Schwierigkeiten gab, wurde in der Weserlinik (KBO I) ein Flur eingerichtet, in dem ausschließlich Frauen arbeiten und behandelt werden. Im Speisesaal gibt es die Möglichkeit, an einem reinen Männer- oder Frauentisch zu sitzen.

Das Behandlungskonzept verweist neben den sprachlichen und religiösen auch auf weitere Aspekte, die bei der Behandlung von türkisch-muslimischen Patienten unter Umständen beachtet werden sollten. Mit dem Hinweis auf die Individualität jedes Patienten werden in der Klinikbroschüre einige Unterschiede zu autochthonen Patienten beschrieben, die auf kulturelle Hintergründe und ein geringes Bildungsniveau der ersten Generation zurückgeführt werden.⁶ Die Klinik setzt daher bei der Behandlung von allochthonen Patienten auf ein migrationssensibles Vorgehen und auf interkulturelle Kompetenz beim Personal. Regelmäßig werden Fortbildungen zu migrationspezifischen Themen angeboten. Die muttersprachlichen Fachkräfte in verschiedenen Bereichen sind nicht nur für die türkisch-muslimischen Patienten zuständig, sondern sollen durch ihr Wissen und ihre Erfahrung ganz allgemein den Austausch im Team bereichern. Für die sprachtherapeutische Arbeit mit türkischen Patienten wurde eine muttersprachliche Therapeutin eingestellt sowie ein spezieller Behandlungsansatz erarbeitet und standardisiert.

6 So sei das medizinische Wissen über den Körper, die Lage und Aufgabe von Organen gering. Schmerzen würden häufig intensiver und lauter ausgedrückt. Dies wird als Ausdruck von Hilflosigkeit und als Angst, nicht verstanden zu werden, interpretiert. Krankheit werde eher ganzheitlich betrachtet. Bei psychosomatischen Erkrankungsbildern fokussierten Migranten eher auf die organischen Beschwerden und seien zunächst irritiert, wenn eine psychische Behandlung vorgeschlagen werde.

Seit dem Beginn des Projektes sind die Patientenzahlen kontinuierlich gestiegen. In der Klinik II wurden 2002 87, 2005 136 und 2007 220 muslimische Patienten behandelt (vgl. Median Kliniken 2008). Der Anteil an der Gesamtzahl der Behandelten liegt im Klinikdurchschnitt zurzeit bei ca. 10 %⁷, variiert jedoch auf den einzelnen Stationen. Gegenüber den Kostenträgern wirbt die Klinik mit dem Schließen einer Versorgungslücke, denn in § 2 SGB V heißt es: „Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre Vielfalt zu beachten. Den religiösen Bedürfnissen der Versicherten ist Rechnung zu tragen.“ (zit. in Median Kliniken o.J.a: 13). Daher können Patienten gegenüber dem Kostenträger auf eine Überweisung in das KBO bestehen und dieses Recht notfalls einklagen. Mittlerweile werden daher Patienten aus dem gesamten Bundesgebiet und von verschiedenen Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen eingewiesen (vgl. Springfeld 2007: 274). Eine Qualitätssicherung erfolgt durch eine standardisierte Patientenbefragung gegen Ende des Aufenthaltes.

Offiziell wird das Behandlungskonzept nach wie vor als „Rehabilitation für türkisch-muslimische Patienten“ bezeichnet, da die Klinik die Berücksichtigung sprachlicher und religiöser Bedürfnisse nur für diese Zielgruppe gewährleisten kann. In der Praxis nimmt die Klinik auch Patienten anderer Herkunft oder Religionszugehörigkeit auf, z. B. griechisch- oder italienischsprachige Patienten. Hier wird im Einzelfall entschieden, ob eine adäquate Versorgung unter den Klinikvoraussetzungen möglich ist. Bei Verständigungsschwierigkeiten werden Sprachmittler aus dem Bielefelder Dolmetscherpool hinzugezogen.

Von den im Jahr 2007 im Rahmen des Projektes aufgenommenen 220 Patienten war der größte Anteil (200) türkischer Nationalität. Die weiteren Patienten waren bosnischer, kosovarischer, albanischer, indischer, iranischer, jugoslawischer, afrikanischer [!], kurdischer, serbischer und pakistanischer Nationalität. Auch drei autochthone Patienten muslimischen Glaubens haben das Angebot in Anspruch genommen. Der Anteil der Männer (53 %) und Frauen (47 %) war ungefähr gleich hoch. 67 % der Patienten wurden dem Fachbereich Innere Medizin zugeordnet, 32 % der Onkologie und 1 % der Orthopädie. 15 % der Patienten waren Analphabeten (vgl. Median Kliniken 2008).

7 Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Zahl nicht den Anteil aller Patienten mit Migrationshintergrund wiedergibt. So werden beispielsweise polnisch- oder russischsprachige Patienten nicht in der Statistik erfasst.

2006 wurde das Projekt für türkisch-muslimische Patienten auf eine Partnerklinik in Bad Salzuflen (ebenfalls Median-Verbund) ausgeweitet. Das Konzept wird dort allerdings nur in den Fachbereichen Psychosomatik und Gynäkologie, welche in Bad Oeynhausen nicht zur Verfügung stehen, angewandt.

5.4 Ergebnisse der Experteninterviews

Nach der vorangegangenen Beschreibung des derzeitigen Angebots orientiert sich der folgende Teil an der Sichtweise der Experten, an ihrer Rekonstruktion, Interpretation und Beurteilung des Projektes und seiner Entwicklung. Die Darstellung ist thematisch nach Schwerpunkten gegliedert, die bei der Auswertung herausgearbeitet wurden. Neben meinen Einordnungen und Interpretationen werden die Inhalte dabei weitgehend in der Form von aussagekräftigen Originalzitataten wiedergegeben.

5.4.1 Initiierung des Projektes

Im Gegensatz zu vielen anderen Initiativen zur Interkulturellen Öffnung entstand das Projekt im Klinikum Bad Oeynhausen aus einer wirtschaftlichen Notlage heraus. Die Gesundheitsreform 1996 sorgte für einschneidende Veränderungen im Rehabereich. Davon war auch das KBO betroffen, die Patientenzahlen sanken rapide. Herr Springfeld, der damalige Verwaltungsleiter der Klinik, erinnert sich:

Springfeld: „Ich erinnere mich an einen Tag, oben in der Klinik sind 230 Betten⁸. An einem Tag hatten wir 12 Patienten im Haus. Es ging uns nur schlecht, wir hatten keinen Pfennig Geld, wir hatten gar nichts.“

Vor diesem Hintergrund wurde nach neuen Zielgruppen gesucht:

Springfeld: „Wenn Sie dann durch so eine Klinik gehen, dann überlegen Sie natürlich alles Mögliche. Wir haben alles Mögliche überlegt: Sonderangebote für Förster, für Beamte, für Lehrer, wie auch immer. Und u.a. war auch der Oberbegriff „Türken“ darunter.“

Springfeld verfolgte diesen Gedanken und versuchte zunächst, über türkische Botschaften, Konsulate und politische Kontakte Bündnispartner zu finden. Dies blieb jedoch ohne Erfolg. Nach anderthalb Jahren wandte er sich daher

8 Mit „oben“ ist die Weserklinik (KBO I) gemeint.

an die muslimischen Religionsgemeinschaften in Deutschland und stieß dort auf große Resonanz. Ein konvertierter Moslem, Dr. P., wurde hinzugezogen, um eine Konzeption für die Behandlung türkisch-muslimischer Patienten zu erarbeiten.

Diese Konzeption beschränkte sich zunächst auf die religiösen Bedürfnisse der neuen Zielgruppe:

Demirubuz: „Dieser Dr. P., der selber vor 25 Jahren zum Islam konvertiert ist, hat ihm dann erklärt, was er beachten muss, was er berücksichtigen muss, z. B. die Gebetszeiten, z. B. geschlechtergetrennte Therapien, oder geschlechtsspezifische Therapien. Das Konzept hat nur daraus bestanden, nur.“

Für die Mitarbeiter wurden Schulungen im Umgang mit muslimischen Patienten angeboten. Mit einer intensiven Informationskampagne über Kulturvereine, Krankenhäuser, Sozialdienste und weitere Organisationen wurde das Konzept beworben, so dass im Jahr 2000 die ersten Patienten im Rahmen des Projektes aufgenommen wurden. Erst einige Monate später, als sich ein Erfolg abzuzeichnen begann, genehmigte der Median-Klinikverbund die Einstellung einer türkischsprachigen Sozialarbeiterin.

Aus der Schilderung von Springfield geht hervor, dass ihm das Konzept der Interkulturellen Öffnung aus dem Bereich der Sozialen Dienste und Verwaltungen zu jener Zeit nicht bekannt war. Dass er den Begriff Interkulturelle Öffnung im Interview nicht gebraucht, lässt darauf schließen, dass er sich der inhaltlichen Nähe des Konzeptes zu seiner Arbeit gar nicht bewusst ist.⁹ Möglicherweise hätten Anregungen aus der pädagogischen Diskussion die Entwicklung des Projektes jedoch beschleunigen können. So wird bei der Vorbereitung eines migrationssensiblen Angebotes die Partizipation der Zielgruppe empfohlen. Springfield suchte zwar nach Kooperationspartnern – aber er fokussierte dabei Institutionen des Herkunftslandes (Botschaften, Konsulate). Erst der Kontakt zu Einrichtungen innerhalb der Migrantengemeinschaft ermöglichte anderthalb Jahre später die gewünschte Zusammenarbeit. Auch die Reduktion des Konzeptes auf religiöse Bedürfnisse ohne Berücksichtigung migrationspezifischer Thematiken, erwies sich im weiteren Projektverlauf als nicht ausreichend. Demirubuz stellt im Gespräch fest, dass

9 Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen allgemein, und hier insbesondere in privatwirtschaftlich geführten Einrichtungen, wenig diskutiert wird. Auch Renpenning und Kratzsch verwenden den Begriff nicht, Frau Demirubuz, die ein pädagogisches Studium absolviert hat, dagegen häufiger.

z. B. auch Sprache, Bildungsniveau und kulturelle Traditionen beachtet werden sollten:

Demirubuz: „Dass eine türkischsprachige Sozialarbeiterin eingestellt wurde, die selber Muslimin ist, die mehr koordiniert und organisiert, also wer möchte Halal-Kost haben, wer möchte einen Gebetsteppich haben, die Dame möchte von einer Frau bzw. einer Therapeutin untersucht werden. Und diese sprachliche Unterstützung war eigentlich mehr ein Bonbon. Wenn sie sich nicht verstanden haben, hat Frau Y. damals auch übersetzt. Man hat dann nach und nach festgestellt: „Dies fehlt noch“. Und das waren auch Anregungen von den Therapeuten und Mitarbeitern selber. Die gesagt haben: „Gut, die Patienten kriegen einen Gebetsteppich, aber die haben überhaupt keine Ahnung, was Diabetes ist. Was machen wir denn?“ Zum Beispiel Ernährungsberaterinnen. Dann haben wir die Ernährungsvorträge reingebaut. Dann gab es Probleme mit den Therapeuten, die sagten: „Wisst Ihr was, die muslimischen Patienten, die gehen mit ihren Unterhosen ins Wasser.“ Unterhose – nicht so wie wir das denken: Sie haben zwar ihre Unterwäsche an, aber die ziehen dann noch zusätzlich ein Unterhöschen, wie früher, mit Rüschen an. Das ist nicht weiter schlimm, das ist saubere Wäsche. Die ziehen sich extra dafür um. Aber für andere Patienten ist das abschreckend, wenn jemand da mit Unterhose reingeht (lacht). Dann haben wir überlegt, was wir da machen können. Also schulen wir die Patienten. Direkt nach der Anreise, am nächsten Tag bekommen sie einen Therapievortrag. D.h.: „Was ist Reha, was müssen wir beachten, warum überhaupt Badeanzug, warum muss ich mich geeignet anziehen, warum Jogginganzug, warum man nicht unbedingt mit einem Rock auf einem EKG sitzt, weil das gar nicht geht.“ Das ist mit der Zeit, mit den Erfahrungen gewachsen,...“.

Eine wichtige Weichenstellung aus der Perspektive der Interkulturellen Öffnung war der Integrationsansatz, welchen Springfield von Beginn an verfolgte:

Springfield: „Meine Geschäftsleitung in Berlin sagte dann: „Ach, lasst uns doch eine Klinik kaufen und da tun wir nur Türken rein und so...“ Das war nie unser Konzept. Unser Konzept war immer das Integrationskonzept. Wir haben immer gesagt, dass wir die nicht gettoisieren wollen oder bündeln.“

5.4.2 Weiterentwicklung

Das zuletzt angeführte Zitat von Demirubuz zeigt bereits, dass bei der praktischen Umsetzung des Projektes weiterer Handlungsbedarf festgestellt und

nach Lösungswegen gesucht wurde. Dieser Entwicklungsprozess geht auch aus vielen weiteren Passagen der Interviews hervor:

Springfeld: „Wir haben alle Unterlagen übersetzt, die wir haben, den Hausprospekt auf türkisch, und haben unheimlich viel dazu gelernt. In dem Maße auch, dass wir merkten, dass wir einen hohen Analphabetenanteil haben. Oder umgekehrt, dass wir nicht nur merkten, dass Männer eher bruchstückhaft bis hin zu gut deutsch sprachen – Frauen eher weniger bis hin zu gar nicht. Hinzu kam natürlich, dass wir merkten, die sind Analphabeten. Wir hatten denen Therapiepläne gegeben und die ganzen Übersetzungen, die wir hatten, das half alles gar nichts. Die kamen damit gar nicht zurecht, sagten es aber nicht, sondern irrten durch das Haus, versäumten Termine. Bis wir dann mitkriegten, dass die das gar nicht lesen können, was wir ihnen aufgeschrieben haben. Dann haben wir angefangen, lächerliche Piktogramme zu entwickeln. Lächerlich muss ich sagen, von gemalt bis etwas, was wir zufällig im Internet gefunden haben (...) Bis wir dann hier einen Profi im Haus hatten, einen Künstler und ehemaligen Innenarchitekten, der sich das zu eigen gemacht hat, für uns die Piktogramme zu entwickeln.“

Demirubuz: „(...) genau wie die Marcumar-Schulungen. Früher haben wir das so gemacht, dass ich immer dabei war zum Übersetzen. Dr. S. hat geschult, ich habe übersetzt. Das hat a) doppelt und dreifach solange gedauert, b) musste man mit drei Personen einen Termin finden (...) Das war schwierig. Dr. S. hat dann die Anregung gebracht, warum ich nicht selber einen Kurs besuche und die Patienten schule. Dafür muss man nicht unbedingt Arzt sein. Das sind immer so Sachen, die aus Erfahrung entstanden sind und auch von den Mitarbeitern selber gekommen sind.“

Springfeld: „Wissen Sie, da fängt es doch zum Beispiel an: „Wenn Opa Türke mal einen Schlaganfall hatte und nicht mehr sprechen kann, dann können Sie mit dem keine deutsche Sprachtherapie machen. Da haben wir ein Riesenglück gehabt, eine Sprachtherapeutin zu finden, die türkischstämmig ist, die türkisch kann, die engagiert ist selbstverständlich für ihre Landsleute. Wir haben mit einer Softwarefirma türkische Computerprogramme zur Sprachtherapie entwickelt.“

Insgesamt lässt sich aus den Interviews folgern, dass in der Rehaklinik kontinuierlich an einer Verbesserung des Angebotes gearbeitet wird. Dabei steht der Qualitätsgedanke im Vordergrund: Die jeweiligen Umstrukturierungen werden nicht als eine Erfüllung von „Sonderwünschen“ geschildert,

sondern als Maßnahmen für eine bedarfsgerechte, patientenorientierte Versorgung. Besonders interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Piktogramme auch zu einer besseren Versorgung der autochthonen Patienten beitragen. Demirubuz berichtet, dass die Piktogrammpläne an alle Patienten herausgegeben werden, die nicht oder nicht mehr gut lesen können, die desorientiert oder vergesslich sind.

Das gegenwärtige Behandlungsangebot der Klinik ist also das Resultat eines mehrjährigen Lern- und Entwicklungsprozesses. Die Berichte der Interviewpartner decken sich hier mit den Erfahrungen anderer Fachleute im Bereich Interkultureller Öffnung.

5.4.3 Personelle Widerstände

Beim Aufbau des Projektes und im weiteren Verlauf gab es auch immer wieder kritische Stimmen über das Projekt und die Zielgruppe, z. B.:

Kratzsch: „Das hat er (Springfeld, Anm. d. A.) gegründet und es hat relativ lange gedauert, bis das in Fahrt kam, weil er viele Widerstände hatte. Der eine sagt: „Wir wollen hier keine Türken“, „Das ist alles zu schwierig“, „Wenn wir das alles in der Küche umändern müssen, haben wir alles doppelt“ usw.“

Springfeld: „Das Ganze zunächst erstmal gegen den massiven Widerstand meiner obersten Heeresleitung in Berlin. Die sagten also: „Hör mit den Türken auf“, also relativ abfällig, sag ich jetzt mal.“

Demirubuz: „Am Anfang gab es Widerstände bei einigen Mitarbeitern: „Wieso brauchen die eine Extrawurst?“ Da war es wichtig klarzumachen, dass es keine Extras sind, sondern nur eine Gleichbehandlung.“

Springfeld: „Nach dem ersten Vortrag, nach dem allerersten Vortrag hatte der gleiche Küchenchef – der wusste nicht, dass ich das hörte – zu seinem Kollegen gesagt: „Ich sehe es schon kommen, jetzt können wir hier im Innenhof noch die Hammel schlachten.“ Wissen Sie, es war einfach nur diese unterschwellige Aversion gegen Türken und Fremde.“

Springfeld: „Wobei es auch heute noch Chefärzte gibt, die sagen: „Naja, ich will das wohl gerne sehen, dass wir damit Geld verdienen und es ist ja auch ganz schön, aber, naja, ohne Türken wäre es mir auch ganz lieb.““

Renpening: „Aber oft hört man dann einfach: „Ja, selbst schuld. Wenn sie nach Deutschland gehen, sollen sie erst deutsch lernen“.“

Dabei fällt auf, dass kaum sachliche Argumente vorgebracht werden. Die meisten Äußerungen lassen eine rassistische Grundhaltung gegenüber der Zielgruppe vermuten. Vereinzelt wird die Furcht vor einer höheren Arbeitsbelastung ausgedrückt.

Mit Blick auf andere Öffnungsprozesse interessiert vor allem, welche Strategien und Umstände dazu beigetragen haben, die Widerstände abzumildern. Auch hierüber geben die Interviews Aufschluss:

Springfeld: „Wir haben sehr schnell gemerkt, dass die Mitarbeiter nach erheblichen Schwierigkeiten am Anfang – so Animositäten mit türkischen Patienten – relativ schnell den Ball aufgenommen haben, als sie merkten, dass die Presse kommt, das Fernsehen kommt, das Radio da ist, türkisches Fernsehen kommt. Der Kultusminister der Türkei war irgendwann mal hier. Dann kamen Patienten, die sich das z.T. bei den Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern eingeklagt haben, hierher zu kommen. Es gibt einen Passus im SGB X: „Bei der Zuweisung der Patienten ist auf deren religiöse Belange Rücksicht zu nehmen“. Wir haben dokumentiert, dass wir die einzige Klinik sind, die das tut und dann haben die gesagt: „Okay, dann wollen wir auch zu Euch“. Und so ist es sehr schnell gegangen.“

Die interessierte bis positive Reaktion der Öffentlichkeit und der Zielgruppe stärkte hier also die Identifikation der Mitarbeiter mit dem Projekt. Ein weiterer Motivationsgrund war und ist die betriebswirtschaftliche Kalkulation des Projektes:

Springfeld: „Und dann entsteht auf einmal eine neue Idee, wo sich relativ schnell zeigt, dass sich das wahrscheinlich auch rechnet. Und von daher ist es gelungen, einen Großteil der Mitarbeiter sehr schnell hinter dieses Thema zu stellen.“

Springfeld: „Das heißt also, wir müssen die immer wieder neu motivieren. Wir machen also knapp zwei Millionen Umsatz im Jahr (mit den türkisch-muslimischen Patienten, Anm. d. A.) und das müssen wir den Mitarbeitern sagen (...), wie viel Stellen da auch dranhängen. Das sind ja nicht nur die drei, fünf Schwestern, die da sind, die Frau Demirubuz weiß die Zahlen besser...Wir haben ungefähr 400 Patienten im Jahr, da sind auch Mitarbeiter in der Therapie, da sind Ärzte, Küchenmitarbeiter, Servicemitarbeiter. Also ich denke, 400 Patienten sichern hier bestimmt – ist jetzt geraten – aber 20 Arbeitsplätze, pro Klinik. Weil die einfach zusätzlich im Haus sind.“

Demirubuz hebt die positive Wirkung der interkulturellen Fortbildungen hervor:

Demirubuz: „Es gab natürlich schon einige Vorurteile, die auch deutlich gemacht wurden. Wo gesagt wurde: „Mit mir nicht“. Auch in den Schulungen. Es gab mehrere Gruppen, ich war in einer davon. Und es war nicht unbedingt sehr angenehm - acht Stunden lang, wo mir Herr A., der diese Schulung gemacht hat, wirklich leid getan hat. Wo er schon von einigen Mitarbeitern ziemlich in die Mangel genommen wurde. Aber was mich positiv überrascht hat, nach acht Stunden waren die Mitarbeiter der Meinung: „Ja, doch“ (Tonfall einer Zustimmung). Aber Herr A. ist auch ein Profi gewesen, er hat alles aufgefangen. Im Nachhinein habe ich gesagt: „Das waren Ängste von den Mitarbeitern“. Sie haben alles rausgelassen und nach der Schulung gemerkt: „Ich brauche mich nicht zu ändern. Es ist nur eine Schulung gewesen, es ist ein Konzept, ein erweitertes Konzept. Aber ich brauche mich als Therapeut nicht zu ändern.““

Demirubuz interpretiert diese Vorbehalte der Mitarbeiter als Ängste, den neuen Anforderungen nicht gewappnet zu sein. Sie hätten sich in ihrer Professionalität in Frage gestellt gefühlt. Daher sei es wichtig gewesen, dass diese Befürchtungen in den Fortbildungen angesprochen und bearbeitet wurden. Den Therapeuten und Krankenpflegern sei dadurch vermittelt worden, dass sie ihre bereits erlernten Techniken selbstverständlich auch bei der neuen Zielgruppe anwenden können. Dass es aber wichtig sei, offen für andere Kulturen zu sein und sich in die Patienten einzufühlen.

Demirubuz betont die Wichtigkeit dieser Schulungen und hält die angewandten Methoden dabei für einen wichtigen Faktor. Sie berichtet begeistert von der Referentin L., die vor allem mit Rollenspielen gearbeitet habe.

Demirubuz: „Und die nächste Schulung wird hier in Oeynhausen auch wieder Frau L. machen. Denn sie hat es für mich viel lebendiger gemacht mit den Rollenspielen. Ich habe immer gesagt: „Wenn man es am eigenen Leibe spürt, wenn man sich hineinversetzt, dann kann man es besser verstehen.“ Anstatt es nur erzählt zu bekommen, immer nur Vorträge. Herr A. hat eigentlich nur Fakten erzählt, nur referiert mit Powerpoint. Für Personen, die schon Hintergrundwissen haben, kann es sehr schnell langweilig werden.“

Allerdings erkennt Demirubuz auch Grenzen der Fortbildungen, die nicht alle Mitarbeiter überzeugen konnten:

Demirubuz: „Da gab es wirklich Aha-Effekte für sehr viele Mitarbeiter. Für einige nicht... (zuckt mit den Schultern) – aber das gibt es überall. Ich möchte nicht das Blaue vom Himmel runterlügen und sagen: „Friede, Freude, Eierkuchen“. Wir haben natürlich – selbstverständlich – auch Mitarbeiter, die sagen: „Ich kann damit gar nichts anfangen, Ihr könnt mich hundert Tage schulen.“ Aber das sind recht wenige.“

Ein weiteres Zitat zeigt die Einflussmöglichkeiten von Führungskräften auf:

Springfeld: „So, dann habe ich dem Küchenchef sagen müssen: „Also, hör mal, mein Freund, Du kannst jetzt nicht mehr das gleiche Messer nehmen zum Schweineschneiden und zum Hähnchenschneiden. Du musst zwei Messer nehmen.“ „Ja, das sieht doch keiner“ – „Das ist mir scheißegal, ob das keiner sieht. Das wollen wir nicht. Und Du besorgst Dir auch Helal-Fleisch und zwar von einem türkischen Schlachter.“ – „Woher soll ich einen türkischen Schlachter kennen?“ – „Entweder ich brauche einen neuen Küchenchef, der das entsprechend macht, oder Du musst Dich auf den Weg machen.“ So, ich erinnere mich noch wie gestern. Auf einmal stand der in meinem Büro und sagte: „Ich habe hier in Löhne einen türkischen Metzger gefunden, bin auch mal dahin gefahren – ich kaufe ja nicht überall mein Fleisch. Aber ich muss sagen, ich habe mich bei dem entschuldigt – so eine ordentliche Metzgerei habe ich ja in meinem Leben noch nicht gesehen.“ So, wissen Sie, da hatte man gewonnen, an der Stelle.“

Bei diesem Beispiel führte die nachdrückliche Forderung Springfelds dazu, dass sich der Mitarbeiter zunächst auf die interkulturelle Thematik einließ und letztlich positiv überrascht wurde. Das Durchsetzen von Befehlen, insbesondere ohne argumentative Begleitung, birgt allerdings auch die Gefahr, Widerstände der Mitarbeiter noch zu verstärken.

Kratzsch und Renpening als Vertreter des medizinischen Personals heben die Arbeitserleichterung durch die Verfügbarkeit eines Dolmetschers hervor:

Kratzsch: „Wenn ich Visite mache, hat Frau Demirubuz oder Frau G. schon mit den Patienten gesprochen, die wissen, dass ich komme und wer ich bin. Die können gezielte Fragen stellen, dezidiert, ich kann es genauso gezielt beantworten, weil ich es übersetzt bekomme. Und es geht wieder zurück und sie wissen ganz genau Bescheid, an welcher Stelle und warum es geht. Das ist so was von erholend bei den Visiten, das ist der gravierendste Unterschied, den ich wirklich schon von

Anfang an genossen habe. Wie günstig das ist, wie gut das ist, mich durch den dazwischengeschalteten Dolmetscher mit den Patienten unterhalten zu können.“

Renpening: „(...) Es fehlte einfach dieses Dolmetschersystem. Wir hatten eine türkische Schwester, die versucht hat zu übersetzen. Aber auch eine Schwester, die Vollzeit tätig ist, ist irgendwann wieder zuhause. Wir haben da auch gesehen, dass es mangelhaft ist. Daraufhin ist dieses Projekt in die Wege geleitet worden und es hat sich ganz gut etabliert. Also, ich finde es sehr gut.“

5.4.4 *Engagement von Leitung und Mitarbeitern*

In der Literatur zur Interkulturellen Öffnung wird immer wieder betont, wie wichtig die Akzeptanz und Unterstützung des Projektes auf allen Hierarchieebenen ist. Der Prozess sollte Top-Down eingeleitet, und durch Bottom-Up-Anregungen ergänzt werden. Die nachfolgenden Zitate interpretiere ich dahingehend, dass diese Strategie im KBO nahezu idealtypisch umgesetzt wurde und möglicherweise auch Grundlage des Erfolges ist.

Eine zentrale Rolle als Führungsperson nahm dabei der Verwaltungsleiter Springfeld ein. Die Hartnäckigkeit, mit der er das Projekt von der ersten Idee bis zur Umsetzung über vier Jahre lang verfolgte und gegen Widerstände von „oben“ (Klinikverbund) und „unten“ (Mitarbeiter) durchsetzte, zeigt sein Engagement. Während er das Vorhaben anfänglich als Mittel zum Zweck, also zur Erschließung einer neuen Zielgruppe, betrachtete, wuchs mit der Beschäftigung auch die Identifikation mit der Thematik:

Springfeld: „Der Hintergrund waren zunächst rein wirtschaftliche Motive. Jetzt bin ich katholisch und auch engagiert bei der katholischen Kirche und habe mich dann natürlich auch mit den Hintergründen der Thematik befasst. Also, ich habe mir den Koran gekauft und geguckt, was es für Ausnahmeregelungen gibt bei Krankheit, beim Essen, was der Koran über den Tod sagt und ähnliche Dinge. Und je mehr ich mich mit dieser Thematik befasst habe, umso mehr wurde das Baby mein eigenes, jetzt auch in der Form, dass ich ganz hinter dem Projekt stand. Dass es also nicht nur ein Projekt war, um Geld zu verdienen, sondern dass ich auch mit Herz hinter diesem Projekt stand.“

Auch Springfeld selbst glaubt, dass diese innere Überzeugung ein wesentlicher Faktor für das Gelingen ist und wird darin von Kratzsch bestätigt:

Springfeld: „Also, man kann nicht nur Geld verdienen. Man muss, was wir anfangs mit dem Herzen sagten, das ist das, was man generell reinton muss. Und dann läuft so ein Projekt (...) Man muss es nur wirklich wollen, man muss drum kämpfen, dann geht das auch.“

Springfeld: „Ich muss sagen, weil ich davon begeistert war, habe ich das wirklich versucht, ganz professionell zu machen.“

Kratzsch: „Sie müssen da auch ein bisschen Seele reinton. Und Herr Springfeld hatte das. Der hatte dafür was übrig.“

Das folgende Zitat zeigt, dass sich Springfeld auch nach dem Anschlag des Projektes verantwortlich fühlte:

Springfeld: „Und Sie können so ein Projekt wirklich nur durch tägliche Begleitung und Coaching lebendig machen oder am Leben erhalten.“

Über die Rolle der mittleren Führungsebene, z. B. Abteilungsleiter und Chefarzte, werden in den Interviews keine differenzierten Angaben gemacht. Nach der Beobachtung von Demirubuz steht die Mehrheit der Angestellten inzwischen hinter der Interkulturellen Öffnung:

Demirubuz: „Im Großen und Ganzen wurde das Konzept akzeptiert, die Mitarbeiter sind voll dabei und dafür ist das Projekt seit acht Jahren schon ziemlich sesshaft. Man kann daran gar nicht mehr rütteln. Und für alle neuen Mitarbeiter ist es nicht schwer, weil sie direkt in ein stabiles Konzept reinkommen. Und alle anderen Mitarbeiter, die alten Hasen, sag ich mal, arbeiten den neuen dann ein. Mit dem neu eingestellten Personal gab es fast überhaupt keine Probleme.“

Springfeld teilt zwar diese Einschätzung zum gegenwärtigen Zeitpunkt. Er plädiert aber auch dafür, die Motivation des Personals dauerhaft zu fördern:

Springfeld: „Also, es macht nur ausgesprochen Spaß. Und mittlerweile stehen, denke ich mal, alle dahinter, wobei wir gucken müssen, dass das nicht kippt. Dadurch, dass die Kliniken jetzt wieder voll sind, wir neue Mitarbeiter haben, auch eine normale Fluktuation haben – das heißt also – das haben wir jetzt vor anderthalb Jahren noch mal neu entschieden – alle zwei Jahre werden wir automatisch Fortbildungsprogramme auflegen, wo die neuen Mitarbeiter dann immer reinkommen, wo über kulturelle Hintergründe berichtet wird.“

Springfeld: „Das würde in dem Moment kippen, wo sich deutsche Mitarbeiter mit deutschen Patienten solidarisieren. Jetzt ist es so, dass

viele hinter dem Projekt stehen und das Projekt auch verteidigen – auch gegenüber deutschen Patienten und und und. Wenn das nicht mehr passiert, dass Mitarbeiter das mittragen, dann kippt das Ganze. Und ich denke, informationsmäßig sind muslimische Patienten deutlich besser organisiert als wir. Wenn da also mal was schief geht... Also zum Beispiel bewahren wir vom Aufschnitt die Verpackung auf, wo der Helal-Stempel drauf ist. Wenn wir die einmal anschmieren und die merken „da stimmt etwas nicht“, dann denke ich, dass das Projekt schneller tot ist als wir gucken können.“

In den Interviews gibt es keine Hinweise darüber, ob die Bottom-Up-Prozesse strategisch unterstützt wurden, z. B. durch „Runde Tische“ oder Anreize für die Mitarbeiter. Aus vielen Stellen geht jedoch hervor, dass Anregungen von den Mitarbeitern geäußert und diese von der Leitung aufgegriffen wurden:

Springfeld: „Eine Geschichte zum Beispiel: Das Projekt lief also ein halbes Jahr und es gibt ja auch immer besonders engagierte Mitarbeiter. Da kam eine Mitarbeiterin in mein Büro und sagte, sie hätte sich mal schlau gemacht, an der Volkshochschule würden die auch Türkischkurse anbieten, ob wir das denn nicht mal in der Klinik machen könnten. Ich meinte: „Grundsätzlich ja, wenn Du mir zehn Leute bringst, die da mitmachen wollen, dann bezahlen wir das und machen das.“ Innerhalb von einem Jahr haben nur in Oeynhausen, und nur in einer Klinik – hier hatten wir am Anfang gar keine Türken, nur oben, in der Orthopädie und Neurologie – haben 45 Mitarbeiter den türkischen Grundkurs gemacht. Wie gut die sprechen, mag dahin gestellt sein. Aber allein der gute Wille „Guten Tag“ zu sagen und „Auf Wiedersehen“ zu sagen, war ganz, ganz ausgeprägt.“¹⁰

Springfeld: „Es gibt ja Mitarbeiter in der dritten Reihe, aber auch in der ersten oder zweiten Reihe, die engagiert sind, die sich identifizieren mit der Klinik, die wollen, dass es der Klinik gut geht. Die sind zum Teil auch bereit, neue Dinge aufzugreifen, mit anzupacken und umzusetzen. Also, ich erinnere mich da ganz wohlwollend an einige Leute.“

Demirubuz: „Man hat dann nach und nach festgestellt: „Dies fehlt noch“. Und das waren auch Anregungen von den Therapeuten und Mitarbeitern selber. Die gesagt haben: „Gut, die Patienten kriegen

10 Renpening beurteilt die Bereitschaft ihrer Kollegen skeptischer: „Ja, es werden Sprachkurse angeboten – das wird nicht so wirklich von den Kollegen genutzt. Weil irgendwo sagen die ja auch: „Wenn die in Deutschland leben, sollen die auch gefälligst deutsch sprechen.““

einen Gebetsteppich, aber die haben überhaupt keine Ahnung, was Diabetes ist. Was machen wir denn?“ Zum Beispiel Ernährungsbereiterinnen. Dann haben wir die Ernährungsvorträge reingebaut.“

5.4.5 *Versorgung der Patienten*

Mit Ausnahme von Springfield, der nicht mehr in der Klinik arbeitet, berichten die Interviewpartner viel über die Patienten und ihre Versorgung. Einige Beispiele werden im Folgenden angeführt.

Demirubuz hebt hervor, wie wichtig es ist, sich auf die Wünsche und Vorstellungen der Patienten einzulassen:

Demirubuz: „Das Krankheitskonzept spielt eine Rolle für die Patienten. Manchmal wird Krankheit als Strafe oder Prüfung angesehen. Gott gibt die Gesundheit selber oder eben nicht. Viele Patienten verwechseln dabei jedoch Religion und Tradition. Das liegt auch daran, dass sie eher nicht so gebildet sind. Dann versuche ich zu erklären, dass auch im Koran die Gesundheit als ein hohes Gut dargestellt wird und dass man verpflichtet ist, etwas dafür zu tun. Oder dass Verbote im Krankheitsfall aufgehoben sind, z. B. bei Medikamenten auf alkoholischer Basis. Ähnliches gilt für Insulin, das aus Schweineextrakt gewonnen wird. Eine deutsche Krankenschwester kann das natürlich auch erklären, warum die Einnahme wichtig ist, aber wenn das von einer Muslima vermittelt wird, ist es natürlich viel glaubwürdiger. Allerdings gibt es immer auch Alternativen, nach denen auch gesucht werden sollte! Z. B. würde man Alkoholikern ja auch keine Medikamente aufzwingen, die Alkohol enthalten.“

Kratzsch berichtet, dass die allochthonen Patienten deutlich mehr Besuch erhalten und die Lebhaftigkeit der Besucher gelegentlich zu Konflikten mit anderen Patienten führt. Er hat zudem den Eindruck, dass die türkischsprachigen Patienten sich emotionaler geben, sowohl beim Schmerzausdruck als auch bei der Dankbarkeit dem Klinikpersonal gegenüber.

Renpening erzählt ein Beispiel, wo sie auf die spezifischen Bedürfnisse der Patienten Rücksicht nimmt:

Renpening: „Dadurch, dass ich die Stoma¹¹- und die Reha-Weiterbildung gemacht habe, bin ich schon ziemlich gepolt. Denn ich frage auch die Patienten. Wenn ich die Stomaversorgung mit der

11 Stoma bezeichnet eine künstliche Darm- oder Harnleiteröffnung.

rechten Hand durchführe, dann gebe ich ihnen hinterher nicht die rechte Hand. Obwohl die das hier meistens doch auch akzeptieren. Zweitens sind die im Intimbereich ja noch ganz anders. Also der Intimbereich ist etwas ganz Intimes und da versuchen wir drauf zu achten. Nicht einfach die Decke runterziehen, wie es halt oft im Krankenhaus gemacht wird, sondern es wird ein bisschen diskreter abgedeckt. Damit man denen das Gefühl gibt, dass sie hier genauso Mensch sind wie die anderen.“

Bei dieser Schilderung irritiert, dass Renpening den Unterschied zwischen autochthonen und allochthonen Patienten hervorhebt. Es ist zumindest davon auszugehen, dass auch viele nichtmuslimische Patienten die Stomaver-sorgung als Berührung ihrer Intimsphäre erleben.

Die Befragten berichten vor allem von Unterschieden zwischen autochthonen und allochthonen Patienten und ihrer Versorgung. Dies lässt jedoch nicht zwangsläufig auf eine Überbetonung migrationspezifischer Unterschiede schließen. Es ist weiterhin zu berücksichtigen, dass die Fragestellung und das Forschungsinteresse am Konzept für türkisch-muslimische Patienten eine Darlegung der Besonderheiten nahelegte. Zudem liegt es im Interesse der Klinik und ihrer Mitarbeiter, die spezifischen Bedürfnisse dieser Patienten-gruppe hervorzuheben, um damit ihr Behandlungskonzept zu bewerben. Insbesondere Kratzsch hebt mehrfach hervor, dass es sich auch bei den allochthonen Patienten um eine heterogene Gruppe handelt:

Kratzsch: „Aber genauso die Prävention (...) Dazu halte ich Vorträge und das gebe ich auch an die Patienten weiter, wenn es für sie in Frage kommt bei der Visite. Da sehen wir große Unterschiede. Es gibt Leute, die verstehen das halt, so wie es deutsche Leute auch gibt, die es verstehen. Und es gibt Leute, die verstehen das nicht, weil, ja wenn man so will, sie auch zu einfach im Geiste sind. Das ist aber genau wie bei unserer Bevölkerung auch.“

Auch Renpening betont, dass es wichtig sei, auf jeden Patienten individuell zuzugehen:

Renpening: „Bei jeder Visite und in jedem Zimmer geht man ja auf das Niveau des Patienten runter. Ich kann nicht mit einem Lehrer sprechen wie mit einem Bauern. Ist ja klar, das machen wir ja auch nicht.“

Konflikte zwischen Klinikpersonal und Patienten werden kaum geschildert:

Renpening: „Ich komme mit den türkischen Patienten super zurecht (...) Ich sag immer, wie man in den Wald hineinruft, so kommt es

auch wieder raus. Und wenn sie merken, dass ich versuche, sie zu verstehen, dann versuchen die auch, uns zu verstehen, zu 80, 90 Prozent.“

Missverständnisse entstehen vor allem durch die Sprachbarriere und unterschiedliche Kommunikationsformen:

Demirubuz: „Ich kann ein Beispiel dazu geben. Wir hatten vor zwei Jahren einen Patienten – bei Schwester H. –, der schwerhörig war. Durch die Schwerhörigkeit hat er sehr laut gesprochen. Er wollte sich eigentlich bei der Schwester H. für die nette Fürsorge bedanken. Das klang bei ihm aggressiv, sogar sehr aggressiv. Und in der türkischen Kultur ist es meistens so, dass man sich dann nicht nur verbal, sondern auch mit Handschlag oder mit Auf-die-Schulter-klopfen bedankt. Schwester H. hat das ganz anders aufgefasst. Schwester H. dachte wirklich, dass er schimpft. Sie hat sich große Mühe gegeben, immer wieder lächelnd. Und irgendwann kam sie herunter und sagte: „Ich bin am Ende. Egal, was ich mache, ich komme bei dem Patienten nicht an, er ist nur am Schimpfen.“ Das hat mich sehr gewundert, weil ich ihn als sehr angenehmen, sehr netten Patienten kennengelernt hatte. Ich konnte aber auch die Sprache, ich konnte ihn verstehen. Und ich wusste, dass er laut spricht, weil er schwerhörig ist. Dass es für Schwester H. aggressiv klingt, weil sie die Sprache nicht verstanden hat. Wir sind dann hingegangen, ich habe das erklärt. Und der Patient war am Boden zerstört. Er war so traurig, er meinte dann: „Ich will mich bedanken für die nette Fürsorge“ und es war genau das Gegenteil.“ (Demirubuz 2: 125–139)

Demirubuz hebt in diesem Zusammenhang noch einmal hervor, dass interkulturelle Schulungen auch ein Verständnis für unterschiedliche Kommunikationsformen vermitteln sollten .

Auffällig sind die unterschiedlichen Antworten von Kratzsch und Demirubuz auf eine Interviewfrage nach Diskriminierungserfahrungen der Patienten.

Kratzsch: „Dass Diskriminierungserfahrung vorliegt, auf den Gedanken bin ich bei uns nie gekommen. Wird wohl so sein, habe ich mir noch gar nicht so richtig überlegt, ob so eine Diskriminierungserfahrung vorliegt.“

Kratzsch hat über mögliche Diskriminierungserfahrungen der Patienten offensichtlich nie bewusst nachgedacht. Dies lässt sich vor seinem Hintergrund als Angehöriger der autochthonen Bevölkerung und vermutlich auch in seiner Rolle als Chefarzt mit wenig Gesprächskontakt zu den Patienten interpretieren. Im Interview hält er daraufhin kurz inne und erinnert sich dann

an frühere Arbeitsbedingungen in Kliniken ohne speziellen Behandlungsschwerpunkt für Migranten. Da dort selten professionelle Sprachmittler zur Verfügung standen, sei die Kommunikation langwierig und problematisch gewesen. Das medizinische Personal habe sich daher nicht immer genügend Zeit genommen, um das Verständnis seitens der Patienten zu gewährleisten. Kritisch resümiert er daher:

Kratzsch: „Das sind ja auch subtile Maßnahmen, die in diese Richtung gehen. Dass man sagt, damit beschäftige ich mich nicht mehr, da habe ich keine Lust mehr zu.“

Dagegen antwortet Demirubuz, die selbst einen Migrationshintergrund hat und als Sozialarbeiterin eine wichtige Ansprechperson für die allochthonen Patienten ist, auf die Frage, wie häufig sie Diskriminierungserfahrungen bemerke:

Demirubuz: „Ja, sehr oft (...) wir haben hier Schwerstkranke. Die direkt aus der Klinik zu uns kommen und die wirklich Hilfe brauchen. Mit Tango ist gar nichts mehr, die sind froh, wenn sie die Möglichkeit haben, wieder zu gehen, wieder gestärkt zu werden, um ihr alltägliches Leben einigermaßen fortführen zu können. Weil die Patienten direkt vom Krankenhaus zu uns kommen, und weil es nicht immer in jedem Krankenhaus türkisches Personal gibt, das ihre Sprache versteht, sind sie frustriert. Die fühlen sich nicht beachtet und nicht verstanden. Oft wird dann gesagt: „Ich wurde nicht richtig behandelt, weil ich Türkin bin“. Das hat meistens überhaupt nichts damit zu tun. Aber das sind auch jahrelange Erfahrungen, die sie gemacht haben, Diskriminierungserfahrungen. Und mittlerweile ist es so, dass auf jede Haltung, wo sie nicht verstanden werden, so reagiert wird: „Mit mir machen sie es so, weil ich Türkin bin. Mit einer Deutschen hätten sie es nicht machen können.“ Was meistens überhaupt nicht so ist. Und gerade, wenn sie dann zu uns kommen, treffen sie auf Personal, das ihre Sprache kann, und das geschult ist. Da ist jemand, der kann ihnen helfen und dann ist so ein Strahlen auf ihrem Gesicht: „Hier bin ich richtig.““

Auch Kratzsch hat Erfahrungen mit Diskriminierungsvorwürfen gemacht. Er erläutert, dass bei jedem Patienten individuell beurteilt werden müsse, welche Behandlung sinnvoll sei. Bei deutschsprachigen Patienten sei dies unproblematisch, da ausführliche Gespräche und Erklärungen stattfinden würden. Bei einer mangelhaften Verständigung werde diese Ungleichbehandlung im Sinne des Patienten jedoch schnell als Diskriminierung aufgefasst.

Die hier geschilderten Erfahrungen und Einschätzungen der Interviewten zum Thema Diskriminierung bestätigen Auernheimers Modell zur interkulturellen Kommunikation nachdrücklich. Die geschilderten Interaktionen waren weniger durch kulturelle Einflüsse als durch Machtasymmetrien, Kollektiverfahrungen und Fremdbilder geprägt (vgl. Kap. 3.4.4.4).

5.4.6 *Zukunftsperspektiven der Klinik*

Grundsätzlich soll das Projekt in der derzeitigen Form weitergeführt werden. Sowohl Demirubuz als auch Kratzsch äußern zudem Ideen für eine Verbesserung des Angebotes.

Demirubuz sieht Handlungsbedarf bei der Ernährungsberatung. Diese sei bislang noch auf klassische deutsche Essgewohnheiten ausgerichtet und daher für die türkisch-muslimischen Patienten nur bedingt umsetzbar. Besser wäre es, türkische Gerichte als Grundlage zu nehmen, diese in der Lehrküche fettarm nachzukochen und beispielsweise ein Kochbuch zu erstellen. Für diese Maßnahmen fehle zurzeit jedoch das Personal.

Die Weiterbehandlung nach dem Klinikaufenthalt wird mit den Patienten und möglichst auch mit den Angehörigen besprochen. Kratzsch befürchtet jedoch, dass dies nicht ausreichend ist:

Kratzsch: „Also, was ich sehe, ist häufig, dass die Patienten hier, glaube ich, durch unser Projekt recht gut behandelt werden und sich auch recht gut auskennen. Dass sich so was aber beim Hausarzt oder bei allen Nachbehandlern sofort wieder verliert (...) Stellen Sie sich vor, Sie sind Analphabet und kriegen einen Tablettenzettel. Da geht es schon los, das können die gar nicht lesen. Das muss gestellt werden. Jetzt kommen die nachhause und bis das alles läuft und ob dass überhaupt alles hinhaut, ob die dann die richtigen Tabletten zum richtigen Zeitpunkt kriegen – dass ist doch sehr die Frage. (...) Also, ich denke, da könnte man vielleicht was verbessern. Aber das ist ganz schwierig, weil wir ja Patienten aus Düsseldorf, aus Duisburg, aus dem Herzzentrum in Dortmund haben.“

Kratzsch konstatiert hier einen Mangel, der nach dem Konzept der Interkulturellen Öffnung im Bereich Sozialraumorientierung einzuordnen ist. Eine Vernetzung und Abstimmung mit anderen Einrichtungen könnte zu einer besseren medizinischen Versorgung beitragen. Auch in dem Handbuch für Migrant-Friendly-Hospitals wird empfohlen, die Nachbehandlung zu organisieren und die Patienten über mögliche Ansprechpartner zu informieren (vgl. Ebner 2007: 60). Im KBO wird dieses Vorgehen dadurch erschwert,

dass die Patienten aus dem gesamten Bundesgebiet stammen und es daher zumindest keinen geographischen Sozialraum gibt. Möglich ist aber auch, dass in diesem Punkt die betriebswirtschaftliche Ausrichtung des Projektes zum Ausdruck kommt, nach der eher die Vernetzung mit den Kostenträgern und Vorbehandlern (Akutkliniken) angestrebt wird.

Fast alle Interviewpartner (Kratzsch, Demirubuz, Springfield) betonen, dass die regelmäßige Fortbildung der Mitarbeiter beibehalten werden sollte.

Kratzsch und Springfield sind davon überzeugt, dass der derzeitige Anteil der türkisch-muslimischen Patienten von 10 % auch in Zukunft nicht erheblich überschritten werden sollte:

Kratzsch: „Ich glaube auch, wir tun gut daran, wenn wir nicht mehr als zehn Prozent in jeder Klinik haben. Weil es sonst eben zu einem Gefühl der Überfremdung kommt. Ob das gerechtfertigt ist, spielt dabei keine Rolle. Aber ich habe mehrere Patienten gehabt, die sich dann eben gestört haben, dass es so laut im Aufenthaltsraum ist. Die türkischen sind viel lebhafter als die deutschen, die Deutschen machen: „Ah, alle so krank hier“ (flüstert), und die Türken haben high life und Spaß. Und wenn dann immer vierzehn da sitzen, dann ist der Raum zu klein und dann gehen alle Deutschen weg. Das sind so ein paar Dinge, wo man vielleicht tatsächlich noch Bedarf hätte, aber die man vermeiden muss. Die türkische Fahne rauszuhängen und ein Türkenkrankenhaus daraus zu machen, würde uns auf Dauer nicht nützen.“

Springfeld: „Wobei wir wirklich aufpassen müssen, also, ich habe eine neue Geschäftsführung jetzt für Ostwestfalen, die entgegen meiner Auffassung der Auffassung ist, wir müssten das Muslimprojekt noch deutlich ausweiten. Ich würde das nicht wollen, weil ich Angst habe, dass das irgendwann mal kippt (...) wenn wir das weiter ausweiten würden, hätte ich doch Sorgen, dass wir irgendwann hier ein Image bekommen, einen Stempel bekommen, der den einen oder anderen deutschen Patienten abschreckt, und das wäre etwas, was wir in keinem Fall wollen.“

Beide Interviewten begründen ihre Auffassung damit, dass eine Akzeptanz seitens der autochthonen Patienten und in Folge auch die ausreichende Belegung der Betten nicht mehr gegeben wäre. Hinsichtlich der Interkulturellen Öffnung, die eine bestmögliche Versorgung aller Patienten anstrebt, ist die Begrenzung des Anteils allerdings nicht sinnvoll.

Mit der interkulturellen Orientierung wirbt die Klinik auch auf dem internationalen Markt des Medizintourismus. So wurden in Bad Oeynhausen auch Patienten aus dem arabischen Raum behandelt. Springfield strebt gegenwärtig eine Kooperation mit russischen und kasachischen Organisationen an.

Die offizielle Ausweitung in ein interkulturelles Projekt ist zurzeit nicht in Planung. Dies wird von Demirubuz damit begründet, dass die Klinik die Verständigung nicht auf allen Sprachen gewährleisten könne. Daher wäre die Bezeichnung als interkulturelles Projekt eine Täuschung. Nichtsdestotrotz würden auch weiterhin viele andere Migranten in der Klinik behandelt, sofern ein externer Dolmetscher hinzugezogen werden könne.

2006 wurde das Konzept zur Behandlung türkisch-muslimischer Patienten auf die Partnerklinik in Bad Salzflun übertragen, wo Demirubuz ebenfalls tätig ist. Im Zuge dessen versuchte Demirubuz, das Projekt als Interkulturelle Öffnung auszuweiten, um es dann auch offiziell an die Kostenträger heranzutragen. Die Vorbedingungen seien günstig gewesen, da dort bereits mehrere Ärzte mit Migrationshintergrund arbeiten. Demirubuz bedauert, dass ihr Vorhaben nicht gelungen ist. Das erforderliche Engagement der einzelnen Mitarbeiter sei nicht vorhanden gewesen.

Demirubuz konnte ihre Idee quasi als „Einzelkämpferin“ nicht verwirklichen. Die Klinikleitung in Bad Salzflun befürwortete das Vorhaben zwar – aus der Schilderung von Demirubuz geht jedoch nicht hervor, dass diese darüber hinaus tatkräftige Unterstützung gewährte.

5.4.7 Empfehlungen zur Interkulturellen Öffnung

Aufgrund ihrer Erfahrungen mit der Interkulturellen Öffnung formulieren die Befragten auch Anregungen für andere Einrichtungen, die ein migrations-sensibles Angebot erarbeiten wollen. Renpening und Demirubuz betonen die Dauer dieses Prozesses. Auch Kratzsch äußert sich dementsprechend:

Kratzsch: „Wobei eine wesentliche Überlegung ist, dass so was nicht auf die Schnelle hinzustellen ist. Man muss am Anfang erhebliche Mühen auf sich nehmen, diese vielen kleinen Kanäle, die bei uns im Laufe der letzten zehn Jahre bearbeitet sind, dann auch nachzubearbeiten.“

Kratzsch führt weiter aus:

Kratzsch: „Wenn das jemand jetzt auch machen will, dann muss er zum einen gucken, ob er die Gegebenheiten hat und zunächst mal seine eigenen Leute überzeugen, dass das einen Sinn hat.“

Diese Empfehlung von Kratzsch korrespondiert mit der bereits geschilderten Erfahrung von Demirubuz in der Klinik Bad Salzuflen. Auch Springfield musste erkennen, dass die Interkulturelle Öffnung ohne Überzeugung des Personals nicht zu verwirklichen ist. Im Auftrag des Median-Klinikverbundes sollte er den Prozess in einer Berliner Partnerklinik unterstützen:

Springfeld: „Ist auch keine Nachfrage da, ich habe das in Berlin versucht, bin ein paarmal in Berlin gewesen, bei einer Kollegin, um das Projekt da zu installieren. Man hat es nicht gewollt, weil die gesagt haben „Türken machen nur Ärger“ und so.“

In den Interviews wird mehrfach auf die W.-Klinik verwiesen. Diese hatte vor einigen Jahren ein „Ethno-Projekt“ gegründet und ein Jahr später wieder aufgegeben. Springfield führt den Misserfolg auf die Konzeption zurück:

Springfeld: „Hintergrund ist ein (...) Dr. Ö., der war da auch angestellt in der Klinik und der wollte das Projekt machen. Der hat das also komplett falsch gemacht, weil der nämlich – die W.-Klinik hat Unmengen freier Betten – die haben eine Türkenstation aufgemacht, nannten das ethnische Station, und haben da Türken isoliert. Und eigentlich haben sie nicht mehr gemacht, als denen Helal-Kost zu geben und einen türkischen Chefarzt zu haben. Das Ganze passte nicht, wissen Sie. Die anderen Mitarbeiter – es war keine Akzeptanz. Auf der Nachbarstation war keine Akzeptanz da, sondern nur auf der Station. Wenn die dann ins Haus kamen – es fanden keine Fortbildungen für Mitarbeiter statt. Also nur, weil ein türkischer Arzt sagt: „Ich mach jetzt Türken“ funktioniert das nicht. Man muss wirklich sein Herz da reinhängen, man muss viele, viele Kleinigkeiten beachten und Umstände.“

Auch Kratzsch und Demirubuz kritisieren das fehlende Integrationskonzept der W.-Klinik. Ihrer Meinung nach hätte die Klinik darüber hinaus zu wenig Geduld bei der Umsetzung gezeigt und das Projekt vorzeitig aufgegeben.¹²

In Bezug auf eine Interkulturelle Öffnung hebt Demirubuz die Bedeutung eines festen Ansprechpartners für die Patienten und ihre Angehörigen hervor, welcher die Versorgung koordiniert und z. B. die Sprachmittlung organisiert.

12 In einem Telefonat vom 06.11.08 berichtete ein Chefarzt der W-Klinik, dass das Projekt aus finanziellen Gründen vom Klinikträger aufgegeben worden sei. Es hätte Ressourcen gekostet, aber nicht den gewünschten wirtschaftlichen Erfolg gehabt. Die geringe Inanspruchnahme des Angebotes erklärte der Arzt mit der geographischen Lage H. im Dreiländereck. Die Kostenträger hätten eine Behandlung ihrer Versicherten in einem anderen Bundesland nicht unterstützt.

Die Befragten vertreten unterschiedliche Ansichten darüber, inwieweit eine migrationssensible Ausrichtung auch für Akutkrankenhäuser sinnvoll ist. Der ehemalige Verwaltungsleiter Springfeld argumentiert aus rein betriebswirtschaftlicher Sicht:

Springfeld: „Wissen Sie, ein Akutkrankenhaus braucht das eigentlich nicht. Wenn ein Türke sich ein Bein bricht, dann geht er ins Krankenhaus, ob er da Helal-Kost kriegt oder nicht. Dann wird er operiert und geht nach fünf Tagen wieder nach Hause. Aber wir sind ja darauf angewiesen, dass Kostenträger sagen: „Da schicken wir die hin“, dass Patienten sagen: „Da wollen wir hin“ oder so. Deswegen muss unser Serviceangebot ganz, ganz professionell und oben angesiedelt sein.“

Tatsächlich sind die Zugangsbarrieren für Migranten in der präventiven und rehabilitativen Medizin höher als in der kurativen Medizin (vgl. Kap. 2.1.6). Die Ziele einer Interkulturellen Öffnung in Akutkliniken liegen eher in einer qualitativ hochwertigen Versorgung als in einer Zunahme der Patientenzahlen. Diese Ansicht vertritt auch Kratzsch:

Kratzsch: „Unter dem Aspekt der besseren Versorgung der Leute und unter dem Aspekt zu sagen: Okay, können wir dem Patienten nützen und einen längerfristigen Heilerfolg herstellen?“, würde es natürlich trotzdem Sinn machen. Keine Frage.“

Sowohl Kratzsch als auch Renpenning halten es dennoch für möglich, dass sich eine migrationssensible Ausrichtung als Vorteil gegenüber der Konkurrenz auch betriebswirtschaftlich rechnen könnte.

Im Gegensatz zu den anderen Befragten äußert Demirubuz auch weitergehende, differenzierte Vorstellungen zur interkulturellen Gestaltung im Gesundheitswesen:

Demirubuz: „Mein Wunsch wäre, dass man in erster Linie, ähnlich wie bei den Gerichten, Anspruch auf sprachliche Unterstützung hat, dass das im Gesundheitssystem gesetzlich verankert wird. Dass jeder Patient, der der Sprache nicht mächtig ist, das Recht dazu hat, einen Dolmetscher dazuzuziehen. Das wäre mein Wunsch. Damit hätte man einen großen Teil von Schwierigkeiten schon abgedeckt. Das ist aber nur eine Notlösung. Diese Spezialangebote sind wirklich Notlösungen: „Ambulanz für türkischsprachige Patienten, Ambulanz für russischsprachige Patienten.“ Das sind alles so kleine Kleckse und Notlösungen. Es muss viel im Gesundheitswesen passieren. Interkulturalität sollte gesetzlich verankert werden.“

Des Weiteren fordert Demirubuz, dass die Approbation und die Anerkennung ausländischer Abschlüsse erleichtert werden sollte. Für Migranten gäbe es viele gesetzliche Hindernisse, im sozialen oder medizinischen Bereich zu arbeiten. Auch die Einreisemöglichkeiten für Fachkräfte aus dem Ausland sollten verbessert werden. Sie plädiert dafür, die interkulturelle Thematik bereits im Medizinstudium zu verankern.

Insgesamt beurteilt sie die Situation im Gesundheitswesen folgendermaßen:

Demirubuz: „Ob das machbar ist? Aber es tut sich sehr viel. Im Gesundheitswesen tut sich in Richtung Migration und Gesundheit viel. Kommt man vorwärts? – Nein! Ich habe das Gefühl, es wird viel getan, aber wir sind immer noch bei Punkt A und zu Punkt B noch gar nicht gekommen. Aber alles braucht seine Zeit. Gerade weil Deutschland sich lange Zeit gar nicht als Einwanderungsland begriffen hat, hat man sich darüber keine Gedanken gemacht. Aber mittlerweile sollte man das schon, es wird Zeit.“

6 Schlussbetrachtung

Im Rahmen einer Einzelfallanalyse wurde der Prozess einer Interkulturellen Öffnung am Beispiel der Klinik Bad Oeynhausen untersucht. Im Folgenden wird das Projekt einer Gesamtbetrachtung unterzogen und daraus Anregungen für die Praxis abgeleitet.

Das migrationsensible Behandlungskonzept der Klinik kann als eine Mischform zwischen kulturspezifischem Angebot und Interkultureller Öffnung eingeordnet werden. Kulturspezifisch ist dabei die vornehmliche Ausrichtung auf die Zielgruppe der türkisch-muslimischen Patienten. Die türkische Sprache findet etwa besondere Berücksichtigung durch zweisprachiges Personal, durch übersetztes Material und die Ausschilderung in der Klinik. Den Bedürfnissen der muslimischen Patienten wird beispielsweise durch die Helal-Kost und mit gleichgeschlechtlichen Therapien entsprochen. Es lassen sich jedoch auch viele Elemente einer Interkulturellen Öffnung finden. So ist die Behandlung der allochthonen Patienten in den üblichen Klinikablauf integriert. Nicht türkischsprachige oder nichtmuslimische Patienten werden bei Bedarf in das Projekt aufgenommen und die sprachliche Verständigung mithilfe eines Dolmetscher-Pools gewährleistet. Es ist erkennbar, dass sich das Vier-Dimensionen-Modell von Schröer in der Organisation wiederfindet. Das Projekt wurde in normativer, institutioneller, instrumenteller und mit Abstrichen auch sozialräumlicher Hinsicht entwickelt (vgl. Kap. 4.2). Auch das Vorgehen bei der Initiierung und Weiterentwicklung des Konzeptes ähnelt in vielen Aspekten anderen Projekten zur Interkulturellen Öffnung.

Die Klinik Bad Oeynhausen schließt mit ihrem Angebot insbesondere für Patienten mit türkischem oder muslimischem Hintergrund eine Versorgungslücke in der Rehabilitation. In vielen Bereichen kann das Projekt als gelungenes Beispiel für eine Interkulturelle Öffnung gelten. Die interkulturelle Orientierung ist als Querschnittsaufgabe in den verschiedenen Klinikabteilungen verankert. Sprachliche, religiöse und kulturelle Bedürfnisse werden umfassend bei der medizinischen Versorgung sowie bei der Unterbringung und Verpflegung berücksichtigt. Das Personal ist heterogen zusammengesetzt

und wird regelmäßig in interkultureller Kompetenz fortgebildet. Für die allochthonen Patienten steht bei Fragen oder Problemen eine Ansprechperson in Form der Sozialarbeiterin zur Verfügung. Die Klinik arbeitet in enger Kooperation mit Kostenträgern sowie Akutkrankenhäusern und hält Kontakt zu Migrantenorganisationen.

Kratzsch und Demirubuz nannten in den Bereichen Diätberatung und Nachbehandlung bereits Schwachstellen des Projektes. An mehreren Interviewstellen wurde zudem deutlich, dass längst nicht alle Vorbehalte gegenüber allochthonen Patienten in der Mitarbeiterschaft überwunden werden konnten. Eine direkte Partizipation von Vertretern der Zielgruppe wird in den Interviews nicht angesprochen. Dies hängt vermutlich ebenfalls damit zusammen, dass der geographische Sozialraum für die Klinikinteressen kaum von Bedeutung ist. Unter der Perspektive der Chancengleichheit wäre zudem eine Ausweitung des Konzepts auf alle Patienten mit Migrationshintergrund wünschenswert.

Demirubuz erklärt, dass eine offizielle Bewerbung des Behandlungskonzepts für weitere Zielgruppen nicht möglich sei, da eine angemessene Versorgung für diese nicht gewährleistet werden könne. Tatsächlich wären für eine umfassende Interkulturelle Öffnung weitere Anstrengungen nötig, insbesondere bei der Berücksichtigung von Mehrsprachigkeit. Andererseits hätte die Klinik Oeynhausen vermutlich bereits bessere Voraussetzungen als andere Einrichtungen: Beispielsweise ist das Personal heterogen zusammengesetzt und hat sowohl Erfahrung mit dem Einsatz von Sprachmittlern als auch mit medizinischer Behandlung im interkulturellen Kontext. Mit den Piktogrammen wurden zudem sprachunabhängige Instrumente entwickelt. Eine Berücksichtigung aller in Deutschland gesprochenen Sprachen und kultureller Hintergründe innerhalb einer Einrichtung ist ohnehin nicht möglich. Zudem kann das Wissen um kulturelle Hintergründe der Patienten zwar hilfreich sein, ist aber nach Auernheimer nur eine Dimension der interkulturellen Kommunikation (vgl. Kap.3.4.4.2). Insgesamt böten die vorhandenen personellen und strukturellen Ressourcen daher m.E. eine günstige Grundlage für eine weitere interkulturelle Entwicklung.

Der Beschluss der Klinik, den Status Quo aufrechtzuerhalten, kann unterschiedlich interpretiert werden. Zum einen wurde das Projekt nicht aus humanistischen, sondern aus wirtschaftlichen Beweggründen heraus entwickelt. Das Bestreben war, eine neue Patientengruppe zu werben und für diese eine hochwertige Versorgung anzubieten. Das von der Klinik erklärte

Ziel, ca. 10 % aller Patienten im Rahmen des Projektes aufzunehmen, wird im Moment zuverlässig erreicht. Aus dieser Perspektive besteht daher kein weiterer Handlungsbedarf. Zum anderen ist die Klinik auf eine Kooperation mit den Kostenträgern angewiesen. In Bezug auf die türkisch-muslimischen Migranten wirbt die Klinik mit dem Paragraphen 2 des SGB V, nach dem die religiösen Bedürfnisse der Versicherten berücksichtigt werden sollen. Die migrationssensible Ausrichtung des Angebotes und die interkulturelle Kompetenz des Personals scheinen hier weniger greifbar und werbewirksam zu sein.

Wesentliche Faktoren für den Erfolg des Konzeptes waren der kontinuierliche Verbesserungsprozess und das hohe Maß an Identifikation der Beteiligten mit dem Projekt.

Das gegenwärtige migrationssensible Angebot der Klinik lässt sich als das Ergebnis eines langjährigen Entwicklungsprozesses in einer lernenden Organisation beschreiben. Das anfangs eher rudimentäre Konzept wurde im Laufe der Zeit und mit zunehmender Erfahrung durch viele Komponenten ergänzt und verbessert. Dieser Fortschritt wurde dadurch begünstigt, dass engagierte Mitarbeiter ihre tägliche Arbeit mit den allochthonen Patienten reflektierten und dabei nach innovativen Lösungswegen suchten. Die Führungskräfte nahmen die Anregungen auf und förderten deren Umsetzung auch durch Bereitstellung von Ressourcen.

Bei der Gestaltung des Projektes wurde, vermutlich aus Unkenntnis, nicht auf das vorhandene Wissen zur Interkulturellen Öffnung zurückgegriffen. Mittlerweile können Institutionen von einem reichen Fundus an Strategiekonzepten, Handlungsempfehlungen und Erfahrungen profitieren. Gleichwohl gibt es kein Patentrezept. Sowohl bei der Planung als auch bei der Durchführung muss jede Einrichtung überprüfen, welche Maßnahmen jeweils zweckmäßig und umsetzbar sind. Dafür sind Zeit, Geduld und die Bereitschaft zur Weiterentwicklung erforderlich. Dies wird in den Interviews auch unterstrichen. Keinesfalls sollten daher aus dem Idealbild der Interkulturellen Öffnung zu hohe Ansprüche abgeleitet werden, die zwangsläufig zum Scheitern und zur Frustration führen. Schon eine perfekte medizinische Versorgung für autochthone Patienten ist ein Ideal, an dem sich jede Wirklichkeit nur mit Abstrichen messen lässt. Besser scheint es, erreichbare Ziele festzulegen und kontinuierlich an einer Qualitätsverbesserung zu arbeiten. Wie der Fall der Piktogrammpläne der Klinik Oeynhausen illustriert, können dabei sogar noch Barrieren für autochthone Patienten (hier: Analphabeten) abgebaut werden.

Das Praxisbeispiel Bad Oeynhausen zeichnet sich durch eine große Identifikation der Beteiligten mit dem Projekt aus. Aufgrund seines Einflusses als Initiator und Verwaltungsleiter ist hier insbesondere die Rolle Springfelds hervorzuheben. Im Interview betont er die Wichtigkeit, „auch mit dem Herzen dabei zu sein“, der Zielgruppe wohlwollend gegenüber zu stehen und das Vorhaben ernsthaft zu betreiben. Nur so könne man als Dienstleistungsanbieter erfolgreich sein. Aus den Interviews geht hervor, dass auch viele Mitarbeiter das Projekt als sinnvoll erachten und sich dafür einsetzen. Das war jedoch noch nicht von Beginn an so. Als große Hürde bei dem Vorhaben erwiesen sich personelle Widerstände. Zur Überwindung ist es wichtig, an den Interessen und Bedürfnissen der Mitarbeiter anzuknüpfen, im Sinne des Qualitätsgedankens zu argumentieren und damit die Identifikation mit dem Projekt zu fördern. In vielen medizinischen Einrichtungen ist der Alltag durch eine hohe Arbeitsbelastung und Zeitdruck geprägt. Hier ist darauf zu achten, dass die Erschließung einer neuen Zielgruppe nicht als Zusatzbelastung erlebt wird und daher auf Ablehnung stößt. In diesen Fällen ist generell eine strukturelle Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Nöten.

Die an vielen Stellen hervorgehobene betriebswirtschaftliche Grundlage des Projektes kann sowohl als ermutigendes wie auch als ernüchterndes Zeichen für weitere Öffnungsprozesse gewertet werden. Das Beispiel Oeynhausen zeigt, dass sich eine bedarfsgerechte Versorgung von Migranten auch finanziell für eine Einrichtung rechnen kann. Die Aussicht auf wirtschaftlichen Erfolg hat sowohl bei der Initiierung als auch bei der Weiterentwicklung des Projektes beträchtlich zum Engagement von Klinikleitung und Mitarbeitern beigetragen. Gleichzeitig können die Ergebnisse dieser Studie aber auch so interpretiert werden, dass sich eine Interkulturelle Öffnung ohne finanziellen Zugewinn kaum langfristig etablieren lässt. Dies wird am Beispiel der W-Klinik deutlich und auch von den Führungskräften Kratzsch und Springfeld so geäußert. Denn der Aufbau einer Interkulturellen Öffnung erfordert Zeit-, Personal- und finanzielle Ressourcen. Und auch dann, wenn die räumliche Ausstattung vorhanden ist und viele Abläufe automatisiert sind, sei die Behandlung von allochthonen Patienten zeit- und damit kostenintensiver.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Klinik eine der wenigen Einrichtungen ist, die eine weitreichende Interkulturelle Öffnung erfolgreich und dauerhaft umgesetzt haben. Mit viel Aufmerksamkeit für Details wurde ein Konzept erarbeitet, dass sich konsequent an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientiert. Die Klinik ist ein positives Beispiel dafür, dass eine

migrationssensible Entwicklung zum Wohle der Patienten und einer Einrichtung möglich ist. Sie kann daher in vielen Aspekten ein Vorbild für die dringend erforderliche Interkulturelle Öffnung im Gesundheitsbereich darstellen.

Literaturverzeichnis

- AK Migration und öffentliche Gesundheit (2005): Positionspapier des bundesweiten Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“, http://www.integrationsbeauftragte.de/download/Positionspapier_des_bundesweiten_Arbeitskreises_Migration_und_oeffentliche_Gesundheit.pdf [Stand 03.02.2008]
- Albrecht, Hans-Jörg (2006): Illegalität, Kriminalität und Sicherheit. In: Alt, Jörg/Bommes, Michael (Hrsg.): Illegalität. Grenzen und Möglichkeiten der Migrationspolitik, Wiesbaden, S. 60–80
- Assion, Hans-Jörg (Hrsg.) (2005): Migration und seelische Gesundheit, Heidelberg
- Auernheimer, Georg (1999): Notizen zum Kulturbegriff unter dem Aspekt interkultureller Bildung. In: Gemende, Marion/Schröer, Wolfgang/Sting, Stephan (Hrsg.): Zwischen den Kulturen. Pädagogische und sozialpädagogische Zugänge zur Interkulturalität, Weinheim, S. 27–36
- Auernheimer, Georg (2008a): Interkulturelle Kommunikation, mehrdimensional betrachtet, mit Konsequenzen für das Verständnis von interkultureller Kompetenz. In: Auernheimer, Georg (Hrsg.) (2008b): Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität, 2. akt. und erw. Aufl., Wiesbaden
- Auernheimer, Georg (Hrsg.) (2008b): Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität, 2. aktualisierte und erw. Aufl., Wiesbaden
- Ausländerbeauftragte (1994): Empfehlungen zur interkulturellen Öffnung sozialer Dienste. Mitteilungen der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Ausländer, Nr. 5, Bonn
- Ausländerbeauftragte (Hrsg.) (1999a): Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen: Daten und Fakten zur Ausländersituation, 18. Aufl., Bonn
- Ausländerbeauftragte (Hrsg.) (1999b): Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen: Migrationsbericht 1999, Berlin

- Ausländerbeauftragte (Hrsg.) (2000): Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen: Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt, Berlin
- AWO (Hrsg.) (2006): Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.: Die Umsetzung der interkulturellen Öffnung in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit, Bonn
- Bade, Klaus J. (1994): Einführung. In: Niedersächsische Landeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Ausländer Aussiedler Asyl in der Bundesrepublik Deutschland, 3. neubearb. und akt. Ausgabe, Hannover, S. 9–74
- Bade, J. Klaus/Oltmer, Jochen (2004): Normalfall Migration, Bonn
- BAGIV (2008): Bundesarbeitsgemeinschaft der ImmigrantInnenverbände in Deutschland e.V.: Erklärung zum Nationalen Integrationsplan – Zwischenbilanz, <http://www.bagiv.de/integrationsplan.html> [Stand 23.11.08]
- BAMF (Hrsg.) (2006): Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Arbeitsmarkt-beteiligung von Ausländern im Gesundheitssektor in Deutschland. Working Papers 6/2006, Nürnberg
- BAMF (2007): Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung 2006, Nürnberg
- Barth, Wolfgang (2006): Aktueller Stand und Strategien des Bundesverbandes im interkulturellen Prozess. In: AWO: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (Hrsg.): Die Umsetzung der interkulturellen Öffnung in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit, Bonn, S. 9–12
- Becker et al. (2001): Becker, Silke A./Wunderer, Eva/Schulz-Gambard, Jürgen: Muslimische Patienten. Ein Leitfaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis, München
- Bellwinkel, Michael (2008): Noch keine Chancengleichheit im Gesundheitssystem. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 3, S. 49–52
- Bischoff et al. (2007): Bischoff, Alexander/Steinauer, Regine/Kurtz, Elisabeth: Dolmetschen im Spital: Mitarbeitende mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen und gezielt einsetzen. In: Saladin, Peter (Hrsg.): Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches

- Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen, 2. unveränd. Aufl., Bern, S. 65–67
- BMFSFJ (Hrsg.) (2000): Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen, Belastungen, Herausforderungen. 6. Familienbericht, Berlin
- BMI (2001): Bundesministerium des Innern: Zuwanderung gestalten. Integration fördern. Bericht der Unabhängigen Kommission „Zuwanderung“, Zusammenfassung, Berlin
- Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (Hrsg.) (2005): Das Experteninterview, 2. Aufl., Wiesbaden
- Borde, Theda/Albrecht, Niels-Jens (Hrsg.) (2007): Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder, Frankfurt a.M.
- Borde et al. (2003): Borde, Theda/Braun, Tanja/David, Matthias: Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? In: Borde, Theda/David, Matthias (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, Frankfurt a.M., S. 43–81
- Borde, Theda/David, Matthias (Hrsg.) (2003): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, Frankfurt a.M.
- Borde, Theda/David, Matthias (Hrsg.) (2007): Migration und psychische Gesundheit, Frankfurt a. M.
- Brucks, Ursula/Wahl, Wulf-Bodo (2003): Über-, Unter-, Fehlversorgung? In: Borde, Theda/David, Matthias (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, Frankfurt a.M., S. 15–33
- Budzinski, Manfred (Hrsg.) (2008): Interkulturelle Öffnung in öffentlichen Verwaltungen und Wohlfahrtsverbänden. Dokumentation einer Tagung der Evangelischen Akademie Bad Boll, Bad Boll
- Bundesregierung (Hrsg.) (2007): Der Nationale Integrationsplan, Berlin
- Bundesregierung (Hrsg.) (2008a): Der Nationale Integrationsplan. Erster Fortschrittsbericht, Berlin, http://www.bundesregierung.de/nsc_true/Content/DE/___Anlagen/IB/fortschrittsbericht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/fortschrittsbericht [Stand 23.11.08]

- Bundesregierung (2008b): Kabinett beschließt Bundeserklärung zur Bilanz des Nationalen Integrationsplans, Pressemitteilung Nr. 396 vom 05.11.08, <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Pressemitteilungen/BPA/2008/11/2008-11-05-erklaerung-bund.html> [Stand 23.11.08]
- Busse, Katrin (2003): Migrantinnen als Pflegekräfte. In: Soziale Arbeit, Heft 10, S. 377–384
- Butler et al. (2007): Butler, J./Albrecht, N.-J./Ellsäßer, G./Gavranidou, M./Habermann, M./Lindert, J./Weilandt, C.: Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung. In: Bundesgesundheitsblatt, S. 1232–1239
- BZgA (Hrsg.) (2002): Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, 7. erw. Neuaufl., Köln
- BZgA (Hrsg.) (2008): Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Infodienst Migration und öffentliche Gesundheit, Heft 2
- BZgA (o. J.): Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Praxisdatenbank: Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=a300984f9_75592b_022cf0d0b58f4f848&id=main2 [Stand 09.12.2008]
- Caritas (2006): Vielfalt bewegt Menschen. Interkulturelle Öffnung der Dienste und Einrichtungen der verbandlichen Caritas, Freiburg
- Castro Varela, María do Mar (2008): Macht und Gewalt: (K)ein Thema im Diskurs um interkulturelle Kompetenz. In: Rommelspacher, Birgit/Kollak, Ingrid (Hrsg.): Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. Frankfurt a.M., S. 97–113
- Collatz, Jürgen (2001): Aspekte der Versorgung von Muslimen im Gesundheitswesen. In: Referat für multikulturelle Angelegenheiten Hannover (Hrsg.): Muslime im Gesundheitswesen. Dokumentation der Fachtagung in Hannover am 15. November 2000, Hannover, S. 9–13
- Collatz, J./Fischer, G.C. (1998): Krankheit, Kranksein und häufige Erkrankungsverläufe. In: Burchard, Gerd-Dieter (Hrsg.): Erkrankungen bei Immigranten, Stuttgart, S. 16–31
- Deiningner, Susanne (2007): Zur sprachlichen Verständigung in Krankenhäusern Berlins – die Perspektive der Klinikleitungen. In: Borde, Theda/

- Albrecht, Niels-Jens (Hrsg.): Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder, Frankfurt a. M., S. 22–38
- Diakonisches Werk Württemberg (Hrsg.) (2001): Trainings- und Methodenhandbuch. Bausteine zur interkulturellen Öffnung, Stuttgart
- DGB (2008): Deutscher Gewerkschaftsbund: Nationaler Integrationsplan – DGB zieht Zwischenbilanz. Pressemitteilung 133 vom 15.07.08, http://www.dgb.de/presse/pressemeldungen/pmdb/pressemeldung_single?pmid=3254 [Stand 23.11.08]
- Dreissig, Verena (2005): Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus, Bielefeld
- Ebner, Gerhard (2007): Medizinisch-pflegerische Prozesse. In: Saladin, Peter (Hrsg.): Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen, 2. unveränd. Aufl., Bern, S. 55–60
- Efionayi et al. (2007): Efionayi, Denise/Stotzer, Ursula/Wanner, Philippe: Messung der Zufriedenheit von Spitalpatientinnen und –patienten mit Migrationshintergrund. In: Saladin, Peter (Hrsg.): Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen, 2. unveränd. Aufl., Bern, S. 49–51
- Flick, Uwe (2007): Qualitative Sozialforschung, vollst. überarb. u. erw. Neuausgabe, Reinbek b. Hamburg
- Franke, Alexa (2006): Modelle von Gesundheit und Krankheit, Bern
- Gaitanides, Stefan (2004): Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste. In: Sozialextra, Heft 5, S. 34–36
- Gaitanides, Stefan (2006): Stolpersteine auf dem Weg zur interkulturellen Öffnung der Sozialen Dienste. In: AWO: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (Hrsg.): Die Umsetzung der interkulturellen Öffnung in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit, Bonn, S. 22–26
- Gaitanides, Stefan (2008a): „Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste“ – Visionen und Stolpersteine. In: Rommelspacher, Birgit/Kollak, Ingrid (Hrsg.): Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. Frankfurt a. M., S. 35–58

- Gaitanides, Stefan (2008b): Interkulturelle Teamentwicklung – Beobachtungen in der Praxis. In: Auernheimer, Georg (Hrsg.) (2008b): Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität, 2. akt. und erw. Aufl., Wiesbaden, S. 153–172
- Geiger, Ingrid Katharina (2008): Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen – eine Einführung. In: Budzinski, Manfred (Hrsg.): Interkulturelle Öffnung in öffentlichen Verwaltungen und Wohlfahrtsverbänden. Dokumentation einer Tagung der Evangelischen Akademie Bad Boll, Bad Boll, S. 73–92
- Geiger, Ingrid Katharina/Razum, Oliver (2006): Migration: Herausforderungen für die Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich/Razum, Oliver (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, 4., vollst. überarb. Aufl., Weinheim, S. 719–746
- Gesundheit Berlin e.V. (o.J.): Gemeindedolmetschdienst, <http://www.gemeindedolmetschdienst-berlin.de> [Stand 05.12.08]
- Ghaeni, Zahra (Hrsg.) (1999): Krank in der Fremde. Perspektiven zur interkulturellen Entwicklung von deutschen Kliniken, Frankfurt a. M.
- Grieger et al. (2007): Grieger, Dorothea/Salman, Ramazan/Stickan-Verfürth, Martina: Migration, Gesundheitsversorgung und Integration. In: Integrationsbeauftragte (Hrsg.) (2007b): Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration: Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis, 2. überarb. Aufl., Berlin, S.17–22
- Handschuck, Sabine/Schröer, Hubertus (2000): Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste. In: IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit, Heft 3–4, S. 86–95
- Haufe, Stephan Gabriel (2006): Interkulturelle Öffnung und Professionalisierung in Europa. In: Wohlfahrt, Ernestine/Zaumseil, Manfred (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie, Heidelberg, S. 227–238
- Hegemann, Thomas/Salman, Ramazan (2007): Interkulturelle Kompetenztrainings. In: Integrationsbeauftragte (Hrsg.) (2007b): Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration: Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis, 2. überarb. Aufl., Berlin, S. 125–130

- Herbert, Ulrich (2001): Geschichte der Ausländerpolitik in Deutschland, München
- Hinz-Rommel, Wolfgang (1994): Interkulturelle Kompetenz. Ein neues Anforderungsprofil für die soziale Arbeit, Münster
- Hinz-Rommel, Wolfgang (1998): Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste und Einrichtungen. In: IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit, 1998, Heft 1, S. 36–41
- Holzberger, Mark (2008): Vor dem dritten Integrationsgipfel: Ernüchternde Bilanz, http://www.migration-boell.de/web/integration/47_1886.asp [Stand 23.11.08]
- Ilkic, Ilhan (2007): Medizinethische Aspekte im Umgang mit muslimischen Patienten. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, S. 1587–1590
- Integrationsbeauftragte (2003): Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin, Berlin
- Integrationsbeauftragte (Hrsg.) (2007a): Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration: 7. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland, Berlin
- Integrationsbeauftragte (Hrsg.) (2007b): Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration: Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis, 2. überarb. Aufl., Berlin
- Integrationsbeauftragte (o.J.): Bisherige Amtsinhaber und Amtsinhaberinnen, <http://www.bundesregierung.de/Webs/Breg/DE/Bundesregierung/BeauftragtefuerIntegration/AmtundPerson/BisherigeAmtsinhaber/bisherige-amtsinhaber.html> [Stand 25.11.08]
- Klinikum Bremen-Nord (o.J.): Gebetsräume, <http://www.klinikum-bremen-nord.de/internet/kbn/de/Aufenthalt/Gebetsraeume/> [Stand 14.01.09]
- Land et al. (1982): Land, Franz-Josef/Hövelmann, Beate/Neumann, Helgard/Dietzel-Papakyriakou, Maria: Gesundheit und medizinische Versorgung ausländischer Arbeiterfamilien – ein Literaturbericht, Bochum

- Lang, Hermann/Faller, Hermann (1998): Medizinische Psychologie und Soziologie, Berlin
- Ledyaikina et al. (2007): Ledyaikina, Oxana/Uebelacker, Johanna/Borde, Theda: Sprach- und Kulturmittlung in medizinischen Einrichtungen aus Sicht der MitarbeiterInnen. In: Borde, Theda/Albrecht, Niels-Jens (Hrsg.): Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder, Frankfurt a.M., S. 100–116
- Leiprecht, Rudolf (2002): Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation aus der Sicht von Arbeitsansätzen in pädagogischen Handlungsfeldern. In: IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit, Heft 3/4, S. 87–91
- Leyer, Emanuela M. (1991): Migration, Kulturkonflikt und Krankheit, Opladen
- Lima Curvello, Tatiana (2002): Welche Kompetenzen müssen Verwaltungen erwerben? In: FES/BpB/TiK (Hrsg.): Friedrich-Ebert-Stiftung/Bundeszentrale für politische Bildung/Modellprojekt Transfer interkultureller Kompetenz: Interkulturelle Öffnung der Verwaltung – Zuwanderungsland Deutschland in der Praxis. Dokumentation der Fachkonferenz, Berlin, S. 39–43
- Lima Curvello, Tatiana/Pelkhofer-Stamm, Margret (2003): Interkulturelles Wissen und Handeln. Neue Ansätze zur Öffnung sozialer Dienste. Dokumentation des Modellprojektes „Transfer interkultureller Kompetenz“, Berlin
- Lima Curvello, Tatiana (2005): Das Projekt Transfer interkultureller Kompetenz (TiK). In: Migration und Soziale Arbeit, Heft 1, S. 42–47
- Lindert, Jutta (2003): Krankheit kennt keine Papiere. In: Integrationsbeauftragte (Hrsg.): Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin, Berlin, S. 143–147
- Marschalck, Peter/Wiedl, Karl Heinz (Hrsg.) (2001): Migration und Krankheit, Osnabrück
- Mayring, Philipp (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung, 5., überarb. u. neu ausgest. Aufl., Weinheim
- Mecheril, Paul (2008): „Kompetenzlosigkeitskompetenz“. Pädagogisches Handeln unter Einwanderungsbedingungen. In: Auernheimer, Georg

- (Hrsg.) (2008b): Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität, 2. akt. und erw. Aufl., Wiesbaden, S. 15–34
- Median Kliniken (2007): Klinikum für Rehabilitation Bad Oeynhausen. Die Kliniken auf einen Blick, Berlin
- Median Kliniken (2008): Klinikum für Rehabilitation Bad Oeynhausen. Aufnahme muslimischer Patienten, Statistik, unveröff. Material, Bad Oeynhausen
- Median Kliniken (o.J.a): Klinikum für Rehabilitation Bad Oeynhausen. Türkisch-muslimische Patienten in der Rehabilitationsklinik, Bad Oeynhausen
- Median Kliniken (o.J.b): MEDIAN Akutkrankenhäuser und Rehakliniken, www.median-kliniken.de [Stand 10.12.2008]
- Median Kliniken (o.J.c): MEDIAN-Klinikum für Rehabilitation Bad Oeynhausen, http://median-kliniken.de/content/turkey/viewer/weserlinik_standortseite_748.html [Stand 10.12.2008]
- Meinhardt, Rolf (2006): Einwanderungen nach Deutschland und Migrationsdiskurse in der Bundesrepublik – eine Synopse. In: Leiprecht, Rudolf/Kerber, Anne (Hrsg.): Schule in der Einwanderungsgesellschaft, 2. Aufl., Schwalbach, S. 27–55
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. In: Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (Hrsg.): Das Experteninterview, 2. Aufl., Wiesbaden, S. 71–93
- Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bern
- Mohammadzadeh, Zahra (2000): Die Erstuntersuchung nach §62 Asylverfahrensgesetz. In: Ausländerbeauftragte: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.): Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt, Berlin, S. 51–55
- Naidoo, Jennie/Wills, Jane (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung, Gamburg
- Ohne Verfasserangabe (2002): Qualitätsstandards zur interkulturellen Teamentwicklung. Ergebnisse eines Qualitätsmanagement-Projektes in München. In: IZA – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit, Heft 1, S. 4–5

- Razum et al. (2004): Razum, Oliver/Geiger, Ingrid/Zeeb, Hajo/Ronellenfitsch, Ulrich: Gesundheitsversorgung von Migranten. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 43, S. A 2882–A 2887
- Razum, Oliver (2006): Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit, Wiesbaden, S. 255–270
- Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) (2006): Gesundheitliche Ungleichheit, Wiesbaden
- RKI (2005): Robert Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin
- RKI (2008): Robert Koch-Institut (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin
- Rommelspacher, Birgit/Kollak, Ingrid (Hrsg.) (2008): Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen, Frankfurt a. M.
- Saladin, Peter (Hrsg.) (2007): Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen, 2. unveränd. Aufl., Bern
- Salman, Ramazan (2007): Gemeindedolmetscherdienste als Beitrag zur Integration von Migranten in das regionale Sozial- und Gesundheitswesen – das Modell des Ethno-Medizinischen Zentrums. In: Integrationsbeauftragte (Hrsg.): Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration: Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis, 2. überarb. Aufl., Berlin, S. 246–256
- Schenk et al. (2006): Schenk, L./Bau, A.-M./Borde, T./Butler, J./Lampert, T./Neuhauser, H./Razum, O./Weilandt, C.: Mindestindikatorenatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. In: Bundesgesundheitsblatt, S. 853–860
- Schmacke, Norbert (2002): Migration und Gesundheit: Ist Ausgrenzung vermeidbar? In: Das Gesundheitswesen, S. 554–559
- Schröer, Hubertus (2006): Vielfalt gestalten. Kann Soziale Arbeit von Diversity-Konzepten lernen? In: Migration und Soziale Arbeit, Heft 1, S. 60–68

- Schröer, Hubertus (2007): Interkulturelle Orientierung und Öffnung: ein neues Paradigma für die soziale Arbeit. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit, Heft 3, S. 80–91
- Schröer, Hubertus (2008): Interkulturelle Öffnung und Integration als zweiseitiger Veränderungsprozess. In: Budzinski, Manfred (Hrsg.): Interkulturelle Öffnung in öffentlichen Verwaltungen und Wohlfahrtsverbänden. Dokumentation einer Tagung der Evangelischen Akademie Bad Boll, Bad Boll, S. 15–38
- Schulze, Heidrun (2006): Migrieren, Arbeiten, Krankwerden. Eine biographietheoretische Untersuchung, Bielefeld
- Schweizerische Eidgenossenschaft/Bundesamt für Gesundheit (o.J.): Migration und Gesundheit, <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395/index.html?lang=de> [Stand 12.12.08]
- Simon-Hohm, Hildegard (2004): Interkulturelle Öffnung Sozialer Dienste und interkulturelle Kompetenz. In: Treichler, Andreas/Cyrus, Norbert (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit in der Einwanderungsgesellschaft, Frankfurt a. Main, S. 231–252
- Springfeld, Arthur (2007): Türkisch-muslimische Patienten (Migranten) in der Rehabilitation am MEDIAN Klinikum für Rehabilitation Bad Oeynhausen. In: Integrationsbeauftragte (Hrsg.) (2007b): Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration: Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis, 2. überarb. Aufl., Berlin, S. 270–274
- Stadt Leipzig (2008): Gesundheitswegweiser für Migranten, 2. überarb. Aufl., http://www.leipzig.de/imperia/md/content/18_auslaenderbeauftragter/migrantenwegweiser_januar_2007_1_.pdf [Stand 29.12.08]
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006): Datenreport 2006. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland, Bonn
- Statistisches Bundesamt (2007): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Fachserie 1 Reihe 2.2, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2008a): Anzahl der Gestorbenen nach Kapiteln der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/C>

ontent/Statistiken/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/Content75/Gest
orbeneAnzahl,templateId=renderPrint.psm1 [Stand 17.11.08]

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008b): Statistisches Jahrbuch, Wiesbaden
- Süddeutsche Zeitung (2007): Integrationsgipfel: Angela Merkel und die 400
Maßnahmen, 12.07.2007,
[http://www.sueddeutsche.de/deutschland/artikel/ 350/123179/](http://www.sueddeutsche.de/deutschland/artikel/350/123179/) [Stand
23.11.08]
- Wesselman, Elisabeth (2007): Der Hausinterne Dolmetscherdienst im
Städtischen Klinikum München. In: In: Integrationsbeauftragte (Hrsg.)
(2007b): Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flücht-
linge und Integration: Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für
Modelle guter Praxis, 2. überarb. Aufl., Berlin, S. 257–262
- Wick Marcoli, Madeleine (2007): Möglichkeiten der Verwendung von Piktogrammen in der Verständigung mit Patientinnen und Patienten der
Migrationsbevölkerung in Schweizer Spitälern. In: Saladin, Peter
(Hrsg.): Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches
Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen, 2. unveränd.
Aufl., Bern, S. 68–70
- Wiedl, Karl Heinz/Marschalck, Peter (2001): Migration, Krankheit und Ge-
sundheit: Probleme der Forschung, Probleme der Versorgung – eine
Einführung. In: Marschalck, Peter/Wiedl, Karl Heinz (Hrsg.): Migration
und Krankheit, Osnabrück, S. 9–34
- Wittig et al. (2004): Wittig, Ulla/Merbach, Martin/Brähler, Elmar/Siefen,
Rainer Georg: Migration, Gesundheit und medizinisches System. In:
Psychosozial, Heft 1, S. 71–79
- Wohlfahrt, Ernestine/Zaumseil, Manfred (Hrsg.) (2006): Transkulturelle
Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie, Heidelberg,
- Zielke-Nadkarni, Andrea (2007): Gesundheits- und Krankheitskonzepte. In:
Domenig, Dagmar (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für
Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. vollst. überarb. und erw.
Aufl., Bern, S. 191–204



Anwendungen / Termine

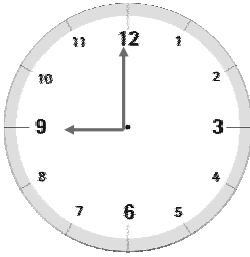
Datum: 01.10.07

Herr / Frau **Mustermann**

Zimmer-Nr. : **444**

Kurzinfo :

Aufnahme-Nr. :



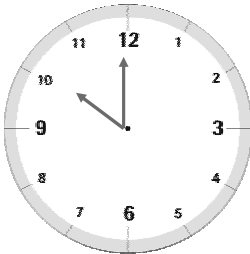
Uhrzeit
9.00

Raum
E 28

DIAGNOSTIK
LABORDIAGNOSTIK



- INR
- Blutzucker

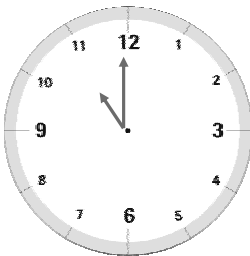


Uhrzeit
10.00

Raum
444

INNERE MEDIZIN/KARDIOLOGIE

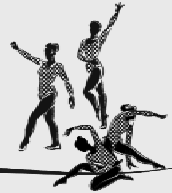
Chefarztvisite



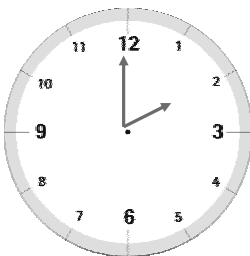
Uhrzeit
11.00

Raum
E 35

THERAPIEABTEILUNG
SPORTHALLE



- Gruppengymnastik
- Kreislaufgymnastik



Uhrzeit
14.00

Raum
E 60

THERAPIEABTEILUNG
MASSAGEN
LYMPHDRAINAGE



- Klassische Massage
- Lymphdrainage
- Bindegewebsmassage

Die Piktogrammpläne erleichtern den Patienten die Orientierung in der Klinik. Die Tagespläne werden jeweils nach den individuellen Terminen zusammengestellt und ausgegeben (im Text S. 88, S. 96).

Die Autorin



Britta Behrens studierte an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg Interkulturelle Pädagogik mit dem Schwerpunkt Migration und Erwachsenenbildung. Im Rahmen eines Auslandsjahres arbeitete sie bei Nichtregierungsorganisationen in St. Petersburg und Perm mit. Derzeit ist sie in Oldenburg als Diplom-Pädagogin in der Sozialen Arbeit tätig.

Fragen und Anregungen sind willkommen unter:
kontakt@gesundheit-interkulturell.de

Schriftenreihe des Interdisziplinären Zentrums für Bildung und Kommunikation in Migrationsprozessen (IBKM)

- 1 Rolf Meinhardt (Hg.): Zur schulischen und außerschulischen Versorgung von Flüchtlingskindern, 1997, 218 S.
ISBN 3-8142-0597-9 € 7,70
- 2 Daniela Haas: Folter und Trauma – Therapieansätze für Betroffene, 1997, (vergriffen; abzurufen im Internet unter: www.bis.uni-oldenburg.de/bisverlag/haafol97/haafol97.html)
- 3 Claudia Pingel: Flüchtlings- und Asylpolitik in den Niederlanden, 1998, 129 S.
ISBN 3-8142-0637-1 € 7,70
- 4 Catrin Gahn: Adäquate Anhörung im Asylverfahren für Flüchtlingsfrauen? Zur Qualifizierung der „Sonderbeauftragten für geschlechtsspezifische Verfolgung“ beim Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge, 1999, 165 S.
ISBN 3-8142-0680-0 € 7,70
- 5 Gabriele Ochse: Migrantinnenforschung in der Bundesrepublik Deutschland und den USA, 1999, 175 S.
ISBN 3-8142-0694-0 € 7,70
- 6 Susanne Lingnau: Erziehungseinstellungen von Aussiedlerinnen aus Russland. Ergebnisse einer regionalen empirischen Studie, 2000, 154 S.
ISBN 3-8142-0708-4 € 7,70
- 7 Leo Ensel: Deutschlandbilder in der GUS. Szenarische Erkundungen in Rußland, 2001, 254 S.
ISBN 3-8142-0776-9 € 10,20
- 8 Caren Ubben: Psychosoziale Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen, 2001, 298 S.
ISBN 3-8142-0708-4 € 11,80
- 9 Iris Gereke / Nadya Srur: Integrationskurse für Migrantinnen. Genese und Analyse eines staatlichen Förderprogramms, 2003, 268 S.
ISBN 3-8142-0860-9 € 13,00
- 10 Anwar Hadeed: Sehr gut ausgebildet und doch arbeitslos. Zur Lage höher qualifizierter Flüchtlinge in Niedersachsen, 2004, 169 S.
ISBN 3-8142-0913-3 € 13,90
- 11 Yuliya Albayrak: Deutschland prüft Deutsch. Behördliche Maßnahmen zur Feststellung der Deutschbeherrschung von Zugewanderten, 2004, 224 S.
ISBN 3-8142-0919-2 € 12,00
- 12 Oliver Trisch: Globales Lernen. Chancen und Grenzen ausgewählter Konzepte, 2004, 145 S.
ISBN 3-8142-0938-9 € 7,70
- 13 Iris Gereke / Rolf Meinhardt / Wilm Renneberg: Sprachförderung in Kindertagesstätten und Grundschulen – ein integrierendes Fortbildungskonzept. Abschlussbericht des Pilotprojekts, 2005, 198 S.
ISBN 3-8142-0946-X € 12,00
- 14 Barbara Nusser: „Kebab und Folklore reichen nicht“. Interkulturelle Pädagogik und interreligiöse Ansätze der Theologie und Religionspädagogik im Umgang mit den Herausforderungen der pluriformen Einwanderungsgesellschaft, 2005, 122 S.
ISBN 3-8142-0940-0 € 8,00

- 15 Malve von Möllendorff: Kinder organisieren sich!? Über die Rolle erwachsener Koordinator(innen) in der südafrikanischen Kinderbewegung, 2005, 224 S.
ISBN 3-8142-0948-6 € 10,00
- 16 Wolfgang Nitsch: Nord-Süd-Kooperation in der Lehrerfortbildung in Südafrika. Bericht über einen von der Universität Oldenburg in Kooperation mit der Vista University in Port Elizabeth (Südafrika) veranstalteten Lehrerfortbildungskurs über Szenisches Spiel als Lernform im Unterricht (16. Januar bis 7. Februar 2003), 2005, 210 S.
ISBN 3-8142-0939-7 € 13,90
- 17 Nadya Srur, Rolf Meinhardt, Knut Tielking: Streetwork und Case Management in der Suchthilfe für Aussiedlerjugendliche, 2005, 235 S.
ISBN 3-8142-0950-8 € 13,90
- 18 Kerstin Tröschel: Kooperation von Kindertagesstätten und Grundschulen in der vorschulischen Sprachförderung, 2005, 258 S.
ISBN 3-8142-0982-6 € 13,00
- 19 Seyed Ahmad Hosseinizadeh: Internationalisierung zwischen Bildungsauftrag und Wettbewerbsorientierung der Hochschule. Modelle und Praxis der studienbegleitenden Betreuung und Beratung ausländischer Studierender am Beispiel ausgewählter Hochschulen in der Bundesrepublik Deutschland und den USA, 2005, 373 S.
ISBN 3-8142-0978-8 € 19,00
- 20 Susanne Theilmann: Lernen, Lehren, Macht. Zu Möglichkeitsräumen in der pädagogischen Arbeit mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen, 2005, 155 S.
ISBN 3-8142-0983-4 € 9,00
- 21 Anwar Hadeed: Selbstorganisation im Einwanderungsland. Partizipationspotentiale von MigrantenSelbstorganisationen in Niedersachsen, 2005, 266 S.
ISBN 3-8142-0985-0 € 13,90
- 22 Carolin Ködel: Al urs al abiad, Scheinehe, le mariage en papier: eine filmische Erzählung über illegale Migration und Möglichkeiten ihres Einsatzes im interkulturellen und antirassistischen Schulunterricht, 2005, 122 S.
ISBN 3-8142-0996-6 € 9,00
- 23 Sebastian Fischer: Rechtsextremismus bei Jugendlichen. Eine kritische Diskussion von Erklärungsansätzen und Interventionsmustern in pädagogischen Handlungsfeldern, 2006, 190 S.
ISBN 3-8142-2011-X / 978-3-8142-2011-6 € 13,00
- 24 Maureen Guelich: Adoptionen aus dem nicht-europäischen Ausland. Eine Studie zur Selbstverortung erwachsener Migrantinnen und Migranten, 2006, 211 S.
ISBN 3-8142-2031-5 / 978-3-8142-2031-4 € 12,80
- 25 Steffen Brockmann: Diversität und Vielfalt im Vorschulbereich. Zu interkulturellen und antirassistischen Ansätzen, 2006, 136 S.
ISBN 3-8142-2036-6 / 978-3-8142-2036-9 € 7,80
- 26 Ira Lotta Thee: Englischunterricht in der Grundschule unter besonderer Berücksichtigung von Kindern mit Migrationshintergrund, 2006, 96 S.
ISBN 3-8142-2032-3 / 978-3-8142-2032-1 € 6,80
- 27 Heidi Gebbert: Ansätze internationaler Schülerbegegnungsprojekte und interkulturelles Lernen, 2007, 114 S.
ISBN 978-3-8142-2049-9 € 6,80

- 28 Angela Schmitman gen. Pothmann: Mathematik und sprachliche Kompetenz, 2007, 175 S.
ISBN 978-3-8142-2062-8 € 9,80
- 29 Inga Scheumann: Die Weiterbildung hochqualifizierter Einwanderer 2007, 212 S.
ISBN 978-3-8142-2064-2 € 12,80
- 30 Rolf Meinhardt: Hochschule und hochqualifizierte MigrantInnen – bildungspolitische
Konzepte zur Integration in den Arbeitsmarkt. Internationale Tagung 01./ 02. Dezember
2005 in Oldenburg, 2006, 172 S.
ISBN 978-3-8142-2111-3 € 10,80
- 31 Wiebke Scharathow: Diskurs – Macht – Fremdheit, 2007, 259 S.
ISBN 978-3-8142-2094-9 € 12,80
- 32 Yvonne Holling: Alphabetisierung neu zugewandelter Jugendlicher im Sekundar-
bereich, 2007, 205 S.
ISBN 978-3-8142-2097-0 € 12,80
- 33 Silvia Kulisch: Equality and Discrimination, 2008, 177 S.
ISBN 978-3-8142-2119-9 € 9,80
- 34 Petra Norrenbrock: Defizite im deutschen Schulsystem für Schülerinnen und Schüler
mit Migrationshintergrund, 2008, 87 S.
ISBN 978-3-8142-2129-8 € 7,20
- 35 Lena Dittmer: „Baustein zur nicht-rassistischen Bildungsarbeit“, 2008, 177 S.
ISBN 978-3-8142-2120-5 € 11,80
- 36 Mirjam Tünschel: Erinnerungskulturen in der deutschen Einwanderungsgesellschaft.
Anforderungen an die Pädagogik, 2009, 92 S.
ISBN 978-3-8142-2152-6 € 7,20
- 37 Anja Steinbach: Welche Bildungschancen bietet das deutsche Bildungssystem für
Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund? 2009, 104 S.
ISBN 978-3-8142-2156-4 € 7,20
- 38 Nathalie Thomauske, Biographien mehrsprachiger Menschen am Beispiel Französisch-
Deutscher Bilingualer, 2009, 129 S.
ISBN 978-3-8142-2121-2 € 8,80
- 39 Christine Kamphues, Zur Wirkungsmacht der sozialen Konstruktionen von Geschlecht
und Ethnizität, Am Beispiel von Haushaltsarbeit leistenden illegalisierten Frauen in
Deutschland, 2009, 132 S.
ISBN 978-3-8142-2148-9 € 8,80
- 40 Imke Robbe: Interkulturelle Elternarbeit in der Grundschule. Die Zusammenarbeit von
Schule und Eltern mit Migrationshintergrund unter besonderer Berücksichtigung der
Sprachförderung, 2009, 97 S.
ISBN 978-3-8142-2149-6 € 7,80
- 41 Hugues Blaise Feret Muanza Pokos: Schwarzsein im „Deutschsein“? Zur Vorstellung vom
Monovolk in bundesdeutschen Geschichtsschulbüchern am Beispiel der Darstellung
von Menschen mit Schwarzer Hautfarbe, 2009, 211 S.
ISBN 978-3-8142-2150-2 € 11,80

- 42 Rolf Meinhardt / Birgit Zittlau, unter Mitarbeit von Mailin Heidl, Esther Prosche, Johanna Stutz und Astrid Zima: BildungsinländerInnen an deutschen Hochschulen am Beispiel der Universität Oldenburg. Eine empirische Studie zu den erfolgshemmenden Faktoren im Studienverlauf und Empfehlungen zur Verbesserung der Studienleistungen durch HochschullotsInnen, 2009, 177 S.
ISBN 978-3-8142-2151-9 € 10,80
- 43 Manuel Peters: Zur sozialen Praxis der (Nicht-) Zugehörigkeiten. Die Bedeutung zentraler Theorien von Bourdieu und Goffman für einen Blick auf Migration, Zugehörigkeit und Interkulturelle Pädagogik, 2009, 104 S.
ISBN 978-3-8142-2157-1 € 7,80
- 44 Bettina Schmidt: Den Anti-Bias-Ansatz zur Diskussion stellen. Beitrag zur Klärung theoretischer Grundlagen in der Anti-Bias-Arbeit, 2009, 288 S.
ISBN 978-3-8142-2158-8 € 13,80
- 45 Jennifer Gronau: Auf blinde Flecken zeigen. Eine Diskursanalyse soldatischer Gedenkpraktiken und Möglichkeiten des Widerspruchs am Beispiel der Gebirgsjäger in Mittenwald, 2009, 175 S.
ISBN 978-3-8142-2161-8 € 12,80
- 46 Olga Teufel: Sport und soziale Heterogenität. Orientierung für die Kinder- und Jugendarbeit in Sportvereinen und Sportverbänden, 2009, 110 S.
ISBN 978-3-8142-2180-9 € 10,80
- 47 Rolf Meinhardt / Julia Klausning: Hochschullotsen an der Universität Oldenburg. Evaluierung eines Pilotprojektes, 2009, 107 S.
ISBN 978-3-8142-2166-3 € 12,80
- 48 Andrea Hertlein: Repräsentation und Konstruktion des Fremden in Bildern. Reflexionsgrundlagen Interkultureller Pädagogik, 2010, 195 S.
ISBN 978-3-8142-2186-1 € 16,80
- 49 Katharina Bräuß: Mit Rechten am rechten Ort? Reflexionen und Ergebnisse zur pädagogischen Arbeit mit rechtsextremen Jugendlichen in Gedenkstätten für die Opfer des Nationalsozialismus, 2010, 229 S.
ISBN 978-3-8142-2159-5 € 13,80
- 50 Jürgen Krause: Das DDR-Namibia-Solidaritätsprojekt „Schule der Freundschaft“. Möglichkeiten und Grenzen interkultureller Erziehung. 2009, 538 S.
ISBN 978-3-8142-2176-2 € 22,80
- 51 Inger Petersen: Mit Sprachenvielfalt in die Zukunft. Gelingende Sprachförderung zweisprachiger Kinder und Jugendlicher. 2010, 98 S.
ISBN 978-3-8142-2191-5 € 12,80
- 52 Khairoonisa Foflonker: The Integration of Adolescents of Immigrant Origin into the German Education System. Investigating Everyday Racism and Xenophobia: A case study of an integrated public secondary school in Germany. 2010, 146 S
ISBN 978-3-8142-2190-8 € 13,80
- 53 Norah Barongo-Muweke: Gender, Ethnicity, Class and Family Structure in International Labor Migration. The Case of African Woman in Germany and England. 2010, 484 S.
ISBN 978-3-8142-2162-5 in Druck
- 54 Friederike Piderit: Stufenübergreifende Förderung von Deutsch als Zweitsprache. Konzeptionelle Überlegungen und Erfahrungen aus der Praxis, 2010, 113 S.
ISBN 978-3-8142-2206-6 € 12,80