

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Studiengang Gesundheit

Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund
– Bedingungen für die Gestaltung von Angeboten

- Diplomarbeit -

vorgelegt am:
28. Februar 2007

von:
Andrea Wernecke

■■■■■■■■■■
■■■■■■■■■■
■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■

Betreuende Prüferin:
Prof. Christiane Deneke
Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg

Zweite Prüferin:
Dipl.-Sozialwissenschaftlerin
Helen Kohlen
Universität Hannover

DANKSAGUNG

Zunächst möchte ich den InterviewpartnerInnen danken, die durch ihr Interesse an dem Thema und ihre Zeit zu einem großen Teil dieser Arbeit beigetragen haben.

Des Weiteren möchte ich mich bei Frau Prof. Christiane Deneke und Helen Kohlen für die intensive Betreuung der Arbeit und die wertvollen Anregungen bedanken.

Darüber hinaus möchte ich den FreundInnen und KommilitonInnen danken, die mich in dieser Zeit unterstützt haben.

Ein ganz besonderer Dank gilt meinen Eltern, die mir dieses Studium ermöglicht haben, und meinem Freund, der während der Zeit der Diplomarbeit sehr viel Verständnis aufbrachte.

ABSTRACT

Hintergrund: Menschen mit Migrationshintergrund stellen ein Fünftel der Bevölkerung in Deutschland und bilden eine äußerst heterogene Gruppe. Die anderen Lebensbedingungen, die MigrantInnen im Aufnahmeland vorfinden, nehmen Einfluss auf ihren Gesundheitszustand. Im deutschen Gesundheitssystem bestehen für MigrantInnen bei der Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Leistungen vielschichtige sprachliche, kulturelle und strukturelle Barrieren. Die vorliegende Arbeit untersucht deshalb, wie Angebote der Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund gestaltet sein sollten, damit diese tatsächlich von der Zielgruppe in Anspruch genommen werden.

Methode: Es erfolgte eine umfassende Dokumentenanalyse und die Durchführung von fünf Experteninterviews, die nach der Qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Die Ergebnisse der Interviews wurden dazu verwendet, die Aussagen der einschlägigen Literatur zu überprüfen und Wirkungszusammenhänge zu erkennen.

Ergebnisse: Die Analyse der strukturellen Barrieren zeigte, dass bei der Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund vor allem die politischen Rahmenbedingungen und die Haltungen der Akteure im Gesundheitssystem gegenüber MigrantInnen bedeutende Widerstände darstellen. Eine kultursensible Gesundheitsförderung kann durch den Prozess der interkulturellen Öffnung und die Umsetzung der Strategien des diversity management und diversity mainstreaming gefördert werden.

Diskussion: Obwohl die Kultursensibilität von gesundheitsförderlichen Angeboten einen maßgeblichen Einfluss auf ihre Effektivität ausübt, befindet sich die gesundheitswissenschaftliche Forschung hierzu noch im Anfangsstadium. Parallel zur Verbesserung der Rahmenbedingungen zur Gesundheitsförderung für MigrantInnen bedarf es der Entwicklung von Evaluierungsinstrumenten, die soziokulturelle Wirkungsmechanismen stärker berücksichtigen.

ABSTRACT

Background: In Germany almost 20% of the population have a migrational background. In the receiving country migrants face different living conditions and their circumstances vary widely, which have a great impact on their health. In the German health care system linguistic, cultural and structural barriers keep migrants from the utilisation of health promotion programs. Therefore the purpose of this thesis is to examine how to design appropriate health promotion programs for this target group.

Method: The author conducted an extensive literature research and interviewed five experts from different health promotion facilities. The interviews were analysed by qualitative content analysis. The findings were used to verify the information given by literature and to identify interactions.

Results: The analysis of the structural barriers revealed that the political conditions form an obstacle in promoting health for migrants. Furthermore the providers in the health care system have a prejudicial attitude towards migrants. Culturally sensitive health promotion programs can be furthered by the cross-cultural opening up of health promotion facilities and by realising the strategies of diversity management and diversity mainstreaming.

Discussion: There is consensus that health promotion programs will be more effective when they are culturally sensitive. Albeit, scientific health promotion research is at its beginnings to develop culturally sensitive instruments for the evaluation of programs. While enhancing the general conditions for health promotion of migrants, such instruments need to be designed.

INHALTSVERZEICHNIS

Danksagung	I
Abstract	II
Inhaltsverzeichnis	IV
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	V
1 Einleitung: Gesund bleiben „in der Fremde“	1
2 Methodische Vorgehensweise: Dokumentenanalyse und Experteninterviews ..	4
2.1 Dokumentenanalyse.....	4
2.2 Experteninterviews.....	5
2.2.1 Auswahl der ExpertInnen und Durchführung der Interviews	7
2.2.2 Auswertung der Interviews	8
2.3 Darstellung der Ergebnisse	9
3 Migration und Gesundheit	10
3.1 Was versteht man unter den Begriffen Migration und MigrantIn?	10
3.2 Geschichte der Zuwanderung und gesetzliche Rahmenbedingungen	12
3.3 Demographische Datenlage von MigrantInnen in Deutschland.....	14
3.4 Gesundheitszustand von MigrantInnen	16
3.5 Migration, soziale Benachteiligung und Gesundheit.....	17
4 Kultur und Interkulturelle Kommunikation	21
4.1 Kulturbegriff	21
4.2 Interkulturelle Kommunikation und Interkulturelle Kompetenz	24
4.3 Umgang mit Kulturbegriffen	26
5 Gesundheitsförderung für MigrantInnen.....	30
5.1 Definition und Ziel der Gesundheitsförderung	30
5.2 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung	31
5.3 Konzept der Salutogenese.....	32
5.4 Generalisierte Widerstandsressourcen.....	33
5.4.1 Personale Ressourcen	34
5.4.2 Soziokulturelle Ressourcen	35
5.4.3 Interpersonale Ressourcen	37

6	Angebote der Gesundheitsförderung für MigrantInnen	40
6.1	Angebotsthemen	40
6.2	Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Leistungen	41
6.3	Netzwerke und Projekte der Gesundheitsförderung für MigrantInnen	42
6.3.1	Netzwerke auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene.....	42
6.3.2	Projekte der Gesundheitsförderung für MigrantInnen.....	45
6.4	Forschungsstand der Gesundheitsförderungsangebote für MigrantInnen.....	53
6.5	Kultursensibilität gesundheitsförderlicher Angebote für MigrantInnen	54
6.6	Diskussion der Netzwerke und Projekte anhand der Ottawa-Charta	56
7	Ergebnisse: Widerstände bei der Gesundheitsförderung für MigrantInnen	61
7.1	Kulturelle und sprachliche Barrieren	61
7.2	Strukturelle Barrieren.....	63
7.2.1	Politische und sozioökonomische Rahmenbedingungen.....	65
7.2.2	Organisationbezogene Widerstände.....	67
7.2.3	Personenbezogene Widerstände	67
7.3	Zusammenfassung und Diskussion.....	74
8	Bedingungen zur Gestaltung von Angeboten	80
8.1	Interkulturelle Öffnung.....	80
8.1.1	Personal- und Teamentwicklung	80
8.1.2	Organisationsentwicklung	85
8.2	Diversity Management.....	87
8.3	Diversity Mainstreaming	90
8.4	Umsetzung des Diversity Management und Diversity Mainstreaming	92
9	Weiterer Forschungsbedarf und Ausblick	95
	Literaturverzeichnis	98
	Eidesstattliche Erklärung	108
10	Anhang	109

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Migrationserfahrung der Bevölkerung 2005	15
Tabelle 1:	Themenkomplexe und Leitfragen der Experteninterviews	6
Tabelle 2:	Strukturelle Barrieren bei der Gesundheitsförderung für MigrantInnen	64

1 EINLEITUNG: GESUND BLEIBEN „IN DER FREMDE“

„Kultursensibel[e Gesundheitsförderung]? Ich denke, irgendwann kommen wir dazu, dass es so was gibt.“ (Ex-I3, S.5)

Ziel der Arbeit

Wenn man sich für einen kurzen Zeitraum, wie etwa auf Reisen, in einem anderen Land aufhält, verlangen andere kulturelle Gegebenheiten die Umstellung von vertrauten Gewohnheiten und Verhaltensweisen. Wenn *MigrantInnen* ihr Heimatland für einen längerfristigen Zeitraum oder auf Dauer verlassen, so geht dies häufig mit einer grundlegenden Veränderung ihrer politischen, ökologischen, ökonomischen, gesellschaftlichen und sozialen Lebensbedingungen einher, die erhebliche Anforderungen an ihre physische und psychische Gesundheit stellen.

Bei der Gruppe der MigrantInnen handelt es sich in Deutschland längst nicht mehr um eine Minderheit: Jede/r fünfte, die/der in der Bundesrepublik lebt, hat einen Migrationshintergrund. Dabei unterscheiden sich MigrantInnen unter anderem durch ihre Motive für das Verlassen des Heimatlandes, ihre soziodemographischen Faktoren und ihre sozioökonomische Lage. MigrantInnen gehören in Deutschland häufig zu den sozial Benachteiligten, was oftmals zu einer gesundheitlichen Ungleichheit im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung führt. Hinsichtlich der gesundheitlichen Situation von MigrantInnen sind jedoch bislang keine repräsentativen Daten verfügbar, da sich die migrationsspezifische Gesundheitsberichterstattung noch im Anfangsstadium befindet.

Der Prozess der Migration *kann* im Aufnahmeland die Entstehung von Krankheit begünstigen, *muss* dies aber nicht zwangsläufig. Hierbei spielen vor allem die *Ressourcen* von MigrantInnen eine entscheidende Rolle. Sie dienen dazu, Gesundheitsrisiken abzuwehren oder zu bewältigen. In der vorliegenden Arbeit wird dargestellt, über welche Ressourcen MigrantInnen verfügen und erläutert, wie diese im Rahmen gesundheitsförderlicher Maßnahmen gezielt unterstützt werden können.

Als Problem erweist sich hierbei, dass MigrantInnen aufgrund von sprachlichen, kulturellen und strukturellen Barrieren im Gesundheitssystem gesundheitsförderliche Angebote seltener als die Allgemeinbevölkerung in Anspruch nehmen und eine Unterversorgung in diesem Bereich vorliegt. Deshalb wird in der vorliegenden Arbeit mittels einer ausführlichen *Dokumentenanalyse* und anhand von *Experteninterviews* untersucht, wie gesundheitsförderliche Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund gestaltet sein sollten, damit diese tatsächlich in Anspruch genommen werden. Als bedeutende Widerstände bei der Gesundheitsförderung für MigrantInnen wurden vor

allem strukturelle Barrieren untersucht, die sich als Hindernisse in den politischen Rahmenbedingungen und den Haltungen der Akteure im Gesundheitswesen gegenüber MigrantInnen zeigten.

Ziel der Arbeit ist es, *Bedingungen* zu formulieren, damit gesundheitsförderliche Angebote von MigrantInnen genutzt und sie hierüber befähigt werden, ihre Gesundheit eigenständig zu erhalten oder zu verbessern. Der Abbau von Barrieren kann durch den Prozess der *interkulturellen Öffnung* von Gesundheitseinrichtungen und die Umsetzung der Strategien des *diversity management* und *diversity mainstreaming* gefördert werden.

Die Verfasserin der vorliegenden Arbeit hat in mehrmonatigen Aufenthalten in der Volksrepublik China selbst die Erfahrung als Migrantin gemacht und wurde vor allem mit sprachlichen und kulturellen Herausforderungen konfrontiert, die einen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheit darstellten. Aus diesen persönlichen Erfahrungen resultierte das Interesse an der Gesundheitsförderung für MigrantInnen in Deutschland.

In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen des Leseflusses die Schreibweise *MigrantInnen* gewählt. Diese Form bezieht weibliche wie männliche Personen mit ein. Wenn sich Aussagen ausschließlich auf Frauen oder Männer beziehen, wird darauf hingewiesen. Der Ausdruck *Menschen mit Migrationshintergrund* wird synonym verwendet.

Aufbau der Arbeit

Im ersten Kapitel werden die Methoden der *Dokumentenanalyse* und der *Experteninterviews* beschrieben. Anhand der Aussagen der ExpertInnen wurden die Ergebnisse der einschlägigen Literatur überprüft und Wirkungszusammenhänge bei der Gesundheitsförderung für MigrantInnen untersucht.

Wie sich die Lebens- und Gesundheitssituation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland gestaltet, wird im zweiten Kapitel dargestellt. Darüber hinaus wird der Begriff *MigrantIn* definiert und die Geschichte der Zuwanderung in Deutschland geschildert. Außerdem werden Neuerungen im Zuwanderungsgesetz erläutert.

Auf den Begriff *Kultur*, der für die vorliegende Arbeit von großer Bedeutung ist, wird im dritten Kapitel ausführlich eingegangen. Dabei werden die Begriffe der *Interkulturellen Kommunikation* und der *Interkulturellen Kompetenz* kritisch betrachtet und auf die Notwendigkeit eines sensiblen Umgangs mit Kulturbegriffen hingewiesen.

Im vierten Kapitel werden die *Ressourcen* von MigrantInnen aufgezeigt, wobei Bezug auf das Konzept der *Salutogenese* genommen wird. Hierbei stehen die *generalisierten Widerstandsressourcen* im Mittelpunkt und es werden vor allem personale, interpersonale

und soziokulturelle Ressourcen sowie deren Bedeutung für die Gesunderhaltung von MigrantInnen erörtert.

Die Darstellung von gesundheitsförderlichen Netzwerken und Projekten für MigrantInnen erfolgt im fünften Kapitel. Die Projekte werden in unterschiedliche Angebotsarten unterteilt, auf ihre *Kultursensibilität* überprüft und neben der Darstellung des Forschungsstandes diskutiert.

Eine Analyse der sprachlichen, kulturellen und strukturellen Barrieren von MigrantInnen bei der Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Leistungen erfolgt im sechsten Kapitel. In Hinsicht auf die strukturellen Barrieren werden die politischen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen sowie die organisations- und personenbezogenen Widerstände untersucht.

Im siebten Kapitel werden die erforderlichen strukturellen Veränderungen in Gesundheitseinrichtungen und im deutschen Gesundheitssystem erläutert, die für eine kultursensible Gestaltung von gesundheitsförderlichen Angeboten für MigrantInnen notwendig sind. Dabei werden der Prozess der *interkulturellen Öffnung* von Gesundheitseinrichtungen und die Strategien des *diversity management* und *diversity mainstreaming* veranschaulicht und deren Umsetzung dargelegt.

Im abschließenden achten Kapitel werden weitere relevante Forschungsfelder aufgezeigt und ein Ausblick auf die Entwicklung der Gesundheitsförderung für MigrantInnen gegeben.

Der Anhang enthält die Auswertungskategorien der Experteninterviews mit den Originaltexten.

2 METHODISCHE VORGEHENSWEISE: DOKUMENTENANALYSE UND EXPERTENINTERVIEWS

In der vorliegenden Arbeit wurde das Forschungsfeld der Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund näher erkundet. Dies erfolgte zum einen durch eine *Dokumentenanalyse* sowie ergänzend durch die qualitative Untersuchungsmethode des *Experteninterviews*. Die beiden Methoden sollen im Folgenden dargelegt werden.

2.1 DOKUMENTENANALYSE

Der Dokumentenanalyse geht eine Recherche im sozialwissenschaftlichen Teil der Datenbanken *WISO III* und der medizinischen Datenbank *PubMed* voraus. Weitere Informationen wurden durch die Suche im überregionalen Bibliotheksverbund der sieben norddeutschen Bundesländer, der Zeitschriftendatenbank der deutschen Bibliotheksbestände und im Internet gesammelt. Die Recherche wurde nach bestimmten Schlagworten¹ durchgeführt. Es wurden relevante Aufsätze, Studien, Projekte, Tagungsdokumentationen und Artikel aus der einschlägigen Literatur berücksichtigt. Darüber hinaus hat die Verfasserin am bundesweiten Arbeitskreis *Migration und öffentliche Gesundheit* am 13. November 2006 in Bremen sowie am 12. Kongress *Armut und Gesundheit* am 1. und 2. Dezember 2006 in Berlin teilgenommen, um die aktuelle Diskussion über das Forschungsfeld zu verfolgen und für diese Arbeit relevante Daten aufzunehmen.

Die Ergebnisse der Dokumentenanalyse verschafften einen Überblick über die aktuelle Struktur der gesundheitsförderlichen Angebote für MigrantInnen (siehe Kapitel 6). In der einschlägigen Literatur gab es jedoch neben der Darstellung der aktuellen Situation nur wenig konkrete Hinweise darauf, wie gesundheitsförderliche Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund gestaltet sein *sollten*. Um diese *Bedingungen* herauszufinden, lautete die zentrale Forschungsfrage in der qualitativen Untersuchung:

Wie sollten gesundheitsförderliche Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund gestaltet sein, damit sie auch tatsächlich in Anspruch genommen werden?

¹ Die Suche erfolgte in deutscher und englischer Sprache, wobei folgende Schlagworte verwendet wurden: Migration, Gesundheitsförderung/health promotion, Migrant, Gesundheit/health, Prävention/prevention, interkulturell/intercultural, multikulturell/multicultural, Kultur/culture, ethisch/ethnic, kultursensibel/culturally sensitive. Bei der Recherche wurden zu den jeweiligen Adverbien auch die Substantive verwendet und die Begriffe ebenfalls kombiniert.

Die Inanspruchnahme von Angeboten ist der erste Schritt zur Wirksamkeit von gesundheitsförderlichen Maßnahmen und stellt deshalb eine notwendige Voraussetzung dar.

2.2 EXPERTENINTERVIEWS

Die Experteninterviews waren nicht auf die Ermittlung bestimmter Kennzahlen oder Fakten gerichtet, sondern zielten auf die Einschätzungen der ExpertInnen und die Erforschung von komplexen Zuständen, um der Forschungsfrage gerecht zu werden. Statt des gewählten Forschungsansatzes hätte die Möglichkeit einer stärker standardisierten Befragungsmethode oder der Durchführung eines offeneren „erzählgenerierenden Interviews“ bestanden (Friebertshäuser 1997, S.372). Der Vorteil des Experteninterviews gegenüber einer standardisierten Befragungsmethode liegt jedoch darin, dass die Antworten nur gering strukturiert werden (vgl. Meuser/Nagel 1997, S.482). Das Experteninterview ist im Gegensatz zu einer erzählgenerierenden Gesprächsführung stärker am Forschungsthema ausgerichtet, wodurch relevante Themenkomplexe mithilfe eines Interviewleitfadens eingegrenzt werden können (vgl. Friebertshäuser 1997, S.372-375). Die thematische Eingrenzung konnte in der vorliegenden Untersuchung vor allem durch die vorausgehende Dokumentenanalyse und das Führen von zwei Vorgesprächen² erfolgen. Diese Gespräche beinhalteten Informationen zur gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen und Auskünfte über gesundheitsförderliche Projekte für Menschen mit Migrationshintergrund, so dass die Verfasserin bereits über ein bestimmtes Vorwissen verfügte.

Um der Forschungsfrage nachzugehen, wurden von der Verfasserin Leitfragen entwickelt, die sich an der Zielsetzung der Arbeit orientierten. Es wurden folgende relevante Themenkomplexe ermittelt, aus denen sich die jeweiligen Leitfragen ergaben:

² Die Vorgespräche wurden beide im Juli 2006 geführt und dienten der Themenfindung. Die Namen der Personen und Einrichtungen, in denen die Vorgespräche stattgefunden haben, können im Rahmen dieser Arbeit nicht genannt werden, da es sich hierbei um die ExpertInnen handelte, die den Ausgangspunkt der durchgeführten Untersuchung darstellten (siehe Abschnitt 2.2.1).

Tabelle 1: Themenkomplexe und Leitfragen der Experteninterviews

Quelle: eigene Darstellung

Relevante Themenkomplexe	Leitfragen
Kulturbegriff der ExpertInnen	Was verstehen Sie unter dem Begriff <i>Kultur</i> ?
Einschätzung des Gesundheitszustandes von MigrantInnen	Wie schätzen Sie den Gesundheitszustand von MigrantInnen (in Hamburg/Berlin) ein?
Einschätzung der Gesundheitsförderung für MigrantInnen	Wie kann der gesundheitliche Zustand von MigrantInnen verbessert werden?
Einschätzung von gesundheitsförderlichen Angeboten für MigrantInnen	Wie müsste ein Angebot der Gesundheitsförderung gestaltet sein, damit es von MigrantInnen in Anspruch genommen wird?

Das Leitfadeninterview war insofern strukturiert, dass allen ExpertInnen diese Fragen gestellt wurden, um eine Vergleichbarkeit der Aussagen zu gewährleisten. Die Reihenfolge dagegen variierte und es konnten Fragen ergänzt werden, wenn die ExpertInnen eigene Themen ansprachen. Die Interviewführung wurde hierdurch offen und flexibel gestaltet, wobei die Leitfragen den Rahmen der Interviews festlegten (vgl. Friebertshäuser 1997, S.375f.; Meuser/Nagel 1997, S.487). Der Leitfaden ist zweimal von der Verfasserin der vorliegenden Arbeit als Probeinterview getestet worden. Das Ergebnis der Probeinterviews war, dass Fragestellungen vereinfacht und unklare Fragen überarbeitet wurden. Ferner wurden im Vorwege der Interviews Nachfragen formuliert, um die zum Teil komplexen Leitfragen für die InterviewpartnerInnen bei Bedarf zu untergliedern.

Zu Beginn der Interviews wurden darüber hinaus standardisierte persönliche Daten der ExpertInnen erfasst. Hierzu zählten Fragen zur Person wie Alter und Nationalität, zum beruflichen Werdegang und zur Dauer des derzeit ausgeübten Berufes. Durch die Erfassung der persönlichen Daten konnte neben der Beschreibung der Expertenauswahl auch der Expertenstatus, wie er im folgenden Abschnitt definiert wird, legitimiert werden.

Im Anschluss an die Gespräche wurden von der Verfasserin Interviewprotokolle geführt, die das Zustandekommen des Interviews, die Rahmenbedingungen, den Gesprächsverlauf und die Nachinterviewphase umfassten. Diese Angaben können hinsichtlich der Interpretation der Aussagen von Bedeutung sein, da sie zum Verständnis

einzelner Textpassagen beitragen und die allgemeine Interviewsituation abbilden (vgl. Friebertshäuser 1997, S.381).

2.2.1 AUSWAHL DER EXPERTINNEN UND DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS

Bei der Entscheidung für die ExpertInnen wurde eine nicht-zufällige Stichprobenauswahl angewandt. Wer als *ExpertIn* gilt, ist grundsätzlich vom jeweiligen Forschungsinteresse abhängig. ExpertInnen stellten in dieser Untersuchung Personen dar, die durch die Ausübung ihres Berufes über ein bestimmtes praxisbezogenes Erfahrungswissen in dem zu untersuchenden Bereich verfügten. Ihre Funktion innerhalb der jeweiligen Institution trat bei der Untersuchung in den Vordergrund, so dass die Antworten in Bezug auf ihre Berufsrolle interpretiert wurden. Die ExpertInnen wurden gezielt aufgrund ihres anzunehmenden „Wissensvorsprunges“ ausgewählt, wodurch ihre Antworten als qualifizierte Aussagen über das untersuchte Thema gewertet wurden (vgl. Meuser/Nagel 1997, S.481-485). Im Vorwege erfolgten zur Erkundung des Forschungsfeldes Vorgespräche mit zwei ExpertInnen, die auch den Ausgangspunkt der Untersuchung darstellten. Die Auswahl weiterer InterviewpartnerInnen erfolgte während der Erhebungsphase nach dem Prinzip eines „maximal kontrastierenden Vergleichs“ (Meuser/Nagel 1997, S.486f.). Der gewünschte Unterschied bezog sich dabei auf die Art der Gesundheitseinrichtungen, in denen die ExpertInnen tätig waren. Hierzu gehörten eine Gesundheitsbehörde, eine behördliche Beratungsstelle, ein Kinder- und Familienzentrum, eine Landesvereinigung für Gesundheit sowie ein öffentliches Krankenhaus.

Die erste Kontaktaufnahme zu den InterviewpartnerInnen erfolgte grundsätzlich schriftlich und beinhaltete prägnante Informationen über die geplante Untersuchung. Nach einer anschließenden telefonischen Anfrage wurde eine verbindliche Terminvereinbarung getroffen. Insgesamt wurden acht ExpertInnen angesprochen, wovon drei das Gespräch aus zeitlichen Gründen ablehnten. Allen InterviewpartnerInnen wurde vor dem Gespräch die Anonymität sowie die Vertraulichkeit und der Schutz der Daten versichert.

Insgesamt wurden fünf ExpertInnen befragt. Sie setzten sich aus drei deutschen Mitarbeiterinnen, einem deutschen Mitarbeiter sowie einer Mitarbeiterin mit Migrationshintergrund zusammen.³ Die ExpertInnen waren 34 bis 58 Jahre alt und seit mindestens zwei bis 14 Jahren in ihrem derzeitigen Beruf tätig. Die Interviews fanden in dem Zeitraum von Oktober bis Dezember 2006 statt. Vier wurden in Hamburg, eines in Berlin geführt. Das Gespräch in Berlin fand während eines Kongresses statt, die vier

³ Bei der Auswahl der InterviewpartnerInnen war auffällig, dass in den ausgewählten Einrichtungen nur wenige ExpertInnen einen Migrationshintergrund hatten.

anderen Interviews in den jeweiligen Einrichtungen der ExpertInnen. Die Gespräche dauerten einschließlich der Vor- und Nachinterviewphase zwischen 20 und 80 Minuten.

2.2.2 AUSWERTUNG DER INTERVIEWS

Alle geführten Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und die relevanten Textpassagen anschließend transkribiert (vgl. Meuser/Nagel 1997, S.488). Es erfolgte eine wörtliche Transkription, wobei der Inhalt im Vordergrund stand. Unvollständigkeiten, Wiederholungen und Füllwörter wurden ausgelassen und grammatikalische Fehler korrigiert. Inhaltliche Hervorhebungen wurden kursiv gekennzeichnet. Bei Pausen im Interview wurden Gedankenstriche in Klammern gesetzt. Die Anzahl der Gedankenstriche kennzeichnet dabei die Länge der Pause. Wenn der Grund für die Pause ersichtlich war, wurde dieser in der Klammer genannt, ebenso wie Auffälligkeiten im Gespräch (z.B. Störungen, Lachen oder unverständene Fragen). Nonverbale Aspekte wurden nur dann erfasst, wenn sie für das inhaltliche Verständnis bedeutend waren (siehe hierzu Mayring 2003, S.49). Es erfolgte ein mehrfaches Korrekturlesen der Transkripte durch die Verfasserin. Die Experteninterviews wurden zwecks Anonymisierung kodiert. Aus dem ersten Experteninterview, analog zu allen geführten Gesprächen, wurde somit „Ex-I1“.

Zur Auswertung der Experteninterviews wurde die *Qualitative Inhaltsanalyse*, angelehnt an Philipp Mayring, angewandt. Bei dieser Art der Inhaltsanalyse wird das Textmaterial zum Zweck einer Hypothesen- und Theoriebildung interpretiert, indem relevante Einzelaspekte herausgefiltert und Zusammenhänge konstruiert werden. Die Auswertungsmethode zielte darauf, das Erfahrungswissen der ExpertInnen über mehrere Stufen zu abstrahieren und ihre Antworten in den Stand einer allgemeinen Aussage zu heben. Die Analyse des Textes kann nach Philipp Mayring mittels dreier grundsätzlicher Methoden erfolgen. Hierzu zählen Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung (vgl. Mayring 2002 und 2003). Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden die Zusammenfassung und Strukturierung angewandt, auf eine Explikation zur weiterführenden Interpretation des Textmaterials wurde verzichtet.

Bei der Auswertung wurden die Originaltexte zunächst durch eine Paraphrasierung zusammengefasst, wodurch das Textmaterial reduziert wurde. Wenn möglich, wurden die Begrifflichkeiten der ExpertInnen verwendet. Es wurden thematisch zusammenhängende Einheiten und nicht vereinzelt Textpassagen untersucht, um die Validität der Aussagen zu überprüfen (vgl. Meuser/Nagel 1997, S.488). Anschließend wurden die paraphrasierten Texte durch eine inhaltliche Strukturierung nach bestimmten Themen und Aspekten systematisch Unterkategorien zugeordnet. Dabei konnte eine Textpassage mehreren Kategorien zugeordnet werden (vgl. Meuser/Nagel 1997, S.488). Im Folgenden wurden anhand der Unterkategorien thematisch zusammenfassende Hauptkategorien gebildet.

Diese Methode der Kategorienbildung entspricht einem induktiven Verfahren, da die Kategorien systematisch am Textmaterial entwickelt werden (vgl. Mayring 2002, S.114). Es erfolgten insgesamt drei Materialdurchgänge, um das Kategoriensystem zu überprüfen und den Kategorien bestimmte Textstellen, sogenannte „Fundstellen“, zuzuordnen (vgl. Mayring 2003, S.83). Zur übersichtlichen Darstellung der Ergebnisse wurde das Programm Microsoft Excel[®] verwendet.

Das Ergebnis der systematischen Materialanalyse sind insgesamt sieben Hauptkategorien:

- Kulturbegriff der ExpertInnen
- Bedeutung und Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung für MigrantInnen
- Ressourcen von MigrantInnen
- Widerstände bei der Gesundheitsförderung für MigrantInnen
- Haltungen der Akteure im Gesundheitswesen gegenüber MigrantInnen
- Bedingungen zur Gestaltung von Angeboten
- Integration von MigrantInnen

2.3 DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Die Aussagen der ExpertInnen stellen in der vorliegenden Arbeit eine Ergänzung der Dokumentenanalyse dar. Sie dienen dazu, die Ergebnisse aus der einschlägigen Literatur zu stützen oder ihnen zu widersprechen und darüber hinaus Wirkungszusammenhänge zu erkennen. Die Aussagen der ExpertInnen werden nicht in einem gesonderten Ergebnisteil zusammengestellt, sondern fließen jeweils als Einzel- und/oder Gesamtergebnisse in dem Kapitel mit ein, das einen inhaltlichen Bezug zu der entsprechenden Kategorie aufweist. Beispielsweise wird im Kapitel 4 nicht nur die theoretische Konzeption des Kulturbegriffs erläutert, sondern auch das Kulturverständnis der ExpertInnen dargelegt.

Folglich ist diese Arbeit nicht strikt in einen theoretischen und einen empirischen Teil untergliedert, da theoretische Teile stets durch die Aussagen der ExpertInnen ergänzt sind. Ferner werden die Antworten der ExpertInnen dazu genutzt, *Bedingungen* zur Gestaltung von gesundheitsförderlichen Angeboten für MigrantInnen zu formulieren. Diese Vorgehensweise erschien der Verfasserin angemessen, da in der einschlägigen Literatur keine ausreichenden Angaben zur Verbesserung der Inanspruchnahme gesundheitsförderlicher Leistungen von MigrantInnen zu finden sind.

3 MIGRATION UND GESUNDHEIT

3.1 WAS VERSTEHT MAN UNTER DEN BEGRIFFEN MIGRATION UND MIGRANTIN?

„Von Migration spricht man, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt über eine sozial bedeutsame Entfernung verlegt, von internationaler Migration, wenn dies über Staatsgrenzen hinweg geschieht.“ (Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration 2004, S.4)

Neben dem örtlichen Aspekt der Migration (lat. migrare = wandern) weist diese Definition darauf hin, dass auch soziale Faktoren eine bedeutende Rolle im Migrationsprozess spielen. Wenn Menschen ihr Herkunftsland für einen bestimmten Zeitraum oder auf Dauer verlassen, so geht dies nicht nur mit dem Verlust von persönlichen Kontakten einher, sondern ebenfalls mit politischen, ökologischen, ökonomischen, gesellschaftlichen und kulturellen Veränderungen der Lebensbedingungen.

Wenn man von *MigrantInnen* spricht, so ist diese Bezeichnung sehr ungenau, da es sich um eine äußerst heterogene Gruppe handelt. In der vorliegenden Arbeit wird dieser Begriff für alle Personen verwendet, die ihren derzeitigen Lebensmittelpunkt in ein anderes als ihr Herkunftsland verlegt haben, ungeachtet der Merkmale, durch die sich Mitglieder dieser Gruppe unterscheiden können. Hierzu zählen unter anderem:

- die Herkunft (z.B. aus Ländern der Dritten Welt oder anderen EU-Staaten)
- die Gründe für die Migration (z.B. Studium oder Arbeit, Flucht oder Verfolgung)
- der rechtlicher Status (z.B. legaler oder illegaler Aufenthalt in Deutschland)
- der politische Status (z.B. AussiedlerInnen, Flüchtlinge oder Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus)
- die Aufenthaltsdauer bzw. Bleibeeerwartung (z.B. Duldung, befristete oder unbefristete Aufenthaltsgenehmigung)
- der Bildungsgrad und die soziale Lage (z.B. hochqualifizierte ArbeitsmigrantInnen aus Industrieländern oder AsylbewerberInnen aus Krisenregionen) sowie
- soziodemographische Faktoren (z.B. Alter, Geschlecht, Nationalität oder Familienstand)

Im rechtlichen Sinne wird nicht von MigrantInnen, sondern nach Artikel 116 Abs. 1 des Grundgesetzes von Ausländern und Ausländerinnen gesprochen. Darunter fallen Personen, die nicht in Deutschland geboren und zugewandert sind, sowie Menschen, die in Deutschland oder einem anderen Land geboren sind und eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen (vgl. Razum 2003, S.266f.).

Wenn sich in der vorliegenden Arbeit auf amtliche Statistiken oder Gesetzesgrundlagen bezogen wird, so wird die rechtliche Bezeichnung *AusländerInnen* verwendet.

Der rechtliche und politische Status von MigrantInnen ist insofern bedeutend, dass durch ihn der Anspruch auf Sozial- und Gesundheitsleistungen definiert ist, ebenso wie der Anspruch auf Maßnahmen der Integrationsförderung (vgl. Bundesweiter Arbeitskreis 2005, S.2f.). Dies soll im Folgenden am Beispiel der rechtlichen Situation von MigrantInnen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus und der Gruppe der SpätaussiedlerInnen veranschaulicht werden:

Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus („Illegale“) leben unerlaubt und ohne behördliche Meldung in Deutschland. Da sie keinerlei Anspruch auf Sozialleistungen oder Erwerbstätigkeit haben, befinden sie sich häufig in einer überaus schwierigen sozialen Situation. Sie haben keinen Zugang zu Maßnahmen der medizinischen Versorgung, wie durch die Aussage einer Expertin deutlich wird:

„Ich kann ja nicht für die ganzen Migrantinnen sprechen [um ihren Zustand der medizinischen Versorgung zu beurteilen]. Ich selbst bin sozusagen der privilegierte Teil von den Migrantinnen. Ich bin eine Spätaussiedlerin, habe auch sofort die deutsche Staatsangehörigkeit bekommen und meine Kinder auch. Deswegen haben wir auch sofort Zugang an das Gesundheitswesen hier gehabt und hatten da keine Probleme. Das Klientel, was ich betreue, das ist ganz was anderes. Die sind illegal hier.“ (Ex-13, S.2)

AussiedlerInnen oder SpätaussiedlerInnen, wie ihr Aufenthaltstitel nach dem Kriegsfolgenbereinigungsgesetz aus dem Jahre 1993 genannt wird, erhalten die deutsche Staatsbürgerschaft, wenn sie bestimmte Rechtsgrundlagen erfüllen und aus den ehemaligen Gebieten der deutschen Grenzen von 1937 stammen. Die größte Gruppe der SpätaussiedlerInnen bilden die sogenannten „Russlanddeutschen“. Bei den AussiedlerInnen handelte es sich vor den Jahren 1992/93 um eine rechtlich privilegierte Migrationsgruppe, die umfangreiche Eingliederungshilfen erhielt. Eine restriktive Migrationspolitik der folgenden Jahre führte zu einer sinkenden Einwanderungszahl der SpätaussiedlerInnen. Die Integrationsleistungen für diese Gruppe wurden nach und nach verringert, so dass sie mittlerweile „den gleichen Rechtsanspruch auf Integrationsleistungen wie sonstige Zuwanderer nach dem Aufenthaltsgesetz“ haben (bpb 2007).

3.2 GESCHICHTE DER ZUWANDERUNG UND GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Die Geschichte der Zuwanderung teilt sich in verschiedene Phasen auf. Seit dem ersten Anwerbevertrag zwischen Deutschland und Italien im Jahre 1955, dem zahlreiche Verträge mit anderen Ländern wie Spanien oder der Türkei folgten, kamen überwiegend Menschen als sogenannte „Gastarbeiter“ nach Deutschland. Aufgrund des Mangels an Arbeitskräften wurden MigrantInnen vor allem in den Industriezweigen der Landwirtschaft und des Baugewerbes angeworben. Das Rotationsprinzip sah vor, dass die ArbeiterInnen ihre kulturelle Identität⁴ wahren und nach der erbrachten Leistung wieder zurück in ihr Heimatland kehren sollten (vgl. Reißlandt 2007; Wicker 2001, S.52). In den Jahren nach der Wirtschaftskrise und dem daraus resultierenden Anwerbestopp im Jahre 1973 wandelt sich die Struktur der MigrantInnen jedoch durch den Familiennachzug in eine ausländische Wohnbevölkerung (vgl. Hamburger 1999, S.33ff.). In der Zeit der Anwerbephase ist die Zahl der ausländischen Erwerbsbevölkerung von rund 80.000 Menschen im Jahr 1955 auf über 2,6 Millionen bis zum Jahre 1973 gestiegen (vgl. Bade/Oltmer 2004, S.73). In den folgenden zwei Jahrzehnten wurde versucht, die Migration über Gesetzgebungen zu steuern, die Widersprüche aufwiesen. In den frühen 80er Jahren dominierten Rückkehrforderungen, die Beschränkung des Familiennachzuges und die Verschärfung der Asylgesetze. Die 90er Jahre waren hingegen von der Diskussion um die Verfestigung von Aufenthaltsrechten und die Rechte der entstandenen zweiten Generation von MigrantInnen geprägt. In der politischen Diskussion erkannte die Bundesrepublik ihren Status als Einwanderungsland nicht an (vgl. Reißlandt 2007).

Die derzeitige Diskussion ist in Deutschland davon bestimmt, welche gesellschaftspolitischen Maßnahmen mit dem Verständnis als de facto Einwanderungsland einhergehen. Hierauf soll im Folgenden durch die Neuerungen im *Zuwanderungsgesetz*⁵, das am 1. Januar 2005 in Kraft getreten ist, eingegangen werden. In der Bundesrepublik Deutschland bedarf der Aufenthalt von Personen, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, einer Genehmigung. In dem neuen Aufenthaltsgesetz, welches das bis dahin geltende *Ausländergesetz*⁶ ablöste und in Artikel 1 des *Zuwanderungsgesetzes* geregelt ist, wurden die Aufenthaltstitel vereinfacht.

⁴ Die *kulturelle Identität* übt nach Andreas Cesana eine Orientierungsfunktion aus. Sie entsteht durch eine „kulturelle Einbettung der Wertesysteme und Glaubensformen“, die innerhalb einer Kulturgemeinschaft das Selbst eines Individuums oder einer Gruppe prägen (Cesana 1996, S.123). Der Begriff der kulturellen Identität basiert auf einem abgeschlossenen Verständnis von Kulturen, das im Abschnitt 4.3 näher erläutert wird

⁵ Der vollständige Titel des *Zuwanderungsgesetzes* lautet: „Gesetz zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern“.

⁶ Der vollständige Titel des *Ausländergesetzes* (AuslG) lautete: „Gesetz über die Einreise und den Aufenthalt von Ausländern im Bundesgebiet“. Es wurde 1965 verabschiedet und im Jahre 1990 reformiert.

Man unterscheidet zwischen einer befristeten Aufenthaltserlaubnis und einer unbefristeten Niederlassungserlaubnis, die auch die Genehmigung zur Erwerbstätigkeit einschließt.

Die politische und gesellschaftliche Partizipation von AusländerInnen wurde bereits durch die Reform des Staatsangehörigkeitsgesetzes vom 1. Januar 2000 gestärkt. Kinder, die in Deutschland geboren werden, erhalten nach dem Geburtsortrecht (*ius soli*) die deutsche Staatsangehörigkeit, wenn sich mindestens ein Elternteil bereits seit acht Jahren rechtmäßig in Deutschland aufhält und einen gültigen Aufenthaltstatus besitzt (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2005, S.338f.).

Das Erlernen der Sprache ist zum Erwerb von Bildung und einer Arbeitsstelle unabdingbar und stellt einen bedeutenden Aspekt der Integrationsförderung von MigrantInnen dar. Im neuen Aufenthaltsgesetz ist zwar geregelt, dass Neuzuwanderer zur Teilnahme an Sprach- und Integrationskursen verpflichtet sind. Bestimmte Gruppen wie beispielsweise Kinder, die eine schulische Ausbildung beginnen, sind hiervon jedoch ausgenommen (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2005, S.213.). Der Inhalt der verpflichtenden Orientierungs- bzw. Integrationskurse ist darüber hinaus in Hinsicht auf die Relevanz der zu vermittelnden Themen fraglich.

Die Situation der Flüchtlinge hat sich durch das neue Zuwanderungsgesetz aus humanitärer Sicht verbessert, da weitere Schutzgründe wie die nichtsstaatliche oder geschlechtsspezifische Verfolgung nach der Genfer Flüchtlingskonvention anerkannt wurden (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2005, S.486 und 489).

Das rechtliche Prinzip der Duldung von zugewanderten Menschen bleibt weiterhin bestehen. Die Konferenz der Innenminister hat sich nachträglich im November 2006 darauf verständigt, dass nach sechs- bzw. achtjährigem Aufenthalt zu einem bestimmten Stichtag, die Erteilung einer befristeten Aufenthaltserlaubnis möglich ist. Ferner müssen die Antragsteller in einem dauerhaften Beschäftigungsverhältnis stehen (vgl. Bundesregierung 2006). Denjenigen, die nicht unter diese Statusregelung fallen, bleibt nach wie vor der Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen verschlossen (vgl. Prantl 2004).

Es kann festgehalten werden, dass mit der Verabschiedung des Zuwanderungsgesetzes versäumt wurde, ein umfassendes Integrationskonzept für MigrantInnen zu entwickeln, das neben der sprachlichen auch ihre berufliche und soziale Eingliederung gewährleistet. Die deutsche Migrationspolitik kann als „pragmatisch“ bezeichnet werden, da sie in erster Linie ökonomisch motiviert ist (vgl. David 2003, S.278). Dies wird vor allem daran deutlich, dass der generelle Anwerbestopp aus dem Jahr 1973 bestehen bleibt, wobei allerdings

die Zuwanderung von hochqualifizierten Arbeitskräften durch eine Niederlassungserlaubnis und den sofortigen Familiennachzug erleichtert wird (vgl. bpb 2004).

3.3 DEMOGRAPHISCHE DATENLAGE VON MIGRANTINNEN IN DEUTSCHLAND

Wie viele Menschen mit Migrationshintergrund tatsächlich in der Bundesrepublik leben, weiß man erst seit kurzem. Die bisherigen Angaben bezogen sich ausschließlich auf Menschen, die eine ausländische Staatsangehörigkeit hatten. Diese Angaben stammten aus zwei unterschiedlichen Quellen, die zudem abweichende Daten auswiesen. Die ermittelte Zahl der ausländischen Bevölkerung ist nach dem Ausländerzentralregister, das vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge geführt wird, niedriger als die Zahl aus der Bevölkerungsfortschreibung, da im Ausländerzentralregister nur die dauerhaft in Deutschland lebenden AusländerInnen statistisch erfasst werden (vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2005, S.4).

Nach dem neuen Mikrozensusgesetz⁷, das am 1. Januar 2005 in Kraft getreten ist, wurden erstmalig bundesweit migrationsbezogene Daten erhoben, die eine gesicherte Aussage über die Zahl der MigrantInnen und deren Zusammensetzung ermöglichen. In dieser Erhebung wurde zwischen der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund unterschieden, ferner nach Personen mit eigener Migrationserfahrung. Menschen, die in Deutschland geboren sind und mindestens einen ausländischen Elternteil haben, zählen beispielsweise zu der Bevölkerung ohne eigene Migrationserfahrung, aber mit Migrationshintergrund (vgl. Statistisches Bundesamt 2006a, S.73f.). Nach den Ergebnissen des Mikrozensus wurde die Zahl der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund bislang deutlich unterschätzt. Dies lag unter anderem darin begründet, dass die ursprüngliche Nationalität von Menschen, die etwa durch Einbürgerung oder als Spätaussiedler die deutsche Staatsangehörigkeit erhielten, nicht in amtlichen Statistiken ausgewiesen wurde. Die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund war im Jahr 2005 fast doppelt so hoch wie die Zahl der AusländerInnen, deren Anteil rund 9% an der Gesamtbevölkerung ausmachte (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2006). Die insgesamt 15,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund stellten knapp ein Fünftel der gesamten Bevölkerung der Bundesrepublik (vgl. Statistisches Bundesamt 2006a, S.74). In der folgenden Graphik ist die Untergliederung der Bevölkerung nach ihrer Migrationserfahrung erkennbar:

⁷ Der Mikrozensus ist eine statistische Erhebung, bei der jährlich in der Bundesrepublik repräsentative Daten über die Haushalte und das Erwerbsleben ermittelt werden. Dabei werden 1% der Bevölkerung zufällig als Stichprobe ausgewählt (vgl. Statistisches Bundesamt 2006f, S.30).

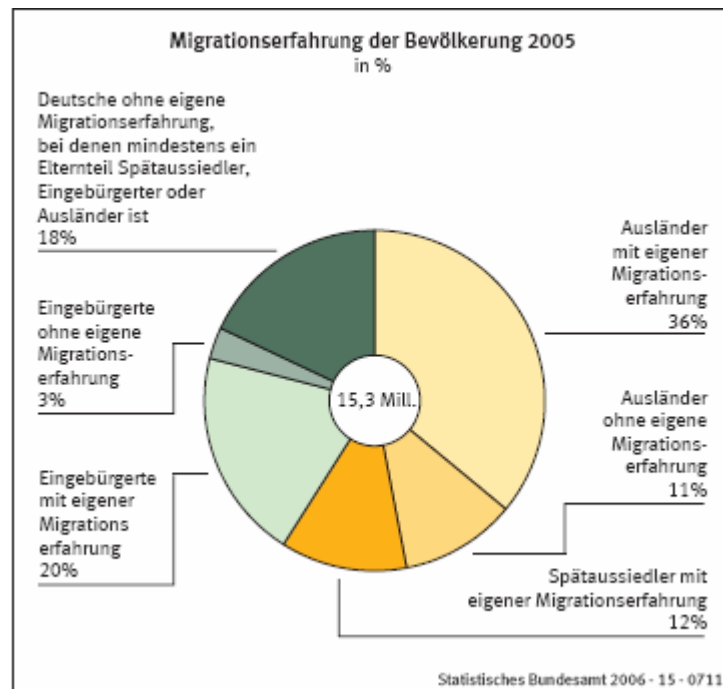


Abbildung 1: Migrationserfahrung der Bevölkerung 2005

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006a, S.75

Knapp 80% der in Deutschland lebenden Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit stammten im Jahr 2005 aus anderen europäischen Ländern. Dies entsprach ungefähr 5,4 Millionen Menschen. Die italienische, polnische und griechische Bevölkerung besaßen dabei den größten Anteil an der ausländischen EU-Bevölkerung. Knapp ein Drittel der in Deutschland lebenden europäischen AusländerInnen waren türkische Staatsangehörige. Rund 12% der AusländerInnen stammte aus dem asiatischen Raum, 4% aus afrikanischen Ländern und 3% aus den Vereinigten Staaten von Amerika. Weitere Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit kamen aus Australien oder waren Staatenlose (vgl. Statistisches Bundesamt 2006b).

Die ausländische Bevölkerung unterscheidet sich in ihrer Struktur von der deutschen durch zwei Aspekte: Zum einen ist der Anteil der ausländischen Männer mit knapp 52% höher als der Anteil der in Deutschland lebenden Ausländerinnen. In der deutschen Bevölkerung beträgt der Anteil der Männer indessen rund 49% (vgl. Statistisches Bundesamt 2006e). Zum anderen ist die ausländische Bevölkerung insgesamt deutlich jünger als die deutsche. Es befinden sich weit über ein Drittel der AusländerInnen in der Gruppe der 21 bis 40jährigen (vgl. Statistisches Bundesamt 2006d). Die größte Altersgruppe der deutschen Bevölkerung stellen hingegen die 35 bis 60jährigen (vgl. Statistisches Bundesamt 2006f, S.16). Mitte der 70er Jahre war die Geburtenrate von Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit noch fast doppelt so hoch wie die der deutschen Bevölkerung. Inzwischen hat sich die Geburtenziffer von ausländischen Frauen

allerdings angeglichen. Da sich der größte Teil der AusländerInnen in dem Alter zwischen 21 bis 40 Jahren befindet und die Geburtenrate der ausländischen Bevölkerung die Sterbefälle übersteigt, ist die Zahl der ausländischen Wohnbevölkerung leicht steigend (vgl. Wahl 2003, S.7). Dass die ausländische Bevölkerung deutlich jünger als die deutsche ist, wird auch durch den Anteil der 65jährigen und Älteren deutlich: In der ausländischen Bevölkerung beträgt dieser 7% (vgl. Statistisches Bundesamt 2006d). Im Vergleich hierzu beträgt der Anteil der Deutschen, die 65 Jahre und älter sind, 19% an der Gesamtbevölkerung (vgl. Statistisches Bundesamt 2006f, S.5). Dennoch kommt der medizinischen und pflegerischen Versorgung älterer MigrantInnen eine besondere Bedeutung zu. In Bezug auf die Aufenthaltsdauer ist festzustellen, dass 62% der AusländerInnen bereits 10 Jahren und länger in Deutschland leben (vgl. Statistisches Bundesamt 2006c). Da die Zahl der ausländischen Bevölkerung steigt, ist deshalb zu erwarten, dass die Gruppe der älteren MigrantInnen stetig wachsen wird. Zudem sind ältere MigrantInnen stärker als die gleiche Altersgruppe der deutschen Bevölkerung von Erkrankungen betroffen (vgl. Collatz 1998b, S.8; Bundesweiter Arbeitskreis 2005, S.5f.). Dies wird unter anderem auf die belastenden Arbeitsbedingungen von MigrantInnen und deren soziale Situation zurückgeführt (siehe hierzu Abschnitt 3.5). Aus diesen Gründen ist anzunehmen, dass der Bedarf an medizinischer Versorgung und kultursensibler⁸ Pflege von älteren MigrantInnen ansteigen wird (vgl. Collatz 1998b, S.8).

3.4 GESUNDHEITZUSTAND VON MIGRANTINNEN

In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes wurden MigrantInnen bislang kollektiv als Menschen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit erfasst. Eine Unterscheidung nach der Nationalität oder dem Migrationsstatus wurde bisher nicht vorgenommen (vgl. RKI 2005, S.127). Differenzierte Daten über die gesundheitliche Lage und Versorgung von MigrantInnen sind derzeit nur auf kommunaler und regionaler Ebene verfügbar, welche jedoch nur bedingt repräsentativ sind.

Die Erhebung des Mikrozensus 2005 umfasste neben Fragen nach dem Migrationsstatus auch gesundheitsrelevante Fragen nach dem Rauchverhalten und dem Body-Mass-Index der Bevölkerung, der einen Rückschluss auf Übergewicht und Adipositas zulässt. Hierbei wurden geschlechtsspezifische Unterschiede im Risikoverhalten deutlich. Ausländische Männer rauchten früher und häufiger als deutsche Männer. Ihre Rauchgewohnheiten waren am stärksten in der Altersgruppe der 30 bis 35jährigen ausgeprägt (46,6%). Die meisten deutschen Männer (41,1%) rauchten in dem Alter von 40 bis 45 Jahren (vgl. Statistisches Bundesamt 2005a). In Hinsicht auf das

⁸ Der Begriff *Kultursensibilität* wird im Abschnitt 6.5 erläutert.

Körpergewicht waren deutsche Frauen in der Altersgruppe der 70 bis 75jährigen zwar häufiger übergewichtig als ausländische Frauen (42,3% zu 37,5%), Ausländerinnen waren in dieser Altersgruppe jedoch vermehrt adipös (34,4% zu 21,5%) (vgl. Statistisches Bundesamt 2005b).

Zusammenfassend ist die Datenlage zur Beschreibung des Gesundheitszustandes von MigrantInnen, abgesehen von vereinzelt Ergebnissen zu ihrem gesundheitlichen Risikoverhalten, als nicht ausreichend anzusehen (vgl. Bundesweiter Arbeitskreis 2005, S.8; Borde 2006, S.115; Schenk/Neuhauser 2005, S.724; Keller 2004, S.51f.; Razum/Rohrmann 2002, S.85-87). Darüber hinaus wird die derzeitige medizinische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland als defizitär eingeschätzt (vgl. Pourgholam-Ernst 2005, S.181; Korporal/Dangel-Vogelsang 2005, S.334; David 2003, S.276; Collatz 1998a, S.52; Salman 2001, S.88-91).

Von der Problematik einer mangelnden migrationspezifischen Datenlage zur Einschätzung der Gesundheitssituation von MigrantInnen, weiß auch eine Expertin wie folgt zu berichten:

„Das ist ganz schwer zu sagen. Es ist zwar häufig die Rede von den *Migranten*, aber es ist doch eine *sehr, sehr* heterogene Gruppe. [...] Problematisch ist eben auch, dass die Gesundheitsberichterstattung wenig valide Daten zur gesundheitlichen Lage hat. Die meisten Statistiken differenzieren, wenn überhaupt, nur zwischen deutsch und nicht-deutsch. Das ist nicht sehr aussagekräftig.“ (Ex-I1, S.4)

3.5 MIGRATION, SOZIALE BENACHTEILIGUNG UND GESUNDHEIT

MigrantInnen gehören in Deutschland häufig zu den sozial Benachteiligten (vgl. RKI 2005, S.193 und 195). Die soziale Benachteiligung ist Folge einer sozialen Ungleichheit, worunter alle Unterschiede in Bezug auf die Bildung, den beruflichen Status und das Einkommen einer Person verstanden werden (vgl. Mielck 2005, S.8). Die soziale Benachteiligung von MigrantInnen prägt sich vor allem in einem niedrigeren sozialen Status und/oder einer schlechteren ökonomischen Lage im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung aus (vgl. Bundesregierung 2005a, S.292; Mielck 2003, S.10f.). Menschen mit Migrationshintergrund sind von einem höheren Armutsrisiko als die deutsche Bevölkerung betroffen und beziehen deutlich häufiger Sozialhilfe. Die Sozialhilfequote der ausländischen Bevölkerung lag im Jahr 2003 mit 8,4% nahezu dreimal so hoch wie die der deutschen Bevölkerung (vgl. Bundesregierung 2005a, S.170; Bundesregierung 2005b, S.161). Das höhere Armutsrisiko von MigrantInnen resultiert in erster Linie aus schlechteren Bildungschancen, dem daraus folgenden geringen Erwerbseinkommen und der doppelt so häufigen Betroffenheit von Arbeitslosigkeit (vgl.

Borde 2006, S.117; Bundesregierung 2005a, S.170). Im Bereich der Bildung hat die PISA-Studie (Programme for International Student Assessment) aus dem Jahr 2000 eindeutig gezeigt, wie eng in Deutschland der soziale Status der Familie mit dem Bildungserfolg des Kindes verbunden ist (vgl. Smolka 2002, S.7).

Die soziale Ungleichheit von MigrantInnen kann in Kombination mit gesundheitlichen Belastungen zu einer gesundheitlichen Ungleichheit führen (vgl. Mielck 2005, S.7). Die gesundheitlichen Belastungen können unter anderem aus gesundheitsschädlichen Arbeitsbedingungen (z.B. Schichtarbeit oder Umgang mit Schadstoffen) oder/und Wohnbedingungen (z.B. Lärm- und Luftverschmutzung) resultieren (vgl. Mielck 2005, S.53 und 55ff.). Den Zusammenhang zwischen der sozialen Benachteiligung und dem Gesundheitszustand stellt eine Expertin folgendermaßen dar:

„Da gibt es ja verlässliche Studien zu, dass der Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Benachteiligung groß ist. Da MigrantInnen *oft* zu der Gruppe der sozial Benachteiligten zählen, ist natürlich der Gesundheitszustand von MigrantInnen schlechter als der von der einheimischen Bevölkerung. Auch Chancen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung sind schlechter für Menschen mit Migrationshintergrund; gerade eben dann, wenn sie sozial benachteiligt sind.“ (Ex-14, S.1)

An dieser Stelle soll betont werden, dass MigrantInnen im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung zwar häufiger von sozialer Benachteiligung betroffen sind, gewiss jedoch nicht *alle* in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund sozial benachteiligt sind. Die Gruppe der sozial Benachteiligten wird in diesem Zusammenhang hervorgehoben, weil sie im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung von einer hohen Morbidität und Mortalität betroffen ist (vgl. Mielck 2005, S.93) und deshalb eine wichtige Zielgruppe in der Gesundheitsförderung darstellt. Die Auswirkungen der sozialen Benachteiligung auf den Gesundheitszustand betrifft Deutsche wie MigrantInnen gleichermaßen, wie eine Expertin beschreibt:

„Es gibt viele Bereiche, finde ich, wo wir zwar über Migranten reden. Es sind nicht Migranten, sondern es sind Menschen in schlechten Lebensumständen. Das sind Zugewanderte und das sind Deutsche. Der Hintergrund ist nicht das entscheidende Kriterium, sondern in welchen Lebensumständen sie hier leben. [...] Der gemeinsame Nenner ist immer die soziale Lage und Armut.“ (Ex-11, S.11f.)

Empirische Untersuchungen⁹ haben gezeigt, dass bestimmte Krankheiten in der Schicht der sozial Benachteiligten gehäuft auftreten, die auch mit den untersuchten Gesundheitsrisiken im Mikrozensus 2005 wie dem Rauchverhalten und Übergewicht in

⁹ Hier sind vor allem die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie 1979-1995 und das Bundes-Gesundheitssurvey 1997/1998 zu nennen.

Verbindung stehen. Vor allem handelt es sich hierbei um Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Diabetes mellitus, Zahnkrankheiten, Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie Multimorbidität (vgl. Mielck 2005, S.23-46).

Wissenschaftliche Erkenntnisse geben des Weiteren Hinweis darauf, dass bestimmte psychische Erkrankungen, vor allem Depressionen und psychosomatische Beschwerden, bei Menschen mit Migrationshintergrund verstärkt auftreten (vgl. Keller 2004, S.53; Kirkcaldy et al. 2006). In der einschlägigen Literatur werden unterschiedliche Theorien diskutiert, inwiefern die Entstehung von Krankheit durch den Prozess der Migration begünstigt wird. Hierbei hat sich die Stresstheorie nach Lazarus und Cohen in der Wissenschaft etabliert (vgl. Weiss 2003, S.157). Diese Theorie geht davon aus, dass

„[...] während des gesamten Lebens innere und äussere [sic] Belastungen sowie persönliche Widerstandsressourcen von zentraler Bedeutung für die Gesundheit [sind].“ (Weiss 2003, S.157)

Für MigrantInnen kann der Prozess der Migration durch Verlusterfahrungen und traumatische Erlebnisse geprägt sein. Im Aufnahmeland finden sie zudem veränderte Lebensbedingungen vor, die ebenfalls persönliche, soziale oder ökonomische Stressoren darstellen können. Wenn der hieraus resultierende Stress nicht durch *Widerstandsressourcen* bewältigt werden kann, so führen diese Belastungen vermehrt zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes (vgl. Weiss 2003; S.157; Mielck 2005, S.50; Salman 2001, S.89). Unter dem Begriff der *Widerstandsressourcen* versteht man nach Aaron Antonovskys Konzept der *Salutogenese* die verfügbaren Mittel eines Menschen, die er zum Erhalt oder zur Verbesserung seines Gesundheitszustandes nutzen kann (vgl. Franzkowiak 2003, S.198f.). Hierauf wird im Abschnitt 5.3 vertieft eingegangen.

Trotz der genannten Belastungsfaktoren im Migrationsprozess ist unbedingt darauf hinzuweisen, dass Migration nicht zwangsläufig die Ursache für eine Krankheit sein *muss*, sondern deren Entstehung begünstigen *kann* (vgl. Collatz 1998a, S.47; Eberding/Schlippe 2005, S.267; RKI 2005, S.134; Schenk et al. 2006; Bundesregierung 2005a, S.170; Weiss 2003, S.283). Dies hängt nach Toni Faltermaier hauptsächlich davon ab, wie das Ereignis der Migration von den Betroffenen subjektiv eingeschätzt wird und über welche Ressourcen und Bewältigungsstrategien sie verfügen (vgl. Faltermaier 2005, S.104). Hierauf wird im Kapitel 5 näher eingegangen. Die Entstehung von Krankheit wird vor allem dann begünstigt, wenn MigrantInnen ihr Heimatland nicht freiwillig verlassen, sondern dies aus politisch und ökonomisch motivierten Gründen geschieht (vgl. Pourgholam-Ernst 2005, S.178f.). Weiterhin wirkt es sich negativ auf den Gesundheitszustand von MigrantInnen aus, wenn sie sich im Aufnahmeland ausgegrenzt und diskriminiert fühlen und sozial benachteiligt werden (vgl. Kutschke 2001, S.96.; Erim/Senf 2002, S.338).

Auch wenn Migration in diesem Zusammenhang ein kritisches Lebensereignis darstellen kann, so sollte dabei nicht außer Acht gelassen werden, dass hierdurch auch eine Verbesserung der bisherigen Lebenssituation und des Gesundheitszustandes möglich ist (vgl. Faltermaier 2005, S.103; Erim/Senf 2002, S.338; Pourgholam 2005, S.176).

4 KULTUR UND INTERKULTURELLE KOMMUNIKATION

Im Zusammenhang mit der Definition des Begriffs MigrantIn wurde erwähnt, dass Menschen im Prozess der Migration eine Veränderung ihrer *kulturellen* Lebensbedingungen erfahren. Um diese Aussage zu erläutern, soll in diesem Kapitel zunächst dargestellt werden, was unter dem Begriff *Kultur* zu verstehen ist. Hierbei fließen die Antworten der ExpertInnen mit ein, die zu ihrer Definition befragt wurden. Der Begriff Kultur ist für die vorliegende Arbeit von großer Bedeutung, da jeder Mensch einen bestimmten *kulturellen Hintergrund* hat, der seinem Verhalten und Handeln bewusst oder unbewusst zugrunde liegt (vgl. Nick 2002, S.115; Uzarewicz 1998, S.160). Für MigrantInnen und die Aufnahmegesellschaft stellt dies eine besondere Herausforderung in der Interaktion dar, worauf im Abschnitt der *Interkulturellen Kommunikation* eingegangen wird. Abschließend wird auf die Notwendigkeit eines sensiblen Umgangs mit Kulturbegriffen hingewiesen.

4.1 KULTURBEGRIFF

Die Bedeutung des Begriffs Kultur hat sich in historischer Perspektive gewandelt: In der Antike wurde er als Gegensatz zur Natur verwendet und beschrieb das vom Menschen Geschaffene (vgl. Dornheim 2001, S.30). In den Naturwissenschaften ist dieser Begriff seit Ende des 17. Jahrhunderts etabliert und wurde hier zur Abgrenzung des Menschen vom Tier gebraucht. Der Kulturbegriff, der auch heute in den Geisteswissenschaften verwendet wird, wurde im späten 18. Jahrhundert maßgeblich von Johann Gottfried von Herder geprägt (vgl. Nick 2002, S.120). Er begründete das Kugelparadigma, in dem er Kulturen als autonome territoriale und sprachliche Inseln definierte, wodurch sie mess- und zählbar gemacht wurden (vgl. Dornheim 2001, S.29). Diese Auffassung teilte im Jahre 1871 ebenso Edward B. Tylor, der Kulturen in Abgrenzung zueinander sah und sie anhand von bestimmten Merkmalen wie Sitten, Gesetzen oder dem Glauben als komplexe, *abgeschlossene* Einheiten bestimmte (vgl. Dornheim 2001, S.29; Uzarewicz 1998, S.157). Ein ähnlich abgrenzender und normativer Kulturbegriff wurde im Deutschland des 18. und 19. Jahrhunderts verwendet. Hier bestimmte vorwiegend das Bildungsbürgertum, was als Kultur gelten *sollte* wie z.B. kulturelle Werke des Theaters, der Musik und Literatur oder der Kunst (vgl. Maletzke 1996, S.15).

Der Kulturbegriff ist heute in den Geisteswissenschaften und im alltäglichen Sprachgebrauch nicht eindeutig definiert (vgl. Nick 2002, S.120; Dornheim 2001, S.33).

Es herrscht eine Vielzahl von Sichtweisen und Erklärungsansätzen vor, die sich bei näherer Betrachtung unter dem Einfluss des Zeitgeistes wandeln (vgl. Wolber 2001, S.99):

„Ich sehe nur, dass ein und dieselbe Person vom Fach Kultur heute so und morgen so definiert oder was Kultur für sie bedeutet. [...] Da gibt es genug großkopferte Leute, die das aus philosophischer oder kulturwissenschaftlicher oder sonstiger Perspektive angeguckt haben und beschrieben haben und versucht haben, zu definieren. Ich denke, mit das Wichtigste für uns ist, dass Kultur nie eine Ist-Beschreibung ist. Sondern dass Kultur etwas ist, was sich kontinuierlich in einem Prozess befindet. Deswegen denke ich, dass man morgen tatsächlich Kultur anders definieren kann als heute oder Kultur anders sieht als heute.“ (Ex-I2, S.1)

Entsprechend des ständigen Wandels des Kulturbegriffs, wendet sich diese Arbeit von einem statischen und normativen Verständnis von Kultur ab, das sich ausschließlich auf einzelne Merkmale wie die Bildung, die geographische Herkunft oder die Sprache bezieht. Gemäß Jutta Dornheims wird in der vorliegenden Arbeit ein weiter Kulturbegriff verwendet, der auf den Konstrukten der *Sinnwelt* und *Lebenspraxis* basiert (vgl. Dornheim 2001, S.35). Die *Sinnwelt* stellt das Orientierungssystem eines Menschen dar, das sich aus verschiedenen Komponenten wie Symbolen und Traditionen, Normen und Werten sowie der Sprache zusammensetzt. Dieses System dient dem Verstehen der Lebensumstände und schafft einen gemeinsamen Bedeutungsrahmen, der der *Lebenspraxis* zugrunde liegt. Die Lebenspraxis vollzieht sich durch die alltäglichen Verhaltensweisen der Menschen und deren vielfältigen materiellen und immateriellen Erzeugnisse. Deutungen der Lebensumstände und Verhaltensweisen sind dabei innerhalb einer Gesellschaft im Laufe der Zeit veränderbar und werden an nachfolgende Generationen überliefert (vgl. Dornheim 2001, S.35; Amt für Multikulturelle Angelegenheiten 1998, S.21f.). Die beiden Konstrukte der Sinnwelt und Lebenspraxis können im Alltag nicht voneinander getrennt werden, da sie in enger Wechselwirkung zueinander stehen (vgl. Dornheim 2001, S.35). Sie bilden den *kulturellen Hintergrund* eines Individuums oder einer Gruppe, wie Gerhard Maletzke treffend zusammenfasst:

„Kultur ist die Art und Weise, wie die Menschen leben und was sie aus sich selbst und ihrer Welt machen.“ (Maletzke 1996, S.16)

Der weite und offene Kulturbegriff nach Jutta Dornheim wurde auch von den befragten ExpertInnen geteilt. Sie nannten verschiedene Komponenten, aus denen sich der kulturelle Hintergrund zusammensetzt. Hierzu gehörten nach den ExpertInnen unterschiedliche Traditionen, Normen und Werte, die Geschichte, Religion und Sprache sowie allgemeine Lebenserfahrungen und politische Rahmenbedingungen der Menschen.

Ferner hoben sie die ständige Entwicklung und die Komplexität des Kulturbegriffs hervor.¹⁰

Dass Kultur ein komplexes System darstellt, wird daran deutlich, dass innerhalb einer Gesellschaft verschiedene Gruppen existieren können, deren kultureller Hintergrund unterschiedlich geprägt sein kann (vgl. Maletzke 1996, S.16; Nick 2002, S.22; Leenen/Groß/Grosch 2002, S.85). Das Vorhandensein von solchen Subkulturen zeigt, wie heterogen und teilweise widersprüchlich kulturelle Wirklichkeiten gestaltet sein können (siehe hierzu auch Nick 2002, S.118; Uzarewicz 1998, S.157), wie eine Expertin beschreibt:

„Es gibt ja auch nicht *die* türkisch Kultur. Es gibt da unterschiedliche Gruppen, die eine bestimmte kulturelle Richtung leben. Das ist ja in Deutschland genauso. Ich komme vom Land und das ist noch mal etwas anderes als Menschen, die in einer Stadt aufgewachsen sind.“ (Ex-I5, S.5)

Wenn man hiernach versuchen würde, z.B. *die* deutsche oder *die* türkische Kultur zu beschreiben, so würde dies nur aufgrund von Stereotypen möglich sein, da Kulturen keine *eindeutigen* Charakteristika besitzen (vgl. Nick 2002, S.119; Uzarewicz 1998, S.157).

Ein zeitgemäßer Kulturbegriff, wie ihn auch die moderne Kulturanthropologie verwendet, muss somit die soziale Realität eines Individuums berücksichtigen, die seine Lebenswelt prägt. Die soziale Realität ist durch zahlreiche Verflechtungen gekennzeichnet, die nicht alle empirisch erfahrbar sind (vgl. Dornheim 2001, S.43). Zu diesen Verflechtungen zählen im Zeitalter der Globalisierung vor allem auch politische und ökonomische Aspekte, die einen indirekten oder direkten Einfluss auf die Lebensbedingungen ausüben und fortwährend im Wandel begriffen sind (vgl. Dornheim 2001, S.36f.). Ein moderner Kulturbegriff versucht infolgedessen nicht nach der Tradition Herders oder Tylors spezifische Merkmale eines Individuums oder einer Gruppe hervorzuheben, sondern stellt den Menschen in seinen komplexen Zusammenhängen dar und wird *konstruiert* (vgl. Dornheim 2001, S.43).

Ein dynamischer und offener Kulturbegriff ist ferner für die Interaktion von Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen bedeutend. Wenn Kulturen als abgeschlossene Systeme mit einer spezifischen Prägung verstanden werden, so ist ein Austausch aufgrund des fehlenden gemeinsamen Bedeutungsrahmens kaum möglich (vgl. Leenen/Groß/Grosch 2002, S.84f.). Für die *Interkulturelle Kommunikation* ist es deshalb erforderlich, einem integrativen Kulturverständnis zu folgen:

„Statt Menschen einer bestimmten Kultur zuzuordnen, werden sie als Handelnde in einer spezifischen Lebenswelt verstanden und interpretiert.“ (Weiss 2003, S.64)

¹⁰ Die detaillierten Expertenantworten sind im Anhang unter der Auswertungskategorie „Kulturbegriff der ExpertInnen“ einzusehen.

4.2 INTERKULTURELLE KOMMUNIKATION UND INTERKULTURELLE KOMPETENZ

Der Prozess der Interaktion von Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen wird als *Interkulturelle Kommunikation* bezeichnet (vgl. Maletzke 1996, S.37). Sie wird an dieser Stelle nur vereinfacht dargestellt, da es sich hierbei um ein komplexes Praxis- und Forschungsfeld handelt, mit dem sich unter anderem die Disziplinen der Kulturwissenschaft, Politologie, Soziologie, Linguistik und Ethnologie beschäftigen (vgl. Philipp 2003, S.20).

Marlene Posner-Landsch beschreibt, dass grundsätzlich bestimmte Rahmenbedingungen zu einer erfolgreichen Kommunikation gehören: Hierzu zählen zwei Personen, die miteinander in Interaktion treten und Kommunikationsbereitschaft signalisieren. Darüber hinaus soll eine bestimmte Botschaft vermittelt werden, wobei ein angemessener Informationskanal gewählt wird. Die zu übermittelnde Botschaft muss hierbei nicht nur in der Wahl des Informationskanals, sondern auch in Bezug auf den Kommunikationspartner und die Situation angemessen sein (vgl. Posner-Landsch 1998, S.66-68).

In der Begegnung von Menschen mit dem gleichen kulturellen Hintergrund sind diese Rahmenbedingungen aufgrund eines gemeinsamen Bedeutungsrahmens anzunehmen. Wenn Menschen jedoch unterschiedliche Bedeutungsrahmen haben und in Interaktion treten wollen, benötigen sie hierfür eine bestimmte Fähigkeit, die *Interkulturelle Kompetenz*. Diese kann beschrieben werden als

„[...] eine Kompetenz-*Erweiterung* [Hervorhebung im Original], die dazu befähigen soll, adäquater, eventuell auch effizienter, in als interkulturell wahrgenommenen Situationen zu agieren.“ (Varela 2002, S.35)

Diese Fähigkeit ist erforderlich, da bei Begegnungen „die kulturelle Einbettung der individuellen Lebensgeschichte“ zugrunde liegt, was als eine besondere Herausforderung zu begreifen ist, da verbalen und nonverbalen Äußerungen nicht der gleiche Sinn und die gleiche Bedeutung beigemessen wird (Nick 2002, S.115). Aufgrund unterschiedlicher Kommunikations-, Bewertungs- und Verhaltensmuster kann eine unreflektierte Kommunikation zu Missverständnissen und enttäuschten Erwartungen sowie zu Wahrnehmungsverzerrungen und einer Missachtung des Interaktionspartners führen (vgl. Maletzke 1996, S.37; Amt für Multikulturelle Angelegenheiten 1998, S.46; Philipp 2003, S.23; Auernheimer 2002, S.183; Eberding/Schlippe 2005, S.268f.; Auernheimer 2002, S.184; Leenen/Groß/Grosch 2002, S.81). Die Missachtung des Gegenübers resultiert vor allem daraus, dass die *Interkulturelle Kommunikation* Unsicherheit im eigenen Verhalten auslöst (vgl. Leenen/Groß/Grosch 2002, S.90; Uzarewicz 1998, S.157; Wolber 2001, S.99; Nick 2002, S.20). Sobald man sich nicht mehr auf kulturelle Gewohnheiten

verlassen kann, führt dies zu einer Irritation, die sich entweder in einer freundlichen (xenophilen) oder ängstlichen (xenophoben) Haltung gegenüber dem Interaktionspartner ausdrücken kann (vgl. Wolber 2001, S.100). Problematisch wird die xenophobe Haltung, wenn die eigene Unsicherheit durch Stigmatisierungen kompensiert wird, indem dem Fremden abwertende Begriffe zugeschrieben werden und die eigene Kultur hierdurch aufwertet wird (vgl. Wolber 2001, S.100f.). Um diesen Mechanismus besser zu verstehen, muss man sich mit den Begriffen des *Eigenen* und *Fremden* näher befassen. Sie stellen soziale Konstrukte dar, wobei das Fremde in Abgrenzung zum Eigenen entsteht und somit konstruiert wird (vgl. Uzarewicz 1998, S.159; Dornheim 2001, S.29; Nick 2002, S.149). Ein Experte beschreibt die Konstruktion von Fremdheit folgendermaßen:

„Wir sehen das, was für uns fremd ist, und weil es eben fremd ist, messen wir diesem Fremden eine wesentlich stärkere Bedeutung bei, als es ihr eigentlich zukommt. Vielleicht ist es für Menschen aus diesen anderen Kulturen absolut *normal*. Nur weil wir es nicht verstehen, ist es für uns etwas sehr Kulturspezifisches und hat eine besondere Bedeutung. Da können wir uns schon mal irren.“ (Ex-I2, S.10)

Wenn kulturelle Gewohnheiten nicht hinterfragt und Mitgliedern einer bestimmten Gruppe vermeintlich kulturspezifische Eigenschaften zugeschrieben werden, wird hierdurch die Entstehung von rassistischen Stereotypen begünstigt, wie Charlotte Uzarewicz beschreibt (siehe hierzu auch Amt für Multikulturelle Angelegenheiten 1998, S.24):

„Der Begriff des Fremden [...] wird so zu einem kategorialen Platzhalter für all das, was (einem) [Klammer im Original] irgendwie ‚nicht passt‘.“ (Uzarewicz 1998, S.158)

Die Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), eine der größten Organisationen für Entwicklungszusammenarbeit, die ihre Mitarbeiter in unterschiedliche Länder entsendet, hat zur Beurteilung neuer MitarbeiterInnen zwei Bereiche der Interkulturellen Kompetenz definiert, anhand derer ihre Eignung geprüft wird. Diese bestehen aus persönlichen und kulturbezogenen Fähigkeiten (vgl. Leenen/Groß/Grosch 2002, S.90f.). Zweifelsohne ist im Kontakt mit Menschen, die einen anderen kulturellen Hintergrund aufweisen, kulturbezogenes Wissen wie Sprachkenntnisse oder das Wissen über kulturelle Zusammenhänge von Vorteil. Dieses Wissen ist jedoch in einem bestimmten Umfang durch nonverbale Äußerungen oder aufmerksames Beobachten kompensierbar (vgl. Leenen/Groß/Grosch 2002, S.91). Die Relevanz des Kulturwissens ist ohnehin bei der Arbeit mit MigrantInnen im sozialen und gesundheitlichen Bereich aufgrund der Vielfalt der kulturellen Hintergründe wenig praktikabel (vgl. Auernheimer 2002, S.201f.). Peter Nick kritisiert in diesem Zusammenhang das statische Kulturverständnis im Rahmen von interkulturellen Qualifizierungsmaßnahmen im Wirtschaftsbereich, bei denen häufig

„stereotypes Wissen von kulturellen Bräuchen und Gewohnheiten [verkauft wird]“. (Nick 2002, S.117f.)

Persönliche Fähigkeiten scheinen deshalb weitaus bedeutender zu sein. Hierzu zählen die kritische Reflektion des eigenen kulturellen Hintergrundes, das Vermeiden von unüberlegten kulturellen Zuschreibungen durch den *sensiblen Umgang* mit kulturellen Vorannahmen und die wertschätzenden Haltung des Gegenübers im Interaktionsprozess (vgl. Varela 2002, S.35; Leenen/Groß/Grosch 2002, S.90; Uzarewicz 1998, S.159; Auernheimer 2002, S.202). Durch die Wertschätzung und den Respekt gegenüber den GesprächspartnerInnen kann ein Vertrauensverhältnis hergestellt werden, was sich auf die weitere Kommunikation und den Beziehungsaufbau positiv auswirkt (vgl. Posner-Landsch 1998, S.70; Collatz 1998a, S.37). Die genannten persönlichen Kompetenzen sind nicht das Ergebnis fachlicher Ausbildung, sondern stellen Charaktereigenschaften wie z.B. die Offenheit eines Menschen dar, die über Qualifizierungsmaßnahmen bewusst gemacht und gefördert werden können (vgl. Leenen/Groß/Grosch 2002, S.90f.; Simon-Hohm 2002, S.43).

Diese persönlichen Fähigkeiten sind gerade bei der Durchführung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen für Menschen mit Migrationshintergrund von herausragender Bedeutung. Bei der Verwendung von personalkommunikativen Maßnahmen, wie bei der gesundheitlichen Aufklärung, Beratung oder Bildung, kann nur dann eine Einstellungsänderung von MigrantInnen in Bezug auf ihr Gesundheitsverhalten bewirkt werden, wenn sie das Gefühl haben, dass sie respektiert und wertgeschätzt werden, da hierdurch ihr Selbstwert gestärkt wird (siehe Abschnitt 5.3.1).

4.3 UMGANG MIT KULTURBEGRIFFEN

Das zugrunde liegende Kulturverständnis hat weit reichende Auswirkungen auf den Umgang mit Menschen, die andere kulturelle Hintergründe haben (vgl. Dornheim 2001, S.43). Wenn man beispielsweise MigrantInnen *einer* spezifischen Kultur zuordnet, die auch im Zuge der Migration als in sich geschlossen und unveränderlich angesehen wird, so ist der Austausch mit der Aufnahmegesellschaft als sehr unwahrscheinlich anzusehen, da kein gemeinsamer Bedeutungsrahmen besteht. Wenn man sich jedoch auf die Heterogenität und die Veränderbarkeit von Kultur bezieht, so wird die Entdeckung von Gemeinsamkeiten gefördert, die eine Interaktion ermöglichen (vgl. Weiss 2003, S.64). Für die Verwendung von Kulturbegriffen ist deshalb entscheidend, ob durch sie Unterschiede oder Gemeinsamkeiten herausgestellt werden sollen (vgl. Uzarewicz 1998, S.157).

Wenn sich Kulturbegriffe auf Unterschiede fokussieren und in Abgrenzung verwendet werden, so liegen hierbei die eigenen Überzeugungen, Einstellungen, Werte und Normen

als Bewertungsmaßstab zugrunde. Dieser Standpunkt wird auch als *Ethnozentrismus* bezeichnet (vgl. Maletzke 1996, S.23; Uzarewicz 1998, S.157; Wolber 2001, S.98). Diese Betrachtungsweise ist nicht grundsätzlich problematisch, allerdings wenn sie mit einem „Überlegenheitsbewusstsein“ einhergeht und andere Lebensgewohnheiten in Folge dessen abgewertet werden (vgl. Maletzke 1996, S.23f.). Eine Ausprägung des Ethnozentrismus ist der *Eurozentrismus*, der in der Kolonialzeit dazu führte, dass Europäer andere Völker als minderwertig ansahen und so ihre Herrschaft legitimierten (vgl. Dornheim 2001, S.40; Maletzke 1996, S.25). Auch im deutschen Gesundheitswesen geht Jürgen Collatz von einer „ethnozentrischen Fixiertheit“ aus, was negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand von MigrantInnen haben kann, wie im Kapitel 7 näher ausgeführt wird (vgl. Collatz 1998a, S.52).

Ein Kulturbegriff, der sich auf Unterschiede fokussiert, birgt ferner die Gefahr der *Kulturalisierung*. Hierunter wird ein Prozess verstanden, in dem Ungleichheiten nicht auf soziale oder gesellschaftliche Umstände zurückgeführt, sondern kulturellen bzw. ethnischen Merkmalen zugeschrieben werden (vgl. Kutschke 2001, S.93; Dornheim 2001, S.36). Wenn beispielsweise die soziale Benachteiligung von MigrantInnen nicht als gesellschaftspolitisches Problem anerkannt, sondern mit der *Ethnizität* von Personen in Verbindung gebracht wird, so wird hierdurch die Marginalisierung von Menschen mit Migrationshintergrund gefördert (vgl. Weiss 2003, S.64; Bednarz-Braun 2004, S.46). Unter dem Begriff der Marginalisierung versteht man in der Soziologie das an den Rand Drängen einer bestimmten Bevölkerungsschicht, so dass diese nicht mehr an den sozialen und gesellschaftlichen Ressourcen beteiligt wird (vgl. Schmitz 2005, S.127f.).

Die *Ethnizität* stellt hierbei eine soziale Kategorie dar, die Menschen ihrer gemeinsamen geschichtlichen, religiösen oder sprachlichen Abstammung nach in eine homogene Gruppe einteilt (vgl. Schenk et al. 2006). In der Gesundheitsförderung wird die Bedeutung dieses Faktors kontrovers diskutiert. Klaus Hurrelmann und Toni Faltermaier messen der Ethnizität beispielsweise einen wichtigen Einfluss auf den Gesundheitszustand von MigrantInnen bei. Klaus Hurrelmann benennt die ethnische Herkunft als eine bedeutende *personale Ressource*¹¹ (vgl. Hurrelmann 2003, S.27f.). Toni Faltermaier geht davon aus, dass aus der Ethnizität zum einen spezifische Belastungen für MigrantInnen resultieren wie z.B. religiöse Praktiken oder hierarchische Strukturen, die in der Aufnahmegesellschaft nicht ausgeübt werden können. Zum anderen ist er der Ansicht, dass sich hieraus im positiven Sinne auch bestimmte Bewältigungsstrategien ergeben (vgl. Faltermaier 2005, S.99). Die Berliner Notfallambulanzstudie von Theda Borde, T. Braun und Matthias Davis aus dem Jahre 2003 gibt allerdings Hinweise darauf, dass die

¹¹ Auf den Begriff der *personalen Ressource* wird im Abschnitt 5.3.1 näher eingegangen.

Ethnizität im Gegensatz zu dem Prozess der Migration oder der sozialen Lage weniger Einfluss auf das gesundheitliche Verhalten und den Gesundheitszustand von MigrantInnen ausübt und dieser Faktor nicht isoliert betrachtet werden kann (vgl. Borde 2006, S. 118 und 131). Die Ethnizität kann zwar eine wichtige Rolle bei der Identitätsbildung von Minderheiten einnehmen. Es besteht jedoch die Gefahr, dass sie als Abgrenzungskategorie für soziale oder politische Zwecke missbraucht wird, wie es beispielsweise in der jüngeren Geschichte durch die Durchführung „ethnischer Säuberungen“ geschehen ist (vgl. Amt für Multikulturelle Angelegenheiten 1998, S.28; Dornheim 2001, S.38; vgl. Borde 2006, S.117). Des Weiteren ist das Konzept der Ethnizität nicht eindeutig zu definieren, wie ein Experte beschreibt (siehe hierzu auch Borde 2006, S.116):

„Jemand der Serbien im Pass stehen hat, das kann ein Serbe oder jemand aus dem Kosovo sein. Die haben beide nun wirklich nichts miteinander zu tun. Das sind total unterschiedliche Ethnien. Bis vor kurzer Zeit war es noch so, dass die Palästinenser israelische Pässe hatten. Kann man sich ja vorstellen, dass das wirklich wie Feuer und Wasser war. Die einen leben in einer Industriegesellschaft, die anderen wie im tiefsten Entwicklungsland.“ (Ex-12, S.6)

Dieses Zitat wirft weiterhin die Frage auf, ob Ethnien überhaupt konstant und homogen sind oder sich eine Person auch mehrerer Ethnien zugehörig fühlen kann und welche Veränderungen die ethnische Identität durch beispielsweise den Grad der Industrialisierung erfährt (vgl. Bednarz-Braun 2004, S.44).

Aufgrund der gering einzuschätzenden Wirkung des Faktors Ethnizität in der Gesundheitsförderung, der möglichen Gefahren wie der Diskriminierung und der nicht eindeutigen Definition des Begriffs, wird in dieser Arbeit davon abgesehen, Ethnizität als Unterscheidungsmerkmal von Kulturen zu verwenden.

Abschließend soll auf zwei Begriffe eingegangen werden, die häufig im allgemeinen Sprachgebrauch im Zusammenhang mit Kultur verwendet werden: *interkulturell* und *multikulturell*. So gängig diese Begrifflichkeiten scheinen, wie z.B. „multikulturelle Gesellschaft“, basieren sie doch auf der Differenz und dem isolierten Nebeneinander von Kulturen. Die *Interkulturalität* beinhaltet einen Vergleich von kulturellen Merkmalen, wobei Unterschiede hervorgehoben werden. Die *Multikulturalität* beschreibt die Koexistenz von verschiedenen Kulturen innerhalb einer Gesellschaft, in der sie nicht zwingend miteinander in Interaktion treten müssen (vgl. Uzarewicz 1998, S.157; Dornheim 2001, S.38). Somit neigen beide Begrifflichkeiten dazu, sich auf bestehende Unterschiede zu fokussieren und „das Fremde“ und die Probleme des Fremdseins hervorzuheben (vgl. Weiss 2003, S.64). Insofern erscheinen die etablierten Fachbegriffe der *Interkulturellen*

Kommunikation und der *Interkulturellen Kompetenz* für dieses Themenfeld wenig angemessen und sind kritisch zu betrachten, da sie auf Herders und Tylors abgrenzenden Kulturbegriff zurückzuführen sind.

Wenn im Folgenden auf die Gesundheitsförderung für MigrantInnen eingegangen wird, so wird deshalb der Begriff der *kultursensiblen* Gesundheitsförderung verwendet. Wie bei der Beschreibung der notwendigen Fähigkeiten im Rahmen der Interkulturellen Kompetenz dargestellt, scheint die Sensibilität das wichtigste Kriterium zu sein, um mit unterschiedlich kulturell geprägten Menschen in Kontakt zu treten und den integrativen Ansatz der Gesundheitsförderung zu unterstützen.

In diesem Kapitel sollte zusammenfassend verdeutlicht werden, dass ein kritischer und sensibler Umgang mit Kulturbegriffen vor allem aufgrund der Gefahr des Ethnozentrismus, der Kulturalisierung und der Ethnisierung von Menschen mit Migrationshintergrund wichtig ist. Hierbei ist in erster Linie entscheidend, sich den eigenen Kulturbegriff *bewusst* zu machen, da dieser den Umgang mit Menschen, die andere kulturelle Hintergründe haben, bestimmt (vgl. Weiss 2003, S.64; Dornheim 2001, S.43; Uzarewicz 1998, S.156).

5 GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR MIGRANTINNEN

In diesem Kapitel wird zunächst der Begriff der Gesundheitsförderung zusammen mit ihren rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen erläutert. Gesundheitsförderung orientiert sich an den Potentialen eines Menschen, die er zum Erhalt oder zur Wiederherstellung seiner Gesundheit nutzen kann. Es wird vor allem der Frage nachgegangen, über welche Potentiale bzw. *Ressourcen* insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund verfügen und wie diese aktiviert werden können, damit sie zu gesundheitsbewussten Entscheidungen befähigt werden.

5.1 DEFINITION UND ZIEL DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Nach der Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946 ist Gesundheit

„der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen.“ (Hurrelmann/Franzkowiak 2003, S.53)

Demnach ist Gesundheit oder Krankheit nicht von außen objektiv mess- oder feststellbar, sondern durch die subjektive Wahrnehmung des Individuums bestimmt. Dieser Zustand wird als dynamisch angesehen und ist durch die sozialen, ökonomischen, ökologischen, politischen und kulturellen Lebensbedingungen beeinflusst (vgl. Hurrelmann/Franzkowiak 2003, S.53).

Der Begriff Gesundheitsförderung wurde in der Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO in Ottawa 1986 folgendermaßen definiert:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ (WHO 2006)

In der Jakarta-Erklärung der WHO von 1997 wurde der Begriff Gesundheitsförderung dahingehend erweitert, dass Menschen „mehr Kontrolle über ihre Gesundheit“ erhalten sollen (Kaba-Schönstein 2003, S.73). Dies soll ermöglicht werden, indem der Einzelne befähigt wird, auf die Determinanten seiner Gesundheit Einfluss zu nehmen. Unter den Determinanten versteht man Faktoren, die entscheidend auf den individuellen Gesundheitszustand einwirken. Hierzu zählen unter anderem die physischen Umwelt- und sozioökonomischen Lebensbedingungen sowie soziale Netzwerke und persönliche Kompetenzen (vgl. Hurrelmann 2003, S.26).

Ziel der Gesundheitsförderung ist es, die vorhandenen Ressourcen eines Menschen zu stärken, um gesundheitliche Risiken und Belastungen abzuwehren oder zu bewältigen. Diese Risiken und Belastungen sind in den umgebenden Verhältnissen des Menschen wie in den Arbeits-, Umwelt- und Lebensbedingungen sowie im individuellen Verhalten zu finden. Durch die Stärkung der verfügbaren Ressourcen sollen die Lebensbedingungen und Verhaltensweisen von Menschen verbessert, und dadurch die Gesundheit der Bevölkerung geschützt bzw. wiederhergestellt werden (vgl. Altgeld/Kolip 2004, S.41f.).

5.2 RECHTLICHE UND POLITISCHE RAHMENBEDINGUNGEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Für die Gesundheitsförderung in Deutschland gilt eine verbindliche Rechtsgrundlage, die die Verantwortung einzelner Akteure für die Umsetzung entsprechender Maßnahmen regelt. Im §20 Abs. 1 des SGB V sind seit dem 1. Januar 2000 die gesundheitsförderlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen festgeschrieben:

„Leistungen zur Primärprävention¹² sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“

Da Menschen mit Migrationshintergrund häufig zu den sozial Benachteiligten gehören (siehe Abschnitt 3.5), ist es folglich Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen, gesundheitsförderliche Maßnahmen für MigrantInnen anzubieten, auch wenn diese von ihnen nur indirekt als Zielgruppe benannt werden (vgl. IKK-Bundesverband 2006, S.12).

Dadurch, dass die Gesundheitsförderung auf die Verbesserung des individuellen Gesundheitsverhaltens sowie die den Menschen umgebenden Lebensverhältnisse zielt, umfassen gesundheitsförderliche Maßnahmen umfangreiche soziale und gesundheitspolitische Interventionen (vgl. Kaba-Schönstein 2003, S.73). Die Maßnahmen sind dabei auf die Ausbildung persönlicher Kompetenzen, die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, die Neuorientierung von Gesundheitsdiensten und die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten bis hin zur Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik ausgerichtet (vgl. Kaba-Schönstein 2003, S.74f.). Diese komplexe Aktionsstrategie macht es notwendig, dass Schritte zur Verbesserung des Gesundheitszustandes entsprechend des *Setting-*

¹² Unter dem Begriff der Primärprävention versteht man im Gegensatz zur Gesundheitsförderung die Vorbeugung von spezifischen Krankheiten. Moderne Programme der Primärprävention beinhalten jedoch auch gesundheitsförderliche Elemente, so dass diese beiden Konzepte nicht strikt voneinander getrennt werden können, obwohl sie unterschiedliche Strategien verfolgen (vgl. Altgeld/Kolip 2004, S.42). Der Begriff Primärprävention wird im rechtlichen Sinne mit der Gesundheitsförderung gleichgesetzt (vgl. IKK-Bundesverband 2006, S.9).

Ansatzes intersektoral und integrativ angesiedelt sind (vgl. Grossmann/Scala 2003, S.205f.; Altgeld/Leykamm 2003, S.40; Altgeld/Kolip 2004, S.43). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt den Setting-Ansatz, der eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung darstellt, folgendermaßen:

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“ (WHO 2006)

Beim diesem Ansatz steht somit nicht das Individuum im Zentrum, sondern das den Menschen umgebende soziale System wie beispielsweise der Arbeitsplatz oder das soziale Wohnumfeld, das in Wechselwirkung mit seiner Gesundheit steht (vgl. Mielck 2005, S.70; Grossmann/Scala 2003, S.206). Die Gesundheitsförderung ist somit von gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen abhängig, was durch die Schilderung einer Expertin hervorgehoben wird:

„Es gibt eine Vielzahl von Projekten, Ansätzen, Initiativen. Das, worüber wir in der Gesundheitsförderung immer reden ist, dass Gesundheitsförderung *kein* kleines Inselchen für sich ist, sondern dass es etwas sein muss, was ressortübergreifend praktiziert wird. Es ist von anderen Gesellschaftsproblemen abhängig. Auch wenn wir die tollsten Angebote für die Zielgruppe hätten, wenn sie ausgegrenzt werden, wenn sie diskriminiert werden, wenn sie keine Arbeit haben, dann klappt es auch nicht. [...] Da muss die Verwaltung mitmachen, da müssen die Politiker mitmachen. Wenn wir tolle gesundheitsfördernde Angebote heranziehen und einfach durchführen und in der Gesamtpolitik herrscht etwas *ganz* anderes, dann können wir schlecht was bewirken.“ (Ex-I4, S.3)

5.3 KONZEPT DER SALUTOGENESE

Eines der wichtigsten Konzepte zur Erhaltung der Gesundheit, an dem sich die Gesundheitsförderung orientiert, ist Aaron Antonovskys Modell der *Salutogenese*. Dieses soziologisch geprägte Gesundheitskonzept steht im Gegensatz zur medizinischen Sichtweise der Entstehung von Krankheit und untersucht, wie *Gesundheit entsteht* und was Menschen trotz Belastungen *gesund erhält* (vgl. Kolip/Altgeld 2004, S.41). Das Kernelement der Salutogenese bildet das *Kohärenzgefühl*. Es setzt sich aus den Komponenten der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit zusammen und wird als Grundhaltung eines Menschen verstanden, die seine Umwelt für ihn zugänglich, zusammenhängend und sinnvoll erscheinen lassen (vgl. Franzkowiak 2003, S.199; BZgA 2001, S.28-30). Man geht davon aus, dass Belastungen umso besser bewältigt werden können, je ausgebildeter diese Grundhaltung ist (vgl. Mielck 2005, S.51). Obwohl einige Autoren wie Toni Faltermaier das Konzept der Salutogenese uneingeschränkt auf die Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund anwenden (vgl. Faltermaier 2005, S.95ff.), ist jedoch kritisch anzumerken, dass das Kohärenzgefühl in der

Migrationsforschung bislang nicht ausreichend empirisch belegt wurde (vgl. Mielck 2005, S.51). Insbesondere kann bei dem Aspekt der Sinnhaftigkeit nicht davon ausgegangen werden, dass dieser in allen Kulturen gleichermaßen ausgeprägt oder überhaupt vorhanden ist (vgl. BZgA 2001, S.50).

5.4 GENERALISIERTE WIDERSTANDSRESSOURCEN

Ein weiteres Kernelement der Salutogenese sind die *generalisierten Widerstandsressourcen*, die für ein Individuum essentiell sind, um seinen Gesundheitszustand zu erhalten oder wiederherzustellen (vgl. Franzkowiak 2003, S.198; Faltermaier 2005, S.95). Aaron Antonovsky versteht hierunter Schutzfaktoren, die die „Widerstandsfähigkeit“ eines Menschen gegenüber gesundheitsgefährdenden Einflüssen erhöhen (vgl. BZgA 2001, S.34).

Wie bereits bei der Entstehung von Krankheit im Migrationsprozess erläutert (siehe Abschnitt 3.5), ist die Verfügbarkeit von Ressourcen ein entscheidender Faktor, um Belastungen angemessen zu bewältigen. In der einschlägigen Literatur ist dessen ungeachtet die Orientierung an den gesundheitlichen Risiken und Defiziten von MigrantInnen erkennbar. Es wird häufig auf ihre Belastungen, Probleme und Benachteiligung hingewiesen, was auch eine Expertin aus ihrer Erfahrung schildert (siehe hierzu auch Schmacke 2002; Brucks/Wahl 2003; Hornung 2004, S.331; Erim/Senf 2002, S.337):

„Das ist ein Potential [die Ressourcen von MigrantInnen], was überhaupt noch nicht ausgeschöpft wurde. Es wird sich immer nur an den Defiziten orientiert. Es wird immer nur gesagt, das ist schlecht und das machen die nicht und hier haben die keine Informationen. Wir müssen *weg* von dieser Defizitorientierung und *hin* zu den Ressourcen, die diese Zielgruppe natürlich hat, wie *jede* Gruppe eigentlich auch.“ (Ex-I4, S.1)

Die Ausrichtung an den Defiziten von Menschen mit Migrationshintergrund wurde jedoch auch in den Experteninterviews deutlich: Nur drei ExpertInnen konnten die Frage nach den Ressourcen von MigrantInnen konkret beantworten. Zahlreiche Antworten beinhalteten hingegen Barrieren, die die medizinische Versorgung und die gesundheitliche Vorsorge von MigrantInnen betrafen. Hierauf wird im Kapitel 7 gesondert eingegangen. Bei der Entwicklung gesundheitsförderlicher Maßnahmen für Menschen mit Migrationshintergrund ist somit entsprechend des Konzeptes der Salutogenese ein Perspektivenwechsel erforderlich. Ihre Ressourcen müssen, wie bei jeder Zielgruppe in der Gesundheitsförderung, in den Mittelpunkt gestellt werden, da sie der Bewältigung von alltäglichen Anforderungen und der Abwehr von gesundheitsschädigenden Einflüssen dienen.

MigrantInnen werden hierdurch befähigt, ihre Gesundheit eigenständig zu erhalten (vgl. Pourgholam-Ernst 2005, S.174; Collatz 1998a, S.47; Loncarevic 2001, S.83).

Die vorliegende Arbeit stützt sich bei der Entwicklung einer kultursensiblen Gesundheitsförderung zwar auf die salutogenetische Perspektive. Sie bezieht sich jedoch ausschließlich auf die generalisierten Widerstandsressourcen, da das Kohärenzgefühl bislang nicht empirisch nachgewiesen wurde. Zu den generalisierten Widerstandsressourcen, die schützend auf die Gesundheit wirken, gehören im Einzelnen (vgl. Franzkowiak 2003, S.198f.):

- Körperliche Ressourcen, die der Abwehr von Krankheiten dienen.
- Personale und psychische Ressourcen, die einen Menschen befähigen, angemessen mit belastenden Lebenssituationen umzugehen.
- Interpersonale Ressourcen, die vor allem die Einbindung in soziale Netzwerke betreffen und die aktive Gestaltung der Lebensumstände ermöglichen.
- Soziokulturelle Ressourcen, die den Menschen als Orientierung in ihrem Leben dienen sowie
- materielle Ressourcen, die die Existenzgrundlage sichern.

Im Abschnitt 3.5 wurde bereits der Zusammenhang zwischen der sozialen Lage, die auch durch materielle Ressourcen bestimmt wird, und dem Gesundheitszustand eines Individuums dargelegt. Auf die Frage, über welche Ressourcen insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund verfügen, soll nachfolgend eingegangen werden. Dabei wird vor allem die Bedeutung der personalen, soziokulturellen und interpersonalen Ressourcen erläutert.

5.4.1 PERSONALE RESSOURCEN

Zu den personalen Ressourcen gehören unter anderem die positive Lebenseinstellung eines Menschen und seine Fähigkeit, sich an veränderte Bedingungen anzupassen (vgl. Franzkowiak 2003, S.198). Dies ist besonders für Menschen mit Migrationshintergrund bedeutend, da sie sich im Aufnahmeland persönlichen und gesellschaftlichen Herausforderungen gegenüber gestellt sehen. Eine Expertin benennt in diesem Zusammenhang die Offenheit und das Interesse von MigrantInnen, sich neues Wissen anzueignen, als ein bedeutendes Potential:

„Wir stellen bei unseren Projekten fest, die wir mit der Zielgruppe MigrantInnen durchführen, gerade wenn es sich um Frauen handelt, erstmal ein *hohes* Engagement. Eine hohe Motivation, wenn es gilt, was dazuzulernen.“ (Ex-I4, S.2)

Darüber hinaus wurden das kulturelle Wissen und das Erlernen der Sprache als weitere personale Ressource genannt, die sich förderlich auf die Integration in die neue Gesellschaft auswirken:

„Ich bin überzeugt davon, dass wir so viele Potentiale haben an Migrantinnen, die ganz viel Wissen mitbringen, die sich hier gut verständigen können und etabliert sind. Wissen aus dem Herkunftsland mitbringen und beide Sprachen.“ (Ex-I1, S.6)

Die Stärkung der personalen Ressourcen fördert nach der Theorie des *Empowerment* (engl. to empower= befähigen) das Selbstbewusstsein eines Menschen, was sich positiv auf den Gesundheitszustand auswirkt (vgl. Stark 2003, S.28). Wenn die persönlichen Schutzfaktoren von Menschen unterstützt werden, erlernen und aktivieren diese Bewältigungsstrategien, die sie befähigen, ihre Lebensbedingungen selbstbestimmt zu gestalten (vgl. Stark 2003, S.28). Wie aus dem letztgenannten Zitat ersichtlich, ist die Bewältigung neuer Anforderungen im Aufnahmeland für MigrantInnen außerordentlich wichtig, da hierdurch die Einbindung in die neue Gesellschaft gefördert wird.

5.4.2 SOZIOKULTURELLE RESSOURCEN

Wie bereits im Abschnitt 4.1 erörtert, handelt es sich bei der Kultur um ein äußerst komplexes System, das der Orientierung eines Menschen dient. Arthur Kleinman untersuchte in seiner Forschung den Einfluss von soziokulturellen Faktoren auf das individuelle und kollektive Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Er geht davon aus, dass die unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitskonzepte soziale Konstrukte darstellen, die außerdem die Strukturen von Gesundheitssystemen prägen (vgl. Zielke-Nadkarni 2001, S.124f.). David Marks et al. heben hervor, dass jede Gesellschaft ein eigenes Konzept von Gesundheit und Krankheit entwickelt hat, wobei sich die drei weltweit häufigsten Erklärungsmechanismen auf zwischenmenschliche Beziehungen, moralische Vorstellungen und die Biomedizin beziehen (vgl. Marks et al. 2000, S.54). Die biomedizinische Sichtweise herrscht vor allem in der westlichen Hemisphäre vor und zielt auf die wissenschaftliche Erforschung und Heilung von Krankheiten unter der Nutzung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse aus der Biologie und Medizin. In moralischen Vorstellungen kann die Entstehung von Krankheit indessen z.B. als Strafe wegen Fehlverhaltens aufgefasst werden. Das Erklärungsmodell der zwischenmenschlichen Beziehungen sieht hingegen in der Ausbeutung oder dem Missbrauch von Menschen einen gefährdenden Einfluss auf deren Gesundheitszustand (vgl. Marks et al. 2000, S.55).

Wie komplex Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit sogar innerhalb einer bestimmten Gesellschaft sein können, zeigt eine explorative Studie, in der türkische Frauen zu ihren Erklärungsmodellen befragt wurden (vgl. Zielke-Nadkarni 2001, S.128). Gesundheit kann sich hiernach in verschiedenen Gefühlsausdrücken wie Glück, Wohlbefinden oder Leistungsfähigkeit äußern. Über die Entstehung von Gesundheit existierten genauso religiöse Vorstellungen wie die Auffassungen von ausgewogener Ernährung oder Liebe und Zuwendung (vgl. Zielke-Nadkarni 2001, S.129f.). Die Entstehung von Krankheit war nach Ansicht der Frauen unter anderem durch magisch-religiöse Faktoren wie z.B. dämonische Mächte, verhältnisbezogene Gründe wie beispielsweise die Witterung oder somatische Einflüsse bedingt, welche als „verrutschte Organe“ beschrieben wurden (vgl. Zielke-Nadkarni 2001, S.131-134). Aus diesen Ergebnissen wird deutlich, dass das Verständnis von Gesundheit und Krankheit in Wechselwirkung zu der individuellen und soziokulturellen Prägung eines Individuums steht. Dies wurde auch in den Experteninterviews unter anderem bei dem Thema der seelischen Gesundheit herausgestellt:

„Sie [Menschen mit Migrationshintergrund] sind ja auch irgendwie mit Krankheiten umgegangen. An dem Thema seelische Gesundheit hat man das ganz deutlich gemerkt, wenn es z.B. um Symptome von bestimmten Krankheiten ging. Die wurden in anderen Ländern gar nicht als Krankheit angesehen. Da ist es ganz normal, wenn man z.B. eine Aura um sich hat oder sensibel für bestimmte Dinge ist. Das finde ich schwierig, denn es wird ganz oft außer Acht gelassen, dass sie anders mit bestimmten Themen umgegangen sind. Es hat auch einen kulturellen Hintergrund, was als Krankheit angesehen wird und was nicht. Nicht nur bei seelischen Erkrankungen.“ (Ex-I5, S.4f.)

Was in einer Gesellschaft überhaupt als Krankheit angesehen und wie damit umgegangen wird, kann über die persönliche Interaktion ermittelt werden:

„Man müsste sich darauf einlassen, dass der Mensch, der vor einem sitzt, ein anderes Verständnis von Krankheit oder Gesundheit hat. Da müsste man sich erstmal drüber austauschen wollen und können. Dann sagen ‚Bei uns gibt es das, was gibt es bei euch? Was ist dein Problem? Wie können wir dir mit unserem Angebot entgegen kommen? Was würdest du zu Hause machen?‘“ (Ex-I5, S.7f.)

Es ist somit bei der Gesundheitsförderung für MigrantInnen von herausragender Bedeutung, die unterschiedlichen Vorstellungen und Umgangsweisen mit Gesundheit und Krankheit zu berücksichtigen, da hierdurch im Sinne des Empowerment die Aktivierung von individuellen und kollektiven Ressourcen und Bewältigungsstrategien gefördert wird. Unter den kollektiven Bewältigungsstrategien versteht man diejenigen, die sich ein Individuum im Rahmen seiner soziokulturellen Prägung angeeignet hat (vgl. Zielke-

Nadkarni 2001, S.124). Soziokulturelle Faktoren wie z.B. Glaube, Symbole oder Wertorientierungen beeinflussen die Wahrnehmung und das Verhalten von Menschen, was sich auch auf die Einstellung und den Umgang mit Gesundheit und Krankheit bezieht. In westlichen, biomedizinisch geprägten Gesellschaften ist beispielsweise das Aufsuchen eines Arztes oder die Medikamenteneinnahme gebräuchlich, um die eigene Gesundheit wiederherzustellen. In anderen Kulturen hingegen können religiöse Handlungen wie die Verehrung von Ahnen oder Rituale wie symbolische Heilungen eine bedeutende Maßnahme darstellen (vgl. Zielke-Nadkarni 2001, S.136). Durch die Wertschätzung und Förderung dieser soziokulturellen Ressourcen, ohne sie in die Kategorien „Wissenschaft“ und „Aberglaube“ einzuteilen, wird das Selbstbewusstsein eines Individuums verbessert, was sich positiv auf den Gesundheitszustand auswirkt (vgl. Zielke-Nadkarni 2001, S.135).

5.4.3 INTERPERSONALE RESSOURCEN

Die Qualität von Beziehungen spielt für die Gesunderhaltung eines Menschen eine wichtige Rolle. Empirische Untersuchungen belegen, dass ein positiver Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand eines Individuums und vorhandenen sozialen Netzwerken wie der Familie oder eines Freundes- und Bekanntenkreises besteht (vgl. Schmitz 2005, S.139). Die soziale Unterstützung, die von diesen Personenkreisen ausgehen kann, fördert die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und die aktive Gestaltung der Lebensbedingungen, weshalb soziale Netzwerke in der Gesundheitsförderung als protektive Faktoren gelten (vgl. Weiss 2003, S.158; Schmitz 2005, S.138; Mielck 2005, S.51 und 72; Franzkowiak 2003, S.198).

Insbesondere der Familie wird im Migrationsprozess eine schützende Wirkung zugesprochen (vgl. Wiedl/Marschalck 2005, S.20). Es ist allerdings anzumerken, dass familiäre Netzwerke im Zuge der Migration auch Belastungen darstellen können. Dadurch, dass in vielen Fällen ein Teil der Familie im Heimatland zurück bleibt, vergrößert sich die Erwartung an die ebenfalls migrierten Familienangehörigen in Bezug auf die Unterstützung und den Zusammenhalt (vgl. Faltermaier 2005, S.105, Salman 2001, S.89). Um die familiären Beziehungen nicht zu überlasten und die Integration in die Aufnahmegesellschaft zu fördern, ist die Ausbildung von neuen sozialen Netzwerken außerordentlich wichtig (vgl. Faltermaier 2005, S.105; Schmitz 2005, S.138). Nach den Erfahrungen einer Expertin verfügen hauptsächlich Frauen mit Migrationshintergrund über wirksame soziale Verbindungen im Aufnahmeland, die über den familiären Kreis hinausgehen:

„Wir stellen bei unseren Projekten fest, die wir mit der Zielgruppe MigrantInnen durchführen, gerade wenn es sich um Frauen handelt, erstmal ein *hohes* Engagement. [...] Immer noch relativ gut funktionierende soziale Netze. Wenn man mit einer Gruppe von Frauen mit Migrationshintergrund arbeitet, kann man sicher sein, dass es eben auch in die Familie, die Nachbarschaft, die Freunde, in die eigene Community¹³ getragen wird.“ (Ex-14, S.2)

Des Weiteren stellen soziale Netzwerke einen Teil des Laiensystems dar. Das Laiensystem bildet den Bereich des Gesundheitssystems, in dem Personen zwar nicht über Fachkenntnisse verfügen, jedoch maßgeblich an der Entstehung von Gesundheit und Krankheit mitwirken und diese Zustände definieren (vgl. Zielke-Nadkarni 2001, S.125; Faltermaier 2005, S.97 und 100). Der Laiensektor steht im Gegensatz zum professionellen Bereich, der von verschiedenen Gesundheitsberufen und -institutionen dominiert und hierarchisch strukturiert ist.¹⁴ Wie zuvor beschrieben, sind Gesundheitssysteme kulturell geprägt, wodurch dem laienbezogenen und dem professionellen Sektor in verschiedenen Gesellschaften eine unterschiedliche Gewichtung zukommen kann: In den westlichen Industriegesellschaften ist vor allem der professionelle Bereich vorherrschend, der mit umfassenden finanziellen Ressourcen ausgestattet und stark institutionalisiert ist. In nicht-westlichen Gesellschaften ist hingegen die Hilfe durch Laien bedeutend stärker ausgeprägt (vgl. Faltermaier 2005, S.100; Pourgholam-Ernst 2005, S.181).

Bei der Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund ist deshalb stets zu ermitteln, welche Bereiche bzw. Maßnahmen von ihnen zum Erhalt oder zur Verbesserung ihrer Gesundheit akzeptiert werden, da nur diese eine Aussicht darauf haben, in den Alltag integriert zu werden und nachhaltig zu wirken. Das deutsche Gesundheitssystem ist beispielsweise vorwiegend auf die professionelle Hilfe ausgerichtet, die von medizinischen Fachkräften wie Ärzten oder Therapeuten geleistet wird. Dies spielt auch in der Akzeptanz von gesundheitsfördernden Maßnahmen eine wichtige Rolle (siehe auch Zielke-Nadkarni 2001, S.152; Kreuter et al. 2003; Resnicow et al. 1999):

¹³ Unter dem Begriff der *Community* (engl.= Gemeinde) versteht man in der Gesundheitsförderung nicht nur die Gemeinschaft nach regionalen Aspekten, sondern eine soziale Gruppe, die Identität stiftet und ein soziales Netzwerk darstellt.

¹⁴ Arthur Kleinman hat das Gesundheitswesen ursprünglich in drei Sektoren eingeteilt: den professionellen, den volkstümlichen und den laienbezogenen. Andere Autoren haben die letzteren beiden Bereiche zu dem traditionellen-volksmedizinischen Laiensektor zusammengefasst, woran sich diese Arbeit orientiert (vgl. Marks et al. 2000, S.56).

„Die einen treffen sich z.B. lieber in einer Gruppe und diskutieren viel, die nächsten trifft man am besten in ihrer Gemeinde an. Oder bei den nächsten sind es die Einzelberatungen, die am meisten was bringen. Die nächsten sind an ein hierarchisches System gewöhnt, dass man den Arzt dahin setzt und der sagt, was sie zu tun und zu lassen haben. All das muss man herausfinden und darauf muss man mit seinen Angeboten reagieren.“ (Ex-14, S.5)

Die Art der Unterstützung, ob es etwa der soziale Beistand in belastenden Situationen, die Verwendung von traditioneller Medizin, das Ausüben von religiösen Handlungen oder das zu Rate ziehen eines medizinischen Fachmannes ist, übt einen entscheidenden Einfluss auf das individuelle Gesundheitsverhalten und die Wirksamkeit von Maßnahmen aus.

Wenn aus „passiven Bedürftigen aktive Nutzer“ werden sollen (Zielke-Nadkarni 1998, S.126), so ist es bei der Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund erforderlich, dass zum einen ihre personalen, interpersonalen und soziokulturellen Ressourcen gezielt ermittelt, unterstützt und wertgeschätzt werden (vgl. Faltermaier 2005, S.112). Die Orientierung an den vorhandenen Ressourcen fördert die kultursensible Gestaltung von Angeboten, wodurch der Gesundheitszustand von MigrantInnen wirksam und nachhaltig verbessert werden kann (vgl. Kreuter 2003; Erim/Senf 2002; Pourgholam-Ernst 2005, S.183).

6 ANGEBOTE DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR MIGRANTINNEN

Durch die Dokumentenanalyse wurden übergeordnete Netzwerke und beispielhafte Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung für MigrantInnen identifiziert. Zunächst sollen Angebotsthemen und die Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Leistungen aufgezeigt werden. Die nachfolgende Darstellung der Netzwerke und Projekte erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, die Reihenfolge der Aktivitäten trifft keine Aussage über deren Bewertung. Vielmehr handelt es sich um die Darstellung von Beispielen mit guter gesundheitsförderlicher Praxis. Zuletzt wird der Forschungsstand der Gesundheitsförderungsangebote für MigrantInnen erläutert und die Ergebnisse abschließend diskutiert.

6.1 ANGEBOTSTHEMEN

Die häufigsten Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention für erwachsene MigrantInnen sind vor allem in den Bereichen Sucht (Alkohol- und Medikamentenmissbrauch), Ernährung (Übergewicht und Adipositas) sowie Drogen, HIV und STD zu finden (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen 2000; Stadt Hamburg 2002; Kunstmann 2005, S.111). Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) unterstreicht mit ihrem Aktionsplan „Drogen und Sucht“ aus dem Jahre 2003 den Stellenwert des gesundheitlichen Risikos des Substanzmissbrauchs und hat die „Förderung der Präventions- und Hilfsangebote zur Eindämmung der Suchtproblematik bei Menschen mit Migrationshintergrund“ (GMK 2003) als konkretes Ziel formuliert.

Die gesicherte Datenlage und breite präventive Angebotsstruktur in Bezug auf Infektionskrankheiten liegt zum einen im Infektionsschutzgesetz¹⁵ begründet, wodurch aktuelle Daten der Neuerkrankungsraten zur Verfügung stehen. Des Weiteren wird von MigrantInnen ausgehend generell ein erhöhtes Gesundheitsrisiko angenommen (vgl. Korporal/Dangel-Vogelsang 2005, S.315; Bundesweiter Arbeitskreis 2005, S.2; Keller 2004, S.52). Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder sieht in der internationalen Migration einen bedeutenden Risikofaktor bei der Verbreitung von übertragbaren Krankheiten. In ihrem „Leitantrag zum Schwerpunkt Infektionsschutz und Seuchenhygiene der WHO“ beschreibt sie die weltweit steigende Inzidenz von Tuberkuloseerkrankungen. MigrantInnen werden nach Ankunft in Deutschland in einem Screening-Verfahren systematisch auf Infektionskrankheiten untersucht. Aussiedler, die aus den ehemaligen

¹⁵ Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) trat am 1. Januar 2001 in Kraft und sieht für übertragbare Krankheiten wie z.B. Diphtherie, HIV, Hepatitis, Influenza oder Tuberkulose eine rechtliche Meldepflicht an die zuständige Behörde vor. Diese Daten werden vom Robert Koch-Institut wöchentlich, monatlich und jährlich öffentlich ausgewiesen (vgl. RKI 2006b).

GUS-Staaten stammen, sind basierend auf dieser Datengrundlage besonders häufig an Tuberkulose erkrankt (vgl. GMK 2005). In Bezug auf HIV/AIDS weisen vor allem afrikanische Länder südlich der Sahara und aus dem asiatischen Raum eine hohe HIV-Prävalenz der Bevölkerung auf (vgl. RKI 2006a, S.3), so dass insbesondere von MigrantInnen aus diesen Regionen ausgehend eine erhöhte Krankheitsgefahr angenommen wird, wie auch eine Expertin beschreibt:

„[Einrichtungen der Gesundheitsförderung] öffne[n] sich langsam für bestimmte Gruppen. Afrikaner wurden entdeckt nach den letzten Zahlen, dass man denkt, man muss für diese Zielgruppe was tun. Aber alle anderen Gruppen werden sträflich vernachlässigt.“ (Ex-15, S.7)

6.2 INANSPRUCHNAHME VON GESUNDHEITSFÖRDERLICHEN LEISTUNGEN

Derzeit können gesicherte Aussagen darüber, welche gesundheitlichen Vorsorgeleistungen von MigrantInnen in Anspruch genommen und wie umfangreich diese genutzt werden, aufgrund des Mangels an wissenschaftlichen Studien nur in wenigen Bereichen gemacht werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass MigrantInnen Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung deutlich seltener als die Allgemeinbevölkerung in Anspruch nehmen, so dass eine Unterversorgung in diesem Bereich vorliegt (vgl. Wimmer-Puchinger/Wolf/Engleder 2006, S.886-888; Borde 2006, S.122; Brucks/Wahl 2003, S.16, Bundesweiter Arbeitskreis 2005, S.3).

Ergebnisse einer Querschnittsstudie in der Stadt Bielefeld bestätigen die Tendenz aus der einschlägigen Literatur. Diese Studie wurde im Jahr 2002 durchgeführt, wobei deutsche und ausländische Eltern von SchulanfängerInnen nach ihrer Gesundheits- und Versorgungslage befragt wurden. Es wurden insgesamt zwölf Schulen ausgewählt, die den Anteil von MigrantInnen in der Bevölkerung und einen mittleren Sozialstatus der Wohnbevölkerung darstellten (vgl. Zeeb et al 2004, S.77f.). Menschen mit Migrationshintergrund gaben in dieser Untersuchung an, gesundheitliche Vorsorgemaßnahmen generell weniger als die deutsche Bevölkerung zu nutzen. Besonders Maßnahmen der Krebsfrüherkennung und der Zahnprophylaxe erreichten Frauen mit Migrationshintergrund seltener als deutsche Frauen. Ebenso nahmen schwangere Migrantinnen Vorsorgeuntersuchungen im Gegensatz zu deutschen Frauen weniger in Anspruch (vgl. Zeeb et al. 2004, S.80f.).

Ein positives Beispiel der Inanspruchnahme von präventiven Maßnahmen ist der Impfstatus von Kindern mit Migrationshintergrund. Bei den Standardimpfungen ist dieser ähnlich wie bei deutschen Kindern; bei Kinderkrankheiten wie Mumps, Masern und Röteln liegt ihre Durchimpfungsrate sogar über der der deutschen Bevölkerung (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2005, S.146).

In der genannten Bielefelder Studie korrelierte neben dem Geschlecht die Häufigkeit der Nutzung von Vorsorgemaßnahmen positiv mit der Aufenthaltsdauer und einem hohen sozioökonomischen Status (vgl. Keller 2004, S.66 und 76). Männer, Deutsche wie Migranten, nahmen präventive Angebote im Gegensatz zu Frauen deutlich weniger in Anspruch, was sich vor allem bei der Zahnprophylaxe zeigte (vgl. Zeeb et al. 2004, S.81).

6.3 NETZWERKE UND PROJEKTE DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR MIGRANTINNEN

6.3.1 NETZWERKE AUF BUNDES-, LANDES- UND KOMMUNALEBENE

Auf Bundesebene ist der bundesweite Arbeitskreis *Migration und öffentliche Gesundheit* als bedeutendes Netzwerk der Gesundheitsförderung für MigrantInnen zu nennen. Dieser Facharbeitskreis besteht seit 1994 und wird von der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration koordiniert. Er stellt ein Netzwerk der gesundheitsorientierten Institutionen auf Kommunal-, Landes- und Bundesebene dar und setzt sich aus ExpertInnen dieser Institutionen zusammen, die durch die ressortübergreifende Zusammenarbeit die entstehenden Synergieeffekte sowohl für die eigene Arbeit als auch für die Beratung weiterer Akteure im Gesundheitswesen nutzen. Ziel des Arbeitskreises ist die Herstellung von gesundheitlicher Chancengleichheit in der Gesundheitsvorsorge und -versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund. Dies soll vor allem durch die *interkulturelle Öffnung*¹⁶ von öffentlichen Gesundheitsdiensten erreicht werden (vgl. Bundesweiter Arbeitskreis 2005). Zur Unterstützung der interkulturellen Öffnung hat der Arbeitskreis im Jahre 2000 das „Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt“ veröffentlicht. Es ist als Ratgeber zu verstehen, der interkulturelle Fragen in der Arbeit mit MigrantInnen anhand von Praxisbeispielen näher erläutert.

Auf Länder- und Kommunalebene ist das bundesdeutsche *Gesunde Städte-Netzwerk* ein wichtiger Akteur der Gesundheitsförderung für MigrantInnen. Es ist Bestandteil der internationalen WHO-Initiative „Healthy Cities“, die mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986 ins Leben gerufen wurde. Die Gründung dieses Netzwerkes basiert auf der Annahme, dass Menschen in Ballungsräumen einem hohen gesundheitlichen Gefährdungspotential ausgesetzt sind. Ziel dieses Netzwerkes, das 1989 in Frankfurt am Main gegründet wurde, ist die Zusammenführung kommunaler Akteure der Gesundheitsförderung, um die gesundheitliche Situation von MigrantInnen durch intersektorale Partnerschaften zu verbessern. Derzeit sind 62 Städte, Kreise und Bezirke mit ihren Mitgliedern in diesem Zusammenschluss freiwillig aktiv. Im Jahre 2002 haben die Mitglieder des Netzwerkes die Gründung von Kompetenzzentren für

¹⁶ Die interkulturelle Öffnung von Gesundheitseinrichtungen wird im Abschnitt 8.1 ausführlich dargestellt.

Schwerpunktt Themen beschlossen. Von diesen insgesamt acht Zentren sind die Stadt Frankfurt am Main und der Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg für das Thema Migration und öffentliche Gesundheit verantwortlich (vgl. Gesundes Städte-Netzwerk 2006a). Die beiden Städte zeichnen sich in ihrer Arbeit durch die interdisziplinäre Vernetzung von Einrichtungen und Akteuren auf kommunaler bis hin zur europäischen Ebene aus. Sie betreiben zudem durch die Veranstaltung von Fach- und Gesundheitskonferenzen intensive Öffentlichkeitsarbeit. Die Stadt Frankfurt setzt ihren strategischen Schwerpunkt in der Gesundheitsförderung und Prävention auf die Bürgerbeteiligung, den Setting-Ansatz und die Unterstützung von Selbsthilfegruppen (vgl. Gesundes Städte-Netzwerk 2006b). Der Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg hat im Jahre 1996 ein „Interkulturelles Gesundheitsnetzwerk“ ins Leben gerufen, das Migrantinnenorganisationen und öffentlichen Gesundheitsdiensten auf kommunaler Ebene vernetzt. Dieses Gesundheitsnetzwerk zählt den Sprach- und Kulturmittlerdienst in Form eines Gemeindedolmetschdienstes, die Bereitstellung eines Gesundheitswegweisers, die Einrichtung einer Datenbank mit migrationsspezifischen Informationen und die Unterstützung des Laienpotentials von MigrantInnen zu seinen Kernaufgaben (vgl. Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg 2006, S.17-20).

Öffentlichkeitsarbeit

Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit finden vielfältige Aktivitäten statt, die allesamt die Thematisierung gesundheitsförderlicher Belange von MigrantInnen zum Ziel haben. Dazu zählen die Lobbyarbeit von Migrantinnenorganisationen, die Veröffentlichung von Fachpublikationen und die Veranstaltung von Gesundheitskonferenzen, Fachtagungen und Kongressen. Des Weiteren die Einrichtung von Arbeitsgruppen und Forschungsnetzwerken sowie die Veranstaltung von Aktionstagen und Ausstellungen. Diese Aktivitäten dienen dazu, den Kontakt zwischen den relevanten Akteuren aus der Gesundheitsförderung, der Politik, den Medien und der Verwaltung herzustellen. Sie schaffen darüber hinaus Rahmenbedingungen, um einen öffentlichen Diskurs über die gesellschaftspolitischen Herausforderungen der Migration anzuregen. Im Folgenden werden ein wichtiges Forschungsnetzwerk, zwei Fachpublikationen und ein bedeutender Kongress im Bereich Migration und Gesundheit vorgestellt.

Auf europäischer Ebene ist das *Europäische Migrationsnetzwerk (EMN)* zu erwähnen, welches im Jahr 2002 eingerichtet wurde. Aufgabe dieses Netzwerkes ist die Forschung, Analyse und Dokumentation zu den Themen Migration und Asyl auf europäischer und nationaler Ebene. Das EMN ist in nationale Kontaktpunkte untergliedert und stellt vergleichbare Informationen über die Entwicklung der Migration zur Verfügung. Die nationalen Kontaktpunkte bereiten die ermittelten Daten in Form von jährlichen

Analyseberichten auf. In Deutschland wird diese Funktion vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge wahrgenommen (vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge o.J.).

Seit dem Jahre 2000 veröffentlicht die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gemeinsam mit dem bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit den *Info-Dienst Migration und öffentliche Gesundheit*, um den Erfahrungsaustausch zwischen den beteiligten Akteuren im Gesundheitswesen zu fördern. Dieser wird im Internet ständig aktualisiert und erscheint viermal jährlich als Printversion. In jeder Ausgabe werden Tagungen und Fortbildungen sowie neue Veröffentlichungen und Projekte im Bereich Migration und Gesundheit vorgestellt (vgl. BZgA 2006c).

Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) hat im Jahre 2003 den *Innovationspreis Gesundheit* für den Themenschwerpunkt Migration und Gesundheit vergeben. Die prämierten Projekte hatten als Forschungsschwerpunkte die Vorsorge von schwangeren Migrantinnen, die Versorgung von älteren MigrantInnen und den gesundheitlichen Zustand von ausländischen Eltern mit Kindern im einschulungspflichtigen Alter (vgl. Hinz/Keller/Reith 2004).

Die wichtigste öffentliche Plattform in der Diskussion über sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen in der Bundesrepublik stellt der bundesweite Kongress *Armut und Gesundheit* dar. Die Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Gesundheit Berlin e.V. veranstaltet seit 1995 jährlich diesen Kongress, der sich an VertreterInnen aus Politik, Wissenschaft und Verwaltung sowie an Akteure von Initiativen, freien Trägern, öffentlichen Gesundheitsdiensten und Krankenkassen sowie an Betroffene richtet. Ein bedeutender Schwerpunkt ist regelmäßig das Thema Migration und Gesundheit. Der Kongress fand in diesem Jahr zum zwölften Mal statt und konnte über 1.800 TeilnehmerInnen verzeichnen (vgl. Gesundheit Berlin 2006b).

6.3.2 PROJEKTE DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR MIGRANTINNEN

Gesundheitsförderliche Projekte für Menschen mit Migrationshintergrund können in folgenden Angebotsarten unterteilt werden:

- Praxisdatenbanken, die der Netzwerkbildung, Professionalisierung und Qualitätsentwicklung von gesundheitsförderlichen Angeboten dienen.
- Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit, die die Vernetzung von lokalen Akteuren sowie die Stärkung von Nachbarschaften fördert.
- Selbsthilfeangebote, die die aktive Gestaltung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten unterstützen.
- Mediatorenkonzepte, in denen Menschen mit Migrationshintergrund und entsprechender Qualifikation gesundheitsbezogene Informationen innerhalb von bestimmten Zielgruppen verbreiten.
- Dolmetscherdienste, die den Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen und öffentlichen Sozial- und Gesundheitsdiensten erleichtern.
- Fremdsprachige Informations- und Aufklärungsmaterialien, die zur Aufklärung über das Gesundheitswesen und -themen dienen sowie
- zahlreiche Beratungs-, Bildungs-, Versorgungs- und Freizeitangebote, die sich an individuellen Lebenslagen orientieren und auf die Verbesserung von gesundheitsfördernden Lebensweisen zielen.

Nachfolgend werden ausschließlich Projekte und Angebote dargestellt, die bestimmten Qualitätskriterien unterliegen. Sie stammen entweder aus der Projektdatenbank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Praxisdatenbank der Sozialen Stadt oder sind in anderer Weise durch qualitative Merkmale gekennzeichnet.¹⁷

Praxisdatenbanken

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelt Strategien zur gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung und setzt bundesweite, massenmediale Präventionskampagnen um. Sie steht unter der Dienst- und Fachaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Die BZgA hat im Jahre 2003 die Online-Fachdatenbank *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* ins Leben gerufen (vgl. BZgA 2006a). Im Auftrag der Bundeszentrale dokumentiert Gesundheit Berlin e.V.

¹⁷ Nach abgeschlossener Dokumentenanalyse der vorliegenden Arbeit ist ein Handbuch erschienen, das vom bundesweiten Arbeitskreis *Migration und öffentliche Gesundheit* erarbeitet wurde und ebenfalls Projekte guter gesundheitsförderlicher Praxis für MigrantInnen vorstellt (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2006).

systematisch und aktuell bundesweit Angebote für die Zielgruppe sozial Benachteiligter, zu der auch ein Teil der MigrantInnen gehört (siehe Abschnitt 3.5). Bei der Dokumentation der Angebote wird kein Anspruch auf Repräsentativität erhoben. Der Qualität der erfassten Projekte wird dadurch Rechnung getragen, dass diese nach den Kriterien der *Good Practice* bewertet werden. *Good Practice* gilt in der Gesundheitsförderung als bedeutendes Qualitätsmerkmal. Bei diesem Qualitätsmerkmal handelt es sich nach Gabi Bartsch um einen partizipativen Prozess, in dem anhand der Auswahl von guten Praxisbeispielen die Professionalisierung und Qualifizierung von gesundheitsförderlichen Angeboten gefördert werden soll. Die Prozesshaftigkeit dieser „partizipativen Qualitätsentwicklung“ wurde von der Autorin anhand eines Entwicklungszirkels dargestellt (siehe hierzu Bartsch 2005, S.134). Durch die fachliche Diskussion über konkrete Projekte soll die Übertragung der Erkenntnisse in andere Handlungsfelder und die Erstellung von theoretischen Konzepten ermöglicht werden. Hierüber wird eine qualitative Verbesserung der Angebote angestrebt (vgl. Bartsch 2005, S.132ff.). Zu den Kriterien der *Good Practice* gehören unter anderem die eindeutige Zielgruppendefinition, die Nachhaltigkeit der Maßnahme, die Partizipation der Betroffenen, die Netzwerkbildung mit weiteren Akteuren, die Verortung der entsprechenden Maßnahme in einem definierten Setting sowie die Dokumentation und Evaluation der Projekte (vgl. BZgA 2005, S.16ff.). Dieses Qualitätssiegel wird einem Projekt verliehen, wenn es mindestens einem der genannten Kriterien entspricht.

In der Fachdatenbank *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* waren im November 2006¹⁸ insgesamt über 2.800 gesundheitsförderliche Angebote dokumentiert, wovon jedoch nur 32 das Qualitätsmerkmal der *Good Practice* erhielten.

In einer Fokusauswertung dieser Projektdatenbank im Februar 2005 wurden 877 Projekte identifiziert, die explizit MigrantInnen als Zielgruppe für gesundheitsförderliche Angebote definiert hatten. Dies entsprach einem Drittel aller Angebote (vgl. Bunge/Meyer-Nürnberg/Kilian 2006, S.893f.). Die Zielgruppe der MigrantInnen schließt in dieser Datenbank AsylbewerberInnen, AussiedlerInnen, Flüchtlinge und Menschen mit ungesichertem Aufenthaltsstatus („Illegale“) mit ein.

Das Bund-Länder-Programm *Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf- die Soziale Stadt* existiert seit 1999 und stellt ein Programm zur Förderung der integrativen Stadtteilentwicklung dar, das die Verbesserung der Lebensbedingungen in Stadtteilen mit ökonomischen, sozialen und die Umwelt betreffenden Problemlagen zum Ziel hat. Mit der

¹⁸ Stand der BZgA-Fachdatenbank *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=314d79cbf45e2d86f27f926215cd2e2f&id=suche&ssub=1> am 30.11.2006.

Umsetzung des Projektes ist das Deutsche Institut für Urbanistik beauftragt. Durch den bundesweiten Wissenstransfer soll der Erfahrungsaustausch und die Netzwerkbildung zwischen den relevanten Akteuren gefördert werden. Das Programm ist in 13 inhaltliche Handlungsfelder eingeteilt, wovon Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte einen Schwerpunkt darstellt (vgl. Bundestransferstelle Soziale Stadt 2006a). Das Programm *Soziale Stadt* stellt ebenfalls eine bundesweite Praxisdatenbank zur Verfügung, in der sich auch Projekte der Gesundheitsförderung vorstellen. Es wird hierbei kein Anspruch auf Repräsentativität erhoben. In diese Datenbank werden ausschließlich Projekte aufgenommen, die bestimmte Kriterien eines strategischen und inhaltlichen Handlungsfeldes erfüllen (vgl. Bundestransferstelle Soziale Stadt 2006b). Zu den Handlungsfeldern zählt in strategischer Hinsicht beispielsweise die Bündelung von Ressourcen oder die Partizipation von Betroffenen. Inhaltliche Handlungsfelder sind unter anderem die Ausrichtung eines Projektes auf die Verbesserung der Bildungs- und Umweltbedingungen sowie unmittelbare Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Auch diese Datenbank verleiht Projekten das Qualitätssiegel der *Good Practice*. Im November 2006¹⁹ waren bundesweit 18 Projekte mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung dokumentiert. Vier hiervon benannten ausdrücklich „AusländerInnen“ als Zielgruppe.

Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit

Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit stellt ein Arbeitsprinzip der Sozialen Arbeit dar und orientiert sich an sozialen und gesundheitlichen Problemen in Stadtteilen oder Quartieren (vgl. Trojan 2003a, S.65). Durch diesen Ansatz wird versucht, die Bevölkerung zu erreichen, die sich im Alltag durch sonstige Angebote der Gesundheitsförderung nicht angesprochen fühlt. Die nachfolgenden Beispiele üben diesen Ansatz über das niederschwellige Angebot interkultureller Begegnungsstätten aus, die sich als Anlaufstellen der Gesundheitsvorsorge verstehen.

In der Evaluierungsphase des Programms Soziale Stadt (Juni 1999- Februar 2003) wurde dem Projekt *Gesundheitshaus in Bismarck* das Qualitätsmerkmal der *Good Practice* für die Partizipation von MigrantInnen, den Empowerment-Ansatz und ein innovatives Konzept verliehen. Das Gesundheitshaus besteht seit dem Jahr 1997 in Gelsenkirchen und hat explizit auch Menschen mit Migrationshintergrund als Zielgruppe. Durch mehrsprachige Informationsbroschüren und Gesprächskreise wird hier speziell auf den Aufklärungsbedarf an gesundheitsbezogenen Themen eingegangen. Mitarbeiter dieser Begegnungsstätte suchen Menschen mit Migrationshintergrund auch zu Hause auf

¹⁹ Projektstand der Datenbank *Soziale Stadt* unter <http://www.sozialestadt.de/praxisdatenbank/suche/index.php> am 30.11.2006. Die Namen der Projekte lauteten: „Gesundheitshaus in Bismarck“, „Mutter-Kind-Turnen“ (beide in NRW), „Bayouma-Haus“ und „Gesund essen mit Freude“ (beide in Berlin).

und bieten Unterstützung in alltäglichen Bereichen wie z.B. Formulare ausfüllen oder gesundheitliche Beratung (vgl. Deutsches Institut für Urbanistik 2003, S.87-90).

Ein weiteres positives Beispiel der gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit ist das von der Arbeiterwohlfahrt Friedrichshain-Kreuzberg getragene interkulturelle *Bayouma-Haus* in Berlin, welches ebenfalls in der Praxisdatenbank der *Sozialen Stadt* geführt wird. Es existiert seit 1995 und wurde für die Integration von MigrantInnen im Jahr 2002 von dem ehemaligen Bundespräsidenten und der Bertelsmann-Stiftung ausgezeichnet. Diese Begegnungsstätte versteht sich als interkulturelle Anlaufstelle für soziale und gesundheitliche Angelegenheiten (vgl. AWO 2006a). Neben fremdsprachigen Aufklärungsmaterialien und Beratungsangeboten zeichnet sie sich vor allem durch die Kooperation mit anderen kommunalen Gesundheitseinrichtungen aus. In dem Projekt „Nachbarn öffnen ihre Türen“ wurde auf Gegenseitigkeit beruhend eine Datenbank für alle erdenklichen Hilfeleistungen eingerichtet, die im Bedarfsfall von MigrantInnen und ihren deutschen Nachbarn in Anspruch genommen werden können. Dieses Projekt wird vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge gefördert (vgl. AWO 2006b und c).

Beide Begegnungsstätten verfolgen das innovative „unter einem Dach“- Konzept. Neben der Zielgruppe der MigrantInnen und den unterschiedlichen Angeboten für diese Zielgruppe, stellen auch die Kinder- und Seniorengesundheit weitere Schwerpunkte dar.

Selbsthilfe

Selbsthilfe findet in vielen Kulturen in individueller Form innerhalb persönlicher Netzwerke wie der Familie, dem Freundeskreis oder Nachbarschaften statt (siehe Laiensystem im Abschnitt 5.3.3). In Deutschland basiert das Prinzip der Selbsthilfe jedoch auf organisierten und kollektiven sozialen Hilfeleistungen, die vor allem durch die Wohlfahrtspflege erbracht werden. Für die Gesundheitsförderung in Deutschland sind hauptsächlich organisierte Aktivitäten durch Selbsthilfegruppen von Bedeutung, da diese eine wichtige Lobbyfunktion ausüben (vgl. Trojan 2003b, S.202f.).

Der bundesweite Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit beschreibt in seinem Positionspapier aus dem Jahr 2005, dass für MigrantInnen derzeit Selbsthilfegruppen in den Bereichen „Behinderung/behinderte Kinder, Frauengesundheit, Diabetes, ältere Migrantinnen und Sucht“ (Bundesweiter Arbeitskreis 2005, S.4) vorzufinden sind. Die Zahl dieser Selbsthilfegruppen wird dabei jedoch als gering eingeschätzt, wobei es vor allem an organisierten Hilfen mangelt, in denen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund gemeinsam vertreten sind (vgl. Bundesweiter Arbeitskreis 2005, S.4).

Mediatorenkonzepte

Unter Mediatoren versteht man in der Gesundheitsförderung im Gegensatz zu Multiplikatoren nicht nur Personen, die Informationen in der Zielgruppe verbreiten, sondern Schlüsselpersonen, die auch zwischen der Zielgruppe und den Akteuren der Gesundheitsförderung im Kommunikationsprozess vermitteln. In der Kommunikation mit MigrantInnen zeichnen sich Mediatoren vor allem dadurch aus, dass sie als Angehörige der Zielgruppe gesundheitsförderliche Botschaften in ihre Community transferieren und hierbei eine Vorbildfunktion ausüben. Der gemeinsame sprachliche und kulturelle Hintergrund fördert die Akzeptanz, Identifikation und Glaubwürdigkeit innerhalb der Empfängergruppe (vgl. Lehmann/Sabo 2003, S.154f.). Die Bedeutung von Mediatoren als Kontaktpersonen in der gesundheitsförderlichen Arbeit mit MigrantInnen wurde von allen ExpertInnen geteilt und wird im Folgenden anhand der Aussage einer Interviewpartnerin dargestellt:

„Es wäre gut, wenn Vertreter von solchen Einrichtungen [Migrantenvereinen] mitkommen und sagen ‚Ich bin dafür zuständig, wenn ihr mehr Fragen habt, dann könnt ihr zu mir kommen‘. Dass man sich vorstellt und Gesicht zeigt. Das ist immer wichtig, dass das mit der Muttersprache zu tun hat und dass man eine Keyperson aus dem Bereich kennt, damit man an diese Gruppe rankommt. [...] Es muss immer eine Kontaktperson geben, damit es funktioniert. Das ist ein wesentliches Thema.“ (Ex-I5, S.6)

Ein gutes Beispiel für den Einsatz des Mediatorenkonzeptes ist das Gesundheitsprojekt *MiMi-Mit Migranten für Migranten*. Es wurde im Auftrag des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK) von August 2003 bis Juli 2004 vom Ethnomedizinischen Zentrum Hannover als Pilotprojekt in den Bundesländern Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen durchgeführt (vgl. Menkhaus/Salman/Hohmann 2005, S.11). Seit Dezember 2005 findet dieses Projekt mittlerweile in insgesamt neun Bundesländern statt und läuft noch bis Juni 2007. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration hat hierfür die Schirmherrschaft übernommen (vgl. BKK 2006a). Ziel des Projektes ist es, das deutsche Gesundheitswesen für Menschen mit Migrationshintergrund transparenter zu gestalten, ihre Ressourcen durch gezielte Informationen zu stärken und die Zugangsbarrieren durch aufsuchende Arbeit zu verringern, so dass für MigrantInnen mehr Chancengleichheit im Gesundheitssystem herbei geführt wird (vgl. Menkhaus/Salman/Hohmann 2005, S.9f.). Das Ethnomedizinische Zentrum Hannover qualifiziert nach dem Mediatorenansatz MigrantInnen als interkulturelle Gesundheitsmediatoren und setzt diese als Schlüsselpersonen in der Kommunikation mit definierten Zielgruppen ein, die aus sieben Sprach- und Kulturgruppen bestehen (vgl. Menkhaus/Salman/Hohmann 2005, S.69). Das

Mediatorenkonzept basiert auf einer möglichst hohen Übereinstimmung zwischen dem Absender und dem Mediator, damit die Weitergabe der Informationen auf kompetente und in beabsichtigter Weise des Absenders übermittelt wird (vgl. Lehmann/Sabo 2003, S.155). Voraussetzung für die Aufnahme von MigrantInnen in das Projekt ist deshalb ihr Interesse an Gesundheitsthemen, gute Sprachkenntnisse in der Muttersprache und im Deutschen, eine bestimmte berufliche oder schulische Qualifikation sowie ein hoher Sozialindex. Die Ausbildungscurricula der Schulungsmaßnahmen orientieren sich an gesundheitlich relevanten Themen (z.B. Bewegung, Ernährung, Umgang mit Tabak und Alkohol, seelische Gesundheit). Die ausgebildeten MediatorInnen führen an 16 unterschiedlichen Standorten im Bundesgebiet Kampagnen durch und informieren hierbei gezielt Menschen mit dem gleichen kulturellen Hintergrund über Gesundheitsthemen. Die Kampagnen können dabei an unterschiedlichen Veranstaltungsorten durchgeführt werden, z.B. in Beratungsstellen, Kulturzentren, Schulen oder religiösen Einrichtungen (vgl. BKK 2006b). Im Endbericht der Pilotphase sind die ersten Ergebnisse des Projektes dargestellt: 90% der TeilnehmerInnen haben die Schulung erfolgreich beendet, wobei über 80% Frauen waren (vgl. Menkhaus/Salman/Hohmann 2005, S.32f.). Die insgesamt 63 durchgeführten Veranstaltungen wurden von den ausführenden MediatorInnen wie den ZuhörerInnen überwiegend als positiv und lehrreich angesehen (vgl. Menkhaus/Salman/Hohmann 2005, S.64-66).

Die breite Angebotsstruktur des Gesundheitsprojektes *MiMi-Mit Migranten für Migranten* wird durch seine Dokumentation in der BZgA-Fachdatenbank deutlich: Es wurde in den Bereichen Beratungs- und Bildungsangebote, für die Erstellung der Materialien, als Veranstaltungsreihe und für seine Gemeinwesenorientierung mit dem Merkmal der *Good Practice* ausgezeichnet (vgl. BZgA 2006b).

Dolmetscherdienste

Dolmetschen ist die mündliche Form der Sprach- und Kulturmittlung. Mithilfe dieser Methode wird im Gesundheitswesen versucht, sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme von MigrantInnen zu überwinden. Das Dolmetschen ist dabei als Ersatz der persönlichen Kommunikation zu verstehen, die eine Grundvoraussetzung für den Kontakt mit Einrichtungen des Gesundheitswesens darstellt. Dolmetscherdienste im medizinischen und sozialen Bereich werden von zahlreichen Akteuren wie Wohlfahrtsverbänden (z.B. Caritas), Nicht-Regierungsorganisationen (z.B. Refugio e.V.), Gesundheitsämtern (z.B. in Bremen und München) oder Krankenhäusern (z.B. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Charité Berlin) angeboten.

Ein weiterer Akteur in diesem Bereich sind die nichtstaatlichen Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung. Hier ist vor allem Gesundheit

Berlin e.V. zu nennen, die als Träger das Modellprojekt eines *Gemeindedolmetschdienstes* im Jahre 2003 initiiert hat. Das Projekt wird von der EU-Gemeinschaftsinitiative Equal²⁰ gefördert. Dieser Dolmetscherdienst hat Menschen mit Migrationshintergrund in einem siebenmonatigen Lehrgang als Gemeindedolmetscher qualifiziert, die im sozialen oder medizinischen Bereich zur Kommunikation in 16 Sprachen angefordert werden können (vgl. Gesundheit Berlin 2006a).

Fremdsprachige Informations- und Aufklärungsmaterialien

Fremdsprachige Informations- und Aufklärungsmaterialien werden von zahlreichen Institutionen bereitgestellt. Hierzu zählen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Gesundheitsämter, Verbände der Wohlfahrtspflege sowie zahlreiche Krankenkassen. Im Folgenden werden zwei Akteure genannt, die derzeit die umfangreichsten fremdsprachigen Materialien zur Verfügung stellen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat für ihre Schwerpunktkampagne „Gib AIDS keine Chance“ bereits in den Jahren 1987/88 kulturadaptierte Medien für türkische MigrantInnen bereit gestellt, da diese Bevölkerungsgruppe am stärksten in Deutschland vertreten war (vgl. Müller 1999). Zu dem heutigen Angebot der Bundeszentrale gehören fremdsprachige Informationsmaterialien in den Schwerpunktbereichen AIDS-Prävention, Suchtvorbeugung, Sexualaufklärung und Familienplanung, welche in 14 Sprachen zur Verfügung gestellt werden. Diese schriftlichen Informationen richten sich an MultiplikatorInnen, die diese Materialien kostenlos bei der BZgA bestellen können (vgl. BZgA 2002).

Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) hat im Jahr 2005 den Wegweiser *Gesundheit Hand in Hand* veröffentlicht, der die Struktur des deutschen Gesundheitswesens in fünf Sprachen erläutert. Neben den Angeboten des Gesundheitswesens werden ausgewählte Bereiche zu den Themen Gesundheit und Krankheit vorgestellt. Dieser Wegweiser ist Bestandteil des Gesundheitsprojektes *MiMi-Mit Migranten für Migranten* und wird während der Kampagnen an die TeilnehmerInnen weitergegeben (vgl. BKK 2005). An der Erstellung des Wegweisers waren über 40 ExpertInnen beteiligt, jedoch konnte dieser aufgrund der verspäteten Fertigstellung nicht in die Evaluation der Pilotphase des Projektes miteinbezogen werden (vgl. Menkhaus/Salman/Hohmann 2005, S.22).

²⁰ Diese europäische Initiative zielt auf die Verbesserung der Situation von MigrantInnen am Arbeitsmarkt und hat vor allem die Bekämpfung der Diskriminierung zum Ziel (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales o.J.).

Beratungs- Bildungs-, Freizeit- und Versorgungsangebote

Die Fachdatenbank der BZgA bietet eine detaillierte Recherche der zahlreichen gesundheitsförderlichen Angebote für MigrantInnen. Im Dezember 2006²¹ wurden die dokumentierten Projekte von der Verfasserin nach den unterschiedlichen Angebotsarten recherchiert.

Die gesundheitsförderlichen Beratungsangebote waren dabei mit über 480 Treffern sehr umfangreich. Diese richteten sich an Menschen mit unterschiedlichen Nationalitäten wie z.B. an MigrantInnen aus Russland oder Afrika und hatten unterschiedliche Schwerpunkte wie beispielsweise Familienplanung oder Suchtprävention. Darüber hinaus war zu erkennen, dass sich die Angebote auch nach dem politischen Status der MigrantInnen unterschieden, so gab es z.B. spezielle Gesundheitsberatungen für Spätaussiedler oder Flüchtlinge. Von den insgesamt 480 Angeboten entsprachen jedoch nur sieben den Kriterien der *Good Practice*. Zwei dieser Angebote richteten sich in erster Linie an türkische Mädchen und Frauen, die anderen fünf hatten hauptsächlich Mädchen und Frauen mit Migrationshintergrund als Zielgruppe. Drei dieser Projekte hatten als thematischen Schwerpunkt sexuelle Gesundheit und Familiengesundheit, eines den Umgang mit Depressionen, die anderen drei stellten gemeinwesenorientierte Angebote dar.

Der Bereich Bildung war mit knapp 300 Angeboten weniger umfangreich. Die Projekte, die mit dem Qualitätsmerkmal der *Good Practice* ausgezeichnet waren, entsprachen bis auf eines den Kriterien der Beratungsangebote.

Angebote der Freizeitgestaltung waren umfassend (über 240 Treffer), jedoch erfüllten nur drei den Qualitätsanspruch. Die Angebote richteten sich überwiegend an Schulkinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund.

Keines der 80 aufgeführten Versorgungsangebote entsprach den Kriterien der *Good Practice*. Das Spektrum der Angebote reichte von Wohnprojekten, der Versorgung mit Lebensmitteln und Ernährungskursen sowie der allgemeinen medizinischen Versorgung hin zur Jugendarbeit und Familienberatung.

²¹ Stand der Fachdatenbank *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=cd9e53878d38b4cb0cba375fc8c1b4de&id=suche> am 14.12.2006.

6.4 FORSCHUNGSSTAND DER GESUNDHEITSFÖRDERUNGSANGEBOTE FÜR MIGRANTINNEN

Im Gegensatz zu Deutschland ist in einigen Ländern wie dem Vereinigten Königreich, den Niederlanden und Schweden die Forschung zum Thema soziale Benachteiligung und Gesundheit sowie die Entwicklung von Interventionskonzepten bereits seit längerem etabliert (vgl. Mielck 2005, S.91). In den Niederlanden existieren beispielsweise seit 20 Jahren Dolmetscherzentralen für den sozialen und gesundheitlichen Bereich. Mittlerweile stehen dort sechs Zentren mit mehr als 750 qualifizierten Dolmetschern in fast 90 Sprachen zur Verfügung (vgl. Drenthen 2000, S.254ff.).

Der deutsche Forschungsstand der Gesundheitsförderung für MigrantInnen spiegelt sich in dem Positionspapier des bundesweiten Arbeitskreises *Migration und öffentliche Gesundheit* wider. Der Arbeitskreis beschreibt die Unterversorgung von MigrantInnen im Bereich der präventiven Gesundheitsleistungen und nennt Barrieren bei der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Hierzu zählt der oftmals ungesicherte rechtliche Status von MigrantInnen und die dadurch eingeschränkte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Des Weiteren fordert der Arbeitskreis eine Verbesserung der institutionellen Bedingungen im ambulanten und stationären Sektor sowie die Verbesserung der Datenlage durch migrationsspezifische Gesundheitsberichterstattung (vgl. Bundesweiter Arbeitskreis 2005, S.2-8).

In der bereits genannten Fokusauswertung der BZgA-Datenbank *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* wurden im Februar 2005 sechs der insgesamt 877 Projekte für MigrantInnen nach bestimmten Einschlusskriterien²² für ein leitfadengestütztes Telefoninterview ausgewählt. Die Fragen orientierten sich an den Merkmalen der *Good Practice* und waren auf den Zugang zu MigrantInnen ausgerichtet (vgl. Bunge/Meyer-Nürnberger/Kilian 2006, S.894). In der Untersuchung gaben die InterviewpartnerInnen an, dass eine gute Erreichbarkeit von MigrantInnen über bestehende Netzwerke im Stadtteil möglich sei. Aufgrund des meist geringen Sozial- und Bildungsstatus von MigrantInnen wurden niedrighschwellige Angebote mit einem konkreten Handlungsbezug in einem sozialen Rahmen empfohlen (z.B. Kochkurse mit integrierter Ernährungsberatung).

²² Die Projekte wurden aufgrund einer möglichst großen Varianz ausgewählt. Hierzu zählten das Spektrum der Angebote, die anvisierten Altersgruppen sowie die Handlungsfelder. Von Bedeutung war darüber hinaus nicht nur der Ansatz der Verhaltensprävention, sondern auch die Berücksichtigung der Verhältnisprävention. Als besonders relevant wurden die Handlungsbereiche Suchtprävention und Ernährung ausgewählt (vgl. Bunge/Meyer-Nürnberger/Kilian 2006, S.894).

Problematisch erschien vor allem die finanzielle Ausstattung der Projekte (vgl. Bunge/Meyer-Nürnberg/Kilian 2006, S.894-896). Die Studie kommt zu dem Schluss, dass

„soziokulturelle Faktoren und Migrationserfahrungen grundsätzlich bei der Entwicklung und Umsetzung von Multiplikatorenkonzepten stärker berücksichtigt werden [sollten], um Migranten und Migrantinnen wirkungsvoll einbinden zu können.“ (Bunge/Meyer-Nürnberg/Kilian 2006, S.896)

Die Ergebnisse und Handlungsempfehlungen dieser Fokusauswertung stehen im starken Kontrast zu den Resultaten einer Thüringer Studie aus dem Jahre 2003, die die generelle Struktur von gesundheitsförderlichen Angeboten untersuchte. Hier wurde festgestellt, dass überwiegend wissensorientierte Angebote im Bereich der Gesundheitserziehung vorherrschten, die

„[...] sich vorwiegend in städtischen Ballungsgebieten mit im Durchschnitt betrachtet zum Teil recht guter Infrastruktur, einer hohen Kaufkraft, einer hohen Bildungsstruktur und einer niedrigen Arbeitslosenquote finden [ließen].“ (Agethur 2003, S.2 zitiert nach Altgeld/Leykamm 2003, S.38)

Die Ergebnisse der Thüringer Studie zur Struktur von gesundheitsförderlichen Maßnahmen lassen erahnen, dass bei den Angeboten für MigrantInnen noch eine große Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit besteht. Die vorherrschenden Angebote waren eindeutig an der Mittelschicht der Allgemeinbevölkerung orientiert und berücksichtigten somit nicht ausreichend die Lebenslagen einer Vielzahl von Menschen mit Migrationshintergrund.

6.5 KULTURSENSIBILITÄT GESUNDHEITSFÖRDERLICHER ANGEBOTE FÜR MIGRANTINNEN

In der Gesundheitsförderung, wie im Gesundheitswesen allgemein, ist neben den sprachlichen Barrieren für Menschen mit Migrationshintergrund mittlerweile auch ein Bewusstsein für einen weiteren hemmenden Faktor in der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen entstanden: die *kulturellen* Barrieren. Trotz einzelner Beispiele guter Praxis ist festzuhalten, dass sprachliche und kulturelle Aspekte in der Gesundheitsförderung insgesamt noch nicht ausreichend berücksichtigt werden (vgl. Korporal/Dangel-Vogelsang 2005, S.322; Pourgholam-Ernst 2005, S.180; Keller 2004, S.77). Deshalb sollen nachfolgend die gesundheitsförderlichen Angebote für MigrantInnen auf ihre *Kultursensibilität* überprüft werden.

Nachdem Maßnahmen der Gesundheitsförderung in den letzten Jahren an der vermeintlich homogenen Mittelschicht der Allgemeinbevölkerung ausgerichtet waren, besteht mittlerweile Konsens darüber, dass zur besseren Erreichbarkeit breiterer Bevölkerungsschichten Gesundheitsförderungsprogramme kultursensibel gestaltet sein

sollten (vgl. Resnicow et al. 1999, S.10; Altgeld 2006, S.49; Mielck 2005, S.74). In Bezug auf das Gesundheitsverhalten nehmen kulturelle Faktoren unter anderem Einfluss auf allgemeine Lebensweisen und Gewohnheiten, die Akzeptanz von gesundheitsförderlichen Maßnahmen und die Umsetzung gesundheitsorientierter Verhaltensweisen in den Alltag (vgl. Kreuter et al. 2003, S.134; Lafaille 2003, S.141).

Unter *Kultursensibilität* in der Gesundheitsförderung versteht man den Grad, inwieweit kulturelle Charakteristika wie z.B. die Sprache, Traditionen, Normen und Werte bei der Planung, Gestaltung, Implementierung und Evaluierung von Projekten berücksichtigt werden (vgl. Resnicow et al. 1999, S.10). Kulturelle Sensibilität setzt dabei ein bestimmtes Interesse sowie Offenheit und Toleranz in der Begegnungen mit Menschen, die einen anderen kulturellen Hintergrund haben, voraus (vgl. Priebe 1999). Hierauf wurde im Kapitel 4 bereits ausführlich eingegangen. Grundsätzlich werden zwei Strukturen der Kultursensibilität unterschieden: Oberflächliche, die die *Durchführbarkeit* von Maßnahmen beeinflussen wie beispielsweise die Identifizierung von geeigneten Kanälen und Settings. Dieses Wissen ist insbesondere durch ExpertInnen erfahrbar und durch MediatorInnen mit dem gleichen kulturellen Hintergrund umsetzbar. Die tiefen Strukturen fordern darüber hinaus ein umfassendes Verständnis von sozialen, historischen und psychologischen Wirkungsmechanismen innerhalb einer Kultur und bestimmen die *Wirksamkeit* einer Maßnahme (vgl. Resnicow et al.1999, S.10).

In den Angebotsstrukturen der ausgewählten Beispiele sind vereinzelte Ansätze einer kulturell ausgerichteten Gesundheitsförderung zu erkennen, wie z.B. spezielle Beratungsangebote für die Zielgruppe der türkischen Mädchen und Frauen. Diese Art von Angeboten entspricht jedoch nicht einer *kultursensiblen*, sondern einer *kulturspezifischen* Gesundheitsförderung. Zum einen ist diese Art der Spezialisierung zu begrüßen, da kulturelle Unterschiede und unterschiedliche Bedarfe erkannt und akzeptiert werden (vgl. Schmacke 2002, S.558). Gleichwohl können spezielle Angebote auch der Stigmatisierung Vorschub leisten und Stereotype fördern, indem sie den Eindruck vermitteln, dass nicht *einzelne* Mitglieder einer Gruppe, sondern *alle* Mitglieder, die einen gemeinsamen sprachlichen und kulturellen Hintergrund haben, von bestimmten gesundheitlichen und sozialen Problemen betroffen sind (z.B. Suchtproblematik und Delinquenz von russischen Jugendlichen). Hierbei wird ebenfalls der Zusammenhang zwischen der sozialen Lage eines Individuums und seinem Gesundheitszustand übersehen (vgl. Weiss 2003, S.287). Bei der Planung von gesundheitsförderlichen Angeboten ist daher der Grad der Spezialisierung stets am Nutzen der Zielgruppe zu überprüfen (vgl. Schmacke 2002, S.558).

Wenn man die zuvor dargestellten Angebote guter gesundheitsförderlicher Praxis auf den Grad ihrer Kultursensibilität überprüft, so lässt sich feststellen, dass die Angebote weitestgehend oberflächliche Strukturen berücksichtigen. Dies ist z.B. durch die Wahl des Setting einer niederschweligen, interkulturellen Begegnungsstätte in der gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit oder die Ortswahl für die Veranstaltungen des Projektes *MiMi-Mit Migranten für Migranten* gelungen. Diese wurden unter anderem als offene Angebote in Kulturzentren, religiösen Einrichtungen oder in anderen Communities der MigrantInnen durchgeführt (vgl. BKK 2006b). Diese Faktoren sowie die Beschäftigung von MigrantInnen als MitarbeiterInnen in Einrichtungen des Gesundheitswesens oder der Einsatz von MediatorInnen in der Umsetzung von Angeboten fördern somit die Durchführbarkeit der jeweiligen Maßnahme.

Über die tiefen Strukturen der Kultursensibilität, die Einfluss auf die Wirksamkeit einer Maßnahme haben, kann jedoch keine Aussage getroffen werden, da die Projekte nicht oder nicht ausführlich in Bezug auf diesen Faktor dokumentiert und evaluiert wurden. Des Weiteren ist die Tiefe des Verständnisses von Kulturen schwer zu beurteilen. Bei Menschen mit demselben soziokulturellen Hintergrund ist dies natürlich am höchsten anzunehmen. Sobald sich jedoch Menschen mit Migrationshintergrund in den Gründen für die Migration, ihrem rechtlichen oder politischen Status im Aufnahmeland oder durch soziodemographische Faktoren wie dem Alter, Geschlecht, Familienstand oder der sozialen Lage unterscheiden, ist diese Übereinstimmung fraglich. Unbestritten ist die Verständigung der Kulturen in diesem Fall immer noch wahrscheinlicher als z.B. zwischen einer deutschen Mitarbeiterin im öffentlichen Gesundheitsdienst und einem Menschen, der gerade aufgrund von schwierigen sozialen und politischen Umständen sein Heimatland verlassen hat. Um die tatsächliche Wirkung und Nachhaltigkeit einer Maßnahme beurteilen zu können, bedarf es vor allem geeigneter Evaluierungsinstrumente, die soziokulturelle Wirkungsmechanismen stärker berücksichtigen.

6.6 DISKUSSION DER NETZWERKE UND PROJEKTE ANHAND DER OTTAWA-CHARTA

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung benennt drei wichtige Handlungsstrategien in der Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen und fünf primäre Handlungsfelder. Die Handlungsstrategien setzen sich aus der Anwaltschaft für Gesundheit, dem Befähigen und Ermöglichen sowie dem Vermitteln und Vernetzen zusammen (vgl. Kaba-Schönstein 2003, S.74). Diese Strategien sind auf verschiedenen Ebenen der Gesundheitsförderung angesiedelt, die als Handlungsfelder bezeichnet werden. Diese reichen von der gesamtpolitischen Ebene über die Stufe des

Gemeinwesens und den Institutionen und Gruppen bis hin zur Ebene der individuellen Gesundheitsförderung (vgl. Kaba-Schönstein 2003, S.74f.). Inwieweit die ausgewählten Angebote für MigrantInnen diese Handlungsstrategien berücksichtigen und auf welcher Ebene sie im Handlungsfeld angesiedelt sind, soll im Folgenden diskutiert werden.

Die erste Handlungsstrategie, das Übernehmen von Anwaltschaften für Gesundheit, beinhaltet, dass die in der Gesundheitsförderung Tätigen aktiv für die Verbesserung der Menschen umgebenden Verhältnisse und Verhaltensfaktoren eintreten (vgl. Kaba-Schönstein 2003, S.74). Diese Aktionsstrategie ist vor allem in den Kompetenzzentren des *Gesunden Städte-Netzwerkes* zu erkennen, da diese als wichtige Interessensvertreter für MigrantInnen eintreten und deren Bedürfnisse auf kommunaler, Landes- und Bundesebene artikulieren.

Einen weiteren wichtigen Akteur der Lobbyarbeit stellen Selbsthilfegruppen dar, die die aktive Gestaltung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten zum Ziel haben. Bei dieser Form der organisierten Hilfe ist jedoch fraglich, inwieweit sie für MigrantInnen akzeptabel und vereinbar ist. In Laiensystemen anderer Kulturen wird Hilfe und Unterstützung häufig nur innerhalb persönlicher Netzwerke wie der Familie oder dem Freundeskreis angeboten. Deshalb bedeutet die Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen für einige Menschen mit Migrationshintergrund die Erweiterung des „traditionellen Kulturmusters“, da persönliche Probleme hier außerhalb des eigenen Bezugsrahmens mit unbekanntem Personen besprochen werden (vgl. Bobzien 2005, S.58f.). Die organisierte Hilfe könnte für Menschen mit Migrationshintergrund nach der Erfahrung eines Experten akzeptabler sein, wenn es sich bei den unbekanntem Personen um Menschen mit dem gleichen kulturellen Hintergrund handelt:

„Ich weiß auch nicht, wie offen jetzt türkische Frauen sind, um über Mamma-Carzinom offen in einer [Selbsthilfe]Gruppe mit deutschen und anderen Frauen zu reden. Oder ob es nicht viel sinnvoller ist, wenn die es in ihrer geschlossenen Gruppe machen.“ (Ex-I2, S.5)

Zur Klärung der Frage, inwieweit tatsächlich eine Hemmschwelle von MigrantInnen bei der Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen besteht und ob diese Hilfe in gemeinsamen Gruppen von mit Menschen mit und ohne Migrationshintergrund sinnvoll ist, wie es der bundesweite Arbeitskreis *Migration und öffentliche Gesundheit* fordert, liegen noch keine empirischen Forschungsarbeiten vor.

Die dargestellten Aktivitäten der Handlungsstrategie Anwaltschaft für Gesundheit wirken auf der Ebene einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, die auf die Chancengleichheit von MigrantInnen im Gesundheitssystem ausgerichtet ist. Die Chancengleichheit soll vor allem durch die Überwindung der sprachlichen und kulturellen Barrieren erreicht werden

(vgl. Geiger 2000, S.15). Auf die vorhandenen Barrieren von MigrantInnen im Gesundheitssystem wird im Kapitel 7 ausführlich eingegangen.

Die zweite Handlungsstrategie des Befähigen und Ermöglichen beinhaltet die Förderung der Kompetenz eines Menschen, den eigenen Gesundheitszustand selbstständig zu verbessern oder zu erhalten (siehe Abschnitt 5.3). Hierzu zählt ebenfalls das gesamtgesellschaftliche Ziel, Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen verschiedenen Bevölkerungsteilen zu verringern (vgl. Kaba-Schönstein 2003, S.74). Diese Empowerment-Strategie wird mit dem Gesundheitsprojekt *MiMi-Mit Migranten für Migranten* verfolgt, indem Menschen mit dem gleichen kulturellen und sprachlichen Hintergrund als MediatorInnen in ihren Communities gesundheitsbezogene Fragen und Probleme thematisieren. Durch diese Maßnahme kann die Erreichbarkeit der jeweiligen Zielgruppe verbessert werden, da die MediatorInnen durch einen hohen Identifikationsgrad als glaubwürdig angesehen werden und eine Vorbildfunktion ausüben. Andere Angebote, die Menschen mit Migrationshintergrund zur Selbstbestimmung über ihre Gesundheit befähigen wollen, sind Dolmetscherdienste, die den Zugang zu Gesundheitseinrichtungen erleichtern. Weiterhin gehören hierzu die vielfältigen gesundheitsförderlichen Beratungs- und Bildungsangebote, deren Kursinhalte Möglichkeiten gesunder Lebensweisen aufzeigen.

Die Angebotsstrukturen innerhalb der Handlungsstrategie des Befähigen und Ermöglichen sind auf der individuellen Ebene der Gesundheitsförderung angesiedelt. Hierbei sollen die persönlichen und sozialen Kompetenzen der MigrantInnen in Bezug auf die aktive Verbesserung oder den Erhalt des Gesundheitszustandes gefördert werden. Durch Beratungs- und Bildungsangebote werden Hilfestellungen aufgezeigt, um auch mit kritischen Lebensphasen wie Krankheit oder Behinderung besser umgehen zu können und es werden praktische Hinweise für die Gestaltung gesunder Lebensweisen gegeben (vgl. Kaba-Schönstein 2003, S.74f.).

Zu dieser Handlungsstrategie gehört auch das Vermitteln von gesundheitsbezogener Bildung, welche über verschiedene Wege kommuniziert werden kann. Eine dieser Methoden ist die Bereitstellung von fremdsprachigen Informations- und Aufklärungsmaterialien wie z.B. Broschüren, Faltblättern und Wegweisern über das deutsche Gesundheitswesen. Diese spielen jedoch bei der Gesundheitsförderung für MigrantInnen eine untergeordnete Rolle. Es ist ungewiss, ob diese Materialien ausreichend genutzt werden und wie kultursensibel sie aufbereitet sind (siehe hierzu auch Berrut/Blümel/Erath 2006; Lafaille 2003, S.142), wie auch ein Experte zu berichten weiß:

„Ich weiß nicht, ob die Materialien aus dem Deutschen eins zu eins ins Türkische oder Russische übertragen werden. Ich hoffe mal, dass dabei Leute am Werk waren, die das auch kulturspezifisch übersetzt haben und vielleicht diese und jene Begriffe anders gewählt oder noch mehr Erklärungen eingebracht haben. Wir können davon ausgehen, dass ganz viele unserer Jugendlichen diese Themenbereiche, wenn es um Sexualität oder Familienplanung geht, davon eigentlich in der Schule schon einmal gehört haben. Wenn es erforderlich ist, diese Themen ins Türkische oder Russische zu übersetzen, dann kann man davon ausgehen, dass die solche Schulbildung und solche Informationen noch nicht bekommen haben. Dann muss man wahrscheinlich auf einem sehr viel einfacheren Level anfangen, das Thema zu bearbeiten.“ (Ex-I2, S.10f.)

Den fremdsprachigen Informationsmaterialien kann ohnehin nur eine komplementäre Funktion beigemessen werden, „nicht jedoch eine eigenständige, umfangreiche Wirksamkeit.“ (Müller 1999) Diese Wirksamkeit kann nur in Kombination mit individuellen Beratungs- und Bildungsangeboten erzielt werden.

Die dritte Handlungsstrategie des Vermitteln und Vernetzens sieht vor, dass alle Akteure innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens permanent intersektoral und interdisziplinär zusammenarbeiten (vgl. Kaba-Schönstein 2003, S.74). Dieses Ziel wird vor allem durch die vorgestellten Praxisdatenbanken verwirklicht, da diese die Netzwerkbildung unterstützen und auch zur Qualitätsentwicklung von gesundheitsförderlichen Angeboten beitragen. Die genannten Datenbanken bieten den Beteiligten in der Gesundheitsförderung die Möglichkeit, sich über gute Praxisbeispiele auszutauschen und regen so Kooperationen an, die Synergieeffekte entstehen lassen.

Einen weiteren positiven Ansatz der Vernetzung stellen die genannten Beispiele der gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit dar. Dem *Gesundheitshaus in Bismarck* und dem *Bayouma-Haus* ist es gelungen, Kooperationen von unterschiedlichen lokalen Beratungs- und Gesundheitseinrichtungen zu etablieren. Das *Gesundheitshaus in Bismarck* ist darüber hinaus in eine Verwaltungsvereinbarung von Bund und Ländern eingebunden, wodurch seine Existenz politisch und finanziell abgesichert ist (vgl. Bundestransferstelle Soziale Stadt 2006c).

Das Gesundheitsprojekt *MiMi-Mit Migranten für Migranten* stellt ebenfalls eine gute Möglichkeit der Vernetzung unterschiedlicher Akteure wie den örtlichen Krankenkassen, öffentlichen Gesundheitsdiensten und Migrantenorganisationen dar. Allerdings wird in dem Projektbericht hervorgehoben, dass es noch eines intensiveren Ausbaus von Kooperationsnetzwerken bedarf, um die Effizienz der Kampagnen zu optimieren (vgl. Menkhau/Salman/Hohmann 2005, S.67 und 71).

Die genannten Praxisbeispiele der Handlungsstrategie des Vermitteln und Vernetzens sind auf der kommunalen Ebene der Gesundheitsförderung und der Stufe der Gruppen

und Institutionen anzusiedeln. Diese Maßnahmen tragen zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen bei und versuchen die Ressourcen von MigrantInnen in ihre Arbeit mit einzubeziehen (vgl. Geiger 2000, S.16). Dadurch, dass die genannten interkulturellen Begegnungsstätten einen integrativen Ansatz verfolgen, unterstützen sie gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen über die Grenzen von Kulturen hinweg (vgl. Geiger 2000, S.16). Dies wird vor allem durch das Projekt „Nachbarn öffnen ihre Türen“ gewährleistet, welches gleichermaßen das Selbsthilfepotential der Allgemeinbevölkerung und von Menschen mit Migrationshintergrund anregt (siehe Abschnitt 6.3.2).

Es ist zusammenfassend festzuhalten, dass die ausgewählten gesundheitsförderlichen Angebote für MigrantInnen in den Handlungsstrategien der Ottawa-Charta verankert sind, wobei jedoch keines der Praxisbeispiele alle strategischen Ausrichtungen erfüllt. Dabei ist daran zu erinnern, dass die vorgestellten Projekte das Ergebnis einer intensiven Analyse der Beispiele guter gesundheitsförderlicher Praxis darstellen. Darüber hinaus findet in Bezug auf die fünf Handlungsfelder die institutionelle Ebene bisher noch kaum Berücksichtigung. Diese Ebene kann in erster Linie durch die Neuorientierung der Gesundheitseinrichtungen stärker miteinbezogen werden, wie im Kapitel 8 ausführlich dargelegt wird.

In Bezug auf die Qualität der Gesundheitsförderungsangebote für MigrantInnen ist hervorzuheben, dass bundesweit nur ein geringer Anteil aller Angebote den Kriterien der *Good Practice* entsprach. Bei den Beratungs-, Bildungs-, Freizeit- und Versorgungsangeboten der BZgA-Fachdatenbank *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* wurde dies besonderes deutlich: Hier erfüllten im besten Falle 2% der Angebote den qualitativen Anspruch einer guten gesundheitsförderlichen Maßnahme.²³ Diese Ergebnisse zeigen, dass bei der Gesundheitsförderung für MigrantInnen eine Qualitätsverbesserung der Angebote dringend erforderlich ist. Der Faktor der Kultursensibilität muss stärker berücksichtigt werden, um gesundheitsförderliche Maßnahmen für Menschen mit Migrationshintergrund effektiv und nachhaltig zu gestalten.

²³ Die gesundheitsförderlichen Bildungsangebote schnitten in der BZgA-Fachdatenbank mit 2,3% (7/300) an Angeboten guter Praxis am besten ab, gefolgt von den Beratungsangeboten mit 1,5% (7/480) und den Freizeitangeboten mit 1,3% (3/240). Keines der 80 Versorgungsangebote erfüllte den qualitativen Anspruch. Bei den Beratungs- und Bildungsangeboten handelte es sich bis auf ein Projekt um die gleichen Angebote.

7 ERGEBNISSE: WIDERSTÄNDE BEI DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR MIGRANTINNEN

Im vorangehenden Kapitel wurden ausgewählte gesundheitsförderliche Angebote für MigrantInnen vorgestellt. Trotz der Vielfalt der Angebote wurde festgestellt, dass Menschen mit Migrationshintergrund gesundheitsförderliche Vorsorgeleistungen seltener als die Allgemeinbevölkerung in Anspruch nehmen und eine Unterversorgung in diesem Bereich vorliegt. Dieses Kapitel soll deshalb der Frage nachgehen, wodurch die Nutzung gesundheitsförderlicher Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund erschwert wird und welche Hindernisse bei der Planung und Umsetzung von Angeboten bestehen. Die Fragen in den Experteninterviews zielten ursprünglich darauf, wie Angebote für MigrantInnen gestaltet sein sollten, damit sie auch tatsächlich in Anspruch genommen werden. Die meisten Expertenantworten beinhalteten jedoch keine neuen Empfehlungen zur Gestaltung von kultursensiblen Gesundheitsförderungsangeboten, sondern befassten sich mit den vorhandenen *Widerständen* bei der Gesundheitsförderung für MigrantInnen. Im Folgenden werden die Ergebnisse der einschlägigen Literatur und die Aussagen der ExpertInnen exemplarisch anhand der sprachlichen, kulturellen und strukturellen Barrieren von MigrantInnen im Gesundheitssystem dargestellt und abschließend zusammengefasst und diskutiert.

7.1 KULTURELLE UND SPRACHLICHE BARRIEREN

Der Kontakt zum deutschen Gesundheitswesen ist für MigrantInnen häufig mit kulturellen und sprachlichen Barrieren verbunden, die bei der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungs- und Vorsorgemaßnahmen als „hemmende Kräfte“ wirken (vgl. Brucks/Wahl 2003, S.25; Geiger 2000, S.27 und 34; Hornung 2004, S.331f.; Wimmer-Puchinger/Wolf/Engleder 2006; Pöchlhacker 2000).

Zu den *kulturellen Barrieren*, die die Durchführung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen erschweren können, gehören unter anderem unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitskonzepte, die zum Teil unvereinbare Erklärungsansätze bei der Entstehung von Gesundheit verfolgen (siehe Abschnitt 5.3.2). Darüber hinaus stellt nach der Ansicht eines Experten das traditionelle Rollenverhalten von muslimischen Migrantinnen ein Hindernis in der Erreichbarkeit dieser Zielgruppe dar:

„Als wir unser Projekt hatten, da haben wir mal so geschätzt, dass ungefähr bei den afghanischen Frauen, die wir versorgt haben, 80% illiterat sind. Das ist die Frage, wie man die fördern, versorgen, wie man an die ran treten soll. Es sind dann eben kulturelle Barrieren da, an die heranzukommen. Es geht dann sowieso nur über muttersprachliche Frauen, die sich wiederum an

diese Leute wenden. Aber da ist auch wiederum die Frage, über Aushänge, über Mund-zu-Mund-Propaganda, oder wie auch immer. Es ist ein riesen Problem. Das Problem ist, je mehr die benachteiligt sind, je weniger Bildung vorhanden ist, umso wichtiger ist es eigentlich, diese Leute zu erreichen. Aber umso schwieriger ist es auch, an sie ranzukommen.“ (Ex-I2, S.4)

Was in diesem Zitat jedoch hauptsächlich angesprochen wird, ist die soziale Benachteiligung von MigrantInnen, die sich in einer hohen Analphabetenrate äußert und den Zugang zu ihnen erschwert (siehe hierzu auch Domenig 2003, S.87).

Ein weiterer bedeutender kultureller Aspekt ist, dass MigrantInnen häufig aus Ländern oder Gebieten stammen, in denen die Gesundheitssysteme ausschließlich auf die medizinische Versorgung ausgerichtet sind. In einer Essener Studie stammte beispielsweise die Mehrzahl der befragten türkischen MigrantInnen aus dörflichen Regionen (vgl. Eberding/Schlippe 2005, S.270). In diesem Fall kann nicht davon ausgegangen werden, dass gesundheitsförderliche Maßnahmen außerhalb des Laiensektors angeboten werden und bestimmte professionelle, präventive oder gesundheitsförderliche Angebote überhaupt bekannt sind, wie eine Expertin schildert:

„Wenn wir solche Gesundheitsveranstaltungen anbieten, sind die Teilnehmer [mit Migrationshintergrund] ganz wissbegierig und wissen einige Dinge einfach auch nicht. Sie wissen nicht, dass man z.B. dieses Bonusheft beim Zahnarzt haben kann und dadurch einfach Kosten spart. [...] Gerade, wenn sie aus Ländern kommen, wo das Gesundheitswesen nicht so gut ausgebaut ist [tritt der präventiven Charakter im Alltag in den Hintergrund]. Da geht es ja auch gar nicht um Prävention. Da geht man zum Arzt, wenn man krank ist, und nicht, um nicht krank zu werden.“ (Ex-I5, S.2)

Neben diesen kulturellen Faktoren werden in der einschlägigen Literatur und von den ExpertInnen *sprachliche Barrieren* von MigrantInnen und das hieraus resultierende Informationsdefizit über das deutsche Gesundheitswesen als wichtigste Gründe für die geringe Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialleistungen genannt (vgl. Geiger 2000, S.34; Bundesweiter Arbeitskreis 2005, S.9; Keller 2004, S.65; Domenig 2003, S.87; Wimmer-Puchinger/Baldaszi 2001, S.525):

„Es wurde eine Untersuchung in Auftrag gegeben, wie ausländische Frauen in Hamburg gesundheitlich versorgt sind [...] Dabei ist herausgekommen, was man auch erwartet hatte, dass ausländische Frauen [...] sich schlecht gesundheitlich versorgt fühlen, weil sie ganz große Defizite haben. Einmal hinsichtlich des Wissens um das Gesundheitswesen, also die wissen gar nicht, wo gehe ich dann hin mit meinen Sachen. Dann hinsichtlich der Kenntnisse des eigenen Körpers und der deutschen Sprache.“ (Ex-I1, S.1)

Gute Sprachkenntnisse sind beispielsweise für die Beantragung von Sozialleistungen erforderlich. Sprachliche Barrieren erschweren im Rahmen der gesundheitlichen

Aufklärung darüber hinaus die Vermittlung von relevanten Gesundheitsthemen und die Information über gesundheitsförderliche Angebote (vgl. Geiger 2000, S.35). In einer Untersuchung des gesundheitlichen Zustandes von Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz, wo der Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung bei über 20% liegt (vgl. Schweizer Bundesamt für Migration 2006), wurde ebenfalls festgestellt, dass präventive und gesundheitsförderliche Angebote von MigrantInnen seltener nachgefragt werden. Die befragten MigrantInnen gaben in Bezug auf Maßnahmen zur Brustkrebsfrüherkennung an, nicht ausreichend von ihrem Arzt aufgeklärt worden zu sein (vgl. Weilandt et al. 2006).

Bei den kulturellen und sprachlichen Barrieren ist hervorzuheben, dass diese von den Akteuren im Gesundheitswesen definiert werden (vgl. Domenig 2003, S.87). Die Akteure gehen davon aus, dass diese Barrieren von Seiten der *MigrantInnen* bestehen. Aus der Perspektive der MigrantInnen hingegen, gibt es darüber hinaus jedoch auch *strukturelle* Barrieren bei der Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Angeboten, die von Seiten der *Politik*, den *Einrichtungen* und den *Akteuren* im Gesundheitswesen bestehen (vgl. Gardemann 2001, S.116).

7.2 STRUKTURELLE BARRIEREN

Die strukturellen Barrieren werden in der nachstehenden Tabelle von der Verfasserin anhand der Auswertung der Experteninterviews in *politische und sozioökonomische Rahmenbedingungen* sowie *organisations- und personenbezogene Widerstände* untergliedert. Die ExpertInnen stimmten bei den folgenden Widerständen weitestgehend überein, so dass ihre allgemeine Meinung repräsentiert wird.

Die komplexen strukturellen Barrieren können aufgrund des Rahmens der vorliegenden Arbeit nicht im Einzelnen erläutert werden. Im Folgenden werden gemäß der Reihenfolge in der Tabelle vor allem die Barrieren näher untersucht, die der Verfasserin in Bezug auf ihre hinderliche Wirkung bei der Nutzung und Gestaltung von gesundheitsförderlichen Angeboten für MigrantInnen besonders relevant erscheinen.

Tabelle 2: Strukturelle Barrieren bei der Gesundheitsförderung für MigrantInnen

Quelle: eigene Darstellung

<p>Politische und sozioökonomische Rahmenbedingungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Der rechtliche und politische Status von MigrantInnen kann sich hinderlich auf den Zugang zum Gesundheitswesen auswirken. • MigrantInnen gehören häufig zu den sozial Benachteiligten. • MigrantInnen sind nicht ausreichend integriert. • Bestehende gesundheitsförderliche Konzepte guter Praxis werden nicht umgesetzt. • Der Begriff MigrantIn ist nicht eindeutig definiert. • Die migrationsspezifische Gesundheitsberichterstattung ist nicht ausreichend. • Die Finanzierung von gesundheitsförderlichen Angeboten ist nicht gesichert. • MigrantInnen haben keine Lobby. • Die Gesundheitsförderung für MigrantInnen hat einen geringen Stellenwert.
<p>Organisationsbezogene Widerstände</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsförderliche Angebote sind an der deutschen Mittelschicht orientiert und somit für MigrantInnen nicht bedarfsgerecht. • Es fehlen Zugangswege zu MigrantInnen. • Es mangelt in Gesundheitseinrichtungen an MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund. • In Gesundheitseinrichtungen ist die Sprachkompetenz nicht ausreichend. • Die Angebote für MigrantInnen sind nicht ausreichend vernetzt.
<p>Personenbezogene Widerstände</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Den MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen fehlt Interkulturelle Kompetenz. • Die Haltungen der Akteure im Gesundheitswesen gegenüber MigrantInnen.

7.2.1 POLITISCHE UND SOZIOÖKONOMISCHE RAHMENBEDINGUNGEN

Was die politischen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen anbetrifft, wurde bereits im Abschnitt 3.1 auf die Bedeutung des rechtlichen und politischen Status von MigrantInnen eingegangen (siehe hierzu auch Bundesweiter Arbeitskreis 2005, S.2f.). Die häufige soziale Benachteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund wurde in diesem Zusammenhang ebenfalls dargestellt.

MigrantInnen sind nicht ausreichend integriert

Der geringe Grad der sozialen und beruflichen Integration von MigrantInnen wird anhand ihres Zugangs zur Bildung und zum Erwerbsleben sichtbar. Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund haben beispielsweise schlechtere Bildungschancen als Kinder, die deutsche Eltern haben (siehe PISA-Studie im Abschnitt 3.5). Unter anderem wird die mangelnde soziale Eingliederung von MigrantInnen in der aktuellen politischen Diskussion der „Kopftuchfrage“ sichtbar. Hinsichtlich der beruflichen Integration ist festzustellen, dass sich etwa die Einbindung von muttersprachlichem Personal in das deutsche Gesundheitssystem sehr schwierig gestaltet, da beispielsweise das Berufsrecht von ÄrztInnen und TherapeutInnen mit der deutschen Staatsbürgerschaft verbunden ist (vgl. Bundesweiter Arbeitskreis 2005, S.3). Darüber hinaus werden ausländische Bildungsabschlüsse nur in geringem Maße anerkannt, was die Berufsausübung für MigrantInnen erschwert, wie auch eine Expertin herausstellt:

„Bei diesem MiMi-Projekt haben wir alle möglichen Vereine angeschrieben, wo Migranten sich aufhalten und wir haben unglaubliche Rückmeldungen gehabt. Wir haben Migranten gesucht, die bei dieser Schulung mitmachen wollten, damit sie Mediatoren werden. Wir hatten an die 100 Rückmeldungen. Leute, die fast alle aus diesem Gesundheitsbereich sowieso schon kommen. Die in ihrem Heimatland Krankenschwestern waren, Ärzte, Sozialarbeiter, aber hier nicht arbeiten dürfen, weil es nicht anerkannt ist.“ (Ex-I5, S.4)

Dies führt dazu, dass insgesamt selten MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund und einer entsprechenden beruflichen Qualifikation in Gesundheitseinrichtungen zu finden sind. Den Mangel an qualifizierten Fachkräften mit Migrationshintergrund in Gesundheitseinrichtungen beschreibt auch eine Expertin:

„Wenn jemand von MiMi hier herkommt, da fühlt man sich oft selber viel schlechter ausgebildet. Dann denkt man ‚Mensch, die können zwei Sprachen, die kennen beide Kulturen, die haben auch eine gute Ausbildung‘. Ich habe keine Kollegin mit Migrantenhintergrund. Hier arbeitet eine Türkin in der Poststelle, sonst sind es Ausländer, die sauber machen. Es kommt gar nicht vor.“ (Ex-I1, S.10)

Wenn Menschen mit Migrationshintergrund in Gesundheitseinrichtungen als DolmetscherInnen oder MediatorInnen innerhalb von bestimmten Projekten beschäftigt sind, dann üben sie zumeist eine Honorartätigkeit mit einer geringen Stundenzahl aus. Dies stellt eine Benachteiligung am Arbeitsmarkt dar und führt zu einer schlechteren sozioökonomischen Lage, wie eine Expertin mit eigenem Migrationshintergrund schildert:

„Die deutschen Mediziner und Sozialpädagogen sie sind alle fest angestellt. Die Migrantinnen, die hier dolmetschen, sie sind alle auf Honorarbasis. Da haben wir eine ganz andere Situation. Da ist die Sicherheit weg, da ist keine Krankenversicherung durch den Arbeitgeber. Das ist eine ganz andere Situation. Meine Position ist viel schwächer.“ (Ex-I3, S.4)

Dies bestätigt ebenfalls eine deutsche Expertin aus ihrer Erfahrung:

„Wir können nicht weiter immer nur darauf setzen, dass wir Migrantinnen als Honorarkräfte beschäftigen. Das geht nicht. Mir ist neulich deutlich geworden, in einem Arbeitskreis [...] Da ging es um das Thema Migration und da waren auch zwei Migrantinnen da. Es waren ungefähr zehn deutsche Kolleginnen und zwei Migrantinnen da. Was ich erfreulich finde. Die haben aus ihrer Honorartätigkeit berichtet [...] und haben gesagt ‚Sie sind alle Angestellte in irgendwelchen Einrichtungen und diese Mitarbeit im Arbeitskreis ist ihre Arbeitszeit. Wir kommen hier freiwillig in unserer *Freizeit*.‘ Das macht es deutlich, dass wir bisher, wenn überhaupt, Migrantinnen nur als zusätzliche Honorarkräfte dazunehmen. Das finde ich nicht vertretbar. Wir müssen reguläre Arbeitsplätze schaffen und wirklich auch aufmerksamer wahrnehmen, was für tolle Leute es hier gibt.“ (Ex-I1, S.6f.)

Bestehende gesundheitsförderliche Konzepte guter Praxis werden nicht umgesetzt

Wie im Abschnitt 5.2 erläutert, ist die Gesundheitsförderung in Deutschland von politischen Rahmenbedingungen abhängig. Diese Rahmenbedingungen üben einen entscheidenden Einfluss auf die Nutzung sowie die Gestaltung und Umsetzung gesundheitsförderlicher Angebote für MigrantInnen aus, wie eine Expertin aus ihrer Erfahrung schildert:

„Auch da gibt es ja schon die ganzen theoretischen Konzepte [zur Verbesserung des Gesundheitszustandes von MigrantInnen], die liegen ja schon vor. Auf der einen Seite redet man von der Verbesserung des Zugangs zum Gesundheitssystem, dass man Informationen und Angebote kultursensibel gestalten muss für Migrantinnen und Migranten. Man redet davon, dass die Dienstleistungen interkulturell geöffnet werden sollen. Diese theoretischen Konzepte werden schon seit Ewigkeiten diskutiert. Passiert ist bisher wenig, da das ja natürlich auch eine *politische* Frage ist.“ (Ex-I4, S.1)

Die Gesundheitsförderung für MigrantInnen hat einen geringen Stellenwert

Die ExpertInnen wurden in den Interviews nach dem Stellenwert der Gesundheitsförderung für MigrantInnen befragt. Diese Frage wurde nur von einer Expertin direkt beantwortet:

„Also ich würde den sehr hoch einschätzen [den Stellenwert der Gesundheitsförderung], der wird aber nicht sehr hoch eingeschätzt. Zumindest das, was ich so bisher erlebt habe. Es geht im Moment sehr viel um Sprache, was auch sehr wichtig ist, um in einem Land leben zu können, dass man die Sprache spricht.“ (Ex-I5, S.7)

Eine weitere Expertin hat die Frage nach dem Stellenwert mit der allgemeinen Bedeutung der Gesundheitsförderung beantwortet, die drei anderen Expertenantworten bezogen sich auf die Situation der medizinischen Versorgung von MigrantInnen. Hierbei standen der Zugang zum Gesundheitssystem, der medizinische Versorgungsbedarf und die Notwendigkeit der genauen Definition der Zielgruppe im Vordergrund. Die medizinische Versorgung von MigrantInnen wurde insgesamt als unzureichend beschrieben, wie auch die Ergebnisse der Dokumentenanalyse bestätigen (siehe Abschnitt 3.4).

7.2.2 ORGANISATIONBEZOGENE WIDERSTÄNDE

Die meisten organisationsbezogenen Widerstände haben ihre Ursache in den politischen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen und zeigen sich in den Gesundheitseinrichtungen als Hindernisse bei der Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen für MigrantInnen. Die bereits erwähnte unzureichende berufliche Integration von MigrantInnen wirkt sich beispielsweise negativ auf die verfügbare Sprachkompetenz in Einrichtungen aus. Die nicht eindeutige Definition des Begriffs MigrantIn führt darüber hinaus zu einer unzureichenden migrationsspezifischen Datenlage und erschwert die Definition von Zielgruppen. Dadurch, dass Zielgruppen nicht genau definiert werden können, fehlt die Grundlage für die Planung von gesundheitsförderlichen Angeboten, wodurch diese nicht bedarfsgerecht gestaltet werden können (vgl. Gardemann 2001, S.118). Was diesen Widerständen entgegnet werden kann, wird im folgenden Kapitel ausgeführt.

7.2.3 PERSONENBEZOGENE WIDERSTÄNDE

Bei den personenbezogenen Widerständen ist zu betonen, dass es sich hierbei im Gegensatz zu den sprachlichen, politischen oder organisationsbezogenen Widerständen um *nicht sichtbare* Barrieren handelt. Die fehlende Interkulturelle Kompetenz der MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen, die von den ExpertInnen dargelegt wurde, lässt sich nur schwer quantifizieren und ist zunächst bei der Gesundheitsförderung für

MigrantInnen nicht so offensichtlich wie eine nicht ausreichende migrationspezifische Datenlage oder fehlende finanzielle Mittel.

Die Auswertung der Experteninterviews weist darauf hin, dass die fehlende Interkulturelle Kompetenz der MitarbeiterInnen in enger Verbindung zu den *Haltungen der Akteure im Gesundheitswesen gegenüber MigrantInnen* steht, wie anschließend erörtert wird.

Den MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen fehlt Interkulturelle Kompetenz

Diese mangelnde Interkulturelle Kompetenz äußert sich nach der Meinung einer Expertin unter anderem in dem fehlenden Verständnis für Menschen mit Migrationshintergrund. Aus dem fehlenden Verständnis können Missverständnisse resultieren, die Unmut gegenüber MigrantInnen hervorrufen:

„Ich habe mit einer Kollegin damals zusammen eine Unterrichtseinheit für Krankenpflegepersonal entwickelt, die hieß ‚Wie können wir ausländische Patienten besser verstehen‘. Man kann davon ausgehen, dass es wenig Wissen über den Hintergrund der Patienten gibt. Oft kommt es zu großen Missverständnissen, weil man einfach nicht weiß, dass z.B. in Griechenland die Bettwäsche ins Krankenhaus mitgebracht werden muss. Dann kommt hier die Familie und bringt das Essen und alle sind genervt.“ (Ex-I1, S.1f.)

Ein anderer Experte beschreibt, dass sich die fehlende Interkulturelle Kompetenz des Pflegepersonals im Krankenhaus vor allem als Verhaltensunsicherheit gegenüber Patienten mit Migrationshintergrund bemerkbar macht:

„Generell zu sagen, für die Türkinnen habe ich den und den Zugang, für die Türken habe ich den Zugang und für die Russinnen oder Leute aus der ehemaligen Sowjetunion den, das wird es nicht geben. Das wäre eine Bruchlandung. Das ist genauso das, was unser Pflegepersonal immer von uns will. Lehrgänge für kultursensible Pflege. Dann wollen die wissen, wie gehe ich mit dem bosnischen älteren Mann und wie gehe ich mit der serbischen Frau um und was habe ich bei türkischen Patientinnen zu bedenken. In diesem Schubladen-Kasten-Denken geht das nicht unterzubringen.“ (Ex-I2, S.9)

Das „Schuladen-Kasten-Denken“, welches hier beschrieben wird, geht auf einen abgeschlossenen Kulturbegriff nach Herder und Tylor zurück. Durch die Zuschreibung von eindeutigen kulturellen Charakteristika wird versucht, die eigene Verhaltensunsicherheit im Umgang mit „dem Fremden“ zu kompensieren (siehe Abschnitt 4.3). Trotz dieser geschilderten Kommunikationsprobleme in der Arbeit mit MigrantInnen, ist die Teilnahmebereitschaft von deutschen MitarbeiterInnen an Maßnahmen zum Erwerb von Interkultureller Kompetenz generell als sehr gering einzuschätzen (vgl. Bundesweiter Arbeitskreis 2005, S.7; Gaitanides 2004, S.14).

Die Haltungen der Akteure im Gesundheitswesen gegenüber MigrantInnen

Die angeführten Expertenaussagen zeigen, dass vor allem persönlichen Fähigkeiten wie z.B. der Offenheit gegenüber Menschen mit anderen kulturellen Hintergründen, eine wichtige Bedeutung zukommt. Diese persönlichen Fähigkeiten bestimmen maßgeblich die Haltung gegenüber MigrantInnen. Der Mangel an diesen Fähigkeiten scheint einen bedeutenden Widerstand bei der Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe darzustellen. Bei der Auswertung der Experteninterviews manifestierte sich die Haltung gegenüber MigrantInnen im Einzelnen als:

- Stereotype gegenüber MigrantInnen
- Misstrauen gegenüber MigrantInnen
- Erwartungen an MigrantInnen
- Ansicht, dass MigrantInnen einen zusätzlichen Aufwand im Gesundheitswesen darstellen
- Negativer Rückschluss von der deutschen Bevölkerung auf MigrantInnen
- Ethnozentrische Sichtweise des Verhaltens von MigrantInnen

Diese Haltungen werden folgend anhand der Ergebnisse der Experteninterviews beispielhaft aufgezeigt.

Stereotype gegenüber MigrantInnen

Es bestehen Stereotype gegenüber dem Aussehen von Menschen mit Migrationshintergrund und deren Sprachkenntnissen, wie folgende Aussagen der ExpertInnen belegen:

„Die Mitarbeiter [in Gesundheitseinrichtungen] müssten auch Migrationshintergrund haben, so dass da auch mal eine Kopftuchfrau oder ein schwarzer Mann rumläuft und man das Gefühl hat, man ist da willkommen.“ (Ex-I5, S.8)

„Wenn wir die Internisten in Hamburg nehmen [...] dann würden die wahrscheinlich auch nur sagen ‚Die und die Leute kommen hier immer mit einem Kopftuch, die und die Leute sprechen nicht fließend deutsch, ich nehme mal an, dass es Migranten sind‘.“ (Ex-I2, S.7)

Vorurteile gegenüber MigrantInnen werden nach der Ansicht einer Expertin durch die verzerrte Darstellung in den Medien gefördert:

„Es ist wichtig, dass Migranten in unserer Gesellschaft nicht immer auftauchen als hilfsbedürftig, arm, schlecht ausgebildet, kriminell. So erscheinen sie in den Medien.“ (Ex-I1, S.10)

Misstrauen gegenüber MigrantInnen

Das Misstrauen gegenüber Menschen mit anderem kulturellen Hintergrund bezieht sich vor allem auf MigrantInnen aus islamischen Ländern, wie eine Expertin anhand einer Ankündigung für ein gesundheitsförderliches Projekt beschreibt.

„Wir haben z.B. eine Veranstaltung gemacht und da gab es eine Mütterberatung auf Türkisch. Dann haben wir natürlich türkische Plakate aufgehängt, wo nicht die deutsche Übersetzung daneben stand. Da gab es ganz viel Sorge und Ärger und Aufruhr, was denn wohl auf diesen Plakaten drauf steht. Das könnte ja rein theoretisch auch ein Aufruf zu Gott weiß was sein. Auf so eine Idee käme ich überhaupt gar nicht. In diesem Haus ist es total normal, dass alles, was wir ankündigen übersetzt wird in die Sprachen, die hier vertreten sind. Das hat mich schon sehr erstaunt, dass da soviel Sorge und Angst ist, gerade wenn es um Sprachen geht, die in den islamischen Ländern vertreten sind.“ (Ex-I5, S.3)

Die Ereignisse des 11. September 2001 haben nach der Ansicht dieser Expertin das Misstrauen gegenüber islamischen MigrantInnen noch verstärkt, was sich nicht nur auf Seiten der Bevölkerung, sondern auch im Verhalten der Akteure im Gesundheitswesen zeigt:

„Dadurch [nach den Anschlägen vom September 2001] ist ganz, ganz viel Misstrauen gegenüber türkischen Mitmenschen und Leuten aus Persien entstanden. Das kann man richtig merken. [...] Da ist manchmal so ein bisschen Sorge, auch in Richtung Gesundheitsämter, die solche Veranstaltungen finanzieren ‚Wir geben denen Geld und worüber reden die denn?‘ Das finde ich ganz, ganz schwierig. [...] Man sollte erstmal den Mediatoren Vertrauen geben, dass man auch nicht von vornherein denken muss, nur weil es persisch ist, dass es gleich gefährlich ist und dass man denen nicht mehr Vertrauen kann. Das merkt man ganz, ganz deutlich. Das habe ich in den anderen Sprachen *nie* gehabt. Wenn eine Veranstaltung auf Spanisch ist, da wurde nie drüber geredet. Aber bei türkischen und gerade bei persischen immer häufiger.“ (Ex-I5, S.3f.)

Erwartungen an MigrantInnen

Eine Expertin berichtet, dass von Seiten des Krankenpflegepersonals die Erwartung an MigrantInnen besteht, dass sie sich selbstständig über die Abläufe im Krankenhaus informieren. Aufgrund dieser Erwartungshaltung wird vom Pflegepersonal der Erwerb von Interkultureller Kompetenz abgelehnt:

„Wir haben es sogar selber erprobt [eine interkulturelle Unterrichtseinheit für das Krankenpflegepersonal], aber es war wirklich furchtbar. Wir haben eine ganz tolle Unterrichtseinheit entwickelt, sind dann in die Krankenpflegeschule gegangen und auf viel Ärger gestoßen. Die Pfleger und Krankenpflegeschüler und –schülerinnen hatten das Gefühl ‚Ach toll, jetzt sollen wir uns auch noch damit beschäftigen, wir sind sowieso am unteren Ende der Hierarchie und wir müssen alles mögliche übernehmen und wir sollen jetzt auch noch so

Interkulturelle Kompetenz erwerben'. Die hatten den Eindruck ‚Es ist doch auch von den *Patienten* zu erwarten, dass die sich mal ein bisschen informieren'. Also, es ist nicht auf Begeisterung gestoßen. Aber das habe ich ja jahrelang erlebt, dass wirklich die interkulturelle Öffnung auf unheimliche Widerstände stößt.“ (Ex-I1, S.2)

Zudem besteht von den MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen die Erwartung, dass MigrantInnen sich anpassen und unauffällig verhalten sollen:

„Bisher ist doch die grundlegende Haltung [von MitarbeiterInnen in Einrichtungen] immer noch ‚Die [MigrantInnen] sollen mal aufpassen, dass die hier nicht stören und sollen sich anpassen und dann ist es in Ordnung. Aber wir möchten keine zusätzliche Bemühungen machen müssen, um in Kontakt zu kommen‘.“ (Ex-I1, S.2)

MigrantInnen stellen einen zusätzlichen Aufwand im Gesundheitswesen dar

Bei der medizinischen Versorgung von MigrantInnen berichtet eine Expertin aus ihrer Erfahrung, dass MigrantInnen für Ärzte einen zusätzlichen Aufwand darstellen, wenn sie nicht fließend Deutsch sprechen. MigrantInnen werden dann als störend empfunden, weil sie einen zusätzlichen Zeit- und Kostenaufwand verursachen, der sich negativ auf das ärztliche Budget auswirkt:

„Ich merke, dass sich deutsche Ärzte oft auch gegenüber Migranten verschließen, weil sie keine Lust haben auf diese ganze Übersetzungsarie. Oder wenn die Leute einen nicht verstehen, dann ist es einfach schwierig und es ist Mehrarbeit. Viele niedergelassene Ärzte sind zur Zeit gerade sowieso mit anderen Sachen beschäftigt, mit der Reform usw. und haben Sorge um ihr Budget. Da, glaube ich, sind Migranten eher störend. Das müsste sich einfach ändern. Das viel mehr Verständnis dafür da ist. Interkulturelle Kompetenz fehlt vielen einfach.“ (Ex-I5, S.2f.)

MigrantInnen werden von der Aufnahmegesellschaft und im Speziellen von MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen als störend empfunden, wenn sie nicht über ausreichende Sprachkenntnisse verfügen.

„Ich glaube, dass diese ganze Integrationsdebatte noch mal angeheizt wurde durch die brennenden Autos in den Pariser Vorstädten. Das hat noch mal vielen Leuten doller Angst gemacht und das hat sehr viel beschleunigt. Vorher war es immer ‚Ach ja, die Migranten‘. Man wusste, ‚Das müssen wir jetzt *auch noch* behandeln‘, aber man hat es doch relativ halbherzig gemacht. Man hat immer gedacht, vielleicht erledigt sich das mal von selbst, vielleicht spreche sie irgendwann mal alle deutsch.“ (Ex-I1, S.10f.)

In einem Experteninterview wird darüber hinaus deutlich, dass deutsche PatientInnen es als ungerecht empfinden, wenn für Menschen mit Migrationshintergrund zusätzliche Übersetzungsangebote gemacht werden:

„Es [das Dolmetscher-Projekt im Krankenhaus] war natürlich ein Sonderservice für die Migrantinnen im Krankenhaus. Wenn dann irgendeine Patientin ganz große Angst vor der Untersuchung hatte, dann ist die Dolmetscherin mitgegangen. Viele hatten das Gefühl ‚Toll, so einen Service gibt es ja nicht einmal für Deutsche, das gibt es jetzt hier für Ausländer‘.“ (Ex-I1, S.3)

Negativer Rückschluss von der deutschen Bevölkerung auf MigrantInnen

Ein Experte ist der Ansicht, dass Menschen generell schwer durch präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen zu erreichen sind. Wenn bestimmte Einrichtungen nicht von der deutschen Bevölkerung genutzt werden, so schließt er darauf, dass sie erst recht nicht von Menschen mit Migrationshintergrund in Anspruch genommen werden:

„Wiederum die Frage ist, was Deutsche mit Gesundheitsämtern zu tun haben. Ich muss sagen, dass ich erst im Rahmen des Studiums erfahren habe, dass es ein Gesundheitsamt gibt. Damit hat man als Normaldeutscher auch nichts zu tun. Von daher müssen wir uns fragen, warum sollten Ausländer [...] oder Migranten etwas mit Gesundheitsämtern zu tun haben.“ (Ex-I2, S.3)

Darüber hinaus schlussfolgert er, dass gesundheitsförderliche Maßnahmen auch nicht für MigrantInnen wirksam sein können, wenn diese nicht von der deutschen Bevölkerung angenommen werden:

„Die deutschen Diabetespatienten erreichen wir eben nicht in dem Maße wie wir es gerne wünschen. [...] Warum soll es denn eigentlich bei den Türken klappen? Es kann schon sein, dass wir uns da ein bisschen etwas vormachen, wenn wir erstmal die ganzen [migrationspezifischen] Daten beschafft haben, dass denn alles besser wird.“ (Ex-I2, S.7)

Ethnozentrische Sichtweise des Verhaltens von MigrantInnen

Wie bereits im Abschnitt 4.3 erwähnt, geht Jürgen Collatz von einer „ethnozentrischen Fixiertheit“ im deutschen Gesundheitswesen aus. Diese kann dazu führen, dass Ärzte den Gesundheitszustand von MigrantInnen nicht angemessen einschätzen. Sie schreiben beispielsweise MigrantInnen fälschlicherweise bestimmte psychische Belastungen zu. Diese Fehleinschätzung basiert darauf, dass Ärzte allgemeingültig *annehmen*, dass MigrantInnen aufgrund des Migrationsprozesses diesen Belastungen ausgesetzt sein müssen und deuten die Verhaltensweisen der PatientInnen im Zusammenhang mit dieser Annahme (vgl. Collatz 1998a, S. 52).

Parallel dazu gelten auch in der Gesundheitsförderung von Seiten der deutschen MitarbeiterInnen bestimmte Einstellungen zur Gesundheit und Krankheit sowie bestimmte Verhaltensweisen als selbstverständlich. Dies wird in der Aussage einer Expertin deutlich,

die eine gewisse Einstellung dazu hat, wie Frauen mit ihrem eigenen Körper umgehen sollten:

„Zum Thema Frauengesundheit muss noch eine ganze Menge getan werden. Diese ganze Rückbildungssache ist in vielen Ländern gar kein Thema. Oder das selber die Brust abtasten. Da muss noch ganz viel getan werden, dass Frauen mit ihrem Körper sorgsamer umgehen und den nicht nur zum Kinderkriegen benutzen. Da merke ich auch immer wieder, dass viele Frauen hier auch viele Kinder bekommen und nicht genügend auf sich aufpassen, wie ihr Körper damit zurecht kommt. Rückbildungsgymnastik wird ja von Migrantinnen kaum besucht und das merken die natürlich in einigen Jahren, dass sie da Probleme haben.“ (Ex-15, S.7)

Die Expertin geht davon aus, dass Migrantinnen gesundheitliche Nachteile haben werden, wenn sie viele Kinder bekommen und dabei nicht die entsprechenden Nachsorgemaßnahmen in Anspruch nehmen. Sie bewertet darüber hinaus den Umgang mit Kindern aufgrund des eigenen kulturellen Hintergrundes als nicht „fürsorglich“ und als nicht „natürlich“, wenn MigrantInnen nicht bestimmte gesundheitsförderliche Angebote wahrnehmen:

„Das finde ich schon sehr erstaunlich [dass Kindervorsorgeuntersuchungen für MigrantInnen ein Zusatzangebot darstellen]. Da merke ich, dass bei vielen Migrantengruppen erstens die Information fehlt und dann dieser natürliche Umgang [mit Kindervorsorgeuntersuchungen]. Dass so etwas wichtig ist und dass das zu der Entwicklung eines Kindes dazu gehört oder für einen selber als Fürsorge dazu gehört. Da ist die Versorgung nicht gut. Da fehlt es an vielen Ecken an Informationen und auch an Zugängen zu solchen Diensten.“ (Ex-15, S.2)

Eine andere Expertin beschreibt, dass Menschen, die einen bestimmten kulturellen Hintergrund teilen, über einen gemeinsamen Wissens- und Informationsstand verfügen. Die Wissensstände anderer Menschen werden aufgrund des eigenen beurteilt. Wenn von MitarbeiterInnen ein bestimmtes Wissen über den eigenen Körper vorausgesetzt wird, so kann sich dies darin auswirken, dass MigrantInnen durch ihre „primitiven Fragen“ bloßgestellt werden:

„Neulich hat eine russische Kollegin berichtet [...] dass wir uns oft wahrscheinlich gar nicht vorstellen können, mit was für Fragen russische Frauen kommen. Wir gehen davon aus, so ist die Demokratie und so ist das Gesundheitswesen. [...] So leben wir hier in Hamburg, damit wachsen wir ja auch auf. Menschen aus anderen Kulturkreisen und mit anderen Lebenserfahrungen haben oft, sagt sie, ganz primitive Fragestellungen. Sie trauen sich aber auch fast nicht, das zu fragen, weil sie natürlich nicht gerne beschämt werden, dass man denkt ‚Wie, das weißt du nicht?‘ Fragen zum Gesundheitssystem, zum Körper, zu allen möglichen Dingen, zu sexuell übertragbaren Krankheiten.“ (Ex-11, S.5f.)

Im deutschen, biomedizinisch geprägten Gesundheitssystem wird davon ausgegangen, dass es die Aufgabe eines jeden ist, sich an der Wiederherstellung oder Erhaltung seiner

Gesundheit aktiv zu beteiligen. Im Bereich der medizinischen Versorgung wird die Bereitschaft am eigenen Heilungserfolg mitzuwirken, als *Compliance* bezeichnet. Ein Experte stellt diese Bereitschaft von MigrantInnen in Frage und sieht es als zentrales Problem bei ihrer medizinischen Versorgung an, dass sie sich nicht für die eigene Gesundheit verantwortlich fühlen:

„Das ist die Frage, ob Partizipation erwünscht ist. Da habe ich meine Zweifel. Also nicht, dass die Leute mitreden dabei, das ist nicht das Problem. Nein, aber das sie aktiv ihre Gesundheitsversorgung mitgestalten und die Verantwortung für ihre Gesundheitsversorgung auch mit als ihr Aufgabengebiet sehen. Da sehe ich das Problem. Also letztendlich ist es ein Compliance-Problem.“ (Ex-I2, S.11)

7.3 ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Es kann festgehalten werden, dass die Widerstände bei der Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund sehr umfangreich und vielschichtig sind. Hierzu gehören kulturelle, sprachliche und strukturelle Barrieren, die nur zum Zwecke der Übersichtlichkeit isoliert dargestellt wurden, ansonsten aber in Wechselwirkung auftreten (vgl. Geiger 2000, S.34). Dies wurde vor allem bei der Darstellung der politischen Rahmenbedingungen und organisationsbezogenen Widerstände deutlich.

Barrieren oder Ressourcen

Bei der Darstellung der Widerstände ist hervorzuheben, dass es von der Perspektive abhängt, ob diese als Barrieren oder Ressourcen interpretiert werden. Kulturelle Aspekte im Umgang mit Gesundheit und Krankheit können sich aus der Sicht der MitarbeiterInnen in der Arbeit mit MigrantInnen hinderlich auswirken, wenn sie auf das Fehlen von Compliance reduziert werden (vgl. Eberding/Schlippe 2005, S.266). Dies soll nachfolgend anhand des Themas Übergewicht exemplarisch dargestellt werden: In einigen asiatischen oder afrikanischen Ländern wird beispielsweise eine bestimmte Körperfülle als Zeichen des Wohlstands gedeutet und gilt als attraktiv. In Deutschland oder anderen westlichen Industrienationen hingegen sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache, wobei Übergewicht einen bedeutenden Risikofaktor darstellt. Die Verhinderung bzw. Reduzierung des Übergewichts ist deshalb Gegenstand gesundheitsförderlicher Maßnahmen, die von Menschen mit Migrationshintergrund möglicherweise nicht entsprechend angenommen werden, wie auch eine Expertin beschreibt:

„Wenn wir z.B. über einen Ernährungskurs sprechen, dann ist es natürlich ein Thema, wer entscheidet zu Hause denn, was auf den Tisch kommt, wie werden die Kinder ernährt, welche kulturellen Zusammenhänge gibt es da? Wir haben oft das Beispiel, dass die Mütter sich sehr

große Sorgen machen, dass das Kind zu *dünn* ist, obwohl es ganz normalgewichtig ist. Aber wie kommt das, dass die sich solche Sorgen machen? Wie wird bei Festen mit Essen umgegangen? Was für eine soziale Funktion hat auch Essen? Welchen Stellenwert hat z.B. Fett in der Ernährung? Wenn die Frauen ohne Fett kochen, sind sie gleich geizig. So was muss man natürlich wissen und dann muss man dahinter kommen. Man kann sich nicht einfach vor die hinstellen und sagen, iss weniger Fett, weniger Zucker und mehr Gemüse. Das ist naiv und zu denken, damit reicht es. Da ist man völlig auf dem Holzweg.“ (Ex-I4, S.4f.)

Wenn gesundheitsförderliche Interventionen die kulturelle Bedeutung des „normalen“ Körpergewichts von MigrantInnen berücksichtigen und diese soweit tolerieren, dass keine ernsthaften Gesundheitsschäden drohen, so könnte beispielsweise die traditionelle Nahrungszubereitung oder die soziale Funktion des Essens im positiven Sinne als Ressource genutzt werden. Die Zubereitung von Essen kann als soziale Aktivität einen praktischen Handlungsrahmen bieten (siehe hierzu Bunge/Meyer-Nürnberger/Kilian 2006, S.896), über den gesundheitsrelevante Informationen vermittelt und die Netzwerkbildung gefördert wird.

Es hängt somit von der jeweiligen Perspektive ab, ob MigrantInnen aufgrund ihres kulturellen Hintergrundes in der Gesundheitsförderung als „schwierig“ bezeichnet werden (vgl. Eshiett/Parry 2003, S.230; Borde 2006, S.117) oder ihre Ressourcen erkannt und durch kultursensible Angebote gefördert werden. Darüber hinaus ist es fraglich, ob die Schwierigkeiten bei der gesundheitlichen Beratung und Betreuung von MigrantInnen auch eventuell von der Seite der Akteure im Gesundheitswesen bestehen, wie im Kapitel 8 erläutert wird.

Ursachen für Widerstände

In Bezug auf die sprachlichen Barrieren, denen MigrantInnen sich im deutschen Gesundheitssystem gegenüber gestellt sehen, wird deutlich, dass es eine zentrale Frage ist, von *wem* diese Hindernisse ausgehen. Sind es die MigrantInnen, die nicht ausreichend Deutsch lernen und sich nicht integrieren? Wenn MigrantInnen nicht ausreichend integriert sind, sind es vielleicht kulturelle Barrieren oder sozioökonomische Faktoren wie die soziale Benachteiligung, die das Erlernen der Sprache erschweren? Ist es die Politik, die erst im neuen Zuwanderungsgesetz den rechtlichen Anspruch auf die Teilnahme an Sprachkursen für Neuzuwanderer festgelegt und Deutschland als de facto Einwanderungsland anerkannt hat? Oder sind es eventuell die Gesundheitseinrichtungen, die durch die mangelnde Bereitstellung von Sprachkompetenz oder den befürchteten Mehraufwand, den MigrantInnen in ihren Augen darstellen könnten, den Zugang nicht ermöglichen? Gehen diese Barrieren etwa von den MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen aus, die häufig im Umgang mit MigrantInnen Fachvokabular

verwenden und davon ausgehen, dass alle fließend Deutsch sprechen? All diese Fragen zielen darauf, die eindeutige Ursache von sprachlichen Barrieren zu identifizieren.

Es ist jedoch nicht das Ziel dieser Arbeit, bestehende Widerstände auf eine *Schuldfrage* zu reduzieren, da die Ursachen für Barrieren vielschichtig sind. In Bezug auf die sprachlichen Barrieren sollte verdeutlicht werden, dass diese Schuldzuweisungen jedoch im alltäglichen Handeln häufig vorliegen. Die Deutschkenntnisse von MigrantInnen werden dabei mit dem Grad ihrer Integration gleichgesetzt (vgl. Domenig 2003, S.87), wie auch ein Experte beschreibt:

„In einigen Untersuchungen wurde z.B. als ein Merkmal mit aufgeführt, dass man erfragt hat, welche Sprache zu Hause gesprochen wird. Auch das ist ein Indiz dafür, dass die Migration vielleicht noch nicht so lange zurück liegt. Auch wenn es zwei, drei Generationen sein kann, dass bestimmte Traditionen weitergelebt werden und dass die Verbindung hier nach Deutschland und das Fuß fassen hier im deutschen Gesundheitswesen wahrscheinlich auch noch nicht so wahrgenommen wird oder sich so eingestellt hat, wie bei sonstigen deutschen Leuten.“ (Ex-I2, S.2)

Wenn MigrantInnen die deutsche Sprache nicht oder nicht ausreichend beherrschen, wird ihnen oftmals die Verantwortung für eine unzureichende Integration und die damit einhergehenden Schwierigkeiten zugeschrieben. Aus dieser einseitigen Schuldzuschreibung resultiert wiederum die Forderung, dass MigrantInnen sich anpassen und unauffällig verhalten sollen (siehe Abschnitt 7.2). Je besser MigrantInnen integriert sind, desto weniger Aufwand verursachen sie für die Aufnahmegesellschaft (vgl. Domenig 2003, S.87-89).

Haltungen gegenüber MigrantInnen und politische Rahmenbedingungen

Der Verfasserin geht es im Rahmen der vorliegenden Arbeit darum, die vorhandenen Barrieren im deutschen Gesundheitssystem für Menschen mit Migrationshintergrund aufzuzeigen, um hierüber *Bedingungen* für die Gestaltung von kultursensiblen Gesundheitsförderungsangeboten zu formulieren. Über angemessene Angebotstrukturen sollen MigrantInnen befähigt werden, gesundheitsförderliche Maßnahmen stärker in Anspruch zu nehmen und hierüber ihren Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist die *interkulturelle Öffnung* von Gesundheitseinrichtungen, die im folgenden Kapitel vorgestellt wird. Unter der *interkulturellen Öffnung* versteht man einen Prozess, der darauf zielt, die Barrieren von MigrantInnen abzubauen. Eine Expertin benennt hierfür eine wesentliche Voraussetzung:

„Interkulturelle Öffnung fängt damit an, dass man seine *Haltung* verändern muss. Das ist in Deutschland wirklich schwierig, in vielen Einrichtungen. Ich glaube, wenn ein großer Wunsch da wäre, angemessen mit Fremdartigem umzugehen, dann wäre schon ganz viel gewonnen.“ (Ex-I1, S.10)

Die Haltungen gegenüber „Fremdartigem“ sind demnach ein bedeutender Widerstand bei der Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund. Die Haltungen der ExpertInnen gegenüber MigrantInnen scheinen darüber hinaus einen *Widerspruch* darzustellen. Im Abschnitt 4.1 wurde festgestellt, dass alle Befragten einen weiten und offenen Kulturbegriff teilten, der auf die Gemeinsamkeiten von Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen gerichtet ist. Dennoch ist die Haltung der ExpertInnen gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund von Stereotypen und Erwartungshaltungen geprägt. Die Einstellungen der ExpertInnen laufen somit ihrem Kulturverständnis zuwider, da sie Unterschiede zwischen „den Kulturen“ hervorheben und aufgrund ihres eigenen kulturellen Hintergrundes ethnozentrisch bewerten. Die möglichen Ursachen für diesen vermeintlichen Widerspruch sollen im Folgenden erläutert werden.

In den Aussagen der ExpertInnen spiegeln sich auf der *Mikroebene* Missverständnisse in der Interaktion mit MigrantInnen und enttäuschte Erwartungen wider (siehe Abschnitt 4.3). Bei den befragten ExpertInnen handelt es sich um Personen, die entweder gesundheitliche Interventionskonzepte für MigrantInnen erarbeiten oder selbst diese Zielgruppe gesundheitlich beraten. Dabei können persönliche Erfahrungen aus der alltäglichen Arbeit zu bestimmten Einstellungen führen, die zwar auf einzelne MigrantInnen zutreffen mögen, sich jedoch nicht als stereotype Aussagen auf eine bestimmte Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund übertragen lassen (vgl. Eberding/Schlippe 2005, S.269). Die enttäuschte Erwartungshaltung wird besonders anhand der Aussage eines Experten deutlich, der nach über 14jähriger Berufstätigkeit nicht mehr davon ausgeht, dass MigrantInnen verantwortungsvoll mit ihrer Gesundheit umgehen:

„Wenn wir bei Diabetespatienten bleiben, da hat mir eine Expertin in diesem Bereich gesagt ‚Machen Sie sich keine Illusionen, wenn Sie diese ganzen Daten haben, dass Sie dann an diese Leute [MigrantInnen] rankommen und dass es dann alles viel besser wird. Die Deutschen kapieren es auch nicht.‘ Das *ist* nun mal der Fall.“ (Ex-I2, S.7)

Die persönliche Erfahrung des Experten über das häufige Übergewicht von Migrantinnen kann zwar durch statistische Angaben belegt werden (siehe Abschnitt 3.4), lässt aber dennoch keine generelle Aussage über Menschen mit Migrationshintergrund zu.

Die Erwartungshaltungen sind in der Interaktion von Aufnahmegesellschaft und MigrantInnen rekursiv. Das heißt, dass sie zum einen von der Aufnahmegesellschaft auf Menschen mit Migrationshintergrund gerichtet sind. Darüber hinaus beeinflussen sie auch die Einstellungen und Erwartungen von MigrantInnen gegenüber der

Mehrheitsgesellschaft, was an der folgenden Aussage einer Expertin mit Migrationshintergrund erkennbar wird:

„Ich merke schon, wenn ich zum Arzt rein gehe und man merkt meinen Akzent, dann guckt man zuerst mal so ein bisschen. Aber daran bin ich gewöhnt.“ (Ex-I3, S.4)

Möglicherweise wird in der Interaktion das Verhalten des Gegenübers aufgrund von ähnlichen Situationen angenommen und erwartet, was eine weitere Interaktion negativ beeinflusst (vg. Eberding/Schlippe 2005, S.268).

Die Haltungen der ExpertInnen gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund spiegeln darüber hinaus auf der *Makroebene* die Rahmenbedingungen in der Arbeit mit MigrantInnen wider. Wie bereits erwähnt, teilten die ExpertInnen ein offenes und weites Kulturverständnis. Dieses Kulturverständnis hat sich allerdings noch nicht auf den Umgang mit MigrantInnen übertragen. Nach dem Pantheoretischen Modell von Alfred McAlister, einem Modell zur Entwicklung und Durchführung von gesundheitsförderlichen Interventionen, sind Informationen ein notwendiger, aber nicht ausreichender Bestandteil einer Einstellungs- und Verhaltensänderung (vgl. Seibt 2003, S.168). Beispielsweise ist das Wissen über eine ausgewogene Ernährung und ausreichend Bewegung in der Bevölkerung weit verbreitet, es setzt jedoch nur ein geringer, gesundheitsbewusster Teil diese Maßnahmen auch tatsächlich um. Hierbei spielen vor allem die gegebenen *Verhältnisse* eine große Rolle, die darauf hinwirken sollen, dass das gewünschte Gesundheitsverhalten zur leichteren Entscheidung wird (vgl. WHO 2006). Analog hierzu kann bei den ExpertInnen festgestellt werden, dass sie auf der kognitiven Ebene um einen modernen Kulturbegriff wussten. Sie machten in den Interviews einen sehr motivierten und engagierten Eindruck auf die Verfasserin, wenn sie von ihrer Arbeit mit MigrantInnen berichteten. Wenn jedoch die Verhältnisse, in diesem Fall die politischen Rahmenbedingungen ihrer Arbeit, nicht gegeben sind, so erschöpfen sich individuelle Ansätze, wodurch sich auch enttäuschte Erwartungen erklären lassen (siehe hierzu auch Domenig 2003, S.96). Die Kompetenz der MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen stößt an Grenzen, „wo die soziale Integration von Migranten/innen aufgrund gesellschaftspolitischer Bedingungen erschwert ist.“ (Domenig 2003, S.85) Die unzureichende soziale Integration von MigrantInnen wurde im Abschnitt 7.2 aufgezeigt.

Des Weiteren wird nach der Aussage einer Expertin der Stellenwert der Gesundheitsförderung für MigrantInnen derzeit in der Politik als „nicht sehr hoch eingeschätzt“. Die weiteren InterviewpartnerInnen konnten diese Frage nicht beantworten, obwohl sie alle ExpertInnen in diesem Bereich sind und die Planung und Durchführung von gesundheitsförderlichen bzw. präventiven Maßnahmen für MigrantInnen Gegenstand

ihrer täglichen Arbeit ist. Aufgrund der bislang nicht gesicherten medizinischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund, scheint ihrer Gesundheitsförderung derzeit eine marginale Rolle zuzukommen. Der politische Fokus liegt neben der medizinischen Versorgung derzeit auf dem Thema der sprachlichen und gesellschaftlichen Integration von MigrantInnen, wobei die Wechselwirkung dieser Faktoren mit ihrem Gesundheitszustand übersehen wird (siehe Abschnitt 3.5). Ferner vernachlässigt diese politische Sichtweise, dass die Gesundheitsförderung einen wertvollen integrativen Beitrag leisten kann, wie anhand des Beispiels einer Expertin deutlich wird:

„Wir haben z.B. ein kleines Kochprojekt. Da hat jede Nation mal ein spezielles Gericht gekocht und das haben wir zusammen gegessen und die haben über die Verbindung erzählt. Wie bei uns, dass man z.B. vor dem Kohlessen eine Kohlfahrt macht. Da haben die Geschichten dazu erzählt und dadurch sind ganz viele Leute in Kontakt gekommen. Afghanische mit türkischen, mit der russischen Bevölkerung und so. Man kommt über so ein Thema in Kontakt und das ist ein ganz wichtiger Integrationsbeitrag. Miteinander in Kontakt kommen.“ (Ex-I5, S.6)

In diesem Kapitel kann zusammenfassend festgehalten werden, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund nur dann wirksam und nachhaltig umgesetzt werden können, wenn diese „von ‚oben‘ gewollt und von ‚unten‘ akzeptiert werden.“ (Arbeitskreis Altenpflege 2002, S.47) Die bestehenden Widerstände von „unten“ wurden vor allem durch die Haltungen der MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen gegenüber MigrantInnen verdeutlicht; die Widerstände von „oben“ wurden durch die Abhängigkeit der Gesundheitsförderung von politischen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen und durch ihren derzeitigen geringen Stellenwert veranschaulicht. Im folgenden Kapitel sollen aus den genannten Barrieren *Bedingungen* für die Gestaltung von kultursensiblen Gesundheitsförderungsangeboten abgeleitet werden.

8 BEDINGUNGEN ZUR GESTALTUNG VON ANGEBOTEN

Im Kapitel 6 wurde gezeigt, dass bereits vereinzelt gute gesundheitsförderliche Angebote für MigrantInnen existieren. Es wurde dagegen auch festgestellt, dass Gesundheitseinrichtungen sich bislang nicht ausreichend an den Lebenslagen und gesundheitsbezogenen Bedürfnissen von MigrantInnen orientieren (siehe auch Bundesweiter Arbeitskreis 2005, S.4). Dies wurde im vorangehenden Kapitel anhand der organisations- und personenbezogenen Widerstände deutlich. Die verstärkte Orientierung an den Bedürfnissen von MigrantInnen wird durch die *interkulturelle Öffnung*²⁴ von Einrichtungen gefördert. In diesem Kapitel werden neben dieser Öffnung auf institutioneller Ebene entsprechend der Ottawa-Charta weitere notwendige Maßnahmen aufgezeigt. Diese reichen von strukturellen Veränderungen im Gesundheitssystem bis hin zur Veränderung der politischen Rahmenbedingungen. Abschließend werden Bedingungen zur Gestaltung von bedarfsgerechten Gesundheitsförderungsangeboten für MigrantInnen formuliert.

8.1 INTERKULTURELLE ÖFFNUNG

In der Ottawa-Charta von 1986 wurde bereits eine Neuorientierung der Gesundheitseinrichtungen gefordert, die unterschiedliche kulturelle Gegebenheiten und Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund stärker berücksichtigt (vgl. WHO 2006). Dies soll mithilfe der interkulturellen Öffnung erreicht werden (vgl. Geiger 2000, S.54):

„Der Prozess der Interkulturellen Öffnung ist kein Zusatzangebot, sondern betrifft die ganze Organisation und erfordert einen transparenten langfristigen Entwicklungsprozess auf allen Ebenen.“ (Arbeitskreis Altenpflege 2002, S.12)

Dieser Entwicklungsprozess umfasst innerhalb von Einrichtungen umfangreiche strukturelle Maßnahmen, zu denen die Personal- und Organisationsentwicklung zählt (vgl. Geiger 1998 und 2000; Bundesweiter Arbeitskreis 2005; David 2003, S.282-285).

8.1.1 PERSONAL- UND TEAMENTWICKLUNG

Durch die Aus-, Fort- und Weiterbildung von deutschen MitarbeiterInnen und die Beschäftigung von MigrantInnen in Gesundheitseinrichtungen soll die barrierefreie Kommunikation und die umfassende Information von MigrantInnen ermöglicht werden

²⁴ Wie im Abschnitt 4.2 erläutert, bezieht sich der Begriff *interkulturell* auf die Abgrenzung von Kulturen. Da es sich bei der *interkulturellen Öffnung* jedoch um einen feststehenden Begriff handelt, wird dieser in der vorliegenden Arbeit verwendet.

(vgl. David 2003, S.282f.; Bundesweiter Arbeitskreis 2005, S.7f.). Dass ein großer Bedarf an Maßnahmen der Personal- und Teamentwicklung besteht, wurde anhand der personenbezogenen Widerstände im vorangehenden Kapitel ersichtlich.

Kommunikation und Informiertheit von MigrantInnen

Es liegt in der professionellen Verantwortung der MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen, dass Menschen mit Migrationshintergrund gesundheitsrelevante Informationen *verstehen* (vgl. Domenig 2003, S.88; Eberding/Schlippe 2005, S.277). Sie haben ein Recht auf vollständige Informiertheit, da „nur umfassend aufgeklärte Menschen autonome und angemessene Entscheidungen über ihre gesundheitsbezogenen Absichten und Handlungen treffen [können]“. (Sabo/Lehmann 2003, S.56) Dies kann zum einen durch öffentliche, mehrsprachige Gesundheitskampagnen und Ankündigungen von Angeboten geleistet werden (vgl. Wimmer-Puchinger/Baldaszi 2001, S.526). Darüber hinaus existiert eine Vielzahl von fremdsprachigen Informationsmaterialien, die beispielsweise von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) zur Verfügung gestellt werden (siehe Abschnitt 6.3). Wie bereits beschrieben, spielen diese schriftlichen Materialien bei der Gesundheitsförderung für MigrantInnen jedoch eher eine untergeordnete Rolle und sind für diese Zielgruppe weniger geeignet (siehe hierzu Abschnitt 6.5). Aufgrund der häufigen sozialen Benachteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund und der damit einhergehenden Analphabetenrate, ist es für MigrantInnen von herausragender Bedeutung, dass auch eine mündliche Kommunikation über Gesundheitsthemen stattfindet, was auch aus der Erfahrung einer Expertin ersichtlich wird (siehe hierzu auch Wimmer-Puchinger/Engleder/Wolf 2006, S.889; Wimmer-Puchinger/Baldaszi 2001, S.516):

„Wir [in einer öffentlichen Gesundheitseinrichtung] machen ganz viel mittelschichtorientierte Sachen. Wir geben Broschüren, Faltblätter und *schriftliche Informationen* heraus, die man erstmal *lesen* können muss. Das heißt, ich muss mich in der Lage fühlen eine Broschüre zu handhaben, das Inhaltsverzeichnis richtig zu lesen. [...] Das ist eine relativ hohe Anforderung und damit kommen wir nicht viel weiter. Deshalb ist deutlich, wir brauchen mündliche Informationsüberbringer und Vertrauenspersonen, die gesprochene Informationen an Menschen heranbringen, die wir sonst nicht erreichen. Das heißt, wir müssen viel mehr Migrantinnen und Migranten selbst einbinden und in unserem Arbeitsbereich beschäftigen.“ (Ex-I1, S.5)

Da die Sprachkenntnisse von Menschen mit Migrationshintergrund sehr unterschiedlich sind, besteht ein Bedarf an muttersprachlicher Kommunikation und somit an regulär beschäftigten MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund in Gesundheitseinrichtungen. Dies bestätigte auch eine empirische Untersuchung in Österreich, bei der insbesondere

Frauen mit Migrationshintergrund den Wunsch nach muttersprachlichen Angeboten äußerten (vgl. Wimmer-Puchinger/Baldaszi 2001, S.525).

In der bereits genannten Fokusauswertung der BZgA-Fachdatenbank *Gesundheitsförderung bei soziale Benachteiligten* (siehe Abschnitt 6.4) wurden MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund als unentbehrlicher Erfolgsfaktor in der Arbeit mit MigrantInnen angesehen, da diese als MediatorInnen sprachliche und kulturelle Barrieren überbrücken können (vgl. Bunge/Meyer-Nürnberger/Kilian 2006, S.894). Weiterhin betonten die ExpertInnen, dass MigrantInnen, die Gesundheitseinrichtungen aufsuchen, sich im Kontakt mit Menschen, die den gleichen kulturellen Hintergrund haben, wertgeschätzt und verstanden fühlen (siehe auch Zielke-Nadkarni 1998, S.125). Durch die Verwendung der Muttersprache und den gemeinsamen Bedeutungsrahmen wird *Vertrauen* hergestellt, was gerade in der Gesundheitsförderung eine außerordentlich wichtige Rolle spielt (siehe hierzu Abschnitt 4.2):

„Menschen aus anderen Kulturkreisen und mit anderen Lebenserfahrungen haben oft [...] Fragen, bei denen es [...] sehr wichtig scheint, dass da jemand sitzt, der auch zugewandert ist. Der einfach dadurch, dass er auch aus demselben Land kommt und da als Vermittlerin arbeitet, signalisiert ‚Ich kann mir vorstellen, wovon du redest, denn ich kenne das auch‘. Das ist wirklich enorm wichtig und ich glaube auch, dass man einfach einen Vertrauensvorschuss braucht.“ (Ex-I1, S.5f.)

Des Weiteren vermitteln MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund MigrantInnen das Gefühl, in Einrichtungen willkommen und integriert zu sein:

„In Einrichtungen [...] geht es gar nicht darum, dass man eine Türkin einstellt, die die Türken bedient. Wenn ich in eine Einrichtung komme und sehe, da ist auch jemand mit einer andern Hautfarbe, dann ist das schön für Menschen. Die haben dann das Gefühl, dass wir hier auch dazu gehören.“ (Ex-I1, S.10)

Wie die Expertin schildert, geht es bei der Beschäftigung von MigrantInnen in Gesundheitseinrichtungen nicht darum, dass sie ausschließlich Menschen mit dem gleichen kulturellen Hintergrund betreuen. Diese Situation der „ethnischen Arbeitsteilung“ tritt jedoch häufig ein (vgl. Gaitanides 2004, S.13). Diese Arbeitsteilung dient als Vermeidungsstrategie der deutschen MitarbeiterInnen, da für die Interaktion mit MigrantInnen die fremdsprachigen KollegInnen „zuständig“ sind (vgl. Domenig 2003, S.99). Bei der Betreuung von MigrantInnen in Gesundheitseinrichtungen sollte aus diesem Grunde immer darauf geachtet werden, dass die sprachliche Qualifikation von MitarbeiterInnen nicht über ihre fachliche Kompetenz gestellt wird. Deshalb sollten auch externe Dolmetscherdienste eingesetzt werden, wenn sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme bestehen, die nicht in den Kompetenzbereich der

MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund fallen. Dies fördert darüber hinaus eine gleichberechtigte Teamentwicklung (vgl. Gaitanides 2004, S.13).

Bei der Gesundheitsförderung für MigrantInnen sind besonders Teams geeignet, die sich sowohl aus deutschen MitarbeiterInnen als auch aus MigrantInnen, die neben der deutschen auch ihre Muttersprache sprechen, zusammensetzen (vgl. Eberding/Schlippe 2005, S.272f.; Zielke-Nadkarni 1998, S.126). MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund fungieren zum einen als MediatorInnen und fördern zum anderen die Sensibilisierung im Team, wie im folgenden Abschnitt erläutert wird (vgl. Bunge/Meyer-Nürnberg/Kilian 2006, S.895).

Aus-, Fort- und Weiterbildung von MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen

Nach der Ansicht der ExpertInnen, fehlt es deutschen MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen an *Interkultureller Kompetenz*, was auch an den Haltungen gegenüber MigrantInnen sichtbar wurde. Diese personenbezogenen Widerstände sind auch in der einschlägigen Literatur beschrieben: Sie reichen ebenfalls von Vorurteilen und ethnozentrischen Sichtweisen bis hin zur Furcht vor Mehrbelastung und Ablehnung von MigrantInnen (vgl. Gaitanides 2004, S.11; Eberding/Schlippe 2005, S.273). An diesen Ergebnissen wird ersichtlich, dass im Rahmen der interkulturellen Öffnung Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der MitarbeiterInnen zum Erwerb von Interkultureller Kompetenz dringend erforderlich sind. Ingrid Geiger unterteilt die notwendigen Schritte zum Erwerb dieser Kompetenz in Sensibilisierungs- und Qualifizierungsmaßnahmen (vgl. Geiger 2000, S.53). In der vorliegenden Arbeit sollen keine Konzepte zur Qualifizierung entwickelt werden, da hierzu bereits umfangreiche Literatur vorliegt (siehe Borde/Rosendahl 2003, S.247). Darüber hinaus wird in Qualifizierungsmaßnahmen vor allem Wissen über andere Kulturen vermittelt, wie auch Peter Nick kritisiert (siehe Abschnitt 4.2). Wie bereits in dem genannten Abschnitt hervorgehoben, steht beim Erwerb von Interkultureller Kompetenz nicht das Wissen über andere Kulturen im Vordergrund, sondern die Sensibilisierung im Interaktionsprozess in Form einer kritischen Selbstreflexion des eigenen kulturellen Hintergrundes (vgl. Auernheimer 2002, S.201f.; Bundesweiter Arbeitskreis 2005, S.7; Gaitanides 2004, S.11f.). Im Abschnitt 7.3 wurde darauf hingewiesen, dass die Haltungen der ExpertInnen gegenüber MigrantInnen auf Missverständnissen in der Interaktion und auf enttäuschten Erwartungen basieren, die zu Stereotypen führen können. Durch Maßnahmen der Sensibilisierung kann dieser Prozess unterbrochen werden. Die Voraussetzung hierfür ist in erster Linie ein Problembewusstsein (vgl. Pöchhacker 2000, S.174). Durch Selbstreflexion und das Erkennen von Barrieren im Gesundheitssystem von MigrantInnen, können sich MitarbeiterInnen persönlicher Haltungen und Vorurteilen gegenüber Menschen mit

Migrationshintergrund bewusst werden (vgl. Eberding/Schlippe 2005, S.278). Um diesen Lernprozess zu fördern, eignen sich vor allem Fortbildungsmaßnahmen in Teams, da hier der Praxisalltag durch Fallbeispiele reflektiert werden kann (vgl. Domenig 2003, S.95). Das Aufzeigen von Vorurteilen kann in dem geschützten Rahmen einer solchen Fortbildung sehr wertvoll sein, da man hierüber erlernen kann, mit diesen auch konstruktiv umzugehen (vgl. Eberding/Schlippe 2005, S.276).

Wie bereits erwähnt, besteht jedoch beim Erwerb von Interkultureller Kompetenz von Seiten der MitarbeiterInnen nur eine geringe Teilnahmebereitschaft (siehe Abschnitt 7.2.3). Stefan Gaitanides vermutet in diesem Zusammenhang, dass MitarbeiterInnen befürchten, „dass man/frau dort mit seinen/ihren Vorurteilen vorgeführt wird oder subjektiv berechnete Ängste und Aggressionen tabuisiert werden [...].“ (Gaitanides 2004, S.14) Um die Teilnahmebereitschaft der MitarbeiterInnen an Maßnahmen zur Interkulturellen Kompetenz zu erhöhen, ist es deshalb bedeutend, ihren Nutzwert herauszustellen. Ein entscheidendes Argument könnte sein, dass diese Maßnahmen dazu beitragen, dass weniger Konflikte im Umgang mit MigrantInnen entstehen und hierdurch die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen erhöht wird (vgl. Gaitanides 2004, S.14; vgl. Domenig 2003, S.101). Wenn Konflikte auftreten, so trägt die Interkulturelle Kompetenz dazu bei, dass MitarbeiterInnen MigrantInnen mehr Verständnis entgegenbringen können. Wenn es sich bei bestimmten Verhaltensweisen von MigrantInnen nicht um Stereotype, sondern um kulturell geprägte Lebensgewohnheiten und Einstellungen handelt, so können MitarbeiterInnen dies thematisieren. Wenn beispielsweise Menschen mit einem bestimmten kulturellen Hintergrund ihre eigene Gesundheit nur bedingt „als ihr Aufgabengebiet ansehen“, wie ein Experte aus seiner Erfahrung schilderte, so können geschulte MitarbeiterInnen in einen Dialog treten und MigrantInnen erklären, dass das deutsche Gesundheitssystem auf die Eigenverantwortung der Betroffenen ausgerichtet ist, weshalb von ihnen erwartet wird, dass sie gesundheitsförderliche Maßnahmen im Rahmen ihres Möglichen umsetzen, um die eigene Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern.

Der Erwerb von Interkultureller Kompetenz der MitarbeiterInnen und die Beschäftigung von MigrantInnen in Gesundheitseinrichtungen, die das Ziel der Personal- und Teamentwicklung sind, können jedoch nur dann umgesetzt und aufrecht erhalten werden, wenn die institutionellen Strukturen dies auch zulassen (vgl. Domenig 2003, S.96; Arbeitskreis Altenpflege 2002, S.43). Die Voraussetzung der interkulturellen Öffnung ist somit, dass sich nicht nur die beteiligten Personen ihrer eigenen Kultur bewusst, sondern auch die Strukturen in Gesundheitseinrichtungen transparent werden (vgl. Albrecht 2002, S.294f.; WHO 2001).

8.1.2 ORGANISATIONSENTWICKLUNG

Innerhalb von Gesundheitseinrichtungen ist es von herausragender Bedeutung, dass die interkulturelle Öffnung Aufgabe der Leitung ist, da nur diese Querschnittsstelle das Selbstverständnis der Einrichtung definieren kann und mit den entsprechenden Ressourcen und Entscheidungsbefugnissen ausgestattet ist (vgl. Domenig 2003, S.96-99; Geiger 2000, S.56; Gaitanides 2004, S.12). Zu diesen Ressourcen und Befugnissen gehören unter anderem Entscheidungen über den Erwerb von Interkultureller Kompetenz der MitarbeiterInnen, die Einstellung von MigrantInnen, die grundlegenden Angebotsstrukturen oder auch die Kooperation mit anderen Einrichtungen und die Vernetzung von Angeboten. Die ersten beiden Punkte wurden im vorangehenden Abschnitt der Personal- und Teamentwicklung erörtert. Im Folgenden soll auf die Angebotsstrukturen sowie auf die Kooperation mit anderen Einrichtungen und die Vernetzung von Angeboten Bezug genommen werden, die bedeutende Aufgaben der Organisationsentwicklung darstellen und von den ExpertInnen in den Interviews als Widerstände genannt wurden.

Angebotsstrukturen

In Bezug auf die bestehenden Angebote für MigrantInnen haben zwei ExpertInnen ausgesagt, dass sich diese an der deutschen Mittelschicht orientieren, wodurch sie für MigrantInnen eine zu hohe Schwelle bei der Inanspruchnahme aufweisen:

„Da gibt es ganz viele Projekte, aber da stößt man immer wieder auch auf Probleme, weil es dann doch in einer bestimmten *Logik* gesehen wird. Und zwar diese ganz normale mittelschichtorientierte Gesundheitsförderung/Prävention. Das steckt noch in vielen Köpfen fest und das möchten die auch nicht unbedingt ändern. Es ist bei vielen Angeboten so, dass man verschiedene Zielgruppen hat und dann nimmt man noch eine dazu, um einfach zu sagen, wir haben auch was für Migrantinnen. Aber das reicht nicht.“ (Ex-I4, S.3)

„Die ganzen Gesundheitsbereiche müssten sich für MigrantInnen sehr viel mehr öffnen. Die sind sehr verdeutscht.“ (Ex-I5, S.2)

Um Angebotsstrukturen kultursensibel zu gestalten, ist eine Expertin der Ansicht, sich generell von „Kommstrukturen“ zu entfernen, und empfiehlt, Angebote in die Communities von MigrantInnen hinein zu tragen:

„Das ist ja die Frage nach den Zugängen, was ich ja auch schon vorhin gesagt habe. Die Krankenkasse sagt zum Beispiel ‚Jetzt machen wir auch mal ein Angebot für Migrantinnen‘ und machen dann eine Rückenschule in den AOK-Räumen. Das bringt es natürlich nicht. Man muss wissen, wie funktionieren die Communities. Wie kommt man ran? Was ist der Bedarf? Ein Beispiel, wie das funktionieren kann, was sehr geschätzt wird ist, dass wenn man sich weg entfernt von

dieser Kommstruktur, hin zu dieser Gehstruktur. Es gibt viele Initiativen in den Stadtteilen, in Stadtteileinrichtungen, in den Schulen, in den Kitas, wo man die Leute erreichen kann.“ (Ex-I4, S.4)

Im Abschnitt 6.3 wurde dargestellt, dass sich jedoch auch niederschwellige Kommstrukturen in der gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit bewährt haben. Hier wurden als gute Beispiele interkulturelle Begegnungsstätten wie das *Bayouma-Haus* genannt, die einen erfolgreichen Zugang zu MigrantInnen ermöglichen (siehe hierzu auch Bunge/Meyer-Nürnberger/Kilian 2006, S.895). In Gesundheitseinrichtungen eignen sich zudem Gruppenangebote, die einen sozialen Rahmen bieten und hierüber Schwellenängste von MigrantInnen abbauen, wie auch eine Expertin herausstellt (vgl. Bunge/Meyer-Nürnberger/Kilian 2006, S.896):

„Dieser Veranstaltungscharakter, den die Gesundheitsämter häufig haben, der ist auch nicht so wirklich migrantenfreundlich. [...] Wenn wir Veranstaltungen machen, dann funktioniert es am besten, wenn sich Frauen zum Kaffee treffen und darüber reden. Dann sitzen die Mediatorinnen dabei und fangen so langsam an und steigen in das Thema ein und erzählen mal so ein bisschen und zeigen ein paar Bilder. Es ist nicht so, wie wir das kennen, dass man sich einen Vortrag für eineinhalb Stunden anhört, wie es auch in den Gesundheitsämtern immer wieder angeboten wird. Dann wird sich häufig gewundert, warum das nicht von Migrantinnen genutzt wird. Das hat einfach einen sturen Vortragscharakter. Da müsste sich noch einiges verändern.“ (Ex-I5, S.3)

Was nach der Meinung dieser Expertin bei der Gestaltung von Angeboten häufig übersehen wird, ist die Atmosphäre, deren Herstellung einen geringen Aufwand darstellt, aber große Wirkung hat:

„Ganz ehrlich ist auch die Atmosphäre wichtig [bei gesundheitsförderlichen Angeboten]. Essen, Trinken, eine nette Sitzgelegenheit, so dass es einladend wirkt. Da müsste sich einiges verändern. Viele denken ‚Ach wieso, die kriegen doch schon umsonst Informationen, was soll ich denn da noch Essen hinstellen?‘ Ganz ehrlich, ich gehe auch lieber irgendwo hin, wo ich das Gefühl habe, es hat einen einladenden Charakter. Ich will mich ja nicht satt essen da und das wollen die meisten anderen da auch nicht. Das fördert aber die Kommunikation, das weiß man einfach.“ (Ex-I5, S.6)

Kooperation mit anderen Einrichtungen und Vernetzung von Angeboten

Einen wichtigen Ansatz zur Kooperation und Vernetzung der Akteure in der Gesundheitsförderung stellt unter anderem der bundesweite Arbeitskreis *Migration und Gesundheit* dar, der im Abschnitt 6.3 vorgestellt wurde. Ferner gibt es zahlreiche Arbeitskreise zum Thema Migration und Gesundheit auf kommunaler Ebene, wie am Beispiel des *Gesunden Städte-Netzwerkes* aufgezeigt wurde, an dem sich unter anderem öffentliche Gesundheitsdienste, örtliche Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände und MigrantInnenorganisationen beteiligen. Eine Expertin schilderte, welche Konsequenz eine

mangelnde Zusammenarbeit von Akteuren bei der Planung und Umsetzung von Projekten haben kann:

„Das ärgerliche war, dass wir damals nicht von Anfang an die Krankenkassen miteinbezogen haben [in das Dolmetscher-Projekt im Krankenhaus] und gesagt haben ‚Wir machen ein Projekt, es ist auch in der Gesundheitsbehörde angesiedelt, und wir erproben das mal zwei Jahre und dokumentieren und evaluieren es. Wenn es kostengünstig ist und wirklich alle sagen, dass es toll ist, dann könnte man es doch über den Krankenhauspflegesatz mitfinanzieren‘. [...] Das gelang aber nicht und dann ist es wieder eingestellt worden.“ (Ex-I1, S.3)

Kooperationen und Vernetzungen fördern somit die Erschließung von finanziellen Ressourcen, was in der Gesundheitsförderung allgemein als schwierig gilt. Darüber hinaus entstehen durch die Zusammenarbeit von Akteuren Synergieeffekte, die im Rahmen des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung von herausragender Bedeutung sind. Angebote müssen hiernach intersektoral und interdisziplinär angesiedelt sein, um nachhaltig zu wirken (siehe Abschnitt 5.2). In diesem Zusammenhang hat sich vor allem die Nutzung bestehender Strukturen und Netzwerke von MigrantInnen, die Anbindung an Gemeinwesenzentren und die Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen als erfolgreich erwiesen (vgl. Bunge/Meyer-Nürnberg/Kilian 2006, S.894). Die verstärkte Zusammenarbeit von Gesundheitseinrichtungen mit Migrantenorganisationen ist vor allem auch deswegen anzustreben, um Zugangsmöglichkeiten und kultursensible Methoden bei der Gestaltung von Angeboten für MigrantInnen zu reflektieren.

Anhand des partizipativen Prozesses der *Good Practice* wurde im Abschnitt 6.3 ferner erläutert, dass Kooperationen und Vernetzungen zu einer Qualitätsverbesserung der Angebote beitragen. Die erforderliche Verbesserung der Angebotsqualität wurde vor allem daran deutlich, dass nur ein äußerst geringer Prozentsatz der dokumentierten Angebote der BZgA-Fachdatenbank den Kriterien guter Praxis entsprach. Insbesondere kommt hierbei der prozessbegleitenden Evaluierung von gesundheitsförderlichen Projekten für MigrantInnen eine wichtige Bedeutung zu (vgl. Geiger 2000, S.55f.).

8.2 DIVERSITY MANAGEMENT

Die genannten Schritte der interkulturellen Öffnung können bei der Gesundheitsförderung für MigrantInnen als Bestandteil des *diversity management*²⁵ angesehen werden. Der Begriff *diversity* (engl.= Vielfalt) bezieht sich auf Art.13 des Amsterdamer Vertrages. Hiernach sind die Unterschiedlichkeiten von Menschen unter anderem in Hinsicht auf die ethnische Herkunft und die Religion oder Weltanschauung zu schützen. Entsprechend der

²⁵ Ursprünglich stammt der Begriff des *diversity management* aus dem amerikanischen Wirtschaftsbereich und stellt ein Konzept der Unternehmensführung dar, das über den Umgang mit Vielfalt das Potential der Mitarbeiter und den Nutzen des Unternehmens zu maximieren versucht.

Strategie des *diversity management* soll die Berücksichtigung dieser Faktoren zur bedarfsgerechten Gestaltung gesundheitsförderlicher Angebote für MigrantInnen beitragen (vgl. Stuber 2006, Altgeld 2006). Wie diese Faktoren im Rahmen der interkulturellen Öffnung berücksichtigt und genutzt werden können, wurde anhand der Maßnahmen in der Personal- und Organisationsentwicklung gezeigt. Im Sinne des *diversity management* bedarf es jedoch noch weiterer Maßnahmen, um Angebote für MigrantInnen bedarfsgerecht zu gestalten. Vor allem gilt es, ihre Bedarfe und Bedürfnisse zu identifizieren, um geeignete Maßnahmen abzuleiten (vgl. Auernheimer 2002, S.203; Borde 2006, S.131). Dabei spielt die Partizipation von MigrantInnen eine große Rolle, wie auch ein Experte aus seiner Erfahrung schildert:

„Was dabei sehr viel wichtiger ist [ein Angebot kultursensibel zu gestalten], ist eben diese Zielgruppe selber zu befragen. Dazu, welche Probleme sie z.B. mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung haben, was sie sich unter Gesundheitsversorgung überhaupt vorstellen und was sie sich wünschen, um entsprechend der Befragung der Zielgruppe, Maßnahmen zu etablieren.“ (Ex-I2, S.10)

Wenn die Bedürfnisse von MigrantInnen identifiziert werden, so können sie hierüber mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheits- und Lebenssituation erhalten (vgl. Geiger 1998, S.175). Darüber hinaus wirkt sich die Partizipation von MigrantInnen an der Projektgestaltung positiv auf die Inanspruchnahme gesundheitsförderlicher Maßnahmen aus (vgl. Bunge/Meyer-Nürnberg/Kilian 2006, S.896).

Da Menschen mit Migrationshintergrund eine äußerst heterogene Gruppe darstellen, sieht Thomas Altgeld den Nutzen des *diversity management* in der „genauere[n] Definition von Zielgruppen und eine[r] stärkere[n] Berücksichtigung ihrer Verschiedenartigkeit [...]“. (Altgeld 2006, S.50) Durch die Berücksichtigung der Verschiedenartigkeit der Migrantengruppen können vor allem diejenigen identifiziert werden, die den höchsten Präventionsbedarf aufweisen, so dass ihre gesundheitliche Ungleichheit gemindert wird. Thomas Altgeld hebt hierbei hervor, dass in Deutschland nicht grundsätzlich Präventionskonzepte fehlen, sondern es generell bei den Bevölkerungsteilen, die in der Gesundheitsförderung als schwer erreichbar angesehen werden, an der *genauen* Definition der Zielgruppe mangelt (vgl. Altgeld 2006, S.50), wie auch eine Expertin betont:

„Ein Grundproblem bei den ganzen Angeboten ist, es gibt viele, aber es ist dann *eins von vielen*, aber es ist dann nicht zielgruppenspezifisch und -gerecht gestaltet. Das ist ein Defizit. Es mangelt nicht an Angeboten, sondern an der *Art*.“ (Ex-I4, S.3f.)

Um die gesundheitliche Ungleichheit von MigrantInnen zu reduzieren, muss die Vielfalt innerhalb dieser Zielgruppe in sozialer, ökonomischer und kultureller Hinsicht beachtet

werden (vgl. Altgeld 2006, S.52). Vor allem spielt hierbei auch die Berücksichtigung der Sprachkenntnisse eine wichtige Rolle, wie eine Expertin am Beispiel von türkischen MigrantInnen aufzeigt:

„Es kommt ganz auf die Zielgruppe an [ob Angebote in der Muttersprache gemacht werden sollten]. Wenn wir z.B. jetzt mal von der türkischen Community in Deutschland reden, gibt es ja verschiedene Generationen. Es gibt ja mittlerweile die vierte Generation. Wenn Sie mit der ersten Generation arbeiten wollten, würde ich sagen, das muss auf Türkisch sein. Da sind die Deutschkenntnisse oft so, dass man sonst keine Angebote durchführen könnte. Die vierte Generation würde vielleicht sagen ‚Was wollt ihr mit Türkisch, wir reden Deutsch, wir sind Deutsche‘. Da muss man sehr wohl unterscheiden. Da muss man sich seine Zielgruppe, die man vor Augen hat, ganz genau angucken und dies ganz genau herausfinden.“ (Ex-I4, S.6)

Für die zielgruppengenaue Gestaltung der Angebote sind neben der Partizipation von MigrantInnen auch die Förderung der gesundheitswissenschaftlichen Forschung zum Thema Migration und Gesundheit und eine verbesserte Gesundheitsberichterstattung notwendig. Diese Maßnahmen gehen vor allem von Akteuren auf Kommunal-, Landes- oder Bundesebene aus. Ein Akteur, der auf Bundesebene an der Verbesserung einer migrationsspezifischen Datenlage in Form der Entwicklung von methodischen Standards mitgewirkt hat, ist beispielsweise das Robert Koch-Institut²⁶ (vgl. RKI 2005, S.204f.).

Ob gesundheitsförderliche Angebote für MigrantInnen kultursensibel und bedarfsgerecht gestaltet werden können, hängt jedoch nicht nur von Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung oder einer verbesserten Gesundheitsberichterstattung ab, sondern ist auch maßgeblich durch politische Rahmenbedingungen bestimmt (vgl. Auernheimer 2002, S.200). Diese geben vor, inwieweit eine gesundheitliche Chancengleichheit der Bevölkerung möglich ist. Unter der gesundheitlichen Chancengleichheit versteht Andreas Mielck, dass „alle Menschen unabhängig von Ausbildung, beruflichem Status und/oder Einkommen die gleiche Chance erhalten [sollen], gesund zu bleiben bzw. zu werden.“ (Mielck 2000, S.11)

Die gesundheitliche Chancengleichheit von Menschen mit Migrationshintergrund kann in Deutschland somit nur durch eine umfassende Integrationspolitik erreicht werden, wie im folgenden Abschnitt anhand der Strategie des *diversity mainstreaming* aufgezeigt wird.

²⁶ Das Robert Koch-Institut stellt eine zentrale Einrichtung der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland dar, die direkt dem Bundesministerium für Gesundheit unterstellt ist. Das Institut hat im November 2005 die Fachtagung „Migrantensensible Studiendesigns in der Epidemiologie“ ausgerichtet (vgl. EpiBerlin 2007).

8.3 DIVERSITY MAINSTREAMING

Wenn man die Entwicklungen in der Gesundheitsförderung bezüglich des Gender-Aspektes²⁷ betrachtet, so kann man bei der Gesundheitsförderung für MigrantInnen Parallelen entdecken. Unter dem Begriff des *gender mainstreaming* versteht man in der Gesundheitsförderung eine politische Doppelstrategie, die die Chancengleichheit von Frauen und Männern im Gesundheitssystem und die Bedarfsgerechtigkeit von Angeboten fördert (vgl. Altgeld/Kolip 2006, S.16). Es bedurfte eines langwierigen Prozesses, bis unterschiedliche gesundheitsbezogene weibliche und männliche Bedürfnisse anerkannt und in der Madrider Erklärung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahre 2001 festgeschrieben wurden:

“All women and men have the right to the highest attainable standard of health. [...] To achieve the highest standard of health, health policies have to recognize that women and men [...] have different needs, obstacles and opportunities. [...] The concept [of gender equity] recognizes that women and men have different needs, power and access to resources, and that these differences should be identified and addressed in a manner that rectifies the imbalance between the sexes.” (WHO 2001)

Wenn man den Begriff „Frauen und Männer“ durch „Menschen mit Migrationshintergrund“ ersetzt, so kann diese Aussage als unverändert gültig angesehen werden. Gemäß des Gender-Aspekts schlägt die Verfasserin dieser Arbeit deshalb vor, auf die Gesundheitsförderung für MigrantInnen die politische Strategie des *diversity mainstreaming* zu übertragen. Der Vorteil dieser Strategie liegt darin, dass sie nicht nur die Integration von MigrantInnen in das Gesundheitssystem, sondern auch deren gesamtgesellschaftliche Beteiligung unterstützt, da einzelne Maßnahmen erfahrungsgemäß wirkungslos sind (vgl. Domenig 2003, S.85f.; Gaitanides 2004, S.12; Pourgholam-Ernst 2005, S.182-184). Damit Menschen mit Migrationshintergrund die gleichen Chancen beim Erhalt oder der Verbesserung ihres Gesundheitszustandes haben, verlangt das *diversity mainstreaming* eine Verbesserung der politischen Rahmenbedingungen, die folgende Punkte beinhaltet:

Die Verbesserung des rechtlichen und politischen Status von MigrantInnen

Im Abschnitt 3.1 wurde dargestellt, dass der Zugang von MigrantInnen zu Sozial- und Gesundheitsleistungen von ihrem rechtlichen und politischen Status abhängt. Zu den MigrantInnen, die nur einen sehr eingeschränkten bzw. keinen Zugang erhalten, gehören unter anderem geduldete MigrantInnen und MigrantInnen ohne gesicherten

²⁷ Der Begriff *Gender* bezeichnet nicht das biologische Geschlecht von Frauen und Männern, sondern das soziokulturell geprägte Geschlechterverhalten (vgl. WHO 2001).

Aufenthaltsstatus. Da gerade diese Gruppen jedoch einen hohen Präventionsbedarf aufweisen, müssen gesetzliche Regelungen getroffen werden, die ihre gesundheitliche Chancengleichheit ermöglichen (vgl. Bundesweiter Arbeitskreis 2005, S.2f.).

Die Verbesserung der sprachlichen, sozialen und beruflichen Integration von MigrantInnen

Die sprachliche, soziale und berufliche Integration von MigrantInnen ermöglicht deren Partizipation an gesellschaftlichen Ressourcen. Auf die sprachliche und soziale Integration wurde bereits eingegangen. Zu der beruflichen Integration von MigrantInnen in das deutsche Gesundheitssystem gehört unter anderem die Anerkennung von ausländischen Ausbildungsabschlüssen, wodurch die Erlaubnis zur Berufsausübung erleichtert wird (vgl. Bundesweiter Arbeitskreis 2005, S.3). Weiterhin müsste die Beteiligung von MigrantInnen an gesundheitsbezogenen Berufsausbildungen verbessert werden (vgl. Gaitanides 2004, S.14). MigrantInnen sind im Gesundheitssystem derzeit häufig als Honorarkräfte tätig (vgl. Domenig 2003, S.88; Gardemann 2001, S.117). Die Nachteile dieser Beschäftigungsform wurden bereits erläutert, woraus die Forderung nach regulären Arbeitsplätzen für MigrantInnen resultiert.

Die Verbesserung der gesundheitswissenschaftlichen Forschung zum Thema Migration und Gesundheit sowie der Gesundheitsberichterstattung

Wie bereits erwähnt, bedarf es einer differenzierten gesundheitswissenschaftlichen Forschung und Gesundheitsberichterstattung, um bedarfsgerechte und kultursensible Maßnahmen für MigrantInnen abzuleiten. Wenn Angebote nicht auf vorhandene Bedürfnisse reagieren, so werden die verfügbaren Ressourcen nicht effizient eingesetzt, da nur ein kleiner Teil der Zielgruppe erreicht wird (vgl. Borde 2006, S.130). Dies ist vor allem mit dem Hintergrund der Knappheit von Finanzmitteln in der Gesundheitsförderung als überaus kritisch anzusehen. Gute Ansätze hinsichtlich einer migrationsspezifischen Datenerhebung stellen der Mikrozensus 2005 und das vom Robert Koch-Institut durchgeführte Kinder- und Jugendsurvey „KiGGS“ dar (vgl. RKI 2007). In der wissenschaftlichen Forschung zum Thema Migration und Gesundheit sollte verstärkt die Orientierung an den Ressourcen von MigrantInnen verfolgt werden, da diese in der Gesundheitsförderung eine entscheidende Rolle spielen (siehe Abschnitt 5.3).

Die Verbesserung der Interessensvertretung von MigrantInnen

Entsprechend der ersten Handlungsstrategie der Ottawa-Charta, dem Übernehmen von Anwaltschaften für Gesundheit, brauchen MigrantInnen eine stärkere Lobby, um ihre gesundheitsbezogenen Bedürfnisse zu artikulieren. Hierbei müssen MigrantInnen selbst im Rahmen ihrer Möglichkeiten und die in der Gesundheitsförderung Tätigen aktiv für die

gesundheitlichen Belange von Menschen mit Migrationshintergrund eintreten. Diese Lobbyarbeit wird beispielsweise von den Kompetenzzentren des *Gesunden Städte-Netzwerkes* und von Freien Wohlfahrtsverbänden wie der Caritas ausgeübt (siehe Abschnitt 6.3). Hier bedarf es weiterer Akteure und der stärkeren Einbeziehung von MigrantInnen, um eine Verbesserung ihrer umgebenden Verhältnisse und Verhaltensfaktoren zu erreichen.

Die Verbesserung des Stellenwertes der Gesundheitsförderung für MigrantInnen

Wie in der Auswertung der Experteninterviews deutlich wurde, hat die Gesundheitsförderung für MigrantInnen derzeit einen geringen politischen Stellenwert. Dieser Stellenwert kann sich nur erhöhen, wenn relevante Akteure im Gesundheitswesen darauf aufmerksam machen, welche Bedeutung die Gesundheitsförderung für MigrantInnen auch hinsichtlich ihrer sprachlichen, sozialen und beruflichen Integration hat. Des Weiteren müssen die gesetzlichen Krankenkassen, die aufgrund ihrer finanziellen Ausstattung einen der wichtigsten Akteure der Gesundheitsförderung darstellen, ihrer rechtlichen Verpflichtung nach § 20 SGB V konsequenter nachkommen, und eine zielgruppengerechte Gesundheitsförderung für MigrantInnen anbieten (vgl. Altgeld 2006, S.52).

8.4 UMSETZUNG DES DIVERSITY MANAGEMENT UND DIVERSITY MAINSTREAMING

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit können keine allgemeinen Konzepte und Handlungsstrategien zur kultursensiblen Gestaltung von Gesundheitsförderungsangeboten entworfen, sondern ausschließlich Bedingungen hierfür formuliert werden, da die Gestaltung von den jeweiligen „Ressourcen, dem Umfeld, den Trägerstrukturen, den politischen und kommunalen Konstellationen und von der Kooperationsbereitschaft der am Prozess Beteiligten abhängig [ist].“ (Arbeitskreis Altenpflege 2002, S.45)

Auf institutioneller Ebene ist festzuhalten, dass eine Situationsanalyse unabdingbar ist, um herauszufinden, welche der notwendigen Bedingungen vor Ort bereits gegeben und welche außerdem erforderlich sind, um bedarfsgerechte Maßnahmen für MigrantInnen abzuleiten und durchzuführen (vgl. Domenig 2003, S.96f.; Arbeitskreis Altenpflege 2002, S.50). Zur Überprüfung der institutionellen Strukturen liegen bereits Analyseinstrumente vor, die zwar nicht aus dem Bereich der Gesundheitsförderung stammen, aber auf diesen übertragbar sind. Aus dem Bereich der Sozialen Arbeit ist beispielsweise der „Interkulturelle Selbsttest“ des Diakonischen Werkes zu nennen. Dieser Test dient dazu, die konkreten Ziele der Einrichtung in Hinblick auf die Betreuung von MigrantInnen zu formulieren und diese mit dem Ist-Zustand abzugleichen (vgl. Diakonisches Werk o.J.).

Als weitere Situationsanalyse empfiehlt sich die von Theda Borde und Matthias David entworfene Checkliste „Interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen“, die unter anderem detaillierte Fragen zur Bedarfsplanung und interkulturellen Öffnung sowie zum Empowerment-Ansatz und den bestehenden Kooperationen der Einrichtung stellt (vgl. Borde/David 2005, S.291-305).

Eine Frage dieser Checkliste zielt auf die Interkulturelle Kompetenz der MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen (vgl. Borde/David 2005, S.297). Es wurde bereits hervorgehoben, dass beim Erwerb von Interkultureller Kompetenz die Förderung der *persönlichen Fähigkeiten* von MitarbeiterInnen wichtiger ist als die Vermittlung von kulturbezogenem Wissen, da gerade die Wertschätzung des Gegenübers bei der Durchführung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen von herausragender Bedeutung ist. Deshalb stellt sich hinsichtlich der Qualifikationen von MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen nicht nur die Frage nach ihrer fachlichen Qualifikation und ihrem Wissen über andere Kulturen, sondern auch nach ihrer *persönlichen Eignung*. Diese könnte durch standardisierte Verfahren ermittelt werden, wie sie die Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) anwendet. Bevor die GTZ MitarbeiterInnen in andere Länder entsendet, wird deren Interkulturelle Kompetenz unter anderem in Hinsicht auf persönliche Fähigkeiten ermittelt. Im deutschen Gesundheitssystem hingegen kommen Menschen aus anderen Ländern und mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen zu den MitarbeiterInnen, um ihre Dienstleistung in Anspruch zu nehmen. Deshalb sollte überprüft werden, inwieweit MitarbeiterInnen bereits über Interkulturelle Handlungskompetenz verfügen oder diese gezielt geschult werden kann.

Wie im Abschnitt 7.3 erwähnt, werden MigrantInnen aus der Sicht der Akteure im Gesundheitswesen als „schwierige“ Zielgruppe in der Gesundheitsförderung beschrieben. Die Schwierigkeiten bei der gesundheitlichen Betreuung und Beratung von MigrantInnen können sich jedoch auch, wie aus den Anforderungen an die persönliche Eignung der MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen hervorgeht, aus deren unzureichender Qualifikation resultieren. Je schwieriger eine Zielgruppe erreichbar ist, umso mehr ist eine *Doppelqualifikation* der MitarbeiterInnen in fachlicher und vor allem in persönlicher Hinsicht erforderlich.

Abschließend soll nochmals betont werden, dass sich die *Kultursensibilität*, die von den relevanten Akteuren im Gesundheitswesen gefordert ist, in erster Linie auf den Prozess des Bewusstmachens bezieht (siehe hierzu Jahn 2003, S.9). Dieser Prozess umfasst sowohl den bewussten Umgang mit dem eigenen kulturellen Hintergrund, als auch das Bewusstsein für die Barrieren von MigrantInnen im deutschen Gesundheitssystem. Dabei stehen vor allem die Ermittlung ihres Präventionsbedarfs, die Analyse der Rahmenbedingungen und die Wahl von geeigneten Methoden im Zugang und bei der

Umsetzung von Maßnahmen im Vordergrund. Der sensible Umgang mit Menschen, die andere kulturelle Hintergründe haben, ist nicht nur menschenwürdiger, sondern hat auch ökonomische Aspekte (vgl. Domenig 2003, S.101), wie auch eine Expertin hervorhebt:

„Wir, als Gesellschaft haben ein Interesse daran, dass die Migrantenkinder gesund sind, dass sie dieselben Chancen kriegen. Es ist ja gar nicht Menschenfreundlichkeit. Es ist auch, um die Gesellschaft nicht stärker zu belasten. Genau wie mit den Kindern, die uns sonst rausrutschen.“ (Ex-I1, S.11)

Wie in der vorliegenden Arbeit gezeigt, sind die politischen Rahmenbedingungen bei einer kultursensiblen Gesundheitsförderung für MigrantInnen grundlegend für die Inanspruchnahme und Gestaltung von Angeboten. Eine Expertin nennt in diesem Zusammenhang eine wichtige politische Maßnahme, die zur Verbesserung dieser Rahmenbedingungen beiträgt:

„Ich glaube, dass dieses Handlungskonzept [zur Integration von MigrantInnen], was sich der [Hamburger] Senat jetzt vornimmt herauszugeben, erstmal ein gutes Signal ist. Dass keiner mehr sagen kann, das ist doch unwichtig. Sondern, dass festgeschrieben ist, die Gesellschaft verändert sich. Wir *brauchen* Zuwanderung und wir müssen das als *Bereicherung* erkennen und ganz viel ändern in unseren völlig eingefahrenen Arbeitsweisen. Wenn das politisch gewollt ist und natürlich auch Handlungsschwerpunkte und Ziele festgeschrieben sind, dann kann man dahinter auch nicht mehr zurück. [...] Das heißt, man wird in eine andere Notwendigkeit kommen. Es war immer so, dass die Behörde sagen konnte, wir kümmern uns auch um Migranten. Es war aber eher immer so was Zusätzliches. [...] Es war immer ein bisschen Kür und jetzt wird es Pflicht.“ (Ex-I1, S.10-11)

Wenn die Strategien des *diversity management* und *diversity mainstreaming* systematisch und konsequent umgesetzt und hierüber Projekte guter gesundheitsförderlicher Praxis für MigrantInnen gefördert werden, dann könnte sich die Zuversicht einer Expertin hinsichtlich einer kultursensiblen Gesundheitsförderung bestätigen:

„Kultursensibel? Ich denke, irgendwann kommen wir dazu, dass es so was gibt.“ (Ex-I3, S.5)

9 WEITERER FORSCHUNGSBEDARF UND AUSBLICK

Für die gesundheitswissenschaftliche Forschung zum Thema Migration und Gesundheit ist es von Bedeutung, die vielschichtigen sprachlichen, kulturelle und strukturellen Barrieren von MigrantInnen im Gesundheitssystem sowie deren Ressourcen zu untersuchen, um Wirkungszusammenhänge zu erkennen. Dabei sind folgende Forschungsbereiche von Interesse:

Salutogenese und Ressourcen

Im Kapitel 5 wurde festgestellt, dass in der Migrationsforschung das Konzept der Salutogenese bislang nicht ausreichend empirisch belegt wurde. Eine grundlegende Frage bei der Gesundheitsförderung von MigrantInnen ist deshalb, ob dieses Konzept kulturübergreifend auf Menschen übertragbar ist, die einen nicht-westlich geprägten kulturellen Hintergrund haben, oder andere theoretische Konzepte angewendet werden sollten. Gemäß des Konzeptes der Salutogenese ist die Orientierung an den Ressourcen eines Menschen, die als kulturunabhängig angesehen werden, die Grundvoraussetzung für den Erhalt oder die Wiederherstellung seiner Gesundheit. Deshalb bedarf es einer verstärkten ressourcenorientierten Gesundheitsforschung, die zum einen darauf gerichtet ist, welche Faktoren die Widerstandsfähigkeit von MigrantInnen gegenüber gesundheitsgefährdenden Einflüssen erhöhen und inwiefern sich diese Faktoren im Prozess der Migration verändern.

Kultursensibilität von gesundheitsförderlichen Angeboten

In der Gesundheitsförderung herrscht Übereinstimmung darin, dass kulturelle Faktoren einen maßgeblichen Einfluss auf die Durchführbarkeit und die Effektivität von gesundheitlichen Maßnahmen ausüben, weshalb die *Kultursensibilität* neben der *Good Practice* ein äußerst relevantes Qualitätsmerkmal darstellt. Bei der Gesundheitsförderung für MigrantInnen berücksichtigen bereits einige Angebote guter gesundheitsförderlicher Praxis oberflächliche Strukturen, die die Durchführbarkeit von Maßnahmen erleichtern (siehe Abschnitt 6.5). Die tiefen Strukturen der Kultursensibilität, die die Effektivität von Maßnahmen bestimmen, sind jedoch bisher nicht ausreichend untersucht worden. Um die Qualität von Gesundheitsförderungsangeboten für MigrantInnen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu verbessern, bedarf es deshalb der Entwicklung von Evaluierungsinstrumenten, die soziokulturelle Wirkungsmechanismen stärker berücksichtigen.

Interkulturelle Kompetenz von Akteuren im Gesundheitswesen

In Bezug auf Maßnahmen der Personalentwicklung in Gesundheitseinrichtungen wurde darauf hingewiesen, dass der Erwerb von Interkultureller Kompetenz durch Qualifizierungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen gefördert werden kann. Es liegen hierfür zwar umfangreiche Konzepte vor, allerdings kann ihre Qualität nicht beurteilt werden, da „[...] keine systematische empirische Untersuchung von Konzepten interkultureller Kompetenz im deutschsprachigen Raum [vorliegt].“ (Mecheril 2002, S.19) Wie in dieser Arbeit hervorgehoben, besteht bei den MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen ein großer Bedarf am Erwerb Interkultureller Kompetenz, so dass für Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen Mindeststandards entwickelt werden müssen. Ferner sind die Motive zu identifizieren, warum MitarbeiterInnen nur in geringem Maße dazu bereit sind, an diesen Maßnahmen teilzunehmen, um hierauf durch organisatorische oder andere erforderliche Rahmenbedingungen zu reagieren.

Entwicklung der Gesundheitsförderung für MigrantInnen

In der vorliegenden Arbeit wurde dargestellt, dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für MigrantInnen nur dann nachhaltig wirken können, wenn MigrantInnen von der Allgemeinbevölkerung akzeptiert, entsprechende Maßnahmen von den Akteuren im Gesundheitssystem unterstützt und diese von der Politik gewollt sind. Der politische Wille, Menschen mit Migrationshintergrund in die Aufnahmegesellschaft und das Gesundheitssystem zu integrieren, ist an ersten strategischen Schritten zur politischen und gesellschaftlichen Partizipation von MigrantInnen zu erkennen. Dies wird zum einen an der Reform des Staatsangehörigkeitsgesetzes sichtbar (siehe Abschnitt 3.2). Des Weiteren haben die einzelnen Bundesländer Integrationskonzepte für Menschen mit Migrationshintergrund erarbeitet. In Hamburg wurde beispielsweise am 19. Dezember 2006 das „Handlungskonzept zur Integration von Zuwanderern“ beschlossen, das Leitbilder und Ziele der Integrationspolitik formuliert und somit einen gesellschaftlichen Konsens über die Akzeptanz von Zuwanderung erreichen will.

Es ist jedoch festzuhalten, dass sich dieses Handlungskonzept bei der Formulierung der gesundheitlichen Ziele nicht auf die Gesundheitsförderung für MigrantInnen, sondern auf ihren Zugang zur medizinischen Versorgung und die Prävention von bestimmten Erkrankungen wie HIV/AIDS, bezieht (vgl. Hamburger Senat 2006, S.26f.).

Dennoch scheint nach der Ansicht einer Expertin der Zeitpunkt für die Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen für Menschen mit Migrationshintergrund günstig zu sein:

„Ich bin ganz optimistisch, weil es jetzt so ein Thema ist [die Gesundheit von MigrantInnen] und auch wenn wir ein Projekt planen, dann denke ich, der *Zeitpunkt* ist gut. Der *Zeitpunkt* ist gut, das auch durchzukriegen.“ (Ex-I1, S.10-11)

LITERATURVERZEICHNIS

- Agethur (2003): Projekt „Verminderung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen im Setting“. Unveröffentlichtes Manuskript. Weimar. In: Altgeld, Thomas; Leykamm, Barbara (2003): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte muss sektorenübergreifend angelegt sein. Vernetzungsaktivitäten auf Länderebene zwischen dem Gesundheits-, Sozial- und Jugendhilfesektor. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Bd. 22, Köln, 20-42.
- Albrecht, Niels-Jens (2002): Zur Interkulturellen Kompetenz in der Kommunikation mit Migranten: Praxis und Anspruch. In: Trojan, Alf; Döhner, Hanneli (Hg.): Gesellschaft, Gesundheit, Medizin. Erkundungen, Analysen und Ergebnisse. Frankfurt am Main: Mabuse, 289-302.
- Altgeld, Thomas (2006): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. In: Altgeld, Thomas; Bächlein, Barbara; Deneke, Christiane (Hg.): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Frankfurt am Main: Mabuse, 49-72.
- Altgeld, Thomas; Kolip, Petra (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. In: Altgeld, Thomas; Kolip, Petra (Hg.): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim; München: Juventa, 15-26.
- Altgeld, Thomas; Kolip, Petra (2004): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber, 41-51.
- Altgeld, Thomas; Leykamm, Barbara (2003): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte muss sektorenübergreifend angelegt sein. Vernetzungsaktivitäten auf Länderebene zwischen dem Gesundheits-, Sozial- und Jugendhilfesektor. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Bd. 22, Köln, 20-42.
- Amt für Multikulturelle Angelegenheiten der Stadt Frankfurt am Main (Hg.) (1998): Begegnen-Verstehen- Handeln. Handbuch für Interkulturelles Kommunikationstraining. 3. Aufl., Frankfurt am Main: IKO.
- Arbeiterwohlfahrt Landesverband Berlin e.V. (AWO) (2006a): Bayouma-Haus. <http://www.bayouma-haus.de/> am 30.11.2006.
- Arbeiterwohlfahrt Landesverband Berlin e.V. (AWO) (2006b): Gesundheitsprojekt. <http://www.bayouma-haus.de/gesu.html> am 30.00.2006.
- Arbeiterwohlfahrt Landesverband Berlin e.V. (AWO) (2006c): Projekt: Nachbarn öffnen ihre Türen. <http://www.bayouma-haus.de/nachbarn.html> am 30.11.2006.
- Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege (Hg.) (2002): Für eine kultursensible Altenpflege. Eine Handreichung. Köln.
- Auernheimer, Georg (2002): Interkulturelle Kompetenz- ein neues Element pädagogischer Professionalität? In: Auernheimer, Georg (Hg.): Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. Reihe: Interkulturelle Studien. Bd. 13, Opladen: Leske+Budrich, 183-205.
- Bade, Klaus J.; Oltmer, Jochen (2004): Normalfall Migration. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). Bonn.
- Bartsch, Gabi (2005): Neue Wege zu Good Practice- partizipative Entwicklung von Kriterien für Good Practice. In: Geene, Raimund; Kickbusch, Ilona; Halkow, Anja (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung- eine soziale und politische Aufgabe. Armut und Gesundheit. Netzwerke und Strukturen für gesunde Lebenswelten. Heft 5, Gesundheit Berlin e.V., 132-134.
- Bbeauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hg.) (2000): Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt. Berlin; Bonn.

- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg.) (2006): Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Berlin. Verfügbar unter <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/2007-02-05-gesundheit-und-integration,property=publicationFile.pdf> am 25.02.2007.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2005): Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin.
- Bednarz-Braun, Iris (2004): Entwicklung von Theorieansätzen im Schnittpunkt von Ethnie, Migration und Geschlecht. In: Bednarz-Braun, Iris; Heß-Meining, Ulrike (Hg.): Migration, Ethnie und Geschlecht. Theorieansätze- Forschungsstand- Forschungsperspektiven. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Berrut, S.; Blümel S.; Erath, A. (2006): Beispiele der Aufklärungsarbeit im Bereich Migration. Ein Erfahrungsbericht aus der Medienentwicklung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz* 49, 898-902.
- Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg Berlin (Hg.) (2006): Dokumentation der Fachtagung Migration, Integration und Gesundheit. 10 Jahre Interkulturelles Gesundheitsnetzwerk. Verfügbar unter http://www.friedrichshain-kreuzberg.de/media/de/Doku_Fachtagung_Migration.pdf am 14.12.2006.
- Bobzien, Monika (2005): Das Interkulturelle in der Selbsthilfeunterstützung. Wie kann ein »selbsthilfefreundliches« Klima für Migrantinnen und Migranten angeregt werden?- ein Beispiel aus München. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2005. Gießen, 57-68.
- Borde, Theda (2006): Zur Bedeutung der Etnizität als Faktor im Diversity Management. In: Altgeld, Thomas; Bächlein, Barbara; Deneke, Christiane (Hg.): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Frankfurt am Main: Mabuse, 115-133.
- Borde, Theda; David, Matthias (Hg.) (2005): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Borde, Theda; Rosendahl, Carla (2003): Interkulturelle Kompetenz in Institutionen- eine Fortbildung für interdisziplinäre Arbeitsteams. In: Borde, Theda; David, Matthias (Hg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse, 247-261.
- Brucks, Ursula; Wahl, Wulf-Bodo (2003): Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten. In: Borde, Theda; David, Matthias (Hg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse, 15-33.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2005): Die Datenlage im Bereich der Migrations- und Integrationsforschung. Ein Überblick über wesentliche Migrations- und Integrationsindikatoren und die Datenquellen. Working Papers 1/2005. Nürnberg.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (o.J.): Nationaler Kontaktpunkt Deutschland im Europäischen Migrationsnetzwerk. http://www.bamf.de/cln_042/SubSites/EMN/DE/Home/emn-home-node.html__nnn=true am 16.02.2007.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (o.J.): Gemeinschaftsinitiative Equal. <http://www.equal.de/> am 19.12.2006.
- Bundesregierung (17.11.2006): Einigung beim Bleiberecht. http://www.bundesregierung.de/nn_774/Content/DE/Artikel/2006/11/2006-11-17-einigung-beim-bleiberecht.html am 23.11.2006.
- Bundesregierung (2005a): Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Verfügbar unter <http://www.bmas.bund.de/BMAS/Redaktion/Pdf/Lebenslagen-in-Deutschland-De-821,property=pdf,bereich=bmas,sprache=de,rwb=true.pdf> am 14.09.2006.

- Bundesregierung (2005b): Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Anhänge. Verfügbar unter <http://www.bmas.bund.de/BMAS/Redaktion/Pdf/Publikationen/lebenslagen-in-deutschland-anhaenge-2005,property=pdf,bereich=bmas,sprache=de,rwb=true.pdf> am 21.12.2006.
- Bundestransferstelle Soziale Stadt (2006a): Bund-Länder-Programm Soziale Stadt. <http://www.sozialestadt.de/programm/> am 30.11.2006.
- Bundestransferstelle Soziale Stadt (2006b): Bund-Länder-Programm Soziale Stadt. Handlungsempfehlungen. <http://www.sozialestadt.de/programm/handlungsfelder/> am 30.11.2006.
- Bundestransferstelle Soziale Stadt (2006c): Bund-Länder-Programm Soziale Stadt. Programmgrundlagen. <http://www.sozialestadt.de/programm/grundlagen/> am 22.12.2006.
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) (2006a): Gesundheitsprojekt MiMi-Mit Migranten für Migranten. <http://www.bkk-promig.de/> am 22.12.2006.
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) (2006b): Gesundheitsprojekt MiMi-Mit Migranten für Migranten. Die Kampagne. <http://www.bkk-promig.de/21.0.html> am 19.12.2006.
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) (2005): Das deutsche Gesundheitssystem. Ein Wegweiser für Migrantinnen und Migranten. Gesundheit Hand in Hand. Verfügbar unter <http://www.bkk.de/bkk/psfile/downloaddatei/10/343563dc95314a.pdf> am 30.11.2006.
- Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (2005): Positionspapier. Verfügbar unter <http://www.alter-migration.ch/pdf/Positionspapier.pdf> am 14.09.2006.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2006a): Datenbank Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/> am 22.12.2006.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2006b): Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Recherche. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=c88b2e44e48bdf4164102c606630efc&id=suche> am 22.12.2006.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2006c): InfoDienst Migration und öffentliche Gesundheit. <http://www.infodienst.bzga.de/?uid=3612b2c281c3ecf3847687d0d91b138a&id=migration> am 30.11.2006.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2005): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz- Beispiele- Weiterführende Informationen. Gesundheitsförderung KONKRET. Bd. 5, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2002): Übersicht über migrationsrelevante Medien der BZgA. Verfügbar unter http://www.bzga.de/bzga_stat/infodienst/migration/angebote/08_02/bzga-medien.pdf am 30.11.2006.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.) (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese- Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Bd. 6, Köln.
- Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (2007): Migration. Aussiedlermigration in Deutschland. http://www.bpb.de/themen/L2K6XA,1,0,Aussiedlermigration_in_Deutschland.html#art1 am 05.01.2007.
- Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (2004): Migration und Bevölkerung. Deutschland: Einigung auf ein Zuwanderungsgesetz. Ausgabe 5. http://www.migration-info.de/migration_und_bevoelkerung/artikel/040501.htm am 05.01.2007.
- Bunge; Christiane; Meyer-Nürnberg, Monika; Kilian, Holger (2006): Gesundheitsfördernde Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund. Sonderauswertung der Projektdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz* 49, 893-897.
- Cesana, Andreas (1998): Kulturelle Identität, Inkommensurabilität und Kommunikation. In: Mall, R.A.; Schneider, Notker (Hg.): Ethik und Politik aus interkultureller Sicht. Studien zur Interkulturellen Philosophie. Bd. 5, 119-129.

- Collatz, Jürgen (1998a): Kernprobleme des Krankseins in der Migration– Versorgungsstruktur und ethnozentrische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: David M; Borde T; Kantenich H (Hg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse, 33-58.
- Collatz, Jürgen (1998b): Gesundheitsförderung und Krankheitsbilder bei MigrantInnen in Deutschland. In: *impulse! Newsletter zur Gesundheitsförderung der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.* Nr. 20, 7-8.
- David, Matthias (2003): Die Realität der Versorgung von Migranten in der Bundesrepublik Deutschland- notwendige Konsequenzen für die Gesundheitspolitik. In: Borde, Theda; David, Matthias (Hg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse, 275-286.
- Deutsches Institut für Urbanistik (2003): Good Practice in Altbau- und gemischten Quartieren. Eine Analyse im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf- die Soziale Stadt“. Arbeitspapiere zum Programm Soziale Stadt. Bd. 10, Berlin, 87-90.
- Diakonisches Werk an der Saar (Hg.) (o.J.): Interkultureller Selbsttest. Checkliste für die berufliche und ehrenamtliche Praxis sozialer Arbeit. Verfügbar unter <http://www.dwsaar.de/downloads/Selbsttest.pdf> am 09.02.2007.
- Domenig, Dagmar (2003): Transkulturelle Kompetenz: eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung. In: Borde, Theda; David, Matthias (Hg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse, 85-103.
- Dornheim, Jutta (2001): Kultur als Begriff und als Ideologie– historisch und aktuell. In: Domenig, Dagmar (Hg.): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Hans Huber, 28-45.
- Drenthen, Geert (2000): Migration und Gesundheit- Lösungsansätze in den Niederlanden. In: Gardemann, Joachim; Müller, Wolfgang; Remmers, Angelika (Hg.): Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation und Handbuch. Hilden, 250-259.
- Eberding, Angela; Schlippe, Arist (2005): Konzepte der multikulturellen Beratung und Behandlung von Migranten. In: Marschalck, Peter; Wiedl, Karl Heinz (Hg.): Migration und Krankheit. Schriften des Instituts für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien der Universität Osnabrück (IMIS). Bd. 10, 2. Aufl., Göttingen: V&R unipress, 261-282.
- Erim, Yesrim; Senf, Wolfgang (2002): Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie. In: *Psychotherapeut* 47:6. Berlin/Heidelberg: Springer, 336-346.
- Eshiett, Michael; Parry, Eldryd (2003): Migrants and health: a cultural dilemma. In: *Clinical Medicine. Journal of the Royal College Physicians* (England) 3:3, 229-231.
- Faltermaier, Toni (2005): Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Marschalck, Peter; Wiedl, Karl Heinz (Hg.): Migration und Krankheit. Schriften des Instituts für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien der Universität Osnabrück (IMIS). Bd. 10, 2. Aufl., Göttingen: V&R unipress, 93-112.
- Franzkowiak, Peter (2003): Salutogenetische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Aufl., Schwabenheim an der Selz: Peter Sabo, 198-200.
- Freie und Hansestadt Hamburg (2002): Fremdsprachige Gesundheitsinformationen. Behörde für Umwelt und Gesundheit. Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz. Hamburg.
- Friebertshäuser, Barbara (1997): Interviewtechniken- ein Überblick. In: Friebertshäuser, Barbara; Prengel, Annedore (Hg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Studienausgabe. Weinheim; München: Juventa, 371-395.
- Gaitanides, Stefan (2004): Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste. Visionen und Stolpersteine. In: Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in der Stadt Hannover e.V. (Hg.):

- Interkulturelle Öffnung der Regeldienste. Notwendigkeiten, Voraussetzungen, Handlungsansätze im Kontext einer interkulturellen Stadtgesellschaft. Dokumentation der Fachtagung. Hannover, 10-17.
- Gardemann, J. (2001): Migration und Gesundheit- der öffentliche Gesundheitsdienst in der Koordination gesundheitlicher Vielfalt. In: *Das Gesundheitswesen* 63:S2, Stuttgart; New York: Thieme, S115- S119.
- Geiger, Ingrid (2000): Interkulturelle Gesundheitsförderung. Ein Leitfaden für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zum Aufbau des Handlungsfeldes Migration. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd). Praxishefte Bd. 3, Bielefeld.
- Geiger, Ingrid (1998): Altern in der Fremde– zukunftsweisende Herausforderungen für Forschung und Versorgung. In: David Matthias; Borde Theda; Kentenich Heribert (Hg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse, 167-184.
- Gesundes Städte-Netzwerk (2006a): Mitgliederliste und Kompetenzzentren. <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/> am 22.12.2006.
- Gesundes Städte-Netzwerk (2006b): Kompetenzzentrum Migration und öffentliche Gesundheit, Frankfurt. <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/MigrationundGesundheit/Wie%20wir%20arbeiten.pdf> am 28.11.2006.
- Gesundheit Berlin e.V. (2006a): Gemeindedolmetschdienst Berlin. <http://www.gemeindedolmetschdienst-berlin.de/htm/ueber.htm> am 15.12.2006.
- Gesundheit Berlin e.V. (2006b): Kongress Armut und Gesundheit. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=f3a88a91a62eb52c96004bdebf0c877d&id=main3> am 30.11.2006.
- Gesundheitsministerkonferenz (30.06. und 01.07.2005): http://www.gmkonline.de/index.php?&nav=beschuesse_suche&id=78_05.02 am 12.10.2006.
- Gesundheitsministerkonferenz (02. und 03.07.2003): http://www.gmkonline.de/index.php?&nav=beschuesse_suche&id=76_10.1 am 12.10.2006.
- Grossmann, Ralph; Scala, Klaus (2003): Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für Gesundheitsförderung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. Reihe: Blickpunkt Gesundheit. Bd. 6, 4 .Aufl., Schwabenheim a. d. Selz: Peter Sabo, 205-206.
- Hamburger Senat (Hg.) (19.12.2006): Handlungskonzept zur Integration von Zuwanderern. Verfügbar unter <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/soziales-familie/zuwanderung/service/konzept,property=source.pdf> am 09.02.2007.
- Hamburger, Franz (1999): Von der Gastarbeiterbetreuung zur Reflexiven Interkulturalität. In: *Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit. Kommunale Migrationsarbeit im europäischen Vergleich (iza)* 3/4, 33 ff.
- Hinz, Sandra; Keller, Angela; Reith, Christina (2004): Migration und Gesundheit. Prämierte Arbeiten des BKK-Innovationspreises Gesundheit 2003. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Hornung, Rainer (2004): Prävention und Gesundheitsförderung bei Migranten. In: Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber, 329-337.
- Hurrelmann, Klaus (2003): Determinanten von Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Aufl., Schwabenheim an der Selz: Peter Sabo, 26-28.
- Hurrelmann, Klaus; Franzkowiak, Peter (2003): Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Aufl., Schwabenheim an der Selz: Peter Sabo, 52-55.

- IKK-Bundesverband (Hg.) (2006): Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006. 2. Aufl. Verfügbar unter http://www.forumpraevention.de/forum-praevention_1234/images/Downloads/Leitfaden2006.pdf am 27.01.2007.
- Interdisziplinärer Forschungsverbund Epidemiologie in Berlin (EpiBerlin) (2007): Migrantensensible Studiendesigns in der Epidemiologie. <http://www.epiberlin.de/fachtagung112005.html> am 02.02.2007.
- Jahn, Ingeborg (2003): Gender-Glossar. 74 Begriffe zum Gender Mainstreaming unter besonderer Berücksichtigung von Gesundheitsförderung. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Verfügbar unter http://www.gesundheitsfoerderung.ch/common/files/activities/program/spp3/spp3_GenderGlossar_03.pdf am 01.02.2007.
- Kaba-Schönstein, Lotte (2003): Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder und –strategien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Aufl., Schwabenheim an der Selz: Peter Sabo, 73-78.
- Kirkcaldy, B; Wittig, U ; Furnham, A; Merbach, M; Siefen, R.G. (2006): Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz* 49, 873-883.
- Keller, Angela (2004): Gesundheit und Versorgung von Migranten und Deutschen. Ergebnisse eines Surveys unter Eltern von Kindern im einschulungspflichtigen Alter. In: Hinz, Sandra; Keller, Angela; Reith, Christina: Migration und Gesundheit. Prämierte Arbeiten des BKK-Innovationspreises Gesundheit 2003. Frankfurt am Main: Mabuse, 47-82.
- Korporal, Johannes; Dangel-Vogelsang, Bärbel (2005): Interkulturelle Ansätze in der gesundheitlich-sozialen Versorgung von Migranten. In: Marschalck, Peter; Wiedl, Karl Heinz (Hg.): Migration und Krankheit. Schriften des Instituts für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien der Universität Osnabrück (IMIS). Bd. 10, 2. Aufl., Göttingen: V&R unipress, 313-334.
- Kreuter MW; Lukwago SN; Bucholtz DC; Clark EM; Sanders-Thompson V (2003): Achieving Cultural Appropriateness in Health Promotion Programs: Targeted and Tailored Approaches. In: *Health Education & Behavior* 30:2, Thousand Oaks California: Sage Periodicals Press, 133-146.
- Kunstmann, Wilfried (2005): Ärztliche Angebote für sozial benachteiligte Patientengruppen-Ergebnisse einer Fokusauswertung und Schlussfolgerungen. In: Geene, Raimund; Kickbusch, Ilona; Halkow, Anja (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung- eine soziale und politische Aufgabe. Armut und Gesundheit. Netzwerke und Strukturen für gesunde Lebenswelten. Heft 5, Gesundheit Berlin e.V., 106-112.
- Kutschke, Thomas (2001): "Aber eben sind wir verschieden". Untersuchung von Pflegeerfahrungen bei Migranten vor dem Hintergrund eines dynamischen Kulturbegriffs. In: *Pflege* 14, Bern: Hans Huber, 92-97.
- Lafaille, Robert (2003): Kulturwissenschaftliche Perspektive in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Aufl., Schwabenheim an der Selz: Peter Sabo, 141-142.
- Leenen, Wolf Rainer; Groß, Andreas; Grosch, Harald (2002): Interkulturelle Kompetenz in der Sozialen Arbeit. In: Auernheimer, Georg (Hg.): Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. Reihe: Interkulturelle Studien. Bd. 13, Opladen: Leske+Budrich, 81-102.
- Lehmann, Manfred; Sabo, Peter (2003): Multiplikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Aufl., Schwabenheim an der Selz: Peter Sabo, 154-156.

- Loncarevic, Maja (2001): Migration und Gesundheit. In: Dagmar Domenig (Hg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Hans Huber, 65-85.
- Maletzke, Gerhard (1996): Interkulturelle Kommunikation. Zur Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Marks, David F.; Murray, Michael; Evans, Brian; Willig, Carla (2000): Health psychology: theory, research and practice. London: Sage Publications.
- Mayring, Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Aufl., Weinheim; Basel: Beltz UTB.
- Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Aufl., Weinheim; Basel: Beltz.
- Mecheril, Paul (2002): "Kompetenzlosigkeitskompetenz". Pädagogisches Handeln unter Einwanderungsbedingungen. In: Auernheimer, Georg (Hg.): Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. Reihe: Interkulturelle Studien. Bd. 13, Opladen: Leske+Budrich, 15-34.
- Menkhous, Björn; Salman, Ramazan; Hohmann, Tanja (2005): Endbericht zum MiMi-Projekt für die Projektlaufzeit von August 2003 bis Oktober 2004. Im Auftrag des BKK Bundesverbandes. Verfügbar unter <http://www.bkk-promig.de/43.0.html> am 30.11.2006.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (1997): Das Experteninterview- Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, Barbara; Prengel, Annedore (Hg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Studienausgabe. Weinheim; München: Juventa, 481-491.
- Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Hans Huber.
- Mielck, Andreas (2003): Projekte für mehr gesundheitliche Chancengleichheit: Bei welchen Bevölkerungsgruppen ist der Bedarf besonders groß? In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Bd. 22, Köln, 10-19.
- Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber.
- Müller, Wolfgang (1999): HIV-Prävention für Migrant/innen durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Konzepte, Erfahrungen, Status, Ausblick. Referat. <http://dhmd.de/forum-wissenschaft/fachtagung02/ft02.htm> am 20.09.2006.
- Nick, Peter (2002): Ohne Angst verschieden sein. Differenzerfahrungen und Identitätskonstruktionen in der multikulturellen Gesellschaft. Dissertation. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Philipp, Swetlana (2003): Kommunikationsstörungen in interkulturellen Erst-Kontakt-Situationen- eine kommunikationspsychologische Untersuchung zu Attributionen und Verhalten in interkultureller Kommunikation. Dissertation. Jena: IKS Garamond.
- Pöchhacker, Franz (2000): Kulturelle und sprachliche Verständigung mit Nichtdeutschsprachigen in Gesundheitseinrichtungen. In: David, Matthias; Borde, Theda; Kentenich, Heribert (Hg.): Migration- Frauen- Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main: Mabuse, 155- 176.
- Posner-Landsch, Marlene (1998): Kommunikationsstörungen zwischen ausländischen Patientinnen und einheimischen Ärzten/Ärztinnen. In: David M; Borde T; Kentenich H (Hg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse, 59-79.
- Pourgholam-Ernst, Azra (2005): Gesundheit und Migration: neue Erkenntnisse zur Gesundheit von Migrantinnen in Deutschland. In: *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien* 23:3, Bielefeld: Kleine, 173-185.

- Prantl, Heribert (17.06.2004): „Zuwanderung. Ein Gesetz mit umgedrehten Vorzeichen“. Süddeutsche Zeitung. <http://www.sueddeutsche.de/deutschland/schwerpunkt/40/11029/index.html/deutschland/artikel/682/33649/article.html> am 25.08.2006.
- Priebe, Stefan (1999): Für jede Kultur eine eigene Gesundheitsförderung oder alles in einen Topf? Erfahrungen aus London. Referat. <http://dhmd.de/forum-wissenschaft/fachtagung02/ft02.htm> am 20.09.2006.
- Razum, Oliver; Rohrmann, S. (2002): Der Healthy-migrant-Effekt: Bedeutung von Auswahlprozessen bei der Migration und Late-entry-Bias. In: *Das Gesundheitswesen* 64:2, Thieme: 82-88.
- Razum, Oliver (2003): Gesundheitsberichterstattung für Migrantinnen und Migranten: Möglichkeit und Grenzen. In: Borde, Theda; David, Matthias (Hg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse, 265-273.
- Reißlandt, Carolin (2007): Von der Gastarbeiter- Anwerbung zum Zuwanderungsgesetz. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). http://www.bpb.de/themen/6XDUPY,1,0,Von_der_GastarbeiterAnwerbung_zum_Zuwanderungsgesetz.html#art1 am 05.01.2007.
- Resnicow K.; Baranowski T.; Ahluwalia J.S.; Braithwaite R.L. (1999): Cultural Sensitivity in Public Health: Defined and Demystified. In: *Ethnicity & Disease. International Society on Hypertension in Blacks* (Lawrence Kanada) 9:1, 10-21.
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.) (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2007): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. <http://www.kiggs.de> am 09.02.2007.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2006a): Epidemiologisches Bulletin. Sonderausgabe B: HIV-Infektionen/AIDS. http://www.rki.de/cln_011/nn_334544/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2006/Sonderausgaben/B_2006,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/B_2006 am 28.11.2006.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2006b): Infektionsschutzgesetz. http://www.rki.de/cln_006/nn_229188/DE/Content/Infekt/IfSG/ifsg_node.html__nnn=true am 30.11.2006.
- Sabo, Peter; Lehmann, Manfred (2003): Gesundheitliche Aufklärung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Aufl., Schwabenheim an der Selz: Peter Sabo, 55-57.
- Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration (2004): Migrationsbericht 2004. Im Auftrag der Bundesregierung. Verfügbar unter http://www.bmi.bund.de/Internet/Content/Common/Anlagen/Broschueren/2004/Migrationsbericht_2004,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Migrationsbericht_2004.pdf am 05.01.2007.
- Salman, Ramazan (2001): Zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen. In: Dagmar Domenig (Hg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Hans Huber, 87-100.
- Schenk, L.; Bau A.M.; Borde, Theda; Bulter, J.; Lampert, T.; Neuhauser, H.; Razum, Oliver; Weilandt, C. (2006): Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz* 49, 853-860.
- Schenk, L; Neuhauser, H (2005): Beteiligung von Migranten im telefonischen Gesundheitssurvey: Möglichkeiten und Grenzen. In: *Das Gesundheitswesen* 67:10, Thieme, 719-725.
- Schmacke, Norbert (2002): Migration und Gesundheit: Ist Ausgrenzung unvermeidbar? In: *Das Gesundheitswesen* 64:10, Thieme, 554-559.

- Schmitz, Paul G (2005): Akkulturation und Gesundheit. In: Marschalck, Peter; Wiedl, Karl Heinz (Hg.): Migration und Krankheit. Schriften des Instituts für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien der Universität Osnabrück (IMIS). Bd. 10, 2. Aufl., Göttingen: V&R unipress, 123-144.
- Schweizer Bundesamt für Migration (2006): Bestand der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung nach Wohnkanton und Ausländergruppe. http://www.bfm.admin.ch/fileadmin/user_upload/Themen_deutsch/Statistik/aktuelle_ergebnisse/107_0406_d.pdf am 28.11.2006.
- Seibt, Annette C. (2003): Pantheoretisches Modell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Aufl., Schwabenheim an der Selz: Peter Sabo, 167-169.
- Simon-Hohm, Hildegard (2002): Interkulturelle Kompetenz in der Sozialen Arbeit. In: *Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit. Kommunale Migrationsarbeit im europäischen Vergleich (iza) 2*, 39-45.
- Smolka, Dieter (2002): Die PISA-Studie: Konsequenzen und Empfehlungen für die Bildungspolitik und Schulpraxis. In: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (Hg.): Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament am 14. Oktober 2002, 3-11. <http://www.bpb.de/files/KY7CUT.pdf> am 06.01.2007.
- Stark, Wolfgang (2003): Empowerment. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Aufl., Schwabenheim an der Selz: Peter Sabo, 28-31.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2006): Gebiet und Bevölkerung. Tabelle: Ausländische Bevölkerung. http://statistikportal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab2.asp am 16.02.2007.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2006a): Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit- Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden. Verfügbar unter http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2006/mikrozensus_2005i.pdf am 23.11.2006.
- Statistisches Bundesamt (2006b): Tabelle: Ausländische Bevölkerung am 31.12.2005 nach Durchschnittsalter und –aufenthaltsdauer. http://www.destatis.de/download/d/bevoe/auslaender_alter_dauer.xls am 23.11.2006.
- Statistisches Bundesamt (2006c): Tabelle: Ausländische Bevölkerung in Deutschland nach Aufenthaltsdauer am 31.12.2005. <http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoetab8.php> am 23.11.2006.
- Statistisches Bundesamt (2006d): Tabelle: Ausländische Bevölkerung im Bundesgebiet nach Altersgruppen. http://www.destatis.de/download/d/bevoe/auslaendische_bevoe_nach_altersgruppen.xls am 23.11.2006.
- Statistisches Bundesamt (2006e): Tabelle: Bevölkerung am 31.12.2005 nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit. <http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoetab4.php> am 23.11.2006.
- Statistisches Bundesamt (2006f): Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden. <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2006/bevoelkerungsprojektion2050i.pdf> am 06.01.2007.
- Statistisches Bundesamt (2005a): Rauchgewohnheiten der Bevölkerung 2005 und Rauchgewohnheiten der ausländischen Bevölkerung 2005. Unveröffentlichte Tabelle.
- Statistisches Bundesamt (2005b): Körpermaße der Bevölkerung 2005 und Körpermaße der ausländischen Bevölkerung 2005. Unveröffentlichte Tabelle.
- Stuber, Michael (2006): Diversity Management in der Gesundheitsförderung- Zielgruppen und Zielgruppengenauigkeit im Wandel. In: Altgeld, Thomas; Bächlein, Barbara; Deneke, Christiane (Hg.): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Frankfurt am Main: Mabuse, 35-48.

- Trojan, Alf (2003a): Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Aufl., Schwabenheim an der Selz: Peter Sabo, 65-66.
- Trojan, Alf (2003b): Selbsthilfe. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Aufl., Schwabenheim an der Selz: Peter Sabo, 202-203.
- Uzarewicz, Charlotte (1998): Zur Problematik des Kulturbegriffs und das Phänomen des Fremden. Überlegungen zu theoretisch-konzeptionellen Grundlagen der transkulturellen Pflege als Gegenstand der Lehre. In: *Pflege* 11, Bern: Hans Huber, 156-160.
- Varela, Maria do Mar Castro (2002): Interkulturelle Kompetenz- ein Diskurs in der Krise. In: Auernheimer, Georg (Hg.): Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. Reihe Interkulturelle Studien. Bd. 13, Opladen: Leske+Budrich, 35-48.
- Wahl, Stefanie (2003): Geburtenverhalten in Deutschland und anderen ausgewählten Ländern. http://www.iwg-bonn.de/uploads/tx_smartextendedcontent/GeburtenverhaltenD_EU.pdf am 23.11.2006.
- Weilandt, C.; Rommel, A.; Eckert, J.; Gall Azmat, R. (2006): Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz. In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz* 49, 866-872.
- Weiss, Regula (2003): Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich: Seismo.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2006): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German am 16.02.2007.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2001): Madrid Statement. Mainstreaming gender equity in health: The need to move forward. <http://www.euro.who.int/document/a75328.pdf> am 01.02.2007.
- Wicker, Hans-Rudolf (2001): Von der Assimilation zur Integration: Konzepte, Diskurse und gesellschaftlicher Wandel. In: Dagmar Domenig (Hg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Hans Huber, 47-63.
- Wiedl, Karl Heinz; Marschalck, Peter (2005): Migration, Krankheit und Gesundheit: Probleme der Forschung, Probleme der Versorgung– eine Einführung. In: Marschalck, Peter; Wiedl, Karl Heinz (Hg.): Migration und Krankheit. Schriften des Instituts für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien der Universität Osnabrück (IMIS). Bd. 10, 2. Aufl., Göttingen: V&R unipress, 9-34.
- Wimmer-Puchinger, Beate; Wolf, H; Engleder, A (2006): Migrantinnen im Gesundheitssystem. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. In: *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz* 49, 884-892.
- Wimmer-Puchinger, Beate; Balaszti, Erika (2001): Migrantinnen im Gesundheitssystem. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. In: *Wiener Klinische Wochenschrift* 113:13/14, Springer, 516-526.
- Wolber, Edith (2001): Die Begegnung mit der Fremde ist nicht das Ziel der Reise. Von der Realität der Rückkehr. In: *Pflege* 14, Bern: Hans Huber, 98-103.
- Zeeb, H. et al. (2004): Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten- ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung. In: *Das Gesundheitswesen* 66:2, Thieme, 76-84.
- Zielke-Nadkarni, Andrea (2001): Gesundheits- und Krankheitskonzepte. In: Domenig, Dagmar (Hg.): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Hans Huber, 123-136.
- Zielke-Nadkarni, Andrea (1998): Zielgruppenorientierte Gesundheitsförderung von MigrantInnen im ambulanten Sektor. In: *Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung* 21:4, Peter Sabo, 124-126.

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 28.02.2007

Andrea Wernecke

10 ANHANG

Auswertungskategorien der Experteninterviews

10.1 Kulturbegriff der ExpertInnen	110
10.2 Bedeutung und Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung für MigrantInnen	114
10.3 Ressourcen von MigrantInnen	119
10.4 Widerstände bei der Gesundheitsförderung für MigrantInnen	120
10.5 Haltungen der Akteure im Gesundheitswesen gegenüber MigrantInnen	132
10.6 Bedingungen zur Gestaltung von Angeboten	138
10.7 Integration von MigrantInnen	147

10.1 KULTURBEGRIFF DER EXPERTINNEN

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Kulturen bestehen aus verschiedenen Elementen (Traditionen, Überzeugungen, Werte, Normen, Geschichte, Religion und Sprache, Lebenserfahrungen).	<p>Traditionen und Werte sind Teil der Kultur. Die Geschichte und die Politik eines Landes prägen die Lebenserfahrung eines Individuums und stellen somit einen Teil der Kultur dar.</p>	<p>Es geht für mich ganz viel um Traditionen, die die Menschen so mit sich bringen, mit denen sie gelebt haben in ihren Heimatländern, die sie mit ihren gleichsprachigen Mitbürgern so weiter leben. Dann gehören für mich Rituale dazu (zum Begriff Kultur). Bestimmte Werte in ihrer Gruppe. Das ist ja auch immer unterschiedlich. Es gibt ja auch nicht die türkisch Kultur. Es gibt da unterschiedliche Gruppen, die eine bestimmte kulturelle Richtung leben. Das ist ja in Deutschland genauso. Ich komme vom Land und das ist noch mal etwas anderes als Menschen, die in einer Stadt aufgewachsen sind. Das ist es vor allem, Tradition und Werte. Und die Geschichte, die sie mitbringen und wie sich das Heimatland selber entwickelt hat. Was in den letzten Jahren, Jahrhunderten und Jahrtausenden passiert ist. Das macht sich ja auch im Leben bemerkbar, welchen Hintergrund man so mitbringt. Das macht sich in vielen Sachen fest.</p>	Ex-15, S.5
	<p>Individuen werden von der Kultur geprägt, die die Gesellschaft vorgibt. Kultur besteht aus verschiedenen strukturellen Elementen.</p>	<p>Kultur ist für mich eine Prägung des Menschen hinsichtlich seiner Werte, Haltungen, Gebräuche, Gewohnheiten, Rituale, Schamgrenzen, Tabus etc., die die "Gesellschaft" durch Eltern, Lehrer, Gemeinschaft, Kirchen und öffentliche Meinung repräsentiert.</p>	Ex-11, S.12
	<p>Die Tradition ist ein Teil der Kultur. Für einige Mitglieder einer bestimmten Kultur kann die Religion sehr wichtig sein, andere würden Religion nicht als Teil ihrer kulturellen Identität betrachten.</p>	<p>Wenn wir sagen, wir machen kulturelle Arbeit, dann heißt es vor allen Dingen, dass wir anfangen wollen, die Tradition der Menschen kennen zu lernen und versuchen, andere dafür zu öffnen. Dann heißt es z.B., dass wir das Beiram-Fest mit der islamischen Gemeinde gemeinsam feiern und organisieren und gucken, dass Deutsche und andere Nationen mitkommen zu diesem Fest. Dadurch lernt man Teile deren Kultur kennen und versucht dann auch z.B. die Weihnachtsgeschichte zu erzählen, auch für die Kinder, die muslimisch sind und zu Hause nicht soviel davon hören. Dass es einen kulturellen Austausch gibt. Das hat auch mit Religion zu tun, zumindest mit den Menschen, mit denen wir hier zu tun haben. Die verbinden ihre Kultur sehr viel mit Religion. Ich persönlich kenne das auch noch so aus meinem Leben, dass der religiöse Bereich ein großer Part in meiner kulturellen Entwicklung war. Aber das ist nicht immer so. Ich habe z.B. mit russischen Mediatoren zu tun, die würden Religion nicht als großen Teil ihrer Kultur bezeichnen, obwohl es da auch die orthodoxe Kirche gibt. Das gehört aber für einige schon dazu.</p>	Ex-15, S.5
	<p>Normen, Werte und Sprache sind Teile der Kultur.</p>	<p>Kultur ist ein Begriff, der Werte und Normen beinhaltet. Eine kulturelle Gruppe hat bestimmte Werte und Normen. Natürlich auch Sprache. Es gibt ja auch verschiedene Kulturen. Meint man jetzt Esskultur oder andere kulturelle Begriffe. Das ist sehr schwierig zu definieren.</p>	Ex-14, S.1
	<p>Die Sprache ist ein Teil der Kultur.</p>	<p>Kultur ist ein Begriff, der natürlich auch Sprache beinhaltet.</p>	Ex-14, S.1

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Kulturen bestehen aus verschiedenen Elementen (Traditionen, Überzeugungen, Werte, Normen, Geschichte, Religion und Sprache, Lebenserfahrungen).	<p>Die Sprache und Literatur sind Teile der Kultur. Kultur wird durch die Lebenserfahrungen eines Individuums geprägt.</p>	<p>Das ist so eine komplizierte Frage (Definition von Kultur). Das kann ich jetzt nicht so spontan beantworten. Wahrscheinlich die ganze Erfahrung, was man da gesammelt hat. Zu der Kultur gehört wahrscheinlich alles: die Sprache, die Literatur, die ganzen Verhältnisse oder das ganze Leben, was den Menschen umgibt. Das kann ich zu der Kultur zählen.</p>	Ex-I3, S.2
	<p>Eine Kultur besteht aus verschiedenen strukturellen Elementen. Zwischen Mitgliedern einer Kultur besteht gegenseitiges Verständnis. Die geographische Herkunft ist ein notwendiges, aber nicht ausreichendes strukturelles Element, welches die Verständigung ermöglicht.</p>	<p>Kultur und was wir ja oft damit verbinden, das gemeinsame Verstehen, beruht auch auf vielen anderen Determinanten, als nur darauf, geographisch dieselbe Herkunft zu haben.</p>	Ex-I1, S.13
Kulturen haben unterschiedliche Konzepte von Gesundheit und Krankheit.	<p>Das Verständnis von Gesundheit ist kulturell geprägt.</p>	<p>Die (MigrantInnen) haben sich ja auch mit dem Thema Gesundheit befasst, auf ihre Art und Weise.</p>	Ex-I5, S.4
	<p>Das Verständnis von Krankheit ist kulturell geprägt. Dies wird vor allem am Thema der seelischen Gesundheit deutlich.</p>	<p>Sie (MigrantInnen) sind ja auch irgendwie mit Krankheiten umgegangen (in ihren Heimatländern). An dem Thema seelische Gesundheit hat man das ganz deutlich gemerkt, wenn es z.B. um Symptome von bestimmten Krankheiten ging. Die wurden in anderen Ländern gar nicht als Krankheit angesehen. Da ist es ganz normal, wenn man z.B. eine Aura um sich hat oder sensibel für bestimmte Dinge ist. Das finde ich schwierig, denn es wird ganz oft außer Acht gelassen, dass sie anders mit bestimmten Themen umgegangen sind. Es hat auch einen kulturellen Hintergrund, was als Krankheit angesehen wird und was nicht. Nicht nur bei seelischen Erkrankungen.</p>	Ex-I5, S.4f.
	<p>In Russland wurde den Patienten die Diagnose nicht mitgeteilt. Krebs, der in Deutschland heilbar sind, gilt in Russland als Todesurteil. Der Umgang mit Krankheit und der Grad der Aufklärung des Patienten sind in Kulturen unterschiedlich.</p>	<p>Wir hatten hier einmal eine (russische) Frau ins Krankenhaus geschickt. Sie hatte, jetzt fällt mir die Krankheit nicht ein. Es gibt in der Gebärmutter so etwas wie Gewächse, sie sehen auch im Ultraschallbild wie Blasen aus und sie sind sehr ähnlich wie Krebs. Es war aber kein Krebs. Wir haben der Frau die Diagnose gesagt und sie ins Krankenhaus geschickt. Dort hat eine Putzfrau, die selbst aus Polen stammt, aber sie hat gedacht, ihre Russisch- und Deutschkenntnisse reichen aus, um für die Frau zu dolmetschen. Sie hat ihr gesagt, sie hat Krebs. Der Arzt hat etwas anderes gemeint. Er hat nur detailliert erklärt, was das auf dem Bild ist und dass die Frau keine Angst haben muss und warum man jetzt diese Operation macht. Es könnte sich in Krebs umwandeln. Aber man hat ihr gesagt, sie hat Krebs. Ich habe die Frau erst den nächsten Tag am Nachmittag besucht und sie war außer sich und lag da im Bett und wollte auch mit niemandem sprechen. Man muss auch bedenken, auch hier ist die Diagnose schrecklich, aber die Ärzte können hier auch einschätzen wie hoch die Chancen der Menschen sind.</p>	Ex-I3, S.6

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Kulturen haben unterschiedliche Konzepte von Gesundheit und Krankheit.		Sie sind auch fit auf diesem Gebiet und hier kenne ich eine Menge Menschen, die Krebs durchgestanden haben und die leben ganz normal weiter und arbeiten. Dort haben wir das praktisch nicht gekannt. Das war ein Todesurteil. Das war es für die Frau auch. Da hat es ziemlich lange gedauert, bis ich Sie wieder beruhigt habe und bis ich ihr es wieder erklärt habe und habe den Arzt gerufen. Ich glaube, sie hat das bis zum Ende gar nicht geglaubt. In Russland hat man früher nie die Diagnose gesagt. Man hat den Menschen belogen bis zum Ende. Man hat ihm das nicht mitgeteilt und das sind doch die kulturellen Unterschiede. Sie hat das nicht mehr geglaubt, sie hat gedacht, wir lügen alle.	
Kulturen stellen komplexe Systeme dar.	Kultur kann individuell und aus verschiedenen Perspektiven definiert werden. Kultur befindet sich ständig im Wandel, wodurch eine Definition von Kultur sehr kurzlebig sein kann.	Ich sehe nur, dass ein und dieselbe Person vom Fach Kultur heute so und morgen so definiert oder was Kultur für sie bedeutet. Mit Definitionen bin ich sowieso ein bisschen zurückhaltend. Da gibt es genug großköpferige Leute, die das aus philosophischer oder kulturwissenschaftlicher oder sonstiger Perspektive angeguckt haben und beschrieben haben und versucht haben, zu definieren. Ich denke, mit das Wichtigste für uns ist, dass Kultur nie eine Ist-Beschreibung ist. Sondern dass Kultur etwas ist, was sich kontinuierlich in einem Prozess befindet. Deswegen denke ich, dass man morgen tatsächlich Kultur anders definieren kann als heute oder Kultur anders sieht als heute.	Ex-I2, S.1
	Die Definition von Kultur ist nicht eindeutig. Es gibt mehrere Kulturbegriffe.	Kultur ist ein Begriff, der Werte und Normen beinhaltet. Eine kulturelle Gruppe hat bestimmte Werte und Normen. Natürlich auch Sprache. Es gibt ja auch verschiedene Kulturen. Meint man jetzt Esskultur oder andere kulturelle Begriffe. Das ist sehr schwierig zu definieren.	Ex-I4, S.1
	Kultur befindet sich ständig im Wandel und wird von der Gesellschaft definiert.	Kultur ist aber nichts Statisches, sondern befindet sich permanent im Wandel. Sind doch alle Merkmale Variablen, die von der gesellschaftlichen Realität immer weiter und neu definiert werden.	Ex-I1, S.12
	Verschiedene Ethnien können zu einer Nationalität gehören. Dies kann Konflikte verursachen. Weitere Konflikte können durch den unterschiedlichen Grad der Industrialisierung der unterschiedlichen Ethnien entstehen.	Jemand der Serbien im Pass stehen hat, das kann ein Serbe oder jemand aus dem Kosovo sein. Die haben beide nun wirklich nichts miteinander zu tun. Das sind total unterschiedliche Ethnien. Bis vor kurzer Zeit war es noch so, dass die Palästinenser israelische Pässe hatten. Kann man sich ja vorstellen, dass das wirklich wie Feuer und Wasser war. Die einen leben in einer Industriegesellschaft, die anderen wie im tiefsten Entwicklungsland.	Ex-I2, S.6
	Innerhalb von Kultur existieren Subkulturen. Die individuelle Kultur setzt aus verschiedenen Subkulturen zusammen.	In einer Gesellschaft gibt es nicht nur eine Kultur. So gibt es z.B. die Kultur der Frauen, darunter wieder die Kultur der Mütter und die Kultur der Berufstätigen etc. Das heißt jede/r wird sich auch immer verschiedenen Kulturen zugehörig fühlen, auch wenn sie/er aus demselben „Kulturkreis“ kommt.	Ex-I1, S.12f.
	Es gibt eine individuelle Alltagskultur.	Jeder Mensch ist oder hat natürlich auch seine ganz eigene Kultur, zu leben, sich zu artikulieren, zu essen usw.	Ex-I1, S.13

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Kulturen stellen komplexe Systeme dar.	Es gibt keine eindeutige Definition von Kultur.	Am liebsten die nächste Frage. Daran kann man sich nur die Finger verbrennen. Es gibt so viele Definitionen von Kultur.	Ex-12, S.1
	Wenn verschiedene Ethnien zu einer Nationalität gehören, können die Mitglieder der verschiedenen Ethnien unterschiedliche Definitionen von Kultur haben. Diese kulturelle Identität ist durch die Lebensumstände, den Prozess der Migration oder die Bildung beeinflusst.	Da sind wir wieder beim Eingang, bei der Definition von Kultur. Ich weiß nicht, welche Kultur eine türkische Frau hat, die in erster, zweiter, dritter Generation hier lebt und wie kulturell sie noch verwurzelt ist. Oder auch mit welcher Kultur sie hergekommen ist. Eine Kurdin hat eine ganz andere Vorstellung von ihrer Kultur als wahrscheinlich eine türkische Frau hat. Für sie spielt Religion z.B. überhaupt keine Rolle und sie sieht das Geschlechterverhältnis mit ganz anderen Augen. Sie würde zwar von ihrer Nationalität her unter Türkinnen laufen, aber mit der wird man sich nicht so unterhalten können wie mit irgendeiner anderen Türkin, die tief verschleiert und mit Kopftuch und mit zwei Jahren Schulbildung aus Anatolien kommt.	Ex-12, S.9
	Innerhalb von Kulturen existieren Subkulturen, die gemeinsame Traditionen und Werte teilen.	Es geht für mich ganz viel um Traditionen, die die Menschen so mit sich bringen, mit denen sie gelebt haben in ihren Heimatländern, die sie mit ihren gleichsprachigen Mitbürgern so weiter leben. Dann gehören für mich Rituale dazu (zum Begriff Kultur). Bestimmte Werte in ihrer Gruppe. Das ist ja auch immer unterschiedlich. Es gibt ja auch nicht die türkisch Kultur. Es gibt da unterschiedliche Gruppen, die eine bestimmte kulturelle Richtung leben. Das ist ja in Deutschland genauso. Ich komme vom Land und das ist noch mal etwas anderes als Menschen, die in einer Stadt aufgewachsen sind. Das ist es vor allem, Tradition und Werte. Und die Geschichte, die sie mitbringen und wie sich das Heimatland selber entwickelt hat. Was in den letzten Jahren, Jahrhunderten und Jahrtausenden passiert ist. Das macht sich ja auch im Leben bemerkbar, welchen Hintergrund man so mitbringt. Das macht sich in vielen Sachen fest.	Ex-15, S.5
In der Begegnung mit Menschen aus anderen Kulturen wird Fremdheit konstruiert.	Kulturen werden vom eigenen Standpunkt aus betrachtet. In der Begegnung mit anderen Kulturen wird das, was einem fremd erscheint, selektiv wahrgenommen. Weil es von dem Eigenen abweicht und nicht verstanden wird, wird es als etwas Kulturspezifisches interpretiert und ihm dadurch eine zu hohe Bedeutung beigemessen.	Wir sehen das, was für uns fremd ist, und weil es eben fremd ist, messen wir diesem Fremden eine wesentlich stärkere Bedeutung bei, als es ihr eigentlich zukommt. Vielleicht ist es für Menschen aus diesen anderen Kulturen absolut normal. Nur weil wir es nicht verstehen, ist es für uns etwas sehr Kulturspezifisches und hat eine besondere Bedeutung. Da können wir uns schon mal irren.	Ex-12, S.10
	Jedes Individuum ist Mitglied einer bestimmten Kultur. Die Merkmale der eigenen Kultur werden als selbstverständlich angesehen. Das Fremde entsteht in Bezug auf das Eigene.	Jeder wächst in seine Kultur hinein und versteht deren Merkmale erstmal als selbstverständlich, davon abweichende als fremdartig.	Ex-11, S.12

10.2 BEDEUTUNG UND RAHMENBEDINGUNGEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR MIGRANTINNEN

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Definition einer kultursensiblen Gesundheitsförderung	Eine kultursensible Gesundheitsförderung berücksichtigt die kulturellen Aspekte von Gesundheit und gestaltet hiernach die Angebote. Hierzu gehört auch die Wahl eines geeigneten Zugangs zu der Zielgruppe. MigrantInnen sollten bei Angeboten die Möglichkeit haben, sich in ihrer Muttersprache auszudrücken.	Kultursensible Gesundheitsförderung ist meiner Meinung nach etwas, was die kulturellen Aspekte, die mit dem Thema Gesundheit zu tun haben, auch berücksichtigt. Das man auch die Zugangswege so wählt, dass sie die verschiedenen kulturellen Gruppen auch erreicht. Die einen treffen sich z.B. lieber in einer Gruppe und diskutieren viel, die nächsten trifft man am besten in ihrer Gemeinde an. Oder bei den nächsten sind es die Einzelberatungen, die am meisten was bringen. Die nächsten sind an ein hierarchisches System gewöhnt, dass man den Arzt dahin setzt und der sagt, was sie zu tun und lassen haben. All das muss man herausfinden und darauf muss man mit seinen Angeboten reagieren. Sprache, wie gesagt, ist ein wichtiger Aspekt, heißt aber nicht, dass es unbedingt ein muttersprachliches Angebot sein muss. Es sollte nur die Gelegenheit bestehen, sich auch in der Muttersprache ausdrücken zu können.	Ex-14, S.5
	Eine kultursensible Gesundheitsförderung existiert noch nicht.	Kultursensibel? Ich denke, irgendwann kommen wir dazu, dass es so was gibt.	Ex-13, S.5
	Zu einer kultursensiblen Gesundheitsförderung gehört, dass Gesundheitseinrichtungen und deren MitarbeiterInnen das Gefühl vermitteln, offen für MigrantInnen zu sein. Menschen haben ein unterschiedliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit und einen anderen Umgang hiermit. Es muss ein Austausch darüber stattfinden und die Angebote müssten diese kulturellen Aspekte berücksichtigen.	Da gehört für mich dazu (zu einer kultursensiblen Gesundheitsförderung), dass man offen für den Menschen ist, der da zu einem kommt. Eine Einrichtung, die Gesundheitsförderung betreibt, muss das Gefühl vermitteln, dass sie offen sind für alle. Das heißt, unterschiedliche Sprachen müssen ausgehängt sein. Die Mitarbeiter müssten auch Migrationshintergrund haben, so dass da auch mal eine Kopftuchfrau oder ein schwarzer Mann rumläuft und man das Gefühl hat, man ist da willkommen. Es müsste muttersprachliche Beratung stattfinden. Man müsste sich darauf einlassen, dass der Mensch, der vor einem sitzt, ein anderes Verständnis von Krankheit oder Gesundheit hat. Da müsste man sich erstmal drüber austauschen wollen und können. Dann sagen ‚Bei uns gibt es das, was gibt es bei euch? Was ist dein Problem? Wie können wir dir mit unserem Angebot entgegen kommen? Was würdest du zu Hause machen?‘	Ex-15, S.7f.
Bedeutung der Gesundheitsförderung	Gesundheitsförderung dient der Verbesserung des Gesundheitszustandes.	Nicht nur für Migrantinnen, sondern für die gesamte Bevölkerung ist Gesundheitsförderung natürlich ein wichtiger Baustein bei der Verbesserung des Gesundheitszustandes. Gesundheitsförderung ist ja die Stärkung von Ressourcen und das Empowerment der Bevölkerung und der Zielgruppen und deshalb ganz wichtig dabei, den Gesundheitszustand zu verbessern.	Ex-14, S.2

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Bedeutung der Gesundheitsförderung	Gesundheitsförderung ist wichtig.	Es geht im Moment sehr viel um Sprache, was auch sehr wichtig ist, um in einem Land leben zu können, dass man die Sprache spricht. Wenn man krank ist in einem Land, dann fördert das nicht gerade die Integration, weil man sich dann nicht richtig darauf einlassen kann, in diesem Land zu leben. Weil man sich dann um sich kümmern muss. Die Gesundheitsförderung stelle ich mir total wichtig vor. Das ist ein Teil eines Lebens. Wenn man weiß, in diesem Land, in dem ich lebe, da funktioniert es so und so, dann gehört man schon zur Hälfte dazu, weil man einfach weiß, wie das ganze System funktioniert. Das ist sehr, sehr wichtig.	Ex-15, S.7
	Angebote der Gesundheitsförderung können einen integrativen Beitrag leisten, indem sie den Kontakt von unterschiedlichen Kulturen ermöglichen.	Wir haben z.B. ein kleines Kochprojekt. Da hat jede Nation mal ein spezielles Gericht gekocht und das haben wir zusammen gegessen und die haben über die Verbindung erzählt. Wie bei uns, dass man z.B. vor dem Kohlessen eine Kohlfahrt macht. Da haben die Geschichten dazu erzählt und dadurch sind ganz viele Leute in Kontakt gekommen. Afghanische mit türkischen, mit der russischen Bevölkerung und so. Man kommt über so ein Thema in Kontakt und das ist ein ganz wichtiger Integrationsbeitrag. Miteinander in Kontakt kommen.	Ex-15, S.6
	Eine gesunde Bevölkerung dient dem Wohl der Gesellschaft. Die Chancengleichheit ist hierfür Voraussetzung.	Wir, als Gesellschaft haben ein Interesse daran, dass die Migrantenkinder gesund sind, dass sie dieselben Chancen kriegen. Es ist ja gar nicht Menschenfreundlichkeit. Es ist auch, um die Gesellschaft nicht stärker zu belasten. Genau wie mit den Kindern, die uns sonst rausrutschen.	Ex-11, S.11
Einschätzung des Stellenwertes der Gesundheitsförderung für MigrantInnen	Gesundheitsförderung hat derzeit eine zu geringe Priorität. Die Sprache wird aus politischer Sicht als wesentlicher Integrationsfaktor angesehen.	Also ich würde den sehr hoch einschätzen (Stellenwert der Gesundheitsförderung), der wird aber nicht sehr hoch eingeschätzt. Zumindest das, was ich so bisher erlebt habe. Es geht im Moment sehr viel um Sprache, was auch sehr wichtig ist, um in einem Land leben zu können, dass man die Sprache spricht.	Ex-15, S.7
	Der Stellenwert der Gesundheitsförderung wird mit Versorgungsbedarf beantwortet. Die Versorgung von Migranten ist derzeit nicht ausreichend.	Das ist ganz schwer zu sagen. ... Mit der ambulanten Versorgung ist es so, dass Hamburg ja viele fremdsprachige Ärzte hat ... Was es mit Sicherheit viel zu wenig gibt, ist im Bereich Psychotherapie. Es gibt in Hamburg, glaube ich, eine niedergelassene, von der Kasse zugelassene, türkische Psychotherapeutin. Das ist mit Sicherheit absolut mangelhaft. Im ganzen Bereich seelische Gesundheit gibt es mit Sicherheit große Bedarfe. Mit Sicherheit gibt es auch große vermutete Probleme im Bereich alte Menschen, Pflege, Betreuung.	Ex-11, S.9

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Einschätzung des Stellenwertes der Gesundheitsförderung für MigrantInnen	Der Stellenwert der Gesundheitsförderung kann nicht eingeschätzt werden und wird mit den Zugangsmöglichkeiten zur medizinischen Versorgung beantwortet. Die Versorgung der MigrantInnen hängt von ihrem rechtlichen Status im Aufnahmeland zusammen. Spätaussiedler haben einen Migrationsstatus, der den Zugang zum Gesundheitswesen ermöglicht.	Ich kann das (Stellenwert der Gesundheitsförderung) wirklich nicht einschätzen. Ich habe ja einen ganz kleinen Bereich und habe auch immer meine Zielgruppe im Auge. Ich kann nicht für die ganzen Migrantinnen sprechen. Es ist wahrscheinlich sehr unterschiedlich. Es kommt auf mehrere Faktoren an: auf die Situation, aus welchem Land sie kommen, welchen Status sie haben. Wie ich, ich gehöre ja zu den Spätaussiedlern und wirklich, ich hatte da nie irgendwelche Probleme. Ich merke schon, wenn ich zum Arzt rein gehe und man merkt meinen Akzent, dann guckt man zuerst mal so ein bisschen, aber daran bin ich gewöhnt.	Ex-13, S.4
Gesundheitsförderung ist interdependent	Gesundheitsförderung muss nach politischen Vorgaben handeln.	Das andere sind Aufträge, die auch über die Politik kommen, z.B. dass man sagt... wenn 15% der Bevölkerung in Hamburg zugewandert ist, müssen wir gucken, wie erreichen wir die.	Ex-11, S.4f.
	Gesundheitsförderung ist von anderen Gesellschaftsproblemen abhängig und muss deshalb ressortübergreifend sein. Wenn MigrantInnen sozial benachteiligt sind, diskriminiert und ausgegrenzt werden, kann Gesundheitsförderung nicht umgesetzt werden.	Es gibt eine Vielzahl von Projekten, Ansätzen, Initiativen. Das, worüber wir in der Gesundheitsförderung immer reden ist, dass Gesundheitsförderung kein kleines Inselchen für sich ist, sondern dass es etwas sein muss, was ressortübergreifend praktiziert wird. Es ist von anderen Gesellschaftsproblemen abhängig. Auch wenn wir die tollsten Angebote für die Zielgruppe hätten, wenn sie ausgegrenzt werden, wenn sie diskriminiert werden, wenn sie keine Arbeit haben, dann klappt es auch nicht.	Ex-14, S.3
	Die Entwicklung der Migration und Versorgung von MigrantInnen ist von der Politik abhängig. Wenn die Politik dies als wichtig deklariert, dann ist dies auch für die Anbieter verbindlich. Die Versorgung von MigrantInnen wird jetzt zur Pflicht, bisher lag sie im Ermessen der Anbieter.	Ich glaube, dass dieses Handlungskonzept, was sich der Senat jetzt vornimmt herauszugeben, erstmal ein gutes Signal ist. Dass keiner mehr sagen kann, das ist doch unwichtig. Sondern, dass festgeschrieben ist, die Gesellschaft verändert sich. Wir brauchen Zuwanderung und wir müssen das als Bereicherung erkennen und ganz viel ändern in unseren völlig eingefahrenen Arbeitsweisen. Wenn das politisch gewollt ist und natürlich auch Handlungsschwerpunkte und Ziele festgeschrieben sind, dann kann man dahinter auch nicht mehr zurück. ... Das heißt, man wird in eine andere Notwendigkeit kommen. Es war immer so, dass die Behörde sagen konnte, wir kümmern uns auch um MigrantInnen. Es war aber eher immer so was Zusätzliches. Es war nicht so, dass man dachte ‚Was das habt ihr nicht?‘, sondern es war immer ganz fortschrittlich, dieses Thema auch mit im Blick zu haben. ... Es war immer ein bisschen Kür und jetzt wird es Pflicht.	Ex-11, S.10
	Gesundheitsförderung ist von den politischen Rahmenbedingungen abhängig.	Da muss die Verwaltung mitmachen, da müssen die Politiker mitmachen. Wenn wir tolle gesundheitsfördernde Angebote heranziehen und einfach durchführen und in der Gesamtpolitik herrscht etwas ganz anderes, dann können wir schlecht was bewirken.	Ex-14, S.3

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Gesundheitsförderung ist interdependent	Die Frauenbewegung kann als Vorbild für die Migrationspolitik gesehen werden.	Man kann sowieso in der Migrationspolitik viel von der Frauenbewegung lernen.	Ex-11, S.6
	Bisher gab es keine Bemühungen um Interaktion mit MigrantInnen. Der Zeitpunkt zur Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen für MigrantInnen ist gut, da sie nun als notwendig angesehen werden.	Ich habe vor Jahren mal einen Artikel geschrieben ‚Die anderen sind zwar da, aber sie gehören nicht dazu‘. Es war auch immer so: ‚Die gibt’s zwar‘, aber so richtige Verbindungen gab es wenig und auch Bemühungen um Verbindungen. Das wird, glaube ich, anders werden oder muss anders werden. Es ist einfach rückschrittlich, nicht zu sehen, was wir da auch für Chancen haben. Ich bin ganz optimistisch, weil es jetzt so ein Thema ist und auch wenn wir ein Projekt planen, dann denke ich, der Zeitpunkt ist gut. Der Zeitpunkt ist gut, auch das durchzukriegen. Vor zwei Jahren hätten alle gesagt, ‚Ach komm, ist doch gar nicht nötig‘.	Ex-11, S.11
Notwendigkeit der Zielgruppengenaugkeit in der Gesundheitsförderung	Die genaue Definition der Zielgruppe ist für die Anbieter von Gesundheitsförderung sehr wichtig. Wenn man die Zielgruppe und die gesundheitlichen Probleme dieser Gruppe nicht genau definieren kann, ist die Erschließung von finanziellen Mittel sehr schwierig.	Ich glaube, da muss ich wirklich sagen ich glaube, dass die Institutionen, die sich damit (mit Gesundheitsförderung) befassen und die Angebote machen können, dass denen sehr viel geholfen wäre, wenn sie sich direkt an die Zielgruppen wenden könnten, wenn die Risikogruppen definierter wären. Zumindest mit den Personen und den Institutionen, mit denen ich da zusammenarbeite, würde ich sehr viel Good Will attestieren. Auch die Möglichkeit Mittel freizumachen und zu beschaffen, um ganz gezielte Versorgung an ganz gezielte Gruppen zu bringen. Nur, wenn man das so schwammig formulieren muss, wie man das zur Zeit tun muss, dann wird es auch fraglich sein, ob man dafür Mittel bekommt. Wenn ich sagen würde, ich möchte jetzt eine Veranstaltung für Migranten mit Diabetes machen, dann würde mich wahrscheinlich ein Geldgeber als erstes fragen ‚Wer ist denn das und wie groß ist die Zielgruppe und welche Probleme gibt es da?‘ Dann könnte ich z.B. nicht definieren, welches wirklich genau diese Migrantengruppe ist.	Ex-12, S.6f.
	Wenn Angebote der Gesundheitsförderung nicht zielgruppenspezifisch sind, können sie nicht bedarfsgerecht gestaltet werden.	Ein Grundproblem bei den ganzen Angeboten ist, es gibt viele, aber es ist dann eins von vielen, aber es ist dann nicht zielgruppenspezifisch und gerecht gestaltet. Das ist ein Defizit. Es mangelt nicht an Angeboten, sondern an der Art.	Ex-14, S.3f.
	Die Definiton der Zielgruppe ermöglicht herauszufinden, in welcher Sprache ein gesundheitsförderliches Angebot gemacht werden sollte.	Es kommt ganz auf die Zielgruppe an (ob Angebote in der Muttersprache gemacht werden sollten). Wenn wir z.B. jetzt mal von der türkischen Community in Deutschland reden, gibt es ja verschiedene Generationen. Es gibt ja mittlerweile die vierte Generation. Wenn Sie mit der ersten Generation arbeiten wollten, würde ich sagen, dass muss auf Türkisch sein. Da sind die Deutschkenntnisse oft so, dass man sonst keine Angebote durchführen könnte. Die vierte Generation würde vielleicht sagen ‚Was wollt ihr mit Türkisch, wir reden Deutsch, wir sind Deutsche‘. Da muss man sehr wohl unterscheiden. Da muss man sich seine Zielgruppe, die man vor Augen hat, ganz genau angucken und dies ganz genau herausfinden.	Ex-14, S.6

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Bedarf von MigrantInnen an gesundheitsförderlichen Angeboten	Türkische und russische Mädchen haben einen großen Aufklärungsbedarf im Bereich Familienplanung.	Bei türkischen Mädchen und auch z.B. bei russischen Mädchen ist ein riesen Aufklärungsbedarf bei dem Thema Familienplanung.	Ex-12, S.3
	Bei MigrantInnen besteht ein großer Bedarf an Angeboten im Bereich der seelischen Gesundheit, da die Migration selbst eine Ursache für Erkrankung sein kann.	Bei seelischer Gesundheit genauso (müsste viel getan werden), weil viele auch traumatische Erlebnisse in ihrem Heimatland hatten und deswegen hergekommen sind. Sei es durch Krieg oder weil sie politisch verfolgt wurden. Und weil Migration an sich schon die Ursache für eine seelische Erkrankung sein kann, weil man seine Wurzeln erstmal verlassen musste. Zumindest örtlich. Da gibt es einfach nicht viel oder so gut wie gar nichts.	Ex-15, S.7

10.3 RESSOURCEN VON MIGRANTINNEN

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Ressourcenorientierung in der Gesundheitsförderung	Gesundheitsförderung für MigrantInnen muss sich an ihren Ressourcen orientieren.	Das ist ein Potential (Ressourcen von MigrantInnen), was überhaupt noch nicht ausgeschöpft wurde. Es wird sich immer nur an den Defiziten orientiert. Es wird immer nur gesagt, das ist schlecht und das machen die nicht und hier haben die keine Informationen. Wir müssen weg von dieser Defizitorientierung und hin zu den Ressourcen, die diese Zielgruppe natürlich hat, wie jede Gruppe eigentlich auch.	Ex-14, S.1
Kulturelles Wissen und Sprache als Ressource	Es gibt ein großes Potential an integrierten MigrantInnen, die Wissen aus ihrem Herkunftsland haben und beide Sprachen sprechen.	Ich bin überzeugt davon, dass wir so viele Potentiale haben an Migrantinnen, die ganz viel Wissen mitbringen, die sich hier gut verständigen können und etabliert sind. Wissen aus dem Herkunftsland mitbringen und beide Sprachen.	Ex-11, S.6
Sprache als Ressource	Einige Migrantinnen sprechen beide Sprachen sehr gut.	Das ist eine Art Laien-Übersetzungsdienst. Das sind vorwiegend Frauen aus dem Stadtteil, die ihre Muttersprache und Deutsch sehr gut sprechen. Die begleiten andere Menschen aus diesem Stadtteil, die die deutsche Sprache nicht so gut sprechen.	Ex-15, S.1
Traditionen als Ressource	MigrantInnen haben sehr gute Fähigkeiten bei der Zubereitung von Essen.	Wenn es z.B. um das Thema Ernährung geht, haben wir auch gesehen, dass z.B. die Kochfertigkeiten wahnsinnig hoch sind, gerade bei der ersten und zweiten Generation von Einwanderern. Was z.B. bei der deutschen Bevölkerung absolut nicht mehr der Fall ist. Da müsste man mit denen eigentlich lernen, wie kocht man. Bei den Gruppen, mit denen wir gearbeitet haben, brauchte man das nicht zu tun.	Ex-14, S.2
Offenheit und soziale Netzwerke als Ressource	MigrantInnen haben eine hohe Bereitschaft, etwas zu lernen und verfügen über noch gut funktionierende soziale Netzwerke. Frauen mit Migrationshintergrund geben gesundheitliche Informationen an ihre Communities weiter.	Wir stellen bei unseren Projekten fest, die wir mit der Zielgruppe MigrantInnen durchführen, gerade wenn es sich um Frauen handelt, erstmal ein hohes Engagement. Eine hohe Motivation, wenn es gilt, was dazulernen. Immer noch relativ gut funktionierende soziale Netze. Wenn man mit einer Gruppe von Frauen mit Migrationshintergrund arbeitet, kann man sicher sein, dass es eben auch in die Familie, die Nachbarschaft, die Freunde, in die eigene Community getragen wird. Die sozialen Netze, im Vergleich zur deutschstämmigen Bevölkerung sind noch relativ gut, aber auch da gibt es schon Veränderungen von Generation zu Generation. Dann haben wir immer wieder hohes Organisationsgeschick festgestellt.	Ex-14, S.2
Bewältigungsstrategie von MigrantInnen	MigrantInnen kompensieren das Informationsdefizit über das deutsche Gesundheitswesen mit Besuchen in der Heimat, bei denen sie die vertrauten Ärzte aufsuchen.	Es wurde eine Untersuchung in Auftrag gegeben, wie ausländische Frauen in Hamburg gesundheitlich versorgt sind... Dabei ist herausgekommen, was man auch erwartet hatte, dass ausländische Frauen... sich schlecht gesundheitlich versorgt fühlen, weil sie ganz große Defizite haben. Einmal hinsichtlich des Wissens um das Gesundheitswesen, also die wissen gar nicht, wo gehe ich dann hin mit meinen Sachen. Dann hinsichtlich der Kenntnisse des eigenen Körpers und der deutschen Sprache. Damals waren es Frauen von Gastarbeitern oder Gastarbeiterinnen, die angegeben haben ‚Wir warten ab, bis wir im Sommer nach Hause fahren und dann gehen wir zu unseren Ärzten und holen uns da Medikamente und Rat, weil wir hier uns nicht auskennen‘.	Ex-11, S.1

10.4 WIDERSTÄNDE BEI DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR MIGRANTINNEN

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Gesundheitsförderliche Angebote orientieren sich an der deutschen Bevölkerung bzw. an deren Mittelschicht.	Die gesundheitlichen Angebote orientieren sich an der deutschen Bevölkerung und sind für MigrantInnen nicht offen.	Die ganzen Gesundheitsbereiche müssten sich für Migrantinnen sehr viel mehr öffnen. Die sind sehr verdeutscht.	Ex-15, S.2
	Die gesundheitlichen Angebote orientieren sich an der deutschen Bevölkerung. Den Anbietern fehlt interkulturelle Kompetenz.	Interkulturelle Kompetenz fehlt vielen einfach. Genauso wie in den ganzen anderen Gesundheitseinrichtungen. Die sind sehr deutsch.	Ex-15, S.3
	Die soziale Benachteiligung betrifft Deutsche wie MigrantInnen. Für diese Zielgruppe sind mittelschichtsorientierte Angebote nicht geeignet.	Früher hat man gesagt „Unterschicht“. Dieses Wort ist ja jetzt gerade in der politischen Diskussion auch wieder im Gebrauch und politisch korrekt sprechen wir ja heute von bildungsarmen oder bildungsfernen und ressourcenschwachen Bevölkerungsschichten. Da gibt es sehr viele Deutsche, für die das genauso zutrifft wie auch Migrantinnen und Migranten. Das bedeutet, dass sind Menschen, die nicht dieses herkömmliche Gesundheitsinformationsangebot wahrnehmen. Wir machen ganz viel mittelschichtorientierte Sachen. Wir geben Broschüren, Falblätter und schriftliche Informationen heraus, die man erstmal lesen können muss. Das heißt, ich muss mich in der Lage fühlen eine Broschüre zu handhaben, das Inhaltsverzeichnis richtig zu lesen. ... Das ist eine relativ hohe Anforderung und damit kommen wir nicht viel weiter. Deshalb ist deutlich, wir brauchen mündliche Informationsüberbringer und Vertrauenspersonen, die gesprochene Informationen an Menschen heranbringen, die wir sonst nicht erreichen. Das heißt, wir müssen viel mehr Migrantinnen und Migranten selbst einbinden und in unserem Arbeitsbereich beschäftigen.	Ex-11, S.5
	Gesundheitseinrichtungen orientieren sich an der deutschen Bevölkerung. Die Angebote werden aber auch von der deutschen Bevölkerung nicht in Anspruch genommen und sind für MigrantInnen nicht offen.	Da gibt es noch eine Menge zu tun, weil die ganzen Einrichtungen nicht offen sind für Migrantinnen. Es ist sehr deutschlastig und ich glaube, die werden auch von vielen Deutschen nicht besucht. Da muss sich grundlegend etwas verändern. Das ist kein wirkliches Angebot mehr.	Ex-15, S.7
Gesundheitsförderliche Einrichtungen und Angebote sind an der deutschen Bevölkerung orientiert, so dass MigrantInnen vernachlässigt werden. Einzelne Ausnahme sind Hochrisikogruppen von MigrantInnen.	Da gibt es einfach nicht viel oder so gut wie gar nichts (Angebote im Bereich seelischer Gesundheit). Im AIDS-Bereich auch nicht. Die ganzen Einrichtungen sind sehr deutschlastig und hochschwellig. Das kostet Überwindung da hinzugehen. Es öffnet sich langsam für bestimmte Gruppen. Afrikaner wurden entdeckt nach den letzten Zahlen, dass man denkt, man muss für diese Zielgruppe was tun. Aber alle anderen Gruppen werden sträflich vernachlässigt.	Ex-15, S.7	

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Gesundheitsförderliche Angebote orientieren sich an der deutschen Bevölkerung bzw. an deren Mittelschicht.	Gesundheitsförderung orientiert sich an der deutschen Mittelschicht. Die gesundheitsförderlichen Angebote für MigrantInnen sind nicht bedarfsgerecht, obwohl gute Zugangsmöglichkeiten existieren.	Da gibt es ganz viele Projekte, aber da stößt man immer wieder auch auf Probleme, weil es dann doch in einer bestimmten Logik gesehen wird. Und zwar diese ganz normale mittelschichtsorientierte Gesundheitsförderung/Prävention. Das steckt noch in vielen Köpfen fest und das möchten die auch nicht unbedingt ändern. Es ist bei vielen Angeboten so, dass man verschiedene Zielgruppen hat und dann nimmt man noch eine dazu, um einfach zu sagen, wir haben auch was für Migrantinnen. Aber das reicht nicht. Das ist jetzt auch nicht so eine spezielle Gruppe, wo man überhaupt keinen Weg hat. Sondern da gibt es auch ganz tolle Beispiele, da gibt es auch Wege, und dann soll man die auch übernehmen.	Ex-14, S.3
	Die präventiven Angebote sind sehr behördlich, wodurch diese für MigrantInnen zu hochschwellig sind.	Genauso wie in den ganzen anderen Gesundheitseinrichtungen (fehlt die interkulturelle Kompetenz und das Verständnis für MigrantInnen), also Gesundheitsämtern oder Gesundheitssprechstunden. Die sind sehr deutsch. Es gibt ja z.B. das Bernhardt Nocht- Institut, wo man sich kostenlos testen lassen kann auf HIV, das ist deutsch. Da gibt es vielleicht muttersprachliche Aufklärungszettel, aber das weiß erstmal kaum jemand, dass man sich da testen lassen kann. Es wirkt es so sehr behördlich. Da hat man einfach Angst, dass man dann doch vermerkt ist und auffällt und solche Sachen.	Ex-15, S.3
Anbietern im Gesundheitswesen fehlt interkulturelle Kompetenz.	Dem Personal im Krankenhaus fehlt interkulturelle Kompetenz, wodurch es zu Missverständnissen mit MigrantInnen kommt.	Ich habe mit einer Kollegin damals zusammen eine Unterrichtseinheit für Krankenpflegepersonal entwickelt, die hieß ‚Wie können wir ausländische Patienten besser verstehen‘. Man kann davon ausgehen, dass es wenig Wissen über den Hintergrund der Patienten gibt. Oft kommt es zu großen Missverständnissen, weil man einfach nicht weiß, dass z.B. in Griechenland die Bettwäsche ins Krankenhaus mitgebracht werden muss. Dann kommt hier die Familie und bringt das Essen und alle sind genervt. Wir hatten die Vorstellung, wenn man ein bisschen mehr über das Land weiß, aus dem diese Menschen kommen und über die Gegebenheiten dort, dann ist man auch verständnisvoller mit den Patienten und nicht gleich so genervt, sondern kann denen in Ruhe erklären ‚Das brauchen Sie hier nicht, hier ist es anders‘.	Ex-11, S.1f.
	Interkulturelle Öffnung bedeutet eine Veränderung der eigenen Haltung. In Deutschland besteht kein Wunsch, mit Menschen aus anderen Kulturen angemessen umzugehen.	Interkulturelle Öffnung fängt damit an, dass man seine Haltung verändern muss. Das ist Deutschland wirklich schwierig, in vielen Einrichtungen. Ich glaube, wenn ein großer Wunsch da wäre, angemessen mit Fremdartigem umzugehen, dann wäre schon ganz viel gewonnen.	Ex-11, S.10

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Anbietern im Gesundheitswesen fehlt interkulturelle Kompetenz.	Deutsche MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen haben kein Verständnis dafür, wenn in anderen Kulturen ein anderer Wissensstand vorhanden ist. Dies behindert die Vertrauensbildung.	Wenn man die Berichte dieser Mitarbeiterinnen (mit Migrationshintergrund) hört ... dann wird einem deutlich, dass wir doch sehr weit weg sitzen von der Basis. Neulich hat im Arbeitskreis eine russische Kollegin berichtet ... dass wir uns oft wahrscheinlich gar nicht vorstellen können, mit was für Fragen russische Frauen kommen. Wir gehen davon aus, so ist die Demokratie und so ist das Gesundheitswesen ... So leben wir hier in Hamburg, damit wachsen wir ja auch auf. Menschen aus anderen Kulturkreisen und mit anderen Lebenserfahrungen haben oft, sagt sie, ganz primitive Fragestellungen. Sie trauen sich aber auch fast nicht, das zu fragen, weil sie natürlich nicht gerne beschämt werden, dass man denkt ‚Wie, das weißt du nicht?‘ Fragen zum Gesundheitssystem, zum Körper, zu allen möglichen Dingen, zu sexuell übertragbaren Krankheiten. Fragen, bei denen es ihr sehr wichtig scheint, dass da jemand sitzt, der auch zugewandert ist. Der einfach dadurch, dass er auch aus demselben Land kommt und da als Vermittlerin arbeitet, signalisiert ‚Ich kann mir vorstellen, wovon du redest, denn ich kenne das auch‘. Das ist wirklich enorm wichtig und ich glaube auch, dass man einfach einen Vertrauensvorschuss braucht.	Ex-11, S.5f.
	Das Pflegepersonal verlangt in interkulturellen Fortbildungen Verhaltensstandards im Umgang mit Migranten, die nicht existieren.	Deswegen glaube ich nicht, dass es da den einen Weg gibt, auf eine Kultur zuzugehen, sondern das muss wirklich individuell erfolgen. Es gibt Bereiche, die man berücksichtigen muss. Das ist die Rolle der Frau bei den türkischen Patienten. Da kann man wahrscheinlich nicht irgendeinen Sozialarbeiter oder Mann hinschicken, wenn es um Familienplanung geht. Es muss von Frau zu Frau erfolgen. Generell zu sagen, für die Türkinnen habe ich den und den Zugang, für die Türken habe ich den Zugang und für die Russinnen oder Leute aus der ehemaligen Sowjetunion den, das wird es nicht geben. Das wäre eine Bruchlandung. Das ist genauso das, was unser Pflegepersonal immer von uns will. Lehrgänge für kultursensible Pflege. Dann wollen die wissen, wie gehe ich mit dem bosnischen älteren Mann und wie gehe ich mit der serbischen Frau um und was habe ich bei türkischen Patientinnen zu bedenken. In diesem Schubladen-Kasten-Denken geht das nicht unterzubringen.	Ex-12, S.9
	Den Ärzten fehlt bei der Versorgung von MigrantInnen interkulturelle Kompetenz und sie sind nicht offen für MigrantInnen.	Ich merke, dass sich deutsche Ärzte oft auch gegenüber Migranten verschließen, weil sie keine Lust haben auf diese ganze Übersetzungsarie. Oder wenn die Leute einen nicht verstehen, dann ist es einfach schwierig und es ist Mehrarbeit. Viele niedergelassene Ärzte sind zur Zeit gerade sowieso mit anderen Sachen beschäftigt, mit der Reform usw. und haben Sorge um ihr Budget. Da, glaube ich, sind Migranten eher störend. Das müsste sich einfach ändern. Das viel mehr Verständnis dafür da ist. Interkulturelle Kompetenz fehlt vielen einfach.	Ex-15, S.2f.
	Vom Pflegepersonal besteht die Erwartung an MigrantInnen, dass sie sich selbstständig über das Gesundheitswesen informieren. Der Erwerb von interkultureller Kompetenz wird vom Pflegepersonal als zusätzlicher Aufwand abgelehnt.	Wir haben es sogar selber erprobt, aber es war wirklich furchtbar. Wir haben eine ganz tolle Unterrichtseinheit entwickelt, sind dann in die Krankenpflegeschule gegangen und auf viel Ärger gestoßen. Die Pfleger und Krankenpflegeschüler und –schülerinnen hatten das Gefühl ‚Ach toll, jetzt sollen wir uns auch noch damit beschäftigen, wir sind sowieso am unteren Ende der Hierarchie und wir müssen alles mögliche übernehmen und wir sollen jetzt auch noch so interkulturelle Kompetenz erwerben‘. Die hatten den Eindruck ‚Es ist doch auch von den Patienten zu erwarten, dass die sich mal ein bisschen informieren‘. Also, es ist nicht auf Begeisterung gestoßen. Aber das habe ich ja jahrelang erlebt, dass wirklich die interkulturelle Öffnung auf unheimliche Widerstände stößt.	Ex-11, S.2

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Die politischen Rahmenbedingungen erschweren die gesundheitliche Versorgung und Vorsorge von MigrantInnen.	Die Verbesserung der Migrantengesundheit wird seit langem diskutiert und es liegen Konzepte hierfür vor. Die Umsetzung scheitert an politischen Rahmenbedingungen.	Auch da gibt es ja schon die ganzen theoretischen Konzepte (Verbesserung des Gesundheitszustandes von MigrantInnen), die liegen ja schon vor. Auf der einen Seite redet man von der Verbesserung des Zugangs zum Gesundheitssystem, dass man Informationen und Angebote kultursensibel gestalten muss für Migrantinnen und Migranten. Man redet davon, dass die Dienstleistungen interkulturell geöffnet werden sollen. Diese theoretischen Konzepte werden schon seit Ewigkeiten diskutiert. Passiert ist bisher wenig, da das ja natürlich auch eine politische Frage ist.	Ex-14, S.1
	Die Verbesserung der Migrantengesundheit scheitert an politischen Rahmenbedingungen.	Gerade in den letzten Jahren, wo Deutschland auch als Einwanderungsland diskutiert wird, blickt man jetzt darauf und versucht herauszufinden, wie das geht (Verbesserung des Gesundheitszustandes von MigrantInnen). Diese Frage der Zugänge, die auch immer wieder kommt, hängt mir zu den Ohren raus, weil es darüber auch schon so viele Beispiele gibt. Gute Beispiele, gute Praxis und immer noch nicht setzt es sich durch.	Ex-14, S.1f.
	Spätaussiedler haben einen privilegierten Migrationsstatus, der den Zugang zum Gesundheitswesen ermöglicht. Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus haben keinen Zugang zum Gesundheitswesen.	Ich kann ja nicht für die ganzen Migrantinnen sprechen (Zustand der medizinischen Versorgung von MigrantInnen). Ich selbst bin sozusagen der privilegierte Teil von den Migrantinnen. Ich bin eine Spätaussiedlerin, habe auch sofort die deutsche Staatsangehörigkeit bekommen und meine Kinder auch. Deswegen haben wir auch sofort Zugang an das Gesundheitswesen hier gehabt und hatten da keine Probleme. Das Klientel, was ich betreue, das ist ganz was anderes. Die sind illegal hier.	Ex-13, S.2
	Der Migrationsstatus hat einen maßgeblichen Einfluss auf die soziale Lage von MigrantInnen im Aufnahmeland. Frauen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus leben unter sehr schwierigen Lebensbedingungen. Eine Arbeitserlaubnis würde ihre soziale Lage verbessern.	Ich arbeite ja mit einer bestimmten Gruppe (mit Frauen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus, die in der Prostitution arbeiten). Sicher könnte man etwas verbessern, z.B. dass sie hier eine Arbeitserlaubnis bekommen könnten, so dass sie nicht illegal arbeiten. Das schlimmste ist ja die Illegalität. Das macht die Abhängigkeit doppelt so schwer. Hätte sie hier keinen illegalen Aufenthaltsstatus, sondern einen gesicherten Aufenthaltsstatus, eine Arbeitserlaubnis, vielleicht nur für eine bestimmte Zeit, dann sähe ihre Situation schon ganz anders aus.	Ex-13, S.3
	Der Migrationsstatus ist bedeutend im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und hat Auswirkungen auf den Gesundheitszustand von MigrantInnen.	Ich kann nicht für die ganzen Migrantinnen sprechen. Es ist wahrscheinlich sehr unterschiedlich (medizinische Versorgung von MigrantInnen). Es kommt auf mehrere Faktoren an: auf die Situation, aus welchem Land sie kommen, welchen Status sie haben. Wie ich, ich gehöre ja zu den Spätaussiedlern und wirklich, ich hatte da nie irgendwelche Probleme.	Ex-13, S.4

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Die politischen Rahmenbedingungen erschweren die gesundheitliche Versorgung und Vorsorge von MigrantInnen.	Einzelne Personen und Institutionen sind bereit, Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus zu unterstützen. Es fehlt jedoch an einem politischen Willen und finanziellen Mitteln.	Ich denke, der Wille (Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus) zu unterstützen ist immer da. Es gibt bestimmte Menschen, es gibt bestimmte Institutionen oder Projekte und auch Regierungsorganisationen, die das sehr gerne fördern möchten. Woran es fehlt, ist vielleicht an einem großen politischen Willen. Es fehlt vor allen Dingen auch an den Geldern.	Ex-I3, S.4
	MigrantInnen haben keine Lobby. Sie können ihre Forderungen nicht artikulieren, so dass die Politik keinen Handlungsdruck sieht.	Ich habe hier gefragt ‚Wer kümmert sich um Migranten?‘ Es war damals kein Thema und dann wurde das hier mein Schwerpunkt. Es war mühselig, weil wirklich das gesellschaftliche Bewusstsein dafür überhaupt nicht da war. Es ist ja auch so: Verwaltung reagiert im Grunde auf ermittelte oder gemeldete Bedarfe. Entweder wenn die Gesundheitsberichterstattung sagt, hier sind zu viele Kinder übergewichtig oder der plötzliche Säuglingstod ist in Hamburg viel häufiger als in anderen Bundesländern, dann müssen wir reagieren. Aber gerade Migranten haben ja überhaupt keine Lobby. Es kommt überhaupt kein Druck von unten und das ist schwierig. ... Es kommt ja keine Forderung, die wirklich deutlich artikuliert wird, und von daher ist dann natürlich die Verwaltung immer in der Lage zu sagen ‚Wir reagieren ja nicht auf irgendwas, wo wir gar nicht wissen, ob da ein Bedarf ist‘.	Ex-I1, S.3f.
Die migrationspezifische Datenlage ist nicht ausreichend.	Die Dokumentation in Bezug auf die Versorgung von MigrantInnen ist nicht ausreichend.	Wenn wir die Internisten in Hamburg nehmen, bei denen tauchen in der Regel die Diabetepatienten auf, dann würden die wahrscheinlich auch nur sagen ‚Die und die Leute kommen hier immer mit einem Kopftuch, die und die Leute sprechen nicht fließend deutsch, ich nehme mal an, dass es Migranten sind‘. Aber eine Definition dieser Zielgruppe kann er mir auch nicht geben und auch nicht aus seinen Patientenunterlagen auswerfen.	Ex-I2, S.7
	Bisher liegen keine migrationspezifische Daten zur Gesundheitssituation von MigrantInnen vor.	Das ist ganz schwer zu sagen. Es ist zwar häufig die Rede von den Migranten, aber es ist doch eine sehr, sehr heterogene Gruppe. Die unterscheidet sich nach Aufenthaltsstatus, nach Bleibeerwartung, ob sie als Flüchtlinge hier sind oder wieder zurückgehen werden, ob sie hier eine Ausbildung machen, ob sie hier verheiratet sind, in welchen Umständen sie leben, was für Berufschancen sie haben und natürlich eben noch nach Ethnien. Manche Ethnien sind viel besser integrierbar als andere. Es ist immer eine Gesamtgruppe. Problematisch ist eben auch, dass die Gesundheitsberichterstattung wenig valide Daten zur gesundheitlichen Lage hat. Die meisten Statistiken differenzieren, wenn überhaupt, nur zwischen deutsch und nicht-deutsch. Das ist nicht sehr aussagekräftig.	Ex-I1, S.4
	Die Versorgung von MigrantInnen im Krankenhaus ist nicht ausreichend dokumentiert.	Es war (im Dolmeterscher-Projekt KH) irgendwie klar, dass, wenn Migrantinnen sich hier so schwer zurecht finden, muss es doch viele Probleme in den Krankenhäusern geben. Das ist nie dokumentiert worden, man konnte nur davon ausgehen, es muss so sein.	Ex-I1, S.2
	Es sind keine differenzierten Daten über den Gesundheitszustand von MigrantInnen verfügbar.	Wenn wir etwas über die Gesundheit von „Migranten“ sagen wollen und dazu die Gesundheitsberichterstattung bemühen, dann können wir eigentlich nur die Ausländer rausfiltrieren. Dann gibt es Deutsche und Ausländer, die wir anhand der Nationalität, die sie irgendwo im Krankenhaus oder bei ihrer Krankenkassen angegeben haben, als eine Gruppe identifizieren können.	Ex-I2, S.1

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Die migrationspezifische Datenlage ist nicht ausreichend.	Die mangelnde Datengrundlage über MigrantInnen erschwert den Zugang zu dieser Zielgruppe.	Ich glaube, es gibt kein Patentrezept, Wege zu finden, wie man jetzt gesundheitsfördernde Maßnahmen an diese Leute heranbringen kann. Erstens weil sie nicht definiert sind, also wir haben sie nirgendwo. Wir können nicht sagen, die Migranten wohnen Straße soundso Hausnummer soundso. Wir können denen keine Post zustellen. Man kann irgendwo Plakate aufhängen, ob die gelesen werden oder nicht, weiß ich nicht. Es gibt alle möglichen Ansätze über Schule, über Moscheen, über Vereine, über Teestuben und und und, um diese Leute zu erreichen. Nur, ob das der Fall ist, weiß ich nicht.	Ex-12, S.3
	Die migrationspezifische Dokumentation muss für ein Krankenhaus einen wirtschaftlichen Nutzen haben, da sie einen finanziellen und zeitlichen Aufwand darstellt.	Das ist eine Frage der Zeit. Das wird, schätze ich mal, sich auch in den nächsten fünf Jahren nicht rapide verändern. Wenn sich das in den nächsten fünf Jahren dahingehend verändert, dass wir z.B. in den Krankenhausstatistiken nicht nur das Feld Nationalität, sondern auch das Feld Geburtstort haben und welche Sprache die eigentliche Muttersprache ist, dann ist schon riesig viel gewonnen. Dafür müssen im gesamten Controlling die Aufnahmemasken erstmal umgestellt werden. Dann muss das Krankenhaus auch wissen, warum das sinnvoll ist. Nur weil irgendwelche Leute im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung daraus irgendetwas ableiten wollen, das interessiert ein Krankenhaus wenig. Für das Krankenhaus muss es sinnvoll sein. Dass daraus eben Erkenntnisse gezogen werden, dass die Behandlung während des Aufenthaltes schneller, zielsicherer usw gestaltet werden kann. Erst wenn wir diese Daten haben, können wir z.B. sagen, dass eine Migrantengruppe der ersten Generation bestimmte Probleme hat, eine Migrantengruppe der zweiten Generation weniger bestimmte Probleme hat und das man das auch ethnisch zuordnen kann. Vielleicht auch mit der Nationalität entsprechend koppeln kann.	Ex-12, S.6
MigrantInnen sind in der Gesundheitsförderung schwer erreichbar.	Der Zugang zu MigrantInnen ist über Keypersons möglich. Es fehlen jedoch die Strukturen, damit Keypersons Informationen in ihre Community transferieren können.	In der Entwicklungsmedizin gibt es dafür Methoden, wie man an diese Leute herankommen kann. Indem man die Keypersons identifiziert und mit denen letztendlich auch einen Deal macht. Die als Multiplikatoren fungieren und etwas weiterleiten. Auch das ist schwer bei uns, weil diese Strukturen nicht da sind. Es gibt keine traditionellen Strukturen in Wilhelmsburg oder Harburg, wo ein türkischer Ortsvorsteher oder so jemand da ist. Es gibt Imame, es gibt Teestuben und es gibt sicherlich irgendwo Leute, die lokale Redeführer sind, aber die haben keine administrativen Aufgaben. Die können eigentlich auch was die Situation vor Ort angeht, nur eine Einschätzung aus dem Bauch geben.	Ex-12, S.4f.
	Die Zugangswege zur Gruppe der MigrantInnen sind kaum bekannt, so dass gesundheitsförderliche Informationen schwer an sie heranzubringen sind.	Da sind wir bei dem Thema, dass diese Informationen und gesundheitsfördernden Maßnahmen wie Schwangerschaftsverhütung schwer an die Zielgruppe heranzubringen sind. Bei den Deutschen weiß man so ganz grob die Strukturen, wie das machbar ist und die Pfade, um die Zielgruppe zu erreichen. Bei der ausländischen Bevölkerung oder der nicht-deutschsprachigen Bevölkerung und der Bevölkerung, die sich zumindest nicht mit dem Gesundheitswesen auskennt, mit Gesundheitsämtern etc. nichts zu tun hat, ist es eher schwierig.	Ex-12, S.3

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Die Definition von MigrantInnen ist nicht eindeutig.	MigrantInnen stellen eine heterogene Gruppe dar, die sich vor allem durch den politischen Status im Aufnahmeland und nach Ethnien unterscheidet.	Das ist ganz schwer zu sagen. Es ist zwar häufig die Rede von den MigrantInnen, aber es ist doch eine sehr, sehr heterogene Gruppe. Die unterscheidet sich nach Aufenthaltsstatus, nach Bleibeeerwartung, ob sie als Flüchtlinge hier sind oder wieder zurückgehen werden, ob sie hier eine Ausbildung machen, ob sie hier verheiratet sind, in welchen Umständen sie leben, was für Berufschancen sie haben und natürlich eben noch nach Ethnien. Manche Ethnien sind viel besser integrierbar als andere. Es ist immer eine Gesamtgruppe.	Ex-I1, S.4
	MigrantInnen stellen eine heterogene Gruppe dar. Sie unterscheiden sich nach ihrem rechtlichem Status. Manche Ausländer sind gut etabliert und fühlen sich nicht als Ausländer. Manche Zuwanderer haben mittlerweile deutschen Pass erhalten und fühlen sich nach wie vor als Ausländer, weil sie nicht etabliert sind. Die Gruppe der MigrantInnen ist aufgrund ihrer Integration sehr unterschiedlich. Der Gesundheitsstatus von MigrantInnen ist unterschiedlich.	Wenn ich an einige Studierende denke, die wir hier haben, da sind Iraner dabei, die sind seit vier, fünf, sechs Jahren in Hamburg und deren Familie sind Teppichhändler und co. Die würden sich wahrscheinlich auch nicht als Ausländer bezeichnen, aber sie haben nun mal, nach wie vor, einen iranischen Pass. Das gibt es in allen möglichen Schattierungen. Das heißt also, wenn wir diese Gruppe untersuchen, dann ist es ein total verzerrtes Bild, was wir über den Gesundheitszustand von MigrantInnen kriegen. Die Leute, die als MigrantInnen hier sind können wir aufgrund der Nationalität allerdings nicht in den Statistiken festmachen, weil sie mittlerweile die deutsche Staatsangehörigkeit bekommen haben. Da gibt es die unterschiedlichsten Möglichkeiten, z.B. die Aussiedler. Von denen fühlen sich sicherlich viele immer noch als Ausländer, obwohl sie schon seit Jahren den deutschen Pass haben, weil sie hier überhaupt nicht Fuß gefasst haben oder viele lieber vielleicht auch wieder zurück wollen. Oder die angeheiratete türkische Frau, die seit drei, vier Jahren hier ist, weil ihr türkisch stämmiger Mann die deutsche Staatsangehörigkeit hatte und sie eben auch recht schnell die deutsche Staatsangehörigkeit bekommen hat. Die aber auch noch gar nicht Fuß gefasst hat, die auch noch kaum Deutsch kann und die ein ganz traditionelles türkisches Ehefrauenleben führt. Da haben wir eine Gruppe, die sehr, sehr heterogen ist.	Ex-I2, S.1f.
Es besteht ein Zusammenhang von der sozialen Benachteiligung von MigrantInnen und deren Gesundheitszustand.	Es besteht ein Zusammenhang von sozialer Benachteiligung, der Chancenungleichheit im Gesundheitswesen und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung. MigrantInnen gehören oft zu der Gruppe der sozial Benachteiligten, weshalb ihr Gesundheitszustand schlechter ist als der der Allgemeinbevölkerung.	Da gibt es ja verlässliche Studien zu, dass der Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Benachteiligung groß ist. Da MigrantInnen oft zu der Gruppe der soziale Benachteiligten zählen, ist da natürlich der Gesundheitszustand von MigrantInnen schlechter als der von der einheimischen Bevölkerung. Auch Chancen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung sind schlechter für Menschen mit Migrationshintergrund; gerade eben dann, wenn sie sozial benachteiligt sind.	Ex-I4, S.1

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Es besteht ein Zusammenhang von der sozialen Benachteiligung von MigrantInnen und deren Gesundheitszustand.	Die soziale Benachteiligung betrifft Deutsche wie MigrantInnen. Nicht der Migrationsstaus, sondern die Lebensumstände beeinflussen den Gesundheitszustand eines Individuums. Gesundheitsförderliche Angebote werden nicht spezifisch für MigrantInnen, sondern für Menschen in sozialer Benachteiligung gemacht.	Es gibt viele Bereiche, finde ich, wo wir zwar über Migranten reden. Es sind nicht Migranten, sondern es sind Menschen in schlechten Lebensumständen. Das sind Zugewanderte und das sind Deutsche. Der Hintergrund ist nicht das entscheidende Kriterium, sondern in welchen Lebensumständen sie hier leben. Da sind Deutsche ganz oft genauso betroffen. Also müssen wir auch immer differenzieren. Wir machen nicht Angebote für Migranten, sondern wir machen Angebote für Menschen in sozialer Benachteiligung und unter denen sind auch Migranten. Wenn man sonst immer redet, die Migranten brauchen Hilfe. Es gibt natürlich ganz viele, die wunderbar etabliert sind und denen es in Hamburg gut geht. Der gemeinsame Nenner ist immer die soziale Lage und Armut.	Ex-11, S.11
	Die mangelnde Versorgung von MigrantInnen und die mangelnde gesundheitliche Aufklärung führen zu einem schlechten Gesundheitszustand.	Wenn Menschen nicht die Gesundheitsversorgung bekommen, die sie eigentlich brauchen, führt es dazu, dass sie nicht entsprechend arbeitsfähig sind, dass sie zum Teil nicht entsprechende Bildung/Ausbildung bekommen und natürlich häufiger Krankenstand. Oftmals, was wir auch früher gesehen haben, gerade bei türkischen Frauen, sehr viel mehr Schwangerschaften, eben auch ungewollte Schwangerschaften.	Ex-12, S.3
	Ein Teil der Migrantinnen hat einen niedrigen Bildungsstand. Je benachteiligter MigrantInnen sind, desto schwieriger ist es, sie mit gesundheitlichen Maßnahmen zu erreichen.	Als wir unser Projekt hatten, da haben wir mal so geschätzt, dass ungefähr bei den afghanischen Frauen, die wir versorgt haben, 80% illiterat sind. Das ist die Frage, wie man die fördern, versorgen, wie man an die ran treten soll. Es sind dann eben kulturelle Barrieren da, an die heranzukommen. Es geht dann sowieso nur über muttersprachliche Frauen, die sich wiederum an diese Leute wenden. Aber da ist auch wiederum die Frage, über Aushänge, über Mund-zu-Mund-Propaganda, oder wie auch immer. Es ist ein riesen Problem. Das Problem ist, je mehr die benachteiligt sind, je weniger Bildung vorhanden ist, umso wichtiger ist es eigentlich, diese Leute zu erreichen. Aber umso schwieriger ist es auch, an sie ranzukommen.	Ex-12, S.4
	MigrantInnen haben ein Informationsdefizit in Bezug auf präventive Angebote im Gesundheitswesen. Die mangelnde Inanspruchnahme von präventiven Angeboten und das Informationsdefizit über das Gesundheitswesen hängen mit der sozialen Benachteiligung zusammen, die Deutsche wie MigrantInnen betrifft.	Wenn wir solche Gesundheitsveranstaltungen anbieten, sind die Teilnehmer ganz wissbegierig und wissen einige Dinge einfach auch nicht. Sie wissen nicht, dass man z.B. dieses Bonusheft beim Zahnarzt haben kann und dadurch einfach Kosten spart. Dieser präventive Charakter ist kaum vertreten in der Migrantenpopulation. Ich bin mir aber nicht sicher, ob das soviel mit Migranten zu tun hat. Es hat auch mit der Migration zu tun, aber auch viel mit dem Bildungsniveau, denke ich. Da gibt es auch viele Deutsche, die das nicht wissen oder nicht wahrnehmen. Oder diesen präventiven Charakter gar nicht so leben, weil sie einfach andere Sorgen haben oder an andere Sachen denken. Bei Migranten ist es noch mal mehr so. Gerade, wenn sie aus Ländern kommen, wo das Gesundheitswesen nicht so gut ausgebaut ist. Da geht es ja auch gar nicht um Prävention. Da geht man zum Arzt, wenn man krank ist, und nicht, um nicht krank zu werden.	Ex-15, S.2

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
MigrantInnen werden am Arbeitsmarkt benachteiligt.	MigrantInnen haben am Arbeitsmarkt nicht die gleichen Chancen wie deutsche Arbeitnehmer. Die soziale Lage von MigrantInnen ist aufgrund ihrer Beschäftigungsverhältnisse wie der Honorartätigkeit schlechter.	Die deutschen Mediziner und Sozialpädagogen sie sind alle fest angestellt. Die Migrantinnen, die hier dolmetschen, sie sind alle auf Honorarbasis. Da haben wir eine ganz andere Situation. Da ist die Sicherheit weg, da ist keine Krankenversicherung durch den Arbeitgeber. Das ist eine ganz andere Situation. Meine Position ist viel schwächer.	Ex-13, S.4
	MigrantInnen haben am Arbeitsmarkt nicht die gleichen Chancen wie deutsche Arbeitnehmer. Sie sollten entsprechend den Maßnahmen der Frauenpolitik gefördert werden. MigrantInnen als Honorarkräfte einzusetzen, ist nicht mehr vertretbar.	Man kann sowieso in der Migrationspolitik viel von der Frauenbewegung lernen. Dass es irgendwann auch lange gedauert hat, bis man sagt, bei gleicher Qualifikation werden Frauen eingestellt, bis das Geschlechterverhältnis ausgeglichen ist. Ich würde auch dafür plädieren, dass ... wir auch besonderen Wert darauf legen sollten zu sagen ‚Migrantinnen und Migranten sind besonders aufgefordert, sich zu bewerben‘. So eine Quote wird man nicht hinkriegen. Das Dilemma ist bloß, dass ja nirgends mehr jemand eingestellt wird... Insofern wird es lange dauern bis es Wirklichkeit ist. Wir können nicht weiter immer nur darauf setzen, dass wir Migrantinnen als Honorarkräfte beschäftigen. Das geht nicht. Mir ist neulich deutlich geworden, in einem Arbeitskreis... Da ging es um das Thema Migration und da waren auch zwei Migrantinnen da. Es waren ungefähr zehn deutsche Kolleginnen und zwei Migrantinnen da. Was ich erfreulich finde. Die haben aus ihrer Honorartätigkeit berichtet... und haben gesagt ‚Sie sind alle Angestellte in irgendwelchen Einrichtungen und diese Mitarbeit im Arbeitskreis ist ihre Arbeitszeit. Wir kommen hier freiwillig in unserer Freizeit.‘ Das macht es deutlich, dass wir bisher, wenn überhaupt, Migrantinnen nur als zusätzliche Honorarkräfte dazunehmen. Das finde ich nicht vertretbar. Wir müssen reguläre Arbeitsplätze schaffen und wirklich auch aufmerksamer wahrnehmen, was für tolle Leute es hier gibt.	Ex-11, S.6f.
	MigrantInnen haben trotz guter Qualifikationen nicht die gleichen Chancen am Arbeitsmarkt wie deutsche Arbeitnehmer. Häufig werden MigrantInnen in gering qualifizierten Jobs beschäftigt.	Wenn jemand von MiMi hier herkommt, da fühlt man sich oft selber viel schlechter ausgebildet. Dann denkt man ‚Mensch, die können zwei Sprachen, die kennen beide Kulturen, die haben auch eine gute Ausbildung‘. Ich habe keine Kollegin mit Migrantenhintergrund. Hier arbeitet eine Türkin in der Poststelle, sonst sind es Ausländer, die sauber machen. Es kommt gar nicht vor.	Ex-11, S.10

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
MigrantInnen werden am Arbeitsmarkt benachteiligt.	MigrantInnen haben am Arbeitsmarkt nicht die gleichen Chancen wie deutsche Arbeitnehmer, da ausländische Berufsausbildungen oder Studienabschlüsse nicht anerkannt werden. MigrantInnen haben neben der fachlichen Kompetenz, die wertvolle Fähigkeit zwischen ihrer Heimatkultur und der deutschen Kultur sprachlich und kulturell zu vermitteln.	Bei diesem MiMi-Projekt haben wir alle möglichen Vereine angeschrieben, wo MigrantInnen sich aufhalten und wir haben unglaubliche Rückmeldungen gehabt. Wir haben MigrantInnen gesucht, die bei dieser Schulung mitmachen wollten, damit sie Mediatoren werden. Wir hatten an die 100 Rückmeldungen. Leute, die fast alle aus diesem Gesundheitsbereich sowieso schon kommen. Die in ihrem Heimatland Krankenschwestern waren, Ärzte, Sozialarbeiter, aber hier nicht arbeiten dürfen, weil es nicht anerkannt ist. Inhaltlich, fachlich sind die so kompetent, dass ist einfach unglaublich. Das müsste man viel mehr nutzen. Dann auch noch die Verbindung dazu, dass sie wissen, wie es in ihrem Heimatland und wie es in Deutschland ist und wie man das irgendwie miteinander verbinden kann. Dass eine russische Mediatorin ihren russischen Mitbürgern erzählt ‚In Deutschland gibt es das und das, wir kennen das aus unserem Land nicht, bei uns gibt es das und das‘. Die so die Verbindung hinbekommen, dass sie nicht nur die sprachliche Kompetenz haben, sondern auch die kulturelle Kompetenz und dazu auch das medizinische Wissen. Das ist einfach Gold wert. Davon gibt es total viel.	Ex-15, S.4
	MigrantInnen haben am Arbeitsmarkt nicht die gleichen Chancen wie deutsche Arbeitnehmer, da ausländische Studienabschlüsse nicht anerkannt werden.	Wir müssen reguläre Arbeitsplätze schaffen und wirklich auch aufmerksamer wahrnehmen, was für tolle Leute es hier gibt. In dem MiMi-Projekt sind z.B. fertig ausgebildete russische Ärztinnen, die haben aber nicht an einer Universität, sondern an einer Hochschule studiert. Dieses Studium wird in Deutschland nicht anerkannt. Da gibt es z.B. eine Ärztin, die hat in Hamburg noch Public Health studiert und ist Master of Public Health. Sie ist Mitte vierzig und kriegt keinen Job. Russin. Da habe ich das Gefühl ‚Meine Güte, so eine Person als Mitarbeiterin zu haben wäre wirklich ein Glücksfall.‘ Aber daran müssen wir noch arbeiten.	Ex-11, S.7
Die Finanzierung von gesundheitsförderlichen Angeboten für MigrantInnen ist nicht gesichert.	MigrantInnen haben einen Bedarf an gesundheitlicher Aufklärung. Die Communities der MigrantInnen sind nicht bereit/in der Lage, die finanziellen Mittel hierfür aufzubringen.	Jetzt gibt es dieses MiMi-Projekt, das ja ein guter Ansatz ist. Man muss bloß mal schauen, wie sich das entwickelt, denn MiMi kostet auch Geld. Wenn man eine MiMi-Veranstaltung bucht, muss man dafür bezahlen. Wir erleben, dass uns viele Einrichtungen anrufen und sagen ‚Wir möchten gerne mal eine Veranstaltung buchen, aber könnt ihr das zahlen?‘ Das wird schon, glaube ich, eine Schwierigkeit sein, weil die ausgebildeten MiMi-Mediatoren auch aufgefordert sind, in ihren Communities zu akquirieren und zu sagen ‚Ich bin jetzt Gesundheitsmediatorin und ihr könnt mich buchen.‘ Ich halte es inzwischen doch für eine sehr hohe Forderung, dass z.B. die türkische Gemeinde sagt ‚Jetzt erzähl uns mal was zu AIDS, wir bezahlen dafür auch was.‘ Erstens ist es sowieso ein Thema, dem man sich freiwillig nicht so gerne zuwendet und dann müssen dafür auch Gelder aufgebracht werden. Dafür sollen die Migrantinnen auch selber sorgen, dass solche Veranstaltungen zustande kommen. Das halte ich für schwierig, langfristig.	Ex-11, S.6
	Angebote der Gesundheitsförderung für MigrantInnen müssen kostengünstig sein, sonst werden sie nicht in Anspruch genommen.	Die (Büro für Suchtprävention in HH) haben Migrantinnen und Migranten zu Keypersons in der Drogenhilfe ausgebildet und erleben da aber das ähnliche wie bei MiMi. Das Telefon klingelt nicht immer Sturm ‚Wir brauchen die‘. Es ist genauso, es kostet was, wer ruft die an und bucht die? Wir müssen versuchen, andere Wege zu finden. Entweder, dass es billiger wird, dass es unkomplizierter wird und/oder dass wir mehrere Menschen für verschiedene Aufgaben nutzen.	Ex-11, S.8

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Die Finanzierung von gesundheitsförderlichen Angeboten für MigrantInnen ist nicht gesichert.	Ein Dolmetscher-Projekt ist an mangelnder Kooperation gescheitert, welche eine Finanzierung ermöglicht hätte.	Das ärgerliche war, dass wir damals nicht von Anfang an die Krankenkassen miteinbezogen haben (in das Dolmetscher-Projekt KH) und gesagt haben ‚Wir machen ein Projekt, es ist auch in der Gesundheitsbehörde angesiedelt, und wir erproben das mal zwei Jahre und dokumentieren und evaluieren es. Wenn es kostengünstig ist und wirklich alle sagen, dass es toll ist, dann könnte man es doch über den Krankenhauspflegesatz mitfinanzieren‘. ... Das gelang aber nicht und dann ist es wieder eingestellt worden.	Ex-I1, S.3
Für MigrantInnen bestehen im dt. Gesundheitswesen sprachliche und kulturelle Barrieren.	Die größte Barriere im Gesundheitswesen für MigrantInnen ist die Sprache, die zu einer Orientierungslosigkeit führt. Es gibt nicht ausreichend angemessene Informationen für MigrantInnen, um sich im Gesundheitswesen zu orientieren.	Ich habe ja nur diese Zielgruppe und da kann ich sagen, es sind zwei große Faktoren: die Sprache und die Orientierungslosigkeit. Sie kennen sich hier nicht aus. Es gibt vielleicht nicht ausreichend Schriftliches für die Frauen, in ihrer Sprache. Das sie jetzt nehmen könnten, irgendwelche Gesundheitswegweiser, dass sie wüssten wo und an wen sie sich wenden könnten bei irgendwelchen bestimmten gesundheitlichen Problemen.	Ex-I3, S.3
	MigrantInnen fehlen Informationen über das deutsche Gesundheitswesen. Die Versorgung von Migranten mit präventiven Angeboten ist nicht ausreichend.	Das finde ich schon sehr erstaunlich. Da merke ich, dass bei vielen Migrantengruppen erstens die Information fehlt und dann dieser natürliche Umgang (mit Kindervorsorgeuntersuchungen). Dass so etwas wichtig ist und dass das zu der Entwicklung eines Kindes dazu gehört oder für einen selber als Fürsorge dazu gehört. Da ist die Versorgung nicht gut. Da fehlt es an vielen Ecken an Informationen und auch an Zugängen zu solchen Diensten.	Ex-I5, S.2
	Die Verständigungsschwierigkeiten sind die größte Barriere für MigrantInnen im Gesundheitswesen.	Auch wenn sie Geld haben, sich privat vielleicht einen Arzt leisten können, dann gibt es noch andere Barrieren wie die Sprache und die Orientierungslosigkeit. Sie wissen nicht, wie sie einen Arzt finden können. Wenn sie einen Arzt finden, wissen sie auch nicht, wie sie sich mit ihm verständigen sollen.	Ex-I3, S.2
	MigrantInnen haben ein Informationsdefizit in Bezug auf präventive Angebote im Gesundheitswesen. Die Inanspruchnahme von präventiven Maßnahmen tritt bei akuten Problemen in den Hintergrund. Die mangelnde Inanspruchnahme von präventiven Angeboten und das Informationsdefizit über das Gesundheitswesen haben mit der sozialen Benachteiligung zu tun, die Deutsche wie MigrantInnen betrifft.	Wenn wir solche Gesundheitsveranstaltungen anbieten, sind die Teilnehmer ganz wissbegierig und wissen einige Dinge einfach auch nicht. Sie wissen nicht, dass man z.B. dieses Bonusheft beim Zahnarzt haben kann und dadurch einfach Kosten spart. Dieser präventive Charakter ist kaum vertreten in der Migrantenpopulation. Ich bin mir aber nicht sicher, ob das soviel mit Migranten zu tun hat. Es hat auch mit der Migration zu tun, aber auch viel mit dem Bildungsniveau, denke ich. Da gibt es auch viele Deutsche, die das nicht wissen oder nicht wahrnehmen. Oder diesen präventiven Charakter gar nicht so leben, weil sie einfach andere Sorgen haben oder an andere Sachen denken. Bei Migranten ist es noch mal mehr so. Gerade, wenn sie aus Ländern kommen, wo das Gesundheitswesen nicht so gut ausgebaut ist. Da geht es ja auch gar nicht um Prävention. Da geht man zum Arzt, wenn man krank ist, und nicht, um nicht krank zu werden.	Ex-I5, S.2

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Für MigrantInnen bestehen im dt. Gesundheitswesen sprachliche und kulturelle Barrieren.	Im Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund gibt es kulturelle Barrieren. Hier ist unter anderem die Berücksichtigung von traditionellen Rollenmustern notwendig, um in Kontakt zu kommen.	Als wir unser Projekt hatten, da haben wir mal so geschätzt, dass ungefähr bei den afghanischen Frauen, die wir versorgt haben, 80% illiterat sind. Das ist die Frage, wie man die fördern, versorgen, wie man an die ran treten soll. Es sind dann eben kulturelle Barrieren da, an die heranzukommen. Es geht dann sowieso nur über muttersprachliche Frauen, die sich wiederum an diese Leute wenden. Aber da ist auch wiederum die Frage, über Aushänge, über Mund-zu-Mund-Propaganda, oder wie auch immer. Es ist ein riesen Problem. Das Problem ist, je mehr die benachteiligt sind, je weniger Bildung vorhanden ist, umso wichtiger ist es eigentlich, diese Leute zu erreichen. Aber umso schwieriger ist es auch, an sie ranzukommen.	Ex-12, S.4
	MigrantInnen kompensieren das Informationsdefizit über das deutsche Gesundheitswesen mit Besuchen in der Heimat, bei denen sie die vertrauten Ärzte aufsuchen.	Es wurde eine Untersuchung in Auftrag gegeben, wie ausländische Frauen in Hamburg gesundheitlich versorgt sind... Dabei ist herausgekommen, was man auch erwartet hatte, dass ausländische Frauen... sich schlecht gesundheitlich versorgt fühlen, weil sie ganz große Defizite haben. Einmal hinsichtlich des Wissens um das Gesundheitswesen, also die wissen gar nicht, wo gehe ich dann hin mit meinen Sachen. Dann hinsichtlich der Kenntnisse des eigenen Körpers und der deutschen Sprache. Damals waren es Frauen von Gastarbeitern oder Gastarbeiterinnen, die angegeben haben ‚Wir warten ab, bis wir im Sommer nach Hause fahren und dann gehen wir zu unseren Ärzten und holen uns da Medikamente und Rat, weil wir hier uns nicht auskennen‘.	Ex-11, S.1
	MigrantInnen, die aus Ländern kommen, deren Gesundheitssystem auf die medizinische Versorgung ausgerichtet ist, kennen präventive Gesundheitsangebote nicht.	Wenn wir solche Gesundheitsveranstaltungen anbieten, sind die Teilnehmer ganz wissbegierig und wissen einige Dinge einfach auch nicht. Sie wissen nicht, dass man z.B. dieses Bonusheft beim Zahnarzt haben kann und dadurch einfach Kosten spart. Dieser präventive Charakter ist kaum vertreten in der MigrantInnenpopulation. Ich bin mir aber nicht sicher, ob das soviel mit MigrantInnen zu tun hat. Es hat auch mit der Migration zu tun, aber auch viel mit dem Bildungsniveau, denke ich. Da gibt es auch viele Deutsche, die das nicht wissen oder nicht wahrnehmen. Oder diesen präventiven Charakter gar nicht so leben, weil sie einfach andere Sorgen haben oder an andere Sachen denken. Bei MigrantInnen ist es noch mal mehr so. Gerade, wenn sie aus Ländern kommen, wo das Gesundheitswesen nicht so gut ausgebaut ist. Da geht es ja auch gar nicht um Prävention. Da geht man zum Arzt, wenn man krank ist, und nicht, um nicht krank zu werden.	Ex-15, S.2

10.5 HALTUNGEN DER AKTEURE IM GESUNDHEITSWESEN GEGENÜBER MIGRANTINNEN

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Es bestehen Stereotype gegenüber MigrantInnen.	Die Medien stellen MigrantInnen als sozial benachteiligt und kriminell dar.	Es ist wichtig, dass Migranten in unserer Gesellschaft nicht immer auftauchen als hilfsbedürftig, arm, schlecht ausgebildet, kriminell. So erscheinen sie in den Medien.	Ex-I1, S.10
	Ärzte schließen aufgrund von dem Aussehen und der Sprache bei Patienten auf den Migrationshintergrund.	Wenn wir die Internisten in Hamburg nehmen, bei denen tauchen in der Regel die Diabetespatienten auf, dann würden die wahrscheinlich auch nur sagen ‚Die und die Leute kommen hier immer mit einem Kopftuch, die und die Leute sprechen nicht fließend deutsch, ich nehme mal an, dass es Migranten sind‘. Aber eine Definition dieser Zielgruppe kann er mir auch nicht geben und auch nicht aus seinen Patientenunterlagen auswerfen.	Ex-I2, S.7
	Kopftuchfrau und schwarzer Mann werden als Beispiele für MigrantInnen genannt.	Da gehört für mich dazu, dass man offen für den Menschen ist, der da zu einem kommt. Eine Einrichtung, die Gesundheitsförderung betreibt, muss das Gefühl vermitteln, dass sie offen sind für alle. Das heißt, unterschiedliche Sprachen müssen ausgehängt sein. Die Mitarbeiter müssten auch Migrationshintergrund haben, so dass da auch mal eine Kopftuchfrau oder ein schwarzer Mann rumläuft und man das Gefühl hat, man ist da willkommen. Es müsste muttersprachliche Beratung stattfinden.	Ex-I5, S.8
Es besteht Misstrauen gegenüber MigrantInnen.	Deutsche werden durch fremdsprachige Ankündigungen misstrauisch, gerade wenn diese in islamischen Sprachen aushängen.	Wir haben z.B. eine Veranstaltung gemacht und da gab es eine Mütterberatung auf Türkisch. Dann haben wir natürlich türkische Plakate aufgehängt, wo nicht die deutsche Übersetzung daneben stand. Da gab es ganz viel Sorge und Ärger und Aufruhr, was denn wohl auf diesen Plakaten drauf steht. Das könnte ja rein theoretisch auch ein Aufruf zu Gott weiß was sein. Auf so eine Idee käme ich überhaupt gar nicht. In diesem Haus ist es total normal, dass alles, was wir ankündigen übersetzt wird in die Sprachen, die hier vertreten sind. Das hat mich schon sehr erstaunt, dass da soviel Sorge und Angst ist, gerade wenn es um Sprachen geht, die in den islamischen Ländern vertreten sind.	Ex-I5, S.3
	Viele Gesundheitsämter sind gegenüber Veranstaltungen für Menschen aus islamischen Ländern misstrauisch.	Dadurch (nach den Anschlägen vom September 2001) ist ganz, ganz viel Misstrauen gegenüber türkischen Mitmenschen und Leuten aus Persien entstanden. Das kann man richtig merken. Da ist so ein Misstrauen da. Wir haben z.B. ganz viele Kontakte zu afghanischen Frauengruppen, persischen Gruppen, wo unsere Mediatoren Veranstaltungen machen. Die sind natürlich alle unter sich und haben dann auch noch diese Schriftzeichen, die man so gar nicht nachvollziehen kann und diese Sprache spricht man ja auch nicht. Da ist manchmal so ein bisschen Sorge, auch in Richtung Gesundheitsämter, die solche Veranstaltungen finanzieren ‚Wir geben denen Geld und worüber reden die denn?‘ Das finde ich ganz, ganz schwierig. Wir machen auch türkische Veranstaltungen und wissen auch nicht, was die reden. Wir machen französische und spanische Veranstaltungen, für lateinamerikanische Frauen. Man sollte erstmal den Mediatoren Vertrauen geben, dass man auch nicht von vornherein denken muss, nur weil es persisch ist, dass es gleich gefährlich ist und dass man denen nicht mehr Vertrauen kann. Das merkt man ganz, ganz deutlich. Das habe ich in den anderen Sprachen nie gehabt. Wenn eine Veranstaltung auf Spanisch ist, da wurde nie drüber geredet. Aber bei türkischen und gerade bei persischen immer häufiger.	Ex-I5, S.3f.

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Es besteht Misstrauen gegenüber MigrantInnen.	Anbieter sind gegenüber Menschen misstrauisch, die nicht akzentfrei Deutsch sprechen	Ich (eine russische Frau) merke schon, wenn ich zum Arzt rein gehe und man merkt meinen Akzent, dann guckt man zuerst mal so ein bisschen. Aber daran bin ich gewöhnt.	Ex-I3, S.4
Erwartungen an MigrantInnen	Es besteht die Erwartung, dass alle MigrantInnen Deutsch lernen. Für MigrantInnen mit niedrigem Bildungsstand ist das Erlernen einer Fremdsprache schwierig.	Das sind auch Forderungen, die von allen Seiten erhoben werden, dass wir auf der einen Seite uns schon drauf verlassen können, es gibt jetzt Deutschkurse. Jeder ist gehalten, Deutsch zu lernen. Es gibt auch Deutschkurse für die, die schon lange hier Lebenden. Dennoch wird es immer einen großen Anteil von Menschen geben, die sich nicht in der deutschen Sprache heimisch fühlen. Es wird immer einen Anteil von Zuwanderern geben, die auch einen geringeren Bildungsstand haben. Ehrlich gesagt, es ist oft gar nicht so anders als auch ein großer Teil der deutschen Bevölkerung.	Ex-I1, S.5
	Es besteht die Erwartung, dass MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund fließend Deutsch sprechen. MigrantInnen mit geringen Deutschkenntnissen werden in niedrig qualifizierten Berufen geduldet.	Es (ein Dolmetscherprojekt) hat in den Krankenhäusern zu viel Ärger geführt, weil das Frauen waren, die oft nicht Schriftdeutsch sprachen. Die sprachen Ausländerdeutsch und hatten einen Pieper, weißen Kittel und dann hat der Arzt sie gerufen und sie sind sofort zum Arzt durchgelassen worden. Das Pflegepersonal war oft wirklich wütend und dachte ‚Die spricht ja wie die Putzfrau, dann können wir ja auch die Putzfrau fragen‘.	Ex-I1, S.3
	Vom Pflegepersonal besteht die Erwartung an MigrantInnen, dass sie sich selbstständig über das Gesundheitswesen informieren. Der Erwerb von interkultureller Kompetenz wird vom Pflegepersonal als zusätzlicher Aufwand abgelehnt.	Wir haben es sogar selber erprobt, aber es war wirklich furchtbar. Wir haben eine ganz tolle Unterrichtseinheit entwickelt, sind dann in die Krankenpflegeschule gegangen und auf viel Ärger gestoßen. Die Pfleger und Krankenpflegeschüler und –schülerinnen das Gefühl hatten ‚Ach toll, jetzt sollen wir uns auch noch damit beschäftigen, wir sind sowieso am unteren Ende der Hierarchie und wir müssen alles mögliche übernehmen und wir sollen jetzt auch noch so interkulturelle Kompetenz erwerben‘. Die hatten den Eindruck ‚Es ist doch auch von den Patienten zu erwarten, dass die sich mal ein bisschen informieren‘. Also, es ist nicht auf Begeisterung gestoßen. Aber das habe ich ja jahrelang erlebt, dass wirklich die interkulturelle Öffnung auf unheimliche Widerstände stößt.	Ex-I1, S.2
	Es besteht von MitarbeiterInnen in Einrichtungen die Erwartung, dass MigrantInnen sich anpassen und unauffällig verhalten.	Ich glaube, dass dauert auch noch bis es sich ändert und bei den Mitarbeitern in allen möglichen Einrichtungen und ein Bewusstsein entsteht ‚Wir brauchen Zuwanderung und Zuwanderer sind eine wichtige Ergänzung in unserer Gesellschaft und wir müssen mal gucken, wie das zusammen geht‘. Bisher ist doch die grundlegende Haltung immer noch ‚Die sollen mal aufpassen, dass die hier nicht stören und sollen sich anpassen und dann ist es in Ordnung. Aber wir möchten keine zusätzliche Bemühungen machen müssen, um in Kontakt zu kommen‘.	Ex-I1, S.2

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Erwartungen an MigrantInnen	Es besteht die Erwartung an MigrantInnen, dass sie sich integrieren oder Deutsch sprechen. Durch die gewalttätigen Ausschreitungen von MigrantInnen in Frankreich wurde erkannt, dass die Integration eine wichtige Aufgabe ist.	Ich glaube, dass diese ganze Integrationsdebatte noch mal angeheizt wurde durch die brennenden Autos in den Pariser Vorstädten. Das hat noch mal vielen Leuten dolle Angst gemacht und das hat sehr viel beschleunigt. Vorher war es immer ‚Ach ja, die Migranten‘. Man wusste, ‚Das müssen wir jetzt auch noch behandeln‘, aber man hat es doch relativ halbherzig gemacht. Man hat immer gedacht, vielleicht erledigt sich das mal von selbst, vielleicht spreche sie irgendwann mal alle deutsch. Aber das wir in einer Wanderungsgesellschaft leben, wo es immer Wanderung und Zuwanderung und Abwanderung geben wird, so dass man nie sagen kann, hier leben nur Leute, die deutsch sprechen, das ist erst seit sehr kurzer Zeit Allgemeinwissen. Von daher ist noch nicht soviel passiert, finde ich. Leider.	Ex-11, S.11
Rückschluss von der deutschen Bevölkerung auf MigrantInnen	Wenn gesundheitliche Maßnahmen die deutsche Bevölkerung nicht erreichen, erreichen sie MigrantInnen erst recht nicht.	Wenn wir bei Diabetespatienten bleiben, da hat mir eine Expertin in diesem Bereich gesagt ‚Machen Sie sich keine Illusionen, wenn Sie diese ganzen Daten haben, dass Sie dann an diese Leute rankommen und dass es dann alles viel besser wird. Die Deutschen kapieren es auch nicht.‘ Das ist nun mal der Fall. ... Die deutschen Diabetespatienten erreichen wir eben nicht in dem Maße wie wir es gerne wünschen. Wir haben bei den Leuten auch nicht die entsprechende Compliance, wie es eben wünschenswert wäre. Warum soll es denn eigentlich bei den Türken klappen? Es kann schon sein, dass wir uns da ein bisschen etwas vormachen, wenn wir erstmal die ganzen Daten beschafft haben, dass denn alles besser wird.	Ex-12, S.7
	Wenn Deutsche die Angebote von Gesundheitsämtern nicht wahrnehmen, tun MigrantInnen dies noch weniger.	Wiederum die Frage ist, was Deutsche mit Gesundheitsämtern zu tun haben. Ich muss sagen, dass ich erst im Rahmen des Studiums erfahren habe, dass es ein Gesundheitsamt gibt. Damit hat man als Normaldeutscher auch nichts zu tun. Von daher müssen wir uns fragen, warum sollten Ausländer oder Nicht-deutschsprachige oder Migranten etwas mit Gesundheitsämtern zu tun haben.	Ex-12, S.3
	Zusätzliche Angebote für MigrantInnen werden von deutschen Patienten im Krankenhaus als ungerecht empfunden, wenn sie diese nicht erhalten.	Es (das Dolmetscher-Projekt im Krankenhaus) war natürlich ein Sonderservice für die Migrantinnen im Krankenhaus. Wenn dann irgendeine Patientin ganz große Angst vor der Untersuchung hatte, dann ist die Dolmetscherin mitgegangen. Viele hatten das Gefühl ‚Toll, so einen Service gibt es ja nicht einmal für Deutsche, das gibt es jetzt hier für Ausländer‘.	Ex-11, S.3
	Die deutsche Gesellschaft ist ansatzweise aufgeklärt. Innerhalb der deutschen Gesellschaft gibt es große Unterschiede, wie Menschen mit ihrer eigenen Gesundheit umgehen. MigrantInnen sind weniger aufgeklärt. Eine verbesserte Datengrundlage würde deshalb ihren Gesundheitszustand nicht sofort verbessern.	Da sehen wir auch schon bei deutschen Patienten riesen Unterschiede, wie vorsichtig die einen mit Gesundheit umgehen und welches Verantwortungsbewusstsein sie für ihren eigenen Körper haben. Wir sehen Leute bei uns, die sich zu Tode qualmen und denen können sie alles Mögliche erzählen. Es wird in Kauf genommen. Thema Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hintergrund falsche Ernährung. Rauchen, Nikotinabusus. Das können sie den Leuten auch nicht beibringen. Thema Alkohol, ist auch ein riesen Problem. Wenn wir davon ausgehen, dass wir eine halbwegs aufgeklärte Gesellschaft sind, dann muss ich sagen, dass ich nicht den riesen Durchbruch sehe, wenn wir jetzt unsere Statistik komplett haben, um Migranten identifizieren zu können, dass sich bei denen schlagartig etwas ändert.	Ex-12, S.8

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Anbieter bewerten das Verhalten von MigrantInnen und deren Einstellung zu Gesundheit und Krankheit aus einer ethnozentrischen Perspektive.	Innerhalb einer bestimmten Kultur werden bestimmte Einstellungen und Verhaltensweisen als selbstverständlich angesehen. In andere Kulturen können andere Einstellungen vorherrschen.	Zum Beispiel die U-Untersuchungen bei Kindern finden sie (MigrantInnen) ganz toll und manchmal denken sie auch daran, aber das ist noch nicht so verinnerlicht. Für uns oder für mich ist das relativ normal, wenn ich ein Kind hätte, dass man diese U-Untersuchungen macht, weil wir damit aufgewachsen sind oder weil wir das kennen. Aber für viele Mütter und Väter ist es so, nur wenn man daran denkt, dann macht man es.	Ex-15, S.2
	Menschen mit einem gemeinsamen kulturellen Hintergrund teilen einen gemeinsamen Wissensstand. Innerhalb von Kulturen herrscht ein unterschiedlicher Wissens- und Informationsstand. Das Wissen anderer Kulturen wird anhand des eigenen Wissensstandes beurteilt.	Wenn man die Berichte dieser Mitarbeiterinnen hört ... dann wird einem deutlich, dass wir doch sehr weit weg sitzen von der Basis. Neulich hat eine russische Kollegin berichtet ... dass wir uns oft wahrscheinlich gar nicht vorstellen können, mit was für Fragen russische Frauen kommen. Wir gehen davon aus, so ist die Demokratie und so ist das Gesundheitswesen ... So leben wir hier in Hamburg, damit wachsen wir ja auch auf. Menschen aus anderen Kulturkreisen und mit anderen Lebenserfahrungen haben oft, sagt sie, ganz primitive Fragestellungen. Sie trauen sich aber auch fast nicht, das zu fragen, weil sie natürlich nicht gerne beschämt werden, dass man denkt ‚Wie, das weißt du nicht?‘ Fragen zum Gesundheitssystem, zum Körper, zu allen möglichen Dingen, zu sexuell übertragbaren Krankheiten.	Ex-11, S.5f.
	Innerhalb von Kulturen gelten bestimmte Einstellungen und Verhaltensweisen im Umgang mit Kindern als selbstverständlich. Wenn diese von anderen Kulturen nicht geteilt werden, werden diese als nicht fürsorglich angesehen.	Das finde ich schon sehr erstaunlich (dass für MigrantInnen Kindervorsorgeuntersuchungen ein Zusatzangebot darstellen). Da merke ich, dass bei vielen Migrantengruppen erstens die Information fehlt und dann dieser natürliche Umgang (mit Kindervorsorgeuntersuchungen). Dass so etwas wichtig ist und dass das zu der Entwicklung eines Kindes dazu gehört oder für einen selber als Fürsorge dazu gehört. Da ist die Versorgung nicht gut. Da fehlt es an vielen Ecken an Informationen und auch an Zugängen zu solchen Diensten.	Ex-15, S.2
	Innerhalb von Kulturen haben Frauen eine bestimmte Einstellung und einen bestimmten Umgang mit dem eigenen Körper. Wenn dieser von Migrantinnen nicht geteilt wird, geht man davon aus, dass sie dadurch gesundheitliche Nachteile haben werden.	Zum Thema seelische Gesundheit, auch zum Thema Frauengesundheit muss noch eine ganze Menge getan werden. Diese ganze Rückbildungssache ist in vielen Ländern gar kein Thema. Oder das selber die Brust abtasten. Da muss noch ganz viel getan werden, dass Frauen mit ihrem Körper sorgsamer umgehen und den nicht nur zum Kinderkriegen benutzen. Da merke ich auch immer wieder, dass viele Frauen hier auch viele Kinder bekommen und nicht genügend auf sich aufpassen, wie ihr Körper damit zurechtkommt. Rückbildungsgymnastik wird ja von Migrantinnen kaum besucht und das merken die natürlich in einigen Jahren, dass sie da Probleme haben.	Ex-15, S.7
	MigrantInnen haben die Möglichkeiten, an gesundheitlichen Angeboten zu partizipieren. Sie nehmen dies jedoch nicht wahr, da sie sich nicht für ihre eigene Gesundheit verantwortlich fühlen.	Das ist die Frage, ob Partizipation erwünscht ist. Da habe ich meine Zweifel. Also nicht, dass die Leute mitreden dabei, das ist nicht das Problem. Nein, aber das sie aktiv ihre Gesundheitsversorgung mit gestalten und die Verantwortung für ihre Gesundheitsversorgung auch mit als ihr Aufgabengebiet sehen. Da sehe ich das Problem. Also letztendlich ist es ein Compliance-Problem.	Ex-12, S.11

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Anbieter bewerten das Verhalten von MigrantInnen und deren Einstellung zu Gesundheit und Krankheit aus einer ethnozentrischen Perspektive.	Türkische und arabische Patienten fühlen sich nicht für ihre eigene Gesundheit verantwortlich und wirken nicht am Behandlungserfolg mit.	Derzeit arbeiten wir hier an einer Studie, bei der es um health literacy bei türkischen Patienten mit Diabetes geht. Wie wir eben den Zugang zu diesen Patienten und Patientinnen finden und wie mit denen gearbeitet werden kann. Wie wir herausfinden, was die für eine Compliance-Form haben; wo das beginnt und wo das aufhört. Welches Gesundheitsverständnis sie haben. Was wir aus der Literatur kennen ist, dass sie sich oftmals relativ wenig verantwortlich für ihre Gesundheit fühlen, sondern das ist der Job der Ärzte. Extrem habe ich das bei arabischen Patienten erlebt, auch in den Emiraten. Mediziner von uns, die dort unten tätig waren, sind regelrecht daran verzweifelt, auch gerade an dem Diabetesproblem, was einen riesen Prozentsatz der Bevölkerung dort unten betrifft. Leute sind zu ihnen in das Behandlungszentrum gekommen und hatten eigentlich null Compliance. Die Alten haben keine Diät eingehalten, haben ihre Medikamente nicht genommen, weil das alles nicht ihr Job ist. Es ist der Job des Arztes, sie gesund zu machen.	Ex-12, S.5
	In unterschiedlichen Kulturen haben Menschen ein bestimmtes Verständnis von ihrem Körper und ihrer Gesundheit. Die Eigenverantwortung für Gesundheit muss kulturspezifisch geschult werden.	In der Gesundheitsförderung wird die Vorstellung, die Menschen von ihrem Körper, von ihrer Gesundheit haben, zu wenig beachtet. Was Gesundheit, was Gesunderhaltung bedeutet und welchen Beitrag sie dafür leisten müssen. Selbst leisten müssen. Dass Gesundheit ihr eigenes Problem ist und nicht das Problem des Gesundheitswesens oder das Problem vom Doktor. Ich denke, dass ist ein Thema, das man kulturspezifisch angehen muss.	Ex-12, S.8
	Obwohl die deutsche Gesellschaft "halbwegs aufgeklärt" ist, variiert das Verantwortungsbewusstsein für die eigene Gesundheit stark unter den einzelnen Mitgliedern. Wenn sich die migrationspezifische Datenlage verbessern sollte, wird sich der Gesundheitszustand von Migranten nicht sofort verbessern, da Migranten weniger aufgeklärt sind als die deutsche Bevölkerung.	Da sehen wir auch schon bei deutschen Patienten riesen Unterschiede, wie vorsichtig die einen mit Gesundheit umgehen und welches Verantwortungsbewusstsein sie für ihren eigenen Körper haben. Wir sehen Leute bei uns, die sich zu Tode qualmen und denen können sie alles Mögliche erzählen. Es wird in Kauf genommen. Thema Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hintergrund falsche Ernährung. Rauchen, Nikotinabusus. Das können sie den Leuten auch nicht beibringen. Thema Alkohol, ist auch ein riesen Problem. Wenn wir davon ausgehen, dass wir eine halbwegs aufgeklärte Gesellschaft sind, dann muss ich sagen, dass ich nicht den riesen Durchbruch sehe, wenn wir jetzt unsere Statistik komplett haben, um Migranten identifizieren zu können, dass sich bei denen schlagartig etwas ändert.	Ex-12, S.8
MigrantInnen stellen im Gesundheitswesen einen zusätzlichen Aufwand dar.	Die Einrichtung von Selbsthilfegruppen für MigrantInnen verursacht einen personellen und finanziellen Aufwand. Die finanziellen Mittel hierfür sind nicht vorhanden.	Dazu (Einrichtung von Selbsthilfegruppen für MigrantInnen) bedarf es natürlich auch eines riesen Aufwandes, so etwas auf die Beine zu stellen, auch eines fremdsprachigen Aufwandes, für verschiedene Sprachgruppen. Es kostet auch eine Menge Geld, deswegen hat es auch nicht funktioniert. Deswegen ist es, weil die Mittel gar nicht da waren, auch nicht umgesetzt worden.	Ex-12, S.5

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
MigrantInnen stellen im Gesundheitswesen einen zusätzlichen Aufwand dar.	MigrantInnen stellen für Ärzte einen zusätzlichen Aufwand dar, wenn sie nicht Deutsch sprechen. Sie werden als störend empfunden, weil sie zusätzlichen Zeit- und Kostenaufwand bedeuten, der sich negativ auf das Budget auswirkt.	Ich merke, dass sich deutsche Ärzte oft auch gegenüber Migranten verschließen, weil sie keine Lust haben auf diese ganze Übersetzungsarie. Oder wenn die Leute einen nicht verstehen, dann ist es einfach schwierig und es ist Mehrarbeit. Viele niedergelassene Ärzte sind zur Zeit gerade sowieso mit anderen Sachen beschäftigt, mit der Reform usw. und haben Sorge um ihr Budget. Da, glaube ich, sind Migranten eher störend. Das müsste sich einfach ändern. Das viel mehr Verständnis dafür da ist. Interkulturelle Kompetenz fehlt vielen einfach.	Ex-15, S.2f.
	MigrantInnen verursachen einen zusätzlichen Aufwand für deutsche Gesundheitseinrichtungen. Bisher wurden MigrantInnen nicht bedarfsgerecht versorgt.	Ich glaube, dass diese ganze Integrationsdebatte noch mal angeheizt wurde durch die brennenden Autos in den Pariser Vorstädten. Das hat noch mal vielen Leuten dolle Angst gemacht und das hat sehr viel beschleunigt. Vorher war es immer ‚Ach ja, die Migranten‘. Man wusste, ‚Das müssen wir jetzt auch noch behandeln‘, aber man hat es doch relativ halbherzig gemacht. Man hat immer gedacht, vielleicht erledigt sich das mal von selbst, vielleicht spreche sie irgendwann mal alle deutsch. Aber das wir in einer Wanderungsgesellschaft leben, wo es immer Wanderung und Zuwanderung und Abwanderung geben wird, so dass man nie sagen kann, hier leben nur Leute, die deutsch sprechen, das ist erst seit sehr kurzer Zeit Allgemeinwissen. Von daher ist noch nicht soviel passiert, finde ich. Leider.	Ex-11, S.10
	Wenn MigrantInnen sich nicht anpassen, werden sie von der Aufnahmegesellschaft als störend empfunden, da sie einen zusätzlichen Aufwand verursachen.	Ich glaube, dass dauert auch noch bis es sich ändert und bei den Mitarbeitern in allen möglichen Einrichtungen und ein Bewusstsein entsteht ‚Wir brauchen Zuwanderung und Zuwanderer sind eine wichtige Ergänzung in unserer Gesellschaft und wir müssen mal gucken, wie das zusammen geht‘. Bisher ist doch die grundlegende Haltung immer noch ‚Die sollen mal aufpassen, dass die hier nicht stören und sollen sich anpassen und dann ist es in Ordnung. Aber wir möchten keine zusätzliche Bemühungen machen müssen, um in Kontakt zu kommen‘.	Ex-11, S.2
	Migranten glauben an eine sofortige Heilung durch die moderne westliche Medizin. Wenn in der Therapie keine baldige Heilung eintritt, haben sie nicht genügend Geduld und greifen auf traditionelle Medizin zurück. Dies wirkt sich negativ auf den Behandlungserfolg aus.	Es war oft eben so, und es ist bestimmt auch noch so, dass zugewanderte Patienten auf der einen Seite unheimlich viel Respekt vorm Arzt haben und ein unheimliches Vertrauen in die moderne Medizin. Dann aber, wenn es nicht sofort wirkt, also oft sehr ungeduldig sind. Wenn die Medikamente nicht sofort wirken, dann greifen sie doch auch zurück auf Wissen aus der traditionellen Medizin und das mixen sie so. Das ist oft schwierig für den hier behandelnden Arzt, weil sie dann die Tabletteneinnahme unterbrechen, weil sie denken ‚Es hilft sowieso nichts‘, aber man muss sie dauerhaft nehmen und solche Sachen.	Ex-11, S.1

10.6 BEDINGUNGEN ZUR GESTALTUNG VON ANGEBOTEN

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Voraussetzungen für interkulturelles Arbeiten in Gesundheitseinrichtungen	Kulturelle Arbeit bedeutet, die Traditionen anderer Kultur kennenlernen zu wollen.	Wenn wir sagen, wir machen kulturelle Arbeit, dann heißt es vor allen Dingen, dass wir anfangen wollen, die Tradition der Menschen kennen zu lernen und versuchen, andere dafür zu öffnen. Dann heißt es z.B., dass wir das Beiram-Fest mit der islamischen Gemeinde gemeinsam feiern und organisieren und gucken, dass Deutsche und andere Nationen mitkommen zu diesem Fest. Dadurch lernt man Teile deren Kultur kennen und versucht dann auch z.B. die Weihnachtsgeschichte zu erzählen, auch für die Kinder, die muslimisch sind und zu Hause nicht soviel davon hören. Dass es einen kulturellen Austausch gibt. Das hat auch mit Religion zu tun, zumindest mit den Menschen, mit denen wir hier zu tun haben. Die verbinden ihre Kultur sehr viel mit Religion. Ich persönlich kenne das auch noch so aus meinem Leben, dass der religiöse Bereich ein großer Part in meiner kulturellen Entwicklung war. Aber das ist nicht immer so. Ich habe z.B. mit russischen Mediatoren zu tun, die würden Religion nicht als großen Teil ihrer Kultur bezeichnen, obwohl es da auch die orthodoxe Kirche gibt. Das gehört aber für einige schon dazu.	Ex-I5, S.5
	Gesundheitseinrichtungen müssen ihre eigene Barrieren überwinden, nicht MigrantInnen die sprachliche Hürde. Es ist Aufgabe der Gesundheitseinrichtungen, sich zu für MigrantInnen öffnen.	Sie haben die Sprache auch als Defizit, als Barriere oder Hindernis bezeichnet. Ich würde das nicht so sehen. Ich würde eher sagen, dass die, die Angebote machen, ihre Barriere überwinden müssen. Heute ist es noch schlimmer. Heute wird immer gesagt, die sollen alle Deutsch sprechen. Da kommt schon wieder so eine ganz komische Diskussion mit dieser Sprachgeschichte auf.	Ex-I4, S.4
	Interkulturelle Öffnung bedeutet eine Veränderung der eigenen Haltung.	Interkulturelle Öffnung fängt damit an, dass man seine Haltung verändern muss. Das ist Deutschland wirklich schwierig, in vielen Einrichtungen. Ich glaube, wenn ein großer Wunsch da wäre, angemessen mit Fremdartigem umzugehen, dann wäre schon ganz viel gewonnen.	Ex-I1, S.10
Bedeutung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund	Mitarbeiter mit Migrationshintergrund können zwischen ihrer Heimatkultur und der deutschen Kultur vermitteln. Wenn sie mit MigrantInnen in ihrer Muttersprache reden, so ist zum einen die Verständigung gewährleistet und es vermittelt darüber hinaus Vertrauen. Bisher arbeiten zuwenig Menschen mit Migrationshintergrund im deutschen Gesundheitswesen.	Die Menschen, die selbst kulturelle Mediatorinnen sind, die die Kultur, die die Brücke schlagen können zwischen dem Heimatland, wo die Frauen herkommen und diesem Land. Sie kennen beide Kulturen. Sie kennen wahrscheinlich auch die beiden Gesundheitssysteme und den kulturellen Hintergrund. Da habe ich sehr gute Erfahrungen gemacht. Wenn ich eine Frau (mit Migrationshintergrund) zu so einer Ärztin schicke, dann löst es sich auch immer sehr gut. Erstens weil sie sie versteht, und weil sie weiß, das ist etwas Vertrautes für sie. ... Wenn mehr Menschen mit diesem Hintergrund im Gesundheitswesen wären, wäre es wahrscheinlich auch besser für die Migrantinnen. Das ist sozusagen ein personelles Problem.	Ex-I3, S.5

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Bedeutung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund	Wenn gesundheitsrelevante Informationen nicht exakt in eine andere Sprache übersetzt werden, kann dies tragische Konsequenzen haben.	Wir hatten hier einmal eine (russische) Frau ins Krankenhaus geschickt. Sie hatte, jetzt fällt mir die Krankheit nicht ein. Es gibt in der Gebärmutter so etwas wie Gewächse, sie sehen auch im Ultraschallbild wie Blasen aus und sie sind sehr ähnlich wie Krebs. Es war aber kein Krebs. Wir haben der Frau die Diagnose gesagt und sie ins Krankenhaus geschickt. Dort hat eine Putzfrau, die selbst aus Polen stammt, aber sie hat gedacht, ihre Russisch- und Deutschkenntnisse reichen aus, um für die Frau zu dolmetschen. Sie hat ihr gesagt, sie hat Krebs. Der Arzt hat etwas anderes gemeint. Er hat nur detailliert erklärt, was das auf dem Bild ist und dass die Frau keine Angst haben muss und warum man jetzt diese Operation macht. Es könnte sich in Krebs umwandeln. Aber man hat ihr gesagt, sie hat Krebs. Ich habe die Frau erst den nächsten Tag am Nachmittag besucht und sie war außer sich und lag da im Bett und wollte auch mit niemandem sprechen. Man muss auch bedenken, auch hier ist die Diagnose schrecklich, aber die Ärzte können hier auch einschätzen wie hoch die Chancen der Menschen sind. Sie sind auch fit auf diesem Gebiet und hier kenne ich eine Menge Menschen, die Krebs durchgestanden haben und die leben ganz normal weiter und arbeiten. Dort haben wir das praktisch nicht gekannt. Das war ein Todesurteil. Das war es für die Frau auch. Da hat es ziemlich lange gedauert, bis ich Sie wieder beruhigt habe und bis ich ihr es wieder erklärt habe und habe den Arzt gerufen. Ich glaube, sie hat das bis zum Ende gar nicht geglaubt. In Russland hat man früher nie die Diagnose gesagt. Man hat den Menschen belogen bis zum Ende. Man hat ihm das nicht mitgeteilt und das sind doch die kulturellen Unterschiede. Sie hat das nicht mehr geglaubt, sie hat gedacht, wir lügen alle. Deswegen lege ich sehr viel Wert darauf, dass der Mensch das versteht. Das er überhaupt versteht, was mit ihm jetzt passiert. Wie lautet die Diagnose und zwar alles versteht.	Ex-13, S.6
	Schriftliche Informationen über Gesundheitsthemen orientieren sich an der deutschen Mittelschicht und sind für MigrantInnen nicht geeignet. Um MigrantInnen zu erreichen, benötigt man Muttersprachler, die mündliche Informationen übermitteln, den persönlichen Kontakt herstellen und Vertrauenspersonen darstellen.	Wir (in einer öffentlichen Gesundheitseinrichtung) machen ganz viel mittelschichtorientierte Sachen. Wir geben Broschüren, Faltblätter und schriftliche Informationen heraus, die man erstmal lesen können muss. Das heißt, ich muss mich in der Lage fühlen eine Broschüre zu handhaben, das Inhaltsverzeichnis richtig zu lesen... Das ist eine relativ hohe Anforderung und damit kommen wir nicht viel weiter. Deshalb ist deutlich, wir brauchen mündliche Informationsüberbringer und Vertrauenspersonen, die gesprochene Informationen an Menschen heranbringen, die wir sonst nicht erreichen. Das heißt, wir müssen viel mehr Migrantinnen und Migranten selbst einbinden und in unserem Arbeitsbereich beschäftigen.	Ex-11, S.5
	MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund ermöglichen, dass gesundheitsrelevante Informationen in mehreren Sprachen schnell verbreitet werden.	Angenommen übermorgen kommt die Vogelgrippe. Dann könnte man sagen ‚Kommt alle zusammen (Mitarbeiter mit unterschiedlicher Herkunft und Sprache), wir machen zwei Tage Informationen zur Vogelgrippe‘. Dann wird es ins Netz gestellt, es werden Flugblätter gedruckt. Dann hätte man schnell viel Fachkompetenz beisammen.	Ex-11, S.8

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Bedeutung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund	In Einrichtungen vermitteln MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund MigrantInnen das Gefühl, integriert zu sein.	In Einrichtungen wie dem Arbeits- oder Sozialamt geht es gar nicht darum, dass man eine Türkin einstellt, die die Türken bedient. Wenn ich in eine Einrichtung komme und sehe, da ist auch jemand mit einer andern Hautfarbe, dann ist das schön für Menschen. Die haben dann das Gefühl, dass wir hier auch dazu gehören.	Ex-11, S.10
	Wenn MigrantInnen zu MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund kommen, trauen sie sich Fragen zu stellen, die sie deutschen MitarbeiterInnen nicht stellen würden, da sie nicht beschämt werden möchten. MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund vermitteln durch den gleichen sprachlichen und kulturellen Hintergrund Vertrauen und haben Verständnis für MigrantInnen.	Wenn man die Berichte dieser Mitarbeiterinnen hört... dann wird einem deutlich, dass wir doch sehr weit weg sitzen von der Basis. Neulich hat im Arbeitskreis eine russische Kollegin berichtet... dass wir uns oft wahrscheinlich gar nicht vorstellen können, mit was für Fragen russische Frauen kommen. Wir gehen davon aus, so ist die Demokratie und so ist das Gesundheitswesen... So leben wir hier in Hamburg, damit wachsen wir ja auch auf. Menschen aus anderen Kulturkreisen und mit anderen Lebenserfahrungen haben oft, sagt sie, ganz primitive Fragestellungen. Sie trauen sich aber auch fast nicht, das zu fragen, weil sie natürlich nicht gerne beschämt werden, dass man denkt ‚Wie, das weißt du nicht?‘ Fragen zum Gesundheitssystem, zum Körper, zu allen möglichen Dingen, zu sexuell übertragbaren Krankheiten. Fragen, bei denen es ihr sehr wichtig scheint, dass da jemand sitzt, der auch zugewandert ist. Der einfach dadurch, dass er auch aus demselben Land kommt und da als Vermittlerin arbeitet, signalisiert ‚Ich kann mir vorstellen, wovon du redest, denn ich kenne das auch‘. Das ist wirklich enorm wichtig und ich glaube auch, dass man einfach einen Vertrauensvorschuss braucht.	Ex-11, S.5f.
	Menschen mit Migrationshintergrund vermitteln durch die gemeinsame Sprache Vertrauen. Der persönliche Kontakt ist wichtig, wodurch der Zugang zu den Communities von MigrantInnen ermöglicht wird und gesundheitsrelevante Informationen verbreitet werden können.	Es wäre gut, wenn Vertreter von solchen Einrichtungen (Migrantenvereine) mitkommen und sagen ‚Ich bin dafür zuständig, wenn ihr mehr Fragen habt, dann könnt ihr zu mir kommen‘. Dass man sich vorstellt und Gesicht zeigt. Das ist immer wichtig, dass das mit der Muttersprache zu tun hat und dass man eine Keyperson aus dem Bereich kennt, damit man an diese Gruppe rankommt. ... Jetzt haben wir in Migrantenevereinen durch die Mediatoren Aufklärungsveranstaltungen gemacht zu AIDS und HIV. Dabei haben wir eine Veranstaltung der AIDS-Hilfe bekannt gegeben, zu der alle kommen können, die noch mehr Interesse haben. Die kommen dann mit ihren Mediatorinnen dahin. Es muss immer eine Kontaktperson geben, damit es funktioniert. Das ist ein wesentliches Thema.	Ex-15, S.6
	Durch Keypersons können auch schwer erreichbare MigrantInnen gesundheitsrelevante Informationen erhalten.	In der Entwicklungsmedizin gibt es dafür Methoden, wie man an diese Leute herankommen kann (MigrantInnen, die schwer erreicht werden). Indem man die Keypersons identifiziert und mit denen letztendlich auch einen Deal macht. Die als Multiplikatoren fungieren und etwas weiterleiten.	Ex-12, S.4f.
Eine Kontaktperson kann zwischen Gesundheitseinrichtung und MigrantInnen vermitteln. Die Rahmenbedingungen von Angeboten sind wichtig. Wenn Angebote einladend wirken, fördert dies die Kommunikation.	Es muss immer eine Kontaktperson geben, damit es funktioniert. Das ist ein wesentliches Thema. Ganz ehrlich ist auch die Atmosphäre wichtig. Essen, Trinken, eine nette Sitzgelegenheit, so dass es einladend wirkt. Da müsste sich einiges verändern. Viele denken ‚Ach wieso, die kriegen doch schon umsonst Informationen, was soll ich denn da noch Essen hinstellen?‘ Ganz ehrlich, ich gehe auch lieber irgendwo hin, wo ich das Gefühl habe, es hat einen einladenden Charakter. Ich will mich ja nicht satt essen da und das wollen die meisten anderen da auch nicht. Das fördert aber die Kommunikation, das weiß man einfach.	Ex-15, S.6	

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Bedeutung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund	In Einrichtungen vermitteln MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund MigrantInnen das Gefühl, willkommen zu sein.	Das auf jeden Fall (kultursensible Gesundheitsförderung beruht auf Gegenseitigkeit, Offenheit und den Austausch). Und diese rein praktischen Sachen, dass vielleicht Mitarbeiter aus unterschiedlichen Nationen tätig sind. Das finde ich ganz wichtig, weil es auch so ein Bild nach außen hat, ob man da willkommen ist oder nicht.	Ex-15, S.8
Bedeutung von sprachlichen und kulturellen Aspekten in der Gesundheitsförderung	Bei gesundheitsförderlichen Angeboten spielen kulturelle Aspekte eine wichtige Rolle. Diese Aspekte müssen durch Gespräche erfragt und bei gesundheitsförderlichen Maßnahmen für MigrantInnen berücksichtigt werden, damit diese akzeptabel und vereinbar sind. Nur wenn die Maßnahmen akzeptiert werden, werden sie auch in den Alltag übernommen.	Wenn wir z.B. über einen Ernährungskurs sprechen, dann ist es natürlich ein Thema, wer entscheidet zu Hause denn, was auf den Tisch kommt, wie werden die Kinder ernährt, welche kulturellen Zusammenhänge gibt es da? Wir haben oft das Beispiel, dass die Mütter sich sehr große Sorgen machen, dass das Kind zu dünn ist, obwohl es ganz normalgewicht ist. Aber wie kommt das, dass die sich solche Sorgen machen? Wie wird bei Festen mit Essen umgegangen? Was für eine soziale Funktion hat auch Essen? Welchen Stellenwert hat z.B. Fett in der Ernährung? Wenn die Frauen ohne Fett kochen, sind sie gleich geizig. So was muss man natürlich wissen und dann muss man dahinter kommen. Man kann sich nicht einfach vor die hinstellen und sagen, iss weniger Fett, weniger Zucker und mehr Gemüse. Das ist naiv und zu denken, damit reicht es. Da ist man völlig auf dem Holzweg. Das muss diskutiert werden. Man muss sich sehr viel selber Fragen stellen und Fragen an die Teilnehmerinnen und an die Zielgruppe weitergeben, so dass man das erklärt bekommt. Das ist, glaube ich, ein Ansatz, den ich und meine Kolleginnen auch immer pflegen, dass wir auch viel mehr fragen, anstatt zu erzählen. Miteinander erörtern, wie es auch in den Alltag umgesetzt werden kann. Es nützt ja nichts, wenn ich mich vor die hinstelle und sage, zum Mittagessen esst ihr Reis und Geschnetzeltes mit Gemüse, wenn es überhaupt kein traditionelles Gericht ist oder wenn das nicht das ist, was auch in der Familie gegessen wird. Die ganzen kulturellen Aspekte sind wahnsinnig wichtig.	Ex-14, S.4f.
	Muttersprachliche Angebote sind in der Gesundheitsförderung sehr wichtig, weil Gesundheit ein sensibles Thema ist.	Was sie (MigrantInnen) auch sehr schätzen ist, wenn es z.B. die Möglichkeit gibt, sich in der Muttersprache auszudrücken. Das heißt nicht, dass es unbedingt ein muttersprachliches Angebot sein muss. Es muss aber die Möglichkeit geben, sich in der eigenen Sprache auszudrücken, gerade wenn es um so sensible Themen wie Gesundheit geht	Ex-14, S.4
	Wenn Ankündigungen in der jeweiligen Muttersprache erfolgen, haben MigrantInnen das Gefühl, willkommen zu sein. Viele Behörden haben kein Verständnis dafür, warum man muttersprachliche Ankündigungen machen sollte.	Ankündigungen (für gesundheitliche Angebote) müssten in verschiedenen Sprachen gemacht werden, dass man wirklich als Migrant das Gefühl hat, dass man willkommen ist. Das gibt es in vielen Behörden noch Unverständnis dafür.	Ex-15, S.3

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Bedeutung von sprachlichen und kulturellen Aspekten in der Gesundheitsförderung	Das Erlernen der Sprache fördert die Integration. Die Verwendung der Muttersprache ist aber auch ein sehr wichtiger Faktor, da manche Angelegenheiten nur in der eigenen Sprache genauso ausgedrückt werden können, wie sie gemeint sind.	Ich meine, ich bin nicht gegen das Sprache lernen, um Gottes Willen. Es ist natürlich wichtig, in was für einem Land man auch immer lebt, dass man die Sprache spricht und sich dann damit auch zurecht findet. Aber auch die Muttersprache hat natürlich einen ganz hohen Stellenwert. Wenn man als Deutsche ins Ausland gehen würde, würde man die Sprache lernen und man würde natürlich auch froh sein, wenn man bestimmte Dinge in seiner eigenen Sprache klären könnte. So sehen wir das. Sprache lernen ist gut und ist wichtig und muss auch sein. Es ist auch wichtig für eine erfolgreiche Integration. Aber die Muttersprache ist die Muttersprache und in der sollte man sich auch genauso gut ausdrücken können und dürfen. Es soll keiner sagen, jetzt wird nur noch Deutsch gesprochen. Es werden Ihnen allen Migrantinnen erzählen, dass es manche Themen und Sachen gibt, da kommt ein Stück Kultur raus über die Muttersprache, die man sonst eben nicht erkennen würde. Es ist ein ganz wichtiger Aspekt, die Muttersprachlichkeit.	Ex-14, S.5
	Das wichtigste in der Verständigung zwischen Arzt und Patient ist die gemeinsame Sprache.	Ich denke, dass wichtigste ist die Sprache. Es wäre natürlich ganz gut, wenn ein Mensch, der sich mit dem Arzt unterhält, sich auch völlig verständigen kann mit dem Arzt. Dass er den Arzt versteht und der Arzt versteht auch die Klientin oder den Klient. Ich denke, das ist das Wichtigste.	Ex-13, S.3
	Menschen aus unterschiedlichen Kulturen benutzen unterschiedliche Begrifflichkeiten. Dies muss bei der Übersetzung von gesundheitlichen Informationen berücksichtigt werden. Darüber hinaus ist es wichtig, den Wissensstand der Zielgruppe zu berücksichtigen. Man kann nicht davon ausgehen, dass Menschen aus anderen Kulturen den gleichen Wissensstand wie die deutsche Bevölkerung haben.	Ich weiß nicht, ob die Materialien (Gesundheitsinformationen) aus dem Deutschen eins zu eins ins Türkische oder Russische übertragen werden. Ich hoffe mal, dass dabei Leute am Werk waren, die das auch kulturspezifisch übersetzt haben und vielleicht diese und jene Begriffe anders gewählt oder noch mehr Erklärungen eingebracht haben. Wir können davon ausgehen, dass ganz viele unserer Jugendlichen diese Themenbereiche, wenn es um Sexualität oder Familienplanung geht, davon eigentlich in der Schule schon einmal gehört haben. Wenn es erforderlich ist, diese Themen ins Türkische oder Russische zu übersetzen, dann kann man davon ausgehen, dass die solche Schulbildung und solche Informationen noch nicht bekommen haben. Dann muss man wahrscheinlich auf einem sehr viel einfacheren Level anfangen, das Thema zu bearbeiten.	Ex-12, S.10
	Medizinische Maßnahmen müssen für MigrantInnen verständlich sein, damit sie am Behandlungserfolg mitwirken können.	Es gehören Programme dazu, es den Leuten wirklich so beizubringen, dass sie es verstehen. Wir haben z.B. bei türkischen Patienten in der Kinderklinik das Problem gehabt, dass die Ärzte dort die kleinen Patienten nicht auf den Blutzucker einstellen konnten. Es gab immer wieder enorme Ausreißer, bis die irgendwann festgestellt haben, dass die Eltern dem armen Kind, das auf Diät gesetzt wurde und fast am Verhungern ist, immer Tee mit gesüßtem Honig mitgebracht haben. Das hat natürlich die ganze Zuckereinstellung total aus den Angeln gehoben. Und das in einem Krankenhaus, wo man eigentlich denkt, dass die Patienten aufgeklärt werden, warum das Kind da ist und behandelt werden muss.	Ex-12, S.8

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Bedeutung von sprachlichen und kulturellen Aspekten in der Gesundheitsförderung	Im Zugang zu MigrantInnen gibt es kulturelle Barrieren. Bei afghanischen Frauen ist der Kontakt nur über mündliche Informationen durch Frauen mit dem gleichen sprachlichen Hintergrund möglich.	Als wir unser Projekt hatten, da haben wir mal so geschätzt, dass ungefähr bei den afghanischen Frauen, die wir versorgt haben, 80% illiterat sind. Das ist die Frage, wie man die fördern, versorgen, wie man an die ran treten soll. Es sind dann eben kulturelle Barrieren da, an die heranzukommen. Es geht dann sowieso nur über muttersprachliche Frauen, die sich wiederum an diese Leute wenden.	Ex-12, S.4
	Menschen aus anderen Kulturen haben andere Lebensgewohnheiten, die man bei der Gestaltung von gesundheitsförderlichen Angeboten berücksichtigen muss.	Gerade wenn ich an unsere türkisch sprechenden Mitbürger denke, die häufig diesen Veranstaltungscharakter (von gesundheitsförderlichen Angeboten) gar nicht so kennen. Es nicht kennen, dass sie sagen ‚So heute Abend gehe ich da mal hin und informiere mich über Diabetes‘. Die leben einfach anders.	Ex-15, S.3
	In jeder Kultur gibt es Aspekte, die man im Kontakt berücksichtigen muss. Bei türkischen Patienten ist dies beispielsweise die Rolle der Frau. Ein bestimmter kultureller Aspekt kann aber auch nicht für eine gesamte Kultur pauschalisiert werden.	Deswegen (weil Mitglieder von verschiedenen Ethnien unterschiedliche Definitionen von Kultur haben) glaube ich nicht, dass es da den einen Weg gibt, auf eine Kultur zuzugehen, sondern das muss wirklich individuell erfolgen. Es gibt Bereiche, die man berücksichtigen muss. Das ist die Rolle der Frau bei den türkischen Patienten. Da kann man wahrscheinlich nicht irgendeinen Sozialarbeiter oder Mann hinschicken, wenn es um Familienplanung geht. Es muss von Frau zu Frau erfolgen. Generell zu sagen, für die Türkinnen habe ich den und den Zugang, für die Türken habe ich den Zugang und für die Russinnen oder Leute aus der ehemaligen Sowjetunion den, das wird es nicht geben. Das wäre eine Bruchlandung. Das ist genauso das, was unser Pflegepersonal immer von uns will. Lehrgänge für kultursensible Pflege. Dann wollen die wissen, wie gehe ich mit dem bosnischen älteren Mann und wie gehe ich mit der serbischen Frau um und was habe ich bei türkischen Patientinnen zu bedenken. In diesem Schubladen-Kasten-Denken geht das nicht unterzubringen.	Ex-12, S.9
	Mädchen und Frauen sind für die Gesundheit in der Familie zuständig.	Ich denke, dass die Gruppe der Mädchen und Frauen z.B. eine ganz wichtige Zielgruppe ist, weil, ähnlich wie bei uns in Deutschland, sind Frauen und Mütter in der Regel für die Gesundheit der Familie zuständig, und nicht die Männer oder Väter.	Ex-12, S.3f.

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Bedeutung von sprachlichen und kulturellen Aspekten in der Gesundheitsförderung	Die Ernährung aus Lebensmitteln, die regional und saisonal verfügbar sind, wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus und müsste stärker berücksichtigt werden. Manche MigrantInnen haben sich an die westlichen Ernährungsgewohnheiten angepasst und ernähren sich von Fast Food.	Ich habe gestern bei der Einladung zum Ramadan-Fest mit einer türkischen Ärztin gesprochen, gerade auch zum Thema Diabetes. Zu der Studie, die wir hier machen wollen, wäre es eventuell auch ganz sinnvoll, eine Vergleichstudie in der Türkei zu machen. In der Türkei ist es auch ein Problem, aber es ist nicht das Problem wie hier. Die Kollegin sagte mir, dass wird daran liegen, dass die Leute sich in der Türkei anders ernähren. Vielleicht auch immer noch nicht so „gesund“, wie man das eigentlich für wünschenswert hielte, aber doch nicht so, wie die Leute das hier tun. Das wäre etwas, worauf man vielleicht wieder zurückgreifen müsste (um Angebote kultursensibel zu gestalten), wie die eigentliche Ernährung der Leute gewesen ist. Das hört sich jetzt sehr nach Entwicklungsländern an. Aber wenn die sich sozusagen aus der Subsistenzwirtschaft ernähren, zumindest aus dem, was regional angebaut wird und zur Verfügung steht und was erschwinglich ist an Agrarprodukten. Und nicht aus welchen Gründen auch immer, ob man sich hier nun westlich adaptiert, auf Fast Food zurückgreift.	Ex-12, S.7f.
Bedeutung der Partizipation in der Gesundheitsförderung	Unterschiedliche Gruppen von MigrantInnen können den gleichen Bedarf an gesundheitlicher Aufklärung haben. Bei bestimmten Gruppen kann dieses Thema jedoch ein Tabu darstellen, so dass hier andere Vorgehensweisen notwendig sind.	Wenn man das anhand von Risikogruppen festmachen kann, dann ist es (die Spezialisierung von Angeboten) sicherlich sinnvoll. Es ist z.B. sicherlich sinnvoller, Aufklärung zum Thema STD bei westafrikanischen Migranten intensiver zu gestalten als bei streng gläubigen Muslimen aus dem Iran oder aus den arabischen Ländern. Ich kann mir aber vorstellen, dass bei einer jugendlichen Generation von Türkinnen und Türken genau dasselbe Aufklärungsbedürfnis besteht wie bei einer jugendlichen Generation von Aussiedlern und Aussiedlerinnen.	Ex-12, S.9
Bedeutung der Partizipation in der Gesundheitsförderung	Durch die Partizipation von MigrantInnen können gesundheitsförderliche Angebote kultursensibel entwickelt werden. Da die öffentlichen Gesundheitsdienste von MigrantInnen noch nicht entdeckt wurden, ist der Zugang über deren Communities geeignet.	Es (ein Angebot der Gesundheitsförderung) müsste mit Migranten entwickelt werden (damit es von ihnen in Anspruch genommen wird). Das ist es einfach. Wenn ich türkische Mitbürger zum Thema Mundgesundheit aufklären möchte, dann würde ich mir türkische Mitbürger schnappen und mit denen darüber sprechen. Wie ist das Thema Mundgesundheit bei euch in der Türkei, was ist das für ein Thema und wie redet ihr darüber? Was ist da normal? Putzt man sich dreimal die Zähne oder gar nicht oder fünf Minuten? Dann würde ich mit denen entwickeln, wie man dieses Thema weiter entwickeln kann. Ich würde erstmal, weil diese öffentlichen Einrichtungen von Migrantinnen noch nicht entdeckt wurden, in die Migrantenvereine rein gehen.	Ex-15, S.6
Bedeutung der Partizipation in der Gesundheitsförderung	Es ist wichtig, MigrantInnen selber nach ihrer Vorstellung von Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung zu befragen. Anhand dieser Ergebnisse können kultursensible Maßnahmen etabliert werden.	Was dabei sehr viel wichtiger ist (ein Angebot kultursensibel zu gestalten), ist eben diese Zielgruppe selber zu befragen. Dazu, welche Probleme sie z.B. mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung haben, was sie sich unter Gesundheitsversorgung überhaupt vorstellen und was sie sich wünschen, um entsprechend der Befragung der Zielgruppe, Maßnahmen zu etablieren.	Ex-12, S.10

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Bedeutung der Partizipation in der Gesundheitsförderung	Die gesundheitliche Versorgung von MigrantInnen kann verbessert werden, wenn man mit ihnen gemeinsam die gesundheitliche Versorgung plant und umsetzt.	Nachdem man früher in den ersten Dekaden der Entwicklungszusammenarbeit irgendetwas für die Leute in Afrika oder sonst wo hingestellt hat, nämlich das, was wir uns unter Gesundheitsversorgung vorgestellt haben, haben wir denen Krankenhäuser gebaut und diese Krankenhäuser haben das gesamte Gesundheitsbudget ruiniert. Dann ist man darauf gekommen, das geht so nicht, man muss viel mehr für die Leute tun. Und dann kam die nächste Dekade, health for the people. Man hat also für die breite Bevölkerung etwas an der Basis getan, hat aber gemerkt, dass die Bevölkerung das gar nicht so richtig akzeptiert hat. Dann kam die nächste Dekade, die hieß dann health by the people, d.h. dass die Bevölkerung integriert war und selbst an den Konzepten mitgestrickt hat. Ich glaube, das wäre die Maßnahme auch hier, dass man mit den Betroffenen zusammen ein Konzept erarbeitet, aufbaut und daraus eine Gesundheitsversorgung strickt, die die Leute direkt erreicht.	Ex-12, S.10
	Wenn man auf MigrantInnen eingeht, entsteht bei ihnen das Gefühl von Selbstwirksamkeit.	In allen unseren Projekten, die wir mit der Zielgruppe MigrantInnen durchführen, orientieren wir uns an den Ressourcen. Es ist ganz besonders wichtig, auf das einzugehen, was von den TeilnehmerInnen und Teilnehmern selber kommt oder von den Leuten, mit denen wir arbeiten. Dieses Gefühl von Selbstwirksamkeit muss entstehen. Wir geben immer nur den Rahmen vor, aber die Ausgestaltung, da achten wir sehr darauf, dass dies auch von der Teilnehmergruppe selbst bestimmt wird. Und das klappt auch immer ganz gut.	Ex-14, S.2
	Die Partizipation sollte bei gesundheitsförderlichen Projekten im Mittelpunkt stehen, da sie ein Kriterium guter Praxis ist. Die gesundheitsrelevanten Themen werden vorgegeben und die MigrantInnen bestimmen selbst, was sie darüber wissen möchten.	Das ist der Grundstock. Unsere Projekte sind so angelegt, dass, egal um welches Thema es geht, uns es wichtig ist, und das ist ja auch ein Kriterium für gute Praxis, dass die Partizipation im Mittelpunkt steht. So wie ich sagte, wir geben den Rahmen vor und sagen z.B. wir orientieren über das Gesundheitssystem. Aber wie das passiert, das kommt von den TeilnehmerInnen selber. Wir geben die Themen vor. Die sagen, was sie wissen möchten, worüber sie mehr erfahren möchten. Unser Ansatz bei allen Projekten ist Partizipation, Empowerment und hinzufügen zu Selbstwirksamkeit.	Ex-14, S.2f.
Umsetzung von geeigneten Angebotsstrukturen in der Gesundheitsförderung	Die Partizipation von MigrantInnen ist über Gespräche möglich. Schriftliche Befragungsmethoden führen nicht zu brauchbaren Informationen.	Was von der Methode gut funktioniert (bei der Partizipation von MigrantInnen) ist eben nicht mit Fragebogen und Ankreuzen. Das ist nicht die Art, wie man da an Informationen kommt. Sondern das ist die Diskussionsrunde.	Ex-14, S.3
	Wenn man MigrantInnen erreichen will, ist es wichtig zu wissen, wie ihre Communities funktionieren. Man muss die Angebote in die Communities hinein tragen und nicht Angebote planen, zu denen MigrantInnen kommen müssen.	Das ist ja die Frage nach den Zugängen, was ich ja auch schon vorhin gesagt habe. Die Krankenkasse sagt z.B. ‚Jetzt machen wir auch mal ein Angebot für MigrantInnen‘ und machen dann eine Rückenschule in den AOK-Räumen. Das bringt es natürlich nicht. Man muss wissen, wie funktionieren die Communities. Wie kommt man ran? Was ist der Bedarf? Ein Beispiel, wie das funktionieren kann, was sehr geschätzt wird ist, dass wenn man sich weg entfernt von dieser Kommstruktur, hin zu dieser Gehstruktur. Es gibt viele Initiativen in den Stadtteilen, in Stadteleinrichtungen, in den Schulen, in den Kitas, wo man die Leute erreichen kann.	Ex-14, S.4

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Umsetzung von geeigneten Angebotsstrukturen in der Gesundheitsförderung	Die Angebote von Gesundheitsämtern sind für MigrantInnen nicht geeignet. Für Türkinnen sind beispielsweise Gesprächsrunden, in denen sie untereinander gesundheitliche Informationen austauschen, geeigneter als frontale Informationsvermittlung.	Dieser Veranstaltungscharakter, den die Gesundheitsämter häufig haben, der ist auch nicht so wirklich migrantenfreundlich. Gerade wenn ich an unsere türkisch sprechenden Mitbürger denke, die häufig diesen Veranstaltungscharakter gar nicht so kennen. Es nicht kennen, dass sie sagen ‚So heute Abend gehe ich da mal hin und informiere mich über Diabetes‘. Die leben einfach anders. Wenn wir Veranstaltungen machen, dann funktioniert es am besten, wenn sich Frauen zum Kaffee treffen und darüber reden. Dann sitzen die Mediatorinnen dabei und fangen so langsam an und steigen in das Thema ein und erzählen mal so ein bisschen und zeigen ein paar Bilder. Es ist nicht so, wie wir das kennen, dass man sich einen Vortrag für eineinhalb Stunden anhört, wie es auch in den Gesundheitsämtern immer wieder angeboten wird. Dann wird sich häufig gewundert, warum das nicht von Migrantinnen genutzt wird. Das hat einfach einen sturen Vortragscharakter. Da müsste sich noch einiges verändern.	Ex-15, S.3
	Fragerunden mit Experten und Dolmetschern wurden von MigrantInnen gut angenommen, um Fragen über gesundheitsrelevante Themen zu stellen. Hierbei konnten sie offen über ihre persönlichen Probleme sprechen.	Wir haben vorher im Gesundheitsbereich schon Gesundheitsgespräche gemacht. Die Gespräche haben hier vor Ort stattgefunden, einmal mit einer Frauenärztin und mit einer Frau, die sich auf Osteoporose spezialisiert hat und mit einer Psychologin. Da ging es darum, dass wir hier den Frauen, die sowieso immer ins Haus kommen, eine Spezialistin vorgesetzt haben, damit sie ihre Fragen stellen können. Da hatten wir auch immer unsere Übersetzer dabei und dann hatten wir zum Teil Runden mit der Frauenärztin und mit 25 Frauen. Die haben ganz offen über ihre Fragen und Probleme gesprochen. Da haben wir gemerkt, was für ein riesen Bedarf an Aufklärungsarbeit da ist, dass es immer wieder neue Fragen gibt. Wir haben diese Gesundheitsgespräche bestimmt zwei, drei Jahre lang gemacht, immer im Frühjahr und im Herbst. Die Frauen haben sehr offen in diesem Kreis über ihre Probleme oder Fragen, Ängste oder Nöte gesprochen. Das war ganz gut.	Ex-15, S.1
	Es ist fraglich, wie offen türkische Frauen in einer Gruppe mit Frauen aus anderen Kulturen über gesundheitliche Probleme sprechen können. Eventuell ist es für sie besser, dies innerhalb einer Gruppe mit gleichen kulturellen und sprachlichen Hintergrund zu tun.	Wir hatten vor Jahren schon mal bei der Etablierung einer Kontakt- und Informationsstelle versucht, ein kultursensibles Modell mit einzubauen, so dass auch Migrantengruppen sich dort zu Selbsthilfegruppen zusammenschließen konnten. Wobei es noch gar nicht soweit gedacht war, dass die es separat machen, sondern dass die mit Deutschen auch irgendwie zusammen kommen. Was dann aber eigentlich ganz schnell klar war, dass die das nicht machen würden, weil es da auch wieder die sprachlichen Barrieren gibt. Ich weiß auch nicht, wie offen jetzt türkische Frauen sind, um über Mamma-Carzinom offen in einer Gruppe mit deutschen und anderen Frauen zu reden. Oder ob es nicht viel sinnvoller ist, wenn die es in ihrer geschlossenen Gruppe machen.	Ex-12, S.5
	Die Rahmenbedingungen von Angeboten sind wichtig. Wenn Angebote einladend wirken, fördert dies die Kommunikation. Viele Anbieter haben diesen positiven Effekt noch nicht erkannt.	Ganz ehrlich ist auch die Atmosphäre (bei gesundheitsförderlichen Angeboten) wichtig. Essen, Trinken, eine nette Sitzgelegenheit, so dass es einladend wirkt. Da müsste sich einiges verändern. Viele denken ‚Ach wieso, die kriegen doch schon umsonst Informationen, was soll ich denn da noch Essen hinstellen?‘ Ganz ehrlich, ich gehe auch lieber irgendwo hin, wo ich das Gefühl habe, es hat einen einladenden Charakter. Ich will mich ja nicht satt essen da und das wollen die meisten anderen da auch nicht. Das fördert aber die Kommunikation, das weiß man einfach.	Ex-15, S.6

10.7 INTEGRATION VON MIGRANTINNEN

Unterkategorie	Paraphrasierung	Originaltext	Fundstelle
Faktoren, die sich auf die Integration von MigrantInnen förderlich und hinderlich auswirken.	Informationen über das Gesundheitssystem und Sprachkenntnisse fördern die Integration. Krankheit hemmt Integration. Die Gesundheitsförderung ist wichtig.	Es geht im Moment sehr viel um Sprache, was auch sehr wichtig ist, um in einem Land leben zu können, dass man die Sprache spricht. Wenn man krank ist in einem Land, dann fördert das nicht gerade die Integration, weil man sich dann nicht richtig darauf einlassen kann, in diesem Land zu leben. Weil man sich dann um sich kümmern muss. Die Gesundheitsförderung stelle ich mir total wichtig vor. Das ist ein Teil eines Lebens. Wenn man weiß, in diesem Land, in dem ich lebe, da funktioniert es so und so, dann gehört man schon zur Hälfte dazu, weil man einfach weiß, wie das ganze System funktioniert. Das ist sehr, sehr wichtig.	Ex-I5, S.7
	Die Sprache ist Teil einer Kultur. Die Sprache, die zu Hause gesprochen wird, ist ein gutes Indiz für den Grad der Integration. Die Sprache ist oftmals ein besserer Gradmesser als die Aufenthaltsdauer des Individuums oder der Familie. Besonders deutlich wird dies an Familien, die sich zwar über Generationen in Deutschland aufhalten, ihre Traditionen aber stärker leben als in ihrem Heimatland. Dies wirkt sich negativ auf Integration aus.	Wenn wir vielleicht wissen wollen, ob eine Person in zweiter Generation hier aufgewachsen ist, müssen wir auch nach dem Geburtsort von Mutter und Vater fragen. Dann können wir heraus bekommen, dass deren Eltern migriert sind und sie, wenn wir uns Kreuzberg oder Wedding angucken, in einer türkisch stämmigen Familie aufgewachsen ist und vielleicht traditioneller türkisch drauf ist als irgendwelche Leute in Istanbul. In einigen Untersuchungen wurde z.B. als ein Merkmal mit aufgeführt, dass man erfragt hat, welche Sprache zu Hause gesprochen wird. Auch das ist ein Indiz dafür, dass die Migration vielleicht noch nicht so lange zurück liegt. Auch wenn es zwei, drei Generationen sein kann, dass bestimmte Traditionen weitergelebt werden und dass die Verbindung hier nach Deutschland und das Fuß fassen hier im deutschen Gesundheitswesen wahrscheinlich auch noch nicht so wahrgenommen wird oder sich so eingestellt hat, wie bei sonstigen deutschen Leuten.	Ex-I2, S.2