

Bericht zur interkulturellen Öffnung der Stadt Nürnberg

Teilbericht Gesundheit

Bericht zur Vorlage in der Kommission für Integration

1. Einleitung

Eine verstärkte interkulturelle Öffnung der Regelangebote von Einrichtungen im Gesundheitsbereich ist erforderlich für die gleichberechtigte Teilhabe aller in Nürnberg lebenden Bürgerinnen und Bürger, unabhängig von der Herkunft und der sozialen Situation. Im Rahmen der Arbeit des Gesundheitsamtes werden die Leitlinien zur Interkulturellen Öffnung soweit als möglich berücksichtigt. Der Ausgangspunkt für alle migrationsbezogenen Aktivitäten im Handlungsfeld Gesundheit ist die Tatsache, dass auf die Reduzierung gesundheitlicher Folgen sozialer Ungleichheit ausgerichtete Maßnahmen mit zwingender Notwendigkeit migrations- und kultursensibel sein müssen, in ihrem Stellenwert also weit über kompensatorische Angebote für spezielle Zielgruppen hinausgehen.

2. Angebote (Leitlinien 3-8)

2.1 Ausgewählte gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse

Zum *Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund*, insbesondere in den späteren Lebensphasen, liegen auf kommunaler Ebene keine belastbaren Daten vor.

Die folgenden epidemiologischen Aussagen bzw. Daten sind daher dem entsprechenden Schwerpunktbericht des Bundes aus dem Jahre 2008 entnommen:

Im Hinblick auf die *Mundgesundheit* zeigt sich ein höherer Kariesbefall bei Kindern mit Migrationshintergrund, insbesondere bei türkischen Kindern und Kindern osteuropäischer Herkunft. 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.

Was die *Sterblichkeit* betrifft, gleichen sich die Mortalitätsziffern bei zugewanderten Personen mit der Aufenthaltsdauer den Verhältnissen im Zielland an. Bei *starkem Übergewicht* (Adipositas), das im Gegensatz zu leichtem Übergewicht mit einem erhöhtem Mortalitätsrisiko verbunden ist, finden sich genderbezogene Unterschiede. Während nichtdeutsche Frauen in der Altersgruppe 40-75 Jahre eine deutlich höhere Adipositashäufigkeit aufweisen wie deutsche Frauen, sind bei Männern kaum Unterschiede festzustellen.

Im Hinblick auf den *Tabakkonsum* findet sich bei den Männern (Erhebung 2005) ein um ca.10% höherer Anteil von Rauchern bei Nichtdeutschen als unter Deutschen

(36,3%/27,1%). Bei den Frauen hingegen ist der Anteil regelmäßiger Raucherinnen bei nichtdeutschen im Vergleich zu deutschen Frauen fast gleich (18,8%/19,1 %). Bei den männlichen Jugendlichen hingegen (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.

Was die *gesundheitliche Situation älterer Menschen mit Migrationshintergrund* betrifft, ist zu berücksichtigen, dass die nach Deutschland gekommenen Arbeitsmigranten/-innen 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. Leider liegen jedoch zum Gesundheitszustand älterer Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland keine repräsentativen Daten vor.

Eine ältere Hamburger Studie ergab jedoch Hinweise auf ein höheres Vorkommen altersbedingter Krankheiten bei Migrantinnen und Migranten im jüngeren Alter: Die Rate derartiger Erkrankungen war bei ihnen ab 55 Jahre höher wie bei Deutschen ab 65 Jahre. 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.

2.2. Auswertung von Daten der Gesundheitsberichterstattung

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 in Nürnberg, die sich auf ganze Bevölkerungsgruppen beziehen, lassen sich v. a. für Kinder im Einschulungsalter ableiten. Migrationsbezogene Informationen aus der Wohnungs- und Haushaltserhebung in Nürnberg mit einem Zusatzmodul „Gesundheit“ datieren aus dem Jahr 2006. Die Fortschreibung zum Zusatzmodul „Gesundheit“ erfolgt in der aktuellen Wohnungs- und Haushaltserhebung 2015. Ergebnisse liegen noch nicht vor.

Aus den Auswertungen der jährlichen Einschulungsuntersuchungen (2004/05-2010/11) in Nürnberg ergeben sich insbesondere folgende Hinweise auf die gesundheitliche Situation von Kindern mit Migrationshintergrund im Vorschulalter:

Gesetzliche Früherkennungsuntersuchungen (U1 – U9, Teilnahmequote)

Kinder mit Migrationshintergrund (31,2%) hatten im langjährigen Mittel 2004/05 bis 2010/11 **im Vergleich mehr als doppelt so häufig keine vollständige U-Reihe** nachgewiesen als Kinder ohne Migrationshintergrund (13,6%). Differenziert man den Migrationshintergrund genauer, so liegt der höchste Anteil von Kindern mit einer lückenhaften U-Reihe bei den Kindern mit einem zweiseitigen Migrationshintergrund (33,8%), gefolgt von den Kindern mit einem einseitigen Migrationshintergrund (25,4%) und den Kindern deutscher Sprachherkunft (14,5%). Hierbei bleibt allerdings zu berücksichtigen, dass diese Zahlen sich auch auf Kinder beziehen, deren Eltern erst nach ihrer Geburt nach Deutschland eingewandert sind, bzw.

deren Eltern aufgrund der Migrationsumstände über keine entsprechenden Dokumente (mehr) verfügten.

Betrachtet man nur die U9 (60. bis 64. Lebensmonat), so brachten Kinder mit Migrationshintergrund (10,2%) im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund (5,4%) auch hier etwa doppelt so häufig keinen Nachweis über die Teilnahme an der Untersuchung bei. Ihre Teilnahmequote an der U9 hat sich jedoch im zeitlichen Verlauf ständig verbessert: Betrug die Quote 2004/05 noch 16 %, so reduzierte sich der Wert bis zum Jahr 2010/2011 auf 6,5%.

Teilnahme an den Schutzimpfungen

Die *Impfraten* stellen –analog zum Nachweis der Früherkennungsuntersuchungen – eine Schätzung der tatsächlichen Durchimpfung der Kinder dar ¹

Tab. 1: Impfraten und Anteile der Anzahl der Kinder ohne oder ohne Nachweis einer vollständigen Grundimmunisierung (GI) an der Zahl der Kinder ohne und mit Migrationshintergrund (%)

Durchschnitt der SEU 2004/05 bis 2010/11

Masern – Mumps -Röteln

IMPFRATEN	2004/05 bis 2010/11			2010/11		
	kein M.	M. einseitig	M. zweiseitig	kein M.	M. einseitig	M. zweiseitig
Masern mind. 2 I.	79,3	82,1	85,7	87,8	89,5	93,3
Mumps mind. 2 I.	78,7	82,0	85,0	87,8	89,5	93,3
Röteln mind. 2 I.	78,3	82,0	85,0	87,4	89,7	93,3

Nimmt man die sogenannte MMR(Masern/Mumps/Röteln) - Impfung als Indikator, so zeigt sich, dass Kinder mit einem ein- als auch mit einem zweiseitigen Migrationshintergrund im Vergleich zu den Kindern ohne Migrationshintergrund besser durchimpft sind. Aber bei allen Kindern ist der Schwellenwert der Weltgesundheitsorganisation für eine ausreichende Durchimpfung (95,0%) noch nicht erreicht.

Anteil von Kindern mit Wort- und Satzbildungsstörungen

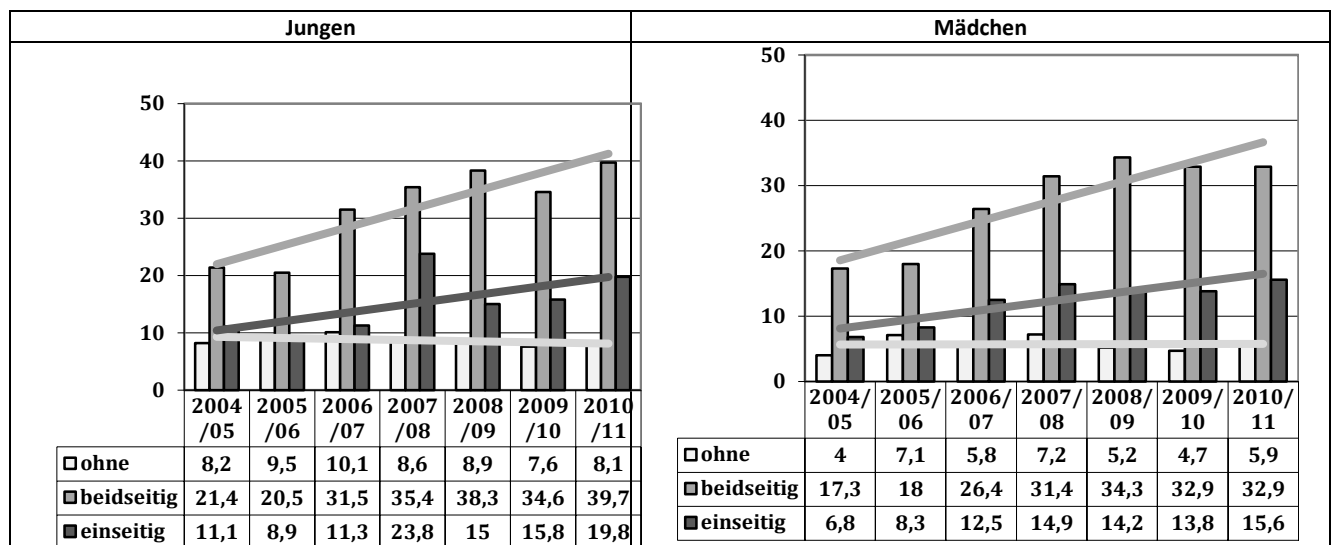
Eine **Auffälligkeit bei der Wort- und Satzbildung**² wurde im Durchschnitt 2004/05 bis 2010/11 bei 17,5% der Kinder – 19,1% Jungen und 15,7% Mädchen – festgestellt mit einer steigenden Tendenz. Dabei fiel die Verteilung der auffälligen Befunde unter den Kindern verschiedenen Migrationshintergrundes- und bei Jungen und Mädchen -sehr unterschiedlich aus.

¹ Das Einbeziehen der Kinder in die Berechnung der Impfraten ohne Impfbuch bzw. ohne Angaben zum Impfstatus bedeutet eine tendenzielle Unterschätzung, das ausschließliche Einbeziehen der Kinder mit einem Impfbuch bedeutet eine Überschätzung der tatsächlichen Impfraten.

² Störungen der a) Wort- bzw. b)Satzbildung beziehen sich auf Probleme mit der Grammatik; es kann z.B. a) kein korrekter Plural gebildet werden oder b) entspricht die Wortstellung im Satz nicht den Regeln.

Abb. 1: Anteile an der Anzahl der Jungen und Mädchen mit einer Wort-/Satzbildungsstörung an der Zahl der Jungen und Mädchen ohne und mit Migrationshintergrund (%)

SEU 2004/05 bis 2010/11



Wie die Abb. zeigt, nahm im zeitlichen Verlauf die Häufigkeit von Kindern mit Migrationshintergrund im Hinblick auf einen auffälligen Befund stetig und deutlich zu, während sie bei den Mädchen ohne Migrationshintergrund annähernd unverändert geblieben und bei den Jungen sogar etwas zurückgegangen ist. Zu berücksichtigen bleibt, dass seit der SEU 2007/08 ein verfeinertes Messinstrumentarium angewandt wird, die Zahlen also nicht ohne weiteres vergleichbar sind. Derzeit wird ein bayernweiter standardisierter Sprachtest für die Schuleingangsuntersuchungen entwickelt.

Anteil von Kindern mit Übergewicht

Als *moderat übergewichtig* wurden im langjährigen Mittel (2004/05 bis 2010/11) 7,1% der Jungen und 7,0% der Mädchen eingestuft. Diese Werte liegen im Bereich des Erwartungswerts für moderates Übergewicht von 7%. Betrachtet man den Migrationshintergrund der Kinder genauer, überschreiten Jungen und Mädchen mit zweiseitigem Migrationshintergrund mit Anteilen von 9,1% und 9,3% diesen Wert.

Als *stark übergewichtig (adipös)* galten jeweils 5,6% der Jungen und Mädchen. Damit wird der Normwert für Adipositas von 3% überschritten. Differenziert nach dem Migrationshintergrund betrachtet, verhielten sich die Werte für die Kinder ohne Migrationshintergrund erwartungsgemäß. Die Kinder mit Migrationshintergrund hingegen waren häufiger stark übergewichtig als erwartet (7,9% der Jungen, 7,3% der Mädchen mit zweiseitigem und 7,2 der Jungen und 4,6% der Mädchen mit einseitigem Migrationshintergrund (vgl. auch Abb. 2) .

Fasst man moderates und starkes Übergewicht zusammen, so waren letztendlich *etwa doppelt so viele Jungen und Mädchen mit einem zweiseitigen Migrationshintergrund als übergewichtig eingestuft* (16,3% der Jungen und 15,4% der Mädchen) im Vergleich zu den Jungen und Mädchen ohne einen Migrationshintergrund (8,5% der Jungen und 8,7% der Mädchen).

2. 3 Weitere beispielhafte Angebote

Informationen

Über die *Gesundheitsberichterstattung* beim Gesundheitsamt werden im Rahmen der routinemäßigen Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen Spezialauswertungen im Hinblick auf die gesundheitliche Situation von Kindern mit Migrationshintergrund durchgeführt.

Um die Inanspruchnahme von Angeboten in der Gesundheitsversorgung zu erleichtern, hat das Gesundheitsamt einen *Gesundheitswegweiser „Gesundheit aktuell“* als Datenbank aufgebaut, der über Arztpraxen und andere Gesundheitseinrichtungen informiert, in denen Menschen mit Migrationshintergrund in ihrer Muttersprache weitergeholfen werden kann. Auf muttersprachlichen Homepageseiten sowie auf Flyern (Russisch und Türkisch) wird über Angebote des Gesundheitsamtes informiert.

Gesundheitswegweiser für Nürnberger Bürger/-innen mit Migrationshintergrund

Ende 2007 wurde durch das vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge geförderte und vom Rat für Integration und Zuwanderung unterstützte Projekt „Koordinationsstelle Migration und Gesundheit“ am Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg ein Wegweiser mit dem Titel „Gesundheit aktuell“ erstellt. Der Gesundheitswegweiser informiert über Arztpraxen und anderen Einrichtungen, wo den hilfesuchenden Migrantinnen und Migranten in ihrer Muttersprache weitergeholfen werden kann. Neben dieser Broschüre, die an die Beratungsstellen, an die Vereine der Migranten und auch an die Nürnberger Kulturläden verteilt wurde, können die benötigten Informationen auch über die Datenbank an die Ratsuchenden weitergegeben werden. Damit dient dieses städtische Informationsangebot im Sinne einer interkulturellen Öffnung dazu, die Zugangsbarrieren zu Angeboten der gesundheitlichen Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund zu senken.

Sozialräumliche Aktivitäten, Vernetzung

Im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“ ist in St. Leonhard/ Schweinau – einem Stadtgebiet mit hohem Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund - ein *Gesundheitsnetzwerk* etabliert worden, dessen Koordination bis Mitte 2015 städtisch finanziert wurde.

Über eine Fachkraft des Gesundheitsamtes zur migrationsbezogenen Gesundheitsarbeit wird ein *Arbeitskreis „Migration und Gesundheit“* koordiniert, der als Unterstützungsnetzwerk für Multiplikatoren und zur Gewährleistung eines möglichst breit gefächerten Informationsaustausches dient.

Stationäre Versorgung

Am *Klinikum Nürnberg* wurden Maßnahmen im Bereich Migration und Integration initiiert, die die Kommunikation mit Menschen mit Migrationshintergrund im Krankenhausalltag unterstützen und die *interkulturelle Qualifikation der Beschäftigten* steigern: Entsprechende Fort- und Weiterbildungen, Einrichtung eines Dolmetscher-Pools und die Erstellung fremdsprachiger Kommunikationsmaterialien sind hier in erster Linie zu nennen. Eine Oberärztin wurde zur *„Migrationsreferentin“* ernannt und berät den Vorstand des Klinikums Nürnberg in allen Fragen, die die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund im Klinikum Nürnberg betreffen.

Menschen ohne Krankenversicherung

Unter Federführung des Gesundheitsamtes trifft sich regelmäßig eine Arbeitsgruppe, die sich um eine *ausreichende medizinische Versorgung aller in Nürnberg lebenden Menschen* bemüht. Probleme hinsichtlich eines finanziell abgesicherten formalen Zugangs zu Gesundheitsleistungen für Menschen mit Migrationshintergrund gibt es z. B. bei sich hier „illegal“ aufhaltenden Flüchtlingen, Personen mit kurzzeitiger Aufenthaltserlaubnis und Personen aus EU-Ländern, die in ihren Herkunftsländern keine Krankenversicherung abgeschlossen haben (verlässliche Zahlen liegen dazu leider nicht vor). Außerdem gibt es häufig Probleme dadurch, dass immer noch nicht ausreichend bekannt ist, dass die „Europäischen Versicherungskarten“ aus den Heimatländern in Deutschland gelten. Mit finanziellen Mitteln aus der Stiftung „Nürnberg-Stadt des Friedens und der Menschenrechte“, der Aktion „Freude für Alle“ und gezielten Spenden aus der Bürgerschaft konnten Lösungen zur (begrenzten) Bezahlung von Medikamenten, Labor- und Facharztkosten für die Behandlung von kranken Personen ohne Krankenversicherung gefunden werden. Darüber hinaus wurden Absprachen für adäquate Vorsorgeuntersuchungen von Schwangeren getroffen.

Gesundheitskonferenz „Migration und Gesundheit“

Unter Federführung des Gesundheitsamtes wurde ein *Bericht „Migration und Gesundheit“* als Gesundheitsteil des Integrationsprogramms der Stadt Nürnberg erarbeitet. Auf der Grundlage der Ergebnisse dieses Berichts fand im Dezember 2012 eine *1. Nürnberger Gesundheitskonferenz „Migration und Gesundheit“* statt. In themenspezifischen Arbeitsgruppen wurden konkrete Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund erarbeitet, die auf einem gemeinsamen Fachtag im April 2014 vorgestellt wurden. Das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit fördert bis Ende 2019 eine fachliche Leitstelle „Gesundheitsregion^{plus}“. Unter diesem Dach werden bisher nicht umgesetzte Vorhaben weiter fortgeführt und auch die neuen Entwicklungen aufgrund der Flüchtlingsproblematik einbezogen.

3. Personal (Leitlinie 9)

Dem Gesundheitsamt liegen keine Kennzahlen zur Beschäftigung von Mitarbeiter/-innen mit Migrationshintergrund vor. Der Anteil an Mitarbeiter/-innen mit Migrationshintergrund ist in den letzten Jahren durch die gesundheitliche Versorgung der Flüchtlinge gestiegen. Die Stadt Nürnberg unterscheidet nicht zwischen deutschen und nicht-deutschen Mitarbeiter/-innen, daher liegen keine verlässlichen Zahlen vor. In Bezug auf die Flüchtlingsversorgung wurden allerdings gezielt Mitarbeiter/-innen mit entsprechendem soziokulturellem Hintergrund und Sprachkenntnissen gesucht. Drei Mitarbeiter/-innen aus den Herkunftsländern Irak, Iran und der Türkei sind seit 2014/2015 als Ärzte/-innen und Arzthelferinnen in der Gemeinschaftsunterkunft in der Tillystraße beschäftigt. Auch bei den ÄrztInnen, die ehrenamtlich bzw. auf Honorarbasis in der Flüchtlingsversorgung tätig sind, sind ärztliche Kräfte mit Migrationshintergrund vertreten.

Im Hinblick auf die Neubesetzung von Stellen im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung von Menschen aus Flüchtlingsregionen werden Bewerber/-innen mit entsprechendem Migrationshintergrund aufgrund der Anforderungen von besonderem Interesse sein. Fortbildungen zur Weiterbildung der interkulturellen Kompetenz von Mitarbeiter/-innen wurden bereits einzeln wahrgenommen und sollen auch in Zukunft angeboten werden.

4. Beteiligung und Bürgerschaftliches Engagement (Leitlinie 10)

Im Rahmen der Konferenz „Migration und Gesundheit“ im Jahr 2012 waren sowohl die Wohlfahrtsverbände als auch Vereine und Institutionen, wie beispielsweise der Rat für Integration und Zuwanderung, der Verein TIM e.V., als auch die Kontaktstelle für Selbsthilfe Kiss beteiligt. In den darauf folgenden Arbeitsgruppen haben ca. 30 Menschen an der Entwicklung zu den Themen Gesundheitliche Versorgung und Selbsthilfe, Konzepterstellung eines Dolmetscherdienstes sowie zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung mitgearbeitet. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen wurden in einem Fachtag 2014 zusammengefasst, an dem wiederum ca. 50 Menschen beteiligt waren. Genaue Angaben zur Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund wurden nicht erhoben. Eingeladen waren jedoch explizit Einrichtungen mit dem Schwerpunkt „Menschen mit Migrationshintergrund“.

5. Unterstützung nicht-städtischer Akteure/-innen (Leitlinie 11)

Als Zuschussempfänger wird von der Gesundheitsverwaltung unter anderem das Frauen- und Mädchengesundheitszentrum (FMGZ) unterstützt. Finanziert werden Gesundheitskurse für Frauen mit Migrationshintergrund. Hilfestellungen zur Gesunderhaltung und Alltagsbewältigung stehen bei den zweisprachig gehaltenen Kursen im Vordergrund.

Ein Unterstützungsnetzwerk für Multiplikatoren und der möglichst breitgefächerte Informationsaustausch werden durch den Arbeitskreis „Migration und Gesundheit“ gewährleistet, der sich ca. 3-4 Mal im Jahr trifft und aktuelle Angebote in Nürnberg diskutiert.

6. Maßnahmen gegen Rassismus und Diskriminierung (Leitlinie 12)

Im Gesundheitsamt ergab sich bisher kein Bedarf hinsichtlich der Initiierung von besonderen Maßnahmen gegen Rassismus und Diskriminierung.

7. Öffentlichkeitsarbeit (Leitlinie 13)

Gesundheitswegweiser für Menschen mit Migrationshintergrund in Nürnberg

Menschen mit Gesundheitsproblemen brauchen Verständnis, müssen sich aber erst einmal verständlich machen können. Nicht ausreichende deutsche Sprachkenntnisse können Betroffene daran hindern, überhaupt medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Interessierte können mit Hilfe der kostenfreien online Datenbank „Gesundheit aktuell“ des Gesundheitsamtes Informationen darüber einholen, in welchen Arztpraxen, Beratungsstellen, Pflegediensten und weiteren gesundheitlichen Einrichtungen Mitarbeiter/-innen mit sehr guten Fremdsprachenkenntnissen arbeiten (vgl. Angebote Leitlinien 6-8)

Muttersprachliche Homepageseiten

Bei den russisch- und türkischsprachigen Menschen mit Migrationshintergrund, die die beiden größten Kulturkreise in Nürnberg darstellen, sind nach wie vor viele Informationslücken und Hürden bei der Wahrnehmung von und dem Zugang zu Gesundheitsangeboten festzustellen. Betroffene können sich daher die wichtigsten Grundinformationen, wie z. B. zum deutschen Gesundheitssystem und vielen Nürnberger Beratungsangeboten auf den entsprechenden russischen und türkischen Homepageseiten einholen. Eine persönliche Beratung in russischer Sprache ist jedoch nicht möglich (vgl. Angebote Leitlinien 6-8).

9. Zusammenfassende Einschätzung und Handlungsbedarf

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Umsetzung der Leitlinien zur Integrationspolitik im Gesundheitsamt auf einem guten Weg ist. Insbesondere durch die Schwerpunktsetzung „Migration und Gesundheit“ mit der Durchführung einer Konferenz, konkreten Arbeitsgruppen und einem Fachtag konnte eine kontinuierliche Entwicklung migrationspezifischer Themen gewährleistet werden. Die Ergebnisse der spezifischen Auswertung von Daten der Schuleingangsuntersuchung erbrachten beispielsweise einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn hinsichtlich der Impfraten bzw. hinsichtlich der Notwendigkeit einer Analyse bestehender Sprachförderungsprogramme. Öffentlichkeitswirksame Angebote wie der Überblick über fremdsprachige Multiplikatoren/-innen beispielsweise in Arztpraxen, die in einer Datenbank abgerufen werden können, sowie die Übersetzung von Gesundheitsinformationen in zwei Sprachen werden genutzt und häufig nachgefragt.

Über diese positiven Entwicklungen hinaus sehen wir jedoch auch weiteren Handlungsbedarf in den Feldern Zugangsbarrieren und dem Aufbau von nachhaltigen Strukturen und den daraus folgenden weiteren Zielsetzungen:

Abbau von Zugangsbarrieren

Es bestehen 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 (z. B. zu Fehldiagnosen, Mehrfachuntersuchungen) führen. Hier spielen der jeweilige soziokulturelle Hintergrund des Herkunftslandes sowie die Dauer des Aufenthaltes bzw. der Integrationsgrad eine wesentliche Rolle. Der Zugang zu Angeboten der gesundheitlichen Regelversorgung ist in besonderer Weise für Menschen mit Migrationshintergrund ohne Krankenversicherung erschwert. Wie bei allen Fragestellungen, die eine angemessene gesundheitliche Versorgung betreffen, sind auch Einflüsse des Genderaspektes immer zu berücksichtigen.

Auch was den Selbsthilfebereich betrifft, gibt es Zugangsbarrieren: Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen werden ganz überwiegend von Menschen mit deutschem soziokulturellen Hintergrund in Anspruch genommen, nur in sehr geringem Umfang von Migrantinnen und Migranten. Dabei spielen neben Informationsdefiziten sowie mangelnden Deutschkenntnissen auch Gefühle der Nicht-Akzeptanz als Migrantin bzw. Migrant, aber auch kulturelle Unterschiede eine wesentliche Rolle, die ein anderes Verständnis von Gesundheit und Krankheit sowie den Umgang damit bedingen.

Notwendigkeit nachhaltiger Strukturen

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. In ähnlicher Weise ist die Forderung nach einer kultursensiblen Altenhilfe mittlerweile programmatischer Standard. Ein großes Problem war und ist jedoch - vor allem im Gesundheitsbereich - die Verankerung von Aktivitäten in zeitlich

befristeten „Modellprojekten“, bei deren Auslaufen dann auch der Verlust des daraus gewonnenen Erfahrungs- Zugewinns droht (siehe z.B. das 2009 ausgelaufene, auf drei Jahre befristete Projekt „Koordinationsstelle Migration und Gesundheit“ beim Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg). Strukturelle Verbesserungen sind nur zu erreichen, wenn Aktivitäten auf Nachhaltigkeit, d. h. ohne zeitliche Befristung angelegt sind.

Ziele einer interkulturellen Öffnung von Regelangeboten

Folgende *Zielsetzungen der interkulturellen Öffnung* sollen auch weiterhin prioritär verfolgt werden:

- ➔ Senkung von Zugangsbarrieren, die die reale Inanspruchnahme von Leistungen bzw. eine angemessene kultursensible gesundheitliche Versorgung sowie die Nutzung von Selbsthilfeangeboten behindern.
- ➔ Volle Ausschöpfung von Handlungsspielräumen auf kommunaler Ebene, um die gesundheitliche und pflegerische Versorgung von Menschen (mit Migrationshintergrund) zu verbessern.
- ➔ Weiterentwicklung lebensweltorientierter, v.a. stadtteilbezogener Ansätze der Gesundheitsförderung unter Nachhaltigkeitsaspekt, insbesondere in sozial belasteten Gebieten, die einen hohen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund haben.

Empowerment (Stärkung der persönlichen Handlungsfähigkeit der einzelnen Menschen) und *Partizipation* im Sinne einer Beteiligung der Betroffenen an der Problemanalyse und der Entwicklung von Lösungsansätzen sowie eine *kooperative Vernetzung* verschiedener institutioneller Träger und Bereiche, v. a. im Sozialraum, sind wichtige Leitprinzipien.

10. Ausblick

Für die nächsten drei Jahre sind im Rahmen der interkulturellen Öffnung folgende Maßnahmen geplant:

Verbesserung der Datenlage: Neben einer aktualisierten Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen werden Daten im Rahmen der Tätigkeit des Zahngesundheitsdienstes des Gesundheitsamtes erhoben, die eine Aussage zur Mundgesundheit von Kindern mit Migrationshintergrund erlauben.

Interkulturelle Öffnung des Gesundheitsamtes: Im Rahmen amtsinterner Arbeitsgruppen soll die Niedrigschwelligkeit der Angebote weiter erhöht werden. Dies bezieht sich sowohl auf die Außendarstellung des Amtes (z.B. Internet-Angebot, Flyer), als auch die Berücksichtigung besonderer Problemlagen von Menschen mit Migrationshintergrund in den Angeboten.

Sozialräumlicher Ansatz: Nachhaltige Etablierung von Gesundheitsnetzwerken in Stadtteilen mit hohem Anteil von Menschen in sozial schwierigen Lebenslagen in Kooperation zwischen Gesundheits- und Sozialverwaltung unter enger Einbindung Freier Träger.

Sprachauffälligkeiten: Weitere Abklärung der deutlichen höheren Anteile von einzuschulenden Kindern mit Migrationshintergrund, was Auffälligkeiten bei der Wort- und Satzbildung betrifft sowie verbesserte frühzeitige Sprachförderung.

Kultur- und migrationssensible gesundheitliche Versorgung: Förderung einer multikulturell kompetenten Versorgung im Sinne eines mehrdimensionalen integrierten Ansatzes, der von mehr muttersprachlichen Informationen über Senkung der Zugangsbarrieren (z.B. Einsatz von Gemeindedolmetscherdiensten, Einsatz muttersprachlicher Psychotherapeuten bzw. psychiatrischer Fachkräfte) bis zu einem erhöhten Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund auf allen Qualifikationsebenen reicht. Erarbeitung und praktische Umsetzung eines kultursensiblen Selbsthilfekonzpts über Multiplikatorenarbeit und unter Berücksichtigung des Aufbaus ethnisch homogener Gruppen.

Menschen ohne Krankenversicherung: Absicherung stabiler Finanzierungsmöglichkeiten für Hilfsangebote, unabhängig von der Herkunft und vom rechtlichen Status der Klientinnen und Klienten.

Flüchtlingssituation: Die primärgesundheitliche Versorgung aufgrund der Zuwanderung von Menschen aus Flüchtlingsregionen stellt alle Bereiche des Gesundheitsamtes vor neue Herausforderungen. Kurzfristig werden die Bereiche personell erweitert, um neue gesundheitliche Versorgungsaufgaben hinsichtlich der stark angestiegenen Zahl an geflüchteten Menschen zu bewältigen und auch den dadurch gestiegenen Bedarf in anderen Aufgabengebieten (z.B. Infektionsschutz, Gutachterwesen, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst) abdecken zu können. Mittel- und langfristig werden weitere integrationsrelevante Aufgaben bzw. Querschnittsthemen mit gesundheitsbezogener Relevanz angegangen werden müssen, wie etwa die Sprachförderung in Kindergärten und Schulen, Abdeckung eines höheren Bedarfs an Dolmetscherdiensten oder die auf die veränderten Problemlagen angepasste interkulturelle Öffnung von Regelangeboten für Menschen mit Migrationshintergrund. Im ersten Quartal 2016 wird für die Aufgabengebiete des Gesundheitsamtes ein Maßnahmenkatalog entwickelt, in dem insbesondere auch die genannten Querschnittsthemen berücksichtigt werden.