

Bielefeld

**GESUNDHEITLICHE
LAGE & VERSORGUNG VON
MIGRANTINNEN & MIGRANTEN**

- Bielefelder Gesundheitsberichterstattung -



Stadt Bielefeld
Dezernat 3 Umwelt und Gesundheit
Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt

Bielefelder Gesundheitsberichterstattung

Bisher erschienen:

Das Gesundheitssystem in Bielefeld
im Urteil der Bürgerinnen und Bürger, 1999

Berichtsmodul:
Umwelt, Verkehr & Gesundheit
2000, revidierte Fassung Dezember 2001

Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, 2003

Bielefelder Gesundheitsziele. Für eine bessere Gesundheit, 2003

Update Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2003 – „Impfungen im
Kindesalter“, 2005

Alle Berichte können auch als PDF-Dateien unter www.bielefeld.de
heruntergeladen werden.

Impressum:

Herausgeberin:

Stadt Bielefeld

Dezernat 3, Umwelt und Gesundheit

Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt

Gesundheitsberichterstattung

Postfach 33597 Bielefeld

Redaktion: Dirk Cremer (Gesundheitsberichterstattung)

Redaktionsschluss: April 2004

Bestellungen:

Telefon: 0521/51-5022

Fax: 0521/51-3406

E-Mail: Gesundheitsamt@bielefeld.de

Internet: <http://www.bielefeld.de>

© Stadt Bielefeld 2004

Vorwort

Der vorliegende Bericht reiht sich ein in die Veröffentlichungen der Bielefelder Gesundheitsberichterstattung. Er beschreibt die gesundheitliche Lage und Versorgung der Bielefelder Bevölkerung ausländischer Herkunft. Er richtet damit die Aufmerksamkeit auf eine Bevölkerungsgruppe, die in sich sehr verschieden ist und die sich seit Mitte der achtziger Jahre in ihrer Zusammensetzung deutlich verändert hat. Ein Grund, weshalb der Sozial- und Gesundheitsausschuss das Interkulturelle Büro der Stadt Bielefeld beauftragt hat, verschiedene Teilberichte zur Situation der Ausländerinnen und Ausländer in Bielefeld zu verfassen. Ein Teilbericht, der die Gesundheit dieser Bevölkerungsgruppe betrifft, ist der vorliegende Bericht.

Migrantinnen und Migranten sind nicht per se kränker als die einheimische Bevölkerung. Der Prozess der Migration kann aber bestimmte Erkrankungen wahrscheinlicher machen, und die Aneignung des westlichen Lebensstils kann wiederum zu einem Zuwachs bestimmter Erkrankungen unter zugewanderten Gruppen mit der Zeit führen. In der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten können spezifische Versorgungsprobleme auftreten, die sprachliche oder kulturelle Ursachen haben.

Der vorliegende Bericht setzt sich mit diesen Fragestellungen unter den Einschülerinnen und Einschülern, den Begleitpersonen der einzuschulenden Kinder und den Beschäftigten in den verschiedenen Sektoren des Bielefelder Gesundheitswesens auseinander. Diese Auseinandersetzung wäre nicht möglich gewesen ohne das Netzwerk, das über die Kommunale Gesundheitskonferenz in den letzten Jahren geknüpft werden konnte.

Die Stadt Bielefeld legt mit diesem Bericht einen Beitrag vor, der eine bessere gesundheitliche Versorgung der Migrantinnen und Migranten vor Ort ermöglicht.

Mein besonderer Dank gilt den folgenden Institutionen, die für das Zustandekommen des Berichts z.T. einen erheblichen Beitrag geleistet haben:

- AG OWL-Ärzte
- AG der Betriebs- und Innungskrankenkassen Bielefeld
- AG Migration und Gesundheit der Kommunalen Gesundheitskonferenz
- AIDS-Hilfe Bielefeld e.V.
- Ärztekammer Westfalen-Lippe, Bielefeld
- Bielefelder Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen
- Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover e.V.
- Ev. Johannes-Krankenhaus
- Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
- Franziskus Hospital gem. GmbH
- Gleichstellungsstelle, Stadt Bielefeld
- Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt, Stadt Bielefeld
- Interkulturelles Büro, Stadt Bielefeld
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Bielefeld

- Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Bielefeld
- Krankenanstalten Gilead gGmbH
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW
- PatientInnenstelle im Gesundheitsladen Bielefeld e.V.
- Psychologische Frauenberatung e.V.
- Städtische Kliniken Bielefeld gem. GmbH
- Zentraler Dienst Jugend, Soziales, Wohnen, Stadt Bielefeld
- Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, Bielefeld



Dr. Albrecht Peter Pohle
Beigeordneter

- Inhaltsverzeichnis -

Vorwort

Abkürzungs-, Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

1. Einleitung	S. 1
2. Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen	
<i>Zusammenfassung</i>	S. 4
2.1. Definition, Erfassung und Anteile von Kindern mit Migrationshintergrund	S. 5
2.2. Ausgewählte Befunde	S. 7
2.2.1. Heuschnupfen	S. 7
2.2.2. Ekzem	S. 8
2.2.3. Übergewicht und Adipositas	S. 8
2.2.4. Verhaltensauffälligkeiten	S. 9
2.2.5. Auffälligkeiten der Motorik und Koordination	S. 10
2.2.6. Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen	S. 10
2.3. Ausgewählte kinderärztliche Maßnahmen	S. 11
2.3.1. Überweisung zur Psychologin und zum Psychologen	S. 11
2.3.2. Vorschlag Fachberatung	S. 11
2.4. Impfen	S. 11
2.4.1. Impfen gegen Kinderlähmung (Poliomyelitis)	S. 12
2.4.2. Impfen gegen Diphtherie und Tetanus	S. 12
2.4.3. Impfen gegen Keuchhusten (Pertussis)	S. 12
2.4.4. Impfen gegen Masern, Mumps & Röteln	S. 12
2.5. Früherkennungsuntersuchungen	S. 13
2.5.1. U1-2 Früherkennungsuntersuchungen	S. 14
2.5.2. U3-U6 Früherkennungsuntersuchungen	S. 15
2.5.3. U7 Früherkennungsuntersuchung	S. 15
2.5.4. U8 Früherkennungsuntersuchung	S. 16
2.5.5. U9 Früherkennungsuntersuchung	S. 16
2.6. <i>Handlungsempfehlungen</i>	S. 17

3. Gesundheitliche Lage der Migrantinnen und Migranten - Ergebnisse einer Befragung von Eltern von Schulanfängerinnen und Schulanfängern

	S. 20
<i>Zusammenfassung</i>	S. 20
3.1. Datenerhebung und Studiengruppe	S. 21
3.2. Ergebnisse der Befragungsstudie	S. 22
3.2.2. Haushalts- und Familienstrukturen	S. 22
3.2.3. Ausbildung und Erwerbstätigkeit	S. 23
3.2.4. Soziale Lage	S. 24
3.2.5. Gesundheitsverhalten „Rauchen“	S. 24
3.2.6. Gesundheitszustand und Medikamentengebrauch	S. 25
3.3. Erste Ergebnisse einer Familiendiagnose - gemeinsame Auswertung der Daten aus Befragung und Schuleingangsuntersuchung	S. 25
3.4. <i>Handlungsempfehlungen</i>	S. 27

4. Gesundheitliche Versorgung der Migrantinnen und Migranten aus der Sicht der Beschäftigten im Bielefelder Gesundheitswesen

<i>Zusammenfassung</i>	S. 29
4.1 Problemstellung und methodische Vorgehensweise	S. 30
4.2. Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch MigrantInnen	S. 33
4.3. Informations- und Wissensdefizite aus Sicht der Beschäftigten	S. 34
4.3.1. Organisation des Gesundheitssystems	S. 34
4.3.2. Früherkennungsuntersuchungen	S. 35
4.3.3. Krebsvorsorgeuntersuchungen	S. 36
4.3.4. Zahnvorsorgeuntersuchungen	S. 36
4.3.5. Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen	S. 38
4.3.6. Schutzimpfungen	S. 38
4.3.7. Kontrazeption	S. 39
4.3.8. Darstellung der Anamnese	S. 39
4.3.9. Compliance	S. 40
4.4. Schwierigkeiten bei der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten	S. 41
4.4.1. Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten	S. 42
4.4.2. Kulturelle Verständigungsschwierigkeiten	S. 42
4.5. Lösungsmöglichkeiten bei Verständigungsschwierigkeiten	S. 43

4.6. Inanspruchnahme und Einschätzung von Dolmetscherdiensten	S. 45
4.7. Faktische und gewünschte Kooperation bei der Versorgung von Migrantinnen und Migranten	S. 45
4.8. Migrationssensible Einrichtungen	S. 48
4.8.1 Anteil der Beschäftigten mit Migrationshintergrund	S. 48
4.8.2. Gesprochene Sprachen	S. 49
4.8.3. Informationsmöglichkeiten	S. 50
4.8.4. Spezielle Behandlungsangebote	S. 51
4.9. Bedürfnisse, Wünsche & Anregungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung	S. 51
4.10. <i>Handlungsempfehlungen</i>	S. 51
5. Anhang	S.64
5.1. Literaturverzeichnis	S. 64
5.2. Fragebogen „Eltern von Schulanfängerinnen und Schulanfängern“	S. 65
5.3. Fragebogen-Beispiel „Arztpraxen“ der Befragung zur gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten aus Sicht der Beschäftigten des Bielefelder Gesundheitswesens	S. 70
5.4. Vorlagen für den Sozial- und Gesundheitsausschuss inkl. Protokolle (Auftrag, Vorstellung des Berichts und Umsetzungsprogramm „Gesunde Integration“)	S. 75

Im Text verwendete Abkürzungen:

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätssyndrom
GBE	Gesundheitsberichterstattung
KGK	Kommunale Gesundheitskonferenz
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
KZVWL	Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Iögd NRW	Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW
MiMi	Mit und für Migrantinnen. Gesundheitsförderungsprojekt des Ethnomedizinischen Zentrums Hannover e.V. im Auftrag des BKK-Bundesverbandes u.a. in Bielefeld
NRO	Nichtregierungsorganisationen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
SENS	Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Anteile der untersuchten Kinder in den Einschuljahrgängen 1992-2003 in Bielefeld nach Herkunft

Abbildung 2: Entwicklung der Prävalenz von Ekzem in den Einschuljahrgängen 1992-2003 in Bielefeld nach „ethnischen“ Gruppen

Abbildung 3: Entwicklung der Prävalenz von Übergewicht in den Einschuljahrgängen 1992-2003 in Bielefeld nach „ethnischen“ Gruppen

Abbildung 4: Entwicklung der Prävalenz von Fettsucht in den Einschuljahrgängen 1992-2002 in Bielefeld nach „ethnischen“ Gruppen

Abbildung 5: Entwicklung der Prävalenz von Auffälligkeiten der Motorik & Koordination in den Einschuljahrgängen 1992-2003 in Bielefeld nach „ethnischen“ Gruppen

Abbildung 6: Masern-Impfquote in den Einschuljahrgängen 1992-2003 in Bielefeld nach „ethnischen“ Gruppen

Abbildung 7: Vollständigkeit der U3-U6 Früherkennungsuntersuchungen in den Einschuljahrgängen 1992-2003 nach „ethnischen“ Gruppen

Abbildung 8: Entwicklung der U7-Früherkennungsuntersuchung in den Einschuljahrgängen 1992-2003 in Bielefeld nach „ethnischen“ Gruppen

Abbildung 9: Entwicklung der U8-Früherkennungsuntersuchung in den Einschuljahrgängen 1992-2003 in Bielefeld nach „ethnischen“ Gruppen

Abbildung 10: Stichprobe und Teilnahme an der Befragung

Abbildung 11: Ethnischer Hintergrund der Migranten, Hauptherkunftsländer

Abbildung 12: Anteil von Migrantinnen und Migranten mit gesundheitlichen Problemen aus Sicht der Beschäftigten in ausgewählten Teilsektoren des Bielefelder Gesundheitswesens Ende April 2003 insg. Und nach Geschlecht

Abbildung 13: Personal mit Migrationshintergrund in ausgewählten Teilsektoren des Bielefelder Gesundheitswesens Ende April 2003 insgesamt und nach Geschlecht

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Studiengruppe

Tabelle 2: Erkrankungen in den letzten 6 Monaten

Tabelle 4: Hepatitis

Tabelle 5: Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand der Eltern und der Kinder: Allergie, Asthma, Ekzem, bronchitisches Syndrom

Tabelle 6: Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand der Eltern und der Kinder: Bedarf an Fachberatung und Überweisung zum Psychologen

Tabelle 7: Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand der Eltern und der Kinder: Übergewicht

Tabelle 8: Grundgesamtheit, Stichprobe und Rücklauf

Tabelle 9: Einschätzung über Wissens- und Informationsdefizite hinsichtlich der Organisation des Gesundheitswesens bei Migranten und Nicht-Migranten 2003 in Bielefeld

Tabelle 10: Einschätzung über Wissens- und Informationsdefizite hinsichtlich der Früherkennungsuntersuchungen bei Migranten und Nicht-Migranten 2003 in Bielefeld

Tabelle 11: Einschätzung über Informations- und Wissensdefizite hinsichtlich Krebsvorsorge bei Migranten und Nicht-Migranten 2003 in Bielefeld

Tabelle 12: Einschätzung über Informations- und Wissensdefizite hinsichtlich Zahnvorsorgeuntersuchungen bei Migranten und Nicht-Migranten 2003 in Bielefeld

Tabelle 13: Einschätzung über Informations- und Wissensdefizite hinsichtlich Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen bei Migranten und Nicht-Migranten 2003 in Bielefeld

Tabelle 14: Einschätzung über Wissens- und Informationsdefizite hinsichtlich Schutzimpfungen bei Migranten und Nicht-Migranten 2003 in Bielefeld

Tabelle 15: Einschätzung über Informations- und Wissensdefizite hinsichtlich Kontrazeption bei Migranten und Nicht-Migranten 2003 in Bielefeld

Tabelle 16: Einschätzung über Wissens- und Informationsdefizite hinsichtlich der Darstellung der Anamnese bei Migranten und Nicht-Migranten 2003 in Bielefeld

Tabelle 17: Einschätzung über Informations- & Wissensdefizite hinsichtlich Compliance in bei Migranten und Nicht-Migranten 2003 in Bielefeld

Tabelle 18: Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten

Tabelle 19: Kulturelle Verständigungsschwierigkeiten

Tabelle 20: Lösungsstrategien bei Verständigungsschwierigkeiten in der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten

Tabelle 21: Einschätzung über den Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetscher

Tabelle 22: Faktische Kooperation bei der Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Bielefeld 2003

Tabelle 23: Gewünschte Kooperation bei der Versorgung von Migrantinnen und Migranten 2003

1. Einleitung

Die Migration gewinnt in Deutschland an gesundheitswissenschaftlicher wie auch politischer Bedeutung. Im Gegensatz hierzu sind die fundierten Erkenntnisse über den Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten und deren gesundheitliche Versorgungslage in Deutschland nur unzureichend. Ziel des Berichts ist die Schaffung einer empirischen gesundheitswissenschaftlichen Datengrundlage, auf der Handlungsempfehlungen für Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger in der kommunalen Gesundheitsplanung und -versorgung in Bielefeld formuliert werden können.

In der Gesundheitsberichterstattung ist Migration ein Randthema, weil ein zentrales Problem die Verfügbarkeit von Daten ist.ⁱ Es existieren nur wenige, regelmäßig erstellte Gesundheitsdaten, die nach Staatsangehörigkeit bzw. Nationalität unterscheiden und die in Beziehung zu Gesundheitsdaten über die einheimische Bevölkerung gesetzt werden können. Noch seltener bzw. in der Regel nicht vorhanden, sind regelmäßig erstellte Gesundheitsdaten, die nach anderen Migrationsmerkmalen wie rechtlichen Aufenthaltsstatus, Geburtsland, Einwanderungsgeneration oder Aufenthaltsdauer unterscheiden. Besonders diese weitergehenden Informationen sind wichtig, weil seit der Änderung des Staatsangehörigkeitsrechts das Merkmal Staatsangehörigkeit Migrantinnen und Migranten nur noch unzureichend erfasst. Aussiedlerinnen und Aussiedler bzw. Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler konnten mit diesem Merkmal zudem noch nie erfasst werden. Dieses Informationsdefizit ist nicht nur ein Problem kommunaler Gesundheitsberichterstattung, sondern betrifft generell die Erfassungsroutinen von amtlichen Statistiken.

Eine andere Schwierigkeit einer Gesundheitsberichterstattung für Migrantinnen und Migranten ist der politische Wille. Zum einen existiert das Bedenken, dass eine spezifische Gesundheitsberichterstattung über Migrantinnen und Migranten dazu führt, Ausgrenzung und Desintegration von zugewanderten Gruppen dadurch zu verstärken, dass diese Gruppen gesondert hervorgehoben werden. Dem kann entgegnet werden, dass in Bielefeld wie in anderen Großstädten auch ein relativ großer Anteil von Zuwanderinnen und Zuwanderern existiert, der sich zudem in seiner Zusammensetzung in den letzten 17 Jahren deutlich verändert hat und größer geworden ist, so dass sich die Frage der Integration der Zugewanderten für das Gesundheitswesen wie in anderen gesellschaftlichen Bereichen, z.B. auf dem Arbeitsmarkt, auch stellt. Der abzusehende Bevölkerungsrückgang verlangt außerdem, dass Zuwanderung auch künftig lebendiger Bestandteil des örtlichen Zusammenlebens bleibt. Nur auf der Grundlage gesicherter Informationen über gesundheitliche Benachteiligungen können Maßnahmen entwickelt werden, die zu einer Vergrößerung gesundheitlicher Chancengleichheit beitragen. Zum anderen fehlt der politische Wille, die Methoden und eventuellen Schwierigkeiten, die bei der Erfassung von Migrantinnen und Migranten hinsichtlich Gesundheit eigentlich bekannt sind, in die Praxis umzusetzen.ⁱⁱ

Im Jahr 2000 verabschiedete der Sozial- und Gesundheitsausschuss das Memorandum „Migration und Gesundheit. Zielstellungen für eine problemorientierte Gesundheitspolitik in Bielefeld“. Es beinhaltete folgende Handlungsvorschläge:

1. Verstärkte Ausrichtung der Regeldienste auf die Zielgruppe der Zuwanderer

2. Einbeziehung von Migrantenorganisationen und -initiativen in die Arbeit mit besonders belasteten Gruppen
3. Durchführung einer repräsentativen Untersuchung
4. Verbesserung der Interkulturellen Kompetenz des Fachpersonals
5. Verstärkte Integration zweisprachiger Fachkräfte in die bestehenden Gesundheits- und Sozialdienste
6. Verbesserungen der Inanspruchnahme der personalen und der telefonischen Übersetzungsdienste in Bielefeld

In Bielefeld hat der Sozial- und Gesundheitsausschuss auf Empfehlung der Kommunalen Gesundheitskonferenz und des Ausländerbeirates am 10. Juli 2002 die Stadtverwaltung darüber hinaus beauftragt, einen handlungsorientierten Bericht über die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten anzufertigen. Dabei weist er darauf hin, dass die Verantwortung für eventuelle Versorgungsdefizite im Gesundheitswesen bei den Selbstverwaltungskörperschaften liegt. Er bittet, dass sich die Akteure des örtlichen Gesundheitswesens dieser Problematik stellen.ⁱⁱⁱ

Der vorliegende Bericht ist die Umsetzung von Punkt 2 des Memorandums und er ist zugleich Ergebnis des politischen Auftrages von 2002. Er ist ein Teilbericht des Berichtes zur Situation der Migrantinnen und Migranten in Bielefeld (Auftrag des SGA von Januar 2001 an das Interkulturelle Büro), von dem bisher die Teilberichte „Zur Situation der Kinder und Jugendlichen aus Bielefelder Migrantenfamilien“ (Januar 2001), „Aspekte der Situation der Frauen und Mädchen aus Zuwandererfamilien“ (August 2001) und „Integration in der Kommune – Arbeitsbericht des Interkulturellen Büros“ (2002) erschienen sind.

Der Bericht beruht auf den folgenden Datengrundlagen, die Daten nach den folgenden Migrationsdefinitionen beinhalten:

- Schuleingangsuntersuchungsdaten, die ca. 6jährige Kinder danach unterscheiden, ob sie deutscher Herkunft, ausländischer Herkunft und hier geboren, ausländischer Herkunft und im Ausland geboren oder ausgesiedelt sind
- Einer Befragung unter den Begleitpersonen der einzuschulenden Kinder. Diese Befragung wurde im Auftrag der KGK in Kooperation mit der Universität Bielefeld im Winter 2002 durchgeführt. In dieser Studie sind Migrantinnen und Migranten als Personen definiert, die oder deren Eltern in einem anderen Land geboren sind als in Deutschland.
- Einer Befragung der Stadtverwaltung zur gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Bielefeld im Juni 2003 gemäß SGA-Auftrag. Migrantinnen und Migranten sind in dieser Studie ebenfalls nach Geburtsland definiert.

Die Datengrundlagen werden kapitelweise dargestellt. Am Ende der Kapitel befinden sich Handlungsempfehlungen. Sie beruhen auf

- der Diskussion im Anschluss des 2. Teilberichtes „Aspekte der Situation der Frauen und Mädchen aus Zuwandererfamilien“ (August 2001), insofern sie Fragen der Gesundheit betrifft. Es handelt sich hierbei um Empfehlungen der AG Migrantinnen und Gesundheit des Bielefelder Netzwerkes Frauen, Mädchen und Gesundheit in Kooperation mit der städtischen Gleichstellungsstelle.

- Den Erfahrungen mit dem Modellprojekt „Mit und für Migranten“ (Mi-Mi), welches das Ethnomedizinische-Zentrum Hannover e.V. im Auftrag des BKK-Bundesverbandes u.a. in Bielefeld durchführt und in dem fremdsprachliche Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren qualifiziert worden sind.
- den Analysen, die in diesem Bericht dargestellt werden.

Die Handlungsempfehlungen werden den 3 allgemeinen Bielefelder Gesundheitszielen zugeordnet, d.h. sie sind so formuliert, dass sie Teilziele ausdrücken.

ⁱ Razum, Oliver (2000): Gesundheitsberichterstattung für Migranten. Expertise im Auftrag des Robert-Koch-Institutes, S. 14 ff.

ⁱⁱ Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V. (2003): Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW, S. 119-120.

ⁱⁱⁱ Stadt Bielefeld, Drucksache 5746

2. Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen

Zusammenfassung

Die Kinder werden in den Schuleingangsuntersuchungen danach unterschieden, ob sie deutscher Herkunft, ausländischer Herkunft in Deutschland geboren, ausländischer Herkunft im Ausland geboren oder ausgesiedelt sind.

Der Anteil der deutschen Kinder in den Schuleingangsuntersuchungen geht zurück. Er beträgt zuletzt 63,9%. In den letzten 11 Einschuljahrgängen ist der Anteil der Migrationsgruppen insgesamt – jedoch diskontinuierlich – von 29% auf 36,1% angestiegen, darunter der Anteil der hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft annähernd kontinuierlich von 9,8% auf 24,4%.

Die Häufigkeitsrate des Heuschnupfens geht zurück, ist aber über den gesamten Zeitraum unter den deutschen Kindern überdurchschnittlich groß (zuletzt 1,7%). Kinder im Migrationszusammenhang leiden selten unter Heuschnupfen. Das Bild wiederholt sich in der Unterscheidung nach Geschlecht.

Das Ekzem tritt über den gesamten Zeitraum deutlich häufiger bei den deutschen Kindern auf (zuletzt 4,2%) als bei den hier geborenen Kindern ausländischer Herkunft (zuletzt 1,6%). In der Unterscheidung nach Geschlecht sind häufiger Mädchen in allen ethnischen Gruppen über die Jahre annähernd durchgängig betroffen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder an Übergewicht erkranken, steigt unter deutschen und ausgesiedelten Kindern an. Mit Abstand am häufigsten ist die Gruppe der hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft betroffen (zuletzt 8,0% gegenüber 4,0% der deutschen Kinder).

Das Kinder fettleibig (adipös) sind, wird in den vergangenen Jahren unter den deutschen Kindern wahrscheinlicher. Gleichwohl sind mit deutlichen Abstand wiederum hier geborene Kinder ausländischer Herkunft häufiger betroffen (6,2% gegenüber 2,7% unter den deutschen Kindern).

Die Verhaltensauffälligkeiten werden weniger, aber erreichen noch nicht die Größenordnung wie in der ersten Hälfte der neunziger Jahre. Es werden häufiger Kinder ausländischer Herkunft, die hier geboren sind, bezeichnet (zuletzt 11,1%) als deutsche (zuletzt 8,4%) und ausgesiedelte Kinder (zuletzt haben sie eine in etwa gleich große Häufigkeitsrate wie die deutschen Kinder). In Hinsicht auf das Geschlecht zeigt sich, dass in den jeweiligen „ethnischen“ Gruppen häufiger Jungen befundet werden.

Die Auffälligkeiten der Motorik und Koordination gehen zurück, erreichen aber noch nicht die Größenordnung wie in der ersten Hälfte der neunziger Jahre. Seit 1999/2001 werden häufiger deutsche Kinder befundet (zuletzt 11,5%). Zuvor sind es häufiger Kinder ausländischer Herkunft, die hier geboren sind. Es sind in allen „ethnischen“ Gruppen häufiger Jungen betroffen.

Zuletzt haben Kinder ausländischer Herkunft häufiger Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen (11,8%). In der Unterscheidung nach Geschlecht jedoch am häufigsten die deutschen Jungen (14%).

Eine Überweisung zur Psychotherapeutin oder zum Psychotherapeuten wird häufiger ausgestellt für ausgesiedelte (2,3%) und hier geborene Kinder ausländischer Herkunft (1,7%). In Bezug auf das Geschlecht wird sie am häufigsten für die hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft ausgesprochen.

Den Vorschlag für eine Fachberatung bekommen über den gesamten Zeitraum häufiger hier geborene Kinder ausländischer Herkunft ausgesprochen (zuletzt 7,8%). Die Häufigkeitsrate verkleinert sich seit 2000, erreicht aber noch nicht das Niveau wie zu Beginn der neunziger Jahre. Es gibt keine bedeutsamen Geschlechtsunterschiede.

Die Impfraten gegen Kinderlähmung, Diphtherie und Wundstarrkrampf (Tetanus) werden in allen „ethnischen“ Gruppen mit Ausnahme der im Ausland geborenen Kinder erreicht. Alle genannten Impfungen sind in der letzten Gruppe rückgängig und erreichen nicht die empfohlenen Größen.

Die empfohlene Impfrate von 90% gegen Keuchhusten wird erstmals annähernd in Bielefeld erreicht (89,6%). Sie wird in allen „ethnischen“ Gruppen größer mit Ausnahme der im Ausland geborenen Kinder. Unter diesen ist sie rückgängig (zuletzt 57,3%).

Die Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln wachsen deutlich an, erreichen jedoch noch nicht die empfohlenen Impfungen. Deutsche Kinder und im Ausland geborene Kinder sind unterdurchschnittlich gegen Masern, Mumps und Röteln geimpft.

Für rund 40% der ausgesiedelten und der im Ausland geborenen Kinder sind keine U1 und U2 Früherkennungsuntersuchungen dokumentiert.

Die U3-U6 Früherkennungsuntersuchungen werden in den vergangenen 11 Einschuljahrgängen bei rd. 93,7% der Kinder durchgeführt. Klein ist die Rate unter den ausgesiedelten (zuletzt 65,6%) und den im Ausland geborenen Kindern (zuletzt 59,3%).

Die U7 erreicht zuletzt 22% der hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft nicht. Noch größer sind die Anteile nicht durchgeführter U7-Früherkennungsuntersuchungen bei

den ausgesiedelten und den im Ausland geborenen Kindern (jeweils zuletzt rd. 30%).

Die U8 wird zuletzt nur bei 69,3% der hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft und nur bei 65,5% der im Ausland geborenen Kinder erreicht. Die Rate der ausgesiedelten Kinder beträgt zuletzt 79,1%.

Die Rate der durchgeführten Früherkennungsuntersuchung U9 ist am kleinsten im Vergleich zu allen anderen Früherkennungsuntersuchungen (zuletzt 81,8%). Am kleinsten ist sie zuletzt unter den im Ausland geborenen Kindern (62,7%).

2.1. Definition, Erfassung und Anteile von Kindern mit Migrationshintergrund

Die verschiedenen Funktionen der Schuleingangsuntersuchung, die Aussagekraft der Daten und die Definition der verschiedenen Befunde der Schuleingangsuntersuchungen werden ausführlich im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht der Stadt Bielefeld beschrieben.ⁱ An dieser Stelle ist jedoch noch mal auf die Definition der sog. „ethnischen“ Gruppen im Rahmen des Bielefelder Untersuchungsmodells hinzuweisen. Die Kinder werden danach unterschieden, ob Sie

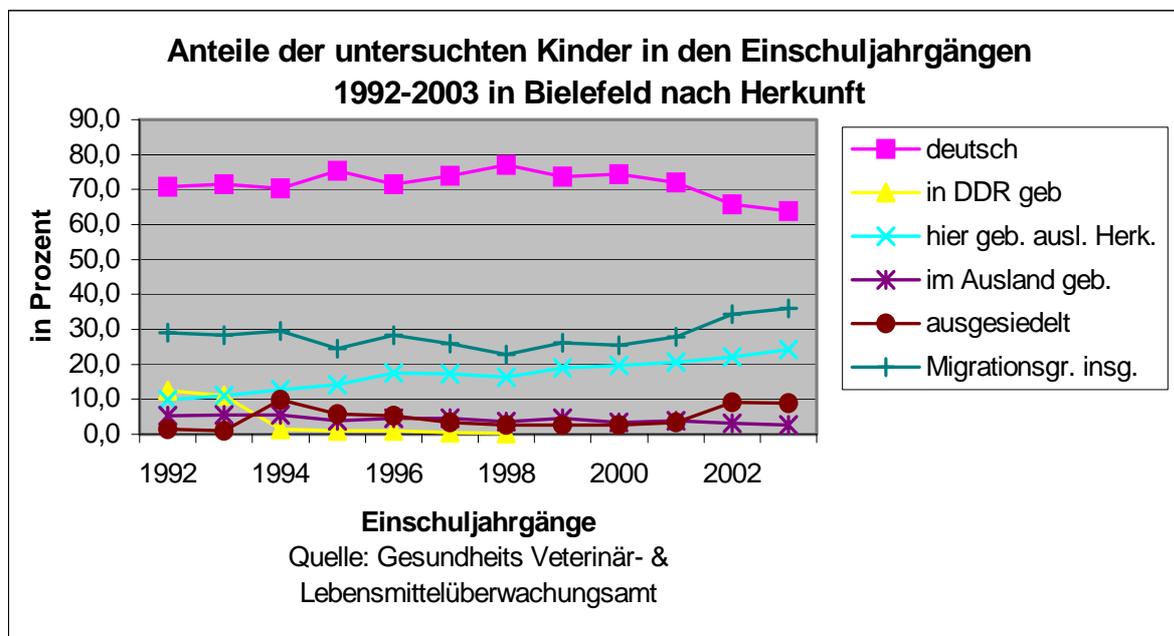
- deutscher Herkunft
- ausländischer Herkunft, in Deutschland geboren
- ausländischer Herkunft und im Herkunftsland geboren oder
- ausgesiedelt

sind. In der Praxis der Schuleingangsuntersuchungen wird für diese Zuordnung der Kinder nicht der Personalausweis oder Reisepass bzw. ein vergleichbares Dokument geprüft. Es würde auch nicht funktionieren, wenn das Kind z. B. die deutsche Staatsangehörigkeit hat und in Bielefeld geboren ist, aber seine Eltern aus dem Aus-

land kommen. In diesem Fall müsste man auch von den Eltern die Ausweise einsehen können, um das Kind als möglicherweise ausländischer Herkunft, aber in Deutschland geboren zuordnen zu können.

Abbildung 1:

kontinuierlich ansteigt (Abbildung 1). Der Anteil der deutschen Kinder geht seit 2000 zurück, so dass es zuletzt noch 63,9% sind. Die Entwicklung der Anteile der Kinder ausländischer Herkunft, die im Herkunftsland geboren sind, verläuft diskontinuierlicher. Es ist zu anzunehmen, dass sich hier auch



Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen besteht aber nicht die Möglichkeit, Personalausweise oder vergleichbare Dokumente heranzuziehen, um den Migrationsstatus zu erfassen. Stattdessen verlässt man sich auf den gesunden Alltagsverstand und ordnet die Kinder den „ethnischen“ Gruppen zu, indem man sich überwiegend an ihren Nachnamen orientiert. Das kann in der Praxis geleistet werden. Inwiefern der Anteil der Migrantenkinder insgesamt, der zuletzt in den Schuleingangsuntersuchungen mit 36,1% registriert wird und der damit die größte Ausprägung im gesamten Betrachtungszeitraum erreicht, zutreffend ist, kann derzeit nicht eingeschätzt werden.

Die Entwicklung in den Einzelgruppen zeigt, dass der Anteil der hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft bis auf einen Rückgang in den Jahren 1997 und 1998 von 9,8% auf 24,4%

Kinder aus Flüchtlings- (teil-) –familien befinden, deren Zuweisung nach Bielefeld abhängig ist von Konflikt- oder Kriegsentwicklungen in anderen Ländern. Ihr Anteil geht seit 1999 deutlich zurück, so dass im Einschuljahrgang 2003 nur noch ein Anteil von 2,7% ausgewiesen ist, der Tiefpunkt im gesamten Betrachtungszeitraum.

Diese Entwicklung stimmt mit der Flüchtlingsentwicklung allgemein überein. Insbesondere die Kriege und Regierungswechsel in Afghanistan und im Irak haben in Bielefeld zu einem Rückgang der Flüchtlingszahlen geführt. Der Anteil der ausgesiedelten Kinder hat nach einem Rückgang in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre - insbesondere in den Jahren 2002 und 2003 sprunghaft - zugenommen. Dieser Anstieg kann zur Zeit noch nicht erklärt werden.

Im weiteren werden diejenigen Befunde und Impfungen fortgeschrieben,

d.h. um die Jahre 2002 und 2003 ergänzt, die im Bielefelder Kinder- und Jugendgesundheitsbericht als statistisch bedeutsam hinsichtlich der „ethnischen“ Gruppen ausgewiesen sind.ⁱⁱ Es kann nur in geringen Umfang auf einzelne Erklärungsfaktoren eingegangen werden. Über die bisherigen Darstellungen im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht hinausgehend, werden zusätzlich kinderärztliche Maßnahmen und die Früherkennungsuntersuchungen das erstmal öffentlich dokumentiert, insofern sie für das Thema Migration und Gesundheit relevant sind.

2.2. Ausgewählte Befunde

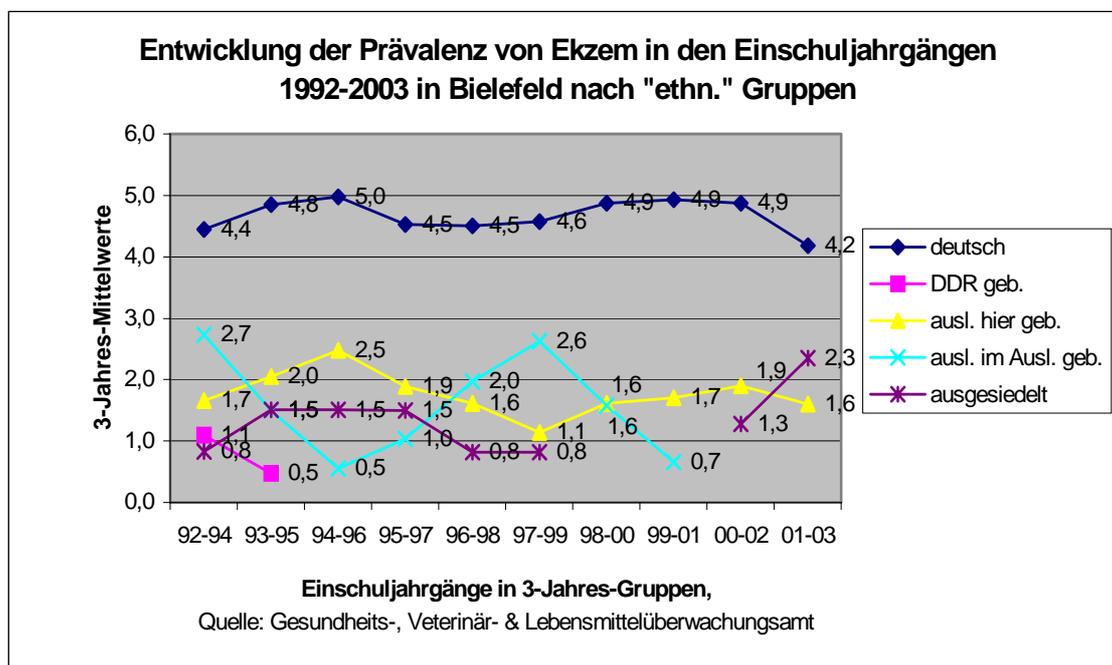
2.2.1. Heuschnupfen

Der Heuschnupfen als eher leichte chronische Erkrankung tritt in den Jahren 1994 und 2002 statistisch bedeutsam häufiger bei den deutschen Kindern auf. Es ist über den gesamten Zeitraum zu beobachten, dass diese Kinder häufiger betroffen sind als die Kinder ausländischer Herkunft, die hier geboren sind, zuletzt 1,7% im Mittel der Jahre 2001/2003.ⁱⁱⁱ Dabei verringert sich die Häufigkeitsrate über die Jahre

geringfügig von 2,0 auf 1,7% während die der hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft seit dem Mittel der Jahre 1998/2000 - ihrem Tiefpunkt im gesamten Betrachtungszeitraum (0%) - , auf zuletzt 0,7% ansteigt. Die Migrationsgruppe der ausgesiedelten Kinder leidet ähnlich wie die Migrationsgruppe der hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft seltener unter Heuschnupfen.

In der Unterscheidung nach Geschlecht wiederholt sich die vorgenannte Verteilung. Es sind häufiger deutsche Jungen und deutsche Mädchen als hier geborene Jungen und Mädchen ausländischer Herkunft von Heuschnupfen betroffen. Innerhalb der deutschen Kinder haben zudem über den gesamten Zeitraum die Jungen eine größere Wahrscheinlichkeit als die Mädchen an einen Heuschnupfen zu erkranken (zuletzt 1,9 zu 1,4%), wobei sich der Geschlechtsunterschied in den letzten Jahren etwas verringert. Für die Kinder mit Migrationshintergrund können nicht für alle Jahre Aussagen getroffen werden, weil die Zahlen z.T. zu klein sind und nach Datenschutz nicht mehr dargestellt werden können. Es sind aber unter den hier geborenen Kindern ausländischer Herkunft zuletzt auch mehr Jungen als

Abbildung 2:



Mädchen betroffen (0,5 zu 0,2%). Nur von den ausgesiedelten Mädchen sind Daten darstellbar, die eine höhere Wahrscheinlichkeit angeben an Heuschnupfen zu erkranken (zuletzt 0,7%) als die der hier geborenen Mädchen ausländischer Herkunft, die jedoch wiederum kleiner sind als die Daten der deutschen Mädchen.

2.2.2. Ekzem

Das Ekzem als weitere Erkrankung des allergischen Formenkreises tritt wie der Heuschnupfen auch über den gesamten Zeitraum häufiger bei den deutschen Kindern auf, in den Jahren 1994, 1995 und 1996 auch statistisch bedeutsam. Es betrifft zuletzt 4,2% dieser Kinder entgegen 1,6% der hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft (Abbildung 2). Die Häufigkeitsrate der deutschen Kinder ist dabei zuletzt etwas rückgängig, nachdem sie in den Jahren zuvor auf einem Niveau von 4,9% verharrte.

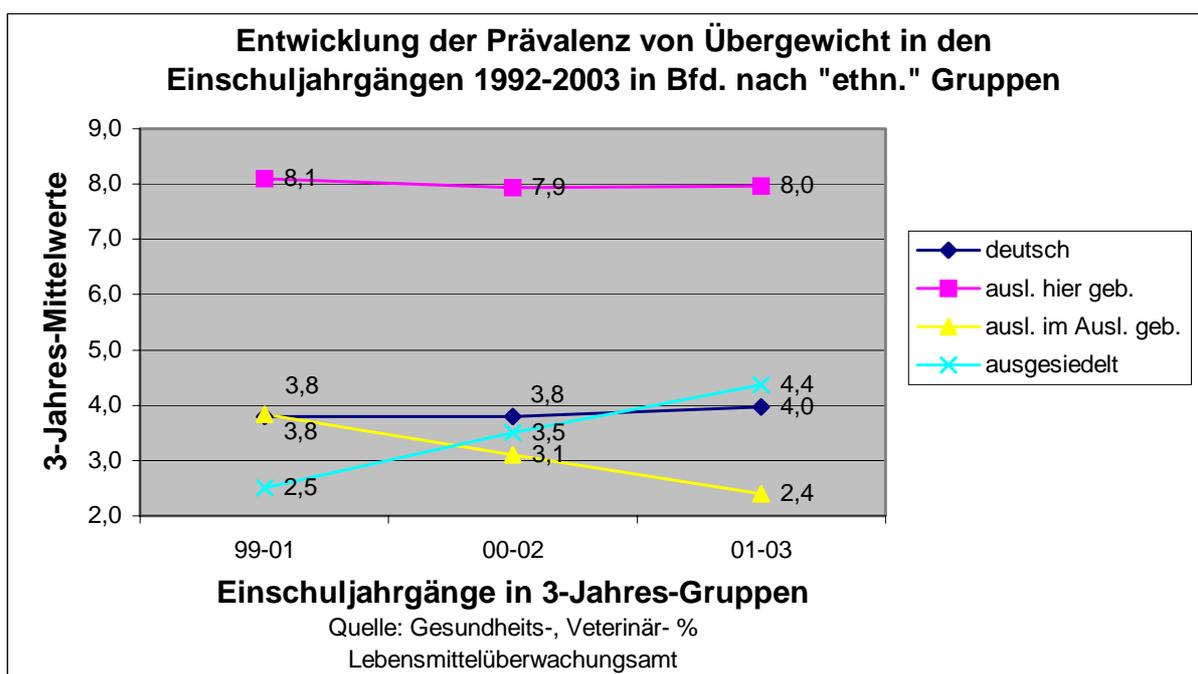
Das Geschlecht zeigt, dass in allen „ethnischen“ Gruppen häufiger Mädchen betroffen sind als Jungen. Der Geschlechtsunterschied ist insbesondere unter den ausgesiedelten (zuletzt 2,4 zu 1,5%) und den im Ausland geborenen Kindern ausländischer Her-

kunft (zuletzt 3,5 zu 1,3%) besonders groß, wobei zu beachten ist, dass für diese Gruppen z.T. sehr kleine absolute Zahlen zugrunde liegen. Phasenweise ist in der Mitte des Betrachtungszeitraums auch die Häufigkeitsrate des Ekzems der hier geborenen Mädchen ausländischer Herkunft deutlich größer als diejenige der Jungen der gleichen Gruppe, zuletzt besteht jedoch nur ein „Geschlechtsunterschied“ von 0,1 %-Punkte (1,8 zu 1,7%), ein Unterschied der zuletzt gleich groß ist unter den deutschen Kindern, die jedoch hinsichtlich der Auftretenswahrscheinlichkeit von Ekzemen über den gesamten Zeitraum häufiger betroffen sind (4,4 zu 4,3%).

2.2.3. Übergewicht und Adipositas

Die Darstellung von Übergewicht und Adipositas (Fettsucht) orientiert sich wie im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht nach den neueren Perzentilen für den Body-Mass-Index im Kindes- und Jugendalter in Deutschland.^{iv} Leider können in Bezug auf die „ethnischen“ Gruppen nur Daten von 1999-2003 dargestellt werden, die derzeit wiederum nicht nach Geschlecht unterschieden werden können.

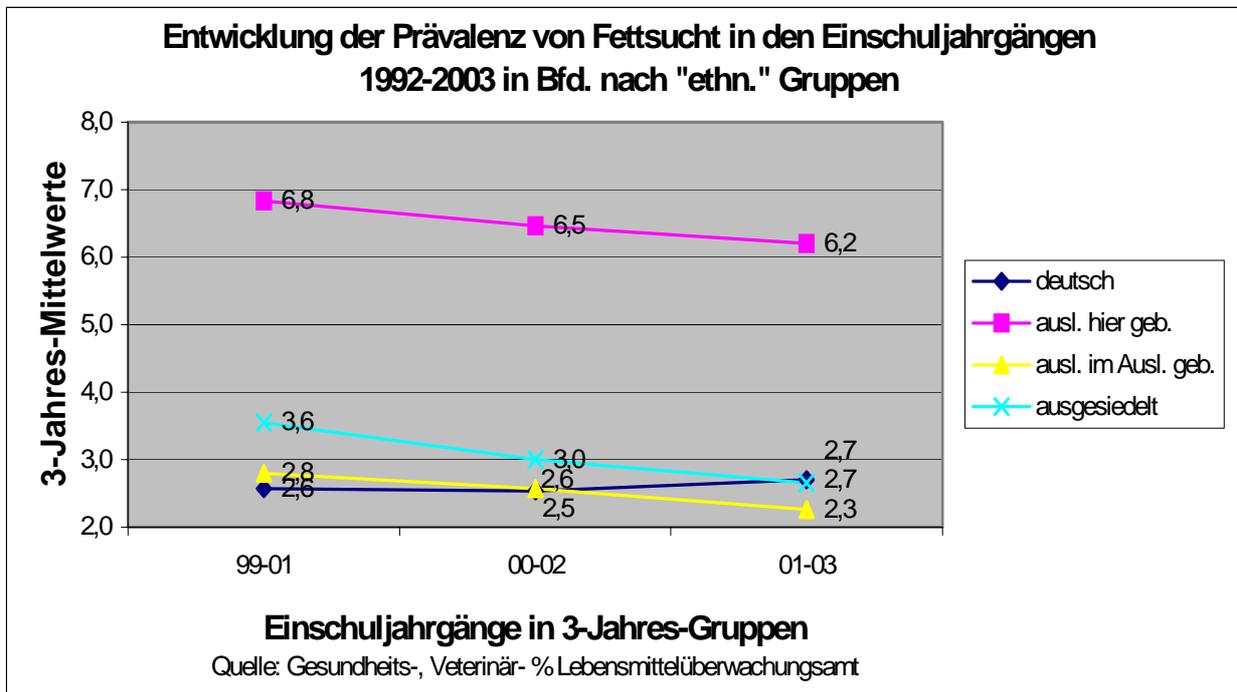
Abbildung 3:



Die Häufigkeitsrate übergewichtiger Kinder vergrößert sich unter den deutschen Kindern von 3,8 auf 4% und unter den ausgesiedelten Kindern von

den hervortretenden gesundheitlichen Problemen im Kindes- und Jugendalter.

Abbildung 4:



2,5 auf 4,4%. (Abbildung 3).

Über den gesamten Zeitraum ist die Häufigkeitsrate der hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft mit Abstand größer (zuletzt 8%) als die Rate unter den deutschen Kindern und sie bleibt in etwa konstant. D.h. hier geborene Kinder ausländischer Herkunft sind zweifach häufiger übergewichtig als deutsche Kinder! Im Ausland geborene Kinder haben hingegen die niedrigsten Häufigkeitsraten des Übergewichts.

Auch hinsichtlich der Fettsucht sind die hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft deutlich häufiger betroffen, d.h. zuletzt 6,2% - wobei sich die Häufigkeitsrate verkleinert im Betrachtungszeitraum - , während es unter den deutschen Kindern nur 2,7% sind (Abbildung 4). Die Häufigkeitsrate der Fettsucht wächst unter den letzteren Kindern geringfügig an.

Übergewicht und Fettsucht gehören zu

2.2.4. Verhaltensauffälligkeiten

Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind an einer Verhaltensauffälligkeit leidet, ist in den vergangenen Jahren kleiner geworden. Gleichwohl ist sie noch immer größer als in der ersten Hälfte der neunziger Jahre. Die Verhaltensauffälligkeiten ebenso wie die nachfolgend dargestellten Auffälligkeiten der Motorik und Koordination gehören zu den hervortretenden Gesundheitsproblemen der Einschülerinnen und Einschüler.^v Es betrifft nach wie vor häufiger Kinder ausländischer Herkunft, die hier geboren sind, dass sie mit diesen Befund bezeichnet werden. Zuletzt sind es 11,1% von ihnen entgegen 8,4% der deutschen Kinder. Die Häufigkeitsrate der ausgesiedelten Kinder entspricht in etwa derjenigen der deutschen Kinder.

Es werden häufiger Jungen befundet, und zwar in allen „ethnischen“ Gruppen. So sind es zuletzt 12,8% der hier

geborenen Jungen ausländischer Herkunft entgegen 9,3% der Mädchen dieser Gruppe. Die letztere Zahl ist kleiner als die Zahl der deutschen Jungen (zuletzt 10,2%), aber größer als die Zahl der Verhaltensauffälligkeiten der deutschen Mädchen (zuletzt 6,5%).

2.2.5. Auffälligkeiten der Motorik und Koordination

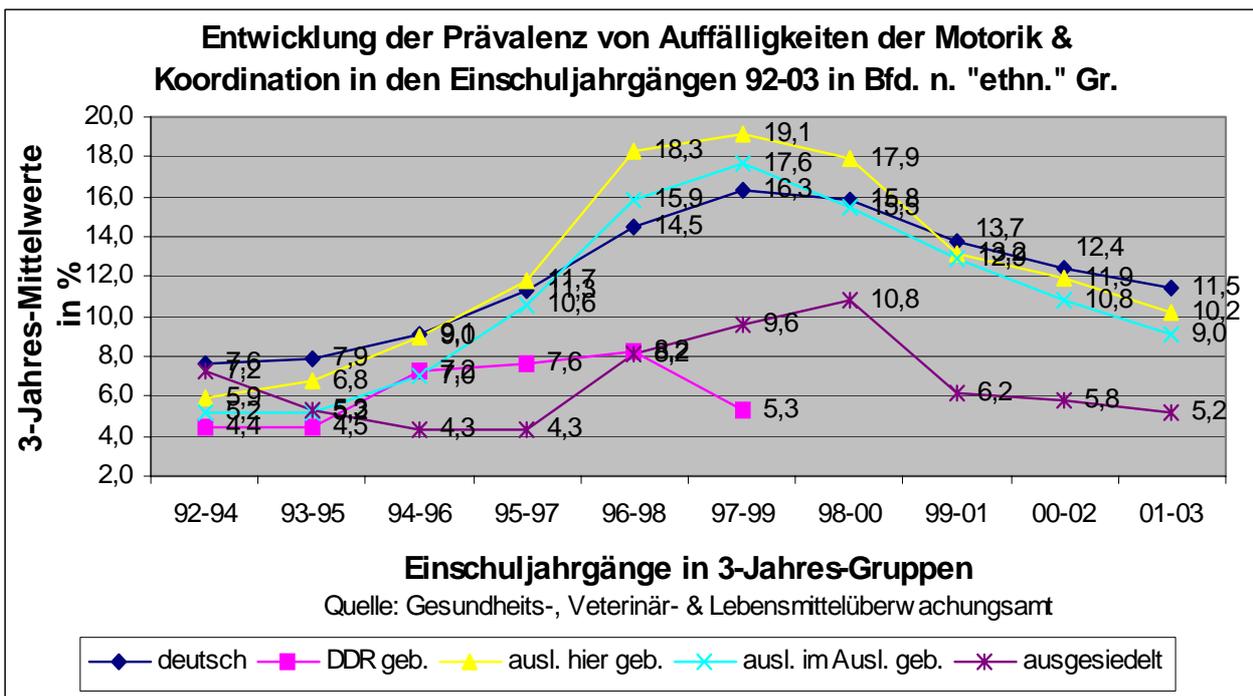
Die Auffälligkeiten der Motorik und Koordination gehen gleichfalls zurück, erreichen aber noch nicht das niedrige Niveau wie zu Beginn der neunziger Jahre. Sind in den Jahren 1996, 1997, 1998 und 2001 statistisch bedeutsam häufiger Kinder ausländischer Herkunft, die hier geboren sind, betroffen, kann eine Umkehrung der Entwicklung seit 2003 festgestellt werden. In diesem Jahr werden statistisch bedeutsam häufiger deutsche Kinder mit diesen Befund bezeichnet, d.h. zuletzt anhand der Drei-Jahres-Mittelwerte 11,5%. Im Vergleich zum Kinder- und Jugendgesundheitsbericht hat hier also eine Veränderung der Häufigkeitsraten der „ethnischen“ Gruppen zueinander stattgefunden (Abbildung 5).

Abbildung 5:

Es sind häufiger Jungen in den verschiedenen Gruppen betroffen. Seit Ende der neunziger Jahre werden am häufigsten unter den deutschen Jungen Auffälligkeiten der Motorik und Koordination festgestellt, d.h. zuletzt 17,2%. Das ist mehr als dreimal so häufig wie im Vergleich zu den deutschen Mädchen (zuletzt 5,6%)! Ein vergleichbares Ergebnis zeigt sich für die hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft (zuletzt 14,6% zu 5,6%). Der Geschlechtsunterschied ist unter den im Ausland geborenen Kindern (13,4 zu 11,8%) und den ausgesiedelten Kindern – letztere haben die kleinsten Häufigkeitsraten (lediglich 6,6% zu 3,3%) - nicht so groß.

2.2.6. Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen

Der Befund Sprach-, Sprech- und Stimmstörung weist im Jahr 2003 einen statistisch bedeutsamen Unterschied in Hinsicht auf die verschiedenen „ethnischen Gruppen“ aus. Es werden zuletzt gehäuft hier geborene Kinder ausländischer Herkunft befundet (11,8%). Ist der Befund seit Mitte der neunziger Jahre unter den deut-



schen Kindern geringfügig rückgängig (zuletzt 11,1%), wächst er unter den hier geborenen Kindern ausländischer Herkunft im Mittel der Jahre 1999/2001 an, so dass inzwischen diese Kinder häufiger als die deutschen und ausgesiedelten Kinder mit Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen befundet werden.

In der Unterscheidung nach Geschlecht zeigt sich jedoch, dass deutsche Jungen am häufigsten befundet werden (zuletzt 14% entgegen 8,1% der deutschen Mädchen). Es folgen die hier geborenen Jungen ausländischer Herkunft (zuletzt 12,5% entgegen 10,9% der Mädchen dieser Gruppe). Seit der Jahrtausendwende ist der Zuwachs der hier geborenen Mädchen ausländischer Herkunft bedeutsam und erklärt auch die Veränderung der Gesamtzahlen.

2.3. Ausgewählte kinderärztliche Maßnahmen

2.3.1. Überweisung Psychologinnen und Psychologen, psychologischer Psychotherapeutinnen und psychologischen Psychotherapeuten

Unter die kinderärztlichen Maßnahmen, die einen auch statistisch bedeutsamen Unterschied zwischen den „ethnischen“ Gruppen erkennen lassen, fällt die Überweisung zu den Psychologinnen und Psychologen, psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Ihre Häufigkeit ist in den vergangenen Jahren in allen Gruppen kontinuierlich angestiegen, was möglicherweise ein Zeichen sowohl entsprechender Gesundheitsprobleme als auch einer stärkeren Öffnung für psychologische Themen sein kann. Darüber hinaus ist auch eine verbesserte Versorgung durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten möglich. Zuletzt zeigt sich, dass diese Empfehlung bei 2,3% der ausgesiedelten Kinder, bei 1,7% der hier geborenen Kinder ausländi-

scher Herkunft und bei 1,6% der deutschen Kinder ausgesprochen wird. In den Jahren 1995, 1996, 1997, 1999, 2002 und 2003 ist der Unterschied zwischen den „ethnischen“ Gruppen statistisch bedeutsam.

In der Unterscheidung nach Geschlecht wird am häufigsten die Überweisung zu einem Psychologen in Bezug auf die hier geborenen Jungen ausländischer Herkunft empfohlen.

2.3.2. Vorschlag Fachberatung

Auch der Vorschlag zur Fachberatung im Rahmen der kinderärztlichen Maßnahmen ist in einigen Jahren statistisch bedeutsam hinsichtlich der „ethnischen“ Unterscheidungen. Die hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft bekommen über den gesamten Betrachtungszeitraum häufiger diese Empfehlung ausgesprochen (bzw. deren Eltern, zuletzt 7,8%), was darauf hin weist, dass die gesundheitliche Versorgung dieser Gruppe aus Sicht des kinder- und jugendärztlichen Dienstes verbesserungsfähig ist. Gleichwohl muss festgestellt werden, dass die Häufigkeit dieses Vorschlages seit 2000 rückgängig ist, wobei noch nicht das niedrige Niveau wie zu Beginn der neunziger Jahre erreicht wird. Es gibt keine bedeutsamen Geschlechtsunterschiede.

2.4. Impfen

Der Anteil der vorgelegten Impfhäfte ist nach einer Zeit, in der er in etwa gleich groß ausgeprägt ist (1998-2001 rd. 87%), in den letzten beiden Jahren größer geworden (rd. 90,5%). Die Anteile der vorgelegten Impfhäfte ist in allen untersuchten „ethnischen“ Gruppen in den Jahren 2002 und 2003 angestiegen – insbesondere unter den ausgesiedelten und den hier geborenen Kindern ausländischer Herkunft - mit Ausnahme der Anteile der im Ausland geborenen Kinder. Die Wahrscheinlichkeit, dass von ihnen Impfhäfte

te in der Schuleingangsuntersuchung vorliegen, verkleinert sich von 57,9% auf 45,3%. Im folgenden kann also über rd. 55% dieser Kinder keine Angabe über ihren Impfstatus gemacht werden. In absoluten Zahlen sind das im Einschuljahrgang 2003 genau 42 Kinder. In Hinsicht auf das Geschlecht gibt es keine bedeutsamen Unterschiede.

2.4.1. Impfen gegen Kinderlähmung (Poliomyelitis)

Die Poliomyelitis- (Kinderlähmungs-) Impfrate von 90% (bezüglich des Totimpfstoffes), die nötig ist, um die Bevölkerung vor Poliomyelitis zu schützen und um den Virus zu eliminieren (WHO-Gesundheitsziel 7.1), wird über den gesamten Betrachtungszeitraum insgesamt erreicht. Sie ist jedoch seit dem Mittel der Jahre 1996/1998 kontinuierlich, aber geringfügig, rückgängig (von 95,8% auf 93,4%). Seit dem Mittel der Jahre 1999/2001 wird die empfohlene Impfrate wieder unter den ausgesiedelten Kindern erreicht. Sie ist jedoch seit dem Mittel der Jahre 1993/1995 unter den Kindern ausländischer Herkunft, die auch im Ausland geboren sind, zu klein. Ihr feststellbarer Durchimpfungsgrad verringert sich sogar in den letzten Jahren deutlich, und zwar von 87,3% im Mittel der Jahre 1998/2000 auf 75,8% im Mittel der Jahre 2001/2003.

2.4.2. Impfen gegen Diphtherie und Tetanus

Ein im Vergleich zum Kinder- und Jugendgesundheitsbericht verändertes Bild zeigt sich bei der Diphtherie-Impfrate. Die erforderliche Impfrate von 80% wird insgesamt über den gesamten Zeitraum mehr als erreicht (rd. 97%). Im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht ist ausgewiesen, dass die nötige Impfrate auch unter den Einschülerinnen und Einschülern in allen „ethnischen“ Gruppen über den gesamten Zeitraum, d.h. bis 1999/2001,

erreicht wird. Seit der Veröffentlichung des Kinder- und Jugendgesundheitsberichts ist jedoch diese Impfrate unter den Kindern ausländischer Herkunft, die auch im Ausland geboren sind, deutlich rückgängig, so dass zuletzt nur noch eine Impfrate von 78% erreicht wird, also eine Größe, die unter dem nötigen Durchimpfungsgrad liegt.

Auch die Tetanus-Impfrate wird insgesamt erreicht, allerdings zeigt die Tetanus-Impfrate der Kinder ausländischer Herkunft, die auch im Ausland geboren sind, eine vergleichbare Verkleinerung wie die Diphtherie-Impfrate im gleichen Zeitraum. Zuletzt liegt sie bei 77,5%, obwohl ein Tetanus-Durchimpfungsgrad von 90% empfohlen wird. In allen anderen „ethnischen“ Gruppen ist sie groß genug.

2.4.3. Impfen gegen Keuchhusten (Pertussis)

Die Gesamtimpfrate gegen Keuchhusten, die 90% betragen sollte, wird nach den neuen Daten in Bielefeld erstmals nahezu erreicht (89,6%)! Während jedoch die Impfrate in den einzelnen Gruppen vergrößert werden kann, ist das nicht bei den ausländischen Kindern, die auch im Ausland geboren sind, der Fall. Seit 2000/2002 geht sie zurück, so dass sie zuletzt im Mittelwert der Jahre 2001/2003 lediglich 57,3% beträgt.

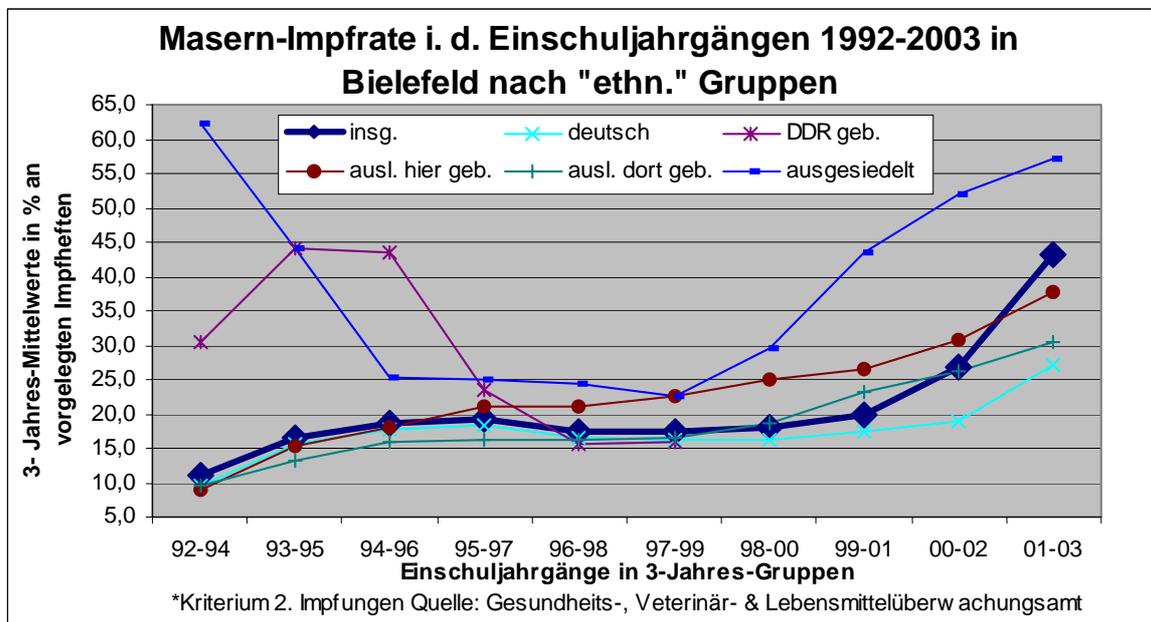
2.4.4. Impfen gegen Masern, Mumps & Röteln

Der Dreifach-Kombinationsimpfstoff gegen Masern-, Mumps- und Röteln wird seit ein paar Jahren im 12. Lebensmonat sowie 1-6 Monate später – also zweifach - den jungen Kindern verabreicht, so dass inzwischen in den Einschuljahrgängen diese Kinder erscheinen und die Impfraten sich deutlich vergrößern. Allerdings werden noch in keiner Gruppe die erforderlichen Impfraten erreicht. Wie im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht aus-

fürlich beschrieben ist, sind die Kinder mit einem Migrationshintergrund in der Regel häufiger gegen Masern, Mumps und Röteln geimpft als die deutschen Kinder.^{vi}

samt vor dieser Erkrankung zu schützen. Sie steigt in den letzten Jahren auch deutlich an, erreicht aber zuletzt erst eine Ausprägung von 30,4%. Seit 1995/1997 liegt die Impfquote der deutschen Kinder immer unter der Gesamtimpfquote und erreicht zuletzt eine

Abbildung 6:



Die Gesamtimpfquote gegen Masern – nach dem Kriterium zwei vorliegende Impfungen - erreicht zuletzt 43,4%. Sie sollte jedoch 92-95% groß sein. Die Impfquote der deutschen Kinder ist über den gesamten Betrachtungszeitraum kleiner als die Gesamtimpfquote und erreicht zuletzt lediglich 27,2%. In den letzten Jahren ist auch die Masern-Impfquote der Kinder ausländischer Herkunft, die in ihrem Herkunftsland geboren sind, kleiner (zuletzt 30,6%).

Größe von 24,5%. Die Röteln-Impfquote der Kinder ausländischer Herkunft, die im Ausland geboren sind, ist über den gesamten Betrachtungszeitraum kleiner als die Gesamtimpfquote und erreicht zuletzt lediglich 22,2%.

Die Gesamtimpfquote gegen Mumps erreicht dem Kriterium von zwei vorliegenden Impfungen entsprechend 32,4%. Sie sollte jedoch 90% betragen. Seit 1994/1996 ist die Impfquote der deutschen Kinder immer kleiner als die Gesamtimpfquote. Seit 2000/2002 liegt auch die Mumps-Impfquote der Kinder ausländischer Herkunft, die im Ausland geboren sind, wieder unter der Gesamtimpfquote (zuletzt 24,6%).

2.5. Früherkennungsuntersuchungen

Der Anteil der insgesamt im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen vorgelegten Früherkennungshefte steigt kontinuierlich von 75,1% auf 84,6% an. Überdurchschnittlich groß ist darunter über den gesamten Zeitraum der Anteil der Früherkennungshefte der deutschen Kinder (zuletzt 90,6%). Zwar unterdurchschnittlich, aber dennoch verhältnismäßig häufig liegen auch die Früherkennungshefte der hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft vor (zuletzt 78,4%). Der Anteil der vorgelegten Früherkennungshefte der ausgesiedelten Kinder hat sich in den vergangenen Jahren deutlich vergrößert und erreicht zuletzt 67,5%. Der Anteil der vorgelegten

Auch die Röteln-Impfquote muss 90% groß sein, um die Bevölkerung insge-

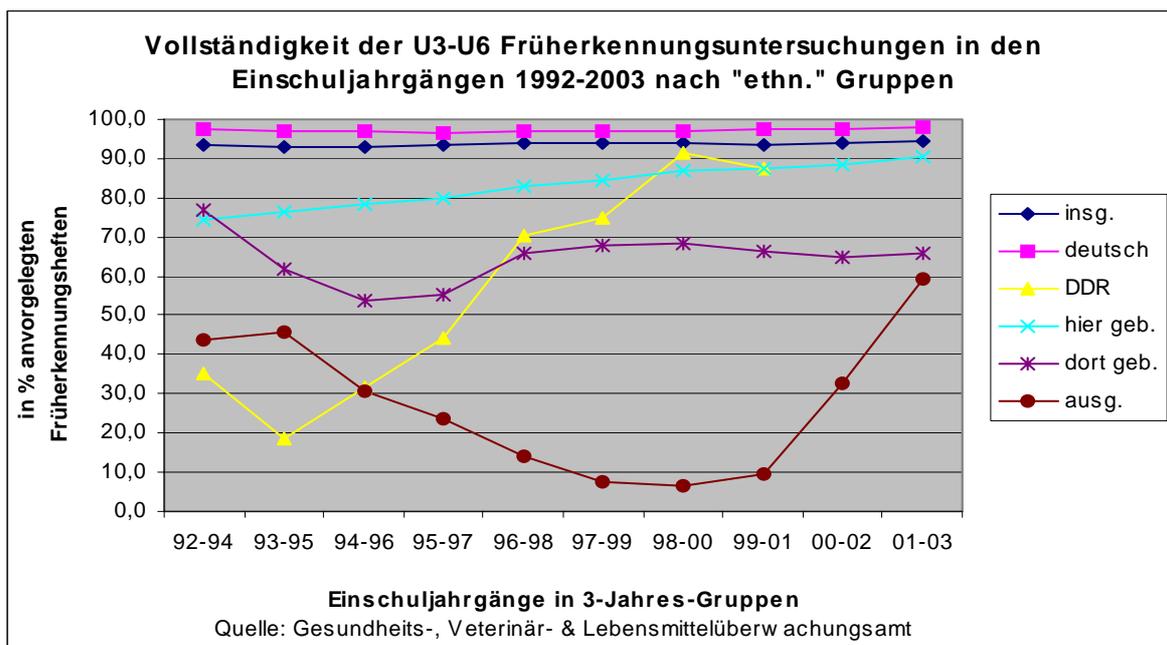
Früherkennungshefte der ausländischen Kinder, die im Ausland geboren sind, ist seit 1999/2001 am kleinsten und seitdem auch rückgängig. Zuletzt liegen nur von 29,4% dieser Kinder Früherkennungshefte vor. In absoluten Zahlen fehlen 2003 von 78 Kindern die Früherkennungshefte entgegen 17, die ein Früherkennungsheft haben. Das Geschlecht als Unterscheidungskriterium ist nicht bedeutsam.

Die Inhalte der einzelnen Früherkennungsuntersuchungen werden im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht beschrieben und an dieser Stelle nicht weiter erläutert.^{vii} Die Untergliederung für die U3-U9 Früherkennungsuntersuchungen folgt der Festlegung des Indikatorensatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, wie sie in der 3. Fassung ausgewiesen ist, allerdings mit dem Unterschied, das 3-Jahres-Mittelwerte mit dem arithmetischen Mittel gebildet werden, um insbesondere bei den kleinen Gruppen zu große Schwankungen der einzelnen Jahrgänge zu harmonisieren.^{viii}

2.5.1. U1-2 Früherkennungsuntersuchungen

Die U1 Früherkennungsuntersuchung wird direkt nach der Geburt und die U2 Früherkennungsuntersuchung zwischen dem 3. und 10. Lebenstag nach der Geburt durchgeführt, d.h. das beide Untersuchungen überwiegend in den Geburtskliniken stattfinden. In Hinsicht auf beide Früherkennungsuntersuchungen wird eine zufriedenstellende Gesamtrate erreicht, denn es werden 96% der Kinder untersucht (von denen ein Früherkennungsheft vorliegt). Die gruppenspezifischen Anteile sind jedoch unter den ausgesiedelten Kindern und den im Ausland geborenen Kindern sehr klein. Es können bei rd. 40% dieser Kinder keine U1 und U2 Früherkennungsuntersuchungen nachgewiesen werden, im Jahr 2003 sind das bzgl. der U1 35 Kinder und bzgl. der U2 36 Kinder (ausgesiedelte und im Ausland geborene Kinder zusammengerechnet). Im Vergleich dazu sind es im gleichen Jahr unter den deutschen Kindern lediglich 26 bzw. 27, die trotz vorgelegten Früherkennungsheft keine U1- bzw. U2-Untersuchung nachgewiesen haben, in relativen Zahlen ausgedrückt jeweils nur rd. 4%.

Abbildung 7:

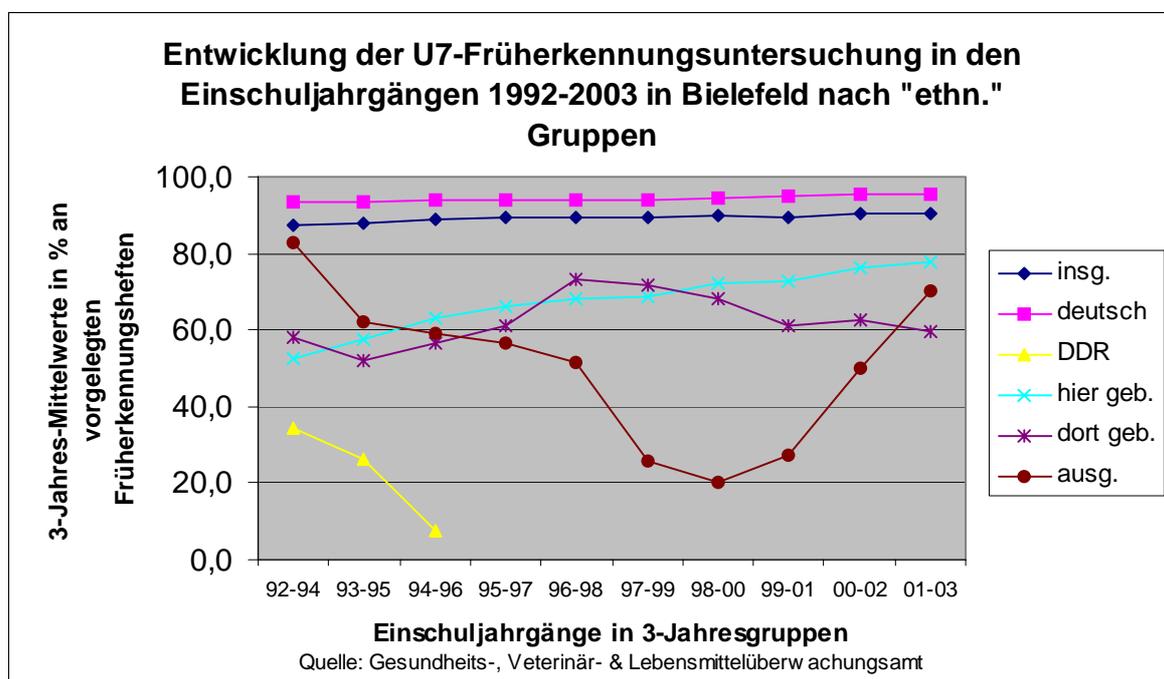


2.5.2. U3-U6 Früherkennungsuntersuchungen

Die U3-U6 Früherkennungsuntersuchungen werden im ersten Lebensjahr in der Regel bei den niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzten durchgeführt. Die feststellbare Gesamtrate vollständiger Untersuchungen schwankt mit nur geringfügigen Abweichungen über die 11 Jahre um die 93,7% und ist damit etwas kleiner als die Gesamtraten der U1- und U2-Früherkennungen (Abbildung 7). Die Rate der vollständigen Früherkennungsuntersuchungen U3-U6 unter den deutschen Kindern ist konstant größer, die der Kinder ausländischer Herkunft, die hier geboren sind, ist zwar kontinuierlich von 74,6% auf 90,2% angewachsen, ist aber nach wie vor kleiner als die Gesamtrate. Auffällig sind die niedrigeren Raten der im Ausland geborenen und der ausgesiedelten Kinder. Beträgt sie in den letzten 3 Jahresräumen in etwa konstant 65,6%

Die Vollständigkeit der U7-Früherkennung wird in den 11 Jahren des Betrachtungszeitraums insgesamt mit zwei kurzfristigen und unbedeutenden Rückgängen relativ kontinuierlich größer (von 87,6% auf 90,5%), ist über den gesamten Zeitraum unter den deutschen Kindern größer als die Gesamtrate und vergrößert sich durchweg unter den Kindern ausländischer Herkunft, die hier geboren sind, deutlich von 52,6% auf 78%, was jedoch noch Werte sind, die mit erheblichen Abstand unter der Gesamtrate liegen (Abbildung 8). D.h., dass 22% der hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft in ihren Früherkennungsheften die U7 nicht nachgewiesen haben, das sind im Jahr 2003 genau 128 Kinder. Im Vergleich dazu sind es 98 deutsche Kinder, bei denen die U7 nicht dokumentiert ist.

Abbildung 8:



unter den ersteren Kindern, ist sie zuletzt unter den letzteren Kindern zwar deutlich, aber nur auf 59,3% angewachsen.

2.5.3. U7 Früherkennungsuntersuchung

Deutlich rückgängig ist nach einem Höhepunkt in der Mitte der neunziger Jahre die Vollständigkeitsrate der im Ausland geborenen Kinder (zuletzt 59,7%, in absoluten Zahlen sind es jedoch nur 8 Kinder ohne U7-Untersuchung). Die Rate der ausge-

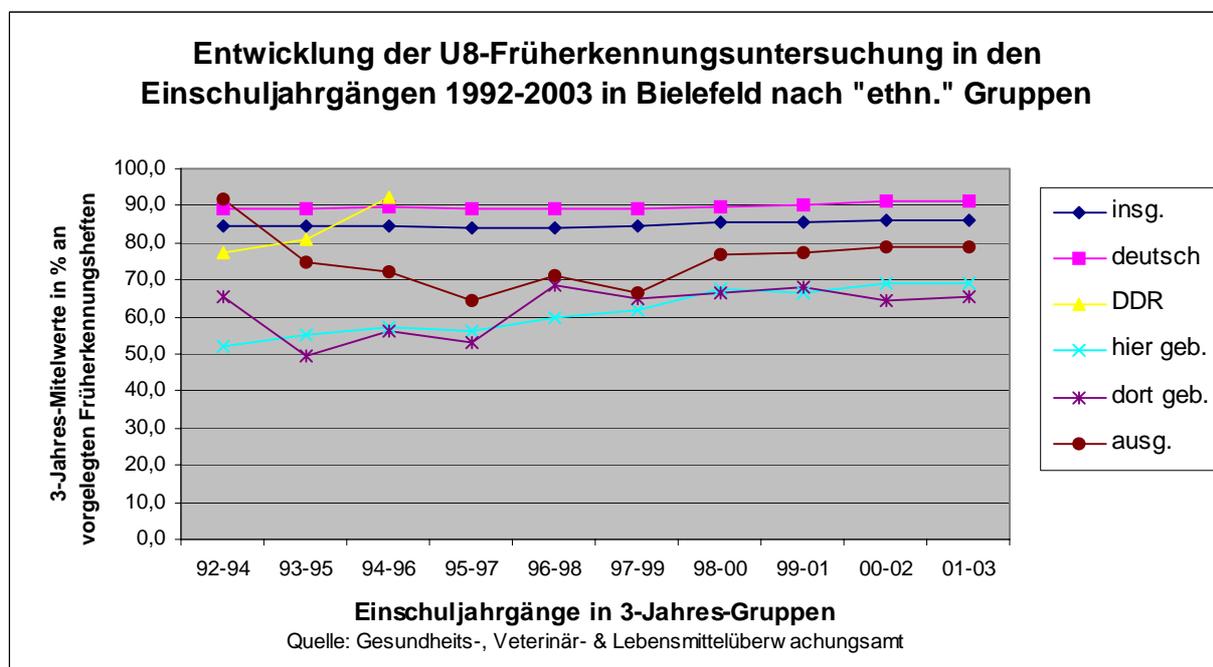
siedelten Kinder nimmt in den letzten Jahren deutlich zu, ist aber nach wie vor kleiner als diejenige der hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft (zuletzt 70,3%.) In absoluten Zahlen fehlt bei 36 ausgesiedelten Kindern im Einschuljahrgang 2003 die U7.

2.5.4. U8 Früherkennungsuntersuchung

Die U8-Vollständigkeit wird im Trend gesehen größer, allerdings unerheblich und mit häufigeren Verkleinerungen im Zeitraum. Zuletzt beträgt sie 85,9% und ist damit kleiner als die Gesamraten der vorgenannten Früherken-

Sie stagniert in den letzten Jahren bei 65,5%. Im Jahr 2003 fehlt sie bei 5 Kindern. Im Unterschied zu den vorgenannten Früherkennungsuntersuchungen zeigen die Daten, dass die ausgesiedelten Kinder eine deutlich größere Vollständigkeitsrate in Bezug auf die U8 haben. Sie ist durchgängig größer als die der hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft, steigt in den letzten Jahren an und erreicht zuletzt 79,1%. Im Jahr 2003 haben 40 von 239 ausgesiedelten Kinder keine U8.

Abbildung 9:



nungsuntersuchungen. Die Vollständigkeit der U8 ist unter den deutschen Kindern immer am größten und nimmt seit Mitte der zweiten Jahrzehnhälfte in den neunziger Jahren unbeträchtlich zu (zuletzt 91,4%). Die Rate der hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft ist deutlich kleiner, wächst jedoch – gleichwohl auch mit zwischenzeitlichen Rückgängen – an, so dass zuletzt ein Wert von 69,3% erreicht wird. Im Jahr 2003 haben 213 von ihnen keine U8 (entgegen 169 deutsche Kinder, die keine U8 haben). Die Vollständigkeit der U8 ist am geringsten unter den im Ausland geborenen Kindern.

2.5.5. U9 Früherkennungsuntersuchung

Die U9-Vollständigkeit breitet sich unter den einzuschulenden Kinder deutlich aus, und zwar von 60,6% auf 81,8% in den letzten 11 Einschuljahrgängen und dennoch ist sie am kleinsten im Vergleich zu allen anderen Früherkennungsuntersuchungen. Insgesamt haben 540 Kinder im Jahr 2003 keine U9-Früherkennungsuntersuchung. Das liegt zum Teil daran, dass die Schuleingangsuntersuchung bei einem Teil der Kinder bereits vor der U9-Früherkennung stattfindet. Wie

viele das sind, ist unbekannt. Die deutschen Kinder haben nicht immer die größte Vollständigkeit dieser Untersuchung, ihre Rate wächst aber kontinuierlich und deutlich von 63,8% auf 86,2% an. Die ausgesiedelten Kinder haben im Vergleich zur U1-U7 eine ausgesprochen große Vollständigkeitsrate, die jedoch seit der Jahrtausendwende rückgängig ist, aber trotzdem noch über der Gesamtrate liegt (83,3%). Am kleinsten sind die Raten der Kinder ausländischer Herkunft, sowohl unter den hier (zuletzt 68,1%) als auch unter den im Ausland geborenen (zuletzt 62,7%).

2.6. Handlungsempfehlungen

Zu 2.1. Definition, Erfassung und Anteile von Kindern mit Migrationshintergrund

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

Die Reihenuntersuchungen des kinder- und jugendärztlichen Dienstes sollten die Kinder und – insofern datenschutzrechtlich zulässig – deren Eltern nach Geburtsland erfassen. Das Iögd NRW ist federführend an der Neufassung der Systematik der Schuleingangsuntersuchungen beteiligt. Es sollte geprüft werden, ob die Erfahrungen, die mit der Begleitstudie gesammelt werden konnten, Eingang in die neue Systematik finden können.

Zeit: Kurzfristig

Zuständig: Gesundheitsberichterstattung der Stadt Bielefeld

Betrifft: kein Gesundheitsziel

Zu 2.2.1. Heuschnupfen und 2.2.2. Ekzem

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

In Bezug auf Heuschnupfen und vorrangiger in Bezug auf das Ekzem sollte geprüft werden, ob Prävention und Versorgung der betroffenen Kinder in Bielefeld ausreichend ist. Zielgruppe sind deutsche Kinder. Eine sozialräumliche Spezifizierung der Befundhäufigkeiten sollte erfolgen (vgl. auch entsprechende Handlungsempfehlung im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht^{ix}).

Zeitlich: mittelfristig

Zuständig: Kommunale Gesundheitskonferenz und Gesundheitsberichterstattung

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 2.2.3. Übergewicht und Adipositas

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

Voraussichtlich im 1. Quartal 2005 werden die Evaluationsergebnisse des Adipositas-Präventions-Projektes der Kommunalen Gesundheitskonferenz, welches eine Umsetzung des Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes ist, vorliegen. Auf dieser Grundlage sollte geprüft werden, ob eine Fortführung in anderen Stadtteilen anzustreben ist. Dabei ist besonderes Augenmerk darauf zu legen, ob die hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft angesprochen werden. Vernetzungen mit ähnlichen Projekten im Stadtgebiet sollten zwecks Erfahrungsaustausch fortgeführt werden.

Zeitlich: mittelfristig

Zuständig: AG Adipositasprävention

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 2.2.4. Verhaltensauffälligkeiten

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

Die Arbeit in der AG ADHS der Kommunalen Gesundheitskonferenz gilt es fortzuführen. Die Ergebnisse des ADHS-Screenings im Rahmen der testweise wieder eingeführten Reihenuntersuchungen in Tageseinrichtungen für Kinder sind zu bewerten.

Zeitlich: Kurzfristig

Zuständig: AG ADHS der KGK und Gesundheitsberichterstattung

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 2.2.5. Auffälligkeiten der Motorik und Koordination

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

Im Rahmen der Reihenuntersuchungen in den Tageseinrichtungen für Kinder ist ein Konzept zu entwickeln, das die sehr jungen, auffälligen Kinder nicht nur identifiziert, sondern ihnen zugleich auch ein Förderangebot anbietet. Die Wirksamkeit eines solchen Angebots kann durch die Schuleingangsuntersuchungen 2-3 Jahre später überprüft werden. Erfassungsgrundlage sollte in den Schuleingangsuntersuchungen das SENS-Modul sein. Eine Übertragbarkeit dieses Screenings auf die Reihenuntersuchungen in den Tageseinrichtungen für Kinder ist zu prüfen.

Zeitlich: Kurz- mittelfristig

Zuständig: Kinder- und jugendärztlicher Dienst, Jugendhilfeplanung, Gesundheitsberichterstattung

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 2.2.6. Sprach- Sprech- und Stimmstörungen

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

Es gilt nach wie vor die Handlungsempfehlung aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsbericht: es sollte dieser Befund und die Versorgung entsprechend belasteter Kinder nach den – im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht – ausgewiesenen Sozialräumen und den häufiger betroffenen Kindern, d.h. den hier geborenen Kindern ausländischer Herkunft, eingehend bewertet werden.

Zeitlich: Mittelfristig

Zuständig: Kommunale Gesundheitskonferenz

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Gesundheitsförderung und Prävention

2.3.2. Vorschlag zur Fachberatung

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

Es ist zu beobachten, ob Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren des MiMi-Projektes in Bezug auf das Thema Kindergesundheit eingesetzt werden können, so dass der Beratungsbedarf für Fachberatungen zurückgeht und bereits im Vorfeld eine größere Gesundheitsaufklärung unter Eltern ausländischer Herkunft stattfinden kann.

Zeitlich: Mittelfristig

Zuständig: AG Migration und Gesundheit der KGK

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 2.4. Impfen

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

Die geplante Impfkampagne Masern-, Mumps- und Röteln im Rahmen der Umsetzung des Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes sollte kultursensibel ausgerichtet sein (größere Impflücken werden unter deutschen Kindern und im Ausland geborenen Kindern identifiziert). Darüber hinaus ist zu fragen, wie die Keuchhusten-Impfrate unter den Kindern ausländischer Herkunft gesteigert werden kann. Die geringen Impfraten gegen Kinderlähmung, Diphtherie und Wundstarrkrampf unter den im Ausland geborenen Kindern sind ebenfalls zu erhöhen.

Zeitlich: kurzfristig

Zuständig: Gesundheitsberichterstattung

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 2.5. Früherkennung

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

Es sollten durch weitere statistische Auswertungen geklärt werden, welche Zusammenhänge zwischen dem Anstieg bestimmter Befunde und dem Fehlen bestimmter Früherkennungsuntersuchungen möglicherweise existieren.

Zeitlich: Mittelfristig

Zuständig: Gesundheitsberichterstattung

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

ⁱ Stadt Bielefeld (2002): Bielefelder Gesundheitsberichterstattung. Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, S. 23 ff.

ⁱⁱ Statistische Bedeutsamkeit nach Chi-Quadrat. Vgl. Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, S.79. Das Adjektiv „ethnisch“ wird im Text hervorgehoben, da es sich nach unserem Dafürhalten nicht um ethnische Gruppen handelt. Kinder, die im Ausland geboren sind, sind vermutlich eine andere Gruppe als die Kinder, die hier geboren sind, aber deren Eltern oder Großeltern ausländischer Herkunft sind. Das ist mit hoher Wahrscheinlichkeit zutreffend, aber hinter diesen können sich wiederum eine ganze Menge verschiedener Gruppen verbergen.

ⁱⁱⁱ Es werden Drei-Jahres-Werte mit dem arithmetischen Mittel gebildet, um große Schwankungen zwischen einzelnen Einschuljahrgängen bei den selten auftretenden Ereignissen zu harmonisieren.

^{iv} Perzentile sind die prozentualen Werte von Häufigkeitsverteilungen, Andreß, Hans-Jürgen.

^v Vgl. Stadt Bielefeld (2002): Bielefelder Gesundheitsberichterstattung. Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, S. 39-40. Hier ist auch die Definition der Verhaltensauffälligkeiten erläutert.

^{vi} Stadt Bielefeld (2002): Bielefelder Gesundheitsberichterstattung. Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, S. 69 ff.

^{vii} Stadt Bielefeld (2002): Bielefelder Gesundheitsberichterstattung. Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, S. 76 ff.

^{viii} Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (ALOG, 2003): Indikatorenkatalog für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, Band 2: Themenfelder 6-11, S. 494 ff, Indikator (K) 7.5.

^{ix} Stadt Bielefeld (2002): Bielefelder Gesundheitsberichterstattung. Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, S. 43-44.

3. Gesundheitliche Lage der Migrantinnen und Migranten - Ergebnisse einer Befragung von Eltern von Schulanfängerinnen und Schulanfängernⁱ

Dr. Bernhard Baune, Prof. Alexander Krämer und Dr. Hajo Zeeb, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Zusammenfassung

In der Universitätsstudie liegt das Hauptaugenmerk auf der Einschätzung der gesundheitlichen und sozialen Lage von Migrantinnen und Migranten im Vergleich zu Deutschen in Bielefeld am Beispiel von Eltern, die an der Schulingangsuntersuchung in Bielefeld teilgenommen haben. Damit ist die Generalisierbarkeit der Untersuchungsergebnisse auf die Migrantinnenbevölkerung insgesamt eingeschränkt, da überwiegend Mütter im mittleren Alter befragt worden sind. Es ist aber zu bedenken, dass ein Großteil der in Deutschland lebenden erwachsenen Migranten unter 60 Jahre alt ist.

Durch die gewählte Definition des Migrationsstatus, d.h. die Zugrundelegung des Geburtslandes, wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die rechtliche Definition von Nichtdeutschen nach Pass, d.h. nach Staatsangehörigkeit, für eine differenzierte Betrachtung von ethnischen Gruppen unzureichend ist. Aussiedlerinnen und Aussiedler aus der ehemaligen UdSSR sind mit der gewählten Definition klar unterscheidbar und bereits eingebürgerte Migrantinnen und Migranten sind auch zu erkennen.

Wie die Ergebnisse zeigen, beschreiben sowohl die Deutschen als auch die Migrantinnen bzw. Migranten ihren Gesundheitszustand als gut, wobei ärztlich festgestellte körperliche bzw. psychische Erkrankungen häufiger von

den Deutschen berichtet werden. Insgesamt nehmen die deutschen Teilnehmerinnen und Teilnehmer häufiger Medikamente zu sich, insbesondere ist die Einnahme der homöopathischen Präparate höher unter den Deutschen. Die medizinischen Versorgungs- und Vorsorgeuntersuchungen werden von den Migrantinnen und Migranten im Vergleich zu den Deutschen deutlich seltener wahrgenommen. Es wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass „Krankheitsfälle“ Familieneheimnisse bleiben und das Befürchtungen existieren, dass „unberechenbare Folgen“ durch die Ausländerbehörden eintreten könnten. In der Migrationsgruppe gibt es zudem Hinweise darauf, dass Informationsdefizite zu gesundheitlich-medizinischen Themen vorliegen (vgl. dazu 5.3.).

Die Beziehung zwischen gesundheitlichem Status von Eltern und Kindern sowie bedeutsame Einflussfaktoren für kindliche gesundheitliche Probleme müssen weiter untersucht werden. Unsere Ergebnisse deuten auch darauf hin, dass zwischen Kindern aus Haushalten von Migrantinnen bzw. Migranten und von Deutschen keine deutlichen Unterschiede in Hinsicht auf die Schuleingangsuntersuchung bestehen. Geringe Unterschiede bestanden in der Häufigkeitsrate von gesundheitlichen Störungen (Übergewicht, Asthma).

Die Untersuchungsergebnisse legen den Schluss nahe, dass der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand unter Migrantinnen bzw. Migranten und Deutschen in der untersuchten Gruppe in etwa gleich gut ist. Das Ergebnis, dass Deutsche häufiger ärztlich festgestellte körperliche oder psychische Erkrankungen berichteten, lässt einigen Interpretationsspielraum offen. Beispielsweise ist die geringere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen eine mögliche Erklärung dafür.

Andererseits wirft dieses Ergebnis die Frage nach objektiven Parametern des Gesundheitszustandes der Befragten auf, die in der Studie nicht erhoben wurden.

3.1. Datenerhebung und Studien- gruppe

Die Datenbasis für diese Studie ist eine Befragungsstudie, die in Bielefelder Grundschulen von Februar bis März 2002 durchgeführt wurde. Es wurden Begleitpersonen (Eltern) von Schulkindern, deren Einschulung im Jahr 2002 vorgesehen war und vom Gesundheitsamt zur schulärztlichen Untersuchung eingeladen wurden, befragt. Die Studiengruppe umfasste alle Eltern bzw. Begleitpersonen von Schulanfängerinnen und Schulanfängern, die an der routinemäßigen Einschulungsuntersuchung 2002 an einer von 12 ausgewählten Grundschulen teilnahmen.

Da eine Zufallsauswahl der Schulen aufgrund praktischer Erwägungen nicht sinnvoll ist, wurden für die Studie einzelne Schulen ausgewählt, so dass insgesamt für alle teilnehmenden Schulen ein Ausländer- / Aussiedleranteil von etwa 20% sowie ein mittleres soziales Niveau des Einzugsgebietes dieser Schulen zu erwarten war. Die Einschätzung des sozialen Niveaus erfolgte annähernd durch einen Sozialindex, der im städtischen Armuts- und Sozialbericht errechnet worden ist.ⁱⁱ

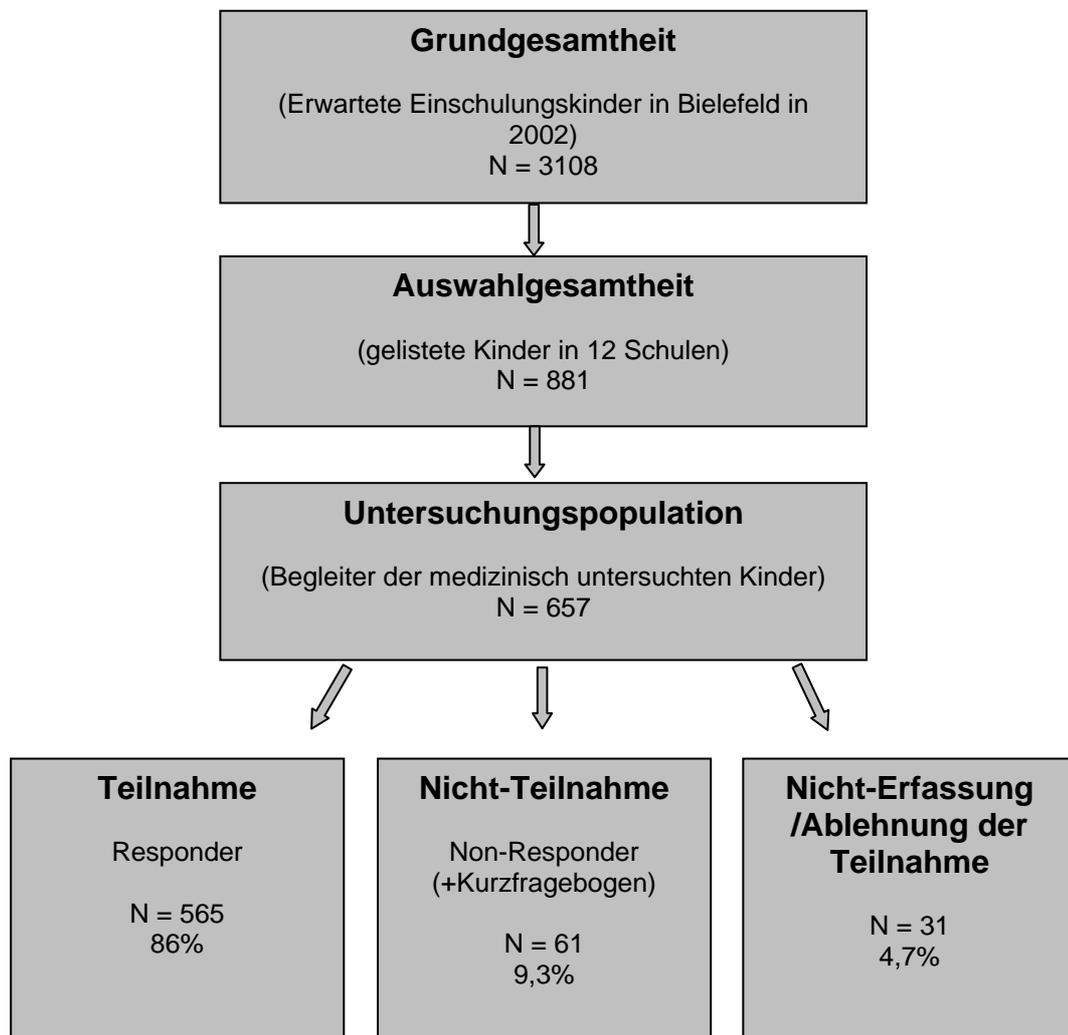
Die Daten wurden mittels eines Fragebogens (Zeitdauer max. 20 min) erhoben, d.h. die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie füllten den Fragebogen in einem persönlichen Interview vor Ort und mit Hilfe von geschulten Interviewerinnen und Interviewern aus. Der Fragebogen lag in

den Sprachen Deutsch, Russisch und Türkisch vor.

An der Studie nahmen insgesamt 626 Begleitpersonen der Einschulungskinder teil, den Hauptfragebogen haben 565 Personen ausgefüllt, davon 276 (48,8%) Migrantinnen und Migranten unterschiedlicher ethnischer Herkunft und 289 (51,2%) Deutsche (Abbildung 1). Als Deutsche ohne andersartigen ethnischen Hintergrund wurden in dieser Studie alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer klassifiziert, die, wie auch bereits ihre Eltern, in Deutschland geboren worden waren. Alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden als Migrantinnen bzw. Migranten, d.h. Personen mit eigener Migration oder Migration bzw. andersartigem kulturellen Hintergrund der Eltern, definiert. Die Nationalität nach der bekannten rechtlichen Definition spielt bei dieser Einteilung keine Rolle. Personen, die nicht an der Hauptbefragung teilnehmen wollten bzw. konnten, wurden gebeten, einen Kurzfragebogen (Non-Responder-Bogen) mit Angaben zu Alter, Geschlecht, Herkunftsland und zu Gründen für die Nichtteilnahme auszufüllen.

Für einen Großteil der Kinder der Befragten konnten zudem die Ergebnisse der medizinischen Schuleingangsuntersuchung ausgewertet werden. Diese Daten wurden über eine Referenznummer den Daten aus der Befragung zugeordnet, so dass den Interviewangaben des Elternteils die medizinischen Daten aus der schulärztlichen Untersuchung des Kindes beigelegt wurden. Hierdurch wird ein Überblick über Zusammenhänge zwischen Gesundheit und gesundheitsrelevanten Faktoren von Eltern und Kindern im Sinne einer Familiendiagnose gewonnen.

Abbildung 10: Stichprobe und Teilnahme an der Befragung



Die meisten befragten Migrantinnen und Migranten mit einem nichtdeutschen, ethnischen Hintergrund stammen aus der Türkei (32%), Polen (knapp 13%), Russland (über 11%), Kasachstan (10%) und Deutschland (9,5%; Eltern migriert) (Abbildung 11). Seit ihrer Geburt leben in Deutschland 9,5% der Migrantinnen und Migranten. Fast die Hälfte dieser Befragten sind Aussiedlerinnen bzw. Aussiedler (44%).

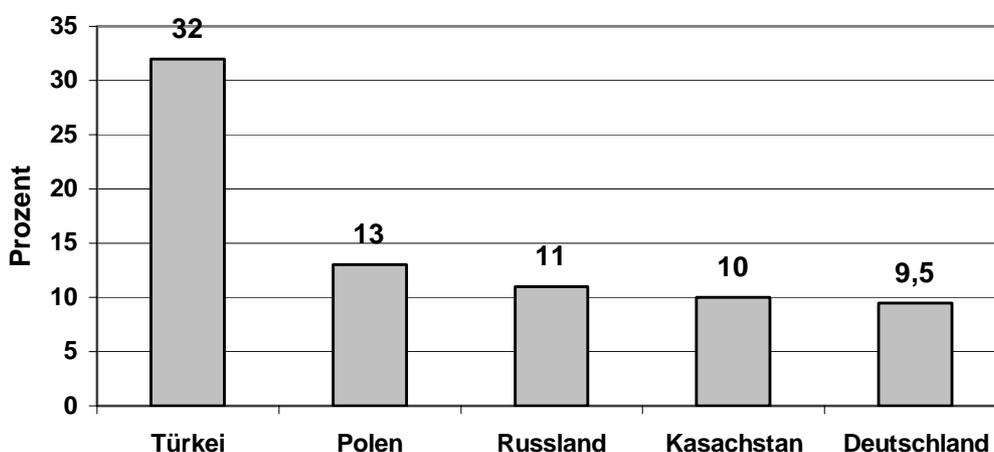
3.2. Ergebnisse der Befragungsstudie

3.2.2. Haushalts- und Familienstrukturen

Die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie sind verheiratet (knapp 89% der Migrantinnen und Migranten und etwa 80% der Deutschen). Etwa 12% der Deutschen und nur knapp 3% der Migranten sind ledig. Mit ihrem Partner leben knapp 90% der Migrantinnen und Migranten und 82% der befragten Deutschen.

Sowohl die Migranten als auch die Deutschen hatten am häufigsten zwei Kinder (über 43% der Migranten und knapp 50% der Deutsche) oder ein Kind (19% der Migranten und über 24% der Deutschen). Die Familiengröße mit 4 bis 8 Kindern kommt häufiger bei den Migranten als den Deutschen vor.

Abbildung 11: Ethnischer Hintergrund der Migranten, Hauptherkunftsländer *



* 25,5 % verteilt auf ca. 30 weitere Länder

Bei den Migrantinnen und Migranten handelt es sich bei über 70% um die Mütter, die ihr Kind zu der Einschulungsuntersuchung begleiten. Mehr als 25% der Kinder werden vom Vater begleitet. Bei den Deutschen sind 87% der Befragten Mütter und 10% Väter. Nur in Einzelfällen wurden Kinder von Großeltern, Geschwistern oder anderen Personen begleitet.

3.2.3. Ausbildung und Erwerbstätigkeit

Das Bildungsniveau der Migrantinnen und Migranten ist im Vergleich zu den Deutschen niedriger. Die meisten Migrantinnen und Migranten verfügen entweder über einen Volks- oder Hauptschulabschluss (ca. 39%) oder haben Mittlere Reife/Abschluss poly-

technische OS (ca. 30%). Nur 1,5% der Migrantinnen und Migranten haben einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss. Die meisten Migrantinnen und Migranten (über 62%) haben ihre Ausbildung in ihrem Heimatland abgeschlossen.

Die Mehrheit (ca. 73%) der Deutschen hat entweder Mittlere Reife/Abschluss polytechnische OS (ca. 40%) oder Abitur (33%). Über 7% der deutschen Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss. Im Gegensatz zu

den Migrantinnen und Migranten geben nur ca. 16% der befragten Deutschen einen Volksschul- oder Hauptschulabschluss an.

Unterschiede zwischen den Migrantinnen bzw. Migranten und Deutschen zeigen sich ebenfalls in der Berufsausbildung. Über eine berufliche Ausbildung verfügen 39% der Migrantinnen und Migranten und knapp 60% der Deutschen. Keine Berufsausbildung haben über 40% der Migrantinnen und Migranten und nur 9,4% der Deutschen.

Der größte Anteil (20,5%) der Migrantinnen und Migranten ist vollzeitbeschäftigt, über 17% haben eine Teilzeitbeschäftigung und 17,6% sind nicht

erwerbstätig. Die meisten Deutschen (etwa 37%) sind teilzeiterwerbstätig, nur 14% gehen einer Vollzeitbeschäftigung nach, was auf den hohen Anteil an nicht vollzeiterwerbstätigen Müttern unter den befragten Deutschen zurückzuführen sein dürfte (s. Tab. 1). Die Arbeitslosenquote liegt mit 8% bei den Migrantinnen bzw. Migranten höher als bei den Deutschen (3,1%), ähnlich wie die Sozialhilfeempfängerquote (über 9% vs. 3%). Unter den befragten Migrantinnen sind mehr Hausfrauen

(knapp 5%) als unter den Deutschen (1%) vertreten.

3.2.4. Soziale Lage

Gemäß einem aus Schulbildung und beruflicher Tätigkeit gebildeten Sozialindex sind die Migrantinnen und Migranten überwiegend einer niedrigen Sozialschicht zuzuordnen (48,3% gegenüber 18,2% bei Deutschen). Deutsche sind stärker in der mittleren und hohen Sozialschicht vertreten.

Tabelle1 Studiengruppe

		Migranten		Deutsche	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	Frauen	200	72,5	258	89,3
	Männer	76	27,5	31	10,7
	Gesamt	276	100	289	100
Alter (Mittel)		36 Jahre		38 Jahre	
Sozialindex	Niedrig	128	48,3	51	18,2
	Mittel	102	38,5	135	48,2
	Hoch	35	13,2	94	33,6

3.2.5. Gesundheitsverhalten „Rauchen“

Es gibt keine erkennbaren Unterschiede im Anteil der Raucherinnen und Raucher zwischen der Migrationsgruppe und den Deutschen. Es rauchen etwa 40% sowohl der Migrantinnen und Migranten als auch der Deutschen.

schen den deutschen Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie und den Migrantinnen und Migranten. Sowohl die Deutschen (93,4%) als auch die Migrationsgruppe (89,9%) bezeichnen ihren Gesundheitszustand überwiegend als gut, sehr gut oder ausgezeichnet.

3.2.6. Gesundheitszustand und Medikamentengebrauch

In der subjektiven Beurteilung ihres Gesundheitszustandes zeigen sich keine bedeutenden Unterschiede zwi

Jedoch wird bei den Deutschen häufiger als bei den Migrantinnen und Migranten eine körperliche oder psychische Erkrankung von einem Arzt festgestellt: 28,1% der Deutschen und 18,5% der Migrantinnen bzw. Migranten litten in den letzten 6 Monaten an

einer körperlichen Erkrankung und 5,6% der Deutschen und 2,9% der Migranten an einer psychischen Erkrankung.

liche Unterschiede lassen sich bei der Einnahme von homöopathischen und alternativen Präparaten feststellen.

Tabelle 3 Erkrankungen in den letzten 6 Monaten

	Migranten		Deutsche	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Erkrankung insgesamt	57	11	91	17
Körperliche Erkrankung	50	18,5	78	28,1
Psychische Erkrankung	7	2,9	13	5,6

Die Einschränkung im Beruf oder zu Hause durch eine Erkrankung ist dementsprechend in den letzten 6 Monaten bei den Deutschen höher als bei den Migrantinnen und Migranten.

Über 13% der Deutschen und nur knapp 2% der Migrantinnen und Migranten nahmen in den letzten 6 Monaten solche Präparate ein.

Die Frage nach einer Erkrankung durch Hepatitis haben deutlich mehr Migrantinnen und Migranten als Deutsche positiv beantwortet (4,4% vs. 1,4%). An einer Hepatitis B sind in der Vergangenheit acht Migrantinnen und Migranten (2,9%) und nur so wenige deutsche Befragte erkrankt gewesen, dass sie laut Datenschutz nicht dargestellt werden.

3.3. Erste Ergebnisse einer Familiendiagnose - gemeinsame Auswertung der Daten aus Befragung und Schuleingangsuntersuchung

Eine Zusammenführung mit Daten der Schuleingangsuntersuchung gelang für 549 Fälle, in den übrigen 16 Fällen lagen entweder falsche Identifikationsnummern oder doppelte Datensätze vor. Eine

Tabelle 4 Hepatitis

	Migranten (n=276)		Deutsche (n=289)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Hepatitis gesamt	12	4,4	4	1,4
Typ A	4	1,5	-	-
Typ B	8	2,9	-	-
Typ C	0	0	-	-
weiß nicht	12	4,4	6	2,2

Darüber hinaus zeigt sich eine höhere Medikamenteneinnahme bei den deutschen Teilnehmerinnen und Teilnehmern im Vergleich zu den Migrantinnen und Migranten: 47,5% der Deutschen und 39,5% der Migrantinnen und Migranten haben in den letzten 6 Monaten Medikamente eingenommen. Deut-

erste Auswahl von Auswertungen wird hinsichtlich der Erkrankungen des allergischen Formenkreis, des Übergewichts und bezüglich der schulärztlichen Maßnahmen „Vorschlag Fachberatung“ und „Überweisungen zur Psychologin“ durchgeführt (Tabelle 5-7).

Tabelle 5

Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand der Eltern und der Kinder: Allergie, Asthma, Ekzem, bronchitisches Syndrom

	Ges.-Zustand Eltern Migranten				Ges.-Zustand Eltern Deutsche			
	gut bis ausgezeichnet		weniger gut bis schlecht		gut bis ausgezeichnet		weniger gut bis schlecht	
Allergie nein	222	82,2%	27	10,0%	248	88,9%	19	6,8%
Allergie ja	20	7,4%	-	-	12	4,3%	0	0%
Gesamt	242	89,6%	28	10,4%	260	93,2%	19	6,8%

Tabelle 6

Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand der Eltern und der Kinder: Bedarf an Fachberatung und Überweisung zum Psychologen

	Ges.-Zustand Eltern Migranten				Ges.-Zustand Eltern Deutsche			
	gut bis ausgezeichnet		weniger gut bis schlecht		gut bis ausgezeichnet		weniger gut bis schlecht	
Maßnahme nein	222	82,2%	26	9,6%	236	84,6%	16	5,7%
Maßnahme ja	20	7,4%	-	-	24	8,6%	3	1,1%
Gesamt	242	89,6%	28	10,4%	260	93,2%	19	6,8%

Tabelle 7

Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand der Eltern und der Kindern: Übergewicht

	Ges.-Zustand Eltern Migranten				Ges.-Zustand Eltern Deutsche			
	gut bis ausgezeichnet		weniger gut bis schlecht		gut bis ausgezeichnet		weniger gut bis schlecht	
Übergewicht nein	224	83%	27	10,0%	245	87,8%	18	6,5%
Übergewicht ja	18	6,6%	-	-	15	5,4%	-	0,3%
Gesamt	242	89,6%	28	10,4%	260	93,2%	19	6,8%

Insgesamt zeigen sich keine Zusammenhänge zwischen den tabellierten Variablen. Die Häufigkeitsrate des Übergewichts bei Kindern aus Migrantenhaushalten liegt bei 7% gegenüber 5,7% bei Kindern deutscher Eltern. Ebenso werden allergische Zustände etwas häufiger bei Kindern aus Migrantenhaushalten festgestellt, ohne dass eine Abhängigkeit vom Gesund-

heitszustand des begleitenden Elternteils festzustellen.

3.4. Handlungsempfehlungen

Zu 3.2.6. Gesundheitszustand und Medikamentengebrauch

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

Das häufigere Auftreten von körperlichen und psychischen Erkrankungen in der Nicht-Migrationsgruppe im Vergleich zur Migrationsgruppe ist erklärungsbedürftig. Es wird empfohlen, dieses Ergebnis in einem Expertinnen- und Expertengespräch dahin zu diskutieren, ob es im Zusammenhang steht mit einer schlechteren Versorgung der Migrantinnen und Migranten oder ob eine bessere Gesundheit unter Migrantinnen und Migranten tatsächlich vorausgesetzt werden kann. Darin könnte sich ein Potenzial für Gesundheitsförderung befinden. In diesem Zusammenhang sollte auch der entsprechend unterschiedliche Medikamentengebrauch diskutiert werden.

Darüber hinaus wird empfohlen, in einer weiteren wissenschaftlichen Studie Klarheit über den körperlichen und psychischen Gesundheitszustand beider Gruppen im Vergleich zu ermitteln. Dabei sollten auch Parameter berücksichtigt werden, die durch ärztliche Untersuchungen erfasst werden.

Zeitlich: mittelfristig

Zuständig: noch ungeklärt

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung und Bielefelder Gesundheitsziel Gesundheitliche Chancengleichheit

Zu 3.3. Gemeinsame Auswertung der Daten aus Befragung und Schuleingangsuntersuchung

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

Es ist dies eine vorläufige Auswertung. In einer differenzierteren Auswertung sollten die nach Kinder- und Jugendgesundheitsbericht statistisch bedeutsamen Befunde in Hinsicht auf die migrierten und nicht-migrierten Kinder mit den Daten der Befragung unter den Begleitpersonen der einzuschulenden Kinder ausgewertet werden. Im Einzelnen ist das die:

- Prävalenz der Verhaltensauffälligkeiten
- Prävalenz der Auffälligkeiten der Motorik & Koordination
- Prävalenz der Haltungsschwäche
- Prävalenz der Fettsucht nach neueren Perzentilen
- Polio-, Keuchhusten-, Masern-, Mumps- und Rötelnimpfrate

Zeitlich: mittelfristig

Zuständig: Gesundheitsberichterstattung und Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Betrifft: kein Gesundheitsziel

ⁱ Vgl. Zeeb, H., Baune, B. T., Vollmer, W., Cremer, D., Krämer, A. (2004): Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten – ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung, in: Das Gesundheitswesen 2004; 66: 76-84, Stuttgart.

ⁱⁱ Stadt Bielefeld (2001): Armuts- und Sozialbericht der Stadt Bielefeld, S. 188 ff.

4. Gesundheitliche Versorgung der Migrantinnen und Migranten aus der Sicht der Beschäftigten im Bielefelder Gesundheitswesen

Zusammenfassung

Der nachfolgenden Darstellung liegt eine Erhebung unter den Beschäftigten im ambulanten, stationären, psychiatrischen, Selbsthilfe- und ÖGD-Sektor zugrunde. Die Größe des stationären Sektors und der unterschiedliche Stellenwert des Selbsthilfe-Sektors sowie des Öffentlichen Gesundheitsdienstes erforderten eine andere Stichprobenziehung. Diese Ergebnisse sind mit den Ergebnissen zu den anderen Sektoren nicht vergleichbar. Darüber hinaus ist der Rücklauf im Teilsektor der niedergelassenen Ärzteschaft gering, so dass die Aussagekraft dieser Daten eingeschränkt ist.

Migrantinnen und Migranten werden nach Geburtsland definiert, nicht nach Staatsangehörigkeit.

Das Bielefelder Gesundheitswesen wird aus Sicht der Beschäftigten Ende April 2003 zu 15% von Migrantinnen und Migranten in Anspruch genommen. Darunter sind es etwas mehr Frauen (15,8%). Ausgesprochen selten treten Migrantinnen und Migranten bei den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Erscheinung (6,2%), dagegen überdurchschnittlich häufig bei der niedergelassenen Ärzteschaft (20,5%) und in den Krankenhäusern (18,2%). Am häufigsten sind die Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten in der Türkei geboren, am zweit häufigsten in Deutschland.

In Hinsicht auf die eingeschätzten Wissens- und Informationsdefizite bzgl. der Organisation des Gesundheitssystems, der Früherkennungsuntersuchungen, Darstellung in der Anamnese und Compliance zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen der Migrations- und der Nicht-Migrationsgruppe aus Sicht der Be-

schäftigten. Besonders die Compliance und die Darstellung in der Anamnese werden als problematisch betrachtet.

Die Verständigungsschwierigkeiten – ein zentraler Aspekt in der Literatur – werden hinsichtlich Sprache und Kultur abgefragt. Es zeigt sich, dass die sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten sehr deutlich in der Migrationsgruppe gesehen werden, insbesondere in den Krankenhäusern (36,8%) und der niedergelassenen Ärzteschaft. Sie werden jedoch gleich groß eingeschätzt wie die kulturellen Verständigungsschwierigkeiten, mit Ausnahme der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Für sie sind die kulturellen Verständigungsschwierigkeiten bedeutsamer.

Um die genannten Schwierigkeiten zu lösen, wird am häufigsten versucht, jemanden zu finden, der dolmetschen kann. Dies muss kein professioneller Dolmetscherdienst sein, sondern kann auch die Kollegin oder der Kollege im Krankenhaus sein. Insgesamt wird der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern lediglich zufriedenstellend eingeschätzt, gleichwohl betreffen die häufigsten Nennungen auf die offene Frage, was verbessert werden kann in der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten Fragen der Sprache und Übersetzung.

Faktisch kooperieren die Akteurinnen und Akteure nur wenig bei der Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Die Kooperation findet zudem überwiegend im gleichen Teilsektor statt. Teilsektoren übergreifend wird sehr selten kooperiert. Die häufigsten, faktischen Kooperationspartnerinnen und -partner sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte untereinander.

Am häufigsten gewünscht wird die Kooperation mit den Selbsthilfegruppen. Angesichts der wenigen Selbsthilfegruppen für Migrantinnen und Migranten die

in Bielefeld existieren, ist es schwierig diesen Wunsch umzusetzen.

Migrationssensible Einrichtungen im Bielefelder Gesundheitswesen sind anhand des Indikators Beschäftigte mit Migrationshintergrund nicht in angemessener Größe vorhanden. Ihr Anteil beträgt lediglich rd. 9% und entspricht damit weder dem Bevölkerungsanteil nach Staatsangehörigkeit (12,1%) noch dem geschätzten Anteil von Patientinnen und Patienten ausländischer Herkunft.

Insofern die Einrichtungen migrations-sensibel sind, sind sie es tendenziell auch eher gegenüber Migrantinnen und Migranten aus Osteuropa. Die Anteile der Beschäftigten aus Russland, Polen und Kasachstan sind im Vergleich zum Anteil der Beschäftigten aus der Türkei häufig größer. Auch werden entsprechend häufiger diese Sprachen gesprochen.

4.1 Problemstellung und methodische Vorgehensweise

Die Betrachtung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung gehört zu den zentralen Aufgaben der kommunalen Gesundheitsberichterstattung, weil vor Ort spezifische Versorgungsdefizite unmittelbar in Erscheinung treten. Die Versorgungsforschung im engeren Sinne - als wissenschaftliche Disziplin - ist jedoch ein junger Zweig der bundesdeutschen Gesundheitsforschung, so dass für die praxisorientierte Gesundheitsberichterstattung nicht auf einen Kanon von Grundlagen und Ergebnissen zurückgegriffen werden kann.¹ Dem Anteil der Bevölkerung ausländischer Herkunft entsprechend, gibt es darüber hinaus bisher nur wenige Betrachtungen über die gesundheitliche Versorgungslage von Migrantinnen und Migranten im speziellen. Dabei erscheinen die folgenden Versorgungsprobleme wiederholt in der gleichwohl im Wachsen begriffenen Literatur über Migration und Gesundheit, oh-

ne dass Lösungsmöglichkeiten den gleichen Platz in den Veröffentlichungen bisher einnehmen würden.ⁱⁱ

- Kommunikationsprobleme hinsichtlich Sprache; Unterschiedlichkeit von Krankheitskonzepten; kulturspezifische Missverständnisse; Unterschiedlichkeit im Krankheitsäußern und Unterschiedlichkeit im Krankheitserleben (z.T. ein besonderes Problem im sozialpsychiatrischen Bereich).
- Erhöhte Müttersterblichkeit, erhöhte Säuglingssterblichkeit, geringe Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen im Schwangerschafts- & Geburtszyklus von ausländischen Frauen
- Defizitäre Vorsorge bei Kindern und Jugendlichen ausländischer Herkunft hinsichtlich Oralhygiene, erhöhte Kariesprävalenz, Probleme bei der Früherkennung von Behinderungen und Entwicklungsstörungen, Defizite im Impfstatus, Symptome und Auffälligkeiten bei Einschulungs- und Schulentlassuntersuchungen
- Probleme des Alterns von Migrantinnen und Migranten

Die AG Migration und Gesundheit der KGK hat auf dieser Informationsgrundlage Entscheidungen getroffen, welche Teilsektoren des Bielefelder Gesundheitswesens betrachtet werden und einen entsprechenden Fragebogen sowie eine entsprechende Vorgehensweise entwickelt (der Fragebogen befindet sich im Anhang).

Der Fragebogen umfasst die folgenden Fragenbereiche:

- Angaben zur jeweiligen Einrichtung bzw. zum jeweiligen Teilsektor des Bielefelder Gesundheitswesens (gesprochene Fremdsprachen, Personal mit Migrationshintergrund)

- Einschätzung über den Anteil der Migrantinnen und Migranten unter den Patientinnen und Patienten
- Information, Aufklärung und Beratung von und für Migrantinnen und Migranten
- Sprachliche und kulturelle Verständigungs- und Behandlungsschwierigkeiten
- Lösungsmöglichkeiten
- Zusammenarbeit mit anderen Anbieterinnen und Anbietern des Gesundheitswesens bzgl. der Versorgung von Migrantinnen und Migranten (Stichwort: Integrierte Versorgung)

Die Befragung konzentriert sich somit auf die wichtigsten Teilsektoren des Bielefelder Gesundheitswesens: die ambulante Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die stationäre Versorgung durch die Bielefelder Krankenhäuser. Gleichwohl wurde auch die Bedeutung der im Dritten Sektor tätigen Nichtregierungsorganisationen und Selbsthilfegruppen für die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten hoch eingeschätzt, da sie in der Lage sind Lücken in der Regelversorgung abzudecken. Die psychiatrische Versorgung wird berücksichtigt, weil die Inanspruchnahme dieses Sektors durch Migrantinnen und Migranten als besonders gering eingeschätzt wird und hier vielfach Grenzen der bisherigen Behandlungskonzepte in Erscheinung treten. Nicht zuletzt wurde der Öffentliche Gesundheitsdienst berücksichtigt, weil eine seiner Aufgaben besonders in der Hinwendung zu sozial benachteiligten Gruppen besteht und zu diesen ein großer Teil der Migrantinnen und Migranten gerechnet werden muss.

Die Grundgesamtheit umfasst somit 4.808 Beschäftigte in 8 Teilsektoren im

Bielefelder Gesundheitswesen, die sich wie in Tabelle 8 dargestellt, verteilen.

Für den ambulanten Sektor, d.h. für die Teilsektoren der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Zahnärztinnen und Zahnärzte und Ärztinnen und Ärzte, wird eine Totalerhebung durchgeführt, weil nur so sicherzustellen ist, dass eine postalische Befragung auch genügend Antworten erzeugt. Ebenso wird bzgl. der Befragung des ÖGD vorgegangen.

Für den Bereich der stationären Versorgung kann dies nicht geschehen, weil es die Ressourcen nicht erlauben – weder seitens der Stadtverwaltung angesichts der zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen, noch seitens der Krankenhäuser was die zeitlichen Ressourcen des dort beschäftigten Personals betrifft. Stattdessen wird für den stationären Sektor pragmatisch eine „geschichtete“ Stichprobe gezogen, d.h. es werden pro Klinik in den Bielefelder Krankenhäusern zwei identische Fragebögen verschickt, mit der Bitte, dass diese 1 mal vom ärztlichen und 1 mal vom pflegerischen Personal ausgefüllt werden. Die gleiche Vorgehensweise wurde für die Tageskliniken gewählt.ⁱⁱⁱ

Auch der dritte Sektor, d.h. die Selbsthilfegruppen, Nichtregierungsorganisationen etc., wird nicht in seiner Gesamtheit befragt. In den 256 Selbsthilfegruppen in Bielefeld sind nach Einschätzung der Bielefelder Kontakt- und Informationsstelle kaum Migrantinnen und Migranten vertreten. Es gibt jedoch explizit eine Selbsthilfegruppe für türkische Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind. Befragt werden somit nur die weiteren für die gesundheitliche Versorgung relevanten Bielefelder Nichtregierungsorganisationen. Dabei ist nach dem Schneeballverfahren vorgegangen worden.

Die Befragung fand im Juni 2003 auf dem Postweg statt.

- Der ambulante Sektor wurde mit einem gemeinsamen Anschreiben des Vorsitzenden der KGK und des jeweiligen Berufsgruppenvertreters (KVWL und KZVWL) plus der Sprecherin des Arbeitskreises Interkulturelle Frauenberatung überwiegend direkt angeschrieben. Von letzterem wurde in die Post ein zusätzlicher Fragebogen für die Neuauflage einer Broschüre über mehrsprachige Praxen von psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie Ärztinnen und Ärzten beigelegt. Ein großer Teil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wurde zwecks Kostenersparnis über die Laborpost der AG OWL-Ärzte angeschrieben (ca. 370).
- Der stationäre Sektor wurde über die Hauspost der Krankenhäuser mit gemeinsamen Anschreiben des Vorsitzenden der KGK und des jeweiligen
- Der dritte Sektor wurde direkt per Post mit einem Anschreiben des Vorsitzenden der KGK angeschrieben.
- Der ÖGD wurde mit dem Anschreiben des Vorsitzenden der Kommunalen Gesundheitskonferenz über die Verwaltungspost angeschrieben. Es wird nur abteilungsweise ein Fragebogen verschickt.

Der Rücklauf im Teilsektor der Zahnärzteschaft (16%) und bei den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (31,1%) kann als repräsentativ gewertet werden.¹ Im Teilsektor der niedergelassenen Ärzteschaft beträgt die Rücklaufquote jedoch nur 13,7%, so dass die Daten zurückhaltend interpretiert werden müssen. Dies wird auf Schwierigkeiten mit der Rücksendung über die

Tabelle 8 Grundgesamtheit, Stichprobe und Rücklauf

EKTOR	TEILSEKTOR	GRUNDGESAMTHEIT	STICHPROBE	RÜCKLAUF ANZAHL	RÜCKLAUF IN %
Ambulante Versorgung	Ärztinnen & Ärzte**	576	576	78	13,5
	Zahnärztinnen & Zahnärzte	219	219	35	16,0
	Notfallpraxis	4	4	0	0,0
	Psychologische Psychotherapeutinnen & -therapeuten	132	132	41****	31,1
Stationäre Versorgung*	Krankenhäuser insg.	3621	106	53	50,0***
	darunter Ärztinnen & Ärzte	749	53	29	54,7***
	darunter Pflegepersonal	2872	53	23	43,4***
Psychiatrische Versorgung*	Tageskliniken	Unbekannt	10	4	40,0***
Selbsthilfe/NRO*		256	8	3	37,5***
ÖGD*	Abteilungen	8	8	5	62,5***

*Andere Stichprobenziehung. **Eingeschränkte Aussagekraft. ***Anteile an Stichprobe. Quelle: Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt. ****Darunter 5 Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

Geschäftsführers erreicht, d.h. es wurden 53 Kliniken, wie z.B. die Orthopädie, in den 4 Bielefelder Krankenhäusern angeschrieben. Genau so wurde in Hinsicht auf die Tageskliniken verfahren.

Laborpost zurückgeführt.

Die andere Art der Stichprobenziehung im stationären Sektor – inkl. Tageskliniken - ist bei Auswertung und Interpretation zu berücksichtigen. Die Zahlen sind nicht mit den Zahlen in den vorgenannten Sektoren vergleichbar. In den Krankenhäusern wird eine Rücklaufquote in der geschichteten Stichprobe von 50% erreicht, in den Tageskliniken von 40%. Die

außerdem in der nachfolgenden Darstellung zu beachtende andere Stichprobenziehung beträgt unter den Nichtregierungsorganisationen 37,5% und im ÖGD 62,2%.

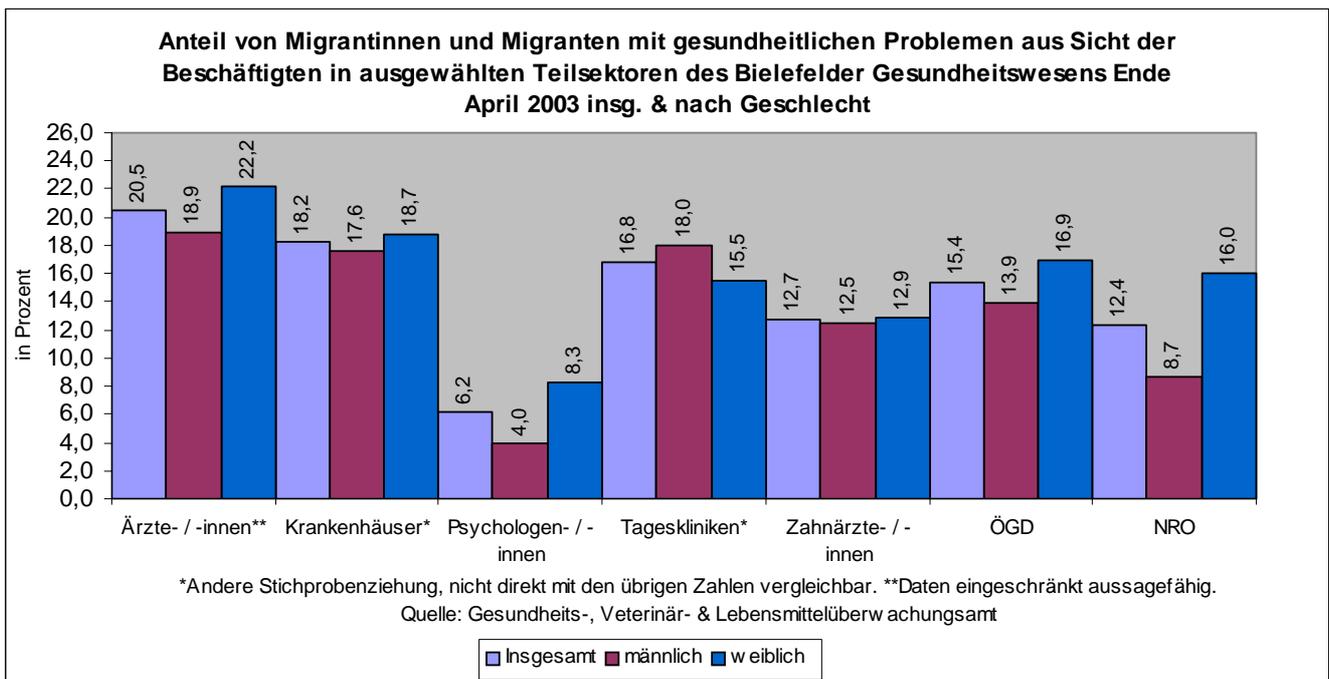
In absoluten Zahlen liegen sehr wenige Fragebögen von den Beschäftigten in den Tageskliniken, in den Nichtregierungsorganisationen und im Öffentlichen Gesundheitsdienst vor, so dass diese Zahlen sehr zurückhaltend zu interpretieren sind.

Die der Befragung zugrundegelegte Definition von Migration bezeichnet Personen, die entweder nicht in Deutschland geboren sind oder deren Eltern nicht in Deutschland geboren sind. D.h. das Ge-

4.2. Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Migrantinnen und Migranten

Insgesamt wird der Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem Migrationshintergrund auf 15% geschätzt (Abbildung 12). Er ist damit größer als der nach Staatsangehörigkeit ausgewiesene Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner ausländischer Herkunft Ende 2001 laut Bevölkerungsstatistik (12,1%). Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte schätzen dabei den Anteil der Migrantinnen und Migranten am größten ein (20,5%), die Beschäftigten in den Krankenhäusern am zweitgrößten (18,2%).

Abbildung 12:



burtsland liegt als Kriterium für Migration zugrunde. Das hat gegenüber der sonst üblichen Definition nach Staatsangehörigkeit den entscheidenden Vorteil, dass im Ausland Geborene aber inzwischen mit deutscher Staatsangehörigkeit Eingebürgerte ebenso als Migrantinnen und Migranten berücksichtigt werden als auch die sog. zweite Einwanderergeneration.

Im ÖGD liegt die Einschätzung im Durchschnitt, im Teilsektor der niedergelassenen, psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist sie am kleinsten – nur 6,2% der Klientinnen und Klienten werden als Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund betrachtet.

Das Geschlecht als Unterscheidungskriterium zeigt, dass mehr Frauen (15,8%) als Männer (14,2%) mit Migrationshintergrund insgesamt wahrgenommen werden. Dieses Verteilungsmuster wiederholt sich in unterschiedlicher Größenordnung in den einzelnen Teilsektoren – z. B. nur 4% Männer (vs. 8,3% Frauen) mit Migrationshintergrund als Klienten der niedergelassenen, psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder 22,2% der Frauen mit Migrationshintergrund als Patientinnen bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (vs. 18,9% Männer) – mit Ausnahme des Teilsektors der Zahnärzteschaft, in dem die Geschlechter in etwa gleich verteilt sind (12,5-12,7%), und des Teilsektors der Tageskliniken.

In der Unterscheidung nach Geburtsland werden am häufigsten Patientinnen und Patienten, die in der Türkei geboren sind, wahrgenommen (10,4%). Am zweithäufigsten sind Patientinnen und Patienten mit einem Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren sind (7,1%), d.h. Patientinnen und Patienten der zweiten Einwanderergeneration, in der Wahrnehmung der Beschäftigten im Bielefelder Gesundheitswesen vertreten. Es folgen Patientinnen und Patienten aus Russland (5,3%), Kasachstan (3,6%) und Polen (3,5%). Diese Verteilung ist ähnlich bzw. mit größeren Anteilsangaben ausgeprägt in den Teilsektoren der niedergelassenen Ärzteschaft und in den Krankenhäusern vorhanden. Davon unterscheidet sich die Zuordnung der Klientinnen und Klienten bei den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Den größten - im Vergleich zu den anderen Teilsektoren jedoch zweitgeringsten Anteil - stellen die Klientinnen und Klienten der zweiten Einwanderergeneration, d.h. die in Deutschland Geborenen (5,5%), gefolgt von Klientinnen und Klienten aus Polen, Russland und sonstigen Ländern. Nur 2,7% von ihnen sind in der Türkei geboren. Die Zahnärzteschaft weist ebenfalls als größten Anteil der Patientin-

nen und Patienten in Deutschland Geborene aus (15,6%).

4.3. Informations- und Wissensdefizite aus Sicht der Beschäftigten

4.3.1. Organisation des Gesundheitssystems

Insgesamt zeigt sich, dass Informationsdefizite bzgl. der Organisation des Gesundheitswesens aus Sicht der Beschäftigten am häufigsten bei den Migrantinnen und Migranten auftreten, und zwar zu 39,9% in den Kategorien „häufig bis sehr häufig.“ (Tabelle 9). In der Gruppe ohne Migrationserfahrung sind dies lediglich 15,4%, also weniger als die Hälfte der Vergleichsgruppe. Folglich treten Wissens- und Informationsdefizite hinsichtlich der Organisation des Gesundheitswesens am zweit häufigsten „selten bis nie“ bei der Klienten- bzw. Patientengruppe ohne Migrationserfahrung auf, und zwar zu 33,5%. Bereits diese Zahl spricht jedoch nicht für die Transparenz des Gesundheitswesens, denn umgekehrt haben zwei Drittel dieser Gruppe aus Sicht der Beschäftigten Wissens- und Informationsdefizite und das obwohl sie hier geboren sind und immer hier gelebt haben.

Besonders in der Zahnärzteschaft, in den Krankenhäusern, in den Tageskliniken und in der niedergelassenen Ärzteschaft ist der Anteil der Migrantinnen und Migranten mit lückenhaften Wissen bzgl. der Organisation des Gesundheitswesens in der Ausprägung „häufig bis sehr häufig“ überdurchschnittlich groß. Lediglich die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schätzen diesen Anteil mit 19,4% und damit am geringsten ein. Diese und die Beschäftigten in den Tageskliniken schätzen den Anteil der ansässigen Bevölkerung mit häufigen bis sehr häufigen Informationsdefiziten als sehr gering ein.

Tabelle 9 Einschätzung über Wissens- & Informationsdefizite hinsichtlich der Organisation des Gesundheitswesens bei Migranten & Nicht-Migranten 2003 in Bielefeld

	ÄRZTE- INNEN**	-KRANKEN- HÄUSER*	PSYCHO- THERAPEU- TEN / -INNEN	TAGES- KLINIKEN*	ZAHNÄRZTE- / -INNEN	ÖGD*	INSG.
bzgl. Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund							
Nie	8,1	2,0	5,6	0,0	8,0	20,0	7,3
Selten	13,5	6,0	25,0	0,0	8,0	0,0	8,8
Ab und zu	20,3	14,0	33,3	50,0	44,0	20,0	30,3
Häufig	35,1	30,0	13,9	50,0	24,0	20,0	28,8
Sehr häufig	10,8	22,0	5,6	0,0	8,0	20,0	11,1
Weiß nicht	12,2	26,0	16,7	0,0	8,0	20,0	13,8
bzgl. Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund							
Nie	3,9	0,0	0,0	0,0	3,8	20,0	4,6
Selten	28,9	24,0	36,8	25,0	38,5	20,0	28,9
Ab und zu	36,8	32,0	47,4	75,0	42,3	20,0	42,3
Häufig	22,4	32,0	5,3	0,0	11,5	20,0	15,2
Sehr häufig	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Weiß nicht	6,6	12,0	10,5	0,0	3,8	20,0	8,8

*Andere Stichprobenziehung. **Eingeschränkte Aussagekraft. Quelle: Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt.

4.3.2. Früherkennungsuntersuchungen

Das Gesamtbild gestaltet sich hinsichtlich der Informationsdefizite bei den Früherkennungsuntersuchungen anders als hinsichtlich der Informationsdefizite bei der Organisation des Gesundheitssystems.

Die Gruppe ohne Migrationshintergrund ist die Gruppe, die am häufigsten mit „nie bis selten“ in Hinsicht auf dieses fehlende Wissen bewertet wird (37,5%, Tabelle 10). In der Migrationsgruppe gestaltet

Tabelle 10 Einschätzung über Wissens- & Informationsdefizite hinsichtlich der Früherkennungsuntersuchungen bei Migranten & Nicht-Migranten 2003 in Bielefeld

	ÄRZTE- INNEN**	-KRANKEN- HÄUSER*	PSYCHO- THERAPEU- TEN / -INNEN	TAGES- KLINIKEN*	ZAHNÄRZTE- / -INNEN	ÖGD*	INSG.
bzgl. Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund							
Nie	5,5	2,1	17,6	0,0	8,7	20,0	9,0
Selten	9,6	6,3	14,7	50,0	8,7	0,0	14,9
Ab und zu	35,6	10,4	14,7	0,0	17,4	40,0	19,7
Häufig	24,7	22,9	8,8	25,0	34,8	0,0	19,4
Sehr häufig	11,0	14,6	0,0	0,0	4,3	0,0	5,0
Weiß nicht	13,7	43,8	44,1	25,0	26,1	40,0	32,1
bzgl. Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund							
Nie	7,0	0,0	21,6	0,0	4,5	20,0	8,9
Selten	26,8	20,8	27,0	50,0	27,3	20,0	28,6
Ab und zu	36,6	35,4	21,6	50,0	31,8	20,0	32,6
Häufig	11,3	10,4	0,0	0,0	4,5	0,0	4,4
Sehr häufig	4,2	4,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4
Weiß nicht	14,1	29,2	29,7	0,0	31,8	40,0	24,1

*Andere Stichprobenziehung. **Eingeschränkte Aussagekraft. Quelle: Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

sich der Anteil hinsichtlich der Ausprägungen „nie bis selten“ und „häufig bis sehr häufig“ mit 23,9% vs. 24,3% fast gleich, d.h. gleichwohl, dass die Beschäftigten im Gesundheitswesen davon ausgehen, dass Migrantinnen und Migranten zu knapp ¼ erhebliche Wissensdefizite bzgl. der Früherkennungsuntersuchungen haben. In der Nicht-Migrationsgruppe sind dies lediglich 5,8%.

Von neuem wird in der Zahnärzteschaft (39,1%), in den Krankenhäusern (37,5%) und bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (35,6%) der Anteil der Migrantinnen und Migranten mit häufigen bis sehr häufigen Wissensdefiziten in Bezug auf die Früherkennungsuntersuchungen überdurchschnittlich groß von den dort jeweils Beschäftigten eingeschätzt, dabei sind jedoch die häufigen „weiß nicht“-Angaben für die Krankenhäuser (43,8%) und die Zahnärzteschaft (26,1%)

therapeuten (8,8%), dabei gibt es jedoch auch viele „weiß-nicht“-Angaben (44,1%).

4.3.3. Krebsvorsorgeuntersuchungen

Am häufigsten treten aus Sicht der Beschäftigten des Bielefelder Gesundheitswesens Wissensdefizite in Bezug auf die Krebsvorsorgeuntersuchungen selten bis nie in der Nicht-Migrationsgruppe auf (31,2%, Tabelle 11), häufig bis sehr häufig tritt sie in dieser Gruppe in einer Größe von 7,1% auf. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass 47,1% der Befragten „weiß-nicht“-Angaben machen. Dagegen werden bei 23,3% der Migrantinnen und Migranten häufig bis sehr häufig aufgetretene Informationsdefizite festgestellt. Dieser Anteil ist besonders groß im Teilsektor der Ärztinnen und Ärzte (33,8% vs.13,9% in der Nicht-Migrationsgruppe).Bzgl. der Angaben zu Den Teilsektoren sind die großen „weiß-

Tabelle 11: Einschätzung über Informations- und Wissensdefizite hinsichtlich Krebsvorsorge bei Migranten und Nicht-Migranten 2003 in Bielefeld

	ÄRZTE- / - INNEN**	KRANKEN- HÄUSER*	PSYCHO- THERAPEU- TEN / -INNEN	TAGES- KLINIKEN*	ZAHNÄRZ- TE- / - INNEN	ÖGD*	INSG.
bzgl. Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund							
Nie	9,9	2,0	entf.	entf.	11,8	25,0	12,2
Selten	9,9	6,1	entf.	entf.	0,0	0,0	4,0
Ab und zu	28,2	14,3	entf.	entf.	11,8	0,0	13,6
Häufig	23,9	14,3	entf.	entf.	5,9	25,0	17,3
Sehr häufig	9,9	14,3	entf.	entf.	0,0	0,0	6,0
Weiße nicht	18,3	49,0	entf.	entf.	70,6	50,0	47,0
bzgl. Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund							
Nie	13,9	0,0	entf.	entf.	5,9	25,0	11,2
Selten	25,0	18,4	entf.	entf.	11,8	25,0	20,0
Ab und zu	31,9	28,6	entf.	entf.	5,9	0,0	16,6
Häufig	9,7	8,2	entf.	entf.	0,0	0,0	4,5
Sehr häufig	4,2	6,1	entf.	entf.	0,0	0,0	2,6
Weiße nicht	15,3	38,8	entf.	entf.	76,5	50,0	45,1

*Andere Stichprobenziehung. **Eingeschränkte Aussagekraft. Quelle: Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

zu berücksichtigten. Ausgesprochen klein ist dagegen die gleiche Bewertung dieser Defizite bei den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psycho-

nicht“-Anteile zu berücksichtigten.

4.3.4. Zahnvorsorgeuntersuchungen

In Bezug auf die Zahnvorsorgeuntersuchungen ist wie bei den Krebsvorsorgeuntersuchungen der Anteil in der Nicht-Migrationsgruppe, der selten bis nie dies bzgl. Wissensdefizite erkennen lässt, mit 29,5 % am größten (Tabelle 12).

Die Migrationsgruppe verteilt sich hingegen zu gleichen Teilen sowohl auf die Kategorien selten bis nie als auch auf die Kategorie häufig bis sehr häufig zu je einem Fünftel. Allerdings treten bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten –hier exi-

Tabelle 12: Einschätzung über Informations- & Wissensdefizite hinsichtlich Zahnvorsorgeuntersuchungen bei Migranten & Nicht-Migranten 2003 in Bielefeld

	ÄRZTE- INNEN**	KRANKEN- HÄUSER*	PSYCHO- THERAPEU- TEN / -INNEN	TAGES- KLINIKEN*	ZAHNÄRZTE- / -INNEN	ÖGD*	INSG.
bzgl. Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund							
Nie	17,2	4,5	entf.	entf.	5,9	25,0	13,2
Selten	6,3	0,0	entf.	entf.	23,5	0,0	7,4
Ab und zu	10,9	4,5	entf.	entf.	23,5	0,0	9,8
Häufig	9,4	11,4	entf.	entf.	29,4	0,0	12,5
Sehr häufig	7,8	9,1	entf.	entf.	14,7	0,0	7,9
Weiß nicht	48,4	70,5	entf.	entf.	2,9	75,0	49,2
bzgl. Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund							
Nie	20,0	4,3	entf.	entf.	8,8	25,0	14,5
Selten	15,4	6,4	entf.	entf.	38,2	0,0	15,0
Ab und zu	13,8	17,0	entf.	entf.	29,4	0,0	15,1
Häufig	6,2	10,6	entf.	entf.	11,8	0,0	7,1
Sehr häufig	3,1	4,3	entf.	entf.	2,9	0,0	2,6
Weiß nicht	41,5	57,4	entf.	entf.	8,8	75,0	45,7

*Andere Stichprobenziehung. **Eingeschränkte Aussagekraft. Quelle: Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

Tabelle 13: Einschätzung über Informations- & Wissensdefizite hinsichtlich Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen bei Migranten & Nicht-Migranten 2003 in Bielefeld

	ÄRZTE- INNEN**	KRANKEN- HÄUSER*	PSYCHO- THERAPEU- TEN / -INNEN	TAGES- KLINIKEN*	ZAHNÄRZTE- / -INNEN	ÖGD*	INSG.
bzgl. Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund							
Nie	16,7	4,4	entf.	entf.	13,3	25,0	14,9
Selten	25,8	2,2	entf.	entf.	0,0	0,0	7,0
Ab und zu	7,6	15,6	entf.	entf.	6,7	0,0	7,4
Häufig	3,0	6,7	entf.	entf.	6,7	0,0	4,1
Sehr häufig	4,5	4,4	entf.	entf.	0,0	0,0	2,2
Weiß nicht	42,4	66,7	entf.	entf.	73,3	75,0	64,4
bzgl. Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund							
Nie	22,7	6,4	entf.	entf.	6,3	25,0	15,1
Selten	25,8	21,3	entf.	entf.	12,5	0,0	14,9
Ab und zu	4,5	14,9	entf.	entf.	0,0	0,0	4,9
Häufig	1,5	2,1	entf.	entf.	6,3	0,0	2,5
Sehr häufig	3,0	0,0	entf.	entf.	0,0	0,0	0,8
Weiß nicht	42,4	55,3	entf.	entf.	75,0	75,0	61,9

*Andere Stichprobenziehung. **Eingeschränkte Aussagekraft. Quelle: Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

stieren die zuverlässigsten Angaben, in den anderen Teilsektoren bestehen verständlicherweise viele „weiß-nicht“-Angaben – in der Größe von 44,1% häufige bis sehr häufige Wissensdefizite in Hinsicht auf die Zahnvorsorgeuntersuchungen in der Migrationsgruppe auf. Der vergleichbare Anteil in der Nicht-Migrationsgruppe beträgt „lediglich“ 14,7%!

4.3.5. Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen

Die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen werden aus Sicht der Beschäftigten des Bielefelder Gesundheitswesens sowohl in der Migrations- als auch in der Nicht-Migrationsgruppe überwiegend gut angenommen, d.h. häufig bis sehr häufig treten Wissensdefizite lediglich zu 6,3% und 3,2% auf (Tabelle 13). In den Krankenhäusern ist dieser Bewertungsanteil in Bezug auf die Migrati-

onsgruppe jedoch größer bzw. am größten (11.1%), allerdings bei einer sehr großen Zahl von „weiß-nicht“-Angaben. Insgesamt ist die Aussagekraft dieser Angaben zu relativieren angesichts des Gesamtanteils von „weiß-nicht“-Angaben in der Größe von rd. 50%.

4.3.6. Schutzimpfungen

In Hinsicht auf die Informations- und Wissensdefizite in Bezug auf die Schutzimpfungen werden die Bewertungskategorien häufig bis sehr häufig öfter in Bezug auf die Migrationsgruppe angekreuzt (18,5%) als in Bezug auf die Nicht-Migrationsgruppe (9%). Die Ärztinnen und Ärzte registrieren dieses Wissensdefizit mit Abstand am deutlichsten in der Migrationsgruppe (42%), allerdings ist auch in der Nicht-Migrationsgruppe dieser Anteil in seiner Größenordnung nicht zu vernachlässigen (27,2%).

Tabelle 14 Einschätzung über Wissens- und Informationsdefizite hinsichtlich Schutzimpfungen bei Migranten und Nicht-Migranten 2003 in Bielefeld

	ÄRZTE- / - INNEN**	KRANKEN- HÄUSER*	PSYCHO- THERAPEU- TEN / -INNEN	TAGES- KLINIKEN*	ZAHNÄRZTE- /-INNEN	ÖGD*	INSG.
bzgl. Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund							
Nie	5,8	2,1	entf.	entf.	18,8	25,0	12,9
Selten	11,6	4,3	entf.	entf.	0,0	0,0	4,0
Ab und zu	24,6	2,1	entf.	entf.	6,3	25,0	14,5
Häufig	31,9	23,4	entf.	entf.	0,0	0,0	13,8
Sehr häufig	10,1	8,5	entf.	entf.	0,0	0,0	4,7
Weiß nicht	15,9	59,6	entf.	entf.	75,0	50,0	50,1
bzgl. Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund							
Nie	8,6	2,2	entf.	entf.	6,3	25,0	10,5
Selten	15,7	15,2	entf.	entf.	12,5	0,0	10,9
Ab und zu	34,3	32,6	entf.	entf.	0,0	25,0	23,0
Häufig	22,9	8,7	entf.	entf.	0,0	0,0	7,9
Sehr häufig	4,3	0,0	entf.	entf.	0,0	0,0	1,1
Weiß nicht	14,3	41,3	entf.	entf.	81,3	50,0	46,7

*Andere Stichprobenziehung. **Eingeschränkte Aussagekraft. Quelle: Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

4.3.7. Kontrazeption

In Bezug auf die Kontrazeption ergeben sich insgesamt betrachtet keine großen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Bei z.T. großen „weiß-nicht“-Anteilen halten sich die Wissenslücken insgesamt in Grenzen – häufig bis sehr häufig in der Migrationsgruppe in der Größe von 7,6%, in der Nicht-Migrationsgruppe in der Größe von 3,3,% (Tabelle 15).

Die größten Defizite und Unterschiede sehen die Ärztinnen und Ärzte. Ihre

4.3.8. Darstellung der Anamnese

Am häufigsten werden nie bzw. selten auftretende Schwierigkeiten bei der Darstellung der Anamnese in Hinsicht auf die Nicht-Migrationsgruppe genannt (61,5%). Dieser Anteil wird jeweils besonders groß angegeben in der Zahnärzteschaft (69,6%), in der Ärzteschaft (59,5%) und bei den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (57,9%).

Tabelle 15 Einschätzung über Informations- und Wissensdefizite hinsichtlich Kontrazeption bei Migranten und Nicht-Migranten 2003 in Bielefeld

	ÄRZTE- INNEN**	KRANKEN- HÄUSER*	PSYCHO- THERAPEU- TEN / -INNEN	TAGES- KLINIKEN*	ZAHNÄRZTE- / -INNEN	ÖGD*	INSG.
bzgl. Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund							
Nie	18,8	4,3	entf.	entf.	18,8	25,0	16,7
Selten	14,1	6,5	entf.	entf.	0,0	0,0	5,1
Ab und zu	12,5	15,2	entf.	entf.	6,3	0,0	8,5
Häufig	7,8	8,7	entf.	entf.	0,0	0,0	4,1
Sehr häufig	9,4	4,3	entf.	entf.	0,0	0,0	3,4
Weiß nicht	37,5	60,9	entf.	entf.	75,0	75,0	62,1
bzgl. Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund							
Nie	20,0	4,3	entf.	entf.	6,3	25,0	13,9
Selten	27,7	23,9	entf.	entf.	12,5	0,0	16,0
Ab und zu	15,4	15,2	entf.	entf.	0,0	0,0	7,7
Häufig	3,1	6,5	entf.	entf.	0,0	0,0	2,4
Sehr häufig	1,5	2,2	entf.	entf.	0,0	0,0	0,9
Weiß nicht	32,3	47,8	entf.	entf.	81,3	75,0	59,1

*Andere Stichprobenziehung. **Eingeschränkte Aussagekraft. Quelle: Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

„weiß-nicht“-Angaben sind zwar am geringsten im Vergleich zu den anderen Teilssektoren, jedoch mit 37,5% in der Migrationsgruppe und 32,3% in der Nicht-Migrationsgruppe gleichwohl nicht klein. Vor dem Hintergrund dieser eingeschränkten Aussagekraft der Angaben, haben häufig bis sehr häufig Migrantinnen und Migranten Informationsdefizite bzgl. der Verhütung in einer Größe von 17,2% gegenüber 4,6% in der Nicht-Migrationsgruppe.

Die Beschäftigten des Bielefelder Gesundheitswesens beziffern den Anteil der Migrationsgruppe mit häufig bis sehr häufig auftretenden Defiziten bei der Darstellung der Anamnese mit 47,1% am zweit häufigsten. Besonders groß ist wiederum dieser Anteil in den Krankenhäusern (64,7%) im ÖGD (60%) und in der niedergelassenen Ärzteschaft (52,0%). Nie bis selten treten diese Probleme am häufigsten bei den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf (37,1%).

Tabelle 16 Einschätzung über Wissens- und Informationsdefizite hinsichtlich der Darstellung der Anamnese bei Migranten und Nicht-Migranten 2003 in Bielefeld

	ÄRZTE- INNEN**	-KRANKEN- HÄUSER*	PSYCHO- THERAPEU- TEN / -INNEN	TAGES- KLINIKEN*	ZAHNÄRZTE- / -INNEN	ÖGD*	INSG.
bzgl. Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund							
Nie	1,3	2,0	11,4	0,0	12,5	0,0	4,5
Selten	14,7	3,9	25,7	0,0	0,0	0,0	7,4
Ab und zu	29,3	17,6	28,6	50,0	37,5	40,0	33,8
Häufig	40,0	37,3	14,3	50,0	25,0	60,0	37,8
Sehr häufig	12,0	27,5	8,6	0,0	8,3	0,0	9,4
weiß nicht	2,7	11,8	11,4	0,0	16,7	0,0	7,1
bzgl. Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund							
Nie	13,5	6,0	7,9	0,0	8,7	0,0	6,0
Selten	45,9	46,0	50,0	50,0	60,9	80,0	55,5
ab und zu	29,7	32,0	26,3	50,0	13,0	20,0	28,5
Häufig	2,7	4,0	5,3	0,0	0,0	0,0	2,0
sehr häufig	2,7	4,0	2,6	0,0	4,3	0,0	2,3
weiß nicht	5,4	8,0	7,9	0,0	13,0	0,0	5,7

*Andere Stichprobenziehung. **Eingeschränkte Aussagekraft. Quelle: Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

4.3.9. Compliance

Compliance im älteren Sinn bezeichnet das Ausmaß, wie das Verhalten der Patientinnen und Patienten (z. B. bei der Medikamenteneinnahme, der Verfolgung

von Diäten oder der Veränderung von ungesunden Lebensstilen) mit den Anweisungen der Gesundheitsdienste übereinstimmt.

Heute versteht man unter Compliance einen Aushandlungsprozess zwischen

Tabelle 17 Einschätzung über Informations- & Wissensdefizite hinsichtlich Compliance bei Migranten und Nicht-Migranten 2003 in Bielefeld

	ÄRZTE- INNEN**	-KRANKEN- HÄUSER*	PSYCHO- THERAPEU- TEN / -INNEN	TAGES- KLINIKEN*	ZAHNÄRZTE- / -INNEN	ÖGD*	INSG.
bzgl. Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund							
Nie	1,4	0,0	11,4	0,0	9,1	0,0	3,7
Selten	11,1	0,0	20,0	0,0	4,5	40,0	12,6
Ab und zu	27,8	18,8	42,9	50,0	22,7	0,0	27,0
Häufig	41,7	31,3	2,9	50,0	40,9	40,0	34,4
Sehr häufig	8,3	20,8	2,9	0,0	0,0	0,0	5,3
Weiß nicht	9,7	29,2	20,0	0,0	22,7	20,0	16,9
bzgl. Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund							
Nie	5,4	0,0	2,8	0,0	9,1	0,0	2,9
Selten	18,9	20,8	30,6	0,0	40,9	75,0	31,0
Ab und zu	50,0	45,8	47,2	100,0	27,3	0,0	45,1
Häufig	17,6	12,5	5,6	0,0	4,5	0,0	6,7
Sehr häufig	1,4	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
Weiß nicht	6,8	18,8	13,9	0,0	18,2	25,0	13,8

*Andere Stichprobenziehung. **Eingeschränkte Aussagekraft. Quelle: Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

Hilfesuchenden und den Professionellen, der möglichst in eine „Therapiekoope-ration“ münden sollte, d.h. im Dialog sollte geklärt werden welche Vorstellungen die Patientinnen und Patienten über die ihnen richtige Therapie haben und wie es mit dem medizinischen Wissen in Einklang gebracht werden kann. Beide Seiten müssen also aktiv diesen Dialog gestalten.

Am häufigsten geben die Beschäftigten im Bielefelder Gesundheitswesen das Auftreten von Wissens- und Informationsdefiziten in Bezug auf die Compliance mit „häufig bis sehr häufig“ bzgl. der Migrationsgruppe an (39,8 %, Tabelle 12). In der Nicht-Migrationsgruppe beträgt der Anteil mit häufigen bis sehr häufigen Compliance-Schwierigkeiten hingegen lediglich 7,3%!

Die Wissensdefizite in Bezug auf die Anwendung verordneter Therapien werden für die Gruppe mit Migrationserfahrung besonders groß in den Krankenhäusern (52,1%), der niedergelassenen Ärzteschaft und den Tageskliniken (je 50%) dargestellt. Lediglich in der Ärzteschaft (18,9%) und in den Krankenhäusern (14,6%) werden diesbzgl. auch größere Wissensdefizite in der Gruppe der Nicht-Migranten gesehen.

In allen Einzelfragen bzgl. der Wissens- und Informationsdefizite zeigt sich somit, dass sie von den Beschäftigten im Bielefelder Gesundheitswesen unter der Migrationsgruppe als größer eingeschätzt werden als in der Nicht-Migrationsgruppe. Damit werden z.T. deutliche Versorgungsunterschiede aus Sicht der Einrichtungen beschrieben.

4.4. Schwierigkeiten bei der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten

In der gesundheitlichen Versorgung gibt es in verschiedener Hinsicht nicht nur Schwierigkeiten mit der Versorgung von Migrantinnen und Migranten, sondern

auch bei der Versorgung deutscher Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund. Es ist weitgehend bekannt, dass die Arzt-Patienten-Interaktion generell durch eine sachliche Eruierung und Vermittlung von Fakten bei der Erhebung der Anamnese, bei der Vermittlung der Diagnose, Therapie und Prognose geprägt ist. Sie lässt den Patientinnen und Patienten kaum Raum „sich“ mitzuteilen, d.h. Ängste, Leiden, Nöte auszudrücken. In einer Lebensumgebung die hochgradig funktional ausdifferenziert ist, ist dies bereits für Patientinnen und Patienten, die mit dieser Kultur vertraut sind, ungewohnt. Technische Apparaturen ersetzen Gespräche und erlauben eine rationale Behandlung. Patientinnen und Patienten ausländischer Herkunft, die mit einer ausdifferenzierten Kultur nicht vertraut sind, stattdessen einen hohen mitmenschlichen Einsatz kennen „...fühlen sich in einer ‚stummen Medizin‘ vernachlässigt, ausgegrenzt, ja oft sogar verachtet. Verbale Kommunikation – das miteinander geführte Gespräch – ist daher für sie von fundamentaler Bedeutung.“^{iv}

Die Versorgung ausländischer Patientinnen und Patienten wird deshalb als „störend“ im Alltag niedergelassener Praxen gesehen, ihre Versorgung wird als anstrengender, lästiger und zeitaufwendiger geschildert, mit der Folge, dass diese Patientinnen z.T. an andere Einrichtungen weitergegeben werden: „Je weniger eine gesundheitliche Einrichtung auf spezifische Bedürfnisse von Migranten/Migrantinnen eingestellt ist, um so mehr zeigt sich die Tendenz, Probleme wegzuschieben, um damit Störfaktoren zu verringern und zu einer eigenen Entlastung zu gelangen.“^v

Die Verständigungsschwierigkeiten treten offensichtlich dann auf, wenn keine „gemeinsame Sprache“ gesprochen wird. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass angesichts der Verschiedenheit der Migrationsgruppen und der Bedingungen unter denen einzelne Migrationsgruppen nach Deutschland kommen, diese aus-

reichend deutsch sprechen. Und es wird für einzelne Migrationsgruppen auch zukünftig nicht möglich sein: „Ausländische Frauen, insbesondere die älteren unter ihnen, tun sich schwer mit dem Erlernen der deutschen Sprache. Häufig werden sie in offiziellen Angelegenheiten von Mann oder Kindern begleitet, die ihre Sache in die Hand nehmen. Niemand kann mich davon überzeugen, dass das nicht ein Verlust von Würde ist, der Würde der Frau, der Würde des Mannes, der Würde der Kinder“.^{vi}

Die kulturellen Verständigungsschwierigkeiten treten insgesamt betrachtet gleichhäufig auf wie die sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten. Insgesamt werden sie häufig bis sehr häufig zu 39% bezüglich der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten gesehen (1,2% in der Nicht-Migrationsgruppe, Tabelle 14). Ausgesprochen häufig bis sehr häufig werden sie in den Krankenhäusern beobachtet (43,1%), ausgesprochen selten bzw. nie

Tabelle 18 Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten

	ÄRZTE- / -INNEN**	KRANKEN- HÄUSER*	PSYCHO- THERAPEU- TEN / -INNEN	TAGES- KLINIKEN*	ZAHNÄRZ- TE- / -INNEN	ÖGD*	INSGE- SAMT
mit Migrationshintergrund							
Nie	1,3	0,0	7,9	0,0	2,9	0,0	2,0
Selten	14,1	3,8	28,9	0,0	42,9	0,0	14,9
Ab und zu	55,1	34,0	44,7	50,0	37,1	40,0	43,5
Häufig	20,5	45,3	15,8	50,0	17,1	40,0	31,5
Sehr häufig	9,0	17,0	2,6	0,0	0,0	20,0	8,1
Weiß nicht	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ohne Migrationshintergrund							
Nie	32,1	22,6	35,0	0,0	51,4	60,0	33,5
Selten	53,8	60,4	57,5	100,0	45,7	20,0	56,2
Ab und zu	0,0	13,2	7,5	0,0	0,0	20,0	6,8
Häufig	12,8	3,8	0,0	0,0	2,9	0,0	3,2
Sehr häufig	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Weiß nicht	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

*Andere Stichprobenziehung. **Eingeschränkte Aussagekraft. Quelle: Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

4.4.1. Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten

Es geben insgesamt 39,6% der Beschäftigten häufig bis sehr häufig an, das sprachliche Verständigungsschwierigkeiten in der Versorgung von Migrantinnen und Migranten existieren. Sie werden am deutlichsten im stationären Sektor wahrgenommen (62,3%). Ausgesprochen selten bzw. nie nehmen diese die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wahr (36,8%).

4.4.2. Kulturelle Verständigungsschwierigkeiten

bei Zahnärztinnen und Zahnärzten (48,4%) und den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (32,4%). Das Ergebnis hinsichtlich der Zahnärzte und Zahnärztinnen mag damit erklärt werden, dass das Spektrum der Symptome in der Zahnmedizin kleiner ist als in der Humanmedizin und dadurch standardisierte Behandlungsmethoden einfacher angewandt werden können. Das wenige kulturelle Verständigungsschwierigkeiten in den psychologischen Praxen auftreten, wird damit zusammenhängen, das auch nur wenige Migrantinnen und Migranten in den Praxen vorstellig werden.

Tabelle 19 Kulturelle Verständigungsschwierigkeiten

	ÄRZTE- / - INNEN**	KRANKEN- HÄUSER*	PSYCHOTHE- RAPEUTEN / - INNEN	TAGES- KLINIKEN*	ZAHNÄRZ- TE- / -INNEN	ÖGD*	INSGE- SAMT
mit Migrationshintergrund							
Nie	3,9	3,9	2,7	0,0	9,7	20,0	6,7
Selten	23,7	13,7	29,7	0,0	38,7	0,0	17,6
Ab und zu	43,4	37,3	48,6	0,0	29,0	20,0	29,7
Häufig	13,2	33,3	18,9	25,0	9,7	40,0	23,3
Sehr häufig	9,2	9,8	0,0	75,0	0,0	0,0	15,7
Weiß nicht	6,6	2,0	0,0	0,0	12,9	20,0	6,9
ohne Migrationshintergrund							
Nie	28,6	29,3	25,6	25,0	39,4	80,0	38,0
Selten	57,1	46,3	61,5	75,0	45,5	0,0	47,6
Ab und zu	14,3	14,6	10,3	0,0	6,1	20,0	10,9
Häufig	0,0	4,9	2,6	0,0	0,0	0,0	1,2
Sehr häufig	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Weiß nicht	0,0	4,9	0,0	0,0	9,1	0,0	2,3

*Andere Stichprobenziehung. **Eingeschränkte Aussagekraft. Quelle: Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

4.5. Lösungsmöglichkeiten bei Verständigungsschwierigkeiten

Die Frage, welche Lösungsmöglichkeiten verfolgt werden, wenn Verständigungsschwierigkeiten mit Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen entstehen, zeigt, dass man überwiegend jemanden sucht, der dolmetschen kann, und zwar häufig bis sehr häufig zu 43,5% (Tabelle 20). Diese Lösungsstrategie wird häufig bis sehr häufig in den Krankenhäusern (71,1%), in den ärztlichen und zahnärztlichen Praxen (50% und 44,2%) verfolgt. In den psychologischen Praxen wird diese Lösungsmöglichkeit jedoch selten bis nie zu 63,9% verfolgt. Sie führen in der Regel mit einem geringen Personalaufwand ihre Praxis - oftmals allein - und können nicht auf entsprechende Ressourcen unter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – wie z.B. deutlich im Krankenhaus zum Ausdruck kommt – zurückgreifen. Zudem haben sie einen geringen Klientelanteil mit Migrationshintergrund.

Die Kommunikation mit „Händen und Füßen“ wird im Vergleich zur Suche nach Personen, die dolmetschen können, am

häufigsten „selten bis nie“ verfolgt (39,4%). Besonders in den zahnärztlichen, psychologischen und ärztlichen Praxen wird diese Lösungsstrategie selten verfolgt, hingegen häufiger in den Krankenhäusern (häufig bis sehr häufig zu 28,8%). Interessanterweise wenden jedoch diese Lösungsmöglichkeit die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten häufiger an als die Suche nach jemanden, der dolmetschen kann. Auch dies wird darauf zurückzuführen sein, dass es in den psychologischen Praxen an Ressourcen, insbesondere fremdsprachlichem Personal, fehlt. Außerdem gestaltet sich der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern im Rahmen der spezifischen Therapiesituation als schwierig.

Es geben 48,8% der Beschäftigten im Gesundheitswesen an, das sie selten bis nie einfach Behandlungen durchführen („Behandlungen durchführen, insofern ein Verständnis nicht wirklich nötig ist“), also diese Lösungsstrategie seltener wählen als die vorgenannte Kommunikation mit „Händen und Füßen“ und deutlich seltener als die „Suche nach jemanden, der dolmetschen kann“, um Verständigungsschwierigkeiten mit Migrantinnen und

Migranten zu mindern. Am häufigsten wird diese Strategie im Krankenhaus angewendet (häufig bis sehr häufig 10,9%), deutlich selten bei den Kassenärztinnen und Kassenärzten (selten bis nie 68,1%).

Ebenfalls ausgesprochen häufig gegeben die Beschäftigten im Bielefelder Gesundheitswesen an, dass sie selten bis nie Therapiemaßnahmen einfach einleiten, in der Hoffnung, dass sie angenommen werden (66,4%). Diese Lösungsmöglichkeit wird nur von 4,1% häufig bis sehr häufig angewendet, in den Krankenhäusern etwas mehr (10,9%).

Eine Lösungsmöglichkeit die hingegen häufiger angewendet wird, ist die „Überweisung zu jemanden, der in der Fremdsprache mächtig ist“. Immerhin 18,4% der Beschäftigten verfolgen diese Strategie häufig bis sehr häufig, allerdings 56,7% selten bis nie. Dabei fällt auf, dass besonders häufig die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu anderen überweisen, die in der Fremdsprache der Klientin oder des Klienten mächtig sind (häufig bis sehr häufig 27%, allerdings bei knapp einem Fünftel „wie-nicht“-Angaben).

Tabelle 20 Lösungsstrategien bei Verständigungsschwierigkeiten in der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten

		ÄRZTE- / - INNEN**	KRAN- KEN- HÄUSER*	PSYCHO- THERAPEU- TEN / -INNEN	TAGES- KLINIEN*	ZAHNÄRZ- TE- / - INNEN	ÖGD*	INSGE- SAMT
Jemanden suchen, der dolmetschen kann	nie	6,4	0,0	36,1	0,0	2,9	0,0	7,6
	selten	12,8	3,8	27,8	50,0	14,7	20,0	21,5
	ab und zu	28,2	25,0	11,1	0,0	38,2	40,0	23,8
	häufig	33,3	34,6	5,6	0,0	32,4	20,0	21,0
	sehr häufig	16,7	36,5	0,0	50,0	11,8	20,0	22,5
	weiß nicht	2,6	0,0	19,4	0,0	0,0	0,0	3,7
Mit Händen und Füßen verständigen	nie	19,7	3,8	25,7	0,0	18,2	40,0	17,9
	selten	27,6	25,0	22,9	0,0	33,3	20,0	21,5
	ab und zu	32,9	40,4	20,0	25,0	36,4	20,0	29,1
	häufig	10,5	19,2	8,6	75,0	12,1	0,0	20,9
	sehr häufig	3,9	9,6	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3
	weiß nicht	5,3	1,9	22,9	0,0	0,0	20,0	8,3
Behandlung durchführen, insofern das Verständnis nicht wirklich nötig ist	nie	31,9	32,6	0,0	0,0	21,2	60,0	24,3
	selten	36,2	30,4	50,0	0,0	30,3	0,0	24,5
	ab und zu	18,8	21,7	0,0	0,0	36,4	0,0	12,8
	häufig	5,8	10,9	0,0	100,0	6,1	20,0	23,8
	sehr häufig	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
	weiß nicht	5,8	4,3	50,0	0,0	6,1	20,0	14,4
Therapiemaßnahmen einleiten, in der Hoffnung, dass sie angenommen werden	nie	37,7	41,3	entf.	entf.	34,4	60,0	43,3
	selten	31,9	26,1	entf.	entf.	34,4	0,0	23,1
	ab und zu	20,3	13,0	entf.	entf.	15,6	0,0	12,2
	häufig	2,9	10,9	entf.	entf.	0,0	0,0	3,4
	sehr häufig	2,9	0,0	entf.	entf.	0,0	0,0	0,7
	weiß nicht	4,3	8,7	entf.	entf.	15,6	40,0	17,2
Zu jemand anderen überweisen, der in der Fremdsprache mächtig ist	nie	35,5	33,3	5,4	0,0	31,0	20,0	20,9
	selten	39,5	35,4	18,9	66,7	34,5	20,0	35,8
	ab und zu	15,8	14,6	29,7	0,0	20,7	0,0	13,5
	häufig	2,6	4,2	10,8	33,3	3,4	40,0	15,7
	sehr häufig	0,0	0,0	16,2	0,0	0,0	0,0	2,7
	weiß nicht	6,6	12,5	18,9	0,0	10,3	20,0	11,4

*Andere Stichprobenziehung. **Eingeschränkte Aussagekraft. Quelle: Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

4.6. Inanspruchnahme und Einschätzung von Dolmetscherdiensten

Die Inanspruchnahme von Leistungen des deutschen Gesundheitswesens durch Migrantinnen und Migranten wird an erster Stelle in Hinsicht auf sprachliche Hürden diskutiert. Der Bedarf an qualifizierten Dolmetscherinnen und Dolmetschern wird als groß eingeschätzt. Die Hinzunahme von Verwandten, die als Dolmetscherinnen und Dolmetscher handeln, ist dahingehend schwierig, das Verwandte in eine bereits belastende Situation je nach Fall noch stärker einbezogen werden.^{vii} Das gilt insbesondere für Kinder oder Jugendliche. Besonders bei Kindern können solche Situationen zu Überforderungen und gesundheitlichen Belastungen führen. Das Dolmetschen erreicht jedoch seine Grenze, wenn nichts über die Kulturunterschiede bekannt ist. Wie sieht es aber vorerst im Bielefelder Gesundheitswesen mit dem Dolmetschen aus?

Die Frage, ob die Einrichtungen des Gesundheitswesens einen Dolmetscher-

Die Einschätzung über den Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern ist am positivsten im ÖGD. Es folgt die niedergelassene Ärzteschaft. Lediglich überwiegend „zufriedenstellend“ wird der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern im Krankenhaus, in den psychologischen und zahnärztlichen Praxen eingeschätzt, so dass im Mittelwert über alle Sektoren der Einsatz von Dolmetscherdiensten am häufigsten lediglich mit „zufriedenstellend“ bewertet wird.

4.7. Faktische und gewünschte Kooperation bei der Versorgung von Migrantinnen und Migranten

Die Frage, ob bzgl. der Versorgung von Migrantinnen und Migranten mit anderen Anbieterinnen und Anbietern des örtlichen Gesundheitswesens kooperiert wird, verneinten 91,2% der Zahnärzteschaft, 64% der Ärzteschaft und 56,5% der Beschäftigten in den Krankenhäusern sowie 55,3% der psychologischen Praxen.

Lediglich im ÖGD stimmten 60% der Antwortenden zu. Am häufigsten wird mit den Kassenärztinnen und Kassenärzten

Tabelle 21 Einschätzung über den Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern

	ÄRZTE- / -INNEN**	KRANKENHÄUSER*	PSYCHOTHERAPEUTEN / -INNEN	TAGESKLINIKEN*	ZAHNÄRZTE- / -INNEN	ÖGD*	INSGESAMT
Sehr gut	15,1	10,0	21,4	0,0	8,3	75,0	21,6
Gut	39,6	30,0	14,3	0,0	33,3	0,0	19,5
Zufriedenstellend	35,8	52,5	35,7	100,0	50,0	0,0	45,7
Schlecht	5,7	7,5	21,4	0,0	8,3	25,0	11,3
Sehr schlecht	3,8	0,0	7,1	0,0	0,0	0,0	1,8

*Andere Stichprobenziehung. **Eingeschränkte Aussagekraft. Quelle: Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

dienst in Anspruch nehmen, verneinen 100% der Zahnärztinnen und Zahnärzte, 90,2% der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, 73,1% der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Lediglich in den Krankenhäusern (50,9%) und im ÖGD (60%) wird häufiger eine positive Antwort gegeben.

kooperiert (11,1%, Tabelle 16), gefolgt von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (9,4%) – das ist überraschend angesichts des geringen Migrantinnen- und Migrantenanteils in diesem Teilsektor – den Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (jeweils 6,3%) sowie dem Gesundheitsamt (5,1%).

Tabelle 22 Faktische Kooperation bei der Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Bielefeld 2003

KOOPERATIONSPARTNERINNEN UND KOOPERATIONSPARTNER	ÄRZTE- / -INNEN**	KRANKEN- HÄUSER*	PSYCHO- THERA- PEUTEN / -INNEN	TAGES- KLINI- KEN*	ZAHN- ÄRZTE- / -INNEN	ÖGD*	INSGE SAMT
Kassenärztinnen und Kassenärzte	10,8	8,7	13,1	16,7	5,6	12,0	11,1
Privatärztinnen und Privatärzte	1,3	2,6	1,2	0,0	0,0	0,0	0,8
Kassenzahnärztinnen und Kassenzahnärzte	2,5	2,6	1,2	5,6	5,6	0,0	2,9
Privatzahnärztinnen und Privatzahnärzte	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Polikliniken, Institutsambulanzen	1,3	0,0	6,0	11,1	0,0	8,0	4,4
Dialyseeinrichtungen	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Notfallrettung	0,6	1,7	1,2	0,0	0,0	0,0	0,6
Notarzt	3,2	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3
Krankentransport	5,7	7,0	0,0	0,0	5,6	0,0	3,0
Ärztliche Notfallpraxis	3,2	3,5	1,2	0,0	0,0	0,0	1,3
Kinderärztliche Notfallpraxis	3,8	0,9	1,2	0,0	0,0	0,0	1,0
Ärztliche Notdienst	2,5	1,7	1,2	0,0	5,6	0,0	1,8
Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker	0,6	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,3
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	7,6	4,3	14,3	16,7	5,6	8,0	9,4
Psychosomatische Klinik	2,5	0,9	8,3	0,0	5,6	4,0	3,5
Psychiatrie	4,4	0,9	9,5	0,0	5,6	8,0	4,7
Physikalische Therapie	3,8	3,5	2,4	0,0	5,6	0,0	2,5
Gesundheitshandwerk, z.B. Zahntechniker/-innen, Augenoptiker/-innen, Orthopädie-Schuhmacher	2,5	3,5	0,0	0,0	11,1	0,0	2,9
Krankenhäuser	8,9	9,6	6,0	0,0	5,6	8,0	6,3
Privatkliniken	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tages- u. Nachtkliniken	0,6	0,0	3,6	0,0	5,6	4,0	2,3
Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen	2,5	6,1	4,8	11,1	5,6	8,0	6,3
Stationäre Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen	1,9	1,7	2,4	0,0	5,6	4,0	2,6
Sozialstationen	2,5	5,2	0,0	0,0	5,6	8,0	3,6
Alten- und Pflegeheime	2,5	7,8	0,0	0,0	5,6	0,0	2,7
Ambulante Pflegedienste	3,8	7,0	0,0	5,6	0,0	4,0	3,4
Tagespflegeeinrichtungen	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Apotheken	7,6	0,0	0,0	0,0	5,6	0,0	2,2
Gesundheitsamt, Stadt Bielefeld	3,2	4,3	2,4	11,1	5,6	4,0	5,1
AIDS-Hilfe Bielefeld e.V.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PatientInnenstelle Bielefeld e.V.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Psychologische Frauenberatung e.V.	1,3	0,9	3,6	0,0	0,0	4,0	1,6
Arbeitskreis med. Hilfe für Flüchtlinge	1,9	0,9	3,6	0,0	0,0	4,0	1,7
Interdisziplinäre Flüchtlingsarbeit e.V.	0,6	1,7	4,8	0,0	0,0	0,0	1,2
BIKIS (Bielefelder Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen)	2,5	2,6	2,4	11,1	0,0	0,0	3,1
PariSozial, Krisendienst DPWV e.V.	0,0	3,5	2,4	0,0	0,0	4,0	1,6
Sozialpsychiatrischer Dienst, Stadt Bielefeld	1,9	2,6	2,4	11,1	0,0	8,0	4,3

*Andere Stichprobenziehung. **Eingeschränkte Aussagekraft. Quelle: Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

Tabelle 23 Gewünschte Kooperation bei der Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Bielefeld 2003

KOOPERATIONSPARTNERINNEN UND KOOPERATIONSPARTNER	ÄRZTE- / - INNEN**	KRAN- KEN- HÄU- SER*	PSY- CHOTH ERA- PEU- TEN / - INNEN	TA- GESKLI NIKEN*	ZAHN- ÄRZTE- / -INNEN	ÖGD *	INSG .
Kassenärztinnen und Kassenärzte	6,2	0,0	8,5	0,0	11,4	50,0	12,7
Privatärztinnen und Privatärzte	2,5	0,0	1,7	0,0	2,9	0,0	1,2
Kassenzahnärztinnen und Kassenzahnärzte	2,5	0,0	0,0	0,0	11,4	0,0	2,3
Privatzahnärztinnen und Privatzahnärzte	1,2	0,0	0,0	0,0	5,7	0,0	1,2
Polikliniken, Institutsambulanzen	1,2	0,0	5,1	0,0	8,6	0,0	2,5
Dialyseeinrichtungen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Notfallrettung	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Notarzt	0,0	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
Krankentransport	1,2	6,7	0,0	0,0	2,9	0,0	1,8
Ärztliche Notfallpraxis	3,7	0,0	0,0	0,0	5,7	0,0	1,6
Kinderärztliche Notfallpraxis	2,5	13,3	0,0	0,0	5,7	0,0	3,6
Ärztliche Notdienst	1,2	10,0	1,7	0,0	2,9	0,0	2,6
Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker	0,0	6,7	1,7	0,0	2,9	0,0	1,9
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	2,5	6,7	8,5	28,6	5,7	0,0	8,6
Psychosomatische Klinik	4,9	0,0	6,8	0,0	0,0	0,0	2,0
Psychiatrie	1,2	6,7	6,8	0,0	0,0	0,0	2,4
Physikalische Therapie, z.B. Krankengymnastiker/-innen, Masseure	2,5	3,3	0,0	0,0	8,6	50,0	10,7
Gesundheitshandwerk, z.B. Zahntechniker/-innen, Augenoptiker/-innen, Orthopädie-Schuhmacher/-innen	1,2	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	0,7
Krankenhäuser	2,5	6,7	3,4	0,0	5,7	0,0	3,0
Privatkliniken	0,0	0,0	5,1	0,0	0,0	0,0	0,8
Tages- u. Nachtkliniken	0,0	0,0	1,7	0,0	2,9	0,0	0,8
Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen	4,9	3,3	3,4	14,3	0,0	0,0	4,3
Stationäre Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen	1,2	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
Sozialstationen	2,5	3,3	0,0	0,0	2,9	0,0	1,4
Alten- und Pflegeheime	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
Ambulante Pflegedienste	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Tagespflegeeinrichtungen	3,7	6,7	1,7	0,0	0,0	0,0	2,0
Spezialeinrichtungen, z.B. Arzneimitteluntersuchungsstelle, Chemisches Untersuchungsamt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Apotheken	2,5	0,0	0,0	0,0	8,6	0,0	1,8
Gesundheitsamt, Stadt Bielefeld	4,9	3,3	6,8	14,3	2,9	0,0	5,4
AIDS-Hilfe Bielefeld e.V.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PatientInnenstelle Bielefeld e.V.	2,5	0,0	6,8	0,0	0,0	0,0	1,5
Psychologische Frauenberatung e.V.	6,2	0,0	6,8	0,0	0,0	0,0	2,2
Arbeitskreis med. Hilfe für Flüchtlinge	7,4	3,3	3,4	28,6	0,0	0,0	7,1
Interdisziplinäre Flüchtlingsarbeit e.V.	4,9	3,3	5,1	0,0	0,0	0,0	2,2
BIKIS (Bielefelder Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen)	7,4	100,0	5,1	14,3	0,0	0,0	21,1
PariSozial, Krisendienst DPWV e.V.	2,5	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	1,0
Sozialpsychiatrischer Dienst, Stadt Bielefeld	7,4	0,0	6,8	0,0	0,0	0,0	2,4

*Andere Stichprobenziehung. **Eingeschränkte Aussagekraft. Quelle: Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

Dabei kooperieren die Ärztinnen und Ärzte am häufigsten mit ihren Kolleginnen und Kollegen (10,8%), am zweit häufigsten mit den Krankenhäusern (9,6%) und am dritt häufigsten mit Apotheken und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (jeweils 7,6%). Auch die Krankenhäuser kooperieren überwiegend in ihrem eigenen Sektor, also mit anderen Krankenhäusern (9,6%). Es folgen die Kassenärztinnen und Kassenärzte (8,7%), Alten- und Pflegeheime (7,8%), Krankentransporte und ambulante Pflegedienste (je 7%) sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (6,1%). Die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kooperieren ebenfalls am häufigsten mit ihren Kolleginnen und Kollegen (14,3%), gefolgt von den Ärztinnen und Ärzten (13,1%), der Psychiatrie (9,5%) und der psychosomatischen Klinik (8,3%). Im ÖDG ist die faktische Kooperation am häufigsten mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (12%).

Die Rückmeldungen bzgl. der Frage „Mit wem würden Sie sonst gerne kooperieren?“ ist weitaus geringer. Am häufigsten besteht der Wunsch mit den Selbsthilfegruppen bzw. deren Kontakt- und Informationsstelle zu kooperieren (21,1%, Tabelle 17). Des weiteren – jedoch im Abstand bereits deutlich geringer - existiert das Bedürfnis der Kooperation mit der physikalischen Therapie (10,7%), den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (8,6%), dem Arbeitskreis medizinische Hilfe für Flüchtlinge (7,1%) und dem Gesundheitsamt (5,4%).

Im einzelnen geben die Ärztinnen und Ärzte am häufigsten an mit dem Arbeitskreis medizinische Hilfe für Flüchtlinge, der BIKIS und dem sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt kooperieren zu wollen (je 7,4%). Des weiteren mit der Psychologischen Frauenberatung e.V. und den eigenen Kolleginnen und Kollegen (je 6,2%). Die Krankenhäuser wollen am häufigsten mit dem Ärztlichen Notdienst

und der kinderärztlichen Notfallpraxis bei der Versorgung der Migrantinnen und Migranten kooperieren. Die Wunschpartnerinnen bzw. -partner der psychologischen Praxen sind diese selbst und die niedergelassene Ärzteschaft (je 8,5%). Diejenigen der Zahnärzteschaft sind diese selbst sowie die Kassenärztinnen und Kassenärzte (je 11,4%).

Insgesamt zeigt sich somit, dass die Kooperation der verschiedenen Teilsektoren im Gesundheitswesen bzgl. der Versorgung von Migrantinnen und Migranten nicht stark ausgeprägt ist. Am häufigsten wird faktisch mit den Ärztinnen und Ärzten kooperiert, am stärksten gewünscht wird die Kooperation mit den Selbsthilfegruppen. Die Teilsektoren übergreifende Kooperation ist noch weniger stark ausgeprägt. In den meisten Teilsektoren wird am häufigsten untereinander aber nicht teilsektorenübergreifend in Hinsicht auf die Versorgung von Migrantinnen und Migranten gearbeitet. Dies mag indirekt ein Kennzeichen für das relativ geschlossene deutsche Gesundheitssystem insgesamt sein.

4.8. Migrationssensible Einrichtungen

4.8.1 Anteil der Beschäftigten mit Migrationshintergrund

Die Beschäftigten in den Einrichtungen des Bielefelder Gesundheitswesens geben an, dass von ihnen ein Anteil von 9,2% einen Migrationshintergrund hat (Abbildung 13). Besonders groß ist der Anteil in der Zahnärzteschaft (14,3%), in den Tageskliniken (13%) und in der niedergelassenen Ärzteschaft (11,7%). Die Angaben der Krankenhäuser fehlen größtenteils, so dass sie hier nicht ausgewertet werden.

Insgesamt haben deutlich mehr Frauen einen Migrationshintergrund (12%). Am größten ist der Anteil der Frauen in der Zahnärzteschaft (26,3%), in der Ärzteschaft (17,4%) und bei den psychologi-

schen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (15,9%).

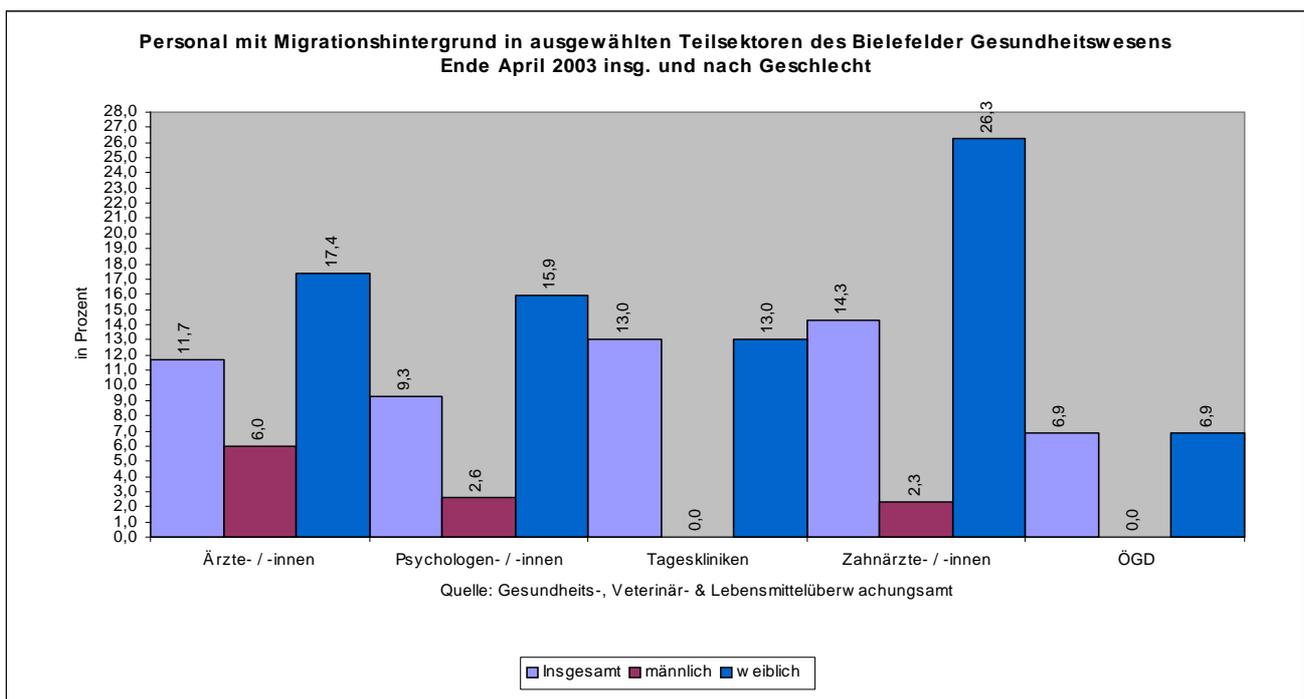
In der Unterscheidung nach Geburtsland werden überwiegend Beschäftigte angegeben, die in Deutschland, deren Eltern aber im Ausland geboren sind, also Beschäftigte der zweiten Einwanderinnen- und Einwanderergeneration (9,5%). Am zweit größten ist der Anteil der aus Russland Zugewanderten unter den Beschäftigten des Bielefelder Gesundheitswesens (9%). Es folgen Beschäftigte aus Polen und sonstigen Ländern (6,8%) sowie aus Kasachstan (5,3%) und der Türkei (5%). Damit zeigt sich, dass die Einrichtungen des Bielefelder Gesundheitswesens überwiegend migrationssensibel in Hinsicht auf Zugewanderte aus Osteuropa sind. Insgesamt betrachtet, ist das Gesundheitswesen jedoch nicht sehr migrationssensibel. Mit einem Anteil von nur 9,2% der Beschäftigten im Bielefelder Gesundheitswesen, die einen Migrationshintergrund aufweisen, ist dieser Anteil geringer als der offiziell in der Bevölkerungsstatistik nach „Staatsangehörigkeit“ ausgewiesene (12,1% Ende 2001), insbesondere wenn man berücksichtigt,

Abbildung 13:

das hier eine breitere Definition von Migration zugrunde liegt.

4.8.2. Gesprochene Sprachen

In Hinsicht auf die Frage, in welchen Sprachen die Patientinnen und Patienten in den jeweiligen Sektoren und Teilsektoren mit den Beschäftigten kommunizieren können, überrascht es nicht, das Englisch in allen Teilsektoren mit Abstand die am häufigsten gesprochene Sprache ist. Es folgt das Französische, Russische und Polnische. Erst an fünfter Stelle wird am häufigsten Türkisch gesprochen. Angesichts der Dauer, die die türkischen Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten sowie ihre Familien, insbesondere deren Kinder, in Deutschland leben, ist dies unerklärlich im Vergleich bzgl. der Dauer, die die Gruppe der Russisch- und Polnischsprachigen in Bielefeld leben. Aufgrund der Migrationsgeschichte und –bedingungen wiederum leicht erklärlich. Unter den Russisch- und Polnischsprachigen finden sich bestimmt viele Aus- bzw. Spätausgesiedelte. Da diese aufgrund ihres Migrationsstatus einen besseren Zugang zum Arbeitsmarkt etc. haben und auch z.T. besser ausgebildet sind, erreichen sie entsprechende Fachberufe im Gesundheitswesen häufiger.



Andererseits ist zu sehen, dass türkische Migrantinnen und Migranten zum Teil bereits in der 3. Generation hier leben und eigentlich auch besser in den Fachberufen vertreten sein müssten. Dies ist aber offensichtlich nicht der Fall und kennzeichnet erhebliche Integrations-schwierigkeiten.

Die Vielfalt und der Umfang gesprochener Sprachen ist in den Krankenhäusern am größten. In Anbetracht der Größe der Bielefelder Krankenhäuser, d.h. in Anbetracht des Umfangs des Personals, erklärt sich dies von selbst. Neben den hauptsächlich im Gesundheitswesen gesprochenen Sprachen, geben die Krankenhäuser z. B. mit 45,3% „sonstige“ gesprochene Sprachen mit Abstand am häufigsten an. Außerdem wird Russisch (71,7%) und Polnisch (60,4%) in den Krankenhäusern mit Abstand häufiger gesprochen als Türkisch (47,2%).

Im Teilsektor der niedergelassenen Ärzteschaft sieht es anders aus: nach Englisch ist Französisch (43%) die am häufigsten gesprochene Sprache. Es folgt Russisch (31,6%), Türkisch und „Sonstige“ (jeweils 26,6%) und an fünfter Stelle Polnisch (17,7%). Das bedeutet, dass die große Migrationsgruppe der türkischen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die potenziell auch größere Gesundheitsrisiken hat, im ambulanten Sektor in Hinsicht auf die sprachlichen Möglichkeiten besser versorgt ist als im stationären. Dies bestätigen auch die Zahlen der Zahnärzteschaft: Türkisch ist in diesem Teilsektor sogar die nach Englisch und Russisch am dritt häufigsten gesprochene Sprache (28,6%). Jedoch kann dies für den ambulanten Teilsektor der niedergelassenen psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gar nicht bestätigt werden. In diesem Teilsektor wird weder russisch, noch polnisch und ebenfalls nicht türkisch gesprochen. Lediglich englisch und französisch - jedoch zu weitaus geringeren Anteilen als in den anderen Teilsektoren -

und wenige sonstige Sprachen werden gesprochen.

4.8.3. Informationsmöglichkeiten

Die Beschäftigten in den befragten Einrichtungen des Bielefelder Gesundheitswesens geben sowohl hinsichtlich des Vorhandenseins von fremdsprachlichen Broschüren zur Gesundheitsaufklärung als auch hinsichtlich des Vorhandenseins von fremdsprachlichen Einverständniserklärungen einen Wert von rd. 41% an.

In Bezug auf die Broschüren zur Gesundheitsaufklärung sind die Tageskliniken, der ÖGD und sind die Krankenhäuser sowie die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten absteigend in genannter Reihenfolge verhältnismäßig gut ausgestattet. Die Zahnärztinnen und Zahnärzte als auch die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erreichen weit unterdurchschnittliche Werte.

Die fremdsprachlichen Einverständniserklärungen sind überwiegend in den Krankenhäusern vorhanden, gefolgt von den Tageskliniken und mit größerem Abstand bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Weit unterdurchschnittlich bzw. bei Null liegen fremdsprachliche Einverständniserklärungen bei den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und in den Praxen der Zahnärzteschaft aus. Bei ersteren sind jedoch auch keine Einverständniserklärungen nötig.

Die Frage, ob es sich bei dem fremdsprachlichen Informationsmaterial um selbsterstelltes Material oder Material von Dritten handelt, wird überwiegend Letzteres angegeben (55,7%). Des Weiteren geben 30,2% der befragten Beschäftigten an, dass sie keine weiteren, fremdsprachengerechten Informationen in ihren Institutionen vorhalten. Persönliche Beratungen bieten die Hälfte der Praxen und Kliniken bzw. Beratungsstellen an, darunter besonders häufig die Ärzte- und

Zahnärzteschaft (rd. 60 %). 13,3% der Beschäftigten in den befragten Sektoren haben sonstige Angebote für Migrantinnen und Migranten. Diese reichen von Vermittlung, Fremdsprachenseminar in türkischer Gemeinde über einen fremdsprachigen Internetauftritt sowie das Einweisen in die Informationsbeschaffung per Internet bis zu: „mit Geduld versuchen, Dinge zu erklären“ und einer speziellen Beratungsstelle für Migrantinnen und Migranten.

4.8.4. Spezielle Behandlungsangebote

Spezielle Behandlungsangebote für Migrantinnen und Migranten werden in den einzelnen Teilsektoren nach Angaben der Befragten nicht angeboten. Lediglich sechs Befragte geben spezielle Angebote an. Darunter waren „eigene Erfahrungen mit der Migration“, eine spezielle Impf- und Präventionsberatung, die Achtung islamischer Bräuche, insbesondere des Ramadans, sowie Sprachunterricht und eine spezielle Beratung.

4.9. Bedürfnisse, Wünsche & Anregungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung

In der offenen Frage welche Bedürfnisse, Anregungen & Wünsche zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten die Beschäftigten im Gesundheitswesen haben, werden überwiegend Themenbereiche genannt, die sich auf die Sprache beziehen. Es wird vielfach angeregt, dass die Deutschkenntnisse verbessert werden sollen. Das soll z.T. kontrollierender und verpflichtender geschehen. Andererseits finden sich auch vielfach Anregungen, das Angebot von Dolmetscherinnen und Dolmetschern im Gesundheitswesen zu verbessern. Da ist der Wunsch nach einem „Zentralen Dolmetscherdienst“ oder die Anregung die bestehenden Dienste zu erweitern. Ein Dolmetscherdienst mit Rufbereitschaft wird vorgeschlagen und es wird angeregt, dass es einfacher und schneller möglich sein soll, zu Dolmet-

scherinnen und Dolmetschern Zugang zu bekommen. Dieser Zugang wird auch als „öffentlich zugänglich“ gewünscht.

Ein weiterer großer Themenbereich ist derjenige der Information. Zum einen handelt es sich dabei um Anregungen zur Verbesserung des Informationsflusses zwischen den Versorgerrinnen und Versorger selbst, zum anderen um die Verbesserung des Informationsstandes der Migrantinnen und Migranten.

So wird für erstere angeregt, dass die Angebote für Migrantinnen und Migranten besser kenntlich gemacht werden. Ein Gesundheitswegweiser soll erstellt werden, der die Angebote für Migrantinnen und Migranten kenntlich macht. Im einzelnen wird eine Liste mit fremdsprachigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gewünscht sowie bessere Informationsmaterialien für Praxen, die kein eigenes fremdsprachiges Personal haben.

Für die „andere Seite“, die Migrantinnen und Migranten, wird angeregt, dass eine Informationsstelle existiert, die z.B. Adressen der Versorgerrinnen und Versorger vorhält. Insgesamt wird eine bessere Aufklärung gewünscht, um die Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund besser in die Regelversorgungsdienste zu integrieren, wie z.B. eine allgemeine Aufklärung vor dem Aufsuchen der Arztpraxis. Darüber hinaus werden Informationsbroschüren in verschiedenen Sprachen gefordert, die „einfach lesbar“ sind.

4.10. Handlungsempfehlungen

Zu 4.1. Problemstellungen und methodische Vorgehensweise

Handlungsempfehlung 3.1. der AG Migrantinnen und Gesundheit des Bielefelder Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit:

Es ist sinnvoll, für die statistische Erfassung zu definieren, was unter der Rubrik

Migrantinnen und Migranten verstanden werden soll. Ein Vorschlag von Seiten des Interkulturellen Büros, der in Absprache mit Einrichtungen, die mit Migrantinnen und Migranten arbeiten, abgestimmt wurde, und dann verbindlich zur Grundlage von statistischen Erfassungen dient, liegt vor.

Zeit: Kurzfristig

Zuständig: Arbeitsgruppe Bevölkerungsentwicklung und Interkulturelles Büro

Betrifft: Kein Gesundheitsziel

Zu 4.3. Informations- und Wissensdefizite aus Sicht der Beschäftigten

Handlungsempfehlung 3.10 der AG Migrantinnen und Gesundheit des Bielefelder Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit:

Schriftliche PatientInnen-Informationen wie Beratungsangebote, Aufklärungsmaterialien und Einverständniserklärungen werden in die wichtigsten Fremdsprachen übersetzt, denn Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache, Kultur und Unkenntnis des deutschen Gesundheitssystems können dazu führen, dass Migrantinnen einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind, weder Präventionsmöglichkeiten in ausreichendem Maße nutzen können, noch im Krankheitsfall bedarfsgerechte Hilfe finden. Außerdem können diese Materialien der rechtlichen Absicherung der im Gesundheitswesen Tätigen dienen.

Zeitlich: laufend und langfristig

Zuständig: Krankenhäuser, Krankenkassen, Ärztekammer, Zahnärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Gesundheitliche Chancengleichheit

Handlungsempfehlung 3.11 der AG Migrantinnen und Gesundheit des Bielefelder Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit:

Eine Informationsbroschüre zu speziellen Krankheitsbildern von A-Z auf Türkisch erscheint in Kürze

Zeitlich: kurzfristig

Zuständig: Selbsthilfegruppe Gesundheitsprobleme türkischer Frauen / BIKIS

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziele Bürgerinnen- und Bürgerorientierung und Gesundheitliche Chancengleichheit

Zu 4.3.1. Informations- und Wissensdefizite hinsichtlich der Organisation des Gesundheitswesens

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

Der deutliche Unterschied zwischen Migrantinnen und Migranten einerseits und Nicht-Migrantinnen und Nicht-Migranten andererseits erfordert eine bessere Aufklärungsarbeit. Genau an diesem Punkt setzt das MiMi-Projekt an. In der Schulung der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ist ein Thema das deutsche Gesundheitswesen. Die Gesundheitskampagnen schließen daran an. Die Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren können hierfür eingesetzt werden. Es sollte vorher erörtert werden, welche Wissensdefizite dies im einzelnen sind und welche davon zuerst verringert werden sollten. Die Frage der Finanzierung von Honorarverträgen müsste dafür noch geklärt werden.

Darüber hinaus ist vorgesehen, dass die mehrsprachige Gesundheitsbroschüre, die im Rahmen von MiMi erstellt wird, auch das deutsche Gesundheitswesen thematisiert.

Außerdem ist der Wegweiser für Migrantinnen und Migranten zu nennen, der den Schwerpunkt Beratung hat und von der Psychologischen Frauenberatung e.V. für Bielefeld erstellt wird.

Zudem existiert ein mehrsprachige Information über Patientinnen- und Patientenrechte der PatientInnenstelle im Bielefelder Gesundheitsladen e.V., die u.a. bei Aufklärungsveranstaltungen benutzt werden kann.

Zeitlich: Mittelfristig und kurzfristig

Zuständig: Kommunale Gesundheitskonferenz, MiMi-Projektleitung, Psychologische Frauenberatung e.V. und PatientInnenstelle im Gesundheitsladen Bielefeld e.V.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung und Bielefelder Gesundheitsziel Gesundheitliche Chancengleichheit

Zu 4.3.2. Früherkennungsuntersuchungen

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

In Bezug auf die deutlichen Unterschiede hinsichtlich des Informationsstandes bei den Früherkennungsuntersuchungen vergleiche die entsprechende Handlungsempfehlung zu den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung. Es sollte mit den qualifizierten Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren und den Aktivitäten des Interkulturellen Büros gezielt Aufklärung hinsichtlich der defizitär in Anspruch genommenen Früherkennungsuntersuchungen erfolgen.

Zeitlich: Mittelfristig

Zuständig: Ausgewählte Mitglieder der Kommunalen Gesundheitskonferenz in Abstimmung mit dem Interkulturellen Büro

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 4.3.3. Krebsvorsorgeuntersuchungen

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

Die Steigerung der Inanspruchnahme der Krebsvorsorgeuntersuchungen wurde bereits in der AG Gesundheitsdaten auf der Grundlage der Bevölkerungsumfrage von 1999 diskutiert. Damals ging es nur am Rande um Migrantinnen und Migranten. Stattdessen wurde überlegt, wie die Inanspruchnahme insbesondere unter Männern – hier zeigten die Befragungsergebnisse deutliche Defizite – gesteigert werden kann. Das Ergebnis der Diskussion war, dass es unter den derzeitigen Strukturen nicht möglich ist, effektiv zu einer Steigerung der Inanspruchnahme zu kommen. Darüber hinaus wurden z.T. auch die Qualitäten der verschiedenen Tests in Frage gestellt. Es ist zu überprüfen, ob im Rahmen des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitswesens, die vorgesehen Möglichkeiten für Krankenkassen, Bonussysteme einzusetzen, auch hinsichtlich der Krebsvorsorgeuntersuchungen ausgerichtet werden können. Sämtliche damit zusammenhängenden Informationskampagnen etc. sollten unter besonderer Berücksichtigung von Migrantinnen und Migranten geplant werden. Dabei können die qualifizierten Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren eingesetzt werden. Deren Finanzierung über Honorarverträge müsste geklärt werden.

Zeitlich: Mittelfristig

Zuständig: Kommunale Gesundheitskonferenz

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Gesundheitliche Chancengleichheit und Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 4.3.4. Zahnvorsorgeuntersuchungen

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

Der eingeschätzte Wissensunterschied zwischen Migrations- und Nichtmigrationsgruppe hinsichtlich der Zahnvorsorgeuntersuchungen ist außergewöhnlich groß zu Ungunsten der Migrationsgruppe. Die Zahnvorsorgeuntersuchungen und insbesondere die verschiedenen Prophylaxemaßnahmen, die im Rahmen der AG Zahngesundheit stattfinden, sollten noch mal dahingehend geprüft werden, inwiefern möglicherweise eine kultursensible Vorgehensweise hilfreich wäre. Die qualifizierten Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren des MiMi-Projektes könnten hierbei in andere Kulturen vermitteln bzw. in andere Sprachen übersetzen. Für ihren Einsatz wäre die Finanzierung über Honorarverträge zu klären.

Dabei ist besonders Aufklärung in Hinsicht auf die Zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen (IP 1-5) für Kinder im Alter vom 30. bis zum 72. Lebensmonat wichtig. Eine Dokumentation der durchgeführten Prophylaxen, die nach Migrationstatus unterscheidet, ist anzustreben (Stichwort: Beobachtungspraxen).

Zeitlich: mittelfristig

Zuständig: AG Zahngesundheit, Zahnärzte, Kinder- und jugendzahnärztlicher Dienst

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 4.3.5. Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

Die vom Interkulturellen Büro organisierten Kurse u.a. zur Erziehung und Gesundheit, die u.a. die Mütter oder werdenden Mütter anspricht, sollten fortgeführt werden und es sollte darüber nachgedacht werden, in welchen Stadtgebieten diesbzgl. dringender Bedarf besteht (Indikator Anteil und absolute Anzahl der Bevölkerung ausländischer Herkunft im Alter von 0-1 Jahren nach statistischen Bezirken). Die Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren des MiMi-Projektes könnten dabei eingesetzt werden. Dabei muss jedoch deren Finanzierung über Honorarverträge geklärt werden.

Zeitlich: Mittelfristig

Zuständig: Kommunale Gesundheitskonferenz und Interkulturelles Büro

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 4.3.6. Schutzimpfungen

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

In Bezug auf Kinder siehe die entsprechende Handlungsempfehlung zu den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen. Hinsichtlich der erwachsenen Bevölkerung ist zu fragen, wie groß die Impflücken jeweils sind. Um dies zu klären, sind weitergehende Literaturrecherchen nötig ggf. eine spezielle Erhebung. Bei einer denkbaren Impfkampagne für die erwachsene Bevölkerung ist der Einsatz der Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren für Migrationsgruppen denkbar.

Zeitlich: langfristig

Zuständig: Gesundheitsberichterstattung

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 4.3.7. Kontrazeption

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

Die Minderung der angegebenen Wissenslücken in Hinsicht auf Verhütung sollte ein zentrales Thema in den Kursen sein, die bereits vom Interkulturellen Büro in Bielefeld durchgeführt werden. Ein Einsatz der Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren des MiMi-Projektes kann daran anknüpfen. Deren Finanzierung über Honorarverträge wäre zu klären. Darüber hinaus ist zu fragen, inwiefern Beratungsstellen wie z.B. Pro-Familia entsprechend kultursensibel vorgehen können.

Zeitlich: Mittelfristig

Zuständig: Beratungsstellen und Interkulturelles Büro

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 4.3.8. Darstellung der Anamnese

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

Migrantinnen und Migranten stellen ihre möglichen Krankheitssymptome häufig anders dar als deutsche Patientinnen und Patienten. Deshalb sollte der festgestellte, deutliche Unterschied zwischen Migrantinnen bzw. Migranten und der Nicht-Migrationsgruppe bzgl. der Anamnese dadurch minimiert werden, dass entsprechende Fortbildungsveranstaltungen für die im Gesundheitswesen Tätigen angeboten werden.

Zeitlich: Mittelfristig

Zuständig: Kommunale Gesundheitskonferenz

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung sowie

Bielefelder Gesundheitsziel Gesundheitliche Chancengleichheit

Zu 4.3.9. Compliance

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

Die geringe Compliance bei Migrantinnen und Migranten sollte in Kampagnen der Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren des MiMi-Projektes thematisiert werden. Dabei ist die Finanzierungsfrage entsprechender Honorarverträge zu klären.

Zusätzlich ist die bereits geplante Fortbildung für im Gesundheitswesen Tätige als Handlungsempfehlung für die Kommunale Gesundheitskonferenz erneut vorzubereiten.

Zeitlich: Kurz- mittelfristig

Zuständig: AG Migration und Gesundheit der Kommunalen Gesundheitskonferenz

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

Zu 4.4.1. Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten und 3.5. Lösungsmöglichkeiten & Inanspruchnahme und Einschätzung von Dolmetscherdiensten

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

Die Verminderung sprachlicher Verständigungsschwierigkeiten bedarf verschiedener Maßnahmen. In den Anregungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten wird von den Beschäftigten im Bielefelder Gesundheitswesen am häufigsten die Einrichtung bzw. Verbesserung der Dolmetscherdienste genannt. „Jemanden suchen, der dolmetschen kann“ ist zudem die häufigst genannte Lösungsstrategie wenn Verständigungsschwierigkeiten auftauchen. Gleichwohl

wird der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern insgesamt nur als „zufriedenstellend“ bewertet, wobei diese Einschätzung aus heutiger Sicht geschieht.

Es ist zu überlegen, ob die Funktion „jemanden suchen, der dolmetschen kann“ auch durch qualifizierte Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren des MiMi-Projektes ausgeübt werden kann. Dabei wären Fragen der Finanzierung zu klären. Des Weiteren ist zu fragen, ob in den größeren Gesundheitseinrichtungen die Beschäftigten mit eigenem Migrationshintergrund so qualifiziert werden können, dass die Übersetzungshilfen, die bereits heute von ihnen geleistet werden, qualifiziert stattfinden, d.h. auch ihren Zweck erfüllen. Die Qualität sollte in Bezug auf die Arzt-Patienten-Interaktion durch die Ärztinnen und Ärzte reflektiert werden.

Zeitlich: kurzfristig

Zuständig: Ärztekammer, AG der Krankenhausträger, Kassenärztliche Vereinigung, AG Migration und Gesundheit der KGK

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

Handlungsempfehlung 3.2. der AG Migrantinnen und Gesundheit des Bielefelder Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit:

Sprachliche Grundlagen: Um der Entwicklung von Parallelgesellschaften entgegenzuwirken, die zu einer Ausgrenzung der betroffenen Frauen und Mädchen und Missachtung der hier bestehenden Rechtsnormen führen können, ist an erster Stelle immer der Erwerb der deutschen Sprache und die Vermittlung der hier bestehenden Rechtsnormen zu setzen sowie die Kenntnis der Strukturen und Angebote.

Der Facharbeitskreis Migration hat bei einer Bestandsaufnahme 2002 bereits ein Manko an entsprechenden Sprachkursen festgestellt. Im Hinblick auf das zu erwartende Zuwanderungsgesetz, das Integrationskurse als Sprach- und Orientierungskurse vorsieht, soll diese Orientierungsstufe stärker auf die Bedürfnisse von Frauen zugeschnitten sein und verstärkt gesundheits- und wohnbereichsbezogene Aspekte berücksichtigen. Nicht nur sprachliche Grundkenntnisse sollen an dieser Stelle vermittelt werden, sondern auch die geltenden rechtlichen Grundlagen in der BRD (Auszüge aus BGB, GG) sowie grundlegende Kenntnisse von psychosozialer Versorgung und dem Gesundheitssystem

Zuständig: Facharbeitskreis Migration mit den SprachkursanbieterInnen und in Kooperation mit anderen AnbieterInnen (z.B. neben kommunalen Einrichtungen auch PatientInnenstelle im Gesundheitsladen Bielefeld e.V., Psychologische Frauenberatung e.V., Mädchenberatung) diese Empfehlung zu diskutieren und auf eine geschlechtssensible Umsetzung hinzuwirken.

Zuständig: VHS u.a. s.o. sowie Facharbeitskreis Migration und Gesundheit/Interkulturelles Büro

Betrifft: Kein Gesundheitsziel

Handlungsempfehlung 3.9. der AG Migrantinnen und Gesundheit des Bielefelder Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit:

Einrichten eines qualifizierten Dolmetscherpools bestehend aus den Schlüsselpersonen und Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren der „ethnischen“ Gruppen. Eine Übertragung des Modells des ethnomedizinischen Zentrums in Hannover ist unter dem Gesichtspunkt geschlechtsspezifischer Aspekte zu prüfen. Eine Finanzierung z.B. über Honorarverträge wäre zu prüfen.

Zeitlich: langfristig

Zuständig: AG Migration und Gesundheit, Interkulturelles Büro, Migrationsfachdienste, BIKIS, Kommunale Gesundheitskonferenz, Krankenkassen, Krankenhäuser, ZIG

Betrifft: Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

Zu 4.4.2. Kulturelle Verständigungsschwierigkeiten

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

In Hinsicht auf die kulturellen Verständigungsschwierigkeiten erscheint ein zweiteiliges Vorgehen als sinnvoll. Einerseits sollte die o.g. Handlungsempfehlung zum besseren Verständnis des deutschen Gesundheitssystems durch Aufklärungskampagnen und Gesundheitswegweiser, u.a. mit den Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren, darauf hin wirken, dass Migrantinnen und Migranten erfahren, wie die Gesundheitsversorgung in Bielefeld organisiert ist, andererseits sollten - ähnlich wie in der Handlungsempfehlung zur Compliance formuliert - Fortbildungsveranstaltungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen angeboten werden, die kulturelle Spezifika bei Patientinnen und Patienten ausländischer Herkunft vermitteln. Eine solche Handlungsempfehlung wurde bereits von der AG Migration und Gesundheit der KGK vorgelegt. Diese muss jetzt präzisiert werden.

Zeitlich: kurz- und mittelfristig

Zuständig: AG Migration und Gesundheit der KGK

Betrifft: alle Gesundheitsziele

Handlungsempfehlung 3.5. der AG Migrantinnen und Gesundheit des Bielefelder Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit:

Um die Versorgung für Frauen und Mädchen im Gesundheitswesen zu optimieren, müssen ethnische Konzepte und geschlechtsspezifische interkulturelle, ethnomedizinische Aspekte in den ambulanten und stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Krankenkassen verankert und umgesetzt werden.

Das Wissen um und Eingehen auf die kulturell unterschiedlichen theoretischen Vorstellungen und Konzepte von Krankheit und Gesundheit, von Schmerz und Angst und deren Ursachen und Behandlungen muss bei allen Behandlungen und Beratungen vorhanden sein.

Modelle aus dem westlichen Kulturkreis sind nicht direkt übertragbar, sondern es sind geschlechts- und kultursensibel unterschiedliche Modelle von Prävention, Beratung und Versorgung zu entwickeln bzw. etwaige vorhandene kultursensible Modelle aus anderen Kommunen auf ihre Übertragbarkeit zu überprüfen (z.B. bzgl. der seltenen Fälle von Genitalverstümmelung)

Als erster Schritt wäre eine Bestandsaufnahme von entsprechenden Modellen aus anderen Kommunen und in den hier vorhandenen Einrichtungen und Institutionen zu unternehmen.

Zeitlich: mittel- und langfristig

Zuständig: Migrantinnenfachdienste, AG der Kommunalen Gesundheitskonferenz, AK Frauen/Mädchen und Gesundheit, AK Migration und Gesundheit,

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

Zu 4.7. Faktische und gewünschte Kooperation bei der Versorgung von Migrantinnen und Migranten

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

Die gegenwärtigen Strukturen des örtlichen Gesundheitswesens erlauben es nicht, das eine Teilsektoren übergreifende, integrierte Versorgung stattfindet. Gleichwohl ist zu beachten, dass am häufigsten die Kooperation mit den Selbsthilfegruppen gewünscht wird. Es ist zu fragen, inwiefern diesbzgl. Kapazitäten bestehen, neben der bereits existierenden Selbsthilfegruppe für überwiegend türkische Frauen, weitere migrationsensible Selbsthilfegruppen in das Leben zu rufen und welche Möglichkeiten sich für eine integrierende Versorgung bieten.

Zeitlich: mittel- und langfristig

Zuständig: AG Migration und Gesundheit der KGK

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

Handlungsempfehlung der AG Migrantinnen und Gesundheit des Bielefelder Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit:

Eine engere Kooperation als bisher aller für die psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit von Migrantinnen verantwortlichen Akteure des Gesundheitswesens (d.h. ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände etc) ist nötig, um eine adäquate Prävention und Versorgung sicherzustellen.^{viii}

Zeitlich: langfristig

Zuständig: ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

Handlungsempfehlung 3.6. der AG Migrantinnen und Gesundheit des Bielefelder Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit:

- Broschüre mit ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen -

Die bisherige Liste von Ärztinnen und Ärzten, die muttersprachlich bzw. fremdsprachlich behandeln können, wird aktualisiert und um die Rubrik Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erweitert. Diese Broschüre soll in allen Arzt- und Zahnarztpraxen, bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie in psychosozialen Beratungsstellen und Migrationsfachdiensten, Initiativen, Ämtern usw. verteilt werden.

Es wird vorgeschlagen, Sprechstunden in anderen Sprachen sowie Mädchen-sprechstunden z.B. bei Gynäkologinnen anzulegen.

Handlungsempfehlung 3.6.1 der AG Migrantinnen und Gesundheit des Bielefelder Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit:

- Wegweiser für Migrantinnen und Migranten -

Der Wegweiser für Migrantinnen und Migranten soll neu aufgelegt werden. Er verweist auf mutter- und fremdsprachige Beratungsangebote der psychosozialen Versorgung, der schulischen und beruflichen Beratung sowie auf Beratungsangebote der Frauenprojekteinfrastruktur. Er soll sowohl Migrantinnen und Migranten als auch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zur Orientierung dienen und psychosozialen Einrichtungen, Ämtern, Migrationsfachdiensten, ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen zur Verfügung gestellt werden. Der Wegweiser wird 2004 von der Psychologischen Frauenberatung e.V. neu aufgelegt.

Zeitlich: kurz- und mittelfristig

Zuständig: Die ÄrztInnen- und PsychotherapeutInnenbroschüre wird vom Arbeitskreis Interkulturelle Frauenberatung herausgegeben. Der Wegweiser wird von der Psychologischen Frauenberatung e.V. aufgelegt. Verteilung und Unterstüt-

zung beider Broschüren durch KGK, KV, Interkulturelles Büro.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

Handlungsempfehlung 3.8. der AG Migrantinnen und Gesundheit des Bielefelder Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit:

Modelle von integrierter Versorgung (nach dem Modell Städtisches Klinikum Mitte im Bereich Hämatologie, Onkologie) sind ein entscheidender Schritt in die ganzheitliche Versorgung und Betreuung. Durch die Integration der stationären mit der ambulanten Versorgung können im Bereich der psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahmen wie auch der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung flexiblere Behandlungsstrukturen sowie eine Verkürzung der Wartezeiten erreicht werden.

Zeitlich: langfristig

Zuständig: Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, AG der KGK

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

Zu 4.8. Migrationssensible Einrichtungen

Handlungsempfehlung der städtischen Gesundheitsberichterstattung:

Damit der Anteil der Beschäftigten mit Migrationshintergrund im Bielefelder Gesundheitswesen gesteigert wird, wird empfohlen, dass die Einrichtungen des Bielefelder Gesundheitswesens in ihren Stellenausschreibungen ausdrücklich hervorheben, dass Personen mit Migrationserfahrung bei gleicher Qualifikation bevorzugt eingestellt werden.

Zeitlich: kurzfristig

Zuständig: Mitglieder der Kommunalen Gesundheitskonferenz

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

Handlungsempfehlung 3.3. der AG Migrantinnen und Gesundheit des Bielefelder Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit:

Eine stärkere Kunden- / -innenorientierung der Krankenkassen ist angesichts der demografischen Entwicklung angezeigt. Beratungsangebote sollten muttersprachlich und interkulturell ausgerichtet werden, zunächst in russisch und türkisch. Die Einstellung von fremdsprachlichem Personal bzw. Schulung des vorhandenen fremdsprachlichen Personals ist wichtig. Die Institutionen des Gesundheitswesens und der psychosozialen Versorgung (Krankenhäuser, Krankenkassen, Gesundheitsamt u.a.) sollten sich darauf verpflichten hinsichtlich ihrer personellen Zusammensetzung die Bevölkerungsstruktur des Einzugsgebietes abzubilden (Quotenregelung, interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation bei Stellenausschreibungen und Stellenbesetzungen), um dem Bedarf nach muttersprachlichem Personal nachzukommen.^{ix}

Zeitlich: Kurz- und mittelfristig

Zuständig: AG Migration und Gesundheit der KGK, Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer, Stadt Bielefeld bei Gestaltung der Leistungsverträge

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

Handlungsempfehlung 3.4. der AG Migrantinnen und Gesundheit des Bielefelder Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit:

Einrichtungen und Handelnde der gesundheitlichen Versorgung (Krankenhäuser, Krankenkasse, kommunale Einrich-

tungen u.a.) sollten sich bei strukturellen Entscheidungen an einer interkulturellen Organisationsentwicklung orientieren: im Qualitätsmanagement bei der Erstellung des Leitbildes bis hin zur Dokumentation, Entwicklung von Qualitätsstandards für die psychosoziale Betreuung von Migrantinnen, Entwicklung von verbindlichen Kriterien zur Interkulturalität von Institutionen der gesundheitlichen Versorgung.

3.4.1 Zuerst sollte eine interkulturelle Bestandsaufnahme in den Einrichtungen und Institutionen erfolgen.

3.4.2. Aus- Fort- und Weiterbildung: Vermittlung interkultureller Kompetenzen und transkultureller Themen für das gesamte Personal, z.B. ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, KrankenpflegerInnen, z.B. Sprachkurse in türkisch und russisch für MitarbeiterInnen der Stadtverwaltung, Erweiterung des Fortbildungs- und Beratungsangebotes der VHS und des Personalamtes der Stadt Bielefeld „Interkulturelle Kompetenz- für den verbesserten Dialog zwischen Verwaltung und Migranten in der Kommune“ um den Bereich Gesundheit

Zeitlich: mittel- und langfristig

Zuständig: Bielefelder Krankenhäuser, Personal- und Organisationsamt der Stadt Bielefeld und VHS Bielefeld, Arbeitsgruppe der Kommunalen Gesundheitskonferenz.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

Handlungsempfehlung 3.13 der AG Migrantinnen und Gesundheit des Bielefelder Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit:

Ein größerer Teil gebildeter und entsprechend ausgebildeter Migrantinnen würde langfristig den allseits festgestellten Fachkräftemangel beheben.^x

Eine Kampagne zur Förderung der Aus- und Fortbildung von Migrantinnen in Gesundheitsberufen vergleichbar der Maßnahmen des Interkulturellen Büros „Migrantinnen als Erzieherinnen“ oder Mädchen in IT Berufe ist eine Maßnahme, die dazu beitragen könnte den Fachkräftemangel zu verringern.

Zeitlich: langfristig

Zuständig: Interkulturelles Büro und Kooperationspartner / -innen wie Arbeitsagentur

Betrifft: Kein Gesundheitsziel

Handlungsempfehlung 3.14 der AG Migrantinnen und Gesundheit des Bielefelder Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit:

Ausgebildete Migrantinnen fehlen vor allem im Bereich Sucht und Psychiatrie. Die Einstellung oder Qualifikation von solchem Personal sollte in den Leistungsverträgen verankert werden. In bestimmten Stadtteilen ist es z.B. beinahe unmöglich, aufgrund der psychischen bzw. suchtspezifischen Abhängigkeiten von überwiegend Vätern, Aussiedlerfamilien zu erreichen.

Zeitlich: mittelfristig

Zuständig: Stadt Bielefeld, konsequente Verfolgung der Vorgaben in den Leistungsverträgen

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

Handlungsempfehlung 3.15 der AG Migrantinnen und Gesundheit des Bielefelder Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit:

Zielgruppenspezifische Angebote: Grundsätzlich sind die Beratungsstellen- und dienste für kultur- und migrationspezifische Komponenten sensibilisiert (s. Mädchenhaus, Zufluchtstätte,

Halhof, etc.), dies sollte nachdrücklich mit dem Augenmerk auf Gesundheit geschehen.

Dies gilt v.a. für Mädchen. Die Beratungsangebote werden auf ihre spezifischen Bedürfnisse zugeschnitten. Bei Bedarf aufsuchend, niedrigschwellig, unterschiedliche Identitätskonzepte und Werthaltungen akzeptierend, Rassismuserfahrungen berücksichtigend. In Bielefeld gibt es z.B. keine muttersprachliche Therapeutin, die Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien berät.

Des Weiteren gilt dies für von Gewalt betroffene Frauen, unter besonderer Berücksichtigung der Opfer von Genitalverstümmelung, Folteropfer, Opfer von Frauenhandel, Kriegstraumatisierte, Flüchtlinge, Heiratsmigrantinnen und nachgereiste Ehepartnerinnen, alleinstehende und alleinerziehende (v.a. junge) Frauen.

Zeitlich: kurzfristig

Zuständig: Stadt Bielefeld, als Vorgabe in die Leistungsverträge

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

Handlungsempfehlung 3.16 der AG Migrantinnen und Gesundheit des Bielefelder Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit:

Förderung der Selbsthilfeaktivitäten und des bürgerschaftlichen Engagements: Potenziale für Selbsthilfeaktivitäten zu gesundheitlichen oder sozialen Themen sind vorhanden, die BIKIS (Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen) hat 2002 und 2003 jeweils eine Aktionswoche zum Thema Selbsthilfe und Krankenhaus gemacht, im Vorfeld gab es eine Befragung der Selbsthilfegruppen zu ihren Erfahrungen mit den Bielefelder Krankenhäusern mit vielen konkreten Verbesserungsvorschlägen und Anregungen. Die BIKIS verfügt jedoch über keine Ressourcen, muttersprachliche Angebote

(wie z.B. KISS KÖLN für türkische Migrantinnen) zu machen. Im September 2003 hat die BIKIS auf drei Stationen in Gilead ausprobiert, wie die Verbreitung von Selbsthilfegruppen gelingen kann und evtl. Kooperationen entstehen können. Eine Finanzierung einer halben Stelle durch die Krankenhäuser wurde abgelehnt.

Zeitlich: Mittel- und langfristig

Zuständig: AG Migration und Gesundheit der KGK, AWO Projekt „Förderung des Ehrenamtes“, BIKIS

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

ⁱ Badura, Bernhard; Schaeffer, Doris; v. Troschke, Jürgen (2001): Versorgungsforschung in Deutschland. Fragestellungen und Förderbedarf, in: Z. f. Gesundheitswissenschaften, 9. Jg. 2001, H. 4, S. 298.

ⁱⁱ Zimmermann, Emil (2000): Kulturelle Missverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen, Verlag Hans Huber; Mabusse, Dr. med. (2002): Zeitschrift im Gesundheitswesen, Nr. 136, 27. Jahrgang, S.23; Korporal, Johannes und Dangel-Vogelsang, Bärbel (2001): Interkulturelle Ansätze in der gesundheitlich-sozialen Versorgung von Migranten, S.321 ff in: Marschalck, Peter und Wiedel, Karl-Heinz: Migration und Gesundheit, IMIS-Schriften 10, Universitätsverlag rasch, Osnabrück, S.313-335. Verschiedene Papiere des Bundesarbeitskreises Migration und Gesundheit des BMGS.

ⁱⁱⁱ Jedes Krankenhaus hat verschiedene Kliniken, z. B. urologische Klinik, chirurgische Klinik usw. Im Alltag wird der Begriff Krankenhaus manchmal mit dem Begriff Klinik gleichbedeutend verwendet. Das ist aber für die Zwecke hier unzutreffend.

^{iv} Zimmermann, Emil (2000): Kulturelle Missverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen, Bern, S. 13.

^v Borde, Thea (1998): Die Versorgung von Immigranten/innen aus der Perspektive von Fachkräften der Gesundheitsversorgung, in: dies., David, M. und Kentenisch, H. (Hrsg.): Migration und Gesundheit, Frankfurt am Main, S. 104

^{vi} Poser-Landsch, Marlene (1998): Kommunikationsstörungen zwischen ausländischen Patientinnen und einheimischen Ärzten/Ärztinnen, in: Borde, Th., David, M. und Kentenisch, H. (Hrsg.): Migration und Gesundheit, Frankfurt am Main, S. 75

^{vii} Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V. (2003): Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW, S. 79.

^{viii} Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V. (2003): Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW, S. 127.

^{ix} Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V. (2003): Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW, S. 128.

^x Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V. (2003): Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW, S. 129.

5. Anhang

5.1. Literaturverzeichnis:

Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (ALOG, 2003):
Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, Band 2:
Themenfelder 6-11, hrsg. vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und
Familie des Landes Nordrhein-Westfalen

Badura, Bernhard; Schaeffer, Doris; v. Troschke, Jürgen (2001):
Versorgungsforschung in Deutschland. Fragestellungen und Förderbedarf, in: Z. f
Gesundheitswissenschaften, 9. Jg. 2001

Borde, Thea (1998): Die Versorgung von Immigranten/innen aus der Perspektive von
Fachkräften der Gesundheitsversorgung, in: dies., David, M. und Kentenisch, H.
(Hrsg.): Migration und Gesundheit, Frankfurt am Main

Korporal, Johannes und Dangel-Vogelsang, Bärbel (2001): Interkulturelle Ansätze in
der gesundheitlich-sozialen Versorgung von Migranten, S.321 ff in: Marschalck, Peter
und Wiedel, Karl-Heinz: Migration und Gesundheit, IMIS-Schriften 10,
Universitätsverlag rasch, Osnabrück, S.313-335

Mabuse, Dr. med. (2002): Zeitschrift im Gesundheitswesen, Nr. 136, 27. Jahrgang.

Poser-Landsch, Marlene (1998): Kommunikationsstörungen zwischen ausländischen
Patientinnen und einheimischen Ärzten/Ärztinnen, in: Borde, Th. , David, M. und
Kentenisch, H. (Hrsg.): Migration und Gesundheit, Frankfurt am Main.

Razum, Oliver (2000): Gesundheitsberichterstattung für Migranten. Expertise im
Auftrag des Robert-Koch-Institutes, Berlin.

Stadt Bielefeld (2001): Armuts- und Sozialbericht der Stadt Bielefeld

Stadt Bielefeld, Drucksache 5746

Stadt Bielefeld (2002): Bielefelder Gesundheitsberichterstattung. Kinder- und
Jugendgesundheitsbericht.

Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V. (2003):
Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit
und Versorgung von Migrantinnen in NRW, Bonn

Zeeb, H., Baune, B. T., Vollmer, W., Cremer, D., Krämer, A. (2004): Gesundheitliche
Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten – ein Survey bei der
Schuleingangsuntersuchung, in: Das Gesundheitswesen 2004; 66: 76-84, Stuttgart.

Zimmermann, Emil (2000): Kulturelle Missverständnisse in der Medizin. Ausländische
Patienten besser versorgen, Verlag Hans Huber

**5.2. Fragebogen „Eltern von Schulanfängerinnen und Schulanfängern“
(unformatiert)**

Code

Allgemeiner Gesundheitszustand

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet sehr gut gut weniger gut schlecht

2. Bestand bei Ihnen innerhalb der letzten 6 Monate eine körperliche oder psychische Erkrankung, die durch einen Arzt/Ärztin festgestellt wurde?

Körperliche Erkrankung ja **nein**
Psychische Erkrankung ja nein

3. Hatten Sie schon einmal eine Hepatitis (Gelbsucht, Typ A, B, C)?
Nein Ja Wenn Ja, dann Typ A ; Typ B ; Typ C Weiß nicht

4a. Sind Sie Raucher/in?
Nein
Ja und zwar bis 5 6-10 11-20 mehr als 20 Zigaretten/Tag.

4b. Haben Sie früher geraucht?
Nein
Ja und zwar bis 5 6-10 11-20 mehr als 20 Zigaretten/Tag.

Falls Sie Frage 2 mit Nein beantwortet haben, also in den letzten 6 Monaten überhaupt keine Erkrankung hatten, dann gehen Sie bitte weiter zu Frage 7.
Falls Sie eine Erkrankung hatten, machen Sie bitte weiter mit den Fragen 5-6.

Einschränkungen durch körperliche bzw. seelische Erkrankungen

5. Wie stark schätzen Sie die Einschränkung im Beruf bzw. zu Hause durch Ihre Erkrankung innerhalb der letzten 6 Monate ein?

Einschränkung durch Krankheit im Beruf bzw. zu Hause:

Keine gering mittel stark

6. Wie viele Tage waren Sie in den vergangenen 6 Monaten insgesamt so krank, dass Sie Ihrer üblichen Tätigkeit (Beruf bzw. Hausarbeit) nicht nachgehen konnten?

Ungefähr Tage kein Tag Ungefähr Monate

Behandlung und Versorgung von Erkrankungen

7. Haben Sie in den letzten 6 Monaten Medikamente eingenommen?
- Nein bis zu 3 mal pro Monat
 1 mal pro Woche häufiger als 1 mal pro Woche
8. Falls Sie Medikamente innerhalb der letzten 6 Monate eingenommen haben, welche Medikamente haben Sie eingenommen?
- Schlaf- oder Beruhigungsmittel
 Herzmittel
 Magen-Darm-Mittel
 Schmerzmittel
 homöopathische, alternative Präparate
 Andere
9. Haben Sie in den letzten 6 Monaten einen Arzt in der Praxis (z.B. Hausarzt, Internist, Orthopäde, Chirurg, Kinderarzt) aufgesucht?
- Nein
 1 mal 2-3 mal 4-5 mal mehr als 5 mal
10. Hatten Sie in den letzten 6 Monaten einen Krankenhausaufenthalt?
- Nein
 1 mal 2-3 mal 4-5 mal mehr als 5 mal
11. Haben Sie in den letzten 6 Monaten einen Zahnarzt aufgesucht?
- Nein
 1 mal 2-3 mal 4-5 mal mehr als 5 mal
12. Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine Rehabilitation (z.B. Kur, Reha, AHB) gemacht?
- Nein
 1 mal 2-3 mal
- 13a. Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine erste Hilfe bzw. Notaufnahme oder den ärztlichen Notdienst in Anspruch genommen?
- Nein
 Ja 1 mal 2-3 mal 4-5 mal mehr als 5 mal
- 13 b. Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine psychiatrische Versorgung (z.B. Krankenhaus, Ambulanz) in Anspruch genommen?
- Nein
 1 mal 2-3 mal 4-5 mal mehr als 5 mal
- 13 c. Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine psychosoziale Beratungsstelle in Anspruch genommen?
- Nein
 1 mal 2-3 mal 4-5 mal mehr als 5 mal
- 13 d. Haben Sie in den letzten 6 Monaten einen Pflegedienst in Anspruch genommen?
- Nein
 1 mal 2-3 mal 4-5 mal mehr als 5 mal
- 13 e. Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine Selbsthilfeeinrichtung in Anspruch genommen?
- Nein
 1 mal 2-3 mal 4-5 mal mehr als 5 mal
- 13 f. Haben Sie in den letzten 6 Monaten alternative Heilverfahren bzw. ein traditionelles kulturspezifisches Heilverfahren in Anspruch genommen?
- Nein
 1 mal 2-3 mal 4-5 mal mehr als 5 mal
14. Haben Sie einen Hausarzt, den Sie im Regelfall zuerst bei gesundheitlichen Problemen aufsuchen?
- Ja Nein

Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und Zufriedenheit

15. Haben Sie in der Vergangenheit jemals an einer Vorsorgeuntersuchung (z.B. Krebsvorsorge, Herz-Kreislaufferkrankungen, Schwangerschaftsvorsorge, allgemeiner Gesundheitscheck, Impfungen) teilgenommen?

Ja Nein

15a Falls ja, an welchen Vorsorgeuntersuchungen haben Sie teilgenommen?
(Mehrfachantworten möglich!)

- Krebsvorsorge
- Herz-Kreislaufferkrankungen
- Schwangerschaftsvorsorge
- allgemeiner Gesundheitscheck
- Impfungen
- Zahnmed. Vorsorge
- andere

15b) Falls keine Vorsorgeuntersuchung, warum nicht?

- Kein Interesse
- Keine Information gehabt
- Betrifft mich nicht
- Weiß nicht
- Andere

16. Wissen Sie, dass Ihr Kind kostenlos gegen Hepatitis B geimpft werden kann?

Ja Nein

17. Fühlen Sie sich über die folgenden Erkrankungen ausreichend informiert?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Krebs | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Herz-Kreislaufferkrankungen (z.B. Bluthochdruck) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Infektionskrankheiten | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Depressionen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Suchterkrankungen (z.B. Alkohol, Tabletten) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ernährungsstörungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

18. Falls Sie innerhalb der letzten 6 Monate eine körperliche oder psychische Erkrankung hatten, fühlten Sie sich ausreichend über die Erkrankung informiert?

Information über die Erkrankung war insgesamt:

- | | |
|--|--|
| Sehr zufriedenstellend <input type="checkbox"/> | zufriedenstellend <input type="checkbox"/> |
| weniger zufriedenstellend <input type="checkbox"/> | gar nicht zufriedenstellend <input type="checkbox"/> |

19. Falls Sie in den letzten 6 Monaten eine Behandlung hatten, wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung?

Sehr zufrieden zufrieden unzufrieden sehr unzufrieden

Soziodemografische Fragen

20. In welchem Jahr sind Sie geboren?

19

21. Ihr Geburtsland:

22. Sind Ihre Eltern in Deutschland geboren?

Ja

Nein

Falls Sie Nein angekreuzt haben, in welchem Land sind Ihre Eltern geboren?:

23. Ihr Geschlecht: männlich weiblich

24. Wie ist ihr Verwandtschaftsverhältnis zu dem heute untersuchten Kind?

- Mutter
- Vater
- Bruder
- Schwester
- Andere (bitte eintragen:.....)

25. Ihr Familienstand

- ledig
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet

26. Leben Sie mit Ihrem Ehepartner oder einem Lebenspartner zusammen?

- ja
- nein

27. Wie viele Personen leben – Sie eingeschlossen - in Ihrem Haushalt?

- Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre; Anzahl:
- Männer Anzahl:
- Frauen Anzahl:.....

28. Welchen Schulabschluss haben Sie erreicht?

- Sonderschulabschluss
- Volks- oder Hauptschulabschluss
- Mittlere Reife / Abschluss Polytechnische OS
- Abitur
- Anderer Abschluss (bitte nennen)
- Keine Schule besucht oder Schule ohne Abschluss verlassen

29. Falls Sie die Schule abgeschlossen haben, war das in Deutschland?

- Ja Nein, in einem anderen Land
Name des Landes

30. Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

- Ich habe keine berufliche Ausbildung oder Studium (bzw. abgebrochen)
- Ich bin noch in der Ausbildung/Studium
- Ich habe eine Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen
- Ich habe den Abschluss einer Fachschule (Meister-, Techniker-) oder Akademie
- Ich habe einen Fachhochschulabschluss
- Ich habe einen Universitätsabschluss

31. Wo haben Sie Ihre Berufsausbildung oder Studium abgeschlossen?

- in Deutschland
- in einem anderen Land (bitte nennen)

32. Sind Sie derzeit erwerbstätig? Was trifft für Sie zu?

- Vollzeit-erwerbstätig
- Teilzeit-erwerbstätig
- Geringfügig (stundenweise) erwerbstätig
- Nicht erwerbstätig
- In Ausbildung/Lehre/Umschulung
- Derzeit beurlaubt (Erziehungsurlaub etc.)

- In Rente oder Vorruhestand
- Arbeitslos
- Längerfristig krank, erwerbsunfähig
- Sozialhilfeempfänger
- Andere (bitte nennen)

Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen, falls diese für Sie zutreffen!

33. Wie alt waren Ihre Eltern etwa, als Sie nach Deutschland kamen?
 Kinder (bis 12 Jahre) Jugendliche (13-18J)
 Erwachsene (älter als 18 Jahre)

34. Wie lange leben Sie in Deutschland?
 seit meiner Geburt
 seit 19..... bzw. 20.....

35. Wie ist Ihr rechtlicher Aufenthaltsstatus?
 Ich habe eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis
 befristete Aufenthaltserlaubnis
 Aufenthaltsberechtigung
 Aufenthaltsbewilligung
 Aufenthaltsbefugnis
 Aufenthaltsgestattung
 Duldung

36. Sind Sie Flüchtling? ja
 Sind Sie Aussiedler? ja
 Sind Sie Bildungsmigrant? ja
 Sind Sie Arbeitsmigrant? ja
 Migrant aus anderen Gründen ja

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

3.3. Wie groß schätzen Sie war zum Stichtag 30. April 2003 der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund nach Alter in Ihrer Praxis?

bis 24 Jahre ____% 25 bis 40 Jahre ____% 41 bis 60 Jahre ____% 61 Jahre & älter ____%

4. Verfügen Sie in Ihrer Praxis über eine Statistik, die nach der Staatsangehörigkeit oder anderen Migrationsmerkmalen (z.B. Geburtsort, Muttersprache) der Patientinnen und Patienten unterscheidet? ja nein

5. Welche der folgenden Informationen für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund existieren in Ihrer Praxis?

- Fremdsprachliche Broschüren zur Gesundheitsaufklärung ja nein
- Fremdsprachliche Einverständniserklärungen ja nein

6. Falls Sie spezifische Informationen für Migrantinnen und Migranten anbieten, sind es:

- Informationen von Dritten
- Selbsterstelltes Informationsmaterial

7. Welche Informationsmöglichkeiten für Migrantinnen und Migranten bietet Ihre Praxis über das Auslegen von Informationsmaterial hinaus an?

- keine
- persönliche Beratung
- Sonstiges, und zwar: _____

8.1. Wie häufig treten bei den folgenden Gesundheitsthemen Informations- und Wissensdefizite bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund in Ihrer Praxis auf?

	nie	selten	ab und zu	häufig	sehr häufig	weiß nicht
Organisation des Gesundheitssystems	<input type="radio"/>					
Früherkennungsuntersuchungen	<input type="radio"/>					
Krebsvorsorgeuntersuchungen	<input type="radio"/>					
Zahnvorsorgeuntersuchungen	<input type="radio"/>					
Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen	<input type="radio"/>					
Schutzimpfungen	<input type="radio"/>					
Kontrazeption	<input type="radio"/>					
Schilderung der Anamnese	<input type="radio"/>					
Compliance	<input type="radio"/>					
Sonstiges, und zwar: _____	<input type="radio"/>					

8.2. Wie häufig treten bei den folgenden Gesundheitsthemen Informations- und Wissensdefizite bei deutschen Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund in Ihrer Praxis auf?

	nie	selten	ab und zu	häufig	sehr häufig	weiß nicht
Organisation des Gesundheitssystems	<input type="radio"/>					
Früherkennungsuntersuchungen	<input type="radio"/>					
Krebsvorsorgeuntersuchungen	<input type="radio"/>					
Zahnvorsorgeuntersuchungen	<input type="radio"/>					
Schwangerschaftsvorsorge-	<input type="radio"/>					

untersuchungen						
Schutzimpfungen	<input type="radio"/>					
Kontrazeption	<input type="radio"/>					
Schilderung der Anamnese	<input type="radio"/>					
Compliance	<input type="radio"/>					
Sonstiges, und zwar: _____	<input type="radio"/>					

9. Existieren in Ihrer Praxis spezielle Behandlungsangebote ausschließlich für Migrantinnen und Migranten?
 nein
 ja, und zwar (Behandlungsart, Zielgruppe): _____

10.1. Wie häufig treten die folgenden Verständigungsschwierigkeiten bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund in Ihrer Praxis auf?

	nie	selten	ab und zu	häufig	sehr häufig	weiß nicht
Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten	<input type="radio"/>					
Kulturelle Verständigungsschwierigkeiten, z.B. hinsichtlich Krankheitserleben & -darstellung	<input type="radio"/>					
Analphabetismus	<input type="radio"/>					
Hinsichtlich Körperkontakt	<input type="radio"/>					
Sonstiges, und zwar: _____	<input type="radio"/>					

10.2. Wie häufig treten die folgenden Verständigungsschwierigkeiten mit deutschen Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund in Ihrer Praxis auf?

	nie	selten	ab und zu	häufig	sehr häufig	weiß nicht
Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten	<input type="radio"/>					
Kulturelle Verständigungsschwierigkeiten, z.B. hinsichtlich Krankheitserleben & -darstellung	<input type="radio"/>					
Analphabetismus	<input type="radio"/>					
Hinsichtlich Körperkontakt	<input type="radio"/>					
Sonstiges, und zwar: _____	<input type="radio"/>					

11. Wie oft wenden Sie die folgenden Lösungsmöglichkeiten an, wenn in Ihrer Praxis Verständigungsschwierigkeiten mit Migrantinnen und Migranten entstehen?

	nie	selten	ab & zu	häufig	sehr häufig	trifft nicht zu
Jemanden suchen, der dolmetschen kann	<input type="radio"/>					
mit Händen und Füßen verständigen	<input type="radio"/>					
die Behandlung durchführen, insofern das Verständnis nicht wirklich nötig ist	<input type="radio"/>					
Therapiemaßnahmen einleiten, in der Hoffnung, dass sie angenommen werden	<input type="radio"/>					
zu jemand anderen überweisen, der in	<input type="radio"/>					

der Fremdsprache mächtig ist
Sonstiges, und zwar: _____

12. Nehmen Sie einen Dolmetscherdienst in Anspruch? ja nein

Wenn ja, ist es: Dolmetscherdienst-Stadtverwaltung anderer

13. Wie schätzen Sie den Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern ein?

sehr gut gut zufriedenstellend schlecht sehr schlecht

14. Kooperieren Sie bzw. Ihre Praxis mit anderen Anbieterinnen und Anbietern des regionalen Gesundheitswesens bzgl. der Versorgung von Migrantinnen und Migranten?

ja nein

Falls ja, die Hauptkooperationspartner/-innen sind (bitte verwenden Sie die beiliegende Schlüsselliste):

Schlüssel-Nr.: _____

15. Mit wem würden Sie sonst gerne kooperieren (bitte verwenden Sie die beiliegende Schlüsselliste)?

Schlüssel-Nr.: _____

16. Welcher Art ist Ihre Praxis?

- Allgemeinmedizinische Praxis
 Facharztpraxis

Fachrichtung: _____

17. Welchen Beruf üben Sie in Ihrer Praxis aus?

- Ärztin / Arzt
 Anderen, und zwar: _____

18. Sind Sie selbst Migrantin oder Migrant (Ihre Angaben sind freiwillig)?

ja nein

19. Welche Bedürfnisse, Anregungen, Wünsche haben Sie zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Bielefeld?

Vielen Dank, dass Sie die Fragen beantwortet haben! Bitte senden Sie den Fragebogen bis möglichst **6. Juni 2003** mit beiliegenden, frankierten Rückumschlag zurück. Bitte verwenden sie dazu die Rücksendeadresse auf der letzten Seite. Sie ist so eingebettet, dass sie in den Fensterumschlag für die Rücksendung passt.

An dieser Stelle versichern wir noch einmal, dass wir Ihre Angaben absolut vertraulich behandeln. Sie werden anonymisiert von der Gesundheitsberichterstattung der Stadtverwaltung ausgewertet. Für Rückfragen, wenden Sie sich bitte an Herrn Cremer, Gesundheitsamt Stadt Bielefeld, Telefon: 0521/515022 (in der Regel vormittags), E-Mail: dirk.cremer@bielefeld.de.

Rücksendeadresse

Stadt Bielefeld, Gesundheitsamt
Abschnitt 530.32
Nikolaus-Dürkopp-Str. 5-9
33602 Bielefeld

Schlüsselliste für Fragen 14 und 15

Schlüssel Nr.	Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner
01	Kassenärztinnen und Kassenärzte
02	Privatärztinnen und Privatärzte
03	Kassenzahnärztinnen und Kassenzahnärzte
04	Privatzahnärztinnen und Privatzahnärzte
05	Institutsambulanzen
06	Dialyseeinrichtungen
07	Notfallrettung
08	Notarzt
09	Krankentransport
10	Ärztliche Notfallpraxis
11	Kinderärztliche Notfallpraxis
12	Ärztliche Notdienst
13	Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker
14	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
15	Psychosomatische Klinik
16	Psychiatrie
17	Physikalische Therapie, z.B. Krankengymnastiker/-innen, Masseur
18	Gesundheitshandwerk, z.B. Zahntechniker/-innen, Augenoptiker/-innen, Orthopädie-Schuhmacher/-innen
19	Krankenhäuser
20	Privatkliniken
21	Tages- u. Nachtkliniken
22	Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen
23	Stationäre Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen
24	Sozialstationen
25	Alten- und Pflegeheime
26	Ambulante Pflegedienste
27	Tagespflegeeinrichtungen
28	Spezialeinrichtungen, z.B. Arzneimitteluntersuchungsstelle, Chemisches Untersuchungsamt
29	Apotheken
30	Gesundheitsamt, Stadt Bielefeld
31	AIDS-Hilfe Bielefeld e.V.
32	PatientInnenstelle Bielefeld e.V.
33	Psychologische Frauenberatung e.V.
34	Arbeitskreis med. Hilfe für Flüchtlinge
35	Interdisziplinäre Flüchtlingsarbeit e.V.
36	BIKIS (Bielefelder Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen)
37	PariSozial, Krisendienst DPWV e.V.
38	Sozialpsychiatrischer Dienst, Stadt Bielefeld

5.4. Vorlagen für den Sozial- und Gesundheitsausschuss inkl. Protokolle (Auftrag, Vorstellung des Berichts und Umsetzungsprogramm „Gesunde Integration“)

Dienststelle, Datum, Telefon
530.32, 26.06.2002, 5022

Drucksachen-Nr.
5746
Wahlperiode 1999 - 2004

Beschlussvorlage der Verwaltung

Gremium		Sitzung am	öff.	nichtöff.
	Bezirksvertretung -			
	Ausschuss Hauptausschuss			
X	Ausschuss Sozial- und Gesundheitsausschuss	10.07.02	X	
X	Ausschuss Ausländerbeirat	26.06.02	X	
	Rat der Stadt			

Beratungsgegenstand (Bezeichnung des Tagesordnungspunktes)

Analyse der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten

Ggf. Frühere Behandlung des Beratungsgegenstandes (Gremium, Datum, TOP, Drucksachen-Nr.)

Sozial- und Gesundheitsausschuss, 10.01.2001, TOP 5 , Dr.-Nr. 2862

Sozial- und Gesundheitsausschuss, 15.11.2000, TOP 11

Ausländerbeirat, 27.09.2000, TOP 3

Beschlussvorschlag und Begründung*

Beschlussvorschlag

Der Sozial- und Gesundheitsausschuss beauftragt die Verwaltung (Gesundheitsberichterstattung) mit der Analyse der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten.

Begründung

Im Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen von 2000 über die Lage der Zuwanderer in der BRD wird die mangelhafte Datenbasis zur „Morbidity und zur Inanspruchnahme von gesundheitlichen Diensten durch Migrantinnen und Migranten beklagt.“ Der Bedarf einer intensiven Betrachtung der gesundheitlichen Versorgung der Migrantinnen und Migranten wird darin gesehen, dass der Anteil der Zuwanderer mittlerweile 9 % beträgt, „...die ausländische Bevölkerung sich zum größten Teil dauerhaft niedergelassen hat und mit steigendem Alter zunehmend Gesundheitsdienste nutzen wird“ und ein zielgerichtetes Einsetzen präventiver Angebote möglich ist.

Im Bericht der Ausländerbeauftragten der Bundesregierung von 1997 wurde darauf hingewiesen, dass im Jahr 1995 im Vergleich zu deutschen Frauen doppelt so viele ausländische Frauen bei der Geburt ihres Kindes starben. Die Säuglingssterblichkeit war bei den ausländischen Kindern im selben Jahr 20 Prozent höher als bei den deutschen.

Der Bericht „Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen“ aus dem Jahr 2000 kommt zu den Ergebnissen

- „dass der Zuwandereranteil an den jährlich bundesweit gemeldeten AIDS-Fällen von 12,5 % in 1990 auf 14,2 % in 1995 und 21,3 % in 1998 stetig angestiegen ist.

- dass die Tbc-Inzidenz in der zugewanderten Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen nahezu viermal so hoch verglichen mit der deutschen Bevölkerung ist.
- dass bei der Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen knapp 55 % der deutschen Schwangeren 11-15 Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nahmen, während die meisten Schwangeren nichtdeutscher Nationalität (mit Ausnahme von Frauen aus Mittel- und Nordeuropa und Nordamerika) lediglich 6-10 Vorsorgeuntersuchungen durchführen ließen.
- dass der Kariesbefall bei Kindern aus Zuwandererfamilien nach einer 1998 veröffentlichten Studie deutlich über dem der deutschen Kinder liegt.
- dass nur halb so viele ausländische wie deutsche Kinder zweimal jährlich zum Zahnarzt gehen.“

Es ist weiterhin bekannt,

- dass sich bei den Kindern von Migranten erhöhte Raten von Infektionskrankheiten, erhöhte Unfallzahlen und ein höherer Grad an Behinderungen finden
- dass es zu Verletzungen unter den Einwohnern ausländischer Herkunft durch fremdenfeindlich motivierte Täter kommt
- dass das Suchtproblem unter Aussiedlern und Ausländern in den letzten Jahren stark zugenommen hat
- dass sprachliche, ethnokulturelle und schichtspezifische Barrieren die Diagnose beeinträchtigen
- dass das häufige Hinzuziehen von Kindern als Dolmetscher diese überfordert und zu gesundheitlichen Störungen führen kann.

Migration, die traditionell bestimmte Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Hepatitis, Malaria, selten HIV) mit sich bringt und in ihrem Prozess direkte körperliche und psychische Erkrankungen aufgrund der Stressreaktion auslösen kann, die darüber hinaus zu erhöhten Diagnosen von Depressionen, psychosomatischen Erkrankungen und Schizophrenien unter den Wandernden im Vergleich zu den Ansässigen führt, die durch die Aneignung des westlichen Lebensstils im Laufe der Zeit Krebserkrankungen und Herz-Kreislaufkrankungen begünstigt, stellt somit eine besondere Herausforderung für das Gesundheitswesen dar.

Auch in Bielefeld ist wenig über die Morbidität und gesundheitliche Versorgung der Migrantinnen und Migranten bekannt. Die in der Vergangenheit vom Runden Tisch Gesundheit (jetzt Kommunale Gesundheitskonferenz) durchgeführten Studien erreichten die Einwohnerinnen und Einwohner mit Migrationshintergrund nicht. Wie auf Bundes- und Landesebene stellen sich die Fragen:

- Welche migrationsspezifischen Versorgungsangebote stehen zur Verfügung? Sind diese mit den qualitativen und quantitativen Herausforderungen der Menschen ausländischer Herkunft mitgewachsen?
- Wie sind die migrationsspezifischen Versorgungsangebote mit den Einrichtungen der Regelversorgung vernetzt?
- Welche Erfahrungen haben die Regeleinrichtungen mit der Inanspruchnahme durch Migrantinnen und Migranten gemacht?

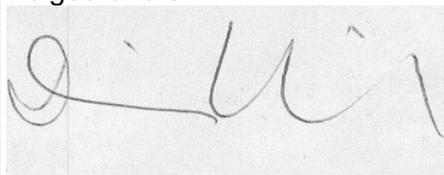
- Welche Erklärungen gibt es im Falle von über- bzw. unterdurchschnittlicher Inanspruchnahme?
- Welche Bereiche der gesundheitlichen (Versorgungs-) Situation von Migrantengruppen wurden bislang nicht wahrgenommen?
- Können aus den vorliegenden Informationen Versorgungsungleichgewichte oder –lücken abgeleitet werden?
- Welche Verbesserungsvorschläge gibt es von den Migrantengruppen und von den Expertinnen und Experten?
- Begründen die Erkenntnisse zur gesundheitlichen (Versorgungs-) Situation den Aufbau von vernetzten Strukturen sowie einen Koordinationsbedarf?
- Können Vorarbeiten, Beispiele, Modelle aus anderen Kommunen genutzt werden, wenn sich Koordinationsbedarf zeigt?

Die Kommunale Gesundheitskonferenz (AG Migration und Gesundheit) empfiehlt vor diesem Hintergrund die Analyse der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten. Die Durchführung liegt bei der städtischen Gesundheitsberichterstattung im Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt. Im Sinne eines Informationszirkels wird mit der Kommunalen Gesundheitskonferenz kooperiert.

Die vorliegende Handlungsempfehlung ist Teil des Umsetzungskonzeptes des Memorandums „Migration und Gesundheit“ (SGA 15.11.2000, TOP 11).

Die Analyse soll aufgrund von Synergieeffekten gleichzeitig einen Teil des Berichts zur Situation der Migrantinnen und Migranten in Bielefeld (SGA 10.01.2001, TOP 5, Drucksachen-Nr. 2862) abdecken.

Beigeordneter



Du Bois

* Wenn die Begründung länger als drei Seiten ist, bitte eine kurze Zusammenfassung voranstellen.

Protokollauszug Sozial- und Gesundheitsausschuss

TOP 5

Analyse der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten (Drucksachen-Nr. 5746)

Herr Cremer erläutert die Beschlussvorlage und erinnert daran, dass die kommunale Gesundheitsberichterstattung seit 1998 zu den neuen Pflichtaufgaben des reformierten Öffentlichen Gesundheitsdienstes gehöre. Migrantinnen und Migranten seien zwar nicht per se kränker als der Bevölkerungsdurchschnitt; Migration könne aber verschiedene Erkrankungen (u.a. diverse Infektionskrankheiten, körperliche und psychische Erkrankungen aufgrund von Migrationsstress) begünstigen. Diese besonderen, gesundheitlichen Herausforderungen, die mit der Migration einhergehen können, seien nicht weniger sondern mehr geworden. Die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) und der Ausländerbeirat empfehlen daher die Analyse der Gesundheitsversorgung. Im Rahmen dieser Vorlage gebe die Verwaltung zugleich noch zwei weitere Rückmeldungen. Zum Einen ermögliche die vorgeschlagene Analyse eine rationale Planungsgrundlage für die Entwicklung spezifischer Maßnahmen für eine verbesserte Gesundheitsversorgung, zum Anderen ergebe sich aus diesem Bericht ein Synergieeffekt, da dieser zugleich ein Teilbericht des angeforderten Berichtes zur Situation der Migrantinnen und Migranten in Bielefeld sei. Die Verwaltung sehe den Auftrag des Sozial- und Gesundheitsausschusses vom Januar 2001 als erfüllt an.

Frau Gemkow macht in ihrem Wortbeitrag auf Defizite bei den Akteuren im Gesundheitswesen aufmerksam. Die Vorlage suggeriere städtische Kompetenzen. Vor der Erteilung eines Auftrages müsse geklärt werden, welche Handlungsoptionen vorhanden seien. Es solle kein weiterer „Bericht für die Schublade“ erarbeitet werden. Für sie stelle sich die Frage, was dabei unter dem Strich heraus komme. Mit der angeregten Erarbeitung einer Analyse und der Beschreibung der derzeitigen Situation seien die in der Vorlage bezeichneten Probleme nicht zu lösen. Die Akteure (z.B. Krankenkassen, Ärzte, Krankenhäuser, Kammern, Organisationen der Ausländerarbeit) dürften nicht aus der Verantwortung entlassen werden.

An der weiteren intensiven Diskussion beteiligen sich Frau Cascante-Maristany, Frau Weißenfeld, Herr Garbrecht, Frau Niemeyer und Herr Lütke-meier.

Herr Beigeordneter Du Bois empfiehlt dem Ausschuss in Anbetracht der geäußerten Diskussionsbeiträge, keine umfangreiche Analyse zu erstellen und den Aufwand hierfür zu begrenzen. Die Darstellung der Bielefelder Situation müsse im Vordergrund stehen.

Frau Gemkow bekräftigt noch einmal für ihre Fraktion die Position, sich bei einer Analyse erheblich zu beschränken und lediglich die Defizite und Problemstellungen mit den Akteuren zu beschreiben. Es gäbe eine Vielzahl von Broschüren, die Migrantinnen und Migranten aber auch die Akteure aus dem Gesundheitswesen informieren. Für dieses Projekt könnten keine zusätzlichen Personal- und Sachkosten bereitgestellt werden.

Beschluss:

1. Der Sozial- und Gesundheitsausschuss beauftragt die Verwaltung (Gesundheitsberichterstattung) mit der Analyse der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten, wobei der Umfang und Aufwand der Untersuchung stark zu begrenzen ist und die Bielefelder Situation im Vordergrund stehen soll. Dabei sind Schwachstellen und Defizite aufzuzeigen sowie Lösungen und Umsetzungsschritte zu erarbeiten.
2. Die Akteure im Gesundheitsbereich werden gebeten, sich der Problematik zu stellen.

- einstimmig -

SGA - 10.7.2002 - öffentlich - TOP 5, Drucksachen-Nr. 5746

Dienststelle, Datum, Telefon
5022, 23.06.2004, 5022

Drucksachen-Nr.
9022
Wahlperiode 1999 - 2004

Beschlussvorlage der Verwaltung

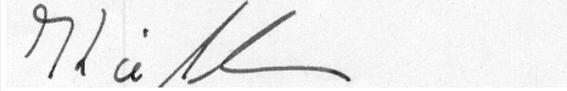
Gremium		Sitzung am	öff.	nichtöff.
	Bezirksvertretung -			
X	Ausschuss Sozial- und Gesundheitsausschuss	07.07.04	X	
X	Ausschuss Ausländerbeirat	16.06.04	X	
	Ausschuss			
	Rat der Stadt			

Beratungsgegenstand (Bezeichnung des Tagesordnungspunktes) Bericht „Gesundheitliche Lage & Versorgung von Migrantinnen & Migranten“
Ggf. Frühere Behandlung des Beratungsgegenstandes (Gremium, Datum, TOP, Drucksachen-Nr.) Sozial- und Gesundheitsausschuss, 26.06.2002, TOP 5, 5746
Beschlussvorschlag und Begründung* <u>Beschlussvorschlag</u> Der Sozial- und Gesundheitsausschuss nimmt den Bericht zur Kenntnis. Er beauftragt die Verwaltung, die Handlungsempfehlungen, die sie betreffen, im Rahmen der Bielefelder Gesundheitsziele umzusetzen. Die Koordination der Umsetzung liegt in den Händen der AG Migration und Gesundheit der Kommunalen Gesundheitskonferenz. Der Sozial- und Gesundheitsausschuss begrüßt, dass sich die Mitglieder der Kommunalen Gesundheitskonferenz in ihrer Sitzung am 26.05.2004 darauf verständigt haben, an der Umsetzung mitzuwirken. <u>Begründung</u> Der Bericht „Gesundheitliche Lage & Versorgung von Migrantinnen und Migranten“ wurde mit Empfehlung der Kommunalen Gesundheitskonferenz und des Ausländerbeirates im Auftrag des Sozial- und Gesundheitsausschusses erstellt. Er ist ein Teilbericht des Berichts zur Situation der Migrantinnen und Migranten in Bielefeld. Die gesundheitliche Lage und Versorgung der Migrantinnen und Migranten in Bielefeld wird in Bezug zur lange ansässigen Bevölkerung beschrieben. Der Bericht beinhaltet eine Reihe von Handlungsempfehlungen, die den Bielefelder Gesundheitszielen zugeordnet sind. Nur ein Teil der Handlungsempfehlungen bezieht sich auf die Verwaltung. Der größere Teil richtet sich an die Einrichtungen der Selbstverwaltung des örtlichen Gesundheitswesens, die in der Kommunalen Gesundheitskonferenz vertreten sind.

Der Bericht wurde von der Kommunalen Gesundheitskonferenz und vom Ausländerbeirat zur Kenntnis genommen. Die Mitglieder der Kommunalen Gesundheitskonferenz haben sich in ihrer Sitzung am 26.05.2004 selbstverpflichtet, an der Umsetzung der Handlungsempfehlungen im Rahmen der Bielefelder Gesundheitsziele mitzuwirken.

Die Kommunale Gesundheitskonferenz und der Ausländerbeirat empfehlen, dass die AG Migration und Gesundheit der Kommunalen Gesundheitskonferenz die Umsetzung der Handlungsempfehlungen insgesamt koordiniert.

Oberbürgermeister/Beigeordnete/r



Kähler

* Wenn die Begründung länger als drei Seiten ist, bitte eine kurze Zusammenfassung voranstellen.

Protokollauszug Sozial- und Gesundheitsausschuss

Zu Punkt 8 Bericht "Gesundheitliche Lage und Versorgung von Migrantinnen und Migranten"

Die Beratung wurde auf die nächste SGA-Sitzung vertagt.

* Sozial- und Gesundheitsausschuss - 07.07.2004 - öffentlich - TOP 8 - Drucksache 2004/9022 *

-.-.-

Protokollauszug Sozial- und Gesundheitsausschuss

Zu Punkt 5 Bericht "Gesundheitliche Lage und Versorgung von Migrantinnen und Migranten"

Frau Rathsmann-Kronshage verweist auf die Beschlussvorlage vom 28. Juni 2004.

Herr Cremer teilt mit, dass der vorliegende Bericht bereits in 2004 von der Kommunalen Gesundheitskonferenz und dem Ausländerbeirat angenommen worden sei.

Herr Prof. Krämer und Herr Cremer erläutern den Bericht mit Hilfe einer Powerpoint-Präsentation (s. **Anlage 5**).

Frau Rathsmann-Kronshage hebt die Aussage der Berichterstatter zum untersuchten Personenkreis hervor, dass Migrantinnen und Migranten nicht kränker als Einheimische seien.

Nachfragen von Herrn Dr. Zillies, Frau Schrader, Frau Kammeier und Frau Niemeyer werden von Herrn Prof. Krämer und Herrn Cremer beantwortet.

Herr Garbrecht geht auf die im Bericht erarbeiteten zahlreichen Handlungsempfehlungen ein und bittet für die SPD-Fraktion darum, die Umsetzungsverantwortlichkeiten für den kommunalen Bereich in einer der nächsten SGA-Sitzungen genauer darzustellen. Die Verwaltung möge auf der Basis der Beschlussempfehlung möglichst zeitnah dokumentieren, wie für die jeweilige Handlungsempfehlung die konkrete Zeitplanung aussehe und welche Umsetzungsebenen mitwirken. Mit konkret festgelegten Handlungsschritten sollte deutlich gemacht werden, was für die Stadt von Bedeutung sei.

Weiter regt Herr Garbrecht in Richtung der *Kommunalen Gesundheitskonferenz* (KGK) an, Projekte im Bereich der *integrierten Versorgung* zu thematisieren, um für das Bielefelder Gesundheitswesen eine strukturierte Zusammenarbeit anzustoßen.

Frau Rathsmann-Kronshage unterstützt die Forderungen und stellt fest, dass nunmehr aufgrund des vorgelegten Berichts die KGK und die anderen Akteure in Bezug auf die Realisierung der Handlungsempfehlungen gefordert seien. Der SGA werde sich weiter mit dieser Thematik befassen, wenn die Konkretisierungen zur Umsetzung vorgelegt werden. Sie bittet die Verwaltung um Klärung, welche Teilberichte zur "*Situation der Bielefelder/-innen ausländischer Herkunft*"¹ noch ausstehen.

Beschluss:

Der Sozial- und Gesundheitsausschuss nimmt den Bericht zur Kenntnis. Er beauftragt die Verwaltung, die Handlungsempfehlungen, die sie betreffen, im Rahmen der Bielefelder Gesundheitsziele umzusetzen. Die Koordination der Umsetzung liegt in den Händen der *AG Migration und Gesundheit der Kommunalen Gesundheitskonferenz*. Der Sozial- und Gesundheitsausschuss begrüßt, dass sich die Mitglieder der *Kommunalen Gesundheitskonferenz* in ihrer Sitzung am 26.05.2004 darauf verständigt haben, an der Umsetzung mitzuwirken.

- einstimmig beschlossen -

* Sozial- und Gesundheitsausschuss - 19.01.2005 - öffentlich - TOP 5 - Drucksache 2009/9022 *

-.-.-

¹ SGA-Sitzung vom 19.01.2005, TOP 5

Dienststelle, Datum, Telefon
530.32, 22.03.2005, 5022

Drucksachen-Nr.
1020
Wahlperiode 2004 - 2009

Informationsvorlage der Verwaltung

Gremium		Sitzung am	öff.	nichtöff.
	Bezirksvertretung -			
	Ausschuss Hauptausschuss			
X	Ausschuss Sozial- und Gesundheitsausschuss	11.05.05	X	
	Ausschuss			
	Rat der Stadt			

Beratungsgegenstand (Bezeichnung des Tagesordnungspunktes)
 Städtisches Handlungsprogramm „Gesunde Integration“ - Umsetzung des Berichts
 „Gesundheitliche Lage & Versorgung von Migrantinnen & Migranten“
Ggf. Frühere Behandlung des Beratungsgegenstandes (Gremium, Datum, TOP, Drucksachen-Nr.)
 Sozial- und Gesundheitsausschuss, 19.01.2005, TOP 5, 9022

Information

Die Verwaltung hat das städtische Handlungsprogramm „Gesunde Integration“ auf der Grundlage des o.g. Berichts verfasst. Es besteht aus 13 Handlungsfeldern (Themen), die nach Prioritäten und den Bielefelder Gesundheitszielen geordnet sind. Für jedes Handlungsfeld wird mindestens ein Teilziel, der aktuelle Sachstand, die organisatorische Zuständigkeit sowie der Zeitrahmen der Umsetzung, formuliert (vgl. Übersicht in der Anlage).

Dem Handlungsprogramm „Gesunde Integration“ liegt die Definition von Migration nach Geburtsland zugrunde, d.h. Migrantinnen und Migranten werden als solche bezeichnet, wenn sie selbst oder ihre Eltern nicht in Deutschland geboren worden sind. Es wird angeregt, dass diese Definition in die Routinestatistiken der städtischen Verwaltung übernommen wird.

Die Gesamtlaufzeit für das Handlungsprogramm „Gesunde Integration“ wird bis Ende 2006 befristet unter Ausnahme von Umsetzungen, die ggf. zu kontinuierlichen Aufgaben werden. Die Befristung geschieht vor dem Hintergrund der drei Bielefelder Gesundheitsziele, die 2007 hinsichtlich ihrer Erreichung geprüft werden sollen. D.h., dass ausgewählte Umsetzungen des Programms „Gesunde Integration“ auch für den Gesundheitszieleprozess hinsichtlich ihrer erzielten Wirkung beobachtet und ggf. evaluiert werden sollen.

Das Handlungsprogramm „Gesunde Integration“ ist auf den Zuständigkeitsbereich der Stadtverwaltung begrenzt. In der Übersicht sind nachrichtlich Aktivitäten gekennzeichnet, die in der Selbstverwaltung des örtlichen Gesundheitswesens – koordiniert im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz - durchgeführt werden.

Oberbürgermeister/Beigeordnete/r	* Wenn die Begründung länger als drei Seiten ist, bitte eine kurze Zusammenfassung voranstellen.
----------------------------------	--

97/10

Kähler



Übersicht 1: Städtisches Handlungsprogramm „Gesunde Integration“ - Umsetzung des Berichts Gesundheitliche Lage & Versorgung von Migrantinnen und Migranten

Bielefelder Gesundheitsziel	Priorität 1	Priorität 2	Priorität 3
<p>Bürgerinnen- und Bürgerorientierung</p>	<p>Thema: Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten</p> <p>Teilziel 1: Qualifikation des städtischen Dolmetscherdienstes zu medizinischen Themen, um das wesentliche Versorgungshindernis – Verständigungsschwierigkeiten – zu minimieren.</p> <p>Sachstand: Vorgespräche für einen Planungsworkshop haben mit dem Ethno-Medizinisches Zentrum in Hannover stattgefunden.</p> <p>Zuständig: 530.32, 002.2</p> <p>Zeit: bis Mitte 2006</p> <p>Teilziel 2: Qualifikation der Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren als Dolmetscherinnen und Dolmetscher, um das wesentliche Versorgungshindernis – Verständigungsschwierigkeiten – zu minimieren.</p> <p>Sachstand: Vorgespräche für einen Planungsworkshop haben mit dem Ethno-Medizinisches Zentrum in Hannover stattgefunden.</p> <p>Zuständig: 530.32, 002.2</p>	<p>Thema: Erkrankungen des allergischen Formenkreises</p> <p>Teilziel: Präventions- und Versorgungsnetz prüfen; sozialräumliche Spezifizierung des Befundes anhand der Schuleingangsdaten. Minimierung und Vorbeugung der gesundheitlichen Problematik, die die lange ansässige Bevölkerung überdurchschnittlich häufig betrifft.</p> <p>Sachstand: Die entsprechenden Daten der Schuleingangsuntersuchungen sowie - seit 2003 – die Daten der Kita-Untersuchungen werden kontinuierlich ausgewertet und mit dem kinder- und jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes sowie dem Qualitätszirkel der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte diskutiert. Die Erfassung der Erkrankungen des allergischen Formenkreises wurden im Rahmen der Kita-Untersuchungen optimiert.</p> <p>Zuständig: 530.32</p> <p>Zeit: Ende 2006</p> <p>Thema: Migrationssensible Einrichtungen</p> <p>Teilziel: Sensibilisierung der Beratungsstellen und –dienste für kultur- und migrationsspezifische Themen in Hinsicht auf</p>	<p>Thema: Migrationssensible Einrichtungen</p> <p>Teilziel: Migrationssensible Ausrichtung des Gesundheitsamtes durch Identifikation von Versorgungsschwierigkeiten mit Migrantinnen und Migranten, um diesen besser zu begegnen.</p> <p>Sachstand: Bisher hat sich der Planungsbereich intensiv mit dem Thema beschäftigt (Gesundheitsberichterstattung, Geschäftsführung KGK). Die Erfassung des Migrationsstatus im Rahmen des Kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes wurde verbessert.</p> <p>Zuständig: 530</p> <p>Zeit: Ende 2006</p> <p>Teilziel: Beratungsangebote sollten muttersprachlich und interkulturell ausgerichtet werden, d.h. nicht nur die Einstellung von migrationserfahrenen Personal sollte gefördert werden, sondern auch die Interkulturelle Kommunikation durch entsprechende Fortbildungen, um Versorgungsschwierigkeiten mit Menschen aus anderen Ländern und Kulturen, zu verkleinern. (vgl. auch Priorität 2 Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung)</p>

Bielefelder Gesundheitsziel	Priorität 1	Priorität 2	Priorität 3
<p>Fortsetzung Bürgerinnen- und Bürgerorientierung</p>	<p>Zeit: bis Mitte 2006</p> <p>Thema: <u>Kulturelle Verständigungsschwierigkeiten</u></p> <p>Teilziel 1: Systematische Durchführung von Aufklärungskampagnen für Migrantinnen und Migranten mit Hilfe der Gesundheitsmediatorinnen zu ausgewählten Gesundheitsthemen und – versorgungsbereichen entsprechend den jeweiligen ethnischen Besonderheiten, um das Verständnis für die Gesundheitsbegriffe und Versorgungsstrukturen in der BRD zu vergrößern.</p> <p>Sachstand: Das MiMi-Projekt ist um ein weiteres Jahr verlängert worden, d.h. weitere Schulungen finden statt (seelische Gesundheit und Adipositas/Ernährung). Einmalige, exemplarische Aufklärungsveranstaltungen können nochmal finanziert vom BKK-Bundesverband durchgeführt werden.</p> <p>Zuständig: 002.2, 530.32</p> <p>Zeit: Entwicklung bis Ende 2005</p> <p>Teilziel 2: Einsatz der Gesundheitsmediatorinnen in den Mütterkursen des Interkulturellen Büros zu den Themen „Mein Kind ist krank“ sowie „Kontrazeption“ und ggf. „Schwangerschaftsvorsorge“.</p>	<p>Gesundheit, insbesondere für Mädchen und für Frauen mit Gewalterfahrungen, um das weitverbreitete Problem in der Versorgung angemessen zu integrieren.</p> <p>Sachstand: Ein Handlungskonzept im Rahmen des Interventionsprojektes liegt vor. Ein Abschlussbericht hierzu erscheint demnächst.</p> <p>Die Unter-AG „Migration und Beratung“ der PSAG plant für 2005 einen Fachtag. Damit soll der Neufassung der „Richtlinien über die Gewährung von Zuwendungen für Familienberatungsstellen aus Mitteln des Landes NRW“ Rechnung getragen werden.</p> <p>Zuständig: 005, Unter-AG „Migrantinnen“ des „Interventionsprojektes gegen Gewalt von Männern in Beziehungen“ sowie Unter-AG „Migration und Beratung“ der AG „Beratung und Therapie“ der PSAG</p> <p>Zeit: Ende 2005</p>	<p>Sachstand: Die innerbetriebliche Fortbildung bietet dieses Jahr eine Veranstaltung zur Interkulturellen Kommunikation an.</p> <p>Zuständig: 002.2</p> <p>Zeit: Ende 2006</p>

Bielefelder Gesundheitsziel	Priorität 1	Priorität 2	Priorität 3
<p>Fortsetzung Bürgerinnen- und Bürger- orientierung</p>	<p>Sachstand: In der Vergangenheit sind entsprechende Kurse in Kitas in verschiedenen Stadtteilen durchgeführt worden. Dabei wurden die Mütterkurs Themen überwiegend in deutsch und türkisch vermittelt.</p> <p>Zuständig: 002.2, 530.32</p> <p>Zeit: Entwicklung bis Mitte 2005</p> <p>Thema: <u>Erstinfo für Migranteltern</u></p> <p>Teilziel: Entsprechend dem „Konzept zur interkulturellen Erziehung im Elementarbereich einschließlich Sprachförderung“ des JHA soll als erstes Projekt (werdenden) Migranteltern zur Geburt Information zu Gesundheitsprävention und Sprachförderung mit Hilfe der Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren vermittelt werden, weil zu diesem Zeitpunkt vorschulisch Migranteltern am besten erreichbar sind, insbesondere diejenigen, die einer Förderung bedürfen.</p> <p>Sachstand: Ein Gespräch mit den verschiedenen Handelnden des örtlichen Gesundheitswesens hat stattgefunden. Die Geburtsklinik des Ev. Krankenhauses signalisiert Interesse. Das Gespräch mit den Kassenärztinnen und Kassenärzten wird noch gesucht.</p>		

Bielefelder Gesundheitsziel	Priorität 1	Priorität 2	Priorität 3
Fortsetzung Bürgerinnen- und Bürgerorientierung	Zuständig: 550.1, 002.2 Zeit: Entwicklung bis Ende 2005		
Gesundheitliche Chancengleichheit		<p><u>Thema: Zahnvorsorgeuntersuchungen</u></p> <p>Teilziel: Eine migrationssensible Vorgehensweise wird durch den begleitenden Einsatz von GesundheitsmediatorInnen im Rahmen der kinder- und jugendzahnärztlichen Gruppenprophylaxe angestrebt, insbesondere in den Einrichtungen, die von der niedergelassenen Zahnärzteschaft nicht gut angesprochen werden. Dadurch soll die Zahngesundheit von Migrantenkindern verbessert werden.</p> <p>Sachstand: Der kinder- und jugendzahnärztliche Dienst führt neben den Reihenuntersuchungen in den KITAs, Grundschulen und weiterführenden Schulen (Ausnahme Gymnasien) auch Gruppenprophylaxen durch. Im begrenzten Umfang werden Gruppenprophylaxen durch die niedergelassene Zahnärzteschaft ergänzt. Da die Gruppenprophylaxe der niedergelassenen Zahnärzteschaft jedoch nicht alle Einrichtungen anspricht, insbesondere diejenigen mit einem hohen Migrantenanteil, wird mit eigens qualifizierten Prophylaxehelferinnen diese Lücke zum Teil geschlossen. Bisher werden die Einrichtungen nicht</p>	

Bielefelder Gesundheitsziel	Priorität 1	Priorität 2	Priorität 3
Fortsetzung Gesundheitliche Chancengleichheit		<p>migrationsspezifisch angesprochen.</p> <p>Zuständig: 530.24 sowie AG Zahngesundheit Bielefeld</p> <p>Zeit: Ende 2006</p>	
Prävention und Gesundheitsförderung	<p><u>Thema: Verhaltensauffälligkeiten</u></p> <p>Teilziel: Die AG ADHS der KGK sollte dahingehend fortgeführt werden, dass das verbesserte ADHS-Screening im Rahmen der Kita-Untersuchungen - nach Durchführung - einer Bewertung unterzogen wird.</p> <p>Sachstand: Ein entsprechendes Screening wurde bisher auf Verdacht durchgeführt. Nach Vorstellung der Ergebnisse in der o.g. AG wurde beschlossen, dass das Screening alle Kinder erfasst, die vorgestellt werden. Aufgrund von personellen Engpässen, konnte dies vom kinder- und jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes noch nicht durchgeführt werden. Im Rahmen eines „Test-Quartals“ soll dies demnächst geschehen.</p> <p>Zuständig: 530.32, 530.23</p> <p>Zeit: Ende 2006</p> <p><u>Thema: Impfprävention Jugendliche</u></p> <p>Teilziel: Durchführung einer migrationssensiblen Impfkampagne an</p>	<p><u>Thema: Erkrankungen des allergischen Formenkreises</u></p> <p>Siehe oben.</p> <p><u>Thema: Sprach-, Sprech-, Stimmstörungen</u></p> <p>Teilziel: Monitoring des Befundes anhand der Schuleingangs- und der Kita-Untersuchungen, um Entwicklung festzustellen.</p> <p>Sachstand: Entsprechende Daten insbesondere der Kita-Untersuchungen wurden im Qualitätszirkel der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte vorgestellt. Die Fachdiskussion zeigte, dass es unterschiedliche Auffassungen bzgl. der Behandlungsdringlichkeit seitens des Gesundheitsamtes, der Universität und des Schulamtes (Kitas) einerseits sowie der niedergelassenen Ärzteschaft andererseits gibt.</p> <p>Zuständig: 530.32</p> <p>Zeit: Ende 2005</p> <p><u>Thema: Früherkennung</u></p> <p>Teilziel: Statistische Auswertungen bzgl. des Zusammenhangs und der Signifikanz von</p>	<p><u>Thema: Impfvorbeugung Erwachsene</u></p> <p>Teilziel: Der Impfstatus der erwachsenen Bevölkerung in Bielefeld soll unter Berücksichtigung des Migrationsstatus eingeschätzt werden. Bei entsprechenden unterdurchschnittlichen Impfraten, sollte eine migrationssensible Impfkampagne durchgeführt werden.</p> <p>Sachstand: Noch nicht behandelt.</p> <p>Zuständig: 530.32#</p> <p>Zeit: Ende 2006</p>

Bielefelder Gesundheitsziel	Priorität 1	Priorität 2	Priorität 3
Fortsetzung Prävention und Gesundheitsförderung	<p>ausgewählten Schulen mit dem Impfmobil des Landes NRW, um unterdurchschnittliche Impfraten, z.B. hinsichtlich Masern, Mumps, Röteln, exemplarisch zu erhöhen.</p> <p>Sachstand: Das Impfmobil des Landes NRW wird vom 30. Juni bis zum 5. Juli an der GS Stieghorst, der Theodor-Heuss-Real-, der Vennhoff-, der Adolf-Reichwein & ggf. der Astrid-Lindgrenschule eingesetzt. In Kooperation mit der niedergelassenen Ärzteschaft (und den Schulen) wird diese Kampagne – bereits eine Empfehlung im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2002 – durchgeführt.</p> <p>Zuständig: 530.32</p> <p>Zeit: Juni/Juli 2005</p>	<p>Befunden (z. B. Verhaltensauffälligkeiten oder Auffälligkeiten der Motorik & Koordination) und fehlenden Früherkennungsuntersuchungen, um den Handlungsbedarf im Rahmen der Kita-Untersuchungen zu präzisieren.</p> <p>Sachstand: Früherkennungen und Befunde sind bisher ausführlich für sich analysiert worden, d.h. durch Zeitreihenbildung und Differenzierung nach Geschlecht, sog. „ethn. Gruppen“ und Sozialraum (z.B. im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2002). Korrelationen sind nur zwischen verschiedenen Befunden gerechnet worden, aber noch nicht zwischen Befunden und fehlenden Früherkennungsuntersuchungen.</p> <p>Zuständig: 530.32, 530.23</p> <p>Zeit: Ende Juni 2005</p> <p><u>Thema: Zahnvorsorgeuntersuchungen</u></p> <p>Vgl. oben</p>	

Übersicht 2: Nachrichtlich Umsetzungen im Bereich der Selbstverwaltung

Gesamtkoordination AG Migration und Gesundheit der KGK			
<p>Nachrichtlich: Ärztekammer/ Institut für ärztliche Fortbildung</p>	<p>Nachrichtlich: (Kinder-) Krankenpflege / Krankenpflegehilfe</p>	<p>Nachrichtlich: Einsatz von Gesundheits-mediatorinnen in Präventions-veranstaltungen Krankenkassen</p>	<p>Nachrichtlich: Einsatz von Gesundheits-mediatorinnen im stationären Sektor</p>
<p>Teilziel: Interkulturelle Kommunikation – Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte in Kooperation mit Gesundheitsamt, Ethnomedizinischen Zentrum Hannover und Universität Bielefeld.</p> <p>Sachstand: Das Fortbildungskonzept ist Ende April erstellt. Das Institut für ärztliche Fortbildung wird die Maßnahme vorraussichtlich in der 2. Jahreshälfte 2005 anbieten. Die Aktivitäten entsprechen der verabschiedeten Handlungsempfehlung der KGK.</p> <p>Zuständig: 530.32, Ärztekammer WL, Vertretung Bielefeld</p> <p>Zeit: Ende 2005</p>	<p>Teilziel: Interkulturelle Pflege – Fortbildung für berufstätige Pflegekräfte</p> <p>Sachstand: Vorgespräche wurden mit den einzelnen Institutionen gemäß verabschiedeter Handlungsempfehlung der KGK geführt. Weitere Abstimmung ist noch nötig. In den Räumlichkeiten der FH kann eine dreigliedrige Fortbildung angeboten werden.</p> <p>Zuständig: 530.32, FH Bielefeld Fachbereich Gesundheit & Pflegepädagogik, (Kinder-) Krankenpflegeschulen, ggf. Pflegedienstleitungen</p> <p>Zeit: Ende 2005</p>	<p>Teilziel: Gezielter Einsatz für Migrantinnen und Migranten zu den Themen, zu denen die Gesundheits-mediatorinnen qualifiziert worden sind.</p> <p>Sachstand: Alle für Bielefeld zuständigen Krankenkassen wurden gemäß der entsprechenden Handlungsempfehlung der KGK angeschrieben. Ein Gespräch wird mit der AOK WL im Mai stattfinden.</p> <p>Zuständig: 002.2, 530.32, AOK</p> <p>Zeit: Entwicklung bis Ende 2005</p>	<p>Teilziel: Gezielter Einsatz der Gesundheits-mediatorinnen im Übergang vom stationären Sektor zur Rehabilitation (Tertiärprävention).</p> <p>Sachstand: Alle Krankenhäuser wurden gemäß der verabschiedeten Handlungsempfehlung der KGK angeschrieben. Aufgrund der Arbeitsbelastungen im stationären Bereich ist ein Einsatz der Gesundheits-mediatorinnen und Gesundheits-mediatoren jedoch nicht möglich. Handlungsempfehlung kann in der Form nicht umgesetzt werden.</p> <p>Zuständig: entfällt</p> <p>Zeit: entfällt</p>