



“
Kinder
sind uns
willkommen –
alle!
”

Schwerpunktthema 2013:
Migrantinnen und Migranten in der Pädiatrie

bvkd.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e. V.

Impressum

Migrantinnen und Migranten in der Pädiatrie/BVKJ-Schwerpunktthema 2013

ISBN 978-3-9816001-0-0

1. Auflage Juni 2013

Herausgeber:

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
www.kinderaerzte-im-netz.de

Koordination:

Christel Schierbaum, Geschäftsführerin des BVKJ e. V.
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln, christel.schierbaum@uminfo.de

Chefredaktion:

Dr. Nikolaus Weissenrieder
Saarstraße 7, 80797 München
nikolaus.weissenrieder@uminfo.de

Gestaltung:

FAI Healthcare GmbH, Agrippinawerft 22, 50678 Köln,
info@fai-healthcare.de

Druck:

Max Schmidt-Römhild KG, Mengstr. 16, 23552 Lübeck,
www.schmidt-roemhild.de

Bildnachweis:

Titelseite: Fotolia; S. 6: Prof. Dr. Maria Böhmer



Wir setzen uns nicht nur für die Gesundheit, sondern auch für adäquate Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen ein.

Dr. Wolfram Hartmann

Inhalt

<i>Prof. Dr. Maria Böhmer</i> Grußwort _____	6
Einleitung _____	8
<i>Dr. Ute Ellert, Dr. Thomas Ziese</i> Wie geht es Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland? Ausgewählte Ergebnisse der KiGGS-Studie _____	9
<i>Dr. Lale Akgün</i> Perspektiven der Integration bei Kindern und Jugendlichen _____	14
<i>Ilona Renner</i> Sexualität und Migration _____	18
<i>Dr. Nikolaus Weissenrieder</i> Jugendsexualität 2010, eine repräsentative Wiederholungs- befragung der BZgA von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern mit Schwerpunkt Migration – Was ist in der Praxis des Jugendarztes relevant? _____	26
<i>Dr. Ursula Kleine-Diepenbruck, Birgit Bröker</i> Die ganze Welt im Sprechzimmer – Migranten in der Kinder- und Jugendarztpraxis _____	32
<i>Dr. Emy Koen</i> Was tun, wenn die Schwiegermutter einen „Gehfrei“ schenkt? _____	38
<i>Dr. Eva M. Kalbheim</i> Mehrsprachige Erziehung – Große Chancen für kleine Weltbürger _____	42

<i>Prof. Annette Veronika Fox-Boyer PhD MSc, Dipl.-Patholing. Saskia Konopatsch</i> Mehrsprachigkeit in der Logopädie: Sprachentwicklungsstörung (SES) versus mangelnde Zweitsprachkompetenz _____	45
<i>Prof. Dr. Renate Schepker</i> Kultureinflüsse auf psychosomatische/psychiatrische Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund _____	49
<i>Dr. Christa Kitz</i> Transkulturelle Pädiatrie – Gesund aufwachsen für alle? _____	52
<i>Prof. Dr. Harald Bode</i> Sucht und Gewalt bei Migranten _____	58
<i>Dr. Thorsten Langer</i> Kultursensitive Arzt-Patienten-Kommunikation _____	61
<i>PD Dr. Michael Knipper</i> Migrationshintergrund? Plädoyer für eine zeitgemäße Beachtung der sozialen und kulturellen Hintergründe von Kindergesundheit in Deutschland _____	65
<i>Dr. Gabriele Trost-Brinkhues</i> Rechtliche Voraussetzung und Gesetze – Was ist in der Praxis relevant? _____	70

Grußwort

Prof. Dr. Maria Böhmer

Staatsministerin bei der Bundeskanzlerin
und Beauftragte der Bundesregierung für
Migration, Flüchtlinge und Integration



Sehr geehrte Damen und Herren,

Gesundheit ist unser wichtigstes Gut! Sie ist vor allem Voraussetzung für eine erfolgreiche Integration: Nur wer gesund ist, kann teilhaben!

Damit Kinder und Jugendliche – mit und ohne Migrationshintergrund – gesund aufwachsen können, haben alle Eltern eine große Verantwortung, Angebote der Prävention und Versorgung voll in Anspruch zu nehmen. Auf der anderen Seite müssen die Angebote und Maßnahmen diese Zielgruppen erreichen können. Das ist bei Menschen mit Migrationshintergrund nicht immer gegeben – aus unterschiedlichen Gründen: von Sprachbarrieren bis hin zu mangelndem Wissen über die vielfältigen Angebote. Eine interkulturelle oder kultursensible Ausrichtung des Gesundheitswesens ist wichtig, damit auch Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund gesund aufwachsen können. Gerade die körperliche und seelische Gesundheit hat Einfluss auf alle Lebensbereiche eines Menschen; bei Kindern und Jugendlichen ist dies insbesondere wichtig für die Entwicklung, Lernfähigkeit und das Sozialverhalten. Gleiche Zugangsmöglichkeiten zur gesundheitlichen Versorgung sind daher wichtiger Bestandteil der Integration von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund.

Die gesundheitliche Situation der insgesamt ca. 16 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, darunter 7,1 Mio. Menschen mit einem ausländischen Pass, ist sehr unterschiedlich. Viele haben einen optimalen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Das heißt, sie sind mit dem Gesundheitswesen in Deutschland vertraut, werden von Informationen erreicht, nehmen für sich und ihre Kinder die Vorsorgeuntersuchungen wahr und haben keine Verständigungsprobleme mit dem Arzt oder der Ärztin.

Aber es gibt auch migrations- und sozialbedingte Hürden einer optimalen Nutzung der medizinischen Einrichtungen. Hierzu gehört an erster Stelle die sprachliche und kulturelle Verständigung. Viele Migrantinnen und Migranten nehmen deutschsprachige Angebote nicht ausreichend wahr oder verstehen sie nicht. Aus der Forschung ist uns auch der sogenannte Drehtüreffekt bekannt. Der besagt, dass Migrantinnen und Migranten häufig von einem Arzt zum anderen gehen, weil ihre Beschwerden aufgrund sprachlicher und kultureller Missverständnisse nicht richtig diagnostiziert und therapiert werden können.

Die Gesundheit wird bekannterweise von vielen Faktoren beeinflusst, allerdings kommen bei der Integration einige Faktoren hinzu, die auch die Integration beeinflussen. Kulturspezifische Besonderheiten, sozio-ökonomische Bedingungen, Wohnverhältnisse, Bildungsstand und Deutschkenntnisse gehören zu diesen Faktoren. Auch die Länge des Aufenthalts im Aufnahmeland spielt eine wichtige Rolle. Aber nicht nur die erste Generation der Migrantinnen und Migranten, sondern auch die Gesundheit von nachfolgenden Generationen, die schon im Aufnahmeland geboren und aufgewachsen sind, werden noch durch diese Faktoren beeinflusst.

Ein weiterer, die gesundheitliche Versorgung mitbestimmender Faktor findet sich in den medizinischen Einrichtungen. Dazu gehört unter anderem die interkulturelle Öffnung durch mehrsprachige Angebote, die Berücksichtigung kultureller Unterschiede bei der pflegerischen und medizinischen Versorgung, die Beschäftigung von Personal mit Migrationshintergrund sowie ein seelsorgerisches Angebot für alle Religionen.

Zudem nutzen Migrantinnen und Migranten laut Studien präventive Angebote seltener als Nicht-Migranten. Dies gilt für alle Altersgruppen, beginnend mit der Vorsorgeuntersuchung bei Kindern bis hin zur Krebsfrüherkennung oder dem Gesundheitscheck 35 bei Erwachsenen und Älteren. So nahmen laut Integrationsindikatorenbericht 2011¹ nur 62,5% der Kinder mit Migrationshintergrund an allen Kindergesundheitsuntersuchungen teil im Vergleich zu 82,3% bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Ähnliche Ergebnisse liegen bei der Mundgesundheit vor. Die Impfquoten sind nur bei Kindern und Jugendlichen unterdurchschnittlich, die nicht in Deutschland geboren und/oder aufgewachsen sind. Die Forschung belegte auch, dass insbesondere bei Familien mit ausländischer Staatsangehörigkeit und mit kurzer Aufenthaltsdauer der Mutter ein großer Bedarf an Aufklärung und Information besteht. Meist ist es die Unkenntnis über die Möglichkeiten der vorsorgenden Medizin, die Eltern vom frühzeitigen Gang zum Arzt abhält.

Gleichzeitig belegen Studien, dass die zugewanderte Bevölkerung bis heute jünger und gesünder als die deutsche Bevölkerung ohne Migrationshintergrund ist. Auch Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund haben eine geringere Krankenquote als die Nicht-Zugewanderten derselben Altersgruppe,² jugendliche Migranten rauchen deutlich weniger und konsumieren weniger Alkohol.³

Die Bundesregierung unterstützt in verschiedenen Bereichen die Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Das Dialogforum „Gesundheit und Pflege“ des Nationalen Aktionsplans Integration hat hierzu mehrere Maßnahmen vereinbart.⁴

Das Bundesministerium für Gesundheit entwickelt zielgruppenspezifische Materialien zur Adipositasbehandlung bei Kindern und veranlasst Forschung zur Impfprävention sowie die Verstetigung des Kinder- und Jugendgesundheits surveys des Robert Koch-Instituts. Facheinrichtungen haben sich verpflichtet, Maßnahmen zur Verbesserung der Zahnprophylaxe durchzuführen. Auch die spezialisierten Migrantenorganisationen unternehmen gemeinsam mit Kinderärzten laufend Aufklärungsmaßnahmen für Eltern mit Migrationshintergrund zu Kindergesundheitsuntersuchungen und zum Thema Impfen.

Die Präventionsstrategie der Bundesregierung und die Bundesinitiative „Frühe Hilfen“ sind ebenfalls geeignet, Kinder und Jugendliche und deren Eltern besser zu erreichen und die Hilfesysteme für sie nutzbar zu machen.

Im Ergebnis ist Gesundheit eine wichtige Voraussetzung für Integration.

Gleichzeitig ist Integration eine Voraussetzung für eine angemessene gesundheitliche Versorgung. Diese Wechselwirkung müssen wir im Blick behalten, wenn wir Gesundheitspolitik für Migrantinnen und Migranten weiterentwickeln wollen. Die Initiative des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte, für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu sensibilisieren, ist deshalb sehr wichtig und ausdrücklich zu begrüßen. Ich verspreche mir von Ihrer Publikation ein hohes Maß an Aufklärung und Sensibilisierung und wünsche Ihnen einen interessierten Leserkreis und viele neue Initiativen in diesem Bereich!

Prof. Dr. Maria Böhmer

1 Zweiter Integrationsindikatorenbericht. 129f.

2 Zweiter Integrationsindikatorenbericht. 121ff.

3 Bezirksamt Mitte von Berlin: Migration und Gesundheit im Bezirk Berlin Mitte. Gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung unter Berücksichtigung des Migrationshintergrunds. Band 17. April 2011, 108f. und 119ff., 130.

4 Nationaler Aktionsplan Intergration. 171ff.

Schwerpunktthema 2013: Migrantinnen und Migranten in der Pädiatrie

Der Vorstand des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. hat 2010 beschlossen, jedes Jahr ein Thema aus dem Bereich Kinder- und Jugendmedizin als Schwerpunkt zu bearbeiten. Im Jahr 2012 haben wir das Thema „Früherkennungsuntersuchungen“ aufgegriffen und in seinen vielfältigen Facetten dargestellt. Die vielen positiven Reaktionen, Anregungen und Vorschläge für einen weiteren Schwerpunkt haben uns bestärkt, mit einem weiteren Schwerpunktthema 2013 fortzufahren. Mit der Koordination wurden wieder die Kollegen Dr. U. Fegeler, Dr. W. Hartmann, Dr. K. Rodens und Dr. N. Weissenrieder betraut, die entsprechend der Schwerpunktthematik Migration von weiteren Experten unterstützt wurden.

WARUM EIN JÄHRLICHES SCHWERPUNKTTHEMA IN DER PÄDIATRIE?

Die für die Pädiatrie relevanten Verbände wie die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin und der BVKJ bieten jedes Jahr auf unterschiedlichen Ebenen zahlreiche Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen an, die verschiedene fachliche Schwerpunkte thematisieren.

Unsere Idee verfolgt die Absicht, jährlich ein spezifisches Thema vorzubereiten, das in unterschiedlichen Facetten für Klinik und Praxis auf den nationalen Fort- und Weiterbildungskongressen der pädiatrischen Verbände dargestellt wird. Der ausgewählte Schwerpunkt wurde auch den Gesundheitspolitikern in Bund und Länder unter anderem auf unserem Politforum im Mai 2013 vorgestellt. Die Jahrestagung des BVKJ in Berlin steht unter dem Motto „Migration – eine Herausforderung für Kinder- und Jugendärzte“. Auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugend-

medizin finden zwei Symposien zu dem Thema „Migration“ sowie eine Podiumsdiskussion statt. Auf unserem Jugendmedizinikkongress in Weimar wurde das Thema aus jugendspezifischer Sicht dargestellt.

Wir möchten auf diesem Weg die gemeinsame Präsenz aller pädiatrischen Verbände unter der Federführung unseres Berufsverbandes gegenüber den politisch Verantwortlichen im Gesundheitsbereich stärken und unseren Kollegen in Klinik und Praxis die Leistungsfähigkeit und fachliche Kompetenz von Kinder- und Jugendärzten darstellen.

Themenheft zum Schwerpunktthema 2013

Neben den beiden Säulen der Schwerpunktdarstellung „Fort- und Weiterbildung“ und „Darstellung in der Gesundheitspolitik“ möchten wir mit der dritten Säule „Themenheft“ den Kinder- und Jugendärzten in Klinik und Praxis einen aktuellen Überblick über den Schwerpunkt geben. Dies betrifft Ergebnisse aus der klinischen Forschung und ambulanten Versorgungsforschung, verschiedene Bereiche der praktischen Durchführung und Umsetzung, sozialmedizinische und gesellschaftspolitische Fragestellungen.

Die in diesem Heft zitierten Zahlen sind eindeutig. Wir werden in der nahen Zukunft eine deutliche Steigerung des Anteils von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in unseren Praxen haben. In einigen städtischen Bereichen liegt der Anteil heute bereits bei 80%. Dies muss Auswirkungen auf die von uns angebotene medizinische Diagnostik, Therapie und Prävention haben. Gerade sensible Bereiche in der Sozialpädiatrie mit unterschiedlichen Entwicklungsstörungen werden nicht nur durch die unter Umständen schwierige Kommunikation, sondern auch durch die unterschiedlichen Kultureinflüsse beeinflusst. Sprache, Spracherwerb und Sprachverständnis sind wichtige Schlüsselfunktionen für eine gelungene Integration von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund.

Wir wünschen uns, dass die Idee eines jährlichen Schwerpunktthemas mit einem übergeordneten Thema Ihre Zustimmung und Unterstützung findet. Für das Jahr 2014 hat der Vorstand das Thema „Umweltmedizin“ ausgewählt.

Wir wünschen beim Lesen dieses Themenheftes Freude und nachhaltigen Wissensgewinn bei einem Thema in der Kinder- und Jugendmedizin, das heute schon in unserer Gesellschaft von besonderer Bedeutung ist und in Zukunft auch unsere pädiatrischen Kliniken und Praxen prägen wird.

Für die Koordinationsgruppe

Dr. Nikolaus Weissenrieder

Wie geht es Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland?

Ausgewählte Ergebnisse der KiGGS-Studie

Dr. Ute Ellert
Dr. Thomas Ziese

Ein Viertel der unter 18-jährigen Bevölkerung Deutschlands wächst in Migrantenfamilien auf. Zum großen Teil sind diese Kinder und Jugendlichen nicht selbst nach Deutschland zugewandert, sondern in der zweiten oder auch dritten Generation einer zugewanderten Familie geboren; dennoch prägt Migration in spezifischer Art ihre Lebenswelt. Ob und welche gesundheitlichen Konsequenzen sich daraus für Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien ergeben, darüber war bislang wenig bekannt. Daten der amtlichen Statistik, die überwiegend nach dem Merkmal der Staatsangehörigkeit differenzieren, können Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in einem immer geringeren Maße identifizieren und stellen für diese Gruppe eine wenig aussagekräftige Datenbasis dar. Auch in den Schuleingangsuntersuchungen wird der Migrationshintergrund bislang uneinheitlich, in vielen Bundesländern gar nicht erfasst. Repräsentative bundesweite Survey-Daten zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien liegen erst mit der Durchführung des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) vor.

Im Rahmen von KiGGS, der vom Robert Koch-Institut von 2003-2006 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt wurde, wurden 17.641 Kinder und Jugendliche untersucht und befragt. In KiGGS wurde ein migrationsspezifischer Zugang gewählt, der ein Oversampling, den Einsatz übersetzter Anschreiben und Fragebögen, Kontakte zu Nonrespondern sowie spezielle Aktivitäten in der Öffentlichkeitsarbeit, der Untersuchungssituation und der Qualitätssicherung beinhaltete. Dadurch ist es gelungen, Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund entsprechend ihres Anteils in der Bevölkerung an einem bundesweiten Gesundheitssurvey in Deutschland zu beteiligen. Damit liegen nun erstmals auch aussagekräftige Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund vor. Die folgen-

den Ergebnisse sind im Wesentlichen Schenk et al. (2008) entnommen und können dort ausführlich nachgelesen werden.

Definition des Migrantenbegriffes in KiGGS

Zur Bestimmung des Migrationsstatus wurden in der Hauptphase von KiGGS im Elternfragebogen die folgenden Merkmale erfasst: Staatsangehörigkeit, Geburtsland sowie Einreisejahr von Mutter und Vater, zu Hause gesprochene Sprache und die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Zuwanderergruppe. Im Fragebogen für die Kinder und Jugendlichen wurden deren Geburtsland und Einreisealter sowie das Geburtsland der Eltern erfragt. Darüber hinaus wurden die Deutschkenntnisse der Probanden (Eltern und Kind) durch die Interviewer eingeschätzt. Damit entspricht dieses Instrument weitestgehend den in einer Expertengruppe erarbeiteten Empfehlungen zur Erfassung des Migrationsstatus in epidemiologischen Studien (Schenk et al. 2006).

Als Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund werden daraus abgeleitet Kinder und Jugendliche definiert,

- die selbst aus einem anderen Land zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist, oder
- von denen beide Eltern zugewandert und/oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sind.

Bei alleinerziehenden Eltern galt der Status des erziehenden Elternteils. Sofern keine diesbezüglichen Informationen im Eltern-Fragebogen vorhanden waren, wurde auf die Angaben des Kindes zum Geburtsland von Vater und Mutter zurückgegriffen. In den wenigen Fällen, in denen keinerlei Informationen zum Geburtsland des Kindes sowie zum Geburtsland und der Staatsangehörigkeit der Eltern vorlagen, wurde die zu Hause gesprochene Sprache als Indikator für einen Migrationshintergrund herangezogen. Die getrennte Erfassung der Angaben von Mutter und Vater erlaubt auch eine Identifikation von Kindern und Jugendlichen mit einseitigem Migrationshintergrund, d. h. von Kindern und Jugendlichen, von denen ein Elternteil aus einem anderen Land zugewandert und/oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit ist.

Die detaillierte Erfassung des Migrationshintergrundes erlaubt eine Differenzierung der Migrantenpopulation in wichtige Untergruppen, z. B. nach Herkunftsland oder nach Aufenthaltsdauer. Auch wenn die Ergebnisse für diese Untergruppen im Vergleich zu bislang existierenden Studien auf einer meist höheren Fallzahl basieren und im Vergleich zu bisherigen Surveys und Studien erheblich verbesserte Voraussetzungen geschaffen wurden, Selektionseffekte zu minimieren (durch die repräsentativ gewählten Sample points bzw. durch das Stichprobendesign der KiGGS-Studie und die migrationsspezifische Vorgehensweise), so kann doch nicht ohne Weiteres für diese Untergruppenanalysen der Anspruch der Repräsentativität erhoben werden. Dies gilt es bei der Interpretation der Ergebnisse bzw. beim Vergleich mit anderen Studien zu berücksichtigen.

SOZIODEMOGRAFISCHE MERKMALE

An der KiGGS-Studie haben sich 2.590 (17,1%) Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund beteiligt. Weitere 8,3% der Kinder und Jugendlichen verfügen über einen einseitigen Migrationshintergrund. Insgesamt weisen also 25,4% der Kinder und Jugendlichen einen ein- oder beidseitigen Migrationshintergrund auf. Die untersuchten Kinder und Jugendlichen kommen aus über 115 verschiedenen Ländern: aus der Türkei (5,7%), Mittel- und Südeuropa (4,8%), der ehemaligen Sowjetunion (4,4%), Westeuropa, Kanada und den USA (3,2%), Polen (2,6%), arabisch-islamischen Ländern (2,0%) sowie aus verschiedenen Ländern Lateinamerikas, Afrikas und Asiens (zusammengefasst 3,1%).

Deutliche Unterschiede zeigt vor allem ein Vergleich der sozialen Lage von Nicht-Migranten und Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund: Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund gehören deutlich häufiger der niedrigsten sozialen Statusgruppe an als Kinder ohne Migrationshintergrund (53,7% vs. 22,1%) und seltener der höchsten sozialen Statusgruppe (10,0% vs. 30,2%). Kinder und Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund ähneln in ihrer sozialen Zusammensetzung jenen Kindern ohne Migrationshintergrund. Große Unterschiede in der sozialen Lage bestehen auch je nach Herkunftsland, Verweildauer und Grad der Integration (Tab. 1). Die verschiedenen Migrantengruppen unterscheiden sich also nicht nur hinsichtlich ihres kulturellen, sondern auch hinsichtlich ihres sozialen Hintergrundes.

Tabelle 1: Grad der Integration und sozialer Status nach Migrationshintergrund und Herkunftsland

	Grad der Integration			Sozialer Status n. Winkler (D2003)		
	hoch	mittel	gering	Niedriger Sozialstatus	Mittlerer Sozialstatus	Hoher Sozialstatus
	%	%	%	%	%	%
Migrationshintergrund						
ohne				22,1	47,6	30,2
einseitig	78,3	8,6	13,1	27,0	42,6	30,4
beidseitig	56,3	19,3	24,5	53,7	36,3	10,0
Herkunftsland						
Deutschland				22,1	47,6	30,2
Türkei	55,0	22,4	22,7	70,7	24,9	4,4
Ehem. SU-Staaten	62,8	18,5	18,6	48,2	42,3	9,5
Polen	79,6	9,9	10,5	30,1	53,5	16,3
Mittel- und Südeuropa	66,4	12,5	21,1	40,1	44,1	15,7
Westeuropa, USA, Kanada	82,1	7,9	10,0	16,0	39,5	44,4
Arabisch-islamische Länder	37,5	18,2	44,3	44,4	36,5	19,2
andere Länder	59,1	16,3	24,6	35,5	37,4	27,1

Mit zunehmender Verweildauer geht eine stärkere Orientierung an der Aufnahmegesellschaft und damit ein Wandel von Lebensgewohnheiten, Gesundheitskonzepten und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen einher, so dass Differenzen innerhalb der Migrantengruppe auch aus der unterschiedlichen Aufenthaltsdauer resultieren können. Gemessen an der Aufenthaltsdauer der Mutter leben mehr als zwei Drittel der Migrantenfamilien bereits länger als 10 Jahre in Deutschland, 12,3% sind erst vor fünf Jahren und weniger eingereist. Selbst zugewandert

ist ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, 80% sind in Deutschland geboren und damit der zweiten oder auch dritten Einwanderergeneration zuzurechnen.

ERGEBNISSE ZU AUSGEWÄHLTEN GESUNDHEITSINDIKATOREN

In KiGGS wurden sehr viele Gesundheitsindikatoren untersucht, von denen im Weiteren nur einige ausgewählte dargestellt werden können. Vielfach ergeben sich Unterschiede je nach Migrationshintergrund, aufschlussreicher ist aber häufig eine differenzierte Betrachtung verschiedener Untergruppen.

1. Subjektive Gesundheit und Lebensqualität

Im Rahmen von KiGGS wurden sowohl die Eltern als auch die Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren selbst zur subjektiven Gesundheit und zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen befragt. Mehrheitlich berichten die untersuchten Kinder und Jugendlichen eine gute subjektive Gesundheit und ein hohes Maß an subjektivem Wohlbefinden. Allerdings bestehen in der subjektiven Gesundheitswahrnehmung (sehr gut oder gut 95,9% Kinder bis 10 Jahre ohne und 89,3% Kinder bis 10 Jahre mit Migrationshintergrund) und in einigen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität deutliche Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund und auch innerhalb der Migrantengruppe.

Bei Betrachtung nach Herkunftsland zeigt sich, dass Eltern von jüngeren Kindern (bis 10 Jahre) aus der Türkei, den arabisch-islamischen Staaten und den ehemaligen SU-Staaten am wenigsten häufig einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand angeben, auch deren gesundheitsbezogene Lebensqualität schätzen ihre Eltern in vielen Bereichen am geringsten ein. Kinder und Jugendliche (ab 11 Jahren) aus den ehemaligen SU-Staaten und aus Polen halten ihren Gesundheitszustand am wenigsten häufig für sehr gut oder gut. Ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität schätzen Mädchen aus Westeuropa/USA/Kanada und der Türkei und Jungen aus den ehemaligen SU-Staaten, arabisch-islamischen Ländern und der Türkei in verschiedenen Bereichen am niedrigsten ein.

In einigen Bereichen (Selbstwert, Wohlbefinden in der Familie und Wohlbefinden in Bezug auf Freunde und Gleichaltrige) wird die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund oder von bestimmten Migrantengruppen allerdings besser eingeschätzt. Ein höherer Integrationsgrad geht mit einer besseren Einschätzung der Lebensqualität in fast allen Bereichen einher, dagegen wirkt sich eine nur geringe Aufenthaltsdauer von 0 bis 5 Jahren negativ auf einige Bereiche der gesundheitsbezogenen Lebensqualität aus.

2. Übergewicht und Adipositas

Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund sind überproportional häufig von Übergewicht betroffen. Allerdings variiert die Verteilung von Übergewicht innerhalb der

Migrantenpopulation nach Herkunftsland und Geschlecht (Tab. 2). Im Jugendalter scheint der Migrationshintergrund an Einfluss zu verlieren.

Tabelle 2: Anteile übergewichtiger Mädchen und Jungen nach Migrationshintergrund und Herkunftsland

	Mädchen		Jungen	
	%	95 %-KI	%	95 %-KI
Migrationshintergrund				
ohne	14,2	(13,1–15,3)	14,1	(12,8–15,4)
einseitig	13,0	(10,2–16,5)	14,2	(11,3–17,9)
beidseitig	19,2	(16,9–21,8)	19,8	(17,4–22,4)
Herkunftsland				
Deutschland	14,2	(13,1–15,3)	14,1	(12,8–15,4)
Türkei	22,6	(18,2–27,9)	23,7	(19,9–28,0)
Ehem. SU-Staaten	12,4	(9,0–16,8)	12,2	(8,4–17,3)
Polen	18,3	(12,7–25,6)	22,3	(15,7–30,7)
Mittel- und Südeuropa	20,3	(15,3–26,5)	18,5	(14,4–23,3)
Westeuropa, USA, Kanada	7,0	(4,0–12,1)	11,1	(6,9–17,3)
Arabisch-islamische Länder	20,4	(13,8–29,0)	19,3	(13,0–27,8)
andere Länder	16,8	(12,4–22,4)	16,2	(11,1–23,0)

Potenzielle Risikofaktoren wie Übergewicht der Eltern und hoher Medienkonsum bzw. geringe körperliche Aktivität als Ausdruck eines inaktiveren Lebensstils sind bei Kindern mit Migrationshintergrund häufiger als bei Nicht-Migranten. Den größten Erklärungswert für die Differenzen in den Anteilen übergewichtiger Kinder scheint allerdings das Körperbild zu bieten. Eltern aus anderen Ländern als Deutschland und Westeuropa/USA/Kanada beurteilen ihre Kinder deutlich häufiger als zu dünn trotz vorhandener Normalgewichtigkeit. Besonders augenfällig sind die Unterschiede im Kindesalter, hier scheint ein „wohlgenährtes“ mit einem gesunden Kind gleichgesetzt zu werden. Unter den Kindern und Jugendlichen weicht die Körper-selbstwahrnehmung vor allem bei jenen aus der Türkei und Polen deutlich von den anderen ab und tendiert ebenfalls in die Richtung, sich trotz Normalgewichts als zu dünn einzuschätzen.

3. Rauchen und Alkoholkonsum

Die KiGGS-Daten zeigen einen weniger verbreiteten Tabak- und Alkoholkonsum unter Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund als unter Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Jugendliche aus binationalem Elternhaus ähneln in ihrem Rauch- und Trinkverhalten jenen ohne Migrationshintergrund. Weniger der Sozialstatus als vielmehr kulturelle und vor allem geschlechtsspezifische Verhaltensmuster scheinen diesen Unterschieden im Alkohol- und Zigarettenkonsum zugrunde zu liegen. Keinen Verhaltenswandel zeigen die KiGGS-Ergebnisse im Migrationsverlauf anhand der Merkmale „Aufenthaltsdauer“ bzw. „Einwanderergeneration“: Der Tabak- und Alkoholkonsum nimmt nicht zu, sondern bewegt sich auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau. Festzuhalten bleibt, dass Tabak- und Alkoholkonsum keine Strategien der Problemkompensation unter Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund darzustellen scheinen, sondern dass hier offenkundig ein vergleichsweise günstiges Gesundheitsverhalten vorliegt.

Tabelle 3: Tabak- und Alkoholkonsum nach Migrationshintergrund und Herkunftsland

	Alkoholkonsum mind. 1mal in der Woche		Rauchen mind. 1mal in der Woche	
	%	95 %-KI	%	95 %-KI
Migrationshintergrund				
ohne	40,8	(38,4–43,2)	16,9	(15,6–18,3)
einseitig	33,6	(27,1–40,8)	16,5	(12,6–21,1)
beidseitig	17,9	(14,6–21,7)	12,8	(10,9–15,0)
Herkunftsland				
Deutschland	40,8	(38,4–43,2)	16,9	(15,6–18,3)
Türkei	5,1	(2,6–9,7)	11,2	(8,0–15,4)
Ehem. SU-Staaten	35,2	(26,8–44,6)	14,3	(10,4–19,3)
Polen	26,7	(17,2–38,9)	14,8	(9,4–22,4)
Mittel- und Südeuropa	23,9	(17,1–32,3)	13,1	(9,4–18,0)
Westeuropa, USA, Kanada	36,7	(27,3–47,3)	14,6	(9,8–21,2)
Arabisch-islamische Länder	5,5	(2,1–13,5)	8,7	(4,3–16,8)
andere Länder	27,7	(18,7–38,8)	21,0	(14,6–29,1)

4. Körperliche Aktivität und Medienkonsum

Die Anteile der Kinder und Jugendlichen, die in einem Verein oder außerhalb eines Vereins mindestens einmal in der Woche Sport treiben, sind unter jenen mit beidseitigem Migrationshintergrund (36,1% im Verein, 40,6% außerhalb eines Vereins) erheblich niedriger als unter Kindern und Jugendlichen ohne (60,5% im Verein, 52,7% außerhalb eines Vereins) bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund. Mädchen aus Migrantenfamilien treiben dabei noch seltener Sport als Jungen aus Migrantenfamilien. Alle Herkunftsländer liegen in den Anteilen der Mädchen und Jungen, die in einem Verein Sport treiben, signifikant unter jenen ohne Migrationshintergrund, Westeuropa/USA/Kanada ausgenommen. Hier könnten neben anderen Zugangsbarrieren vor allem finanzielle Aspekte eine Rolle spielen.

Gleichzeitig ist der Anteil derjenigen, die täglich mindestens drei Stunden vor dem Fernseher oder am Computer sitzen, unter Kinder und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund am höchsten (29,9% gegenüber 21,4% bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund). Eine differenzierte Betrachtung nach Herkunftsland identifiziert Kinder und Jugendliche aus der Türkei sowie aus den arabisch-islamischen Ländern als jene mit dem höchsten Fernsehkonsum.

5. Mundgesundheitsverhalten

Kinder und Jugendliche mit einem beidseitigen Migrationshintergrund weisen ein ungünstigeres Mundgesundheitsverhalten auf, Kinder und Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund hingegen ähneln in ihrem Verhalten jenem der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Während etwa ein Viertel der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (25,5%) seltener als zwei Mal pro Tag die Zähne putzt, sind es bei Gleichaltrigen mit beidseitigem Migrationshintergrund 45%. Auffällig sind die großen Differenzen je nach Migrationshintergrund im Kleinkindalter: Das betrifft das Zähneputzen und die Inanspruchnahme einer regelmäßigen Zahnarztkontrolle im Alter bis zu 2 Jahren ebenso wie den Konsum zuckerhaltiger Genussmittel bei den 3- bis 6-Jährigen. Mög-

licherweise wird in Familien mit Migrationshintergrund der Nutzen kariesprophylaktischer Maßnahmen insbesondere im Kleinkindalter unterschätzt.

Innerhalb der Migrantenpopulation lassen sich deutliche Unterschiede feststellen. Vor allem Kinder und Jugendliche aus der Türkei, der ehemaligen Sowjetunion und aus arabisch-islamischen Ländern tragen ein erhöhtes Risiko für Karies. Sie bleiben am häufigsten unter der empfohlenen Zahnputzfrequenz und weisen eine geringe Inanspruchnahmeorientierung sowie Fluoridierung auf. Gleichzeitig ist der Verzehr von Süßigkeiten und zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken vergleichsweise hoch.

Das Mundgesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund gleicht sich mit zunehmender Verweildauer immer mehr dem des Zuwanderungslandes an, bleibt allerdings im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung auch nach einem langjährigen Aufenthalt noch ungünstiger, teilweise beeinflusst durch einen geringeren Grad der sozialen Integration sowie einen unsicheren Aufenthaltsstatus.

6. Impfungen

Die Beurteilung der Durchimpfung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund erfordert eine differenzierte Betrachtung der Gesamtgruppe der Migranten, da die Impfquoten in verschiedenen Untergruppen (Altersgruppen, Einwanderergenerationen, Herkunftsländer) sowie abhängig von der Art der Impfung sehr unterschiedlich sind. Die KiGGS-Daten deuten darauf hin, dass das wichtigste Differenzierungsmerkmal im Hinblick auf die in KiGGS erfassten Impfungen ist, ob die Geburt des Kindes in Deutschland stattgefunden hat oder das Kind erst nach der Geburt zugewandert ist: Nach der Geburt Zugewanderte sind bedeutsam schlechter geimpft als in Deutschland geborene Kinder mit Migrationshintergrund. Hingegen sind in Deutschland geborene Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund insbesondere in den jüngeren Altersgruppen nicht schlechter durchimpft als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. In der Gruppe der nach der Geburt zugewanderten Kinder und Jugendlichen sind Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund deutlich schlechter durchimpft als Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund.

Andere Differenzierungsmerkmale wie das Herkunftsland sind weniger bedeutsam für die Impfquoten. Auf den ersten Blick scheinbar bestehende Unterschiede sind zum großen Teil durch die besondere Struktur der Einwanderer aus bestimmten Herkunftsländern zu erklären. So sind die schlechteren Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen aus den Ländern der ehemaligen

Sowjetunion vor allem durch den – im Vergleich zu Migranten anderer Herkunftsländer – höheren Anteil nach der Geburt zugewanderter Kinder und Jugendlicher bei Russlanddeutschen im Vergleich zu Migranten anderer Herkunftsländer zu erklären.

Eine besondere Zielgruppe für Maßnahmen zur Verbesserung des Impfschutzes sollten Jugendliche sein. Für diese Altersgruppe gibt es keine generelle Überprüfung des Impfstatus, wie er für Vorschulkinder im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen stattfindet. Die Gruppe der jugendlichen Zuwanderer bedarf im Rahmen der Impfprävention besonderer Aufmerksamkeit. Die Defizite hinsichtlich der Immunisierung gegen Keuchhusten und der Immunisierung mit der zweiten Masernimpfdosis sind bei Jugendlichen, die nach der Geburt zugewandert sind, besonders groß. Die KiGGS-Daten belegen zudem, dass insbesondere die Durchimpfung gegen Hepatitis B verbessert werden muss. Die Impfquoten gegen Hepatitis B sind schon bei Jugendlichen ohne Migrationshintergrund in Deutschland noch deutlich zu niedrig. Darüber hinaus sind Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund bzw. nach der Geburt zugewanderte Jugendliche noch schlechter durchimpft als Jugendliche ohne Migrationshintergrund: In dieser Gruppe ist nur jeder dritte Jugendliche ausreichend gegen Hepatitis B immunisiert. Gerade in diesem Alter ist wegen der zunehmenden Aufnahme sexueller Beziehungen ein Hepatitis-B-Impfschutz besonders wünschenswert und wichtig. Es konnte gezeigt werden, dass zwischen der Teilnahme an der J1-Untersuchung (Paed.Check 13.0) und dem Hepatitis-B-Impfstatus ein positiver Zusammenhang besteht. Deshalb könnte eine Erhöhung der Teilnahmequote von Jugendlichen mit Migrationshintergrund an der J1 auch zu einer Erhöhung der Inanspruchnahme der Hepatitis-B-Impfung genutzt werden. Dies würde zudem eine Gelegenheit bieten, das Impfbuch auch auf generelle Impflücken zu überprüfen.

FAZIT

Trotz sozialer Benachteiligung kann nicht von einer generell prekäreren gesundheitlichen Situation der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund gesprochen werden. Offenkundig sind im Kindes- und Jugendalter zumindest z. T. migrationspezifische Protektivfaktoren wirksam, die Gesundheitsvorteile im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund in ähnlicher sozialer Lage bringen. Allerdings sind, da ein niedriger Sozialstatus und erhöhte Krankheitsrisiken korrelieren, mittelfristig entsprechende gesundheitliche Konsequenzen zu befürchten. Dies gilt insbesondere für Kinder und Jugendliche aus der Türkei, aber auch aus der ehemaligen Sowjetunion und den arabisch-islamischen Ländern. Kinder und Jugendliche aus diesen Ländern sind bereits jetzt jene mit der geringsten subjektiven Gesundheit sowie gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Auch in mehreren anderen Aspekten der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens sind es gerade diese Gruppen, die erhöhte Krankheitsrisiken tragen. Gesundheitspolitik kann also hier nicht losgekoppelt werden von sozialpolitischen Bemühungen, die eine größere Chancengleichheit hinsichtlich der sozialen und vor allem der beruflichen Integration zum Ziel haben.



Die Ergebnisse zeigen, dass eine migrantensensible Ausgestaltung präventiver Angebote eine differenzierte Zielgruppenanalyse je nach zu betrachtendem Gesundheitsmerkmal voraussetzt. Dies betrifft insbesondere eine Differenzierung nach Herkunftsland, Altersgruppe sowie nach Einwanderergeneration (d. h. danach, ob die Kinder in Deutschland geboren wurden oder erst nach der Geburt zugewandert sind).

Die Palette der Ursachen einer Benachteiligung in Folge von Migration reicht von Sprachbarrieren, ‚mitgebrachten‘ Orientierungen, die auf die hiesige Kultur übertragen werden, Informationsdefiziten über Prophylaxemöglichkeiten, einen Wandel der Lebensgewohnheiten ohne Wissen um deren gesundheitsschädigende Wirkung bis zu Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem auf Seiten der Aufnahmegesellschaft. Eine Notwendigkeit migrantensensibler Prävention und Gesundheitsförderung ergibt sich somit nicht nur aus einer schwierigen Erreichbarkeit dieser Gruppe und dem Erfordernis eines kulturspezifischen Zugangs, sondern auch aus migrantentypischen Orientierungen, die präventives Verhalten erschweren können.

Vor allem die Veränderung ungünstiger Verhaltensmuster (Ernährungs-, Bewegungs-, Mundgesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten) erfordert eine Initiierung bzw. Intensivierung von Aktivitäten, die in den Bereich der Gesundheitserziehung fallen und Wissen über bestehende Angebote der gesundheitlichen Versorgung sowie über gesundheitsgefährdende Verhaltensfolgen bzw. die Kompetenzen eines gesundheitsbewussten Verhaltens vermitteln. So scheint die Verbesserung von Informationen zu Schutzimpfungen, Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen der Kariesprophylaxe über sprachliche Barrieren hinweg sowie das aktive Angebot von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen insbesondere für neu bzw. selbst zugewanderte Kinder und Jugendliche ein wichtiger Ansatzpunkt, um die Inanspruchnahme zu verbessern. Während keine Daten zu möglichen Vorbehalten gegenüber der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und zur Kariesvorsorge erhoben wurden, zeigen die KiGGS-Ergebnisse keine spezifischen Vorbehalte gegenüber Impfungen. Dennoch scheinen Zugangsbarrieren zu existieren, die noch ungenügend untersucht sind. Hier scheinen noch nicht alle Möglichkeiten der Information und Ansprache von Migranten ausgeschöpft zu sein. Eine besondere Zielgruppe sollten Jugendliche sein, da sie sich in einer Lebensphase befinden, in der langfristige Verhaltensmuster geprägt werden, andererseits die Arztkontakte und andere Gelegenheiten zur Verbesserung des Gesundheitswissens und der gesundheitlichen Kompetenz eher spärlich sind. Im Sinne einer partizipativen Gesundheitserziehung sollten die Aktivitäten die Stärkung von vorhandenen Gesundheitspotenzialen und die Lebenswelt der Betroffenen einbeziehen.

Literatur

- Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Schenk L, Bau A M, Borde T et al. (2006) Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis, Bundesgesundheitsblatt 49 (9): 853-60.

■ Frau Dr. Ute Ellert
Herr Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
General-Pape-Straße 62-66, 12101 Berlin
ellertu@rki.de
zieset@rki.de

Perspektiven der Integration bei Kindern und Jugendlichen

Dr. Lale Akgün

Gesundheit und Integration sind zwei Themen, die die Kinder- und Jugendärzte in unserer Gesellschaft miteinander kombinieren müssen, gerade wenn sie als Patientenzielgruppe die sozial Benachteiligten und in der Grundorientierung traditionell Konservativen betreuen. Dabei fällt ihnen eine Schlüsselrolle zu; durch ihre ausgewiesene Rolle als Vertrauens- und Autoritätsperson in der Familie haben sie die Möglichkeit, sehr früh in den Prozess der Integration der Kinder und Jugendlichen eingreifen zu können und für Chancengleichheit zu sorgen.*

1948 definierte die Weltgesundheitsorganisation Gesundheit folgendermaßen: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“. Heute, 65 Jahre später, können wir im Kontext der Integration von Familien mit Migrationshintergrund wieder über diese Definition – insbesondere im Hinblick auf die gesellschaftspolitische Aussage des ‚sozialen Wohlbefindens‘ – diskutieren.

*Im Folgenden wird vom „Kinder- und Jugendarzt“ gesprochen. Gemeint sind natürlich der Kinder- und Jugendarzt und die Kinder- und Jugendärztin.

„Sie gehören in Deutschland zum Alltagsbild. Im Jahr 2010 lebten hier 2,3 Millionen Familien mit Kindern unter 18 Jahren, bei denen mindestens ein Elternteil ausländische Wurzeln hatte. Gemessen an allen 8,1 Millionen Familien mit minderjährigen Kindern entspricht dies einem Anteil von 29%. Ehe steht bei Familien mit Migrationshintergrund hoch im Kurs: Die traditionelle Familienform unter den Migrationsfamilien war mit 80% deutlich stärker verbreitet als unter den Familien ohne Migrationshintergrund (69%). Nur 14% der Familien mit Migrationshintergrund waren alleinerziehende Mütter und Väter (ohne Migrationshintergrund: 21%)“ (Statistisches Bundesamt, 2012).

Somit sind Migrantenfamilien eine wichtige Zielgruppe für Kinder- und Jugendärzte. Nun ist diese Gruppe außerordentlich weit definiert. Sie umfasst:

- Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit,
- seit 1950 zugewanderte Menschen und
- Menschen mit mindestens einem seit 1960 eingewanderten oder ausländischen Elternteil.

Ihr Anteil an der Bevölkerung beträgt bundesweit 19% (Statistisches Bundesamt, 2007). Es können also nicht alle Menschen mit Migrationshintergrund als integrationsbedürftig angesehen werden.

Auch wenn vorherrschende Bilder und Klischees über Migranten oftmals ein einheitliches Bild suggerieren, ist diese Gesellschaftsgruppe viel heterogener als ihre Wahrnehmung in der Mehrheitsgesellschaft. Eine Studie des Sinus Instituts im Zeitraum von 2006 bis 2008 im Auftrag von Politik, Medien und Verbänden (und unter anderem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) zeigt auf, dass Migranten ebenso in Milieus leben wie die Angehörigen der Mehrheitsgesellschaft und ihre Lebenswelten ebenso differenziert sind. Die Koordinaten waren auf der einen Seite die soziale Lage nach niedrig, mittel und hoch, auf der anderen Seite die Grundorientierung hinsichtlich Tradition, Modernisierung und Neuidentifikation. Es konnten acht Milieus identifiziert werden, die im Prinzip den deutschen Milieus folgen, die aber prozentual anders zusammengesetzt sind. Im Beitrag von Ilona Renner „Sexualität und Migration“ werden die Ergebnisse der Studie ausführlich vorgestellt.

Folgende Ergebnisse kristallisierten sich heraus:

„Die Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland sind keine soziokulturell homogene Gruppe. Vielmehr zeigt sich – wie in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund – eine vielfältige und differenzierte Milieulandschaft.

Insgesamt acht Migranten-Milieus mit jeweils ganz unterschiedlichen Lebensauffassungen und Lebensweisen konnten identifiziert, beschrieben und quantitativ bestätigt werden.

Die Migranten-Milieus unterscheiden sich weniger nach ethnischer Herkunft und sozialer Lage als nach ihren Wertvorstellungen, Lebensstilen und ästhetischen Vorlieben. Dabei finden sich gemeinsame lebensweltliche Muster bei Migranten aus



unterschiedlichen Herkunftskulturen. Mit anderen Worten: Menschen des gleichen Milieus mit unterschiedlichem Migrationshintergrund verbindet mehr miteinander als mit dem Rest ihrer Landsleute aus anderen Milieus.

Man kann also nicht von der Herkunftskultur auf das Milieu schließen. Und man kann auch nicht vom Milieu auf die Herkunftskultur schließen.

Faktoren wie ethnische Zugehörigkeit, Religion und Zuwanderungsgeschichte beeinflussen zwar die Alltagskultur, sind aber nicht milieuprägend und auf Dauer nicht identitätsstiftend.

Der Einfluss religiöser Traditionen wird oft überschätzt. Drei Viertel der Befragten zeigen eine starke Aversion gegenüber fundamentalistischen Einstellungen und Gruppierungen jeder Couleur. 84 % sind der Meinung, Religion sei reine Privatsache. Insgesamt 56 % der Befragten bezeichnen sich als Angehörige einer der großen christlichen Konfessionen, 22 % als Muslime.

Nur in einem der acht Milieus spielt die Religion eine alltagsbestimmende Rolle – als Rahmen eines rural-traditionellen, von autoritärem Familismus geprägten Wertesystems. In dieser Lebenswelt, dem religiös verwurzelten Milieu, sind Muslime und entsprechend auch Menschen mit türkischem Migrationshintergrund deutlich überrepräsentiert. In allen anderen Milieus (93 % der Grundgesamtheit) findet sich ein breites ethnisches und konfessionelles Spektrum.“ (Sinus Institut, 2008)

So gesehen haben die Bilder in den Köpfen der Mehrheitsgesellschaft doch eine wichtige Grundlage, wenn sie vor allem von den türkischen Muslimen geprägt sind; bei den Türken ist das religiös verwurzelte Milieu erheblich größer als im Durchschnitt (19 % vs. 7 %) bzw. 47 % aller im religiös verwurzelten Milieu lebender sind türkischer Herkunft (Sinus Institut, 2009). Dies sind diejenigen mit einer vormodernen Tradition, konservativ-religiösen Wertvorstellungen; sie leben in einer kulturellen Enklave und haben den niedrigsten Bildungsstand. Noch heute sind Mütter, die Analphabetinnen sind, in dieser Gruppe keine Seltenheit.

Ergänzen wir diese Gruppe um das traditionelle Arbeitermilieu, die gleichfalls einer traditionellen Moral verpflichtet sind und deren soziale Lage – ebenso wie die Menschen aus dem religiös-verwurzelten Milieu – eine niedrige ist, dann haben wir die Zielgruppe, die es zu integrieren gilt. Wird Integration als Korrelation aus Bildung, sozialer Frage und Traditionen definiert, dann zielt sie auf die Menschen ab, die aus irgendeinem Grund aus dem System herausgefallen sind oder am Rande des Systems leben. Sie bedürfen der notwendigen Unterstützung, um eine geistige, körperliche und seelische Gesundheit zu bekommen und zu erhalten, „den Zustand vollkommen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“.

Genau um diese Gruppe geht es, denn die besser gestellten Milieus können sich Gesundheit und Bildung aussuchen. Es geht also vor allem um sozialbenachteiligte Migranten.

Kinder- und Jugendärzten kommt in der Gesundheitsversorgung eine ganz besondere Rolle zu: Sie sind durch das System

der Früherkennungsuntersuchungen die ersten Kontaktpersonen in der Mehrheitsgesellschaft, die auf Migrantenkinder noch vor dem Kindergarten treffen. Dabei geht es um die Kinder- und Jugendärzte, die in ‚diesem‘ Milieu praktizieren und deren Patienten aus ‚ihrem‘ Stadtteil stammen. Oft sind sie einer der wenigen Deutschen, mit denen die Familie in Kontakt kommt. Folglich bestimmen sie oft das Bild der ‚Deutschen‘ für diese Familie.

„Mein Kinder- und Jugendarzt ist so nett, ein Türke/Araber/Landsmann könnte nicht besser sein“ ist mehr als ein Kompliment. Es zeigt, dass der Kinder- und Jugendarzt eine Vertrauensperson der Familie ist. Vertrauen ist das wichtigste in der Beziehung zum Arzt. Es kommt vor jeglicher sprachlicher Fähigkeit, dann erst kommen die medizinischen Fähigkeiten des Arztes. Dieses Vertrauen gilt es sich zu bewahren. Denn später als Jugendarzt kann er als einer der wenigen Autoritätspersonen bei Konflikten auftreten, denen sich jugendliche Migranten aus diesen sozialen Milieus in Krisensituationen anvertrauen können, sei es bei Gewalterfahrung, Drogenmissbrauch, familiären oder inneren Konflikten.

Der Kinder- und Jugendarzt begleitet also eine Kindheit und Jugend und wird dadurch zum „institutionellen Gedächtnis“.

Was bekommt nun der Kinder- und Jugendarzt zu sehen? Und was kann er damit anfangen?

Das erste, was er zu sehen bekommt, ist ein Bild von den Beziehungen innerhalb der Familie und ihr Verhältnis zum Kind. Wer begleitet das Kind zur ärztlichen Untersuchung? Nur die Mutter oder ist der Vater des Kindes dabei? Wenn er Kind und Mutter begleitet, stellt sich die Frage nach seiner Rolle: Tut er dies aus Sorge um das Kind, als Übersetzer oder gar als Kontrolleur? Ist noch jemand drittes dabei? Vielleicht eine Freundin? Kommt die Schwiegermutter mit? Kommen die Eltern pünktlich, zu spät oder gar nicht? Wie wichtig ist der Arzttermin des Kindes für die Eltern? Das heißt: Wie wichtig ist die Gesundheit des Kindes und letztendlich welchen Stellenwert hat das Kind? Es ist noch gar nicht so lange her, da konnten gerade Kinder- und Jugendärzte die Erfahrung machen, dass bei Migranten aus bestimmten Kulturen die Gesundheit des Sohnes wichtiger war als die der Tochter. Auch heute kann der Kinder- und Jugendarzt allein durch Beobachtung feststellen, welchen Stellenwert eine Tochter für die Mutter/Familie hat.

Das zweite, was er zu sehen bekommt, ist ein Eindruck vom körperlichen Zustand des Kindes. Ist das Kind gut gepflegt? Ist es sauber angezogen? Er bekommt die Kleidung zu sehen, die das Kind trägt und natürlich auch die der Eltern. Oft genug bekommt er auch Diskrepanzen zu sehen, etwa dass Eltern billige Kleidung tragen und das Kind teure, die sich die Eltern vom Mund abgespart haben, um ihrem Kind Demütigungen im Umfeld zu ersparen. Bei Säuglingen und Kleinkindern ist es auch interessant zu beobachten, ob die Kinder der Jahreszeit angemessen angezogen sind. Beides hat etwas zu bedeuten; zu dünne Kleidung ist oft ein Indiz für eine schlechte wirtschaftliche Lage der Eltern, zu dicke Kleidung ein Zeichen für überholte Kinderpflege oder *Overprotectness*.

Das dritte, was er zu hören bekommt, ist die Sprache der Eltern. Der Kinder- und Jugendarzt kann ihre Ausdrucksfähigkeit und somit ihren Bildungsstand beurteilen. Sprechen sie deutsch? Wenn ja, wie gut? Wenn beide Elternteile anwesend sind: In welcher Sprache unterhalten sie sich untereinander? Anhaltspunkte, um den Integrationsgrad der Familie und ihr Verständnis von der neuen Kultur einzuschätzen.

All das bekommt der Kinder- und Jugendarzt zu sehen und zu hören, bevor er das Kind ausgezogen und ihm in das Ohr geschaut hat.

Wenn er mit der körperlichen Untersuchung anfängt, ist der nächste Punkt die Befindlichkeit des Kindes. Hier tauchen die nächsten Fragen auf: Woher hat das Kind die Krankheit? Wie gut, schlecht oder einseitig ist das Kind ernährt? Wenn es verletzt ist, welchen Risiken ist das Kind ausgesetzt? Übrigens schließt diese Frage auch das Rauchverhalten der Eltern mit ein!

Der Kinder- und Jugendarzt ist der ‚Intaker‘ der neuen Gesellschaft. Er ist die erste Bezugsperson für die Kinder der Migranten, die jüngsten der Gesellschaft. Er kann diesen Kindern die Tür zu den Möglichkeiten dieser Gesellschaft öffnen. Wenn Integration als „Chancengleichheit“ definiert wird, dann ist er der erste, der diese abstrakte Forderung aktiv umsetzen kann. Sein Instrument sind die Früherkennungs- und Gesundheitsuntersuchungen, die feststellen, ob das Kind sich altersmäßig entwickelt und all die Fähigkeiten beherrscht, die man in seiner Altersstufe beherrschen sollte. Er muss auf Grundlage der Früherkennungsuntersuchungen vorschlagen, welche Förderung ansteht oder notwendig ist. Somit ist der Kinder- und Jugendarzt ein ganz wichtiger Motor der Integration. Er hat die systematische Übersicht über die Entwicklung der nächsten Generation und ist derjenige, der die richtigen und entscheidenden Vorschläge machen sowie Maßnahmen oder Behandlungen einleiten kann.

Wenn der Kinder- und Jugendarzt eine Familie näher kennengelernt und ihr Vertrauen gewonnen hat, muss es zu einem Austausch zwischen Arzt und Familie kommen: Der Kinder- und Jugendarzt muss den Mut haben, die Eltern zur Veränderung anzuleiten, oder Alternativen aufzeigen, damit die Kinder aus dem Dilemma kommen, sich zwischen Loyalität und Veränderung entscheiden zu müssen. Kinder dürfen sich verändern und anders sein als ihre Eltern. Eine Analphabetin, die ihr Kind fördern will, muss zuerst selber lesen und schreiben lernen.

Und indem der Kinder- und Jugendarzt die Veränderung mitbekommt, muss er sich auch verändern, indem er seine Normen nicht mehr als die einzig geltenden sieht. Menschen aus anderen Kulturen bringen andere Ressourcen mit und er muss sich die Frage stellen, welche Ressourcen diese Menschen mitbringen. Wie geht man in ihrer Kultur mit Krankheit um? Wie mit Problemen? Manche schwören auf Kräuter, manche glauben an magische Kräfte und wieder andere an einen Koranspruch, vom Hodscha aufgeschrieben und eingenäht in Stoffbeutelchen.

Der Kinder- und Jugendarzt muss sich mit Wohlwollen auch das völlig Unmögliche oder Verrückte von den Eltern anhören. Er

muss aber auch „Stopp“ sagen dürfen, wenn es um das Kindeswohl geht. Schädlicher ‚Kulturballast‘ muss abgeworfen werden, wenn es die Entwicklung der Kinder behindert; harmlose kulturelle Gewohnheiten können bleiben, wenn es der seelischen Sicherheit der Familie dient.

FALLBEISPIEL 1: Adipositas

Beim Kinder- und Jugendarzt klagt die Mutter eines 9-jährigen Mädchens aus einer türkischen Familie, weil die Klassenlehrerin sie auf das Übergewicht ihres Kindes und dadurch auftretenden Hänseleien aufmerksam gemacht hat. Der Kinder- und Jugendarzt, der die Familie seit längerem betreut, hatte die Mutter immer wieder auf das Problem hingewiesen, aber immer nur ein entschuldigendes Lächeln geerntet. Tatsächlich wiegt das Mädchen bei einer Größe von 1,35 m fast 50 kg. Auch die Mutter ist stark übergewichtig und sieht das Gewicht ihrer Tochter als Babyspeck. Der Kinder- und Jugendarzt sieht ein adipöses Kind und eine adipöse Mutter. Seine erste Konnotation ist positiv: Essen gleich Liebe. Essen ist für Säuglinge ganz wichtig, weil sonst das Kind verhungert. Aber ein Kind verhungert nicht am vollen Tisch. Diese Angst der Mutter ist unberechtigt, was sie auch akzeptiert. Die nächste Feststellung, dass ein Kind die Eltern imitiert und dass erst die Mutter weniger essen und abnehmen müsse, damit auch das Kind abnehmen kann, löst weniger Freude aus. Am liebsten wäre der Mutter eine Pille, mit der das Kind (notfalls auch sie) abnehmen könnten. In dem Zusammenhang weist sie den Arzt auch auf die Fernsehwerbung hin und fragt ihn, ob sie eines dieser ‚Wundermittel‘ bestellen solle. Die Mutter will etwas verändern, muss aber lernen, dass dies mühsame Arbeit bedeutet: neues Kochverhalten, neues Essverhalten, neues Bewegungsverhalten.

Der Kinder- und Jugendarzt will jetzt Nägel mit Köpfen machen und schlägt der Mutter vor, dass die Kleine stationär unter Aufsicht abnehmen soll. In der Zwischenzeit soll sie einen Kochkurs besuchen und lernen, wie man fettarm kocht. Die Mutter will das mit ihrem Mann besprechen und kommt mit einer negativen Antwort zurück: Ihr Mann will nicht, dass die Tochter längere Zeit in einer Klinik mit anderen nicht muslimischen Kindern, vor allem Jungen ist. Der Kinder- und Jugendarzt bestellt den Vater in die Praxis und bespricht mit ihm den Ernst der Situation, denn seine Tochter hat mit diesem Übergewicht ernsthafte Krankheiten zu befürchten und wird auch zum Gespött der anderen Kinder. Will er das wirklich als Vater? Nach langen Verhandlungen willigt der Vater ein, gerade weil der Arzt als Autoritätsperson auftritt. Das Kind kann erfolgreich abnehmen.

FALLBEISPIEL 2: Selektiver Mutismus

Beim Kinder- und Jugendarzt wird ein 6-jähriger Junge vorgestellt, der zu Hause fließend Türkisch spricht, aber sich weigert, in der Schule zu reden. Die Eltern, einfache Menschen, aber stark leistungsorientiert, sind ratlos. Sie

wollen, dass ihr Sohn in der Schule erfolgreich ist, damit er später etwas ‚großes‘ werden kann. Sie selbst sprechen nur gebrochen Deutsch und bewegen sich im rein türkischen Milieu, zu Hause und im Umfeld der Familie wird nur Türkisch gesprochen. Auf hartnäckiges Fragen hin geben die Eltern zu, dass man sich im Milieu gegenseitig bestätigt, dass es besser sei, unter sich zu bleiben, auch im Beisein des Kindes. Im Gespräch wird den Eltern deutlich gemacht, dass es bei ihrem Sohn um die Identitätsfrage geht. Darf das türkische Kind Deutsch sprechen, wenn alles im Umkreis Türkisch spricht und alles, was deutsch ist, als feindlich gesehen wird? Den Eltern wird nahe gelegt, das Kind in einem Fußballverein anzumelden, wo es mit anderen, auch nicht türkischen Kindern, zusammen kommen und Freunde finden kann. Nur so kann die Blockade aufgelöst und der Grundstein für eine hybride Identitätsbildung gelegt werden.

FALLBEISPIEL 3: Passagere Verlustängste

Beim Kinder- und Jugendarzt erscheint die verwitwete Großmutter eines 12-jährigen Jungen. Sie kennt den Kinder- und Jugendarzt ihres Enkels schon seit seiner Geburt und hat auch schon mal das Kind bei ihm vorbei gebracht, wenn die Eltern keine Zeit hatten. Sie macht sich Sorgen um ihr Enkelkind. Seine Eltern haben sich vor einiger Zeit scheiden lassen, seitdem ist er immer mehr bei ihr, in letzter Zeit eigentlich nur noch. Das ist seiner Mutter auch ganz recht, da sie einen neuen Freund hat. In letzter Zeit will der Junge bei ihr im Bett schlafen und legt sich vor ihr ins Bett. Ihre Einwände, dass er schon zu alt und das Bett zu schmal sei, bleiben ohne Erfolg. „Ich mache mich ganz dünn“, ist seine Standardantwort. Eigentlich hätte die Großmutter damit kein Problem. Seitdem sie aber ihren Freundinnen von der Situation erzählt hat, bekommt sie von ihrer Umwelt dauernd Dinge gesagt, die ihr Angst machen. Es wird ihr suggeriert, beim Jungen könnten ihr gegenüber anormale „Gefühle“ entstehen oder er würde dadurch homosexuell werden. Die Großmutter wendet sich in ihrer Not an den Kinder- und Jugendarzt. Er soll ihr einen guten Rat geben, was sie machen soll. Der kann sie beruhigen; diese Situation ist nur passager durch die Verunsicherung des Kindes entstanden und wird vorbei gehen, die Ablehnung der Großmutter steigere die Unsicherheit des Kindes zusätzlich. Die Großmutter verlässt gestärkt die Praxis und kann dadurch das Kind in dieser für ihn schwierigen Lage besser unterstützen.

Die drei Beispiele zeigen: Der Kinder- und Jugendarzt bekommt viele Dinge zu sehen und zu hören, die weit über seine Zuständigkeit hinausgehen und nichts mit klassischen Krankheitsbildern zu tun haben.

Mal beschweren sich Kindergarten und Schule bei den Eltern, mal wissen die Eltern nicht mehr weiter, und immer suchen sie aus Hilflosigkeit zuerst den Kinder- und Jugendarzt auf. Dies trifft gerade auf Migranteneltern zu, die sich im Dickicht der psycho-sozialen Szene nicht so gut auskennen wie deutsche

Eltern. Oft gibt es kein medizinisches Problem. Der Kinder- und Jugendarzt wird zur Clearingstelle und zum Berater. Er muss also Teil des sozialen Umfeldes werden. Dazu gehört seine verstärkte Integration in die Stadtteilkonferenzen, die Arbeit des Jugendamtes, der Schulen und ein intensiverer Kontakt mit den Hebammen. Es geht hierbei jedoch nicht um Datenaustausch. Die ärztliche Schweigepflicht ist unantastbar, aber dort, wo Defizite und Probleme behebbarer Art bestehen, muss eine Form der Zusammenarbeit gefunden werden, ohne dabei die Schweigepflicht anzutasten; möglicherweise eine andere Art der Überweisung zu den anderen Stellen.

All das kostet Zeit. Die Kinder- und Jugendärzte sind die am schlechtesten bezahlten Ärzte. Wie viel Zeit können sie sich unter diesen Voraussetzungen für diese zusätzlichen ‚Leistungen‘ nehmen?

Noch ein Wort zur kulturellen Toleranz: Bei aller Berücksichtigung der Familie und der Familienkultur sind Kinder- und Jugendärzte in erster Linie Anwälte des Kindes. Und das müssen sie im doppelten Sinne sein: Bei Missbrauch und Misshandlungen müssen sie den Mut haben, die Täter bei der Polizei anzuzeigen. Im übertragenen Sinne müssen sie jenseits der Pflichtuntersuchungen die Interessen des Kindes vertreten und entscheiden, welche Entwicklungen es beim Kind zu fördern oder zu unterbinden gilt. Die Frage aller Fragen lautet doch: Nehmen wir die Kinder ernst? Als Individuen, mit ihren Wünschen, Ängsten, Möglichkeiten? Wenn wir das tun, müssen wir auch ihre Wünsche, Ängste und Möglichkeiten respektieren.

FALLBEISPIEL 4: Die Frage der rituellen Beschneidung von Jungen bei Juden und Muslimen

Ein 9-jähriger Junge erzählt dem Kinder- und Jugendarzt, dass er beschnitten werden soll, dies aber nicht will. Als Grund gibt er an, dass er beim Duschen im Fußballverein nicht anders aussehen will als die anderen Jungen. Der Kinder- und Jugendarzt ist in einem Dilemma. Wie soll er reagieren? Er gehört zu den wenigen Menschen in dieser Gesellschaft, die über das Thema auch aus praktischer Erfahrung sprechen können, gerade wegen seiner Kontakte zu Kindern. Die rituelle Beschneidung von männlichen Kindern löst bei vielen Menschen das Gefühl aus, dass sie sich aus Respekt vor der anderen Religion nicht einmischen dürfen. Aber gerade Kinder- und Jugendärzte haben die Pflicht, sich einzumischen und Partei für die Kinder zu ergreifen, die in eine Religion hineingeboren werden und als Säuglinge oder Kleinkinder keine Wahlfreiheit haben. Der Wert der körperlichen Unversehrtheit eines Kindes und die Endgültigkeit des Eingriffs zwingen den Kinder- und Jugendarzt zu einer Entscheidung, die meines Erachtens nur im Sinne des Kindes sein darf. In dem vorliegenden Fall leider ohne Erfolg: Zwar bespricht er den Wunsch des Jungen mit den Eltern, die sich wiederum auf ihre Religionsfreiheit berufen und sich jede Einmischung verbieten. Wochen später erfährt der Kinder- und Jugendarzt, dass der Junge mit dem Versprechen eines Computers zu der Beschneidung ‚überredet‘ worden ist.

Es ist sehr bedauerlich, dass das Gesetz die Religionsfreiheit der Eltern höher einstuft als die körperliche Unversehrtheit des Kindes. Das Mindestalter für die Beschneidung hätte bei 14 Jahre liegen müssen, dem Alter der Religionsmündigkeit.

Kinder- und Jugendärzte, deren Patienten soziale, gesellschaftliche und kulturelle Integration brauchen, haben anstrengende Patienten, die viel Kraft und Energie kosten. Kinder- und Jugendärzte, die auf diesem Feld arbeiten, brauchen Unterstützung. Sie brauchen den Austausch mit anderen Ärzten, Supervision und sie müssen Balintgruppen haben, in denen sie sich mit anderen in ähnlichen Situationen austauschen können. Denn wer viel gibt, muss auch was bekommen.

Nasreddin Hodscha (Anm.: der türkische Till Eulenspiegel) war vom Baum gefallen und lag unter dem Baum. Das ganze Dorf lief aufgeregt zusammen. „Hodscha, wie geht es Dir? Sollen wir Dir einen Arzt rufen?“ riefen sie. „Nein“, sagte der Hodscha, „ich brauche keinen Arzt, holt mir lieber einen, der auch schon mal vom Baum gefallen ist!“

■ Frau Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Lale Akgün
Staatskanzlei des Landes NRW
40190 Düsseldorf
info@lale.akguen.de

Buchempfehlungen:

Akgün L. (2008) Tante Semra im Leberkäse Land. Krüger Verlag
Akgün L. (2010) Aufstand der Kopftuchmädchen. Piper Verlag

Literatur:

Statistisches Bundesamt (2009) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2007. In: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220077004.pdf?__blob=publicationFile (24. April 2013)

Statistisches Bundesamt (2012) Schlaglicht: Familien mit Migrationshintergrund. In: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/MigrationIntegration.html> (24. April 2013)

Sinus Institut (2008) Zentrale Ergebnisse der Sinus-Studie über Migranten-Milieus in Deutschland. In: http://www.sinus-institut.de/uploads/tx_mpdownloadcenter/MigrantenMilieus_Zentrale_Ergebnisse_09122008.pdf (24. April 2013).

Sinus Institut (2009) Migranten-Milieus in Deutschland. In: http://www.sinus-institut.de/uploads/tx_mpdownloadcenter/Aktuell_30012009_Deutschuerken_Hauptdokument.pdf (24. April 2013).

Sexualität und Migration. Zugangswege für die Sexualaufklärung Jugendlicher

Ilona Renner

Jugendliche mit Migrationshintergrund – rund ein Drittel der Jugendlichen in Deutschland wird dieser Gruppe zugerechnet. Im folgenden Beitrag werden verschiedene Milieus skizziert, nach denen diese Zielgruppe differenziert werden kann. Auf der Basis einer Befragung von 14- bis 17-Jährigen wird dargestellt, wie sie mit Präventionsbotschaften zu erreichen ist.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelt zielgruppenspezifische Konzepte, Medien und Maßnahmen zur Sexualaufklärung. Im Schwerpunkt richten sich diese Informationsmaterialien und -medien an Jugendliche, denn der Bedarf an Informationen über Liebe, Sexualität und Partnerschaft ist in diesem Alter besonders hoch. In den verschiedenen Stadien der Entwicklung, Gestaltung und Streuung der Materialien und Medien stellt sich jedoch immer wieder die Frage, inwieweit die Zielgruppe tatsächlich erreicht wird. Welche Zugangswege sind geeignet? Welche Ansprachestrategie ist bei Jugendlichen mit hohem Informationsbedarf erfolgreich, welche Inhalte sind hilfreich?

Aufgrund zahlreicher Pretests und Evaluationen verfügt die BZgA bereits über ein breites Basiswissen hinsichtlich der Erreichbarkeit von Jugendlichen mit deutschem Familienhintergrund. Aber wie findet die Sexualaufklärung Zugang zu Mädchen und Jungen mit Migrationsgeschichte? Stoßen die BZgA-Strategien zur Sexualaufklärung auch in dieser Zielgruppe auf Zustimmung, oder stehen Jugendliche mit Migrationshintergrund der Thematik oder den Medien und Materialien eher distanziert gegenüber? Gibt es spezifische Informationskanäle oder -bedarfe, lassen sich Sprachpräferenzen identifizieren? Angesichts der Tatsache, dass etwa ein Drittel der Jugendlichen in Deutschland einen Migrationshintergrund hat, ist es an der Zeit, diese Zielgruppe verstärkt in den Blick zu nehmen.

Aus diesem Grund hat die BZgA das Forschungsinstitut Sinus Sociovision beauftragt, eine repräsentative Stichprobe Jugendlicher im Alter von 14 bis 17 Jahren nach ihren Einstellungen und Bedürfnissen sowie Informationsinteressen und Medienpräferenzen im Zusammenhang mit Sexualität, Liebe und Partnerschaft zu befragen.

Eine Besonderheit dieser Studie ist die Milieuperspektive. Fachleute erleben in ihrer täglichen Arbeit mit jugendlichen Migrantinnen und Migranten eine sehr hohe Heterogenität der Zielgruppe. Basale Werthaltungen, Lebensstile und Orientierungsmuster einzelner Gruppen Jugendlicher mit Migrationshintergrund unterscheiden sich deutlich voneinander. Aus diesem Grund ist es nicht immer gerechtfertigt, junge Menschen mit Migrationsgeschichte als homogene Gruppe zu betrachten; Durchschnittswerte für die gesamte Population jugendlicher Migrantinnen und Migranten sind oft irreführend und wenig hilfreich als Orientierung für die praktische Arbeit. Dies gilt insbesondere für Thematiken, die intim und identitätsstiftend erlebt und kulturell unterschiedlich ausgedeutet werden, wie Liebe, Sexualität und Partnerschaft.

Das Forschungsinstitut Sinus Sociovision hat ein Instrumentarium zur Milieudiagnose entwickelt. Fragen zur Situation und sozialen Lage der Jugendlichen, zu Einstellungen und Werten erlauben eine Verortung aller Befragten im Modell der Sinus-Migranten-Milieus®, um die unterschiedlichen Lebenswelten, die grundlegenden Werte, Lebensziele und Lebensstile der jugendlichen Migrantenpopulation zu bestimmen. Verhalten und Einstellungen, Informationsinteressen und -präferenzen können so auf unterschiedliche Jugendmilieus bezogen werden und erlauben damit einen differenzierten, realitätsnahen Blick auf die Zielgruppe.

STUDIENDESIGN

Sinus Sociovision befragte 2008 eine repräsentative Stichprobe von 2072 Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Es wurden persönlich-mündliche Interviews geführt. Für intime Fragen kam zusätzlich ein Fragebogen zum Einsatz, der von den Probanden selbst ausgefüllt werden konnte und somit auch gegenüber dem Interviewer beziehungsweise der Interviewerin Anonymität gewährleistete. Ziel der Studie war die Analyse von Lebensstilen, Wertorientierungen, Sprachkenntnissen, Freizeitinteressen, Integrationsbereitschaft und Religiosität. Auf Grundlage der Ergebnisse konnten acht unterscheidbare Milieus erwachsener Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland identifiziert werden.

In einem zusätzlichen BZgA-spezifischen Befragungsteil wurden weitere 608 Jugendliche mit Migrationsgeschichte für die Untersuchung rekrutiert. Neben den Fragen aus der Basisuntersuchung wurden den 14- bis 17-Jährigen auch Fragen zu Sexualität, Liebe und Partnerschaft gestellt. Die Auswertung dieser Daten gibt wertvolle Hinweise für die Entwicklung zielgruppengerechter Ansprachestrategien.

Zunächst sollen die acht Milieus jugendlicher Migrantinnen und Migranten, die von Sinus Sociovision identifiziert wurden, kurz beschrieben werden. Im Anschluss daran werden ausgewählte Ergebnisse zur Verbundenheit mit Deutschland und zu deutschen Sprachkompetenzen der Jugendlichen im Vergleich mit Erwachsenen dargestellt. Nach dieser Gegenüberstellung junger und älterer Menschen mit Migrationshintergrund, die deutliche Unterschiede zwischen den Alterskohorten offen-

bart, wird gezeigt, dass Jugendliche nicht als homogene Gruppe zu betrachten sind, sondern – je nach Milieuzugehörigkeit – unterschiedliche Einstellungen vertreten und sich auch hinsichtlich der Sprachkompetenzen voneinander unterscheiden. Solche Unterschiede finden sich stark ausgeprägt auch bei zentralen Einstellungen zu Sexualität, Liebe und Partnerschaft. Was bedeutet dies nun für die Erreichbarkeit der Jugendlichen? Ausgewählte Ergebnisse werden abschließend dargestellt.

MILIEUS JUGENDLICHER MIT MIGRATIONS-HINTERGRUND

Die genannten acht Milieus können an dieser Stelle nur verkürzt dargestellt werden. Detaillierte Beschreibungen, die die zugrunde liegenden Werthaltungen und Einstellungen plastischer darstellen, können im Ergebnisbericht zur Studie „Sexualität und Migration“¹ nachgelesen werden.

Hedonistisch-subkulturelles Milieu (33 %)

Dieses Milieu zeichnet sich durch eine ausdrückliche Distanzierung von der Mehrheitsgesellschaft aus: Outfit, Verhalten und Sprache sind unangepasst, Konflikte mit Autoritäten in Elternhaus, Schule und Gesellschaft werden in Kauf genommen. Typisch sind ein Rückzug in subkulturelle Gruppen, Passivität und eine Ablehnung von Leistungsanforderungen, andererseits Wünsche nach Prestige und raschem Erfolg. Junge Hedonisten konzentrieren sich auf das Hier und Jetzt und betreiben kaum längerfristige Zukunftsplanung.

Multikulturelles Performermilieu (21 %)

Jugendliche, die dieser Gruppe zugehören, sehen das persönliche Weiterkommen und die Selbstverwirklichung im Leben als Leitmotiv an. Anerkennung, Eigenständigkeit, Unabhängigkeit sind ihnen besonders wichtig, Werte wie Offenheit und weltanschauliche Toleranz herrschen vor. Milieutypisch ist auch ein Trendsetter-Bewusstsein; ihr Migrationshintergrund erscheint ihnen als Bereicherung, ihre Leistungsorientierung verbindet sich mit Lust an Konsum, Genuss, Unterhaltung.

Entwurzeltes Milieu (12 %)

Motivationslosigkeit, mangelnde Leistungsbereitschaft und Frust aufgrund von Orientierungsproblemen in der Aufnahmegesellschaft und oft prekären Lebensumständen sind typisch für diese Gruppe. Ein ausgeprägter Materialismus, eine Fixierung auf Äußerlichkeiten sowie ein Festhalten an (teils sinnentleerten) Traditionen und ein Gefühl von Ausgrenzung und Ungerechtigkeit charakterisieren die Jugendlichen.

Adaptiv-bürgerliches Milieu (11 %)

Zufriedenheit, ein ausgeprägtes Sicherheitsbedürfnis und eine optimistische Einstellung zum Leben, Mäßigung, Stabilität und Pragmatismus sind in diesem Milieu maßgebend. Eine Etablierung in der Mitte der Gesellschaft wird angestrebt. Die Jugendlichen dieser Gruppe geben sich offen, kontaktfreudig, den Werten Menschlichkeit und Gerechtigkeit kommt hohe Bedeutung zu.

Statusorientiertes Milieu (11 %)

Beruflicher und sozialer Aufstieg, Erfolg und materieller Wohlstand sind zentrale Ziele, die durch Anpassung, Zielstrebigkeit und Fleiß angestrebt werden. Die Jugendlichen dieses Milieus haben einen prestigeorientierten Konsumstil und eine hohe Wertschätzung von Statussymbolen entwickelt.

Intellektuell-kosmopolitisches Milieu (5 %)

Authentizität, Eigenständigkeit und Entfaltung der Persönlichkeit sind besonders prägend für die postmateriellen Ansprüche dieser Gruppe, für die auch ein großes politisch-gesellschaftliches Interesse und Engagement typisch ist. Jugendliche aus diesem Milieu haben eine hohe Leistungsmotivation, eine optimistische Zukunftsperspektive und verstehen sich als Europäer und Weltbürger mit entsprechendem Denken in globalen Zusammenhängen.

Traditionelles Arbeitermilieu (4 %)

Materielle Sicherheit und klassisch proletarische Werte wie Hilfsbereitschaft, Solidarität, Warmherzigkeit und Bescheidenheit gelten in diesem Umfeld als besonders relevante Faktoren. Die Jugendlichen bevorzugen hierarchische Strukturen; Traditionen werden gepflegt, aber es besteht keine Lustfeindlichkeit oder besonders strenge Sexualmoral. Die religiöse Bindung spielt eine untergeordnete Rolle.

Religiös verwurzelt Milieu (3 %)

Jugendliche, die diesem Milieu zugerechnet werden, folgen archaisch geprägten Wertvorstellungen. Die Wahrung der (Familien-)Ehre, Respekt vor Autoritäten, Befolgung religiöser Pflichten, Kritik am libertären westlichen Lebensstil, Lustfeindlichkeit und Rückkehrorientierung in die Heimat sind charakteristische Merkmale.

JUGENDLICHE UND ERWACHSENE MENSCHEN MIT MIGRATIONS HinterGRUND IM VERGLEICH

Basale Mentalitätsmuster

Im Vergleich zur Gesamtheit der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland sind Jugendliche im Alter zwischen 14 und 17 Jahren in den modernen Milieus im rechten Bereich des Migrantengesellschaftsmodells deutlich stärker vertreten (Abb. 1). Jugendliche mit Migrationshintergrund vertreten primär die Mentalitätsmuster der Grundorientierung BII (Individualisierung: Selbstverwirklichung, Genuss, bi-kulturelle Ambivalenz, Kulturkritik) und C (Multi-Optionalität: Postmodernes Werte-Patchwork, Sinnsuche, multikulturelle Identifikation). Dass in der Phase der Adoleszenz Jugendliche eine stärkere Tendenz zu modernen Lebensauffassungen und Lebensweisen haben, ist wesentlicher Effekt der Ablösung vom Elternhaus und findet sich vergleichbar auch bei Jugendlichen mit deutschem Familienhintergrund.

Verbundenheit mit Deutschland

Jugendliche Migrantinnen und Migranten fühlen sich (noch) stärker mit Deutschland verbunden als Erwachsene: Während 39 % der Gesamtheit der Menschen mit Migrationshintergrund eine »sehr starke« Verbundenheit mit Deutschland angeben, beträgt dieser Anteil bei den 14- bis 17-Jährigen über die

Hälfte (53 %). Demgegenüber ist eine sehr enge emotionale Verbindung mit dem Herkunftsland beziehungsweise dem Herkunftsland der Eltern bei den Jugendlichen geringer ausgeprägt als bei den Erwachsenen (24 % gegenüber 37 %). 51 % der Jugendlichen sagen darüber hinaus, dass sie »sehr gerne« in Deutschland leben, weitere 32 % leben »gerne« in Deutschland.

Sprachkenntnisse und Sprachpraxis

Die Beherrschung und der alltägliche Gebrauch der deutschen Sprache ist ein wichtiger Aspekt gelungener Integration. Mangelhafte oder fehlende Sprachkenntnisse und Sprachpraxis erschweren die soziale und berufliche Eingliederung und werden von der Mehrheitsgesellschaft auch als Anzeichen für mangelnde Integrationsbereitschaft gewertet.

68 % der erwachsenen Migrantinnen und Migranten schätzen ihre Deutschkenntnisse als »sehr gut« oder »gut« ein. Bei den Jugendlichen ist dieser Anteil noch deutlich höher: Nach eigenen Aussagen verfügen 90 % der befragten 14- bis 17-Jährigen über gute bis sehr gute deutsche Sprachkompetenzen. Die hohe Sprachkompetenz erklärt sich über die Sprachpraxis im Alltag. Im Freundes- und Bekanntenkreis der jugendlichen Migrantinnen und Migranten hat sich Deutsch als Verkehrssprache etabliert: 39 % der Jugendlichen unterhalten sich außerhalb der Familie (fast) ausschließlich auf Deutsch, weitere 36 % überwiegend. Nur 3 % kommunizieren überwiegend oder (fast) ausschließlich in der Herkunftssprache ihrer Familie – gegenüber immerhin 17 % der erwachsenen Migrantinnen und Migranten, die in Deutschland leben.

Ein Vergleich zentraler integrationsrelevanter Einstellungen und Kompetenzen von jugendlichen und erwachsenen Menschen mit Migrationshintergrund zeigt eine deutliche Verschiebung: Jugendliche, die zu einem hohen Anteil bereits in Deutschland geboren sind, fühlen sich (noch) stärker mit Deutschland verbunden und verfügen über sehr gute Sprachkenntnis und Sprachpraxis im Alltag.

MILIEUUNTERSCHIEDE BEI JUGENDLICHEN MIT MIGRATIONS GESCHICHTE

Betrachtet man die Jugendlichen jedoch nicht als homogene Gruppe, sondern berücksichtigt die unterschiedlichen Wertorientierungsmuster und Lebensstile, ergibt sich ein deutlich differenzierteres Bild:

Verbundenheit mit Deutschland

51 % der Jugendlichen leben »sehr gerne« in Deutschland. Diese Einstellung, die oft einhergeht mit einer ausgesprochen hohen Identifikation mit dem Aufnahmeland (der Eltern), wird jedoch nicht von Jugendlichen aller Milieus gleichermaßen geteilt: So leben nach eigenen Aussagen mehr als zwei Drittel der Jugendlichen, die aufgrund ihrer Wertorientierungs- und Lebensstilmuster dem »multikulturellen Performermilieu« oder dem »adaptiven bürgerlichen Milieu« zugeordnet werden, »sehr gerne« in Deutschland. Demgegenüber vertreten diese Haltung nur 20 % der Jugendlichen aus dem »religiös verwurzelt« und 39 % aus dem »entwurzelten Milieu«. Erkennbar

sind gravierende Unterschiede zwischen den einzelnen Wertorientierungsgruppen (Abb. 2); Unterschiede mit praktischer Relevanz, die bei einer globalen Betrachtung der Jugendlichen mit Migrationshintergrund unsichtbar bleiben.

Sprachpraxis

Drei Viertel der jugendlichen Migrantinnen und Migranten unterhalten sich mit ihren engsten Freunden und Bekannten »(fast) ausschließlich« oder »überwiegend« auf Deutsch. Auch hier zeigen sich deutliche Milieuunterschiede: Während über 90% der 14- bis 17-Jährigen des »multikulturellen Performermilieus« angeben, Deutsch als Verkehrssprache zu nutzen, beträgt dieser Anteil im »religiös verwurzelten Milieu« oder im »traditionellen Arbeitermilieu« weniger als die Hälfte (Abb. 3).

Ähnlich gravierende Unterschiede zwischen den einzelnen Milieus finden sich auch bei zentralen Einstellungen zu Sexualität, Liebe und Partnerschaft. Eine Auswahl wird im Folgenden exemplarisch und zusammenfassend dargestellt.

EINSTELLUNGEN ZU SEXUALITÄT, LIEBE UND PARTNERSCHAFT

Einstellungen zu Sexualität, Liebe und Partnerschaft unterscheiden sich bei jungen Menschen mit Migrationshintergrund sehr stark nach Milieus.

Frauen und Männer sind heute in der Partnerschaft gleichberechtigt

Bei der Frage zur Stellung von Frauen und Männern in einer Partnerschaft antwortet die überwiegende Mehrheit der Jugendlichen, dass Frauen und Männer gleichberechtigt sind (65%) – wobei auffällt, dass deutlich mehr Mädchen (73%) als Jungen (59%) dies für zutreffend halten (»trifft genau zu« und »trifft ziemlich zu«). Im Milieuvergleich zeigen sich ebenfalls große Unterschiede: Während Jugendliche des »adaptiven bürgerlichen Milieus« und des »multikulturellen Performermilieus« überdurchschnittlich häufig die Gleichberechtigung der Geschlechter postulieren (79 bzw. 83%), stimmen im »religiös verwurzelten Milieu« nur 25% und im »entwurzelten Milieu« 45% dieser Ansicht zu.

Jungen sollten sich genauso um Verhütung kümmern wie Mädchen

Zu einer gleichberechtigten Partnerschaft gehört auch, dass Jungen sich genauso um Verhütung kümmern sollten wie Mädchen. Diese Ansicht teilen 78% der Mädchen und 65% der Jungen. Auch hier zeigen sich – nach ähnlichem Muster wie bei der Einstellung zur Gleichberechtigung der Geschlechter in der Partnerschaft – deutlich Unterschiede in den einzelnen Milieus: Der Anteil der Jugendlichen, die dieser Aussage zustimmen, ist in den modernen Segmenten deutlich höher als in den traditionsgebundenen.

Es ist nichts Falsches dabei, schon vor der Ehe miteinander zu schlafen

Ein ähnliches Antwortmuster kann auch bei dem Statement zur Sexualität vor der Ehe beobachtet werden: Die Anteile der

Jugendlichen, die diesem Item zustimmen, variieren stark zwischen den Wertorientierungs- und Lebensstilgruppen. So können 71% der 14- bis 17-jährigen »multikulturellen Performer« nichts Falsches daran finden, schon vor der Ehe miteinander zu schlafen. Unter den Jugendlichen, die aufgrund ihrer Wertorientierungen und Lebensstile dem »religiös verwurzelten Milieu« zugeordnet werden, teilen nur 28% diese Meinung.

ERREICHBARKEIT FÜR DIE SEXUALAUFLÄRUNG

Interesse an Informationen über Sexualität, Liebe, Partnerschaft

Viele der befragten Jugendlichen denken in Zusammenhang mit Sexualität, Liebe und Partnerschaft in erster Linie an Empfängnisverhütung (18%) sowie an sexuelle Praktiken und Reaktionen (17%). Auch das Thema Aids ist präsent im Bewusstsein der Jugendlichen mit Migrationshintergrund (11%). Diese Themen repräsentieren Dinge, die den Jugendlichen »auf den Nägeln brennen« und auch bei nicht gezielter Informationssuche ins Auge stechen. Andere Aspekte von Sexualität, Liebe, Partnerschaft werden spontan nicht in relevanter Anzahl genannt. Ungestützt, das heißt ohne Listenvorgabe, besteht zum Beispiel an Informationen über die körperliche und sexuelle Entwicklung von Jugendlichen wenig Interesse.

Bei Listenvorgabe stehen die Themen Aids und Geschlechtskrankheiten (52%), Empfängnisverhütung (47%) und sexuelle Praktiken und Reaktionen (40%) weiterhin an erster Stelle. Auffällig ist, dass aber auch »biologische« Themen, wie Regel, Eisprung, fruchtbare Tage der Frau (27%), körperliche und sexuelle Entwicklung von Jugendlichen (21%) oder die Geschlechtsorgane der Frau und des Mannes (17%) – Aspekte, die bereits in Schule und Elternhaus vermittelt sein sollten – gestützt zu den relevanten Themen gehören, über die Jugendliche gerne mehr wissen würden. Informationen über »weiche« Themen wie Zärtlichkeit, Liebe oder den Umgang der Partner miteinander stoßen im Vergleich dazu auf weniger Interesse (Abb. 4).

Das Interesse an Informationen zu Sexualität, Liebe, Partnerschaft ist jedoch in den verschiedenen Lebensstilgruppen nicht gleich hoch ausgeprägt: Im Milieuvergleich interessieren sich Jugendliche aus dem »intellektuell-kosmopolitischen Milieu« durchschnittlich für 5,5 von insgesamt 22 Themen der Liste, während »religiös Verwurzelte« im Durchschnitt nur über 3 von 22 Themen mehr wissen möchten (Abb. 5). Dieser Befund weist auf unterschiedliche Grundeinstellungen der Milieus zum Thema Sexualität hin. Menschen mit wenig oder keinem Grundinteresse an der Thematik oder mit starker Abwehr werden massenmedial vermutlich kaum zu erreichen sein.

Sprachpräferenz

Um das Ziel einer stärkeren kulturellen Öffnung zu erreichen, wird immer wieder diskutiert, inwieweit eine Übersetzung der deutschsprachigen Medien zur Sexualaufklärung sinnvoll ist. Einen Hinweis erhalten wir aus den Ergebnissen der Studie. Auf die Frage »In welcher Sprache würden Sie die Informationen zu diesen Themen am liebsten bekommen?« antworteten 62%

der 14- bis 17-Jährigen »Lieber auf Deutsch« und weitere 30 % sagten: »Ist mir egal«. Nur 8 % der jugendlichen Migrantinnen und Migranten präferieren Informationen in ihrer Heimatsprache beziehungsweise der Heimatsprache ihrer Eltern. Diese Haltung ist stark überrepräsentiert bei Jugendlichen aus dem »religiös verwurzelten« oder dem »entwurzelten« Milieu und bei Befragten mit einfacher Schulbildung (Abb. 6).

Informationen zur Sexualaufklärung werden von Jugendlichen, die überwiegend in Deutschland geboren sind und zur Schule gehen, in deutscher Sprache gewünscht. Gerade diejenigen jungen Migrantinnen und Migranten, deren Herkunftskultur von sexuellen Tabus geprägt ist, werden die Begrifflichkeiten rund um Sexualität, Liebe und Partnerschaft vermutlich eher in deutscher Sprache verstehen und annehmen können. Deshalb ist eine Übersetzung von Medien für die jugendliche Zielgruppe nicht generell zu empfehlen. Jugendliche mit traditionsgebundenen Wertorientierungen und Lebensstilen scheinen eine Übersetzung in ihre Heimatsprache beziehungsweise die Heimatsprache ihrer Eltern zu präferieren. Da diese Jugendlichen gleichzeitig aber generell wenig Interesse an der Thematik zeigen und kaum Informationsbedarf angeben, ist fraglich, ob diese Zielgruppe – auch mit Informationen in der Herkunftssprache – überhaupt massenmedial erreichbar ist.

Erreichbarkeit durch ausgewählte BZgA-Informationsmaterialien

Im Rahmen der Interviews mit jugendlichen Migrantinnen und Migranten wurden zwei Anzeigen (»Verhütung« und »Gefühle ohne Grenzen«) sowie die Aufklärungsbroschüre »sex'n'tipps« der BZgA vorgelegt, um die Wahrnehmung und Akzeptanz dieser Massenmedien in der Zielgruppe zu überprüfen. Die beiden Promotion-Anzeigen wurden von den Verlagen Bauer und Springer unter der fachlichen Beratung durch die BZgA entwickelt.

Es wird über alle Fragen zu Gestaltung und Inhalt der Medien hinweg deutlich, dass die Anzeigen und die Broschüre einen Großteil der Jugendlichen mit Migrationsgeschichte ähnlich gut erreichen wie Jugendliche mit deutschem Familienhintergrund. Die Befragung zeigt aber auch deutlich, dass ein Teil der jugendlichen Migrantinnen und Migranten, und hier insbesondere diejenigen, die nach dem gesellschafts- und sozialpolitischen Verständnis der Aufnahmegesellschaft Aufklärung, Information und Hilfe in sexuellen Fragen besonders dringend brauchen, mit diesen Medien in der Regel nicht erreicht werden.

AUSBLICK

Zwischen 36 und 43 % der befragten Jugendlichen haben angegeben, dass ihnen die vorgelegten Medien der BZgA gefallen. Dieses, auf die gesamte Population der repräsentativ ausgewählten jugendlichen Befragten bezogene Ergebnis erweckt jedoch einen partiell falschen Eindruck. Werden die unterschiedlichen Jugendmilieus berücksichtigt, ergibt sich ein differenzierteres und realitätsnäheres Bild: Jugendliche aus den »modernen« Migrantenumilieus können ähnlich gut erreicht werden wie Jugendliche mit deutschem Familienhintergrund.

So sagen über die Hälfte der Jugendlichen aus dem »multikulturellen Performermilieu«, dass ihnen die Broschüre »sex'n'tipps« gut gefällt. Es wird aber auch sehr deutlich, dass Jugendliche mit eher traditionellen Wertorientierungsmustern und Lebensstilen den Informationsmaterialien wenig abgewinnen können: So stößt »sex'n'tipps« bei nur 13 % der »religiös verwurzelten« Jugendlichen und 23 % der Jugendlichen, die dem traditionellen Arbeitermilieu zugeordnet werden, auf Gefallen.

Diese Ergebnisse sind ein deutlicher Hinweis darauf, dass nicht alle jugendlichen Adressaten mit dem gleichen Medium und vor allem nicht mit dem Medium »Print« erreicht werden können. Für die unterschiedlichen Milieus müssen unterschiedliche Ansprachestrategien entwickelt und eventuell passgenaue Inhalte bereitgestellt werden, um den unterschiedlichen Lebenswelten und Informationsbedürfnissen gerecht zu werden. Aus diesem Grund setzt die BZgA neben einer breiten Auswahl an Massenmedien auch personalkommunikative Strategien zur Sexualaufklärung Jugendlicher ein. So richtet sich das Projekt »komm auf Tour. Meine Stärken, meine Zukunft« als handlungsorientiert-interaktives Angebot insbesondere an bildungsferne Jugendliche. Ein weiteres Beispiel sind die »Jugendfilmtage«: In Kooperation mit Beratungsstellen und Kinos vor Ort erhalten Schülerinnen und Schüler mit hohem Informationsbedarf die Möglichkeit, themenspezifische Filme anzusehen und im schulischen Kontext vor- und nachzubereiten. Auch multimediale Angebote wie das Jugendportal www.loveline.de der BZgA zu Liebe, Sexualität und Partnerschaft können durch die gegebene Anonymität und kultursensible Aufmachung ein Anspracheweg für schwer erreichbare Zielgruppen sein. Die Präventionsmappe Körperwissen und Verhütung, die im persönlichen Beratungsgespräch in Gynäkologie oder Beratung eingesetzt wird, scheint ebenfalls eine erfolgversprechende Strategie zu sein.

Studien, Evaluationen und nicht zuletzt ein regelmäßiges Feedback aus der Praxis bei Expertentagungen und Workshops tragen dazu bei, Medien und Maßnahmen wie diese zu entwickeln und so dem Ziel einer weitestmöglichen Erreichbarkeit junger Migrantinnen und Migranten stets ein wenig näher zu kommen.

■ *Frau Ilona Renner
Ostmerheimerstr. 220, 51109 Köln
ilona.renner@nzfh.de
Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung BZgA*

1 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2010) Sexualität und Migration: Milieuspezifische Zugangswege für die Sexualaufklärung Jugendlicher.

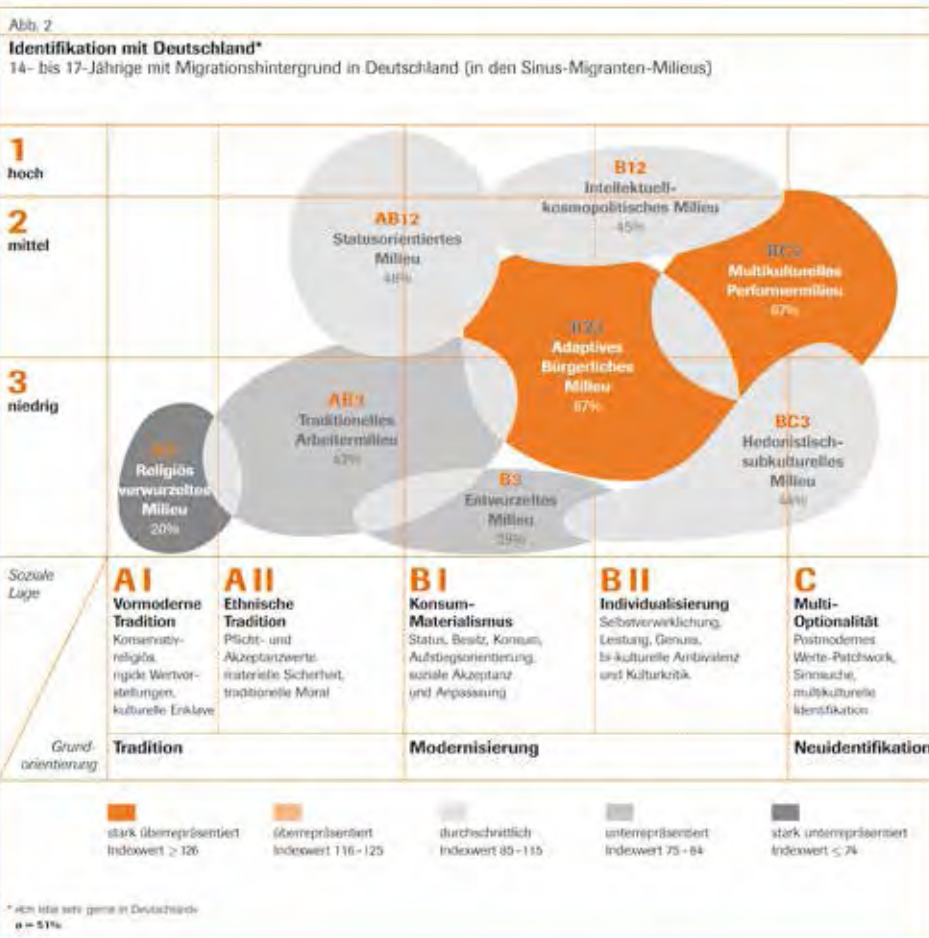
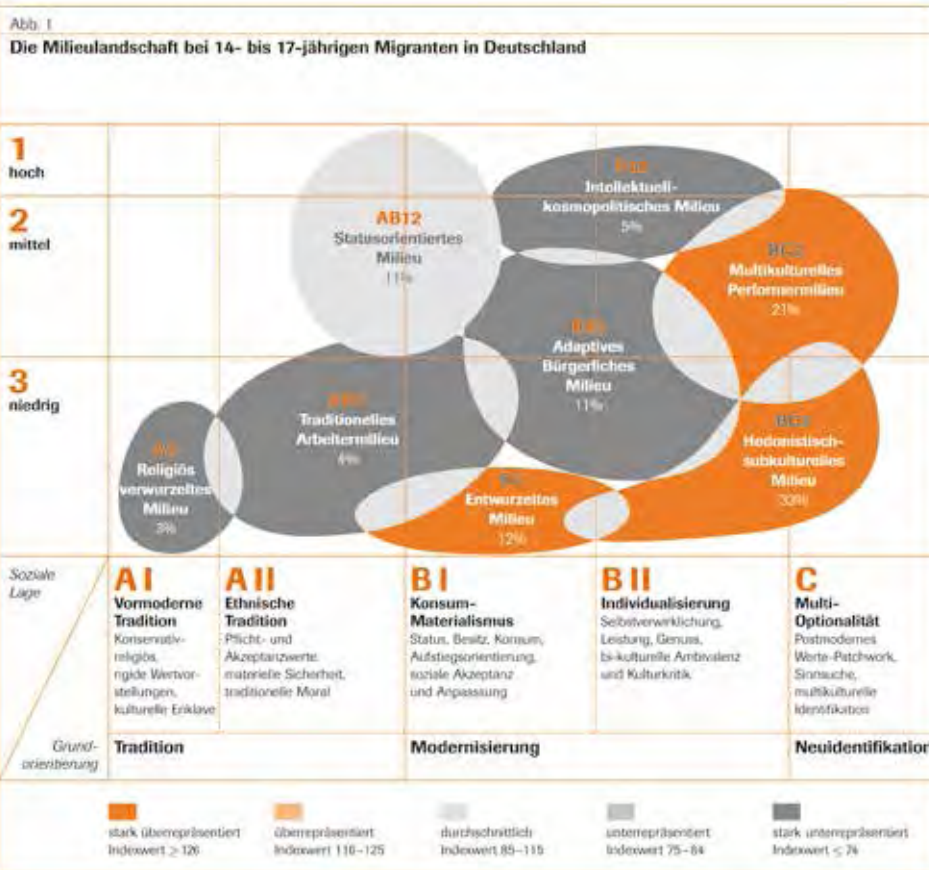


Abb. 3

Verkehrssprache Deutsch*
14- bis 17-Jährige mit Migrationshintergrund in Deutschland (in den Sinus-Migranten-Milieus)

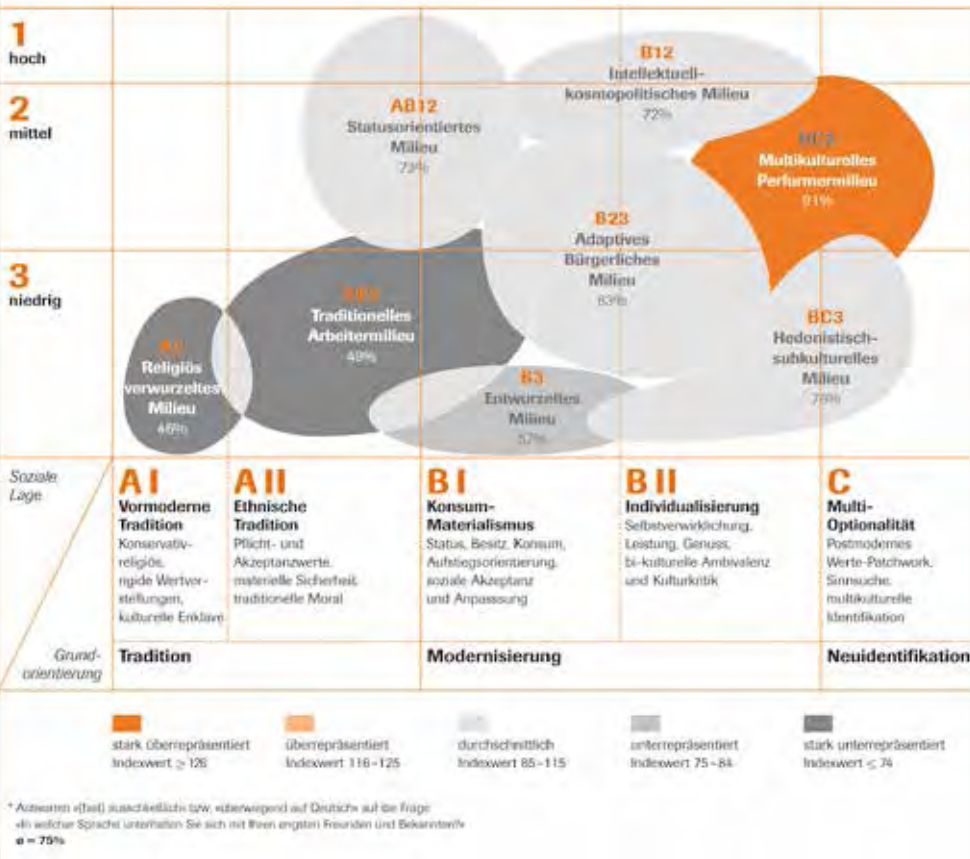
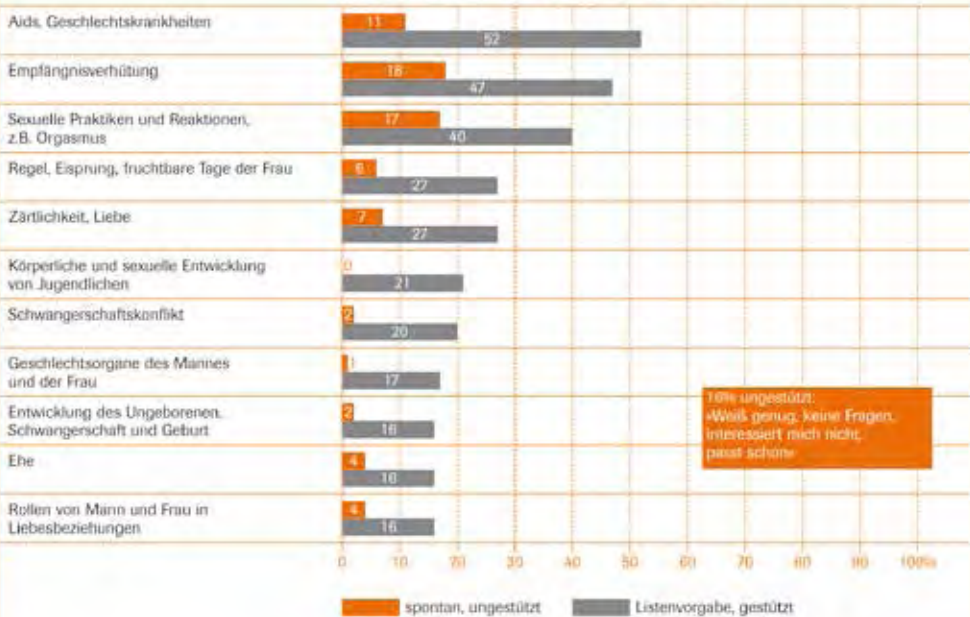


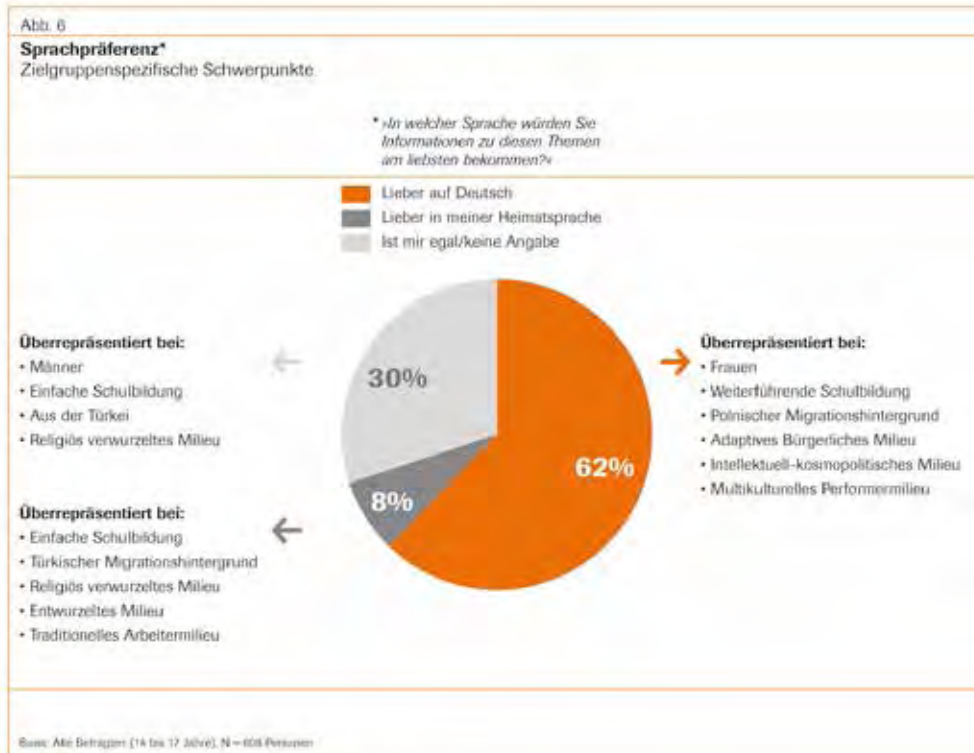
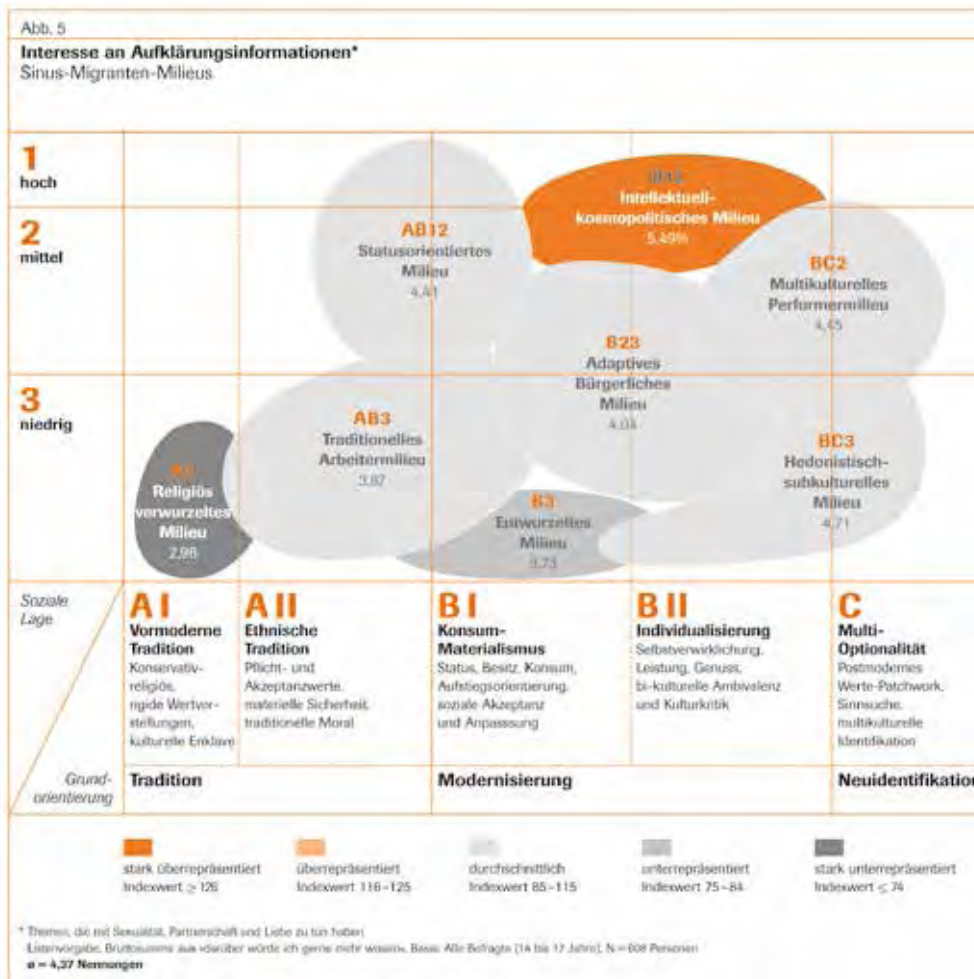
Abb. 4

Themeninteressen (1)*
(ungestützt und gestützt)

* «Im Folgenden geht es um Sexualität, Partnerschaft, Liebe. Was interessiert Sie besonders? Über welche Themen würden Sie da gerne mehr wissen?»



Basis: Alle Befragten (14 bis 17 Jahre), N=608 Personen



Jugendsexualität 2010 – eine Befragung der BZgA mit Schwerpunkt Migration. Was ist in der Jugendarztpraxis relevant?

Dr. Nikolaus Weissenrieder

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung führt seit 1980 Erhebungen mit dem Ziel durch, empirische Daten zu ermitteln, die aufgrund der Repräsentativität der Stichproben zuverlässige Aussagen über Einstellung und Verhalten von Jugendlichen im Alter von 14–17 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland für Jugendliche deutscher Staatsangehörigkeit und deren Eltern in Fragen der Aufklärung, Sexualität und Kontrazeption liefern sollen.¹

2010 wurde eine Studie vorgelegt – es handelt sich um eine Replikationsstudie zu sechs vorhergehenden Untersuchungen (1994, 1996, 1998, 2001 und 2005), bei der in der Darstellung der aktuellen Daten und im Vergleich zur vorherigen Messung im Jahr 2005 der Schwerpunkt auf dem Vergleich der Jugendlichen deutscher Staatsangehörigkeit einerseits und der Jugendlichen mit Migrationshintergrund andererseits liegt. In diesem Artikel werden die für den Jugendarzt relevanten Daten zusammengefasst und durch weitere Aussagen und Themen jugendspezifischer Literatur, die sich mit Migration befasst, ergänzt und mit Erfahrungen aus der eigenen Praxis verglichen. Über eine weitere Studie berichtet in dieser Broschüre der Beitrag „Sexualität und Migration – Zugangswege für die Sexualaufklärung Jugendlicher“.¹

Die BZgA verfügt über ein breites Basiswissen hinsichtlich der Erreichbarkeit von Jugendlichen mit deutschem Familienhintergrund. Der Zugang zu Mädchen und Jungen mit Migrationsgeschichte bezüglich Sexualaufklärung, Informationen über Liebe, Sexualität und Partnerschaft wurde bisher nicht explizit beforscht und ausgewertet. Auch Daten über das Alter des ersten Geschlechtsverkehrs, die Häufigkeit, die Anwendung von Verhütungsmitteln usw. durch Jugendliche mit Migrationshintergrund lagen bisher nicht vor.

Ein großes Problem bei der Beschreibung der Zielgruppe ist die Heterogenität, die Kinder- und Jugendärzte täglich in der Praxis erleben. Dies bezieht sich sowohl auf den ethnischen Hintergrund, der für die Werthaltungen, Lebenswelten, Verhaltensmuster und Lebensplanung verantwortlich ist. Diese Items sind bei Migrationshintergrund aus den westeuropäischen Ländern (z. B. Belgien, Großbritannien, Österreich, Schweiz) unterschiedlich zu den osteuropäischen Ländern (z. B. Ukraine, Russlands, Weißrussland, Moldawien) oder den südeuropäischen Ländern (z. B. Albanien, Türkei, Griechenland).

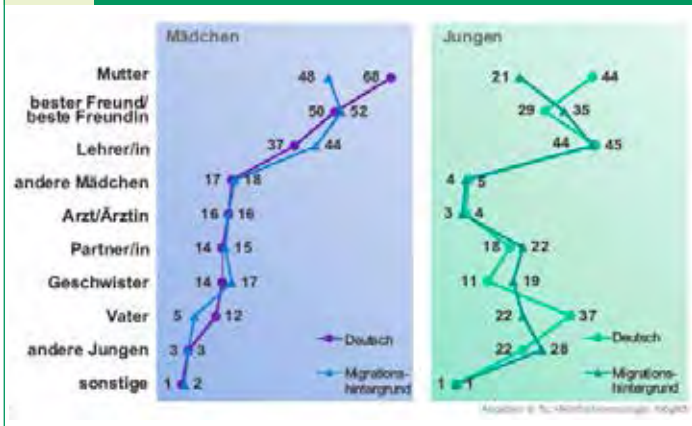
Zum anderen macht es einen deutlichen Unterschied, ob der Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland geboren und sozialisiert wurde oder erst im Kindes- oder Jugendalter migriert ist. Gerade bei Thematiken, die intim und identitätsstiftend erlebt und kulturell unterschiedlich ausgedeutet werden, wie Liebe, Sexualität und Partnerschaft, unterscheiden sich Jugendliche mit Migrationshintergrund korrelierend zu ihrer sozialen Situation.

Die Entwicklung von Jugendlichen in der Pubertät und der frühen Adoleszenz ist heute wesentlich geringer strukturiert als früher. Jugendliche können und müssen heute mehr individuelle Entscheidungen treffen als vor 20 oder 30 Jahren. Damit können auch traditionelle Vorgaben schwerer eingehalten werden und Jugendliche erleben häufig eine Ambivalenz zwischen der Ausbildung der eigenen ethnischen Identität und den Entwicklungsaufgaben, die in ihrer gesellschaftlichen Sozialisation zu leisten sind.

Die Unterschiede beginnen bei der Durchführung der Aufklärung von Jugendlichen in den Ursprungsfamilien. Während sich bei deutschen Jugendlichen Mutter und Vater als die „Aufklärer“ profilieren – Eltern von Mädchen haben zu 78% und Eltern von Jungen zu 67% die Aufklärung ihres Kindes selbst in die Hand genommen – finden Jugendliche mit Migrationshintergrund, insbesondere Jungen, bei der Sexualaufklärung insgesamt sehr viel weniger Rückhalt im Elternhaus.

Wenn Jugendliche direkt befragt werden, welche Personen für sie bei der Sexualaufklärung am wichtigsten sind, wird deutlich, dass die befragten Jugendlichen mit Migrationshintergrund in puncto Sexualaufklärung ein qualitativ anderes Verhältnis zu ihren Eltern aufzuweisen als diejenigen mit deutscher Staatsangehörigkeit: *Sowohl Mädchen als auch Jungen aus Migrantenfamilien bezeichnen ihre Eltern deutlich seltener als „wichtige Bezugspersonen“ als Jugendliche deutscher Nationalität. Insbesondere bei den Jungen mit Migrationshintergrund spielen die Eltern eine auffallend geringe Rolle; lediglich 22% nennen in dieser Frage ihren Vater und 21% ihre Mutter.**

Abb. 1 Personen der Sexuaufklärung



Aufschlussreich sind die Anteile der Jugendlichen, die angeben, von keiner bestimmten Person aufgeklärt worden zu sein. Sowohl Jungen wie auch Mädchen aus Migrantenfamilien geben tendenziell etwas häufiger als ihre Altersgenossen mit deutscher Staatsangehörigkeit an, von keiner bestimmten Person aufgeklärt worden zu sein (Jungen: 11%; Mädchen: 6%). Über ein Fünftel der männlichen Jugendlichen mit Migrationsgeschichte (22%) gibt an, keine Person zu haben, mit der sie im Vertrauen sexuelle Themen bereden können, bei den weiblichen Befragten aus Migrantenfamilien sind es 17%. Bei den 14-jährigen Jungen ist dieser Anteil mit 32% am größten. Besonders benachteiligt sind offenbar Jugendliche aus Migrantenfamilien mit einem belasteten Verhältnis zu ihren Eltern: 35% (Mädchen) bzw. sogar 39% (Jungen) von ihnen haben keine Vertrauensperson für offene Gespräche über sexuelle Fragen.

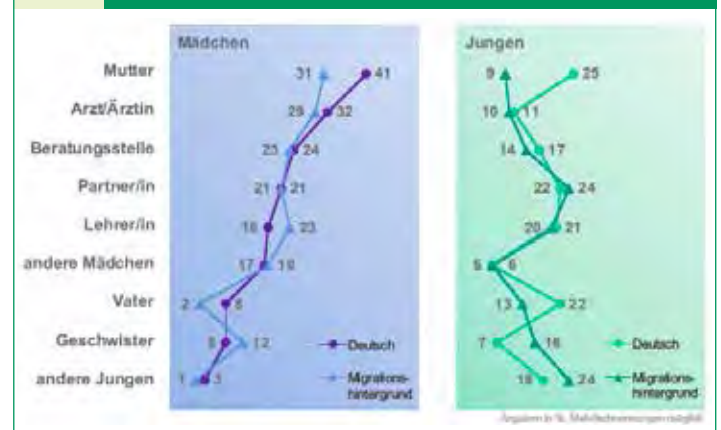
Bei Befragten mit Migrationshintergrund wird zudem ein religiöser Einfluss ersichtlich, der bei deutschen Jugendlichen fehlt: Insbesondere muslimische Mädchen aus Migrantenfamilien, die ihr Verhältnis zu ihrer Religion als „eng“ bezeichnen, sind benachteiligt. Bis zu 40% von ihnen verfügen nicht über eine Vertrauensperson für sexuelle Themen. Pflegen Mädchen mit Migrationshintergrund hingegen ein weniger enges Verhältnis zum Islam, sinkt diese Zahl auf 14%. Bei den muslimischen Jungen mit Migrationshintergrund wirkt sich der Faktor Religion ebenfalls, aber weniger stark aus.

Gerade bei der Aufklärung von Jugendlichen mit Migrationshintergrund könnte dem Kinder- und Jugendarzt eine besondere Aufgabe zufallen. Im Rahmen der U11 (Paed.Check 9.0; 9–10 Jahre), der J1 (Paed.Check 13.0; 12–14 Jahre) oder J2 (Paed.Check 16.0; 16–17 Jahre) ist die Gelegenheit, insbesondere männliche Jugendliche mit Migrationshintergrund aktiv zur Aufklärung und zu sexuellen Themen anzusprechen. Dabei kann die Präventionsmappe Körperwissen und Verhütung der BZgA eine erfolgversprechende Unterstützung darstellen. Männliche Kinder- und Jugendärzte könnten bei Jungen als akzeptierte Ansprechpartner im Sinne eines „Jungenarztes“ eine wichtige Rolle einnehmen. Kinder- und Jugendärztinnen können für muslimische Migrantinnen eine Vertrauensbasis für sexuelle Fragen aufbauen, da ein Besuch beim Frauenarzt in dieser Altersstufe in der Regel noch nicht stattfindet.

Für 29% der weiblichen und 10% der männlichen Migranten sind Arzt oder Ärztin die präferierten Personen zur Wissensvermittlung. Damit werden Mediziner unter den Mädchen aus Migrantenfamilien beinahe genauso häufig genannt wie die eigene Mutter. Dieses Potenzial könnte im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen geschlechtsspezifisch genutzt werden.

Jugendliche mit Migrationshintergrund finden insgesamt viel weniger Rückhalt im Elternhaus. Bei den Mädchen hat die Mutter zwar in der grundlegenden Aufklärung eine gewisse Rolle gespielt, als Vertrauensperson für sexuelle Fragen oder Wissensdefizite ist sie aber von den Mädchen selten gefragt. Die Jungen aus Migrantenfamilien stehen mit ihren Bedürfnissen und Informationswünschen noch weitaus häufiger alleine da und könnten eine Zielgruppe für Kinder- und Jugendärzte darstellen. Dazu ist es notwendig, auf „jungenspezifische“ Handreichungen (Broschüren „Mann, oh Mann. Das geht unter die Gürtellinie“ und „Achte auf Deine Nüsse“) zurückzugreifen, wie sie durch den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte angeboten werden.

Abb. 2 Präferierte Personen zur Wissensvermittlung



Die Aufklärung durch die Eltern speziell zu Kontrazeptionsmöglichkeiten unterscheidet sich nach Angaben der Jugendlichen deutlich. Nur 50% der Jungen mit Migrationshintergrund, die bereits über sexuelle Erfahrungen verfügen, bekommen vom Elternhaus eine Beratung zur Kontrazeption. Das ist umso bedauerlicher, da Jungen mit Migrationshintergrund in der befragten Altersgruppe von 14 bis 17 Jahren bereits in größerer Zahl sexuelle Aktivitäten entwickeln als gleichaltrige Jungen deutscher Nationalität. Dies kann eventuell auch durch den frühzeitigeren Pubertätsbeginn in den unterschiedlichen Ethnizitäten bedingt sein.

Mädchen aus Migrantenfamilien werden zu 51% in ihren Familien beraten im Gegensatz zu 69% der Mädchen mit deutscher Staatsangehörigkeit. Bei Jugendlichen aus Migrantenfamilien – und hier besonders bei den Mädchen – zeigen sich je nach Religionszugehörigkeit große Unterschiede. Während Mädchen mit Migrationshintergrund und katholischer oder sonstiger Konfession 60% von ihren Eltern zum Thema Verhütung beraten wurden, sind es bei muslimischen Mädchen 31% bzw. bei

Mädchen mit einer starken Bindung an ihre Religion nur 23%. Für muslimische Jungen finden sich ähnliche Zahlen.

Bei der Unterscheidung nach Nationalität der Jugendlichen mit Migrationshintergrund fällt bei der größten Einwanderungsgruppe der Türken und Türkinnen auf, dass Mädchen mit türkischer Staatsangehörigkeit lediglich zu 31% im Elternhaus über das Thema Verhütung beraten werden, bei den anderen Migrantengruppen sind es mit bis zu 63% fast doppelt so viele. Die überaus geringe Beratungsquote bei den eng gebundenen muslimischen Mädchen bzw. den Türkinnen steht vermutlich im Zusammenhang mit traditionellen Enthaltsamkeitserwartungen. Ergänzend ist von Bedeutung, dass 17% (Mädchen) bzw. 18% (Jungen) ausländischer Herkunft mit der Beratung durch die Eltern nicht zufrieden sind.

Der Zugang zu schulischer Sexuaufklärung ist nahezu flächendeckend und unabhängig von Geschlecht und Migrationsstatus der Jugendlichen gewährleistet: Gegenwärtig liegen die Anteile der Jugendlichen mit Migrationsgeschichte mit 90% (Mädchen) bzw. 89% (Jungen) sehr nah bei denen der Befragten mit deutscher Nationalität.

Mädchen besuchen heute nahezu unabhängig von ihrem Herkunftsland altersabhängig einen Frauenarzt/ärztin – mit 17 Jahren bereits mehr als 80%. Einen deutlichen Unterschied gibt es anlassbezogen. Bei den sexuell unerfahrenen Migrantinnen waren Menstruationsstörungen in 63% (39% deutsche Mädchen), unklare Unterleibsschmerzen in 29% (20% deutsche Mädchen) der Vorstellungsanlass. Zur HPV-Impfung stellten sich nur 5% im Gegensatz zu 15% deutschen Mädchen vor.

Bei einem durchschnittlichen Menarchealter von 12,5 Jahren und den zu erwartenden Zyklusstörungen während der ersten 2 Jahre befinden sich Mädchen mit Migrationshintergrund noch im Einflussbereich der Jugendmedizin. Hier ist es sinnvoll, auch im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung zu dem weiblichen Zyklus, eventuellen Unregelmäßigkeiten sowie Unterbauchschmerzen präventiv zu beraten sowie Diagnose und Therapie anzubieten. Besonders hinzuweisen ist hier auch auf die Impfprävention bezüglich des Zervixkarzinoms und Genitalwarzen.

Ein Drittel der Mädchen fühlt sich nicht ausreichend aufgeklärt. Dies hängt davon ab, wie akzeptiert sich die Jugendlichen durch das Elternhaus fühlen. Wenn sie sich nicht ernst genommen fühlen, halten sich bis zu 55% für nicht genügend aufgeklärt.

Innerhalb der Gruppe der Jugendlichen mit Migrationsgeschichte lassen sich weitere Differenzen je nach Religionsbindung und Nationalität feststellen. Die größten Defizite weisen abermals muslimisch eng gebundene bzw. türkische Mädchen auf. Im Vergleich zum Durchschnittswert der Mädchen mit Migrationsgeschichte (67%) bezeichnen sich muslimische Mädchen mit lediglich 51% weit seltener als aufgeklärt. Bei den muslimisch eng gebundenen sind es sogar weniger als die Hälfte (47%).

Dies begründet die auffälligen Unterschiede in den Informationsdefiziten bei sexuellen Themen bei Mädchen und Jungen mit und ohne Migrationshintergrund.

Abb. 3 Sexuelle Themen, Informationsdefizite – Teil 1 MÄDCHEN



Abb. 4 Sexuelle Themen, Informationsdefizite – Teil 2 MÄDCHEN



Abb. 5 Sexuelle Themen, Informationsdefizite – Teil 1 JUNGEN



Abb. 6 Sexuelle Themen, Informationsdefizite – Teil 2 JUNGEN



Weibliche Befragte aus Migrantenfamilien wollen insgesamt deutlich häufiger zu einzelnen Themen mehr wissen als solche mit deutscher Staatsangehörigkeit: Bildet man die durchschnittliche Nennungshäufigkeit für die Antwort „möchte gern mehr darüber wissen“ über alle 18 vorgelegten Themenbereiche, so ergibt sich für Mädchen mit Migrationsgeschichte ein Anteil von 27,4%, die angeben, Wissenslücken zu haben; bei deutschen Mädchen sind es lediglich 20,3%. Bei insgesamt 11 von 18 Themengebieten äußern Mädchen mit Migrationsgeschichte merklich häufiger „möchte gern mehr dazu wissen“ als deutsche Mädchen. Dies betrifft vor allem die Themenbereiche sexuelle Praxis und Partnerschaft, aber auch anatomisches Grundwissen.

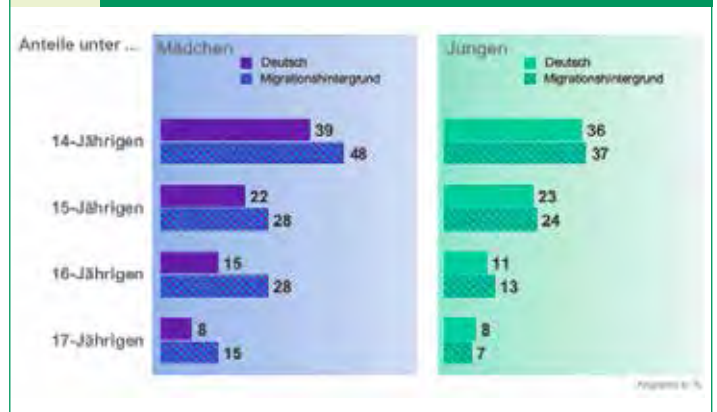
Jungen mit Migrationshintergrund geben öfter an, noch Informationsbedarf zu einzelnen Themen zu haben als deutsche; bei 9 von 18 abgefragten Themenbereichen beträgt der Herkunft unterschied sogar 5 Prozentpunkte und mehr. Durchschnittlich geben 21,3% der Jungen mit Migrationshintergrund an, zu einem Thema „gerne mehr wissen“ zu wollen. Ähnlich zu den deutschen Jungen betrifft das Thema mit den meisten Wissenslücken sexuelle Praktiken.

Konkret wissen deutsche Mädchen und Jungen zu 71%/42% über die kostenlose Abgabe der Pille bis zum 20. Lebensjahr im Gegensatz zu Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund mit 58%/32%. Dies steht im Gegensatz zu dem relativ guten Wissen über „die Pille danach“.

Auch hier kann im Rahmen der J1 (Paed.Check 13.0) eine sinnvolle Prävention geleistet werden, wenn Jugendliche mit Migrationshintergrund frühzeitig darauf hingewiesen werden, dass Kontrazeptionsmittel inklusive der Pille danach in Deutschland mit Ausnahme des Kondoms bis zum 20. Geburtstag kostenlos zur Verfügung gestellt werden.

Deutsche Mädchen und Mädchen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich deutlich bezüglich des Alters, in dem sie sexuelle Erfahrungen machen.

Abb. 7 Noch keinerlei sexuelle Erfahrungen



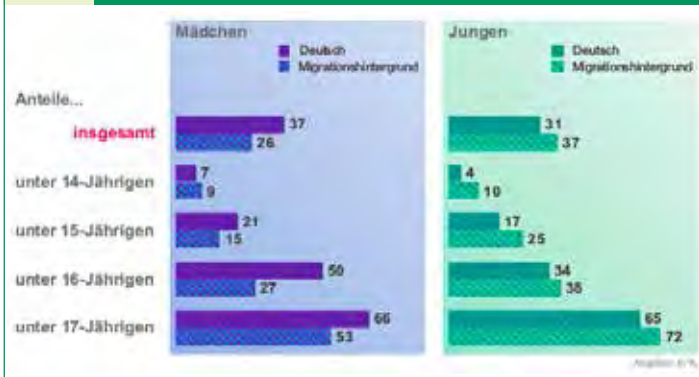
Unter den Mädchen aus Migrantenfamilien zeigen sich Musliminnen besonders abstinente. 47% von ihnen haben noch keine sexuellen Erfahrungen mit Jungen gemacht, das sind 18 Prozentpunkte mehr als im Mittel der Mädchen mit Migrationsgeschichte (29%) und sogar 26 Punkte mehr als bei den Mädchen deutscher Nationalität (21%). Mädchen aus Migrantenfamilien geben mit Nennungshäufigkeiten zwischen 32% und 36% fünf Gründe an, das Fehlen des richtigen Partners, Schüchternheit, halten sich für zu jung, finden einen engen Kontakt zum anderen Geschlecht vor der Ehe nicht richtig und haben Angst, dass ihre Eltern davon erfahren könnten.

Bei Jungen aus Migrantenfamilien fällt im Vergleich zu Jungen deutscher Staatsangehörigkeit auf, dass sie durchweg mehr Erfahrungen mit körperlichen Kontakten speziell beim Petting haben als gleichaltrige deutsche Jungen. Die Differenzen bewegen sich zwischen 4 und 7 Prozentpunkten.

Dies bestätigt auch die aktuelle Geschlechtsverkehr-Erfahrung (siehe Abb. 8). Die Gruppe der männlichen Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist daher eine besonders wichtige Zielgruppe, da sie in allen Altersstufen früher Geschlechtsverkehr haben und zugleich eine geringere Aufklärungsquote sowie Verhütungsverhalten angeben als deutsche Jungen. Dies kann wie bereits erwähnt unter Umständen mit der gegenüber deutschen Jugendlichen akzelerierten Pubertätsentwicklung erklärt werden.

Diesem Umstand kann in der Beratung beim Kinder- und Jugendarzt sowohl im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen J1 (Paed.Check 13.0) und J2 (Paed.Check 16.0) als auch bei jedem präventiven oder kurativen Kontakt Rechnung getragen werden, indem sie proaktiv auf ihre individuelle persönliche Erfahrung angesprochen und – wenn nötig – auf die notwendige Kontrazeption und den Schutz vor sexuell übertragbaren Erkrankungen hingewiesen werden, wie z. B. die Impfung/Auffrischimpfung gegen Hepatitis B.

Abb. 8 Geschlechtsverkehrerfahrung



Religiös orientierte Jugendliche üben häufiger sexuelle Abstinenz als Jugendliche, die sich keiner Konfession eng verbunden fühlen. Dies gilt für deutsche Jugendliche (gleichermaßen bezogen auf Katholiken und Protestanten) ebenso wie für Jugendliche mit Migrationshintergrund (hier vor allem bezogen auf den muslimischen, aber auch auf den katholischen Glauben). Bei den Mädchen mit Migrationshintergrund wird darüber hinaus deutlich, dass es die jungen Frauen muslimischen Glaubens generell sind, die nur in äußerst geringem Umfang in jugendlichem Alter sexuelle Aktivitäten entwickeln.

Vergleicht man Hauptschüler(innen), Realschüler(innen) und Gymnasiast(innen), so gehen Gymnasiast(innen) im Schnitt am spätesten erstmals eine sexuelle Beziehung ein. Mädchen oder Jungen, die das erste Mal innerhalb einer festen Beziehung erleben, sind im Schnitt älter als diejenigen, bei denen der/die erste Sexualpartner/in nicht gleichzeitig der feste Freund/die feste Freundin ist. Ob im Elternhaus ein offener Umgang mit dem Thema Sexualität besteht oder ob das Thema Verhütung besprochen wurde oder nicht, wirkt sich nicht darauf aus, in welchem Alter die ersten Sexualkontakte eingegangen werden.

Je älter die Jugendlichen bei ihrem ersten Geschlechtsverkehr sind, desto bewusster findet er in partnerschaftlicher Übereinstimmung statt. 49% der Mädchen und 51% der Jungen deutscher Staatsangehörigkeit, die beim ersten Mal 16 Jahre und älter waren, geben an, dass beide den Wunsch danach hatten. Entsprechend geringer ist analog dazu die Zahl derer, bei denen es sich „einfach so“ ergab. Im Gegensatz zu den übrigen Gruppen sind Jungen mit Migrationshintergrund, die innerhalb einer festen Partnerschaft ersten Sexualkontakt haben, in der Minderheit (41%).

Unter den Jugendlichen mit Migrationshintergrund geben vor allem diejenigen Jungen und auch Mädchen an, die nicht in Deutschland geboren sind und heute noch eine ausländische Staatsbürgerschaft besitzen, den ersten Sexualkontakt häufiger außerhalb einer festen partnerschaftlichen Beziehung eingegangen zu sein. Viele dieser Beziehungen sind interkulturell, da die Mädchen aus dem gleichen Kulturkreis und Migrationshintergrund vorehelichen Sexualkontakten zurückhaltend gegenüberstehen.

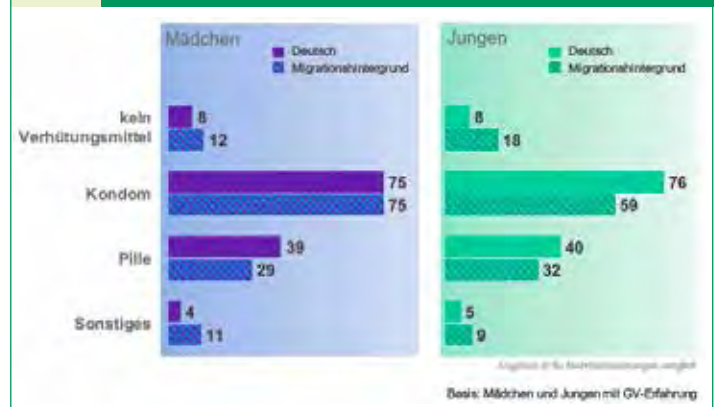
Eine der eindeutigsten Beziehungen besteht zwischen dem Alter beim ersten Geschlechtsverkehr und der Anzahl der Partner. Je

jünger die Jugendlichen waren, desto häufiger haben sie viele verschiedene Partner gehabt, je älter sie waren, desto größer ist der Anteil derjenigen, die sich auf einen einzigen Partner beschränkt haben.

Ein anderes Bild ergibt sich bei den Jungen mit Migrationshintergrund. Sie tendieren insgesamt zu häufigerem Partnerwechsel. Nach eigenen Angaben haben 28% (und damit 9 Prozentpunkte mehr als bei den deutschen Jungen) bereits mehr als drei verschiedene Sexualpartnerinnen gehabt.

Entsprechend der bisherigen Untersuchungsergebnisse ist es naheliegend, dass das Verhütungsverhalten beim ersten Mal Unterschiede zwischen den Jugendlichen aufweist.

Abb. 9 Verhütungsverhalten beim ersten Mal



Ein deutlicher Anteil der Jugendlichen mit Migrationshintergrund zeigt ein schlechteres Verhütungsverhalten als Jugendliche deutscher Staatsangehörigkeit.

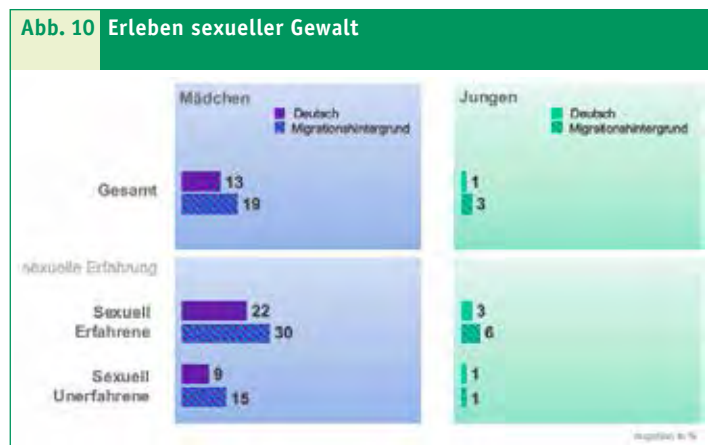
Zum einen findet der erste Geschlechtsverkehr häufiger ohne Verhütung statt, zum anderen greifen sie häufiger zu verschiedenen unsicheren Alternativen wie Koitus Interruptus oder Knaus-Ogino. Die Pille wird von Jugendlichen beiderlei Geschlechts aus Migrantenfamilien seltener beim ersten Mal verwendet als von Mädchen und Jungen deutscher Nationalität (minus 10 Prozentpunkte bei den Mädchen, minus 8 Prozentpunkte bei den Jungen). Bei den Jungen mit Migrationsgeschichte ist die Kondomnutzung deutlich geringer (59%) als bei Jungen deutscher Nationalität (76%). Damit gibt es bei den jungen Migranten geschlechtsspezifische Unterschiede, die bei den Jugendlichen mit deutscher Staatsangehörigkeit nicht auftreten. Die Kinder- und Jugendarztpraxis ist geradezu prädestiniert, bei Jungen mit Migrationshintergrund auf die Bedeutung eines richtig angewandten Kondoms hinzuweisen. Die Übergabe eines „Kondometers“ (Bestellbar bei der BZgA) kann ein jugendgerechter Einstieg in ein Gespräch über Kontrazeption und Infektionsprävention sein. Hier kann die richtige Anwendung eines Kondoms thematisiert werden sowie über die Form und Funktion der männlichen Genitalien bei Sexualkontakten aufgeklärt werden, ergänzt durch Hinweise über Sexualhygiene.

In den letzten Jahren haben sich bei den Jugendlichen unterschiedliche Entwicklungen vollzogen. Jungen mit Migrations-

hintergrund achten heute deutlich häufiger auf penible Verhütung als vor vier Jahren (plus 14 Prozentpunkte von 2005 auf 2009), Jungen deutscher Staatsangehörigkeit weisen nur geringe Veränderungen auf: 2009 (63%) zu 2005 (62%). Bei den Mädchen ist eine gegenläufige Entwicklung auszumachen. Vor allem unter den Mädchen aus Migrantenfamilien ist eine rückläufige Tendenz für penibles Verhütungsverhalten zu konstatieren: minus 8 Prozentpunkte gegenüber 2005. Bei Mädchen deutscher Nationalität ergeben sich minus 3 Prozentpunkte von 2009 zu 2005.

Auch hier ergibt sich für den Kinder- und Jugendarzt die Möglichkeit, im Rahmen der Prävention zumindest auf den Gebrauch von Kontrazeptivmitteln sowie den Schutz vor sexuell übertragbaren Erkrankungen hinzuweisen. Dazu eignen sich unterschiedliche Materialien der BZgA und des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, die in der Praxis ausgelegt oder persönlich zur Information übergeben werden können.

Zuletzt soll noch der Bereich Erleben sexueller Gewalt angesprochen werden, bei dem sich weibliche Jugendliche mit und ohne Migrationshintergrund deutlich unterscheiden.



Mädchen sind deutlich häufiger sexuellen Repressionen ausgesetzt als männliche Jugendliche gleichen Alters – dies macht die Grafik auf den ersten Blick deutlich. Während 13% der Mädchen deutscher Staatsangehörigkeit und 19% der Mädchen mit Migrationshintergrund berichten, schon einmal zu sexuellen Aktivitäten gezwungen worden zu sein, betragen die Zahlen der Jungen 1% resp. 3%.

Vor allem Mädchen, die sexuelle Erfahrungen haben, sind schon einmal in die Situation geraten, sich gegen unerwünschte sexuelle Annäherungen zur Wehr setzen zu müssen. Unter den sexuell aktiven Mädchen betragen die Anteile erschreckende 22% (deutsche) bzw. 30% (mit Migrationshintergrund).

Aber selbst Mädchen ohne Geschlechtsverkehr erfahren sexuellen Druck – eines von elf deutschen Mädchen und eines von sieben Mädchen aus Migrantenfamilien.

In der Hälfte der Fälle gelingt es den Mädchen deutscher Staatsangehörigkeit dennoch, die Übergriffe abzuwehren, d. h., es kommt nicht zu sexuellen Handlungen – sowohl bei den

Geschlechtsverkehrerfahrenen (50%) wie auch den unerfahrenen Mädchen (47%). Jedes dritte Mädchen (sexuell aktive Mädchen: 23%, sexuell Unerfahrene: 42%) hat sich aufgrund des sexuellen Drucks auf Küssen oder Pettingkontakte eingelassen. Zum Geschlechtsverkehr kam es bei den sexuell erfahrenen Mädchen immerhin in jedem vierten Fall (24%/25%).

58% der Mädchen mit Migrationshintergrund scheinen sich den Repressionen von männlicher Seite stärker zu widersetzen und sagen, sie hätten die Übergriffe abgewehrt.

Mädchen mit Migrationshintergrund müssen das Geschehen häufiger allein verarbeiten ohne jemanden ins Vertrauen zu ziehen (bis zu über 40% bei den Mädchen mit Migrationshintergrund). Im Schnitt geben 25% der deutschen Mädchen und 31% der Mädchen mit Migrationshintergrund an, mit niemandem darüber gesprochen zu haben.

Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen ist es sinnvoll, Mädchen mit und ohne Migrationshintergrund präventiv darauf anzusprechen, dass sie sich gegen jede Art von sexueller Gewalt wehren dürfen und müssen. Sinnvoll kann dies mit dem Angebot kombiniert werden, als kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen. Hier ist es von besonderer Bedeutung darauf hinzuweisen, dass Ärzte generell der Schweigepflicht unterliegen und die Inhalte der Arzt-Patienten-Kommunikation geschützt sind.

ZUSAMMENFASSUNG

Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund können in der Praxis des Kinder- und Jugendarztes eine Zielgruppe in Bezug auf ihre Entwicklung im Bereich Sexualität darstellen. Nach den aktuellen Untersuchungen bestehen bei dieser Gruppe größere Defizite bei der Aufklärung und dem Wissen über Sachverhalte mit sexuellem Bezug. Auf der anderen Seite sind vor allem Jungen mit Migrationshintergrund sexuell aktiver als deutsche Jugendliche. Bei Mädchen mit Migrationshintergrund ist die sexuelle Entwicklung häufig gekoppelt an die Intensität des ausgeübten Glaubens.

Die Praxis des Jugendmediziners bietet die Möglichkeit, genderspezifisch als Kinder- und Jugendarzt Jungen, als Kinder- und Jugendärztin Mädchen anzusprechen und mögliche Defizite in der sexuellen Aufklärung auszugleichen. Die sexuelle Aufklärung insbesondere von Jungen mit Migrationshintergrund kann langfristig dazu beitragen, eine Änderung von tradierten Verhaltensweisen zu erreichen.

■ Herr Dr. med. Nikolaus Weissenrieder
Saarstr. 7, 80797 München
nikolaus.weissenrieder@uminfo.de

* kursiv gesetzte Textpassagen und Abbildungen aus: Jugendsexualität 2010

Literatur:

1. Jugendsexualität 2010, eine repräsentative Wiederholungsbefragung der BZgA von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern – aktueller Schwerpunkt Migration – Ergebnisse der aktuellen Repräsentativbefragung; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
2. Borde T, David M (2010) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Mabuse Verlag, Frankfurt.

Die ganze Welt im Sprechzimmer – Migranten in der Kinder- und Jugendarztpraxis

Dr. Ursula Kleine-Diepenbruck
Birgit Bröker

Familien mit Migrationshintergrund in der Kinder- und Jugendarztpraxis zu betreuen, stellt an Ärzte und ihr Team hohe Anforderungen. Vielfältige Risikofaktoren sind zu beachten, unter anderem soziale und emotionale Entwurzelung von Eltern und Kindern und fehlende Unterstützungsmöglichkeiten im Umfeld. Nicht migrationspezifische Lebensumstände wie Armut, Arbeitslosigkeit und Bildungsferne erschweren die gesunde Entwicklung der Kinder zusätzlich, während Trennung und Scheidung sowie Sucht und ihre Folgen weniger zu finden sind. Die pädiatrischen, sozialpädiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Aufgaben können, wenn überhaupt, nur in einer guten Vernetzung mit Kollegen, betreuenden Institutionen, der Jugendhilfe und auf Migranten spezialisierten Beratungseinrichtungen angegangen werden. Um eine zumindest befriedigende Förderung der Kinder und Jugendlichen in der Bereichen Bildung und Gesundheit zu erreichen, fehlt es an Rückhalt und Unterstützung aus Politik und Wirtschaft.

Unsere Praxis für Kinder- und Jugendmedizin liegt im Kölner Süden in einem Stadtteil mit überwiegender Mittelschichtbevölkerung, benachbart sind sowohl besser situierte als auch sozial sehr schwache Wohnquartiere. Im 4. Quartal 2012 haben wir in der Praxis 1202 Patienten betreut, davon 41 % deutsche Patienten, die übrigen hatten mindestens ein nichtdeutsches Elternteil. Unter den privatversicherten Patienten war der Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund deutlich geringer als bei den Kassenpatienten (20 % versus 63 %). Die Herkunftsländer der Patienten finden sich in der gesamten Welt, der Schwerpunkt liegt auf Asien (35 %, u. a. aus der Türkei, aus Irak, Iran, Afghanistan, Pakistan, Indien, Thailand, Vietnam, China, Russland und der Ukraine) und Afrika (8,5 % u. a. aus Marokko, Tunesien, Algerien, Nigeria, Kamerun, Kongo und Angola). 10,5 % der Patienten kommen aus Europa, aber nicht aus Deutschland. Südeuropa (34 Patienten aus Portugal, Italien, Griechenland) und Südwesteuropa (37 Patienten aus Kroatien, Serbien, Kosowo) sind etwa gleich häufig, eine größere Patientengruppe kommt aus Osteuropa (45 Patienten aus Polen, Rumänien, Lettland, Litauen, Tschechien, Slowakei).

So vielfältig wie die Herkunft ist die soziale Situation der Familien: Am selben Tag untersuchen wir die Söhne eines chinesischen Seidenhändlers wie die aus dem uigurischen Westchina stammenden Töchter einer Asylbewerberfamilie, irakische Flüchtlingskinder, deren Eltern keine Gelegenheit zum Schulbesuch hatten, wie die Tochter eines afghanischen Journalisten und seiner Frau, einer Psychologin aus der Ukraine, beraten wir die alleinerziehende, aus Angola geflohene Asylbewerberin mit ihren drei Töchtern wie die selbstständige deutsche Unternehmensberaterin mit ihrem Sohn, deren Mann bei der UN in Genf arbeitet.

Die meisten Familien, die wir betreuen, haben erhebliche wirtschaftliche Probleme, beziehen Grundsicherung oder ähnliche Leistungen. Während es im einen Stadtteil 30 % der Familien sind, betrifft es in den bessergestellten Wohngebieten zum Teil unter 5 % (kölnweit 13,4 %). Auch ist der Anteil Alleinerziehender mit minderjährigen Kindern in den armen Stadtteilen stark erhöht (24,4 % versus 16,6 % in Köln), von den betroffenen Familien beziehen 60 % Grundsicherung. Diese Faktoren wirken sich auf die Bildungsperspektiven aus, weniger als 20 % der dortigen Grundschüler streben den Besuch des Gymnasiums an, verglichen mit 47,3 % in Köln.¹

LEITBILD: KEIN KIND ZURÜCKLASSEN

Die vielfältigen Belastungen wirken sich direkt und indirekt auf die Gesundheit aus, wie die Erfahrung und die Literatur belegen². Als Ärztinnen setzen wir das nachhaltige Ziel, jedem Kind und jedem Jugendlichen, der uns aufsucht, die gleichen Chancen auf Bildung und Teilhabe zu ermöglichen. Die angestrebte Integration in die deutsche Gesellschaft beinhaltet u. a. folgende Aspekte: Bildung und Berufsausbildung bzw. Studium, Erwerb von Kenntnissen über unsere Kultur und den Lebensstil und von bei uns anerkannten Fähigkeiten, erleben von Freundschaften und Partnerschaften, Zugehörigkeitsgefühl und Identifizierung mit unserer Gesellschaft. In der Regel streben auch die Familien dies für ihre Kinder an. Wir betreuen unsere Patienten nicht „rein medizinisch“, sondern spüren auch die faktischen und emotionalen Schwierigkeiten auf, die bei unzureichender Unterstützung im Integrationsprozess zu psychosomatischen Krankheiten wie auch zum Scheitern von Schullaufbahn, Berufsausbildung und persönlicher Lebensgestaltung führen, mit dem hohen Risiko, chronisch krank zu werden. Besonderes achten wir dabei auf Schwierigkeiten, die durch die nichtdeutsche Herkunft verursacht sind.

MULTIKULTURELLE BESONDERHEITEN IM PRAXISALLTAG

Unsere Praxis ist auf Migranten eingestellt. Vier Fachangestellte haben türkische, italienische, marokkanische oder kosovarische Eltern, drei von ihnen sind Muslima. Wir Ärztinnen und eine medizinische Fachangestellte haben keine ausländischen Eltern. Wir bieten Konsultationen in Französisch und Englisch an, unsere Fachangestellten sprechen Türkisch, Arabisch, Albanisch und Italienisch. Wo wir mit unseren Pati-

entenern keine gemeinsame Sprache finden, helfen uns andere: Verwandte am Telefon, eine in der Praxis anwesende Familie gleicher Nationalität oder eine „Stadtteilmutter“, eine in Fragen des Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesens fortgebildete Zugewanderte. Viele Eltern sind einfallsreich, wie die chinesische Mutter, die anfangs mit einem Übersetzungscomputer in die Sprechstunde kam.

Die kulturelle Vielfalt findet auch in der Terminplanung Eingang. Wir vergeben keine Termine an Muslime an Bayram und am Opferfest, beachten, dass viele muslimische Mütter in der Fastenzeit im Sommer unausgeschlafen und erschöpft sind. Die Terminplanung ist auch oft unmöglich, weil die Eltern am Telefon ihr Anliegen nicht ausdrücken können und deshalb ohne Termin in der Praxis stehen. Andere schellen an Feiertagen vergebens an der Praxistür. Täglich benötigen Familien Unterstützung im Umgang mit Fachärzten, Kliniken, Behörden und Beratungsinstitutionen (Fallbeispiel 1) sowie beim Ausfüllen von Anträgen oder Fragebögen. Über Leistungsansprüche wie z. B. aus dem Bildungspaket erfahren viele erst von uns. Nicht versicherte Familien werden über die Möglichkeiten der kostenlosen medizinischen Versorgung im Rahmen der Malteser Migranten Medizin beraten. Es fehlen Beratungsmaterialien in vielen Sprachen wie die lobenswerten vielsprachigen Impfaufklärungen des Robert Koch-Instituts.

Das Krankheitsspektrum unterscheidet sich bei den Kindern mit Migrationshintergrund und ohne insgesamt nur wenig. Wie auch bei deutschen Kindern sind die Vorstellungsanlässe Infekte, unruhige Säuglinge, fragliche Gedeihstörungen, außerdem Asthma und Adipositas. Weniger als 10 Kinder mit hämolytischer Anämie, homo- oder heterozygot, haben wir in den 9 Jahren der Praxis zusammen mit hämatologischen Fachärzten betreut, so dass uns das 7-jährige iranische Mädchen, bei dem wir im Rahmen einer Bauchschmerzabklärung auf einen Gallenstein trafen, der sich bei heterozygoter Thalassämie gebildet hatte, gut in Erinnerung bleibt. Wie komplex die Betreuung im Einzelfall sein kann, zeigt die Situation von Fallbeispiel 2. Psychosomatische Erkrankungen werden meist erst bei näherem Hinsehen diagnostiziert, psychiatrische Erkrankungen lange von den Eltern und Institutionen nicht wahrgenommen (Fallbeispiel 3). Bei der prophylaktischen Arbeit fällt auf, dass sehr viel weniger Impfskepsis zu finden ist und die Möglichkeiten der Vorsorgeuntersuchungen sehr gern wahrgenommen werden, wenn die Eltern hierzu beraten und – wiederholt – eingeladen werden.

HEIMATLOSIGKEIT UND MEDIENKONSUM: BESONDERE PROBLEME DER ZUWANDERER

Bei unterschiedlicher Muttersprache von Arzt und Patient bzw. Eltern fällt die differenzierte Schilderung von Krankheitssymptomen weg und – was schwerer wiegt – die Möglichkeit, Gefühle zu schildern. Glückliche sein kann man den Kindern oft ansehen, emotionale Beeinträchtigung braucht ein besonderes Hinschauen und Nachfragen. Viele Migranten erleben gerade zu Beginn ihres Aufenthalts eine „doppelte Heimat-

losigkeit“: Die alte Heimat haben sie verlassen und erfahren weder von dort noch in der neuen Heimat in Deutschland Rückhalt. So kommen viele Frauen zu Heirat und Familiengründung nach Deutschland, manche auch ohne selber die Möglichkeit der Entscheidung gehabt zu haben. Sie sind dann hier oft enturzelt, auch Erfahrungen mit Säuglingen, Sprachkenntnisse oder Schulbildung bringen sie meist nicht mit. Sie sind mit ihrem Kind zunächst isoliert und nicht immer finden sie freundliche Aufnahme in der Familie des Ehemannes, oft erfahren sie auch Bevormundung durch Mann und Schwiegermutter. Wenn die Familie gemeinsam die Heimat verlassen hat oder wenn die Mutter mit den Kindern dem Vater nach einigen Jahren nach Deutschland folgt, besteht eine vergleichbare Situation. Nur wenige Familien haben bei ihrer Ankunft Verwandte oder Freunde in der Nähe. Eltern und Kinder vermissen vertraute Beziehungen, Kinder besonders die Großeltern und ihre Freunde. Vorher gute Schüler erleben zusätzlich Entmutigung und Erfolglosigkeit in der Schule, wenn sie nicht individuell unterstützt werden. Schulunlust, Depressionen und psychosomatische Beschwerden wie Kopf- und Bauchschmerzen sind oft die Folge und müssen früh als solche erkannt werden. Beratung zu Fördermöglichkeiten und schulischen Alternativen helfen, die familiären Ressourcen zu (re)aktivieren und zu stärken, so dass diese Symptome verschwinden. Bei kleineren Kindern sind Verhaltensauffälligkeiten und Bindungsstörungen zu beobachten, wenn die Eltern durch eigene emotionale Belastung in der Beziehung zum Kind beeinträchtigt sind, wie es zum Beispiel nach Kriegs- und Gewalterfahrung, bei fehlendem sozialen Netz, bei Entmutigung und Vereinsamung vorkommt. Die gezielte Frage danach, wie es der Mutter oder dem Vater geht, ist daher wichtig, zumal viele von ihnen gar nicht gewohnt sind, nach ihrer Situation und Befindlichkeit gefragt zu werden. Manchmal beobachten wir auch, dass die Eltern mit der neuen Lebenssituation – so schwierig sie uns scheinen mag – zufrieden sind, weil sie diese als viel weniger schwierig empfinden als die Situation im Heimatland³. Wenn deren Kinder Heimweh haben, kann es zu deutlichen Interessenskonflikten kommen. Auch hier hilft die Förderung der schulischen und sozialen Integration der Kinder wie z. B. durch den Besuch eines Jugendzentrums oft weiter. Nur kostenlose Angebote oder solche mit niedrigen Beiträgen können durch die Familien angenommen werden. Zu Besonderheiten in der Betreuung von Migranten vgl. Behrens und Calliess, 2011.³

Enttäuschte Schüler, aber auch vereinsamte Frauen werden häufig zu exzessiven Medienkonsumenten, durch die Verfügbarkeit muttersprachlicher Sendungen wird das Erlernen der deutschen Sprache zusätzlich erschwert. Medienberatung vom ersten Lebensjahr an ist eine wichtige Maßnahme der Gesundheitsförderung, zumal niemand die Eltern der Kleinkinder hierzu berät. In den Familien gibt es oft mehrere Fernseher und auch den Zugang zu Spielkonsolen finden die Familien viel eher als den zur Bibliothek. Hier besteht unserer Beobachtung nach allerdings eine viel stärkere Abhängigkeit vom Bildungshintergrund als von der Nationalität.

SOZIALPÄDIATRISCHE AUFGABEN BEI DEN VORSORGEN: WAS IN WELCHEM ALTER?

U2/3 (Paed.Check Start/0.1): Wie geht es der Mutter und wer unterstützt sie?

Bei kleinen Säuglingen (0–3 Monate) ist die Beobachtung das wichtigste Instrument, vor allem wenn eine sprachliche Verständigung erschwert oder nicht möglich ist: Unsicherheiten im Handling, Beziehungsaufnahme zu Säugling, Wochenbettdepression und Unterstützung durch den Vater können so erfasst werden; Nachfragen nach Geschwisterkindern, Deutschkurs, sozialem Netz und wirtschaftlicher Situation runden das Bild ab. In vielen Kulturkreisen ist die Unterstützung der Mutter durch den Vater in Kinderpflege, Erziehung und Hauswirtschaft nicht üblich und wird auch nicht erfolgen, wenn der Vater hierzu in der Beratung seine Bereitschaft erklärt. Wir klären über Gesundheitsrisiken auf (Kein Fernsehen beim Stillen! Lassen Sie nie das Baby alleine auf dem Wickeltisch!), dazu verweisen wir auf vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten: Hebammen und Familienhebammen, Deutschkurs mit Kinderbetreuung, Stadtteilmütter, internationale Frauenberatung und Migrationsberatung der Caritas und Familienzentren. Muttersprachliche Flyer sind selten verfügbar. Bis die Angebote wahrgenommen werden, sind wegen der oft fehlenden Ressourcen kurzfristige Folgetermine notwendig, um die Mütter zu unterstützen, so z. B. bei Regulationsstörungen, Gedeihstörungen, unsicheren Eltern oder anderen Belastungen in der Familie.

U4/5 (Paed.Check 0.3/0.6): Besteht eine harmonische Mutter-Kind-Bindung?

Unser Hauptaugenmerk im Säuglingsalter (4–12 Monate) liegt weiter auf der Interaktion zwischen Mutter/Eltern und Säugling und auf dem emotionalen und gesundheitlichen Zustand der Mutter, die oft kaum Ansprüche an ihre Lebensqualität und ihre Gesundheit stellt. Mütterbezogene Angebote wie Rückbildungsgymnastik werden mangels Aufklärung und Sprachkenntnissen in der Regel nicht wahrgenommen. Wir erkundigen uns nach sozialer Einbindung und Deutschkurs. Angebote zu Spiel- und Krabbelgruppen werden vorgestellt. Diese niederschwellige – wenn bezahlbare – Maßnahme fördert nicht nur die Integration der Mutter, sie ist auch eine erste Maßnahme frühkindlicher Bildung für das Kind, führt die Familie in die mitteleuropäische Kultur ein und wirkt der Vereinsamung und dem übermäßigen Medienkonsum entgegen.

U6/7 (Paed.Check 1.0/2.0): Medienberatung! Kann die Mutter sich auf Deutsch verständigen?

Kinder mit 1–2 Jahren sind – unabhängig vom Migrationshintergrund – bei der körperlichen Untersuchung oft sehr verängstigt. Die Beobachtung lässt auch hier Rückschlüsse auf die Entwicklung sowie die häusliche Förderung zu. Einige Kinder besuchen schon den Kindergarten, verglichen mit den häuslichen Möglichkeiten ist das oft von Vorteil.

Ab U6 (Paed.Check 1.0) beraten wir die Familien intensiv zu Mediengebrauch, Alternativen wie Vorlesen, Bewegungsförderung und weiteren Möglichkeiten der frühkindlichen Bildung z. B. Wald- und Spielplatzbesuchen, was bei den meisten deutschen Müttern nicht notwendig ist. Mütter, denen es noch nicht gelingt, sich auf Deutsch zu verständigen, sind manchmal auch mangelhaft motiviert. Dies stellt ein zusätzliches Risiko für z. B. Sprachentwicklungsstörungen oder Schulleistungsstörungen dar. Der übermäßige Mediengebrauch mit seinen Folgen deutet sich in diesem Alter oft schon an, dabei sind unserer Beobachtung nach z. B. türkische Jungen hier besonders gefährdet, früh Fernseher und Konsolen intensiv zu nutzen mit der Folge von z. B. Konzentrationsstörungen, Adipositas durch Bewegungsmangel und Verhaltensauffälligkeiten.

U7a (Paed.Check 3.0) bis zur Einschulung: Frühe Förderung und Therapie!

Ab Kindergarteneintritt (3–6 Jahre) erhalten wir, wenn auch oft nur auf Nachfrage, Hinweise auf Entwicklungs- oder Förderdefizite, die vorher in den punktuellen Kontakten in der Arztpraxis nicht aufgefallen sind. Es ist eher selten, dass die familiären Möglichkeiten ausreichen, um diese auszugleichen. Frühe Förderung und Therapie ermöglicht vielen Kindern mit Migrationshintergrund vor der Einschulung annähernd die Fähigkeiten zu erwerben, die deutsche Kinder haben. Komplexleistung Frühförderung oder Maßnahmen der Jugendhilfe sind häufig notwendig, um dieses Ziel zu erreichen. So befanden sich im 4. Quartal 2012 von unseren Patienten 51 Kinder bis zu 6 Jahren zur Diagnostik oder Therapie im Frühförderzentrum, darunter 42 Migranten (84%) – ein deutlich höherer Anteil als unter den Patienten in unserer Praxis (59%).

Cave: Einschulung ohne Deutschkenntnisse!

Eine besondere Gruppe unter den Kindern mit Migrationshintergrund sind diejenigen, die im Jahr vor der Einschulung nach Deutschland kommen. Diese Kinder werden in Regelklassen eingeschult, statt in Integrationsklassen, in denen das Erlernen der deutschen Sprache erstes Unterrichtsziel ist. Auch ist ein Kindergartenbesuch in der Regel nicht mehr möglich. Diese Kinder beginnen also ihre Schullaufbahn ohne Deutschkenntnisse und ohne institutionelle Förderung. An sie werden dieselben Anforderungen gestellt wie an ein deutsches Kind in der gleichen Klasse. Es entsteht eine vorhersehbare Überforderung des Kindes, häufig kommt es zu folgenden psychosomatischen Krankheiten: depressive Verstimmung, Verhaltensstörungen, Bauchschmerzen und Kopfschmerzen. Individuelle Förderung und Therapie sind hier unumgänglich vgl. Fallbeispiel 4.

U10/U11/J1 (Paed.Check 7.0/9.0/13.0): Misfit in Schule und Peergroup? Riskanter Medienkonsum?

Auch bei Vorstellungen im Schulalter (7–15 Jahre) erfragen wir die soziale Integration in Schule und Freizeit, prüfen, ob ein befriedigender, den kognitiven Fähigkeiten des Schülers entsprechender Schulerfolg erreicht wird, fragen gezielter als bei

deutschen Patienten nach emotionalen und sozialen Belastungen. Auch hier beobachten wir in den ersten Jahren des Aufenthalts in Deutschland vermehrt nicht organisch begründete Beschwerden. Wenn die Möglichkeiten der Ganztagsbetreuung und des vorhandenen sozialen Netzes ausgereizt sind, vermitteln wir Unterstützung über die Jugendhilfe, die Migrationsberatung oder die internationale Familienberatung und empfehlen bei emotionalen Störungen die Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater. Die Akzeptanz der Maßnahmen ist eingeschränkt. Bezahlbare Angebote im kulturellen Bereich, Vereinsaktivitäten und Beschulung mit adäquaten Anforderungen werden eher angenommen. Sie verbessern nicht nur die Bildungs- und Lebensperspektive der Schüler, sondern auch die der Eltern.

Im Vergleich zu deutschen Jugendlichen ist bei Migranten der ersten Generation die Identifikation mit der Kultur der Herkunftsgesellschaft noch sehr stark, so dass der Zusammenhalt in vielen Familien wenig durch oppositionelles Verhalten in der Pubertät beeinträchtigt wird und bezüglich Partnerschaft und Sexualität kaum Fragen aufkommen. Jugendliche, deren Eltern bereits in Deutschland geboren wurden, befinden sich häufig in der Pubertät in verstärkten Konflikten, da sie weder mit der Kultur und Lebensweise der Herkunftsfamilie brechen wollen, noch hinter den Möglichkeiten ihrer Altersgenossen zurückstehen wollen. Wir beraten alle ausländischen Jugendlichen bei der J1 (Paed.Check 13.0) nicht anders als die deutschen Altersgenossen. Wesentlich ist das Angebot eines Gesprächs unter vier Augen unter Hinweis auf die ärztliche Schweigepflicht, besonders wenn der Patient uns belastet erscheint; es wird oft wahrgenommen.

J2 (Paed.Check 16.0): Welche Perspektiven gibt es für Jugendliche mit Handicap?

Am Übergang zum Erwachsenenalter (16–17 Jahre) steht neben der Beratung zu primärpräventiven Maßnahmen (Sport, Ernährung, Medien) die Beratung zu beruflichen Perspektiven an. Besondere Unterstützung brauchen hier Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern, da deren Familien weniger Zugang zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen haben und Beratungsmöglichkeiten nicht aktiv suchen. Die Übernahme von Eigenverantwortung, z. B. bei Patienten mit Sichelzellanämie oder Diabetes, muss mit Patient und Eltern besprochen werden. Für den Übergang in die erwachsenenmedizinische Betreuung fehlt oft eine stützende Struktur, in der die migrationspezifischen wie die sozialen Schwierigkeiten angemessen berücksichtigt werden.

Tabelle 1: Spezifische Aspekte in der Betreuung von Migrantenfamilien

Die Ressourcen der Mutter sind oft extrem begrenzt und müssen gestützt werden. Unterstützen Sie den Integrationsprozess der Erwachsenen (soziale Integration, Deutschkurs, Pflege der eigenen seelischen und körperlichen Gesundheit).
Beraten Sie ab dem ersten Lebensjahr die Risiken von Medienkonsum für die ganze Familie : Er gefährdet Deutscherwerb, verhindert (frühkindliche) Bildung und soziale Integration. Stellen sie fördernde Alternativen konkret vor.
Fördermaßnahmen sind oft viel früher als bei deutschen Kindern notwendig, weil die familiären Möglichkeiten oft nicht ausreichen.
Schüler ohne Deutschkenntnisse , die in die Regelschule kommen, benötigen individuelle Hilfe, um eine befriedigende Schullaufbahn zu erreichen. Sie haben ein hohes Risiko für psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen.
Fehlende Fortschritte in der Integration von Eltern und Kindern sind oft Hinweise auf emotionale Belastungen, die der psychologischen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung bedürfen.
Lernen Sie Ihr Netzwerk kennen.

Tabelle 2: Netzwerk in der Migrantenmedizin

Suchen Sie Angebote mit niedriger Sprachbarriere und Bereitschaft zur Unterstützung ihrer Arbeit. Werben Sie in Ihrer Umgebung um hilfreiche Kooperation und Vorurteilsfreiheit.

Gesundheitswesen	Behörden und Institutionen	Freie Träger
Kinder- und Jugendärzte in Praxis und Klinik	Schulen und Schulsozialarbeiter	Stadtteilmütter
Kinder- und Jugendpsychiater	Kindertagesstätten	Migrationsdienste für Jugendliche und Erwachsene
Psychotherapeuten	Krankenkassen	Sozialraumkoordination
Malteser Migrantenmedizin	<i>Ämter für:</i>	Patenprojekte
Frühförderzentren	Gesundheit (Kinder- und Jugendärztlicher Dienst)	Ehrenamtler
Heilmittelerbringer	Jugend (z. B. Allgemeiner sozialer Dienst, Gefährdungssofortdienst, Amtsvormundschaft)	Familienzentren
Allgemein- und Fachärzte zur Betreuung der Eltern	Ausländerangelegenheiten (Integrationskurse, Leistungen für Asylbewerber)	internationale Familienberatung
Heilmittelerbringer	Soziales (Jobcenter)	Flüchtlingshilfe
Allgemein- und Fachärzte zur Betreuung der Eltern	Wohnungswesen	Kinderschutzbund
		Sportvereine
		Dorfgemeinschaft
		Pfarrgemeinden
		Jugendzentren
		Müttergenesungswerk

NETZWERKARBEIT IST UNERLÄSSLICH

Häufiger als bei deutschen Familien sehen wir bei Migranten sehr komplexe Lebenssituationen (Fallbeispiel 5), die die Entwicklung und Gesundheit der Kinder erschweren. Durch eine intensive Kooperation mit verschiedensten Partnern im Netzwerk (beispielhaft in Tabelle 2 aufgeführt), kann eine angemessene Unterstützung der Familien oft erreicht werden. Im Rahmen der Sprechstunden kann dies jedoch nicht in einem angemessenen Zeitrahmen bewältigt werden. Das gilt für die Betreuung einer einzelnen Familie wie auch für übergeordnete Fragestellungen. Ein im Sozialraum entstandener Arbeitskreis für Kinder- und Jugendgesundheit initiiert und organisiert Projekte wie Installation einer Familienhebamme, gegenseitige Information über familienstützende und -fördernde Maßnahmen vor Ort wie Babygruppe, Deutschförderung im Jugendzentrum und Schuldnerberatung. Intensive Kooperation führt aber auch dazu, dass uns Familien mit Migrationshintergrund

vermittelt werden. Das sehen wir einerseits als Kompliment an, andererseits kann diese Aufgabe von uns als Praxis auf Dauer nicht bewältigt werden, wenn nicht die Rahmenbedingungen grundlegend verbessert werden. In unserer Praxis benötigen wir neben gut ausgebildeten Fachangestellten Kinderkrankenschwestern und Sozialpädagogen, die sich mit uns um die vielfältigen Anliegen der Familien kümmern, und unbedingt eine dem Aufwand entsprechende Vergütung der sozialpädiatrischen Betreuung sowie die generelle Aufwertung präventiver Arbeit. Schulen, Kindertagesstätten und Freizeiteinrichtungen müssen befriedigend ausgestattet werden, dazu sind auch für die Eltern niedrigschwellige Angebote aufzubauen.

Kinder, die aufgrund fehlender Aufklärung und Unterstützung zu kranken Erwachsenen heranwachsen, sind von uns sehenden Auges alleingelassen und belasten zudem unser Sozialsystem auch in den nächsten Generationen. Gesellschaftspolitisch wird die Dringlichkeit der Maßnahmen der frühen und effektiven Förderung von sozial schwachen Kindern – unabhängig von ihrer Herkunft – viel zu wenig unterstützt. Dieses ist nicht nur eine Aufgabe von Gesundheitssystem, sozialem Hilfesystem und Bildungsinstitutionen, gefordert sind hier Politik und vor allem die Stakeholder der Wirtschaft, die nicht in Projekten und Sonntagsreden von Zukunft für Kinder sprechen sollten, sondern die notwendigen finanziellen Mittel langfristig für die Belange der Kinder ausgeben müssen.

ZUSAMMENFASSUNG

Kinder und Jugendliche aus aller Welt können sich in Deutschland gesund und ihren Anlagen entsprechend entwickeln, wenn alle, von denen sie im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen betreut werden, ihre individuellen Lebensbedingungen kennen und berücksichtigen und die Familien umfassende Unterstützung erhalten, vor allem, wenn sie diese selber nicht einfordern können. Die notwendige oder bessere Unterstützung muss von unserer Gesellschaft, insbesondere von Politik und Wirtschaft bereitgestellt werden.

Als niedergelassene Kinder- und Jugendärzte besetzen wir eine essentielle Schnittstelle im Unterstützungssystem, da wir von Geburt an fast jedes Kind betreuen und wir so frühzeitig individuelle Risiken und Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen erkennen können.

FALLBEISPIELE

1. Frau E. aus Schwarzafrika ist mit ihrer jetzt 4-jährigen Tochter seit 3 Jahren in unserer Betreuung. Mutter und Kind sind meist gut gelaunt, Vorsorgen und Impfungen werden meist zuverlässig wahrgenommen, wenn auch oft mehrere Erinnerungen erfolgen müssen. Bei der angebotenen MMR-Impfung der Mutter gab diese auf Nachfrage keine eigenen Erkrankungen an. Anhand einer fieberhaften Impfreaktion der Mutter stellte sich auf nochmalige Nachfrage heraus, dass die Mutter wegen eigener HIV-Infektion in Betreuung ist, auch

hier zuverlässig. Nun ist das zweite Kind geboren, das schwangschafts- und geburtshilfliche Management war dem Risiko entsprechend, lediglich die Kontrollen nach Einleitung der retroviralen Therapie durch das Peripartalzentrum wurden der Mutter nicht verständlich mitgeteilt, so dass erst durch aktives Nachforschen unsererseits die geplanten Termine wahrgenommen werden konnten.

2. Der 15-jährige M. kam als Vollwaise mit seiner erwachsenen Schwester aus den kurdischen Gebieten des Iraks nach Köln, da der Ehemann der Schwester in Köln lebte. Wegen mangelnder Sprachkenntnisse konnte M. bei der Erstvorstellung wegen allgemeiner Schwäche über seine Anamnese nicht berichten, auch die Auskünfte des Schwagers waren sehr vage, so dass anhand der vorhandenen Splenektomienarbe und des Ikterus in Verbindung mit Kleinwuchs gezielt nach einer transfusionsbedürftigen Anämie geforscht wurde. Die medizinische Diagnose einer homozygoten β -Thalassämie mit Hepatitis C, Eisenüberladung, Leberzirrhose und Minderwuchs wurde dann in der Klinik gestellt und das Transfusionsregime sowie die medikamentöse Behandlung mit veranlasst. Weitere Erkrankungen folgten. Für den minderjährigen M. wurde direkt bei Ankunft in Deutschland eine Amtsvormundschaft gestellt, der Vormund kannte sich in medizinischen Fragen und in Fragen der sonstigen Gestaltung von M.s Lebenssituation nicht aus. Nachdem die medizinischen Belange durch ambulante Betreuung in der hiesigen Kinderklinik abgedeckt waren, stand die Aufnahme in eine Deutschförderklasse an, es musste mit dem Schulamt unter Einbeziehung des Jugendgesundheitsdienstes geklärt werden, dass M. nur begrenzt körperlich belastbar war und initial ein Schulweg mit Schulranzen mit öffentlichen Verkehrsmitteln in der fremden Großstadt bei dem krankheits- und migrationsbedingten Entwicklungsrückstand nicht zugemutet werden konnte. Hier wurde die Zuweisung zu einer wohnortnahen Integrationsklasse erreicht und ein Fahrdienst installiert. Wegen des hohen Betreuungsaufwandes im schulischen und sozialen Bereich wurde auf unsere Empfehlung eine sozialpädagogische Familienhilfe installiert, die zeitweise in Rücksprache mit uns die Integration des Jugendlichen begleitete. Während M. sich im Laufe der inzwischen 2-jährigen Betreuung zu einem den Umständen entsprechend selbständigen Jugendlichen entwickelte, blieb die Situation der Kleinfamilie lange schwierig: Wegen der schlechten Anbindung des Wohnortes an öffentliche Verkehrsmittel war M.s Schwager lange Zeit arbeitslos, da er als Bäcker darauf angewiesen ist, lange vor dem ersten Bus an seinem Arbeitsort zu sein; stolz berichtete er kürzlich, eine mit dem Fahrrad zu erreichende Arbeit gefunden zu haben. Wegen des Kinderwunsches war eine gynäkologische und humangenetische Beratung von Schwester und Schwager bei einer arabisch sprechenden Kollegin in der Nachbarstadt vermittelt worden. Obwohl M.s Schwester und Schwager heterozygot für Thalassämie sind, wünschen sie sich dringend Nachwuchs. Nächste Schritte in der Betreuung sind, neben der kontinuierlichen medizinischen Versorgung, die schulische Förderung und die Anbahnung einer Berufstätigkeit, die den Möglichkeiten des Patienten entspricht. Leider werden wir M. voraussichtlich mit 18 Jahren nicht mehr als Kassenärzte weiter betreuen dürfen, da feh-

lende körperliche und emotionale Reife und hoher Beratungs- und Betreuungsbedarf bei hämolytischer Anämie nicht ausreichen, um eine diesbezügliche Ausnahmegenehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zu erhalten.

3. A., eine polnische 16-jährige Gesamtschülerin besuchte über 3 Monate die Schule nicht. Sie bewohnte zu Hause das Elternschlafzimmer, verließ die Wohnung einmal in der Woche um einzukaufen, hatte außer zu einer Cousine keine sozialen Kontakte mehr. Die Mutter, für die die Jugendliche vorher Hilfs- und Dolmetscherfunktion übernommen hatte, beklagte diesen Zustand weder bei ihrem polnisch sprechenden Hausarzt noch bei uns, der Vater war im Ausland auf Montage. Als dieser im Weihnachtsurlaub mir die Situation berichtete, konnten wir nach einem Hausbesuch in Kooperation mit der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiaterin des Gesundheitsamtes die stationäre Einweisung in die jugendpsychiatrische Klinik veranlassen.

4. F. ist im Alter von 5 Jahren aus dem Irak gekommen. In der ersten Klasse kam er wiederholt mit sehr gedrückter Stimmung in die Praxis, Bauchschmerzen ohne organische Ursache gesellten sich dazu. Er war ohne deutsche Sprachkenntnisse in die 1. Regelklasse eingeschult worden, weder Vater noch Mutter konnten ihn unterstützen. Als er nach unserer Intervention einen Platz in der Ganztagsbetreuung bekam, hatte er nach kurzer Zeit seine schulischen Defizite überwunden, fühlte sich nicht mehr überfordert und war rasch sozial integriert. Inzwischen musste ich die Mutter dahingehend beraten, dass sie ihn nicht aus der Schule lassen darf, um ihn als Dolmetscher zu ihrer Unterstützung mitzunehmen. Der Mutter empfahlen wir, sich mit einer Stadtteilmutter in Verbindung zu setzen und endlich den Deutschkurs zu machen.

5. Frau M. aus Schwarzafrika hat 3 Kinder, die nicht in der Familie leben, und 3 Söhne aus der jetzigen Partnerschaft: N., der älteste von diesen dreien, hatte als Neugeborener eine Jejunalatresie, die ohne Komplikationen operiert wurde, aber zu Verunsicherung und erhöhtem Beratungsbedarf in der französischen Umgangssprache der Eltern führte. Der zweite Sohn J. kam gesund auf die Welt. Das dritte Kind B. wurde nach Zwillingsschwangerschaft bei intrauterinem Fruchttod des anderen Zwilling in der 29. SSW mit einem Gewicht von 850 g geboren, war einige Tage beatmungspflichtig und erlitt eine Sepsis. Die Mutter musste postpartal mehrfach wegen Blutungskomplikationen nachoperiert werden. B. erkrankte wenige Wochen nach der Entlassung an einer hochfieberhaften Meningitis und war erneut stationär behandlungsbedürftig. In dieser Zeit konsultierten die Eltern einige Zeit einen anderen Kinder- und Jugendarzt. Als die Kinder uns wiedervorgelegt wurden, wiesen die beiden älteren Kinder Sprach- und Förderdefizite auf, B. zeigte milde Zeichen einer Zerebralparese, so dass wir Frühförderung vorschlugen. Dieses Angebot wurde zunächst nicht angenommen, die Kinder kamen in den Regelkindergarten. Als bei Fortbestehen der Defizite die Frühförderung begonnen wurde, wurde Unzuverlässigkeit der Eltern beklagt, die auf Nachfrage darin begründet war, dass die Eltern zur Sicherung ihrer wirtschaftlichen Situation beide arbeiten, in der Regel abwechselnd, der eine bis nachmittags, der

andere nachmittags bis nachts, so dass ein hoher intrafamiliärer Stress bestand. In der Folgezeit erlitt der Vater einen Schlaganfall, so dass die Förderung der Kinder hinter der Wiederherstellung seiner Gesundheit zurückstand. Die beiden jüngeren Söhne wechselten daher in eine integrativ arbeitende Kindertagesstätte, der älteste besucht die Förderschule Sprache. Da die Familie eher sporadisch kommt, ist es sehr schwierig, die Kinder und Eltern kontinuierlich zu unterstützen und jede Maßnahme muss hinsichtlich ihrer Wichtigkeit für das Kind und der Belastbarkeit der Familie beurteilt werden. In ihrem Bestreben, ihre Lebenssituation ohne Hilfe von Behörden zu bewältigen, fällt es den Eltern schwer, Angebote nachzufragen und wahrzunehmen. Hilfreich ist in der Familie aus unserer Sicht die Resilienz der Kinder, die offensichtlich bei ihren Eltern emotional gut aufgehoben sind.

■ *Frau Dr. med. Ursula Kleine-Diepenbruck
Frau Birgit Bröter
Rodenkirchener Str. 158, 50997 Köln
u.kleine-diepenbruck@t-online.de*

Literatur:

- 1 Statistisches Jahrbuch der Stadt Köln 2012.
www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf15/statistisches_jahrbuch_koeln_2012.pdf
- 2 Dlugosch GE, Dahl C (2012) Die Rolle der Selbstwirksamkeit und Achtsamkeit bei der Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Menschen – eine Projektdokumentation. In: Soziale Benachteiligung und Gesundheit, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 39, Köln: BZgA, 7–11
- 3 Behrens K, Calliess IT (2011) Psychotherapeutischer Beziehungsaufbau im interkulturellen Erstkontakt; Psychotherapeutenjournal 1:12–20

Was tun, wenn die Schwiegermutter einen „Gehfrei“ schenkt?

Dr. Emy Koen

In jeder Vorsorgeuntersuchung U4 (Paed.Check 0.3) und U5 (Paed.Check 0.6) klären wir die Mütter auf, dass ein Gehfrei schädlich und gefährlich ist. Trotzdem beichtet etwa die Hälfte der türkischen Mütter, die unsere Praxis besuchen, dass ihr Säugling mit 8 Monaten im Gehfrei steht. Wir sprechen die Muttersprache unserer Klientinnen, wir nehmen uns Zeit und erklären ausführlich. Und trotzdem: Warum greifen unsere individuellen Aufklärungsstrategien so oft nicht?

Ständig werden Studien zitiert, die auf Defizite und Risikofaktoren in der Entwicklung von Kindern- und Jugendlichen aus zugewanderten Familien hinweisen. Sie neigen vermehrt zu Übergewicht und Adipositas, zeigen häufiger Entwicklungsdefizite, oft durchlaufen sie vergleichsweise schwierige und unbefriedigende Schulkarrieren und haben durchschnittlich schlechtere Chancen beim Übergang von der Schule in das duale System der beruflichen Bildung.

„Migrationshintergrund“ – ein Risikofaktor? In den meisten Fällen ein negatives Merkmal, der ethnische Unterschiede hervorhebt, ein Stempel mit dem etwa 35% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland versehen sind, ein Stigma, das sie von Geburt an prägt, aber dabei wenig stärkt und in den meisten Fällen auch weniger zu ihrem Selbstbewusstsein beiträgt als zu deren Selbstexklusion (Bude 2008; Jobst und Skrobaneck 2009).

Je stärker nämlich die dominante ziellandspezifische Kultur die Unterschiede hervorhebt und spezifische Ressourcen und Praktiken der Herkunftskultur entwertet, umso mehr laufen wir Gefahr, dass Kinder und Jugendliche, die zunächst Anstrengungen unternehmen, sich in die dominante Kultur zu integrieren, sich schließlich im Laufe der Zeit durch ihre vorhersehbaren Niederlagen hinter ihrer Gegenkultur verschanzen.

Die genauere Analyse von den meisten Daten der KiGGs-Studie oder der Pisa-Studie zeigen jedoch eindeutig, dass es sich in erster Linie nicht um Kinder mit Migrationshintergrund, sondern im allgemeinen um Kinder aus bildungsfernen Familien mit niedrigem Sozialstatus handelt – eine weitgehend heterogene Gruppe mit unterschiedlichsten Randgruppen und Subkulturen. Kinder aus den zugewanderten Familien bilden darin eine besondere Gruppe. Die größte Minorität sind Kinder und Jugendliche aus Familien, die aus der Türkei stammen.

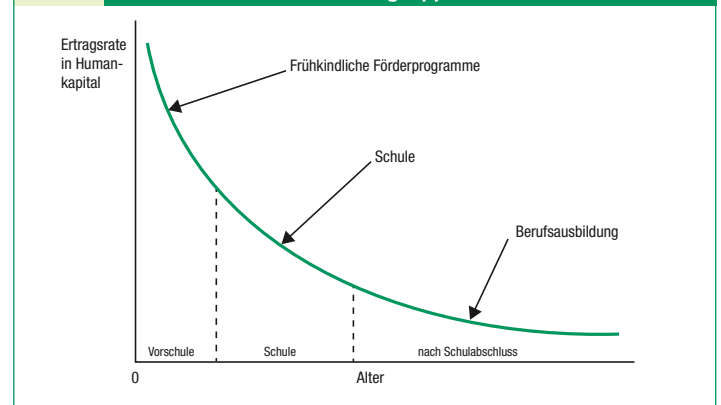
Es ist evident, dass die gesunde Entwicklung von Kindern, die aus diesen verschiedenen Subkulturen stammen, durch zusätz-

liche Risikofaktoren belastet ist, im Vergleich zu Kindern aus der deutschen Mittelschicht.

Gleichzeitig weisen zahlreiche Studien aus der Entwicklungspsychologie darauf hin, dass die Familie in den ersten sechs Lebensjahren der wichtigste Faktor für die frühkindliche Entwicklung ist. Es ist auch bekannt, dass die kognitive und sozio-emotionale Förderung der Kinder in der Frühkindheit ausschlaggebend für einen erfolgreichen Schulstart, den späteren Bildungserfolg, und somit wiederum für die soziale Integration ist (Hurrelmann 2007, Leyendecker 2008).

Förderung der gesunden kognitiven und sozio-emotionalen frühkindlichen Entwicklung ist nicht nur für das einzelne Kind von Bedeutung, sondern es ist auch ein wichtiger ökonomischer Faktor für den Aufbau von Humankapital innerhalb unserer Gesellschaft. Der Kapitalertrag für die Gemeinschaft ist umso höher, je früher in der Kindheit investiert wird (vgl. Abb. 1).

Abb. 1 Ertragsrate an Humankapital bei gleichbleibendem finanziellen Aufwand für Programme in unterschiedlichen Altersgruppen



nach Heckmann & Carneiro, Human Capital Policy, 2003

Da aber der entscheidende Faktor für eine gesunde frühkindliche Entwicklung die Familie ist, ist das Humankapital der Eltern, nämlich der Bildungsgrad, die emotionale und körperliche Gesundheit und die Zufriedenheit, von besonderer Bedeutung. Während das Finanzkapital der Eltern bei deutschen Familien mit niedrigem Sozialstatus auch ein entscheidender Risikofaktor ist, scheint dieser Aspekt für Familien türkischer Herkunft weniger bedeutsam (Hurrelmann, Vortrag in Mannheim 2010).

2003 zeigte eine systemische Evaluation der U8- und U9-Vorsorgeuntersuchungen bei 98 türkischen Kindern in unserer Praxis, dass 35% der Kinder Defizite in einem Bereich und 22% der Kinder Defizite in mehreren Bereichen zeigten. Betroffen waren in erster Linie die Graphomotorik, die Sprachentwicklung, der Wissenserwerb und die Ausdauer und Konzentration bei Anforderungen. Anamnestisch wurden das Einkommen der Familie, die Wohnverhältnisse, das enge soziale Umfeld, die Erwerbstätigkeit der Eltern, die Zuwanderungsjahre der Mütter, der Bildungsstand der Eltern, der Kontakt der Familie zu deutschen Familien und der Kontakt der Kinder zu deutschen Kindern außerhalb der Bildungseinrichtungen erfragt. Eine eindeutige Korrelation zum Entwicklungsstand zeigte sich bei

zwei dieser Faktoren: Bildungsgrad der Mütter und Vorhandensein von außerinstitutionellen Kontakten zu deutschen Kindern bzw. Familien.

Mit Erschrecken konnten wir feststellen, dass 60% der Kinder noch nie, 20% nur vereinzelt und 20% regelmäßigen privaten Kontakt mit deutschen Kindern hatten. Diese Beobachtung bestätigt wieder im kleinen Rahmen Ergebnisse vieler Studien weltweit, dass der Bildungsgrad der Mütter und die Gesundheit der Kinder eng miteinander korrelieren. Eine Längsstudie von Caspar und Leyendecker (2008) über Deutschkenntnisse von türkischstämmigen und deutschen Kindern im Kindergartenalter zeigt jedoch, dass bei türkischstämmigen Familien in Deutschland die Bildung der Väter eine besondere Bedeutung hat (Leyendecker 2008). Die Autoren erklären es dadurch, dass bei etwa 2/3 der Kinder ein Elternteil, meistens die Mutter, in der Türkei aufgewachsen ist und sozialisiert wurde. Deswegen sind bei diesen Müttern nicht nur die Bildungsjahre, sondern auch die Kenntnisse der hiesigen Kultur, des Bildungssystems und der Sprache ein wesentlicher Faktor.

Die Herausforderung, die sich unserer Gesellschaft und uns, den mit der Prävention betrauten Kinder- und Jugendärztinnen, stellt, ist die Frage: Was können wir tun, um diese Risikofaktoren zu verringern?

Obwohl die Bedeutung des familiären Umfelds bei der frühkindlichen Entwicklung der entscheidende Faktor ist, fokussieren sich die meisten Interventionen und die Forschung auf die Kinder selbst und auf die Bildungseinrichtungen. Durch zahlreiche Projekte werden Kinder in Bildungseinrichtungen insbesondere sprachlich gefördert. Eltern werden eher selten in diesen Prozess integriert (vgl. Leyendecker 2008).

In der Öffentlichkeit herrscht häufig das Vorurteil, dass die türkischen Eltern „nicht interessiert“ seien. Informationsveranstaltungen oder öffentliche Angebote werden nur selten wahrgenommen. Im Allgemeinen gestaltet sich der Zugang zu den Familien eher schwierig. Im Gegensatz zu der öffentlichen Meinung konnten Leyendecker et al. (2009) in einer vergleichenden Studie zu mütterlichen Sozialisationszielen feststellen, dass bei türkischen Müttern in Istanbul und türkischen Müttern aus der ersten und zweiten Generation in Deutschland, unabhängig vom Bildungsgrad und dem Migrationsstatus, „die Entwicklung des persönlichen und ökonomischen Potenzials“ als Indikator für Bildung, eine weitaus wichtigere Rolle spielt als bei deutschen Müttern. Ähnliche Ergebnisse zeigen Studien von Leyendecker, Harwood, Lamb & Schölmerich (2002) aus den USA: Einwanderer aus Lateinamerika mit geringem Finanzkapital werten den Bildungserwerb als Möglichkeit zum sozialen Aufstieg höher als Eltern aus der anglo-amerikanischen Mittelschicht.

WAS SIND DIE BARRIEREN?

„Ich habe Angst, etwas falsch zu machen, Angst zu versagen, ich bin wie gelähmt.“

„Ich war eine selbstständige Person, jetzt bin ich machtlos.“

„Ich zweifle an meinem Selbstwert ... Hier bin ich niemand.“

„Ich fühle mich schwach und überfordert. Wie kann ich mein Kind beschützen, wenn ich selbst nicht stark bin. Ich kann es niemandem erzählen.“

„Jede Nacht lag ich im Bett und habe geweint ... niemand hörte mich.“

Das sind die Stimmen einiger, in der Erziehung ihrer Kinder recht engagierter türkischer Mütter im Gesprächskreis darüber, wie sie sich in der Interaktion mit den Bildungsstätten und in ihrer Rolle als Verantwortliche für die Entwicklung ihrer Kinder fühlen.

50–75% der Männer, die aus der Türkei stammen, heiraten Frauen aus der Türkei. Oft junge Frauen, die ohne Kenntnisse der Sprache und der hiesigen Kultur nach Deutschland kommen. Sie leben in starker Abhängigkeit von der eingeheirateten Familie und verfügen über wenige Ressourcen zur Beratung und Unterstützung. Sie sind oft innerfamiliär und außerhalb der Familie unterschiedlichen Stressfaktoren ausgesetzt, gleichzeitig versagen in der Fremde die ihnen bisher bekannten „Stress coping Mechanismen“. Der Zusammenhang zwischen Migration, Stressbelastung und psychischer Gesundheit ist inzwischen gut bekannt (vgl. Uslucan 2005). Viele Mütter leiden an depressiven Symptomen oder unter psychosomatischen Störungen. Kompetente Hilfe mit Kenntnis der kulturspezifischen Hintergründe ist oft nicht vorhanden oder wird nicht in Anspruch genommen. Die Mütter sind dem Spannungsfeld vieler Stressfaktoren ausgesetzt und haben wenig Ressourcen zur Bewältigung ihrer Erziehungsaufgabe. In manchen Fällen führt das sogar zu geringer mütterlicher Sensibilität mit verminderter oder unbeständiger Gefühlsäußerung bis hin zu geringer Responsivität.

Ein zusätzlicher und wesentlicher Faktor bei Müttern, die ihre Bildungssozialisation nicht in Deutschland durchlaufen haben, ist die kulturell unterschiedliche Haltung zu Bildungsinstitutionen. Während in Deutschland die Erziehungspartnerschaft der Eltern erwünscht und aktiv gefordert ist, sind Bildungsinstitutionen Teil des hierarchischen Systems, an das die Bildungsaufgabe abgegeben wird.

WAS BRAUCHEN WIR, UM DIESE BARRIEREN ZU DURCHBRECHEN?

1. Kultursensitive oder kulturresponsive Interventionen können nur erfolgreich sein, wenn wir die Strukturen, Erziehungs- und Sozialisationsziele der Zielgemeinschaft gut kennen. Hier muss besonders beachtet werden, dass die Gruppe der Zuwanderer aus der Türkei trotz einiger Gemeinsamkeiten eine in sich heterogene Gruppe ist. Das Verständnis der Faktoren, die auf die Erziehung und Entwicklung der Kinder innerhalb dieser Gemeinschaft im Migrationskontext Einfluss haben, bedarf noch einiges an Forschung.

2. Wir brauchen in den Gemeinden niederschwellige Angebote, die sich an die Mütter und an die Väter richten. Somit auch

den persönlichen Dialog und die Einbindung in die Gesellschaft.

3. Wir haben die Möglichkeit, über Medien wirksam und schnell größere Gruppen und mehrere Generationen – zum Beispiel die Großeltern und die erweiterte Familie – zu erreichen.

Ad 1: Soziokulturelle Orientierung und Sozialisationsziele in traditionellen Agrarkulturen

Weitgehende Teile der ländlichen Gebiete der Türkei, aus der die meisten Zuwanderer kommen, sind traditionelle Agrarkulturen. Das sozioökonomische Überleben ist weitgehend von funktionierenden familiären Bindungen abhängig. Zahlreiche Studien zeigen, dass in solchen Kulturen das Wohlergehen der Gemeinschaft, die Verbundenheit des Individuums mit der Gemeinschaft und Respekt gegenüber Älteren im Vordergrund stehen. Das Selbst und die Entwicklung des Einzelnen sind relational. Entsprechend der soziokulturellen Orientierung sind Erziehungsstil und Erziehungsideale der Eltern relational, „interdependent“. Hingegen wird in der Mittelschicht der westlichen Industriegesellschaften die autonome, selbstbestimmte Entwicklung in der Erziehung gefördert, „Independenz“ (vgl. Keller 2003; Kagitcibasi 2007; Leyendecker & Schölmerich 2005).

Entsprechend wird die Interaktion zwischen der Mutter und dem Säugling, der Sprachstil, und die Kommunikation beeinflusst. In Kulturen mit interdependenter Orientierung sehen die Eltern ihre primäre Aufgabe bei Säuglingen und Kleinkindern im Versorgen und Beschützen. An Kleinkinder werden wenig Anforderungen und Regeln gestellt. Gleichzeitig ist der Erziehungsstil autoritär und direktiv. Lernen und Kompetenzerwerb sind stark an die soziale Rolle innerhalb der Gemeinschaft und die entsprechende Lebensphase gekoppelt.

Während gemeinsames Spielen und Lösen von Problemen mit erfahrenen Interaktionspartnern in westlichen Industriegesellschaften ein wesentlicher Bestandteil von Erziehung und Bildung ist und Kindern somit ermöglicht, komplexe Zusammenhänge zu verstehen, Wissen zu akkumulieren und zu übertragen, ist für viele türkische Eltern das Spielen mit den Kindern ein unbekanntes Interaktionsmodell.

Im Zuge der Migration können einerseits die bisher erlernten Strukturen, Verhaltensweisen und Erziehungsideale nicht mehr aufrechterhalten werden. Andererseits sind die Eltern den Bildungsanforderungen hier nicht gewachsen.

Cigdem Kagitcibasi, eine prominente Istanbuler Entwicklungspsychologin, entwickelte entsprechend dieser Dynamik, die ebenso innerhalb der Türkei gilt, ein Konzept, das genau diese Veränderungsprozesse aufgreift. Hier werden sowohl Autonomie als auch Gemeinschaftlichkeit in dem „Familienmodell der emotionalen Interdependenz“ bzw. dem Modell der „Autonomie-Verbundenheit“ zusammengeführt. Während das ursprüngliche „Familienmodell der Interdependenz“ „für agrarische Verhältnisse, in denen die jüngeren von den Älteren lernen, ihnen gehorchen und diese später im Alter versorgen, adaptiv ist“ (Leyendecker 2008), setzt das neue Modell im Besonderen

die finanzielle Autonomie der Jüngeren voraus, die selbst erarbeitet wird. Weiterhin bestehen jedoch der hohe Stellenwert der Familie, die emotionale Verbundenheit und der Respekt.

Ad 2: Von der Forschung zu niederschweligen Angeboten

Kagitcibasi entwickelte auf der Basis dieser Erkenntnisse das „Turkish Early Enrichment Projekt“ (TEEP), woraus sich Programme der türkischen Familienbildungsorganisation ACEV (www.acev.org) entwickelt haben. ACEV führt landesweit Bildungsprogramme zur kognitiven Förderung der Kinder und Erwachsenenbildungsprogramme für Mütter durch.

Die Mütter treffen sich in Erwachsenenbildungszentren über einen Zeitraum von 25 Wochen. Die Gruppen (20–25 Frauen) werden durch eine Person aus der Erwachsenenbildung, die speziell dafür trainiert wurde, geleitet. Die Arbeit wird themenzentriert durchgeführt. Es besteht Raum zum aktiven Erfahrungsaustausch, im Anschluss werden erlernte Inhalte in Kleingruppen durch Rollenspiele geübt (Berkman 2003).

ACEV bietet auch an 22 Standorten der Türkei Kurse für Väter an: Selbsterfahrung – Erinnerungen an den eigenen Vater – Reflexion der modernen Vaterrolle und Erfahrungen mit neuen Umgangsformen mit Kindern – Zuhören lernen – Kindern in die Augen schauen – zwischen Strafen und Verwöhnen.

Um eine größere Verbreitung zu erzielen, wurden Aktivitäten dieser Gruppen in Form einer Fernsehserie zur neuen Väterlichkeit ausgestrahlt: „Vater sein ist schön“. Aus drei Stunden einer türkischen TV-Serie zu diesem Väterbildungsprogramm haben Donata Elschenbroich und Otto Schweizer eine Kurzfassung mit deutschen Untertiteln produziert (Elschenbroich & Schweizer 2008).

„... für die Familien mit türkischer Migrationsgeschichte sind Anregungen zu einem demokratischen Umgang mit Kindern möglicherweise wirkungsvoller, wenn sie nicht von der dominanten deutschen Mehrheitsgesellschaft ausgehen, sondern wenn die Eltern an die Modernisierungsbewegungen innerhalb der Türkei angeschlossen werden.“

In verschiedenen Kommunen in Deutschland werden ähnliche Interventionsprojekte durchgeführt. Einige Beispiele sind „Rucksack und Griffbereit“, Projekte, die aus Holland adaptiert wurden, oder „HIPPY“, ein Projekt, das aus Israel stammt. Nach unserer Erfahrung wurden die Projekte „Rucksack und Griffbereit“ nach kurzzeitigen Anfangsschwierigkeiten von türkischen Müttern sehr gut angenommen und erwiesen sich als sehr effektiv.

Wie gewinnen wir die Mütter für solche Projekte?

- Kooperation mit einflussreichen Vertrauenspersonen und Institutionen, die aus der eigenen Kultur stammen, wie z. B. Lehrer, Ärzte, Sozialarbeiter, Moscheen, Vereine usw., und das Projekt in ihrem Umfeld propagieren bzw. bei Informationsveranstaltungen mitwirken. Sie sind wichtig, um primäre Diskriminierungsängste durch Institutionen abzubauen. Die Frage, die oft gestellt wird, ist „Wird mein Kind

einen Nachteil haben, wenn ich/wir an einem solchen Programm teilnehme/n?“

- Eltern werden für die Projekte weniger über Informationsveranstaltungen als über die persönliche Ansprache und vertrauensvolle Beziehungen gewonnen (u. a. durch KinderärztInnen oder Hebammen).
- Multiplikatorinnen aus den Zielgruppen. Die Arbeit mit Multiplikatorinnen, die selbst aus dem soziokulturellen Umfeld der Zielgruppe kommen, die gleiche Muttersprache sprechen und die Schwierigkeiten der Integration selbst kennengelernt haben, hat sich als besonders niedrigschwellig und darum wirkungsvoll erwiesen. Multiplikatorinnen, die selbst die Vorteile solcher Programme erfahren haben, sind die besten Werbeträger (vgl. Koch LB).

Die meisten Programme, die mir in Deutschland bekannt sind, haben meiner Meinung nach zwei Schwächen. Der Fokus liegt zu stark auf der Sprachentwicklung. Und wir fangen zu spät an. Nach meiner Erfahrung aus der Praxis zeichnen sich die Probleme, die den Wissenserwerb und die Motivation der Kinder schwächen, schon im Alter von 2 Jahren ab. Defizite im Zweitspracherwerb sind oft ein Symptom, aber keine Ursache. Es wäre wünschenswert, wenn Bildungsangebote für die Mütter mit der Geburt der Kinder anfangen würden und thematisch entsprechend breiter angelegt wären.

Ad 3: Medien sind die wirksamsten Multiplikatoren

Visuelle Medien, besonders das Fernsehen, werden von allen Generationen der Zuwanderer aus der Türkei stark in Anspruch genommen. Jüngere Eltern und natürlich Jugendliche nutzen dabei auch häufig Kommunikationswege und weitere visuelle Medien, die das Internet anbietet. Dazu zählen derzeit Facebook, Twitter, YouTube und WhatsApp.

Fernsehen ist ein Medium, über das die ganze Familie erreicht werden kann. Serien und Reality Shows sind ein integraler Bestandteil im Alltag vieler Familien und bieten somit eine gute Plattform, über die unterschiedliche Generationen und ein breites Publikum auf einen Schlag erreicht werden können. Eltern berichten mir wiederholt über türkische Fernsehprogramme, in denen Experten zu verschiedenen Themen sprechen oder interviewt werden. Besonders Informationen, die durch Experten aus dem Herkunftsland vermittelt werden, sind offensichtlich meinungsbildend.

Gleichzeitig zeigen Studien aus anderen Gebieten der Medizin, dass Informationen, die in narrativer Form durch Peers erzählt werden, sehr wirksam sind. Hopfer (2012) konnte in einer longitudinalen Studie zur HPV-Impfungsrate zeigen, dass durch das Einsetzen von prototypischen Geschichten durch Peers die Durchimpfungsrate eindeutig erhöht werden konnte. Am effektivsten war die Kombination von Peer und Experten-Interventionen.

Die kulturzentrierten narrativen Interventionen benutzen typische und wiederkehrende Geschichten aus dem Alltag der betroffenen Gruppe, um Botschaften zu Gesundheitsthemen weiterzuvermitteln. Wichtig ist dabei, dass musterhafte Verhal-

tensweisen in den Geschichten widerspiegelt werden und die Zielgruppe sich mit den Protagonisten identifizieren kann. Die wirksamste Art, solche Geschichten zu vermitteln, ist über visuelle Medien (TV, DVD, YouTube). In diesen Medien können auch die beiden Zugänge (Geschichten und Experten-Meinung) gut kombiniert werden. Das Programm „Vater sein ist schön“ ist hierfür ein gutes Beispiel. Einfache und kurze Informationen können auch ähnlich wie Werbespots über Facebook, Twitter oder verschiedenen Apps kommuniziert werden.

Um Aufklärungsprogramme zur gesunden Kindesentwicklung sinnvoll zu entwickeln, ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen uns Pädiatern und Experten aus den Kultur-, Medien-, Erziehungs-, Kommunikations- und Translationswissenschaften sowie der Werbebranche unumgänglich. Wenn die Schwiegermutter, die den „Gehfrei“ geschenkt hat, eine Geschichte im Fernsehen sieht, in der Vater und Oma über Nutzen und Gefahren des „Gehfrei“ diskutieren und das Kind während des Streites unbeaufsichtigt mit dem „Gehfrei“ die Treppen herunter stürzt und dann mit einer Schädelfraktur im Krankenhaus aufgenommen wird, bin ich mir ziemlich sicher, dass sie ihrem nächsten Enkelkind keinen „Gehfrei“ mehr schenken und die Geschichte überzeugend ihren Freundinnen weitererzählen wird.

■ Frau Dr. med. Emy Koen
Bahnhofstr. 23, 69469 Weinheim
ekoen@gmx.net

Literatur:

- Berkman Sevda (2003) From Research Project to Nationwide Programme: The Mother-Child Education Program of Turkey. In: Saraswathi TS (Edited) Crosscultural Perspectives in Human Development. New Delhi: Sage Publications, 287–325
- Bude Heinz (2008) Die Ausgeschlossenen: Das Ende vom Traum einer gerechten Gesellschaft. München: Carl Hanser Verlag
- Elschenbroich D, Schweizer O (2008) Vater sein ist schön. Adaptation einer türkischen Fernsehserie zur „neuen Väterlichkeit“ in der Türkei. Mit deutschen Untertiteln, 22 Minuten (DVD)
- Hecht ML, Hopfer S (2010) The Communication Theory of Identity. In: Jackson RL (Ed.) Encyclopedia of Identity. Thousand Oaks, CA: Sage. 1:115–119.
- Heckman J, Carneiro P (2003) Human Capital Policy. In: NBER Working Paper No. 9495. February 2003. JEL No. I2, I28.
- Hopfer S (2012) Effects of a narrative HPV vaccine intervention aimed at reaching college women: A randomized controlled trial. *Prevention Science*, 13(2):173–182.
- Hurrelmann K, Andresen S, Arbeitsgemeinschaft Infratest (2007) Kinder in Deutschland, 1. World Vision Kinderstudie, Frankfurt
- Jobst S, Skrobaneck J (2009) Ethnische Differenzierung und Selbstexklusion. In: Dirim I, Mecheril P (Hrsg.) Migration und Bildung. Münster: Waxmann Verlag GmbH. 99–124.
- Kagitcibasi C (2007) Family, Self, and Human Development Across Cultures: Theory and Applications. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers
- Keller H (2003) Das Säuglingsalter aus kulturpsychologischer Sicht. In: Keller H (Hrsg) Handbuch der Kleinkindforschung, 3. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber. 353–380.
- Kleine-Salgar M, Wehner M. Verband binationaler Familien und Partnerschaften – iaf e.V. Modellprojekt Rucksack 1 für Bonn 1.3.2006-31.8.2007, Abschlussbericht. Bürgerstiftung Bonn. Quelle: http://www.verband-binationaler.de/fileadmin/user_upload/Regionalgruppen/bonn/Rucksackprojekt_Bericht.pdf
- Koch LB. Evaluation des Pilotprojektes „Stadtteilmütter in Neukölln“. http://www.camino-werkstatt.de/downloads/Evaluation_Stadtteilmuetterprojekt_1.pdf. Eingesehen am 23.4.2013
- Leyendecker B, Schölmerich A (2005) Familie und kindliche Entwicklung im Vorschulalter: Der Einfluss von Kultur und sozioökonomischen Faktoren. In: Fuhrer U, Uslucan HH (Hrsg.). Familie, Akkulturation und Erziehung. Stuttgart: Kohlhammer. 17–39.
- Leyendecker B (2008) Frühkindliche Bildung von Kindern aus zugewanderten Familien – die Bedeutung der Eltern. *Imis-Beiträge* 2008; 34: 91–102. <http://www.imis.uni-osnabrueck.de/pdf/iles/imis34.pdf>. Eingesehen am 24.4.2013
- Leyendecker B, Yagmurlu B, Citlak B, Dost A und Harwood R (2009) Langfristige Sozialisationsziele von Migranten und nicht migrierten Müttern in der Türkei und in Deutschland- der Einfluss von Bildung, Kultur und Migration. In: Dirim I, Mecheril P (Hrsg.) Migration und Bildung. Münster: Waxmann Verlag GmbH. 169–181.

Mehrsprachige Erziehung

– Große Chancen für kleine Weltbürger

Dr. Eva M. Kalbheim

Mehrsprachigkeit wirkt sich in der Regel unterstützend auf die kognitive Entwicklung eines Kindes aus. Daher sollte der Erwerb mehrerer Sprachen auf jeden Fall unterstützt werden. Ein Kind, das bis zum Zeitpunkt des Erwerbs des Deutschen eine normale sprachliche Entwicklung in seiner Muttersprache (z. B. Türkisch oder Russisch) durchlaufen hat, wird in der Regel keine Probleme mit dem Zweitspracherwerb haben. Auch in zweisprachigen Familien haben die meisten Kinder keine Schwierigkeiten mit dem Spracherwerb beider Sprachen.

Kinder- und JugendärztInnen, ErzieherInnen und LogopädInnen können Eltern mehrsprachig aufwachsender Kinder beraten und begleiten. Im Vordergrund steht dabei, die intuitiven Kompetenzen der Eltern zu unterstützen. Denn Eltern verfügen über eine angeborene Fähigkeit, ihre Kinder beim Spracherwerb zu unterstützen. Diese Fähigkeit wird als „Motherese“ („das Mutterische“) bezeichnet, wobei nicht nur Mütter, sondern selbstverständlich auch Väter diese Fähigkeiten mitbringen: Sie verhalten sich intuitiv sprachfördernd gegenüber ihren Kindern.

Eltern bemerken als erste, wenn es ihrem Kind nicht gut geht, wenn sie oder andere es nicht verstehen, wenn es sich zurückzieht. Sie sind sehr gut in der Lage einzuschätzen, was das Kind sprachlich leisten kann, und sie sind es, die ihre Kinder vom Lebensbeginn an sprachlich fördern können.

SPRACHERWERB IM ÜBERBLICK

Kinder lernen mit einer zweiten Sprache auch eine zweite Kultur kennen. Bei zweisprachigen Familien, in denen Vater und Mutter jeweils eine andere Sprache als Muttersprache haben, ist es daher wichtig, beide Sprachen zu unterstützen, damit nicht ein wichtiger Teil der Herkunft und Geschichte der Familie verloren geht. Jedes Elternteil sollte in der Sprache mit dem Kind sprechen, die es selbst am besten beherrscht und in der es sich sicher fühlt. Denn mit dieser Sicherheit werden sowohl die sprachliche als auch die allgemeine Entwicklung des Kindes gefördert. Eltern, die selbst zweisprachig aufgewachsen sind, reagieren je nach Situation unterschiedlich – manchmal in der einen, dann wieder in der anderen Sprache. Dies lässt sich nicht ganz vermeiden. Wichtig ist jedoch, in einer Äußerung, die sich an das Kind richtet, die Sprachen nicht zu mischen. In mehrsprachigen Familien (Vater und Mutter sprechen verschiedene Sprachen) ist es wichtig,

dass es eine „Familiensprache“ gibt, in der Eltern und Kinder miteinander kommunizieren.

Die meisten Kinder erwerben die deutsche Sprache ohne große Mühe. Manchmal sind mehrsprachig aufwachsende Kinder beim Spracherwerb schneller als einsprachig aufwachsende Kinder, weil die eine Sprache den Erwerb der anderen beschleunigen kann. Ein Viertel bis ein Drittel eines Jahrgangs weist allerdings Schwierigkeiten mit dem Spracherwerb auf: 8–12% der Kinder leiden unter Sprachentwicklungsstörungen und sind somit therapiebedürftig. Weitere 10–20% haben zwar keine manifesten Störungen, leiden aber unter einem mangelnden Sprachangebot. Sie können ihre Sprachentwicklung nur meistern, wenn sie in der Alltagskommunikation besser unterstützt werden (Sprachförderung). Diese Zahlen gelten im Übrigen sowohl für Kinder aus deutschsprachigen Familien als auch für Kinder mit Migrationshintergrund.

MERKE:

- Mutter und Vater sprechen in der Sprache mit ihrem Kind, die sie intuitiv in der Situation für angemessen halten.
- Die Sprache von Vater und Mutter kann verschieden sein.
- Kinder können mehrere Sprachen gleichzeitig erwerben.
- Kinder können auch erst eine und dann eine andere Sprache lernen.
- Das Lernen einer zweiten Sprache gelingt umso leichter, je früher das Kind beginnt, diese Sprache zu erlernen, und je öfter das Kind diese Sprache einsetzen kann, z. B. im Kindergarten, auf dem Spielplatz, mit Freunden oder zuhause.
- Eine gute Erstsprachentwicklung ist die Voraussetzung für den erfolgreichen Erwerb der Zweitsprache.

DEUTSCH ALS ZWEITSPRACHE

Unter Deutsch als Zweitsprache versteht man die Aneignung des Deutschen ohne Unterricht, durch natürliche Kommunikation. Die zweite Sprache wird meist zeitlich versetzt erworben, sie sollte möglichst früh zugänglich sein. Eine Sprache – meist die dominante in der Umgebung – wird in der Regel die stärkere. Es ist allerdings sinnvoll und hilfreich, beide Sprachen möglichst weit zu entwickeln, denn das an der Erstsprache ausgebildete Wissen fördert den Erwerb weiterer Sprachen. Eine Zweitsprache wiederum stützt den Erwerb einer dritten. Der Zweitspracherwerb findet – so wie auch der Erwerb der Erstsprache – in der Regel dort statt, wo die Sprache auch gesprochen wird. Daher ist es förderlich, wenn Kinder Gelegenheit haben, spielerisch mit vielen verschiedenen Kindern in der Zweitsprache zu kommunizieren und die Eltern daran teilhaben.

MEHRSPRACHIGE ERZIEHUNG

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird anstelle von „Mehrsprachigkeit“ häufig der Begriff Zweisprachigkeit/Bilingualismus verwendet. Mit Zweisprachigkeit oder Bilingualismus ist

gemeint, dass zwei Sprachen zur gleichen Zeit erworben werden, d. h., das Kind lernt die Laute, Wörter und die Grammatik von mindestens zwei unterschiedlichen Sprachen parallel. Dies bedeutet, dass sich diese beiden Sprachen aufgrund der Laute, des Wortschatzes und der Grammatik, aber auch aufgrund ihrer Geschichte und ihres sozio-kulturellen Hintergrundes unterscheiden lassen.

Der Erwerb mehrerer Sprachen – gleichzeitig oder auch nacheinander – ist zwar bei jedem Menschen unterschiedlich, weist aber bestimmte Kennzeichen auf:

Asynchronität des Verlaufs

Damit ist gemeint, dass die sprachliche Entwicklung im Falle von Bilingualität in einer Sprache manchmal schneller als in der anderen verläuft. Während im deutschen Satz das Verb bereits konjugiert wird, ist dies im englischen Beispiel noch nicht der Fall. Daher befindet sich das Kind in den beiden Sprachen in zwei unterschiedlichen Entwicklungsphasen. Der Spracherwerb mehrsprachig aufwachsender Kinder verläuft jedoch in der Regel nicht langsamer als der einsprachig aufwachsender Kinder, u. U. kann sich der Erwerb der einen Sprache sogar beschleunigend auf den Erwerb der anderen Sprache auswirken.

Metasprachliche Fähigkeiten

Die Kinder wissen oft schon sehr früh, dass sie unterschiedliche Sprachen erlernen und teilen dies auch mit. Dem Kind ist bewusst, dass in der Kindertagesstätte eine andere Sprache gesprochen wird als zuhause, gleichzeitig formuliert es diese Beobachtung in einer Art „Mischäußerung“.

Mischäußerungen

Während des Spracherwerbs kommt es zu Mischäußerungen, d. h., die Kinder sprechen in einer Mischung aus Wörtern der unterschiedlichen Sprache und/oder übertragen grammatische Regeln der einen in die andere Sprache (Interferenzen).

Interferenzen

Beim Erwerb des Deutschen als Zweitsprache kommt es zu ganz typischen „Fehlbildungen“, die nicht mit „Sprachstörungen“ zu verwechseln sind.

TIPPS FÜR ELTERN:

- Sprechen Sie in der Sprache mit Ihrem Kind, die Sie am besten beherrschen. Dies ist in der Regel Ihre Erstsprache („Muttersprache“).
- Verwirren Sie Ihr Kind nicht, indem Sie in einer Äußerung die Sprachen mischen. Versuchen Sie, in einem Gespräch bei der gewählten Sprache zu bleiben.
- Ihr Kind darf entscheiden, in welcher Sprache es spricht! Es wird sich zumeist für die Sprache entscheiden, die es besser beherrscht.
- Es ist gut, wenn Ihr Kind jeweils eine Sprache mit einer Bezugsperson spricht.
- Sprechen Sie mit den anderen Bezugspersonen Ihres Kindes über die mehrsprachige Erziehung, damit sich alle einig sind.

Dies gilt insbesondere für die Absprache über die gemeinsame Familiensprache.

- Nehmen Sie sich Zeit für Ihr Kind. Gemeinsame Aktivitäten bieten dem Kind die Gelegenheit, Sprachen lustvoll zu erlernen.
- Ermöglichen Sie Ihrem Kind Kontakte zu Personen, die die weniger gesprochene Sprache sprechen, um auch diese lebendig zu halten.

SPRACH- UND SPRECHSTÖRUNGEN

Kinder mit sprachlichen Problemen sind daraufhin zu untersuchen, ob eine Sprachauffälligkeit oder eine Sprachstörung vorliegt, damit sie den entsprechenden Maßnahmen zugeführt werden können (Sprachförderung oder Sprachtherapie). Dabei benötigen alle Kinder eine individuell angepasste Behandlung und Begleitung, damit sie ihre Bildungschancen ausschöpfen und zu Bildungsgewinnern werden können. Denn Einschränkungen der Sprache und Kommunikation führen erwiesenermaßen zu einer Benachteiligung in der Teilhabe an unserer Gesellschaft. Dies beginnt in Kindergarten und Schule, betrifft das Arbeitsleben und die Berufsausübung und reicht bis weit in das Privatleben hinein. Aus logopädischer Sicht unverzichtbar ist es, den Unterschied zwischen Sprachförderung und Sprachtherapie deutlich zu benennen und Kinder mit sprachlichen Problemen einer adäquaten Versorgung zuzuführen. Dies sichert den Erfolg der Maßnahmen und ist ressourcenschonend. Die Sprachförderung ist in Deutschland im Bildungswesen verankert, die Sprachtherapie ist hingegen eine medizinische Maßnahme.

Kinder können sprachliche Probleme sehr unterschiedlicher Art und Genese aufweisen. Vor der Entscheidung über die adäquate Maßnahme muss geklärt werden, ob eine Entwicklungsstörung im medizinischen Sinne vorliegt oder nicht. In der interdisziplinären Leitlinie zur Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (AWMF 2011) wird eine terminologische Klärung vorgenommen und damit eine Unterscheidung zwischen Sprachförderung und Sprachtherapie ermöglicht.

Umgebungsbedingte Sprachauffälligkeiten sind „Auffälligkeiten im Sprachgebrauch durch Anrengungsarmut und/oder unzureichende bzw. falsche Sprachvorbilder“ sowie „Sprachauffälligkeiten im Rahmen des Zweit-/Mehrsprachenerwerbs“. Kinder mit Sprachauffälligkeiten brauchen eine Sprachförderung.

Als Sprachentwicklungsverzögerung (SEV) wird bis zum Alter von 36 Monaten die zeitliche Abweichung der Sprachentwicklung um mindestens 6 Monate bezeichnet. Wird der Rückstand bis zum 36. Monat nicht aufgeholt bzw. hat er sich sogar vergrößert, liegt eine Sprachentwicklungsstörung vor. Die Gruppe der „Late Talker“ (normal entwickelte Kinder im Alter von 2 Jahren mit weniger als 50 produktiven Wörtern und ohne Wortkombinationen) repräsentiert eine spezifische Sonderform der Kinder mit SEV. Bei Kindern mit einer SEV ist die Entwicklung bis zum 36. Monat abzuwarten, bevor mit einer Sprachtherapie begonnen wird.

Die Abweichung vom Sprachentwicklungsstand um mindestens 6 Monate wird ab dem 36. Lebensmonat als Sprachentwicklungsstörung (SES) bezeichnet. Bei Sprachentwicklungsstörungen (SES) oder anderen Störungen des Sprechens und der Sprache liegen zeitliche oder inhaltliche Abweichungen von der normalen Sprech- und Sprachentwicklung im Kindesalter vor, die sowohl das Sprachverständnis und/oder die Sprachproduktion in gesprochener und geschriebener Sprache in einem, mehreren oder allen sprachlich-kommunikativen Bereichen (prosodisch, phonetisch-phonologisch, lexikalisch-semantisch, morphologisch-syntaktisch) als auch auf der Ebene der Kommunikation (pragmatisch) betreffen können. Des Weiteren können die auditive Verarbeitung und Wahrnehmung, die Stimme, die motorische Sprechkontrolle und der Redefluss gestört sein.

SES werden danach unterschieden, ob sie „umschriebene Sprachentwicklungsstörungen“ (USES, synonym: spezifische Sprachentwicklungsstörungen (SSES)), Sprachentwicklungsstörungen in Zusammenhang mit Komorbiditäten (z. B. tiefgreifende Entwicklungsstörungen wie Autismus) oder weitere Störungen des Sprech- und Spracherwerbs (z. B. kindliche Aphasien oder Redeflussstörungen) repräsentieren. Sprachentwicklungsstörungen bedürfen immer einer Sprachtherapie.

THERAPIE VERSUS FÖRDERUNG

Die Unterscheidung zwischen Sprachauffälligkeiten und Sprachentwicklungsstörungen kann nur mit Hilfe einer differenzierten Sprachdiagnostik vorgenommen werden. Eine interdisziplinäre, prozessorientierte Diagnostik kann die Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen und die differentialdiagnostische Abgrenzung zwischen förderungsbedürftigen Auffälligkeiten und behandlungsbedürftigen Störungen, also zwischen Förder- und Therapiebedarf, gewährleisten.

Eine logopädische Therapie sollte so früh wie möglich beginnen – sobald differentialdiagnostisch eine Entwicklungsstörung von einer Entwicklungsvariante unterschieden werden kann. Logopädinnen behandeln Kinder jeden Alters auf Verordnung des Arztes hin. Dabei ist eine 4-Augen-Diagnostik erstrebenswert, bei der im engen interprofessionellen Kontakt die angemessene Diagnostik und Therapie festgelegt wird.

Sprachförderung ist Aufgabe des Elternhauses und des Bildungssystems. Logopädinnen können dabei beratend und unterstützend tätig werden. Der Deutsche Bundesverband für Logopädie (dbl) bietet über sein Programm „Sprachreich“ bundesweit Erzieherinnen-Fortbildungen an, die Kenntnisse über ein- und mehrsprachige Entwicklung, sprachhemmende und sprachfördernde Faktoren und die alltagsorientierte Sprachförderung im Kindergarten vermitteln.

SERVICE-ANGEBOTE DES DEUTSCHEN BUNDESVERBANDES FÜR LOGOPÄDIE (DBL)

Der dbl bietet Eltern, Erziehern und Ärzten umfangreiches Informationsmaterial an. Dazu gehören insbesondere die im Rahmen der dbl-Wanderausstellung „Sprich mit mir“ (2009) erarbeiteten dreisprachigen Informationsbroschüren und -flyer (Deutsch, Russisch, Türkisch). Diese Materialien geben alltags-taugliche Tipps zur altersgerechten Förderung der kindlichen Sprachentwicklung und können als pdf-Dateien heruntergeladen werden unter www.dbl-ev.de. Ebenfalls auf der Grundlage der Wanderausstellung wurde eine dreisprachige Web-Seite erarbeitet, die zahlreiche Hinweise, Grundlageninformationen und Praxis-Tipps gibt: www.sprich-mit-mir.org.

MEHRSPRACHIGKEIT IST EINE CHANCE!

Mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung spricht mehrere Sprachen. Kinder, die mehrsprachig aufwachsen, haben die Chance auf berufliche Vorteile und einen selbstverständlichen Umgang mit verschiedenen Kulturen. Dies zu unterstützen und zu fördern ist eine gesellschaftlich wichtige Aufgabe.

■ *Frau Dr. med. Eva M. Kalbheim*
Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V.
Augustinusstr. 11a, 50226 Frechen
kalbheim@dbl-ev.de

Literatur:

AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (2011): Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES), (Synonym: spezifische Sprachentwicklungsstörungen (SSES)). Interdisziplinäre Leitlinie.

Mehrsprachigkeit in der Logopädie: Sprachentwicklungsstörung (SES) versus mangelnde Zweitsprachkompetenz

Prof. Annette Veronika Fox-Boyer PhD MSc
Dipl.-Patholing. Saskia Konopatsch

Bei der Beurteilung der Entwicklung mehrsprachig aufwachsender Kinder besteht die Notwendigkeit zu entscheiden, ob bestehende sprachliche Abweichungen von der deutschen Norm auf eine Sprachentwicklungsstörung zurückzuführen sind oder eine für die Erwerbsbedingungen des Kindes normale Leistung darstellen. Das folgende Kapitel beleuchtet diese Fragestellung, indem es verschiedene mehrsprachige Erwerbsbedingungen beschreibt, den Zusammenhang zu Spracherwerbsstörungen herstellt, Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten und deren Grenzen aufzeigt und offene Fragen benennt.



Für die Begriffe „Zweisprachigkeit“ (Bilingualität) und „Mehrsprachigkeit“ (Multilingualität) existieren zahlreiche, teilweise stark voneinander abweichende Definitionen. In diesem Kapitel werden die Begriffe „Zweisprachigkeit“ bzw. „Mehrsprachigkeit“, wie in der aktuellen internationalen Literatur üblich, als die Fähigkeit und Notwendigkeit, im Alltag in zwei bzw. mehreren Sprachen aktiv zu kommunizieren, verstanden (z. B. Oksaar 1980; Chilla & Fox-Boyer 2011/12/im Druck). Zweisprachigkeit ist in diesem Sinne eine Form der Mehrsprachigkeit. Bei den beteiligten Sprachen kann es sich sowohl um Laut- als auch um Gebärdensprachen handeln.

FORMEN DER MEHRSPRACHIGKEIT

Bedingungen und damit auch Ergebnisse eines bilingualen Spracherwerbs können sich stark voneinander unterscheiden. Das Alter, in dem das Kind zum ersten Mal mit der zweiten Sprache in Kontakt kommt, spielt dabei eine wichtige Rolle. Lernt das Kind von Geburt an zwei Sprachen, spricht man vom simultan-bilingualen Spracherwerb. Der häufigste Grund für diese Erwerbsform ist, dass die Muttersprachen der beiden Elternteile sich unterscheiden. Auch wenn die Eltern die gleiche Sprache sprechen, aber das Kind früh mit einer davon abweichenden Umgebungssprache in Kontakt kommt (z. B. durch die Kinderkrippe), handelt es sich um simultan-bilingualen Erwerb. Im Wesentlichen verläuft der simultan-bilinguale Erwerb für jede der Sprachen genauso wie im einsprachigen Kontext, weshalb er auch als „doppelter Erstspracherwerb“ bezeichnet wird. Individuell kann es temporär zu einem höheren oder geringeren Lerntempo für bestimmte Erwerbsschritte kommen, z. B. im Bereich der Lexikon- oder Grammatikentwicklung (Tracy 2008). Die beobachteten Tempoabweichungen bei sprachungestörten Kindern gleichen sich aber in einem überschaubaren Zeitrahmen wieder aus und wirken in der Regel auf das Umfeld nicht auffällig. Wenn der simultan-bilinguale Spracherwerb dadurch bedingt ist, dass beide Elternteile unterschiedliche Sprachen sprechen, ist es wichtig, dass sie jeweils mit dem Kind in der Sprache kommunizieren, die sie am besten bzw. sehr gut beherrschen. Für den ungehinderten Erwerb der ersten Sprache(n) sowie aller weiteren ist es essenziell, dass der Input, dem das Kind ausgesetzt ist, konsistenten Regeln folgt, also von sehr kompetenten Sprechern angeboten wird. Wenn die Umgebungssprache von den Muttersprachen der Eltern abweicht, kann diese als dritte Sprache durch den Kindergarten oder andere Kontakte hinzutreten. Eine Überforderung durch den Erwerb von drei oder mehr Sprachen ist bei ungestörten Kindern nicht zu erwarten.

Hat das Kind beim ersten Kontakt mit der Zweitsprache bereits die Grundzüge der ersten Sprache erworben (je nach Autor ab dem zweiten bis vierten Lebensjahr), spricht man von sukzessiv-bilinguaalem Erwerb. Meistens kommt es zu dieser Form der Mehrsprachigkeit, wenn die Familie ihren Wohnort z. B. im Rahmen beruflicher Mobilität verlegt hat und eine einheitliche Familiensprache einer davon abweichenden Umgebungssprache gegenübersteht. Verantwortlich für den Erfolg des sukzessiv-bilingualen Erwerbs sind vor allem das Alter des Kindes zu Beginn des Erwerbs der zweiten Sprache (age of onset) und die

Quantität und Qualität des Kontakts zur zweiten Sprache (Rothweiler & Ruberg 2011). Ist Deutsch also die zweite Sprache in einem sukzessiv-bilingualen Kontext, hängt der Erfolg des Deutschlernens unter anderem maßgeblich davon ab, wie häufig, vielfältig und motivierend das Kind Gelegenheit hat, das Deutsche als Kommunikationsmittel zu verwenden. Dabei ist es wichtig zu beachten, dass Eltern, die das Deutsche nicht auf sehr hohem Niveau erworben haben, grundsätzlich in ihrer Muttersprache mit dem Kind kommunizieren sollten, um einen qualitativ geeigneten Input sowohl in der Erst- als auch in der Zweitsprache zu gewährleisten. Für den erfolgreichen Erwerb der Umgebungssprache Deutsch braucht das Kind ausreichend Kontakt zu deutschen Muttersprachlern.

Tritt eine zweite Sprache erst ab dem Alter von sechs Jahren hinzu, geht man nicht mehr vom bilingualen Spracherwerb, sondern vom Lernen einer Zweitsprache aus.

MEHRSPRACHIGKEIT UND SPRACHENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN

Mehrsprachige Kinder zeigen genauso häufig Sprachentwicklungsstörungen (SES) im medizinischen, therapieerfordernden Sinne wie einsprachige Kinder, und die Störungen prägen sich in ihrer Form und Stärke auch gleich aus (Chilla et al. 2008). Die Erkennung mehrsprachiger Kinder mit SES ist allerdings v. a. bei sukzessiv-bilingualen Kindern oft schwer, da sich die Symptome einer SES und eines ungenügenden Kontakts zur Zweitsprache in vielen Bereichen stark ähneln.

Für die Erkennung einer SES bei mehrsprachigen Kindern sind die folgenden anamnestischen Daten von Belang:

- Da eine SES sich immer in allen Sprachen des Kindes ausprägt, sollten Informationen zur Entwicklung in der Erstsprache (Lallphase, erstes Wort, Auffälligkeiten in der Entwicklung) erfragt werden.
- Über das Alter bei Erstkontakt mit der Zweitsprache und Menge des Kontakts im Alltag kann versucht werden einzuschätzen, ob bisheriger Kontakt und Erwerbsstand des Kindes zueinander passen.
- Über die Familienanamnese sollte abgeklärt werden, ob eine Häufung von SES vorliegt.

Zunehmend gibt es in der Forschung zudem Hinweise auf klinische Marker, z. B. ein eingeschränktes phonologisches Arbeitsgedächtnis, das Vorliegen ungewöhnlicher phonologischer Prozesse oder bestimmter Konstellationen der Verbstellung und -flexion (vgl. Rothweiler et al. 2012). Die bisher verfügbaren Erkenntnisse reichen allerdings nicht aus, anhand solcher klinischer Marker eindeutig Rückschlüsse auf das Vorliegen einer SES ziehen zu können.

Die Verwendung von Diagnostikverfahren, die für einsprachige Kinder konzipiert sind, ist nur eingeschränkt möglich. Eine qualitative Beschreibung des Entwicklungsstandes im Deutschen ist möglich, nicht aber der Vergleich zur entsprechenden Altersgruppe, da Normdaten ausschließlich für einsprachige

Kinder vorliegen. Daher bleibt die Diagnose oft unklar. Zur Sprachstandserhebung mehrsprachiger Kinder sind in den letzten Jahren auch einige Verfahren entwickelt worden, die speziell auf die Diagnostik mehrsprachiger Kinder abzielen. Teilweise soll dies erreicht werden, indem dem einsprachigen Untersucher – z. T. durch den Einsatz von Computerprogrammen – ermöglicht wird, Fähigkeiten der Erstsprache des Kindes zu bewerten, z. B. SCREEMIK (Wagner 2009), TAT (Nas 2010), WIELAU-T (Lammer & Kalmár 2004), wobei dies für den Bereich der (türkischen) Aussprache am besten gelingt. Andere Verfahren untersuchen nur die Zweitsprache, bieten aber Normdaten für mehrsprachige Kinder in Abhängigkeit von ihrer Kontaktdauer zum Deutschen an (LiSe-DaZ, Schulz & Tracy 2011). Da aber die Vielfalt der möglichen Erwerbskontexte, Sprachkombinationen und linguistischer Erfordernisse auch durch diese Verfahren noch nicht befriedigend berücksichtigt ist, bleibt die Diagnose SES bei mehrsprachigen Kindern oft schwierig.

RECHTE UND VERSORGUNGSSITUATION VON MEHRSPRACHIGEN KINDERN

Verschiedene internationale Dachverbände für Logopädie/ Sprachtherapie und Phoniatrie (z. B. IALP, CPLOL, RCSLT) und auch eine internationale Expertenkommission für das Thema mehrsprachige Kinder mit Aussprachestörungen (International Expert Panel on Multilingual Children's Speech, 2012) beschreiben in ihren Richtlinien folgende Rechte von Kindern, die mit mehr als einer Muttersprache aufwachsen:

1. Jedes Kind wird darin unterstützt, in seinen Sprachen effektiv und verständlich mit seiner Umwelt zu kommunizieren und unter anderem dadurch eine kulturelle Identität auszubilden.
2. Jedes Kind hat bei Schwierigkeiten im Spracherwerb das Recht auf Diagnose und Therapie in all seinen Muttersprachen.
3. Die Institutionen, die diagnostischen und therapeutischen Service für den Bereich Sprache anbieten, tun dies mit Respekt vor der Sprache und Kultur des Kindes und seiner Familie.

Auch wenn diese Rechte im Rahmen der internationalen Gleichstellungs- und UN-Bildungsrechte nachvollziehbar und richtig sind, ist deren Umsetzung mit großen Schwierigkeiten verbunden. In Deutschland gibt es kaum Therapeuten, die in der Lage wären, in mehr als der deutschen Sprache Diagnostik und Therapie anzubieten. Im internationalen Raum wird diesem Problem mit so genannten mehrsprachigen „Co-workern“ begegnet, die die Arbeit der einsprachigen Logopäden in ihrer Muttersprache begleiten und unterstützen. Auch stehen dort Übersetzer zur Verfügung, was in Deutschland nicht der Fall ist. So wird schon die Erhebung einer Anamnese oft schwierig oder unmöglich. Um dennoch anamnestische Informationen zu erhalten, werden immer wieder Verwandte, Bekannte oder die eigenen, älteren Kinder als Übersetzer herangezogen. Diese Situation kann aus folgenden Gründen nur als Notlösung ver-

standen werden: Zum einen ist es für Kinder eine emotional sehr ungünstige Situation, wenn sie als Übersetzer für ihre Eltern fungieren müssen, es drehen sich so die Eltern-Kind-Rollen um. Zum anderen fällt es Eltern vor bekannten Dritten oft schwer, Probleme innerhalb der Familie (dazu zählt auch, dass ein Kind Sprachschwierigkeiten hat) wahrheitsgemäß darzustellen. Drittens ist es in vielen Kulturen nicht angebracht, Probleme offen auszusprechen, so dass Angehörige oder Bekannte in eine sehr unangenehme Situation gebracht werden. Schließlich ist zu bedenken, dass der Therapeut nie weiß, ob das, was von ihm oder den Eltern gesagt wurde, wirklich korrekt weitergegeben wurde. Nur bei offiziellen Dolmetschern ist dies gewährleistet, da diese verpflichtet sind, Inhalte korrekt wiederzugeben. Die Zusammenarbeit mit Angehörigen oder Bekannten für die Diagnostik und Anamnese muss von der Logopädin mit Vorsicht und kritischer Betrachtung eingesetzt werden. Dies gilt insbesondere auch unter dem Gesichtspunkt, dass Laien die korrekte Durchführung von Testverfahren und Therapiesequenzen nicht beherrschen und somit Fehler auftreten können, die sich ungünstig auf Testergebnisse und Therapieerfolg auswirken können. Perspektivisch wäre es also sinnvoll andere Lösungswege, wie z. B. bilinguale Co-Therapeuten zu finden.

Für die Einschätzung der Zweitsprachentwicklung, die oft erst mit dem Kindergarteneintritt beginnt, kann es zusätzlich sinnvoll sein, Informationen über diese Entwicklung eines Kindes von den begleitenden Erziehern zu erfragen.

Neben der Problematik, dass Therapeuten in der Regel einsprachig sind, liegt in den wenigsten Fällen Diagnostikmaterial vor, das für mehrsprachige Kinder konzipiert wurde. Wenn dieses Material in Einzelfällen vorliegt, bezieht es sich meist nur auf eine bestimmte Sprachkombination. Die Materialien sind weder normiert noch standardisiert, da so gut wie keine Normdaten für einzelne Sprachkombinationen vorliegen, oder die Erhebung von Normdaten aufgrund der so heterogenen Sprachkontexte nahezu unmöglich ist.

Therapeuten und Ärzte fühlen sich unter anderem aus diesen Gründen häufig mit der Einschätzung der Sprache und der Versorgung von Kindern mit mehreren Muttersprachen überfordert. In der Realität wird daher die Mehrsprachigkeit eines Kindes einfach ignoriert und ausschließlich die deutsche Sprache betrachtet. Diese Sichtweise reicht allerdings nicht aus um zu entscheiden, ob bei einem Kind eine Sprachentwicklungsstörung vorliegt oder ob das Kind bisher einen zu geringen Deutsch-Input erhalten hat, aber der Spracherwerb an sich unauffällig ist. Dies führt zu einer international beschriebenen Unterversorgung dieser Kinder mit Sprachstörungen im Vergleich zu monolingual aufwachsenden Kindern (z. B. Stow & Dodd 2003).

Dieser Problematik sollte mit zwei wesentlichen Faktoren begegnet werden: Zum einen ist die intensive Aufklärung und Bildung von Fachleuten über das Thema Mehrsprachigkeit und Spracherwerb bzw. Spracherwerbsstörung von Bedeutung, damit sich diese der Problematik bewusst werden und die Mehrsprachigkeit nicht mehr ignorieren, sondern ins Zentrum

ihrer Überlegungen über das Kind rücken. Zum anderen ist die Bedeutung der Anamnese und der Zusammenarbeit mit den Eltern in den Vordergrund zu rücken, da sich oft nur so genauer klären lässt, inwieweit auftretende Sprachprobleme in beiden oder nur in einer Sprache bestehen. Dies bedeutet auch, dass „Übersetzer“ hinzugezogen werden sollten, wenn eine ausreichende Kommunikation mit den direkten Bezugspersonen des Kindes nicht möglich ist. Günstig wären offizielle Übersetzer, die aber in Deutschland nicht finanziert werden, so dass oft nur Familienangehörige oder Freunde der Familie in Frage kommen. Hierbei muss man sich darüber bewusst sein, dass diese nicht notwendigerweise das kommunizieren, was die Gesprächspartner sagen und dass es gerade Kinder in eine sehr unangemessene Situation bringt, wenn sie für ihre Eltern übersetzen sollen.

IST EINE DIAGNOSTIK UND EVENTUELLE THERAPIE AUF DEUTSCH SINNVOLL?

Logopäden haben allein aufgrund der zeitlichen Bedingungen im Gegensatz zu verordnenden Ärzten eine größere Chance im Gespräch mit den Bezugspersonen des Kindes, mit Hilfe eventueller (familiärer) Übersetzer, und in der Untersuchung eine genauere Differenzierung zwischen dem Vorliegen einer Sprachentwicklungsstörung oder mangelndem Zweitspracherwerb vorzunehmen. Daher kann die Verordnung logopädischer Diagnostik hier unterstützende Hinweise für die notwendige Abgrenzung liefern. Es ist dann die berufsethische Verpflichtung der Therapeuten, die Behandlung eines Kindes auf Krankenkassenkosten abzulehnen, wenn keine Sprachentwicklungsstörung vorliegt. Es obliegt dann allerdings ihrer Verantwortung, die Eltern über Möglichkeiten der Förderung der Zweitsprache Deutsch, die in der Region durch andere Stellen angeboten werden, ausreichend zu informieren und über die immense Bedeutung des Kontakts zu deutschsprachigen Kindern für einen positiven Zweitspracherwerb aufzuklären. In manchen Fällen kann auch mit Hilfe der Ergebnisse aus der Anamnese und der durchgeführten Untersuchungen keine ausreichende Abgrenzung erreicht werden. Allerdings zeigt sich dann in der Regel bei einem Therapieversuch, dass Kinder ohne Sprachentwicklungsstörung in der Therapie ungewöhnlich schnelle Fortschritte machen und vor allem neue Wörter wie einsprachige Regelkinder korrekt aufnehmen und in ihre Sprache integrieren. Dieser Hinweis sollte erneut zu einer Beendigung der Behandlung und zu ausführlicher Beratung führen.

Sollte eine Sprachentwicklungsstörung vorliegen, ist eine Therapie, auch wenn sie nur auf Deutsch durchgeführt werden kann, notwendig und sinnvoll. Je nach Bedarfssituation und regionaler Möglichkeit sollte über eine zusätzliche (je nach Störungsbild nur nacheinander, nicht parallel) Behandlung in der anderen Sprache nachgedacht werden. Auch wenn für den deutschsprachigen Raum bislang keine Nachweise über Therapieeffektivität und Übertragungseffekte von Therapie auf Deutsch auf eine andere Sprache beschrieben sind, so können hier vorliegende Ergebnisse aus anderen Sprachen herangezogen werden. Diese berichten je nach Störungsart von eindeutigen Übertragungseffekten auf die unbehandelte Sprache,

u. a. abhängig davon, ob diese einem völlig anderen oder identischen Sprachsystem, z. B. in der Grammatik unterliegt. Mehrsprachige Kinder, die sprachsystematisch behandelt werden, können die Erkenntnisse aus einer Sprache auf ihre zweite Sprache übertragen – je ähnlicher die Sprachen, desto stärker der Übertragungseffekt (Fredmann 2011). Dennoch müssen Eltern darüber aufgeklärt werden, dass eine Behandlung auf Deutsch eventuell nicht alle Schwierigkeiten in der anderen Sprache löst. Dies ist besonders dann von Bedeutung, wenn das Kind in dieser Sprache beschult werden soll. Eltern sollten insbesondere in der Therapie immer dazu angehalten werden, in ihrer eigenen Muttersprache mit dem Kind zu kommunizieren. Im Bereich Aussprache liegen widersprüchliche Ergebnisse hinsichtlich der Übertragbarkeit vor (Holm, Stow & Dodd 2005). Im Hinblick auf die Effektivität von logopädischer Behandlung ist zu sagen, dass keine Unterschiede zu monolingualen Kindern in der Literatur je beschrieben wurden. Wie auch bei monolingualen Kindern ist die Effektivität von der Art der Störung und der gewählten Therapie abhängig, aber sie wird deutlich durch die Therapiefrequenz, die Compliance des Patienten und die häusliche Unterstützung beeinflusst. Sollte eine Behandlung in einer logopädischen Praxis nur einmal wöchentlich stattfinden können und für das Kind ansonsten kaum Kontakt zur deutschen Sprache bestehen, ist darüber nachzudenken, ob eine institutionelle Behandlung, z. B. in Form eines Sprachheilkindergartens, sinnvoller wäre. Dies wäre es allerdings nur, wenn dort die Therapiefrequenz höher wäre und ein hoher Deutsch-Input gewährleistet ist. Sollte dort allerdings der Großteil der Kinder und eventuell zusätzlich auch das Personal mehrsprachig sein, so dass nicht von einem reichhaltigen fehlerfreien Deutsch-Input auszugehen ist, ist nicht gewährleistet, dass es zu mehr Erfolg kommt.

FAZIT

Insgesamt ist festzustellen, dass eine ausreichende und vernünftige Versorgung mehrsprachiger Kinder mit Verdacht auf Sprachentwicklungsstörung abhängig ist von

1. einer ausreichenden Wissensbasis bei Ärzten und Therapeuten,
2. einer Wertschätzung und Wahrnehmung der Mehrsprachigkeit durch Ärzte und Therapeuten,
3. einer intensiven Zusammenarbeit von Eltern, Ärzten und Therapeuten.

■ *Frau Prof. Annette Veronika Fox-Boyer PhD MSc
Frau Dipl.-Patholing. Saskia Konopatsch
Europäische Fachhochschule (EUFH-med)
Werftstr. 5, 18057 Rostock
a.fox@eufh.de
s.konopatsch@ews-rostock.de*

Literatur:

- Chilla S, Fox-Boyer A (2011) Mehrsprachigkeit – ein Ratgeber für Eltern. Schulz-Kirchner Verlag
- Chilla S, Fox-Boyer A, Barbur (2012) *kidililik/Çokdillilik. Anne-baba el kitabı. Çeviri: Ezel Babur.* (türkische Ausgabe) Idstein: Schulz-Kirchner.
- Chilla S, Fox-Boyer A (im Druck), Chilla S, Fox-Boyer A. (2011) Mehrsprachigkeit – ein Ratgeber für Eltern (russische Ausgabe). Schulz-Kirchner Verlag
- Chilla S, Rothweiler M, Babur E (2010) Kindliche Mehrsprachigkeit. Grundlagen – Störungen – Diagnostik. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Fredmann M (2011) Recommendations for working with bilingual children. IALP: http://ialp.info/rs/7/sites/935/user_uploads/File/Recommendations_Working%20with%20Bilingual%20Children_Updated%20May%202011.pdf
- Holm A, Stow C, Dodd B (2005) Bilingual children with phonological disorders: identification and remediation. In: Dodd B (Hrsg): *Differential Diagnosis and Treatment of children with speech disorders.* London: Whurr.
- International Expert Panel on Multilingual Children's Speech (2012). *Multilingual children with speech sound disorders: Position paper.* Bathurst, NSW, Australia: Research Institute for Professional Practice, Learning and Education (RIPPLE), Charles Sturt University. Retrieved from <http://www.csu.edu.au/research/multilingual-speech/position-paper>
- Lammer V, Kalmár M (2004) *Wiener Lautprüfverfahren für Türkisch sprechnde Kinder (WIELAU-T).* Wien: Verlag Lernen mit Pfiff.
- Nas V (2010) *Türkisch-Artikulations-Test (TAT).* Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Oksaar E (1980) Mehrsprachigkeit, Sprachkontakt, Sprachkonflikt. In: Nelde P H (Hg.) *Sprachkontakt und Sprachkonflikt.* Wiesbaden: Steiner. 43–52.
- Rothweiler M, Ruberg T (2011) *Der Erwerb des Deutschen bei Kindern mit nicht deutscher Erstsprache. Sprachliche und außersprachliche Einflussfaktoren. (= Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WIFF) Expertisen, Bd. 12).* München: Deutsches Jugendinstitut.
- Rothweiler M, Solveig C, Clahsen H (2012). Subject Verb Agreement in Specific Language Impairment: A study of monolingual and bilingual German-speaking children. *Bilingualism: Language and Cognition* 15 (1). 39–57.
- Schulz P, Tracy R (2011) *Linguistische Sprachstandserhebung Deutsch als Zweitsprache (LiSe-DaZ).* Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Stow C, Dodd B (2003) Providing an equitable service to bilingual children in the UK: a review. *International Journal of Language and Communication Disorders.* 38: 351–377
- Tracy R (2. Auflage 2008) *Wie Kinder Sprachen lernen. Und wie wir sie dabei unterstützen können.* Tübingen: Francke Verlag.
- Wagner L (2009) *Sreemik 2. Screening der Erstsprachfähigkeit bei Migrantenkindern.* München: Eugen Wagner Verlag.

Kultureinflüsse auf psychiatrische/psychosomatische Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Prof. Dr. Renate Schepker

„Kultur ist nicht alles, aber ohne Kultur ist alles nichts!“ Manchmal sollen wohlmeinende deutsche Mittelschichtsangehörige zu viel „kulturalisieren“ und die multikulturelle Gesellschaft romanisieren, wir schicken unsere Kinder ins Auslandsjahr, besuchen Bauchtanz- und Trommelkurse und unternehmen Fernreisen. Belegt das kulturelle Offenheit und haben wir daher „keine Probleme mit Zuwanderern“? Reicht das? Andererseits haben Mediziner die „somatische Basis“ als feste Bezugsgröße des Faktischen und sind fein raus – oder etwa nicht?



Gestartet hat unser Gesundheitssystem nach der „Gastarbeiter-Anwerbungsphase“ mit dem Familiennachzug ebenso wie die Mehrheitsgesellschaft eher zurückhaltend und abwehrend bezogen auf den Einbezug kultureller Aspekte. Dennoch ist die Erkenntnis, dass auch ein Infekt der oberen Luftwege im Handling und in der Salutogenese bei Zuwandererfamilien eine andere Bedeutung haben kann, nicht neu – haben doch Brucks, von Salisch und Wahl (1987) bereits vor 25 Jahren den Begriff „Einverständnis im Missverständnis“ geprägt. Damit war gemeint, dass sich sowohl zugewanderte Patienten(eltern) als auch Ärzte schnell auf eine reine Symptombehandlung, in erster Linie mit medikamentöser Therapie, einigen, wenn beide sich gegenüber der „eigentlichen“ (ökologischen, situativen oder psychosomatischen) Verursachung des Krankheitsbildes hilflos fühlen und darüber nicht kommunizieren können. Das „Missverständnis“ wurde schon damals als über Sprachbarrieren weit hinausgehend verstanden.

Gün (2007) konnte in seiner Studie an einheimischen Psychotherapeuten und Psychiatern und ihren Patienten mit Migrationshintergrund auch für heute bestätigen, dass beide Seiten „das Gefühl haben, nicht über dieselben Themen zu sprechen“ (S. 145).

Eberding (1994) konnte in qualitativen Interviews den Rückzug einiger ihrer kinder- und jugendärztlichen Partner auf somatische Symptombehandlung bestätigen, fand aber auch Bemühungen, in der Praxisorganisation die erforderliche Zeit für psychosoziale Beratungen von Migranten einzuräumen, Sprachmittler einzuschalten und eine Haltung kultureller Offenheit.

Heute ist jedem Kinder- und Jugendarzt bewusst, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund einen hohen Anteil an jeder Praxispopulation ausmachen – sofern das Patientengut für den Bundesdurchschnitt repräsentativ ist, müssten es laut dem Gutachten des Sachverständigenrates 2010 34% der unter 5-Jährigen, 31% der 5- bis 10-Jährigen und 29% der unter 15-Jährigen sein. Eine Offenheit für Besonderheiten, sofern (heute noch) existent, kann jedem Leser dieses Heftes unterstellt werden.

EPIDEMIOLOGIE

Leiden denn Kinder mit Migrationshintergrund an einem ebenso hohen Anteil an psychosomatischen und psychiatrischen Auffälligkeiten wie einheimische? Ist er gar höher?

Der KiGGS-Survey des Robert Koch-Instituts (Hölling et al. 2007) fand anhand des SDQ (Strength and difficulties questionnaire, in verschiedenen Sprachen und an Zuwandererpopulationen normiert vorliegend) eindeutig, dass Kinder mit Migrationshintergrund eine höhere Symptomprävalenz aufwiesen. Allerdings traf das ebenso für Kinder aus der unteren Sozial-schicht zu, und bei Kindern mit Migrationshintergrund trifft beides oft zusammen. Praktisch kann man also mit einem höheren Anteil an Verhaltensauffälligkeiten bei Zuwandererkindern rechnen – wissenschaftlich unklar blieb allerdings lange, ob der Migrationsstatus als solcher dafür verantwortlich

ist oder ob zu diesem Effekt im Wesentlichen die „Unterschichtung“ beiträgt. Hierzu trug erstmals die Studie von Vollebergh et al. (2005) an einer sehr großen Kohorte 11-jähriger Schulkinder bei, die Sozialschichteffekte vom Migrationsstatus differenzierte. Die Forscher fanden in den Selbsteinschätzungen der Kinder keinen Unterschied zwischen Zuwanderern verschiedener Ethnizitäten und einheimischen holländischen Kindern hinsichtlich der Symptomatik, wenn Schichtzugehörigkeiten parallelisiert wurden. Bei depressiven Störungen fand sich in den Angaben der Kinder aber ein starker Interaktionseffekt, d. h., wenn zur Zugehörigkeit zur unteren Sozialschicht der Migrationsstatus hinzukam, potenzierte sich das Risiko schlechter Stimmung und schlechten Selbstwertgefühls – anders als in anderen Schichten. Zugewanderte Eltern stellten bei ihren Töchtern mehr Störungen fest als einheimische Eltern, insbesondere psychosomatische Probleme. Für Söhne mit Migrationshintergrund sahen deren Eltern einen Interaktionseffekt zwischen Unterschichtzugehörigkeit und Migrationsstatus: Wer als Junge in einem benachteiligten Stadtteil groß wird und von Armut betroffen ist, neigt eher dazu, dieses durch dissoziales Verhalten „auszugleichen“. Den Lehrern fiel wiederum am ehesten das dissoziale Verhalten auf, auch sie konstatierten durch ihre Antworten einen Interaktionseffekt mit der Schichtzugehörigkeit. Interessanterweise waren die von den Kindern selbst geschilderten depressiven Probleme den Lehrern im Durchschnitt nicht so aufgefallen.

Für Kinderärzte bedeutet das: Wenn sie ihre Praxis in einem der sogenannten „Problemstadtteile“ haben, werden sie eine Häufung von depressiven und psychosomatischen Beschwerden und einen hohen Bedarf an Erziehungsberatung unter ihren Patienten mit Zuwanderungshintergrund bemerken können. Zum „Kultureinfluss“ ist dabei der Einfluss der Subkultur hinzuzurechnen. Bekanntlich bestehen in vernachlässigten Stadtteilen und bei beengten Wohnverhältnissen für Kinder besonders wenig Möglichkeiten, sich als selbstwirksam zu erleben, ein Hobby zu pflegen oder Entwicklungsanreize zu entdecken.

Die Epidemiologie hat wenige spezifische Erkenntnisse darüber hinaus beizutragen. Bekannt ist eine etwas höhere Rate an Enuresis unter türkeistämmigen Jungen (Literatur bei Schepker und Toker 2009) mit einer ebenso hohen Spontanremissionsquote wie bei einheimischen Kindern. Selbstverständlich zu erwähnen ist eine erhöhte Rate an posttraumatischen Belastungsstörungen bei Kindern, die selbst migriert sind – bei unbegleiteten Flüchtlingen ist diese bereits bei der Mehrzahl vorhanden, und bei ehemaligen Kindersoldaten beträgt sie in allen dazu verfügbaren Studien 100 %. Hier stellt die oft fortgesetzte, kumulative Traumatisierung den Anlass zur Migration als solcher dar, wobei die psychischen Folgen von den Betroffenen meist als Selbstverständlichkeit begriffen werden und erfragt gehören. Dennoch hat die soziale Integration in eine Sicherheit gebende Umgebung deutlichen Vorrang vor Interventionen.

Interessante epidemiologische Ergebnisse liegen hinsichtlich der Selbstmordgefährdung vor. Während die Herkunftsländer der in Deutschland repräsentierten Ethnizitäten sehr unter-

schiedliche Selbstmordraten aufweisen (geringe bei Muslimen, hohe bei Spätaussiedlern), scheinen sich die Suizidraten wenige Jahre nach der Migration – im Sinne einer Adaptation an die Problemlösungsstrategien der Aufnahmekultur einerseits, aber vielleicht auch als Reaktion auf enttäuschte Erwartungen andererseits – denen der Aufnahmegesellschaft sowohl von dem höheren als auch dem niedrigeren Niveau aus anzugleichen. Hingewiesen sei darauf, dass bei Jugendlichen vollendete Suizide zwar die zweithäufigste Todesursache sind, aber dennoch deutlich seltener als bei älteren Menschen.

SPEZIFISCHE PSYCHOPROTEKTIVE KONSTELLATIONEN IN DER MIGRATION

Bedeutsam für die Elternberatung sind positive Konstellationen, die das Leben unter Migrationsbedingungen von dem einheimischer Kinder unterscheiden. Üblicherweise sind Eltern mit Migrationshintergrund einer Beratung durch den Kinder- und Jugendarzt gegenüber sehr aufgeschlossen.

Wenig bekannt ist, dass Stillen einen psychoprotektiven Faktor darstellt und dass die häufigere Stillfrequenz in Zuwandererfamilien auf jeden Fall weiterhin unterstützt werden sollte.

Vor Suchtstörungen haben Muslime einen kulturellen Schutz, da Alkohol traditionell nur an Hochfesten konsumiert wird. Spätaussiedler wiederum scheinen stärker gefährdet zu sein, da hier Trinkfestigkeit auch eher zur männlichen Initiation gehört. Ausnahmen gibt es allerdings sehr viele – jedoch bilden Untersuchungen zum Substanzgebrauch in Schülerpopulationen noch Unterschiede hinsichtlich des kulturellen Hintergrundes ab.

Auch die durchschnittlich höhere Familienkohäsion nach der Migration (höher als im Herkunftsland und deutlich höher als in der Aufnahmegesellschaft), oft verbunden mit einer höheren Geschwisterzahl und starken gegenseitigen innerfamiliären Verantwortlichkeiten, konstituiert einen Schutzfaktor in der kindlichen Entwicklung. Dazu gehört auch, dass Verwöhnung viel weniger schädlich ist als Vernachlässigung, sofern dieses nicht – vor allem bei jüngsten Kindern in einer Zuwandererfamilie – zu einer Entwicklungsblockade und übermäßigen Bequemlichkeitshaltungen führt (ausführlich hierzu Schepker und Toker 2009).

Des weiteren stellt das Aufwachsen in einer zweisprachigen Umgebung einen Entwicklungsvorteil dar. Durch die höhere Sprachbewusstheit werden weitere Fremdsprachen schneller erworben. Das Vorhandensein diverser Assoziationsfelder und die Fähigkeit, zwischen verschiedenen Sprachwelten zu pendeln (Code-Switching), fördern die Kreativität der Kinder. Vuorenkoski et al. (2000) untersuchten finnische Rückkehrerkinder aus Schweden, die während der Migration eine völlig andere Sprache erworben hatten. Sowohl hinsichtlich des Schulerfolgs als auch der psychischen Symptombelastung zeichneten sich die „erfolgreichen“ Kinder durch konsistenten Gebrauch beider Sprachen aus. Ein radikaler „language shift“ nach der Remigration mit Aufgabe z. B. der Muttersprache stellte ein Risiko für die psychische Gesundheit oder den Schulerfolg dar.

Stark benachteiligt zeigten sich diejenigen Kinder, die konsistent eine andere Sprache benutzten als die Eltern, tendenziell benachteiligt diejenigen, die mit ihren Eltern beide Sprachen – und beide im Sinne „doppelter Halbsprachigkeit“ nicht gut – benutzten. Somit kommt der Pflege eines umfassenden Gebrauchs der Eltern-Sprache mit aller Ausdrucksfähigkeit auch emotionaler Inhalte eine hohe Bedeutung zu. Leider wird dieses v.a. bei aus den GUS-Staaten stammenden Spätaussiedlern bis heute anders vermittelt.

KULTURGEBUNDENE SYNDROME

Viel diskutiert werden spezifische psychosomatische Ausdrucksformen bei Zuwanderern und eine angenommene stärkere Häufung von Somatisierungsstörungen oder Konversionsstörungen. In der Tat ist die in der westlichen Welt gelebte Körper-Geist-Dichotomie eine kulturspezifische, westliche Vorannahme. Ebenso wird Anorexia nervosa in der transkulturellen Psychiatrie als Erkrankung angesehen, die ein spezifisch westliches Weiblichkeitsbild zu ihren Ursachen zählt und in der westlich sozialisierten Schicht der Schwellenländer deutlich häufiger zu finden ist als bei weniger privilegierten Einheimischen. Die Äußerung körperlicher Beschwerden beschreibt in vielen außereuropäischen Kulturen unspezifische, depressive Verstimmungen, oft mit Lokalisierung im gesamten Körper („alles tut weh“).

Kulturgebundene Syndrome haben teilweise Beziehungen zu sprachlichen Assoziationsfeldern, etwa der Verbindung von Organen mit Befindlichkeiten. Diese Assoziationen sollten auch und vor allem bei Somatisierungsstörungen genau – muttersprachlich! – erfasst werden, indem z. B. muttersprachliche Sprichworte im Zusammenhang mit dem erkrankten Organ erfragt werden. Somatisierung kommt in allen kulturellen Gruppierungen und Gesellschaften vor. So werden im gesamten Mittleren Osten mit dem Herzen assoziierte Symptome nicht nur als mögliches Zeichen von Krankheit, sondern auch als Metapher für das Ausmaß an positiver Emotionalität betrachtet. Das deutsche „Herzeleid“ wird im türkischen Sprachraum eher als Leberschmerz oder als Störung der Lunge manifestiert.

Dem Kinder- und Jugendarzt sollten einige kulturgebundene Syndrome bekannt sein. Am bedeutsamsten mag das Syndrom des „Nabelfalls“ sein, das erstmals von der Ethnologin Koen in Deutschland beschrieben wurde. Nach Gün (2007) werden psychische Befindlichkeitsstörungen im Sinne einer Gleichgewichtsstörung im Körper oft als „gefallene, geschwollene oder verrutschte Organe“ metaphorisch ausgedrückt. Eben dieses liegt beim „Nabelfall“ vor: Die „verrutschte Mitte“ (im Türkischen bedeutet das Wort für Nabel in anderen Zusammensetzungen das Wort für „Zentrum“ wie „Stadtzentrum“ oder „Herz“, wie „Salatherz“) zeichnet sich durch periumbilikale Missempfindungen aus. Auslöser können Überarbeitung, Stress, wenig Schlaf, Kummer, „zu viel von allem“ sein. Die Störung wird durch Schonung und Ruhe, Anwendungen im Bauchbereich (Massagen, Stockhebel, Schröpfen, Verbände, Umschläge) behandelt. Nach wenigen Tagen findet eine völlige Genesung statt.

Diese Schilderung sollte auch als Hinweis für eine kulturelle Offenheit genommen werden hinsichtlich tradierter Behandlungsmethoden, die in der westlichen Medizin unüblich sind. „Wer heilt, hat recht“, gilt in ethischen Grenzen gerade in anderen Kulturzusammenhängen. Einhalt geboten werden muss im Sinne des Kindeswohls allerdings bei exorzistischen Praktiken – die allerdings im Christentum bis heute noch verbreiteter sind als in Zuwandererethnizitäten.

■ Frau Prof. Dr. med. Renate Schepker
Zentrum für Psychiatrie
Abtlg. Kinder- und Jugendpsychiatrie
Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg
renate.schepker@zfp-zentrum.de

Literatur:

- Brucks U, von Salisch E, Wahl WB (1987) Soziale Lage und ärztliche Sprechstunde. Deutsche und ausländische Patienten in der ambulanten Versorgung. EB Verlag Hamburg
- Eberding A (1994) Kommunikationsbarrieren bei der Erziehungsberatung von Migrantenfamilien aus der Türkei. Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung. IKO – Verlag für interkulturelle Kommunikation, Frankfurt
- Gün AK (2007) Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie. Gegenseitiges Verstehen zwischen einheimischen Therapeuten und türkeistämmigen Klienten. Lambertus, Freiburg
- Jahresgutachten 2010, Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (www.svr-migration.de)
- Vollebergh WA, ten Have M, Dekovic M, Oosterwegel A, Pels T, Veenstra R, de Winter A, Ormel H, Verhulst F (2005) Mental health in immigrant children in the Netherlands. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 40: 489–496
- Schepker R, Toker M (2009) Transkulturelle Kinder- und Jugendpsychiatrie. Grundlagen und Praxis. MWV, Berlin
- Vuorenkoski L, Kuure O, Moilanen I, Penninkilampi V, Myhrman A (2000). Bilingualism, school achievement, and mental wellbeing: a follow-up study of return migrant children. Journal of Child Psychology and psychiatry and allied disciplines 41: 261–266.

Transkulturelle Pädiatrie – Gesund aufwachsen für alle?

Dr. Christa Kitz

„Menschen mit Migrationshintergrund“ umfasst eine sehr heterogene Personengruppe, die sich nicht nur in Bezug auf die eigene Staatsangehörigkeit, Herkunftsregion, Migrationserfahrung und Ethnie unterscheidet, sondern auch hinsichtlich kultureller, soziodemographischer und -ökonomischer Determinanten. In Deutschland leben derzeit rund 15,7 Millionen Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit. 19,3% der Bevölkerung der Bundesrepublik hat einen Migrationshintergrund, ist also selbst zugewandert oder hat mindestens einen zugewanderten Elternteil. Über 30% der Kinder in Deutschland haben einen Migrationshintergrund. Die zahlenmäßig größten Migrantengruppen sind die (Spät-)Aussiedler und türkischstämmige Zuwanderer (Statistisches Bundesamt 2011).

Die gesundheitliche Versorgung für alle Menschen mit Migrationshintergrund auf einem qualitativ hohen Niveau zu garantieren, ist eine wichtige sozialpolitische Aufgabe. Alle direkt oder indirekt mit dieser Aufgabe betrauten Akteure (auch Behörden, Verwaltungen, Krankenkassen etc.) sind beauftragt, ihre gegebenen Handlungsspielräume im Sinne einer Förderung der Gesundheit und Entwicklung der betroffenen Menschen zu nutzen. Gerade kulturelle und sprachliche Barrieren erschweren oder verhindern oft den Zugang zu wichtigen Gesundheitsinformationen und Behandlungsmöglichkeiten.

Eine besonders vulnerable Gruppe in unserer Gesellschaft sind Flüchtlinge und Asylbewerber, die an den Folgen der schlechteren medizinischen Versorgung in ihren Heimatländern und den körperlichen oder seelischen Krankheiten, die sie während der Flucht erworben haben, leiden. Stress, mögliche Erfahrung mit Rassismus, Diskriminierung, Armut, fehlende soziale Unterstützung, unzureichende soziale Netzwerke, Gewalterfahrung und Trennung können zu erheblichen psychiatrischen und psychosomatischen Problemen beitragen. Die Praxis des deutschen Asylverfahrens gewährt ihnen jedoch nur eingeschränkten Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung. Es mangelt vor allem an kinderpsychiatrischer, -psychosomatischer und -psychotherapeutischer Expertise mit adäquater Sprachvermittlung und kultureller Kompetenz.

Gesundheitsversorgung von Menschen in Deutschland, die weder Aufenthaltstitel noch Duldung besitzen

Zwischen 100.000 und 1 Mio. undokumentierte Ausländer leben in Deutschland. Belastbare Daten über die genaue

Anzahl dieser Personen in der Bundesrepublik liegen nicht vor. Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG, §§ 4, 6) haben Menschen ohne Pass bzw. rechtmäßigen Aufenthaltstitel („Papierlose“) einen Rechtsanspruch auf medizinische Dienstleistungen bei akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen, während der Schwangerschaft, bei Impfungen und im begrenzten Umfang in der Bereitstellung von Heil- und Hilfsmitteln. Die Kosten einer Behandlung tragen die zuständigen Sozialämter. Das große Hindernis für die Inanspruchnahme ist aber die Meldepflicht der öffentlichen Stellen (sog. Übermittlungspflicht gemäß des Aufenthaltsgesetz §§ 87, 88) an die Ausländerbehörde, durch die der Patient entdeckt und abgeschoben werden könnte. Nur bei sehr schweren Erkrankungen sind Patienten bereit, diesen Weg zu gehen.

Diese Übermittlungspflicht der Behörden stellt das grundlegende Hindernis zur medizinischen Versorgung dar und muss daher soweit eingeschränkt werden, wie dies für die Wahrnehmung des Anspruchs auf medizinische Versorgung notwendig ist. Inzwischen versuchen verschiedene nicht staatliche Netzwerke, den Betroffenen eine medizinische Grundversorgung anzubieten – ohne Gefahr der Aufdeckung ihres Status. Diese sind unterfinanziert, können nur einen Bruchteil der Zielgruppe erreichen und ermöglichen keine „dauerhaft gesicherte und medizinisch ausreichende Versorgungsstruktur“. Es müssen neue und verbesserte Ansätze zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltspapiere auf politischer Ebene entworfen und durchgesetzt werden.

„Visiting friends and relatives“ (VFR)

Familien mit Migrationshintergrund haben in der Pädiatrie und Reisemedizin infektiologisch eine besondere Bedeutung, da sie beim Besuch der Heimatländer als sogenannte „Visiting friends and relatives“ (VFR) ein anderes Reiseverhalten als der traditionelle Tourist zeigen. VFR reisen im Durchschnitt länger als „traditionelle“ Reisende, sie reisen wahrscheinlicher in ländliche, abgelegene Gebiete mit eingeschränkter Qualität der Gesundheitsversorgung, sie haben engere Kontakte vor Ort und konsumieren dabei Nahrungsmittel und Getränke mit höherem Gefahrenpotenzial. Sie reisen gehäuft als „Last minute“-Reisende, sicher z. T. unvermeidbar durch unvorhersehbare familiäre Ereignisse. VFRs nehmen signifikant seltener Gesundheitsberatung vor der Reise in Anspruch und setzen die Empfehlungen seltener um. Der Besuch im Heimatland geht einher mit einem überproportional hohen Anteil an bestimmten reiseassoziierten Erkrankungen wie Malaria, Typhus, Hepatitis A, Tuberkulose oder Tierbissen. Andere Essgewohnheiten können andere, durch Nahrungsmittel übertragene Erkrankungen verursachen. Dies gilt z. B. für Brucellose und Mykobakterium bovis.

Adoptivkinder

Nach Angaben des statistischen Bundesamtes sind 2011 in Deutschland 4060 Kinder und Jugendliche adoptiert worden. Die Hälfte aller adoptierten Kinder wurde von ihren Stiefeltern angenommen, 964 der angenommenen Kinder kamen zur Adoption aus dem Ausland. Die Statistik erfasst allerdings nur Kinder, die über eine deutsche Vermittlungsstelle adoptiert wurden und keine legalen Privatadoptionen im Ausland!

Bei Adoptivkindern treten gehäuft Entwicklungsverzögerungen auf. Ursachen hierfür sind u. a. Deprivation, Mangelernährung (insbesondere Eisen- und Calciummangel), hereditäre Stoffwechselerkrankungen, fetale Exposition gegenüber Alkohol und Drogen und Infektionskrankheiten. Die Inzidenz des fetalen Alkoholsyndroms beträgt in der Allgemeinbevölkerung 1–3/1000 Lebendgeborene, bei Adoptivkindern z. B. aus der russischen Föderation jedoch 100–140/1000. Bei Deprivation ist die Dauer der Institutionalisierung entscheidend. Erwartet wird ca. 1 Monat Verzögerung für je 3 Monate Waisenhaus, in der Regel erfolgt eine rasche Aufholentwicklung nach Adoption. Entscheidend für die weitere Entwicklung neben der Eingewöhnung in das neue häusliche Umfeld ist die professionelle Frühförderung.

DATENLAGE ZUR GESUNDHEIT VON KINDERN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND

Die Schuleingangsuntersuchungen, an der alle Schulanfänger teilnehmen müssen, sind eine gute Datenquelle, um den Gesundheitszustand von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund vergleichend zu erfassen. Die Daten des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006 des Robert Koch-Instituts verdeutlichen, dass im Hinblick auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in vielen Bereichen keine Chancengleichheit besteht.

Es zeigte sich, dass Kinder mit Migrationshintergrund:

- weniger gestillt wurden,
- seltener die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen wahrnehmen,
- bei vergleichbaren Krankheitssymptomen seltener dem Arzt vorgestellt werden,
- seltener Arzneimittel einnehmen,
- sich seltener die Zähne putzen und häufiger Karies haben,
- seltener regelmäßig Sport treiben,
- mehr Freizeit vor dem Bildschirm verbringen,
- eine geringere motorische Leistungsfähigkeit aufweisen,
- häufiger Verhaltensauffälligkeiten zeigen,
- häufiger Aufmerksamkeitsdefizite/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) haben,
- häufiger Opfer von Verkehrsunfällen sind,
- seltener Schutzbekleidung (Fahrradhelm, Knieschützer etc.) tragen,
- geringe personale, soziale und familiäre Ressourcen besitzen,
- eine höhere Gewaltbelastung aufweisen,
- erhöhte eigene Gewaltbereitschaft zeigen,
- häufiger rauchen,
- sich ungesünder ernähren und häufiger adipös sind,
- häufiger psychische Probleme und Essstörungen haben.

Positiv zu vermerken ist, dass Kinder mit Migrationshintergrund seltener Allergien haben.

Kindergesundheitsuntersuchungen:

Die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 (Paed.*Check* Geburt bis Paed.*Check* 5.0) ist ein Indikator für die Nutzung der Gesundheitsvorsorge für Kinder. Während 82,3% der Kinder in der Gesamtbevölkerung die U3 bis U9 (Paed.*Check* 0.1 bis Paed.*Check* 5.0) vollständig durchlaufen, sind dies bei Kindern mit Migrationshintergrund nur 70,4% (ohne deutsche Staatsbürgerschaft lediglich 62,5%, d. h. ca. 20% weniger als bei Gleichaltrigen in der Gesamtbevölkerung). Ein wichtiger Faktor dabei ist, ob der Migrationshintergrund ein- oder beidseitig ist. Die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen ist bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund geringer.

Impfschutz

Die Teilnahme an Impfungen (hier: Polio, Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hepatitis B, Masern, Mumps, Röteln) ist ein weiterer Indikator für die Inanspruchnahme von Angeboten zur Gesundheitsvorsorge. Obwohl Migrationshintergrund per se kein Indikator für einen schlechten Impfstatus ist, sind nach ihrer Geburt zugewanderte Kinder signifikant schlechter geimpft. Nach der KiGGS-Studie waren bei Schuleintritt 84% der deutschen Kinder nach Impfplan geimpft im Vergleich zu 57,5% der Zuwandererkinder. Alle Kinder sollten gemäß der aktuellen STIKO-Impfempfehlungen immunisiert werden, im Zweifel erfolgt die Re-Immunsisierung. Schriftliche Dokumentation vorausgegangener Impfungen ist akzeptabel, wenn der Impfstoff, das Datum der Impfung, die Anzahl der Impfdosen, das Intervall zwischen den Impfdosen und das Alter des Kindes bei Impfung konsistent sind und mit europäischen oder WHO-Impfplänen übereinstimmen. Fehlende Impfungen sollten bei jeder Patientenbegegnung nachgeholt werden. Im außereuropäischen Ausland wird häufig geimpft gegen: BCG, Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio, Masern und Hepatitis B. Seltener jedoch gegen *Haemophilus influenzae* Typ b, Mumps, Röteln und sehr selten gegen *Streptococcus pneumoniae* und Varizella Zoster Virus (VZV).

Adipositas

Ein zu hohes Körpergewicht beeinträchtigt die aktuelle Gesundheit und Lebensqualität und erhöht die Gefahr für spätere chronische Krankheiten. Die Anzahl der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Übergewicht ist demnach eine große gesundheitspolitische Herausforderung im Kindes- und Jugendalter. Übergewicht kommt laut KiGGS bei Kindern mit Migrationshintergrund im Alter von 3–17 Jahren deutlich häufiger vor als bei gleichaltrigen Kindern aus der nicht migrierten altersgleichen Gesamtbevölkerung (19,5% vs. 14,1%). Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund sind deutlich adipöser, als Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund bzw. aus binationalem Elternhaus. Jungen sind häufiger übergewichtig als Mädchen, wobei diese Differenz bei Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund besonders groß ist.

Chronische Krankheiten

Der Umgang mit chronischen Krankheiten, die eine konsequente Behandlung und damit hohe Adhärenz erfordern,

erweist sich bei Kindern mit Migrationshintergrund oft als problematisch. Andere Ernährungsgewohnheiten, der Glaube an die Schicksalhaftigkeit des Krankheitsverlaufs und ein geringeres Wissen über Erkrankung bzw. fehlende migrationssensible Schulungs- und Therapieangebote führen zu einer schlechteren Versorgung. Dies trifft insbesondere für Kinder mit Phenylketonurie und Diabetes zu.

SINNVOLLE UNTERSUCHUNGEN BEI KINDERN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND

Die Erstuntersuchung von Kindern mit Migrationshintergrund sollte idealerweise mit Dolmetscher, möglichst umfassend, unter Einbeziehung der spezifischen Risikofaktoren des Herkunftslandes und Durchsicht aller medizinischer, schulischer oder institutioneller Berichte, dokumentierte Impfungen erfolgen.

Für eine sinnvolle Abfolge von Untersuchungen müssen die spezifischen Probleme der Herkunftsländer in Betracht gezogen werden. Einige **genetische Krankheiten** treten gehäuft in Populationen aus bestimmten geografischen Regionen auf. Die Sichelzellenanämie und Thalassämie tritt vorzugsweise in tropischen Regionen Afrikas, im Mittleren Osten und im Mittelmeerraum (Sizilien, Südost-Türkei, Griechenland) auf. Dazu zählen auch autosomal-rezessiv vererbte **Stoffwechselerkrankungen**, die vor allem bei Kindern aus der Türkei, dem Fernen und Nahen Osten sowie Marokko vorkommen. Die Phenylketonurie zum Beispiel ist bei türkischen Kindern zweimal so häufig zu finden wie bei deutschstämmigen Altersgenossen, häufig durch Konsanguinität der Eltern bedingt. Die Frage nach dem Verwandtschaftsgrad der Eltern sollte deswegen eine Standardfrage sein.

Mangelerscheinungen aufgrund von spezifischen Ernährungsgewohnheiten sind häufig anzutreffen bei Kindern mit Migrationshintergrund. Hier ist vor allem die Eisenmangelanämie zu nennen, im Weiteren die Calciummangelrachitis durch geringen Milchkonsum (vor allem bei Kindern aus Armutsländern). Dunkelhäutige Kinder, die hier zur Welt kommen, sollen eine erhöhte Dosis von Vitamin D erhalten (statt 500 Einheiten 1000 Einheiten Vitamin D pro Tag) und sie sollten die Prophylaxe länger als hellhäutige Kinder bekommen.

Klinische Untersuchung

Das Gedeihen des Kindes kann anhand der Perzentilen quantifiziert werden. Die WHO hat Perzentilenkurven entwickelt, die weltweit anzuwenden sind, sowohl für die 0- bis 5-Jährigen als jetzt auch für die 5- bis 19-Jährigen. Diese stehen unter der Internetadresse <http://www.who.int/childgrowth/en/> frei zum Download zur Verfügung. Für die Beurteilung der **Entwicklung** des Kindes sollte ein Dolmetscher zur Verfügung stehen und die Fragen an den kulturellen Kontext des Kindes und seiner Familie angepasst sein.

Eine HNO- und augenärztliche Screeninguntersuchung (**Visusbestimmung und Hörscreening**) sollte insbesondere bei Entwicklungsverzögerung erfolgen. Die Vorstellung beim Zahnarzt ist sinnvoll, da Kinder mit Migrationshintergrund eine deutlich schlechtere Mundhygiene und häufiger Karies haben.

Infektionen können zu ernsthaften Begrenzungen der Lebensqualität und Lebenserwartung führen, wenn sie nicht rechtzeitig erkannt werden. Hier ist in jedem Fall die epidemiologische Situation des Herkunftslandes zu beachten und somit auch an seltene Erkrankungen zu denken. Im Zweifelsfall und bei Nichtansprechen einer Therapie sollte ein Infektiologe oder Tropenmediziner konsultiert werden.

Laboruntersuchung von Kindern mit Migrationshintergrund:

- Blutbild + Diff.
- Eisenstatus
- Schilddrüsenfunktion (TSH-Screening)
- Urinuntersuchung (Wachstumsretardierung, symptomatisch, anamnestische Hinweise)
- Ca, Phosphat, AP und Parathormon, falls klinische Zeichen der Rachitis (ggf. auch Vit. D3)
- weitere (symptombezogen)

Stuhluntersuchung

Stuhluntersuchungen auf Wurmeier und Parasiten sind in 15–35 % aller international adoptierten Kinder positiv abhängig vom Alter und Herkunftsland. Auch bei klinisch asymptomatischen Kindern, aber insbesondere bei Diarrhoe, Gewichtsverlust, Wachstumsretardierung und sekundärer Laktase-Defizienz sollte die Stuhluntersuchung erfolgen. In der Regel werden 3 Stuhlproben auf Wurmeier und Parasiten sowie eine weitere Stuhlprobe auf *G. lamblia* und *Cryptosporidium parvum* Antigen untersucht. Die Therapie ist in der Regel erfolgreich, die komplette Eradikation gelingt nicht immer. Bei Symptompersistenz wird die Stuhltestung wiederholt. Bei blutiger Diarrhoe sollte auf *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter* und *Escherichia coli* O157:H7 untersucht werden.

GESUNDHEITSRISIKEN BEI KINDERN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND

Giardia

Giardiasis ist die häufigste parasitäre Infektion bei internationalen Adoptivkindern (bis zu 20 % der Adoptivkinder, besonders ältere Kinder aus Osteuropa). Weniger als 10 Zysten sind für eine Infektion notwendig, die Übertragung geschieht durch kontaminiertes Wasser oder fäkal-oral. Bei allen protrahierten Durchfällen und Malabsorption sollte eine Lambliasis abgeklärt werden. Der Giardia-Antigen-Nachweis im Stuhl (ELISA) liefert bei einer Sensibilität und Spezifität von >95 % eine sichere und schnelle Diagnose. Bei symptomatischen Patienten sind 3 Stuhlproben sinnvoll, bei einem asymptomatischen Kind ist eine Stuhlprobe ausreichend. Bis zum Ergebnis der Stuhluntersuchung muss die Familie eine sorgfältige Händehygiene einhalten, kein gemeinsames Bad bis Stuhlproben negativ. Die Therapie sollte trotz selbstlimitierender Erkrankung aus epidemiologischen Gründen erfolgen. Mittel der Wahl ist Metronidazol 15 mg/kgKG/Tag in 2 Einzeldosen über 10 Tage.

Entamoeba histolytica

Die klassische Stuhlmikroskopie (mindestens 3 Stuhlproben) unterscheidet nicht zwischen der pathogenen Art *E. histolytica* und den beiden apathogenen Formen *E. dispar* und *E. moshkovskii*. Sie ist aber als orientierende Untersuchung für den Nachweis einer möglichen Amöbeninfektion oder zum Ausschluss anderer Darmparasiten wichtig. Zur spezifischen Diagnostik von *E. histolytica* stehen ELISA-Tests mit mono- oder polyklonalen Antikörpern zum Nachweis von Amöbenantigenen oder die Polymerasekettenreaktion (PCR) zum Nachweis von *E. histolytica*-DNA direkt aus Stuhlproben zur Verfügung.

Klinisch verlaufen die meisten Infektionen asymptomatisch (nichtinvasive Amöbiasis), in 10–20% der Fälle kommt es zur Invasion des Parasiten in das Gewebe (invasive Amöbiasis) mit klinischen Zeichen einer Kolitis, meist mit blutigen, schleimigen Durchfällen (invasive intestinale Amöbiasis, Amöbenruhr). Gefährlichste Komplikation einer Amöbenruhr ist die Perforation mit Peritonitis. Seltener, schwere Verlaufsformen sind eine akute nekrotisierende Kolitis und ein toxisches Megakolon. Darüber hinaus können die Amöben mit dem Blutstrom in andere Organe verschleppt werden und dort zur Abszessbildung führen (extraintestinale Amöbiasis). In mehr als 95% der Fälle manifestieren sich extraintestinale Verläufe in der Leber (Amöbenleberabszesse). Bei Patienten mit Fieber und Schmerzen im rechten Oberbauch muss an einen Amöbenleberabszess gedacht werden.

Jede Infektion mit *E. histolytica* ist grundsätzlich behandlungsbedürftig. Bei asymptomatischen intestinalen Infektionen erfolgt die Behandlung mit Paromomycin (Humatin) über einen Zeitraum von zehn Tagen. Bei allen *E. histolytica*-Infektionen mit invasiven intestinalen oder extraintestinalen Manifestationen erfolgt die Behandlung zunächst mit Metronidazol (Clont, Flagyl) für zehn Tage zur Abtötung der Amöben, die bereits in das Gewebe eingedrungen sind, gefolgt von einer Therapie mit Paromomycin oder Diloxanid fuorat zur Eliminierung der intraluminal verbliebenen Formen.

Syphilis

Die konnatale Syphilis wird häufig nicht diagnostiziert und/oder nicht adäquat behandelt. Es stehen mehrere serologische Testungen zur Verfügung: RPR (rapid plasma reagin) Test, VDRL Test, ART (automated reagin) Test, MHA-TP, FTA-ABS.

Kinder mit positivem Screening-Test sollten weiter evaluiert werden, um das Ausmaß der Infektion zu beurteilen und eine adäquate Therapie einzuleiten.

HIV

Das Risiko einer HIV-Infektion ist abhängig vom Herkunftsland mit einer schnell wechselnden epidemiologischen Situation und individuellen Risikofaktoren. Unter den Migrantinnen und Migranten ist die Gruppe der Afrikanerinnen und Afrikaner die am stärksten von HIV betroffene Gruppe in Deutschland. Die dokumentierten HIV-Screening-Untersuchungen aus dem Herkunftsland sind häufig nicht zuverlässig. Daher sollten Kinder mit Risikopotenzial für eine HIV-Infektion und alle international adoptierten Kindern nach Aufklärung gescreent werden. Transplazentar übertragene mütterliche Antikörper können in

den ersten 18 Lebensmonaten auch ohne Infektion des Kindes nachgewiesen werden. Positive HIV-Antikörper-Testung in einem asymptomatischen Kind in dieser Altersgruppe erfordert eine weitergehende Evaluation mit PCR-Nachweis etc. HIV-Prävention muss kultursensibel gestaltet werden.

Malaria

Die Malariasterblichkeit ist trotz aller Intensivierung der Bekämpfungsmaßnahmen (Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria) nur wenig gesunken und lag im Jahr 2010 nach aktuellen Schätzungen bei 1,2 Millionen Malariatoten. Am häufigsten sterben Kinder unter 5 Jahren im subsaharischen Afrika. Dort fallen 24% der verstorbenen Kleinkinder unter 5 Jahren der Malaria zum Opfer.

Die Malariaerkrankung beginnt frühestens 7 Tage nach Einreisen in ein Malaria-Endemiegebiet, sie kann aber noch bis zu einem Jahr nach Verlassen einer entsprechenden Malariaregion auftreten.

Die Malaria tropica ist ein tropenmedizinischer Notfall und muss immer stationär behandelt werden, mit intensivmedizinischer Versorgungsmöglichkeit, da sie potenziell lebensbedrohlich verlaufen kann. Auch eine unkomplizierte Malaria tropica-Infektion kann insbesondere im Kindesalter rasch in eine komplizierte Form übergehen, mit dann relevanter Letalität. Die Infektion kann zu Bewusstseinstörungen, Somnolenz, Koma, zerebralen Krampfanfällen, pulmonalen Störungen, Oligurie und Anurie (durch glomeruläre und tubuläre Nierenschädigungen) sowie zu Hypoglykämien führen. Zeichen der Organschädigung treten typischerweise erst mehrere Tage nach Krankheitsbeginn auf. Da ein irreversibles Multiorganversagen droht, kommt der frühzeitigen Diagnostik und Therapie wesentliche Bedeutung zu. Eine frühzeitig und adäquat therapierte Malariaerkrankung ist zu 100% heilbar.

Die Deutsche Tropenmedizinische Gesellschaft DTG bietet für den deutschsprachigen Sektor jährlich aktualisierte Leitlinien zur Malariaphylaxe, Diagnostik und Therapie der Malaria (<http://www.awmf.org> oder [dtg.org](http://www.dtg.org)). Dort ist eine ebenfalls jährlich aktualisierte Liste der Institutionen einsehbar, die Malariamedikamente bevorraten!

Die Malariaerkrankung im Kindesalter unterscheidet sich von der im Erwachsenenalter. Fieber (<38,5 °C) ist auch hier das Leitsymptom. Aber auch Durchfall und Erbrechen sind bei der Malariainfektion bei Kindern ein häufiges Symptom.

Auf eine komplizierte (schwere) Malariainfektion können folgende Symptome hinweisen:

- Fieber >40 °C
- Schwacher Puls, Blutdruckabfall
- Oligurie
- Dunkel gefärbter, brauner Urin
- Bewusstseinstörung
- Krampfanfälle
- Blasse Haut, blasse Schleimhaut
- Auftreten von Ikterus
- Haemorrhagien

Hauterkrankungen

Hautinfektionen können Ausdruck schwerer Grunderkrankungen sein und weisen oft auf schlechte Lebensbedingungen hin

- viral (HIV, Dengue, hämorrhagisches Fieber, Pocken, ...)
- bakteriell (Impetigo, Rickettsiose, Melioidose, ...)
- mykotisch (Candidiasis, Tinea, ...)
- ektoparasitisch (Scabies, Pediculosis, Larva cutanea migrans, ...)

Hautinfektionen bei Kindern mit Migrationshintergrund sollten immer Anlass sein, an seltene Infektionen zu denken wie kutane Leishmaniose, Lepra, Buruli Ulcus, seltene schwere Pilzinfektionen etc. Bei Hautinfektionen, die unter üblichen Therapieschemata nicht abheilen, sollten entsprechende Fachdisziplinen konsultiert werden.

Tuberkulose

Wir sind in Deutschland in der glücklichen Lage, sowohl einen problemlosen Zugriff auf qualitätsgesicherte Labordiagnostik als auch auf Zweitrangmedikamente zur Therapie mehrfach resistenter Tuberkulosen zu haben. Aber dennoch sind viele Tuberkulose-Infektionen in Deutschland potenziell vermeidbar. Hierbei spielen sowohl die sorgfältige Untersuchung der Kontaktpersonen eines infektiösen Tuberkulosepatienten mit geeigneter Labordiagnostik eine wichtige Rolle als auch der Schutz von engen Kontaktpersonen durch entsprechende Chemoprophylaxe. Die Gefahr von Verzögerungen in der Diagnostik besteht aufgrund der abnehmenden Fallzahlen und der Konzentrierung auf sogenannte „Risikopopulationen“, weswegen die Tuberkulose differenzialdiagnostisch oftmals nicht mehr ausreichend bedacht wird.

Migration beeinflusst die Tuberkulose-Situation in Deutschland. Gebiete mit hoher Prävalenz sind Asien, Afrika, Südamerika, Osteuropa. Nach dem Infektionsepidemiologischen Jahrbuch des Robert Koch-Instituts 2012 ist das Risiko, an einer Tuberkulose zu erkranken, für Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit 10-mal so hoch wie bei deutschen Kindern. Die höchste Inzidenz war bei den ausländischen Kindern unter fünf Jahren zu verzeichnen mit sogar steigender Inzidenz in dieser Altersgruppe (Inzidenz 10,0 vs. 7,2 in 2010).

Dabei ist das Geburtsland des Kindes allein nicht aussagekräftig, denn das Erkrankungsrisiko der Kinder scheint stärker mit der Herkunft der Eltern und Bezugspersonen zu korrelieren als mit dem Land, in dem die Kinder geboren wurden. Daher wird seit 2011 erstmals das Geburtsland der Eltern erfasst. Auch im Kindesalter ist die Lungentuberkulose die häufigste Organmanifestation, die extrapulmonale Tuberkulose bei Kindern manifestiert sich hauptsächlich in den Lymphknoten. Selten kommen auch Fälle von tuberkulöser Meningitis, Knochen-, Gelenk- und Hauttuberkulose sowie einer renalen Tuberkulose vor. Kinder <10 LJ. mit pulmonaler Tuberkulose sind selten ansteckend, da sie eine paucibazilläre Form der Erkrankung haben.

Diagnostik: Die Diagnosestellung einer Tuberkuloseinfektion basiert auf dem Zusammenkommen einer entsprechenden Klinik, Epidemiologie, Immunologie des Patienten, bildgebenden Diagnostik und der molekularbiologischen Diagnostik mit Resis-

tenztestung. Die Isolation von *Mycobacterium tuberculosis* oder *Mycobacterium bovis* wird erwirkt mittels Kultur von Magenaspirat, Sputum (Kinder >5 Jahre produzieren Sputum nach Inhalation hypertonischer 3–6% NaCl-Lösung), BAL, Pleuraflüssigkeit, Liquor, Urin, andere Körperflüssigkeiten oder Biopsie.

Für den Interferon-Gamma-Release-Assay IGRA (Messung der Interferon-Produktion in Leukozyten nach Stimulation mit *M. tuberculosis* Antigenen) gibt es keinen auf das Kindesalter bezogenen Cut-off-range. Besonders bei Kleinkindern fällt dieser Test oft „negativ“ aus. Daher sollte aktuell bei Kindern neben dem Interferon-Gamma-Test zusätzlich der Tuberkulin-Hauttest (2 tuberculin units Tuberkulin RT23 des Institut Kopenhagen) durchgeführt werden, wenngleich auch dieser Test weder den Aktivitätsgrad der Erkrankung anzeigt noch bezüglich Spezifität und Sensivität ideal ist.

Für den Tuberkulin-Hauttest nach BCG-Impfung gilt:

- vorausgegangene BCG-Impfung keine Kontraindikation
- im allgemeinen Interpretation mit Ungeimpften vergleichbar
- Reaktivität nach BCG-Impfung hängt von mehreren Faktoren ab wie Alter bei Impfung, Qualität und Stamm der BCG-Vakzine, Anzahl der Impfdosen, Ernährungsstatus und immunologischer Status des Impflings, Anzahl vorausgegangener Hauttestungen
- bei symptomatischen Patienten mit positivem Hauttest ist die Tuberkulose-Erkrankung wahrscheinlich trotz Impfung

Wegweisende Verbesserungen in der Tuberkulosedagnostik mit hoher Sensitivität der Tests selbst bei mikroskopisch negativen Sputumproben sind die molekularbiologische Diagnostik und Resistenztestung. Diese liefern innerhalb von Stunden zuverlässige Aussagen zur Mykobakterien-Spezies (RT-PCR) und zum Vorliegen einer Antituberkulotika-Resistenz.

Chemoprophylaxe: Ein Grund für vermeidbare TB-Infektionen in Deutschland ist die unzureichend durchgeführte Chemoprophylaxe (ca. 52%) von engen Kontaktpersonen und die schlechte Rate an Follow-up-Untersuchungen (ca. 26%).

Während bezüglich einer Chemoprophylaxe für Kinder zwischen 5 und 15 Jahren „Kann“-Empfehlungen bestehen, gelten für Kinder, die jünger als 5 Jahre alt sind, klar formulierte Empfehlungen, da das Erkrankungsrisiko für sie besonders hoch ist. Für diese Altersgruppe wird nach dem Bekanntwerden des Kontaktes eine klinische Untersuchung, Infektionsdiagnostik (vorrangig Tuberkulin-Hauttest (THT+IGRA) und eine Röntgen-Thorax-Untersuchung sowie bei fehlenden Hinweisen auf das Vorliegen einer bereits aktiven Tuberkulose der umgehende Beginn einer präventiven Behandlung (Chemoprophylaxe bzw. Chemoprävention) empfohlen.

Hepatitis-A-Infektion

Im Kindesalter verläuft die Hepatitis-A-Infektion meist asymptomatisch oder unspezifisch. Mit zunehmendem Alter steigt jedoch die Rate an ikterischen Verläufen (<6 Jahre: <10%, 6–14 Jahre: 40–50%; >14 Jahre: 70–80%). Chronische Verläufe oder asymptomatische HAV-Ausscheider sind nicht beschrieben. Die durchgemachte Hepatitis-A-Erkrankung hin-

terlässt eine lebenslange Immunität. Bei insgesamt 0,01–0,1 % der Patienten kommt es zu fulminanten und dann meist letalen Verläufen, deren Häufigkeit mit dem Alter ansteigt und die insbesondere bei vorgeschädigten Patienten (z. B. mit chronischer Hepatitis B oder C) zu beobachten sind.

In Regionen mit niedriger Hepatitis-A-Durchseuchung wie in Deutschland ist die Möglichkeit von epidemischen Ausbrüchen hoch. Familien mit Migrationshintergrund haben ein deutlich erhöhtes Risiko für eine Hepatitis-A-Infektion. Es kommt immer wieder zu Ausbruchssituationen (in Kindergärten, Kindertagesstätten oder Gemeinschaftsunterkünften), unter anderem auch durch mitgebrachte Speisen von besuchenden Familienmitgliedern aus dem Ausland. Adoptivkinder sind eine weitere Risikogruppe für die Hepatitis-A-Infektion. Bei der medizinischen Versorgung von Migranten würde die Aufnahme eines regelhaften Screenings (Anti HAV IgG/IgM) und das Impfen der seronegativen Familienmitglieder einen erheblichen Beitrag leisten zum Rückgang der Hepatitis-A-Inzidenz in Deutschland. Dies gilt auch für Adoptivkinder und alle seronegativen Mitglieder der adoptierenden Familie.

Hepatitis-B-Infektion

Etwa 40 % der Weltbevölkerung sind mit HBV infiziert und 350 Millionen Menschen sind chronische Virusträger. Die Prävalenz der chronischen Hepatitis B im Kindes- und Jugendalter liegt (je nach Endemiegebiet) zwischen 0,1 und 8 %. Weltweit sterben jährlich etwa 0,6–1 Mio. Menschen an den Folgen einer HBV-Infektion. Die Prävalenz des Hepatitis-B-surface-Antigens (HBsAg) bei adoptierten Kindern beträgt 1–5 % (gehäuft bei Adoptivkindern aus Asien, Afrika und einigen Ländern aus Zentral- und Osteuropa). Bei Kindern mit Migrationshintergrund sollte ein serologisches Screening auf HBV-Infektion erfolgen und eine erneute Testung nach 6 Monaten, um frühzeitig eine Therapie einleiten zu können.

Hepatitis-C-Infektion

Weltweit sind 170 Millionen Menschen chronische HCV-Träger. In Deutschland sind etwa 400.000–500.000 Menschen chronisch mit HCV infiziert. Die Prävalenz von HCV bei Kindern ist mit 0,2–0,4 % etwas niedriger als bei Erwachsenen (3 %). Kinder mit Migrationshintergrund sollten auf Hepatitis C gescreent werden, insbesondere Kinder aus China, der Russischen Föderation, Osteuropa und Südost-Asien. Kinder aus anderen Regionen in Abhängigkeit von der Vorgeschichte (Blutprodukte, mütterlicher Drogenabusus) sowie der Prävalenz der Erkrankung im Herkunftsland des Kindes.

Seltene Infektionen:

Für seltene Infektionen wie Typhus, Malaria, Lepra, ZNS Zystikerose, Chagas und viele andere besteht kein Routinescreening. Eine prompte Evaluation auf der Basis der Epidemiologie von Infektionskrankheiten im Herkunftsland sollte erfolgen bei: Fieber, Splenomegalie, Atemwegsinfektion, Anämie, Eosinophilie o. ä. Bei unklarem Krankheitsbild oder ausbleibender Besserung nach etablierten Behandlungsstandards sollten entsprechende Fachrichtungen (Dermatologie, Tropenmedizin etc.) konsultiert werden. Eine Nachuntersuchung nach 3–6 Monaten ist sinnvoll.

FAZIT

Bei der gesundheitlichen Versorgung der Migranten in Deutschland bestehen Defizite. Verschiedene Barrieren erschweren die Kommunikation zwischen Arzt und Patienten. Dies sind nicht nur sprachliche Hindernisse, sondern auch die Unwissenheit über die Kultur der Migrantinnen und Migranten sowie über deren Verständnis von Erkrankungen.

Kinder und Jugendliche haben meist wenige Möglichkeiten, die Situation in ihrem Herkunftsland, die Entscheidung der Migration oder der Aufenthaltsdauer und Perspektive in Deutschland selbst zu beeinflussen. Kinderärzte haben hier eine Schlüsselrolle in der Unterstützung der Rechte aller Kinder auf gleichberechtigten Zugang zu Gesundheit, Zahngesundheit, medizinischer Versorgung und Bildung auf der Grundlage der UN-Kinderrechtskonvention.

Familien mit Migrationshintergrund müssen zeitnah und effektiv erreicht werden. Chronisch Kranke, Behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche aus Minderheiten und Migrantengruppen stehen einer Kombination von Anforderungen gegenüber. Ihre Eltern und ihr Umfeld müssen aktiv einbezogen werden. Einrichtungen, die diese Kinder z. B. im Rahmen der Frühförderung, der ambulanten oder stationären medizinischen Versorgung oder in der Rehabilitation betreuen, sollten strukturelle Voraussetzungen erhalten, um ihre Unterstützung im Rahmen der transkulturellen Öffnung ausreichend zu gewährleisten. Die Fähigkeit, kulturell und sprachlich angemessene Angebote in der Gesundheitsversorgung anzubieten, erfordert auch die gezielte Qualifizierung der Fachkräfte in einer Institution. Hier kann die Kinder- und Jugendmedizin einen sehr wichtigen Beitrag liefern. Viele Probleme von Migrantenkindern und ihren Familien lassen sich nur im gesamtgesellschaftlichen Rahmen lösen.

■ *Frau Dr. med Christa Maria Kitz
Kinderklinik am Mönchberg
Salvatorstraße 7, 97074 Würzburg
christa.kitz@missioklinik.de*

Literatur:

- Bungartz J et al. (2011) Herausforderungen und Potenziale hausärztlicher Versorgung in einer multikulturellen Gesellschaft. Bundesgesundheitsbl. 54:1179–1186 DOI 10.1007/s00103-011-1365-3, Oktober 2011
- Burchard G, Tannich E (2004) Epidemiologie, Diagnostik und Therapie der Amöbiasis. Deutsches Ärzteblatt Jg. 101, Heft 45
- Diel R et al. (2011) Neue Empfehlungen für die Umgebungsuntersuchungen bei Tuberkulose. Pneumologie 65: 359–378
- Deutsches Institut für Menschenrechte 2007: Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – Ihr Recht auf Gesundheit
- Engels D et al. (2011) Zweiter Integrationsindikatorenbericht; erstellt für die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration
- Faltermaier T (2005) Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Marschalck P, Wiedl K-H (Hrsg.) Migration und Krankheit. Göttingen: V&R unipress. 93–112
- Fuat Aksu (2009) Positionspapier des Fachausschusses Transkulturelle Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)
- Razum O et al. (2008) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut. Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS 2003–2006): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland
- Spallek J, Razum O (2007) Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. Medizinische Klinik 102(6): 451–456
- Spallek J, Razum O (2008) Gleich und gerecht? Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Bauer U, Bittlingmayer U, Richter M (Hrsg.) Health Inequalities – Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Spallek J, Razum O (2009) Kurzdossier Nr.12: Wie gesund sind Migranten?
- Zeeb H, Razum O (2006) Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. Ein einleitender Überblick. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. (49): 845–852
- www.emhosting.de/kunden/fluechtlingsrat-nrw.de/system/upload/download_1232.pdf (BMI-Bericht: Illegal aufhältige Drittstaatsangehörige in Deutschland)
- www.bamf.de/clin_011/nn_441298/SharedDocs/Anlagen/DE/Migration/Publikationen/Forschung/Forschungsberichte/fb2-illegale-drittstaatsangehoerige.html (BAMF-Studie: Illegal aufhältige Migranten in Deutschland)

Sucht und Gewalt bei Migranten

Harald Bode

In der Öffentlichkeit wird – angeregt durch Medienberichte über hässliche Gewalttaten Jugendlicher (z. B. U-Bahn-Schläger) – ein Zusammenhang zwischen Gewalt und Migrationshintergrund thematisiert. Eine genauere Betrachtung zeigt, dass Gewalt und Kriminalität keine Frage des Passes oder des Migrationstatus, sondern der Lebenslage sind. Dies gilt auch für Jugendliche und junge Erwachsene mit Migrationshintergrund, die heute noch in unserer Gesellschaft nicht mit den gleichen Chancen aufwachsen, sondern häufig unter benachteiligenden Lebensbedingungen. Auch bei Alkoholkonsum und Zigarettenrauchen Jugendlicher und junger Erwachsener hat die soziale Lage eine größere Bedeutung als der Migrationsstatus. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen für eine Verbesserung der „sozialen Gesundheit“ sind eine Aufgabe für das Gemeinwesen insgesamt.

MIGRANTEN IN DEUTSCHLAND

In Deutschland leben etwa 15 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Knapp 30% aller Kinder und Jugendlichen kommen aus Zuwandererfamilien. Unter den 6,7 Mio. Ausländern in Deutschland sind 1,7 Mio. Türken, 0,5 Mio. Italiener und 0,4 Mio. Polen. Die Städte mit dem höchsten Anteil von Einwohnern mit Migrationshintergrund sind Nürnberg (39%) und Stuttgart (38%). In Bezirken einiger Städte liegt dieser Anteil bei bis zu 80%. Unter den 4 Mio. Muslimen in Deutschland sind 25% unter 15 Jahre alt (im Vergleich dazu 11% unter 15-Jährige unter den Personen ohne Migrationshintergrund). 50% der Muslime sind jünger als 25 Jahre.

Die Gruppe der Migranten ist heterogen hinsichtlich ihrer sozialen Lage und ihrer Grundwerteorientierung. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund leben häufiger in Familien mit niedrigem sozio-ökonomischen Status. Etwa 70% der Kinder mit türkischem und etwa 50% der Kinder mit GUS-Migrationshintergrund leben in sozial schwachen Familien (Mikrozensus 2005). Menschen mit Migrationshintergrund sind weniger gut in das Bildungs- und Arbeitsleben integriert. Kinder unter 3 Jahren nutzen seltener eine Tagesbetreuung, ältere Kinder besuchen seltener einen Kindergarten als Nicht-Migranten. Jugendliche haben häufiger keinen oder nur einen Hauptschulabschluss, Erwachsene sind häufiger von Arbeitslosigkeit oder Armutsrisiko betroffen (Integrationsindikatoren 2009).

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund zeigen entsprechend häufiger als Nicht-Migranten grenzwertige oder defizitäre soziale Ressourcen, der Anteil entspricht etwa demjenigen mit niedrigem Sozialstatus. Eltern mit Migrationshintergrund berichten etwas häufiger von Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder und Jugendlichen. Allerdings führt in Deutschland ein niedriger Sozialstatus häufiger als der Migrationsstatus zur Eltern-Angabe von Verhaltensauffälligkeiten (KiGGS-Studie).

Insgesamt entspricht die Lebenslage vieler Migranten in Deutschland heute in manchen Aspekten der der deutschen Bevölkerung im Jahr 1970. Zusätzliche belastende Faktoren sind Sprachbarrieren, Identitäts- und Wertkonflikte, Ausgrenzungen, erlebte Ablehnung und Ohnmachtsgefühle. Benachteiligende Bedingungen wirken kumulativ, indirekt und in komplexen Wechselwirkungen. Der familiäre Hintergrund (Familienklima) kann eine wichtige Ressource darstellen.

SUCHT UND MIGRATION

In Deutschland leben 2,6 Mio. Kinder in suchtbelasteten Familien.

Im Jahr 2003 waren etwa 350.000 Spätaussiedler von Suchtproblemen betroffen. Unter ihnen kann es zu einem rascheren Einstieg in den Gebrauch harter Drogen und zu einem Anstieg der Zahl von Drogentoten kommen. In Großstädten war der relative Anteil von Migranten unter den Drogentoten erhöht.

Von 2001 bis 2011 wurde der Anteil der 12- bis 17-Jährigen, die regelmäßig **Tabak** konsumieren, von 27,5% auf 11,7%



reduziert, derjenigen, die regelmäßig **Alkohol** konsumieren, von 17,9% auf 14,2%. Der Anteil derjenigen, die Erfahrung mit **Cannabis** hatten, war von 15,1% auf 6,2% gefallen. Jungen und noch deutlicher Mädchen im Alter von 14–17 Jahren mit Migrationshintergrund trinken weniger und rauchen seltener, wobei innerhalb der Migrantengruppe der Effekt des **Sozialstatus** stärker als der des **Migrationsstatus** ist. Die Raucherprävalenz bei 14- bis 17-Jährigen mit Migrationshintergrund schwankt je nach Herkunftsland um den Faktor 2, der Anteil der Alkoholkonsumenten um den Faktor 7. Ein Migrationshintergrund erhöht bei 16- bis 25-Jährigen die Rate derjenigen, die **pathologischem Glücksspiel** verfallen sind.

Zu **Risikofaktoren** für den Drogenkonsum bei Migranten ist die empirische Datenlage gering. Diskutiert werden: Kultur- und Generationenkonflikte, soziale- und Bildungsbenachteiligung, Provokation gegen elterliche und gesellschaftliche Normen und Werte (bewusste Verletzung der elterlichen Kontrollvorstellungen, Abwendung von den elterlichen Lebensgewohnheiten, sozialer Protest, demonstrative Vorwegnahme des Erwachsenenverhaltens), Nachahmung des Verhaltens bestimmter Personen, Suche nach grenzüberschreitenden und bewußtseinserweiternden Erfahrungen.

Als Risikofaktoren für die Suchtentwicklung werden diskutiert: Verschaffung von schneller Entspannung und Genuss, Erschließung von Zugangsmöglichkeiten zu Freundesgruppen, Zugehörigkeit zu subkulturellen Lebensstilen, Ablenkung von schulischem Versagen, Bewältigung von psychischen Problemen in eigener Regie, Ablenkung von einem Mangel an Selbstbewusstsein, Kulturkonflikt, Marginalisierung, Wegfall protektiver Strukturen. Als Schutzfaktor ist das Alkoholverbot im Koran anzusehen.

Die Politik und zahlreiche Träger sind in der **Suchtprävention** tätig. Gesetzliche Maßnahmen, öffentliches Verbot von Alkohol und Rauchen, Einschränkung der Werbung und suchtspezifische Präventionsmaßnahmen sind nicht ohne Wirkung geblieben. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hält viele informative gedruckte und elektronische Informationen bereit. Verschiedene Modellprojekte zur Suchtprävention und -behandlung von Migranten existieren. Wichtig ist, dass sie kultursensibel und zielgruppenspezifisch sind, Multiplikatoren, Migrantenverbände und betroffene Familien einbeziehen und – nicht nur sprachliche – Zugangsbarrieren abbauen. Dabei können Muttersprachler hilfreich sein.

Anfragen wegen **Mediensucht** an Beratungsstellen nehmen zu. Die Anfragen kommen häufiger von Betroffenen selbst, nicht nur von Eltern. Auch Anfragen von Mädchen/Frauen nehmen zu. Ein Großteil der Betroffenen hat psychische/soziale Probleme. Jungen, nicht jedoch Mädchen mit Migrationshintergrund nutzen elektronische Medien häufiger als solche ohne Migrationsstatus. Der Effekt des Sozialstatus (niedrig) und des besuchten Schultyps (Hauptschule) ist jedoch größer als der des Migrationsstatus. Daten zur Internetabhängigkeit von Jugendlichen mit Migrationshintergrund liegen bislang nicht vor.

ALKOHOL/SUCHT UND GEWALT

Alkoholkonsum erhöht die Rate von Gewalt gegen Personen und Gegenstände. Dabei ist Alkohol nicht als alleinige Ursache, sondern als Katalysator zu verstehen; er steigert Aggressionen und vermindert die Selbstkontrolle. Kinder von Suchtmittel konsumierenden Eltern sind häufiger Opfer von Vernachlässigung und Gewalt und neigen später selbst häufiger zum Substanzmissbrauch.

Nach polizeilicher Kriminalstatistik ist bei 14–44% aller Tatverdächtigen beim Tathergang Alkohol im Spiel. 32% der Täter einer tödlichen **Kindesmisshandlung** stehen zum Tatzeitpunkt unter Alkoholeinfluss, 37% sind alkoholabhängig. Alkohol ist ein zentraler Faktor bei **häuslicher Gewalt**. Ein Großteil der Jugendlichen, die an **öffentlicher Gewalt** (z. B. Schlägereien) beteiligt waren, hatte vorher Alkohol getrunken. Jugendliche, die häufiges Rauschtrinken praktizieren, haben ein höheres Risiko für Bullying, bei Schlägereien verletzt zu werden, und tragen häufiger Waffen bei sich.

Für einen Vergleich zum Zusammenhang zwischen Konsum illegaler Drogen und Gewalt ist für Jugendliche und junge Erwachsene ohne/mit Migrationshintergrund die gefundene Datenlage nicht ausreichend.

GEWALT UND MIGRATION

Gewalt ist mehr als Aggression. Sie intendiert die Schädigung von Personen und Objekten oder nimmt sie in Kauf. Gewalt kann eine Verstärkerfunktion (Arousal) haben. Gewalt kann sexuell, physisch, psychisch, autoaggressiv und strukturell ausgeübt werden. Folgen von Gewalt können körperliche oder psychische Beschwerden sein sowie häufigerer Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen oder psychotropen Medikamenten.

Frauen mit türkischem Migrationshintergrund sind deutlich häufiger, solche mit GUS-Herkunft etwas häufiger als solche deutscher Herkunft von **Partnergewalt** betroffen. Gewalt ist ein transgenerationales Phänomen. 42% der Frauen und 21% der Männer erleiden als Erwachsene Gewalt, wenn sie als Kinder Gewalt erlitten hatten (Reviktimisierung).

16- bis 75-jährige Frauen berichteten in 16%, dass sie als Kind oder Jugendliche häufige oder gelegentliche psychische Gewalt erlitten, in 44% körperliche Gewalt oder Körperstrafen durch die Eltern, in 13% körperliche Misshandlung im engeren Sinne und in 9% der Fälle sexuellen Missbrauch. Zwischen den verschiedenen Herkunftsgruppen bestand kein signifikanter Unterschied.

Nach polizeilicher Kriminalstatistik sind 75% der Tatverdächtigen Männer, bei der Gewaltkriminalität sogar 80–90%. Kriminalität in dieser Statistik ist überwiegend Jugendkriminalität. Es wird ein Rückgang der Gesamtkriminalitätsrate, jedoch ein Anstieg der Gewaltkriminalität beobachtet. Verschiedene Unsicherheiten erschweren die Einschätzung des Ausländer-/Migrantenanteils an den Tatverdächtigen: starke Wanderungsbewegungen, Einschluss legal und illegal nicht gemeldeter Ausländer, fehlende Erfassung des Migrationshintergrundes,

keine bundeseinheitliche Statistik zur Kriminalität von Ausländern, Miterfassung von Verstößen gegen Asyl-, Ausländer-, Freizügigkeitsgesetze. Zu berücksichtigen ist ferner, dass Ausländer insgesamt jünger, häufiger männlich und soziodemographisch benachteiligt sind. Sie werden auch häufiger polizeilich kontrolliert.

Der Anteil von nichtdeutschen Tatverdächtigen ist von 27% im Jahr 1993 auf 19% im Jahr 2009 zurückgegangen, gegenüber dem Bevölkerungsanteil von 9% jedoch immer noch überrepräsentiert. Der Anteil Nichtdeutscher an der Gewaltkriminalität ist – auch bei Berücksichtigung der Bevölkerungsstruktur – überproportional hoch, dies gilt nicht für türkische Ausländer. Die Jugendkriminalität ist insgesamt bei allen Delikten sinkend, dies gilt auch für die Zahl der tatverdächtigen Nichtdeutschen. Die Gewaltkriminalität bei Jugendlichen ist allerdings angestiegen, bei deutschen stärker als bei ausländischen. Ausländische Jugendliche und junge Erwachsene zeigen weiterhin deutlich höhere Anteile an Gewaltkriminalität als deutsche.

Dunkelfeldstudien des niedersächsischen Kriminalforschungsinstitutes zeigen, dass für mehr als drei Viertel aller Jugendlichen Gewalt in den zwölf Monaten vor der Befragung nicht zu ihrem persönlichen Erfahrungsbereich gehörte. Jugendliche mit Migrationshintergrund üben über alle Gruppen hinweg häufiger Gewalttaten aus als deutsche. Die höchsten Gewalttäterraten waren bei südamerikanischem Migrationshintergrund zu verzeichnen, gefolgt von türkischem, süd- und südosteuropäischem, italienischem, nordamerikanischem und GUS-Migrationshintergrund. Ursache für Jugendgewalt ist jedoch nicht der Migrationshintergrund, sondern eine Fülle anderer gesellschaftlicher und individueller Faktoren:

- höhere Anzeigenbereitschaft
- geringere Bildung/schulische Integration
- Sprachdefizite
- Wohnsegregation
- mangelnde soziale Kontakte zu Einheimischen
- öffentliche und institutionelle Diskriminierung und Stigmatisierung
- eigene Gewalterfahrung
- gewaltlegitimierende Männlichkeitsnormen
- Gewaltaffinität
- Cliquenbildung, Milieufaktoren
- Medien (Rollenmodelle)
- u. a. m.

Eine kleine, aber bedeutsame Gruppe stellt die der religiös motivierten, politisch gewaltbereiten Muslime dar. Bei ihnen werden unterschiedliche Lebensformen und Einstellungen gefunden. Manche haben eine geringere gesellschaftliche Teilhabe und Bildung, fühlen sich von der Mehrheitsgesellschaft ausgeschlossen und diskriminiert. Andere ziehen sich in ein

traditionelles ethnisches/religiöses Milieu zurück. Eine dritte Gruppe betrachtet sich – trotz guter Bildung und Partizipationsmöglichkeiten – als Stellvertreter für die vielen anderen als benachteiligt wahrgenommenen Muslime („stellvertretende Viktimisierung“).

Maßnahmen zur Gewaltprävention und -intervention sind vielfältig und nur zu einem kleineren Anteil spezifisch für bestimmte Gruppen mit Migrationshintergrund:

- Erhöhung der Sprachkompetenz und individueller Bewältigungskompetenz
- Verbesserung von Bildungschancen und Zukunftsperspektiven
- Abbau von Segregationstendenzen
- Interkulturelle Kompetenz von Erziehern und anderen Fachpersonen
- Wechselseitiger Respekt und Akzeptanz von Verschiedenheit im Rahmen der rechtlichen und gesellschaftlichen Normen unseres Landes

Spezifische Präventions- und Therapieansätze sollten möglichst früh bei Störungen des Sozialkontaktes und übermäßigem Alkoholkonsum/drohender Suchtentwicklung erfolgen.

Gewalt und Kriminalität ist keine Frage des Passes oder des Migrationstatus, sondern der Lebenslage. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen für eine Verbesserung der „sozialen Gesundheit“ sind eine Aufgabe für das Gemeinwesen insgesamt.

■ Herr Prof. Dr. med. Harald Bode
Sozialpädiatrisches Zentrum der Universitätsklinik
für Kinder- und Jugendmedizin
Universität Ulm
Frauensteige 10, 89075 Ulm
harald.bode@uniklinik-ulm.de

Weiterführende Literatur:

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010). Jugendliche Migranten – muslimische Jugendliche Gewalttätigkeit und geschlechterspezifische Einstellungsmuster. Kurzexpertise

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009). Gesundheit - Gewalt – Migration. Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012) Drogen- und Suchtbericht. www.drogenbeauftragte.de

Erhart M, Hölling H, Bettge S, Ravens-Sieberer U, Schlack R (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 50:800–809

Lampert T, Sygusch R, Schlack R (2007) Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 50:643–652

Lampert T, Thamm M (2007) Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 50:600–608

Robert Koch-Institut (2008) Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland

Kultursensitive Arzt-Patienten- Kommunikation

Dr. Thorsten Langer

Sprach- und Kommunikationsbarrieren gelten für bestimmte Migrantengruppen als wichtigste Zugangshindernisse zu einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung in Deutschland. Während einerseits strukturelle Veränderungen notwendig sind, um diese Situation zu verbessern, gibt es andererseits Möglichkeiten, auf Ebene der einzelnen Praxis die Kommunikation mit Patienten mit Migrationsgeschichte zu verbessern.

Im Jahr 2010 hatten 19,3% der Menschen in Deutschland einen Migrationshintergrund. Bei den Kindern und Jugendlichen liegt der Anteil bei ca. 30%. In den letzten Jahren rückte diese Patientengruppe zunehmend in den Fokus des wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Interesses, da Hinweise auf relevante Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung bestehen. Auf der Suche nach Antworten auf die Unterschiede in der Gesundheitsversorgung wird häufig eine Verbesserung der interkulturellen Kompetenz bzw. eine Steigerung der kulturellen Sensitivität von Ärzten und anderen Gesundheitsberuflern gefordert. Die kulturellen Unterschiede zwischen Patienten und ihren Angehörigen einerseits und der Mehrheitsbevölkerung andererseits erfordern besondere kommunikative Herangehensweisen, um eine gute Patientenversorgung zu gewährleisten und in vielen Weiterbildungsinstitutionen finden sich inzwischen auch entsprechende Angebote. Doch was bedeutet kulturell sensitives Kommunizieren? Welche Voraussetzungen sind dafür erforderlich? Wie kann das im Alltag umgesetzt werden?

Im folgenden Beitrag werden – an praktischen Situationen der kinder- und jugendärztlichen Praxis orientiert – zwei Problemkonstellationen beschrieben und Handlungsoptionen aufgezeigt. Gleichzeitig soll darauf hingewiesen werden, dass das Themengebiet noch jung ist und sich in der Entwicklung befindet. Es gibt noch vielfältige Forschungsfragen der Versorgungsforschung im interkulturellen Kontext, die noch nicht bearbeitet sind und in den kommenden Jahren hoffentlich wichtige Hinweise zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund liefern.

WAS IST KULTUR?

Der Begriff „Kultur“ bzw. „kultureller Hintergrund“ wird im Alltag häufig verwendet und oft mit anderen Attributen einer Person, wie z. B. nationale bzw. ethnische Herkunft, Religion, Muttersprache, Bildungsgrad oder äußeres Erscheinungsbild assoziiert. Dabei wird der Begriff vorzugsweise dann genutzt, wenn ein Unterschied beschrieben und „etwas Fremdartiges“ markiert wird. Da der Begriff der Kultur leicht Gefahr läuft, zu Verallgemeinerungen und Stereotypisierungen zu führen, ist es wichtig, in der Medizin einen reflektierten Umgang zu entwickeln. Unter Rückgriff auf Diskurse aus der Anthropologie unterscheidet Knipper grundsätzlich zwei idealtypische Kulturdefinitionen (Knipper, Bilgin 2009). Der „essentialistische“ Kulturbegriff versteht Kultur als eine Größe, die historisch gewachsen ist. Er umfasst Sitten und Bräuche, Traditionen und grundlegende Wertvorstellungen sowie eine „typische Mentalität“. Sie wird von einem Mitglied einer kulturellen Gruppe übernommen, mit den anderen Mitgliedern geteilt und immer wieder neu hervorgebracht. Für die heutige, von Globalisierung und Pluralismus geprägte Welt, hat sich dieses Verständnis jedoch als zu vereinfachend herausgestellt. Daher wurde alternativ der „analytische“ Kulturbegriff geprägt. Er zeichnet sich durch ein dynamisches Verständnis von Kultur aus. Auf der Ebene des Individuums bedeutet das die Möglichkeit, sich Wertvorstellungen, Ideen, Regeln und Bedeutungen anzueignen und weiterzuentwickeln. Dieses Verständnis leugnet nicht das Vorhandensein kultureller Normen, eröffnet jedoch die Möglichkeit, dass ein Individuum eine eigene Interpretation davon findet und sie weiterentwickelt.

Für die Betreuung von Patienten und ihren Familien bedeutet das analytische Kulturverständnis in der Konsequenz eine individuelle und „fragende“ Annäherung, die sich grundsätzlich nicht von einer patientenorientierten Kommunikation mit Mitgliedern des eigenen kulturellen Kreises unterscheidet. Die Gültigkeit dieses Konzepts wird durch die Ergebnisse einer Befragung von Patientinnen in gynäkologischen Notfallambulanzen in Berlin gestützt, in der die Erwartungen an eine gute Arztkommunikation zwischen Patientinnen mit und ohne Migrationshintergrund verglichen wurden. Borde et al. zeigten dabei, dass sich beide Patientinnengruppen Ärzte wünschten, die „gesprächsbereit und zugänglich sind, den richtigen Umgangston finden und die Patientin anhören“ (Borde 2009). Sie wünschten sich „Freundlichkeit im Umgang, Verständnis, Mitgefühl und Anteilnahme.“ Ärzte sollten „ausführlich erklären, klare und sachliche Informationen übermitteln und ver-



ständige Erklärungen anbieten“. Während sich die Erwartungen an eine gute Kommunikation also nicht wesentlich unterschieden, gab es bei den Erfahrungen dagegen auffällige Differenzen. Während sich zwei Drittel der deutschen Befragten zufrieden mit der Aufklärung äußerten, war in der Gruppe der Migrantinnen nur ein Drittel zufrieden. Ein wesentlicher Grund für diese Diskrepanz war die Sprachbarriere.

ERKENNEN UND ÜBERWINDEN VON SPRACHBARRIEREN

Häufig ist das Gespräch mit Patient oder Eltern durch Sprachbarrieren erschwert, wodurch das Vorliegen kulturell bedingter Verständnisunterschiede gar nicht beurteilt werden kann. In einer Befragung von 229 Kinder- und Jugendärzten gaben 75 % der antwortenden Ärzte an, mit sprachlich bedingten Verständigungsschwierigkeiten befasst zu sein und 15 % gaben an, dass mehr als die Hälfte ihrer Patienten bzw. deren Angehörige mit Migrationshintergrund über ungenügende Deutschkenntnisse verfüge (Langer et al. 2013).

Das Erkennen von Sprachbarrieren ist nicht immer einfach, da es Patienten mit geringen Deutschkenntnissen häufig unangenehm ist, dies gegenüber dem Arzt zu äußern. Eine Möglichkeit, hier „eine Brücke zu bauen“, besteht darin, dass der Arzt das Verständigungsproblem kommunikativ bei sich ansiedelt und dem Patienten beispielsweise erklärt, er (der Arzt) wolle sich so gut wie möglich mitteilen. Falls dies nicht möglich sei, wäre es besser, einen Dolmetscher hinzuzuziehen.

Grundsätzlich gibt es verschiedene Möglichkeiten zur Überwindung von Sprachbarrieren, wobei bei der Auswahl verschiedene Aspekte zu beachten sind:

1. Die Qualität des Dolmetschens variiert deutlich zwischen professionellen Dolmetschern, die im Dolmetschen ausgebildet wurden und sog. Ad-hoc- bzw. Gelegenheitsdolmetschern, wie z. B. fremdsprachigem Personal. Zwei Review-Arbeiten zum Vergleich verschiedener Dolmetscher-Systeme im medizinischen Bereich belegen eindeutig eine Überlegenheit der professionellen Dolmetscher in Bezug auf die Häufigkeit von Fehlern, Auslassungen und Neutralität des Dolmetschers (Flores 2005, Karliner et al. 2007).
2. Oftmals kommen fremdsprachige Mitarbeiter als Dolmetscher zum Einsatz, die in vielen Praxen gerade auch wegen dieser Kenntnisse eingestellt werden. Sie können häufig neben ihren Sprachkenntnissen auch ihre kulturellen und medizinischen Kenntnisse einbringen. Eine qualitative Interviewstudie mit medizinischen Fachangestellten mit Migrationshintergrund in Hausarztpraxen kam zu dem Ergebnis, dass die sprach- und kulturmittelnden Kompetenzen dieser Mitarbeiter eine wertvolle Ressource für die Patientenversorgung darstellt (Mergenthal et al. 2012). Allerdings soll darauf hingewiesen werden, dass diese Mitarbeiter in der Regel keine Ausbildung im Dolmetschen haben. Der Fachausschuss Transkulturelle Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) fordert daher entsprechende Qualifikationsmöglichkeiten für

diese Mitarbeiter, um diese Ressource weiterzuentwickeln und um die Aufgabe gut ausfüllen zu können (Sievers et al. 2009).

3. Wenn Familienangehörige dolmetschen, ist das häufig eine zeitsparende und kostengünstige Möglichkeit. Allerdings ist hierbei zu beachten, dass beim Einsatz von minderjährigen Familienmitgliedern als Dolmetschern mit Auslassungen bei „unangenehmen“ Themen zu rechnen ist, eine emotionale Überforderung des übersetzenden Familienmitgliedes sowie eine „Herabsetzung“ der nicht deutschsprachigen Eltern auftreten kann. Beim Einsatz von erwachsenen Dolmetschern aus dem familiären Umfeld muss damit gerechnet werden, dass Äußerungen des Arztes „redaktionell“ überarbeitet, gekürzt und auf die angeblichen Bedürfnisse des eigentlichen Adressaten hin verändert werden. Darüber hinaus ist es möglich, dass emotional belastende Themen, wie z. B. Gewalt in der Familie, nicht zur Sprache kommen. Aus diesen Gründen wird der Einsatz von Familienangehörigen von verschiedenen Institutionen, wie beispielsweise dem Rat der europäischen Gesundheitsminister, nicht empfohlen (Europe Co 2006).

Gerade im Hinblick auf den Einsatz professioneller Dolmetscher besteht eine große Unsicherheit bezüglich der Finanzierung. In der bereits erwähnten Befragung von Kinder- und Jugendärzten gaben 77 % der antwortenden niedergelassenen Ärzte hier große Schwierigkeiten an. Nichtsdestotrotz gibt es in bestimmten Fällen Möglichkeiten der externen Finanzierung, wie z. B. bei Familien im Asylverfahren, da die Dolmetscherkosten u. U. über das Asylbewerberleistungsgesetz abgerechnet werden können. Hier kann eine Anfrage beim jeweiligen Sozialamt weiterhelfen. Eine generelle Möglichkeit der Abrechnung der Dolmetscherkosten über die gesetzliche Krankenkasse besteht nach Auskunft des Patientenbeauftragten der Bundesregierung und nach eigenen Recherchen der aktuellen Rechtsprechung nicht.

Weitere Möglichkeiten zum Bezug fremdsprachiger Informationsmaterialien und professionelle Dolmetscherdienste:

- Informationsbroschüren zu gesundheitlichen Themen: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – www.bzga.de
- Informationen zum Impfen in verschiedenen Sprachen: Robert Koch-Institut – www.rki.de
- Kontaktdaten zu professionellen Dolmetscherdiensten mit Kenntnis im Gesundheitsbereich in der jeweiligen Region können im Internet mit Suchbegriffen wie z. B. „Sprach- und Integrationsmittler“ oder „Gemeindedolmetscher“ gefunden werden

KULTUR UND MIGRATION

Bei den Menschen mit Migrationshintergrund handelt es sich um eine äußerst heterogene Bevölkerungsgruppe. Neben den

Unterschieden in den Herkunftsländern unterscheiden sich die Gründe für die Migration häufig beträchtlich. Sie umfasst freiwillig Immigrierte ebenso wie Flüchtlinge, in Deutschland geborene Migranten wie aktuell Eingereiste, Migranten, die in Deutschland dauerhaft bleiben wollen und solche, die eine Rückkehr in ihr Heimatland anstreben. Um zu einer angemessenen Einschätzung des Patienten bzw. der Familie zu kommen, kann es daher hilfreich sein, eine systematische Migrationsanamnese zu erheben. Folgende Aspekte können hier weiterhelfen:

- In welchem Land sind Sie bzw. Ihre Eltern geboren? (Bei großen Ländern, wie z. B. der Türkei, ist die Spezifizierung der Region oftmals interessant.)
- In welchem Jahr sind Sie bzw. Ihre Eltern nach Deutschland gekommen?
- Wie viele Jahre besuchten Sie in Ihrem Herkunftsland eine Schule? (Dies kann Hinweise auf die Lese- und Schreibfertigkeiten liefern.)
- Welche Sprache sprechen Sie überwiegend zu Hause? (Dies kann Hinweise auf die ethnische Zugehörigkeit geben, z. B. bei ethnischen Kurden aus der Türkei oder dem Irak).
- Welchen Beruf hatten Sie bzw. Ihre Eltern im Herkunftsland erlernt oder ausgeübt? (Und: Welcher Tätigkeit gehen Sie jetzt in Deutschland nach?)
- Welchen Aufenthaltstitel haben Sie? (Handelt es sich um eine befristete oder eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis? Wenn es sich um eine befristete Aufenthaltserlaubnis handelt, in welchen Abständen muss sie verlängert werden?)
- In welchem Land sieht die Familie ihre Zukunft? Wo wollen die Kinder leben?

Neben den medizinisch relevanten Informationen, die durch die Migrationsanamnese z. B. in Hinblick auf mögliche traumatisierende Fluchterfahrungen gewonnen werden, eröffnet dieser Anamneseabschnitt der Familie die Möglichkeit, von einem wichtigen Bereich ihres Lebens zu berichten, was sich wiederum positiv auf die Entwicklung eines vertrauensvollen Verhältnisses zwischen Familie und Arzt auswirken kann. Um die Entwicklung eines offenen Verhältnisses zu unterstützen, kann es zudem hilfreich sein, die Herkunftsländer der Familien auf einer Weltkarte im Sprechzimmer oder den Praxisräumen zu visualisieren, wie es in einigen Praxen praktiziert wird.

SUBJEKTIVE ERKLÄRUNGSMODELLE VON KRANKHEITEN

Viele Patienten (ob mit oder ohne Migrationshintergrund) erklären sich Erkrankungen und Symptome mit anderen Modellen als dem schulmedizinischen. In manchen Fällen kann es sein, dass diese Erklärungsmodelle zur Ablehnung der empfohlenen Therapie, zu Verzögerungen in der Therapie oder zu alternativen, ungünstigen Behandlungsverfahren führen. Daher kann es wichtig sein, die Erklärungsmodelle der Eltern zu explorieren.

Der amerikanische Medizinanthropologe Kleinman (2006) empfiehlt folgende Fragen zur Exploration des Erklärungsmodells des Patienten bzw. der Familie:

- Wie nennen Sie das Problem?
- Was, glauben Sie, ist der Grund für das Problem?
- Welchen Verlauf erwarten Sie? Wie ernst schätzen Sie das Problem ein?
- Was glauben sie, bewirkt das Problem in Ihrem Körper?
- Wie wirkt sich das Problem auf Ihren Körper und Ihre Seele aus?
- Was macht Ihnen am meisten Angst an diesem Problem?
- Was macht Ihnen am meisten Angst an der Behandlung?

Die Kenntnis des familiären Erklärungsmodells kann wichtig sein, um die weitere Beratung an den Bedürfnissen und Befürchtungen der Familie zu orientieren. Fall 1 soll illustrieren, dass die dabei gewonnenen Einblicke mitunter überraschend sein und „Befremden“ beim Zuhörer auslösen können. Wichtig ist in solchen Momenten, die Offenheit des Gegenübers wertzuschätzen, da sich nun die Gelegenheit bietet, die divergierenden Perspektiven explizit zu thematisieren. Welche Bedeutung aus unterschiedlichen Interpretationsmustern erwächst, hängt von der jeweiligen Situation ab. Im geschilderten Beispiel war eine tragfähige Beziehung zwischen Familie und Arzt gegeben und es ergaben sich keine Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung. Sollte letzteres gegeben sein, ist u. U. kein einvernehmliches Vorgehen möglich.

FALLBEISPIEL 1:

Ein 15-jähriges Mädchen wird vorgestellt, da sie von einem auf den anderen Tag begonnen hatte zu stottern. Inzwischen stottert sie seit 3 Tagen und kann es selbst nicht vermeiden. Im Rahmen der neurologischen Untersuchung kann eine fokale, organische Läsion als Ursache des Stotterns ausgeschlossen werden und ein psychogenes Stottern wird diagnostiziert.

In der vertiefenden Anamnese gibt das Mädchen an, sich in der Nacht vor 4 Tagen sehr erschrocken zu haben. In einem Spiegel in ihrem Zimmer habe sie das Gesicht einer toten, bleichen Person gesehen. Sie weiß, dass die Person nicht wirklich da war, dennoch hatte sie sehr große Angst. Am nächsten Tag begann das Stottern.

Die Eltern stammen aus Kasachstan und sind russisch-orthodoxen Glaubens, den sie regelmäßig praktizieren. Der Vater berichtet, dass es im Haus der Familie spuke. Teilweise gehe das Licht von allein aus oder die Stereoanlage stelle sich von allein lauter. Beim Einzug in das Haus habe in der Garage ein Grabstein gestanden, dessen Bestimmung unklar sei. Eine Seherin habe bestätigt, dass im Haus die Seele eines Mädchens wandle, das vor Jahren zu Tode gekommen sei.

Ogleich die Schilderungen des Vaters von Psychologin und Arzt nicht geteilt werden, wirken alle Beteiligten im Kontakt angemessen und präsent. Es gibt keine Hinweise auf psychotische Tendenzen.

Seitens der Klinik wird eine psychotherapeutische Behandlung zur Bewältigung der Angstsituation vorgeschlagen. Die Familie möchte dagegen eine spirituelle Heilerin aufsuchen, bei der das Mädchen ein paar Tage verbringen soll. Außerdem soll der Priester der Kirche eine reinigende Zeremonie in dem Haus abhalten.

Im Rahmen einer Wiedervorstellung nach 3 Wochen zeigt sich das Mädchen erleichtert, sie stottert nicht mehr. Die Behandlung der Heilerin, die viele Gespräche geführt habe, habe ihr sehr geholfen.

KOOPERATIONEN IN DER VERSORGUNG – ZUSAMMEN GEHT ES LEICHTER

Die Probleme, die sich in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen ergeben, lassen sich oftmals nicht in der Sprechstunde lösen. Die Nutzung von Kooperationen und regionalen Netzwerken kann daher hilfreich sein. Fallbeispiel 2 schildert eine Situation, in der die Betreuung eines Kindes aufgrund geringer Sprachkenntnisse, geringer Lese- und Schreibfertigkeiten, psychologischer Faktoren und möglicherweise kultureller Einflüsse sehr erschwert war. Unter erhöhtem Aufwand mit Einbezug von Jugendamt und Migrationsdienst war letztlich eine Lösung des Problems möglich.

FALLBEISPIEL 2:

Ein 18 Monate altes Mädchen soll aufgrund einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte operiert werden. Ihre Eltern stammen aus dem früheren Jugoslawien. Sie sind ethnische Roma und befinden sich im Asylbewerbungsverfahren. Die Mutter kann etwas Deutsch sprechen und hat nicht gelernt zu lesen oder zu schreiben. Der Vater verfügt über grundlegende Deutschkenntnisse und kann lesen bzw. schreiben. Er hat psychische Probleme seit er während des Bürgerkriegs Zeuge von Gewaltverbrechen wurde.

Der geplante operative Verschluss der Spalte kann zweimal nicht stattfinden, da die Familie zum ersten Termin nicht erscheint und sich zum zweiten Termin erst am Folgetag in der Klinik vorstellt.

Der betreuende niedergelassene Kinder- und Jugendarzt und die Kinderklinik vereinbaren daraufhin, den kommunalen Migrationsbeauftragten und das Jugendamt stärker einzubeziehen. Nachdem ein aufsuchender Sozialarbeiter vom Jugendamt installiert wurde, sind enge Absprachen zwischen der Familie und den beteiligten Stellen wesentlich besser möglich, so dass der Eingriff letztlich durchgeführt werden kann.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund und ihrer Familien stellt viele Kinder- und Jugendärzte vor komplexe Herausforderungen. Während einerseits strukturelle Voraussetzungen wie z. B. die flächendeckende Versorgung mit professionellen Dolmetschern nicht gegeben sind, gibt es oftmals auf lokaler Ebene Netzwerke und Strategien, die zur Überwindung von Sprachbarrieren und Vermittlung bei kulturellen Differenzen genutzt werden können. Die Erwartungen an eine gute Kommunikation mit Ärzten sind nach derzeitigem Kenntnisstand bei Migranten nicht grundsätzlich andere als die der deutschen Mehrheitsbevölkerung. Um im Interesse einer guten Patientenversorgung eine tragfähige Beziehung zur Familie zu entwickeln, ist daher ein professionelles, fragendes und sich selbst reflektierendes Vorgehen notwendig.

■ Herr Dr. med. Thorsten Langer
Helios Klinikum Wuppertal
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Sozialpädiatrisches Zentrum
Heusnerstr. 40, 42283 Wuppertal
thorsten.langer@uni-wh.de

Literatur:

- Knipper M, Bilgin Y (2009) Migration und Gesundheit Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.
- Borde T. (2009) Das Gespräch mit Migranten und die interkulturelle Kommunikation. In: Langer, T und Schnell, M (Hg) Das Arzt-Patient/Patient-Arzt Gespräch. München: Marseille-Verlag:121–133.
- Langer T, Schaper K, Gupta S, Porst R, Ostermann T. (2013) Sprachbarrieren in der Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund - Ergebnisse einer Pilotstudie zu den Erfahrungen von Kinder- und Jugendärzten. *Klin Padiatr*, 225(2):96–103.
- Flores G. (2005) The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev*, 62(3):255–299.
- Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. (2007) Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res*, 42(2):727–754.
- Mergenthal K, Gerlach F, Güthlin C. (2012) Vorhandene Ressourcen effektiv nutzen – Medizinische Fachangestellte mit Migrationshintergrund in der Hausarztpraxis *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 88(11):466–473.
- Sievers E, Aksu F, Bode H, Ipsiroglu OS. (2009) Positionspapier des Fachausschusses Transkulturelle Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ). *Transkulturelle Pädiatrie – aktuelle Perspektiven und Handlungsoptionen*. www.dgspjde, abgerufen am 12.1.2013.
- Europe Co: Recommendation (Rec18) of the Committee of Ministers to member states on health services in a multicultural society. <https://wcdcoeint/ViewDoc.jsp?id=1062769&Site=CM> 2006, abgerufen am 2.2.1013.
- Kleinman A, Benson P. (2006) Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*, 3(10):e294.

Migrationshintergrund? Plädoyer für eine zeit- gemäße Beachtung der sozialen und kulturellen Hintergründe von Kindergesundheit in Deutschland

PD Dr. Michael Knipper

Die Mehrheit der Kinder, die heute als „Migranten“ gelten, ist in Deutschland geboren und aufgewachsen. Gleichzeitig ist die „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ sehr heterogen, die Abgrenzung zu „Nicht-Migranten“ künstlich und keineswegs objektiv. Vor allem aber sind die Herausforderungen, die bei der medizinischen Betreuung von manchen Kindern mit Migrationshintergrund bestehen, oft weder spezifisch noch allein durch Migration, die (vermeintliche) Herkunft oder gar die „Kultur“ von Kindern und Eltern bedingt. Es ist Zeit für einen Perspektivenwechsel: Vom Fokus auf „Migranten“ zu einer zeitgemäßen Berücksichtigung der sozialen und kulturellen Hintergründe von Gesundheit, Krankheit und medizinischer Versorgung in Deutschland – mit „Migrationshintergrund“ als einem ebenso wichtigen wie vielschichtigen Teilaspekt.

„MIGRATIONSHINTERGRUND“: ZUR GESCHICHTE EINES POPULÄREN BEGRIFFS

Seit 2005 erhebt das Statistische Bundesamt Daten zur „Bedeutung von Migration für Staat und Gesellschaft in Deutschland“ (Destatis 2012: 5). Mit dem 2006 veröffentlichten Mikrozensus wiesen die Wiesbadener Statistiker erstmals offiziell die seitdem vielfach zitierten Zahlen aus, nach denen etwa 15,3 Millionen Menschen in Deutschland, also knapp 19% der Bevölkerung, das Kriterium „Migrationshintergrund“ erfüllen (vgl. Destatis 2006). Ein deutlich geringeres öffentliches Echo als die beeindruckenden Zahlen fanden hingegen die dahinter stehenden Vorannahmen, Überlegungen und Entscheidungen. Diese sind allerdings von grundlegender Bedeutung, um die nun regelmäßig veröffentlichten Zahlen überhaupt sinnvoll einordnen und deuten zu können.

Bis 2005 galt allein das Kriterium der Staatsbürgerschaft: Nur Ausländer waren „Migranten“. Mit der neuen Kategorie fielen auch in Deutschland geborene, eingebürgerte oder eingewanderte Deutsche und die Besitzer mehrerer Staatsbürgerschaften in diese Kategorie. Das Statistische Bundesamt begründete die Ausweitung auf diverse Gruppen von Deutschen mit dem „besonderen Integrationsbedarf“ dieser Menschen (Destatis 2006: 73, aktuell: Destatis 2012). Gerade die große Gruppe der Aussiedler aus Osteuropa und Staaten der ehemaligen Sowjetunion war zum Beispiel über die Staatsbürgerschaft nicht zu erfassen. Und Defizite etwa in der Sprachkompetenz von Schulkindern aus Zuwandererfamilien bestehen schließlich unabhängig von der Nationalität. Gleichzeitig weisen die Autoren des Mikrozensus jedoch ausdrücklich darauf hin, dass der nach dieser Definition mit einem Migrationshintergrund identifizierte Bevölkerungsanteil sehr heterogen ist und nicht klar von der Mehrheitsbevölkerung abgegrenzt werden kann. Es handelt sich also um eine artifizielle Kategorie, die zu einem spezifischen Zweck konstruiert wurde: um besser als ausschließlich über die Staatsbürgerschaft „Art und Umfang des Integrationsbedarfs“ (Destatis 2006: 73) erfassen zu können.

Im Gegensatz dazu hat sich auf gesellschaftlicher Ebene allerdings ein Sprachgebrauch etabliert, der eine klare Abgrenzung zwischen „Migranten“ und „Nicht-Migranten“ suggeriert und interne Differenzierungen jenseits fragwürdiger Kriterien wie „Abstammung“ oder „Herkunft“ weitgehend ausblendet. Es wird über „Migranten“ gesprochen, geschrieben und geforscht, als ob es sich um eine als solche real existierende Bevölkerungsgruppe handeln würde. Als ob die Abgrenzung zu „Nicht-Migranten“ objektiv und ohne weitere Erklärungen gültig sei und quasi „selbstverständlich“ auch innere Gemeinsamkeiten unter den „Migranten“ angenommen werden könnten, z. B. „kultureller Art“. Es klingt fast schon nach Resignation, wenn das Statistische Bundesamt 2012 feststellt, dass zwar das „Konzept der ‚Bevölkerung mit Migrationshintergrund‘ ... trotz seiner Sperrigkeit auch im allgemeinen Sprachgebrauch immer öfter verwendet“ werde, der Begriff in der „Mehrheit der Fälle“ aber „vollständig undefiniert“ bleibe (Destatis 2012: 5).



„MIGRATIONSHINTERGRUND“ OHNE MIGRATION?

Weshalb sind diese theoretischen Überlegungen für die Praxis von Bedeutung? Weshalb sollten sich Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte mit diesem Problem befassen? Auch hierzu zunächst ein Blick in die jüngsten Zahlen aus Wiesbaden: Die nach dem Kriterium „Migrationserfahrung“ aufgeschlüsselte Alterspyramide zeigt, dass die weit überwiegende Mehrheit der Kinder „mit Migrationshintergrund“ keine eigene „Migrationserfahrung“ hat (ibid.: S. 15). Sie sind also in Deutschland geboren und aufgewachsen. „Migration“ – im Sinne einer dauerhaften Verlegung des Lebensmittelpunkts in ein anderes Land – ist ihnen fremd. Vor allem Kinder – und indirekt ihre Ärztinnen und Ärzte – sind somit von der zunächst theoretisch klingenden Frage betroffen: Wann ist ein Kind noch „Migrant“, und ab wann gelten Kinder ohne eigene Migrationserfahrung schon als „Nicht-Migranten“? Anders gefragt: Bis zu welcher Generation oder Aufenthaltsdauer in Deutschland sollen soziale, ökonomische und/oder gesundheitliche Probleme unter dem Label „Migration“ betrachtet werden, und ab wann schlicht als soziale, ökonomische und/oder gesundheitliche Fragen im Bezug auf ein individuelles Kind, seine Familie und sein soziales Umfeld? Bis wann macht es Sinn, die Probleme z. B. bei der ärztlichen Betreuung eines Kindes mit ausländischen Eltern, Großeltern oder auch nur einem im Ausland geborenen Elternteil mit einem vermuteten „Integrationsdefizit“ zu identifizieren, mit der (vermeintlichen) „Herkunft“ und/oder der „fremden Kultur“? Zumal ein bedeutender Anteil der in Deutschland lebenden „Menschen mit Migrationshintergrund“ – Kinder, Jugendliche und Erwachsene – bekanntlich keinerlei Anlass für die Annahme von „mangelhafter Integration“ bietet.

WIE WIRD „MIGRATION“ ZU EINER HILFREICHEN KATEGORIE IN DER MEDIZIN?

Im Schatten der Popularität der neuen Begrifflichkeit und der vielfältigen politischen und gesellschaftlichen Aktivitäten und Projekte zum Thema „Integration und Zuwanderung“ sind die Fragen nach den Voraussetzungen, Grenzen, oft impliziten Wertsetzungen und den Defiziten dieser Kategorie erheblich vernachlässigt worden. Dies gilt auch für den Gesundheitsbereich und die Frage nach den „Indikationen“ und „Nebenwirkungen“ der Kategorie „Migrationshintergrund“ auf medizinische Zusammenhänge (vgl. Knipper & Bilgin 2010). Wie wird „Migration“ zu einer medizinisch *sinnvollen* Kategorie? Unter welchen Voraussetzungen kann „Migration“ auf eine für medizinisch relevante Fragestellungen *hilfreiche* Art und Weise genutzt werden – jenseits holzschnittartiger Unterscheidungen von Migranten und Nicht-Migranten, aber auch ohne die komplexen Migrationshintergründe mancher Patientinnen, Patienten, Familien und Gruppen ganz auszublenden? Aus einer etwas distanzierten, historisch und ethnologisch orientierten Perspektive, sei hier auf zwei zentrale Punkte hingewiesen: Zum einen die Notwendigkeit einer Würdigung der Perspektive der Betroffenen und zum anderen die stets explizite Bestimmung der Bedeutung von „Migration“ im konkreten Einzelfall.

1. Würdigung der Perspektive und vor allem der Selbstwahrnehmung der Betroffenen

Die als Grundlage der aktuellen Statistiken verwendete Definition blendet die Selbstwahrnehmung der Betroffenen vollständig aus. Hier geht es allein um eine trennscharfe, für Studienzwecke geeignete Unterscheidung von zwei Kollektiven: den Bevölkerungsanteilen mit und ohne vermuteten „Integrationsbedarf“. Die soziale Realität in Deutschland kann aber durch abstrakte Kategorien, welche die Selbstidentifikation der Betroffenen unberücksichtigt lässt, nicht adäquat erfasst werden. Denn diese ist – gerade in Migrationsgesellschaften – selten eindeutig oder gar stabil (vgl. Wimmer 2008). Identität kann nicht verordnet werden, sondern sie entsteht in sozialen Beziehungen. Sie entwickelt sich in konstanten Identifikations- und Abgrenzungsprozessen, die in der Kindheit beginnen und sich das Leben über fortsetzen. Für manche Menschen ohne Migration in der eigenen Biographie und Familie mag es nur schwer vorstellbar sein, aber gerade für viele Kinder in Deutschland gehören „hybride Identitäten“ heute zum Alltag (Foroutan 2011): Sie verbinden die deutsche mit der Identität des Herkunftslandes oder der Herkunftsländer der Eltern (vgl. Spohn 2006). Mehrsprachigkeit, familiäre und soziale Beziehungen sowie emotionale Bindungen und Lebenspläne, die über nationale oder kontinentale Grenzen hinaus reichen, sind Teil ihrer Normalität. Begriffliche Kategorien und statistische Instrumente dagegen, die auf eindeutigen Zuschreibungen basieren, können dieser Lebenswirklichkeit jedoch nicht ansatzweise gerecht werden. Erschwerend kommt hinzu, dass die Kategorie „Migrant“ von Betroffenen nicht selten als stigmatisierend empfunden wird, z. B. da sie das Trennende betont und den Verdacht auf „Integrations-“ und andere Defizite beinhaltet. Die Frage nach der Selbstidentifikation eines Menschen, und welche Bedeutung diese für einen medizinisch relevanten Zusammenhang hat, ist stets offen und muss in jedem Einzelfall individuell betrachtet werden (vgl. Kleinman & Benson 2006).

2. Explizite Bestimmung der Bedeutung von „Migration“ im konkreten Einzelfall

Sei es im Bezug auf einen individuellen Patienten, eine Familie, eine soziale Gruppe oder auf eine zu Studienzwecken bestimmte Kohorte und/oder Fragestellung: „Migration“ darf keine leere Worthülle bleiben, sondern muss mit konkretem Inhalt gefüllt werden. Leitfrage ist stets: „Wie weit sind die mit dem Faktor ‚Migration‘ assoziierten Phänomene tatsächlich migrationspezifisch – entweder im Hinblick auf einen konkreten Migrationsprozess oder auf die Zugehörigkeit zu einer mit ‚Migration‘ identifizierten sozialen Gruppe?“ (Knipper & Bilgin 2009: 15, Schenk & Neuhauser 2005).

Auch im Gesundheitsbereich gilt, dass nicht alle bei Kindern mit Migrationshintergrund bestehenden Herausforderungen durch Migration begründet sind oder einen Zusammenhang mit der Herkunft oder dem kulturellen Hintergrund von Kindern und/oder Eltern aufweisen. Ohne weitere Konkretisierung bleiben „Migration“ und „Migrationshintergrund“ diffus, oberflächlich, potenziell stigmatisierend und vor allem jedes Erklä-

zungspotenzial schuldig. Wird „Migration“ als relevanter Aspekt identifiziert, muss dies stets der Anfang einer weitergehenden Analyse sein. Denn „Migrationshintergrund“ allein ist keine Antwort! Aber was kann „Migration“ konkret bedeuten? Dazu drei Beispiele:

FALLBEISPIEL 1:

Impfprävention bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Aufgrund erster Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys 2003–2006 (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (RKI) wurde 2010 am RKI ein Forschungsprojekt zur „Entwicklung einer Strategie zur Steigerung der Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund“ gestartet (RKI 2011). Dabei zeigte sich, dass Kinder mit Migrationshintergrund insgesamt betrachtet nicht schlechter geimpft sind als Kinder ohne Migrationshintergrund. Und so weit die erhobenen Daten eine Aussage zuließen, wurde ferner festgestellt, dass „elterliche Vorbehalte gegenüber Impfungen ... für Kinder mit beiderseitigem Migrationshintergrund seltener angegeben“ wurden „als für Kinder ohne Migrationshintergrund“ (RKI 2011: 436). Eine nach den Kriterien „Migrationserfahrung“ und Aufenthaltsdauer aufgeschlüsselte Analyse zeigte hingegen, dass nicht in Deutschland geborene Kinder mit kurzer Aufenthaltsdauer schlechtere Impfquoten zeigten. Besonderer Handlungsbedarf wurde für neu zugewanderte Kinder und Jugendliche, Asylbewerber und Flüchtlinge identifiziert (RKI 2011).

Das Beispiel der Impfquoten zeigt deutlich die Notwendigkeit einer Spezifizierung: Unter allen Kindern und Jugendlichen „mit Migrationshintergrund“ sind die neu Eingereisten eine Minderheit, die bei „Durchschnittswerten“ unsichtbar wird. Erst die Differenzierung nach Aufenthaltsdauer führt zur Identifikation derjenigen, die tatsächlich einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen. Gleichzeitig gewinnen die statistischen Zahlen durch Zusatzinformationen Plausibilität und helfen, die Bedeutung spezifischer Aspekte von Migration für medizinisch relevante Fragen besser zu verstehen und Handlungsstrategien zu entwickeln: Bei erst kurzem Aufenthalt in Deutschland sind geringere Sprachkenntnisse und geringeres Wissen um die Struktur und Funktion des deutschen Gesundheitswesens wahrscheinlicher als bei lange in Deutschland lebenden Familien. Bei Asylbewerbern, Flüchtlingen und Papierlosen kommen rechtliche Barrieren und die grundsätzliche Unsicherheit der Eltern und Kinder bezüglich des Lebens und der unklaren Perspektive für einen Aufenthalt in Deutschland hinzu. Angebote zur Steigerung der Impfquote für Kinder mit Migrationshintergrund müssen entsprechend zielgruppenorientiert vorgehen und die reale Lebenssituation der Kinder und ihrer Angehörigen berücksichtigen.

Dies ist im Übrigen auch das wichtigste Charakteristikum eines ethnologischen Zugangs zu Fragen von Medizin, Migration und ethnisch-kultureller Vielfalt: Anstelle abstrakter Verweise auf „Kultur“ und/oder „kulturelle Barrieren“ z. B. gegenüber medi-

zinischen Verfahren wie Impfungen gilt es, die konkrete Lebensrealität und die Problemwahrnehmung der Betroffenen in den Blick zu nehmen (vgl. Kleinman & Benson 2006, Knipper & Bilgin 2009: 22ff). Ebenso wie „Migrationshintergrund“ ist „Kultur“ erst dann eine sinnvolle Kategorie, wenn sie mit konkreten und gut begründeten Inhalten gefüllt wird.

FALLBEISPIEL 2:

10-jähriges libanesisches Mädchen mit unklaren Bauchschmerzen

Ein 10-jähriges Mädchen wurde zur diagnostischen Abklärung von unklaren Bauchschmerzen stationär aufgenommen. Zuletzt seien die Schmerzen so heftig gewesen, dass sie kaum etwas essen und trinken konnte. Die Diagnostik blieb jedoch ohne organischen Befund. Eine Famulantin kommt mit dem Kind und seiner Mutter ins Gespräch: Das Mädchen ist in Deutschland geboren. Die Eltern kamen vor seiner Geburt als politische Flüchtlinge aus dem Libanon nach Deutschland und warten bis heute auf eine definitive Entscheidung über ihren Asylantrag. Die Studentin erfährt von sehr beengtem Wohnraum und jugendlichen Geschwistern, die den Eltern große Sorgen und dem Mädchen unruhige Nächte bereiten. Kein Rückzugsraum, keine Ruhe zum Lernen, Schlafmangel, Angst. Das Mädchen erzählt von den Ermahnungen einer Lehrerin, sich doch bitte anzustrengen und sorgfältiger zu arbeiten. „Dabei weiß ich das eigentlich“. Mitschüler grenzen sie aus: „Du gehörst nicht zu uns“, haben sie mir nachgerufen. Dabei bin ich doch hier geboren“. Die Mutter berichtet – in sehr gutem Deutsch – von der zermürbenden Unsicherheit, von Schuldgefühlen gegenüber den Kindern und großen Sorgen um ihre Zukunft, sowie von der Verzweiflung des Ehemanns, der aus einer angesehenen Familie stammend, Akademiker, die Familie jetzt mit Hilfsarbeiten durchbringen muss. Die Stationsärztin schaltet eine für Fragen im Zusammenhang von Migration und Aufenthaltsrecht kompetente Sozialarbeiterin ein, um mit der Familie eine Strategie zur schrittweisen Verbesserung der Lebenssituation des Mädchens und seiner Familie zu erreichen.

Dieses auf einer realen Geschichte basierende Beispiel zeigt, was „Migration“ für ein Kind – selbst ohne eigene „Migrationserfahrung“ – und seine Familie bedeuten kann. Hier stehen die psychosozialen Belastungsfaktoren des Lebens als Migrant/in im Vordergrund, und die daraus unter Umständen resultierenden psychosomatischen Beschwerden. Aus isoliert betrachteten äußeren Faktoren, wie dem Herkunftsland und der Aufenthaltsdauer, lassen sich die Hintergründe der Beschwerden des Kindes nicht ergründen. Sie liefern jedoch Anhaltspunkte, die durch ein entsprechend ausführliches und von Empathie getragenes Anamnesegespräch mit konkreter Bedeutung versehen werden. Dabei ergeben sich schließlich auch Ansatzpunkte für Handlungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte, die allerdings über im engsten Sinne „medizinische“ Verfahren weit hinaus gehen.

Das Beispiel illustriert die entscheidende Bedeutung des „Lebens als Migrant“ im Zielland der Migration (bzw. im Land des aktuellen Aufenthalts), gerade für die psychosoziale Situation der betroffenen Kinder und Erwachsenen. Es zeigt eindrucksvoll, dass auch Kinder ohne eigene Migrationserfahrung durch mit der Migration der Eltern assoziierte Faktoren erheblich belastet sein können. Erklärungen und Ursachen für die Probleme der Kinder finden sich jedoch nicht im Heimatland der Eltern oder dem „Kulturkreis“, aus dem sie „abstammen“, sondern in der für Eltern wie Kinder von Unsicherheit geprägten und dauerhaft belastenden Lebensrealität in Deutschland. Entscheidend sind die rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen sowie Erfahrungen von Ausgrenzung, Ablehnung und Abhängigkeit.

FALLBEISPIEL 3:

Eklat in der Sprechstunde

Ein 8-jähriger Junge mit bekannter globaler Entwicklungsstörung wird von seinen aus der Ukraine stammenden Eltern in der kinder- und jugendärztlichen Praxis vorgestellt. Der Junge besucht eine Förderschule und befindet sich bereits in kinder- und jugendpsychiatrischer Betreuung. Die aktuelle Vorstellung erfolgt auf Initiative der Schule, da der Junge zunehmend durch aggressives Verhalten gegenüber Mitschülern aufgefallen war. Eine Sozialarbeiterin hatte den Kinder- und Jugendarzt bereits im Vorfeld in resignierendem Ton von erheblichen Problemen bei der Zusammenarbeit mit der Familie berichtet. Neben sprachlich begründeten Verständigungsproblemen beklagte sie fehlendes Problembewusstsein auf Seiten der Eltern.

In der Praxis berichtete die Mutter dem Kinder- und Jugendarzt, dass sie und ihr Mann mit der Situation überfordert seien. Sie bittet um eine erneute Überweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aus der Klinik liegt dem Kinder- und Jugendarzt jedoch die Empfehlung vor, den Jungen in einem geeigneten Internat unterzubringen, um dort eine intensive Förderung und Betreuung zu gewährleisten. Als der Kinder- und Jugendarzt dies den Eltern mitteilt, kommt es zum Eklat: Die Mutter versteht die Empfehlung des Kinder- und Jugendarztes offenbar nur bruchstückhaft und reagiert wütend. Aufgrund der schwierigen Kommunikation wird eine medizinische Fachangestellte mit russischen Sprachkenntnissen hinzugerufen, die aufgrund des Zeitdrucks im Praxisablauf jedoch nur kurz anwesend und damit nicht wesentlich zur Klärung der Situation beitragen kann. Sie kann allein den Kompromissvorschlag des Arztes übersetzen, einen neuen Termin mit mehr Zeit und in Anwesenheit der Sozialarbeiterin und eines Übersetzers auszumachen. Außerdem schnappt sie eine Bemerkung der Mutter auf, dass sie sich unter Druck gesetzt fühle. Der vereinbarte Termin wird von der Familie schließlich nicht wahrgenommen. Die Familie zieht sich zurück.

Diese auf einer realen Begebenheit beruhende Kasuistik ist keineswegs „typisch“ oder gar spezifisch für „Migranten“,

macht jedoch einen sehr grundlegenden Punkt deutlich: Im kinder- und jugendärztlichen Alltag wird „Migration“ oft durch sehr komplexe Konstellationen sichtbar, wobei derartigen Konfliktfällen häufig eine längere Geschichte von Missverständnissen und Kommunikationsmängeln sowie enttäuschten Erwartungen und Ängsten vorausgeht, die am Ende eskalieren.

Ein Punkt sind die offensichtlich mangelhaften deutschen Sprachkenntnisse der Eltern, über die ein moralisches Urteil ohne Kenntnis der sozialen und biographischen Hintergründe jedoch unangebracht ist. Zudem fallen frappierende Kommunikationsmängel zwischen den institutionell beteiligten Akteuren auf: Klinik, Sozialdienst, Schule und Kinder- und Jugendarztpraxis. Weshalb wird die Familie mit diesem Problem in der „normalen“ Sprechstunde vorstellig, ohne Abstimmung, vorbereitendem Informationsaustausch, Einbindung der Sozialarbeiterin und, bei den offenbar bekannten Sprachproblemen, eines geeigneten Dolmetschers? Wie soll dieses für das Kind und seine Eltern entscheidende Gespräch im Rhythmus der regulären Sprechstunde stattfinden, in einem Zeitfenster von 5–7 Minuten? Hier sind Frustrationen und die schließlich fatale Eskalation vorprogrammiert. Die Kasuistik wirft Fragen nach strukturellen Defiziten auf und nach den Gründen für die mangelhafte Kommunikation zwischen den professionell beteiligten Akteuren. Haben die mit dieser Familie in Erfüllung ihrer beruflichen Verpflichtungen betrauten Personen ihre individuellen Handlungsspielräume ausgeschöpft?

In diesem Beispiel bedeutet „Migration“ ein Übermaß an sozialer Komplexität für die „normale“ kinder- und jugendärztliche Sprechstunde und den Praxisablauf, gepaart mit vielfältigen Kommunikationsmängeln. Die sprachlichen Defizite auf Seite der Eltern sind dabei nur ein Aspekt unter vielen, zumal Russisch heute in Deutschland keine wirklich seltene Sprache mehr ist. Komplexe soziale Konstellationen mit Kommunikationsmängeln, Missverständnissen und Konfliktpotenzial zwischen Eltern, Betreuungseinrichtungen und Kinderärztinnen und -ärzten sind jedoch weder spezifisch noch exklusiv für „Migranten“. Im Hintergrund steht – bei „Migranten“ wie „Nicht-Migranten“ – ein aus der Geschichte wohl bekannter Zusammenhang, allerdings in vielfältigen und teils durch die historische Situation am Beginn des 21. Jahrhunderts veränderten Erscheinungsformen: Der Zusammenhang zwischen Krankheit, Gesundheitsversorgung und sozialen Faktoren, einschließlich soziokultureller Diversität.

MIGRATION UND DIE SOZIOKULTURELLEN HINTERGRÜNDE VON KINDERGESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND

Kinder und Jugendliche mit ausländischen Wurzeln, aus sozial schwächeren Familien, aus benachteiligten und teilweise stigmatisierten sozialen Gruppen oder Quartieren gehörten in deutschen Arztpraxen und Kliniken bereits zum Alltag, als Begriffe wie „Migrationshintergrund“ und „Integration“ noch unbekannt waren. Sozioökonomische und soziokulturelle Viel-

falt sind weder neue noch vorübergehende Phänomene in Deutschland, und sie werden im Zuge von Globalisierung und europäischer Integration weiter an Bedeutung zunehmen. Diversität - im Sinne einer wachsenden Vielfalt und Dynamik von soziokulturellen Milieus, Lebenswelten, familiären Strukturen und Lebensgeschichten - gehört zur gesellschaftlichen Realität in Deutschland.

Migration und Defizite bei der „Integration“ von manchen Menschen mit ausländischen Wurzeln sind nur Teilaspekte einer wesentlich umfassenderen Thematik. Für den Gesundheitsbereich kommt hinzu, dass der aktuelle Fokus auf Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund die Diskussion um soziokulturelle Vielfalt in eine Richtung lenkt, die für medizinische und die Gesundheitsversorgung betreffende Fragen nicht unbedingt hilfreich ist. Zu leicht verengt sich der Blick auf die (vermuteten) Integrationsdefizite, mangelhaften Sprachkenntnisse, Wissenslücken oder gar die „Kultur“ der „Migranten“. Zu leicht geraten die strukturellen Voraussetzungen zum Beispiel für eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation aus dem Blick. Dasselbe gilt für die reale und oft sehr komplexe - für Außenstehende fremde - Lebenswelt der Kinder und ihrer Angehörigen, sowie für subjektive Erklärungsmodelle von Krankheit, Gesundheit und Heilung jenseits kultureller Stereotypen. All diese Punkte sind außerdem - in individuell unterschiedlichem Ausmaß - für Kinder, Jugendliche und Familien mit und ohne Migrationshintergrund relevant, werden in einer zunehmend enger getakteten und auf organische Befunde fokussierten Medizin aber tendenziell ausgeblendet. Wenn Anamnesen zu Checklisten werden, wie der Harvard-Psychiater Antonio Bullon kürzlich schrieb (vgl. Bullon et al. 2011), bleibt nur noch wenig Raum für die individuellen sozialen und kulturellen Dimensionen von Krankheit und ärztlicher Versorgung.

Die im Endeffekt entscheidende Frage ist, ob unser Gesundheitssystem in der Lage ist, eine adäquate medizinische Versorgung in einer von zunehmender soziokultureller und ökonomischer Diversität gekennzeichneten Gesellschaft zu gewährleisten. Es geht nicht um „Migranten“ und nicht um „Integration“, sondern um „Equity“: Es geht um Gerechtigkeit und Chancengleichheit, um das völkerrechtlich begründete „Recht auf Gesundheit“ im Sinne eines diskriminierungsfreien Zugangs zu Gesundheitsversorgung gerade auch für Angehörige sozialer Randgruppen, Flüchtlinge und Minderheiten (UN 2000). Es geht zum Beispiel um das Recht von Kindern und Jugendlichen auf medizinische Betreuung unabhängig von der Herkunft, dem sozialen Status, den deutschen Sprachkenntnissen und/oder dem „Integrationsgrad“ der Eltern. Und um die Pflicht von Leistungserbringern und politisch Verantwortlichen, dies zu gewährleisten. Aber wie weit ist es heute möglich, Patienten und ihren Familien die notwendige Zeit und ungeteilte Aufmerksamkeit zu widmen? Wie steht es um die strukturellen und institutionellen Voraussetzungen für adäquate Kommunikation, einschließlich der Nutzung von Dolmetschern? Welche Bewertung der sozialen, kommunikativen und kulturellen Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften und medizinischen Fachangestellten reflektie-

ren die aktuellen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen? Welche Priorität, welcher Raum und welche Ressourcen werden diesen Aspekten von Medizin und ärztlichem Handeln real zugestanden? Hier sind alle Beteiligten gefordert, ihre Handlungsspielräume zu nutzen - nicht allein in Praxis und Klinik, sondern ganz besonders aufseiten der für die Struktur und die Funktionsweise des Gesundheitssystems verantwortlichen Instanzen, von Berufsverbänden über Kassenärztliche Vereinigungen und Kostenträgern bis in die Politik.

■ Herr PD Dr. med. Michael Knipper
Institut für Geschichte in der Medizin
Justus-Liebig-Universität
Theringstraße 6, 35392 Giessen
michael.knipper@histor.med.uni-giessen.de

Literatur:

- Bullon, A., DelVecchio Good M.J., Carpenter-Song E. (2011): The Paper Life of Minority and Low-Income Patient Care. In: M. DelVecchio Good, S. Willen, S. Hannah, K. Vickery, L. Park (Hg.): Shattering Culture: American Medicine Responds to Cultural Diversity. New York: Russell Sage Foundation, S. 200-216
- Destatis (2006) Leben in Deutschland. Haushalte, Familie und Gesundheit. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Destatis (2012) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2011. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Foroutan, N. (2011) Hybridität als Gleichzeitigkeit von Differenz? Überlegungen zu Identitätsmodellen zwischen Abgrenzung, Akkulturation und Assimilation. In: David, M. und T. Borde (Hg.): Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration. Wie beeinflussen Migration und Akkulturation soziale und medizinische Parameter? Frankfurt/Main: Mabuse: 39-45
- Kleinman, A., Benson, P. (2006). Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competence and How to Fix it. PLoS Med 3(10):e294.
- Knipper, M., Bilgin Y (2009): Migration und Gesundheit. St. Augustin/Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. und Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung e.V.
- Knipper, M., Bilgin Y. (2010): Medizin und ethnisch-kulturelle Vielfalt - Migration und andere Hintergründe. Deutsches Ärzteblatt 107 (3): A 76-79.
- RKI (2011): Epidemiologisches Bulletin 48/2011. Robert Koch-Institut Berlin.
- Schenk, L., Neuhauser H. (2005): Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 48 (3): 279-286.
- Spohn, C. (Hg.) (2006): Zweheimisch. Bikulturell leben in Deutschland. Hamburg: Edition Kröber Stiftung.
- Wimmer, A. (2008): Ethnische Grenzziehungen in der Immigrationsgesellschaft. Jenseits des Herder'schen Commonsense. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie & Sozialpsychologie, 48: 57-80.
- UN (2000): United Nations: The right to the highest attainable standard of health. General Comment No 14. Geneva: UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000

Danksagung

Der Autor dankt den Studierenden und Kolleg/innen Lisa Mack, Inessa Markus, Dr. Christoffer Krug und Laura Strauß für wertvolle Kommentare und die Fallgeschichten Nr. 2 und 3.

Migrantinnen und Migranten in der Pädiatrie Rechtliche Voraussetzung und Gesetze – Was ist in der Praxis relevant?

Dr. Gabriele Trost-Brinkhues

Bei der fachärztlichen Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund sollte jeder Pädiater sich nicht nur im SGB V auskennen. Begriffe wie „Aufenthaltstitel“, „Aufenthalts-erlaubnis“, „Aufenthaltsgestattung“, „Duldung“ sollten bekannt sein und auch, welche Konsequenzen sich z. B. für den Kranken-versicherungsschutz und die Behandlungsmöglichkeiten ergeben.

Säuglinge, Kleinkinder, Schulkinder und Jugendliche werden im Notfall in der Pädiatrie immer behandelt, sei es in einer kinder- und jugendärztlichen Praxis oder in einer Klinik. Schon bald aber taucht die Frage nach dem Krankenversicherungsschutz des Kindes selbst bzw. nach dem Hauptversicherten für ein „familien-versichertes“ Kind und damit nach dem Kostenträger einer zwingend notwendigen Maßnahme auf. Wie sind die rechtlichen Rahmenbedingungen? Wer darf zu welchen Bedingungen in der BRD sein? Wer oder was entscheidet darüber, ob und zu welchen Bedingungen ein Kind, ein Jugendlicher, eine Familie mit Kindern krankenversichert wird?

Dieser Beitrag soll einen kleinen Überblick über die sehr schwierige und verwirrende Materie geben. Alle im Folgenden genannten Gesetze sind Bundesgesetze, gelten also in der gesamten BRD. Bei Asylbewerbern sind die Ausländerbehörden für alle aufenthaltsrechtlichen Angelegenheiten zuständig.

Für Unterbringung, Verpflegung und auch den Krankenversicherungsschutz hingegen sind die Sozialämter der jeweiligen Städte und Gemeinden zuständig, in die die Asylbewerber im Zuweisungsverfahren per Bescheid zugewiesen wurden. Wie die tatsächliche Umsetzung erfolgt, kann teilweise von Kommune zu Kommune unterschiedlich entschieden werden.

Die gesetzlichen Grundkenntnisse entbinden also den einzelnen Pädiater nicht, sich in besonderen Fällen mit den Ansprechpartnern der Sozialbehörde/dem Sozialamt oder auch der Ausländerbehörde/des Ausländeramtes vor Ort auseinander zu setzen. Diese Ansprechpartner vor Ort lassen sich über den Internetauftritt jeder Kommune leicht herausfinden.

DAS ZUWANDERUNGSGESETZ

Zentrales Gesetz ist das Zuwanderungsgesetz (Gesetz zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern) vom 1.1.2005, das wesentliche Teile des deutschen Ausländerrechts regelt und die zuvor geltenden Gesetze und Bestimmungen ablöst. Die 15 Artikel dieses Gesetzes beschreiben die entsprechenden Einzelgesetze bzw. Änderungsgesetze, die im Folgenden etwas erläutert werden.

In Artikel 1 wird in dem neu eingeführten Aufenthaltsgesetz (Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet) der Aufenthalt von Drittstaatlern (Ausländern, die nicht aus einem Land der EU kommen) geregelt. Allein dieses Aufenthaltsgesetz umfasst 10 Kapitel mit 107 Paragraphen. Unter anderem ist geregelt, dass jeder einen sog. Aufenthaltstitel benötigt: Dies ist entweder ein Visum für einen kurzzeitigen Aufenthalt (bis zu drei Monaten), oder eine stets befristete Aufenthaltserlaubnis (§ 7) oder die Niederlassungserlaubnis (§ 9), die unbefristet ist und an bestimmte Voraussetzungen, wie z. B. die Sicherung des eigenen Lebensunterhaltes einschließlich des Krankenversicherungsschutzes, geknüpft ist.

Insgesamt kennt das Aufenthaltsgesetz etwa 60 verschiedene Aufenthaltsw Zwecke, hierzu gehören u. a. Ausbildung oder Studium, Erwerbstätigkeit, Aufenthalt aus familiären Gründen oder der Aufenthalt aus völkerrechtlichen, humanitären oder politischen Gründen.

Ein vorübergehender Aufenthaltsstatus kann auch noch – wie bisher – einerseits durch die sog. Duldung (§ 60a), die kein Aufenthaltsrecht, sondern nur die „Aussetzung der Abschiebung“ bedeutet, erreicht werden. Andererseits kann eine Aufenthaltsgestattung nach dem weiter unten erwähnten Asylverfahrensgesetz für Asylbewerber, über deren Antrag noch nicht rechtskräftig entschieden wurde, erfolgen. Auch unerlaubt Eingereiste können – sofern sie sich bei den Behörden melden – Flüchtlingsschutz im Sinne dieser sog. Duldung beanspruchen. Für eine illegale bzw. unerlaubte Migration/ Zuwanderung enthält das Gesetz aber auch strafrechtliche Bestimmungen.

Artikel 2 enthält das ebenfalls neu eingeführte Gesetz über die allgemeine Freizügigkeit von Unionsbürgern (Freizügigkeitsgesetz/EU), das den Aufenthalt von Unionsbürgern (Aus-



länder aus einem Land der EU) und deren Familienangehörigen regelt. Mit diesem Freizügigkeitsgesetz sind die europarechtlichen Vorgaben in nationales Recht umgesetzt.

Alle Unionsbürger haben in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union ein Recht auf Freizügigkeit, also auf Ausreise aus ihrem Herkunftsmitgliedstaat und auf Einreise und Aufenthalt im Aufnahmemitgliedstaat, wenn sie im Aufnahmemitgliedstaat z. B. als Arbeitnehmer oder Selbstständige im Wirtschaftsleben erwerbstätig oder auf Arbeitssuche sind. Andere – nicht erwerbstätige – Unionsbürger haben dieses Recht, wenn sie im Aufnahmemitgliedstaat über ausreichende Existenzmittel und einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz verfügen. Das gleiche gilt für die Familienangehörigen, die den Unionsbürger begleiten oder zu ihm nachziehen. Für eine Einreise und einen Aufenthalt bis zu drei Monaten sind sogar nur ein Personalausweis oder Reisepass erforderlich (§§ 2, 3 FreizügG/EU). Freizügigkeitsberechtigte Unionsbürger benötigen seit 1/2013 selbst kein Aufenthaltsdokument mehr. Ihre Familienangehörigen, die nicht Unionsbürger sind, erhalten zunächst eine sogenannte Aufenthaltskarte. Der Erwerb eines Daueraufenthaltsrechts (vgl. § 4a FreizügG/EU) – in der Regel nach 5 Jahren rechtmäßigem Aufenthalt und Arbeit in der BRD – darf nur aus Gründen der öffentlichen Ordnung, Sicherheit oder Gesundheit nicht gewährt werden (§ 6 Abs. 1 FreizügG/EU). Zahlreiche Begründungen können auch schon früher zu einem Daueraufenthaltsrecht führen. In § 9 FreizügG/EU werden die strafrechtlichen Folgen für Verstöße durch die unerlaubte Einreise oder den unerlaubten Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland benannt.

Durch die Artikel 3 bis 12 des Zuwanderungsgesetzes wurden unter anderem folgende Gesetze geändert: a) Asylverfahrensgesetz, b) Staatsangehörigkeitsgesetz, c) Bundesvertriebenengesetz und d) das für die Pädiatrie nicht unwichtige Asylbewerberleistungsgesetz.

BERECHTIGUNG ZUR ERWERBSTÄTIGKEIT

Seit 2005 wird gem. AufenthG die Berechtigung einer Erwerbstätigkeit – also die Arbeitserlaubnis – in den Aufenthaltstitel von der Ausländerbehörde eingetragen, die Bundesagentur für Arbeit stimmt noch behördenintern zu. Unter einer solchen Erwerbstätigkeit wird sowohl eine selbstständige Tätigkeit als Unternehmer als auch die unselbstständige Tätigkeit als Arbeitnehmer in einem abhängigen Arbeitsverhältnis angesehen.

Alle Unionsbürger und ihre Familienangehörigen (aktuell noch außer Bulgaren und Rumänen) benötigen keine Arbeitserlaubnis oder Berechtigung zur Erwerbstätigkeit; sie genießen schon jetzt die volle Arbeitnehmerfreizügigkeit (s.o.) Die Bundesregierung hatte im Dezember 2011 beschlossen, die volle Freizügigkeit für Bulgaren und Rumänen noch bis Ende 2013 auszusetzen, also wird noch eine Arbeitsgenehmigung-EU benötigt, danach genießen auch diese EU-Bürger volle Freizügigkeit.

DER KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ

Eine Krankenversicherungspflicht besteht grundsätzlich auch für ausländische Menschen, die vorübergehend oder auch dau-

erhaft in Deutschland leben. Allerdings gibt es unterschiedliche Modelle und Tarife, abhängig von Zweck und Dauer des Aufenthaltes. Grundsätzlich gelten die allgemeinen sozialrechtlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland aber auch für Zuwanderer.

Für die Erteilung eines Aufenthaltstitels (s.o.) ist gem. § 2 AufenthG eine Krankenversicherung als Teil der sog. Lebensunterhaltssicherung nachzuweisen.

Wann aber hat ein Ausländer Anspruch auf Aufnahme in eine gesetzliche Krankenkasse? Anspruch auf Aufnahme besteht z. B. im Rahmen der Familienversicherung nach § 10 SGB V. Dies ist so, wenn dieser zum Beispiel mit einer Person die Ehe geschlossen hat, die gesetzlich krankenversichert ist und der Ausländer selbst kein bzw. nur ein geringfügiges Einkommen erzielt. Diese Krankenversicherung gilt dann ohne zusätzlichen Beitrag. Im Rahmen der Familienversicherung sind dann die Kinder ebenfalls beitragsfrei abgesichert.

Personen, die nicht im Rahmen der Familienversicherung versichert sind und auch keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, sind in der gesetzlichen Krankenkasse nur dann pflichtversichert, wenn sie zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder sie bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren.

Gerade für Drittstaatsangehörige (also Ausländer, die nicht die Staatsangehörigkeit eines Staates der EU inne haben) ist die Pflichtversicherung nur gegeben, wenn diese eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. Dies ist z. B. nicht der Fall, wenn ein Ausländer zu seinem im Inland lebenden ausländischen Ehegatten zieht. Ist dieser ausländische Ehegatte darüber hinaus privat krankenversichert, besteht keine Möglichkeit, eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erreichen, da weder Pflicht- noch Familienversicherung möglich ist. Auch nicht möglich ist z. B. eine Mitgliedschaft in Rahmen der Familienzusammenführung von anderen Verwandten nach § 36 Abs. 2 AufenthG (typischer Fall: Zuzug eines Elternteils zum volljährigen Kind), da hier die Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhaltes besteht.

Dann könnte man eine private Krankenversicherung abschließen. In solchen Fällen sind alle privaten Krankenversicherungen dazu verpflichtet, den Ausländer in den sog. Basistarif aufzunehmen. Dies ist auch so, wenn diese Aufnahme für die Krankenversicherung wirtschaftlich ungünstig ist, weil Vorerkrankungen bestehen oder der Mensch bereits altersbedingt häufiger krank ist. Dies bedeutet also, dass die privaten Krankenversicherungen keinen Antrag auf Aufnahme ablehnen können. Eine Versicherung im Basistarif ist aber mit bis zu 650 € nicht gerade günstig, was also bei einem fehlenden Einkommen häufig auch zu einem fehlenden Krankenversicherungsschutz führt.

Für die Beantragung eines Visums in die BRD wird daher zuvor der Nachweis einer Krankenversicherung im Heimatland verlangt.

Alle Migranten, die sich legal in Deutschland aufhalten und versicherungspflichtig beschäftigt sind, erhalten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – wie jeder Versicherte in Deutschland – und auch ihre Familienangehörigen sind entsprechend mitversichert.

ASYLBEWERBER

Ausländische Menschen, die in ihrem Heimatland politisch verfolgt werden, können nach Artikel 16a des Grundgesetzes (GG) der Bundesrepublik Deutschland Asyl erhalten, hier greift das Asylverfahrensgesetz. Berücksichtigt wird grundsätzlich nur staatliche Verfolgung, also Verfolgung, die vom Staat ausgeht. Ausnahmen gelten, wenn die nichtstaatliche Verfolgung dem Staat zuzurechnen ist oder der nichtstaatliche Verfolger selbst an die Stelle des Staates getreten ist (quasi staatliche Verfolgung). Allgemeine Notsituationen wie Armut, Bürgerkriege, Naturkatastrophen oder Perspektivlosigkeit sind damit als Gründe für eine Asylgewährung grundsätzlich ausgeschlossen, können in bestimmten Fällen aber zu einem anderen humanitären Aufenthalt führen.

Bei einer Einreise über einen sicheren Drittstaat (z. B. über Italien, Spanien, Belgien, ... in die BRD) ist eine Anerkennung als Asylberechtigter ebenfalls ausgeschlossen. Dies gilt auch, wenn eine Rückführung in diesen Drittstaat nicht möglich ist, etwa weil dieser mangels entsprechender Angaben des Asylbewerbers nicht konkret bekannt ist.

Für die Eröffnung des Asylverfahrens muss ein Asylantrag in einer Außenstelle des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge gestellt werden (z. B. an den Grenzen oder den Flughäfen). Im Rahmen des Asylverfahrens prüft das Bundesamt sodann, ob der Antragsteller Asylberechtigter ist und ob ihm die Flüchtlingseigenschaften im Sinne des § 60 Abs. 1 Aufenthaltsgesetz zuzuerkennen ist. Werden Asylberechtigung und Flüchtlingseigenschaft verneint, prüft das Bundesamt, ob Abschiebungsverbote nach den Absätzen 2 bis 7 des § 60 Aufenthaltsgesetzes vorliegen. Werden auch diese Abschiebungsverbote verneint, erlässt das Bundesamt mit seinem Ablehnungsbescheid zugleich eine Abschiebungsandrohung.

Die in diesem Sinne „berechtigten“ Asylbewerber werden auf die Bundesländer nach einem Quoten-Schlüssel verteilt. Asylbewerber dürfen den ihnen zugewiesenen Landkreis nicht ohne schriftliche Erlaubnis verlassen.

Asylberechtigte erhalten eine Aufenthaltserlaubnis für drei Jahre. Für eine anschließende, unbefristete Aufenthaltserlaubnis dürfen keine Voraussetzungen zu einem Widerruf oder einer Rücknahme vorliegen. Wenn die Flüchtlingseigenschaft festgestellt wird, wird ebenfalls eine Aufenthaltserlaubnis erteilt, die im Regelfall auf drei Jahre befristet ist. Nach drei Jahren kann eine (unbefristete) Niederlassungserlaubnis erteilt werden.

Für den Fall, dass der Asylbewerber nicht als Asylberechtigter oder Flüchtling anerkannt wird, ihm kein subsidiärer Schutz gewährt wird und er keinen Aufenthaltstitel besitzt, erlässt das Bundesamt eine Ausreiseaufforderung mit Abschiebungsandrohung. Wird der Asylantrag als (einfach) unbegründet

abgelehnt, wird dem Asylbewerber eine Ausreisefrist von einem Monat gesetzt. Bei einer Ablehnung als „offensichtlich unbegründet“ beträgt die Ausreisefrist dagegen nur eine Woche. Der Vollzug der Abschiebungsandrohung liegt nicht mehr in der Zuständigkeit des Bundesamtes, sondern bei den Bundesländern. Diese werden in der Regel durch ihre Ausländerbehörden tätig.

ASYLBEWERBERLEISTUNGSGESETZ

In der Zeit des schwebenden Verfahrens haben die Menschen Leistungsansprüche. Der notwendige Bedarf an Ernährung, Unterkunft, Heizung, Kleidung, Gesundheits- und Körperpflege und Gebrauchs- und Verbrauchsgütern des Haushalts sind zu decken. Zunächst wurden überwiegend Sachleistungen gewährt, wegen des hohen Verwaltungsaufwandes sind jedoch viele Bundesländer zu einem System mit Gutscheinen oder Geldleistungen übergegangen. In Niedersachsen werden Gutscheine ausgegeben. In Baden-Württemberg und im Saarland ist die Form regional sehr unterschiedlich (Essenspakete, Shoppysteme, Gutscheine, Geldleistungen). Nur in Bayern werden nach wie vor flächendeckend „echte“ Sachleistungen in Form von Essens-, Kleidungs- und Hygienepaketen ausgegeben. Die übrigen Bundesländer gewähren Geldleistungen.

Nach einer Frist von vier Jahren sind zusätzliche Maßnahmen zu gewähren und das SGB II und SGB XII finden Anwendung.

Probleme im Krankenversicherungsschutz können auch bei der vorübergehenden Aufenthaltsgestattung im Rahmen des Asylverfahrens oder bei der Duldung (s. o.) entstehen, hier greift in der Regel das Asylbewerberleistungsgesetz mit den für die Pädiatrie wichtigsten Paragraphen 4 und 6. Diese sollte jeder Pädiater kennen:

§ 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt

1. Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.
2. Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.
3. Die zuständige Behörde stellt die ärztliche und zahnärztliche Versorgung einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen sicher. Soweit die Leistungen durch niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte erfolgen, richtet sich die Vergütung nach den am Ort der Niederlassung des Arztes oder Zahnarztes geltenden Verträgen nach § 72 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die zuständige Behörde bestimmt, welcher Vertrag Anwendung findet.

§ 6 Sonstige Leistungen

1. Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren.

2. Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wird die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt.

Auf welche Weise die Sozialämter diese steuerfinanzierten Leistungen sicherstellen, bleibt ihnen überlassen. Da gibt es Kommunen, in denen der öffentliche Gesundheitsdienst diese akute Krankenversorgung übernimmt, in vielen Kommunen und in den letzten Jahren zunehmend werden diese Menschen jedoch in der GKV zu einem Basistarif versichert.

In der Regel wird in den ersten vier Jahren bzw. bei schwebendem Verfahren von den Sozialämtern im ÖGD der eigenen Kommune angefragt, ob es sich bei einer geplanten bzw. verordneten Maßnahme (wie z. B. eine Operation) um eine Behandlung akuter Erkrankung oder Schmerzzustände gemäß § 4 AsylbLG handelt oder ob die Voraussetzungen nach § 6 erfüllt sind.

Die Kenntnis dieser rechtlichen Voraussetzungen können dem Sachbearbeiter im Sozialamt die Arbeit durch einen entsprechenden Hinweis auf der Verordnung oder einer stationären Einweisung deutlich erleichtern und zur Entbürokratisierung beitragen. Anträge auf nicht zwingend erforderliche Operationen oder Behandlungen sollten bereits im Vorfeld dementsprechend unterbleiben. Andererseits schafft dieses Gesetz die Möglichkeiten, Kinder und Jugendliche adäquat zu versorgen und auch präventive Maßnahmen wie Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen bereits ab Einreise durchführen zu können.

TROTZDEM KINDER OHNE KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ?

Geschätzt etwa 400.000 Menschen in der BRD haben keinen Krankenversicherungsschutz. Viele von ihnen sind Obdachlose, ehemalige Freiberufler, Migranten aus alten und neuen EU-Ländern, illegal in Deutschland Lebende, Auszubildende oder Studenten ohne Abschluss und ohne Arbeit oder auch vom Jobcenter „Gesperrte“. Unter dem Aspekt Migration sind folgende Gruppen für die Pädiatrie relevant:

A Illegal in Deutschland lebend

Neben Menschen, die nicht legal nach Deutschland eingereist sind, gehören dazu ausreisepflichtige und zur Ausreise aufgeforderte Ausländer/-innen (z. B. rechtskräftig abgelehnte

Asylbewerber, ehemalige Kriegsflüchtlinge nach abgelaufener Duldung oder Personen, deren Visum oder Aufenthaltserlaubnis aus verschiedenen Gründen nicht verlängert wurde). Diese Menschen leben häufig in Verhältnissen, die ihnen ein finanziell und wirtschaftlich unabhängiges Leben erschweren, bleiben aber trotzdem „unerlaubterweise“ in Deutschland. Sie haben finanziell keine Möglichkeit, eine Krankenversicherung abzuschließen. Auch der Gang zum Sozialamt und die Beantragung eines Krankenscheines bleibt ihnen verschlossen, da die Übermittlungspflicht nach § 87 Aufenthaltsgesetz bundesweit u. a. die Sozialleistungsbehörden dazu verpflichtet, Erkenntnisse über den Aufenthalt von Menschen in der ‚Illegalität‘ an die Ausländerbehörden weiterzuleiten. Eine Ausnahme besteht nur dann, wenn sie als unabweisbarer Notfall in einem Krankenhaus aufgenommen werden und durch die ärztliche Schweigepflicht und den sogenannten verlängerten Geheimnisschutz vor der Weitergabe ihrer personenbezogenen Daten geschützt sind. Nicht selten werden aber auch falsche Daten angegeben, aus der berechtigten Angst vor den ausländerrechtlichen Konsequenzen.

B Menschen aus EU-Ländern

Zahlreiche Migranten, besonders aus den neuen EU-Ländern, die sich legal in der BRD aufhalten, sind und waren in den Herkunftsländern nicht krankenversichert, hätten es aber sein müssen. Sie haben aus diesem Grund keinen Zugang zum europäischen Krankenversicherungssystem. Zudem erschweren die teilweise noch geltenden Einschränkungen in der Arbeitnehmerfreizügigkeit für Bürger/-innen aus bestimmten Ländern (z. B. bis Ende 2013 für Rumänen und Bulgaren), über einen sozialversicherungspflichtigen Arbeitsvertrag in die gesetzliche Krankenversicherung zu gelangen. Der Zugang zum Arbeitsmarkt kann zudem durch fehlende eigene Qualifizierung oder fehlende Anerkennung einer Ausbildung im Heimatland schwierig sein. Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung oder die Bezahlung von notwendigen medizinischen Behandlungen aus eigenem Einkommen scheitert in der Regel an den prekären Lebensverhältnissen. Die Probleme, mit denen sich diese Menschen in Bezug auf ihre gesundheitliche Versorgung konfrontiert sehen, ähneln in ihren Auswirkungen denjenigen, mit denen Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität zu kämpfen haben.

KOSTENLOSE BEHANDLUNG?

Jeder von uns hat bereits Kinder und andere Familienangehörige kostenlos behandelt und Medikamentenmuster ausgegeben. Bei schwerwiegenden Erkrankungen oder längerfristigen stationären Aufenthalten gibt es aber große Probleme. Zudem widerspricht eine Behandlung ohne Entgelt dem geltenden Berufsrecht.

In vielen größeren städtischen Kommunen hat sich ein Netzwerk von Kolleg/-innen, einschließlich Spezialisten, gebildet, die einzelne kleine und große Patienten anonym und kostenlos versorgen. In etwa 15 großen Städten werden Menschen ohne Krankenversicherungsschutz z. B. durch ein Netzwerk von Ärzten der „Malteser Migranten Medizin“ anonym behandelt.

INTEGRATIONSANGEBOTE UND -VERPFLICHTUNG

Im oben benannten Aufenthaltsgesetz werden unter dem Begriff „Integration“ in den §§ 43 bis 45 einmal eine Berechtigung, aber auch die Verpflichtung zur Teilnahme an dem sog. „Integrationskurs“ beschrieben. Umgesetzt wird dies durch die Ausländerbehörden im Rahmen der Erteilung des Aufenthaltstitels. Der Integrationskurs umfasst einen Basis- und einen Aufbaukurs zur Erlangung „ausreichender“ Sprachkenntnisse sowie einen Orientierungskurs zur Vermittlung von Kenntnissen der Rechtsordnung, der Kultur und der Geschichte in Deutschland. Das Kursangebot wird bundesweit vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge koordiniert, die Durchführung erfolgt meistens vor Ort durch öffentliche oder private „Sprachkursträger“ in Kooperation mit den Ausländerbehörden.

Für Kinder und Jugendliche, die eine schulische Ausbildung aufnehmen oder die bisherige Schullaufbahn in der BRD fortsetzen, besteht kein Anspruch auf einen Integrationskurs.

Hinzu kommen für alle zugewanderte Menschen weitere Integrationsangebote, insbesondere sozialpädagogische und migrationspezifische Beratungsangebote. Ein bundesweites Integrationsprogramm unter Beteiligung von Bund, Ländern und Kommunen, aber auch privaten Trägern, Kirchen oder sonstigen gesellschaftlichen Interessenverbänden zur besonderen Begleitung und Betreuung bestimmter Gruppen von Migranten (z. B. aus bestimmten Ländern oder Spätaussiedler) wird in den meisten Kommunen mit Erfolg umgesetzt. Für die Jugendlichen sind zudem die sog. Jugendmigrationsdienste für 12- bis 27-Jährige zuständig, die an bundesweit mehr als 800 Standorten die Integrationschancen der Jugendlichen verbessern helfen. Es gibt Jugendintegrationskurse für die Zielgruppe unter 27 Jahren, die nicht mehr der Schulpflicht unterliegt (s. letzte Internetadresse). Erwachsene Zuwanderer können sich in der Migrationsberatung (MBE) beraten lassen.

Um die medizinischen wie sozialpädiatrischen Aufgaben in der eigenen Praxis oder der Klinik befriedigend erfüllen zu können, gilt auch hier, nur das Wissen um evtl. Ansprechpartner im gesamten kommunalen Netzwerk erleichtert die Arbeit.

MIGRANTEN IM SOZIALGESETZBUCH XII

In § 23 des SGB XII werden die Sozialhilfeansprüche für Ausländerinnen und Ausländer festgelegt, grundsätzlich besteht je nach Aufenthaltstitel ein entsprechender Anspruch.

§ 23 SGB XII Sozialhilfe für Ausländer/-innen

Abschnitt (3): Ausländer, die eingereist sind, um Sozialhilfe zu erlangen, oder deren Aufenthaltsrecht sich allein aus dem Zweck der Arbeitssuche ergibt, sowie ihre Familienangehörigen haben keinen Anspruch auf Sozialhilfe. Sind sie zum Zweck einer Behandlung oder Linderung einer Krankheit eingereist, soll Hilfe bei Krankheit insoweit nur zur Behebung eines akut lebensbedrohlichen Zustandes oder für eine unaufschiebbare und unabweisbar gebotene Behandlung einer schweren oder ansteckenden Erkrankung geleistet werden.

Asylbewerber und Geduldete sowie deren Ehepartner und Kinder haben jedoch keinen Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfe. Dies gilt auch für die Eingliederungshilfe nach §§ 53 SGB XII ff z. B. zur Aufnahme in einen integrativen Kindergarten. Hier gibt es für die Behörden jedoch durchaus einen Ermessensspielraum, der durch die örtliche Sozialhilfe (nicht selten nach Intervention durch den ÖGD) umgesetzt werden kann. Maßgeblich ist hierbei die Dauer des bisherigen Aufenthaltes in der BRD oder eine längerfristige Duldung der Familie – vielleicht sogar gerade wegen eines behinderten Kindes.

RECHT AUF BILDUNG ODER SCHULPFLICHT?

Der Schulbesuch von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist in Deutschland nicht einheitlich geregelt. Während das Grundgesetz das Recht auf chancengleiche Bildung für ausländische Kinder ausweist, interpretieren die einzelnen Bundesländer die allgemeine Schulpflicht recht unterschiedlich. So machen z. B. Rheinland-Pfalz, das Saarland und Thüringen die Schulpflicht vom Aufenthaltstitel abhängig. Eine Schulpflicht besteht bei unsicherem Status wie der „Duldung“ oder „Aufenthaltsgestattung“ nicht. Wer sich nur für einen beschränkten, wenn auch unbestimmten Zeitraum in Deutschland aufhält, muss demnach nicht in die Schule gehen. Die Zeiten des Asylverfahrens, die bis zu mehreren Jahren dauern können, verstreichen so vielleicht ungenutzt.

In anderen Bundesländern besteht ein Recht oder Anspruch auf einen Schulbesuch (auch Förderschulbesuch), dazu gehören z. B. Sachsen und Nordrhein-Westfalen. In Niedersachsen gilt die Schulpflicht auch für Kinder ohne einen legalen Aufenthaltsstatus, aus Angst vor Ermittlungen gehen die Kinder allerdings oft trotzdem nicht in die Schule.

In der Praxis zeigt sich, dass weder Schulpflicht oder Schulrecht tatsächlich den Schulbesuch und das Bereitstellen von Schulplätzen garantieren, noch dass eine Einschulung in Ländern ohne Schulpflicht/-recht nicht doch möglich ist. Andere Faktoren wie das Angebot von Fördermaßnahmen, Einzelfallentscheidungen, regionale Aufgeschlossenheit oder die räumlichen Gegebenheiten spielen eine wichtigere Rolle.

■ *Frau Dr. Gabriele Trost-Brinkhues
An der Rast 47, 52072 Aachen
Dr.G.Trost-Brinkhues@t-online.de*

Literatur bzw. Internetadressen:

http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/freiz_gg_eu_2004/gesamt.pdf
<http://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/BJNR107410993.html>
http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Gesetzestexte/DE/Zuwanderungsgesetz.pdf?__blob=publicationFile&http://www.gesetze-im-internet.de/aufenthg_2004/
<http://www.bamf.de/DE/Startseite/startseite-node.html>
<http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/gesetzgebung/Urteile2.pdf>
http://www.familienratgeber.de/jugendliche_erwachsene/migration_behinderung.php
http://www.jugendmigrationsdienste.de/_template.php?1=1&action=about&mid=12
http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Integrationskurse/Kurstraeger/KonzepteLeitfaeden/konz-f-bundesw_jugendk.html;jsessionid=3AEB3035F8A854672F5FB3A3E9BE3C79.1_cid294?nn=1368440

bvkkj.