

Gesundheitsforschung bei Migrantinnen am Beispiel der gynäkologischen Versorgung

Theda Borde

Transkulturell-psychiatrische Versorgung türkischer Patienten: Charakteristika von Zuweisern und Patienten

Eckhardt Koch, Suzan Kamcili-Kubach, Michael Kraus, Manuel Ortmann, Volker Neißner, Martina Feldhordt, Matthias J. Müller

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd

Hintergrund

Die angemessene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund bedarf eines wohnortnahen Versorgungsnetzes mit transkultureller Kompetenz. An der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd bestehen seit Jahren Beratungs- und Therapieoptionen für türkische Patienten mit psychiatrischen Störungen. In der vorliegenden Analyse werden die Ergebnisse einer systematischen Erhebung der Charakteristika von Zuweisern und Patienten dargestellt.

Methodik

Vor jeder ambulanten Untersuchung wurde ein Fragebogen an den zuweisenden Arzt verschickt. Nach einem ambulanten Vorgespräch wurden transkulturelle Besonderheiten und Therapiealternativen dokumentiert. Die im Zeitraum 2000-2005 erfolgten Zuweisungen türkischer Patienten zur transkulturell arbeitenden Ambulanz der KPP Marburg-Süd wurden in Bezug auf Charakteristika der Zuweiser und der türkischen Patienten deskriptiv analysiert.

Ergebnisse

Aus 620 patientenbezogenen Kontaktaufnahmen der zuweisenden Ärzte (11% türkischsprachig; über 50% Allgemeinärzte, etwa 30% Psychiater und Nervenärzte, 10% andere Fachärzte, 5% Psychotherapeuten) ergaben sich 475 (73%) ambulante Untersuchungen. Die Vorbehandlung dieser Patienten (Alter 43 ± 11 J., 59% Frauen) beim Zuweiser betrug in über 50% über ein Jahr. Bei 14% lag eine Asylproblematik vor, bei 16% ein Berentungsanliegen. Etwa 1/3 der Patienten hatte keine Probleme bei der sprachlichen Verständigung, in 34% der Fälle fungierte ein Familienangehöriger als Dolmetscher. Häufigste Hauptdiagnosen waren Depressionen (ICD-10 F32/F33, 41%), Belastungsstörungen (F43, 26%) und somatoforme Störungen (F45 16%); über 75% der Patienten erhielten Medikamente (v.a. Antidepressiva). Bei 37% der Patienten wurde die Indikation zur stationären Behandlung gestellt, bei 23% der Patienten eine muttersprachliche psychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbehandlung (9% in der eigenen Institutsambulanz), bei 11% der Patienten wurden Rehabilitationsmaßnahmen empfohlen und bei 10% die Versorgung in einer komplementären Einrichtung. Von 222 Patienten konnten migrationspezifische Belastungsfaktoren erhoben werden, am häufigsten wurden Statusverlust (71%) und Familienunstimmigkeiten (65%) genannt.

Diskussion

Die Kenntnis der Charakteristika von Patienten mit Migrationshintergrund und die frühe Kontaktaufnahme der Zuweiser mit weiterbehandelnden, insbesondere stationären Einrichtungen, macht angemessene und ökonomische therapeutische Interventionen im transkulturell-psychiatrischen Versorgungsnetz möglich. Die Untersuchung migrations-assoziiierter Belastungsfaktoren und deren Auswirkungen auf die Therapie wird derzeit weiter vertieft.

Migranten erreichen durch muttersprachliche Präventionsberatung – Ein Projekt zur Evaluation der Effektivität und Kosteneffektivität von Zugangswegen

Wielant Machleidt¹, Albina Bondar¹, Christian Krauth¹, Ramazan Salman², Ulla Walter¹

¹Medizinische Hochschule Hannover, ²Ethno-Medizinisches Zentrum e.V., Hannover

Obwohl Migranten laut Statistik einen Anteil von ca. 19% der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland stellen, ist die verfügbare Datenlage zu seelischer und körperlicher Gesundheit, Suchterkrankungen und Präventionsverhalten von Migranten unzureichend, unsystematisch und widersprüchlich. Die größten Populationen von Migranten in Deutschland sind die türkisch- und russischsprachigen Migranten. Sprachliche und kulturelle Unterschiede erschweren die Prävention, Diagnostik und Therapie von Migranten. Für diese schwer erreichbare Zielgruppe sind kulturspezifische Zugangswege notwendig, um vorhandene Informationsdefizite und Zugangsbarrieren auszugleichen. Ein Ziel dieses Projektes ist es, die Erreichbarkeit von Migranten durch muttersprachliche Präventionsberater über unterschiedliche Zugangswege zu evaluieren. Zwei aktive Zugangswege („Zugeh“-Struktur) – der Zugang über migrantenbezogene Communities sowie über Sprachschulen – und drei passive Zugangswege („Komm“-Struktur) – ein Beratungstelefon, ein Internetangebot sowie der Zugang über öffentlich angekündigte Veranstaltungen – werden hinsichtlich ihrer Effektivität und Kosteneffektivität evaluiert. Außerdem wird das Inanspruchnahmeverhalten präventiver Maßnahmen analysiert und diesbezügliche Barrieren identifiziert. Eine weitere Aufgabe des Projekts besteht darin, den Zusammenhang zwischen der seelischen Gesundheit und Suchtproblematik am Beispiel der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit bei türkisch- und russischsprachigen Migranten in Hannover zu erforschen. Dazu wird neben den Interventionsstichproben (N=900 im Alter zwischen 16 und 65 Jahren) eine Stichprobe aus der Gesamtpopulation von Migranten der Stadt Hannover gezogen (N=600 im Alter zwischen 16 und 65 Jahren), die über das Einwohnermelderegister der Stadt identifiziert wird.

In der Interventionsstichprobe erfolgt die Erhebung der Daten mittels Selbstausfüller-Fragebogen in den Informationsveranstaltungen zum Thema „Sucht“. Die Befragungspersonen aus der Einwohnermelderegister-Stichprobe werden in einem persönlichen Interview befragt. Zur Befragung der einzelnen Gruppen wurden weitgehend standardisierte Instrumente eingesetzt. Einige Fragebögen wurden in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA), Mannheim, und mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. (EMZ), Hannover, entwickelt und einer Voruntersuchung unterzogen. Alle Fragebögen wurden zuerst auf Deutsch erstellt und in einem weiteren Schritt in die russische und türkische Sprache übersetzt. Die Zusammenstellung des Instrumentariums beinhaltete auch die Anpassung der Instrumente an die Migrationsproblematik und die Diskussion sowohl mit den Übersetzern als auch mit Experten für Methoden und Inhalte. In den Informationsveranstaltungen werden das Informations- und Inanspruchnahmeverhalten, die psychische und körperliche Verfassung, der Nikotin- und Alkoholkonsum, das soziale Umfeld, die Lebensweise in Deutschland und die soziodemographischen Angaben erfasst. Den Teilnehmern der Einwohnermelderegister-Stichprobe werden zusätzliche Fragen zu den Themen „Gesundheitliche Verfassung“, „Nikotin- und Alkoholkonsum“, „Ernährung“ und „Körperlichen Bewegung“ gestellt.

Die Ergebnisse dieser Studie sollen ein besseres Verständnis der Gesundheitslage und des präventiven Verhaltens von Migranten ermöglichen. Gesundheitspolitisch und forschungsrelevant sind die Informationen bezüglich der Schwierigkeiten von Migranten, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung zu nutzen, und die Identifikation geeigneter und kosteneffektiver Zugangswege zu Präventionsmaßnahmen. Generell soll das Projekt Aufschluss über Implikationen für die Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung von Migranten geben.



Effektivität und Kosteneffektivität des Zugangsweges über muttersprachliche Präventionsberater zur Optimierung des Gesundheitsverhaltens von Migranten am Beispiel der Sucht



Projektverantwortliche: Walter U¹, Machleidt W³, Krauth C², Salman R⁴
Projektmitarbeiterinnen: Gerken U¹, Bondar A³, A'Walelu O², Kimil A⁴

Institutionen: Stiftungslehrstuhl Prävention und Rehabilitation¹ an der Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung², Abt. Sozialpsychiatrie und Psychotherapie³ an der Medizinischen Hochschule Hannover; Ethno-Medizinisches Zentrum e.V., Hannover⁴ und Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA), Mannheim

Förderer: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) - **Laufzeit:** Juni 2005 bis April 2008

Hintergrund

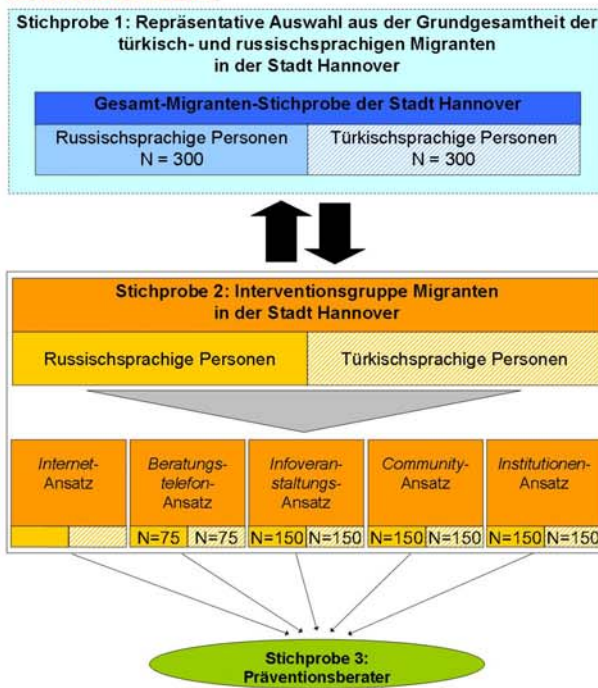
Ausländer nehmen offiziell einen Anteil von knapp 10% an der Gesamtbevölkerung in Deutschland ein und haben oftmals einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung als Personen ohne Migrationshintergrund. Für diese schwer erreichbare Zielgruppe sind kulturspezifische Zugangswege notwendig, um vorhandene Informationsdefizite und Zugangsbarrieren auszugleichen.



Ziele der Studie

- Welche Charakteristika weisen Migranten hinsichtlich ihrer Gesundheit, der Wahrnehmung und Inanspruchnahme präventiver Informationen und Maßnahmen sowie des präventiven Verhaltens am Beispiel der Suchtprävention auf? Inwieweit bestehen Unterschiede zwischen türkisch- und russischsprachigen Gruppen, zwischen Personen mit unterschiedlich langer Aufenthaltsdauer oder Integration?
- Welche Barrieren bestehen bei Migranten in Bezug auf gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen? Wie könnten Sie überwunden werden?
- Wie hoch ist der Anteil an Migranten, die durch passive „Komm“-Strukturen vs. aktive „Zugeh“-Strukturen erreicht werden? Welche Charakteristika weisen sie auf?
- Wie kosteneffektiv sind die unterschiedlichen Zugangswegen?
- Welche Erfahrungen haben die muttersprachlichen Präventionsberater mit den unterschiedlichen Zugangswegen gemacht?

Studien-Design



St: Grundgesamtheit

S2: Intervention TEILNEHMER

S3: BERATER

Pers. Interviews durch Präventionsberater
 Selbstausfüller-Fragebogen
 Pers. Interviews durch Projektmitarbeiter

Vorgehen

1. Über das Einwohnermelderegister der Stadt Hannover wird die **Gesamt-Stichprobe** der russisch- und türkischsprachigen Migranten nach vorgegebenen Kriterien gezogen. Die Erhebung wird durch muttersprachliche Präventionsberater durchgeführt.
2. Für die **Interventionsstichprobe** werden die zu Befragenden über zwei aktive Zugangswegen (Zugeh-Struktur: migranten-spezifische Communities und Sprachschulen) und drei passive Zugangswegen (Komm-Struktur: Beratungstelefon, Internetangebot und öffentlich angekündigte Veranstaltungen) rekrutiert. Die Erhebung erfolgt mittels Selbstausfüller-Fragebogen in den Veranstaltungen.
3. Die **Präventionsberater** werden durch die Projektmitarbeiterinnen im persönlichen Interview befragt.
4. Die im Projekt entwickelten und durch ein Übersetzungsbüro übersetzten Fragebögen (türkisch/russisch) werden durch eine Expertenrunde – bestehend aus professionellen Übersetzern und Projektmitgliedern – optimiert.

Instrumente

- Informations- und Inanspruchnahmeverhalten
- Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands (SF-8, Euroqol)
- Körperliche Beschwerden, Depression (SCL-9, ADS-K)
- Alkoholkonsum, Nikotinabhängigkeit (CAGE, FTND)
- Körperliche Aktivität (Baecke-Questionnaire)
- Änderungsbereitschaft, Selbstwirksamkeit, Konsequenzerwartungen (RCQ-G, FÄR, SWK)
- Motivation zur Verhaltensänderung (Rauchen, körperliche Aktivität)
- Ernährungsverhalten (FFQ)
- Akkulturation, soziale Unterstützung (SozU-K14)
- Demographie (angep. Demografische Standards)



Kontakt:

Albina Bondar, Abt. Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, MHH, email: bondar.albina@mh-hannover.de
 Ute Gerken, Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, MHH, email: gerken.ute@mh-hannover.de

Untersuchung der Zugänglichkeit von suchtmmedizinischen Versorgungseinrichtungen für Migrantinnen und Migranten

Simone Penka, Hannah Mai Heimann, Andreas Hein

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Campus Mitte, Berlin

Trotz der Zunahme abhängigkranker Migranten, nehmen diese Suchthilfeinrichtungen kaum in Anspruch. Die suchtmmedizinische Versorgungslandschaft scheint ihnen nicht gerecht zu werden. Um Zugangsbarrieren aufzudecken, führten wir eine empirische Untersuchung der suchtmmedizinischen Versorgung drogenabhängiger türkischer und russlanddeutscher Jugendlicher durch. Wir vermuteten u.a., dass ein unterschiedliches Erklärungsmodell süchtigen Verhaltens bei Migranten dazu beiträgt, dass Hilfeinrichtungen von ihnen kaum in Anspruch genommen werden.

16 Suchthilfeexperten, 15 türkische Drogenabhängige sowie jeweils 3 alkoholabhängige Aussiedler und einheimische Deutsche wurden mittels qualitativer Interviews befragt. Ebenso untersuchten wir kulturelle Differenzen in Erklärungsmodellen süchtigen Verhaltens bei 264 deutschen, türkischen und russlanddeutschen Jugendlichen anhand statistischer Verfahren (Freelisting, Pilesort, hierarchische Clusteranalyse, multidimensionale Skalierung).

Dadurch konnten Einflüsse auf das Inanspruchnahmeverhalten aufgedeckt werden, die bisher nicht berücksichtigt wurden. Frustration, mangelnde Integration und fehlende Perspektiven beschreiben z.B. die Situation türkischer drogenabhängiger Migranten, die sich erheblich auf eine mangelnde Motivation zur Therapieaufnahme auswirken. Bei den befragten Aussiedlern standen ebenso Faktoren wie die Furcht vor Stigmatisierung, Ablehnung der Psychiatrie aufgrund ihrer Funktion als Werkzeug der sozialen Kontrolle in den Herkunftsländern, Widerstände gegen die Preisgabe von persönlichen Informationen gegenüber behördlich wirkenden Institutionen und Unkenntnis der therapeutischen Methoden im Vordergrund. Es zeigten sich ausserdem Unterschiede im Krankheitsverständnis einheimisch deutscher, türkischer und russlanddeutscher Jugendlicher. Fast die Hälfte der türkischen Befragten bezeichneten zentrale schulmedizinische Konzepte wie das der körperlichen Abhängigkeit oder Kontrollminderung als gänzlich ungeeignet zur Beschreibung einer Suchtproblematik. Auch die jugendlichen Aussiedler fanden Begriffe wie „nicht mehr ohne leben können“, „es alleine nicht schaffen“ sowie „Hilfe brauchen“ irrelevant im Zusammenhang mit Drogen.

Die Versorgung suchtkranker Migranten gehört zum Alltag im Suchthilfesystem, stellt es aber immer wieder vor ungewohnte Aufgaben. Präventive Aufklärungsarbeit muss Unterschiede in Krankheitskonzepten aufgreifen, um verständliche Informationen für Jugendliche zu bieten.

Untersuchung der Zugänglichkeit von suchtmedizinischen Versorgungseinrichtungen für Migrantinnen und Migranten

Hannah Mai Plake, Simone Penka, Andreas Heinz

Klinik für Psychiatrie and Psychotherapie, Charité Campus Mitte, Berlin

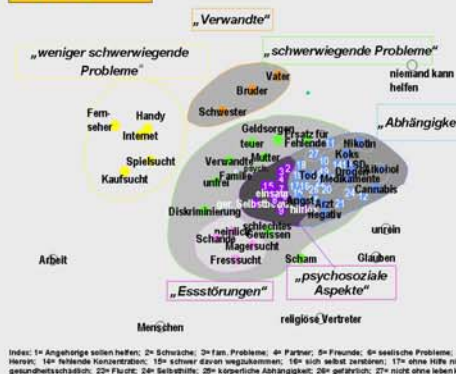
Hintergrund/ Ziele/ Forschungsfragen

Trotz der steigenden Anzahl suchtkranker Migranten werden hiesige Suchthilfeeinrichtungen von ihnen kaum in Anspruch genommen. Die suchtmedizinische Versorgungslandschaft scheint dieser Zielgruppe nicht gerecht zu werden. Um Zugangsbarrieren aufzudecken, führten wir eine empirische Untersuchung der suchtmedizinischen Versorgung abhängiger türkischer und russlanddeutscher MigrantInnen durch. Wir vermuteten u.a., dass ein unterschiedliches Erklärungsmodell (Kleinman 1980) abhängigen Verhaltens bei Migranten dazu beiträgt, dass Hilfsinstitutionen von ihnen seltener aufgesucht werden.

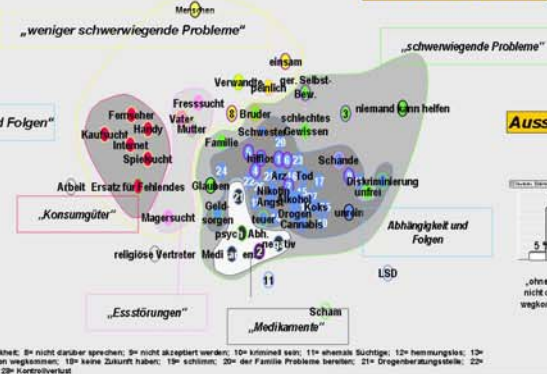
Material und Methoden

Erklärungsmodelle können mit Hilfe des sogenannten „Pile Sort“ Verfahrens erfasst werden (vgl. Bernard 1995). Dabei werden Probanden gebeten, relevante Begriffe zum Thema nach Zugehörigkeit zu sortieren. Im Vorfeld wurden diese Begriffe von uns mit einem Fragebogen im Sinne einer freien Nennung (Free Listing) zu relevanten Begriffen zum Thema Abhängigkeit und mögliche Hilfspersonen sowie -einrichtungen erhoben. Befragt wurden 184 russlanddeutsche, türkische und einheimisch deutsche Jugendliche. Die 71 bzw. 80 häufigsten genannten Begriffe wurden anschließend für das eigentliche „Pile Sort“-Verfahren verwendet, das bei 40 einheimisch deutschen, 20 türkischen und 20 russlanddeutschen Jugendlichen im Alter von 13 bis 24 durchgeführt wurde. Dabei wurden die Begriffe einzeln auf Karten notiert und den Jugendlichen mit der Bitte vorgelegt, diese nach ihrer Zusammengehörigkeit zu sortieren. Mit Hilfe einer hierarchischen Clusteranalyse und einer multidimensionalen Skalierung des Computerprogramms „Anthropac“ (Borgatti 1996) wird graphisch erkennbar, welche Begriffe einander häufig zugeordnet wurden. Ein semantisches Netzwerk wird abgebildet, das eine enge assoziative Verknüpfung zweier Begriffe durch räumliche Nähe anzeigt. Außerdem führten wir halbstrukturierte Interviews mit 15 türkischen Drogenabhängigen, jeweils drei alkoholabhängigen Aussiedlern und einheimischen Deutschen sowie 16 Suchthilfeexperten, um weitere Zugangsbarrieren zum Hilfesystem aufzudecken. Exemplarisch werden nachfolgend die Ergebnisse der „Pile Sorts“ der deutschen und türkischen Jugendlichen im Vergleich dargestellt.

Deutsche



Türkische Migranten



Aussortierte Begriffe



Ergebnisse

Es zeigten sich Unterschiede im Krankheitsverständnis einheimisch deutscher, türkischer und russlanddeutscher Jugendlicher. Türkische Jugendliche bezeichneten im Gegensatz zu Deutschen Alkohol und Nikotin als gefährliche Drogen. Sie machten Unterschiede zwischen Medikamenten und anderen Suchtmitteln. Nur Medikamentenabhängigkeit wurde mit Hilfe durch Beratungsstellen verbunden. Der Begriff „niemand kann helfen“ wurde von türkischen Jugendlichen mit ernststen Problemen wie Drogenabhängigkeit in Verbindung gebracht, während er für einheimisch Deutsche und Russlanddeutsche keine Bedeutung hatte. Fast die Hälfte der türkischen Befragten bezeichnete zentrale schulmedizinische Konzepte, wie das der körperlichen Abhängigkeit oder Kontrollminderung, als ungeeignet zur Beschreibung einer Suchtproblematik (s. Aussortierte Begriffe). Auch die jugendlichen Aussiedler fanden Begriffe wie „nicht mehr ohne leben können“, „es alleine nicht schaffen“ sowie „Hilfe brauchen“ irrelevant im Zusammenhang mit Drogen. Im Gegensatz zu türkischen Jugendlichen assoziierten einheimisch Deutsche und Russlanddeutsche Essstörungen mit negativ konnotierten Begriffen wie Scham, Schande, Peinlich- und Heimlichkeit. Durch die Interviews wurden weitere Gründe für die reduzierte Inanspruchnahme von Drogenhilfeeinrichtungen durch Migranten festgestellt. Frustration, mangelnde Integration und fehlende Perspektiven beschreiben die Situation drogenabhängiger türkischer Migranten. Sie wirken sich erheblich auf eine mangelnde Motivation zur Therapieaufnahme aus. Türkische Drogenabhängige berichteten über alternative Problemlösungsstrategien (z.B. Militärdienst, Aufenthalt in der Türkei), vorangegangene Diskriminierungserfahrungen und Angst vor Abschiebung. Bei den befragten Aussiedlern standen Faktoren wie die Furcht vor Stigmatisierung, Ablehnung der Psychiatrie auf Grund ihrer Funktion als Werkzeug der sozialen Kontrolle in den Herkunftsländern, Widerstand gegen die Preisgabe von persönlichen Informationen gegenüber behördlich wirkenden Institutionen und Unkenntnis der therapeutischen Methoden im Vordergrund.

Zusammenfassung/ Diskussion

Unterschiede in Klassifikation und Beschreibung abhängigen Verhaltens behindern die Inanspruchnahme von suchtmedizinischen Einrichtungen durch Migranten. Türkische Migranten scheinen Essstörungen als weniger gravierend einzuschätzen. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, weshalb professionelle Hilfe nicht in Anspruch genommen wird. Ihre Einschätzung von Alkohol und Nikotin als riskant ist mit dem schulmedizinischen Verständnis übereinstimmend. Da jedoch Alkohol bereits gesellschaftlich abgelehnt wird, konnte dessen Konsum die Gefahr eines schnelleren und leichteren Übergangs von legalen zu illegalen Drogen bergen. Türkische und russlanddeutsche Jugendliche lehnten einige Begriffe ab, die häufig in Schulmedizin und Informationsbroschüren der Erklärung von Sucht dienen. Präventive Aufklärungsarbeit sollte daher Unterschiede in Krankheitskonzepten aufgreifen, um verständliche Informationen für Jugendliche zu bieten.

Literatur ist bei den Autoren unter simone.penka@charite.de zu erfragen

Krebs bei türkischen Kindern in Deutschland

J. Spallek¹, C. Spix², H. Zeeb^{1,2}, P. Kaatsch², O. Razum¹

¹Universität Bielefeld, ²Deutsches Kinderkrebsregister (DKKR)

Einleitung/Hintergrund

Bisher ist nur wenig bekannt über die möglicherweise abweichenden Krebsrisiken von Kindern türkischer Migranten in Deutschland. Alle Fälle von Krebs bei Kindern in Deutschland werden im deutschen Kinderkrebsregister in Mainz registriert. Das Register hat eine hohe Vollständigkeit und Vollständigkeit der Daten, aber nur selektive und nicht valide Daten über die Nationalität der Kinder. In den Routineauswertungen kann daher nicht nach der Herkunft der registrierten Fälle unterschieden werden. Ziel dieser Studie war es, die Fälle türkischer Herkunft im Krebsregister zu identifizieren und die Krebshäufigkeit mit der von den nicht-türkischen Fällen zu vergleichen.

Material/Methoden

Mittels eines Namensalgorithmus (Razum et al. 2000) wurden die Kinder türkischer Herkunft unter den 37259 namentlich bekannten Krebsfällen von Kindern unter 15 Jahren, die seit 1980 im Krebsregister gesammelt wurden, ermittelt. Es wurden proportional cancer incidence ratios (PCIR) für die einzelnen Krebsarten, stratifiziert nach Geschlecht und Alter, berechnet. Diese PCIRs setzen die relative Häufigkeit der einzelnen Krebsdiagnosen bei Kindern türkischer Herkunft und nicht-türkischen Kindern ins Verhältnis zur jeweiligen Gesamtzahl der anderen Krebsfälle.

Ergebnisse

Der Namensalgorithmus zeigte eine gute Performanz und fand 1774 Kinder mit türkischer Herkunft (Spallek et al. 2006). Bei der Alters- und Geschlechtsstruktur zeigten sich keine Unterschiede zwischen türkischen und nicht-türkischen Fällen. Die Verteilung der Krebsdiagnosen bei türkischen und nicht-türkischen Kindern ist insgesamt recht ähnlich. Die PCIRs für die Diagnosegruppen „akute nicht-lymphatische Leukämie“, „Hodgkin-Krankheit“ und „Non-Hodgkin/Burkitt-Lymphom“ sind jedoch bei türkischen Kindern leicht erhöht.

Diskussion/Schlussfolgerungen

Diese Studie gibt zum ersten Mal Hinweise auf die Verteilung von Krebserkrankungen bei Kindern türkischer Herkunft in Deutschland. Die Krebsdiagnosen sind bei Kindern türkischer und nicht-türkischer Herkunft weitgehend gleich verteilt. Die Ursachen für die möglicherweise erhöhten Anteile türkischer Fälle in den drei Diagnosegruppen sind bedürfen weitergehender Forschung. Einschränkungen der Studie sind die Schwierigkeiten bei der Bildung von Inzidenzraten aufgrund fehlender Daten über die Bezugsbevölkerung türkischstämmiger Kinder in Deutschland. Das daher gewählte Maß der PCIRs stellt eine „case only“ Analyse dar und die PCIRs sind voneinander abhängig, wodurch sie nicht mit „wirklichen“ Risiken gleichgesetzt werden können. In Zukunft müssen weitere methodische Anstrengungen unternommen werden, damit die Krankheitsrisiken von Migranten auf der Basis valider Daten, sowohl über die Krankheitsfälle als auch über die jeweilige Bezugsbevölkerung, dargestellt werden können.



Krebs bei Kindern türkischer Herkunft in Deutschland

J Spallek¹, C Spix², H Zeeb², P Kaatsch², O Razum¹

¹ AG Epidemiologie & International Public Health, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

² Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI), Deutsches Kinderkrebsregister, Mainz

Hintergrund:

In Deutschland werden alle Fälle von Krebs bei Kindern im Deutschen Kinderkrebsregister gesammelt. Das Kinderkrebsregister hat eine hohe Vollständigkeit und Vollständigkeit, verfügt aber nur über selektive Informationen zur Nationalität bzw. ethnischen Herkunft der Fälle.

Methode:

Mittels eines von uns entwickelten Namensalgorithmus wurden die Kinder türkischer Herkunft unter allen namentlich bekannten Krebsfällen von Kindern unter 15 Jahren ermittelt, die seit 1980 im Krebsregister registriert wurden. Es wurden *Proportional Cancer Incidence Ratios* (PCIR) für den Vergleich der Verteilungen der Krebsfälle bei Kindern mit türkischer Herkunft und Kindern ohne türkische Herkunft berechnet. Die Berechnung von Risiken war nicht möglich, da die Zahlen der in Deutschland lebenden türkischen Kinder auf der Staatsbürgerschaft basieren; sie schließen die große und mit der Zeit steigende Zahl der eingebürgerten türkischen Kinder aus. Würde man die Routinezahlen als Bezugsbevölkerung für die türkischen Fälle nutzen, so erzeugt dies einen „Numerator-Denominator-Bias“.

Ergebnisse:

Der Namensalgorithmus identifizierte 1774 Kinder mit türkischer Herkunft (4,8% der 37259 seit 1980 registrierten Fälle). Es finden sich keine Anhaltspunkte für Unterschiede beim Diagnosealter oder der Geschlechterverteilung. Das Verhältnis der Verteilungen der Krebsarten ist bei Kindern türkischer und nicht-türkischer Herkunft recht ähnlich (Abb. 1). Die PCIRs für die Diagnosegruppen „akute lymphatische Leukämie“, „Hodgkin-Krankheit“ und „Non-Hodgkin/Burkitt-Lymphom“ sind leicht erhöht (Abb. 2 & Abb. 3).

Schlussfolgerung:

Die Krebsdiagnosen sind bei Kindern türkischer und nicht-türkischer Herkunft in Deutschland weitestgehend gleich verteilt. Für drei Diagnosegruppen sind die PCIRs leicht erhöht. Dieses könnte der Ausdruck von unterschiedlichen Risiken bei türkischen/nicht-türkischen Kindern sein oder aber auf den Einfluss von Zufall zurückzuführen sein (KIs hier sind nicht korrigiert für das Testen von 12 Subgruppen). Unsere Studie hat methodische Einschränkungen:

- „case only“ Analyse, d.h. die PCIR für eine Diagnosegruppe ist abhängig von den PCIRs der anderen Diagnosegruppen
- Schwierigkeiten bei der Schätzung von Inzidenzraten, daher keine Darstellung „wahrer Risiken“.

Zukünftige Studien sollten die Darstellung der wirklichen Krebsinzidenz von Migranten zum Ziel haben oder gezielt Hypothesen für einzelne Krebsarten testen, die in vorherigen Studien auffällig waren.

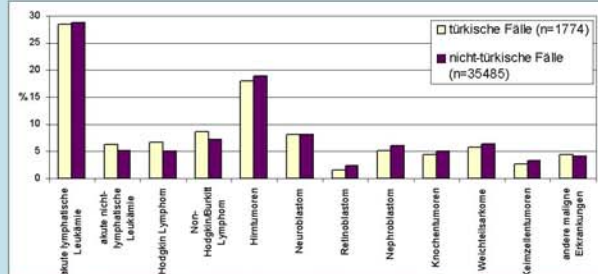


Abb. 1: Verteilung aller Diagnosegruppen unter den türkischen/nicht-türkischen Fällen im Kinderkrebsregister (n=37259).

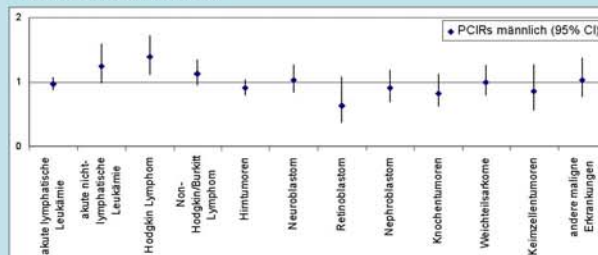


Abb. 2: PCIRs und 95 % Konfidenzintervalle der männlichen türkischen Fälle gegenüber den nicht-türkischen im Kinderkrebsregister (n=20864).

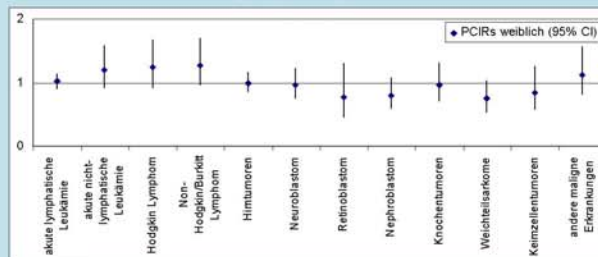


Abb. 3: PCIRs und 95 % Konfidenzintervalle der weiblichen türkischen Fälle gegenüber den nicht-türkischen im Kinderkrebsregister (n=16395).

Forschungsaktivitäten zu Migration und Gesundheit an der Abt. Epidemiologie & International Public Health

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Leitung: Prof. Dr. med. Oliver Razum

1. Theoriebildung

- Healthy-Migrant-Effect (Razum 2006, 2002)

2. Methodenentwicklung

- Definition von Migrantpopulationen
 - z. B. Spallek & Razum 2006, usw.
- Entwicklung von Ansätzen zur Identifikation von Migrantinnen und Migranten in Datensätzen:
 - Entwicklung eines Namensalgorithmus zur Identifizierung von Personen türkischer Herkunft in Gesundheitsdatensätzen (Razum et al. 2000)
- Entwicklung von Gesundheitsindikatoren für Migrantinnen und Migranten in Europa:
 - EU Projekt „Monitoring the Health Status of Migrants within Europe: Development of indicators“

3. Praxisbezogene Forschungsarbeiten

- Pflegebedürftigkeit von türkischen Migrantinnen
 - Interventionsstudie zur Verbesserung der häuslichen Pflege (BMBF-Forschungsverbund „Patientenorientierte Pflegekonzepte“)
 - Bedarfsanalyse mit Daten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)
- Gesundheitsberichterstattung für Migrantinnen
 - RKI-Bericht Migration & Gesundheit
- Kontrolle von Infektionserkrankungen in Herkunftsändern von Migranten im Mittelmeerraum
 - EU-Projekt „EchinoNET“

4. Netzwerkbildung

- Etablierung von europäischen Netzwerken
 - EUPHA section „Migrant Health“
 - EU-Projekt „Health and social care for migrants and ethnic minorities in Europe“
 - EU-Projekt „Information network on good practice in health care for migrants and minorities in Europe“
- Etablierung von internationalen Kooperationen
 - Universitätspartnerschaft Türkei/Indien
 - European Network of Cancer Registries (ENCR)
 - EchinoNET (10 Partnerländer im Mittelmeerraum)

PERSPEKTIVEN: Weiterentwicklung von Methoden für eine valide Erhebung von Gesundheitsparametern von Migrantinnen und Migranten auf Bevölkerungsebene. Weitere methodische Schwerpunkte: Etablierung prospektiver analytischer Studien und Entwicklung von Ansätzen, um Determinanten der Gesundheit von Migranten unter der Perspektive des Lebenslaufs, also unter Einbeziehung der Situation vor, während und nach dem Migrationsprozess, zu analysieren.

Literatur: Spallek J, Kaatsch P, Spix C, Ulusoy N, Zeeb H, Razum O. (2006) Namensbasierte Identifizierung von Fällen mit türkischer Herkunft im Kinderkrebsregister Mainz. *Gesundheitswesen* 68: 643-9

Danksagung: Diese Studie wurde gefördert von der „Deutschen Krebshilfe“

Kontakt: jacob.spallek@uni-bielefeld.de, oliver.razum@uni-bielefeld.de



Caren Weilandt¹, Alexander Rommel¹ Josef Eckert¹, Rahel Gall Azmat²

¹Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands, Bonn,

² Bundesamt für Gesundheit, Bern

Zusammenfassung

Mit dem Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (GMM) wurde ein Datensatz über die Gesundheitssituation, das Gesundheitsverhalten sowie die Inanspruchnahme der Gesundheitseinrichtungen von Migranten und Migrantinnen geschaffen. Dieser ermöglicht erstmals repräsentative Aussagen über die Gesundheitssituation der Eingewanderten im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung. In Anlehnung an die schweizerische Gesundheitsbefragung wurde ein Fragebogen entwickelt und in verschiedene Sprachen übersetzt. Es wurden telefonische Interviews mit Migranten und Migrantinnen aus der ständigen Wohnbevölkerung sowie mit Asylsuchenden wahlweise in der Muttersprache oder einer schweizerischen Landessprache durchgeführt. Erste deskriptive Analysen des Datensatzes liegen vor.

Die Ergebnisse zeigen, dass Migranten und Migrantinnen aus westeuropäischen Ländern vergleichbare Werte wie die einheimische Bevölkerung aufweisen. Alle anderen Eingewanderten zeigen hinsichtlich vieler gesundheitlicher und auch sozialer Indikatoren ungünstigere Ergebnisse. Sie beurteilen beispielsweise ihren selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand häufiger als mittelmässig oder schlecht, fühlen sich psychisch weniger ausgeglichen oder besuchen häufiger einen Arzt oder eine Ärztin als Autochthone. Die Daten lassen erhebliche Unterschiede innerhalb der befragten Migrationsbevölkerung feststellen, beispielsweise in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, Aufenthaltsstatus oder Nationalität.

Cultural Diversity in the Health-Care System

Ulla Wittig¹, Christiane Falge² & Elmar Brähler¹

¹Universität Leipzig, ²Universität Bremen

In einem Vergleich Deutschland - Italien - Kanada zur Integration von Migranten in das Gesundheitssystem wird der Stellenwert partizipatorischer Verfahrensweisen in Einwanderungsländern untersucht. In dieser Studiengruppe arbeiten die Arbeitsgruppen der beteiligten Antragssteller von Prof. P. Nanz Universität Bremen, Prof. E. Brähler Universität Leipzig, Prof. O. Schmidtke Universität Victoria und Prof. C. Ruzza Universität Trento zusammen.

Die von der Volkswagenstiftung geförderte Studie analysiert die rechtlich-institutionellen Bedingungen gleichberechtigten Zugangs zur Gesundheitsversorgung, den Entscheidungsprozess im politischen System und die Bedeutung von interpersonalen Beziehungen zwischen Repräsentanten des Gesundheitssystems und Patienten. Diese Untersuchung geht auf der theoretischen Ebene davon aus, dass der interkulturelle Dialog von zentraler Bedeutung für eine gelungene Integration von Migranten und deren Anspruch auf den Schutz kultureller Identität im öffentlichen Leben ist. In praktischer Hinsicht wird diese Forschung einen Katalog innovativer Ansätze erarbeiten, die helfen, den Prozess der politischen Auseinandersetzung und insbesondere die institutionellen Verfahrensweisen des Gesundheitssystems gegenüber den Ansprüchen der Migranten offener zu gestalten.

Die Untersuchung zum Gesundheitssystem wird sich auf die Bereiche der Schwangerschaftsvor- und nachsorge und der psychischen Gesundheit konzentrieren, da diese beiden Gebiete der Gesundheitsversorgung von besonderer Brisanz sind und im Mittelpunkt der Forderungen von Migranten und deren Organisationen stehen. Die Schwangerschaftsvor- und -nachsorge erlaubt einen Bereich der Gesundheitsversorgung zu untersuchen, in dem Migranten besonders intensiv mit dem Gesundheitssystem in Kontakt treten und die Belange von *Migrantinnen* besonders betroffen sind. Die Behandlung psychischer Probleme ist ein Bereich, in dem die kulturell sensible Inklusion besonders geboten ist, da die Erfahrungen von Übersiedlung und Exklusion oftmals den Grund für eine psychosoziale Behandlung darstellen. Dieses Gebiet der Gesundheitsversorgung zeugt sich deutlich, dass ein beträchtlicher Veränderungsbedarf besteht, um das Angebot medizinischer Leistungen und deren Nachfrage besser aufeinander abzustimmen und der spezifischen Situation von Migranten gerecht zu werden, deren gesellschaftlicher und kultureller Hintergrund sich vielfach bedeutsam von dem der Mehrheitsgesellschaft unterscheidet. Diese beiden Bereiche werden in jeweils zwei Großstädten in Deutschland (Bremen und Leipzig), Italien (Bologna und Neapel) und Kanada (Vancouver und Toronto) untersucht.

Durch den Vergleich Deutschlands, Italiens und Kanadas möchte die Studiengruppe die besten und erfolgreichsten politischen Konzeptionen, Verfahrensweisen sowie Handlungsstrategien für die Integration von Migranten, für die öffentliche Deliberation und die wechselseitigen Lernprozesse herausarbeiten. Auf der einen Seite sind die Gesundheitssysteme in den drei Ländern ähnlich in ihrer allgemeinen Verpflichtung auf das Prinzip umfassender Inklusion und des universalen Zugangs zu medizinischen Leistungen. Auf der anderen Seite zeigen die nationalen Kontexte eine bedeutsame Variation hinsichtlich politischer und rechtlicher Rahmenbedingungen, kultureller Standards sowie politischer Initiativen.

Cultural Diversity In The Health-Care System

Ulla Wittig¹, Martin Merbach¹, Christiane Falge² & Elmar Brähler¹

¹Selbständige Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig

²Zentrum für Europäische Rechtspolitik, Universität Bremen

Projekt gefördert durch die Volkswagenstiftung

Hintergrund

Die steigende Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund stellt öffentliche Institutionen vor neue Herausforderungen. Dabei wird das Gesundheitssystem als ein wichtiger Testfall für die Bereitschaft öffentlicher Institutionen herangezogen, einen Raum für die Anerkennung kultureller Differenz zu schaffen. Zum einen ist das Gesundheitssystem ein Bereich öffentlicher Dienstleistungen, auf den MigrantInnen unausweichlich angewiesen sind. Auf der anderen Seite wird er von Regeln und Praktiken dominiert, die MigrantInnen und ihrem kulturellen Selbstverständnis oftmals fremd bleiben. In den letzten Jahren haben MigrantInnenorganisationen und Antrassismusgruppen wiederholt kulturelle Ansprüche an das Gesundheitssystem artikuliert und politisiert. Dies hat zu einer lebhaften politischen und wissenschaftlichen Debatte über den Zugang von MigrantInnen zu Leistungen des Gesundheitssystems und dessen Offenheit für die Bedürfnisse der MigrantInnen geführt.

Ziele

- Untersuchung des Stellenwertes partizipatorischer Verfahrensweisen bei (gesellschaftlichen) Entscheidungsprozessen am Beispiel des Gesundheitssystems
- Analyse der rechtlich-institutionellen Rahmenbedingungen des (gleichberechtigten) Zugangs von MigrantInnen zur Gesundheitsversorgung
- Untersuchung der Bedeutung (interpersonaler) Beziehungen zwischen Repräsentanten des Gesundheitssystems und der MigrantInnen
- Erarbeitung eines Katalogs von Verfahrensweisen zur gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen
- Förderung des Dialogs von Politikern, Repräsentanten des Gesundheitssystems und MigrantInnenorganisationen
- Beitrag zu Debatte über die gesundheitliche Versorgung von MigrantInnen

Methoden

- Länder- und Städtevergleich
 - Deutschland (Bremen und Leipzig)
 - Italien (Trento und Neapel)
 - Kanada (Vancouver und Toronto)
- Vergleich der Partizipation von MigrantInnen in den Bereichen „Mental Health“ und „Maternal Health“
- Mehrebenenuntersuchung (Makro-, Mikro- und Mesoebene) mit Hilfe von Dokumentenanalysen und ExpertInneninterviews
- Praxistransfer durch Fokusgruppen und Workshops

Ergebnisse

Partizipation von MigrantInnen

Makroebene

Gesetzlichen Regelungen des Zugangs
Gesetzlichen Regelung für Angebote
Politische Konzeptionen

Mesoebene

Angebote für MigrantInnen
Artikulation von Bedürfnissen durch
Pro- und MigrantInnenorganisationen

Mikroebene

Bedürfnisse der MigrantInnen
Interkultureller Dialog

Makroebene - Deutschland

- sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer und Alg. I / II-Empfänger sind pflichtversichert in einer gesetzlichen Krankenkasse (SGB V)
- der Aufenthaltsstatus der Migranten bestimmt über den Zugang zur Gesundheitsversorgung
- keine Sonderregelungen für MigrantInnen wie z.B. Anspruch auf Dolmeterservice
- keine Sonderregelung durch G-BA Richtlinien oder Leitlinien der Expertenkommission

Bremen

Mesoebene

- Einrichtung eines Dolmetscherdienstes und Gesundheitswegweisers
- Vier Psychotherapeuten mit Migrationshintergrund in Bremen
- Ein Institut zur psychosozialen Betreuung von MigrantInnen
- Zwei WIN Projekte mit psychosozialer Betreuung für MigrantInnen
- Interkulturelle Sprechstunde Behandlungszentrum West
- Niedergelassene Ärztinnen und Oberärztinnen mit Migrationshintergrund in den Kliniken
- seit ca. 2003 IKO vor allem in Wohlfahrtsverbänden, in Kliniken eher weniger

Mikroebene

- Psychische Krankheit als Tabuthema
- Doktor-hobbing bei psychosomatischen Erkrankungen
- Frequentierung von Hoca's
- Müttergesundheits: Nicht-Erreichbarkeit von MigrantInnen durch Hebammen
- MigrantInnenvereine haben aufgehört, Gesundheit zu thematisieren
- Individuelle Forderungen: Klagen gegen KV wegen Sonderzulassung

Leipzig

Mesoebene

- Gesundheitswegweiser 2005 in Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsamt und Referat des Ausländerbeauftragten
- Gesundheitsamt übersetzt medizinische Formulare
- Projekt zur Ausbildung von Multiplikatoren und von Sprach- und Kulturmittlern
- Psychotherapeuten und Ärztinnen mit Migrationshintergrund

Mikroebene

- Tabuisierung von psychischer Krankheit
- Versorgung wird von MigrantInnenvereinen nicht als Hauptaktionsfeld gesehen
- Persönliche Netzwerke zur Versorgung von MigrantInnen zwischen Beratern von Vereinen und Ärzten
- keine Vernetzung der verschiedenen Vereine
- kaum Mitarbeit in öffentlichen Gremien

Diskussion

- Zu den besonderen Schwierigkeiten von migrantenspezifischen Studien zählt der Datenschutz und die Uneinigkeit über die Definition Migrant oder MigrantIn
- Es gibt kaum empirische Belege der Unterversorgung, denn die meisten Studien untersuchen oft einzelne Gruppen, sind regional begrenzt und auf einzelne Altersgruppen und Krankheiten beschränkt (Drogenkonsum ausländischer Jugendlicher)
- Die Unterversorgung von MigrantInnen stützt sich auf Äußerungen und Erfahrungen von Aktivistinnen, Psychotherapeutinnen insbes. mit Migrationshintergrund (Wartelisten), Ärztinnen und Sozialarbeiterinnen

Gesundheit braucht Kommunikation

Ulla Wittig, Martin Merbach & Elmar Brähler

Universität Leipzig

Hintergrund

Die Situation in Leipzig ist - wie in allen neuen Bundesländern - davon geprägt, dass erst seit 1990 über das Asylverfahren kommende Flüchtlinge aufgenommen werden. In der Beratung, Betreuung und Versorgung von Flüchtlingen konnte nicht auf lange gewachsene Strukturen oder muttersprachliche Fachkräfte zurückgegriffen werden. Dies ändert sich nur sehr langsam. Nach wie vor gibt es im Bereich der medizinischen und psychosozialen Versorgung nur sehr wenige Muttersprachler oder Fachkräfte mit entsprechenden Sprachkenntnissen. Flüchtlinge wiederum verfügen oft über keine oder nur unzureichende Sprachkenntnisse, da Deutschkurse bis Ende letzten Jahres nur für Asylberechtigte gefördert wurden.

Neben den bereits beschriebenen sprachlichen Barrieren wirken sich noch kulturelle oder ethnische Herkunft sowie die soziale Lage der Flüchtlinge auf ihre oft eingeschränkte Inanspruchnahme der Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung aus. Dem gegenüber steht bei Flüchtlingen oft ein besonderer Bedarf an medizinischer und therapeutischer Versorgung (erlittene Verfolgung im Heimatland, erzwungene Migration, Trennung von Familienangehörigen ohne Möglichkeit der Kontaktaufnahme, Verlust von Familienangehörigen, Belastungen im Aufnahmeland wie z.B. unklare Lebensperspektive oft über viele Jahre hinweg, sozialer Abstieg usw.). Viele von ihnen leiden an Traumatisierungen, die oftmals ein Leben lang den Gesundheitszustand beeinträchtigen können.

Beschreibung

Ziel des von der Europäischen Union Europäischer Flüchtlingsfonds geförderten Projektes ist eine adäquatere gesundheitliche Betreuung von Flüchtlingen in Leipzig und die Förderung ihrer Chancengleichheit beim Zugang zu Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung. Dadurch könnten Chronifizierungen von akut bestehenden Erkrankungen und Problemen gemindert werden. Die drei Maßnahmen des Projekts führen zur Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung von Flüchtlingen. Erstens werden MultiplikatorInnen zu gesundheitlichen und psychosozialen Themen für den Flüchtlingsbereich weitergebildet. Diese MultiplikatorInnen können dadurch Menschen ihres Sprach- und Kulturkreises unterstützen, sich im deutschen Gesundheitssystem besser zu orientieren sowie entsprechende Angebote des Gesundheitssystems in gleichem Maße wie die einheimische Bevölkerung in Anspruch zu nehmen.

Zweitens werden Sprach- und KulturmittlerInnen für den Einsatz im Bereich der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung ausgebildet, welche den Flüchtlingen eine adäquate Inanspruchnahme des Gesundheitssystems ermöglichen werden. Neben dem Ermöglichen einer Verständigung als Basis für jede Behandlung erhält der Arzt, Therapeut, Sozialarbeiter der aufgesuchten medizinischen oder psychosozialen Einrichtung durch den Sprach- und Kulturmittler wichtige Hintergrundinformationen über den kulturspezifischen Aspekt der Behandlung.

Drittens werden mit der Schaffung des Konsultationszentrums „Gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen in Leipzig“ die gesundheitlichen Versorgungsangebote für Flüchtlinge in Leipzig (wie muttersprachliche Ärzte, Pflegepersonal; Einrichtungen, die sich auf Flüchtlinge spezialisierten, Dolmetscher) vernetzt. Weitere Aufgaben sind die genaue Ermittlung des Bedarfs der gesundheitlichen Versorgung auf Flüchtlingsseite und ein adäquates Angebot der gesundheitlichen Versorgung zu erstellen.

Ausblick

Durch MultiplikatorInnen, Sprach- und KulturmittlerInnen, einem Konsultationszentrum zur Koordination und Vermittlung von gesundheitlichen Dienstleistungen für Flüchtlinge wird sich die gesundheitliche Betreuung der Flüchtlinge in Leipzig bessern. Die dem Projekt zugrunde liegende Kooperation zwischen der Universität Leipzig, der Stadt Leipzig Referat Ausländerbeauftragter und Gesundheitsamt, dem Flüchtlingsrat Leipzig e.V., dem Verband binationaler Partnerschaften e.V., einer Erziehungs- und Familienberatungsstelle (Cactus e.V.) sowie der AIDS-Hilfe Leipzig e.V. ermöglicht einen sehr guten und praxisnahen Zugang zum Flüchtlingsbereich und ist eine der Voraussetzung für die Akzeptanz des Vorhabens unter den Flüchtlingen.

Gesundheit braucht Kommunikation

Ulla Wittig, Martin Merbach & Elmar Brähler

Selbständige Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig

gefördert von der Europäischen Union Europäischer Flüchtlingsfonds

Hintergrund

2004 waren 30.596 AusländerInnen mit Hauptwohnsitz in Leipzig (ca. 6,1 % der Wohnbevölkerung Leipzigs) gemeldet, wobei in der amtlichen Statistik der Stadt Leipzig die Anzahl der Flüchtlinge nicht extra erfasst wird. Die Erfahrungen vor und während der Flucht sowie die Lebensbedingungen in Deutschland sind für die meisten Flüchtlinge gleich. Die Flucht erfolgt meist bei Androhung von oder unter Gewalt, oft ohne vorherige Vorbereitung und auf dem Fluchtweg erleben viele Flüchtlinge Not und Bedrohung. Diese Erfahrungen sowie die Aufnahmebedingungen in Deutschland (Asylverfahren, Sammelunterkünfte etc.) beeinflussen den Gesundheitszustand der Flüchtlinge. Flüchtlinge haben häufiger Dental- und Kariesprobleme, eine höhere Tuberkuloseprävalenz als die einheimische Bevölkerung. Die Gewalterfahrung während der Flucht gehen häufig mit psychischen Erkrankungen einher. Eine adäquate Gesundheitsversorgung wird durch Barrieren (insbesondere durch die fehlenden Sprachkenntnisse erschwert. Hinzu kommt, dass die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen durch das Asylbewerberleistungsgesetz eingeschränkt ist. Die Beachtung von kulturellen, ethnischen und religiösen Besonderheiten bei der Behandlung können die Versorgungssituation der Flüchtlinge verbessern.

Ziele

- Adäquatere gesundheitliche Betreuung von Flüchtlingen in Leipzig
- Erleichterung des Zugangs zu Einrichtungen der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung
- Konsultationszentrum zur Koordination und Vermittlung von gesundheitlichen Dienstleistungen



Foto: Janin Strassnische

GeKomm

Multiplikatoren

Weiterbildung zu gesundheitlichen und psychosozialen Themen für den Flüchtlingsbereich

- informieren und sensibilisieren ihre Landsleute muttersprachlich und kultursensibel über Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung (Präventionsangebote im Gesundheitsbereich wie Vorsorgeuntersuchungen, psychosoziale Beratungsangebote usw.)
- unterstützen die Eigeninitiative der Flüchtlinge bzw. stärken sie in der Wahrnehmung ihrer Selbstverantwortung hinsichtlich der eigenen Gesundheit
- erweitern ihre Kenntnisse über die deutsche Gesundheitsversorgung, Interkulturalität, psychosoziale Angebote
- führen im Anschluss an ihre Weiterbildungsveranstaltungen zum Thema Gesundheit durch

Sprach- und Kulturmittler

Weiterbildung für den Einsatz im Bereich Gesundheitswesen und psychosoziale Angebote

- helfen bei Verständigungsschwierigkeiten zwischen den PatientInnen und den Behandelnden
- übermitteln wichtige Hintergrundinformationen über den kulturspezifischen Aspekt der Behandlung / Symptomatik
- seit September 2006 wurden 11 Dolmetschereinsätze durchgeführt
- die Einsätze waren vorrangig in Allgemeinarztpraxen, in psychosozialen Beratungsstellen und beim Psychotherapeuten
- die am meisten genutzte Sprache war bisher persisch

Clearingstelle

Einrichtung eines Konsultationszentrums „Gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen in Leipzig“

- Vermittlung von medizinischer und psychosozialer Versorgung für Flüchtlinge
- Vermittlung von Sprach- und KulturmittlerInnen an Flüchtlinge und Einrichtungen der medizinischen und psychosozialen Versorgung für folgende Sprachen: Arabisch, Albanisch, Kurdisch, Persisch, Russisch, Französisch, Englisch
- Information über niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten und psychosoziale Beratungsstellen mit Fremdsprachenkenntnissen
- Organisation von muttersprachlichen Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen (Prävention)
- Versorgung von Interessenten mit Informationsmaterial
- Gewinnung und Betreuung von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen

Ausblick

- Die enge Kooperation zwischen der Universität Leipzig, der Stadt Leipzig Referat Ausländerbeauftragter und Gesundheitsamt, dem Flüchtlingsrat Leipzig e.V., dem Verband binationaler Partnerschaften e.V., einer Erziehungs- und Familienberatungsstelle (Cactus e.V.) sowie der AIDS-Hilfe Leipzig e.V. ermöglicht einen sehr guten und praxisnahen Zugang zum Flüchtlingsbereich und ist eine der Voraussetzung für die Akzeptanz des Vorhabens unter den Flüchtlingen.
- Weitere Aufgaben sind die genaue Ermittlung des Bedarfs der gesundheitlichen Versorgung auf Flüchtlingsseite und ein adäquates Angebot der gesundheitlichen Versorgung zu erstellen.
- Sicherung der Qualität der Ausbildungsmodule für die Multiplikatoren und Sprachmittler durch Auswertung der Evaluation.
- Auf der Grundlage der Erkenntnisse des Projekts wird überlegt wie die geschaffenen Versorgungsstrukturen auch für andere Migrantenengruppen geöffnet werden können.
- Wichtig für den Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern ist die Organisation eines Supervisionsangebots.

(B) Versorgungsprojekt

„Berliner Bündnis gegen Depression“

Meryam Schouler-Ocak

Charite-Universitätsmedizin Berlin

Die WHO-Studie „Global Burden of Disease“ aus dem Jahre 1997 hat aufgezeigt, dass unipolar verlaufende Depressionen eine der wichtigsten Volkskrankheiten darstellen. Wenn die Schwere der Beeinträchtigung und die Häufigkeit sowie die Dauer der Erkrankung betrachtet werden, befindet sich die Depression vor allen anderen körperlichen und psychiatrischen Erkrankungen. Im Rahmen des Kompetenznetzes „Depression und Suizidalität“ (<http://www.kompetenznetz-depression.de>) wurde das vom BMBF geförderte Forschungsprojekt „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ in den Jahren 2001 und 2002 durchgeführt. Es handelt sich hierbei um ein Mehrebenen-Interventionsprogramm mit dem Ziel, Verbesserung der Versorgung depressiver Patienten und Vorbeugen von Suiziden.

Mit der Auftaktveranstaltung am 27.04.2005 wurde das „Berliner Bündnis gegen Depression“ unter der Schirmherrschaft von Frau Prof. Dr. Rita Süßmuth und dem türkischen Generalkonsul Herrn Aydin Durusoy bzw. sein Nachfolger Ahmet Nazif Alpman ins Leben gerufen.

Das „Berliner Bündnis gegen Depression“ ist bei seiner Konzeption neue Wege gegangen, sie wendet sich neben der Aufklärungsarbeit über das Thema „Depression und Suizidalität“ für die Allgemeinbevölkerung, gezielt an die sonst nur schwer zu erreichende Personengruppe der Menschen mit Migrationshintergrund. Innovativ ist die Vorgehensweise, bei der Erstellung von Informationsmaterialien nicht allein auf eine inhaltliche Übersetzung sich zu beschränken, sondern zudem den kulturellen Kontext der z. B. türkischen Bevölkerung einzubeziehen. Auch für Menschen mit russischem, polnischem und arabischem Migrationshintergrund gilt ein ähnliches Vorgehen.

Das „Berliner Bündnis gegen Depression“ ist ein loser Zusammenschluss von verschiedenen Kooperationspartnern, u. a. muttersprachlichen Vereinen, das gemeinsam auf mehreren Ebenen versucht, die Information und Versorgung von Menschen mit depressiven Erkrankungen, insbesondere für die in Berlin große Anzahl der Zuwanderer, zu verbessern und einen Beitrag zur Suizidprävention zu leisten. Wesentliche Arbeitsschwerpunkte sind Öffentlichkeitsarbeit (u.a. Zusammenarbeit mit muttersprachlichen Medien), Seminare, Ausbildung von Mediatoren und Multiplikatoren aus verschiedenen Bereichen der Medizin, Pflege, Psychologie und Sozialpädagogik und interaktive Workshops sowie an soziokulturelle Aspekte angepasste Informationsmaterialien in sechs verschiedenen Sprachen. Es erfolgt eine Begleitevaluation.

Unter www.berlinerbuendnisgegendepression.de können weitere Informationen bezogen werden.

(C) Projektübersicht

Arbeit der Fachstelle Migration und Gesundheit

Maria
Referat für Gesundheit und Umwelt, Stadt München

Gavranidou

1. Arbeit der Fachstelle Migration und Gesundheit

- Schwerpunkte der Arbeit der Fachstelle Migration und Gesundheit sind: Migrantenspezifische Aspekte der Gesundheitsversorgung
- Migranten betreffende (aber nicht migrations-spezifische) Aspekte der Gesundheitsversorgung
- Kulturspezifische Aspekte der Gesundheitsversorgung
- „interkulturelle“ Standards und Leitlinien

Konkrete Arbeiten

Daten- und Informationsdefizite

- Befragung psychosozialer Einrichtungen in München
- Unterstützung von Dienststellen bei der Übersetzung von Broschüren und Erstellung von muttersprachlichen Materialien
- In Kooperation mit der LMU-München Durchführung von Studien im Rahmen von Diplomarbeiten zu migrantenspezifischen Themen

Flüchtlinge/„Illegale“ in München

- Durchführung einer Studie zur Situation von Flüchtlingskindern und –jugendlichen in München in Kooperation mit der LMU-München (siehe Punkt 2)
- Gesundheitsaktionen in Flüchtlingsnotunterkünften

Durchführung von Fachveranstaltungen und Fortbildungen zu Gesundheitsthemen

Durchführung von Gesundheitsaktionen in unterschiedlichen Settings

Gremienarbeit

2. Studie zur psychischen Gesundheit von Flüchtlingskindern und –jugendlichen

Im Jahre 2003 wurde in Kooperation mit der LMU eine Studie initiiert und im Rahmen von zwei Diplomarbeiten durchgeführt. Untersucht wurde die frühere und aktuelle Belastung und die psychische Gesundheit der Flüchtlingskinder und –jugendlichen. An der Studie nahmen 32 männliche und 23 weibliche Flüchtlinge aus München im Alter von zehn bis 18 Jahren teil. Das Durchschnittsalter betrug 13,4 Jahre. Sie lebten durchschnittlich 7,6 Jahre in Deutschland. Der kürzeste Aufenthalt betrug 2 Jahre, der längste 16 Jahre. Die untersuchten Kinder und Jugendlichen stammen aus 10 unterschiedlichen Kriegsgebieten, überwiegend aus Kosovo, Bosnien, Afghanistan und Irak. Die Befragung fand in fünf Münchener Unterkünften statt: drei städtischen und zwei staatlichen. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung wohnten 35 der befragten Jugendlichen in städtischen und 20 in staatlichen Unterkünften.

Die meisten der untersuchten Kinder und Jugendlichen haben nicht nur ein einmaliges schreckliches Ereignis erlebt, sondern sind über einen längeren Zeitraum im Exil immer wieder neuen Belastungen ausgesetzt. Die Ergebnisse unserer Studie zeigen, dass die Gruppe der jungen Flüchtlinge hoch auffällig ist (ca. ein Viertel klinisch auffällig) und auf die extremen Belastungen mit verschiedenen Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen antwortet. Ihre Ressourcen sind eingeschränkt, denn diese Kinder beanspruchen weniger die Hilfe ihrer Eltern als deutsche Kinder und geben auch an, sozialen Rückhalt häufiger bei Freunden als bei Eltern zu suchen. Ihre Freundschaften sind aber oft eher oberflächlich und wohl wenig unterstützend, da Flüchtlingskinder ihre Freunde in erster Linie in ihrer hoch belasteten und belastenden Umgebung finden.

Die vorliegende Untersuchung konnte im weiteren zeigen, dass weniger die traumatischen Kriegs- und Fluchterfahrungen sondern die Art und Weise wie die Kinder und ihre Familien im Exil

aufgenommen werden, Einfluss auf ihren Gesundheitszustand haben. Die traumatischen Kriegs- und Fluchterfahrungen liegen bei den meisten Kindern und Jugendlichen lange zurück. Sie werden durch die aktuellen Belastungen, die oft einen traumatischen Charakter annehmen überlagert. So gewinnen die exilspezifischen gesellschaftlichen und familiäre Belastungen an Bedeutung und führen insbesondere auf dem Hintergrund früherer Traumatisierungen zu Verhaltensstörungen und Auffälligkeiten. Auch wenn die jungen Flüchtlinge im Vergleich zu den deutschen Kindern und Jugendlichen als auffällig bezeichnet werden müssen, scheinen sie dennoch in Anbetracht ihrer Lebensumstände erstaunlich normal zu sein.

Die Unterbringung in Unterkünften erschwert darüber hinaus die Freundschaften mit deutschen Kindern, und somit auch die soziale Integration von Flüchtlingskindern und –jugendlichen.

Bei der untersuchten Gruppe handelt es sich um eine sogenannte Multiproblemgruppe. Daher sollte eine präventive Arbeit in verschiedenen Bereichen erfolgen. Ansatzpunkte sind das familiäre und soziale Umfeld und die sozialen Kompetenzen der Jugendlichen.

Die Eltern: Zur Gesundheitsförderung, Entlastung und Unterstützung der Kinder müssten unbedingt die Eltern unterstützt werden. Die Eltern sollten stark gemacht werden, so dass sie ihre Erziehungsrolle und –funktion wieder übernehmen können. Dazu gehört, den Eltern, insbesondere den Vätern die Möglichkeit zu geben zu arbeiten, die Sprache zu lernen und in Orientierungskursen wichtige lebensalltägliche Informationen, Wege und Kenntnisse zu vermitteln. Dazu gehören aber auch Eltern stärkende Trainings mit dem Ziel Kinder von der Funktion der „Familienanwälte“ oder des „Tores zur der Realität außerhalb des Flüchtlingsdaseins“ zu entlasten.

Die Kinder: Eine Unterstützung und Stärkung der Kinder, die sehr viele traumatische Erfahrungen gemacht haben, ist eine weitere wichtige Implikation dieser Studie für die Praxis. Hier wären Angebote vor Ort erforderlich wie z.B. therapeutische Gruppen mit einem ressourcen-orientierten und traumaspezifischen Schwerpunkt.

Projekte mit Migrationsthematik am Institut für Medizin-Soziologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Niels-Jens Albrecht, Hanneli Döhner, Christopher Kofahl, Stefan Nickel, Waldemar Süß, Alf Trojan, Olaf von dem Knesebeck

Institut für Medizin-Soziologie (IMS)				
Direktor: Prof. Dr. Dr. Alf Trojan			stellv. Direktor: Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck	
Arbeitsgruppen:				
Migration und Gesundheit Niels-Jens Albrecht	Sozialgerontologie Dr. Hanneli Döhner	Patientenorientierung und Selbsthilfe Christopher Kofahl	Krankenhausforschung Dr. Stefan Nickel	Gesundheitsförderung Waldemar Süß
Projekte mit Migrationsthematik aus allen Arbeitsgruppen:				
Titel	Dolmetersystem im UKE Aufbau und Evaluierung	European Resources in Intercultural Communication (ERIC)	Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen	
Ziele, Ergebnisse	Erarbeitung und Anwendung eines Curriculums zur Ausbildung im medizinisch sozialen Dolmetschen (MSD); Evaluierung der achtjährigen Projektphase, Gewährleistung der Arzt-Patienten-Kommunikation für Patienten mit Migrationshintergrund	Thematisches interdisziplinäres EU-Netzwerk zu 12 Fachgebieten mit Schnittflächen in 21 Ländern. Erarbeitung einer europaweiten Datenbank; transnationale und interdisziplinäre Forschungsk Kooperationen; Implantation interkultureller Perspektiven in nationale Fachgebiete und –gesellschaften; period. Kongress „Language and Health“	Entwicklung von Strategien und Konzepten sowie Projekten zur Selbsthilfeaktivierung von MigrantInnen unter besonderer Berücksichtigung des Zugangs zu dieser Gruppe	
Ziel- / Untersuchungsgruppe	Bilinguale Migrantinnen mit sehr guten Deutschkenntnissen und Dolmetscherfahrung; Krankenhauspersonal	Nationale Fachgebiete und -gesellschaften, Publikationen, Datenbanken, Curricula	Schwer erreichbare PatientInnen wie MigrantInnen, sozial Benachteiligte, Langzeitarbeitslose	
Methoden	Sekundär-Analyse, quantitative Auswertung, Trend- und Subgruppenanalyse	Literaturrecherche, Kongresskonzeptionen, Öffentlichkeitsarbeit, Datenbankbearbeitung	Workshops mit Selbsthilfekontaktstellen und –organisationen, Evaluation von In-Gang-Setzer-Projekten; Literaturrecherchen; Synopse von „Gute-Praxis-Modellen/ Aktivitäten“	
Träger, Förderer, Umfang, Dauer, Status	Universität Hamburg, UKE, ca. 1,2 Mio. €, 04/1995-07/2003, abgeschlossen	EU SOKRATES; ca. 450.000 €, 10/2003-12/2005; abgeschlossen	BKK Bundesverband, 160.000 €, 10/05 – 10/08, laufend	
Beteiligte, Kooperationspartner	Albrecht, N.-J.; Nickel, S.; Trojan, A.; Cankiran, R.; Zartcheva, S. IMS UKE, EMZ Hannover, Translationswiss. Institute der Universitäten Mainz und Wien, Hôpital Universitaire Genève, EU-Dolmetscher-Institutionen	Cerny, L.; Breipohl, W.; Albrecht, N.-J.; Prüfer, I.; u.a.; Koordination: FHS Köln; Universität Bonn; IMS UKE; Universidad de Alicante; 163 europäische Partner	Trojan, A.; Kofahl, Ch.; Böhmert, M.; Ates, G.; Heydorn, M.; IMS UKE, DAG Selbsthilfegruppen, BAG SELBSTHILFE, BKK BV; Borgetto, B.	
Ansprechpartner, Kontakt	Niels-Jens Albrecht nj.albrecht@uke.uni-hamburg.de	Niels-Jens Albrecht nj.albrecht@uke.uni-hamburg.de	Christopher Kofahl kofahl@uke.uni-hamburg.de	

Institut für Medizin-Soziologie (IMS)				
Direktor: Prof. Dr. Dr. Alf Trojan			stellv. Direktor: Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck	
Arbeitsgruppen:				
Migration und Gesundheit Niels-Jens Albrecht	Sozialgerontologie Dr. Hanneli Döhner	Patientenorientierung und Selbsthilfe Christopher Kofahl	Krankenhausforschung Dr. Stefan Nickel	Gesundheitsförderung Waldemar Süß
Projekte mit Migrationsthematik aus allen Arbeitsgruppen:				
Titel	Strukturbildung (Capacity Building) für Prävention und Gesundheitsförderung bei Eltern und Kindern in einem benachteiligten Quartier	Mitarbeiterqualifizierung – Qualitätssicherung – Marketing (MQM)	Optimierung der Gesundheitsfürsorge für europäische BürgerInnen	
Ziele, Ergebnisse	Entwicklung kleinräumiger GBE und Evaluation des Präventionsprogrammes „Lenzgesund“ des GA Hamburg-Eimsbüttel durch Prüfung unterschiedlicher methodischer Ansätze. Quartiersdiagnose zu Daten und Ansätzen der Gesundheitsförderung mit besonderer Berücksichtigung der Migranten liegt vor.	Curriculumentwicklung und -umsetzung für zwei Zielgruppen; Qualifizierung von MitarbeiterInnen und DozentInnen sowie AsylbewerberInnen im EQUAL-Rahmenprojekt TransKom; Evaluation der Dolmetschereinsätze durch Messungen der MitarbeiterInnenzufriedenheit bei Auftragsgebern	Erfassung kultureller Differenzen bei MigrantInnengruppen in der Gesundheitsversorgung im EU-Vergleich; Zugang zu Versorgungseinrichtungen in Deutschland; Migrationspezifische Interventionsansätze für Prävention und Gesundheitsförderung u.a. als Lehrkonzept	
Ziel- / Untersuchungsgruppe	BewohnerInnen der Lenzsiedlung in Hamburg-Eimsbüttel, davon 60% mit Migrationshintergrund	MitarbeiterInnen und ExpertInnen; AsylbewerberInnen und Flüchtlinge in Ausbildung zu Sprach- und KulturmittlerInnen	Ethnisch differenzierte Patientengruppen mit Migrationshintergrund; Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens	
Methoden	Primärerhebungen (Kapazitätsanalyse, Bewohnerbefragung), sekundärstatistische Analysen, Experteninterviews, Dokumentenanalyse	Schriftliche MitarbeiterInnenbefragungen zu mehreren Erhebungszeitpunkten (Evaluation der Dolmetschereinsätze)	Interdisziplinärer ethnographischer Ansatz; qualitative Sozialforschung	
Träger, Förderer, Umfang, Dauer, Status	BMBF, Förderschwerpunkt Präventionsforschung; 388.461€, 5/2005-4/2008; laufend	ESF u. BMAS; 4,58 Mio €, 466.000 € Anteil MQM; 07/2005-12/2007, laufend	EU, 7. Rahmenprogramm, ca. 825.000 € (D), 2008-2011, im Antragsverfahren	
Beteiligte, Kooperationspartner	Süß, W.; Trojan, A.; Nickel, S.; Schäfer, I.; Werner, S.; Mossakowski, K.; IMS UKE; Lorentz, Ch., Gesundheitsamt Hamburg-Eimsbüttel	Albrecht, N.-J.; Böhmer, M.; Nickel, S.; Svanström, K.; Trojan, A.; IMS UKE; Koordination: Diakonie Wuppertal; 8 operative Partner und 10 strategische Partner in NRW; EU-Partner in Prag, Wien, Barcelona, Rom	Bruchhausen, W.; Knipper, M.; Albrecht, N.-J. Universitätsklinikum Bonn, Universität Gießen, IMS UKE, EU-Partner	
Ansprechpartner, Kontakt	Waldemar Süß suess@uke.uni-hamburg.de	Niels-Jens Albrecht nj.albrecht@uke.uni-hamburg.de	Niels-Jens Albrecht nj.albrecht@uke.uni-hamburg.de	

Institut für Medizin-Soziologie (IMS)				
Direktor: Prof. Dr. Dr. Alf Trojan			stellv. Direktor: Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck	
Arbeitsgruppen:				
Migration und Gesundheit Niels-Jens Albrecht	Sozialgerontologie Dr. Hanneli Döhner	Patientenorientierung und Selbsthilfe Christopher Kofahl	Krankenhausforschung Dr. Stefan Nickel	Gesundheitsförderung Waldemar Süß
Projekte mit Migrationsthematik aus allen Arbeitsgruppen:				
Titel	European Resources in Intercultural Communication (ERIC Health)	Caring for Frail Elderly People in an Era of Globalization and Migration: New Patterns of Home Care Services	Gesundheitskompetenz von Diabetikern in Abhängigkeit von ethnischer Zugehörigkeit, Krankheitsverlauf und Versorgungskonzept	
Ziele, Ergebnisse	150 Partner eines multiprofessionellen Netzwerkes erarbeiten projektgestützte europaweite Modellantworten auf politische, wirtschaftliche und soziokulturelle Umbrüche im Gesundheitswesen. Mobilitätsbewertung mit dem Focus Nachhaltigkeit bei transnationalen und interkulturellen Schnittmengen	Vergleich von Politiken und Praktiken im Umgang mit „migrant care workers“ in Israel und Deutschland; Faktoren der Beziehungen zwischen gepflegten älteren Menschen, pflegenden Angehörigen und „migrant care workers“; Erhöhung der Lebensqualität der Betroffenen	Unterschiede in der Gesundheitskompetenz von Diabetikern in Abhängigkeit von soziostrukturellen und -kulturellen Faktoren; Einfluss der Gesundheitskompetenz auf Gesundheitsstatus, Lebensqualität und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, Krankheits-/Gesundheits-/Selbstkonzept	
Ziel- / Untersuchungsgruppe	Auszubildende und Professionelle, Fachgesellschaften, Institutionen, Unternehmen, Innovationsinitiativen und Projekte im Gesundheitssektor	Triaden aus gepflegtem älteren Menschen, pflegendem Angehörigen und „migrant care worker“; Anbieter von unterstützenden Diensten und politische Entscheidungsträger	Je 300 deutsche und türkischstämmige in Hamburg lebende Diabetiker (Typ 2).	
Methoden	Curricular-Analysen versus Beschäftigungschancen, Auswertung nationaler wie EU-Dokumente und Statistiken	Vergleichende Studie, Dokumentenanalyse, Fokus-Gruppen/ Experteninterviews, standardisierte persönliche Interviews	Vergleich von: Gesundheitsstatus, Versorgungsdaten; Tests zum Diabetes- u. Gesundheits-Wissen sowie Gesundheitssystem-Kenntnis; Lebensqualität, soziale Netzwerke	
Träger, Förderer, Umfang, Dauer, Status	EU SOKRATES; ca. 750.000 €; 2007-2010; im Antragsverfahren	German Israeli Foundation for Scientific Research and Development (GIF); 325.000 €; 1/2008 - 12/2010; im Antragsverfahren	BMBF: „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“; ca. 240.000 € (450.000 € longitudinal); 2008-2014; im Antragsverfahren	
Beteiligte, Kooperationspartner	Sayek, I.; v. Bandemer, S.; Breipohl, W.; Albrecht, N.-J.; Koordination: Hacettepe University, Ankara und IAT, Gelsenkirchen, IMS UKE	Döhner, H.; Kohler, S.; Mnich, E.; IMS UKE	Kofahl, Ch.; IMS u. IfA UKE, AG Diabetes und Migration der DDG, Deutscher Diabetiker-Bund, ASFH Berlin, BKK LV Nord, Deutsche BKK, BKK Mobil Oil	
Ansprechpartner, Kontakt	Niels-Jens Albrecht nj.albrecht@uke.uni-hamburg.de	Hanneli Döhner doehner@uke.uni-hamburg.de	Christopher Kofahl kofahl@uke.uni-hamburg.de	

Projektübersicht der BKK– Initiative: Mehr Gesundheit für alle!

Der BKK BV leistet im Rahmen seiner Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ durch zahlreiche Projekte der Gesundheitsförderung mit und für MigrantInnen einen Beitrag zur Förderung interkultureller Kompetenz in Prävention und Gesundheitsförderung. Seit Start der Initiative im Jahre 2003 betragen die Projektmittel rund 11,2 Mio. Euro. Exemplarisch werden hier stellvertretend zwei der Projekte vorgestellt.

Mit Migranten – für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland

Ziel

Durch mehrsprachige und kultursensible Programme soll Prävention und Gesundheitsförderung mit Migranten für Migranten nachhaltig ermöglicht werden.

Projektbeschreibung

Engagierte MigrantInnen, die aufgrund ihrer Stellung oder ihres Ansehens Vertrauen in ihrer ethnischen Gruppe genießen, werden zu interkulturellen Gesundheitsmediatoren für Prävention und Gesundheitsförderung geschult und setzen anschließend das Gelernte für Angehörige ihrer ethnischen Gruppe um.

Nach inzwischen zwei erfolgreichen Durchläufen ab 2006 bundesweit an 15 Standorten.

Sprachen des Gesundheitswegweisers

Deutsch, Russisch, Türkisch, Serbisch, Kroatisch, Bosnisch, Arabisch, Französisch, Englisch

In Vorbereitung

Albanisch, Persisch, Spanisch, Polnisch, Griechisch, Kurdisch-Sorani, Kurdisch-Kurmanci

Schulungsthemen

- Migration und Gesundheit,
- Das deutsche Gesundheitswesen
- Alkoholkonsum und Hintergründe
- Umgang mit Medikamenten
- Familienplanung und Schwangerschaft
- Kindergesundheit und Unfallprävention
- Ernährung und körperliche Bewegung
- Mundgesundheit
- Tabakkonsum, Tabakentwöhnung
- Seelische Gesundheit
- Vermeidung von Übergewicht
- Alter, Gesundheit und Pflege
- Erste Hilfe beim Kind

Erreichte Teilnehmer

Bei vorsichtiger Schätzung ist davon auszugehen, dass durch das Projekt bereits ca. 35.000 bis 50.000 Menschen direkt und indirekt profitiert haben.

Protagonisten

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. in Hannover
Ramazan Salman (Geschäftsführer), Björn Menkhaus (Projektleitung)

Regionale Partner in den Regionen

Unter der Schirmherrschaft der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration Prof. Dr. Maria Böhmer

Projektzeitraum

Fortlaufend seit August 2003 bis vorläufig 31.05.2007

Migrantinnen als Gesundheitsmanagerinnen der Familie

Ziel des Projektes „Türkisches Kochbuch“ / „Aufbau eines Frauen-Internettreffs im Kiez“

Türkischen Frauen sollen, als wichtigen Schlüsselpersonen für die Gesundheit ihrer Familien, theoretische und praktische Kenntnisse bezüglich gesunder Ernährung vermittelt werden, um insbesondere die Vermeidung von Übergewicht und Ess- und Ernährungsstörungen bei Kindern zu fördern. Projektziel ist der Aufbau einer nachhaltigen Infrastruktur für Migrantinnen zum Austausch und zur Informationsbeschaffung zu gesundheitlichen Fragen sowie zur Stärkung ihrer Selbständigkeit und gesundheitlichen Eigenverantwortlichkeit.

Projektbeschreibung

Einer Gruppe von 8-10 türkischen Frauen wurden in Form von Gesprächskreisen und Kocheinheiten Informationen zu gesunder Ernährung und Prävention von Übergewicht und Essstörungen vermittelt. In Zusammenarbeit mit den Frauen wurde zugleich ein einfach gestaltetes und zielgruppenorientiertes Kochbuch entwickelt, welches von den Frauen bevorzugte und ernährungswissenschaftlich sinnvolle Rezepte sowie leicht verständliche Informationen zum Thema enthält. Abschließend wurde dieses Kochbuch im Rahmen eines „Kiezbuffets“ den Anwohnern des Kiezes und der Öffentlichkeit präsentiert.

Das Projekt beinhaltete eine muttersprachliche Internetschulung am Beispiel von Gesundheitsinformationen. Dabei wurden sowohl zielgruppenspezifisch relevante Gesundheitsthemen im Rahmen eines Gesprächskreises thematisiert als auch Fertigkeiten zur Nutzung des Internets als Medium zur Beschaffung gesundheitsrelevanter Informationen vermittelt. Die Themenauswahl orientierte sich an der Relevanz für präventives Gesundheitsverhalten wie auch an dem, was die Teilnehmerinnen als „dringlich“ bewerteten. Der Treffpunkt konnte nach der Projektphase vom Kooperationspartner als dauerhafte Institution etabliert werden.

Protagonisten

Partner des BKK BV für das Projekt: Gesundheit-Berlin e.V.
Migrantinentreff von Gemeinsam im Stadtteil e.V. in Berlin-Wedding (Teilprojekt 1)
AWO Begegnungszentrum Adalbertstraße in Berlin-Kreuzberg (Teilprojekt 2)

Zeitraum des Projekts

Oktober 2003 bis März 2004

Überblick über Projekte aus dem Bereich „Migration und Gesundheit“ der AG Epidemiologie & International Public Health, Universität Bielefeld

Razum O, Spallek J, Reeske A
Universität Bielefeld

Im Arbeitsfeld „Migration und Gesundheit“ der AG „Epidemiologie & International Public Health“ untersuchen wir bevölkerungsbezogen die Determinanten der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Ziel ist es, aus den Ergebnissen Handlungsempfehlungen für eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Migranten abzuleiten.

Besonders interessiert sind wir an Unterschieden zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und der Mehrheitsbevölkerung, z. B. im Hinblick auf Risiken, auf Verhaltensweisen und Lebenslagen und auf den Zugang zu und der Nutzung von Gesundheitsdiensten. Studien in Bevölkerungen unterschiedlicher ethnischer Herkunft und mit unterschiedlichen Lebens- und Verhaltensweisen ermöglichen Rückschlüsse auf das Zusammenwirken von Genen, Umwelt und individuellem Verhalten (*nature versus nurture*) bei der Entstehung von Krankheiten. Parallel führen wir Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Theoriebildung und Methodenentwicklung durch.

Überblick über die Forschungsaktivitäten

1. Theoriebildung

Ein wichtiger Teil unserer Arbeit besteht darin, neue Theorien zu entwickeln bzw. innovative wissenschaftliche Erkenntnisse in bestehende Ansätze einzuarbeiten. So beschäftigen wir uns mit der Fragestellung, warum Migrantinnen und Migranten trotz niedrigem sozioökonomischem Status oftmals eine niedrigere Mortalität aufweisen als die Mehrheitsbevölkerung. Hierbei handelt es sich um den so genannten *healthy migrant effect*, der unter anderem besagt, dass Migranten der ersten Generation in industrialisierten Ländern häufig eine niedrigere Mortalität aufweisen als die ursprüngliche Population des jeweiligen Landes. Wir postulieren, dass dabei sowohl Unterschiede zwischen dem Ursprungsland und dem industrialisierten Auswanderungsland hinsichtlich der Gesundheitssituation einen Einfluss haben, als auch Differenzen hinsichtlich der Geschwindigkeit, mit der sich neue und mitgebrachte Risiken nach dem Migrationsprozess verändert (Razum 2006a, 2006b; Razum & Twardella 2002).

2. Methodenentwicklung

Im Bereich der Methodenentwicklung entwickeln wir Ansätze, um die Zielgruppe der „Migranten“ präziser definieren zu können. Dazu gehören z.B. die Identifikation von Migranten der 1. oder 2. Generation sowie der eingebürgerten Migranten, die Bestimmung des Herkunftslandes und des Migrationszeitpunktes. Darüber hinaus untersuchen wir, welche Konsequenzen die jeweiligen Definitionen für die Gesundheitsforschung haben (Spallek & Razum 2006).

Ein Projekt ist in diesem Zusammenhang die Entwicklung und Anwendung eines Namensalgorithmus zur Identifizierung von Personen türkischer Herkunft in Gesundheitsdatensätzen (Razum et al. 2000, 2001; Spallek et al. 2006). Dieser wurde unter anderem erfolgreich eingesetzt, um die Verteilungen von Krebsarten bei Kindern türkischer und nicht-türkischer Herkunft in Deutschland zu untersuchen. Das deutsche Kinderkrebsregister hat zwar eine hohe Vollständigkeit und Vollständigkeit, verfügt aber wie die meisten deutschen Kinderkrebsregister nur über selektive Informationen zur Nationalität bzw. ethnischen Herkunft der Fälle.

Ein nächster Schritt ist die Entwicklung von Gesundheitsindikatoren für Migrantinnen und Migranten in einem gemeinsamen europäischen Projekt. Der Schwerpunkt unserer Arbeitsgruppe liegt dabei auf der Entwicklung und Etablierung von Indikatoren für die Krebsrisiken von Migranten in verschiedenen EU-Ländern. (EU-Projekt „Monitoring the Health Status of Migrants within Europe: Development of Indicators“).

3. Praxisbezogene Forschungsarbeiten

Neben der Methodenentwicklung hat die praxisbezogene Forschung einen hohen Stellenwert. Dabei führen wir vor allem Studien zur Erforschung des Gesundheitszustandes von Migrantinnen und Migranten sowie zur Ermittlung der adäquaten Versorgung und des Zugangs zum Gesundheitswesen durch.

Innerhalb des BMBF-Forschungsverbundes „Patientenorientierte Pflegekonzepte zur Bewältigung chronischer Krankheit“ bereiten wir eine Interventionsstudie zur Verbesserung der häuslichen Pflege

von türkischen Migrantinnen und Migranten vor. Im Rahmen dieser Studie ermitteln wir den Bedarf von Pflegeleistungen mit Hilfe von Daten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Westfalen-Lippe.

Darüber hinaus ist die AG3 der Universität Bielefeld im Bereich Gesundheitsberichterstattung für Menschen mit Migrationshintergrund tätig. Wir erarbeiten, welche Anforderungen sich an eine migrantensensible oder migrantenspezifische Gesundheitsberichterstattung stellen und inwiefern sich vorhandene Gesundheitsdaten für die Beschreibung der Gesundheitssituation von MigrantInnen nutzen lassen bzw. welche Entwicklungsmöglichkeiten es gibt (RKI-Bericht Migration & Gesundheit (in Arbeit), Razum & Spallek 2006, Razum 2003)

Die AG „Epidemiologie & International Public Health“ ist außerdem gemeinsam mit der Universität Heidelberg und 10 Ländern des Mittelmeerraumes Partner des EU-Projektes „EchinoNET“. Dieses beschäftigt sich in verschiedenen Herkunftsländern von Migrantinnen und Migranten im Mittelmeerraum mit der Kontrolle von Infektionserkrankungen, die durch den Hundebandwurm verursacht werden. Ziel ist es, eine einheitliche Methode für die Datenerhebung und -darstellung zu schaffen sowie Empfehlungen für eine verbesserte Kontrolle, Prävention und Behandlung der Infektionskrankheiten zu entwickeln.

4. Netzwerkbildung

Wir sind immer auf der Suche nach neuen Ideen und Forschungsansätzen für unsere Arbeit und betätigen uns in einer Vielzahl internationaler Kooperationen. So sind wir in einer Reihe von europäischen Netzwerken etabliert, wie z.B. der EUPHA section „Migrant Health“, dem EU-Projekt „*Health and social care for migrants and ethnic minorities in Europe*“ und dem EU-Projekt „*Information network on good practice in health care for migrants and minorities in Europe*“. Zu unseren weiteren internationalen Kooperationen zählen eine Universitätspartnerschaft mit Universitäten in der Türkei und Indien sowie ein gemeinsames Projekt mit dem *European Network of Cancer Registries (ENCR)*.