

# Regionale Analyse der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund im Kreis Düren



Santé  
Health  
Zdrowie  
Здоровье  
Sağlık  
Gesundheit

Intégration  
Integration  
Integracja  
Интеграция  
Uyum  
Integration

Studienbericht über die Ergebnisse von Interviews mit Akteuren/innen aus dem Gesundheitswesen für den Zeitraum 2009 bis 2010



gefördert vom  
Ministerium für Generationen,  
Familie, Frauen und Integration  
des Landes Nordrhein-Westfalen

**Ethno-  
Medizinisches  
Zentrum e.V.**



## **Impressum**

# **Regionale Analyse der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund im Kreis Düren**

**Studienbericht über die Ergebnisse von Interviews mit Akteuren/innen aus dem Gesundheitswesen für den Zeitraum 2009 bis 2010**

### **Herausgeber:**

Kreis Düren – Der Landrat

### **Auftraggeberinnen:**

Sybille Haußmann – Leiterin der Stabsstelle für Migrationsangelegenheiten des Kreises Düren,

E-Mail: [migration@kreis-dueren.de](mailto:migration@kreis-dueren.de) - Tel.: 02421 / 22-2150

Nicole Savelsberg – Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz Kreis Düren,

E-Mail: [n.savelsberg@kreis-dueren.de](mailto:n.savelsberg@kreis-dueren.de) - Tel.: 02421 / 22-2436

Bismarckstrase 16, 52351 Düren

### **Konzeption, Inhalt und Erstellung:**

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.

Königstr. 6, 30175 Hannover

E-Mail: [ethno@onlinehome.de](mailto:ethno@onlinehome.de)

Internet: [www.ethno-medizinisches-zentrum.de](http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de)

### **Autoren/innen:**

Ahmet Kimil, Veronika Wolf, Ramazan Salman

### **Stand:**

April 2010

# **Regionale Analyse der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund im Kreis Düren**

**Studienbericht über die Ergebnisse von Interviews mit Akteuren/innen  
aus dem Gesundheitswesen für den Zeitraum 2009 bis 2010**

## Vorwort des Landrates des Kreises Düren



Sehr geehrte Damen und Herren,

die vorliegende Studie zeigt eindrücklich, dass sich im Kreis Düren bereits eine Vielzahl von Menschen dafür einsetzen, die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten genauso gut zu gewährleisten, wie für alle anderen Menschen auch.

Die Aktivitäten der Institutionen sind sehr unterschiedlich und zeigen eine große Kreativität. Es zeigt sich aber auch, dass der Grad der interkulturellen Öffnung nicht in allen Institutionen gleich hoch ist und sich manch einer noch auf den Weg machen kann.

Die Interviews zeigen auch, dass noch viel zu tun bleibt. Sie bieten eine solide Grundlage für weitere Aktivitäten und können Richtschnur für den Arbeitskreis Migration und Gesundheit, aber auch für andere Akteure im Gesundheitssystem sein.

Ich freue mich über das Lob, dass dem Kreis Düren durch diese Studie zuteil wird und wünsche mir, dass die vielen guten Beispiele auch anderswo aufgegriffen werden.

Zusagen kann ich den Leserinnen und Lesern, dass ich meinen Teil dazu beitragen werde, den in den Kreis Düren zugewanderten Menschen die bestmögliche Gesundheitsversorgung zu bieten.

Ihr Landrat



Wolfgang Spelthahn

## Gliederung

Vorwort des Landrates des Kreises Düren.....	3
1. Einleitung.....	5
2. Versorgungslage .....	6
2.1 Ambulante medizinische Versorgung .....	7
2.2 Stationäre Versorgung .....	8
2.3 Pflege.....	9
2.4 Beratungseinrichtungen .....	10
2.5 Betreuung von Seiten der Stadt und des Kreises .....	11
3. Zugang zur Versorgung.....	12
3.1 Versorgungssystem .....	12
3.1.1 Interkulturelle Öffnung der Versorgungsstrukturen .....	13
3.1.2 Fortbildungsbedarfe der Mitarbeiter .....	15
3.1.3 Spracherwerb und Einsatz von Dolmetscher/innen .....	16
3.1.4 Situation von Flüchtlingen und Menschen ohne Papiere.....	16
3.2 Inanspruchnahme der Angebote.....	17
3.2.1 Zugangsbarrieren .....	17
3.2.2 Kulturell geprägtes Gesundheitsverständnis .....	19
4. Potentiale .....	21
4.1 Potentiale im Versorgungssystem .....	21
4.1.1 Breite Angebotssituation im Kreis Düren .....	21
4.1.2 Vernetzung und Kooperation .....	22
4.1.3 Interkulturelle Ausrichtung der Institutionen.....	23
4.2 Potentiale von Migranten/innen .....	25
5. Verbesserungsvorschläge.....	27
5.1 Weitergehende Adaptation des Versorgungssystems .....	27
5.2 Unterstützung durch Politik und Krankenkassen .....	30
5.3 Bewusstseinswechsel bei Mitarbeitern/innen und Gesellschaft.....	31
5.4 Förderung von Partizipation und Mitgestaltung .....	31
6. Diskussion der aktuellen Situation im Kreis Düren.....	32
6.1 Angebotssituation im Kreis Düren.....	33
6.3 Potentiale bei Migranten/innen .....	35
6.4 Fortbildungsbedarfe .....	36
6.5 Beschränkungen der vorliegenden Analyse und Ausblick .....	38
7. Empfehlungen .....	39
8. Anhang .....	45

## 1. Einleitung

Die vorliegende Studie wurde im Herbst 2009 vom Arbeitskreis „Gesundheit und Migration“ des Kreises Düren in Auftrag gegeben, um den aktuellen Stand der Gesundheitsversorgungssituation von Migrantinnen und Migranten im Kreis Düren zu ermitteln. Die Studie hat das Ziel, im regionalen Kontext wichtige Themen und aktuelle Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung aus der Sicht von im Kreis Düren arbeitenden Expertinnen und Experten zusammenzutragen. Damit stellt die Studie eine regionale Analyse des Status quo dar, auf deren Grundlage bei Bedarf eine Verbesserung der Versorgung für Migrantinnen und Migranten initiiert werden kann.

Das Ethno-Medizinische Zentrum (EMZ) in Hannover hat in Abstimmung mit dem Arbeitskreis „Gesundheit und Migration“ des Kreises Düren ein Konzept für eine Expertenbefragung entwickelt, durchgeführt und dokumentiert. Nach Vorüberlegungen zu Institutionen und Einrichtungen des Gesundheitssystems, denen Migrantinnen und Migranten im Verlauf ihres Lebens begegnen können (siehe Abbildung 1), schlug der Arbeitskreis „Gesundheit und Migration“ 15 Institutionen für ein Interview vor.

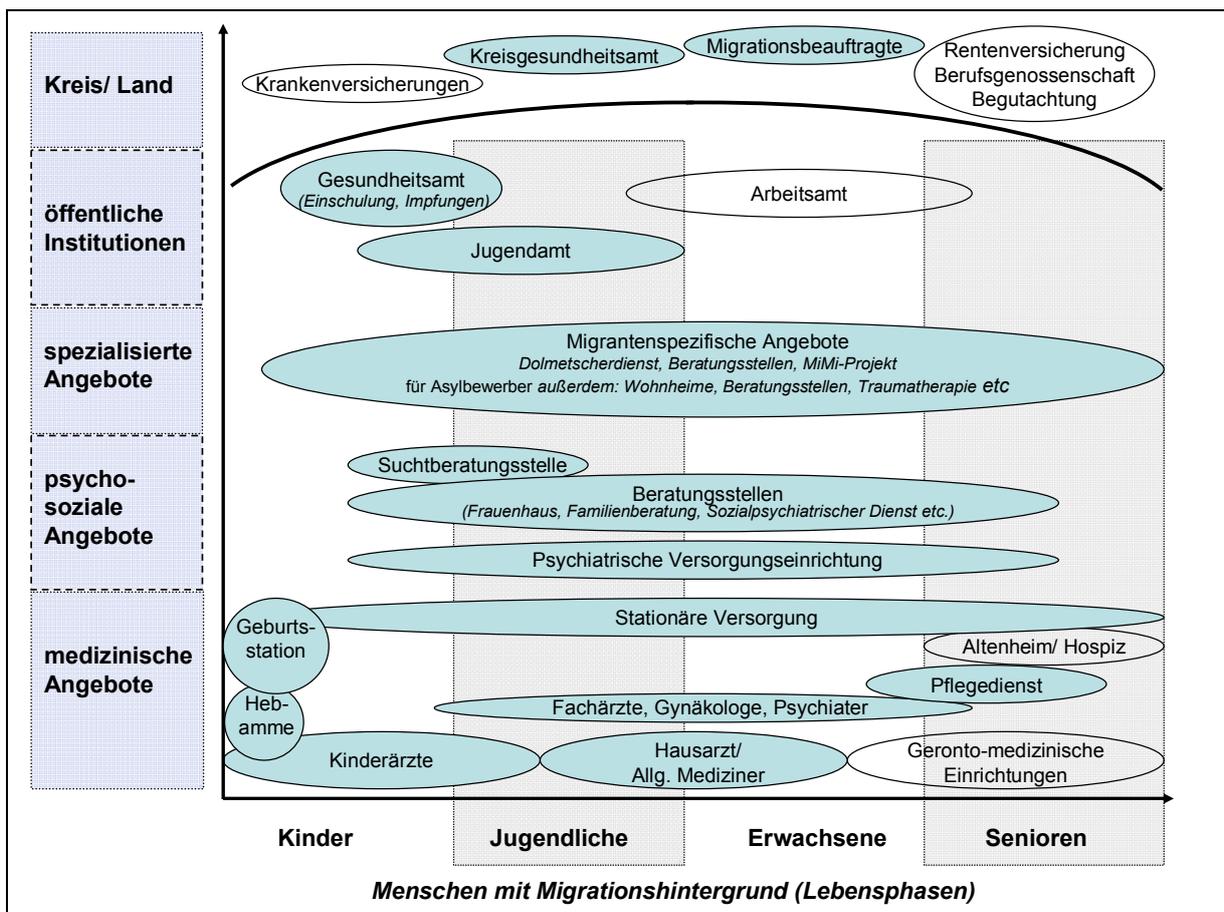


Abbildung 1: Migranten/innen im Gesundheitssystem. Die dunkel gefärbten Flächen kennzeichnen Einrichtungen, in denen Interviews geführt wurden.

In diesen Institutionen wurden die ausgewählten Experten/innen zwischen September und Dezember 2009 je circa 45 Minuten interviewt. Die Interviews orientierten sich thematisch an einem flexibel eingesetzten Leitfaden (siehe Anhang 1).

Die vorliegende Analyse gliedert sich in aufeinander aufbauende Kapitel, die die Erfahrungen der Experten und Fachkräfte aus dem Dürener Gesundheitssystem zum Themenfeld Migration, Gesundheit und Integration wiedergeben.

Im zweiten Kapitel wird die Ausgangslage der Versorgungssituation im Kreis Düren, der Bedarf und die Schwierigkeiten für die einzelnen Versorgungsbereiche (Ambulante, stationäre, pflegerische Versorgung etc.), die bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleitungen für Migranten/innen relevant sind, beschrieben.

Das dritte Kapitel setzt sich thematisch mit dem Zugang zu Versorgungsangeboten im Gesundheitsbereich in Düren auseinander. Dabei werden sowohl die wichtigsten Zugangsbarrieren für Migranten/innen, als auch die migrationsspezifischen für die Fachkräfte und Fachdienste beschrieben.

Im vierten Kapitel werden die Potentiale und Ressourcen von Migranten/innen, Fachkräften und Fachdiensten lokalisiert und wiedergegeben. Die Kenntnis dieser, bildet die Grundlage für das Senken von Schwellen in die bestehenden Angebote in Düren.

Das fünfte Kapitel beinhaltet Verbesserungsvorschläge der Dürener Experten, wie die in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Bedarfe, Zugangsbarrieren und Schwierigkeiten in der Gesundheitsversorgung erfolgreich, auch durch Hinzuziehung der vorhandenen Potentiale gelöst werden können.

Im sechsten Kapitel werden die vorangegangenen Ergebnisse noch einmal zusammengefasst und auf die konkrete Situation im Kreis Düren bezogen diskutiert.

Abschließend werden im letzten Kapitel aus den in dieser Studie erarbeiteten Ergebnissen für den Kreis Düren Empfehlungen für die Entscheidungsträger abgeleitet und vorgestellt.

## **2. Versorgungslage**

Im Verlauf der 15 Interviews kamen 12 Expertinnen und 7 Experten zu Wort, die in den verschiedensten Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens tätig sind und mit denen Migranten/innen in unterschiedlichen Phasen ihres Lebens in Kontakt treten können.

In diesem Kapitel werden zunächst Gesamtschätzungen der Experten/innen zur Versorgungslage, grob gegliedert nach den Fachgebieten ambulanter Versorgung, stationärem Sektor, Pflege, Beratungseinrichtungen sowie Ämtern, wiedergegeben.

Vielfacher Appell der Experten/innen auf die Frage „Wie schätzen Sie die gesundheitliche Versorgung von Migranten/innen ein?“ war, dass diese Frage differenziert betrachtet werden

müsse. Daraufhin wurde die gesundheitliche Versorgung von Migranten/innen in Abhängigkeit von ihrem sozioökonomischen Status, Sprachkenntnissen und Integrationsleistungen betrachtet. Weitere Kriterien zur Differenzierung waren Herkunftsland, Aufenthaltsdauer in Deutschland, rechtlicher Aufenthaltsstatus sowie die Wohnsituation und die Anwesenheit der Kernfamilie in Deutschland vs. deren Verbleib im Herkunftsland. Viele Experten/innen berichteten im weiteren Gesprächsverlauf hauptsächlich von denjenigen Migranten/innen, die in unserer Gesellschaft aufgrund ihres Migrationsstatus, fehlende Bildung und materielle Armut mehrfach benachteiligt sind, so dass diese Subgruppe in den interviewnahen Kapiteln 2-5 im Fokus dieser Dokumentation stehen. Diese Art der speziellen Wahrnehmung wird unter Punkt 6.3. gesondert diskutiert. Wir möchten schon an dieser Stelle ausdrücklich darauf verweisen, dass die Betonung von mehrfacher Benachteiligung nicht für alle Menschen mit Migrationshintergrund typisch ist.

## 2.1 Ambulante medizinische Versorgung

In der ambulanten Versorgung von Patienten/innen mit Migrationshintergrund tätige Experten/innen berichteten einen Mangel an Wissen über die Strukturen des Systems, insbesondere über Vorsorge- und Rehabilitationsangebote, deutlich. Viele Mitglieder der Migrantengruppen hätten sich das Gesundheitssystem durch Ausprobieren oder durch die Erfahrungen Dritter erschlossen (trial and error). Dabei führten Fehlinformationen und Missverständnisse insgesamt zu einer vergleichsweise schlechteren Versorgungslage. Auch mangelnde Kenntnisse der deutschen Sprache trügen zum Fortbestehen des fehlerhaften Informationsstandes und des Unwissens bei.

**Gesundheitszustand von Kindern.** Der Gesundheitszustand von Kindern mit Migrationshintergrund wurde vor allem im Vergleich zur übrigen Bevölkerung dann als deutlich schlechter beschrieben, wenn diese Kinder zusätzlich aus Familien mit geringem sozialem Status und mit geringen Deutschkenntnissen stammten. Diese Einschätzung bezieht sich insbesondere auf präventive Maßnahmen, Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen sowie auf erhöhte gesundheitsbezogene Risikofaktoren wie gesundheitsschädigende Wohnverhältnisse (feuchte Wohnräume), Rauchen innerhalb von Wohnräumen, ungünstige Ernährungsgewohnheiten, ungewöhnlich langes Stillen der Kinder, Bewegungsmangel und fehlende oder nicht ausreichende geistige Förderung der Kinder. Bei akuten Beschwerden allerdings würden die Leistungen des Versorgungssystems in gleichem Ausmaß wie bei Autochthonen<sup>1</sup> in Anspruch genommen.

---

<sup>1</sup> *Autochthon* bedeutet im Kontext der Ethnologie „einheimische“, „eingeborene“ oder „alteingesessene“ Bevölkerung. Der Begriff *allochthon* dagegen bedeutet „Menschen fremder Herkunft oder Abstammung“.

Bei der Gewährleistung der Gesundheitsversorgung könne durch das Praxispersonal auf spezifische Bedürfnisse (Einsatz von Dolmetschern, muttersprachlichen Materialien, gesundheitliche Aufklärung, Thematisieren von familiären Autoritätsmustern, die zum Nachteil der Gesundheit des Kindes scheinen etc.) wenig Rücksicht genommen werden, da nur begrenzte Zeitkapazitäten zur Verfügung stünden.

**Ambulante Psychotherapeutische Betreuung.** Auch wenn keine Expertengespräche in diesem Sektor stattgefunden haben, wird hier ein sehr großes Defizit erwartet (s.h. Knipper & Bilgin, 2009): Praktisch alle Experten/innen wiesen auf ein unzureichendes psychotherapeutisches und psychiatrisches Angebot für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte hin, insbesondere was muttersprachliche und/ oder kultursensible Therapien anbelangt. Dieses wurde neben dem allgemeinspsychiatrischen Bereich für den Kinder- und Jugendbereich explizit angemerkt. Auf dem gerontopsychologischen Gebiet ist ein ähnlicher Mangel in der Versorgung anzunehmen.

## 2.2 Stationäre Versorgung

**Innere Medizin.** Die Versorgungs- und Angebotssituation für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund wird im Vergleich zu Einheimischen als gleich gut beschrieben. Die Präsenz im System der Inneren Medizin entspreche dem Anteil der Migranten/innen in der Gesamtbevölkerung. Allerdings seien die gesundheitsbedingten Risikofaktoren vergleichsweise höher, was durch einen geringeren sozioökonomischen Status, weniger vorhandenes Wissen über gesundheitsfördernde und -erhaltende Faktoren (Ernährung, Bewegung) und einer damit einhergehenden mangelhafteren Eigeninitiative zu Gesundheitsbewusstsein und Vorsorge bedingt sei.

**Gynäkologie.** Die Behandelnden in der Gynäkologie bemühen sich um eine adäquate Versorgung aller ihrer Patientinnen und um einen respektvollen und zuvorkommenden Umgang mit kulturell empfundenen Besonderheiten. Bei einigen Gruppen liegen spezifische Probleme vor; so wird z.B. über einen wesentlich schlechteren Gesundheitszustand von Roma-Frauen, eine Ablehnung der Behandlung durch männliche Kollegen seitens einiger muslimischer Frauen, Sprachprobleme hauptsächlich bei älteren Frauen und im Notdienst über die Nichterreichbarkeit von Dolmetschern/innen berichtet. In vielen Bereichen scheinen die Lösungen unkonventionell und patientennah zu sein, hierbei sind z.B. der muslimische Gebetsraum im Krankenhaus zu nennen und die Bemühungen, Wünsche nach weiblichem Behandlungspersonal möglichst zu erfüllen.

**Kinderklinik.** Auch in der pädiatrischen stationären Abteilung wird die Versorgung von Migranten/innen als äquivalent bewertet. Allerdings werden auch hier Unterschiede in der Inanspruchnahme der Versorgungsangebote wahrgenommen, so kommen Familien mit Migrationshintergrund beispielsweise tendenziell später und nutzen seltener die empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen. Hierfür werden kulturelle und sprachliche Hemmschwellen sowie Scheu und Unsicherheit als Gründe genannt. Das Angebot der stationären Versorgung ist jedoch gut vernetzt und es wird versucht, über eine Sozialpädagogin, Sozialvisiten etc. die Patienten/innen auch bei individuellen Problemen zu unterstützen.

**Psychiatrie.** Die psychiatrische Versorgung von Patienten/innen mit Migrationshintergrund hat in der verantwortlichen Institution eine große Bedeutung. Eine Vielzahl von qualitätssichernden Maßnahmen sei vorhanden. Trotzdem würden viele Barrieren für die Inanspruchnahme der Versorgungsleistungen existieren, wie z.B. Sprachbarrieren, Angst und Scham, Unkenntnis der Möglichkeiten des Gesundheitssystems und der Erkrankungsbilder. Auch auf Grund von mangelnder Erfahrung hinsichtlich kultursensibler Diagnostik wurde von verschiedenen Seiten auf die Notwendigkeit einer speziellen „Migrantenambulanz“ hingewiesen, die explizit für die Behandlung von Migranten/innen qualifiziert ist.

## 2.3 Pflege

Im Pflegebereich wurde die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund als gut eingeschätzt, doch würden die Angebote nur sehr wenig in Anspruch genommen. So hätten nur ca. 2,5 % der von der Sozialstation betreuten Patienten/innen einen Migrationshintergrund. Die häusliche Pflege funktioniere bei Migranten/innen oft viel selbstverständlicher innerhalb der Familien, aber zum Beispiel bezüglich Einstufungen als Pflegefall fehle das Wissen um (finanzielle) Hilfen und professionelle Unterstützung. Während Aussiedler/innen gut in die bestehenden Strukturen integriert scheinen, seien vor allem muslimische Migrantinnen und Migranten kaum in Pflegeeinrichtungen untergebracht. Als Gründe dafür wurden geringe Planung des Lebensabends, Unwissen über finanzielle Unterstützungen sowie eine mangelnde Anpassung der Einrichtungen an muslimische Kunden/innen genannt. Speziell bei Kindern mit Behinderungen komme es in Migrantenfamilien unter anderem durch unzureichende Kenntnisse über die Unterstützungssysteme zu einer schlechteren Versorgungssituation.

Bezüglich der Pflege älterer Migranten/innen zeigten die Expertinnen einen steigenden Bedarf für die Zukunft auf, da die momentan in Migrantenfamilien noch häufig praktizierte häusliche pflegerische Betreuung durch Angehörige in den nächsten Jahren und Jahrzehnten wahrscheinlich deutlich abnehmen werde. Hierauf müsste das System mit entsprechenden Angeboten reagieren.

## 2.4 Beratungseinrichtungen

**Drogenberatung.** Die gesundheitliche Versorgung Drogenabhängiger wird im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung allgemein als schlechter und die Zugangsbarrieren, eine Drogenberatungsstelle aufzusuchen, als besonders hoch beschrieben. Für Menschen mit Migrationshintergrund wird dies als noch ausgeprägter angenommen, kämen doch zu einer notwendigen Bereitschaft, über die Sucht zu sprechen, und der Motivation, diese als Problem zu sehen und ändern zu wollen, noch Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache und Vorurteile hinzu. Die zur Verfügung stehenden Angebote seien faktisch gesehen für alle gleich. Menschen mit Migrationshintergrund würden an den allgemeinen Angeboten, die auf verschiedenen Verbindlichkeitsstufen angesiedelt sind, partizipieren. Wenn deutsche Sprachkenntnisse nicht ausreichend vorhanden sind, würde mit Dolmetschern/innen gearbeitet. Dieses komme vielleicht einmal in zwei Monaten vor. Nach Schätzungen haben ca. 10 % der Klienten/innen in der Drogenberatungsstelle einen Migrationshintergrund.

**Selbsthilfe.** Unter den circa 120 Dürener Selbsthilfegruppen wird keine einzige von Migranten/innen getragen. Auch die Zahlen der Teilnehmern/innen mit Zuwanderungsgeschichte seien verschwindend gering. Dabei ist von verschiedenen Seiten auf Bedarf, z.B. einer türkischsprachigen Diabetikerinnengruppe, aufmerksam gemacht worden. Auch sei wahrscheinlich, dass Migranten/innen – ähnlich wie ansässige Deutsche – vom Konzept der Selbsthilfe profitieren würden. Zudem gibt es auch keinerlei von Migranten getragene Angehörigengruppe oder Gruppen, in denen diese aktiv seien. Allerdings existieren von der Angebotsseite keine spezifischen Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund. Die Regeldienste hätten keinen Zugang zu Dolmetscherdiensten und verfügten nicht über muttersprachliche Informationsmaterialien. Zu Migrantenorganisationen bestände kein Kontakt. Ihre Arbeitsdefinition sei die Unterstützung von freiwilligem Engagement: im Zuge dessen haben sie den Wunsch, dass Migranten/innen zu ihnen kämen, um eine Selbsthilfegruppe zu gründen.

**Migrationsspezifische Beratung.** Im Bereich der migrationsspezifischen Beratung für Jugendliche und junge Familien zeigt sich, dass neben den Beratungen von Neu-Zugewanderten vermehrt auch Beratungen von Migrantenfamilien in der 2. oder 3. Generation nachgefragt werden. Typische Themen seien der Integrationsprozess als solcher, d. h. Integrationssprachkurse, berufliche Eingliederung, Anerkennung von Schulabschlüssen, sowie persönliche Beratung und Krisenintervention. Die gesundheitliche Versorgung der Migranten/innen sei unterschiedlich. Insbesondere bei Menschen, die weniger am System partizipieren, sei die Versorgungslage vergleichsweise schlechter. Zudem sei sie abhängig vom Herkunftsland, vom sozioökonomischen Status der Einwanderer/innen sowie vom rechtli-

chen Aufenthaltsstatus. Insgesamt könne man von einer Benachteiligung im Wissen um Gesundheit sprechen. Dieses führe zu einer mangelnden Inanspruchnahme von Leistungen und zu einer schlechteren Versorgungssituation.

**Situation der Flüchtlinge.** Prinzipiell werden das Versorgungsnetz und die Angebote für diese Klientel als gut und genügend dargestellt. Trotzdem sei die Gesundheitsversorgungslage von Flüchtlingen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus mit die Schlechteste, auch wenn sich in den letzten Jahren einiges verbessert habe - insbesondere was die Offenheit angeht - sich im Kreis Düren mit dem Thema intensiver auseinander zu setzen. Der ungünstigere Versorgungszustand würde vor allem dadurch erzeugt, dass das Asylbewerberleistungsgesetz gesundheitliche Unterstützung auf Notfallbehandlung beschränkt. Zudem bedingten sich die prekäre soziale Situation, die ausländerrechtliche Lage und die gesundheitliche Situation gegenseitig und verursachen bedeutsame psychische Belastungen. Bei den Flüchtlingen selbst fehle es oft an notwendigen Informationen über das, was ihnen an Leistungen zustehe, welches zu einer mangelnden Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten führe.

Auch gebe es eine mangelnde Bereitschaft zur Kooperation von Seiten der niedergelassenen Ärzte/innen und Psychologen/innen und keine einheitliche Versorgungsstruktur für Papierlose<sup>2</sup>.

## 2.5 Betreuung von Seiten der Stadt und des Kreises

**Gesundheitsamt.** Der Gesundheitszustand von in Deutschland geborenen Kindern aus Familien mit Zuwanderungsgeschichte wird als gut bezeichnet. Bei sogenannten Seiteneinsteigern in das Gesundheitssystem, d.h. Kindern, die mit ihren Eltern eingewandert sind, ist der gesundheitliche Zustand oft ungünstiger. In Bezug auf Kinder mit Migrationshintergrund wird die Vermutung geäußert, dass über die primäre Gesundheitsversorgung hinausgehende gesundheitsfördernde Bedingungen oft schlechter seien, so seien häufiger Übergewicht und ein erhöhter Fernsehkonsum sowie seltener eine lernförderliche Umgebung anzutreffen. Diese Faktoren werden jedoch bisher nicht systematisch erhoben und gehörten bisher nicht zum Aufgabenbereich des Gesundheitsamtes. Zudem treffe die Problembeschreibung auch auf deutschstämmige Kinder ohne Zuwanderungshintergrund mit niedrigem sozioökonomischem Status zu.

---

<sup>2</sup> Als Papierlose werden Personen ohne gültige Ausweispapiere bezeichnet. Vogel (2009) schätzt die Gesamtzahl der sich 2007 in Deutschland aufhaltenden Papierlosen durch Hochrechnung aus Polizeifestnahmetatistiken auf 200.000 bis 460.000 Menschen. Andere Schätzungen gehen z.T. von höheren Zahlen aus.

**Familienhebammen.** Im Auftrag des Gesundheitsamtes des Kreises Düren könnten unter anderem Migrantinnen bei besonderem Bedarf kostenlos bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres des Kindes durch eine Familienhebamme betreut werden. Eine Gesamteinschätzung der gesundheitlichen Versorgungslage bei Migrantinnen sei jedoch schwierig, da der Eindruck in der betreuenden Arbeit auf „Problemfamilien“ beschränkt sei. Diese seien gekennzeichnet vor allem durch geringen Bildungsgrad, unsicheren Aufenthaltsstatus und bestimmte Herkunftsländer. Zudem gingen sie seltener zum Arzt und nahmen Vorsorge nicht wahr, da sie deren Relevanz nicht einschätzen könnten. Zu Terminen seien sie häufiger unpünktlich. Eine enge Betreuung von Familien im häuslichen Umfeld wird als sehr sinnvoll bezeichnet. Allgemeine gesetzliche Regelungen zu Vorsorgepflicht, kostenfreien Kindergartenplätzen und Familienzentren werden gewünscht.

**Jugendamt.** Auch hier wird die Beobachtung mitgeteilt, dass Migranten/innen dort weniger präsent und schlechter in das Vorsorgesystem integriert seien. Mit vielen breitgefächerten Angeboten werden allerdings Migranten/innen erreicht, die selbst auch engagiert sind. Wie jedoch die Übrigen erreicht werden könnten, ist eine offene Frage. Das Versorgungssystem hat sich auf spezifische Bedürfnisse eingestellt, die Vernetzung scheint ausgereift. Zum Teil fehlen jedoch die finanziellen Mittel für einen ausreichenden Personalschlüssel in Kindertagesstätten in Wohngebieten mit besonderen Sozialstrukturen oder für die flächendeckenden Schuleingangsuntersuchungen in der Stadt Düren.

### 3. Zugang zur Versorgung

In diesem Abschnitt werden die in den Gesprächen angesprochenen und beobachteten Schwierigkeiten beim Zugang, Angeboten und der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgungsleistungen zusammengefasst. Er dient dazu, die auf dem Weg zu einer interkulturell adäquaten Gesundheitsversorgung zu überwindenden Hürden aufzuzeigen. Das Kapitel gliedert sich in Schwierigkeiten bei der Gewährleistung einer adäquaten Gesundheitsversorgung für Migranten/innen, die einerseits im Versorgungssystem begründet liegen (3.1), und andererseits auf der Seite der Migranten/innen verortet werden können (3.2).

#### 3.1 Versorgungssystem

Schwierigkeiten, die im Versorgungssystem liegen, sind bedingt durch unvollständige oder noch ausstehende Adaptationen der Versorgungsstruktur an spezifische Bedarfe der Migranten/innen. Hinzu kommen Schwierigkeiten bei Mitarbeiter/innen des Versorgungssystems beim Zugang zu Migranten/innen und fehlende interkulturelle Kompetenzen. Weitere Erschwernisse hängen mit Sprachkompetenz der Mitarbeiter/innen zusammen oder mit der aufenthaltsrechtlichen Situation von Flüchtlingen.

### 3.1.1 Interkulturelle Öffnung der Versorgungsstrukturen

Einige Experten/innen äußerten die Vermutung, dass eine Adaptation der Versorgungsstruktur an die Bedürfnisse von Menschen mit Zuwanderungshintergrund bei vielen Institutionen noch nicht stattgefunden habe. Fachdienste, Praxen und Krankenhäuser hätten zum Großteil den Prozess der interkulturellen Öffnung noch nicht durchlaufen. So seien, um nur ein Beispiel zu nennen, die Pflegeheime nicht auf den Umgang mit türkischsprachigen dementen Patienten eingestellt. Gerade im Pflegebereich wurde von den dort arbeitenden Expertinnen auf einen hohen ungedeckten Bedarf an Pflegekräften aus den Herkunftsländern der Migranten/innen hingewiesen - beziehungsweise auf solche Personen, die die Kultur und Sprache der Zuwanderer/innen kennen.

**Erreichbarkeit der Klienten.** Das Erreichen der Migranten/innen wurde durch einige Einrichtungen als drängendes Problem geschildert. So scheint eine große Hilfslosigkeit zu bestehen, wie vor allem diejenigen, die wenig integriert und organisiert sind, erreicht werden können. Flyer scheinen als Medium nicht besonders erfolgreich zu sein, vielmehr kämen die meisten durch persönliche Empfehlungen. Eine Weitervermittlung durch Fachdienste an andere Einrichtungen wurde als schwierig, zeitaufwendig und begleitungsintensiv beschrieben.

**Bedarf an Materialien und zusätzlichem Wissen.** Einige Experten/innen wiesen auf einen Mangel an muttersprachlichen Informationsmaterialien und qualifizierten Übersetzungen von diagnostischen Manuals, Formularen zur Begutachtung etc. in ihren Einrichtungen hin. Hinzu käme ein geringes Wissen über spezifische Bedürfnisse der Migranten/innen, soziale Realitäten, spezifische Krankheitsbilder etc. So äußerte sich eine Expertin, dass es ihr schwer falle, sich auf spezifische Bedürfnisse einzustellen, weil sie gar nicht wisse, wo diese lägen. Zum Teil sind die vorhandenen Kenntnisse pauschal oder auf einzelne Migrantengruppen beschränkt - so berichtete eine Expertin, dass der Familienzusammenhalt bei den türkeistämmigen Migranten/innen sehr groß sei aber dass sie nicht wisse, wie dieser bei afrikanischen Migranten/innen sei. Dieses mangelnde Wissen führt zu einer mangelnden Sensibilität, die ein tatsächliches Verstehen von Problemstellungen auf einer interkulturellen Ebene behindere. Im schlimmsten Fall könne dies, so die Einschätzung eines Experten, zu Fehldiagnosen und Behandlungsfehlern führen. Deutlich wurde auch bei Mitarbeiter/innen im stationären Bereich der Bedarf nach religiösen Hintergrundinformationen über Bedürfnisse muslimischer Patienten/innen und wie diese pragmatisch in den Stationsalltag integriert werden können (z.B. Gebetsraum etc.).

**Komm-Struktur des Gesundheitssystems.** Viele Einrichtungen sind gekennzeichnet durch eine Komm-Struktur, die oft zahlreiche Zugangshürden beinhaltet. Allen voran: Wissen über das System ist eine notwendige Voraussetzung, was besonders für Menschen, die neu in Deutschland sind oder weniger gut integriert sind, eine unüberwindbare Barriere darstellen könnte. Zum Teil wird mit großer Selbstverständlichkeit davon ausgegangen, dass die Kenntnisse über die Einrichtung auch bei den Migranten/innen vorhanden sei, da ja jeden Tag in der Zeitung über die Einrichtung zu lesen sei. Hier besteht kaum Sensibilität, dass Wissen, welches nur aus bestimmten Gruppen der Mehrheitsbevölkerung zugänglichen Medien wie z.B. Zeitungen gewonnen wird, nicht alle Adressaten/innen erreicht.

**Bedarf an migrantenspezifischen Angeboten.** Neben einer mangelhaften Adaptation vorhandener Angebote wiesen die Experten/innen auf fehlende Angebote und Lücken im Versorgungssystem hin: so gäbe es im Nordkreis und in Jülich keinen Fachdienst, der Beratung für Migranten/innen anbietet. In dörflichen bzw. ländlichen Strukturen im Kreis Düren würden praktisch keine Angebote existieren. Im Bereich der Suchtberatung bestünden keine spezifischen Angebote für Männer türkischer und arabischer Herkunft.

**Bedarf an interkulturellen psychiatrischen und psychotherapeutischen Angeboten.** Deutlich wurde ein Mangel an psychiatrischem und psychotherapeutischem Behandlungsangebot, worauf die Hälfte der Experten/innen hingewiesen hatte. Hier wurde auf die langen Wartezeiten, unter anderem auch im kinderpsychologischen und -psychiatrischem Bereich, trotz zum Teil hohen Leidensdrucks bei den Betroffenen, hingedeutet. Insbesondere für dieses Segment wurde die Arbeit mit Dolmetschern/innen als unbefriedigend bezeichnet und der Bedarf an speziell geschulten und mehrsprachigen Fachkräften aufgezeigt.

**Mehr Vernetzung.** Obwohl die Vernetzung im Großen und Ganzen als gut beschrieben wurde, schilderten auch manche Experten/innen, dass ihnen die Ansprechpartner/innen und die vernetzende Stellen unbekannt seien. Eine Expertin berichtete, dass sie keinerlei Vernetzung hätte aufbauen können, obwohl der Wunsch nach Kooperation von ihrer Seite aus bestehe. Zudem wurde von zwei Expertinnen, die bei Fachdiensten arbeiten, die Kooperation mit den Krankenhäusern als schwierig dargestellt. Eine Expertin wies darauf hin, dass sie bei einer geplanten Informationsveranstaltung für ambulant tätige Ärzte/innen diese nur mit sehr großem Aufwand hätte erreichen können, da die Anbieter/innen ambulanten Versorgung kaum vernetzt seien. Eine übergeordnete Koordinierung und Transparenz der Angebotssituation im Kreis Düren gäbe es nicht, dies wurde auf Grund der Vielzahl von Leistungsangeboten als nicht machbar und auch als nicht notwendig betrachtet.

**Zeitliche Beschränkungen.** Zeitmangel wurde von drei Experten/innen als Grund für das Nicht-Hinzuziehen von Dolmetscher/innen vorgebracht. Zudem wurde berichtet, dass Patienten/innen mit mangelnden deutschen Sprachkenntnissen im Krankenhaus weniger Informationen erhielten und weniger aufgeklärt würden.

### 3.1.2 Fortbildungsbedarfe der Mitarbeiter

Neben Schwierigkeiten, die in den institutionellen Strukturen begründet liegen, wurden auch auf der Ebene der Mitarbeiter/innen Schwierigkeiten benannt.

**Motivation, Bereitschaft und Sensibilität.** Experten/innen berichteten von Kollegen/innen, die nicht bereit seien, sich auf die Behandlung von Migranten/innen einzulassen. Eine für Mitarbeiter/innen angebotene Supervision zu Problemstellungen bei Patienten/innen mit Migrationshintergrund würde kaum angenommen. Es gäbe unverändert Vorbehalte gegenüber Migrantinnen und Migranten und Berührungsängste, Kontakt mit dem vermeintlich Fremden aufzunehmen, so ein Experte. Eine Expertin schilderte einen Einzelfall, bei dem ein gerufener Krankenwagen trotz Notfall und mehrfachem Anruf zu einer schlecht deutsch sprechenden Familie mit todkrankem Kind nicht kam.

**Überforderung und Hilflosigkeit bei Beratern/innen.** Einige Experten/innen beschrieben sich selbst als überfordert und hilflos bei der Arbeit mit Migranten/innen, insbesondere bei mangelnder Krankheitsakzeptanz, Misstrauen ihnen als Berater/innen gegenüber oder mit der Kultur zusammenhängenden Krisen- und Konfliktsituationen. So wüssten sie z.B. nicht, wie man am besten auf den Suizidappell einer jungen Türkin reagieren sollte. Auch beschrieb ein Experte Konfliktsituationen in der Arbeit bei der Wahrnehmung kultureller Unterschiede. So müsse er sich jeweils zwischen einem akzeptierenden, kulturrelativistischen und einem normativ ethnozentristischen Standpunkt entscheiden. Des Weiteren wurde von einer Expertin die Beobachtung genannt, dass es überdurchschnittlich viele Kaiserschnitte bei Migrantinnen gebe und dies eventuell in Verständigungsproblemen vor und während der Geburt begründet liegen könnte. Diese und andere Äußerungen der Mitarbeiter/innen machen deutlich, dass hier professioneller Fortbildungs- und Supervisionsbedarf zu bestehen scheint.

**Wenig Teilnahme an Fortbildungen.** Nur ein kleiner Anteil der Experten/innen gab an, selbst an Fortbildungen teilgenommen zu haben oder diese den Mitarbeitern/innen zu empfehlen. Andere bekundeten durchaus Interesse, hätten sich aber bisher nicht darum gekümmert. Einige betonten, dass sie keine zeitlichen Kapazitäten hätten, an Fortbildungen teilzunehmen. Eine Expertin beschrieb bisherige Veranstaltungen als ineffektiv. Vor allem müsse bei den Mitarbeitern/innen der Gesundheitsversorgung eine individuelle Einstellungsänderung gegenüber Migranten/innen erzielt werden, so eine weitere Expertin.

### 3.1.3 Spracherwerb und Einsatz von Dolmetscher/innen

Die mangelnde deutsche Sprachkompetenz wurde mit als häufigste Begründung für eine nichtadäquate Versorgung genannt. Zwei Inhalte sind hierbei zentral: Die Förderung des Spracherwerbs sowie der Umgang mit mangelnden deutschen Sprachkenntnissen. Neben positiven Entwicklungen zum Spracherwerb, die unten diskutiert werden, bleibt an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass der deutsche Spracherwerb nach Meinung einer Expertin von Kindern im Schulsystem nicht ausreichend unterstützt und gewährleistet werde. So zeigten sich manchmal auch noch Schwierigkeiten bei der Schulentlassungsuntersuchung.

Bezüglich des Einsatzes von Dolmetschern/innen deuteten die Experten/innen auf unterschiedliche Schwierigkeiten hin. So berichtete ein Experte, dass er leider aus finanziellen, strukturellen und zeitlichen Gründen nicht die Möglichkeit habe, Dolmetscher/innen einzusetzen. Deshalb würde er bei kleineren Angelegenheiten Zettel für Ehemänner oder Verwandte schreiben und bei ausführlicheren Gesprächen Familienangehörige zum Übersetzen mit einbestellen. Ob die Botschaft in problematischen Fällen bei den Betroffenen ankomme und ob alles richtig übersetzt werde und auch die Zwischentöne „rüberkämen“, wisse er nicht, er denke eher weniger. Andere Experten/innen in größeren Einrichtungen organisieren das Dolmetschen über interne Listen. Im Dienst und bei Notfällen würde das allerdings zu Problemen führen, da dann keine Dolmetscher/innen zur Verfügung ständen. Um dieses Problem zu lösen, fehle es ihnen jedoch an Zeit. Eine woanders gut funktionierende Lösung seien sie bereit zu übernehmen. Eine der Expertinnen, die bei einem Fachdienst arbeitet, äußerte sich unsicher darüber, ob sie den Dolmetscherservice der Diakonie in Anspruch nehmen könne. Bisher sehe sie in ihrer Arbeit keine Möglichkeit, etwas dolmetschen zu lassen, da sie die finanziellen Ressourcen dazu nicht habe.

Einer der Experten drückte sich zudem ablehnend gegenüber der Sprachvermittlung aus, da Beratungsgespräche mit Dolmetscher/in nicht so persönlich und nicht so emotional seien. Das Gespräch sei indirekter und weniger überzeugend. Die Anzahl der Gespräche mit Dolmetscher/in bei ihnen sei marginal, da im Regelfall die Migranten/innen eine weitere Person zum Übersetzen mitbrächten und nur in Ausnahmefällen ein/e Dolmetscher/-in hinzugerufen würde. Auch eine andere Expertin berichtet von einer negativen Erfahrung mit einem Dolmetscher, so dass sie diese nur noch einsetze, wenn es überhaupt nicht anders gehe.

Insbesondere bei psychischen Problemstellungen wurde die Ausbildung der Dolmetscher/innen (z.B. das Beherrschen von Dolmetschetechniken) von einigen Experten/innen als ungenügend angesehen und vielmehr eine größere Zahl muttersprachlicher Therapeuten/innen gewünscht.

### 3.1.4 Situation von Flüchtlingen und Menschen ohne Papiere

Für Flüchtlinge wird die Versorgung und die Angebotssituation als schlecht beschrieben. Vor allem Kinder sind aufgrund der rechtlichen Situation systematisch gegenüber ihren Altersgenossen mit gesichertem Aufenthaltsstatus benachteiligt. Auch die Wohnverhältnisse in den

Flüchtlingsunterkünften werden von verschiedenen Experten/innen als schwierig beschrieben, unter anderem aufgrund der Enge, dem baulichen Zustand der Unterkunft, der dadurch verursachten schwierigen hygienischen Bedingungen und der Lage, die unzumutbare Anfahrtswege zu ärztlicher Versorgung verursache. Zudem sei auch in einem besonders schweren Fall eine Umverteilung in eine der Klinik nähergelegene Wohneinrichtung trotz höchster medizinischer Dringlichkeit nicht möglich gewesen.

Einige Experten/innen berichten auch von fehlender Bereitschaft seitens der Ärzte/innen und Psychologen/innen zur Kooperation, sowohl für psychotherapeutische Behandlung als auch für die oft benötigte Begutachtung im Aufenthaltsverfahren. Den Behandlern/innen fehle es oft an notwendigen Informationen, die gestellten Diagnosen seien unpräzise und viel Überzeugungsarbeit sei notwendig.

Für den spezifischeren Fall der Gesundheitsversorgung von Papierlosen sicherten viele Experten/innen eine Versorgung in ihren Einrichtungen zu. Allerdings sei dies immer eine Einzelfallentscheidung, die auch für die Papierlosen belastend sei, da die Krankenhäuser zu meist auf den Kosten sitzen blieben. Diese fühlen sich hierbei vom Sozialstaat alleingelassen. Es sei notwendig, eine einheitliche Anlaufstelle für Papierlose zu schaffen.

## **3.2 Inanspruchnahme der Angebote**

Die im Folgenden aufgeführten Barrieren wurden von den befragten Experten/innen auf Migranten/innenseite verortet. Vier der Experten/innen konnten dabei aufgrund eines eigenen Migrationshintergrunds auch aus den Migranten-Communities berichten. Für eine bessere Beurteilung dieser Schwierigkeiten könnte in Zukunft eine Studie mit Migranten/innen weitere Informationen liefern (siehe hierzu auch Kapitel 6).

### **3.2.1 Zugangsbarrieren**

Die befragten Experten/innen sehen vielfältige Barrieren für die Inanspruchnahme von Dienstleistungen des Gesundheitssystems durch Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. Diese bestehen in erster Linie in mangelndem Wissen, aber auch in Sprachschwierigkeiten, Scham und Angst, einem geringen sozialen Status, und in Faktoren, die kulturell begründet werden.

Viele Anbieter/innen schildern eine mangelnde Nutzung zum Beispiel von Vorsorge- oder von Selbsthilfeangeboten, obwohl diese existierten. Vermutete Ursachen hierfür sind Unwissen und fehlende Informationen, ein mangelndes Bewusstsein der Relevanz und/ oder damit einhergehend eine geringe Bereitschaft, die entsprechenden Angebote wahrzunehmen.

Höheren Schwellen bei der Inanspruchnahme und dadurch bedingte spätere Wahrnehmung von Hilfen führt nach Ansicht eines der Experten zu einer insgesamt schlechteren Versorgung. Nach Überwindung der Barrieren verlaufen Folgebehandlungen oft kooperativ bis engagiert, würden aber zum Teil zu spät einsetzen.

**Unwissen über das deutsche Gesundheitssystem.** Als wohl wesentlichste Ursache für eine mangelnde Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wurde von fast allen Experten/innen ein Wissensdefizit über angebotene und zustehende Leistungen genannt. Dies umfasst ein geringes Wissen über Systemstrukturen, über Abläufe im Gesundheitssystem, über verschiedene Hilfestrukturen und das übergeordnete Sozialsystem. Hinzu kommt die Unkenntnis über Zusatzleistungen des Gesundheitssystems wie Präventiv- und Rehabilitationsangebote, finanzielle Unterstützung bei der Pflege von kranken Angehörigen, während der Schwangerschaft oder bei Berufsunfähigkeit.

Auch wird vielfach eine große Unsicherheit beschrieben, welche Leistungen in Anspruch genommen werden dürfen, welche Leistungen kostenlos sind, und wie dringend ein Arztbesuch angeraten ist. Manche Migranten/innen seien weniger gesundheitlich aufgeklärt und wüssten weniger über die gesundheitsbezogenen Zusammenhänge, z.B. zwischen Ernährung, Bewegung und Gesundheit. Von einer Expertin wurde auch berichtet, dass die Zahl der Kinder, die an plötzlichem Kindstod starben, bei Familien mit Migrationshintergrund höher war.

Häufig komme es in den Migranten-Communities zu einer informellen Weitergabe von Informationen über Gesundheit und Leistungen des Gesundheitssystems, wodurch zum Teil auch falsche Informationen weitergegeben würden. Insgesamt führe das geringere Wissen zu einer geringeren Inanspruchnahme von Leistungen und zu einer geringeren Compliance<sup>3</sup>, die im Einzelfall zu einer dramatisch schlechteren Versorgungslage führen könne.

Neben mangelnder Informierung durch das System und teilweise angeeigneten Fehlinformationen, die im Umlauf sind, wird das mangelnde Wissen ursächlich auch durch andere Gesundheitssysteme und andere kulturell und/ oder religiös geprägte Krankheitskonzepte in den Herkunftsländern bedingt, mit denen Migranten/innen nach Deutschland kommen.

**Mehr gesundheitsfördernde und -erhaltende Aktivitäten.** Ein geringeres Wissen besteht auch über gesundheitsfördernde und -erhaltende Aktivitäten. Dies führt insbesondere zu einer höheren Prävalenz von Übergewicht, einem höheren Medienkonsum bei wenig Bewegung und - bei Migrantinnen mittleren Alters - häufig zu Altersdiabetes. Möglicherweise hängt dies aber auch eher vom sozioökonomischen Status ab.

**Mehr deutsche Sprachkenntnisse.** Mangelnde Kenntnisse der deutschen Sprache werden von vielen der Experten/innen als eine der größten Schwierigkeiten für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gesehen. Sprachliche Barrieren werden häufiger bei Frauen und insbesondere bei älteren Patientinnen wahrgenommen. Auch bei den Schuluntersuchungen würden Sprachprobleme festgestellt, so habe ein höherer Prozentsatz türkeistämmiger Kinder bis zur Einschulung nur geringe Deutschkenntnisse.

---

<sup>3</sup> Der Begriff Compliance ist in Psychologie und Medizin gebräuchlich und bezeichnet die Bereitschaft eines Patienten zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen.

**Sozialer Status und geringe Bildung.** Insbesondere Migranten/innen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und/ oder finanziellen Problemen seien mehr gesundheitlichen Risikofaktoren ausgesetzt. Zudem hänge der Erfolg der Integration und Identifikation mit Deutschland von Bildung und dem rechtlichen und sozioökonomischen Status ab.

**Scham und Angst.** Auch Schamgefühle davor, Nöte zu offenbaren und Angst, aufzufallen, wenn sie medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, werden als migrantenspezifische Barrieren bei der Inanspruchnahme beschrieben. Dies führe dazu, dass intimere oder tabuisierte Themen nicht vorgebracht würden, bevor eine Eskalation stattgefunden habe. Insbesondere Flüchtlinge, die in ihrem Herkunftsland oder auf der Flucht traumatisiert wurden, schämten sich und könnten häufig erst dann über ihre belastenden Lebensereignisse reden, wenn ihrem Aufenthaltsersuchen stattgegeben werde. Den zuständigen Behörden fehle häufig die Kenntnis dieser Zusammenhänge, weshalb sie solche Flüchtlinge zum Teil als unglaubwürdig bewerten würden.

**Spezielle Zugangsbarrieren bei einzelnen Migrantengruppen.** Einzelne Migrantengruppen nehmen Vorsorgeangebote weniger wahr als andere. Zum Beispiel beschrieben zwei Expertinnen, dass Roma diese nur selten in Anspruch nähmen sowie dass diese weniger zuverlässig bei Terminen und weniger compliant seien. Dies habe schwerwiegende Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung beispielsweise auch bei Geburten.

Einige Migrantengruppen seien, in Abhängigkeit vom Herkunftsland, schwieriger zu erreichen. Insbesondere bei Gruppen mit wenig Außenkontakt zu deutschsprachigen Familien fehle den Kindern oft eine fördernde Lernumgebung.

### 3.2.2 Kulturell geprägtes Gesundheitsverständnis

**Kulturell anderer Umgang mit Krankheit und Verhaltensauffälligkeiten als in Deutschland üblich.** Viele Experten/innen schildern einen in ihrer Wahrnehmung kulturell bedingten anderen Umgang mit Krankheit und Verhaltensauffälligkeiten, der die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen beeinflusse. Zuallererst würde der Familie eine höhere Autorität eingeräumt und diese mehr in gesundheitsbezogene Entscheidungen eingebunden. Vorsorge würde nicht dieselbe Relevanz zugesprochen, da diese in den Herkunftsländern weniger üblich und verfügbar und deshalb auch weniger bekannt sei. Des Weiteren wurde beim Umgang mit psychischen Auffälligkeiten beschrieben, dass medizinisch begründete Diagnosen und Überweisungen leichter akzeptiert würden. Während deutschstämmige Eltern durchaus auch mit Verhaltens- oder Erziehungsproblemen vorstellig würden, gäbe es bei Familien mit einem kulturell bedingten anderen Umgang mit Krankheit seltener die Motivation eine Erziehungsberatung aufzusuchen. Über den Schwerpunkt „krankes Kind“ könnte allerdings auch das Gesamtsystem Familie mehr in den Fokus gebracht werden.

Beim Umgang mit schwer behinderten Kindern würden sich z.B. türkeistämmige Eltern schwerer tun, diese Kinder besonders zu fördern.

Auch das Konzept der Selbsthilfe sei nicht bekannt z.B. bei türkeistämmigen Personen, weshalb eine Integration in die bestehenden Selbsthilfeangebote sich als schwierig gestalte.

**Kulturell geprägtes Rollenverständnis und kulturbedingte Konflikte.** Einige Experten/innen wiesen auf Kommunikations- und Verständnisschwierigkeiten aufgrund unterschiedlicher Rollenverständnisse hin, mit denen sie nicht umzugehen wüssten. So wurde von der Hälfte der Experten/innen Kommunikationsschwierigkeiten und Schwierigkeiten beim Erreichen von Migranten/innen kulturell bedingt erklärt.

Bezüglich **Frauen** mit Migrationshintergrund wurde die Kontaktaufnahme als schwierig beschrieben. Diese könnten sich nicht gegen ihre Männer und Väter durchsetzen und dürften keine Hilfe von außen annehmen. Allein im letzten Monat war einer der Experten mit zwei Suizidappellen junger türkeistämmiger Frauen konfrontiert worden. Auch partizipierten Frauen mit Migrationshintergrund zum Teil nicht an Gesundheitsveranstaltungen mit der Begründung, dass ihre Männer dies verboten hätten, wie eine Expertin an einem Beispiel skizzierte. Zum Teil wollen sich Frauen muslimischer Herkunft nicht von Ärzten untersuchen lassen, auch wenn das Einverständnis des Ehemannes vorliege.

**Männern** mit Migrationshintergrund wird vorgeworfen, dass sie bei Gesprächen beim Kinderarzt über ihre Kinder eher abblockten und sich weniger einsichtig zeigten. Ein Experte beschreibt, dass die Männer schneller aufbrausend wären, in ihrer Ehre verletzt seien und eine größere Affinität zur Gewalt hätten. Diese größere Empfindlichkeit würde in der Kommunikation zu Missverständnissen führen und das Umgehen miteinander komplizierter machen. Konkret würden Migranten ihn öfter, diese Termini missbrauchend, als Faschist oder Rassist bezeichnen, wenn er versuche diesen „normale Grenzen setzend“ zurechtweisen würde.

**Familien** werden als stärker zusammenhaltend, aber weniger Einmischung zulassend, beschrieben. Ein Experte berichtet über wenig Verständnis für die Arbeit seiner psychosozialen Beratungsstellen mit Migrantenfamilien, weniger Verständnis für therapeutische Prozesse, sowie für den Fokus der Beratungsstelle auf persönliche Entfaltung und die Ablehnung von autoritären Erziehungsmethoden.

**Mehr Zusammenarbeit und Wille zur Integration.** Zwei der Expertinnen warfen den Migranten/innen mangelnde Zusammenarbeit und Unwille zur Integration vor und bezweifelten, dass sie als Gesundheitsdienstleisterinnen insbesondere die Frauen erreichen könnten. Vor allem bei denjenigen Migranten/innen, die in stark religiös geprägten Enklaven lebten, fehle die Bereitschaft, die hier geltenden Gegebenheiten des Gesundheits- und Sozialsystems zu akzeptieren, so eine Expertin. Es wäre nicht deren Interesse, unter den hier gültigen Bedingungen zu leben, deshalb würden Angebote von außen nur begrenzt wahrgenommen.

## 4. Potentiale

In diesem Kapitel sollen die vielfältigen Formen zusammengetragen werden, in denen interkulturelle Orientierung bereits erfolgt ist, sowie weitere ausbaufähige Potentiale aufgezeigt werden. In zwei großen Abschnitten werden zunächst Potentiale des Versorgungssystems zusammengefasst, die vor allem in der Breite der Angebote, der Vernetzung und der interkulturellen Ausrichtung der Einrichtungen liegen, sowie im zweiten Abschnitt Potentiale der Migranten/innen selbst in den Fokus genommen.

### 4.1 Potentiale im Versorgungssystem

Dieser Abschnitt fasst Einschätzungen der Experten/innen zu positiven Aspekten des Status quo zusammen, die unter die Fragen wie „Was funktioniert eigentlich gut im Kreis Düren?“ gefallen sind und spiegelt die Vielzahl von Initiativen und Erfolgen in der Gesundheitsarbeit mit Migranten/innen in Düren wider.

#### 4.1.1 Breite Angebotssituation im Kreis Düren

**Positive Atmosphäre.** Viele der Experten/innen lobten das gute Klima und die vielfältige Angebotssituation in Düren. So wurde oft von einer großen erlebten Offenheit im Miteinander der 124 Nationen berichtet, die Stimmung als gut beschrieben und die Politik als Förderer dieses guten Klimas genannt. Die Integrationsbeauftragten der Stadt und des Kreises sorgten dafür, dass viele Herausforderungen und Schwierigkeiten angegangen würden und es hilfreiche Kooperationen gäbe.

**Vielfältige Angebote.** Auch die Angebotsstruktur wurde von mehreren Experten/innen als gut und ausreichend dargestellt. Es gäbe eine Vielzahl von guten Fachdiensten, so dass im Einzelfall reagiert und individuell unterstützt werden könne. Einige der Angebote erfüllen gleichzeitig mehrere Funktionen und wirken auch integrations- und sprachfördernd. Vorhandene Angebote würden in Anspruch genommen. In einigen Bereichen könne die Nachfrage allerdings noch nicht gedeckt werden.

Weiterhin gebe es aber auch Angebote, die qualitativ hochwertig seien und auch Migranten/innen zur Verfügung ständen, von diesen aber noch nicht in Anspruch genommen würden. Eventuell seien einige dieser Angebote nicht bekannt genug, sodass der Zugang erschwert sei.

Besonders positiv hervorgehoben wurden der Dolmetscherdienst der Diakonie, das Café International und die Arbeit der evangelischen Gemeinde sowie die vielen engagiert und ehrenamtlich Tätigen in der Flüchtlingsarbeit.

**Häufigere systematische Förderung.** Positiv scheint zudem, dass vermehrt Interventionen und Informationsveranstaltungen vor Ort stattfinden, und die Migranten/innen dadurch auf ihrem Weg durch das (Gesundheits)system zunehmend begleitet werden. Es wird berichtet, dass bereits im Kindergarten viele Programme anlaufen, z.B. werden dort über „Mama lernt deutsch“- Kurse und „Griffbereit“- Gruppen Eltern erreicht. Viele Experten/innen schildern zudem Erfolge mit aufsuchender Sozialarbeit in Stadtteilprojekten und in Schulen, sowie gut besuchte Informationsveranstaltungen für Patienten/innengruppen in Moscheen, Vereinen und Initiativen.

Auch würden vermehrt Informationen direkt an Migranten/innen weitergegeben, zum Beispiel bei dem neu eingeführten Familienbesuch bei Familien mit neugeborenen Kindern, bei denen mit Hilfe einer Informationsmappe Angebote vorgestellt würden. Auch das vom Kreis Düren neu initiierte MiMi-Gesundheitsprojekt<sup>4</sup> wurde als sehr vielversprechend beschrieben und wird dazu führen, dass Informationen über Gesundheitssystem und Gesundheitsthemen weitere und mehr Migranten/innen erreichen.

#### **4.1.2 Vernetzung und Kooperation**

Die Vernetzung wird von den meisten Experten/innen als sehr gut beschrieben. Viele Strukturen seien sehr gut vernetzt, man kenne sich und begegne sich als Kollegen/innen, was schnelle und konkrete Hilfe ermögliche. Auch die Kooperationen mit der Ausländerbehörde, mit Migrationsdiensten und Dolmetschern/innen, Frauenhäusern und Beratungsstellen würden zu einer erfolgreichen Arbeit beitragen. Eine besondere Rolle der Vernetzung käme der Vielzahl von Arbeitskreisen und den Runden Tischen zu Themen wie „Frühe Hilfen“, „Häusliche Gewalt“ oder „Gesundheit und Migration“ zu, die eine starke Vernetzungsstruktur zwischen den Experten/innen fördern.

---

<sup>4</sup> Das „Mimi-Gesundheitsprojekt - Mit Migranten für Migranten“ wird vom Kreis Düren in Kooperation mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. in Hannover durchgeführt. Seit Januar 2010 werden dürener Migrantinnen und Migranten zu Gesundheitsmediatoren/innen ausgebildet. Diese werden im Anschluss mehrsprachige Gesundheitsinformationsveranstaltungen innerhalb ihrer Communities und für interessierte Auftraggeber/innen durchführen. Mehr Informationen hierzu unter [www.bkk-promig.de](http://www.bkk-promig.de).

**Vernetzung mit städtischen und kommunalen Strukturen.** Die Stadt und der Kreis werden als offen für Kooperation und Vernetzung genannt, die Migrationsbeauftragte des Kreises wird von einer Expertin als „zentrale Anlaufstelle“ charakterisiert. Mit der anonymen Meldestelle zu Missbrauchsverdacht und mit dem neuen Meldesystem zu durchgeführten Vorsorgen haben die Stadt und der Kreis weitere Anlaufstellen geschaffen.

Auch die Broschüre „Frühe Hilfen“ habe zur Vernetzung für die Versorgung von Kindern beigetragen, wobei allerdings kein Fokus auf Patienten/innen mit Migrationshintergrund liege. Insbesondere der vom Kreis Düren geleitete Arbeitskreis „Gesundheit und Migration“, der auch Auftraggeber dieser Studie ist, wird als gutes Beispiel für die gelungene Vernetzung genannt. Er schaffe Strukturen um das Thema anzugehen und ermögliche persönliche Kontakte, die Beratungen individualisieren könnten.

**Vernetzung zwischen Fachdiensten ermöglicht gute Betreuung.** Des Weiteren wird auch die Zusammenarbeit einzelner Fachdienste als gut beschrieben. Viele Experten/innen nennen einzelne Stellen, mit denen sie eng kooperieren oder an die sie Ratsuchende verweisen. Einige der Experten/innen sehen ihre Beratungsstelle dabei als erste Kontaktstelle, die zwischen der Angebotssituation und den Bedürfnissen der jeweiligen Klienten/innen vermittelt.

Auch ein ärztlicher Experte sieht sich in dieser Schlüsselposition, in der er an Fachdienste weitervermitteln kann. Dabei weist eine Expertin auch ausdrücklich darauf hin, dass die freundschaftliche Kooperation auch ihren Klienten/innen mehr Freiheiten gibt, da diese die Beratungseinrichtung auch wechseln könnten und Informationen zwischen den Kontaktstellen weitergeben würden.

Einzelne der Experten/innen sind sehr engagiert in verschiedensten Arbeitskreisen auf lokaler und überregionaler Ebene und selbst aktive Vernetzer/innen, wovon viele Kollegen/innen profitieren.

**Vernetzung mit Migrantenselbstorganisationen und Migranten/innen.** Einige der Experten/innen berichten auch von einer Kooperation mit Migrantenselbstorganisationen, von Kontakten zu ausländischen Vereinen und lokal verorteten Projekten, die helfen, Migrantenfamilien gut zu erreichen. Durch das MiMi-Gesundheitsprojekt würden auch zunehmend die Migranten/innen selbst eingebunden.

### **4.1.3 Interkulturelle Ausrichtung der Institutionen**

Die Interkulturelle Öffnung der Einrichtungen im Kreis Düren ist auf einem guten Weg. Circa die Hälfte der befragten Experten/innen legt Wert auf eine interkulturelle Ausrichtung ihrer Einrichtung und stellt sich auf besondere Bedürfnisse von Klienten/innen mit Migrationshintergrund ein.

Hierzu gehören hausinterne Listen mit Sprachkenntnissen, die mindestens fünf der Einrichtungen führen, eine bewusste Einstellung von Mitarbeitern/innen und Schülern/innen mit Migrationshintergrund, die von mehr als der Hälfte der Experten/innen berichtet wurde, die Wertschätzung eines multikulturellen Teams mit gegenseitigem Coaching, die Einstellung von Mitarbeiterinnen mit Kopftuch sowie auf Kundenebene respektvoller Umgang mit den Bedürfnissen z.B. muslimischer Patienten/innen vom Essensangebot bis zum Gebetsraum.

Eine der Einrichtungen sieht die Interkulturelle Öffnung als einen wesentlichen Bestandteil ihrer Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit. Eine andere Einrichtung bietet auch Veranstaltungen zur Interkulturellen Öffnung von Regel- und Fachdiensten an oder vermittelt bei Interesse an Veranstalter.

**Bewusstwerdungsprozess bei den Mitarbeitern/innen.** Die Mehrzahl der interviewten Experten/innen war sehr reflektiert und sprach respektvoll von Migranten/innen. Auch betonten mehrere Experten/innen, dass es in ihren Einrichtungen zu keinerlei Diskriminierungen käme und dass der entsprechende Bewusstseinsgrad sehr hoch sei. Zwei der Experten/innen wiesen auf ein Buch hin, das sie zu unterschiedlichen Fragestellungen der interkulturellen Praxis herausgegeben haben, um gewonnenes Wissen an Kollegen/innen weiterzugeben. Einer der Experten gab auch an, dass sein Problembewusstsein in den letzten Jahren durch die Sozialvisite und ähnliche Ansätze im Krankenhaus gewachsen sei.

**Weiterbildung für Mitarbeiter/innen.** Eine Einrichtung veranstaltet selbstständig große Fachtagungen und bietet Supervisionen für Kollegen/innen speziell bei interkulturellen Fragestellungen an. Einzelne der Experten/innen haben über ihren Träger oder privat an Fortbildungen zu dem Themengebiet teilgenommen. Weitere zeigen sich offen für Fortbildungen und sehen den bestehenden Bedarf, haben diese aber bisher noch nicht in Angriff genommen.

**Spezielle Angebote einzelner Institutionen.** Zu speziellen Problemstellungen haben einzelne Einrichtungen spezifische Lösungen gefunden, von denen eine Auswahl hier gewürdigt und empfohlen werden soll.

So ist ein Krankenhaus bereit, muslimische Patientinnen, wenn diese dies wünschen, nur im Notfall von männlichen Ärzten untersuchen zu lassen und zeigt viel Verständnis für diese Wünsche. Einer der Fachdienste hat im Rahmen eines EU-Projektes eine berufsvorbereitende Maßnahme zur Qualifizierung junger Migranten/innen zum Einstieg in Pflege- und Sozialberufe initiiert und führt dies erfolgreich durch.

**Umgang mit mangelnden deutschen Sprachkompetenzen.** Weiterhin gibt es in Düren Investition in Sprachförderung, wie z.B. die „Mama lernt deutsch“- Kurse, die schon lange vor Ort angeboten würden und immer ausgebucht seien.

Viele der Experten/innen berichten von muttersprachlichen Materialien, die sie zur Verfügung stellen. Ein Teil der Experten/innen berichtet zudem über eine große Unterstützung durch den Dolmetscherdienst der Diakonie, der ehrenamtliche, geschulte Dolmetscher/innen in über 30 Sprachen kostenlos zur Verfügung stellt und circa 100-150 Dolmetschereinsätze im Jahr organisiert. Die Schulung wurde durch eine Mitarbeiterin der Diakonie mit externen Referenten/innen 2-4 mal im Jahr samstags mit Dauer von 4-6 Stunden organisiert und umfasste Themen wie Dolmetschetechniken, Anforderungen an die Dolmetscher/innen, Dolmetschen in Beratung und Therapie, Interkulturelle Kommunikation, Bedeutung der Herkunftskultur, Gesundheitssystem, Traumatisierung bei Flüchtlingen, Gewalt gegen Frauen, SGB II, Angebote und Aufgaben des Jugendamtes, Asylbewerberleistungsgesetz etc. Andere Experten/innen wussten allerdings nichts von diesen Schulungen und betonten, dass Düren einen medizinisch geschulten Dolmetscherservice bräuchte. Dies macht deutlich, dass der Bedarf noch wesentlich größer ist und dass man mit mehr Mitteln und mehr Werbung eine noch bessere Versorgung ermöglichen könnte.

Viele Einrichtungen haben interne Listen über Sprachkenntnisse von Kollegen/innen, die sie bei Bedarf hinzu ziehen können. Eine Expertin, die viel und oft mit Dolmetschern/innen arbeitet, erzählte auch von guten Erfahrungen mit Beratungen in gebrochenem Deutsch. Wenn sie sich dabei mehr Zeit nehme und den Klienten/innen Respekt entgegen bringe, funktioniere das oft sehr gut.

**Umgang mit Papierlosen.** Bezüglich des Umgangs mit Patienten/innen ohne Papiere oder ohne Krankenversicherung wiesen alle Krankenhäuser darauf hin, dass sie diese erst einmal behandeln würden und sich die Verwaltung im Anschluss um die Erstattung der erstandenen Kosten bemühe. Einer der Migrationsfachdienste erwähnte eine Liste von Ärzten/innen, die ihnen vorliege, auf denen Ärzten/innen verzeichnet seien, die ohne Abrechnung Untersuchungen durchführen würden.

## 4.2 Potentiale von Migranten/innen

Migranten/innen werden zunehmend als spezifische Zielgruppe für Programme und Projekte ausgewählt. Noch zuwenig wird dabei an deren vorhandene Potentiale angeknüpft und auf Partizipation gesetzt. Im folgenden Abschnitt wird zusammengefasst, was die Experten/innen als Potentiale bei den Migranten/innen wahrnehmen und in den Gesprächen schilderten. Weitere Überlegungen insbesondere zur Wahrnehmung und zum Umgang mit Potentialen von Migranten/innen finden Sie unter Abschnitt 6.3.

**Allgemeines.** Zwei der Expertinnen betonten, dass Migranten/innen viele Potentiale haben, die oft unterschätzt würden. Allein, dass die Menschen es bis hierher geschafft hätten, zeuge von einer großen Zahl an Ressourcen.

Einige Experten/innen betonten, dass bei Migranten/innen mit hohem sozioökonomischem Status, die sprachlich gut integriert seien, die medizinische Versorgung und die Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen mit der von einheimischen Deutschen vergleichbar seien.

**Sozialstrukturen in Migranten-Communities.** Knapp die Hälfte der Experten/innen äußerte sich im direkten Bezug auf die Frage positiv über die Sozialstrukturen in den Migranten-Communities, die durch einen stärkeren Familienzusammenhalt und ein ausgeprägtes familiäres Unterstützungssystem charakterisiert wurden. Familie wurde als Rückhalt, Nest und Auffangbecken bezeichnet, als Ort der Wissensweitergabe und des Austausches und als System, das meist eine gute Versorgung von Angehörigen gewährleiste. Zum Teil wurden neben dem Familienzusammenhalt auch ein größeres Zusammengehörigkeitsgefühl in kulturhomogenen Gruppen und ein stärkeres soziales Netz untereinander beschrieben. Zwei der Experten/innen werteten dies jedoch als ambivalent und schilderten auch soziale Kontrolle und Überwachung durch die Nachbarn/innen. Eine Expertin beschrieb auch, dass es Migranten/innen, die gut vernetzt seien und die nötigen Informationen hätten, auch gelinge, bei Dingen, die eigentlich familienintern geregelt würden, ihre Familie zu übergehen und Hilfe vom System in Anspruch zu nehmen.

**Deutsche Sprachkompetenz.** Einige Experten/innen berichteten von Sprachbarrieren hauptsächlich bei Migrantinnen. Eine Expertin schränkte dies jedoch ein und teilte mit, dass jüngere Patientinnen zumeist ganz gut Deutsch sprächen. Zwei weitere Experten betonten, dass Deutsch für die Familien der 2. und 3. Generation keine Fremdsprache mehr sei.

Wenn keine ausreichenden deutschen Sprachkompetenzen vorlägen, bräuchten die meisten Patienten/innen eine weitere Person zum Dolmetschen mit. Hierbei wurden Verwandte und Mitpatienten/innen als hilfsbereit und kooperativ beschrieben.

**Umgang mit Gesundheitsthemen.** Im Umgang mit medizinischen Themen und Praktiken wurden die Migranten/innen von einem Experten als arztgläubiger beschrieben, eine andere Expertin schilderte einen selbstverständlicheren Umgang mit Geburt und Stillen.

**Partizipation.** Die Partizipation der Migranten/innen an Versorgungsleistungen wurde bei Angeboten, die Schwangerschaft und Kinder betreffen, insgesamt als gut beschrieben. Es gäbe eine große Bereitschaft zur Teilnahme und Mitarbeit. Migranten/innen der 2. und 3. Generation würden sehr häufig alle Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen. Eine Expertin betonte, dass vor allem gut vernetzte und integrierte Familien die Angebote des Gesundheitssystems sehr offen annehmen würden.

**Migrantenselbstorganisationen.** Eine Expertin beschrieb die Migrantenselbstorganisationen als Selbsthilfestrukturen, die das Ziel haben in gegenseitiger Unterstützung die eigene Kultur zu bewahren.

**Sozialverhalten.** Drei der Experten/innen beschrieben Migranten/innen als offene, freundliche Patienten/innen, die sich sehr bemühen, wenn sie einmal den Schritt gemacht haben, eine Behandlung aufzusuchen.

**Migranten/innen als Mitarbeiter/innen.** Einige der Experten/innen berichteten sehr positiv von Migranten/innen als Mitarbeiter/innen, von denen sie sehr profitiert hätten. Migranten/innen im Team wurden als Potential und als Hilfe beschrieben, die z.B. das Verständnis für muslimische Patienten/innen erhöhen würden. Ein Experte sah in einem Mitarbeiter mit eigenem Migrationshintergrund eine Möglichkeit, die Sprachbarriere zu überwinden. Auch führte eine Expertin an, dass Arztpraxen mit Personal mit Migrationshintergrund gut laufen würden und von Migranten/innen vermehrt besucht würden.

## 5. Verbesserungsvorschläge

In diesem Abschnitt werden die Verbesserungsvorschläge der selbst praktisch tätigen Experten/innen zusammengefasst, um so Erkenntnisse über weiteren Unterstützungs- und Weiterentwicklungsbedarf der Dienste im Gesundheitssystem zu gewinnen. Die Verbesserungsvorschläge sind als Ergänzung zu den im Abschnitt 4 ausgeführten Potentialen zu verstehen. Eine Integration und Diskussion der Verbesserungsvorschläge der Experten/innen, der Schwierigkeiten und der vorhandenen Potentiale erfolgt im darauf folgenden Kapitel 6.

### 5.1 Weitergehende Adaptation des Versorgungssystems

Wie in dem Kapitel 4 „Potentiale“ beschrieben, ist in den letzten Jahren Vieles in Bewegung gekommen. Hierauf aufbauend forderte die Mehrzahl der Experten/innen vom Versorgungssystem weitergehende Adaptationen an die Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten durch einen Ausbau der vorhandenen Angebote, eine größere Transparenz und Informationen über Angebote, eine bessere Kooperation sowie einen Ausbau der Fremdsprachenkompetenzen im Versorgungssystem.

**Ausbau der Angebote.** Es wurden von den Experten/innen verschiedene Vorschläge erläutert, wohingehend das bestehende Angebot ausgeweitet werden müsse. Diese seien hier aufgelistet.

Die neu eingerichteten Besuchsdienste für Neugeborene wurden als gute Maßnahme bezeichnet, die beibehalten und, falls die Stellenkontingente nicht reichten, ausgebaut werden müsste. Die Hebammenbetreuung nach der Geburt sollte erweitert werden, da damit auch frühe Aufklärung über Ernährung und Erziehung stattfinden könnte. Insgesamt sollte es mehr Angebote zu gesundheitsfördernden und -erhaltenden Bedingungsfaktoren wie Ernährung und Bewegung geben. Eine Elternberatung zu lernförderndem Umfeld wurde ebenfalls vorgeschlagen. Möglicherweise könnte das Gesundheitsamt hierbei eine verantwortliche Rolle übernehmen und sein Aufgabenfeld über die reine Gesundheitsfürsorge hinaus erweitern. Vorstellbar wäre dies auch in Kooperation mit Familienzentren.

Dieses Konzept der Familienzentren wurde von mehreren Experten/innen als lokale Anlaufstelle im Sozialraum der Menschen empfohlen, die schichtübergreifend arbeiten sollte. Alternativ nannten andere Experten/innen die Einrichtung eines Gesundheitsladens im Viertel, der Gesundheits- und Pflegeberatung vor Ort durchführt und Sprechstunden in den verschiedenen Migrantensprachen anbieten sollte.

Für ältere oder kranke Menschen wurde auf den Bedarf einer gesetzlichen Betreuung mit interkultureller Kompetenz hingewiesen, die so im Kreis Düren zurzeit nicht existiere. Zudem erwähnten mehrere Expertinnen das Erfordernis an Altenpflegeheimplätzen für Muslime, bei denen die Heime neben einer angepassten Verköstigung z.B. auch Gebetsmöglichkeiten bieten müssten. Die interkulturelle Ausrichtung sollte hierbei im Qualitätsmanagement verankert sein.

Zudem wurde von einer Expertin eine Initiierung einer ehrenamtlichen Begleitung von Familien mit Migrationshintergrund angeregt.

**Ausbau der psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote.** Um den Bedarf an psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung zu decken, müssen in diesem Bereich weitere Angebote geschaffen werden und vermehrt sprach- und interkulturell kompetente Behandler/innen eingestellt oder Mitarbeiter/innen dahingehend qualifiziert werden. Vorgeschlagen wurde auch das Einrichten einer speziellen Migrationsambulanz, z.B. in Angliederung an die LVR- Klinik, die interkulturelle und psychiatrische Kompetenzen bündeln und eine adäquate Versorgung garantieren könnte.

**Bekanntheit vorhandener Angebote erhöhen.** Zentrale Bedingungen für die häufig geforderte Teilhabe der Migranten/innen an der Ausgestaltung der Angebote sind die Forderungen nach einer größeren Transparenz und aktiven Bekanntmachung der vorhandenen Angebote. Migranten/innen müssten wissen, was ihnen zusteht und was sie in Anspruch nehmen dürften, so ein Experte.

Hierzu schlug ein anderer Experte einen Wegweiser über Vereine, Organisationen etc. vor, um Informationen zu bündeln und einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Bisher seien viele der Informationen sehr informell. Angebote der Gesundheitsdienstleister/innen sollten vorgestellt werden, sodass sie über die Migrantenselbstorganisationen oder über die neuen MiMi-Mediatoren/innen an die Migranten/innen vermittelt werden könnten. Dies ist insbesondere zentral für Angebote wie die Selbsthilfe, die nicht akut indiziert, sondern präventiv - begleitend und gesundheitserhaltend - konzipiert ist.

Dem Bedarf an Informationen zur Gesundheitsvorsorge könne auch dadurch begegnet werden, dass lokale Angebote zur Vermittlung von Gesundheitswissen entwickelt werden und dadurch die Zielgruppe zur Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen motiviert wird. Insbesondere Menschen, die neu nach Deutschland kommen, sollte von Anfang an mehr Orientierung und Informationen gegeben werden.

**Kooperationen stärken.** Auch die Kooperation im Kreis Düren ist noch ausbaufähig. So wies eine Expertin darauf hin, wie wichtig es ist, engere Unterstützer-Strukturen, wie diese z.B. durch den Arbeitskreis „Gesundheit und Migration“ entstanden seien, zu erhalten und auszubauen sowie auch Externen zur Verfügung zu stellen. Insbesondere niedergelassene Ärzte/innen und Psychotherapeuten/innen müssten besser erreicht werden. Zudem wurde der Wunsch nach einer stärkeren Kooperation mit Migrantenselbstorganisationen und sozial engagierten Migranten/innen geäußert.

**Sprachkompetenzen im Versorgungssystem ausbauen.** Die Existenz des Dolmetscherdienstes der Diakonie ist im Kreis Düren als großes Potential zu bewerten. Auf diese vorhandene Struktur könnte aufgebaut werden, um noch mehr Gesundheitsdienstleister/innen sowie auch Migranten/innen über die Existenz und die Einsatzmöglichkeiten aufzuklären. Um einem noch wesentlich höheren Bedarf gerecht werden zu können, formulierte eine Expertin, dass der Dolmetscherdienst auf andere Beine gestellt und ausgebaut werden müsse.

Des Weiteren müsse man den Umgang mit muttersprachlichen Informationsmaterialien und Formularen ausweiten. Vorhandene Materialien könnten größere Verbreitung finden. Andere Unterlagen, wie z.B. Pflegeantragsformulare, die bisher nur auf Deutsch vorliegen, müssten übersetzt werden.

Eine Expertin wünschte sich bei allen Mitarbeitern/innen Kenntnisse wesentlicher Wörter und Ausdrücke in den wichtigsten Migrantensprachen, um Menschen in ihrer Sprache empfangen zu können und damit Ängste abzubauen. Dies würde unendlich hilfreich sein.

**Bedingungen für Flüchtlinge verbessern.** Die Entwicklungen in den letzten Jahren werden als positiv beschrieben, zwar nicht was den rechtlichen Bereich anbelangt, aber was die Offenheit im Umgang mit dem Thema im Kreis Düren angeht. Daran sollte angeknüpft werden. Speziell für Flüchtlinge und Asylbewerber forderten drei Experten/innen einen individualisierteren Umgang mit den Gesetzen, der den Bedürfnissen der Menschen gerecht werde. Auch sollten gesetzliche Spielräume bei der Unterbringung in Wohnheimen etc. flexibler genutzt werden.

Das Asylbewerberleistungsgesetz mit seiner Funktion medizinische Leistungen auf ein Minimum zu beschränken sei menschenunwürdig und müsse abgeschafft werden, so die Forderung einer Expertin. Insbesondere für psychisch kranke und traumatisierte Flüchtlinge wurde von einer großen Unterversorgung berichtet, der entgegengewirkt werden müsse. Es fehle im Kreis Düren zudem an speziellen medizinischen Angeboten, die Papierlose ohne Angst in Anspruch nehmen könnten. Hier müsse eine Anlaufstelle geschaffen werden. Eine der Expertinnen wünschte sich eine höhere Anzahl explizit für Flüchtlinge engagierte Kollegen/innen.

## 5.2 Unterstützung durch Politik und Krankenkassen

Zwei Experten/innen richteten ihre Verbesserungsvorschläge direkt an die politischen Verantwortlichen. Diese sollten Vorsorgeuntersuchungen auch für Erwachsene verpflichtend machen sowie auch eine Pflicht zum Erwerb von deutschen Sprachkenntnissen einführen. In Kindertagesstätten und Grundschulen müsste der Personalschlüssel in Anpassung an die Sozialstruktur des Klientels flexibler gestaltet werden können. Zudem sollten die Stadt und der Kreis dafür Sorge tragen, dass die Wohnstrukturen stärker durchmischt würden. Lokale, schichtengemischte Familienzentren, wie sie in Schweden existieren, könnten sozialen Strukturen in den Vierteln stärken und langfristig Kosten sparen.

Des Weiteren wünscht sich eine Expertin von der **Stadt Düren**, dass sie ihre Sachbearbeiter/innen zu Tagungen und Fortbildungen schicke, wie der Kreis dies bereits sehr erfolgreich praktiziere. Solche Veranstaltungen würden sowohl zu Vernetzung als auch zu Fortbildung und Sensibilisierung der Mitarbeiter/innen einen großen Beitrag leisten.

Die **Krankenkassen** wurden von zwei Experten/innen als potentielle Gestalter gesehen, die sich aktiver für eine interkulturelle Öffnung stark machen sollten. So kam der Vorschlag, vermehrt migrantenspezifische Angebote zu fördern. Ein anderer Experte schlug vor, ein Boni-System einzurichten, welches finanzielle Anreize für die Behandlung von Migranten/innen schafft und damit auch höhere Kosten und erhöhten Zeitaufwand deckt. Eine Expertin wies darauf hin, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen bei der Einstufung als Pflegefall seine zur Zeit nicht vorhandene transkulturelle Kompetenz und Fremdsprachenkenntnisse ausbauen müsse, da der Status quo zu einer Benachteiligung von Patienten/innen mit Migrationshintergrund führe.

### 5.3 Bewusstseinswechsel bei Mitarbeitern/innen und Gesellschaft

Letztlich fasst die Forderung eines der Experten, dass beide Seiten sich über das System informieren und fortbilden müssten, das Kernanliegen zusammen. Genau das impliziert Interkulturelle Öffnung in den Worten einer der Expertinnen: zusammen mit den Migranten/innen ein Angebot zu schaffen, das auch den Bedürfnissen dieser Gruppen gerecht werde. Bisher sei alles noch zu stark monokulturell „deutsch“ geprägt. Der Begriff „Interkulturelle Öffnung“ fiel oft bei Fragen zu Visionen. Andere sprachen von „Miteinbeziehung der Kultur“ oder der Vermittlung von kulturellem Wissen. Auch Toleranz zu vermitteln und zu fördern ist für viele zentrales Anliegen. Manche der Experten/innen glauben, dass sich hierfür vor allem die Einstellungen der einzelnen Mitarbeiter/innen verändern müssten.

**Aus- und Weiterbildung stärken.** Etwa ein Drittel der Experten/innen wies auf einen großen Fortbildungsbedarf hin, insbesondere auch für niedergelassene Ärzte/innen und Psychotherapeuten/innen. Eine Sensibilisierung der Ärzte/innen für die Lebenssituation und Traditionen in den Herkunftsländern der Migranten/innen schaffe Verständnis für bestimmte Verhaltensweisen und als solche wahrgenommene Defizite und erleichtere den Zugang zu den Patient/innen. Zudem sollte es Fortbildungen für Mitarbeiter/innen des Gesundheitssystems zur Arbeit mit Dolmetschern/innen geben. Ein Experte wies auch auf den dringenden Bedarf der Integration der Themenfelder Ethnomedizin und Transkulturelle Diagnostik in die Curricula der Ausbildungen in medizinischen Berufen hin, wie sie in den Pflegeberufen bereits bestehen.

**Mehr Verständnis der Ärzte/innen.** Eine Mitarbeiterin eines Fachdienstes forderte mehr Verständnis und Offenheit der Ärzte/innen bei der Arbeit mit Migranten/innen. Zum Beispiel wünsche sie sich mehr Verständnis für Unpünktlichkeit bei Patienten/innen mit Migrationshintergrund. Ärzte/innen sollen solche Patienten/innen nach Möglichkeiten von sich aus anrufen lassen, wenn diese ihre Termine nicht wahrgenommen hätten.

### 5.4 Förderung von Partizipation und Mitgestaltung

Einige Experten/innen wiesen darauf hin, dass man einen „Migrationshintergrund“ als individuelle und gesellschaftliche Ressource betrachten solle und dass man die Migranten/innen in die Versorgungssysteme einbeziehen und das System mit gestalten lassen müsse. Man solle Migranten/innen sollten dazu anregen, sich zu organisieren und sich in die vorhandenen Strukturen einzubringen, so eine Expertin. Durch eine bessere Information von Migranten/innen über das System und seine Angebote, könne auch ihr Empowerment und ihre Integration weiter gefördert werden.

**Kollegen/innen mit Migrationshintergrund benötigt.** Viele der Experten/innen wünschen sich mehr Kollegen/innen mit Migrationshintergrund, die interkulturelle und sprachliche Kompetenzen mitbrächten. Einige äußerten dezidiert den Mangel an Mitarbeitern/innen türkischer Herkunft z.B. als Logopäden/innen. Andere äußerten den Wunsch, dass solche Mitarbeiter/innen für ihre deutschen Teamkollegen/innen auch Fortbildungen, z.B. zum Umgang mit Gesundheitsthemen in den Herkunftskulturen der Migranten/innen anbieten könnten.

Ferner wurden eine Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsabschlüssen und ein Ausbau von Maßnahmen zur Berufsintegration gefordert.

**Förderung von Kindern.** Sechs der Experten/innen forderten, dass die Sprachförderung im Kindergarten-, Vorschul- und Schulalter weiter ausgebaut werden müsse. Eine Expertin schlug hierfür vor, dass der Kindergarten verpflichtend und kostenfrei sein solle. Sprachförderung wurde als essentiell für einen guten Start in die Schullaufbahn gesehen. Eltern müssten vom Gesundheitssystem darin unterstützt werden, ihre Kinder zu fördern. Hierfür müssten von der Geburt der Kinder an entsprechende Angebote bereit gehalten und aufgezeigt werden.

Einer der Experten forderte eine individuelle Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund im Sinne einer positiven Diskriminierung.

## **6. Diskussion der aktuellen Situation im Kreis Düren**

Die Offenheit der Expertinnen und Experten in allen geführten Interviews war groß und alle Beteiligten scheinen an einer weiteren Verbesserung der aktuellen Situation im Kreis Düren interessiert zu sein. Viele äußerten sich außerordentlich positiv über Arbeitsatmosphäre und Zusammenarbeit im Kreis Düren und sind bezüglich der verbesserungsbedürftigen Aspekte engagiert bei der Suche nach konstruktiven und wegweisenden Lösungen. Dieses wird von den politisch Verantwortlichen offen thematisiert, unterstützt und vorangebracht.

Nicht zuletzt durch die Initiierung der vorliegenden Studie wird die hohe Sensibilität für die Thematik und die Veränderungsbereitschaft des Kreises Düren deutlich. Insbesondere Kapitel 4 (Potentiale) zeigt die Vorreiterrolle des Kreises auf, die er im überregionalen Vergleich bezüglich der Breite des vorhandenen Angebots, den vorhandenen Vernetzungen und den engagierten Mitarbeitern/innen einnimmt.

## 6.1 Angebotssituation im Kreis Düren

Viele der in Düren vorgehaltenen Angebote könnte man guten Gewissens als Modelle guter Praxis der Öffentlichkeit bekannt machen. Dazu zählen der Dolmetscherdienst der Diakonie, das Projekt STEPS – Integration durch Qualifikation des Sozialdiensts Katholischer Frauen, das MiMi-Gesundheitsprojekt, der 2003 in seiner ersten Auflage und jetzt in neuer Auflage vorliegende Gesundheitswegweiser mit Fremdsprachenkenntnis-Verzeichnissen der im Kreis Düren tätigen Gesundheitsdienstleister/innen, die Griffbereit-Gruppen zur Förderung der Zweisprachigkeit, die Dokumentation und Zusammenarbeit mit den Migrantenselbstorganisationen im Rahmen des KOMM-IN-Projekts, die jährlich von der LVR-Klinik Düren ausgerichteten Fachtagung „Migration und Psychiatrie“, die 2009 zum achten Mal stattfand, die jährliche Interkulturelle Woche der Stadt Düren, die Stadtteilmütter in Düren-Nord und das Café International der evangelischen Gemeinde, Projekte der Flüchtlingsberatungsstellen zu Gesundheitsversorgung für minderjährige Flüchtlingen und für traumatisierte Flüchtlingsfrauen, die vom Europäischen Flüchtlingsfond und vom BAMF gefördert werden. Die Breite und Vielfalt der Angebotssituation im Kreis Düren ist beeindruckend (s.h. Integrationskonzept für den Kreis Düren). Im Folgenden werden die im Kreis Düren zusätzlich benötigten Angebote aufgeführt und erläutert.

**Psychiatrischer Bereich.** Verbesserungsbedarf besteht bezüglich psychiatrischer und psychotherapeutischer Angebote mit interkultureller Kompetenz und/ oder Sprachkenntnissen in den häufigsten Muttersprachen der Migranten/innen. Hier könnte auch eine spezielle Migrationsambulanz, die nicht ethnisch spezifisch, sondern transkulturell aufgebaut ist, Abhilfe schaffen und für Migranten/innen eine qualifizierte Versorgung ermöglichen (s.h. Kimil & Salman 2008). Alternativ wäre auch eine sich auf allen Ebenen der Institution widerspiegelnde Schwerpunktsetzung denkbar: diese müsste vom Leitbild bis zu Mitarbeiterschulungen im Rahmen eines interkulturellen Öffnungsprozesses stattfinden, um eine adäquate Versorgung auch speziell für Migranten/innen gewährleisten zu können. Bei beiden Alternativen ist es wichtig, verstärkt Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund einzustellen und gemeinsam mit diesen Bedarfsanalysen durchzuführen.

**Selbsthilfe- und Angehörigenarbeit.** Während viele Dürener Migranten/innen in Migrantenselbstorganisationen aktiv sind, gibt es noch keine von Migranten/innen getragene Selbsthilfe- oder Angehörigengruppe im Rahmen der Selbsthilfekontaktstelle. Von Migranten/innen für Migranten/innen getragene Selbsthilfe zu Gesundheitsthemen, und Angehörigengruppen, die Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit machen, und die Integration von Migranten/innen in vorhandene Selbsthilfe- und Angehörigengruppen würde die Gesundheitsversorgung verbessern und das Gesundheitswissen in Migrantengemeinschaften erhöhen. Hierzu leistet Selbsthilfe einen entscheidenden Beitrag und wird z.B. auch finanziell und materiell (Räume, Materialien etc.) von den Krankenkassen unterstützt.

**Angebote im Pflegebereich.** Auch für ältere Menschen, die professioneller Pflege bedürfen oder zu Hause nicht mehr versorgt werden können, könnten in den kommenden Jahren Angebote notwendig werden. Denkbar wäre hierbei z.B. eine Altenpflegeeinrichtung mit einem Anteil von Plätzen für Muslime, mit kultursensiblen Adaptationen und Angeboten, die ihren Vorstellungen vom Altern entsprechen.

**Interkulturelle Adaptation vorhandener Angebote.** Zum Teil scheint eine größere Adaptation vorhandener Angebote an spezifische Bedürfnisse der Migranten/innen notwendig. Eine „gleiche“ Versorgung für Migranten/innen wie für die Mehrheitsbevölkerung, die dadurch gewährleistet wird, dass den Migranten/innen selbstverständlich alle Angebote zur Verfügung ständen, reicht nicht aus. So erfordern die im Kapitel 3.2 aufgeführten Schwierigkeiten und Hürden, wie mangelnde Deutschkenntnisse, ein Unwissen über das hiesige Gesundheitssystem etc., eventuell migrationsspezifische und kultursensible Angebote. Diese stehen zum Teil noch nicht flächendeckend zur Verfügung, was dazu führt, dass Migranten/innen einige gute Angebote des Gesundheitssystems, wie z.B. Selbsthilfestrukturen oder Pflegeeinrichtungen, kaum wahrnehmen. In einigen Einrichtungen müssen Prozesse der Interkulturellen Öffnung noch stattfinden, in anderen sind sie gut gestartet und müssen vorangetrieben werden.

Hierfür sind den Einrichtungen Hilfestellungen zu bieten, insbesondere um zu klären, wohin der Prozess führen soll und wie eine Adaptation erreicht werden kann. An dieser Stelle ist unbedingt eine Partizipation von Migranten/innen bei der Gestaltung der Adaptationsprozesse notwendig. Hier könnten hilfreich sein, die von den Experten/innen angebrachten Vorschläge zur Erweiterung der Angebote in einem offenen, gut moderierten Gruppengespräch in den Migrantencommunities zu diskutieren und den Fokus auch auf deren Anliegen und Vorschläge zu richten.

## 6.2 Vernetzung

Die Vernetzung der Gesundheitsdienstleister/innen im Kreis Düren ist bereits gut vorangeschritten. Viele der Experten/innen kennen sich untereinander und kooperieren in hohem Maße mit ihren Kollegen/innen. Auch lobten viele die Zusammenarbeit und das Klima auf der Anbieterseite. Die Stadt trägt die Arbeit in ihrem Leitbild „Interkulturelle Stadt“ mit und bietet Strukturen zur Vernetzung an, die von Experten/innen genutzt werden.

Trotzdem wurden während der Interviews auch Verbesserungsvorschläge formuliert. So wird die Vernetzung vor allem aus der Perspektive derjenigen, deren Arbeit im „Vernetzen“ besteht, als ausgesprochen gut beurteilt. In der primären Gesundheitsversorgung Tätige konnten das breite Angebot im Kreis Düren dagegen kaum und weisen darauf hin, dass sie in ihrem Arbeitsalltag keine Zeit dafür hätten.

Hinzu kommt, dass die Vernetzung vor allem zwischen ähnlich arbeitenden Institutionen stattfindet, z.B. sehr ausgeprägt zwischen migrantenspezifischen Fachdiensten oder zwischen kommunalen Einrichtungen. Eine Kooperation von den Krankenhäusern mit migrantenspezifischen oder sonstigen Fachdiensten oder von niedergelassenen Ärzte/innen und Psychotherapeuten/innen mit diesen wurde hingegen kaum beschrieben. Ansprechpartner/innen und bestehende Angebote sind zwischen den Diensten wenig bekannt.

Interdisziplinäre Arbeitskreise wie z.B. der Arbeitskreis „Gesundheit und Migration“ im Kreis Düren helfen diese Barrieren zu reduzieren, da diese zu einer thematischen Vernetzung über verschiedene Anbieter/innen und Strukturen führen.

Die positiven Effekte des Arbeitskreises sollten in der Zukunft einem noch größerem Kreis und auch für andere Bereiche und Fachkräfte geöffnet werden.

### 6.3 Potentiale bei Migranten/innen

**Partizipation von Migranten/innen.** Insbesondere mit dem „MiMi-Gesundheitsprojekt – Mit Migranten für Migranten“ sowie durch die im Rahmen des KOMM-IN-Projekts entstandene Broschüre „Gemeinsamkeiten erkennen - Gemeinsamkeiten nutzen. Migrantenselbstorganisationen im Kreis Düren“ kann langfristig eine zunehmende Einbeziehung der Migranten/innen. Damit hat der Kreis erkannt, dass er in der Zukunft noch stärker auf Potentiale und Ressourcen dieser Gruppen setzen muss.

Trotzdem berichten noch wenige Experten/innen auf die Frage zur Vernetzung, von Kooperationen mit Migranten/innen oder mit Migrantenselbstorganisationen. Dies könnte in Zukunft noch weiter ausgebaut werden. Schwierigkeiten in der Kommunikationsstruktur zwischen Angebots- und Nachfrageseite können im schlimmsten Fall zu einer vollständigen Nichtpassung zwischen Angeboten für und Bedürfnissen von Menschen mit Migrationshintergrund führen. Deutlich wurde dieser Fall bei einem Fachdienst, der trotz guter Angebote sich praktisch keiner Nachfrage gegenüber sah. Die Vertreterin dieser Einrichtung formulierte, dass sie ihre Angebote nicht adaptieren könnten, da sie die Bedürfnisse der Migranten/innen gar nicht kennen würden. Für solche Fälle könnten motivierende Vorbilder hilfreich sein, sprich Organisationen, die solche Prozesse bereits durchlaufen haben und Modelle guter Praxis darstellen.

**Migrantenselbstorganisationen.** In Anbetracht der über 40 im Kreis Düren bestehenden Vereine und Organisationen von Migranten/innen, die zu verschiedensten Themenstellungen, u.a. auch Bildung und Sprachförderung arbeiten, war es auffällig, dass dies in keinem der Experteninterviews thematisiert wurde. Die Kompetenzen und das Engagement, die sich in diesen Strukturen bündeln, sollten in Zukunft noch stärker durch Kooperation mit den Gesundheitsdienstleister/innen für eine Verbesserung der Gesundheitsversorgungslage der Migranten/innen genutzt werden.

**Wahrnehmung von Potentialen und Ressourcen der Migranten/innen.** Die meisten der interviewten Experten/innen nahmen die Integration der Migranten/innen in das Gesundheitssystem und allgemein die Versorgungslage der Migranten/innen stark defizitorientiert wahr. Dies ist größtenteils auch dadurch bedingt, dass Experten/innen tagtäglich in ihrer Arbeit mit Biographien konfrontiert sind, die durch Brüche, Frustration und Scheitern geprägt sind. Kontakte zu gut integrierten und erfolgreichen Migranten/innen, sind wahrscheinlich eher die Ausnahme.

Beispielhaft für eine defizitorientierte Wahrnehmungsweise war, dass es vielen Experten/innen im Interview häufig schwer fiel, Potentiale von Migranten/innen zu benennen (z.B. Mehrsprachigkeit, Unterstützungsfunktion von familiären Strukturen etc.). Nur wenige Experten/innen wiesen z.B. auf gute deutsche Sprachkompetenzen bei Patienten/innen mit Migrationshintergrund hin, während fast jeder über gravierende Verständigungsprobleme sprach.

Ohne dass dies besonders hervorgehoben wurde, sprachen die meisten der Experten/innen nur über die nicht erfolgreichen Migranten/innen aus unteren sozialen Schichten und hatten andere dabei nicht im Fokus ihrer Betrachtungen. Interessant war, dass manchmal erfolgreiche, gut integrierte Migranten/innen unbewusst aus der Kategorie „Migrant/-in“ herausgenommen und als „normale/r“ Mitbürger/innen betrachtet wurden, was seine Vor- und Nachteile hat. Insgesamt scheint hier aber eine Sensibilisierung notwendig zu sein, um solche Haltungen abzubauen und ressourcenorientiertes Arbeiten zu fördern. Für die Umsetzung dieser Ziele empfehlen sich migrationsspezifische Supervisions- oder Intervisionsgruppen. Auf diese Weise können interkulturell erfahrene Supervisoren/innen helfen, Wahrnehmungsprozesse zu reflektieren und zu schulen, Vorurteile und Schwarz-Weiß-Denken abzubauen und mit belastenden Situationen und Fällen konstruktiv umzugehen.

## **6.4 Fortbildungsbedarfe**

Viele der interviewten Experten/innen haben sich bereits über Themen der interkulturellen Kompetenz und Arbeit mit Migranten/innen vielfältige Gedanken gemacht, haben Informationen zusammen gesucht und zahlreiche Gespräche mit Kollegen/innen geführt. Einige haben gewonnene Erkenntnisse aufbereitet und geben diese als Fachbücher heraus, veranstalten Tagungen oder bieten Trainings für andere Einrichtungen an. All dies wurde nicht zuletzt durch die größere Öffentlichkeit erreicht, welche die Themen Gesundheitsversorgung von Zuwanderern/innen und kultursensible Behandlung in den letzten Jahren im Kreis Düren erfahren haben.

Weiterhin scheint es aber auch Bereiche mit Entwicklungsbedarf zu geben. So wurde das Thema Fortbildungsbedarf häufig angesprochen. Dieser reicht von einem Sensibilisieren für die Thematik bis hin zu spezifischen Themen wie beispielsweise der Arbeit mit Dolmetschern/innen.

**Sensibilisierung für das Thema weiterhin notwendig.** Bei den interviewten Experten/innen wurde auch oftmals eine mangelnde Kenntnis von Institutionen, Vernetzungsstellen und wesentlichen Einrichtungen für die Versorgung von Migranten/innen wie dem Dolmetscherdienst deutlich. Eine der Expertinnen warf den Migranten/innen eine mangelnde Bereitschaft zur Integration vor, womit sie die Bringschuld und Verantwortung für eine adäquate medizinische Versorgung allein bei den Migranten/innen lokalisiert hat. Auch gab es bei einigen Experten/innen wenig Bewusstsein für die Notwendigkeit der Teilnahme an systematischen Fortbildungen.

**Fortbildungsbedarf zu kulturellen und länderbezogenen Themen.** Direkte Äußerungen einzelner Experten/innen und Interessensbekundungen, mehr über z.B. das Gesundheitssystem in anderen Ländern zu erfahren, aber auch geäußertes Unverständnis über interethnische Konflikte zwischen Migranten/innen deuten auf einen Bedarf an Informations- und Schulungsveranstaltungen über Herkunftsländer und Herkunftskulturen hin.

**Fortbildungsbedarf zum Umgang mit eigener Unsicherheit.** In unterschiedlichen Situationen wurden Ohnmacht- und Überforderungsgefühle hinsichtlich der Anforderungen, die durch die Arbeit mit Migranten/innen mit besonderen Problemstellungen entstehen, formuliert. Kulturelle Begebenheiten, Konflikte interkultureller Art, ein unsicherer Aufenthaltsstatus und Schwierigkeiten bei der Verständigung mit oder ohne Dolmetscher/-in belasten auch die im Gesundheitssystem tätigen Fachkräfte und erfordern Schulungen zum Umgang mit diesen Herausforderungen. Auch eine regelmäßige Supervision könnte hier hilfreich sein. Ein reflexiver Umgang mit eigenen ethnozentristischen Sichtweisen sollte am Anfang jeder Fortbildung zu Interkultureller Öffnung stehen.

**Fortbildungsbedarf zur Arbeit mit Dolmetschern/innen.** Viele Gesundheitsdienstleister/innen verlangen von ihren Klienten/innen Dolmetscher/innen privat zu organisieren und sehen die Migranten/innen dabei wiederum allein in der Bringschuld. Zwei Einrichtungen lehnen den Einsatz von Dolmetschern/innen gar aufgrund von schlechten Erfahrungen und höherem Aufwand ab; dies ruft die Frage auf, wie und in welcher Qualität in diesen Einrichtungen die Versorgung von Migranten/innen mit mangelnden Deutschkenntnissen überhaupt stattfindet.

Anderen gelingt die Organisation von Dolmetschern/innen nicht durchgängig, obwohl eine prinzipielle Bereitschaft und Einsicht besteht. Grundsätzlich aber scheint ein Bewusstsein zur Notwendigkeit des Einsatzes professioneller Dolmetscher/innen vorhanden zu sein, die speziell für den Gesundheitsbereich geschult wurden.

Fortbildungen für Einrichtungen und Gesundheitsdienstleister/innen zur Arbeit und zum Umgang mit professionellen Dolmetschern/innen werden deshalb sehr empfohlen. Dies ist für alle Beteiligten hilfreich, da erst ein professioneller Einsatz durch die Institution mit Wissen um notwendige Vor- und Nachbesprechung, Sitzordnungen, Rollen im Gespräch und Ähnliches zu einem erfolgreichen Dolmetschereinsatz führen kann.

Gleichermaßen sollten die Schulungen für die Dolmetscher/innen fortgeführt werden um eine gleichbleibende Qualität der Arbeit gewährleisten zu können. Die Einführung einer standardisierten Evaluation der Dolmetschereinsätze durch beide Seiten könnte zudem weiteren Aufschluss über Problemstellungen und Erfolge geben und kann empfohlen werden.

## **6.5 Beschränkungen der vorliegenden Analyse und Ausblick**

Die Erkenntnisse dieser Studie beruhen zum Großteil auf den im Herbst 2009 durchgeführten 15 Experteninterviews. Hierdurch war ein tiefer Einblick in das Gesundheitsversorgungssystem des Kreises Düren möglich. Viele der aus den Interviews gewonnenen Erkenntnisse sind eine Zusammenfassung und Bestätigung der von interkulturellen Gesundheitsexperten/innen benannten und beschriebenen Schwierigkeiten (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2007). Positiv war, dass unter den Interviewpartnern/innen sowohl Experten/innen mit und ohne Migrationshintergrund teilgenommen haben, was zu einer differenzierten Einschätzung der Lage mit beigetragen hat.

Zu einer umfassenden Einschätzung der Situation im Kreis Düren könnte noch ein verstärkter Fokus auf die Bedürfnisse der hier lebenden Migranten/innen hilfreich sein. Hierzu empfehlen sich noch weitere Analysen und Studien, wo der Fokus auf Migranten/innen als Nutzer des Gesundheitssystems liegen sollte.

Zudem werden über die Situation von mehrfach benachteiligten Gruppen wie z.B. Migranten/innen mit Behinderung, mit psychischen Erkrankungen, ältere Migranten/innen mit geriatrischen Problemen etc. in Zukunft noch mehr Informationen benötigt. Diese sind im Versorgungssystem selten anzutreffen, so dass auch wenig über ihre spezifischen Problemstellungen erfahrbar war. Zu deren sozialer und gesundheitlicher Situation innerhalb ihrer Community sollten weitere Rechercharbeiten stattfinden.

Während die Versorgungslage im städtischen Raum Düren und auch in den Städten im Umkreis als gut beschrieben werden kann, arbeiten im ländlichen Raum, in welchem sich z.T. auch die Flüchtlingsunterkünfte befinden, kaum Gesundheitsdienstleister/innen vor Ort. Die Folgen dieser Situation und die Anzahl der Migranten/innen, die dies betrifft, konnten in der vorliegenden Studie nicht untersucht werden, jedoch sollte den Hinweisen einiger Experten/innen auf mangelnde Versorgung im ländlichen Raum anhand weiterer Recherchen nachgegangen werden.

## 7. Empfehlungen

Auf Grundlage der geführten Interviews und der hier zusammengefassten Ergebnisse kommen wir zu folgender Bewertung: Der Kreis Düren und die Gesundheitsdienstleister/innen im Kreis haben sich erfolgreich auf den Weg der Interkulturellen Öffnung des Gesundheitssystems gemacht. Hierbei sind einige Hürden bereits überwunden und gute Lösungen gefunden worden, wie z.B. die Vielzahl von migrantenspezifischen Fachdiensten, der Dolmetscherdienst und eine offene Diskussion des Themas in Stadt und Kreis.

Insbesondere im vorangegangenen Kapitel sind wesentliche Themen des Status quo diskutiert worden, aus denen an dieser Stelle kurze Handlungsempfehlungen abgeleitet werden, die wir den Entscheidungsträgern des Kreises Düren nahe legen möchten, um die aktuellen Herausforderungen bei der Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Migranten/innen in Zukunft noch erfolgreicher begegnen und gestalten zu können.

### 1. Zusätzliche Akteure gewinnen und Öffentlichkeitsarbeit ausbauen

Die Interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens erfordert eine Bewusstwerdung des Themas bei allen Akteuren des Systems. Durch ein Aufrechterhalten der durch den Arbeitskreis „Gesundheit und Migration“ geschaffenen Strukturen, durch Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen und durch persönliche Überzeugungsarbeit sollte es gelingen, weitere professionelle Mitarbeiter/innen des Gesundheitssystems für die Problematik zu sensibilisieren und zu interkulturell kompetenten Dienstleister/innen fortzubilden.

Zudem sollte die Öffentlichkeitsarbeit in diesem Bereich ihren Blick in Zukunft nicht nur auf die Schwierigkeiten der Migration richten, sondern auch die Chancen für den Sozial- und Gesundheitsbereich aufzeigen. Beide Seiten, Migrantinnen und Migranten wie auch die Fachkräfte und ihre Organisationen, könnten davon lernen und mehr profitieren.

### 2. Teilhabe und Mitwirkung von Migranten/innen bei Veränderungsprozessen erreichen

Die Anzahl der Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund im Gesundheitssystem sollte deutlich erhöht werden. Dies impliziert eine Investition in Ausbildung und eine erleichterte Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen von Migranten/innen.

Zudem sollte die Vernetzung mit Migrantenselbstorganisationen und Vereinen weiter ausgebaut werden. Die Ausbildung von mehrsprachigen Gesundheitslotsen ist dabei eine bereits vielfach bewährte Strategie. Sozial engagierte Migranten/innen sollten als Mittler von Gesundheitsthemen in ihre Communities gefördert und unterstützt werden. Das Thema Selbsthilfe- und Angehörigenarbeit sollte mittel- und langfristig konzeptionell angegangen und unterstützt werden.

Um Schwierigkeiten und Bedürfnisse der Migranten/innen besser erfassen und in die bestehenden Angebote zu integrieren, könnte eine weitere Recherche bzw. Studie, in welcher die Migranten/innen selber als Experten für ihre eigene Lebenssituation und Gesundheit befragt werden, wichtige Ergebnisse und Einblicke liefern.

### **3. Gesundheitsförderung und Prävention**

Projekte, die an gesundheitlicher Aufklärung und Information der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ansetzen, müssen in den nächsten Jahren weitergeführt und ausgebaut werden, um die Zugangsschwellen bei der Inanspruchnahme von Leistungen zu senken und das Bewusstsein zu gesundheitsförderndem und -erhaltendem Verhalten zu erhöhen. Mit Hilfe der MiMi-Gesundheitslotsen im Kreis Düren sollte in Zukunft zunächst die allgemeine Bevölkerung mit Migrationshintergrund erreicht und informiert werden (Gesundheitsförderung). Für die fernere Zukunft sollten die Gesundheitslotsen auch zu schwierigen und tabubesetzten Themen (wie z.B. Drogenabhängigkeit, HIV/AIDS, Gewalt etc.) spezialisiert werden, um auch gefährdete Individuen und Milieus besser und effektiver zu erreichen (Prävention). Um mittel- und langfristig die Kontinuität und Nachhaltigkeit dieser Maßnahme sicherzustellen, sollte hierfür die finanzielle und personelle Infrastruktur weiterentwickelt werden.

### **4. Psychiatrische und Psychotherapeutische Angebote**

Im Kreis Düren sollte ein Angebot zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung geschaffen werden, welches auch für Menschen mit Migrationshintergrund kompetente und kultursensible Beratung, Therapie, Pflege und Betreuung zur Verfügung stellt. Denkbar wären eine an die Psychiatrie angegliederte Migrationsambulanz oder eine Schwerpunktsetzung einer Einrichtung. Hilfreich könnte auch die Gründung einer Expertenarbeitsgruppe sein, die eine regionale psychiatrische Bedarfsermittlung durchführt und Vorschläge für die Umsetzung von Maßnahmen entwickelt, begleitet und implementiert (s.h. Kimil & Salman, 2008).

### **5. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund**

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund schneiden in neueren Untersuchungen durchgehend in fast allen gesundheitsrelevanten Bereichen wie z.B. U-Untersuchungen, Impfen, Mundgesundheit, Bewegung und Ernährung, Fernsehkonsum, psychisches Wohlbefinden schlechter ab als Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund (s.h. Robert-Koch-Institut, 2008). Zusätzlich existieren kontrovers diskutierte und schwierige Themen wie Gewalt, Sexualerziehung, Zwangsverheiratung, Suchtprobleme etc. Kinderärzte, Gesundheitsämter, Jugendhilfeträger, Beratungsstellen, Migrantenorganisationen etc. haben sich zu

diesen Themenbereichen, teilweise schon vernetzt, dies sollte intensiviert und genutzt werden um eine Bestandaufnahme für den Kreis Düren vorzunehmen. Hieraus sollten dann gemeinsam mit den Akteuren und den Betroffenen Lösungsstrategien entwickelt und umgesetzt werden. Auch die Themen Schwangerschaft, frühe Prävention und Säuglingssterblichkeit sollten dabei noch stärker beachtet werden.

## **6. Familienzentrierte Angebote**

Viele Migranten leben in familiären und großfamiliären Strukturen. Sie sind stärker familienorientiert als die eher individualistisch sozialisierte einheimische Bevölkerung. Gesundheitliche Schwierigkeiten von einzelnen Familienmitgliedern haben häufig Folgen für das gesamte Familiensystem. Interkulturell ausgerichtete systemische und familienmedizinische Angebote und Ansätze sollten insbesondere auch durch Hinzuziehung von Allgemeinmedizinern, Vertretern/innen der Ärztekammer, des Kreises, Krankenhäuser etc. diskutiert, konzeptionell bei der Ausgestaltung von Angeboten mitbedacht und die Bewusstseinsbildung bei den relevanten Akteuren noch stärker gefördert werden.

## **7. Stationäre Versorgung**

Im stationären Bereich sind Bedürfnissen von Migranten/innen ebenfalls Rechnung zu tragen. Hierzu gehören kultursensible Pflegeangebote und die Berücksichtigung und Integration von kulturellen, religiösen, genderspezifischen Voraussetzungen und Bedürfnissen in den stationären Alltag. Zudem muss der Bereich Umgang mit Sterben, Tod und Seelsorge für nicht-christliche Religionsmitglieder stärker beachtet werden. Ein Flächendeckender und routinemäßiger Einsatz von Dolmetschern (z.B. vor schweren operativen Eingriffen) sowie eine kontinuierliche Berücksichtigung dieser Themen in den Curricula der Fort-, Weiter- und Ausbildung von Ärzten/innen und Pflegern/innen sollten ebenfalls als Ziele mitbedacht werden.

## **8. Kultursensible Angebote für Senioren/innen, chronisch Kranke & behinderte Menschen**

Insbesondere aufgrund des erwarteten demographischen Wandels unserer Gesellschaft (wovon auch die Migranten/innen betroffen sind), ist mit einem steigenden Bedarf an kultursensibler Pflege und Altenbetreuung zu rechnen. Die innerfamiliäre Pflege und Versorgung von pflegebedürftigen Migranten/innen (z.B. chronisch Kranke, Ältere, Behinderte etc.), von der die Regeldienste häufig immer noch ausgehen, stellt längst keine Selbstverständlichkeit mehr dar.

Pflegebedürftige Angehörige stellen besonders schwierige und drastische Anforderungen an Betroffene und Angehörige dar. Lang- und mittelfristig werden sich die Strukturen in den

Migrantenfamilien denen der Mehrheitsbevölkerung angleichen, insbesondere durch die Berufstätigkeit mehrerer Familienmitglieder, vor allem der Frauen, wird die Versorgung dieser Personengruppen zunehmend durch die sozialen Regeldienste erfolgen müssen. Viele Angehörige kennen zudem nicht die Angebote und Möglichkeiten der Pflege und Altenbetreuung in Deutschland, es besteht zudem bei vielen Angst und Ablehnung gegenüber solchen Angeboten. Deswegen müssen ältere Migranten und ihre Angehörigen kontinuierlich über diese Angebote auch in ihrer Muttersprache informiert werden.

Eine Interkulturelle Öffnung der Regeldienste sollte, angefangen z.B. von der Architektur (Raumaufteilung, Räume für religiöse Verrichtungen, Räume für Besuche etc.) bis zur Einrichtung, Ernährung und Freizeitgestaltung kultursensibel durchdacht sein. Das Ziel kultursensibler Regeldienste sollte es sein, dass mehrsprachige und kultursensible Mitarbeiter/innen, ältere Migranten/innen und ältere Deutsche gemeinsam pflegen und betreuen. Hierzu könnten gezielt Migranten/innen, die im Moment nicht den Zugang in den ersten Arbeitsmarkt finden, an Pflegeberufe in der Altenhilfe herangeführt werden.

## **9. Transkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens im Kreis Düren**

Sollen alle gesellschaftlichen Gruppen, einschließlich Menschen mit Migrationshintergrund, effizient und effektiv im Gesundheitswesen integrativ versorgt werden, ist nach Pavkovic (2001) und Hinz-Rommel (1994) die Sicherung von Strukturqualität, Konzeptqualität, Mitarbeiterqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität für transkulturelle Handlungskompetenzen unerlässlich.

Eine interkulturelle Öffnung ist Voraussetzung für Strukturqualität. Diese setzt die Akzeptanz kultureller Vielfalt der „Kunden“ voraus und die schrittweise Schaffung und den Ausbau der Rahmenbedingungen wie die Etablierung von Dolmetscher-Diensten und die Vernetzung und Kooperation mit Migrationsdiensten. Die Anerkennung von Menschen aus anderen Kulturen als spezifische Zielgruppe und die konsequente Erforschung ihrer Bedürfnisse begründen die Konzeptqualität transkultureller Handlungskompetenz. Um die Mitarbeiterqualität zu sichern, ist der Ausbau multiethnischer und multilingualer Arbeitsteams sowie die spezifische Fort- und Weiterbildung aller Fachkräfte erforderlich. Darüber hinaus wird zur Prozessqualität eine kontinuierliche interkulturelle Reflexion darüber, ob die Routinen der Institution die erhofften Resultate erbringen können benötigt. Zur Sicherung der Ergebnisqualität sind die Überprüfung der Wirksamkeit erbrachter Leistungen, der professionellen Nachsorge und der Einbindung in Selbsthilfegruppen notwendig.

Zur Entwicklung kultursensibler Servicedienste und Institutionen ist eine Orientierung an interkultureller Kompetenz als Querschnittsaufgabe erforderlich.

- Leitungs- und Planungsebenen tragen hier besondere Verantwortung. Eine diesbezügliche Personalpolitik und die konsequente Beachtung sprachlicher

Verständigung mit Hilfe von versierten Dolmetschern sind hier die unmittelbarsten Ziele.

- Die Berücksichtigung von MigrantInnen in Evaluation, Dokumentation und Epidemiologie schafft erst die Voraussetzungen für eine verbesserte Konzeption und Planung und zur Überprüfung der Wirksamkeit erbrachter Leistungen.
- Je besser entsprechende Lern- und Betriebskulturen dazu gepflegt werden, umso größer ist die Chance, dass kreative Lösungen für die anstehenden Probleme gefunden werden können.

Um die Öffnung des Dürener Gesundheitsversorgungssystems an die Bedarfe der Migranten/innen voranzubringen, sind Anleitung, Begleitung und Unterstützung notwendiger Umstrukturierungen und Veränderungsprozesse erforderlich. Diese könnten durch eine spezialisierte Servicestelle des Kreises oder durch externe Dienstleister/innen erfolgen. Hierzu sollten für alle Sektoren des Gesundheitssystems vergleichbare Maßstäbe und Kriterien entwickelt werden (Benchmarking) und diese durch eine solche Servicestelle systematisch begleitet, beobachtet und kontrolliert werden (Monitoring). Das Thema Migration und Gesundheit sollte zudem regelhaft in der Gesundheitsberichterstattung des Kreises Düren berücksichtigt werden.

## **10. Schulung und Fortbildung der Experten/innen**

In Düren tätigen Gesundheitsdienstleistern/innen sollte nach Möglichkeit ein breites Angebot an Fortbildungen zur interkulturellen Sensibilisierung und Kompetenzaneignung angeboten werden und eine Teilnahme explizit gefördert werden. Themen dieser Fortbildungen sollten migrationspezifische Prozesse (Werte, Normen, Familienstrukturen, Geschlechterrollen, Erziehungskonzepte, generative Beziehungen, reflektieren der eignen Kulturalisation und Ethnozentrismus und transnationale Lebenswirklichkeiten), kultur- und länderbezogene Wissensvermittlung, der Umgang mit eigener Unsicherheit, Konflikten und insbesondere die Arbeit mit Dolmetschern/innen sein. Die Einrichtung einer Supervisionsgesprächsgruppe zu interkulturellen Themen für Fachkräfte wird empfohlen.

## **11. Fortführung und Ausbau des Dolmetscherdienstes**

Die Möglichkeit der kostenlosen Hinzuziehung eines/ einer Dolmetscher/-in muss erhalten bleiben und ausgebaut werden. Neben Schulungen für die Einrichtungen zur Arbeit mit Dolmetschern/innen müssen auch die tätigen Dolmetscher/innen regelmäßig geschult werden und die Möglichkeit zur Teilnahme an Supervision haben. Die Evaluation der Dolmetschereinsätze, um weitere Erkenntnisse über Schwierigkeiten und Bedürfnisse zu gewinnen, wird empfohlen.

## **12. Situation von besonders vulnerablen Migrantengruppen (z.B. traumatisierte Flüchtlinge, Drogenabhängige, psychisch Kranke etc.)**

In der adäquaten Versorgung von Migranten/innen mit chronischen Erkrankungen werden Defizite der Dienstleister erwartet. Hier sind eine genauere Untersuchung sowie die Entwicklung von Handlungskonzepten erforderlich. Bei der Konzipierung von zukünftigen Studien sollte aufgrund der geringen Präsenz der Betroffenen in Betreuungseinrichtungen vermehrt Zugang zu den betroffenen Familien gesucht werden. Der Bedarf an kultursensibler rechtlicher Betreuung für körperlich und seelisch behinderte Menschen mit Migrationshintergrund ist bisher nur wenig beleuchtet worden.

## **13. Versorgungssituation in ländlichen Gebieten des Kreises**

Ein Mangel an Hilfsstrukturen in ländlichen Regionen des Kreises Düren wird vermutet. Diese Situation müsste im Rahmen weiterer Studien noch genauer untersucht werden, insbesondere auch im Hinblick auf mögliche zielführende Interventionen wie beispielsweise eine dezentrale Durchführung von Informations- und Aufklärungsveranstaltungen oder Sprechstunden, Shuttle-Service oder ähnliches.

## 8. Anhang

### Literaturverzeichnis

- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2007) (Hrsg.) Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis: Zusammengestellt und bearbeitet vom bundesweiten Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“ der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. 2. überarb. Auflage, Berlin.
- Hinz-Rommel, W. (1994) Interkulturelle Kompetenz. Münster/New York: Waxmann.
- Kimil, A. & Salman, R. (2008) Sozialpsychiatrische Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover. Sozialpsychiatrische Schriften Band 2, Hrsg. Team Gemeindepsychiatrie der Region Hannover, Fachgruppe Migration & Psychiatrie. Hannover.
- Knipper, M. & Bilgin, Y. (2009) Migration und Gesundheit. Sankt Augustin/Berlin: Herausgegeben von der Konrad Adenauer Stiftung.
- Kreis Düren (Hrsg.) Integrationskonzept für den Kreis Düren. Stand: 30.12.2006. ([http://www.kreis-dueren.de/cms/amt/integration/pdf/integrationskonzept\\_2.pdf](http://www.kreis-dueren.de/cms/amt/integration/pdf/integrationskonzept_2.pdf)) [Letzter Zugriff am: 01.04.2010]
- Pavkovic, G. (2001) Interkulturelle Teamarbeit. In: T. Hegemann & R. Salman (2001) Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrieverlag.
- Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P., Dercks, T., Glodny, S., Menkhaus, B., Salman, R., Saß, A.-C., Ulrich, R. (2008) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Robert-Koch-Institut (2008) (Hrsg.) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS 2003-2006): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Berlin.
- Salman, R., Hegemann, T. (2008) Zugangsbarrieren überwinden. Integrationsförderung durch Schulungsprogramme für Management und Personal. In: Weiterbildung 03, 32-35. Köln: Luchterhand.
- Salman, R. (2006) Gemeindedolmetscherdienste als Beitrag zur Integration von Migranten in das regionale Sozial- und Gesundheitswesen – das Modell des Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover, In: Gesundheit und Integration, Ein Handbuch für Modelle guter Praxis, hrsg. von: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Berlin.
- Statistisches Bundesamt (2010) (Hrsg.) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund: Ergebnisse des Mikrozensus 2008. Wiesbaden.
- Vogel, D. (2009) How many irregular residents are there in Germany? Estimates on the basis of police criminal statistics, Hamburg Institute of International Economics (HWWI), Database on Irregular Migration, Working paper No.3: ([http://irregular-migration.hwwi.net/typo3\\_upload/groups/31/4.Background\\_Information/4.7.Working\\_Papers/WP3-2009\\_Vogel\\_EstimateIrregularMigrationGermany2.pdf](http://irregular-migration.hwwi.net/typo3_upload/groups/31/4.Background_Information/4.7.Working_Papers/WP3-2009_Vogel_EstimateIrregularMigrationGermany2.pdf)) [Letzter Zugriff am: 15.04.2010].

### 0. VORSTELLUNG

Könnten Sie bitte sich selbst und Ihre Einrichtung kurz vorstellen?

### 1. EINSCHÄTZUNG DER LAGE IM EIGENEN BEREICH

Wie beurteilen Sie die gesundheitliche Versorgung von Migranten/innen im Kreis Düren aus Ihrer Perspektive als ...?

### 2. POTENTIALE

Was läuft in Ihrer Arbeit mit Migranten/innen denn gut und warum?

### 3. SCHWIERIGKEITEN

Welche Schwierigkeiten erleben Sie bei der gesundheitlichen Versorgung von Migranten/innen?

### 4. BEDARFSANALYSE

Wo sehen Sie Unterstützungsbedarfe?

### 5. SPEZIFISCHE ANGEBOTE

Und was tun Sie in Ihrer Einrichtung, um diese spezifischen Bedarfe/ Bedürfnisse von Migranten/innen zu berücksichtigen?

### 6. EINSCHÄTZUNG DER VERSORGUNGSLAGE IM KREIS DÜREN

Welche (weiteren) vorhandenen interkulturellen Angebote in Düren kennen Sie? Welche nutzen Sie? An welche verweisen Sie? Wie schätzen Sie die Vernetzung ein?

### 7. VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE

Haben Sie Vorschläge, wie die Arbeit mit Migranten/innen verbessert werden könnte?

Wenn Sie 3 Wünsche an den Kreis Düren hätten: Was würden Sie sich wünschen, um die gesundheitliche Versorgungslage von Migranten/innen in Düren zu verbessern?

## Personenverzeichnis

### Auftraggeber

<b>Sybille Hausmann</b>	Leiterin der Stabsstelle für Migrationsangelegenheiten des Kreises Düren. Bismarckstrase 16, 52351 Düren
<b>Nicole Savelsberg</b>	Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz des Kreises Düren. Bismarckstrase 16, 52351 Düren

### Autoren

<b>Kimil, Ahmet</b>	Dipl. Psychologe, Projektleiter für das MiMi-Gesundheitsprojekt in Nordrhein-Westfalen Ethno-Medizinischen Zentrums e.V. Königstr. 6, 30175 Hannover
<b>Wolf, Veronika</b>	Psychologiestudentin an der Universität Münster, während der Projektphase Praktikantin im Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. und verantwortlich für die Durchführung der Interviews
<b>Salman, Ramazan</b>	Dipl. Sozialwissenschaftler, Geschäftsführer des Ethno-Medizinischen Zentrums e.V. Königstr. 6, 30175 Hannover

# Studienbericht Kreis Düren

Die vorliegende Studie wurde vom Arbeitskreis „Gesundheit und Migration“ des Kreises Düren in Auftrag gegeben und untersucht die aktuelle Gesundheitsversorgungssituation von Migranten/innen im Kreis Düren. Die Regionalstudie wertet die Ergebnisse einer Expertenbefragung aus, die mit 15 Fachkräften aus dem Dürener Gesundheitswesen durchgeführt wurde. Nach einer umfassenden Bestandsaufnahme und Analyse der Ausgangslage zeigt die Studie Entwicklungspotentiale und -ressourcen auf und formuliert Empfehlungen für die Entscheidungsträger und stellt konkrete Konzepte zur interkulturellen Öffnung vor. Die Studie konnte zeigen, dass im Kreis Düren bereits zahlreiche vorbildhafte Praxismodelle der gesundheitlichen Versorgung existieren und erfolgreich umgesetzt werden.

Herausgeber:

Kreis Düren – Der Landrat

Bismarckstrase 16

52351 Düren