

Veranstaltungsreihe des Netzwerk Frauengesundheit Berlin „Berlin – Gesunde Stadt für Frauen“

Fachinformationen

1. Migrations- und frauensensible Forschung und Gesundheitsberichterstattung

Problemhintergrund

In Deutschland - wie auch in Berlin - liegen nur begrenzte und bruchstückhafte Kenntnisse über die gesundheitliche Lage und die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung mit Migrationshintergrund vor. Die zugewanderte Bevölkerung wird in gesundheitswissenschaftlichen Studien und entsprechenden Berichten bisher weder zahlenmäßig noch in ihrer Heterogenität angemessen repräsentiert.

In der Gesundheitsversorgung spiegelt sich jedoch der tatsächliche Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund unter den Patientinnen und Patienten wieder. Hier zeigt sich auch, dass Defizite in unserer Wissensbasis über migrationsbezogene Einflüsse letztendlich auch zu Defiziten in der Versorgung und Krankheitsprävention von Migrantinnen und Migranten führen können.

Die ersten Ergebnisse des vom Robert Koch-Institut erstellten Kinder- und Jugendsurvey KiGGS, in dem 17% der untersuchten und befragten Kinder und Jugendliche einen Migrationshintergrund haben, belegt deutliche Unterschiede im Gesundheitsstatus und im Gesundheitsverhalten bei Kindern aus einheimischen und zugewanderten Familien.

Grundlegende Fakten und Fragen

Um migrations- und frauensensible Forschungsdesigns für die Gesundheits- und Sozialwissenschaft sowie die Gesundheitsberichterstattung zu entwickeln, sind zunächst einige grundlegende Fakten und Fragen anzusprechen:

- Die bisher übliche Differenzierung nach „Staatsangehörigkeit“ ist immer weniger geeignet, soziokulturelle und ethnische Vielfalt zu repräsentieren. Gründe dafür sind:
 - die Veränderung des Staatsangehörigkeitsrechts im Jahr 2000 mit der Regelung der vereinfachten Einbürgerung für in Deutschland geborene Kinder ausländischer Eltern,
 - der Migrationshintergrund deutschstämmiger Aussiedler/innen (ca.4,4 Mio Personen) ist in der Statistik nicht repräsentiert
 - mit dem Zuwanderungsgesetz (2005) hat ein Paradigmenwechsel zur Akzeptanz des Einwanderungslandes Deutschland stattgefunden, der gleichzeitig die Entwicklung von geeigneten Systemen zur Repräsentation der Vielfalt der Bevölkerung erforderlich macht.
- International existieren aufgrund unterschiedlicher historischer und politischer Entwicklungen verschiedene Konzepte und Systeme der Repräsentation der Vielfalt, so dass die Vergleichbarkeit von Studienergebnissen zum Einfluss von Migration und / oder Ethnizität auf die Gesundheitschancen und -bedürfnisse auf internationaler Ebene kaum gegeben ist. Als Indikatoren der Differenz werden unterschiedliche Konzepte wie die von „Rasse“, „Migration“, „Staatsangehörigkeit“, „Kultur“, „Sprache“ oder „ethnische Abstammung“ verwendet. Während in einigen Einwanderungsländern wie USA oder Großbritannien die Ethnizität als wesentliches Unterscheidungskriterium verwendet wird, in Kanada und Australien verschiedene Faktoren einbezogen werden und in den Niederlanden seit 2000 das Geburtsland und das Geburtsland der Eltern als Indikatoren der Differenzierung durchgesetzt haben, hat sich in Deutschland in den letzten Jahren der Begriff „*Migrationshintergrund*“ etabliert. Offen bleibt allerdings, wie dieser in der Statistik oder in Studien definiert wird, ob es die eigene Migration oder schon der Migrationshintergrund der Herkunftsfamilie ist, die einen Einfluss auf die Lebenswelt und die Gesundheit hat.
- Weiterhin ist zu prüfen, in welchem Kontext der Faktor der Migration oder aber die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit und damit verbundene Selbst- und Fremd-Ethnisierungsprozesse sowie Rahmenbedingungen der Ausgrenzung oder Inklusion eine Rolle spielen. Brauchen wir vielleicht auch in Deutschland ein Konzept der Ethnizität, um im Rahmen des Antidiskriminierungsgesetzes rassistische Diskriminierungen aufzudecken (Ethnic Monitoring, Affirmative Action, Antidiskriminierungsrichtlinien) oder kann eine migrationsensible Forschung dazu missbraucht werden, einen neuen Prozess des „Anders-machens“ einleiten und der Integration, Gleichstellung und Partizipation entgegenwirken?

- Festzuhalten ist, dass wir eine migrationssensible Datenerhebung und Analysen unter Berücksichtigung der Vielfalt brauchen, um Hinweise auf Lebensbedingungen, Gesundheitsstatus, Gesundheitsbedürfnisse, Erfahrungen im Gesundheitssystem, Gesundheits- und Krankheitsverhalten sowie die Interessen und Anliegen verschiedener Bevölkerungsgruppen zu erhalten. Erst auf dieser Grundlage kann es gelingen, die Gesundheit der gesamten Bevölkerung zu schützen und zu verbessern, soziale und gesundheitliche Ungleichheiten zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen zu reduzieren und die Vergleichbarkeit der Daten auf regionaler und internationaler Ebene zu erreichen. Insgesamt geht es um die Anerkennung von Differenz und Vielfalt und deren Repräsentation in Studien und in der Statistik.
- Eine Aufgabe, die auch der Berliner Landesbeirat für Integrations- und Migrationsfragen in seine Empfehlungen zu Integration und Migration (2005:5) aufnimmt, dabei aber auch auf den möglichen Missbrauch migrationssensibler Daten hinweist. (...) *Allerdings entspricht die statistische Datenaufbereitung bislang in keiner Weise migrationsspezifischen Belangen, die Datenerhebung muss entsprechend weiterentwickelt werden. In diesem Zusammenhang sind entsprechende Erhebungsmethoden zu entwickeln, um Probleme eingebürgerter Menschen mit Migrationshintergrund (ihre Ausbildungsplatzsituation und Arbeitslosigkeit) zu erfassen, ohne diese bezüglich ihrer Herkunft zu diskriminieren.*
- Migrationssensible Studien und Berichterstattung erfordern nicht nur eine genaue Festlegung der Indikatoren zur Repräsentation des Faktors „Migration“, sondern Überlegungen darüber, welches Konzept für welche Fragestellung geeignet ist.

Probleme des systematischen Ausschlusses von Migranten/innen überwinden

Es ist also nicht ganz so einfach, den Faktor „Migration“ zu repräsentieren. Ebenso schwierig ist es offenbar, Migranten/innen und ethnische Minderheiten in Studien einzubeziehen und zu erreichen. Migranten/innen stellen nicht nur in Deutschland eine sehr heterogene Gruppe dar. Sie unterscheiden sich in Bezug auf ihre Herkunftsländer, ihre Wandlungsmotive und ihre Aufenthaltsdauer. Selbst innerhalb der größten aus der Türkei stammenden Migrantengruppe in Deutschland lassen sich neben gesundheitsrelevanten Unterschieden in Bezug auf die soziale Lage, des Bildungsgrades und des Geschlechts verschiedene weitere Faktoren der Heterogenität ausmachen, wie z.B. Migrantengeneration, rechtlicher Status, Ethnizität, Muttersprache, Sprachpräferenz oder der Grad der Beherrschung der deutschen Sprache. Je nach Zielsetzung und Fragestellung einer Untersuchung kann der Fokus auf den einen anderen Aspekt gerückt werden. Gleichzeitig bedeuten diese Faktoren aber auch, dass die Zielgruppen mit herkömmlichen einsprachigen, monokulturell und mittelschichtorientierten Konzepten mehr oder weniger gut erreichbar sind.

In klinischen Untersuchungen, Patientenbefragungen zur Evaluation der Gesundheits-/Sozialversorgung und -maßnahmen (Qualitätsmanagement) existieren aufgrund der geringen Repräsentation ethnischer Minderheiten und Migranten/innen in Studienpopulationen erhebliche Verzerrungseffekte bei den Ergebnissen, die sich oft nur für einheimische Mittelschichtangehörige verallgemeinern lassen. Während auf der einen Seite eine geringere Teilnahmebereitschaft seitens ethnischer Minderheiten beschrieben wird, die befürchteten, in Studien ungewollt als Testobjekte missbraucht zu werden (Paulson 2004), werden diese Gruppen auf der anderen Seite aufgrund von Zugangsbarrieren, Ignoranz oder der Vernachlässigung seitens der Forscherinnen und Forscher oft nicht angemessen in Studienpopulationen einbezogen. Da beide Aspekte in direktem Kontext von Diskriminierungserfahrungen stehen, ist es besonders wichtig, mögliche Diskriminierungspraktiken in der Forschung systematisch zu reduzieren bzw. auszuschließen und darüber hinaus sicher zu stellen, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse auch den ethnischen Minderheiten und Migranten/innen zu Gute kommen (Paulson 2004, Schenk 2005).

Da bei den meisten Befragungen mittels Fragebögen deutsche Sprachkenntnisse sowie gute Lese- und Schreibkompetenzen als Einschlusskriterium für die Stichprobe vorab festgelegt werden, ist ein Teil der Migrantinnen und Migranten systematisch, nämlich per Definition der Ein- und Ausschlusskriterien, von solchen Studien ausgeschlossen. Dass es sich bei diesem Ausschluss nicht um einen zu vernachlässigenden Anteil handelt, soll am **Beispiel** unserer Vergleichsstudie **zur Versorgungssituation deutscher und türkischer Frauen im Krankenhaus**, in der u.a. türkischsprachige Fragebögen eingesetzt wurden und das Angebot der mündlichen Abfrage in der Muttersprache bestand, gezeigt werden (David u. Borde 2001). In der Gruppe der Patientinnen türkischer Herkunft (N=262) wählten 61,4% die türkischsprachige Fragebogenversion und 32% zogen vor allem aufgrund einer ungenügenden Alphabetisierung eine mündliche Abfrage des Fragebogens vor. Durch die beschriebene Anpassung der Befragungsmethodik konnte in beiden Vergleichskollektiven eine Rücklaufquote von ca. 95% erreicht werden.

In einer weiteren Studie zur Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen (Borde, Braun, David 2003) wurden 815 Patienten/innen zwischen 15 und 65 Jahren mündlich befragt. Die ca. 30-minütigen Interviews wurden von vier geschulten Interviewerinnen mit Fremdsprachenkompetenz durchgeführt. 46,3 % der Befragten gaben Deutsch als Muttersprache an, weitere 26% Türkisch und der Rest verteilte sich auf kleinere Gruppen mit verschiedenen Muttersprachen. Von den befragten Patienten mit nicht-deutscher Muttersprache gaben ca. 41% an, keine oder nur geringe Deutschkenntnisse zu haben. Ihre Lese- und Schreibkompetenz in der deutschen Sprache schätzen 58% der befragten Migranten/innen als nicht ausreichend ein. Ein Vergleich der Deutschkompetenz der befragten Migranten/innen nach Geschlecht, Alter und Muttersprache zeigte, dass die Deutschkenntnisse bei älteren Migrantinnen und Migranten und insbesondere bei Frauen > 50 Jahre deutlich geringer sind.

Diese Zahlen verdeutlichen zum einen, dass Migrantinnen und Migranten anhand migrationssensiblen Studiendesigns und entsprechender Zugangsmethoden durchaus erreichbar sind. Zum anderen belegen sie aber auch das Ausmaß des systematischen Ausschlusses. Denn mit den üblichen monokulturell konzipierten und mittelschichtorientierten Studiendesigns hätten etwa nur die Hälfte der Rettungsstellenpatienten/innen mit Migrationshintergrund und höchstens ein Drittel der stationären Patientinnen türkischer Herkunft in die Studien einbezogen werden können.

Wenn ethnische bzw. sprachliche Minderheiten in solchen Befragungen nicht angemessen repräsentiert sind, können sie von Verbesserungen z.B. auf der Basis des Qualitätsmanagements kaum profitieren, obwohl gerade bei diesen Gruppen möglicherweise der größte Bedarf besteht. Hier zeigt sich die besondere Problematik der Zunahme von Ungleichheiten in der Versorgung, wenn Gruppen, die als „schwer zugänglich“ gelten, auch in Studien nicht erreicht werden. Dass die soziokulturelle Pluralität der Gesellschaft bisher auch in der Wissenschaft weitgehend ignoriert wird, basiert vor allem auf der generellen gesellschaftlichen Ausgrenzung und Marginalisierung von Migrantinnen und Migranten in Deutschland.

Im Folgenden sind verschiedene Aspekte zusammengefasst, die ursächlich für den systematischen Ausschluss von Migranten/innen und ethnischen Minderheiten in Studien sind. Bei der Entwicklung migrationssensibler Studiendesigns sollte auf diese Bereiche besondere Aufmerksamkeit gerichtet werden:

1. *Generelle Marginalisierung*: Generelle gesellschaftliche Ausgrenzung und Marginalisierung von Migrantinnen und Migranten und entsprechende Haltung der Wissenschaft gegenüber migrationsbezogenen Fragen
2. *Definitionsprobleme*: Probleme bei der Definition und der Erfassung von Indikatoren oder Kategorien zur Beschreibung des „Migrationshintergrundes“ bzw. ethnischer Minderheiten in Statistiken, epidemiologischen Studien etc.
3. *Monokulturelle Forschungskonzepte*: Probleme beim Einschluss ethnischer Minderheiten in Befragungen aufgrund eingeschränktem Zugang durch monokulturelle Forschungskonzepte
4. *„schwer zugängliche Gruppen“*: Ein- und Ausschlusskriterien in Studien basieren auf Zugangsmöglichkeiten - systematischer Ausschluss aufgrund von Sprachbarrieren, Bildungsdifferenz und Distanz bzw. empfundener Fremdheit
5. *Kulturgebundene Instrumente*: Forschungsinstrumente und diagnostische Kriterien sind nicht geeignet, um soziokulturelle Vielfalt zu repräsentieren, eingeschränkte Gültigkeit von Testinstrumenten und diagnostische Kriterien, die auf westlichen Konzepten beruhen
6. *Diskriminierungserfahrung*: Geringere Rücklaufquote bzw. Teilnahmebereitschaft bei Migranten/innen bzw. ethnischen Minderheiten an klinischen Studien und Befragungen aufgrund größerer Skepsis und Angst vor Diskriminierung

Die Konsequenzen dieser systematischen Ausschlusspraxis liegen auf der Hand: Die Unter- bzw. Nicht-Repräsentation ethnischer Minderheiten führt zu erheblichen Verzerrungseffekten bei Forschungsergebnissen und macht es kaum möglich, Faktoren der gesundheitlichen Ungleichheit gezielt entgegenzutreten und adäquate Versorgungs- und Präventionskonzepte zu entwickeln. Die gewachsene Vielfalt der Patientenbedürfnisse und mögliche Schwachstellen in der Versorgungsqualität gerade für Menschen mit Migrationshintergrund werden ignoriert.

Forderungen:

- Wir brauchen Studien und Datensätze, die Analysen auf der Basis der Vielfalt unserer Gesellschaft ermöglichen, um das Ziel, eine zukunftstaugliche Forschung und Gesundheits- und Sozialberichterstattung zu fördern, Ungleichheiten zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen zu reduzieren und den sozialen Zusammenhalt zu fördern, zu erreichen.

- Dazu ist eine angemessene Repräsentation von Migranten/innen und ethnischen Minderheiten in Forschungsgruppen sowie in der Stichprobe repräsentativer quantitativer Studien nötig.
- Neben der vollen Anwendung des Datenschutzes muss eine an der multikulturellen gesellschaftlichen Realität orientierte Forschungspraxis und -politik durchgesetzt werden, die eine systematische Berücksichtigung migrationspezifischer Aspekte in der Sozial- und Gesundheitsforschung verlangt und den systematischen Ausschluss verhindert.
- Bei der Entscheidung über die Finanzierung von Forschungsanträgen sollte daher eine wissenschaftlich begründete Erklärung vorgelegt werden, wenn ethnische Minderheiten in Studienpopulationen nicht repräsentiert sind. Maschewsky-Schneider und Fuchs (2000) haben auf der Grundlage der Erfahrungen und Erkenntnisse zur Vermeidung des *gender-bias* in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung, Faktoren zur Vermeidung migrationspezifischer Verzerrungseffekte zusammengestellt, die schon bei der Formulierung eines Forschungsantrages berücksichtigt werden sollten.
- Darüber hinaus besteht Bedarf an qualitativ ausgerichteten Untersuchungen auf dem bisher wenig erforschten transkulturellem Gebiet und an einer Stärkung transkultureller Forschungskompetenzen in der Aus- und Weiterbildung, um adäquate Wissensgrundlagen für eine gute Praxis zu erhalten.

Literatur

- Borde, T. (2005) Repräsentation ethnischer Minderheiten in Studien und Gesundheitsberichten. Erfordernis, Chancen und Nebenwirkungen. In: Borde, T., David, M. (Hrsg.) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit. Frankfurt/Main, Mabuse-Verlag, S. 266-287
- David, M., Borde, T. (2001) Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag
- Borde, T., Braun, T., David, M. (2003) Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen – Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösungsansätze. Schlussbericht zum Forschungsprojekt (BMBF/Spitzenverbände der Krankenkassen, Förderkennzeichen 01 GL 0009) Berlin. (<http://www.asfn-berlin.de/hsl/freepage.phtml?freeid=132&id=252>)
- Maschewsky-Schneider, U., Fuchs, J. (2000) Brauchen wir in der Forschung zu Migration und Gesundheit besondere methodische Zugangsweisen? In: David, M., Borde, T., Kentenich, H. (Hrsg.) Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext, Frankfurt am Main: Mabuse, 27-44
- Paulson, J. (2004) Inherent mistrust of research institutions limits minority representation. (http://www.eurekalert.org/pub_releases/2004-02/ti-imo012804.php)
- Landesbeirat für Integrations- und Migrationsfragen Berliner (2005) Empfehlungen zu Integration und Migration. (<http://www.berlin.de/sengsv/auslb/beirat/index.html>)

2. Zur Situation gewaltbetroffener Migrantinnen

Daten und Fakten

Die erste große Repräsentativuntersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland, die im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit dem Titel „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ im Jahr 2005 veröffentlicht wurde, hat das große Ausmaß von häuslicher Gewalt im Leben von Frauen in Deutschland und die besondere Gewaltbetroffenheit von ebenfalls untersuchten Migrantinnengruppen sichtbar gemacht¹. Hier konnte festgestellt werden, dass alle Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, niedrigschwellige Angebote und ein sensibles Hilfesystem benötigen und dass dies für Migrantinnen in besonderer Weise zutrifft.

Für Berlin gibt es keine repräsentativen Daten, jedoch ist seit Jahren bekannt, dass der Anteil von Migrantinnen, die in Anti-Gewalt-Projekten Hilfe und Unterstützung suchen, bei bis zu 50% liegt (Berliner Aktionsplan zur „Bekämpfung von Häuslicher Gewalt“ von 2002).

Die Situation von gewaltbetroffenen Migrantinnen in den Frauenhäusern ist wesentlich durch strukturelle Bedingungen geprägt. Strukturelle Benachteiligungen (z.B. unsicherer Aufenthaltsstatus, alltägliche Rassismuserfahrungen, keine Arbeitserlaubnis, geringe Chancen auf dem Arbeitsmarkt, interkulturelle Differenzen, Sprachprobleme, schlechte bzw. keine medizinische und psychologische Versorgung) wirken sich allgemein in der Gewaltsituation problemverschärfend aus.

Am Beispiel der Erfahrungen im Interkulturellen Frauenhaus Berlin lassen sich die spezifischen Probleme gewaltbetroffener Migrantinnen und daraus resultierende Forderungen an die Landespolitik darstellen.

¹ www.bmfsfj.de

Beispiel Interkulturelles Frauenhaus

Das Interkulturelle Frauenhaus hat insgesamt 50 Plätze für Frauen und Kinder anzubieten und ist eines der 6 Frauenhäuser, die von der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Frauen in Berlin finanziert werden. Es besteht aus einem Frauenhaus mit 25 Plätzen für akute Bedrohungs- und Krisensituationen, einer Beratungsstelle und einem Wohnprojekt. Das Team des Interkulturellen Frauenhauses besteht ausschließlich aus mehrsprachigen Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund. Jedoch werden regelmäßig externe Dolmetscherinnen benötigt, um den großen Bedarf nach Übersetzungen abzudecken. Aufgrund der interkulturellen konzeptionellen Ausrichtung melden sich fast ausschließlich Migrantinnen mit wenig oder keinen Deutschkenntnissen. Das Interkulturelle Frauenhaus hat 2006 insgesamt 135 Frauen und 90 Kinder aufgenommen. Ca. 95% der Frauen waren Migrantinnen und benötigen intensivere Begleitung und Unterstützung der Mitarbeiterinnen. Viele der betroffenen Frauen haben gesundheitliche und psychische Probleme. Es gibt einen großen Bedarf nach Informationen zu Themenkomplexen, wie medizinische Versorgung, Sexualität und psychische Erkrankungen. Sozialarbeiterinnen im Interkulturellen Frauenhaus sind überwiegend damit beschäftigt, die existentiellen, insbesondere aufenthaltsrechtlichen Problemen mit den betroffenen Frauen zu klären und diese in der Beratung bei den Schritten aus der Gewaltbeziehung zu unterstützen. Sie leisten dabei elementare Stabilisierungsarbeit, die für die Verarbeitung von traumatischen und belastenden psychischen Erfahrungen, der häufig mehrfach traumatisierten Migrantinnen eine wichtige Voraussetzung ist. Jedoch gibt es zusätzlich einen Bedarf nach psychologischer Unterstützung und intensiverer Beratung für einzelne Frauen und für Mütter und ihre Kinder. Dies ist jedoch aufgrund personeller Engpässe mit der jetzigen Finanzierung durch die Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen nicht zu leisten. Zudem können wir Migrantinnen häufig nur mit Schwierigkeiten an andere Stellen weitervermitteln, weil viele Institutionen und Projekte die Beratung von Frauen, die keine oder nur geringe Deutschkenntnisse haben, mit dem Hinweis auf Arbeitsüberlastung ablehnen. Viele Migrantinnen schildern, wie sie mit psychischen und psychosomatischen Problemen von PsychiaterInnen und NeurologInnen ausschließlich medikamentös behandelt werden und dem Wunsch nach therapeutischen Gesprächen nicht nachgekommen wird oder werden kann. Wir stellen fest, dass es weder ambulante noch stationäre Angebote für gewaltbetroffene Migrantinnen in psychischen Krisensituationen gibt.

Unsere Forderungen:

Von der Senatsverwaltung für Arbeit, Technologie und Frauen:

Eine bessere personelle Ausstattung der Institutionen und Projekte, die überwiegend mit Migrantinnen arbeiten, die keine oder nur geringe Deutschkenntnisse haben.

Konkret:

- Finanzierung von psychologischer Beratung von gewaltbetroffenen, traumatisierten Migrantinnen und ihren Kindern durch Muttersprachlerinnen oder mit Dolmetscherinnen
- Aufstockung der Honorare für Übersetzungen und für Begleitungen
-

Von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz:

- Eine Kriseneinrichtung für psychisch instabile Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind.
- Die interkulturelle Öffnung der Krisendienste
- Eine Verbesserung der Versorgung mit Therapieangeboten durch TherapeutInnen mit interkulturellen Kompetenzen und MuttersprachlerInnen

Fazit und allgemeine Forderungen

Migration ist eine Querschnittsaufgabe und kann nicht an einzelne Dienste, Institutionen und Projekte delegiert werden. Wir fordern von Beratungsstellen, Kriseneinrichtungen, ÄrztInnen, Krankenhäusern und allen relevanten Institutionen und Projekten, dass sie ihre Angebote interkulturell öffnen; dass heißt unter anderem, dass sie KlientInnen, PatientInnen nicht zurückweisen, wenn Sprachkenntnisse für die problemlose Verständigung nicht ausreichen und dass sie sich interkulturelle Kompetenzen aneignen, um ihr Angebotsspektrum zu erweitern und dem Bedarf anzupassen. Das wiederum sollte nicht vom individuellen Engagement des Fachpersonals abhängig sein, sondern ist eine politische und konzeptionelle Entscheidung, eine Leitungsaufgabe. Davon hängt maßgeblich ab, ob gewaltbetroffene Migrantinnen Unterstützungsangebote bekommen oder nicht. Vorhandene Ressourcen müssen gerechter verteilt werden.

Im zweiten Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von häuslicher Gewalt, der im September 2007 veröffentlicht wurde, wird auf die aktuellen Kernthemen „Gewaltbetroffenheit von Migrantinnen“ und „gesundheitliche Folgen häuslicher Gewalt“ und daraus resultierende Handlungsanforderungen hingewiesen. Durch den neuen Aktionsplan sollen alle staatlichen Stellen - ob Bund, Länder oder Kommunen - dazu aufgefordert werden, ihre Verantwortung bei der Umsetzung der geplanten Konzepte wahrzunehmen.

Wir fordern:

Interkulturelle Perspektiven bei allen Maßnahmen, die im Rahmen des aktuellen Aktionsplanes der Bundesregierung in Berlin umgesetzt werden sollen und die Einbeziehung von MigrantInnenprojekten bei der Entwicklung von Maßnahmen gegen häusliche Gewalt.

3. Bildungssituation und Integration von Fachkräften mit Migrationshintergrund in Gesundheitsberufen

Zur beruflichen Situation von Frauen mit Migrationshintergrund

Die Zahlen über die erreichten Schulabschlüsse in Berlin belegen seit Jahren die Tendenz, dass junge Frauen aus migrierten Familien in größerer Zahl als junge Männer die Schule mit einem Realschulabschluss (mittleren Schulabschluss) verlassen. Dieser schulische Erfolg spiegelt sich jedoch kaum im Berufswahlverhalten und in den beruflichen Chancen der jungen Frauen wieder. Immer noch drängen sie in ein schmales Spektrum von dualen Ausbildungsberufen wie Arzthelferin, Zahnmedizinische Fachangestellte, Friseurin oder Verkäuferin im Einzelhandel (lt. Berufsbildungsbericht der Bundesregierung 2005 betrug der Anteil weiblicher Migrantinnen an den dualen Ausbildungsberufen 43,5 %). Im Bereich der schulischen Ausbildungen im Gesundheitswesen sind junge Frauen mit Migrationshintergrund dagegen kaum vertreten: Ihr Anteil an den schulischen Ausbildungen des Gesundheitswesens betrug 2003 nur knapp 5 % - deutsche Frauen machten dagegen einen Anteil von 76 % der Schülerinnen und Schüler an Schulen des Gesundheitswesens aus. (Berufsbildungsbericht 2005, S. 99 ff.)

Höhere Berufe in dem Gesundheitsbereich wie z.B. therapeutische, pflegerische und Assistenzberufe werden trotz großer Nachfragen unzureichend beansprucht und erlangt. So sind die Berufe der Ergotherapeuten, Logotherapeuten oder Krankengymnastin von Migrantinnen in Berlin nicht besetzt.

Gespräche mit den Berufsfachschulen haben ergeben, dass die meistgenannten Gründe für das Scheitern einerseits in den hohen Anforderungsprofilen der Berufsfachschulen liegen, andererseits auch zu einem Teil in den langen Wartezeiten auf die Aufnahme in die Schulen, die der Lebens- und Berufsplanung vieler junger Frauen aus migrierten Familien oft entgegen steht. Infolgedessen verzeichnen die von uns befragten Berufsfachschulen nur wenige Auszubildende mit Migrationshintergrund, welche die schulische Ausbildung erfolgreich absolviert haben.

Lösungsansätze

- Sicherung von Ausbildungserfolg
- Berufsorientierung, gezielte Kampagnen
- Personalmanagement

Der Einsatz von ausbildungsbegleitenden Hilfen (abH) ist seit langem ein bewährtes Instrument zum Ausgleich von schulischen und sozialen Defiziten bei Auszubildenden und der Erfolg von abH ist in vielen Untersuchungen hinreichend belegt. Dem Einsatz von abH muss aber ein möglichst frühzeitiges Erkennen von drohenden Problemen vorausgehen, um dieses Instrument wirkungsvoll zum Einsatz zu bringen. Da dieses frühzeitige Erkennen eines der zentralen Aufgaben des geplanten Projektes sein wird, ist mit einem erhöhten Bedarf an abH-Plätzen in den betreuten Berufsfeldern zu rechnen.

Neben der Bewältigung von Chancenungleichheit im Bildungsbereich hat die Integration und Bildungsförderung von Frauen mit Migrationshintergrund in Gesundheitsberufe diverse Vorteile:

- Verhinderung von Ausgrenzung
- Reduktion von Fachkräftemangel
- Nutzen von Kompetenz/ Schlüsselkompetenzen
- Repräsentanz der ethnischen Vielfalt der Bevölkerung im Arbeitswesen

Indikatoren für Ungleichheit

	Ohne MHG*	Mit MHG*
Ohne Schulabschluss (2005)	9,9%	23,1%
Mit Abitur (2005)	33,4%	15,1%
Ungelerntenquote*	14,4%	37,7%
- Frauen*	15,5%	42,0%
Arbeitslosenquote (2006)	18,5%	44,1%

* MHG= Migrationshintergrund

* Ergebnisse des Mikrozensus BiBB 2002

Anteil Jugendlicher mit Migrationshintergrund in diversen Berufen

	1995	2000
Alle Berufe	8,1%	4,1%
Öffentlicher Dienst 0,9%	3,2%	0,9%
<i>Beispiele:</i>		
Elektroinstallateur/in	15,6%	9,3%
Arzthelfer/in	17,6%	8,6%

Gründe

Ungleichheit im Bewerbungsverfahren durch:

- Diskriminierung / Vorurteile
- Sprachliche Benachteiligung (Stichwort: Cultural Fair Tests, CFT)
- Nichtanerkennen interkultureller Kompetenzen

Weitere Gründe

- Unzureichende Bildungsabschlüsse
- Sozialer Hintergrund
- Nachteile im Einstellungsverfahren
- Scheitern in der Ausbildung: Abbruch (19,8) oder Prüfungsversagen (24,7)
- keine Förderansätze für Migranten/innen in der Berufsausbildung
- Defizite im Schreiben: Die Schule ist mitverantwortlich
- Trend zu Akademisierung in den Ausbildungsberufen entmutigt
- Fehlende Ausbildungserfahrung in der Familie

Ziele der Maßnahmen zur Sicherung von Ausbildungserfolg sollten sein

- Verringerung der Zahl von endgültigen Ausbildungsabbrüchen
- Besondere Unterstützung und Hilfestellung für von Chancenungleichheit betroffene junge Frauen mit Migrationshintergrund
- Schaffung eines Kooperationsnetzwerkes aller an der Ausbildung beteiligter Partner und Institutionen zur Früherkennung und Hilfestellung bei drohenden Ausbildungsabbrüchen
- Reintegration von ausbildungsabbrechenden Jugendlichen in das berufliche System
- Sensibilisierung aller an der Ausbildung Beteiligten für Konflikte mit interkulturellem Hintergrund und Entwicklung spezieller Lösungsansätze für die Zielgruppe der Auszubildenden mit Migrationshintergrund

Teilnehmerbezogene Ziele

- Vorbereitung der Teilnehmerinnen auf die Aufnahme einer schulischen Ausbildung in einem therapeutischen, pflegerischen oder medizinisch-technischen Assistenzberuf
- Ausgleich von Bildungsdefiziten
- Förderung der sprachlichen Kompetenzen
- Stärkung der Selbstlern- und Selbstmanagementkompetenzen
- Sicherung des Ausbildungs- und Schulerfolgs durch unterstützende Begleitung während der ersten sechs Monate

Maßnahmebezogene Ziele

- Entwickeln modellhafter Förderstrukturen für die Zielgruppe in Kooperation mit den Schulen.
- Wissenschaftliche Begleitung, Evaluation und abschließende Auswertung des Maßnahmeverlaufs und des Erfolges

Unsere Forderungen:

- Abbau strukturell bedingter Chancenungleichheit im Bildungs- und Berufswesen
- Abbau von Chancenungleichheit im Bewerbungsverfahren durch flächendeckende Einführung von CFT –Tests
- Anerkennung von zusätzlichen Kompetenzen (interkulturelle, sprachliche Kompetenz)
- Sicherung von Ausbildungserfolg durch gezielte Förderung und Ausbau (nicht Abbau) ausbildungsbegleitender und berufsvorbereitender Maßnahmen für Benachteiligte
- Spezialisierte Reintegrationsmaßnahmen für „Ausbildungsabbrecher“

4. Interkulturelle Kommunikation – Gemeindedolmetschdienst Berlin

Das Projekt „Interkulturelle Kommunikation - Gemeindedolmetschdienst“ wurde mit dem Ziel entwickelt, den Zugang von Migrant(inn)en zur gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung zu verbessern.

Problemhintergrund

- Migrant(inn)en nehmen Beratungs-, Vorsorge- und Rehabilitationsangebote seltener in Anspruch.
- Migrant(inn)en weisen einen schlechteren Gesundheitszustand auf.
- Durch sprachliche und kulturelle Barrieren besteht die Gefahr, dass die Behandlung von Migrant(inn)en aufwändiger und somit kostenintensiver wird, z. B. bei chronisch Kranken ein ca. 50 % erhöhter Aufwand.

Einer Studie der Senatsverwaltung für Gesundheit aus dem Jahre 2004 zufolge, ergeben sich allein für den Krankenhausbereich in Berlin jährlich 34.000 Fälle, in denen qualifizierte Sprach- und Kulturmittlung unabdingbar wäre. Eine Befragung des Bezirksamtes Friedrichshain-Kreuzberg ergab, dass 95 % der befragten Mitarbeiter/-innen Klient(inn)en betreuen, die Schwierigkeiten haben, sich auf Deutsch zu verständigen. Der Anteil, bei dem ein Dolmetschereinsatz notwendig wäre, wird in Kreuzberg auf 32 % geschätzt. Das Spektrum rangierte von 5 % in den Bürgerdiensten bis zu 78 % im Amt für Soziale Dienste.

29 verschiedene Sprachen wurden angegeben. Für die Kommunikation wird bisher oftmals auf vereinfachtes Deutsch zurückgegriffen oder Angehörige und andere Begleitpersonen werden zum Übersetzen eingesetzt.

Träger des Gemeindedolmetschdienstes ist die Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, Gesundheit Berlin e.V. in enger Kooperation mit Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg, Plan- und Leitstelle Gesundheit.

Die Finanzierung erfolgt im Rahmen des EU-EQUAL-Programmes. EQUAL setzt sich für die berufliche Integration am Arbeitsmarkt benachteiligter Personengruppen ein. Im Vordergrund des Programmes stehen die Schaffung neuer Arbeitsplätze und die Verbesserung der Bedingungen für lebensbegleitendes Lernen.

Laufzeit des Projekts: 2003 – Dezember 2007

Qualifizierung

In der ersten Phase (2003-2004) wurden 67 Sozialhilfempfänger/-innen mit Migrationshintergrund und zum überwiegenden Teil hohen Ausbildungsabschlüssen zu Gemeindedolmetscher/innen (GDDler/-innen) qualifiziert. Zu den Ausbildungsinhalten gehörten die Felder

- Medizin, Psychologie, Soziales, Recht
- Dolmetschtechniken und –methoden
- Migrationssoziologie
- Allgemeines (z. B. Internetrecherche, Bewerbungstraining).

Mit der Qualifikation erhielten die GDDler/-innen eine Fachspezifik für den medizinischen und sozialen Bereich und wurden in die Lage versetzt, nicht nur sprachlich zu vermitteln, sondern auch kulturelle Hintergründe beim Dolmetschen zu berücksichtigen. Ziel war es, den qualifizierten GDDler/-innen Beschäftigungsmöglichkeiten im Sinne von selbständiger / freiberuflicher Tätigkeit durch honorierte Einsätze als Sprach- und Kulturmittler/innen in Einrichtungen zu schaffen, in denen Aufklärung und Beratung zu den Pflichtaufgaben zählen und eine adäquate Qualifikation voraussetzen. Dies ist insbesondere in Krankenhäusern und im öffentlichen Gesundheitsdienst der Fall.

Vermittlung

In der zweiten Phase (2005-2007) standen der Aufbau und die Etablierung eines effektiven und flexiblen Vermittlungsdienstes im Vordergrund, um GDDler/-innen in bezahlte Einsätze zu vermitteln. Aktuell stehen dem Gemeindedolmetschdienst ca. 40 qualifizierte GDDler/-innen für 19 Sprachen zur Verfügung.

Honorar

Das Honorar für qualifizierte Sprach- und Kulturmittlung durch GDDler/-innen beträgt 25,00 € pro angefangene 45 min plus zusätzlich 10,00 € Fahrtkostenpauschale und orientiert sich damit an Honorarsätzen für vergleichbare Dolmetschleistungen in anderen Städten/Bundesländern.

Qualitätssicherung

Mit Fortbildungen und Supervision für qualifizierte GDDler/-innen, die im Rahmen des EQUAL-Projektes organisiert und durchgeführt werden, wird die Qualität der Einsätze sichergestellt und die spezifische Qualifikation erhalten.

Haupteinsatzfelder

Zu den Haupteinsatzfeldern des honorierten Gemeindedolmetschdienstes zählen aktuell:

- Krankenhäuser, insbesondere psychiatrische Abteilungen
- Jugendämter
- Öffentlicher Gesundheitsdienst: sozialmedizinische Dienste, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste, Kinder- und Jugendgesundheitsdienste, Beratungsstellen für sexuell übertragbare Krankheiten/HIV Aids
- Beratungsangebote der Wohlfahrtsverbände, Kirchen und freier Träger

Einsatzzahlen

Seit Beginn des Projektes lässt sich eine kontinuierliche Steigerung der Einsatz- und Kundenzahlen erkennen, sind jedoch weit entfernt vom ermittelten Bedarf. Der Hauptgrund dafür liegt – wie oben bereits erwähnt – bei den fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten der Einrichtungen und Institutionen.

Perspektiven ab 2008

Im Dezember 2007 endet die Förderung durch das EQUAL-Programm. Um den Fortbestand des Projekts, d. h. Konkret für den Vermittlungsdienst und die Qualitätssicherung müssen andere Finanzierungsmöglichkeiten gefunden werden. Hierzu wurden bereits Gespräche geführt mit den Senatsverwaltungen für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz und Integration, Arbeit und Soziales.

Das Abgeordnetenhaus / der Senat wird gebeten, folgende Forderungen aktiv zu unterstützen:

Sicherung des Rechts auf Verständigung beim Zugang zur medizinischen und sozialen Versorgung von Migrant(inn)en.

- Nachhaltige Sicherung eines qualifizierten Gemeindedolmetschdienstes und Entwicklung eines gemeinsamen Konzeptes aller Leistungsträger zur Finanzierung der Einsätze
- Öffentlichkeitsarbeit zur weiteren Bekanntmachung des Angebots und Erhöhung der Inanspruchnahme
- Gemeinsames Finanzierungskonzept für den Einsatz von Dolmetschern/-innen im öffentlichen Dienst (Gesundheits-, Jugend-, Sozialämter, Jobcenter u.a.) aller Stadtbezirke mit einem hohen Migrantenanteil