
Schriftenreihe zur Gesundheitsförderung

Migration und Gesundheit

Zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit
Migrationshintergrund in Nürnberg

Oktober 2012



Impressum

Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg
Gesundheitsförderung
Burgstr. 4
90 403 Nürnberg

Schutzgebühr 8 Euro

Ansprechpartner:

M. Meusel
Tel.: 0911/231-3382
Fax: 0911/231-3847
e-mail: monika.meusel@stadt.nuernberg.de

Migration und Gesundheit
Zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit
Migrationshintergrund in Nürnberg

herausgegeben vom Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg
Endredaktion: Dr. med. Fred-Jürgen Beier M.A.
Oktober 2012

Dieser Bericht wurde unter Federführung des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg im Rahmen einer referatsübergreifenden städtischen Arbeitsgruppe erarbeitet.

TeilnehmerInnen:

Dr. Fred-Jürgen Beier	Leiter des Gesundheitsamtes
Arzu Eryasar	Gesundheitsamt/ migrationsbezogene Gesundheitsförderung
Martina Haag	Referat für Jugend, Familie und Soziales/ Regiestelle Sozialraumentwicklung
Klaus Kamm	Gesundheitsamt/dezentrale Koordination Gesundheitsförderung
Monika Meusel	Gesundheitsamt/Gesundheitsberichterstattung
Renate Popp	Amt für Kinder, Jugendliche und Familien – Jugendamt/Stadtteilkoordination

Wir danken den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der verschiedenen Ämter und Einrichtungen, die die Erstellung dieses Berichts, insbesondere im Hinblick auf den Teil II, durch Zuarbeit und Anmerkungen unterstützt haben.

Vorwort

Migration und Gesundheit – das ist längst kein Minderheitenthema mehr. Knapp 40 % der Nürnberger Bürgerinnen und Bürger haben einen Migrationshintergrund, dazu gehört ein überdurchschnittlich hoher Anteil von Menschen in sozial schwierigen Lebenslagen. Viele Studien belegen, dass sozial bedingte Unterschiede in den Gesundheitschancen auch in Deutschland eine bis zu zehn Jahren (bei Männern) bzw. bis zu fünf Jahren (bei Frauen) reduzierte Lebenserwartung zur Folge haben können. Das heißt: Wenn wir diese „gesundheitliche Gerechtigkeitslücke“ verkleinern wollen, müssen wir der besonderen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund besondere Aufmerksamkeit schenken. Die soziale Verankerung gesundheitlicher Benachteiligungen bedeutet aber auch, dass, insbesondere aus einer präventiven Perspektive, nicht nur explizit gesundheitsbezogene Angebote notwendig sind, sondern im Sinne einer Gesundheitspolitik als Querschnittsaufgabe auch Maßnahmen aus anderen Politikbereichen wesentliche implizite gesundheitliche Wirkungen entfalten können und müssen.

Die vorliegende Darstellung ist Teil des Integrationsprogramms der Stadt Nürnberg und schließt an eine Bestandsaufnahme zu dem Themenkomplex „Migration und Gesundheit“ an, die vor fünf Jahren erstellt wurde. Sie geht jedoch über eine Fortschreibung der Ergebnisse von 2007 hinaus: Neben einem aktualisierenden Überblick zu vorhandenen spezifischen Gesundheitsangeboten für Menschen mit Migrationshintergrund in Nürnberg werden grundlegende Problemstellungen der gesundheitlichen Situation dieser Bevölkerungsgruppe, auf die Versorgungsangebote eine „Antwort“ geben sollen, noch einmal präzisiert. Dazu gehört auch, wichtige Eckpunkte zu benennen, an denen sich eine Weiterentwicklung gesundheitlicher Versorgungsstrukturen und gesundheitsrelevanter Angebote orientieren sollte.

Auf der Grundlage eines Beschlusses des Gesundheitsausschuss des Stadtrates der Stadt Nürnberg findet im Dezember 2012 eine Gesundheitskonferenz statt, die auf der Grundlage des vorliegenden Berichtes konkrete Schritte zur Weiterentwicklung von Angeboten zur Verbesserung der gesundheitlichen (Versorgungs-)Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Nürnberg auf den Weg bringen soll. An dieser Konferenz werden neben den Fachverantwortlichen der Stadt Nürnberg v.a. die Wohlfahrtsverbände, Einrichtungen bzw. Projekte des Gesundheits- und Sozialbereichs, VertreterInnen der Ärzteschaft, der Krankenkassen und der kommunalpolitischen Ebene mitwirken. Darüber hinaus werden in Arbeitsgruppen auch weitere Fachleute und migrationsbezogen arbeitende Organisationen einbezogen.

Die vorliegende Darstellung soll „Daten für Taten“ liefern. Und dabei sollten wir eines klar im Auge behalten: Migrations- und kultursensible gesundheitsbezogene Maßnahmen gehen in ihrem Stellenwert weit über kompensatorische Angebote für spezielle Zielgruppen hinaus. Sie bilden einen zentralen Baustein für eine „zukunftsfähige“, auf die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten ausgerichtete moderne Gesundheitspolitik.

Dr. med. Fred – Jürgen Beier M.A.
Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg

Inhaltsverzeichnis	Seite
I. Migration und Gesundheit: Ein Überblick	1
1 Menschen mit Migrationshintergrund – eine vielfältige Bevölkerungsgruppe	1
2 Gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse	2
3 Nürnberger Daten zur gesundheitlichen Situation	5
3.1 Gesundheit der SchulanfängerInnen	5
3.2 Stadtteilbezogene Erhebungen (St. Leonhard/Schweinau)	7
4 Zwei einander ergänzende strategische Ansätze: Zielgruppen- und Sozialraumorientierung in der Gesundheitsförderung und Prävention sowie bedarfsgerechte Weiterentwicklung zentraler Angebote in der gesundheitlichen Versorgung	9
4.1 Gesundheitsförderung und Prävention auf Stadtteilebene	9
4.2 Weiterentwicklung des zentralen Angebots gesundheitlicher Versorgung	10
II. Migrationsbezogene Gesundheitsangebote in Nürnberg	16
A. Gesundheitsförderung, Prävention und Beratung	16
1 Angebote von Ämtern und Dienststellen der Stadt Nürnberg	16
1.1 Gesundheitsamt	16
1.2 Amt für Kinder, Jugendliche und Familien / Jugendamt	18
1.2.1 Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung und Prävention in Kinder- tageseinrichtungen	18
1.2.2 .. in Einrichtungen der Offenen Kinder- und Jugendarbeit	20
1.3 Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung und Prävention an den Schulen	21
1.4 Stadtbibliothek im Bildungscampus	21
1.5 Bildungszentrum im Bildungscampus	22
1.6 Amt für Kultur und Freizeit	22
1.7 Sportservice	23
2 Angebote nicht-städtischer Träger	24
2.1 Allgemeine Beratungsangebote	24
2.2 Schwangerenberatung, Erziehungs- und Familienberatungen	24
2.3 AIDS-Beratung Mittelfranken der Stadtmission Nürnberg	23
2.4 Cassandra e.V.	23
2.5 Evangelische Familien-Bildungsstätte gGmbH Nürnberg (FBS)	26
2.6 Frauen- und Mädchengesundheitszentrum FMGZ e.V.	27
2.7 Türkisch-Deutscher Verein zur Integration Behinderter e.V.	27
2.8 Selbstorganisationen der MigrantInnen	28
3 Angebote im Kooperationsverbund mehrerer Träger	28

	Seite
B. Gesundheitliche Versorgung	30
1 Klinikum Nürnberg	30
1.1 Centrum für Kommunikation, Information, Bildung (cekib)	30
1.2 International Department	31
1.3 Klinik für Frauenheilkunde	31
1.4 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	31
1.5 Weitere Aktivitäten des Klinikums Nürnberg	32
2 Seelische Gesundheit und Drogenhilfe	32
2.1 Sozialpsychiatrischer Dienst der arbewe GmbH (AWO – KV Nürnberg)	32
2.2 Krisendienst Mittelfranken e.V.	33
2.3 mudra – Alternative Jugend- und Drogenhilfe e.V.	33
3 Angebote für Menschen ohne Krankenversicherung	35
4 Patientenberatung	35
III. Das Ziel: Mehr gesundheitliche Chancengerechtigkeit in Nürnberg	38

I.

Migration und Gesundheit: Ein Überblick

- psychische Belastung durch politische Verfolgung oder Folter im Herkunftsland

Einzelne (seltene) erbliche Stoffwechselerkrankungen sind hier auch noch zu erwähnen.

Verschiedene Studien der Europäischen Union postulieren für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund eine Kumulation von Belastungen.⁵ Eine höhere Vulnerabilität (Anfälligkeit) bezieht sich vor allem auf funktionale Einschränkungen und psychische Erkrankungen.

Auch die folgenden epidemiologischen Aussagen bzw. Daten sind, wenn nicht anders angegeben, dem Schwerpunktbericht des Bundes (siehe Fußnote 1) entnommen:

Was die **Sterblichkeit** betrifft, gleichen sich die Mortalitätsziffern bei zugewanderten Personen mit der Aufenthaltsdauer den Verhältnissen im Zielland an. So hat sich die Müttersterblichkeit bei türkischen Frauen deutlich den Mortalitätsziffern deutscher Mütter angenähert und liegt erheblich niedriger als bei Müttern in der Türkei. Bei Herz-Kreislaufkrankungen liegen die Verhältnisse entgegengesetzt: Bei Menschen mit Migrationshintergrund aus dem südlichen Mittelmeerraum verändert sich das „mitgebrachte“ günstigere Mortalitätsprofil zwar relativ langsam, aber dennoch in eine negativere Richtung (S.37).

Bei **starkem Übergewicht** (Adipositas), das im Gegensatz zu leichtem Übergewicht (Body-Mass-Index 25 - 30 kg/m²) mit einem erhöhtem Mortalitätsrisiko verbunden ist, finden sich genderbezogene Unterschiede. Während bei Männern kaum Unterschiede zwischen Deutschen und Nicht-Deutschen festzustellen sind, weisen nichtdeutsche Frauen in der Altersgruppe 40-75 Jahre eine deutlich höhere Adipositashäufigkeit auf wie deutsche Frauen. „Gründe hierfür liegen möglicherweise in einem unterschiedlichen Gewichtsbewusstsein und Körperbild sowie einer geringeren körperlichen Aktivität bei zugewanderten Frauen im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung (S.52 f.). Dies verweist darauf, dass „naive“ Ernährungsauforderungen ohne Berücksichtigung soziokultureller Gegebenheiten eher ein schlechtes Gewissen und Stigmatisierungen, also psychosoziale Belastungen, hervorrufen und kaum die gewünschten Verhaltensänderungen anstoßen.

Bei **Suchtproblemen** ergibt sich ein sehr unterschiedliches Bild:

Im Hinblick auf den **Tabakkonsum** zeigt sich, dass Männer mit Migrationshintergrund (Mikrozensus 2009) häufiger rauchen (35,7%) als Männer ohne Migrationshintergrund (29,4%). Bei den Frauen hingegen ist der Anteil regelmäßiger Raucherinnen bei nichtdeutschen im Vergleich zu deutschen Frauen niedriger (19,8 %/21,3 %).⁶ Bei den männlichen Jugendlichen (Alter 14 bis 17 Jahre) rauchten nach Daten der KIGGS-Studie 26,7% der Nichtdeutschen und 32% der Deutschen. Bei den weiblichen Jugendlichen nichtdeutscher Herkunft betrug der Raucherinnen-Anteil 24,6%, während weibliche Jugendliche ohne Migrationshintergrund zu 33,2 % rauchten.⁷ Auch hier ist zu berücksichtigen, dass sich das Rauchverhalten nicht nur nach Geschlecht, sondern auch zwischen Migrantengruppen und nach Bildungsabschluss erheblich unterscheiden kann.

⁵ Vgl. Committee of Migration, Refugees and Demography in Council of Europe Doc 9444, 2002

⁶ Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Gesundheit und Migration – Bayerischer Bericht, Gesundheitsberichterstattung für Bayern 4, 2011

⁷ Vgl. Bergmann u.a., Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Berlin 2008, berichtet in: Gesundheit und Migration – Bayerischer Bericht a.a.O., S. 31

Der **Alkoholkonsum** ist je nach Herkunft stark unterschiedlich, Menschen mit Migrationshintergrund aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion haben häufig einen höheren Alkoholkonsum als Deutsche; Menschen mit Migrationshintergrund aus überwiegend moslemischen Ländern einen niedrigeren, besonders bei den Frauen. Dabei zeigen sich aufgrund von Daten des Sozioökonomischen Panels 2008 in Bayern unterschiedliche Konsummuster je nach Art der Alkoholika: Während bei nichtdeutschen Männern (16,5%) und Frauen (0,9%) regelmäßiger Bierkonsum seltener ist als bei deutschen Männern (23%) und Frauen (5,3%), trinken mehr nichtdeutsche Männer (12,3%) regelmäßig Wein als deutsche Männer (7,5%). Bei den nichtdeutschen Frauen liegt die Abstinenzrate im Vergleich zu deutschen Frauen recht hoch (beim Weinkonsum 53,5% im Vergleich zu 19,4%).⁸

Der Konsum von **illegalen Drogen** bei Menschen mit Migrationshintergrund wird sehr unterschiedlich eingeschätzt.⁹ Männer mit Migrationshintergrund aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion konsumieren meist erst in Deutschland illegale Drogen und ihr Anteil an den Drogentoten ist überproportional hoch.

Insgesamt ist festzustellen, dass sich der Konsum von Suchtmitteln bei längerer Aufenthaltsdauer an den der Deutschen ohne Migrationshintergrund angleicht.

Bei **Kindern und Jugendliche** stehen **Unfälle** an der ersten Stelle im Krankheitsgeschehen. Nach einer Studie war die unfallbedingte Verletzungsrate bei den 5 bis 15-jährigen nichtdeutschen Jungen fast doppelt so hoch, bei den unter 5-jährigen Jungen 3,3 mal so hoch wie bei den deutschen Jungen. Bei den Mädchen sind die Unterschiede geringer: Sie betragen bei den unter 5-jährigen das 2,3fache und bei den 5- bis 15-jährigen Mädchen das 1,1fache¹⁰. Hier dürfte der hohe Anteil von Familien in schwierigen Lebenslagen eine besondere Rolle spielen.

Von **allergischen Erkrankungen**, wie Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis sind Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund deutlich seltener betroffen als jene mit deutscher oder binationaler Herkunft. Hier scheinen in erster Linie Lebensgewohnheiten eine Rolle zu spielen, da die Allergieneigung mit der Anpassung an deutsche kulturelle Muster ansteigt.

Im Hinblick auf die **Mundgesundheit** zeigt sich ein höherer Kariesbefall bei Kindern mit Migrationshintergrund, insbesondere bei türkischen Kindern und Kindern osteuropäischer Herkunft (S. 81). Auch beim Zahnputzverhalten lassen sich schlechtere Werte für Kinder mit Migrationshintergrund feststellen; soziokulturell geprägte Ernährungsgewohnheiten, die Abhängigkeit vom Bildungshintergrund und Genderaspekte (günstigere Werte bei Mädchen und bei besserer Bildung) sind auch hier zu berücksichtigen. Generell ist festzustellen, dass ein erhöhter Kariesbefall sich in Deutschland immer stärker auf Kinder und Jugendliche in sozial schwierigen Lebenslagen konzentriert und Kinder/ Jugendliche mit Migrationshintergrund insofern besonders betroffen sind.

Zu weiteren Daten im Hinblick auf die gesundheitliche Lage von Kindern siehe die Nürnberger Daten im folgenden Kapitel.

⁸ erwähnt in: Gesundheit und Migration – Bayerischer Bericht a.a.O., S.33

⁹ ebd., S.34

¹⁰ Ergebnisse des vom Robert-Koch-Institut durchgeführten bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS, Daten 2003-2006), erwähnt in: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, a.a.O., S.74

Zum **Gesundheitszustand älterer Menschen** mit Migrationshintergrund ist zu berücksichtigen, dass die nach Deutschland gekommenen „ArbeitsmigrantInnen“ eine vom Gesundheitszustand her „positive Auswahl“ darstellten („Healthy-migrant-Effekt“). Da sie aber im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund ungünstigeren Arbeits- und Lebensbedingungen ausgesetzt waren, ist von einem erhöhten Krankheitsrisiko im Alter auszugehen. Ein Hinweis in diese Richtung könnte der höhere Krankenstand von Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund in der Altersgruppe ab 45 Jahre sein. Leider liegen jedoch zum „objektiven“ Gesundheitszustand älterer Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland keine repräsentativen Daten vor.

Eine Hamburger Studie¹¹ ergab jedoch Hinweise auf ein höheres Vorkommen altersbedingter Krankheiten bei Menschen mit Migrationshintergrund im jüngeren Alter: Die Rate derartiger Erkrankungen war bei ihnen ab 55 Jahren höher als bei Deutschen ab 65 Jahren. Bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund bestanden auch häufiger Probleme bei der Alltagsbewältigung, z.B. Treppensteigen, Einkaufen, Körperpflege.

Es ist damit zu rechnen, dass in den nächsten Jahren der Pflegebedarf für Menschen mit Migrationshintergrund deutlich steigen wird.

3 Nürnberger Daten zur gesundheitlichen Situation

Eine entsprechende Aufbereitung und routinemäßige Auswertung von Krankenversicherungsdaten, um die gesundheitliche Situation von Bevölkerungsgruppen im zeitlichen Verlauf und im regionalen Vergleich zu beobachten, ist leider in Deutschland noch immer nicht möglich. Informationen zur gesundheitlichen Lage der Nürnberger Bürgerinnen und Bürger im Sinne von bevölkerungsmedizinischen Angaben, die sich auf die Gesundheit ganzer Bevölkerungsgruppen beziehen, lassen sich vor allem aus den Auswertungen der jährlichen Schuleingangsuntersuchungen (SEU) und themenbezogener Erhebungen ableiten. Die migrationsbezogenen Informationen aus der bislang aktuellsten Wohnungs- und Haushaltserhebung mit dem Zusatzmodul „Gesundheit“ aus dem Jahr 2006 wurden bereits im Bericht der Koordinierungsgruppe Integration vom 20.3.2007 vorgestellt. Eine Fortschreibung erfolgte bisher nicht.

3.1 Gesundheit der SchulanfängerInnen¹²

49% der einzuschulenden Kinder weisen einen Migrationshintergrund auf, d.h. entweder sie selbst oder ihrer Eltern sind aus dem Ausland zugezogen.

Deutliche **Unterschiede in der vorschulischen Förderung** der Kinder zwischen Familien mit und ohne Migrationshintergrund zeigten sich bei einer Befragung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen 2007/08 und 2008/09: 59,2% der Eltern ohne Migrationshintergrund gaben an, dass ihr Kind regelmäßig Sport treibe gegenüber von 35,5% der Eltern mit Migrationshintergrund. Nach Angaben der Eltern frei schwimmen konnten 32,8% der Kinder ohne und nur 13,5%

¹¹ erwähnt in: Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, a.a.O., S.100

¹² Die folgenden Zahlen beziehen sich auf die Auswertungen der Gesundheitsberichterstattung des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 1999/2000 – 2008/2009 im zeitlichen Verlauf und unter Berücksichtigung sozialräumlicher Aspekte, vorgelegt in der Sitzung des Gesundheitsausschusses des Nürnberger Stadtrats am 09.12.2010

der Kinder mit Migrationshintergrund. Auch wurden Mädchen in den genannten Bereichen stets etwas häufiger gefördert wie Jungen.

Schutzimpfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten medizinisch-präventiven Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von zahlreichen Infektionskrankheiten. Vergleicht man die in den Schuleingangsuntersuchungen erhobenen Impfraten aus den Jahren 2004 und 2008, so lässt sich feststellen, dass Kinder mit Migrationshintergrund mittlerweile in der Regel besser durch Impfungen geschützt sind als Kinder ohne Migrationshintergrund. So waren 2004 Kinder mit Migrationshintergrund im Vergleich zu den Kindern aus deutschen Herkunftsfamilien nur gegen Tetanus und Hib (Haemophilus influenzae Typ B) seltener vollständig immunisiert. 2008 lagen alle Impfraten der Kinder mit Migrationshintergrund über denen der deutschen. Dabei wiesen Kinder türkischer Staatsangehörigkeit bessere Impfraten auf als Kinder anderer ausländischer und auch deutscher Nationalität.

Auch bei den **Vorsorgeuntersuchungen (U1-U9)**, die bis zum 64. Lebensmonat abgeschlossen sein sollen und der rechtzeitigen Entdeckung von körperlichen und psychischen Entwicklungsstörungen und Krankheiten dienen, ist eine positive Entwicklung zu verzeichnen: Die gesamte Untersuchungsreihe hatten 1999/2000 62,8% der Kinder vollständig dokumentiert vorliegen, 2008/09 waren es bereits 72,3%. Betrachtet man nur die Kinder ohne einen Migrationshintergrund, stieg der Anteil der Kinder mit einer vollständigen Teilnahme an den Untersuchungen von 71,0% (1999/2000) auf 82,6% (2008/09), d.h. um 11,6 Prozentpunkte. In wesentlich stärker ausgeprägter Form fand diese Entwicklung auch bei den Kindern mit einem Migrationshintergrund statt: Konnten 1999/2000 nur 34,1% der Kinder eine vollständige Teilnahme nachweisen, waren es 2008/09 bereits 64,4%, d.h. ihr Anteil hat sich beinahe verdoppelt bzw. ist um 30,3 Prozentpunkte gestiegen.

Hinsichtlich **überprüfungsbedürftiger Befunde**, die sich aus den Schuleingangsuntersuchungen ergeben (medizinische/entwicklungsbedingte Befunde), fallen bei Kindern mit Migrationshintergrund vor allem **Störungen der Sprachentwicklung** auf. Seit 2004 wird die Herkunft der Kinder nach dem Migrationshintergrund erfasst: Seither nahmen die diagnostizierten **Wort- und Satzbildungsstörungen** bei den Kindern mit Migrationshintergrund fortlaufend und deutlich zu, nämlich von 16,5% im Jahre 2004 auf 34,7% im Jahr 2008. Bei den Kindern ohne Migrationshintergrund gab es in dem gleichen Zeitraum sogar eine leichte Abnahme der entsprechenden diagnostizierten Störungen: Der Anteil betrug 2008 nur 7,1%.

Zu berücksichtigen sind hier allerdings zwei Einflussfaktoren: Zum einen lassen sich Störungen in der Sprachentwicklung bei Kindern mit Migrationshintergrund bisweilen schwer von Sprachunsicherheiten unterscheiden. Zum anderen ist der zwischen 2004 und 2008 zu verzeichnende deutliche Anstieg der Quoten von Kindern mit Migrationshintergrund, die Störungen in der Wort- und Satzbildung haben, sicherlich auch auf diagnostische Veränderungen rückzuführen, da 2005 ein verfeinertes Testverfahren eingeführt worden ist. Hier besteht noch weiterer **Klärungsbedarf**.

Bei **koordinativen Fähigkeiten** (Faust-Hand-Koordination) schneiden Kinder mit Migrationshintergrund (Schuleingangsuntersuchung 2008/09) besser ab als Kinder ohne einen Migrationshintergrund (Auffälligkeiten bei 8,9% gegenüber 19,0%).

Hinsichtlich der Problematik **Übergewicht** weisen Kinder mit Migrationshintergrund hingegen mehr Auffälligkeiten auf: Wie auch schon im Zeitraum 1999-2003 waren in den Jahren 2005-2008 Kinder mit Migrationshintergrund häufiger - auch krankhaft - übergewichtig als Kinder

ohne Migrationshintergrund, und zwar doppelt so häufig „normal“ übergewichtig (8,9% gegenüber 4,5%) und mehr als doppelt so häufig adipös (4,0% gegenüber 1,6%). Umgekehrt wiesen 11,8% der Kinder ohne und nur 8,6% der Kinder mit Migrationshintergrund Untergewicht auf.

Bei der Interpretation von „Untergewicht“ bleibt zu bedenken, dass das Alter für die Einschulungsuntersuchung schrittweise herabgesetzt wird, sich die Alterszusammensetzung der SchulanfängerInnen verjüngt. In diesen Fällen kann Untergewicht auch altersgemäß bedingt sein.

3.2 Stadtteilbezogene Erhebungen (St. Leonhard/Schweinau)

Anlässlich der Aufnahme der Stadtteile St.Leonhard/Schweinau in das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ führte der Lehrstuhl für Soziologie und Empirische Sozialforschung der Universität Erlangen-Nürnberg dort eine Erhebung durch.¹³ Gegenstand der quantitativen Studie war die **Lage von Kindern und Jugendlichen des Stadtteils**, zu der im Rahmen der Vorbereitenden Untersuchungen nur Sekundärdaten ausgewertet und qualitative Informationen neu erhoben wurden.¹⁴

Im Jahr 2008 betrug der AusländerInnenanteil in St.Leonhard/Schweinau 35,7%. Nach den Angaben des Staatlichen Schulamtes hatten 68,8% und 66,3% der Schüler/-innen an den Grundschulen St.Leonhard und Carl-von-Ossietzky sowie 79,6% und mehr als 70% der Schüler/-innen an den Hauptschulen St.Leonhard und Carl-von-Ossietzky einen Migrationshintergrund. Dies bedeutet, dass die Ergebnisse der Studie, auch wenn die Daten nicht hinsichtlich des Faktors „Migration“ ausgewertet wurden, doch zu einem überwiegenden Teil die Situation von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund widerspiegeln.

Die Klassenraumbefragung von 665 Grund- und HauptschülerInnen in St.Leonhard/Schweinau ergab, dass 21% der Kinder ihre **Mahlzeiten** selten oder nie mit anderen am Tisch einnehmen. 45% der Kinder essen immer und weitere 39,4% meistens gemeinsam mit anderen.

Der überwiegende Teil der Kinder und Jugendlichen nahm eine warme Mahlzeit am Tag zu sich: 64,1% der Grund- und 75,9% der HauptschülerInnen. Bei den Getränken standen „gesunde“ Getränke wie Wasser, Saft/Saftschorle, Tee und Milch täglich im Vordergrund. Die Elternbefragung der Erst- und Zweitklässler ergab einen relativ niedrigen Konsum von Vollkornprodukten: 40,5% der Kinder aßen täglich oder mehrmals pro Woche Vollkornbrot. Andererseits wurden Obst/ Gemüse, Reis, Kartoffeln und Getreideprodukte, ungesüßte Milchprodukte und Fleisch häufiger als gesüßte Lebensmittel verzehrt. Von zu Hause bekamen die Kinder meist gesunde Lebensmittel mit: Das Pausenbrot bestand überwiegend aus einem belegten Brötchen/Brot, Obst. Dazu wurden vor allem Wasser und Saft/Saftschorle mitgegeben.

Nach eigenen Angaben tranken 15,6% der HauptschülerInnen täglich und 6,3% seltener **Alkohol**. Das Durchschnittsalter des ersten Alkoholkonsums war 11,3 Jahre. Alkohol wurde vor allem getrunken, weil er „gut schmeckt“ (43,0%) und „lustig macht“ (22,8%).

11,9% der HauptschülerInnen gab an, täglich oder seltener zu **rauchen**, 40,5% hatten es schon einmal probiert. Das Durchschnittsalter bei der ersten Zigarette war 11,5 Jahre. Weil „die

¹³ In den Grund- und Hauptschulen St. Leonhard, Carl-von-Ossietzky und Georg-Paul-Amberger wurden die Klassen 3-9 schriftlich im Klassenraum befragt, sowie Eltern und Erziehungsberechtigte der Kinder der 1. und 2. Jahrgangsstufe.

¹⁴ Wittenberg, R. et al./Stadt Nürnberg, Gesundheitsamt (Hrsg.): Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in St. Leonhard und Schweinau, März 2010

Freunde auch rauchen“ (51,1%) und weil „man sich nichts dabei denkt“ (40,0%), waren hierfür die meist genannten Gründe.

Elektronische Medien nehmen die wichtigste Rolle bei der **Freizeitgestaltung** der Kinder ein: Computerspiele, Fernseher/DVD, Musik, Spielkonsole und Kino waren die beliebtesten Freizeitpartner. Dies steigert sich mit zunehmendem Alter. Dementsprechend verloren **Sportarten** an Bedeutung: So beispielsweise spielten 35,1% der GrundschülerInnen draußen gegenüber von 22,2% der HauptschülerInnen, gingen 31,2% der GrundschülerInnen schwimmen gegenüber 20,3% der HauptschülerInnen.

Fast ein Fünftel der befragten SchülerInnen konnte (noch) nicht **schwimmen**, wobei nur unwesentliche Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen sowie Grund- und Hauptschule bestanden.

Zum **subjektiven Gesundheitsbefinden**: Die Klassenraumbefragung ergab, dass sich 64,1% der GrundschülerInnen der dritten und vierten Klasse gesundheitlich sehr gut fühlten, während dies nur 45,7% der HauptschülerInnen taten. Gut fühlten sich nur 25,2% der Grund- und 36,1% der HauptschülerInnen, schlecht bzw. sehr schlecht fühlten sich 2,4% der Grund- und 3,2% der HauptschülerInnen.

Aufgrund der Auskünfte der Kinder/ Jugendlichen bzw. Eltern zu Körpergröße und **Körpergewicht** wurde der Body-Mass-Index und in Abhängigkeit vom Alter die „Gewichtsklasse“ der Kinder berechnet.¹⁵ Die Werte sind nicht zu vergleichen mit den Ergebnissen der SEU, da sie auf Angaben und nicht auf Messungen basieren und nicht nur die SchulanfängerInnen umfassen. Demnach waren Mädchen häufiger als Jungen untergewichtig (24,0 % gegenüber 22,0%). Bei Übergewicht – auch starkem Übergewicht - waren Jungen häufiger vertreten: Insgesamt waren 35,3% der Jungen und 29,6% der Mädchen „zu dick“.

Nach den Angaben der Eltern der 1. Klasse Grundschule standen als **Beschwerden** ihres Kindes während der drei letzten Monate vor der Befragung Müdigkeit und Lustlosigkeit an erster Stelle (56,3%), gefolgt von Bauchschmerzen (37,5%) und Erkältung (28,1%). 26,6% der Eltern waren mit ihrem Grundschulkind während der letzten drei Monate wegen akuter Beschwerden und 6,6% wegen chronischer Leiden in ärztlicher Behandlung.

Die Klassenraumbefragung ergab zur **Zahnhygiene**, dass 81,0% der Mädchen und 63,5% der Jungen 2mal täglich, 16,6% der Mädchen sowie 29,8% der Jungen nur einmal täglich Zähne putzten. Nicht täglich reinigten 2,4% der Mädchen und 6,7% der Jungen ihr Gebiss. Prophylaktisch besuchten nur etwa 60% der Kinder einen Zahnarzt oder Kieferorthopäden. Ein weiteres Drittel ging nur bei Schmerzen, seltener als einmal jährlich oder nie zum Arzt.

Wie in der Untersuchung zu St.Leonhard/Schweinau betont wird, entsprechen die Ergebnisse im Großen und Ganzen denjenigen, die auch bundesweit für Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien gefunden werden können (z.B. KIGGS-Studie, RKI 2008). Sie weisen auf Ansatzpunkte hin, wie die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund verbessert werden kann.

¹⁵ Es wurden die alters- und geschlechtsabhängigen Referenzwerte nach Kromeyer und Hauschild verwendet. Untergewicht wurde < der 25. Perzentile, Normalgewicht zwischen der 25. und <75., „normales“ Übergewicht zwischen der 75. und <der 97., Adipositas ab der 97. Perzentile der BMI-Werte definiert.

4 Zwei einander ergänzende strategische Ansätze:

Zielgruppen- und Sozialraumorientierung in Gesundheitsförderung und Prävention sowie bedarfsgerechte Weiterentwicklung der zentralen Angebote zur gesundheitlichen Versorgung

4.1 Gesundheitsförderung und Prävention auf Stadtteilebene

Gesundheitsförderung zielt darauf ab, sowohl die Lebensverhältnisse der Menschen als auch deren individuelle Verhaltensweisen dahingehend zu ändern bzw. zu beeinflussen, dass deren Gesundheit erhalten bleibt bzw. gestärkt wird. Auch wenn Menschen mit Migrationshintergrund sich überdurchschnittlich häufig in sozial schwierigen Lebenslagen befinden, würde ein reines Defizitmodell, das nur auf gesundheitliche Belastungen verweist, zu kurz greifen: Menschen mit Migrationshintergrund verfügen oft über gesundheitliche und soziale Ressourcen, wie beispielsweise soziale Netzwerke, die sich positiv auf ihren Gesundheitszustand auswirken können. Folgerichtig können sich gesundheitsfördernde Maßnahmen nicht an die Gruppe „der Migrantinnen und Migranten“ richten, sondern müssen die jeweiligen **individuellen Bedürfnisse sowie Lebens- und Wohnverhältnisse berücksichtigen**. Die Verankerung präventiver (krankheitsvermeidender bzw. –früherkennender) Aktivitäten hat größere Erfolgchancen mit einer sozial-räumlichen Vorgehensweise, da hier die Menschen ganzheitlich in ihrem gewohnten Umfeld erreicht werden können. Gerade in den sozialen Brennpunkten von Großstädten lebt eine überdurchschnittlich hohe Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund auf engem Raum zusammen (siehe Kapitel 1). Ein erfolgversprechender Ansatzpunkt ist, gemeinsam mit den örtlichen Einrichtungen, vor allem Kindertageseinrichtungen und Schulen sowie mit Bewohnerinnen und Bewohnern vor Ort die jeweiligen Gesundheitspotenziale und –risiken zu ermitteln und Ideen bzw. Anregungen für ein gesundes Leben im Stadtteil zu entwickeln (**Partizipation**).

Ein weiteres wichtiges Handlungsfeld, um Menschen bedürfnis- und bedarfsorientiert mit präventiven Maßnahmen zu erreichen ist die betriebliche Gesundheitsförderung. Es hat sich gezeigt, dass im Hinblick auf berufstätige Männer, insbesondere in sozial schlechter gestellten Lebenslagen, die betriebliche Gesundheitsförderung gute Erfolgchancen bietet.

Dezentrale Ansätze erfordern die Kooperation zwischen den verschiedenen kommunalen Ämtern, den gesellschaftlichen Organisationen, Institutionen oder informellen Gruppen im Stadtteil (**Vernetzung**). Ziel sollte es sein, gemeinsam gesundheitsgerechtere Verhältnisse zu schaffen, die die gesundheitliche Situation der Betroffenen nachhaltig verbessern. Arztpraxen sollten zwar wichtige Kooperationspartner in der Gesundheitsförderung sein: Aber eine ganzheitliche Förderung von Gesundheit kann nicht ausschließlich Aufgabe des medizinischen Versorgungssystems sein, sondern ist vor allem ein soziales, auf den Lebensraum und das Gemeinwesen zielendes Vorhaben, das in der gemeinsamen Verantwortung verschiedener Politikbereiche steht.

Dabei sollte auch die persönliche Handlungsfähigkeit des Einzelnen im Hinblick auf die Gestaltung eines gesundheitsfördernden Alltags gestärkt und der Einzelne zu gesundheitsgerechtem Verhalten befähigt werden (**Empowerment**). Dabei geht es um Befähigung, vielleicht um Überzeugungsarbeit, nicht aber darum, Vorschriften zu machen: Menschen müssen auch prinzipiell das Recht behalten, sich gegen gesundheitliche Argumente zu entscheiden, wenn sie in einer Lebenssituation eine andere Prioritätensetzung bei ihrer Lebensgestaltung für sinnvoll halten (z.B. Wahrung soziokultureller Traditionen, was bei Ernährungsgewohnheiten eine besondere Rolle spielt).

Die Zielgruppe der Gesundheitsförderung im Stadtteil sind vor allem sozial benachteiligte Menschen, wobei hier Menschen mit Migrationshintergrund einen besonders hohen Anteil bilden. Im Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu „Migration und Gesundheit“ werden im Hinblick auf Menschen mit Migrationshintergrund folgende **vier Gruppen mit besonderen Risiken und Belastungen** genannt:

1. Kinder und Jugendliche aus Familien mit Migrationshintergrund
2. Ältere Menschen bzw. Senioren mit Migrationshintergrund
3. Frauen mit Migrationshintergrund und
4. Personen ohne rechtlich gesicherten Aufenthaltsstatus / Flüchtlinge.

Wie der Überblick zu migrationsbezogenen Gesundheitsangeboten zeigt (siehe Teil II.), existieren in Nürnberg schon zahlreiche Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund. Unterstützungsmöglichkeiten sprachlicher und kultureller Art für die Kommunikation im Gesundheitsbereich werden bereits vereinzelt bereitgestellt. Dolmetscherdienste, mehrsprachige Informationsmaterialien und auf die jeweilige Zielgruppe angepasste Formulierungen der Angebote betrieblicher Gesundheitsförderung - um z. B. eine bessere Unfallprävention zu erreichen - sowie Weiterbildungsangebote für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitsbereich werden punktuell angeboten.

Um den Problemlagen von Migrantinnen und Migranten bedarfsgerecht begegnen und gesundheitsförderliche strukturelle Veränderungen herbeiführen zu können, muss die **Zusammenarbeit im Sozialraum** zwischen dem Gesundheitsbereich, dem Sozialbereich, der Stadtteilkoordination, dem Quartiersmanagement, dem Schulamt, dem Seniorenamt, den Kulturläden und weiteren Organisationen weiter ausgebaut werden. Einen besonderen Stellenwert haben Kindergärten und Schulen als Orte der Bildung, die auch in gesundheitlicher Hinsicht Möglichkeiten für frühzeitige günstige Weichenstellungen bieten.

Einzelmaßnahmen und Projekte mit dem üblichen „Komm“-Ansatz sind weniger erfolgversprechend und sollten nach und nach durch **integrierte, vernetzte Ansätze der Gesundheitsförderung** ersetzt werden. Ein besonderer Vorteil von Kooperationsverbänden im Stadtteil (z.B. Kindergärten, Schulen) besteht auch darin, dass ungewollte Stigmatisierungen vermieden werden, da hier nicht ausschließlich sozial benachteiligte Menschen mit Migrationshintergrund anzutreffen sind, sondern sich die Angebote prinzipiell an alle unabhängig von deren sozialer oder kultureller Herkunft richten.

Nur nachhaltige Veränderungen können gesundheitsfördernde Effekte haben. Punktuelle, befristete Angebote mögen zwar einen Einstieg erleichtern, genügen aber nicht für die Erreichung langfristiger Zielsetzungen. Die **Verstetigung von Angeboten** und deren strukturelle Verankerung müssen einen hohen Stellenwert in der Kommunikation mit politischen Entscheidungsträgern und weiteren „Geldgebern“ hinsichtlich notwendiger Prioritäten haben. Um den Nutzen von Angeboten belegen zu können und eine systematische, faktengestützte Weiterentwicklung zu ermöglichen, sollten möglichst **Evaluationen** als integraler Bestandteil eingebaut werden.

4.2 Weiterentwicklung der zentralen Angebote der gesundheitlichen Versorgung

Der ambulante und der stationäre Sektor sind die beiden Eckpfeiler der kurativen gesundheitlichen Versorgung. Sie werden ergänzt durch verschiedene – insbesondere psychosoziale - Bera-

tungseinrichtungen und durch Selbsthilfegruppen, die v. a. bei chronischen Erkrankungen wichtige, zu Versorgungsangeboten komplementäre Aufgaben übernehmen.

Auch bei Menschen mit Migrationshintergrund finden sich in Deutschland nur wenige ohne Krankenversicherungsschutz; Probleme hinsichtlich eines finanziell abgesicherten formalen Zugangs zu Gesundheitsleistungen gibt es v. a. bei sich hier „illegal“ aufhaltenden Flüchtlingen, Personen mit kurzzeitiger Aufenthaltserlaubnis und Personen aus den neuen EU-Ländern, die in ihren Herkunftsländern keine Krankenversicherung abgeschlossen haben. Verlässliche Zahlen, insbesondere auf Nürnberg bezogen, liegen dazu leider noch nicht vor.

Es bestehen jedoch noch immer **Zugangsbarrieren**, die die reale Inanspruchnahme von Leistungen bzw. eine angemessene kultursensible Versorgung behindern. Unzureichende Deutschkenntnisse, verschiedene Folgen eines kulturell unterschiedlichen Krankheitsverständnisses, Informationsdefizite über das System der Gesundheitsversorgung bzw. mangelnde institutionelle Transparenz, Defizite in der multikulturellen Kompetenz von Versorgungsangeboten (z.B. zu wenige muttersprachliche Psychotherapieangebote) beeinflussen das Nutzungsverhalten und können auch zu Problemen in den Behandlungsabläufen führen. Hier spielen der jeweilige soziokulturelle Hintergrund des Herkunftslandes sowie die Dauer des Aufenthaltes bzw. der Integrationsgrad eine wesentliche Rolle. Wie bei allen Fragestellungen, die eine angemessene gesundheitliche Versorgung betreffen, sind Einflüsse des Genderaspektes immer mit zu berücksichtigen.

Obwohl der Forschungsstand zu **Rehabilitation** im Kontext von Migration noch sehr niedrig ist, zeigt eine Studie der Universität Bielefeld, dass auch in diesem Versorgungsbereich ähnlich strukturierte Zugangsbarrieren bestehen, die z.B. eine vergleichsweise geringere Inanspruchnahme rehabilitativer Maßnahmen durch Menschen mit Migrationshintergrund zumindest teilweise erklären.¹⁶ Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass alle Ansätze der Rehabilitation (z.B. physiotherapeutische Ansätze und Förderung der Eigenaktivität) auf der (kulturell westlichen) Annahme basieren, dass die (subjektive) Gesundheit durch das eigene aktive Tun verbessert werden kann. In vielen Kulturen wird eine Erkrankung jedoch als etwas von „Außenkommendes“ verstanden, was die Akzeptanz von Maßnahmen nach dem klassischen (westlich geprägten) Rehabilitationskonzept erschwert.

Bei der **Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen** weisen Menschen mit Migrationshintergrund niedrigere Teilnahmeraten auf als Menschen ohne Migrationshintergrund. Bei den entsprechenden Untersuchungen für Kinder nahmen lt. KIGGS-Studie 97% der Kinder ohne Migrationshintergrund an der U3 teil, aber nur 81% der Kinder mit Migrationshintergrund. „Im Vergleich zu 2% der Kinder ohne Migrationshintergrund haben sogar 14% der Kinder mit Migrationshintergrund nie eine Früherkennungsuntersuchung (U3 bis U9) in Anspruch genommen“.¹⁷ Auch bei der Schwangerschaftsvorsorge und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen liegt die Teilnahmerate von MigrantInnen niedriger.¹⁸ Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass z.B. der Sinn und Nutzen von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nicht per se fachlich unumstritten ist, sondern im Einzelnen recht kontrovers diskutiert wird.

¹⁶ Brause, M. u. a., „Studie „Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation“ (Abschlussbericht), Fakultät für Gesundheitswissenschaft, Universität Bielefeld, 2010

¹⁷ Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, a.a.O., S.88

¹⁸ berichtet von Herrn Prof. Dr. David, Charité Universitätsmedizin Berlin, auf der Fachtagung „Migration und Gesundheit“ des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg am 14.10.2009 in Nürnberg

In den letzten zwanzig Jahren ist die **Notwendigkeit einer kultursensiblen, multikulturell kompetenten Gesundheitsversorgung** in der Fachöffentlichkeit in seinen verschiedenen Facetten intensiv diskutiert worden und hat als Forderung auch Eingang in gesundheitspolitische Expertisen und Stellungnahmen gefunden, so z.B. in die Stellungnahmen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Was konkrete Schritte zur Verringerung aufgezeigter Probleme betrifft, sind sie jedoch bisher eher punktuell angelegt gewesen und haben selten zu strukturellen Veränderungen geführt. Ein großes Problem war und ist die Einbindung in zeitlich befristete „Modellprojekte“, die nicht in die Phase einer nachhaltigen Implementierung münden und bei denen dann auch der Verlust des daraus gewonnenen Erfahrungs- Zuges droht (siehe z.B. das 2009 ausgelaufene, auf drei Jahre befristete Projekt „Koordinationsstelle Migration und Gesundheit“ beim Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg).

Ansatzpunkte für Verbesserungen, die auf der kommunalen Ebene angegangen werden können, weisen insofern interne Begrenzungen auf, als sie sich zumeist auf Probleme beziehen, die übergeordneter Lösungen, z.B. auf Bundesebene, bedürfen. Dies zu berücksichtigen, sollte allerdings nicht davon abhalten, sich um „vor Ort“ beeinflussbare Veränderungen zu bemühen.

Im Folgenden sollen Möglichkeiten zur Verbesserung von Aspekten der Versorgungssituation aufgezeigt werden:

Verständigungsschwierigkeiten aufgrund mangelnder Kompetenz in der deutschen Sprache

Nur bei stationären Aufenthalten und vor operativen Eingriffen ist bei Bedarf die Finanzierung eines Fach-Dolmetschers rechtlich gesichert. Wie eine Befragung zeigt¹⁹, wird diese Möglichkeit nur selten wahrgenommen und auf fremdsprachige, jedoch nicht speziell geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder Angehörige zurückgegriffen. Angesichts der Schweigepflichtproblematik und Probleme der Übersetzungsqualität ist dies insgesamt keine zufriedenstellende Lösung.

In der ambulanten Versorgung ist die **Finanzierung eines Dolmetschereinsatzes** über die Krankenkassen nicht gewährleistet. Als Hilfestellung zur Verbesserung der Situation hat das Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg eine Datenbank mit laufender Aktualisierung aufgebaut, die auflistet, in welchen Einrichtungen des Gesundheitswesens in Nürnberg Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit guten Fremdsprachenkenntnissen tätig sind. In München wurde vor acht Jahren ein Gemeindedolmetscherdienst aufgebaut, der von der Stadt München und dem Bayerischen Sozialministerium finanziert wird. Eine solche Lösung bietet sich auch für Nürnberg an, wobei eine mittelfränkische Großraumlösung und eine Unterstützung durch den Krankenkassenbereich anvisiert werden sollte.

Interkulturelle Öffnung von Versorgungseinrichtungen

Interkulturelle Kompetenz ist eine **wesentliche Basisqualifikation** für Mitarbeiter/-innen im Gesundheitsbereich. Ziel sollte es sein, die Inanspruchnahme entsprechender Qualifizierungsprogramme, wie Inku Tra (Interkulturelle Trainings der Arbeiterwohlfahrt) oder des Fernlehrgangs „Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen“ des cekib (Centrum für Kommunikation-Information-Bildung des Klinikums Nürnberg) zu steigern bis hin – soweit wie möglich - zu einer Verbindlichkeit für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit häufigem Klienten-Kontakt in bestimmten Einrichtungen (z.B. Gesundheitsamt, Klinikum Nürnberg). Die interkulturelle Öff

¹⁹ Lt. einer Befragung der Verbraucherzentrale NRW aus dem Jahre 2005, berichtet in: Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, a.a.O., S.114

nung sollte auch zu den Zielsetzungen gehören, die im Rahmen eines Qualitätsmanagements – z.B. im Krankenhausbereich - berücksichtigt werden.

Mit der zweiten und dritten Generation von Menschen mit Migrationshintergrund steigen die Möglichkeiten, **verstärkt qualifiziertes Gesundheitspersonal mit Migrationshintergrund** zu gewinnen. Bei Stellenausschreibungen sollten interkulturelle Kompetenzen und Fremdsprachenkenntnisse, insbesondere der Hauptherkunftsländer, im Rahmen der gewünschten Qualifikationen einen angemessenen Stellenwert haben. Dies sollte auch für die Regelversorgung gelten und nicht nur für spezifische Stellen migrationsbezogener Gesundheitsarbeit. Dort, wo bei Ausbildungslehrgängen Möglichkeiten bestehen, durch qualifizierende Unterstützung noch mehr Auszubildende mit Migrationshintergrund zu gewinnen und einen erfolgreichen Ausbildungsabschluss zu erleichtern, ist dies zu nutzen und auszubauen.

In einigen bundesdeutschen Krankenhäusern, insbesondere in Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, sind in den letzten Jahren **professionelle Integrationsbeauftragte** installiert worden. Am Klinikum Nürnberg wurde 2010 eine Oberärztin mit der zusätzlichen Aufgabe einer **Migrationsreferentin** betraut. Diese Erfahrungen sollten ausgewertet werden, um abschätzen zu können, welches Modell sich für Nürnberger Kliniken eignet, um eine nachhaltige Berücksichtigung migrationspezifischer Bedürfnisse zu berücksichtigen.

Menschen mit Migrationshintergrund ohne Krankenversicherung

Auch wenn die Probleme im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung nur durch Regelungen auf Bundesebene befriedigend gelöst werden können, sollten die Handlungsspielräume auf kommunaler Ebene voll ausgeschöpft werden. Ein **intensivierter beratender Ansatz**, wie er in München vom Amt für Wohnen und Migration geleistet wird, könnte dazu führen, vermehrt Menschen mit Migrationshintergrund ohne gesicherten Aufenthaltsstatus zur Wahrnehmung eines Leistungsanspruchs zu verhelfen. Hier bietet auch das Asylbewerberleistungsgesetz Möglichkeiten, die noch weiter ausgeschöpft werden können.

Solange es zu keiner bundesweiten Lösung kommt, sollte das bestehende zivilgesellschaftliche Engagement im Rahmen von Nürnberger Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung gestärkt werden, das schon jetzt unverzichtbare Unterstützung leistet. Die Arbeitsgemeinschaft „Menschen ohne Krankenversicherung“ unter Federführung des Gesundheitsamtes bietet eine gute Plattform, um die Informationsbasis über bestehende Bedarfe zu erweitern, Unterstützungsmöglichkeiten zu konkretisieren und mit einem kooperativen Ansatz zu Lösungen zu gelangen.

Selbsthilfebereich

Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen werden ganz überwiegend von Menschen mit deutschem soziokulturellen Hintergrund in Anspruch genommen, nur in sehr geringem Umfang von Menschen mit Migrationshintergrund. Dabei spielen neben Informationsdefiziten sowie mangelnden Deutschkenntnissen auch Gefühle der Nicht-Akzeptanz eine wesentliche Rolle, aber auch kulturelle Unterschiede, die ein anderes Verständnis von Gesundheit und Krankheit sowie den Umgang damit bedingen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es in vielen Ländern keine Institutionen der Selbsthilfe im Bereich des Gesundheitswesens gibt. Somit sind Selbsthilfegruppen in vielen Kulturen fremd und Menschen mit einem entsprechenden Migrationshintergrund können oft diesen Gruppen keine Wirkung zuschreiben.

Über **Multiplikatorenarbeit** kann jedoch das System der Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationshintergrund verständlicher werden und Brücken zu einer Gruppenteilnahme gebaut werden. Darüber hinaus kann es auch notwendig sein, das Selbsthilfekonzent stärker an den Erwartungshorizont vieler Menschen mit Migrationshintergrund anzunähern (z.B. stärkere Einbeziehung von ExpertInnen) und den **Aufbau ethnisch homogener Gruppen** zu unterstützen. In Kooperation mit dem Regionalzentrum Selbsthilfegruppen Mittelfranken e.V. könnte ein auf Multiplikatorenarbeit abgestelltes Projekt wichtige Impulse zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfeförderung in Nürnberg und in der Region geben. Eine Einbeziehung der in Nürnberg in den letzten Jahren ausgebildeten MiMi-Kräfte (Projekt: Mit Migranten für Migranten) bietet sich auch im Rahmen eines solchen Projekts an.

II.

Migrationsbezogene Gesundheitsangebote in Nürnberg

Als eine sehr positive Entwicklung ist es anzusehen, dass die Berücksichtigung interkultureller bzw. migrationspezifischer Aspekte in der Arbeit vieler Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereichs mittlerweile deutlich an Stellenwert gewonnen und längst in die tägliche Praxis Eingang gefunden hat. Deshalb wird es hier nicht möglich sein, im Sinne einer vollständigen Bestandsaufnahme einen Überblick über alle Angebote in Nürnberg zu geben – und es könnte auch nur eine Momentaufnahme sein, die kurzfristig schon wieder ergänzungsbedürftig wäre. Darüber hinaus haben, vor dem Hintergrund eines umfassenden, aber notwendigen Begriffs der lebenslagenorientierten Gesundheitsförderung, viele Angebote, v.a. der psychosozialen Unterstützung, Angebote aus dem Freizeit-, Kultur- und Bildungsbereich eine wichtige implizite gesundheitliche Relevanz, deren Darstellung den Rahmen dieses Berichtes jedoch sprengen würde. Der folgende Überblick ist in enger Zusammenarbeit mit den jeweiligen Einrichtungen/Trägern entstanden. Er stellt wesentliche „Orte“ in der Landschaft der Angebotsstruktur in Nürnberg dar, ohne aber Anspruch auf Vollständigkeit im Sinne einer umfassenden Bestandsaufnahme zu erheben.

A. Gesundheitsförderung, Prävention und Beratung

1 Angebote von Ämtern und Dienststellen der Stadt Nürnberg

1.1 Gesundheitsamt

Die Angebote des Gesundheitsamtes richten sich immer auch an Menschen mit Migrationshintergrund, die vielfach einen großen, teilweise sogar den überwiegenden Teil, der Klienten ausmachen.

Zu nennen wären hier z.B. die Belehrungen zum Umgang mit Lebensmitteln nach §43, Abs.1 des Infektionsschutzgesetzes, die Beratungen durch die staatlich anerkannte Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen (Schwangerschaftskonfliktberatung und Zuschüsse durch die Landesstiftung „Hilfe für Mutter und Kind“), die Beratungen zu AIDS und weiteren sexuell übertragbaren Erkrankungen, der Sozialpsychiatrische Dienst, die Schuleingangsuntersuchungen im Jahr vor der Aufnahme in die Grundschule, die Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsauffälligkeiten und Behinderungen sowie die Tbc-Beratungsstelle.

Alle diese Angebote sind in deutscher Sprache, bei Sprachschwierigkeiten bringen viele Klienten selbst einen Übersetzer mit, bei Bedarf werden vereidigte Dolmetscher eingesetzt.

Der **Kinder- und Jugendärztliche Gesundheitsdienst**, der in Kindergärten und Schulen Untersuchungen durchführt und Erzieherinnen, Lehrer und Eltern berät, nahm, um die interkulturelle Kompetenz des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals zu erhöhen, bereits im Jahr 2002 an zwei Fortbildungen zur migrationspezifischen Beratung durch InKutra teil.

Seit September 2009 existiert im Rahmen des vom Jugendamt und dem Gesundheitsamt gemeinsam getragenen Projektes Frühe Hilfen für Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren die sog. aufsuchende Gesundheitshilfe (= aGH): ein Angebot, bei dem Kinderkrankenschwestern, eine von ihnen mit eigenem Migrationshintergrund, auf Wunsch bei Hausbesuchen eine konkrete Anleitung bezüglich Pflege und Ernährung sowie im Umgang mit dem Säugling bzw. Kleinkind geben. Bei Bedarf kann auch eine Kinderärztin des Gesundheitsamtes eingeschaltet werden. Das Angebot erreicht in hohem Maß Familien mit Migrationshintergrund. Falls nötig werden – ggf. in Kooperation mit der Koordinierenden Kinderschutzstelle des Jugendamtes – weitere passgenaue

Hilfen vermittelt. Insbesondere für Familien im Asylverfahren stellt die aGH eine unabdingbare Erweiterung der präventiven Möglichkeiten dar.

Im Bereich der **Gesundheitsförderung bzw. gesundheitlichen Prävention** liegt der Schwerpunkt bei Kindern und Jugendlichen aus Familien in sozial schwierigen Lagen. Das bedeutet, dass sowohl bei den Angeboten zu verschiedenen Gesundheitsthemen im Gesundheitsstudio als auch bei den Projekten zur Förderung von Bewegung und Ernährung in Schulen (vorwiegend Grund- und Hauptschulen) und Kindertagesstätten zu einem großen Teil Kinder (und Jugendliche) mit Migrationshintergrund erreicht werden. Das gilt ebenfalls für das Kursprogramm zur Bewegungsförderung RüBe. Im Bereich Bewegung arbeitet das Gesundheitsamt auch eng mit dem Sport-Service zusammen und macht gemeinsame Angebote (näheres siehe Angebote des SportService). Im Rahmen des seit September 2010 laufenden Gesundheitsnetzwerks Leonhard/Schweinau, Stadtteile mit hohem Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund, sind spezielle Maßnahmen zur besseren Erreichung und Einbeziehung der Zielgruppe geplant.

Der **Arbeitsbereich „Migrationsbezogene Gesundheitsförderung“** am Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg wurde September 2009 eingerichtet und hat als zentrale Aufgabe die Erhaltung, Unterstützung und Förderung der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Nürnberg.

Diese Zielgruppe bedarf beispielsweise einer verstärkten niederschweligen Information über die deutsche Gesundheitsversorgung, zu verschiedenen gesundheitsrelevanten Themen, wie z. B. Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Erwachsene, um die Inanspruchnahme entsprechender Angebote zu erleichtern. Aus dem bis Ende 2009 durchgeführten dreijährigen Projekt „Koordinationsstelle Migration und Gesundheit“ werden außerdem folgende Arbeitsbausteine durch die „Migrationsbezogene Gesundheitsförderung“ fortgeführt und in Bedarfsfällen in regelmäßigen Abschnitten aktualisiert: Gesundheitswegweiser „Gesundheit aktuell“ als Datenbank, muttersprachliche Homepageseiten auf Russisch und Türkisch sowie der Arbeitskreis „Migration und Gesundheit“ als ein Unterstützungs-Netzwerk für Multiplikatoren und zur Gewährleistung des möglichst breitgefächerten Informationsaustausches. Der Arbeitsbereich ist mit einer halben Stelle ausgestattet: Da dies nur kostenneutral zu ermöglichen war, musste die Verankerung einer halben Stelle des Gesundheitsamtes in der Evang. Familienbildungsstelle im Aufgabenbereich der Gesundheitsarbeit für Schwangere und Familien mit Migrationshintergrund leider aufgegeben werden.

Die **Beratungsstelle für AIDS und andere sexuell übertragbare Infektionen (STI)** verfügt über eine eigene Stelle für Streetwork bei Menschen mit besonderen Infektionsrisiken. Aufgabe der Stelle ist es auch, über aufsuchende Beratung Prostituierte in der Eigenverantwortlichkeit für ihre sexuelle Gesundheit zu stärken. Dies beinhaltet u. a., Untersuchungen auf freiwilliger Basis anzubieten.

Die Zusicherung von Anonymität und der Hinweis auf die medizinische Schweigepflicht schaffen die Voraussetzung für ein entspanntes Gesprächsklima. In Folge der EU-Osterweiterungen sind 70 - 80% der in Nürnberg arbeitenden Prostituierten Frauen mit Migrationshintergrund. Rumänische, ungarische, thailändische, türkisch- und arabischsprachige Prostituierten werden jeweils zusammen mit einer muttersprachlichen Mediatorin an ihren Arbeitsplätzen besucht. Bei den Beratungsgesprächen erhalten die Prostituierten nicht nur Informationen zum Thema sexuell übertragbarer Infektionen, sondern auch Informationsmaterialien zu anderen interessierenden Gesundheits- und Hygienefragen, derzeit in 19 Sprachen. Dabei zeigt sich, dass die Frauen meist zwar die Argumentation der AIDS-Prävention kennen, aber wenig über andere sexuell übertrag-

bare Infektionskrankheiten sowie deren Infektionswege und deren Folgen wissen. In den Clubs werden zusätzlich laminiert zehnsprachige Informations-Plakate DIN A 3 ausgehängt, um auf die Untersuchungsangebote der Beratungsstelle hinzuweisen. Da inzwischen vermehrt auch funktionale Analphabetinnen in der Sexarbeit tätig sind, wurden im Jahr 2009 Audio-CDs mit Informationen in Bulgarisch, Rumänisch und Thai erstellt, um auch diese Personengruppen zu erreichen (Kooperationspartner Cassandra e.V./Bundesverband Alphabetisierung/Radio Z).

Migrierte Prostituierte sind nur in Ausnahmefällen krankenversichert; wenn überhaupt, verfügen sie über eine Reisekrankenversicherung, die lediglich Notfallbehandlungen abdeckt. Dieser Umstand führt eine engere Kooperation der AIDS/STI-Beratungsstelle mit der Straßenambulanz und mit niedergelassenen Ärzten mit sich, an die Patientinnen im Bedarfsfall weitervermittelt werden. Auch die Zahl der ungewollten Schwangerschaften hat bei migrierten Prostituierten zugenommen und damit die Kooperation mit der Schwangerenkonfliktberatung im Gesundheitsamt.

1.2 Amt für Kinder, Jugendliche und Familien/Jugendamt

1.2.1 Erziehungs- und Familienberatungsstellen des Jugendamtes

Erziehungs- und Familienberatungen (EB'S) werden vom Jugendamt der Stadt Nürnberg in der Johannisstr., im Fürreuthweg, in der Marienstr. und im AWO-Familienzentrum (Philipp-Koerber-Str.) betrieben; zu den EB's anderer Träger siehe die Ausführungen unter Pkt.2.2. Die EB's machen Familien mit Migrationshintergrund vielfältige Beratungsangebote zu Themen, die häufig auch im Kontext gesundheitlicher Beeinträchtigungen als Ursache oder Folge auftreten, v.a. Familienkonflikte, Partnerschaftskonflikte, mangelnde Konfliktfähigkeit, Probleme bei der sozialen Integration, Schul- und Berufsschwierigkeiten. Die Beratungsstellen aller Träger haben einen Anteil von 43% von Familien/Eltern mit Migrationshintergrund; bei den Städtischen Einrichtungen liegt dieser Anteil noch höher. In der EB Johannisstr. ist eine Beratung in Serbisch und Kroatisch möglich. Die Städtische EB im AWO-Familienzentrum bietet auch Beratungen in Türkisch, Polnisch, Kroatisch und Englisch an; außerdem besteht die Möglichkeit zur Übersetzung ins Französische.

1.2.2 Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen

Gesundheitliche Bildung und Erziehung sind im Bayerischen Bildungs- und Erziehungsplan (BEP) als wichtige Förderschwerpunkte in der pädagogischen Arbeit einer Kindertageseinrichtung aufgeführt. Erziehungsziel ist es, dass Kinder in der Kita ein gesundheitsförderndes Verhalten erlernen und ein Grundwissen für ein gesundheitsorientiertes Leben erwerben. Kindergärten erreichen in Nürnberg mit einer Versorgungsquote von 92,4 % (Stand 05/2010) nahezu alle Familien mit Kindern im vorschulischen Alter, viele davon sind Familien mit Zuwanderungsgeschichte. So werden zum Beispiel im Familienzentrum Bleiweiß Kinder aus bis zu 30 unterschiedlichen familiären Herkunftsländern betreut. Viele dieser Familien leben in prekären Lebenslagen. Etwas genauer: etwa 80 % der Kinder im Familienzentrum Bleiweiß haben einen Migrationshintergrund; gut 70 % der Kinder kommen aus sozial benachteiligten Familien.

Die Konzeption *Ganzheitlich gesundheitsförderndes interkulturelles Familienzentrum Bleiweiß* wurde in den Jahren 2001 – 2008 aus der Praxis des Kindergarten-Alltags heraus entwickelt und gibt ein gutes Beispiel dafür wie Kindern und ihren Familien in einem täglichen *interkulturellen Miteinander und Füreinander* gesundheitsgerechtes Verhalten nahe gebracht werden kann.

Deshalb soll hier auf die Erfahrungen des Familienzentrums Bleiweiß ausführlicher eingegangen werden:

Es wurden sämtliche Handlungsfelder zur Gesundheitsförderung, welche 2005 auch in den Bayerischen Erziehungs- und Bildungsplan aufgenommen wurden, in den Alltag des Kindergartens integriert. Im Einzelnen:

1. Ernährungsaufklärung
2. Hygiene und medizinische Prävention
3. Bewegungsförderung
4. Stressbewältigung/psychosoziale Gesundheit
5. Unfallprävention
6. Gewaltprävention
7. Suchtprävention
8. Sexuaufklärung
9. Förderung der Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen
10. Förderung der Impfbereitschaft

Handlungsleitend für die interkulturelle Arbeit als familienbegleitende Einrichtung ist die Einbeziehung der Eltern in die tägliche Erziehungs- und Bildungsarbeit. In der Gesundheitsförderung werden innerhalb der oben genannten Handlungsfelder Schwerpunkte insbesondere auf die Vermittlung eines gesunden Ernährungsverhaltens, auf viel Bewegungsförderung und auf Maßnahmen zur Erhaltung der psychosozialen Gesundheit gesetzt. Hierzu einige Beispiele zur Illustration:

Gesunde Ernährung

Nur wenn Kinder satt sind, können sie sich auf Spielen und Lernen konzentrieren. So ist es ein zentrales Anliegen im Familienzentrum Bleiweiß Kindern ein gesundes und abwechslungsreiches Essen anzubieten. Im Mittelpunkt steht dabei das tägliche Familienfrühstück, zu dem auch Eltern und Verwandte der Kindergartenkinder herzlich willkommen sind. Über das gemeinsame Frühstück kann das Gespräch mit Kindern und ihren Familien über gesundheits- und ernährungsbewusste Themen kontinuierlich geführt werden. Diese Gespräche gaben oft Anlass für weitere Aktionen der Gesundheitsförderung: so entstanden kindgerechte Ausstellungen zu Ernährungsthemen wie Zucker, Fett, Gewürze oder eine Buchausstellung zur Ernährung; es wurden Familienausflüge etwa zur Kartoffelernte organisiert oder ein Gesundheitsmemory erstellt und vieles mehr.

Bewegungsförderung von Kindern und Familien aller Kulturen

Tägliche Bewegung ist für die Gesunderhaltung – nicht nur – von Kindern unabdingbar. Im Mittelpunkt der Bewegungsförderung im Familienzentrum steht die altersgemäße und individuelle Förderung von Grob- und Feinmotorik, von Koordination und Stärkung der Muskulatur. Über vielerlei Aktivität und Bewegung zusammen mit anderen Kindern können zugleich soziale Regeln und Konfliktstrategien geübt werden. Zum regelmäßigen Angebot im Familienzentrum Bleiweiß gehören beispielsweise Theaterspiel und Rhythmikübungen, eine Bewegungsbaustelle (alle zwei Wochen), Familienwanderungen, Väter-Kinder-Bewegungsnachmittage und ... und ... und.

Psychosoziale Gesundheitsförderung / Stressbewältigung

Ziel ist es möglichst vielfältige Kompetenzen zur Erhaltung und Stabilisierung der psychosozialen Gesundheit zu fördern. Hierzu werden vielfältige Angebote für Kinder und Eltern gemacht: etwa Phantasie Reisen mit Kindern durchgeführt oder Wohlfühltag für Eltern organisiert, aber auch verschiedene Konfliktstrategien im Spiel ausprobiert und Vermittlungsberatung zu speziellen Fachdiensten geleistet ...

Dies sind nur einige wenige Beispiele aus dem Kindergarten-Alltag²⁰ im Familienzentrum Bleiweiß. Sie sollen vor allem die Bandbreite der Themen einer kindgerechten Gesundheitsförderung illustrieren. Einzelne Bausteine aus diesem Konzept werden in dieser oder vergleichbarer Form in vielen Kindertageseinrichtungen umgesetzt.

Das Familienzentrum Bleiweiß ist Mitglied im Kooperationsnetz „Gesund leben im Stadtteil“, an dem sich ca. 25 verschiedene Institutionen aus dem Stadtteil und der Stadtverwaltung beteiligen²¹. Sie alle haben das gemeinsame Ziel zu einem bedarfsorientierten und familiengerechten Gesundheitsangebot im Stadtteil beizutragen. Darüber wurden – unter vielem anderen – die Ärzte im Stadtteil über das Förderangebot vor Ort – gerade auch für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund – informiert oder ehrenamtliche Kontaktpersonen mit Migrationshintergrund gewonnen, die ausländische Familien in verschiedene Beratungs- und Förderangebote vermitteln.

Dieser Ansatz eines sozialräumlichen Netzwerkes zur Gesundheitsförderung wird seitens des Jugendamtes weiterhin unterstützt. Einrichtungen in anderen Stadtgebieten, die sich auf den Weg machen, ein sozialräumliches Kooperationsnetz für ein gesundes Leben im Stadtteil zu knüpfen, können von den Erfahrungen im Familienzentrum Bleiweiß profitieren. Darüber hinaus sind bereits an vielen Kita-Standorten bedarfsorientierte und kindgerechte Konzepte und Angebote zum Thema *Gesundheitsförderung* entstanden.

1.2.2 ... in Einrichtungen der Offenen Kinder- und Jugendarbeit

In den Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit, die stark von Migranten besucht werden, wird dem Themenbereich „Gesundheit“ zunehmend Beachtung geschenkt.

Der Schwerpunkt liegt auf Bewegungs- und Ernährungsangeboten. Neben der Informationsvermittlung steht vor allem auch das „selber machen“ im Mittelpunkt. Über Ernährungsfragen wird nicht nur gesprochen, sondern es wird auch gemeinsam gekocht und gegessen, um das neu Erlernte gleich in die Tat umzusetzen. Dabei wird auch die Küche der Länder beachtet, aus denen die Familien der Besucherinnen und Besucher kommen. Die Kinder und Jugendlichen werden an die vielfältigen Bewegungsmöglichkeiten herangeführt. Dazu gehört neben Ballspielen und anderen Sportangeboten im engeren Sinne vor allem auch der Tanz. Beispiele für Angebote auf diesem Gebiet sind z.B. der „zuckerfreie Dienstag“, Nichtraucher-Projekte und „Fitness für Mädchen“.

²⁰ Siehe www.familienzentrum-bleiweiss.nuernberg.de

²¹ Am Kooperationsnetz „Gesund leben im Stadtteil“ waren beteiligt: städtische Erziehungsberatungsstelle, Allgemeiner Sozialdienst, (ehemals) Kulturtreff Bleiweiß, Seniorentreff Bleiweiß, Internationale Jugendhäuser, Kinder- und jugendärztlicher Gesundheitsdienst des Gesundheitsamtes, Bildungszentrum, Evangelische Familienbildungsstätte, Polizei, Naturspielplatz, verschiedene Schulen, Kindergärten und Horte in freier und städtischer Trägerschaft, Kinder- und Jugendnotdienst Reutersbrunnenstraße.

1.3. Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung und Prävention an den Schulen

Die Maßnahmen, Angebote und Projekte der Gesundheitserziehung an den Schulen zur Förderung einer gesundheitsbewussten Lebensweise und zur Prävention von Gesundheitsrisiken richten sich grundsätzlich an alle Kinder, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen einer Schule, unabhängig von ihrer Herkunft oder von der Herkunft ihrer Eltern. Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung weisen dabei einen Bezug zu Inhalten und Lernzielen von Unterrichtsfächern wie Sport, Biologie und Sozialkunde auf, aber auch zum Schulleben allgemein. Gerade Schulen mit ganztägigen Bildungs- und Betreuungsangeboten erweitern in der Regel ihr Angebotsspektrum um mehr Sport- und Bewegungsangebote und gehen Gesundheitsförderung im und außerhalb des Unterrichts aktiv an. Zusammen mit Kooperationspartnern, z.B. den Krankenkassen, setzen sie Präventionsprojekte um und leisten darüber hinaus mit einem warmen Mittagessen an den Schultagen einen wichtigen Beitrag zur gesunden Ernährung.

Insbesondere die Gesundheitserziehung und Prävention an den Grundschulen baut auf den Ergebnissen und Erkenntnissen der **Schuleingangsuntersuchungen** auf. Die Tatsache, dass im Stadtgebiet mit weiter steigender Tendenz Kinder mit Migrationshintergrund eingeschult werden, macht das Thema Gesundheit dabei potenziell zu einem Thema mit Integrationskraft (Informationen zum Gesundheitswesen in Deutschland, zu gesundheitlichen Standards, Gesundheitsvorsorge, u.a.m.), aber auch von darstellbarer Diversivität (z.B. Ernährungsgewohnheiten des Herkunftslandes).

Ausgehend von den Grundgedanken einer chancen- und teilhabegerechten Bildung, Erziehung, Förderung und Prävention machen die Schulen gerade auch Themen und Aspekte der Gesundheitsförderung zu einem Anliegen der ganzen „Schulfamilie“. Je nach Anlass und Problemstellung werden Schwerpunkte ausgewählt und alters- und schulartspezifisch umgesetzt, wie z.B.

- Ernährung
- Bewegung
- Stressreduktion
- Suchtprävention
- Schulhaus-, Schulraum- oder Freiflächengestaltung

Entsprechend sind oft alle am Schulleben beteiligten Gruppen (Schüler/innen, Lehrkräfte, Eltern, Elternbeirat, nichtunterrichtendes Schulpersonal, außerschulische Kooperationspartner) aktiv in die Maßnahmen und Projekte eingebunden.

Die Palette reicht dabei von wissenschaftlich begleiteten Pilotprojekten, wie dem Gesundheitsförderungsprojekt „**Quicklebendig**“ an zwei Nürnberger Grundschulen, über die Teilnahme vieler Schulklassen am europäischen Nichtraucher-Wettbewerb „**Be smart, don` t start**“, bei dem sich Schülerinnen und Schüler verpflichten ein halbes Jahr nicht zu rauchen, bis hin zu einem **Gesundheitstag an Schulen**, wie er zuletzt im Jahr 2008 an Schulen aller Schularten abgehalten wurde.

1.4 Stadtbibliothek im Bildungscampus

In der Zentralbibliothek werden medizinische Ratgeber, medizinische Wörterbücher und Ratgeberliteratur zur gesunden Ernährung in über zehn Sprachen (Russisch, Türkisch, Arabisch, Griechisch usw.) häufig ausgeliehen. Deutschsprachige Bücher zu den Themen kultursensible Kranken- und Altenpflege sind ebenfalls im Bestand und stoßen auf großes Interesse.

1.5 Bildungszentrum im Bildungscampus

Das Fachteam „Gesundheit und Umwelt“ am Bildungszentrum (BZ) macht keine spezifischen gesundheitsfördernden Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund, sondern setzt mit wachsendem Erfolg auf Inklusion. So finden im Programmheft des Bildungszentrums zunehmend auch NutzerInnen aus dieser Bevölkerungsgruppe ein vielfältiges Veranstaltungs- und Kursangebot zu Entspannung, Bewegung und Ernährung.

Nach einer Befragung unter den Teilnehmenden des BZ betrug der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund 2010 über 11%. Von dieser Nutzerinnengruppe werden im Gesundheitsbereich bisher vor allem Gymnastik- und Schwimmkurse wahrgenommen. Dieser Anteil wird durch den vermehrten Einsatz von Kursleitenden mit Migrationshintergrund, durch Kooperation und Angebot passgenauer Gesundheitspakete mit anderen Bereichen am BZ (vor allem: Sozialintegrative Bildung, Deutsch, Firmenseminare und Zentrale Anlaufstelle für Migration) systematisch erhöht.

Im südpunkt fand 2010 ein sehr gut besuchter Gesundheitstag der ARGE mit Schnupperangeboten und Beratung zu den Gesundheitskursen des BZ statt, an dem viele Menschen mit Migrationshintergrund teilnahmen. Das Fachteam Gesundheit kooperiert mit KUF und der Stadtbibliothek bei Schwerpunktthemen (wie Familie und internationale Ernährung) und bringt laufend gesundheitsförderliche Themen ein. Im Rahmen des Bildungscampus werden weitere gemeinsame Aktivitäten mit der Stadtbibliothek geplant, in die auch migrationsspezifische Themen einbezogen werden.

1.6 Amt für Kultur und Freizeit

In verschiedenen Kulturläden werden entweder eigene Veranstaltungen angeboten oder Vereinen Räume für Vorträge und anderweitige Veranstaltungen zur Verfügung gestellt. Das Spektrum ist breit und die Themen richten sich in der Regel nach Interessen von Besucherinnen und Besuchern. So werden auch regelmäßige Treffs und Gruppenstunden genutzt, um über Gesundheitsthemen zu informieren oder zu sprechen.

Der **Kulturladen Röthenbach** kooperiert mit dem Russisch-Deutschen Kulturzentrum e.V. Auf dem Programm stehen Informationsabende zu gesundheitspolitischen Themen in russischer Sprache sowie Sport- und Taekwondo-Kurse für Kinder und Step-Aerobic für Erwachsene mit russischem Migrationshintergrund.

Der Kulturladen **Zeltnerschloss** bietet zusammen mit dem „Migranten Kulturverein aus Antakya in Deutschland e.V.“ ein monatliches „Frühstückstreffen“ an. ReferentInnen halten auch Vorträge rund ums Thema Gesundheit. Außerdem sind eine Vortragsreihe und ein Elternkurs zu Erziehungsfragen in türkischer Sprache geplant.

In der **Villa Leon** werden in den Gruppentreffen und Beratungsangeboten Informationen zum Thema Gesundheit gegeben. In zwei Gruppen, die sich regelmäßig in der Villa Leon treffen, ist das Thema als spezifisches Angebot präsent: Das Internationale Frauencafé bietet wöchentliche Gesundheitsberatung und Yogastunden, insbesondere für Flüchtlingsfrauen²². Die türkische Seniorengruppe, die sich wöchentlich in der Villa Leon trifft, plant regelmäßige Schwimmangebote. Die Villa Leon arbeitet auch im Netzwerk Senioren in St. Leonhard / Schweinau mit, dass zum Thema Demenz eine Angehörigenberatung in türkischer Sprache anbietet. Im Rahmen des

²² siehe www.internationales-frauencafe.de

Alphabetisierungskurses für türkische Frauen gibt es Informationen zu Gesundheitsthemen und Anlaufstellen in Nürnberg. Ebenso werden in der Interkulturellen Mutter-Kind-Gruppe Informationen zu Gesundheitsthemen besprochen. Auch die wöchentliche Erziehungsberatung für türkische Eltern gibt spezifische gesundheitsbezogene Informationen.

Das **Gemeinschaftshaus Langwasser** bietet etliche Vorträge und Veranstaltungen sowohl in türkischer als auch in russischer Sprache zum Thema Gesundheit an und kooperiert u.a. mit dem Klinikum Süd, dem Klinikum Nord, dem Bündnis gegen Depression und der Arbeiterwohlfahrt. Gymnastikkurse werden von KursleiterInnen mit Migrationshintergrund für alle Interessierten angeboten und in der Krabbelgruppe werden Mütter mehrsprachig zu Gesundheitsthemen für Kinder und Familien beraten. Preisermäßigungen über den Nürnberg-Pass erhalten auch Menschen mit Migrationshintergrund bei Bewegungsveranstaltungen wie Seniorentanz, Gymnastik und dem sehr beliebten Bauchtanz.

Im **Südpunkt** werden Gesundheitsthemen in den unterschiedlichen Gruppen wie in der internationalen Frauengruppe oder den Integrationskursen aufgegriffen und Seminare, wie z.B. ein Selbstsicherheitstraining, stehen im Programm. Speziell an türkische Frauen richtet sich das regelmäßige Treffen zum Thema „Krisenintervention“. Praktische Angebote wie ein Gymnastikkurs auch in türkischer Sprache werden unter dem Titel „Figuren aus Tausend und einer Nacht“ angeboten. Mitmachen kann frau auch beim Nordic Walking der internationalen Frauengruppe sowie am Kochkurs zur 5 Elemente-Ernährung.

1.7 SportService

Der SportService beschäftigt sich seit längerem mit der Frage „Integration durch Sport“; auch in der integrierten Sportentwicklungsplanung bildete die Angebotsentwicklung für Sozial Benachteiligte und Menschen mit Migrationshintergrund ein Schwerpunktthema. Verbesserte Informationen bietet die **Bewegungsbroschüre „Kids aktiv – Bewegungsmöglichkeiten für Kinder bis 10 Jahre“**; Sie enthält neben Sport- und Bewegungsangeboten auch Übersichten der Spiel- und Bolzplätze. Die Broschüren werden stadtgebietsbezogen erstellt und die Verteilung erfolgt über Schulen, Multiplikatoren im Stadtteil, Kindergärten, Horte und Kinderärzte. Eine weitere Maßnahme zur Bewegungsförderung von Kindern und Jugendlichen ist das **Projekt "Sport in Schule, KiTa (Kindertagesstätten) und Verein"**, das über Spaß an der Bewegung die motorischen Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen spielerisch schulen und verbessern soll. Das Projekt wird im Gebiet St. Leonhard/ Schweinau, Gostenhof und in der Südstadt durchgeführt, also in Stadtgebieten mit hohem Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund.

Auch das Projekt **„Bewegter Kindergarten“**, welches zusammen mit dem Gesundheitsamt und dem Jugendamt organisiert wird, findet vorwiegend in Stadtgebieten mit hohem Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund statt. Hierbei werden die teilnehmenden Kindergärten über Qualifizierungsmaßnahmen der Mitarbeiterinnen und der Ausstattung mit speziellen (Hengstenberg-) Bewegungsmaterialien dazu animiert, Bewegung als pädagogischen Schwerpunkt in der Einrichtung zu setzen.

Das **Sport- und Bewegungs-Projekt „Frauen in Bewegung“** erleichtert den Zugang von Frauen, speziell Frauen mit Migrationshintergrund, zu den Angeboten der Nürnberger Sportvereine. Das Projekt ist auf Nachhaltigkeit angelegt und wird unter Mitwirkung von Sportvereinen, Migranten-Selbstorganisationen und z.T. mit Stadtteil-Bezug durchgeführt. Gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil ist das Engagement von Frauen mit Migrationshintergrund im Vereinssport verschwindend gering (ca.2-3%). Das Projekt umfasst in Kooperation mit Sportvereinen zielgrup-

penorientierte Angebote in St. Leonhard/Schweinau, Öffentlichkeitsarbeit (Erstellung einer Broschüre „Frauen in Bewegung“) und Anregungen zu einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung von Vereinsstrukturen (Auf- und Ausbau von Kooperationsnetzwerken). Darüber hinaus hat der SportService gemeinsam mit der Koordinierungsgruppe „Integration“ eine Bestandsaufnahme erarbeitet. Diese ist Bestandteil des Integrationsprogramms (Teil II, Vereinsbefragung) des im Jahr 2008 der Kommission für Integration vorgelegten Berichts.

2 Angebote nicht-städtischer Träger

2.1 Allgemeine Beratungsangebote

Im Rahmen ihrer **allgemeinen Migrationsberatung** wird von den MitarbeiterInnen der Wohlfahrtsverbände auch zu den Themenkreisen Gesundheit, Prävention, Sucht und Pflege beraten und informiert. Der Caritasverband Nürnberg bietet bei Bedarf in englischer, italienischer, serbo-kroatischer, spanischer, portugiesischer, polnischer und russischer Sprache sowie eine Seelsorge für afrikanische Flüchtlinge an. In Gesundheitsfragen wird an geeignete interne und externe Einrichtungen, z. B. auch an Senioren- und Pflegeheime in den Heimatländern, verwiesen. In der Psychosozialen Beratung der Caritas werden russisch sprechende Menschen mit Migrationshintergrund in Einzelgesprächen in ihrer Muttersprache zum Thema Suchtgefährdung beraten. Dieses Angebot besteht ständig für Betroffene. In der Migrationsberatung der Stadtmission werden bei Bedarf in Einzelgesprächen in griechischer und englischer Sprache Informationen zur Gesundheitsprävention vermittelt. Die MitarbeiterInnen des Beratungszentrums Integration und Migration der AWO beraten in türkischer, russischer, englischer, bulgarischer und tschechischer Sprache, bei Bedarf auch zu Fragen von Gesundheit und Pflege. In den AWO - Elternbildungsprogrammen „HIPPY“, „PAT – Mit Eltern lernen“, und „Opstapje“ sowie im Programm „Nürnberger Elternbegleiterinnen (in Kooperation zwischen der AWO und der Stadt Nürnberg) werden zu allen relevanten Fragen der Kindergesundheit Vorträge und Elterngespräche angeboten.

2.2 Schwangerenberatung, Erziehungs- und Familienberatungen

In der **Schwangerenberatung** haben mehr als die Hälfte der ratsuchenden Frauen einen Migrationshintergrund. Daneben werden auch Mütter und Eltern von Kleinkindern bis zum Alter von drei Jahren beraten. Sowohl in der Kath. Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen und Sexualberatung der Caritas als auch in der Sexual- und Schwangerschaftsberatung (einschl. Schwangerschaftskonfliktberatung) der Stadtmission sind Beratungsgespräche in Deutsch und Englisch oder mit Dolmetscherinnen möglich; das Gleiche gilt für Gruppenangebote zu den Themen Geburt und Geburtsvorbereitung.

Die **Erziehungs- und Familienberatung** der Caritas bietet muttersprachliche Beratung und Behandlung mit Hilfen und Angeboten speziell für KlientInnen aus Russland und den ehemaligen GUS-Staaten sowie aus Polen an. Beratungssprachen bei der Erziehungsberatung der Stadtmission sind Türkisch, Spanisch, Englisch und Französisch; darüber hinaus gibt es ein Gruppenangebot für Jugendliche, deren Eltern(teil) psychisch erkrankt sind. Einmal wöchentlich bietet die Erziehungsberatung der Stadtmission in der Evang. Familienbildungsstätte über eine türkische Psychologin einen muttersprachlichen Gesprächskreis zu Erziehungs- und Familienfragen für türkische Eltern an, im Südstadtforum „Service und Soziales“, Siebenkeesstr.4, wird einmal wöchentlich ebenfalls eine türkischsprachige Beratung angeboten.

2.3 AIDS-Beratung Mittelfranken der Stadtmission Nürnberg

Die AIDS-Beratung Mittelfranken hat bereits seit 1987 Erfahrungen in **kultursensibler Aidsprävention** gesammelt. Die jeweilige Zielgruppe ist in alle Projektphasen konsequent einbezogen. Ein Schwerpunkt liegt auf der Auswahl von Schlüsselpersonen aus unterschiedlichen Communities (Gruppen gleicher ethnischer und/ oder geografischer Herkunft). Diese werden zu fachkundigen AIDS- Referierenden im Sinne von **muttersprachlichen AIDS-Präventionsfachkräften** ausgebildet. Im Projekt "Muttersprachler klären auf" hat eine Gruppe von 18 Frauen und Männern aus 10 Ländern die mit HIV, STI und AIDS verbundenen Themen kulturspezifisch aufgearbeitet. Mitarbeitende der AIDS-Beratung Mittelfranken requirieren zentrale Personen aus den Communities, die dort bereits intern akzeptierte Ansprechpersonen sind. Die Gruppe diskutiert und arbeitet zwischenzeitlich seit zwei Jahren über alle ethnischen und religiösen Gegensätze hinweg. So wurde die Basis geschaffen, um bis heute nahezu 4300 Menschen aus zehn Herkunftsländern niedrigschwellig zu erreichen. Die aufsuchenden Präventionsveranstaltungen finden regelmäßig in der zentralen Aufnahmestelle für Flüchtlinge in Zirndorf statt. Dies ist der Versuch, schon kurz nach der Einreise und noch vor der Umverteilung die Ratsuchenden mit AIDS-Prävention zu erreichen. Außerdem stellen die AIDS-Referierenden ihr Wissen auch in Übergangsheimen, auf Festen der Communities, in Moschee –Vereinen und auf Brauchtumsfesten zur Verfügung.

Zu den Projektphasen gehört die Analyse der Kommunikationskanäle und spezifischen sozialen Netzwerke in jeder Community, die Suche nach zentralen Schlüsselpersonen und das Kernstück, die Ausbildung zur muttersprachlichen AIDS-Präventionsfachkraft. Das Projekt wird damit maßgeblich durch die Zielgruppen selber gestützt; der Träger übernimmt Schulung, Teamkoordination und Supervision, um Qualität und Nachhaltigkeit der Präventionsveranstaltungen zu sichern. Inzwischen stellen Menschen aus 21 Ländern ihre Arbeitskraft ehrenamtlich – bzw. gegen eine geringe Aufwandspauschale - in den Dienst der AIDS – Aufklärung und Prävention. Insgesamt wurden allein 2009 bei 31 Veranstaltungen über 2.000 Personen aus mehr als zehn Ländern erreicht. Grundsätzlich zeigte sich in allen Bevölkerungsgruppen, dass das Thema AIDS auf großes Interesse stieß. Übereinstimmend berichteten alle ReferentInnen über einen großen Bedarf in den Zielgruppen, das Wissen zu HIV/AIDS und zu Schutzmöglichkeiten zu verbessern, auch wenn dieser Wissensstand - je nach Nationalität - unterschiedlich hoch war. In der laufenden zweiten Projektphase, seit Oktober 2010, führen die AIDS Beratung Mittelfranken und die Anonyme AIDS- STI- Beratung am Gesundheitsamt das Projekt fort. Unter dem Titel „Muttersprachler klären auf“ läuft seit Oktober 2010 eine zweite Ausbildungsgruppe.

2.4 Cassandra e.V.

Der Verein Cassandra e.V. fungiert mit seiner Beratungsstelle für Prostituierte als Ansprechpartnerin für Menschen, die im Bereich Sexarbeit tätig sind. Der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in der Prostitution ist sowohl bundesweit als auch in Nürnberg in den letzten Jahren stetig gestiegen. In Nürnberg arbeiten zurzeit nach polizeilichen Schätzungen ca. 1.200 bis 1.500 Prostituierte, von denen derzeit ungefähr 70 - 75% einen Migrationshintergrund haben. Derzeit sind die beiden größten Migrantinnengruppen in der Prostitution rumänische und thailändische Frauen. Seit Ende 2010 arbeiten zunehmend Ungarinnen und Bulgarinnen im Nürnberger Sexgewerbe. Welche Nationalitäten künftig vorherrschen werden, ist nicht voraussehbar.

Kassandra ist Ansprechpartnerin für alle, die als Prostituierte arbeiten oder im Sexgewerbe tätig sind. Beratung und Unterstützung erfolgt anonym, akzeptierend und kostenlos sowie unabhän-

gig von Geschlecht, Nationalität, Aufenthaltsstatus und sexueller Orientierung. Die Cassandra-Mitarbeiterinnen informieren, beraten und unterstützen zu allen im Kontext Prostitution anfallenden Themen, vor allem zu Gesundheit und Wohlbefinden, zur Krankenversicherung und rechtlichen Situation, aber auch zu allen weiteren anfallenden Fragen und Problemen.

Bei Prostituierten mit Migrationshintergrund besteht ein besonders großer Informations- und Beratungsbedarf zu allgemeinen gesundheitlichen Fragen sowie zur Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen. Die auch in Kooperation mit dem Gesundheitsamt durchgeführte regelmäßige aufsuchende Arbeit/Streetwork an verschiedenen Orten der Prostitution findet daher überwiegend mit Dolmetscherinnen/kulturellen Mediatorinnen statt; diese stehen bei Bedarf auch in der allgemeinen Beratungsarbeit zur Verfügung. Im interdisziplinären und interkulturellen Team sind Tschechisch, Englisch, Spanisch und Italienisch jederzeit abrufbar. Die derzeitigen kulturellen Mediatorinnen stammen aus Rumänien, Bulgarien und Thailand. Cassandra e.V. leistet auch Unterstützung zum Ausstieg aus der Prostitution und der damit verbundenen persönlichen und beruflichen Neuorientierung, die besonders für Frauen mit Migrationshintergrund mit vielen Hürden verbunden ist (siehe v.a. das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bis Ende 2014 geförderte Modellprojekt OPERA (**O**rientieren, **P**robieren, **E**rfahren, **A**usbilden).

2.5 Evangelische Familien-Bildungsstätte gGmbH Nürnberg (FBS)

Die Evangelische Familien-Bildungsstätte (FBS) hat seit 1990 ihren Sitz in Nürnberg-Gostenhof (Ost) und ist ein Haus, das für Menschen jeder Nationalität, religiöser Zugehörigkeit und Lebensform offen ist. Gerade in den letzten Jahren wurde immer deutlicher, dass Integration dort gelingen kann, wo Bildungs- und Begegnungsmöglichkeiten möglichst wohnortnah geschaffen werden, die ein besseres Kennenlernen und gelingendes Zusammenleben von Deutschen und Menschen mit anderer Herkunft ermöglichen. Wichtige Voraussetzung für eine gelingende Förderung von Familien mit Migrationshintergrund ist eine koordinierende "Vertrauensperson", die sowohl individuelle Beratung und Unterstützung anbietet als auch geeignete Angebote entwickelt und koordiniert. Diese Aufgabe übernimmt in der FBS eine pädagogische Fachkraft mit Sprachkenntnissen in Türkisch und langjähriger Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund. Eine bewusste Zielsetzung ist es aber auch, dass BesucherInnen mit Migrationshintergrund auch an die „Regelangebote“ herangeführt werden, was insbesondere im Hinblick auf Kurse im Eltern-Kind-Bereich zunehmend gelingt.

Im Rahmen der Schwerpunktsetzung der Arbeit in der FBS, Bildungszugänge insbesondere für sozial benachteiligte Familien zu verbessern, nehmen **Angebote der Gesundheitsbildung für Menschen mit Migrationshintergrund** einen wichtigen Platz ein. Hier besteht auch eine enge Zusammenarbeit mit anderen Akteuren, wie z.B. der Erziehungsberatung der Stadtmission, dem Klinikum Nürnberg, dem Gesundheitsamt oder der Angehörigenberatung. Das Gesundheitsamt musste im Jahr 2009 die Verankerung einer Halbstelle zur migrationsbezogenen Gesundheitsarbeit in der FBS aufgeben: Dies hatte leider eine Einschränkung der Zusammenarbeit zur Folge; so ist das Angebot einer Sprechstunde/Vermittlungsberatung für Schwangere in türkischer Sprache im August 2009 eingestellt worden.

Langjährige gesundheitsbezogene Angebote sind Kurse zur Geburtsvorbereitung, Rückbildungsgymnastik in türkischer Sprache durch eine Hebamme türkischer Herkunft, die Mütterberatung des Gesundheitsamtes zu verschiedenen Themen der Kindergesundheit und die „Schlaf- und Schreiberatung“ für Eltern mit einem sog. „Schreibaby“. Auch im „Internationalen Elterntreff“ und beim „Frauenfrühstück“ werden Gesundheitsfragen behandelt. Ein in den letzten Jahren entstandenes Präventionsangebot „Stark im Kreuz“ (Kooperation mit der AOK) entwickelte sich

zu einer multikulturellen Gruppe mit z. Zt. deutschen, türkischen, italienischen und russischen Teilnehmerinnen und ist inzwischen ein fester Bestandteil des FBS-Programms. In enger Zusammenarbeit mit der Schmerztagesklinik im Klinikum Nord werden türkischsprachige Schmerzpatientinnen als Nachsorgeangebot in Angebote der FBS vermittelt, z.B. in das Präventionsangebot „Stark im Kreuz“ oder in die offenen Treffs. Ein „Gesundheitskurs für türkische Frauen“ findet in Kooperation mit dem Frauen- und Mädchen-Gesundheitszentrum statt. Mit der Angehörigenberatung e.V. und dem Türkisch-deutschen Verein zur Integration behinderter Menschen (TIM) e.V. ist nun ein Angebot zum Themenbereich "Pflege/Demenz" konzipiert worden, speziell für den Personenkreis von Betroffenen und Angehörigen mit Migrationshintergrund.

2.6 Frauen- und Mädchengesundheitszentrum FMGZ e.V.

Das FMGZ - Frauen & Mädchen Gesundheitszentrum versteht sich als Informations- und Beratungsstelle für Frauen und Mädchen im Themenbereich Gesundheit. Ganzheitlichkeit und Parteilichkeit für Frauen und Mädchen und ein salutogenetischer Ansatz sind Teile des Leitprinzips. Beratungen werden in Deutsch angeboten, nach Voranmeldung können aber für verschiedene Sprachen Dolmetscherinnen organisiert werden. Schwerpunktthemen der Arbeit des FMGZ sind: Gynäkologische Erkrankungen, Verhütung, Wechseljahre, Brustgesundheit, Beckenboden, HPV (Humane Papillomviren) - Infektionen, Schilddrüse und Therapieberatung. Zu diesen Themen werden Informationsveranstaltungen, Einzelberatungen, verschiedene Kurse (z.B. auch eine geleitete Gruppe für Frauen mit Depressionen) und sexualpädagogische Einheiten („Körper, Liebe, Sex & Co“ mit Modulen zu Themen wie Pubertät, Verhütung und Schönheitsideale) angeboten.

Ein „Gesundheitskurs für Migrantinnen“ (in Kooperation mit der FBS) wird bisher zweisprachig türkisch/deutsch angeboten, kann aber bei Bedarf auch in anderen Sprachen stattfinden. In diesem Kurs erhalten Frauen mit Migrationshintergrund Informationen und Unterstützung, v.a. zu Frauengesundheitsthemen, aber auch allgemeine Gesundheitsinformationen, z.B. über Medikamenteneinnahme oder –aufbewahrung.

2.7 Türkisch-Deutscher Verein zur Integration Behinderter e.V.

Der Verein hat seinen Sitz im Nachbarschaftshaus Gostenhof und versteht sich als Interessensvertretung von Menschen mit behinderten Angehörigen. Er bietet sowohl Vortragsveranstaltungen, Beratungen als auch Kurse und Gruppen an. Ein regelmäßiges Angebot ist die Frauengruppe, die sich wöchentlich trifft, an der v.a. Frauen türkischer Herkunft teilnehmen. Sie ist ein offenes Angebot für Frauen, die behinderte Angehörige versorgen oder selbst von Behinderung betroffen sind und dient in erster Linie dem Ziel des Austauschs und gemeinsamer Aktionen, wie z.B. Ausflügen in die Umgebung. Daneben gibt es einmal pro Woche Rückengymnastikkurse, einschl. Nordic Walking, für Frauen aller Nationalitäten sowie einen Fahrradkurs. Informationsveranstaltungen finden zu Themen der Behinderung, zur Gesundheitshilfe, zu pädagogischen sowie zu rechtlichen Fragen statt. Nach Bedarf finden die Veranstaltungen in türkischer und deutscher Sprache statt.

2.8 Selbstorganisationen von Menschen mit Migrationshintergrund

Viele Vereine bieten für ihre Mitglieder Vorträge zu Fragen gesunder Ernährung und spezifischer Erkrankungen an. Ein wichtiger Akzent wird durch Selbstorganisationen mit den vielen Tanzgruppen gesetzt, die bereits Kinder in frühem Alter spielerisch an Bewegung heranführen. Insbe-

sondere die Kreis- und Gruppentänze aus Süd- und Osteuropa erfordern Kraft, Ausdauer und Teamgeist. Insofern sind auch diese Angebote als gesundheitspräventiv anzusehen. Darüber hinaus bietet z.B. das Haus der Heimat jeweils dreimal im Monat eine Selbsthilfegruppe Stressbewältigung im Alltag und eine Gesundheitsinformationsgruppe, einschl. musikalischer Entspannung an.

3. Angebote im Kooperationsverbund verschiedener Träger

Die vorangegangenen Beispiele zeigen es: Viele der aufgeführten Angebote zur Gesundheitsförderung haben einen verantwortlichen Träger; eine erfolgreiche Umsetzung dieser Angebote ist indessen in hohem Maße an das Vorhandensein eines kompetenten und engagierten Kooperationsnetzes geknüpft. Diese Erfahrung machen sich folgende Angebote von Anfang an zu Nutze: Sie wurden in gemeinsamer Trägerschaft und damit in gemeinsamer Verantwortung verschiedener Träger entwickelt:

Beispiele: Gesundheitsförderung in Schule und Kita

Sowohl die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung als auch bundesweite Erkenntnisse über den Gesundheitszustand von Schulkindern führen zu verstärkten Anstrengungen, Ernährungsgewohnheiten zu verändern und Kinder und Jugendliche zu mehr Bewegung zu motivieren. In Nürnberg werden in **Kindertageseinrichtungen und Schulen** verschiedenste Projekte dazu durchgeführt, in der Regel als Kooperationen mit externen Trägern. Als Beispiel dafür sei hier das Projekt „Ernährung und Bewegung an Brennpunktschulen“ genannt, das vom Geschäftsbereich Schule in Kooperation mit der AOK Mittelfranken für die Konrad-Groß-Schule am Nordostbahnhof durchgeführt wurde, oder das Projekt „Gesund leben im Stadtteil“, das von der Kindertageseinrichtung „Bleiweiß“ initiiert und zusammen mit einem Netz von etwa 25 örtlichen Partnern entwickelt wurde. Weitere Schulprojekte wie „Fit ist der Hit“ und „Quicklebendig“ haben je nach Schule einen Schwerpunkt bei Kindern mit Migrationshintergrund.

Beispiel: Pflegestützpunkt Nürnberg

Die Angebote, die bis Ende 2010 von der Zentralen Anlaufstelle Pflege bereit gestellt wurden, werden seit Anfang 2011 vom **Pflegestützpunkt Nürnberg** in gemeinsamer Trägerschaft der Stadt Nürnberg und der Kassen unter der Federführung der AOK Bayern/Nürnberg übernommen. Der Pflegestützpunkt hält gebündelte Beratungskompetenzen zum Thema Pflege bereit und stellt sich Rat suchenden Menschen als Lotse durch den „Dschungel“ der Unterstützungs- und Hilfearten zur Verfügung. Einmal monatlich wird eine über die Presse angekündigte „Telefonaktion“ in wechselnden Sprachen mit einer sprachlich entsprechend kompetenten Pflegekraft durchgeführt. Es kann auch dabei auch ein persönlicher Beratungstermin vereinbart werden.

Beispiel: Pilotprojekt „Alter-Migration-Gesundheit“ in St. Leonhard/Schweinau

Im Rahmen des Förderprogramms *Kooperationen. Pilotprojekte für die Stadtgesellschaft. Modellvorhaben in der Sozialen Stadt Bayern* wurde in St. Leonhard/Schweinau das Pilotprojekt

Alter – Migration – Gesundheit gestartet. Die Trägerschaft liegt beim Zentrum aktiver Bürger im Mehrgenerationenhaus Schweinau, dem Seniorenamt und dem Amt für Wohnen und Stadtentwicklung. Über dieses Modellvorhaben sollen exemplarische Ansätze für die Praxis der migrationsbezogenen Seniorenarbeit entwickelt werden. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund werden zwar in der Regel gut über ihre jeweiligen Migrantenvereine erreicht, haben aber in der

Regel nur geringe Kenntnis von den spezifischen Angeboten einer präventiven Seniorenarbeit und nehmen nur in geringem Umfang die Angebote der Gesundheitsvorsorge wahr.

Mit dem Pilotprojekt *Alter – Migration – Gesundheit* sollen neue Wege beschritten werden, Zugänge zu der Gruppe älterer Menschen mit Migrationshintergrund über die gegebenen Stadtteilstrukturen zu schaffen. In Mitwirkung von Trägern der Seniorenarbeit im Quartier sowie von Migrantenorganisationen werden kultursensible Methoden der Prävention und Gesundheitsvorsorge entwickelt und erprobt und ältere Menschen mit Migrationshintergrund an die jeweiligen Stadtteilangebote herangeführt.

Ende letzten Jahres wurden nach und nach drei Seniorentreffangebote eingerichtet, die sich an türkischsprachige, rumänischsprachige bzw. russischsprachige Menschen richten. Bei diesen Treffen wird jeweils in der Muttersprache über gesundheitliche Themen im Alter informiert und beraten und es werden gemeinschaftliche Freizeitangebote gemacht. Im Rahmen dieser Seniorentreffs werden auch je nach Bedarf Vorträge etwa zu den Themen Pflegeversicherung, Krankenversicherung oder Grundsicherung – in Muttersprache oder mit Übersetzung - angeboten sowie Einrichtungsbesuche etwa zu Pflegediensten, Seniorenheimen, Angehörigenberatung etc. organisiert. Wöchentlich findet auch ein Konversationskurs zu Gesundheitsthemen vor allem für russischsprachige Senioren und Seniorinnen statt, ein vergleichbares Angebot für Menschen aus der Türkei gibt es im Rahmen des InterKulturcafés in St. Leonhard.

B. Gesundheitliche Versorgung

1 **Klinikum Nürnberg**

Das Klinikum Nürnberg ist bemüht, sich auf die besonderen Bedarfslagen einzustellen, die sich aus dem unterschiedlichen kulturellen Hintergrund ihrer Patienten ergeben können. Im Juli 2010 wurde die bereichsleitende Oberärztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie zur Migrationsreferentin ernannt, die den Klinikumsvorstand in allen Fragen berät, die die Behandlung von PatientInnen mit Migrationshintergrund im Klinikum Nürnberg betreffen. Dabei sollen Empfehlungen der Ende 2004 im Rahmen eines EU-Projekts verabschiedeten „Amsterdamer Erklärung für migrantenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa“ berücksichtigt werden.

Im Folgenden werden konkrete Aktivitäten des Klinikums Nürnberg dargestellt:

1.1 **Centrum für Kommunikation, Information, Bildung (cekib)**

Damit auch Patienten mit mangelnden Deutschkenntnissen eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung erhalten, ausreichend informiert sind und sich als Menschen angenommen fühlen, wurden am Klinikum Nürnberg Maßnahmen im Bereich Migration und Integration initiiert, die die Kommunikation mit Menschen mit Migrationshintergrund im Krankenhausalltag unterstützen und die interkulturelle Qualifikation von Beschäftigten in Einrichtungen des Gesundheitswesens steigern. Maßnahmen, die im Rahmen eines über Drittmittel finanzierten „Modellprojekts zur Verbesserung der Pflege von ausländischen Patienten“ (1999-2001) entwickelt wurden, konnten nach Projektende vom cekib nachhaltig als Regelangebote gesichert werden.

Fremdsprachige Kommunikationsmaterialien (KOM-MA) sind mehrsprachige Materialien, die die Kommunikation mit ausländischen PatientInnen unterstützen, die Anamnese erleichtern und in der jeweiligen Muttersprache informieren, aufklären und beraten. Derzeit sind Materialien zu ca. 20 Themen von der „Atmung“ über „Schmerz“ bis hin zu Wort- und Satzlisten sowie Informationen zum Stationsablauf in jeweils zwölf Sprachen vorhanden. Die einzelnen Materialien sind im Intranet abrufbar und können nach Bedarf ausgedruckt und mit ans Patientenbett genommen werden.

Neben einer **Übersicht von Seelsorgern** für ausländische PatientInnen stehen auch weitere Dokumente (z.B. zur Anschlussheilbehandlung) zur Verfügung. Der Einsatz dieser Materialien trägt zum einen zu einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung bei und führt gleichzeitig zur Arbeitserleichterung für die MitarbeiterInnen in der Kommunikation mit ausländischen PatientInnen.

Zusätzlich steht im Klinikum Nürnberg ein **Dolmetscher-Service** zur Verfügung. Zweisprachige MitarbeiterInnen werden in einen Pool aufgenommen und können bei Bedarf über das klinikumsinterne Intranet als Übersetzer und Vermittler eingesetzt werden. Derzeit stehen über 100 Personen für insgesamt 20 Sprachen zur Verfügung. Das cekib bietet diesen Personen eine **spezielle Schulung** an, die auf die Situation des Dolmetschens im Krankenhaus ausgerichtet ist und auch die Reflexion der Erfahrungen mit dieser Tätigkeit umfasst.

In **Fort- und Weiterbildungen** werden Themen zur Kommunikation mit ausländischen PatientInnen angeboten, in denen neben der Vermittlung von Basiswissen zu interkultureller Kommunikation auch Lösungsstrategien für häufige Missverständnisse entwickelt werden. Im seit 2006 bestehenden, bundesweit angebotenen **Fernlehrgang „Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen“** werden in zwölf Lehrbriefen sowie an zwei Präsenztagen verschiedene Themen aufgegriffen und den Teilnehmenden interkulturelle Fachlichkeit, Sensibilität und Lösungsansätze vermittelt. Der Kurs schärft die Wahrnehmung für die strukturellen und individuellen Zugangsbarrieren der fremdsprachigen Klientel und trägt dazu bei, praxisnahe Konzepte im Gesundheitswesen zu erproben. Konkrete Handlungsanweisungen helfen, die medizinische und pflegerische Qualität der Einrichtung nachhaltig zu sichern.

1.2 International Department

Für Patienten mit Wohnsitz im Ausland, die sich im Klinikum Nürnberg behandeln lassen möchten und dazu finanziell in der Lage sind, bietet das International Department im Klinikum Nürnberg die Organisation und Betreuung der Patienten in einem umfassenden Paket an, u.a. Medizinische Abklärung und Beratung, Hilfestellung bei Visa-Formalitäten, Dolmetscher-Service.

1.3 Klinik für Frauenheilkunde

In dem Bemühen, Defizite in der Gesundheitsversorgung schwangerer Migrantinnen zu reduzieren, kommt der **Betreuung durch muttersprachliches Fachpersonal** eine besondere Bedeutung zu. Ein multikulturelles Team aus verschiedener Herkunft erlaubt es, die Betreuung „unter der Geburt“ und die erforderlichen Aufklärungsgespräche während der Schwangerschaft, z.B. in der Schwangerenambulanz, in den meisten Fällen in der jeweiligen Muttersprache durchzuführen. Darüber hinaus stehen **Kommunikationsmaterialien in mehr als fünfzehn Sprachen** zur Verfügung, um auch mit Schwangeren, die nicht eine der vertretenen Fremdsprachen sprechen, im Notfall Kontakt aufnehmen zu können. Wichtige Aufklärungsbögen, wie z.B. für die Peridural-(Rückenmarks-) Anästhesie unter der Geburt sowie Verhaltensmaßnahmen im Wochenbett liegen in verschiedenen Fremdsprachen vor.

Mediziner der Frauenklinik haben **Wörterbücher** erarbeitet, die der Kommunikation im Kreißaal und in der Betreuung von Schwangeren und jungen Müttern dienen. „Türkisch, Russisch und Fachenglisch für Hebammen und Geburtshelfer“ bietet konkrete Hilfen in Türkisch, Russisch und Englisch und wichtige Kommunikationsbrücken, welche die Betreuung von Frauen mit Migrationshintergrund erleichtern. Die Bücher „Türkisch für Hebammen und Geburtshelfer“, „Russisch für Hebammen und Geburtshelfer“ enthalten die wichtigsten geburtshilflichen Fragen und Begriffe sowie jeweils ein zweisprachiges Glossar.

1.4 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Im Rahmen der psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie werden seit einigen Jahren **ambulante psychiatrisch-psychologische Behandlungen** durch russischsprachige ÄrztInnen und PsychologInnen routinemäßig angeboten.

In der **Gedächtnissprechstunde** der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im **Zentrum für Altersmedizin (ZfA)** erhalten russisch- und türkischsprachige ambulante Patienten die Möglichkeit **Depressions- und Demenzdiagnostik** in ihrer Muttersprache durchzuführen. Dazu stehen bei Bedarf muttersprachliche Mitarbeiterinnen zur Verfügung. Auch muttersprachliche Aufklärung über Demenz und Depression kann auf Nachfrage angeboten werden.

Aufgrund des steigenden Bedarfs nach einer akut-psychiatrische Versorgung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern soll demnächst ein spezielles Therapieangebot im Rahmen der psychiatrischen Institutsambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum Nürnberg aufgebaut und angeboten werden. Das **spezielle Therapieangebot für behandlungsbedürftige Asylbewerberinnen und Asylbewerber** umfasst zwei Behandlungsangebote: Die schnelle Krisenintervention bei akuten psychiatrischen Störungen sowie die längerfristige Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen bei Asylbewerberinnen.

1.5 Weitere Aktivitäten des Klinikums Nürnberg

Eine **multimodale Schmerztherapie für türkisch sprechende PatientInnen** wird seit 2007 in der Schmerztagesklinik des Nordklinikums angeboten. Das Behandlungsprogramm berücksichtigt neben körperlichen auch seelische und soziale Faktoren, die das Schmerzgeschehen beeinflussen können. Kulturspezifische Aspekte spielen für eine optimale Schmerztherapie daher eine wesentliche Rolle; es wird besonders auf die Schwierigkeiten der Migration eingegangen. In das Programm für türkische PatientInnen ist neben einer Dolmetscherin auch ein Deutschunterricht integriert.

Diabeteschulungen in türkischer Sprache werden durch die enge Zusammenarbeit mit einer in der Nähe des Nordklinikums liegenden internistischen Praxis ermöglicht, die sich auf Diabetologie spezialisiert hat. Die PatientInnen melden sich dort an und werden auf eine Warteliste gesetzt. Sind genügend Interessentinnen vorhanden, wird die Schulung durchgeführt.

Im Rahmen des „**Bündnis gegen Depression**“ wird eine **Kampagne für türkisch sprechende PatientInnen** durchgeführt mit muttersprachlichen Vorträgen an dezentralen Orten, wie in Kulturläden, türkischen Vereinen und Moscheen. Das Bündnis fördert auch den **Aufbau einer Gruppe für türkisch sprechende PatientInnen** nach dem Prinzip der Psychoedukation. Dabei geht es zuerst um die Vermittlung von Wissen über die verschiedenen depressiven Erkrankungen, später

kommen therapeutische Anteile dazu. Ziel ist es, die PatientInnen zu ExpertInnen ihrer eigenen Krankheit werden zu lassen, um mit der Erkrankung umgehen zu können.

Auch bei der **Essensversorgung** bemüht sich das Klinikum, kulturelle/religiöse Besonderheiten zu beachten. So kann bei der Essenszubereitung auf die Speisevorschriften islamischer PatientInnen (ohne Schweinefleisch) und für indische PatientInnen (ohne Rindfleisch) Rücksicht genommen werden. Außerdem wird veganes Essen angeboten. Für jüdische PatientInnen ist eine koschere Zubereitung leider nicht gewährleistet.

2 Seelische Gesundheit und Drogenhilfe

2.1 Sozialpsychiatrischer Dienst der arbewe GmbH (AWO Kreisverband Nürnberg)

Der Sozialpsychiatrische Dienst der arbewe GmbH (eine gemeinnützige Tochtergesellschaft der Arbeiterwohlfahrt, KV Nürnberg) bietet seit 1987 muttersprachliche Beratung für Menschen aus dem früheren Jugoslawien und der Türkei an. Die Aufgabenschwerpunkte liegen auf der Einzel-, Paar- und Familienberatung, der Nachsorge nach der stationären Behandlung in psychiatrischen Krankenhäusern, Freizeit und Gruppenangeboten und der Beratung von Angehörigen.

Für die muttersprachliche Beratung und Betreuung für Menschen aus dem früheren Jugoslawien steht eine Diplom-Psychologin in Vollzeit zur Verfügung. Die Beratung wird überwiegend von

älteren Menschen und Frauen angenommen. Etwa die Hälfte der KlientInnen leidet unter schweren, langjährigen Erkrankungen. Mehr als die Hälfte verfügt nur über ein sehr geringes oder gar kein Einkommen. Die Betroffenen leiden insgesamt unter einer starken Isolierung, der mit Gruppenarbeit entgegengewirkt werden soll.

Neu kam im Juni 2009 ein Angebot für russischsprachige Menschen hinzu. Die Diplom-Sozialpädagogin mit 26 Wochenstunden leistete zunächst viel Öffentlichkeitsarbeit, um das Angebot bekannt zu machen und Hemmschwellen vor der Inanspruchnahme abzubauen. Es finden Einzelberatung (auch für Angehörige) und Gruppenaktivitäten statt.

Die türkischsprachigen Angebote konnten ab März 2010 von einer Diplom-Psychologin mit 28 Wochenstunden wieder aufgenommen werden. Auch diese Beratung wird überwiegend von Frauen in Anspruch genommen. Der größte Teil der KlientInnen leidet an Depressionen und Familien- bzw. Partnerschaftsproblemen, wobei Isolation ein großes Problem darstellt. Die Gruppenarbeit soll auch hier dem Abbau der starken Isolierung dienen. Die drei Stellen werden zu 90% aus Zuschüssen des Bezirks Mittelfranken und zu 10% aus Eigenmitteln der arbeitslosengeldversicherung finanziert.

2.2 Krisendienst Mittelfranken e.V.

Der Krisendienst Mittelfranken bietet abends und an Wochenenden, 365 Tage im Jahr, kostenlos und unbürokratisch in ganz Mittelfranken Hilfe für Menschen in seelischen Notlagen. Die Unterstützung besteht neben der telefonischen Beratung und kurzfristigen Gesprächen im Krisendienst bei Bedarf auch aus Hausbesuchen und Gesprächen zur Nach- und Weitervermittlung. Die enge Zusammenarbeit mit ärztlichen Notdiensten, psychiatrischen Kliniken, aber auch der Polizei bietet die Möglichkeit zu schneller Hilfe auch in bedrohlichen Situationen.

Seit 2005 gibt es das Krisendienstangebot auch 6 Stunden pro Woche (3x2 Stunden) **in russischer Sprache**. Daneben werden mittlerweile aufgrund fehlender sonstiger Möglichkeiten von den russischen Kolleginnen auch weitergehende Angebote wie Entspannungstraining und Gesprächskreise angeboten. Das russischsprachige Angebot wird von muttersprachlichen MitbürgerInnen ebenso gut angenommen wie die seit 1.1.2009 gemeinsam mit dem AWO Kreisverband Mittelfranken gestartete **türkischsprachige Abteilung**. 4 x 2 Stunden pro Woche stehen türkischsprachige KollegInnen zur Verfügung.

Aufgrund des großen Interesse haben sowohl die russisch-, als auch die türkischsprachige Abteilung sich um weitergehende Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit gekümmert. Dazu werden Fachtage veranstaltet²³, Krisenhelferschulungen organisiert und Arbeitskreise mit Fachleuten gegründet mit dem Ziel, die psychosoziale Versorgung von Menschen mit muttersprachlichem Hintergrund zu verbessern.

2.3 mudra – Alternative Jugend- und Drogenhilfe e.V.

Mudra versteht sich als integraler Bestandteil des lokalen und regionalen Drogenhilfesystems und kooperiert entsprechend mit anderen unterstützungsrelevanten Einrichtungen und Dienst-

²³ Siehe z.B. Fachtag „Weil Deutsche uns nicht verstehen“ – Initiativen in sozialen Arbeitsfeldern mit türkischen Migrantinnen und Migranten; Organisation: Krisendienst Mittelfranken in Kooperation mit dem Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg, dem AWO Kreisverband Nürnberg e.V. und dem Arbeitskreis TÜFAP (Türkischsprachige Fachkräfte im psychosozialen Bereich), Juli 2011

ten. Das Paradigma der „akzeptierenden bzw. akzeptanzorientierten“ Drogenarbeit steht als Leitprinzip, insbesondere über den Tätigkeitsschwerpunkt des ambulanten Sektors. Der inhaltliche Schwerpunkt des Vereins „mudra – Alternative Jugend- und Drogenhilfe e.V.“ liegt in der Arbeit mit Drogenkonsumenten in Nürnberg. Das Tätigkeitsspektrum umfasst ein breites Angebot von Streetwork, weiteren niedrigschwelligen Kontaktmöglichkeiten, über Prävention, Beratung, Betreuung und Substitutionsbegleitung, bis hin zu therapeutischen Hilfen, Beschäftigungs- bzw. Qualifizierungsprojekten und Nachsorge. Die enge Verzahnung der trägereigenen Angebote ermöglicht ein gezieltes Eingehen auf die individuellen Lebenssituationen von Drogenkonsumenten.

Unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Entwicklungsprozesse wurden seit der Vereinsgründung **Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund** konzipiert, realisiert und dauerhaft in das Leistungsspektrum des Gesamtvereins eingebunden. Neben der Berücksichtigung von kultureller Identität und Migrationserfahrung bestehen die Hilfen in türkischer, russischer und italienischer Sprache:

- Information und Beratung für Drogenkonsumenten, deren Angehörige und Partner rund um das Thema Drogen unter Einbeziehung familiärer, kultureller und migrationspezifischer Aspekte des Drogenkonsums;
- Niedrigschwellige psycho-soziale Begleitung und Betreuung;
- Therapie- und Substitutionsvermittlung;
- Psycho-soziale Substitutionsbetreuung;
- Betreuung und Therapievermittlung in der Justizvollzugsanstalt;
- Ausländerrechtliche Mediation bei Straftaten in Verbindung mit einer Betäubungsmittelabhängigkeit;
- Nachsorgeangebote im Einzel- und Gruppensetting;
- Beratung und Information bei Führerscheinproblemen;
- Beratungsangebote für Angehörige (Einzel- und Gruppenberatung);
- Informations-, Präventions- und Fortbildungsveranstaltungen;
- Informationsbroschüren, Infolyer.

Das Migrationsteam besteht aus fünf Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Vollzeit- bzw. Teilzeitbeschäftigungen.

Stationäre Langzeittherapie für drogenabhängige Männer aus dem türkisch-orientalischen Kulturkreis leistet die **dönüs-Therapieeinrichtung und fidan-Adaption**. Träger dieser Einrichtung ist die „mudra-Gesellschaft für soziale Dienste und Rehabilitation für Drogenabhängige mbH“. Der Ausbau und die Fortentwicklung des Arbeitsfeldes Migration erfolgte mit der Realisierung der stationären Therapieeinrichtung „dönüs“ 1995. Mit 22 Plätzen und einer durchschnittlichen Therapiedauer von sechs Monaten (plus Adaption) behandelt die Facheinrichtung Drogenabhängige aus dem türkisch-orientalischen Kulturkreis, die in deutschen Therapieeinrichtungen oftmals Integrationsschwierigkeiten haben, da ihre spezielle Situation als Migranten im therapeutischen Alltag häufig zu wenig Berücksichtigung findet. Die Alltagssprache ist Deutsch, die Muttersprache der Klienten spielt jedoch im therapeutischen Alltag ebenfalls eine wichtige Rolle. Alltagsroutinen orientieren sich an der orientalischen Herkunft, islamische Festtage werden bei Bedarf und Interesse begangen, türkische Zeitungen und türkisches Fernsehen stehen zur Verfügung. Im Vordergrund steht aber die Integration in die hiesige Gesellschaft. Das Team besteht aus zehn muttersprachlichen und deutschen Mitarbeitern in Teil- bzw. Vollzeitbeschäftigung mit einem Therapieverständnis, das den besonderen kulturellen Hintergrund der Klienten würdigt. Zur Vorbereitung auf die Zeit nach der stationären Therapie besteht die Möglichkeit, in die Adaptions-Wohngemeinschaft „fidan“ (Junger Baum) in der Nürnberger Innenstadt zu ziehen. Die be

treute Wohngemeinschaft bietet Hilfe und Unterstützung bei der Wiedereingliederung in das gesellschaftliche Leben (z.B. Arbeitspraktikum, Selbstorganisation des Alltags und Freizeitgestaltung).

3 Angebote für MigrantInnen ohne Krankenversicherung

Eine wichtige Voraussetzung für medizinische Hilfsangebote ist, dass ÄrztInnen keine Meldepflicht an die Ausländerbehörde oder Polizei haben, dies würde die ärztliche Schweigepflicht verletzen. ÄrztInnen haben hingegen die Pflicht, medizinische Hilfe zu leisten, eine Unterlassung kann strafbar sein (siehe z.B. Flyer der Bayerischen Landesärztekammer „Menschen in Not helfen“ vom Januar 2010).

In der **Caritas-Straßenambulanz „Franz von Assisi“** des Caritas-Verbandes können Menschen, die medizinische Hilfe benötigen, eine allgemeinmedizinische Versorgung erhalten. Bei Bedarf vermittelt die Straßenambulanz zur Behandlung an niedergelassene Fachärzte. Die **Medizinische Flüchtlingshilfe** des Vereins „Aktion Grenzenlos e.V.“ vermittelt Flüchtlingen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus eine allgemein- oder fachärztliche Behandlung. Die Stiftung „Nürnberg – Stadt des Friedens und der Menschenrechte“ unterstützt die Aktivitäten der Straßenambulanz und der Medizinischen Flüchtlingshilfe, indem sie mithilfe eines Fonds zur Begleichung von Medikamenten-, Labor- und Facharztrechnungen beiträgt. Bei akuten und schweren Erkrankungen ist eine Behandlung im Städtischen Klinikum möglich; hierbei ist zu beachten, dass die ärztliche Schweigepflicht sich auch auf das mit der Abrechnung befasste Personal öffentlicher Krankenhäuser erstreckt. Schwangere ohne gesichertem Aufenthaltsstatus können für die Zeit von drei Monaten vor und 6 Monaten nach dem Entbindungstermin eine Duldung erhalten.

Die **Arbeitsgruppe „Menschen ohne Krankenversicherung“** unter Federführung des Gesundheitsamtes bemüht sich, die medizinische Versorgung von unversicherten MigrantInnen und Deutschen zu verbessern. In der Arbeitsgruppe wirken Vertreter der Stabstelle „Stadt des Friedens und der Menschenrechte“ beim Oberbürgermeister der Stadt Nürnberg, des Klinikums Nürnberg, der Kassenärztlichen Vereinigung, von Krankenkassen, des Sozialamtes, des Einwohner- und Passamtes, von Einrichtungen der Flüchtlingshilfe sowie Gesundheitseinrichtungen wie die Caritas-Straßenambulanz „Franz von Assisi“ mit.

4 Patientenberatung

Die **Unabhängige Patientenberatung Nürnberg**, die für den gesamten fränkischen Raum zuständig ist, berät unabhängig von Ärzteverbänden, Krankenkassen oder Pharmaindustrie und bietet neutrale Informationen und Unterstützung bei Fragen oder Beschwerden zur gesundheitlichen Versorgung an. Themen sind: Patientenrechte, Gesundheitsfragen, Orientierungshilfe im Gesundheitswesen, Beratung bei Beschwerden über die ärztliche Behandlung oder Leistungen der Kostenträger.

Darüber hinaus wird der Schwerpunkt interkulturelle Öffnung durch russisch-sprachige Mitarbeiterinnen abgedeckt, speziell gefördert durch den Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV). Beratung in russischer Sprache wird in der Beratungsstelle 2mal wöchentlich angeboten; Vorträge zu Beratungsthemen mit anschließender Fragemöglichkeit finden ebenfalls 2mal wöchentlich im „Haus der Heimat“ in Nürnberg – Langwasser statt, eine Art aufsuchende Beratung, da sich im Haus der Heimat viele russisch-sprachige Menschen mit Migrationshintergrund treffen.

Im Rahmen eines fremd-sprachigen-bundesweiten Beratungstelefons übernimmt die Unabhängige Patientenberatung Nürnberg zusammen mit der Beratungsstelle in Dortmund den russisch-sprachigen Betrieb, der 2mal wöchentlich, jeweils zwei Stunden, statt findet. Die UPD Beratungsstellen in Berlin und Stuttgart bieten zeitgleich Beratung im Rahmen des bundesweiten Beratungstelefons auf Türkisch an.

III.

Das Ziel:

Mehr gesundheitliche Chancengerechtigkeit in Nürnberg

Dieser Bericht möchte Hinweise liefern, welche Handlungsfelder und Ansatzpunkte sich im Hinblick auf eine weitere Verbesserung der gesundheitlichen Situation und der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Nürnberg anbieten. Folgende Orientierungspunkte haben aus der Sicht der Arbeitsgruppe bei der strategischen Weiterentwicklung des Gesundheitsangebotes für Menschen mit Migrationshintergrund eine besondere Bedeutung:

- **Nachhaltigkeit: strukturelle Verbesserungen statt einmaliger Projekte**

Migrationsbezogene Gesundheitsarbeit muss langfristig gesichert sein. Befristete Modellprojekte können zwar einen Einstieg erleichtern und neue Erfahrungen ermöglichen; ohne frühzeitige Absicherung und Verankerung in bestehenden Strukturen können sie jedoch nicht die erforderlichen nachhaltigen Wirkungen erzielen.

Die knappen Ressourcen der verschiedenen Akteure lassen oft die Suche nach einer - befristeten – Drittmittelförderung als letzten Ausweg erscheinen, um innovativen Ansätzen überhaupt eine Chance zu geben. Dennoch: Modellprojekte bringen nicht nur – zeitlich befristet - zusätzliche Mittel, sie binden auch Kräfte. Dieser Ressourceneinsatz ist nur dann gerechtfertigt, wenn die über das Modellprojekt neu gewonnenen Erfahrungen in den dauerhaften Strukturen von Gesundheitsförderung und -versorgung auch ankommen und dort genutzt werden können. Die Bewerbung um immer wieder neue Modellprojekte („Projektitis“) kann und darf kein Ersatz für die Ausstattung funktionierender Strukturen sein.

- **Sozialraumorientierung: Angebote müssen die Menschen dort erreichen, wo sie leben**

Gesundheitsfördernde Angebote und Maßnahmen müssen die Menschen – vor allem Menschen, in sozial eher schwierigen Lebenslagen – dort erreichen, wo sie leben ... Dies gelingt am besten dann, wenn sie von Personen vermittelt werden, zu denen eine vertrauensvolle Beziehung besteht, wie zum Beispiel zur Erzieherin oder zur Lehrerin.

Gesundheitsförderung ist eine Querschnittsaufgabe, die einen integrierten, kleinräumigen Ansatz erfordert. Dabei sollte vor allem an vorhandene koordinative Strukturen, wie die Stadtteilkoordination oder die Familienzentren im Jugendamt des Referates für Jugend, Familie und Soziales der Stadt Nürnberg, „angedockt“ werden. Eine kleinräumige Strategie, die sich an den jeweiligen Bedarfen und Lösungsansätzen vor Ort orientieren will, erleichtert auch eine Partizipation der Betroffenen.

- **Anpassung der Gesundheitsdienste: Kultur- und Migrationssensibilität stärken**

Eine migrationssensible Gesundheitsversorgung ist eine wesentliche Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Regelversorgung. Dabei ist ein mehrdimensionaler, integrierter Ansatz erforderlich, der von mehr muttersprachlicher Information, einer Senkung von Zugangsbarrieren bis zu einem erhöhten Anteil von Personal mit Migrationshintergrund auf allen Qualifikationsebenen reicht. Eine multikulturell kompetente Versorgung muss Leitungsthema der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung werden. Auch der Selbsthilfebereich sollte durch angepasste Angebotsstrukturen vermehrt Menschen mit Migrationserfahrung für Selbsthilfeaktivitäten gewinnen.

- **Setzen von Zielgruppenschwerpunkten:
Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen im Blick**

Aktivitäten im Hinblick auf Kinder und Jugendliche bieten ein großes Potential für eine nachhaltige Gesundheitsförderung, die auch über die Gesunderhaltung hinaus hilft, die sozialen Lebenschancen der jungen Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern. Probleme vorschulischer Förderung, Unfallgefährdung, Übergewicht, Bewegungsarmut, Defizite bei der Mundgesundheit, unkontrollierter Medienkonsum bezeichnen einige wesentliche Handlungsfelder, die sich aus den vorliegenden Daten ergeben.

Aber auch ältere und älter werdende Menschen mit Migrationshintergrund stellen eine wichtige Zielgruppe dar, deren angemessene Versorgung eine große Herausforderung für Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen sind.

Gesundheitskonferenz und ein *Bündnis für ein gesundes Nürnberg*

Der vorliegende Bericht hat versucht, die Entwicklungen und Veränderungen in Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund der vergangenen Jahren zu skizzieren und konnte dabei auf eine Fülle an Angeboten und Maßnahmen sowohl seitens der Stadt Nürnberg wie auch von freien Trägern, Vereinen und Initiativen verweisen.

Wichtig scheint jetzt, diese Vielfalt an Maßnahmen wie auch Projekterfahrungen und über diese Projekte erworbene Kompetenzen für eine gemeinsam getragene Strategie gesundheitlicher Chancengerechtigkeit zu nutzen. Hierzu wurden oben aufgeführte Orientierungspunkte diskutiert. Danach braucht es ...

- eine gemeinsam getragene strategische Ausrichtung für mehr gesundheitliche Chancengerechtigkeit,
- funktionierende sozialräumliche Vernetzung als gute Voraussetzung für gesundheitsfördernde Maßnahmen,
- kultursensible Maßnahmen und entsprechende Schulungen in den Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung

sowie

- eine besondere Aufmerksamkeit für die Gesundheitsförderung und gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen und von älteren Menschen.

Zu diesen Themen sollen die Verantwortlichen in der Stadt Nürnberg, in den Wohlfahrtsverbänden wie auch in privaten Initiativen gemeinsam mit Vertretern der Ärzteschaft und der Krankenkassen zu einer Gesundheitskonferenz eingeladen werden, bei der über Beispiele guter Praxis in Nürnberg berichtet sowie über deren strategische Weiterentwicklung beraten wird. Als federführende Geschäftsführung bieten sich das Gesundheitsamt und die Regiestelle Sozialraumentwicklung des Referates für Jugend, Familie und Soziales an. Die Gesundheitskonferenz sollte in enger Kooperation mit dem Nürnberger Rat für Integration und Zuwanderung durchgeführt werden.

Gesundheitsförderung ist eine Querschnittsaufgabe. Ziel ist es, mit Ausrichtung dieser Gesundheitskonferenz auf migrationsbezogene Fragestellungen wichtige Absprachen und Grundlagen im Sinne eines Bündnisses aller gesellschaftlich relevanten Gruppen für ein „gesünderes Nürnberg“ zu schaffen. Dieses könnte vergleichbar dem *Netz gegen Armut* oder dem *Bündnis für*

Familie die Diskussion in der Nürnberger Stadtgesellschaft zu den Themen Migration, *Gesundheit*, *Gesundheitsförderung* sowie *gesundheitliche Versorgung* fokussieren, somit zur allgemeinen Bewusstseinsbildung beitragen und geeignete Maßnahmen befördern. Auf Arbeitsebene, z.B. in themenbezogenen Arbeitsgruppen, sollen klare Handlungsempfehlungen vorbereitet werden, wie gemeinsam eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Nürnberg erreicht werden kann. Diese Handlungsempfehlungen sollen dann im „Plenum“ der Gesundheitskonferenz abgestimmt werden. In regelmäßig – etwa alle zwei Jahre - stattfindenden Gesundheitskonferenzen soll dann über Fortschritte bzw. erforderlich werdende Korrekturen bei der Umsetzung dieser Empfehlungen beraten werden. Darüber wird der Kommission für Integration und dem Gesundheitsausschuss Bericht erstattet.

ISSN 1437 - 4625