

Veröffentlichungsreihe des
Instituts für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)

ISSN 1435-408X

P13-150

**Evaluation der Patienteninformation und
-beratung für türkisch- und russisch-
sprachige Migrantinnen und Migranten**

Annett Horn, Doris Schaeffer

Bielefeld, Mai 2013

unter Mitarbeit von
Studierenden des Studiengangs Public Health der Fakultät
für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld

Kooperationspartner
Unabhängige Patientenberatung Deutschland
UPD gemeinnützige GmbH, Bundesgeschäftsstelle

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)
Universitätsstraße 25
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 6880
Telefax: (0521) 106 - 6437
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de
Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

Abstract

Menschen mit Migrationshintergrund sind in Deutschland erst seit einiger Zeit im Blick der gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Diskussion. Im Einklang damit wurde das Gesundheits- und Nutzungsverhalten dieser Bevölkerungsgruppe lange Zeit kaum thematisiert und untersucht. Inzwischen zeigen eine ganze Reihe an Studien, dass der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund durch zahlreiche Barrieren erschwert ist, seien es Sprachbarrieren, Wissenslücken oder sozio-kulturelle Hürden. In Reaktion darauf hat die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD gGmbH) seit August 2011 ein spezielles Beratungsangebot für Migrant|inn|en etabliert. Das Angebot richtet sich an türkisch- und russischsprachige Ratsuchende, die von muttersprachlichen Berater|inne|n beraten werden. Um Erkenntnisse über die Akzeptanz und Nutzung des neuen Beratungsangebots zu gewinnen und Hinweise zur Verbesserung zu erhalten, wurde eine Evaluation durchgeführt.

Die Evaluation erfolgte gemeinsam mit Studierenden des Studiengangs Public Health der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld und umfasste folgende methodische Schritte: a) eine Recherche auf der Basis nationaler und internationaler Literatur zum Stand der Forschung (Kapitel 2), b) eine empirische Untersuchung, bestehend aus einer Dokumentenanalyse, Experteninterviews mit Berater|inne|n und Interviews mit (potenziellen und realen) Nutzer|inne|n (Kapitel 3).

Auf der Grundlage dieses Datenmaterials wird in dem nachfolgenden Bericht die Sichtweise der befragten Expert|inn|en auf die sozialen, lebensweltlichen und kulturellen Bedingungen von Migrant|inn|en dargestellt (Kapitel 4). Darüber hinaus wird geschildert, wie sich die Motive und Anlässe der Nutzung der Patientenberatung für Migrant|inn|en ausnehmen und welche Faktoren die Zugänglichkeit/Erreichbarkeit der Nutzergruppe verbessern können (Kapitel 4 und 5).

Die Ratsuchenden, so hat die Evaluation gezeigt, sind mit dem Angebot überaus zufrieden und erhalten in den Beratungsstellen eine Beratung, die den Besonderheiten ihres Bedarfs Rechnung trägt. Die Ergebnisse deuten aber auch an, dass das Angebot noch nicht ausreichend ist. Dies wird exemplarisch an der telefonischen Beratung deutlich, die der großen Nachfrage nicht nachkommen kann, da es an personellen Ressourcen fehlt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das von der UPD gGmbH umgesetzte muttersprachliche Beratungsangebot für türkisch- und russischsprachige Migrant|inn|en unbedingt weiter entwickelt werden sollte, denn es beinhaltet zugleich die große Chance, die zielgruppenspezifische Patientenberatung weiter zu profilieren.

Inhalt

1. Einleitung	3
2. Gesundheit und Migration in Deutschland	4
2.1 Migranten(gruppen) in Deutschland	4
2.2 Morbidität und Mortalität von Migrant inn en	6
2.2.1 Gesundheitszustand von Spätaussiedler inne n	8
2.2.2 Gesundheitszustand türkischer Migrant inn en	8
2.3 Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Migrant inn en	9
2.4 Umgang mit Krankheit und Gesundheit.....	10
2.4.1 Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit.	11
2.4.2 Inanspruchnahme des Gesundheitswesens.....	13
2.4.3 Zugangsbarrieren zum Gesundheitswesen.....	15
2.5 Fazit	18
3. Methodisches Vorgehen.....	19
4. Ergebnisse/Expertenbefragung.....	22
4.1 Migrant inn en als Nutzer innen der Patientenberatung. Sichtweise der Expert inn en auf die sozialen, lebensweltlichen und kulturellen Bedingungen von Migrant inn en.....	22
4.2 Motive und Anlässe der Nutzung der Patientenberatung.....	26
4.3 Zugänglichkeit/Erreichbarkeit	31
4.3.1 Bekanntheit.....	31
4.3.2 Geografische Lage und räumliche Erreichbarkeit	32
4.3.3 Zeitliche Erreichbarkeit	34
4.3.4 Konzepte und Formen der Beratung	36
4.3.5 Strukturelle Rahmenbedingungen	36
5. Handlungsempfehlungen.....	39
Literatur	43

1. Einleitung

In den letzten Jahren ist die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund vermehrt in den Fokus der gesundheitswissenschaftlichen Forschung gerückt (ex. Aparicio et al. 2005; Merbach et al. 2003). Gezeigt wurde, dass der Migrationsprozess und der Gesundheitszustand einer Person in engem Zusammenhang stehen (Becher et al. 2007) und die Lebensbedingungen im Herkunftsland, im Zielland und während des Migrationsprozesses weitreichenden Einfluss auf Krankheitsrisiken, das Krankheitsspektrum und damit auf die Gesundheitschancen von Migrant|inn|en haben (Razum/Spallek 2009). Vorliegende Studien belegen zudem, dass sich das Gesundheits- und Nutzungsverhalten von Migrant|inn|en von dem der einheimischen Bevölkerung unterscheidet (Brzoska/Razum 2009). Es ist stark durch kulturelle und religiöse Einstellungen geprägt, die nicht nur das Verständnis von Gesundheit und Krankheit beeinflussen, sondern auch die Strategien der Krankheitsbewältigung und der Versorgungsnutzung. Vielfach fehlt es gerade in dieser Bevölkerungsgruppe an ausreichendem Wissen über das deutsche Gesundheitssystem und generell an Gesundheitskompetenz. Dies erschwert in Kombination mit schwierigen sozioökonomischen Lebenslagen und Sprachproblemen den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung (Aparicio et al. 2005; Brzoska/Razum 2009; Doyle et al. 2012; Razum/Spallek 2009; Razum et al. 2004; Seidl/Horn 2011; Wengler 2013). Um die Zugänglichkeit zur gesundheitlichen Versorgung und damit die Gesundheitschancen dieser Bevölkerungsgruppe zu verbessern, wird daher für die Schaffung migrationspezifischer bzw. kultursensibler Versorgungsangebote plädiert, um so den kulturellen, religiösen, sozialen und sozioökonomischen Besonderheiten von Menschen mit Migrationshintergrund Rechnung tragen und eine bedarfsgerechte Versorgung für diese Bevölkerungsgruppe ermöglichen zu können (Brzoska/Razum 2009; Razum/Spallek 2009; Razum et al. 2004; Seidl/Horn 2011).

In Reaktion darauf hat die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) seit Januar 2011 ein spezielles Beratungsangebot für türkisch- und russischsprachige Migrant|inn|en konzipiert, das für zunächst drei Jahre von der Privaten Krankenversicherung (PKV) gefördert wird. Mit dem Ziel, Personen mit Migrationshintergrund aktiv bei der Orientierung im Gesundheitswesen zu unterstützen, bietet die UPD seither kostenfreie persönliche und muttersprachliche Patientenberatungen in den Städten Nürnberg, Dortmund, Berlin und Stuttgart an und hat darüber hinaus eine bundesweite Telefonberatung in türkischer und russischer Sprache eingerichtet. Das Beratungsangebot hat unspezifischen Charakter, d.h., die Beratungsstellen fühlen sich für alle gesundheitsrelevanten Fragen und Problemlagen unter kultur- und migrationspezifischen Aspekten zuständig (UPD 2013).

Um die Nutzung des neuen Beratungsangebots zu untersuchen und mögliche Hinweise zur Verbesserung zu erhalten, wurde eine Evaluation des Beratungsangebots durchgeführt, über die im Folgenden berichtet wird.

2. Gesundheit und Migration in Deutschland

Im nachfolgenden Abschnitt erfolgt zunächst eine Erörterung allgemeiner Aspekte zum Thema Migration. Ihm schließt sich ein Überblick über den Gesundheitsstatus von Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere von Spätaussiedler|inne|n aus den GUS¹ und Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland an, der mit einer Darstellung der die Gesundheit beeinflussenden Faktoren endet.

2.1 Migranten(gruppen) in Deutschland

Bis in die zweite Hälfte der 1990er Jahre war die Frage, ob und inwiefern Deutschland ein Einwanderungsland ist, umstrittener Gegenstand migrationspolitischer Diskussionen. Sie waren durch den Tenor geprägt, dass Einwanderungen bis zu diesem Zeitpunkt in Deutschland eher als Ausnahme angesehen wurden, obschon die länger werdenden, rechtlich legitimierte Aufenthaltszeiten vieler zugewanderter Familien längst ein anderes Bild boten (Hailbronner 2008). Erst gegen Ende der 1990er Jahre setzte ein Umdenken ein. Es wurde dadurch ausgelöst, dass angesichts des demographischen Wandels nun notwendig wurde, Fachkräfte aus dem Ausland anzuwerben (ebd.). Zugleich wurde durch den wachsenden Anstieg an Zuwander|inne|n² zu jener Zeit endgültig unübersehbar, dass Deutschland längst ein „Einwanderungsland“ darstellt. So wurden allein im Zeitraum von 1991 bis 2011 in Deutschland rund 19 Millionen Zuwanderungen, aber lediglich 14,4 Millionen Abwanderungen registriert. Folglich gab es insgesamt einen Zuwanderungsgewinn (positives Wanderungssaldo) von 4,6 Millionen Menschen, die nach Deutschland immigrierten (BAMF 2013; Statistisches Bundesamt 2013). Seither wird auch in Deutschland intensiver über das Thema Migration diskutiert.

Zunächst einige Begriffsklärungen: „Migration“ wurde vom Bundesamt für Migration, Flüchtlinge und Integration als räumliche Verlagerung des Lebensmittelpunktes definiert (BAMF 2013). Als „Migrant|inn|en“ werden damit in Einklang wiederum Menschen bezeichnet, die über eigene Migrationserfahrungen verfügen. Inzwischen gilt diese Definition nicht mehr als umfassend genug, da sie Menschen, deren Eltern oder Großeltern migriert sind, nicht einbezieht. Da auch bei ihnen der „Migrationshintergrund noch prägend“ sein kann (Razum et al. 2008: 9), wird vermehrt der Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ verwendet, der erstmals im Mikrozensus³ 2005 zu finden ist (ebd.).

¹ Die Gruppe russischsprachiger Migrant|inn|en wird nicht ausschließlich von Spätaussiedler|innen repräsentiert, sondern bspw. auch von jüdischen Einwander|innen, sog. Kontingentflüchtlingen. Sie ist also sehr heterogen. Identifizierte Untersuchungen beziehen sich jedoch vorrangig auf sog. „Spätaussiedler|innen“. Daher stehen sie auch im Zentrum dieses Berichtsteils.

² Die Begriffe „Zuwanderung“ und „Einwanderung“ bzw. „Zuwander|innen“ und „Einwander|innen“ werden hier aufgrund geringfügiger Bedeutungsunterschiede synonym verwendet.

³ Der „Mikrozensus“ ist eine repräsentative Haushaltsbefragung der amtlichen Statistik in Deutschland, die jährlich bei einem Prozent der Bevölkerung durchgeführt wird. (ebd.).

Im Jahr 2011 lebten nach Hochrechnungen des Mikrozensus ca. 15,96 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Damit besteht ein Großteil der Bevölkerung, nämlich ca. 19,5%, aus Zugewanderten und deren Nachkommen (BAMF 2013). Dabei sind zwei Drittel der Menschen mit Migrationshintergrund (10,69 Mill. bzw. 67%) selbst nach Deutschland migriert (erste Generation); ein Drittel wurde bereits in Deutschland geboren (zweite oder dritte Generation) (ebd.).⁴

Menschen mit Migrationshintergrund stellen, so wird in der Literatur betont, eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe dar (Knipper/Bilgin 2010; Spallek 2012). Wird nach Herkunftsland bzw. dem Herkunftsland der Eltern differenziert, lassen sich vier große Migrantengruppen in Deutschland unterscheiden: Die größte Gruppe bilden Menschen mit türkischem Migrationshintergrund (rund 2,9 Millionen). An zweiter Stelle steht die Gruppe mit polnischem Migrationshintergrund (rund 1,5 Millionen). Ihnen folgen Menschen mit russischem (etwa 1,2 Millionen) und kasachischem Migrationshintergrund (922 Tsd.) (BAMF 2013).

Die Alters- und Geschlechtsstrukturen in den Bevölkerungen mit Migrationshintergrund weichen fast immer von der der einheimischen Bevölkerung im Zielland ab (Razum et al. 2008). In Deutschland liegt der Altersdurchschnitt von Menschen mit Migrationshintergrund deutlich unter dem der einheimischen Bevölkerung (35,2 vs. 46,1 Jahre) und auch der Anteil der Männer ist mit 50,3% gegenüber 48,8 % höher (Statistisches Bundesamt 2013). Dies trifft auch auf die Bevölkerung mit türkischem Migrationshintergrund zu, deren Zuwanderung ihren Ursprung in der Arbeitskräfteanwerbung in den 1960er Jahren hat, in der überwiegend junge Männer in die Bundesrepublik kamen und der Familiennachzug erst verzögert erfolgte (Razum et al. 2008; Schenk et al. 2011; Spallek 2012). Aufgrund der vergleichsweise hohen Fertilität und dem noch geringen, wenn auch stetig steigendem Altenanteil ist auch das Durchschnittsalter der Bevölkerung mit türkischem Migrationshintergrund niedriger als das der autochthonen Bevölkerung (Reutin/Schott 2013). In der Gruppe der Spätaussiedler|innen, die vorwiegend als Familien nach Deutschland kamen, sind nicht nur junge, sondern von Beginn an auch ältere Menschen migriert, weshalb der Verjüngungseffekt in dieser Gruppe nicht so stark ausfällt (BAMF 2013; Schenk et al. 2011). Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Altersverteilung der Spätaussiedler|innen nur zum Zeitpunkt der Einreise bekannt ist, da sie danach zur deutschen Gesamtbevölkerung gerechnet werden (Brück-Klingberg et al. 2007; Razum et al. 2008).

Die enge Verknüpfung der sozialen Lage und der Gesundheit sind hinreichend beschrieben, ebenso deren Konsequenzen, die sowohl Bevölkerungen ohne als auch solche mit Migrationshintergrund treffen (ex. Mielck 2005; Spallek/Razum 2008). Im Vergleich zu den einheimischen Bevölkerungen sind Migrant|inn|en häufiger sozialen Benachteiligungen hinsicht-

⁴ Neben dem Terminus „Menschen mit Migrationshintergrund“ sind in deutschen Statistiken und Publikationen weitere Begriffe gebräuchlich. Zu den wichtigsten gehören die Bezeichnungen „Ausländer|innen“ und „Zuwander|innen“, die nicht gleichbedeutend sind. So bezeichnet „Ausländer|innen“ in *amtlichen Statistiken* die Menschen mit einer ausländischen Staatsbürgerschaft, wohingegen unter „Zuwander|innen“ Personen verstanden werden, die nicht in Deutschland geboren, wohl aber gemeldet sind, unabhängig von der Staatsbürgerschaft (Razum et al. 2008)

lich der Arbeitsbedingungen, dem Armutsrisiko und den Bildungschancen ausgesetzt (Spallek/Razum 2008). Vor allem die Lebenslagen älterer, insbesondere türkischer Migrant|inn|en sind defizitär. Sie sind in nahezu allen Bereichen im Vergleich schlechter gestellt (Özcan/Seifert 2006). Viele der im Rahmen der Arbeitskräfteanwerbung aus der Türkei nach Deutschland migrierten Personen haben ein niedriges Qualifikationsniveau: Fast 82% dieser Migrant|inn|en im Alter zwischen 45 bis 64 Jahren haben keine abgeschlossene Berufsausbildung, in der Gruppe über 65 Jahren sind es rund 85% (ebd.). Ebenso ist der Anteil derer, die keinen schulischen Abschluss haben, in der Gruppe der 45- bis 64-Jährigen mit über 38% und bei den über 65-Jährigen mit fast 56% vergleichsweise hoch, weshalb Analphabetismus keine Seltenheit in dieser Bevölkerung ist (ebd.). In Abhängigkeit der Bildungsstruktur stellt sich auch die Einkommensstruktur der Haushalte von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund ungünstig dar: Personen zwischen 45 bis 64 Jahren weisen mit einem Nettohaushaltseinkommen von 1704 € den geringsten Wert in dieser Altersgruppe auf, über 65-Jährige haben ein durchschnittliches Nettohaushaltseinkommen von 1208 € (ebd.). Folglich sind Migrant|inn|en oftmals auch in ihrer Wohnsituation benachteiligt und verfügen beispielsweise seltener über Wohneigentum als auch über eine durchschnittlich geringere Wohnfläche (ebd. Razum et al. 2008). Viele der angeführten Benachteiligungen betreffen allerdings nicht nur die älteren Menschen, sondern haben auch in den nachfolgenden Generationen Bestand.

Bei den Spätaussiedler|inne|n stellt sich die Schwierigkeit, dass diese oftmals zur deutschen Gesamtbevölkerung gerechnet und daher häufig nicht als eigene Gruppe quantitativ erfasst werden (können). Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Brück-Klingberg et al. 2007) konnte im Rahmen einer Untersuchung jedoch nachweisen, dass Spätaussiedler|innen schlechter in den deutschen Arbeitsmarkt integriert sind. Sie sind demnach häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen und seltener sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Auch verfügen sie im Vergleich zur deutschen Bevölkerung seltener über eine abgeschlossene Berufsausbildung (ebd.). Paradoxe Weise sind Spätaussiedler|innen, die über einen (Fach-) Hochschulabschluss verfügen, öfter von Arbeitslosigkeit betroffen als solche mit oder gar ohne Berufsausbildung, was möglicherweise darin begründet liegt, dass im Herkunftsland erworbene Abschlüsse nicht anerkannt werden oder sich etwaige Sprachbarrieren negativ auswirken (ebd.).

2.2 Morbidität und Mortalität von Migrant|inn|en

Auch wenn Migrant|inn|en teilweise erhöhten Gesundheitsrisiken unterliegen, weisen sie nicht grundsätzlich einen schlechteren Gesundheitsstatus auf als Menschen ohne Migrationserfahrung (Knipper/Bilgin 2009; Razum et al. 2008; Seidl/Horn 2011; Spallek/Razum 2007). Im Gegenteil, gegenüber der deutschen Bevölkerung verfügen sie sogar über einen Morbiditäts- und Mortalitätsvorteil: Sie sind beispielsweise weniger von Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen als die deutsche Bevölkerung, obwohl chronisch-degenerative Krankheiten auch bei Migrant|inn|en die häufigsten Todesursachen darstellen (GBE Bund 2012;

Spallek/Razum 2007). Ähnliches lässt sich bei den Krankenquoten⁵ feststellen. Im Jahr 2009 lag die Quote für die Gesamtbevölkerung bei 14%, für Menschen mit Migrationshintergrund dagegen bei 12,1% (Engels et al. 2011). Ebenso liegen die Schwerbehindertenquoten unter denen der Gesamtbevölkerung (Razum et al. 2008).

Morbiditäts- und Mortalitätsvorteile dieser Art lassen sich nicht nur in Deutschland beobachten. Auch aus internationalen sozialespidemiologischen Untersuchungen geht hervor, dass Morbidität und Mortalität bei erwachsenen Migrant|inn|en unterschiedlicher Herkunftsländer in Europa und den USA deutlich niedriger sind als die der Allgemeinbevölkerung des Ziellandes (Razum 2006). Das gilt – wie erwähnt – auch für einige chronisch-degenerative Krankheiten, so z.B. bestimmte Krebsarten, Herz-Kreislaufkrankheiten, Diabetes und Atemwegserkrankungen (Spallek/Razum 2008). Dieses Phänomen wird hauptsächlich darauf zurückgeführt, dass vor allem Arbeitssuchende migrieren, die über einen guten Gesundheitszustand verfügen, sodass eine gewisse Selektion stattfindet. Es wird daher in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung als „*Healthy-Migrant-Effekt*“⁶ bezeichnet (Razum et al. 2008; Spallek/Razum 2007). Zudem re-migriert ein Teil dieser Migrant|inn|en, wenn sie älter und damit auch anfälliger für Krankheiten werden, wieder in ihr Herkunftsland und wird dann von den deutschen Statistiken nicht mehr erfasst (Spallek/Razum 2008). Neben dieser selektiven Rückkehr, die nicht in allen Gruppen von Migrant|inn|en gleichermaßen stattfindet, kommt es auch zu Re-Immigrationen, in denen ‚Rückkehrer|innen‘ erneut in die Bundesrepublik immigrieren, um von einer besseren gesundheitlichen Versorgung zu profitieren (ebd.).

Obwohl die beschriebenen Morbiditäts- und Mortalitätsvorteile noch Jahrzehnte andauern können, nehmen sie mit zunehmender Aufenthaltsdauer aufgrund des fortschreitenden Lebensalters, der Anpassung an die vorherrschenden Lebensstile und Umwelteinflüsse sowie der kumulierten Gesundheitsbelastungen im Zielland allmählich ab (Okken et al. 2008). Hierdurch gleichen sich die Inzidenzraten, beispielsweise für chronische Erkrankungen wie eben Diabetes Mellitus, an die der einheimischen Bevölkerung an (Knipper/Bilgin 2009). Zum Teil nehmen bestimmte Krebsarten in der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund sogar stärker zu (Spallek 2012).

Weiterhin weisen Migrant|inn|en in Deutschland ein höheres Risiko für andere Arten von Krankheit auf, besonders für Infektionskrankheiten wie Tuberkulose und HIV (Razum et al. 2008) aber auch Müttersterblichkeit (Razum et al. 2008; Spallek/Razum 2008), psychische Leiden wie z.B. Depressionen, psychosomatische Beschwerden und posttraumatische Belastungsstörungen. Zudem sind sie häufiger von Arbeitsunfällen betroffen (Spallek/Razum 2008).

⁵ Die Krankenquote gibt an, ob innerhalb der letzten vier Wochen vor der Befragung eine Krankheit vorlag und stellt einen Indikator für den allgemeinen Gesundheitszustand dar. Ermittelt wird die Krankenquote seit 2005 in einem Abstand von vier Jahren im Zuge der Erhebung des Mikrozensus, sodass bislang erst Daten für die Jahre 2005 und 2009 vorliegen (ebd.).

⁶ Der „Healthy-Migrant-Effekt“ trifft nur auf Migrant|inn|en zu, die selbst migriert sind und nicht für deren Nachkommen (Razum 2006).

2.2.1 Gesundheitszustand von Spätaussiedler|inne|n

Mit diesem Bild stimmen im Großen und Ganzen auch die vorliegenden Befunde zum Gesundheitsstatus von Spätaussiedler|inne|n überein.

So ist die *Mortalität* in der Gruppe der Spätaussiedler|innen niedriger als in der sonstigen Bevölkerung. Das gilt besonders für häufige Krebskrankheiten (z.B. Lungenkrebs) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, obwohl typische Risikofaktoren für diese Krankheiten bei Spätaussiedler|inne|n häufiger als bei Deutschen zu finden sind. Die Zahl an Suiziden und Todesfällen in Folge von Alkohol- bzw. Drogenkonsum wird dagegen als höher eingeschätzt (Kyobutungi et al. 2006).

Zu den am häufigsten auftretenden Krankheiten zählen in der Gruppe der Spätaussiedler|innen Herz-Kreislauf-Krankheiten, Infektions-, Zahn-, Magen-Darm-Erkrankungen sowie Unterleibsbeschwerden (Knipper/Bilgin 2009; Wittig et al. 2004). Bemerkenswert ist, dass Infektionskrankheiten, allen voran Tuberkulose und Hepatitis, bei ihnen häufiger als bei der autochthonen Bevölkerung vorkommen (Razum et al. 2008). Auch psychische Erkrankungen spielen eine bedeutende Rolle bei Spätaussiedler|inne|n (Blomstedt et al. 2007), weshalb die Gruppe in der Literatur auch explizit als „Risikogruppe für psychische Erkrankungen“ bezeichnet wird (Knipper/Bilgin 2009; Wittig et al. 2004). Dies gilt besonders für diejenigen, die in den 1990er Jahren nach Deutschland immigriert sind (Knipper/Bilgin 2009).

Generell schätzen Spätaussiedler|innen Merbach et al. (2003) zufolge ihre Gesundheit subjektiv als schlechter ein als die deutsche Bevölkerung. So erwähnen Spätaussiedler|innen in einer von ihnen durchgeführten Untersuchung häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen als die deutsche Vergleichsgruppe (Merbach et al. 2003). Angeführt werden vor allem Kopfschmerzen, Schwächegefühl, Erschöpfbarkeit und Gliederschmerzen – Beschwerden, die der Literatur zufolge als gesundheitliche Folgen des Migrationsprozesses zu betrachten sind, die sich in somatischen Reaktionen äußern (Aparicio et al. 2005; Wittig et al. 2004).

Interessant ist ein anderer Befund: dennoch sind Spätaussiedler|innen mit ihrer Gesundheit dem sozioökonomischen Panel von 1995 zufolge grundsätzlich zufriedener als die deutsche Vergleichsgruppe. Allerdings zeigte sich bei der Befragung im Jahr 2000, dass die Zufriedenheit von älteren Spätaussiedler|inne|n fünf Jahre später unter das Niveau der Deutschen gesunken war (Ronellenfitsch/Razum 2004).⁷

2.2.2 Gesundheitszustand türkischer Migrant|inn|en

Menschen mit türkischem Migrationshintergrund wiederum halten nach dem sozioökonomischen Panel für die Jahre 1982, 1994, 2002 ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand mit fortschreitendem Alter für unbefrie-

⁷ Neuere Untersuchungen von Aparicio et al. (2005) kommen zu gegenteiligen Befunden. 25,7% der von ihnen befragten Aussiedler|innen stufen ihren Gesundheitszustand als weniger gut bzw. schlecht ein. Dabei war die Einschätzung umso negativer, je kürzer die Migration nach Deutschland zurücklag (Aparicio et al. 2005).

digender als Deutsche. Das gilt vor allem für die Altersgruppe der 40- bis 64-Jährigen und der ab 65-Jährigen und trifft auf beide Geschlechter zu (Razum et al. 2008).

Objektiv betrachtet lässt sich bereits seit den 1980er Jahren eine im Vergleich zur deutschen Bevölkerung höhere Häufigkeit an Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus und Virushepatitis feststellen (Knipper/Bilgin 2009; Razum et al. 2008). Für die erhöhte Häufigkeit von Diabetes mellitus werden Veränderungen der Lebensweise oder eine geringere körperliche Aktivität in Verbindung mit einer weniger vielseitigeren, jedoch kohlenhydratreicheren Ernährung verantwortlich gemacht (ebd. Günay 2011). Weiterhin zeigen epidemiologische Untersuchungen eine erhöhte Prävalenz für eine Hepatitis-B-Infektion bei Migrant|inn|en, obgleich Deutschland insgesamt zu den Niedrigendemiegebieten für diese Infektionskrankheit zählt (Marschall et al. 2005). Die höhere Infektionsrate bei Migrant|inn|en gründet unter anderem in der höheren Prävalenz des Virus in den Herkunftsländern als auch in der stärkeren Verbreitung des Virus in der bereits hier lebenden Bevölkerung mit Migrationshintergrund (ebd.; Prüfer-Krämer/Krämer 2004; Razum et al. 2008). Aufgrund des vergleichsweise hohen Hepatitisrisikos in der Türkei (insbesondere in Ostanatolien) als auch in den Ländern Osteuropas ist von einem vergleichsweise überproportionalen Anteil infizierter Migrant|inn|en aus diesen Ländern auszugehen (Knipper/Bilgin 2009; Prüfer-Krämer/Krämer 2004; Razum et al. 2008).

Besonders im Alter weisen Menschen mit türkischem Migrationshintergrund einen vergleichsweise schlechteren Gesundheitsstatus auf. So haben beispielsweise viele ältere türkischsprachige Migrant|inn|en, die seinerzeit als Arbeitskräfte nach Deutschland kamen, einen im Vergleich zur gleichaltrigen deutschen Bevölkerung signifikant schlechteren Gesundheitszustand (Ulusoy/Gräbel 2010). Vor allem die Prävalenz chronischer Krankheiten, wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes und Schlaganfall ist höher als bei Deutschen: Ältere Menschen mit türkischem Migrationshintergrund sind bereits zehn Jahre früher dem Risiko chronischer Krankheit ausgesetzt. Frauen dieser Bevölkerungsgruppe sind häufig von schwerwiegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen und psychosomatischen Erkrankungen betroffen (ebd.).

Der schlechtere Gesundheitszustand schlägt sich auch in den Rentenstatistiken nieder. Denn Arbeitnehmer|innen mit türkischem Migrationshintergrund scheiden häufiger infolge chronischer Krankheit vorzeitig aus dem Berufsleben aus als deutsche Arbeitnehmer|innen (Brzoska/Razum 2009; Razum et al. 2008).

2.3 Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Migrant|inn|en

Als mögliche Erklärung für den vergleichsweise schlechteren Gesundheitszustand von Migrant|inn|en werden in der Literatur eine Reihe an Faktoren angeführt (Razum/Spallek 2009). Sie lassen sich Spallek und Razum (2007) zufolge im Wesentlichen in drei Kategorien zusammenfassen, in *Bedingungen im Herkunftsland*, *Bedingungen während des Migrationsprozesses* sowie *im Zielland* (Spallek/Razum 2007).

Bedingungen im Herkunftsland: Dazu zählen u.a. eine andere Ernährung, schlechtere Gesundheitsversorgung, Gewalt, Krieg, Folter und höhere Prävalenzen spezifischer Infektionskrankheiten (ebd.).

Bedingungen während des Migrationsprozesses: Dazu gehören psychosoziale Belastungen/Stress, Hunger, Gewalt, Rassismus und die Trennung von der Familie. Vor allem psychosoziale Belastungen, wie etwa eine risikoreiche Reise ins Zielland, Entwurzelung bzw. Trennung von der Familie oder schwierige Akkulturationsprozesse, spielen eine bedeutende Rolle (Spallek/Razum 2007), da sie zu psychischen Störungen führen können.

Bedingungen im Zielland: Hier ist zwischen den Bedingungen kurz nach der Migration, z.B. Fremdheitsgefühl, Trennung von der Familie, Rassismus, Sprach- bzw. Verständigungsprobleme und zwischen noch Jahre andauernden oder generationenübergreifenden Bedingungen, wie bspw. einem niedrigen Sozialstatus oder gar Statusverlust (Spallek/Razum 2007), zu unterscheiden. Darüber hinaus sind Umweltfaktoren („besseres“ Gesundheitssystem, höhere Sicherheit und bessere Hygiene) sowie Akkulturationsbedingungen einzubeziehen (Spallek/Razum 2008).

Zu ergänzen sind Spallek und Razum zufolge genetische Bedingungen. Gemeint sind herkunftsbedingte Abweichungen der genetischen Ausstattung, die unterschiedliche Ausprägungen von Krankheitsrisiken bzw. -vorstufen zur Folge haben können (ebd.). Als Beispiel sind die unterschiedlichen Blutkonzentrationen von *high density lipoprotein Cholesterols* zwischen deutsch- und türkischstämmigen Menschen anzuführen. Unterschiede genetischer Prädispositionen können gesundheitliche Vor- wie auch Nachteile mit sich bringen (ebd.).

Diese besonderen Lebensbedingungen von Migrant|inn|en stehen in Wechselwirkung zueinander und beeinflussen „auf verschiedenen Ebenen und in einem komplizierten kausalen Geflecht“ (ebd.) den Gesundheitszustand. Ihnen, wie auch den Besonderheiten der gesundheitlichen Situation von Migrant|inn|en ist in der Patientenberatung besondere Beachtung zu schenken, will sie ihr Ziel nicht verfehlen.

2.4 Umgang mit Krankheit und Gesundheit

Im nachstehenden Abschnitt werden vorliegende Befunde zum Umgang mit Gesundheit und Krankheit dargestellt. Dabei werden zunächst subjektive Vorstellungen von Spätaussiedler|inne|n und türkischsprachigen Migrant|inn|en über Gesundheit, Krankheit und Pflege betrachtet, dann Daten zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und den sich ihnen stellende Zugangsbarrieren zum Gesundheitswesen referiert.

2.4.1 Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit

Unter *subjektiven Gesundheitsvorstellungen*⁸ wird laut Faltermeier et al. (1998) „das Gesamt der auf die Gesundheit bezogenen Überzeugungen, Überlegungen und Ideen einer Person oder einer Gruppe von Personen“ verstanden. Dazu gehören individuelle Vorstellungen darüber, was eine Person unter „Gesundheit“ versteht (*subjektive Konzepte von Gesundheit*) und welche Faktoren aus ihrer Sicht die Gesundheit beeinflussen können (*subjektive Theorien von Gesundheit*). Die sozial und kulturell variierenden subjektiven Gesundheitsvorstellungen/-theorien zu betrachten ist deshalb wichtig, weil sie Einschätzung und Akzeptanz von Versorgungsangeboten sowie die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen beeinflussen (Flick 1998; Reutin/Schott 2013; Spallek/Razum 2008).

Spätaussiedler|innen

Zu den subjektiven Gesundheitsvorstellungen/-theorien von Spätaussiedler|inne|n liegen bislang nicht sehr viele Untersuchungen vor. Eine der neueren Studien stellt die von Schenk et al. dar (2011). Ihnen zufolge sind die Gesundheitsvorstellungen von Spätaussiedler|inne|n in hohem Maß durch *Eigenverantwortung* geprägt. Das schlägt sich beispielsweise darin nieder, dass gesundheitsbewusstem Verhalten hoher Stellenwert eingeräumt wird⁹, aber auch, dass Versorgung und Pflege als selbstverständliche Familienaufgabe betrachtet werden, die autonom und kollektiv in der Familie zu bewältigen ist – eine Vorstellung, in der das für Spätaussiedler|innen typische *kollektivistische Familienverständnis* zum Ausdruck kommt (vgl. z.B. Schenk et al. 2011; Schnepf et al. 2005). Es ist dadurch beeinflusst, dass in den Ländern der ehemaligen Sowjetunion keine professionelle pflegerische Versorgung existierte, sodass die Familie die zentrale Unterstützungsinstanz darstellt (Schenk et al. 2011; Schnepf et al. 2005). Der Pflege durch Familienangehörige kommt daher auch heute noch große Bedeutung in den Familien von Spätaussiedler|inne|n zu (ebd.). Familiäre Unterstützungs- und Pflegeleistungen sind dabei durch das Reziprozitätsprinzip geprägt, demzufolge die jüngere Generation die in der Kindheit erhaltene Hilfe und Fürsorge an die ältere Generation zurück gibt (Schenk et al. 2011).

Damit in Einklang steht, dass professionelle Pflege und eine stationäre pflegerische Versorgung kaum auf Akzeptanz stoßen (Schenk et al. 2011). Letztere wird mit schweren körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen und palliativen Problemlagen assoziiert, ebenso mit Verlust an Autonomie, Identität und Würde. Eine Heimunterbringung wird zudem als „Abschiebung“ angesehen und kollidiert mit dem traditionellen Familienverständnis, demzufolge für eine gut funktionierende Familie selbstverständlich ist, die Sorge für beeinträchtigte Mitglieder zu übernehmen. Daher stehen Pflegeheime symbolisch auch für zerrissene Familienbeziehungen (ebd.). Anders ist die Vorstellung in liberal-orientierten Familien von Spätaussiedler|inne|n: Sie halten eine stationäre Unterbrin-

⁸ Eingeschlossen sind auch die subjektiven Vorstellungen von Krankheit und Pflege (vgl. Flick 1998).

⁹ Das steht, wie Aparicio et al. (2005) bemerken, allerdings nicht unbedingt in Übereinstimmung mit dem realen Gesundheitsverhalten.

gung bei einer stark eingeschränkten körperlichen Situation, die von der Familie nicht mehr bewältigt werden kann, für eine sinnvolle Lösung (ebd.).

Türkische Migrant|inn|en

Ähnlich wie Schnepf et al. (2011) für die Gruppe der Spätaussiedler|innen kommt Zielke-Nadkarni (1999) zu dem Ergebnis, dass für die *Gesundheitsvorstellungen* türkischsprachiger Migrant|inn|en charakteristisch ist, dass sie selbst viel zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit tun können, sei es durch gute Ernährung, Sport, Bewegung, frische Luft und Vermeidung gesundheitsschädlicher Substanzen, wie bspw. Nikotin (Zielke-Nadkarni 1999).

Dagegen unterscheiden sich die *Krankheitsvorstellungen/-theorien* türkischsprachiger Migrant|inn|en zum Teil erheblich von denen der Spätaussiedler|innen wie auch von denen der deutschen Bevölkerung. Vorherrschend sind meist vielschichtige, externale Krankheitstheorien. So stellt eine Krankheit der orientalischen Volksmedizin zufolge ein „von außen“ kommendes, schicksalhaftes (oder dem göttlichen Willen folgendes) Ereignis dar, das u.a. durch Luft, Wasser, den bösen Blick (Nazar), böse Geister oder durch magische Einflüsse übertragen/verursacht wird und die Gesundheit negativ beeinflusst (Becker et al. 2006; Franz et al. 2007; Glier/Erim 2007; Lujčić 2008; Razum/Geiger 2003; Seidl/Horn 2011; Yilmaz-Aslan et al. 2012).

Auch neurologische und/oder psychiatrische Krankheiten werden durch externale Theorien erklärt. Sie werden häufig auf Besessenheit durch Geister zurückgeführt, wie dies beispielsweise für 75% der türkischen Schmerzpatient|inn|en beschrieben wird (Franz et al. 2007; Glier/Erim 2007). Andere oft angeführte Ursachen sind Schicksal, Prüfung, Strafe oder magische Vorstellungen (Glier/Erim 2007; Yilmaz-Aslan et al. 2012). Externale Krankheitstheorien führen in der Konsequenz dazu, dass das Gefühl der Eigenverantwortung, Selbstwirksamkeit und Überzeugung der eigenen Einflussmöglichkeiten auf die Gesundheit herabgesetzt werden (Franz et al. 2007; Lujčić 2008) und eine passive Behandlungserwartung entsteht, im Zuge derer die Verantwortung für die Krankheit auf die behandelnden Ärztinnen und Ärzte übertragen wird (Franz et al. 2007; Glier/Erim 2007; Yilmaz-Aslan et al. 2012)

In Einklang mit der eher passiven und ohnmächtigen Rolle, die aus diesen Krankheitsvorstellungen erwächst, werden Patient|inn|en mit türkischem Migrationshintergrund in der Literatur als eher pessimistisch und auch fatalistisch beschrieben (Franz et al. 2007; Lujčić 2008): Oft gehen sie davon aus, dass der weitere Krankheitsverlauf negativ sein könne, fürchten negative Krankheitskonsequenzen und neigen zudem dazu zu glauben, an Rezidiven zu erkranken (Franz et al. 2007). Die geringe Selbstwirksamkeitsüberzeugung und die pessimistisch-fatalistischen Krankheitsvorstellungen schlagen sich oft u.a. auch darin nieder, dass potenzielle Behandlungseffekte eher negativ eingeschätzt werden (Franz et al. 2007; Lujčić 2008). Zu den Maßnahmen, die von türkischsprachigen Migrant|inn|en für wenig wirksam und sinnvoll gehalten werden, gehören u.a. gesprächs-therapeutische Interventionen (ebd.). Dagegen sind Arzneimittel sehr positiv angesehen (Franz et al. 2007; Lujčić 2008; Yilmaz-Aslan et al. 2012).

Auch gegenüber Beratung(-sstellen) und psychosozialen Unterstützungsangeboten herrscht Zurückhaltung und Skepsis (Lujčić 2008), weil, so die oft bei türkischsprachigen Migrant|inn|en anzutreffende Annahme, Reden nicht hilft (ebd.).

Wichtig ist ein anderer Befund: Krankheitssymptome werden oft anders artikuliert, d.h. weniger als physiologische Symptome dargestellt, sondern symbol- und bildhaft umschrieben (Becker et al. 2006; Franz et al. 2007; Glier/Erim 2007; Gün 2011). Beispielsweise beschreiben Patient|inn|en mit türkischem Migrationshintergrund Symptome, indem sie im metaphorischen Sinne von einer Schlange sprechen, die sich durch ihren Körper bewegt, von Zwergen, die im Körper sitzen und ihnen Schmerzen zufügen oder von kribbelnden Ameisen, die im Körper umherziehen. Dabei zeigen sich soziale Unterschiede: Bildhafte und metaphorische Symptombeschreibungen werden vor allem von türkischsprachigen Patient|inn|en mit niedrigem sozialen Status verwendet (Glier/Erim 2007).

Einer Studie von Lujčić zufolge (2008) werden Krankheiten zudem häufig als etwas Rätselhaftes wahrgenommen und Symptome oft miteinander verwoben und wenig getrennt beschrieben (Lujčić 2008). Gleichzeitig wird türkischsprachigen Migrant|inn|en eine höhere Somatisierungsneigung attestiert (ebd.). So zeigte sich in der erwähnten Studie, dass Patient|inn|en mit türkischem Migrationshintergrund bei allen Somatisierungsindizes eine höhere Ausprägung und stärkere körperliche Selbstaufmerksamkeit aufweisen und auch ihre Symptombelastungen stärker wahrnehmen (ebd.). Auch der Wunsch nach Veränderung ihrer Lebensweise und ihres Lebensstils, um gesund zu werden, ist bei ihnen stärker ausgeprägt (ebd.), charakterisiert aber nicht unbedingt das reale Gesundheits- und Krankheitsverhalten.

2.4.2 Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Spätaussiedler|innen

Die vorliegenden Befunde zur Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitssystems durch Spätaussiedler|innen zeigen ein eher heterogenes Bild: So deutet eine Untersuchung von Wittig et al. (2004) darauf, dass Spätaussiedler|innen schon 0-6 Monate nach ihrer Immigration nach Deutschland bei der Konsultation von Zahnärzt|inn|en und Gynäkolog|inn|en ein der deutschen Bevölkerung vergleichbares Nutzungsverhalten aufweisen. Anders sieht es allerdings bei der Nutzung von Allgemeinmediziner|inne|n und Fachärzt|inn|en aus. Während 82% der deutschen Studienteilnehmer|innen im letzten Jahr eine|n Allgemeinmediziner|in und 65,9% eine|n andere|n Fachärztin|Facharzt aufgesucht haben, waren es in der Gruppe der Spätaussiedler|innen lediglich 61% bzw. 45%. Auffallend ist zudem, dass etwa 55% bzw. 42% der Spätaussiedler|innen im Krankheitsfall zunächst die Familie bzw. Freundinnen und Freunde konsultierten. Bei den Deutschen waren es deutlich weniger, nämlich nur ca. 43% bzw. 33% (Wittig et al. 2004). Familie, Freundinnen und Freunde haben – so lässt sich daraus schlussfolgern – für Spätaussiedler|innen eine größere Bedeutung bei Gesundheits- und Krankheitsfragen.

Anders die Ergebnisse einer Untersuchung von Aparicio et al. (2005). Dort konnten keinerlei signifikante Unterschiede bei der Nutzung ambulanter ärztlicher und stationärer Leistungen innerhalb der zurückliegenden 12 Monate konstatiert werden. Unterschiede zeigten sich allerdings bei der Teilnahme an Krebsvorsorgeuntersuchungen, die bei den Spätaussiedler|inne|n deutlich niedriger war.

Kutscharski (2007) interessierte sich weniger für das Ausmaß, sondern die Art und Weise der Nutzung. In seiner Befragung von 50 russischsprachigen Migrant|inn|en und 50 Deutschen, die in drei allgemeinmedizinischen Praxen russischsprachiger Ärztinnen und Ärzte durchgeführt wurde, kam er zu dem Ergebnis, dass das Nutzungsverhalten stark durch soziokulturelle und sprachliche Faktoren beeinflusst wird. Vor allem in den ersten Jahren nach der Migration spielen sprachliche Aspekte eine bedeutsame Rolle und generell werden russischsprachige Ärztinnen und Ärzte präferiert; sie verfügen über einen hohen Vertrauensvorschuss (ebd.).

Zur Nutzung von Pflege konnten keine Untersuchungen ausfindig gemacht werden. Allerdings weisen Schnepf et al. (2005) wie auch Schenk et al. (2011) darauf hin, dass die Nutzung professioneller Pflege und vor allem stationärer Pflegeeinrichtungen geringer ist als bei der deutschen Bevölkerung, weil, wie erwähnt, der Familie eine zentrale Bedeutung für die Versorgung beeinträchtigter und pflegebedürftiger (älterer) Familienmitglieder beigemessen wird.

Auch zum Bedarf und zur Nutzung von Patient*inneninformation und generell von Beratung liegen keine verlässlichen Daten vor und dies zeigt exemplarisch, dass es für viele Bereiche noch an hinreichenden vergleichenden Studien zum Nutzungsverhalten fehlt.

Türkische Migrant|inn|en

Das wird auch sichtbar, wenn das Inanspruchnahmeverhalten türkischsprachiger Migrant|inn|en beleuchtet werden soll, denn auch dazu liegen bislang nur vereinzelte Studien vor. Sie deuten darauf, dass bestimmte Versorgungsangebote von dieser Bevölkerungsgruppe weniger genutzt werden. So stellten Claassen und Kollegen (2005) in einem Review deutscher Studien zur psychischen Versorgung fest, dass türkischsprachige Migrant|inn|en seltener psychosoziale Unterstützungsangebote nutzen als Menschen ohne Migrationshintergrund. Allerdings werden sie im Fall schwerer psychischer Erkrankung doppelt so schnell in die psychiatrische Versorgung überwiesen wie Einheimische.

Zudem finden sich in der Literatur Hinweise darauf, dass (türkischsprachige) Migrant|inn|en offenbar vermehrt Notfallambulanzen aufsuchen (Borde et al. 2003). So stellte sich in einer Untersuchung von David (2001) heraus, dass türkischsprachige Migrant|inn|en gynäkologische Notfallambulanzen überproportional häufig frequentieren, dies vor allem häufiger am Wochenende und in den späteren Abendstunden, was auf familiäre und/oder soziale Gründe zurückgeführt wird.

Ansonsten zeichnen sich türkischsprachige Migrant|inn|en eher durch Zurückhaltung gegenüber dem Versorgungssystem aus und konsultieren meist erst dann eine Ärztin/einen Arzt, wenn einem entstandenen Gesundheitsproblem nicht mehr durch Selbstbehandlung zu begegnen ist (Hayran et al. 2000; Yilmaz-Aslan et al. 2012). Dennoch kommt *dem*

Arzt/der Ärztin eine hohe Bedeutung zu. Er/Sie ist die wichtigste Anlaufstelle bei Gesundheits- und Krankheitsfragen, wird allerdings lediglich von einem Drittel aller türkischsprachigen Migrant|inn|en wirklich bei gesundheitlichen Beschwerden aufgesucht (Unal et al. 2007). Im Fall behandlungsbedürftiger Erkrankungen spielen für einen Teil der türkischsprachigen Bevölkerung traditionelle Heilriten und Heiler, sogenannte Hoças, eine wichtige Rolle. Diese werden sowohl parallel zur schulmedizinischen Behandlungen in Anspruch genommen als auch im Anschluss an diese im Sinne einer ultima ratio, wenn die Schulmedizin an ihre Grenzen stößt (Ilkilic et al. 2005; Zielke-Nadkarni 1999).

Vorsorge- und begleitende Untersuchungen während der Schwangerschaft werden ähnlich wie von Spätaussiedler|inne|n auch von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund seltener genutzt als von der deutschen Bevölkerung (Becker et al. 2006).

Auch die *Inanspruchnahme von Pflegeleistungen* ist vermutlich vergleichbar – so der Eindruck, wenn die wenigen dazu vorliegenden Daten betrachtet werden. Beispielsweise zeigt eine Analyse der Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK-WL), dass Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in 91 von 100 Fällen Geldleistungen zur Pflege beantragen (Okken et al.). Nur 7% der türkischsprachigen Familien nehmen Pflege- bzw. Kombinationsleistungen und nur 2% stationäre Leistungen in Anspruch, was in der Summe darauf hindeutet, dass auch in der Bevölkerung mit türkischem Migrationshintergrund die Familie die eigentliche Pflegeinstanz bildet (ebd.).¹⁰

Zur Nutzung von Beratung(sleistungen) liegen kaum Daten vor, doch steht zu vermuten, dass Spätaussiedler|innen und Menschen mit türkischem Migrationshintergrund auch dort unter den Nutzer|inne|n eine relativ geringe Bedeutung einnehmen und zu den schwer erreichbaren Gruppen gehören, für die es mehr passgenau zugeschnittener Angebote bedarf. Das gilt – wie der Sachbericht 2012 der UPD zeigt – besonders für die türkischsprachige Bevölkerung: Ihm zufolge wird das muttersprachliche Beratungsangebot der UPD in russischer Sprache deutlich stärker nachgefragt als das in türkischer Sprache (n=2.669 Beratungen; 73% russischsprachige Ratsuchende, 27% türkischsprachige Ratsuchende - (UPD 2013).

2.4.3 Zugangsbarrieren zum Gesundheitswesen

Fragen wir nun, welche Barrieren sich Spätaussiedler|inne|n und Menschen mit türkischem Migrationshintergrund beim Zugang zum Gesundheitswesen stellen. Bei der Darlegung der dazu vorliegenden Befunde wird nicht zwischen den beiden im Mittelpunkt stehenden Bevölkerungsgruppen getrennt.

Im Rahmen einer quantitativen Erhebung von Bermejo et al. (2012) wurden Migrant|inn|en aus verschiedenen Herkunftsländern, so auch

¹⁰ Im Vergleich dazu ist der Anteil an „nicht-türkischen“ Personen, die Pflegegeld beantragen, mit 42% wesentlich niedriger, zugleich nehmen sie deutlich häufiger vollstationäre Leistungen in Anspruch (29% vs. 7%) (ebd.).

Spätaussiedler|innen¹¹ und türkischsprachige Migrant|inn|en, nach subjektiv wahrgenommenen Barrieren zum Gesundheitswesen in Deutschland befragt. Von den Spätaussiedler|inne|n wurden am häufigsten „Sprachprobleme“ (61,1%), „Fehlende Kenntnisse über bestehende Angebote“ (56,4%) das „Fehlen von Informationen über das Gesundheitssystem“ (55,4%) und „Erhalte nicht die Informationen, die ich brauche“ (52,6%) genannt. Die Existenz von „Hilfe im sozialen Umfeld“ (51,7%) wurde wiederum als Grund für die zurückhaltende Nutzung angeführt.

Die türkischsprachigen Migrant|inn|en führten andere Barrieren an, an erster Stelle „Fachkräfte wissen wenig über meine Kultur“ (59,2%). Sprach- und Informationsdefizite wurden ebenfalls als Hindernis angeführt und rangieren an zweiter bzw. dritter Stelle (54,8% und 54,3%). Aspekte wie „Fühle mich nicht verstanden“ (52,2%) und „Fehlende Kenntnisse über bestehende Angebote“ (50,6%) wurden ähnlich häufig angegeben (Bermejo et al. 2012).

Wie sich hier bereits andeutet, spielen *Sprachprobleme* eine wesentliche Rolle. Dies gilt sowohl für Spätaussiedler|innen (Treiber 2003) wie auch für türkischsprachige Migrant|inn|en (z.B. Franz et al. 2007; Zielke-Nadkarni 1999). Für letztere stellen Sprachprobleme eine besonders große Hürde beim Zugang zum Gesundheitswesen dar, weil eine gute Kommunikation zwischen Ärztin/Arzt und Patient|in aus ihrer Sicht ein wichtiges Qualitätsmerkmal der Gesundheitsversorgung darstellt (Dogan et al. 2009). Sprachbarrieren gründen jedoch nicht nur in limitierten Sprach- und Sprechkompetenzen. Nicht weniger wichtig sind das Ausdrucksvermögen, der Alphabetisierungsgrad und damit nicht zuletzt auch die Bildung für die Verständigung zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und den professionellen Akteur|inn|en im Versorgungswesen (Reutin/Schott 2013).

Eine weitere bedeutsame Barriere stellen *Informationsdefizite* und mangelndes Wissen über die Strukturen, Instanzen und Leistungen des Gesundheitswesens dar. Exemplarisch sei nochmals die Untersuchung von Zielke-Nadkarni (1999) herangezogen, in der türkischsprachige Migrant|inn|en nach ihrem Gesundheits-, Krankheits- und Pflegeverständnis befragt wurden. Sie zeigt, dass das Wissen in dieser Bevölkerungsgruppe über ambulante Pflegedienste, die Modalitäten der Nutzung und ihre Ansprüche auf Unterstützung gering ist. Ähnliche Ergebnisse ergab eine auf die Region Hamburg begrenzte Studie. Danach hatten ca. 18% der älteren türkischsprachigen Menschen keine Kenntnisse über das Bestehen von ambulanten Pflegediensten (Okken et al. 2008; Ulusoy/Gräbel 2010), das dürfte zum Teil auf die hohe Bedeutung, die der Familie als Versorgungsinstanz beigemessen wird, zurückzuführen sein (Geiger/Razum 2012; Okken et al. 2008; Reutin/Schott 2013; Seidl/Horn 2011; Zielke-Nadkarni 1999). Ein weiterer Grund besteht der Literatur zufolge darin, dass türkischsprachige Migrant|inn|en professionelle Pflege, ebenso auch Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsmaßnahmen nicht aus ihrem Herkunftsland bekannt sind (Kohls 2012) und daher in Deutschland nicht nachgefragt werden (Becker et al. 2006).

Für die Spätaussiedler|innen ergibt sich ein heterogenes Bild. So kam eine Befragung von Expert|inn|en der Suchtberatung zu dem Ergebnis,

¹¹ Aussiedler|innen aus verschiedenen Ländern der ehemaligen UdSSR.

dass diese Bevölkerungsgruppe teilweise hochinformiert ist, teilweise aber auch unzureichend über das bestehende Angebot, Nutzungsmodalitäten, Kostenfragen etc. Bescheid weiß (Immerfall et al. 2012). Ein ähnlich uneinheitliches Bild zeigt sich bei der Kenntnis des Krankenversicherungssystems, wie eine Untersuchung Aparicio et al. (2005) zeigt, die auf den Daten des KORA-Surveys 2000 basiert. In der Folge sind 53,7% der befragten Spätaussiedler|innen sehr gut bis gut über das deutsche Krankenversicherungssystem informiert, während 46,3% ihren Informationsstand für weniger gut bis sehr schlecht hielten (Aparicio et al. 2005). Als möglicher Grund für diese Informationsdefizite wird die *abweichende medizinische Versorgung* in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion angeführt, die durch hohe Selbstbeteiligung, geringe Arztdichte und Versorgungsqualität gekennzeichnet ist, sodass das Gesundheitssystem dort nur in Notfällen genutzt wird (Wittig et al. 2004). Angenommen wird, dass diese Erfahrungen auch den Umgang von Spätaussiedler|inne|n mit dem hiesigen Gesundheitswesen prägen (Lampert/Voth 2009).

Hinzu kommen *kulturbedingte Unterschiede*, die sich ebenfalls als Hürden bei dem Zugang und der Nutzung des Gesundheitswesens erweisen können. So werden etwa in der ehemaligen Sowjetunion weitaus mehr Hausbesuche durch Ärztinnen und Ärzte arrangiert als in Deutschland. Die Arzt-Patienten-Beziehung wiederum ist durch ein sehr persönliches Verhältnis zum Arzt/zur Ärztin geprägt (Boll-Palievskaya 2005). Zugleich ist eine umfassende Aufklärung des/der Patient|in über den Gesundheitszustand in Russland unüblich; Aufklärungsgespräche werden vorrangig mit den Angehörigen, nicht jedoch mit der/dem Patient|in geführt, da dies als unbarmherzig gilt (ebd.). Ebenso werden russischen Ärztinnen und Ärzten oft Geschenke gemacht, in der Hoffnung eine Sonderbehandlung zu erhalten. Solche Gesten sind im Herkunftsland üblich, während sie hier als Bestechungsversuch angesehen und abgelehnt werden, was wiederum aus Sicht der Spätaussiedler|innen für beleidigend gehalten wird (ebd.).

Auch individuelle Erlebnisse während oder infolge des Migrationsprozesses, beispielsweise Verlusterfahrungen und traumatische Geschehnisse, aber auch die etwaige Konfrontation mit Ablehnung und Diskriminierung können den Zugang zu Versorgungsleistungen erschweren (Reutin/Schott 2013; Zielke-Nadkarni 1999). Exemplarisch zeigt all dies, wie wichtig interkulturelle Kompetenz und Sensibilität im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund ist (vgl. ex. Gaitanides 2007).

Hinzu kommen systembedingte Barrieren, denn generell fehlt es im hiesigen Gesundheitswesen an kultursensiblen und auf die lebensweltlichen Besonderheiten von Migrant|inn|en zugeschnittenen Versorgungsangeboten. Ganz in diesem Sinn kritisieren etliche Autor|inn|en, dass das Versorgungswesen nach wie vor nicht genügend auf Menschen mit Migrationshintergrund eingerichtet ist (ex. Glodny et al. 2011; Razum et al. 2008; Reutin/Schott 2013; Seidl/Horn 2011; Ulusoy/Gräßel 2010; Yilmaz-Aslan et al. 2012). Systembedingte Anpassungsdefizite dieser Art stellen eine in ihrer Bedeutung nicht zu unterschätzende Zugangshürde dar.

2.5 Fazit

In der Summe verdeutlichen die zurückliegenden Ausführungen, dass Menschen mit Migrationshintergrund eine ganze Reihe an Besonderheiten aufweisen, wenn ihre Gesundheit, ihre Gesundheitsvorstellungen, ihr Verhältnis zum Versorgungswesen und die Nutzung der Versorgung betrachtet werden. Dabei wurden zugleich Heterogenitäten sichtbar. Damit deuten die Ausführungen auch an, wie wichtig auf die jeweiligen Besonderheiten von Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund zugeschnittene, muttersprachliche Beratungsangebote sind – sowohl um den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und damit die Erreichbarkeit dieser an Bedeutung gewinnenden Bevölkerungsgruppen zu verbessern wie auch um ihnen eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung zu ermöglichen.

Trotz der eher als spärlich zu beschreibenden Studien- und Datenlage wurde zugleich einiges an Bedingungen sichtbar, die Beratungsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund erfüllen müssen, wollen sie diese Adressatengruppe erreichen und ihnen durch Information, Beratung und Coaching den Zugang zum Gesundheitswesen erleichtern und sie dabei unterstützen, dort an die richtige Stelle für ihr Anliegen zu gelangen oder aber um angemessene Lösungen für das sich ihnen stellende Gesundheits-/Krankheitsproblem zu entwickeln. Dazu gehört sicher als erstes und wichtigstes Kriterium, dass solche Instanzen niederschwellig organisiert sein müssen, d.h.:

- an geeigneten Orten situiert sind,
- leicht für Migrant|inn|en auffindbar sind,
- ihren Gewohnheiten entsprechende ausreichende Öffnungszeiten und Erreichbarkeitsmöglichkeiten haben und
- auch bei der Ausstattung kulturelle Sensibilität zeigen.

Wichtig dürfte generell ein hohes Maß an Kultursensibilität sein,

- etwa bei der Wahl der Anspracheformen,
- der Art der Kommunikation,
- dem Umgang mit geschlechtlichen Aspekten und mit Hilfeerwartungen etc.

Nicht weniger wichtig ist, der Überwindung von Sprachbarrieren ausreichend Beachtung zu schenken, also muttersprachliche Beratung zu ermöglichen, einfache (bildhafte) Sprache zu sprechen, über kommunikative Unterstützung hinausgehende Konzepte einzubeziehen wie etwa advocacy. In diesem Zusammenhang muss vor allem der soziokulturellen Übersetzungsarbeit eine besondere Bedeutung zugeschrieben werden, um z.B. Symbole und organbezogene Chiffren von Nutzer|inne|n mit türkischem Migrationshintergrund zu verstehen.

Schließlich wird es wichtig sein, das Wissen und die Gesundheits-/Krankheitsvorstellungen in Erfahrung zu bringen und die Beratung darauf aufzubauen. Damit sind zugleich besondere Anforderungen an den Beratungsprozess und die Qualifikation der Berater|innen gestellt. Bei der Evaluation wird auch dies zu beachten und zu überprüfen sein.

3. Methodisches Vorgehen

Um das Beratungsangebot für türkisch- und russischsprachige Migrant|inn|en der UPD zu evaluieren und mögliche Zugangsbarrieren, Nutzungsprobleme, Schwierigkeiten der Ansprache und/oder der Beratung zu identifizieren, wurde folgende Untersuchungsschritte durchgeführt:

a) *Dokumentenanalyse*: Auswertung der Beratungsdokumentation, die fortlaufend von den Berater|inne|n der UPD geführt werden¹².

b) *Experteninterviews/Fokusgruppe*: Um die unterschiedlichen Sichtweisen und vor allem das Erfahrungswissen von langjährig in der Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund tätigen Berater|inne|n zu ermitteln, wurden Experteninterviews durchgeführt. Sie basierten auf einem Leitfaden, der sich auf vier Themenschwerpunkte konzentrierte: lebensweltliche und kulturelle Besonderheiten der Zielgruppe, Bedingungen der Erreichbarkeit, Anforderungen an die Beratung, Besonderheiten der (Nutzung von) Beratung (typische Beratungssituationen, -anliegen, -verläufe, -probleme), Erfahrungen mit der Beratung der Zielgruppe, Zugangsbarrieren etc., Möglichkeiten der Verbesserung.

Auch das *Fokus-Gruppeninterview* basierte auf diesem Leitfaden. Es folgte ansonsten den für focus groups typischen Regeln (Bohnsack 2005; Flick 2006), d.h. die teilnehmenden Expert|inn|en wurden gebeten, ihre Sichtweisen und Erfahrungen zu den einzelnen Themenbereichen darzulegen und diese miteinander zu diskutieren. Die Themen wurden jeweils durch den/die Moderator|in vorgegeben. Diese griffen nur in die Diskussion ein, wenn zu sehr vom Thema abgewichen wurde. Am Ende eines jeden Themenblocks bündelten die Moderator|inn|en die Aussagen und gaben den Diskutant|inn|en so die Möglichkeit, Aussagen zu verifizieren oder zu falsifizieren (Bohnsack/Przyborski 2010).

c) *Interviews mit potenziellen und realen Nutzer|inne|n*. Diese ebenfalls leitfadengestützten Interviews dienten dazu die individuellen Perspektiven, Wünsche, Erwartungen und auch Erfahrungen türkisch- und russischsprachiger Nutzer|innen und potenziellen Nutzer|innen mit Beratung und auch der muttersprachlichen Beratung der UPD zu ermitteln. Der Interviewleitfaden für die Interviews der Nutzer|innen beinhaltete damit in Einklang die Themenblöcke „Nutzung des Angebotes“, „Bewertung des Angebotes“ und „Nutzung von Beratungsstellen in der türkisch- bzw. russischsprachigen Community“. Für die Interviews der potenziellen Nutzer|innen wurde der Interviewleitfaden modifiziert. Hier wurden die Bereiche „Inanspruchnahme von Beratung bei gesundheitlichen Problemen“ und „Zugang zu gesundheitsbezogenen Beratungsangeboten“ thematisiert. Mit beiden Interviewleitfäden wurde das Ziel verfolgt herauszufinden, welche Erwartungen und Bedingungen erfüllt sein müssen, damit die Befragten eine Beratungsstelle aufsuchen und nutzen.

Bei der Durchführung der Interviews wurde darauf geachtet, die Leitfäden einzuhalten, um so eine höhere Vergleichbarkeit der Antworten zu erzielen (vgl. Flick 2007). Zugleich wurde bei der Datenerhebung Wert

¹² Da die quantitativen Daten zum Zeitpunkt der Berichterstellung nicht komplett vorlagen, konzentriert sich der vorliegende Bericht schwerpunktmäßig auf die qualitative Datenerhebung und –auswertung

darauf gelegt, Offenheit und Flexibilität gegenüber den Erzählungen der Befragten zu bewahren (vgl. Helfferich 2005).

Sample

Um das Forschungsfeld möglichst breit abzudecken und die gesamte Variationsbreite an Erwartungen und Nutzungsmustern zu erfassen (vgl. Flick 2007), wurden unterschiedliche Personengruppen in das Sample einbezogen.

Die *Experteninterviews* wurden mit Berater|inne|n aus unterschiedlichen Beratungsstellen in Deutschland¹³ geführt. Entscheidend für die Auswahl war, dass die Expert|inn|en in einer Beratungsstelle tätig sind und dort Menschen mit Migrationshintergrund beraten, sei es im Bereich der Gesundheits- oder der Sozialberatung. Sie sollten zudem über mehrjährige Erfahrung in der Arbeit mit Migrant|inn|en verfügen. Interviewt wurden daher Projektkoordinator|inn|en, Berater|innen sowie Mediator|inn|en aus dem Bereich der russisch- wie auch der türkischsprachigen Beratung. Die Kontaktaufnahme erfolgte entweder telefonisch oder per E-Mail. In einigen Fällen mündete der erste Kontakt direkt in Interviewterminen, in anderen wurde an Kolleg|inn|en oder andere Institutionen verwiesen, die daraufhin angesprochen wurden. Durch diese Vorgehensweise konnten insgesamt 24 Expert|inn|en¹⁴ im Alter von Mitte 30 bis Anfang 60 befragt werden. Die überwiegend weiblichen¹⁵ Berater|innen verfügten alle über eine mehrjährige Berufserfahrung. Alle 24 Befragten besaßen einen Hochschulabschluss. Mehrheitlich waren „Diplom-Pädagogen|-Pädagoginnen“ bzw. „Diplom-Sozialpädagogen|-Sozialpädagoginnen“ unter den Berater|inne|n vertreten. Überdies hatten 15 der 24 Berater|innen selbst einen Migrationshintergrund: acht einen türkischen und drei einen russischen Migrationshintergrund.

Zusätzlich wurde ein *Fokusgruppeninterview* mit den Expert|inn|en der muttersprachlichen Beratung in den vier Regionalen Beratungsstellen der UPD durchgeführt. Es dauerte insgesamt zwei Stunden und wurde mit Einverständnis der Teilnehmer|innen mit Video aufgezeichnet.

Für die *Interviews mit türkisch- und russischsprachigen* potenziellen Nutzer|inne|n wurden Personen rekrutiert, die unterschiedlichen Generationen innerhalb ihrer Migrantenfamilie angehören und ergo in unterschiedlichem Alter waren.

Der Zugang erfolgte über bereits im eigenen sozialen Umfeld bestehende Kontakte sowie über persönliche Netze bereits befragter Migrant|inn|en und Selbsthilfegruppen. Die Auswahl verlief nach dem Schneeballprinzip. Insgesamt wurden neun leitfadengestützte Interviews mit potenziellen türkisch- und russischsprachigen Nutzer|inne|n geführt, die weder eine Beratungsstelle der UPD noch eine andere Gesundheitsberatungsstelle in Anspruch genommen hatten.

¹³ Es waren samt und sonders Personen mit ausgewiesenem spezifischem Handlungs- und Erfahrungswissen.

¹⁴ In einer Einrichtung konnten gleich drei Berater|innen befragt werden.

¹⁵ 18 Frauen und sechs Männer.

Die *Interviews mit den Nutzer|inne|n* erfolgten vermittelt über persönliche Ansprache durch Berater|innen der Regionalen Beratungsstellen der UPD in Stuttgart, Nürnberg, Dortmund und Berlin (im Zeitraum von September 2012 bis Februar 2013). Für die Teilnahme an einem Interview erhielten die Befragten 20,00 Euro. Da die Befragten über ganz Deutschland verteilt leben, wurden einige Interviews telefonisch erhoben. Die Interviews wurden von Muttersprachler|innen durchgeführt, die zuvor geschult worden waren. Insgesamt konnten neun Nutzer|innen¹⁶ befragt werden, die über Erfahrungen mit dem muttersprachlichen Beratungsangebot der UPD verfügen.

Das Alter der Nutzer|innen lag zwischen 64 bis 75 Jahren, das der potenziellen Nutzer|innen von 18 bis 50 Jahren. Während bei den Nutzer|inne|n ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis unter den Befragten erzielt werden konnte, war das männliche Geschlecht unter den potenziellen Nutzer|inne|n mit einem Mann und drei Frauen unterrepräsentiert. Insgesamt ermöglichte das Sample eine ausreichende Breite und Vielfalt an Informationen zur Beantwortung der Untersuchungsfrage.

Datenauswertung

Alle Interviews wurden sorgfältig protokolliert und mit Einwilligung der Interviewees vollständig transkribiert. Die Analyse erfolgte in Anlehnung an die Auswertungsstrategie für Leitfadeninterviews von Schmidt (Schmidt 2003). Zunächst wurden die Interviews kodiert und das Datenmaterial auf diese Weise inhaltlich strukturiert. Die herausgearbeiteten Schlagworte wurden anschließend im Sinne einer Validierung diskutiert und zu übergeordneten Themen verdichtet. Diesen wurden in einem weiteren Arbeitsschritt zu den Schlagworten gehörige Zitate zugeordnet und Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Aussagen der einzelnen Interviewpartner analysiert, diskutiert und das Datenmaterial neu strukturiert. Diese Vorgehensweise ermöglichte, die verschiedenen Dimensionen eines Themas differenziert darzustellen.

¹⁶ Unter den russischsprachigen Nutzer|inne|n befanden sich nur Spätaussiedler|innen. Vertreter|innen anderer Subgruppen konnten nicht interviewt werden.

4. Ergebnisse/Expertenbefragung

4.1 Migrant|inn|en als Nutzer|innen der Patientenberatung. Sichtweise der Expert|inn|en auf die sozialen, lebensweltlichen und kulturellen Bedingungen von Migrant|inn|en

In diesem Abschnitt steht zunächst die Frage im Mittelpunkt, durch welche sozialen, lebensweltlichen und kulturellen Merkmale die Nutzer|innen der Patientenberatung mit Migrationshintergrund charakterisiert sind. Diese Frage ist deshalb von Interesse, weil eine Einschätzung der Qualität des Beratungsangebots der UPD voraussetzt, dass bekannt ist, ob und welche der in Deutschland lebenden Migrantengruppen von den Beratungsangeboten überhaupt erreicht werden und welche nicht, welche besonderen Merkmale für Menschen mit türkischem Migrationshintergrund und Spätaussiedler|innen als Zielgruppe kennzeichnend und daher in der Beratung zu beachten sind und wie sich ihr Beratungsbedarf sowie ihre Erwartungen und Wünsche an Beratungsangebote darstellen.

Die Experteninterviews bestätigen einmal mehr, dass unter den in Deutschland lebenden Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund eine große Heterogenität hinsichtlich Herkunft, Alter und Geschlecht besteht. Gleichwohl machen vorrangig Personen aus dem türkisch- und arabischsprachigen Raum und aus der ehemaligen Sowjetunion Gebrauch von vorhandenen Beratungsangeboten. Die Ratsuchenden sind Neuzuwanderer|Neuzuwanderinnen, Heiratsmigrant|inn|en und/oder Menschen, die im Rahmen einer Familienzusammenführung nach Deutschland immigriert sind.

Mit Blick auf das Alter betonen die Expert|inn|en, dass zwar Personen jeden Alters Beratung in Anspruch nehmen (EB2: 134), aber überwiegend die Altersgruppe der 30- bis 50- Jährigen (EA7: 159) zu den Ratsuchenden gehört. Meist entstammen sie eher niedrigen sozioökonomischen Statusgruppen und bildungsfernen Milieus. Allerdings betont ein Interviewpartner (EA5: 31-32), dass durchaus auch Personen mit hohem Bildungsniveau die Beratungsstellen aufsuchen. Gleichwohl kann vermutet werden, dass die meisten der Ratsuchenden mit Migrationshintergrund aufgrund ihres sozioökonomischen Status über eingeschränkte Informiertheit, Patientensouveränität und Autonomie im Umgang mit versorgungsspezifischen Belangen verfügen.

Unter Geschlechtsgesichtspunkten betrachtet herrscht unter den Expert|inn|en Konsens darüber, dass eher Frauen die Beratungsstellen aufsuchen (EA8: 318-320). Männer sind dagegen kaum unter den Ratsuchenden zu finden. Männer, so eine befragte Expertin,

„weinen nicht, Männer beschweren sich nicht, Männer werden nie krank. Also die kommen, wenn es nicht mehr geht“ (EA9: 143-145).

Suchen Männer dennoch eine Beratungsstelle auf, sind sie häufig bereits so krank, dass eine Beratung fast fehlindiziert ist und eine (medizinische/therapeutische) Behandlung ansteht. Dagegen werden Frauen, insbesondere Ehefrauen und Mütter, einfacher und besser erreicht, weil sie sich meist für das Wohl der Familienmitglieder zuständig fühlen. Da sie zudem eine Schlüsselfunktion in der Familie einnehmen, können und sollten sie

zusätzlich begleitend bzw. verstärkt stellvertretend für ihre Männer angesprochen werden.

Generell sind die Nutzer|innen von Beratungsangeboten eher Personen, die über langjährige Migrationserfahrungen verfügen und keine Personen, die erst vor kurzem immigrierten. Stattdessen leben sie schon länger in Deutschland und sind also Migrant|inn|en, die

„ja nicht nur ihre Erkrankungen mitbringen, sondern die [leben] 30 oder 40 Jahre (...) in Deutschland und die Geschichte fängt ja damit an, wie sie hierhergekommen sind und wie fit sie waren und was für Vorstellungen sie hatten“ (EC: 24-27).

Der Textauszug verdeutlicht, dass die Nutzer|innen nicht losgelöst von ihren Migrationserfahrungen betrachtet und beraten werden können. Ganz in diesem Sinn nimmt ihre Biografie in den Beratungsgesprächen fast immer breiten Raum ein und spielt eine wesentliche Rolle, denn, so berichten die Expert|inn|en fast durchgängig, die Immigration stellt eine wichtige biographische Zäsur und Transition in ihrem Leben dar. Zudem ist ihr Leben in Deutschland stark von den Erwartungen geprägt, mit denen sie ursprünglich gekommen sind, ebenso von ihren Träumen und Plänen darüber, wie sie ihr Leben gestalten wollten. Zugleich ist ihnen wichtig darzustellen, dass sie nicht immer krank waren und es eine Zeit vor der Erkrankung gegeben hat, in der sie sich gesund und „fit“ fühlten. Die Gründe dafür können hier nur vermutet werden – wahrscheinlich ist es ihnen unangenehm, öffentlich Hilfe- und Schutzbedürftigkeit einzugestehen und Fremdhilfe in Anspruch zu nehmen. Deshalb bevorzugen sie, wenn überhaupt, familiäre Hilfe.

Bestätigt wird diese Vermutung, wenn die Sichtweise der befragten Migrant|inn|en hinzugezogen wird:

„Also ist ja klar, dass ich meiner Familie viel mehr vertraue und lieber mit denen rede (...). Ich find, man muss es mal so sehen, wenn man zum Arzt geht oder zu ner Beratung, das ist ja jemand Fremdes!“ (NR4: 301-315).

Wie der Interviewauszug zeigt, werden gesundheitliche Probleme zunächst innerhalb der Familie geklärt, weil zu den Familienangehörigen Vertrauen besteht und ihnen daher der Vorzug gegeben wird. Lebenslang bestehende familiäre Beziehungen schaffen zugleich Vertrautheit und Intimität und haben für die Thematisierung gesundheitlicher Probleme hohe Relevanz. Dagegen sind Außenstehende und dazu gehören auch Ärztinnen und Ärzte oder Mitarbeiter|innen von Beratungsstellen fremd und ergo besteht zu ihnen kein Vertrauen.

Dennoch, da sind sich die befragten Expert|inn|en einig, existiert zwischen Ärztinnen und Ärzten und Menschen/Patient|inn|en mit Migrationshintergrund eine besonders enge Bindung. Vor allem türkisch- und russischsprachige Migrant|inn|en zeichnen sich aus Sicht der Expert|inn|en dadurch aus, dass sie zumeist blindes Vertrauen zu ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten haben. Dies wird auch aus Sicht der Nutzer|innen mit türkischem Migrationshintergrund bestätigt:

„Sie vertrauen dem Arzt sehr, weil der Arzt (...) hat eine hohe Stellung. Was er sagt, wird akzeptiert, es werden keine Nachforschungen angestellt“ (NT14: 806-815).

Ärztinnen und Ärzte gelten in den Heimatländern Türkei und Russland als Autoritäts- und Respektpersonen und als solche werden sie häufig auch unhinterfragt in Deutschland wahrgenommen und behandelt. Deshalb ist es unüblich, die Aussagen einer Ärztin/eines Arztes zu hinterfragen oder zu überprüfen, Zweitmeinungen einzuholen etc., würde dies doch bedeuten, der Ärztin/dem Arzt zu misstrauen. Stattdessen stellen diese eine Vertrauensinstanz dar, deren Aussagen respektiert werden. Verstärkt wird dies dadurch, dass vielen Migrant|inn|en das deutsche Gesundheitswesen weitgehend unbekannt ist. Die Nutzung des Gesundheitswesens – allein die Suche nach der richtigen Institution, ebenso die Kontaktaufnahme wie auch die Begegnung mit den verschiedenen Institutionen – ruft daher rasch Überforderungen hervor und aus diesem Grund sind Patient|inn|en mit Migrationshintergrund froh, wenn sie eine/n Ansprechpartner|in gefunden haben und steuern freiwillig kaum weitere Instanzen und so auch keine Beratungsstellen an. Ihre wichtigsten Ansprechpartner|innen sind und bleiben oft Ärztinnen und Ärzte. Hinzu kommt aus Sicht der Expert|inn|en, dass Migrant|inn|en meist ihre Rechte nicht gut kennen und daher beispielsweise auch nicht wissen, dass sie ein Anrecht auf Beratung durch andere Institutionen haben. Diese Einschätzung bestätigt auch ein türkischsprachiger Nutzer:

„Als Türken (...) sind wir uns nicht bewusst, welche Rechte wir haben. (...) Wenn man etwas nicht weiß, es nicht lesen (...) und verstehen kann, wie soll man das auch kennen?“ (NT10: 750-758)

Der zitierte Nutzer deutet hier mögliche Ursachen dafür an, dass viele Migrant|inn|en ihre Rechte zu wenig kennen. Er verweist auf *mangelnde literale Kompetenzen* (nicht lesen und verstehen können) wie auch unzureichende *deutsche Sprachkompetenz*, in deren Folge Nichtwissen entsteht. Dies bestätigt nochmals, dass Menschen mit türkischem Migrationshintergrund vielfach ein relativ niedriges Bildungsniveau aufweisen und deutet darüber hinaus an, dass bei ihnen der Vermittlung von Literacy und auch Health Literacy auch in der Beratung hohe Bedeutung beizumessen ist, ebenso freilich, dass Beratung muttersprachlich erfolgen sollte.

Geht es darum, türkischsprachige Migrant|inn|en als Nutzer|innen von Patientenberatung eingehender zu charakterisieren, ist aus Sicht der Expert|inn|en wichtig, zwischen den verschiedenen Generationen zu unterscheiden:

„Also ich denke, wir müssen einen Unterschied machen zwischen der ersten, zweiten und dritten Generation. Die erste Generation ist ja hierhergekommen, um zu arbeiten. Und die durfte nicht krank werden. Die meisten haben ja auch Akkordarbeit geleistet. Die zweite Generation das sind die Kinder, aber die wurden auch nicht zur Schule geschickt, weil die ja wieder mit den Kindern zurückgehen wollten (...) [und die haben] sich auch nicht fortgebildet (...) also die Schule haben sie nur so nebenbei gemacht, (...). Die meisten [haben] keine Ausbildung (...). Aber die dritte Generation, das ist die beste Generation“ (EC: 438-448).

Explizit wird hier zwischen den unterschiedlichen Generationen der türkischsprachigen Migrant|inn|en in Deutschland differenziert. Während die erste Generation dadurch charakterisiert ist, dass sie viele Jahre lang sehr viel gearbeitet hat, kaum krank gewesen und selten zur Ärztin/zum Arzt gegangen ist und sich immer mit dem Gedanken getragen hat, eines Tages wieder in die Türkei zurück zu gehen, wird die zweite Generation

damit beschrieben, dass sie weder in Deutschland noch in der Türkei richtig angekommen sei und sich beide Generationen deshalb kaum mit dem deutschen Gesundheitswesen auseinandergesetzt haben. Aus Sicht der Expert|inn|en war es stets ihr Ziel, ein regelmäßiges Einkommen zu haben und im Krankheitsfall nicht ihre finanzielle Unabhängigkeit zu verlieren. Die wenigsten von ihnen erkundigen sich, so die Expert|inn|en, über ihre gesetzlichen Ansprüche, solange sie ein Einkommen haben und als Folge dessen kennen sie ihre Ansprüche und Rechte nicht. Daher besteht aus Sicht der Expert|inn|en gerade bei der ersten und zweiten Generation türkischsprachiger Migrant|inn|en ein hoher Bedarf an Beratung, zumal sie – wie erwähnt – kaum über Bildung verfügen, nur rudimentäre deutsche Sprachkompetenz besitzen und häufig auch eine geringe Gesundheits- und Nutzerkompetenz aufweisen. Dass diese Generation, nachdem sie entschieden hat, in Deutschland zu bleiben und hier alt zu werden, nun befähigt werden muss, dem sich in den letzten Jahrzehnten hierzulande voranschreitenden Wandel der Patientenrolle entsprechend ihre Rechte als Patient|inn|en zu kennen und Gesundheitskompetenz zu entwickeln, ist aus Sicht der Expert|inn|en unzweifelhaft.

Anders ist es mit der dritten Generation. Sie ist in Deutschland aufgewachsen und hat kaum Bedarf an Information und Beratung über gesetzliche Ansprüche. Sie verfügt zudem über ausreichende Sprachkompetenz und bessere Gesundheits- und Nutzerkompetenz, kann sich also eigenständiger im Gesundheitswesen bewegen. Dennoch suchen auch die Mitglieder dieser Generation vorrangig türkischsprachige Beratungsstellen auf. Das gilt vor allem, wenn die Berater|innen den selben kulturellen und religiösen Hintergrund haben.

Ähnlich ist die Situation bei den russischsprachigen Spätaussiedler|inne|n. Auch sie verstehen den Expert|inn|en zufolge das deutsche Gesundheitssystem wenig bis gar nicht, zumal sie aus den Ländern der ehemaligen UdSSR und den GUS andere Verhältnisse gewohnt sind. So besteht ein prägendes Merkmal des russischen Gesundheitswesens darin, dass kaum Eigeninitiative eingefordert wird und damit in Einklang die herkömmliche passive Patientenrolle nach wie vor sehr wirkungsmächtig ist. Die Patient|inn|en wurden in Polikliniken versorgt, weiterführende Behandlungs- und Betreuungsleistungen von dort organisiert. So erklärt sich, dass Spätaussiedler|innen meist – so formuliert es einer der befragten Ratsuchenden – von der Annahme ausgehen, „*Ich geh zum Arzt und das ist es*“ (NR2: 360). Dass das Gesundheitswesen in Deutschland anders organisiert ist und anderen Regeln folgt, zieht Irritation und vielfach auch Überforderungen nach sich. Das gilt besonders für ältere Spätaussiedler|innen und in Reaktion darauf ziehen sie sich, so die Expert|inn|en, zurück, werden misstrauisch und zeigen kaum Eigeninitiative. Ihnen muss zunächst der Unterschied zwischen der medizinischen Versorgung in Russland und Deutschland verständlich gemacht werden und dies in einer Art und Weise, dass sie die Unterschiede wirklich nachvollziehen können und befähigt werden, sich selbständig als Nutzer|innen im Gesundheitssystem zu bewegen. Darüber hinaus müssen sie verstehen lernen, dass im deutschen Gesundheitswesen nicht nur die Möglichkeit besteht, eine Ärztin/einen

Arzt aufzusuchen¹⁷, sondern es zahlreiche (Wahl-) Optionen zu bieten hat (NR4: 233-234). Hier liegt den Expert|inn|en zufolge eine wichtige Aufgabe auch der Patientenberatungsstellen.

Aus Sicht der Nutzer|innen wiederum stellt sich die Situation anders dar und gilt ein Arztbesuch oft als absolut ausreichend, denn, so die vielfach zu hörende und verbreitete Annahme: ‚Nur eine Ärztin/ein Arzt kann helfen‘. Gesundheits-/Patientenberatung, so ist zu vermuten, muss daher erst einmal über sich und ihre Aufgaben informieren, ebenso darüber, dass auch sie eine wichtige und hilfreiche Instanz darstellt, allerdings anders hilft als eine Ärztin/ein Arzt. Zugleich deutet sich an, dass der seitens der Expert|inn|en zugeschriebene Bedarf und die Erwartungen und Annahmen von Migrant|inn|en in Dissonanz stehen und daraus dürften einige Schwierigkeiten bei der Erreichbarkeit der hier im Mittelpunkt stehenden Zielgruppen erwachsen. Zugleich könnte sich – dies wird im Verlauf der Ausführungen weiter zu prüfen sein, als wichtig erweisen, deutlicher noch als bislang an den Vorstellungen und Erwartungen der Menschen mit türkischen und russischem Migrationshintergrund anzuknüpfen, um die Ansprache der Zielgruppen zu verbessern und den Zugang zur Beratung zu erleichtern. Dazu gehört auch zu überprüfen, ob der Ort der Beratungsstelle ggf. in der Nähe niedergelassener Ärztinnen und Ärzte liegt, die sich auf die Versorgung beider Zielgruppen konzentrieren.

4.2 Motive und Anlässe der Nutzung der Patientenberatung

Nicht alle Ratsuchenden gelangen auf direktem Weg in die Patientenberatungsstellen. Das hat unterschiedliche Gründe: Oft sind ihnen die Patientenberatungsstellen unbekannt, andere wiederum haben Vorbehalte gegenüber Beratung. Doch wie auch immer, oft haben Ratsuchende mit Migrationshintergrund schon eine ganze Reihe an Instanzen im Versorgungswesen angelaufen (u.a. Krankenkassen und Wohlfahrtsverbände – EC: 377-382) und nicht selten wurden sie dabei auch von einer Beratungsstelle zur nächsten geschickt, ohne dass ihr Problem gelöst wurde, bevor sie irgendwann die muttersprachliche Patientenberatungsstellen aufsuchen:

„Und wenn die Leute Glück haben, finden sie dann irgendwann heraus, dass es eine unabhängige Patientenberatung in ihrer Muttersprache gibt, kommen dann und erhalten dann endlich die nötigen Erläuterungen“ (EC: 71-73).

Wie der Textausschnitt illustriert, ist die Nutzung der Patientenberatungsstellen häufig keine Selbstverständlichkeit, sondern „Glückssache“, da weder unter den (potenziellen und realen) Nutzer|inne|n noch bei anderen Instanzen im Gesundheitswesen bekannt ist, dass es spezifisch auf

¹⁷ Neben Familienangehörigen und der Hausärztin/dem Hausarzt werden von den russischsprachigen Migrant|inn|en Arbeitskolleg|inn|en, Freundinnen und Freunde sowie Bekannte und Kräuterinnen (NR1: 19-22; NR3: 126-128; NR4: 413-414) zu Rate gezogen. Über Medien würden sich (potenzielle und reale) Nutzer|innen eher nicht informieren. Lediglich ein junger Interviewpartner erwähnt das Internet als Informationsquelle, das er auch im Falle gesundheitlicher Probleme nutzen würde (NR4: 412-413).

türkisch- und russischsprachige Nutzer|innen zugeschnittene muttersprachliche und unabhängige Patientenberatungsstellen gibt. Als Ursache dafür wird gesehen, dass das Angebot erst seit anderthalb Jahren besteht und auch die Kooperationspartner das muttersprachliche Beratungsangebot kaum ausreichend kennen, so die Expert|inn|en (EC: 342). Dennoch muss – so eine kritische Anregung – noch überlegt werden, wie das Angebot bekannter gemacht werden kann, sodass lange Suchbewegungen in Zukunft vermieden werden können, ein Aspekt auf den zurückzukommen sein wird.

Anlass für die Kontaktaufnahme mit der Patientenberatung ist häufig eine akute Krankheit bzw. Erkrankung, die Verunsicherung hervorruft und die Erkrankten motiviert, sich auf die Suche nach Beratung zu begeben. Die Ratsuchenden ziehen oft von einer Beratungsstelle zur nächsten, weil ihre Probleme ungelöst bleiben. Nicht selten schichten sich ihre Probleme im Zuge dessen sukzessiv immer weiter auf, sodass über kurz oder lang ein schwer entwirrbares Knäuel entsteht, so die befragten Expert|inn|en. Von der langen Suche nach einer geeigneten Hilfe- und Unterstützungsinstanz sind die Ratsuchenden oft erschöpft. Deshalb und weil die aufgeschichteten Probleme nicht alle auf einmal bearbeitet werden können, muss zunächst eine Prioritätenliste erarbeitet werden, die dann nach und nach bearbeitet wird.

Ziehen wir kontrastierend die Nutzerperspektive heran, zeigen sich Unterschiede. Dabei zeigen sich bei türkisch- und russischsprachigen Migrant|inn|en Gemeinsamkeiten, aber auch Differenzen, vor allem wenn es um die Motive und Anlässe für den Besuch der Patientenberatung geht. Beide Zielgruppen nehmen die Patientenberatungsangebote in Anspruch, weil sie sich missverstanden und allein gelassen fühlen und – wie erwähnt – ihnen ihre Rechte unbekannt sind. Aus Sicht der Expert|inn|en werden von den türkischen Migrant|inn|en vor allem Briefe, Bescheide und Informationen nicht verstanden und oft zudem als ausländerfeindlich interpretiert. Denn viele von ihnen können auf etliche Diskriminierungserfahrungen zurückschauen und dies erschwert ihnen, den Unterschied zwischen einer Rechtsprechung und Diskriminierung zu erkennen. Daher benötigen türkischsprachige Migrant|inn|en, so die Expert|inn|en, meist zunächst Hilfe dabei, die Bescheide zu verstehen, einzuordnen und neutral beurteilen zu können.

Auch russischsprachige Migrant|inn|en kennen häufig ihre Rechte nicht und fühlen sich mit ihren Problemen allein gelassen. Bei ihnen führt fehlende Aufklärung zu spontanem und, wie die Expert|inn|en betonen, auch zu unreflektiertem Handeln. Im Unterschied zu den türkischsprachigen Migrant|inn|en werden Bescheide von ihnen aber nicht als fremdenfeindlich und diskriminierend wahrgenommen. Fremdenfeindlichkeit wird von ihnen wenig bis gar nicht geäußert.

Als überaus wichtig wird daher bei allen Gruppen von Migrant|inn|en zu Beginn der Beratung der *Aufbau von Vertrauen* erachtet. Eine Expertin fasst dies so zusammen: „*die Seele von Migranten braucht Vertrauen*“ (EC: 85). Immer wieder sind die Expert|inn|en in den Beratungsstellen mit Migrant|inn|en konfrontiert, die in der Vergangenheit tiefgreifendes allgemeines Misstrauen entwickelt haben. Dieses aufzuweichen und Vertrauen zu ermöglichen, ist eine der wichtigen Aufgaben in der Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund, die u. U. sehr viel Zeit kostet.

Dabei unterscheiden die Expert|inn|en zwischen Vertrauen zur Patientenberatung und dem Vertrauen der Ratsuchenden zu den Berater|inne|n.

Das Vertrauen zur Patientenberatung muss oft hart erarbeitet werden, nicht zuletzt weil sie häufig an letzter Stelle in einer ganzen Reihe von Versuchen, Unterstützung zu finden, in Anspruch genommen wird. Daher kommen die Ratsuchenden mit wenig Vertrauen, aber viel Irritation und Skepsis in die Beratung:

„Davor waren sie bei der [Namen von Krankenkassen und Wohlfahrtsverbänden] (...) und es wurde ihnen nicht geholfen und einmal, warum können wir das? Und dann erklären wir erst mal wer wir sind, was wir machen und wie wir helfen können. Dadurch entsteht auch Vertrauen im persönlichem Gespräch“ (EC: 377-382).

Vor allem ältere Russlanddeutsche haben aufgrund schlechter Erfahrungen im Heimatland wenig Vertrauen in Institutionen und sind auch der Patientenberatung gegenüber misstrauisch.

Für den Aufbau von Vertrauen zu den Berater|inne|n sind für türkisch- und russischsprachige Migrant|inn|en daher persönliche Beziehungen essentiell, um über ihre Probleme sprechen zu können. Dies gelingt aus Sicht der Berater|innen leicht, wenn sie *„selbst Migrant [sind] (...). Dann (...) haben [die Migrant|inn|en] auch gleich Vertrauen“* (EC:36-42). Da die im UPD Verbund angestellten Expert|inn|en selbst Migrationshintergrund haben, gelingt es ihnen ihrer Selbsteinschätzung nach recht gut, eine vertrauensvolle Basis zu den Ratsuchenden herzustellen. Sie signalisieren schon im ersten (oftmals telefonischen) Gespräch, dass sie viele ihrer Erfahrungen teilen können, sich Zeit für sie nehmen und ihnen zuhören werden. Hingegen fällt es ihnen schwer, in den emotionalen Gesprächen *„Distanz zu zeigen“* (EC: 16) und den Nutzer|inne|n deutliche Grenzen aufzuzeigen *„bis dahin und nicht weiter“* (EC: 17). Das gelingt ihnen vor allem dann kaum, wenn Migrationserfahrungen von den Berater|inne|n selbst gut nachempfunden werden können oder die Erfahrungen der Migrant|inn|en an die eigenen familiären Erfahrungen heranreichen, sodass die Expert|inn|en denken:

„OK, heulst du jetzt mit oder lässt du sie erst mal heulen“ (EC: 48-49).

Deutlich zeigt dieser Textauszug, dass die befragten Expert|inn|en in der Beratung mit Situationen konfrontiert werden, die sie emotional berühren und in denen es für sie schwierig ist, ihre Professionalität zu wahren. Daher stellt sich die Frage, wie wichtig Instrumente, wie beispielsweise Supervision und Fallbesprechungen und darüber hinaus gezielte Fort- und Weiterbildungen sind, um Raum für die Verarbeitung und Reflexion emotional belastender Gespräche zu lassen. Dies ist umso wichtiger, als die Erfahrung der Expert|inn|en zeigt, dass Vertrauen dann besonders gut aufgebaut werden kann, wenn die Ratsuchenden in der Beratung die Zeit und Möglichkeit erhalten, ihre eigene biografische „Geschichte“ zu erzählen. Die befragten Expert|inn|en sind sich einig, dass auf biografische Arbeit nicht verzichtet werden kann und darf, denn sie ist Voraussetzung für den Aufbau von Vertrauen und zudem erhalten sie in diesen intensiven Gesprächen Einblicke in die persönlichen Erfahrungen der Migrant|inn|en. Allerdings können solche intensiven Interaktionssituationen in der Folge wiederum zu Problemen der Nähe und Distanz auf

Seiten der Berater|innen führen. Auch deshalb ist der Erhalt und ggf. die Erweiterung der oben erwähnten Instrumente wichtig.

Bedeutsam für die Vertrauensbildung ist auch, den Ratsuchenden innerhalb der Patientenberatung ausreichend Zeit für Gespräche zur Verfügung zu stellen und ihnen hinreichend Raum zur Artikulation und auch zur Problemlösungssuche zu gewähren. Sind diese Bedingungen gegeben, ist es gut möglich, Ratsuchende zu erreichen und mehr noch, eine Bindung zu ihnen herzustellen. Ganz in diesem Sinn äußert eine befragte Beraterin sehr selbstbewusst, dass die Nutzer|innen, die einmal den Weg in die muttersprachliche Patientenberatung gefunden haben und Vertrauen fassen konnten, zu keiner weiteren Beratungsstelle Kontakt aufnehmen und in der Regel die muttersprachlichen Patientenberatungsstellen immer wieder aufsuchen:

„Wenn die einmal sehen, es klappt und da ist jemand, dann kommen die auch ständig“ (EC: 394-402).

Vor allem russischsprachige Migrant|inn|en tendieren zur wiederholten Nutzung. Haben sie erst einmal Vertrauen gefasst, wird die Beratungsstelle rasch zu einer Art zweiten Heimat. Im Gegensatz zu den potenziellen russischsprachigen Nutzer|inne|n, die bei Bedarf die Ärztin/den Arzt oder die Krankenkasse kontaktieren (NR2: 41, NR3: 15-17), wird die Patientenberatung in das persönliche Hilfs- und Informationssystem eingebunden und regelmäßig, häufig auch primär, kontaktiert, wie eine Ratsuchende eindrucksvoll schildert:

„Ständig. Letzte Zeit nehme ich nicht nur eine einmalige Beratung in Anspruch, sondern wenn bei mir Fragen hinsichtlich der Gesundheit (...) auftauchen, dann wende ich mich regelmäßig an diese Organisation, so zwei Mal im Monat“ (NR7: 22-23).

Der Textauszug verdeutlicht, dass die Ratsuchende großes Vertrauen zur Patientenberatungsstelle entwickelt hat und sich bei vorhandenem Bedarf direkt an diese wendet, d.h. keine anderen Instanzen vorschaltet und nicht scheut, die Beratungsstelle mehrmals und „regelmäßig“ zu kontaktieren. Zugleich deutet er aber auch an, dass die Nutzer|innen zu der Beratungsstelle bzw. zu den dort tätigen Expert|inn|en eine enge Bindung eingehen.

Auch die türkischsprachigen Nutzer|innen berichten von der Gewissheit, die muttersprachlichen Patientenberatungsstellen jederzeit bei Problemen aufsuchen zu können und geeignete Unterstützung zu finden:

„ich [gehe] auch dorthin, wenn ich andere Probleme habe. (...) Immer wenn ich Sorgen habe, gehe ich dort hin“ (NT10: 7-9).

So ist zu vermuten, dass die Expert|inn|en nicht nur mit gesundheitsbezogenen Fragen und Nöten der Ratsuchenden konfrontiert werden, sondern zur Vertrauensperson für alle anliegenden Probleme gemacht werden können. Sie müssen daher regelmäßig überprüfen, wo ihr Zuständigkeitsbereich endet und eine weiterführende Beratung indiziert ist, so zum Beispiel inwieweit die Nutzer|innen psychosoziale Unterstützung benötigen. Der eben zitierte Nutzer ergänzt später im Interview noch:

„(...) ich [kann] mit Zufriedenheit wieder zurückkehren. (...) ich gehe mit der Gewissheit hin, dass meine Fragen geklärt und mir geholfen wird“ (NT10: 791-794).

Das Zitat bestätigt, dass es den Expert|inn|en der Patientenberatungsstellen gelingt, zu den Nutzer|inne|n eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und über einen langen Zeitraum aufrecht zu halten. Ebenso gelingt ihnen, den Anliegen der Nutzer|inne|n zu entsprechen, sodass die Zufriedenheit mit dem Angebot groß ist. Die beiden Textauszüge weisen indirekt auch auf Möglichkeiten der Verbesserung der Erreichbarkeit und Bindung beider Nutzergruppen hin: Wird die Nutzung der Patientenberatung mit einer positiven Erfahrung verbunden, sind die Nutzer|innen/Patient|inn|en zufrieden und leisten einen wertvollen Beitrag zur Mundpropaganda, sodass das Angebot in ihrer Community bekannter wird und einen positiven Leumund erhält.

Die in der Beratung angesprochenen Themen weisen eine recht große Variationsbreite auf. Sie ist u.a. der größer werdenden Heterogenität der Migrantengruppen geschuldet. Denn die meisten Beratungsstellen für Menschen mit Migrationshintergrund wurden bis in die 1980er Jahre hauptsächlich für türkische Gastarbeiter eingerichtet und wurden allein für diese Zielgruppe konzipiert (EA9: 15-18). Heute dagegen sind sie – ausgelöst durch die interkulturelle Öffnung der Gesellschaft, also der Zuwanderung von Menschen aus vielen Herkunftsländern – mit einer weitaus größeren Heterogenität an Ratsuchenden unterschiedlichster Nationalitäten konfrontiert (EA9: 47-55). Damit einhergehend ist das Themenspektrum breiter geworden und reicht inzwischen von lebensweltlichen und familialen Aspekten über sozialrechtliche Fragen und Fragen zu Gesundheit und Krankheit. Dabei zeigen sich, wie die befragten Expert|inn|en in Übereinstimmung mit der Literatur (siehe Kap. 2.4) betonen, deutliche Unterschiede zwischen türkisch- und russischsprachigen Migrant|inn|en. Während bei türkischsprachigen Personen häufig familienbezogene Themen wie z.B. Schwangerschaft, Erste Hilfe beim Kind, Fragen zur psychosozialen Gesundheit und psychischen Erkrankungen eine große Rolle spielen, werden von Menschen mit russischem Migrationshintergrund vor allem Altersaspekte, Fragen zur Pflege, Ernährung und Bewegung und zur psychischen Gesundheit angesprochen. Zuweilen kommen auch intime Themen zur Sprache.

Zusammenfassend betrachtet lässt sich festhalten, dass trotz einiger Unterschiede in beiden Migrantengruppen relativ ähnliche Probleme (und überwiegend juristische Probleme) thematisiert werden, diese aber sehr unterschiedlich wahrgenommen und kommuniziert werden.

Zugleich zeichnet sich ab, so die befragten Expert|inn|en, dass psychische Probleme in beiden Bevölkerungsgruppen zunehmen. Sie sind stark tabuisiert und werden meist erst dann angesprochen, wenn Vertrauen zu den Berater|inne|n hergestellt werden konnte. Für die Expert|inn|en ist diese Situation schwierig zu handhaben, denn aufgrund ihrer Erfahrungen erkennen sie zwar das Vorliegen psychischer Probleme, doch ist die Beratungszeit oft zu kurz, um solche Probleme ansprechen zu können. Hier besteht ein bislang ungelöstes und zunehmend als unbefriedigend empfunden Problem.

Als unbefriedigend wird auch empfunden, dass die Patientenberatung (anders als die Pflegeberatung) Case Management nicht als zu ihren Aufgaben gehörig definiert und nicht in das Interventionsrepertoire aufgenommen hat. Denn gerade Patient|inn|en in vulnerablen Situationen – etwa mit psychischen Gesundheitsproblemen oder in komplexen, verwi-

ckelten Problemsituationen benötigen vielfach über Beratung hinausgehende Interventionen, so z.B. anwaltliche Unterstützung und mehr noch eigentlich Case Management und das durch Health Professionals, zu denen sie Vertrauen gefasst haben, wie etwa den Patientenberater|inne|n. Dass Case Management nicht zum Interventionsspektrum der Patientenberatung gehört und dort allein aufgrund der gegebenen Rahmenbedingungen nicht geleistet werden kann, ist aus Sicht der Expert|inn|en misslich und sollte überdacht werden.

4.3 Zugänglichkeit/Erreichbarkeit

Die befragten Expert|inn|en bestätigen, dass – wie zuvor und auch in der Literatur beschrieben – geringer sozioökonomische Status, Bildungsferne, Sprachprobleme, kulturspezifische Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, enge Familienbindung und -orientierung, unzureichendes Wissen über das Versorgungswesen und Beratungsmöglichkeiten sowie Angst vor Behörden (EA2: 416-419) zu Akzeptanzproblemen und Vorbehalten gegenüber Beratungseinrichtungen führen. Fragen wir daher nachfolgend genauer, wie sich die Zugänglichkeit zur muttersprachlichen Patientenberatung der UPD aus Experten- und Nutzersicht darstellt, ob und wenn ja, welche *Hindernisse* Menschen mit türkischem und russischen Migrationshintergrund den Weg in die Patientenberatung erschweren und wie sie ausgeräumt werden können.

4.3.1 Bekanntheit

Aus Sicht der UPD-Expert|inn|en wird der Zugang zur muttersprachlichen Patientenberatung in erster Linie dadurch erschwert, dass das Beratungsangebot bisher noch zu wenig bei den Nutzer|inne|n und auch bei den Instanzen im Gesundheitswesen bekannt ist, was u.a. darauf zurückzuführen ist, dass es noch nicht sehr lange existiert. Oft haben die Ratsuchenden daher – wie zuvor erwähnt – schon lange Suchbewegungen im Gesundheitswesen hinter sich gebracht, wenn sie in die Patientenberatungsstellen der UPD kommen, sodass wertvolle Zeit verstrichen ist. Nicht selten sind die Berater|innen mit schwierig und aufwändig zu lösenden Problemen konfrontiert, weil beispielsweise Fristen von Bescheiden in Kürze ablaufen oder schon abgelaufen sind und mit ihnen die Möglichkeit, Widersprüche einzulegen. Die Beratung findet daher oftmals unter hohem Zeitdruck statt und nicht immer können Anliegen noch fristgerecht angegangen werden. Wäre das Angebot der UPD bekannter, so schlussfolgern die Expert|inn|en, müssten die Nutzer|innen weniger Stellen anlaufen bis sie an die UPD geraten und könnten zeitnaher beraten werden. Zudem würden die Belastungen, die aus der vergeblichen Suche nach der richtigen Stelle für ihr Anliegen erwachsen, entfallen.

Um den Bekanntheitsgrad zu vergrößern, ist Öffentlichkeitsarbeit wichtig. Doch um Migrant|inn|en mit Öffentlichkeitsarbeit zu erreichen, bedarf es im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung mehr Zeit und sind besondere Anforderungen zu erfüllen, um Zugang zu ihnen zu finden – auch in der Öffentlichkeitsarbeit, so betonen die Expert|inn|en. Mi-

grant|inn|en müssen beispielsweise dort aufgesucht und informiert werden, wo sie sich aufhalten und leben:

„Russlanddeutsche, Kontingent-Flüchtlinge, Studenten, die nach Deutschland kommen und, und, und ... man braucht (...) unterschiedliche Zugänge zu diesen Gruppen. Und das geschieht über Öffentlichkeitsarbeit und Öffentlichkeitsarbeit muss auch richtig koordiniert werden. (...). Und die Wege sollten nochmal klarer sein“ (EC: 508-528).

Wie das Zitat zeigt, muss bei einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit beispielsweise beachtet werden, dass Migrant|inn|en eine heterogene Gruppe darstellen und für jede Untergruppe unterschiedliche Zugangswege und Strategien gewählt werden müssen, so beispielsweise über Multiplikatoren, die sich in der jeweiligen Community auskennen. Öffentlichkeitsarbeit ist daher mit einem hohen Zeit- und Koordinationsaufwand verbunden.

Die personellen Ressourcen reichen dafür in den Patientenberatungsstellen in der Regel nicht. Ganz in diesem Sinn betonen auch die UPD-Expert|inn|en, dass eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit einen hohen Anteil der ihnen zur Verfügung stehenden Zeit in Anspruch nehmen würde, der faktisch für die konkrete Beratung verloren geht. Daher, so eine der Berater|innen, befinden sie sich ständig *„im Zwiespalt“* (EC: 508-512), denn einerseits stellt Öffentlichkeitsarbeit aus ihrer Sicht eine essentielle Aufgabe dar. Andererseits kann ihr aufgrund von Zeitmangel nicht wie gewünscht nachgegangen werden, weil sonst zu wenig Zeit für die direkte Beratung bleibt.

Doch trotz dieses Dilemmas wird zu überlegen sein, wie die Öffentlichkeitsarbeit künftig verstärkt werden kann, um den Bekanntheitsgrad der muttersprachlichen Beratung zu erhöhen. Dabei sind unterschiedliche Wege zu beschreiten und Medien zu benutzen, die den Gewohnheiten der anvisierten Zielgruppen entsprechen.

4.3.2 Geografische Lage und räumliche Erreichbarkeit

Als wichtig für die Zugänglichkeit und Erreichbarkeit wird gleichermaßen von Expert|inn|en und Nutzer|inne|n die geografische Lage einer Beratungsstelle genannt. Eine Beratungsstelle sollte aus der Sicht potenzieller Nutzer|innen für *„jeden zugänglich“* (NT2: 49-51) sein und deshalb *„zentral liegen“* (NT8: 321) und verkehrstechnisch gut erreichbar sein. Ganz in diesem Sinn betont eine Nutzerin, dass es möglich ist, die von ihr besuchte Patientenberatungsstelle aus allen Richtungen mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Daher wird die Lage als *„sehr gut“* bezeichnet (NR8: 282-285).

Für drei der muttersprachlichen Patientenberatungsstellen wird dieses Kriterium als weitestgehend erfüllt angesehen. Doch eine der Beratungsstellen für türkischsprachige Nutzer|innen liegt außerhalb des Stadtzentrums, was aus Sicht der Expert|inn|en kritisch zu beurteilen ist (EC: 1181-1182). Eine bessere Lage dieser Beratungsstelle würde verhindern, dass die Nutzer|innen zum Teil sehr weite Anfahrtswege haben und das Beratungsangebot allein deshalb nicht nutzen, zumal sie die weiten Wege auch aus finanziellen Gründen scheuen.

Überlegenswert ist außerdem, die Patientenberatung an Orten in der Lebenswelt der Zielgruppen zu verankern oder aber Orte zu wählen, an denen sie sich zwangsläufig aufhalten. Schon zuvor war etwa darauf verwiesen worden, dass niedergelassene Arztpraxen oder Ärztehäuser mögliche Orte sein könnten.

Als wichtig für eine *gute und einfache räumliche und verkehrstechnische Erreichbarkeit* ist außerdem ein barrierefreier Zugang zu den Beratungsangeboten anzusehen. Die Expert|inn|en betonen außerdem, dass Beratungsstellen möglichst nicht in Häusern untergebracht sein sollten, die „Behördencharakter“ aufweisen, wie folgender Textauszug zeigt:

„diese Menschen haben Hemmungen, (...) in diese großen Häuser rein zu gehen, weil die einen Behördencharakter haben. Den muss man ablegen und sagen, ist was anderes hier“ (EB1: 301-304).

Die gesellschaftlichen und kulturellen Bedingungen, denen Menschen mit Migrationshintergrund oftmals in ihren Heimatländern ausgesetzt waren, aber auch Erfahrungen mit deutschen Behörden im Zuge der Immigration, haben nicht selten großes Misstrauen gegenüber Ämtern und Behörden entstehen lassen. Beratungseinrichtungen, die „Behördencharakter“ aufweisen, verstärken dieses Misstrauen.

Für ähnlich wichtig wird aus Sicht der Expert|inn|en die *physisch-motorische Barrierefreiheit* erachtet, die Voraussetzung ist, damit Pflegebedürftige oder Menschen mit körperlichen Behinderungen eine Beratungsstelle aufsuchen können, ohne dass die Beratung „auf der Straße stattfinden“ muss (EA2: 348-352).

Auch die *räumliche* Ausstattung einer Beratungsstelle spielt eine wichtige Rolle. So sollte gewährleistet werden, dass bei einem „face-to-face“ Beratungsgespräch jederzeit die Privatsphäre und Schweigepflicht gewahrt werden (EA2: 341-345). Leider verfügen nicht alle Beratungsstellen über eine entsprechende räumliche Infrastruktur, wie auch von den Mitarbeiter|inne|n der Patientenberatungsstellen beklagt wird. Sie empfinden es misslich, dass es keinen Rückzugsort gibt bzw. keine abgeschlossenen Räume vorhanden sind und wünschen sich, dass:

„(...) jeder ein Büro hat, wo er in Ruhe beraten kann. (...) oder dass wir wenigstens einen Raum haben, wo jeder mit dem Patienten hingehen kann“ (EC: 1186-1190).

Auch „*akustische*“ (EC: 1196) Abgeschirmtheit wird als wichtig betont. So wird als Störung empfunden, wenn mehrere Beratungsgespräche im gleichen Raum erfolgen – unabhängig davon, ob persönlich oder telefonisch. Das Mithören von Gesprächen durch andere, für den Ratsuchenden fremde Personen, wird als Verletzung der Intimsphäre empfunden und misslich für die Vertrauensbildung. Es sollte daher – wie die Nutzer|innen unterstreichen – durch eine entsprechende Infrastruktur vermieden werden. Desweiteren sollte ein „*Wartebereich*“ (EC: 1190-1191) vorhanden sein, in dem Ratsuchende sich aufhalten können, sodass eine bereits begonnene Beratungssituation nicht unterbrochen werden muss.

4.3.3 Zeitliche Erreichbarkeit

Auch Niederschwelligkeit wird von den Expert|inn|en als wichtig angesehen. Gemeint ist ausreichende, ausgedehnte zeitliche Erreichbarkeit und Orientierung der Öffnungszeiten der Beratungsstelle an den Lebensgewohnheiten der Zielgruppe. So sind zum Beispiel religiöse Feiertage (Freitag/Samstag), an denen die Nutzung entsprechend gering ist, zu berücksichtigen (EB5: 287-289). Außerdem ist zu bedenken, dass, so die Expert|inn|en, zunehmend erwerbstätige Personen zur Beratung kommen und auch ihnen Zugang durch entsprechend terminierte Öffnungszeiten zu gewährleisten ist. Sollte dies nicht durchgängig möglich sein, wären spezielle Sprechstunden oder flexible Terminabsprachen wünschenswert. Häufig wird in diesem Zusammenhang betont, dass eine flexible Terminabsprache und spezielle „*Termine für Leute, die in diesen Zeiten nicht können*“ (EA5: 135-136) aus Sicht der Nutzer|innen eine hohe Priorität haben.

Sollten die Öffnungszeiten nicht ausreichend sein und Ratsuchende Kontakt zu einer eigentlich geschlossenen Beratungsstelle aufnehmen, wird ein höflicher und kontakthanbahnender, kultursensibler Umgang für wichtig angesehen:

„wichtig ist, (...) wenn jemand (...) klingelt, wird die Tür aufgemacht (...). ‚Wir haben jetzt keine Beratungszeit‘, sagen wir nicht. Wir beraten zwar nicht, aber wir machen die Tür auf, sprechen (...) ein bisschen und dann vereinbaren wir einen Termin und dann bieten wir ein Glas Wasser und dann schicken wir sie“ (EB5: 560-568).

Der zitierte Experte ist sich bewusst, dass ein Mensch mit Migrationshintergrund, der mit dem formal-organisatorischen Verweis auf Öffnungszeiten abgewiesen und wieder nach Hause geschickt wird, sehr wahrscheinlich die Beratungsstelle nicht wieder aufsuchen wird, allein weil ein solcher Umgang den ihm vertrauten Höflichkeitsregeln widerspricht. Daher sollte, wie hier versucht, ein positiver Kontakt hergestellt werden, um eine Bindung zur/zum Ratsuchenden aufzubauen, sodass sie/er bereit ist, erneut den Weg zur Patientenberatungsstelle zu suchen.

Kontrovers wird seitens der Expert|inn|en die Einrichtung einer muttersprachlichen telefonischen Beratungsleistung und eines online Beratungsangebots¹⁸ diskutiert. Viele der befragten Expert|inn|en vertreten die Einschätzung, dass telefonische Beratung für Menschen mit Migrationshintergrund (anders als für die deutsche Bevölkerung) wenig Sinn macht, da sich ihrer Erfahrung nach viele Migrant|inn|en nicht zutrauen, telefonisch Kontakt aufzunehmen (EA5: 244-247). Diese Ansicht teilen auch die (potenziellen und realen) Nutzer|innen in den Interviews. Sie weisen mehrfach darauf hin, dass sie ein persönliches Gespräch bevorzugen, weil ihnen nur von „*Angesicht zu Angesicht*“ (NR2: 189-291) möglich ist, wichtige Gespräche zu führen und persönliche Probleme anzusprechen. Dabei betonen sie immer wieder, wie wichtig ihnen der Blickkontakt ist. Er ermöglicht ihnen heraus zu finden, ob die Berater|innen es mit

¹⁸ Die online Beratung kann in diesem Zusammenhang nicht betrachtet werden, da die befragten (potenziellen und realen) Nutzer|innen berichteten, kein Internet zu nutzen. Lediglich ein junger Mann hat im Interview davon berichtet, bei gesundheitsrelevanten Fragen das Internet einzuschalten. Die Internetseite der Patientenberatungsstelle kannte er jedoch nicht.

dem Ratsuchenden wirklich ernst meinen und „Ob das leere Wörter sind oder ob echt da was hinter steht“ (NR2: 189-291).

Aus Sicht der Expert|inn|en ist dagegen zu bedenken, dass die Patientenberatungsstellen kein flächendeckendes Face-to-Face Beratungsangebot für Menschen mit Migrationshintergrund vorhalten können und daher telefonische Beratung essentiell ist. Denn ohne sie ist es kaum möglich, die anzunehmend große Gruppe von Migrant|inn|en überhaupt zu erreichen.

Auch die Zahlen der UPD zur Nutzung der telefonischen Beratung aus dem Jahr 2012 lassen Zweifel an der Vermutung aufkommen, dass die telefonische Beratung auf Akzeptanzprobleme stößt. Ihnen zufolge wurde das telefonische Beratungsangebot überaus rege in Anspruch genommen. So erfolgten insgesamt 1318 muttersprachliche Beratungen am Telefon, mehr als 800 in russischer Sprache und fast 500 in türkischer Sprache. Die Analyse der Beratungsdokumentation zeigt, dass noch weitaus mehr Personen versucht haben, telefonische Beratung in Anspruch zu nehmen (insgesamt 1865). Sie riefen überwiegend während der Beratungszeiten an und waren daher erfolglos. Zweierlei ist daraus zu schlussfolgern: Zum einen ist die Relevanz der telefonischen Beratung nicht zu bezweifeln. Vielmehr stellt sich zum anderen eher umgekehrt die Frage, ob die telefonische Beratung der Patientenberatungsstellen überhaupt ausreichend ist. Denn offensichtlich ist der Bedarf an telefonischer Beratung bei Menschen mit Migrationshintergrund, so die Nutzungsdaten der UPD, höher als bei der deutschsprachigen Bevölkerung, kann aber offenbar nicht abgedeckt werden, weil die Telefonberatung während der Sprechzeiten nur von einer|m Berater|in durchgeführt wird, sodass die Leitung häufig besetzt ist. Dadurch dürften interessierte türkisch- und russischsprachige (potenzielle) Nutzer|innen „abgeschreckt“ und zugleich Frustration bei ihnen erzeugt werden (EC: 1092-1099).

Das bestätigen auch die befragten Ratsuchenden. Häufig können sie bei der ersten Kontaktaufnahme nur den Anrufbeantworter erreichen oder müssen Wartezeiten in Kauf nehmen, wie folgender Textauszug zeigt:

„Da hab ich (...) da angerufen. Und das hat das erste Mal nicht gleich geklappt. (...) dann habe ich noch mal angerufen und da war ich ja gleich ran gekommen und ich musste erst mal warten, (...) danach [wurde ich] zurückgerufen“ (NR5: 26-44).

Die schwierige telefonische Erreichbarkeit und eine zeitlich verzögerte Kontaktaufnahme können für Ratsuchende eine potenzielle Hürde darstellen, sodass eine personelle Aufstockung und Verbesserung der telefonischen Beratung überlegenswert ist. Das bestätigt auch die nachfolgend zitierte Nutzerin kritisch:

„Das müsste vielleicht verbessert werden (...) Ich kenne viele Leute, die legen dann gleich einfach auf! (...) Die Leute können schlecht umgehen mit diesem Beantworter. Die denken: ‚Och Gott, och Gott! Da ist jetzt der Beantworter dran!‘“ (NR5: 227-242).

Wie diese russischsprachige Migrantin unterstreicht, fühlen sich viele ihrer Landsleute durch einen Anrufbeantworter verunsichert, sodass eine weitere Zugangsbarriere entsteht.

4.3.4 Konzepte und Formen der Beratung

Exemplarisch zeigen diese Ausführungen im letzten Abschnitt zugleich, dass es wichtig ist, auch die Formen der Beratung auf den Prüfstand zu stellen und an die Gepflogenheiten der Zielgruppen anzupassen, so etwa die telefonische Beratung auszubauen, ohne dass dies allerdings – wie die Nutzeräußerungen gezeigt haben – zulasten der Face to Face Beratung geht.

Nicht weniger wichtig ist es, das verfolgte Konzept und die Strategien der Patientenberatung zu überdenken. Bisher dominieren Komm-Strukturen das Geschehen im Beratungssektor – auch in der muttersprachlichen Patientenberatung. Schwer erreichbare Nutzergruppen, zu denen auch Migrant|inn|en gezählt werden, aber generell auch Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz (Health Literacy) finden so jedoch, wie in der Literatur seit langem betont wird, kaum den Weg in die Beratungsstellen. Sie benötigen zugehende Strukturen, sogenannte outreach programs, wie sie international seit langem üblich sind, um soziale Minoritäten besser zu erreichen. Daher empfiehlt sich auch für die Patientenberatung, solche zugehenden Konzepte und Strategien zu erproben und bei erfolgreicher Testung zu implementieren, um die Zugänglichkeit zu erleichtern. Allerdings ersetzen solche Strategien, wie ausdrücklich zu betonen ist und auch von den Expert|inn|en festgehalten wird, nicht die etablierten Patientenberatungsstellen. Sie sind als feste Anlaufstellen unerlässlich, um die Auffindbarkeit zu gewährleisten. Zugehende Maßnahmen sind vielmehr als Ergänzung anzusehen.

Angesichts der für Migrant|inn|en durchgängig als typisch erachteten hohen Familienorientierung ist auch zu reflektieren, welche Konsequenzen daraus für die Patientenberatung erwachsen, so etwa ob sinnvoll ist, sie als ‚familienorientierte Beratung‘ anzulegen. Anregungen wie diese erfordern eine experimentelle Kultur und diese wiederum setzt entsprechende strukturelle und personelle Bedingungen voraus, so betonen auch die Expert|inn|en, womit ein weiterer Punkt angesprochen ist.

4.3.5 Strukturelle Rahmenbedingungen

Unbestritten ist aus Sicht der Expert|inn|en, dass die strukturellen und personellen Rahmenbedingungen einen wesentlichen Einfluss auf die Erreichbarkeit der Beratungsstellen für Menschen mit Migrationshintergrund haben. So beklagen die Expert|inn|en, dass Beratungsstellen in der Vergangenheit stark unter Budgetkürzungen zu leiden hatten (EA2:667-668), die zu Personalkürzungen geführt haben (EA7: 206-208). Infolge des dadurch entstandenen Aufgabenzuwachs fühlen sich die Berater|innen inzwischen „*mehr als ausgelastet*“ (EA7: 205). Nicht weniger schwierig ist aus ihrer Sicht, dass dadurch der Spielraum für neue Aufgaben, auch solche zur Weiterentwicklung der Patientenberatung, begrenzt ist. Auch in der muttersprachlichen Patientenberatung für Migrant|inn|en der UPD sind die personellen Ressourcen aus Sicht der Expert|inn|en sehr knapp bemessen, denn die insgesamt sechs Berater|innen haben jeweils nur eine halbe Stelle. Ihrer Einschätzung nach können sie dem Bedarf der Nutzer|innen damit nicht gerecht werden, sodass die Ratsuchenden oftmals lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen, wodurch etliche potenzielle

Nutzer|innen abgeschreckt werden und verloren gehen (EC: 508-528; EC: 1092-1099).

Angesichts der begrenzten Ressourcen wird von den befragten Expert|inn|en diskutiert, „*ob es überhaupt (noch) Sinn macht, eine Beratungsstelle nur für Migranten zu machen.*“ (EA1: 466-468), zumal, so einer der befragten Experten, sich die Anforderungen an Beratungsstellen für Menschen mit Migrationshintergrund kaum von denen anderer Beratungsstellen unterscheiden würden (EA5: 280). Dieser Einschätzung widersprechen die anderen befragten Expert|inn|en mehrheitlich und vehement. Sie unterstreichen, dass eine explizit für Menschen mit Migrationshintergrund konzipierte Beratungseinrichtung Voraussetzung ist, um die anvisierte Zielgruppe überhaupt erreichen, überdies das in der Beratung präferierte Zielgruppenkonzept verfolgen und zudem, um den lebensweltlichen und kulturellen Besonderheiten von Menschen mit Migrationshintergrund entsprechen zu können.

Allerdings setzt dies den befragten Expert|inn|en zufolge nicht nur voraus, dass den damit einhergehenden konzeptionellen Herausforderungen mehr Raum geschenkt werden kann, sondern die daraus erwachsenen *qualifikatorischen Konsequenzen* mehr Beachtung finden. Eine zielgruppenorientierte Beratung von Migrant|inn|en erfordert spezifische Kompetenzen, die über muttersprachliche Kompetenzen hinausgehen, denn es reicht nicht aus, so die Expert|inn|en, einfach nur Dolmetscheringebote vorzuhalten. Vielmehr müssen die Berater|innen die Lebensbedingungen der Zielgruppe kennen, auch die Lebensbedingungen im Herkunftsland, zudem Kenntnisse über „*das Gesundheitssystem, über den Umgang mit Erkrankungen*“ im Herkunftsland besitzen (EB8: 299-302), ein Verständnis der subjektive Gesundheits- und Krankheitstheorien haben und über allgemeine sowie gesundheitspezifische kultursensible Kompetenzen verfügen. Nur dann sind sie in der Lage, Türöffnerfunktion für Migrant|inn|en wahrzunehmen. Das gilt insbesondere für die erste Generation von Migrant|inn|en. Für die Nachfolgegenerationen lässt die Bedeutung von Binnenkenntnissen der jeweiligen Migrationskultur jeweils sukzessiv nach, weil sie besser adaptiert sind. Für sie wiederum ist, so betonen die Expert|inn|en, Doppelsprachigkeit der Berater|innen wichtig, denn diese Generationen sind oftmals gemischten Sprachgebrauch gewohnt und auch Beratungsprozesse verlaufen häufig in „*gemischter*“ Sprache (EC: 461), da die Migrant|inn|en ihr Heimatland häufig schon vor Jahren verlassen haben und amtssprachliche Begriffe nur noch in deutscher Sprache kennen. Daher wechseln beispielsweise türkischsprachige Migrant|inn|en auch in der Beratung oft permanent zwischen Deutsch und Türkisch: „*Also Jobcenter bleibt Jobcenter, Arbeitsamt bleibt Arbeitsamt, (...) wir reden Türkisch und dann sagen wir zwischendurch Gutachten*“ (EC: 476-478).

Auch aus Nutzersicht werden von den Berater|inne|n der Patientenberatungsstellen muttersprachliche und deutschsprachige Kompetenzen und überdies Verständnis für ihre Lebenswelten erwartet.

Die Wichtigkeit vieler dieser und anderer Kompetenzen wird oft erst im Verlauf der praktischen Arbeit deutlich. Das gilt auch für die muttersprachliche Beratung der UPD, die – wie erwähnt – ja erst seit relativ kurzer Zeit besteht. Daher kommt einer fortlaufenden Fort- und Weiterbildung, ebenso einer begleitenden Supervision aus Sicht der Expert|inn|en in diesem Sektor eine hohe Bedeutung zu, sowohl um angesichts der

schwierigen Ausbildungssituation (für die Gesundheits-/Patientenberatung fehlen adäquate Qualifizierungen), basale Kompetenzen zu erwerben wie auch um solche Fähigkeiten und Kenntnisse anzueignen und zu trainieren, die sich erst im Zuge der Umsetzung nach und nach als wichtig herauskristallisieren. Für wichtig werden überdies Fallbesprechungen und -diskussionen erachtet, ebenso eine Intensivierung des kollegialen Erfahrungsaustauschs, um so die Qualitätsentwicklung voran bringen, aber auch, um besser aus den alltäglichen Erfahrungen lernen zu können.

Wünsche wie diese kollidieren aber aus Sicht der Expert|inn|en mit den gegebenen Rahmenbedingungen – das gilt auch für den Wunsch nach mehr Zeit für die individuellen Beratungen, ebenso längerfristig ausgerichteten Interventionen oder aber der Ermöglichung von zugehenden Beratungen, sodass aus Sicht der Expert|inn|en auch die Herausforderung ansteht, die Rahmenbedingungen auf den Prüfstand zu stellen.

Überlegenswert ist in diesem Zusammenhang, eine engere Verknüpfung mit den anderen insgesamt 17 Beratungsstandorten der UPD herzustellen, um so zu größeren Synergieeffekten zu gelangen und auch, um angesichts der begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen größtmögliche Wirksamkeit für die Zielgruppe Menschen mit türkischem und russischem Migrationshintergrund zu erreichen.

5. Handlungsempfehlungen

Die zurückliegenden Ausführungen haben gezeigt, wie wichtig die muttersprachliche Patientenberatung der UPD ist, ebenso, dass sie aus Sicht der Nutzer|innen und Expert|inn|en unverzichtbar ist und zu hoher Zufriedenheit bei den Nutzer|inne|n führt. Das gilt in gewisser Weise auch für die dort tätigen Expert|inn|en, die samt und sonders hochmotiviert und engagiert sind und denen die Weiterentwicklung des Angebots ein wichtiges professionelles Anliegen ist. Eine Fortsetzung der Arbeit der vier muttersprachlichen Beratungsstellen ist daher unbedingt zu empfehlen, zumal mit dem Angebot eine sich lange Zeit schon empfindlich bemerkbar machende und immer wieder angemahnte Lücke im Angebot der Patientenberatung gefüllt werden konnte. Dies spiegelt sich auch in den Nutzungsdaten wider: Jährlich nutzen mehr als 3.000 Ratsuchende dieses Angebot.

Die Ausführungen bieten zugleich eine ganze Reihe an Ansatzpunkten und Anregungen für Überlegungen darüber, wie die muttersprachliche Patientenberatung der UPD weiterentwickelt und die Erreichbarkeit der Zielgruppe optimiert werden kann. Lediglich die wichtigsten Punkte sollen hier noch einmal – eher stichwortartig – zusammengefasst werden:

1. Um die Erreichbarkeit der anvisierten Zielgruppe zu verbessern, ist zweifelsohne sinnvoll zu prüfen, wie die Zugänglichkeit zur Patientenberatung für Menschen mit türkisch- und russischsprachigem Migrationshintergrund noch optimiert werden kann. Öffentlichkeitsarbeit, die auch in der zurückliegenden Zeit bereits einen hohen Stellenwert in der UPD hatte, ist dazu ein wichtiges Mittel und sollte noch weiter intensiviert werden, wobei sinnvoll ist, zugleich neue Wege zu beschreiten und Multiplikatoren sowie Ratsuchende und Nutzer|innen einzubinden. Angedeutet hat sich, dass Patientenberatung zunächst einmal über sich und ihre Aufgaben informieren muss, ebenso darüber, dass sie eine wichtige und hilfreiche Instanz darstellt. Ebenso sind neue Kanäle und Formen der Öffentlichkeitsarbeit zu entwickeln. Zugleich ist anzuraten, bei einer Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit – angesichts der gegebenen personellen Ressourcen – sehr gezielt und verantwortungsbewusst vorzugehen. Denn mehr Öffentlichkeitsarbeit dürfte auf der einen Seite zwar dazu führen, dass sich mehr Nutzer|innen melden, ebenso, dass sie früher kommen. Doch ob die personellen Kapazitäten ausreichend sind, um diesen Zuwachs auch aufzufangen, ist eine offene und eher skeptisch zu beantwortende Frage. Denn schon heute stoßen die in der Patientenberatung tätigen Berater|innen an die Grenzen ihrer Möglichkeiten. Wird die Öffentlichkeitsarbeit intensiviert, müssen somit auch die daraus erwachsenen Konsequenzen auf personeller und struktureller Ebene aufgefangen werden können.

2. Zu überprüfen ist auch noch einmal die räumliche Verortung in der Region/Stadt und die Auffindbarkeit der Patientenberatungsstellen. Sie ist nicht durchgängig zufriedenstellend und nutzerfreundlich. Das lässt sich besonders für eine der Patientenberatungsstellen der UPD vermuten. Daher ist anzuraten, hier noch einmal eine interne Analyse vorzunehmen und Veränderungen einzuleiten. Dabei sollte die Standortfrage gut bedacht werden. Werden neue Standorte gesucht, sollten sie an Orten liegen, die im Alltag von Menschen mit Migrationshintergrund bedeutsam sind und

daher von ihnen frequentiert werden und/oder in der Nähe für sie wichtiger Orte im Gesundheitswesen liegen, etwa bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die sich auf die Versorgung der Zielgruppen konzentrieren.

3. So begrüßenswert die Schaffung der vier muttersprachlichen Patientenberatungsstellen sowie der telefonischen Beratung für Menschen mit türkisch- und russischsprachigem Migrationshintergrund ist, unter regionalen und flächendeckenden Gesichtspunkten betrachtet ist damit noch keine befriedigende Situation erreicht. Mit anderen Worten: Die Reduzierung auf vier Standorte ist zu überdenken. Sollte sie aus Ressourcengründen festgeschrieben werden müssen, ist zu überlegen, wie größere Synergieeffekte mit den anderen 17 Beratungsstandorten der UPD ermöglicht werden können. Damit einhergehend ist zu bedenken, ob so eine Ausweitung des Angebots erzielt und ermöglicht werden kann, zukünftig auch andere Gruppen von Migrant|inn|en zu erreichen, d.h. mehr muttersprachliche als türkisch- und russischsprachige Beratungsangebote vorzuhalten und sich interkulturell weiter zu öffnen. Letzteres wäre wünschenswert.

4. Beratung für Menschen mit Migrationshintergrund muss, darüber besteht in der Beratungsliteratur Konsens, niederschweligen Charakter haben. Das bedeutet, dass sie jederzeit und jedenorts zugänglich sein sollte, also ausgedehnter Öffnungszeiten und guter telefonischer und sonstiger Ansprechbarkeit bedarf. Dabei ist wichtig, den Lebensgewohnheiten der Nutzer|innen zu entsprechen, etwa berufstätigen Ratsuchenden Abend- oder Wochenendsprechstunden zu offerieren – um einen anderen Aspekt aufzugreifen, religiöse Anforderungen zu beachten etc.

Um die überregionale Wirksamkeit zu erhöhen, ist in diesem Kontext auch die intensivere Nutzung Neuer Medien zu prüfen, so etwa die Möglichkeit von Teleberatung, sollte dies mit den Lebensgewohnheiten und Gepflogenheiten der Nutzer|innen in Übereinstimmung stehen.

5. Nicht weniger wichtig ist, die Formen und Konzepte der Beratung zu überdenken. Wie die Ausführungen gezeigt haben, sind die Patientenberatungsstellen für die Nutzer|innen wichtige Anlaufstellen; sie schätzen die persönliche Beratung, die nicht zu ersetzen ist. Im Gegenteil, sie ist sogar eher – wie erwähnt – auszubauen, wie vor allem aus Nutzersicht betont und gewünscht wird. Zugleich wird die telefonische Beratung intensiv beansprucht und kann der Nachfrage schon jetzt nicht mehr gerecht werden. Daher empfiehlt sich, generell über eine Ausweitung des telefonischen Angebots nachzudenken.

Ebenso ist anzuraten, zugehende Konzepte und Strategien zu erproben und bei erfolgreicher Testung zu implementieren, um so zu ermöglichen, Zugangsbarrieren zu reduzieren. Zugehende Maßnahmen sind jedoch nur als Ergänzung des persönlichen Beratungsangebots anzusehen. Zu überlegen ist auch, ob die Konzepte und Strategien der Patientenberatung angesichts der starken Familienorientierung von Migrant|inn|en, nicht deutlicher familienorientiert akzentuiert sein sollten. Wie die Ausführungen gezeigt haben, stellen Migrant|inn|en eine zunehmend heterogener werdende Bevölkerungsgruppe dar. Auch diese Entwicklung geht mit neuen Herausforderungen auf konzeptioneller Ebene einher, erfordert unterschiedliche Formen und Strategien der Ansprache und verlangt zudem,

dem Thema Diversität auch auf konzeptioneller Ebene höhere Beachtung zu schenken.

6. Die zunehmende Heterogenität zeigt sich auch, wenn die Beratungsthemen betrachtet werden. Sie zeichnen sich durch wachsende Vielschichtigkeit aus und variieren nach Migrant|inn|engruppe, aber auch nach Generation. Konzeptionell müssen sich die Patientenberatungsstellen in Zukunft noch mehr auf die Unterschiede einstellen.

Die Vielschichtigkeit der Themen und Probleme geht zugleich mit hohen Anforderungen an die Berater|innen einher. Sie benötigen ein hohes Maß an kultursensiblen Kompetenzen und müssen sich in unterschiedlichen Kulturen und Religionen der unterschiedlichen Migrant|inn|engruppe auskennen und deren Lebenswelten verstehen. Darüber hinaus müssen sie über gute Kenntnis der unterschiedlichen Generationengruppen verfügen. Es ist eine bislang offene Frage, wie mit der Heterogenität und Diversität von Migrant|inn|en künftig in der Beratung umgegangen werden soll, ob Beratung weiterhin darauf zielen sollte, den Spezifika der unterschiedlichen Gruppen an Migrant|inn|en gerecht zu werden oder ob sie auf die allgemein für Migrant|inn|en typischen Merkmale – gewissermaßen den gemeinsamen Nenner – abheben und das Thema ‚geringe Gesundheitskompetenz‘ in den Fokus der Beratung stellen sollte. Diese Frage kann derzeit nicht beantwortet werden, aus Nutzersicht betrachtet spricht jedoch vieles dafür, der Diversifizierung dieser Bevölkerungsgruppe intensiver zu entsprechen.

7. Doch sowohl die Reaktion auf die Diversifizierung wie auch eine stärkere Fokussierung auf das Thema Health-Literacy und Verbesserung der Gesundheitskompetenz gehen mit neuen Kompetenz- und Qualifikationsanforderungen an die Berater|innen einher und erfordern somit, der Fort- und Weiterbildung der Berater|innen hohe Aufmerksamkeit zu widmen. Zudem empfiehlt es sich, regelmäßige Supervisionen und Fallbesprechungen und einen intensiven kollegialen Erfahrungsaustausch zu etablieren, um die Qualität der Beratung kontinuierlich weiter zu entwickeln.

8. Zu überlegen ist in diesem Zusammenhang auch, wie das Interventionsrepertoire der Patientenberatung besser an den Bedarf der Zielgruppe angepasst werden kann. Mehrfach wurde auf die Vielschichtigkeit und Komplexität der Problemlagen der Ratsuchenden verwiesen, ebenso auf die wachsende Bedeutung psychischer Gesundheitsprobleme und -störungen. Um auf diese und andere Klientenprobleme angemessen reagieren zu können reicht Beratung als Intervention oftmals nicht aus. Denn Beratung ist auch in den Patientenberatungsstellen als Kurzzeitintervention angelegt, die auf Autonomie und Förderung der Eigenkompetenz der Ratsuchenden setzt. Häufig sind die Berater|innen jedoch mit Klient|inn|en konfrontiert, die Überforderungsanzeichen aufweisen und anwaltliche Unterstützung, längerfristige Hilfe und zuweilen auch Case Management benötigen. Es empfiehlt sich daher, hier über neue Lösungs- bzw. Interventionsmöglichkeiten nachzudenken und das bestehende Repertoire zu erweitern.

9. Die Ausführungen haben auch gezeigt, dass strukturelle und personelle Rahmenbedingungen einen wesentlichen Einfluss auf die Erreichbarkeit der Patientenberatung der UPD für Menschen mit Migrationshintergrund und die Arbeit der Beratungsstellen haben und dass die personellen Ressourcen hierfür in den Patientenberatungsstellen in der Regel nicht

reichen. Daher ist dringend zu empfehlen, die bestehenden personellen Ressourcen zu überdenken und ggf. auszubauen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das von der UPD umgesetzte muttersprachliche Beratungsangebot für türkisch- und russischsprachige Migrant|innen unbedingt weiter entwickelt werden sollte, denn es beinhaltet zugleich die große Chance, zur Profilierung der zielgruppenspezifischen Patientenberatung einen wichtigen Beitrag zu leisten.

Literatur

- Aparicio, M./Döring, A./Mielck, A./Holle, R. (2005): Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten: eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000. *Sozial- und Präventivmedizin* 50, Nr. 2, 107-118
- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2013): Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Nürnberg
- Becher, H./Razum, O./Kyobutungi, C./Laki, J./Ott, J.J./Ronellenfisch, U./Winkler, V. (2007): Mortalität von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion. Ergebnisse einer Kohortenstudie. *Deutsches Ärzteblatt* 104, Nr. 23, 1655-1661
- Becker, S.A./Wunderer, E./Schultz-Gambard, J. (2006): *Muslimische Patienten: Ein Leitfaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis*. München, Bern, Wien, New York: Zuckerschwerdt
- Bermejo, I./Hölzel, L./Kriston, L./Härter, M. (2012): Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt* Nr. 55, 944-953
- Blomstedt, Y./Johansson, S.E./Sundquist, J. (2007): Mental health of immigrants from the former Soviet Bloc: a future problem for primary health care in the enlarged European Union? A cross-sectional study. *BMC Public Health* 7:27
- Bohnsack, R. (2005): Gruppendiskussion. In: Flick, U./v. Kardorff, E./Steinke, I. (Hg.): *Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch*. Reinbeck: Rohwohlt, 369-384
- Bohnsack, R./Przyborski, A. (2010): Gruppenorganisation, Gesprächsanalyse und die Methode der Gruppendiskussion. In: Bohnsack, R./Przyborski, A./Schäffer, B. (Hg.): *Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis*. Opladen: Budrich, 233-248
- Boll-Palievskaya, D. (2005): Arzt-Patient-Verhältnis - Zusammenprall der Kulturen. *Deutsches Ärzteblatt* 102, Nr. 10, 654-655
- Borde, T./Braun, T./David, M. (2003): Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen. Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösungsansätze. Verfügbar unter: <http://www.ash-berlin.eu/hsl/freedocs/275/berlinernotfallambulanzstudie.pdf> (10.05.2013)
- Brück-Klingberg, A./Burkert, C./Seibert, H./Wapler, R. (2007): Verkehrte Welt. Spätaussiedler mit höherer Bildung sind oft arbeitslos. IAB-Kurzbericht, Nr. 8/2007. Nürnberg
- Brzoska, P./Razum, O. (2009): Krankheitsbewältigung bei Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext von Kultur und Religion. *Zeitschrift für medizinische Psychologie* 18, Nr. 3-4, 151-161
- Claassen, D./Ascoli, M./Berhe, T./Priebe, S. (2005): Research on mental disorders and their care in immigrant populations: a review of publications from Germany, Italy and the UK. *European Psychiatry* 20, Nr. 8, 540-549
- David, M. (2001): *Aspekte der gynäkologischen Betreuung und Versorgung von türkischen Migrantinnen in Deutschland*. (Habilitation). Medizinische Fakultät Charité der Humboldt-Universität zu Berlin. Berlin
- Dogan, H./Tschudin, V./Hot, I./Ibrahim, Ö. (2009): Patients' Transcultural Needs and Carers' Ethical Responses. *Nursing Ethics* 16, Nr. 6, 683-696

- Doyle, G./Cafferkey, K./Fullam, J. (2012): European Health Literacy Survey (HLS-EU). Executive Summary. Dublin. Verfügbar unter: <http://healthliteracy.ie/wp-content/uploads/2012/06/Executive-Summary.pdf> (10.05.2013)
- Engels, D./Köller, R./Koopmans, R./Höhne, J. (2011): Zweiter Integrationsindikatorenbericht. In: Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg.): Köln/Berlin:
- Flick, U. (1998): Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In: Flick, U. (Hg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim und München: Juventa
- Flick, U. (2006): Qualitative Sozialforschung. Reinbek: Rowohlt
- Flick, U. (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Hamburg: Rowohlt-Verlag
- Franz, M./Gallhofer, B./Koch, E./Lujić, C./Wüsten, B./Yürük, N. (2007): Subjektive Krankheitskonzepte türkischer Migranten mit psychischen Störungen - Besonderheiten im Vergleich zu deutschen Patienten. Psychiatrische Praxis 34, Nr. 7, 332-338
- Gaitanides, S. (2007): Interkulturelle Kompetenzen in der Beratung. In: Nestmann, F./Engel, F./Sickendiek, U. (Hg.): Das Handbuch der Beratung - Disziplinen und Zugänge. Tübingen: Dgvt-Verlag, 313-325
- GBE Bund (2012): Todesursachenstatistik: Sterbefälle Sterbeziffern je 100000 Einwohner (altersstandardisiert) (ab 1980). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, Todesursachen laut "Europäischer Kurzliste", Art der Standardisierung. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=74045877&nummer=8&p_sprache=D&p_indsp=99999999&p_aid=20422297 (10.05.2013)
- Geiger, I.K./Razum, O. (2012): Migration und Gesundheit. In: Hurrelmann, K./Razum, O. (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim/Basel: Beltz Juventa
- Glier, B./Erim, Y. (2007): Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In: Kröner-Herwig, B./Frettlöh, J./Klinger, R./Nilges, P. (Hg.): Schmerzpsychotherapie. Heidelberg: Springer Medizin, 231-244
- Glodny, S./Yilmaz-Aslan, Y./Razum, O. (2011): Storytelling als Intervention. Verbesserung der häuslichen Pflege von türkischen Migranten in Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 44, Nr. 1, 19-26
- Gün, A.K. (2011): Interkulturelle therapeutische Kompetenz bei der Behandlung von Migranten. In: Thamer, U./Wüstenbecker, M. (Hg.): Gesundheit von Migranten. Frankfurt a. M.: Peter Lang GmbH, 17-35
- Günay, S. (2011): Diabetes mellitus und Migration - Besonderheiten im Umgang mit türkischen Patienten. In: Thamer, U./Wüstenbecker, M. (Hg.): Gesundheit von Migranten. Frankfurt a.M.: Peter Lang GmbH, 45-50
- Hailbronner, K. (2008): Asyl- und Ausländerrecht. Stuttgart: W. Kohlhammer
- Hayran, O./Karavus, M./Aksayan, S. (2000): Help-Seeking Behavior and Self-Medication of a Population in an Urban Area in Turkey: Cross Sectional Study. Croatian Medical Journal 41, Nr. 3, 327-332
- Helfferich, C. (2005): Die Qualität qualitativer Daten - Manual für die Durchführung qualitativer Interviews (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

- Ilkic, I./Ince, I./Pourgholam-Ernst, A. (2005): E-Health in muslimischen Kulturen. Zentrum für Medizinische Ethik. Medizinethische Materialien Heft 158 (3. Auflage). Bochum
- Immerfall, S./Wächter, S./Rademacher, B.A./Pavuk, I. (2012): Sucht und Selbsthilfe - Gesundheitsverhalten bei russischsprachigen Migranten - Zwischenbericht. Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd. Verfügbar unter:http://www.phgmuend.de/deutsch/downloads/immerfall/Zwischenbericht_Dorkas_1.pdf (10.05.2013)
- Knipper, M./Bilgin, Y. (2009): Migration und Gesundheit. Sankt Augustin/Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.
- Knipper, M./Bilgin, Y. (2010): Migration und andere Hintergründe. Deutsches Ärzteblatt 107, Nr. 3, A 76-79
- Kohls, M. (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Verfügbar unter: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf?__blob=publicationFile (10.05.2013)
- Kutscharski, O. (2007): Russischsprachige PatientInnen in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Inanspruchnahme, Erwartungen und Bedürfnisse aus der Sicht von ÄrztInnen und PatientInnen. In: Borde, T./Albrecht, N.-J.H. (Hg.): Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder. Frankfurt a. M.: IKO-Verlag, 160-190
- Kyobutungi, C./Ronellenfisch, U./Razum, O./Becher, H. (2006): Mortality from cancer among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union, in Germany. *European Journal of Cancer* 42, Nr. 15, 2577-2584
- Lampert, C./Voth, J. (2009): Gesundheits(informations)verhalten von älteren Migrantinnen und Migranten. Eine Expertise im Auftrag der Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz. Hamburg. Verfügbar unter: <http://www.hamburg.de/contentblob/2825960/data/gesundheitsverhalten-aelterer-migranten.pdf> (10.05.13)
- Lujić, C. (2008): Krankheits- und behandlungsrelevante Besonderheiten türkischer Migranten mit Gesundheitsstörungen: Anregungen zur Optimierung der Versorgung. (Dissertation). Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen
- Marschall, T./Krämer, A./Prüfer-Krämer, L./Mikolajczyk, R./Kretzschmar, M. (2005): Erhöhen Migrationen aus hohen und mittleren Endemiegebieten die Hepatitis-B-Prävalenz in Deutschland? Epidemiologische Schätzung der HBsAg-Prävalenz bei verschiedenen erwachsenen Bevölkerungsgruppen. *Deutsche Medizinische Wochenschau* 130, Nr. 48, 2753-2758
- Merbach, M./Wittig, U./Brähler, E./Siefen, R.G./Tasdemir, S. (2003): Die gesundheitliche Identität der SpätaussiedlerInnen und der türkischen MigrantInnen zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland - Erste Ergebnisse des von der Volkswagenstiftung geförderten Projektes „Determinanten und Veränderung der gesundheitlichen Identität beim ‚Kulturwechsel‘ am Beispiel der Spätaussiedler und türkischen MigrantInnen. In: Swiaczny, F./Haug, S. (Hg.): Migration - Integration – Minderheiten. Neuere interdisziplinäre Forschungsergebnisse (Heft 107). Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung beim Statistischen Bundesamt, 17-33
- Mielck, A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Verlag Hans Huber

- Okken, P.-K./Spallek, J./Razum, O. (2008): Pflege türkischer Migranten. In: Bauer, U./Büscher, A. (Hg.): Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 396-422
- Özcan, V./Seifert, W. (2006): Gutachten für den 5. Altenbericht der Bundesregierung im Auftrag des Deutschen Zentrums für Altersfragen zur Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Berlin
- Prüfer-Krämer, L./Krämer, A. (2004): Infektionskrankheiten bei Migrantinnen und Migranten. In: Krämer, A./Prüfer-Krämer, L. (Hg.): Gesundheit von Migranten. Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven. Weinheim und München: Juventa Verlag, 142-156
- Razum, O. (2006): Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheiten - Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Razum, O./Geiger, I. (2003): Migranten. In: Schwarz, F.W./Badura, B./Busse, R./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J./Walter, U. (Hg.): Das Public-Health-Buch - Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer, 686-694
- Razum, O./Spallek, J. (2009): Wie gesund sind Migranten? Kurzdossier Migration. Hamburg. Verfügbar unter: http://www.hwwi.org/uploads/tx_wilpubdb/KD_12_Migranten_Gesundheit.pdf (10.05.2013)
- Razum, O./Geiger, I./Zeeb, H./Ronellenfisch, U. (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten. Deutsches Ärzteblatt 101, Nr. 43, A 2882-2887
- Razum, O./Zeeb, H./Meesmann, U./Schenk, L./Bredehorst, M./Brozka, P./Dercks, T./Glodny, S./Menkhaus, B./Salman, R./Saß, A.-C./Ulrich, R. (2008): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Berlin: Robert-Koch-Institut
- Reutin, B./Schott, T. (2013): Migration und Gesundheit. In: Schott, T./Razum, O. (Hg.): Migration und medizinische Rehabilitation. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, 13-48
- Ronellenfisch, U./Razum, O. (2004): Deteriorating health satisfaction among immigrants from Eastern Europe to Germany. International Journal for Equity in Health 3, Nr. 4
- Schenk, L./Meyer, R./Maier, A.N./Aronson, P./Gül, K. (2011): Endbericht: Rekonstruktion der Vorstellungen vom Altern und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund. Institut für Medizinische Soziologie, Zentrum für Qualität in der Pflege. Berlin. Verfügbar unter: <http://www.zqp.de/index.php?pn=project&id=15> (10.05.2013)
- Schmidt, C. (2003): Analyse von Leitfadeninterviews In: Flick, U./von Kardorff, E./Steinke, I. (Hg.): Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 447-465
- Schnepf, W./Duijnste, M./Grypdonck, M. (2005): Migrationsspezifische Transitionen und Angehörigenpflege. Pflege 18, Nr. 5, 305-312
- Seidl, N./Horn, A. (2011): Ambulante Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund. Migration und Soziale Arbeit 33, Nr. 1, 52-57
- Spallek, J. (2012): Migrantengesundheit. Die Sicht der Life-Course-Epidemiologie am Beispiel von Krebs bei türkischen Zuwanderern. Weinheim/Basel: Beltz Juventa
- Spallek, J./Razum, O. (2007): Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. Medizinische Klinik 102, Nr. 6, 451-456

- Spallek, J./Razum, O. (2008): Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Bauer, U./Bittlingmayer, U.H./Richter, M. (Hg.): Health Inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden VS Verlag für Sozialwissenschaften, 271-290
- Statistisches Bundesamt (2013): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Wanderungen. Wiesbaden. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Wanderungen/Wanderungen2010120117004.pdf?__blob=publicationFile (10.05.2013)
- Treiber, M. (2003): Projekt Gesundheitsberatung für Migrantinnen und Migranten aus dem Gebiet der ehemaligen UDSSR. Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit/koordiniert durch den Beauftragter der Bundesregierung für Migration, F.u.I. Gesunde Integration, Dokumentation der Fachtagung am 20. & 21. Februar 2003 in Berlin
- Ulusoy, N./Gräßel, E. (2010): Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege - ein Überblick. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43, Nr. 5, 330-338
- Unal, S./Kaya, B./Yalvaç, H.D. (2007): Patients' explanation models for their illness and help-seeking behavior. Türk Psikiyatri Dergisi 18, Nr. 1, 38-47
- UPD – Unabhängige Patientenberatung Deutschland (2013): Sachbericht 2012. Verwendungsnachweis gemäß §7 der Fördervereinbarung zwischen PKV-Verband und UPD gGmbH. Berlin
- Wengler, A. (2013): Ungleiche Gesundheit. Zur Situation türkischer Migranten in Deutschland. Frankfurt a.M.: Campus Verlag
- Wittig, U./Merbach, M./Siefen, R.G./Brähler, E. (2004): Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland. Das Gesundheitswesen Nr. 66, 85-92
- Yilmaz-Aslan, Y./Brzoska, P./Berens, E.-M./Salman, R./Razum, O. (2012): Gesundheitsversorgung älterer Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. Qualitative Befragung von Gesundheitsmediatoren. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 1-6
- Zielke-Nadkarni, A. (1999): Krankheits-, Gesundheits- und Pflegeverständnis türkischer Migrantinnen. Pflege 12, Nr. 5, 283-288