



Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.

Prof. Dr. med. Fuat Aksu
Vorsitzender des Fachausschusses
Transkulturelle Pädiatrie

Zentrum für Neuropädiatrie, Sozialpädiatrie
und Entwicklungsneurologie
Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln
Universität Witten/Herdecke
Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5
D-45711 Datteln

Tel.: 02363/975 230, Fax: 02363/975 393
Email: f.aksu@kinderklinik-datteln.de

Positionspapier des Fachausschusses Transkulturelle Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)

Transkulturelle Pädiatrie – aktuelle Perspektiven und Handlungsoptionen

Kommissionsmitglieder:

Erika Sievers (Düsseldorf) [Sprecherin], Fuat Aksu (Datteln), Harald Bode (Ulm),
Osman Ipsiroglu (Vancouver)

Die ethnische Heterogenität der Bevölkerung

Die ethnische Heterogenität der Bevölkerung führt neben sprachlichen auch zu kulturellen Kommunikationsbarrieren und fordert die medizinische Versorgung heraus. In der Perzeption des „Andersartigen“ werden Kulturbarrieren zum gesellschaftlichen Schlüsselfaktor, der auch in das Gesundheitswesen bzw. Krankenhausalltag hineingetragen wird. Über 4 Mio. Kinder und Jugendliche in Deutschland, d.h. fast 30% dieser Altersgruppe, haben einen ein- oder beidseitigen „Migrationshintergrund“, sie oder ihre Eltern sind zugewandert. Ca. 1 Mio. der Bevölkerung unter 15 Jahren weist eine ausländische Nationalität auf, im Jahr 2007 immigrierten 71 000 (1, 2).

Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey, KIGGS, verdeutlichte, dass in Hinblick auf die Gesundheit dieser Kinder und Jugendlichen bisher in vielen Bereichen keine Chancengleichheit besteht (3). Sie zu fördern, ist eines der vordringlichen Ziele der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit (4). Im 13. Kinder- und Jugendbericht wird darauf hingewiesen, dass alle Heranwachsenden mit Migrationshintergrund und ihre Familien unabhängig von ihrem Rechtsstatus Zugang zu Angeboten gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung erhalten müssen (5). Dies trifft auch auf andere Facetten der medizinischen und Psychotherapeutischen Versorgung zu. Warum ist es zur Notwendigkeit dieser Feststellung und damit einer Ermahnung des Gesundheitswesens gekommen?

Kulturelle Vielfalt und Kindergesundheit

Transkulturalität

Problemstellung: Im Gegensatz zum anthropologischen Kulturbegriff mit seinen umfassenden Hintergründen und Implikationen, wird der Begriff Kultur umgangssprachlich und damit auch im klinischen Alltag unpräzise und verallgemeinernd für Sprache, Ethnizität oder Nationalität verwendet. Diese Verallgemeinerung kann der Frage, warum und wie ein Individuum in einer Situation der gesundheitlichen Beeinträchtigung reagiert, nicht immer gerecht werden. Damit sind aber auch die in individuellen Fällen und Problemlagen dringend notwendigen und dem Bedarf entsprechenden Lösungsansätze blockiert.

Analyse: Kulturspezifische Vorurteile können dazu führen, dass andere wesentliche Faktoren, wie die soziale oder psychische Situation der Kinder und ihrer Eltern sowie die Überforderung mit Therapiekonzepten, in den Hintergrund gedrängt werden. Kulturverständnis ist nicht nur eine technische Fähigkeit, die einfach erlernbar ist. Medizinanthropologisch ist Kultur dynamisch zu sehen und in ständiger Entwicklung, beeinflusst von individuellen psychologischen und biologischen Faktoren sowie von ökonomischen und politischen Entwicklungen. Um dieser Dynamik gerecht zu werden und die weitverbreitete Gleichstellung von Gesellschaft und kultureller Identität, die zu gefährlichen Stereotypen und Vereinfachungen führt, zu vermeiden, sprechen wir von Transkulturalität.

Welche Aspekte sind aus der Sicht der transkulturellen Pädiatrie besonders wichtig - wo besteht heute Handlungsbedarf?

- Internationale Migration ist vielfältig, dies gilt für ihre Gründe ebenso wie für den Verlauf. Kinder und Jugendliche mit „Migrationshintergrund“ sind Betroffene in unterschiedlichsten Situationen. Sie kommen mit ihren Eltern im Rahmen der Arbeitsmigration, als Spätaussiedler, im Rahmen des Familiennachzuges, der internationalen Adoption – oder in Situationen mit großer Unsicherheit als Flüchtlinge, Asylsuchende oder nicht dokumentierte Migranten "ohne Papiere". Insbesondere als unbegleitete Minderjährige sind sie aufgrund ihrer Situation schutzlos und benötigen besondere Unterstützung (6).
- Persönliche Ressourcen des Kindes und seines Umfeldes sowie unterschiedliche Umwelt- oder sozialen Lebensbedingungen im Herkunfts- und Aufnahmeland können zu günstigen Bedingungen, aber auch zu einer Kumulation von Risikofaktoren führen. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund variiert in Abhängigkeit von Herkunftsland, Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Aufenthaltsdauer bzw. Einwanderergeneration (3). Kinder und Jugendliche finden in Deutschland eine komplexe Gesundheits- und Versorgungsstruktur vor. Besonders schwierig ist die Ausgangslage für chronisch kranke, behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche - ebenso wie die von und Jugendlichen psychisch-, sucht- oder körperlich kranker Eltern. Sie sind auf die Berücksichtigung ihrer Situation in mehreren Unterstützungssystemen angewiesen.

- Kulturelle Faktoren werden noch unzureichend in fachlichen Standards und Leitlinien berücksichtigt. Ein auf die Pädiatrie in Deutschland bezogenes Konzept zur transkulturellen Öffnung fehlt. Kinderkliniken können sich jedoch an der „Amsterdamer Erklärung für MigrantInnen freundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa“ und der Stellungnahme des Bundesweiten Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit zur Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Krankenhaus orientieren (7,8). Erste Schritte in diese Richtung können in vorgesehenen Maßnahmen der Bundesregierung zu sehen sein (4, 9): Förderung der kulturellen Kompetenz in der medizinischen Versorgung, der Aus- und Weiterbildung in kultursensibler Pflege und der gesundheitlichen Prävention.

- Eine transkulturelle Öffnung ist überall, wo Kinder und Jugendliche betreut werden, notwendig. Kulturelle Vielfalt besteht nicht nur durch Kinder mit Migrationshintergrund bzw. durch Kinder ethnischer, nationaler und religiöser Minderheiten in der pädiatrischen Praxis, sondern auch durch die ‚kulturelle‘ Vielfalt der MitarbeiterInnen im Gesundheitssystem. Kulturelle Kompetenz wird vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklungen, z.B. selbst bereits durch Ost-West oder West-Ost Migration innerhalb Deutschlands immer wichtiger. Die Fähigkeit, kulturell und sprachlich angemessene Angebote in der Gesundheitsversorgung anzubieten, erfordert auch die gezielte Qualifizierung der Fachkräfte in einer Institution. Dennoch haben nur wenige Krankenhausträger dies systematisch zu einem Anliegen in der Patientenversorgung und des Qualitätsmanagements gemacht oder Strategien für herausfordernde Problemsituationen erarbeitet. Zu wenige Fachkräfte konnten sich bisher in diesem Bereich weiter qualifizieren. Eine durchgängige Integration des Themas in Aus-, Fort- und Weiterbildung fehlt bisher (10) trotz der vielfältigen Hinweise pädiatrischer Fachgesellschaften. Hier sind neben dem Gesundheitssystem, einzelne Krankenhausträger und alle Fachgesellschaften an ihre systemische Verantwortung zu erinnern.

- Bei einem gleichberechtigten transkulturellem Angebot und vor allem sprachlichen Zugang wäre die Regelversorgung im Gesundheitsbereich in Deutschland für die meisten Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund völlig ausreichend. In der Realität bestehen jedoch Zugangsschwierigkeiten, sprachliche und kulturelle Faktoren werden unzureichend berücksichtigt. Manche Erkrankungsbilder oder Umstände der Migration erfordern spezielle pädiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Angebote, die niederschwellig für diese Kinder erreichbar sein sollten.

Diese Faktoren verdeutlichen, wie wichtig es ist, dass alle Kinder, Jugendlichen und Familien auf ein System der Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung treffen, das über alle Kulturen hinweg eine gleichberechtigte Teilhabe ermöglicht.

UN – Kinderrechtskonvention - Ihre Bedeutung in Bezug auf ‚Kultur‘

Die European Society for Social Pediatrics (ESSOP) unterstützt mit ihrem Positionspapier, 2008 zu den Bedürfnissen der Migrantenkinder ausdrücklich die notwendige Umsetzung der

UN-Konvention über die Rechte des Kindes (6, 11). Diese schließt die Rechte auf Bildung, Gesundheitsversorgung, Förderung behinderter Kinder und Jugendlicher und ihrer Rehabilitation ebenso ein, wie die Verantwortung für das Kindeswohl und den Schutz vor Gewaltanwendung. Auf ihrer Grundlage haben alle Kinder ein Recht „auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit“ (11, Art. 24).

Die Realisierung dieser Rechte ist z.B. für Asyl suchende Kinder auch in europäischen Staaten, problematisch (6, 12). Dies gilt durch eine Vorbehaltserklärung zur Konvention auch für Deutschland. Ein unzureichender Zugang zu einer kontinuierlichen Prävention, kontinuierlicher medizinischer Versorgung und gesundheitsfördernden Bereichen führt häufiger zum Rückgriff auf Notfallambulanzen. Gerade aber für diese Kinder und Jugendlichen wäre aber ein niederschwelliger und kontinuierlicher Zugang zu den Angeboten im Gesundheitswesen wichtig.

Europarechtliche Regelungen zur Zuwanderung aus Drittstaaten und die Mobilität zwischen den Staaten der Europäischen Union (EU) werden immer bedeutender. Darüber hinaus könnten Strukturen wie das kürzlich gegründete Europäische Forum für die Rechte des Kindes Rückwirkungen auf die nationale Ebene haben. Die Entwicklung und Einführung einer Europäischen Strategie für Kinderrechte ist vorgesehen (13). Aber internationale Migration kann nicht nur aus der europäischen Perspektive betrachtet werden, sondern muss auch die nationalen und kommunalen Ebenen berücksichtigen: Migrationsströme verändern sich stetig, dies spiegelt sich hauptsächlich auf kommunaler Ebene wider. Dort sind flexible Konzepte zur Versorgung, Förderung und Integration der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund im Gesundheits- und im Bildungssektor erforderlich.

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund: Faktoren der physischen und psychischen Gesundheit

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey zeigte auch besondere Ressourcen der Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund auf: Auf der einen Seite zählten ein niedrigerer Konsum von Nikotin oder Alkohol, geringere Raten an atopischen Krankheiten außer Asthma, sowie eine höhere Stillfrequenz (3). Migranten-Communities sollten bestärkt werden, diese Vorteile zu erhalten. Gleichzeitig könnte dies genutzt werden, auch für andere Präventionsangebote einen Zugang zu erreichen.

Auf der anderen Seite sind Kinder mit Migrationshintergrund häufiger von Adipositas und Anämie betroffen, der Anteil der Kinder mit Merkmalen psychischer Störungen ist erhöht. Interventionsmöglichkeiten werden vor allem im Bereich der Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen deutlich. Beispielsweise werden Empfehlungen zum Verhalten zur Mundgesundheit deutlich schlechter umgesetzt, als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (3). Die Prävalenz von Karies ist bei Zuwanderern erhöht (14).

Besondere Probleme stellen sich für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen, Behinderungen oder besonderem Unterstützungsbedarf. Behinderte Menschen aus

Minderheiten und Migrantengruppen können durch bereits durch unzureichende Kenntnis im Umgang mit öffentlichen Stellen Benachteiligungen erleben. Beim Zugang zu allen Lebensbereichen sind Kinder und Jugendliche noch immer mit erheblichen Hindernissen konfrontiert (15). Der KIGGS zeigte zwar insbesondere bei Jungen einen geringeren speziellen Versorgungsbedarf für Kinder mit Migrationshintergrund. Unterschiede in der Wahrnehmungsschwelle und im Inanspruchnahmeverhalten sind hier aber ebenso als Ursache zu diskutieren, wie Ungleichheit im Zugang zu bestimmten Versorgungsleistungen (16).

Flüchtlingskinder weisen oft insbesondere im Bereich der seelischen Gesundheit Probleme auf. Stress, fehlende soziale Unterstützung, unzureichende soziale Netzwerke, Gewalterfahrung und Trennung können zu psychiatrischen und psychosomatischen Problemen beitragen (6). Dies geht einher mit ungünstigen Bedingungen durch die aufenthaltsrechtliche Situation, einem eingeschränkter Zugang zur Erziehung und möglichen Erfahrungen mit Rassismus, Diskriminierung und Armut. Es erfordert eine entsprechend qualifizierte Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit traumatischen Erfahrungen, sowohl im ambulanten als auch im (teil-) stationären Bereich mit kinderpsychiatrischer, – psychosomatischer bzw. psychotherapeutischer Expertise, die mit Sprachmittlung und kultureller Kompetenz verbunden ist.

Vor dem Hintergrund des breiten Spektrums ihrer Bedarfslagen im Gesundheitsbereich treffen Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund auf ein komplexes Versorgungssystem in Deutschland, in dem die systematische transkulturelle Öffnung am Anfang steht.

Lösungsansätze

Leitlinie für alle Lösungsvorschläge sollte der in der Pädiatrie gültige Grundsatz der Ethik „im besten Sinne des Kindes“ sein. Hier kann die Kinder- und Jugendmedizin einen sehr wichtigen Beitrag liefern. Viele Probleme von Migrantenkinder und ihren Familien lassen sich nur im gesamtgesellschaftlichen Rahmen lösen. Ein eigener Beitrag der Migranten kann durch gezielte Einbindung der Migrantencommunities erreicht werden (17-19).

A. Immigration als Ausgangspunkt für Gesundheitsförderung und Prävention

Der Zeitpunkt der Zuwanderung ist ein konkreter Ansatzpunkt, um auf Möglichkeiten zur Förderung der Familiengesundheit von Anfang an hinzuweisen: Beim Zuzug bestehen verpflichtende Kontakte zur kommunalen Verwaltung, die systematisch genutzt werden können. Die verpflichtenden Integrationskurse des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge, BAMF, bieten die Möglichkeit, systematisch Verknüpfungen zu Gesundheitsthemen rund um die Familie aufnehmen. Besonders wichtig ist dies in den speziellen Kursangeboten für Jugendliche, Frauen und Eltern.

Der Bedarf ist insbesondere in dem Bereich der Schwangerschaftsvorsorge und der perinatalen Versorgung deutlich:

- Möglichkeiten einer frühen Vorsorge sind in vielen Herkunftsländern nicht vergleichbar etabliert, das Konzept der Regionalisierung der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland für werdende Mütter kaum transparent.
- Demographische Analysen zeigen z.B. einen engen Zusammenhang der drei Faktoren Heirat, Migration und der ersten Geburt bei Immigrantinnen aus der Türkei, dem ehemaligen Jugoslawien, Griechenland, Italien und Spanien. 50% der ersten Zuwanderergeneration bekamen ihr erstes Kind etwa vier Jahre nach dem Umzug nach Deutschland (20).
- Die Säuglingssterblichkeit ausländischer Säuglinge ist deutlich erhöht (21). Ihre ausländische Nationalität bildet vor allem eine Zuwanderung der Eltern in den letzten 8 Jahren oder einen ungeklärten Aufenthaltsstatus ab.
- Unzureichende neonatale Erstversorgung, fehlende Prävention oder ein fehlendes Screening auf genetische Stoffwechselkrankheiten und anderer Erkrankungen können die Gesundheit bereits im Säuglingsalter negativ beeinflussen. Nachteilige Auswirkungen auf die Gesundheit durch die Verzögerung von Diagnose und Behandlung sind möglich (6). Hierbei ist es unerheblich, ob dies im Herkunftsland oder in Deutschland erfolgt.

Sprachliche und kulturelle Faktoren als Teil einer bedarfsangemessenen Versorgung sollten systematisch in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses berücksichtigt werden.

Dies gilt insbesondere für die „Mutterschafts-Richtlinien“ und die „Kinder-Richtlinien“. Sie könnten ein systematisches Beispiel für die Umsetzung der interkulturellen Öffnung sein, die ein wesentlicher Punkt des Integrationsplans ist (8). Durch die krankenhausbazogene Veröffentlichung von Ergebniseckdaten der Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen (22) werden kulturelle und demographische Faktoren der Patienten für Kliniken wichtiger. Ihre Berücksichtigung wird auch mit bestimmten, wie die Ergebnisse zur Vollständigkeitsanalyse der entwicklungsdiagnostischen Nachuntersuchung im reife-korrigierten Alter von 2 Jahren sind.

Die Aufenthaltsdauer beeinflusst auch die Wahrnehmung von Angeboten für Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen (3):

- Früherkennungsuntersuchungen werden nur zu 62,5% vollständig wahrgenommen, wenn die Zuwanderung der Mutter weniger als 5 Jahre zurückliegt. Wanderten die Kinder oder Jugendlichen selbst zu, waren es sogar nur 45,7%.
- Der Impfstatus dieser Gruppe ist deutlich schlechter, als der in Deutschland geborener Kinder mit Migrationshintergrund.
- In den Ergebnissen des KIGGS wirkte sich eine Aufenthaltsdauer unter 5 Jahren auf einige Bereiche der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen negativ aus.

B. Medizinische Maßnahmen bei immigrierenden Kindern und Jugendlichen

Für die Situation der Erstvorstellung wurden bereits 2007 Medizinische Maßnahmen bei immigrierenden Kindern und Jugendlichen empfohlen (23). Vor dem Hintergrund möglicher Verhältnisse in den Herkunftsländern beinhalten sie vor allem die Erfassung von Mängeln in der Ernährung, von möglichen Infektionskrankheiten, die hier selten gesehen werden, oder angeborenen Krankheiten und Stoffwechselstörungen. Darüber hinaus wird der Impfstatus festgestellt und ggf. ergänzt. Diese Maßnahmen sollten für alle Kinder und Jugendlichen jeweils bedarfsgerecht unabhängig vom zugewanderungsrechtlichen Status zugänglich und die Kostenerstattung verbindlich geregelt werden.

C. Sprachkompetenz als Schlüssel zur Bildung

Die Beherrschung der deutschen Sprache ist entscheidend für die Integration der Familie und eine zentrale Ressource für die Bildung der Kinder. Mangelnde Sprachkompetenz kann die entscheidende Hürde im Bildungsverlauf darstellen. Eine frühe Förderung im Rahmen der Kindertagesstätten ist daher besonders wichtig, um unabhängig von der Erst- oder Zweitsprache sichere deutsche Sprachkenntnisse zum Schulbeginn zu erreichen. Mehrsprachigkeit stellt besondere Anforderungen an Diagnostik und Therapie von Sprachstörungen, denen mehr Rechnung getragen werden muss. Die sprachliche Bildung von Kindern mit Migrationshintergrund von Anfang an ist ein Schwerpunkt der Integrationsförderung (8).

D. Interkulturelle Kommunikation

Eine bedarfsgerechte Versorgung setzt eine erfolgreiche Kommunikation voraus, mangelnde oder unzureichend verstandene Information kann zu kostenintensiven Fehlversorgungen führen. Informationsquellen, -medien und -wege der Familien mit Migrationshintergrund können sich deutlich von denen der Mehrheitsgesellschaft unterscheiden. Bleibt dies unberücksichtigt, erreichen viele vorhandene Informationen für Eltern Migranten selbst dann nicht, wenn sie grundsätzlich in ihrer Sprache verfügbar sind.

Medizinische Kommunikation mit Familien muss gerade bei belastenden Inhalten angemessen, dem Bildungsstand des Laien angepasst und auch bei schwierigen Sachverhalten verständlich sein. Ausreichende sprachliche Übersetzungsmöglichkeiten, mehrsprachige und leicht verständliche - idealer Weise auch audiovisuelle - Medien sind erforderlich, um das Verständnis der Eltern und ihrer Kinder zu ergänzen.

In der Dialogsituation zwischen Eltern, medizinischen Fachkräften und Dolmetschern sind professionelle Fähigkeiten erforderlich, die zur Führung von Gesprächen mit größerer Tragweite befähigen, wie sie von Fachleuten langem verlangt werden. Auch deutschstämmige Fachkräfte bringen ihren eigenen kulturellen Hintergrund hier ein und sollten sich dessen bewusst sein. Eltern als Entscheider stehen möglicherweise zwischen ihren Empfehlungen und ihren kulturellen Überzeugungen.

Relevante Barrieren können unterschiedliche Konzepte und Einstellungen zu Gesundheit, Krankheit, Schmerz oder Heilung sein. Hier entstehen leicht vermeidbare Missverständnisse, erheblicher Aufwand und Kosten. Die Vernetzung mit Migrantenselbstorganisationen kann sehr hilfreich sein. Neben professionellen Dolmetschern ist eine Unterstützung durch „Kulturmittler“, „Mediatoren“ oder hausinterne Sprachmittlerdienste möglich, die in Standards, Regeln und Ethik des Dolmetschens ausgebildet sind. Der Einsatz ungeschulter Laien als Übersetzer für wichtige medizinische Gespräche sollte vermieden, und Kinder und Jugendliche nicht zur Übersetzung herangezogen werden.

E. Transkulturelle Öffnung

Transkulturelle Öffnung ist eine Querschnittsaufgabe aller in den jeweiligen Institutionen Tätigen zur Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund am Gesundheitssystem. Der Nationale Integrationsplan (8) spricht in diesem Zusammenhang Themen an, die direkt für die sozialpädiatrische Betreuung von Bedeutung sind, wie die

- Verbesserungen des Zugangs zu gesundheitlichen Angeboten,
- Förderung von Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention,
- Förderung der kulturellen Kompetenz in der Medizinischen Versorgung,
- Aus- und Weiterbildung in kultursensibler Pflege und Gesundheitswissen und -kompetenzen.

F. Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen

• Die Umsetzung der transkulturellen Öffnung in Organisationen und in den Kommunen sollte als ein strukturierter Prozess verstanden werden, der sich am Leitbild einer transkulturell gleichwertig ausgerichteten Betreuung der Kinder und Jugendlichen orientiert. Sensibilisierung und Fortbildung im Gesundheitswesen zu Migration und Gesundheit sind notwendig (24, 25). Eine systematische Personalentwicklung umfasst mehrere Faktoren.

- Die Befähigung zu einer transkulturellen Arbeit durch entsprechende curriculare Lehrinhalte medizinischen und pflegerische Aus- und Weiterbildungsgängen.
- Kulturelle Kompetenz der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen durch Fortbildung.
- Die Steigerung des Anteils der Fachkräfte mit Migrationshintergrund zum Aufbau multikultureller Teams entsprechend der Heterogenität der Bevölkerung.
- Die Förderung des Personals mit Migrationshintergrund und dadurch die Nutzung der Vorteile durch Bilingualität und Bikulturalität.
- Die interdisziplinäre fachliche Begleitung der kulturellen Aspekte der Zusammenarbeit im Team.

Entsprechende Maßnahmen sollten nicht nur im pädiatrischen Bereich, sondern auch in allen Sektoren erfolgen, mit denen eine Zusammenarbeit in der Pädiatrie erfolgt.

G. Forschungsbedarf, Gesundheits-, und Integrationsberichterstattung

Derzeit fehlt ein Überblick, inwieweit in deutschen Kliniken, kinder- und jugendärztlichen Diensten, im Bereich der niedergelassenen Pädiatrie und anderen Einrichtungen bereits eine bewusst transkulturell ausgerichtete Betreuung von Kindern umgesetzt wird.

Die Datenlage zu dem Gesundheitszustand der Kinder mit Migrationshintergrund ist durch den KiGGS gewachsen. Forschungsbedarf zur Gesundheit, Versorgungsbedarf und -lage besteht jedoch weiterhin insbesondere in Hinblick auf Kinder und Jugendliche

- mit kurzer Aufenthaltsdauer in Deutschland oder kurz zurück liegender Immigration,
- ohne sicheren Aufenthaltsstatus, Flüchtlinge oder der unbegleitete Minderjährige,
- chronisch kranke, behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder und
- Kinder kranker Eltern mit Migrationshintergrund.

Forschung im klinischen Bereich sollte stärker als bisher Besonderheiten der Ethnien berücksichtigen und besondere Aspekte im Leben von Migrantengruppen widerspiegeln. Hierzu zählen neben besonderen soziodemographischen Faktoren Erkrankungen mit unterschiedlicher Prävalenz in den Herkunftsländern und Deutschland. Gesundheitsberichterstattung könnte fortlaufend ergänzende Daten zu Staatsangehörigkeit, Muttersprache, Aufenthaltsdauer oder -status, Herkunft der Eltern sowie sozialer Lage, berücksichtigen.

Bisher enthalten die verfügbaren Datenquellen diese Kriterien nur selten oder ausschnittsweise bzw. werten diese nicht aus. Vorschulische Untersuchungen bieten eine Chance, fortlaufend aktuelle Daten für die gesundheitliche Situation der Kinder mit Migrationshintergrund zu erheben. Auf dieser Grundlage kann eine Unterstützung durch den kinder- und jugendärztlichen Gesundheitsdienst (KJGD) erfolgen. Kommunal und auf Landesebene sind derzeit teilweise bereits umfangreiche Daten verfügbar. Es fehlen jedoch abgestimmte und auf Bundesebene vergleichbare Differenzierungskriterien bzw. Erhebungen. Die gezielte Erfassung und Zusammenführung von Daten im Rahmen von Integrationsmonitoring steht noch am Anfang (26). Eine Definition und Evaluation von konkreten Integrationsindikatoren und – zielen kann konkreten Handlungsbedarf aufzeigen.

Derzeit bilden die Indikatoren teilweise bereits Bereiche ab, die für die sozialpädiatrische Betreuung und transkulturelle Pädiatrie von Bedeutung sind: Frühkindliche Bildung und Sprachförderung, Gesundheit und Pflege, Soziale Integration, Bildung sowie die interkulturelle Öffnung der Verwaltung und der sozialen Dienste.

Der KiGGS stellt eine wesentliche Informationsquelle für die Daten im Gesundheitsbereich dar. Für den 2011 vorgesehenen nächsten Bericht sind hier allerdings keine neuen Daten zu erwarten. Im ersten Integrationsindikatorenbericht wird mit Ausnahme der Gesundheitsvorsorge im Kindesalter (im KiGGS erfasste Teilnahme an Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen, Impfungen) die Streichung der Indikatoren empfohlen, die sich auf Schwangerschaft und Kindergesundheit beziehen.

In Anbetracht des bisher aufgezeigten Handlungsbedarfs besteht hier die dringende Notwendigkeit, alternative Datenquellen verstärkt heranzuziehen bzw. vorhandene so zu gestalten, dass sie hier zu nutzen sind. Hier könnten z.B. Daten der Schwangerschaftskonfliktberatung, der Qualitätssicherung Geburtshilfe, der Screeninguntersuchungen im frühen Säuglingsalter, der Schuleingangsuntersuchungen und eine für diesen Bedarf optimierte Gesundheitsberichterstattung im Kindes- und Jugendalter, z.B. zur Säuglingssterblichkeit, berücksichtigt werden.

Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Kinderärzte haben eine Schlüsselrolle in der Unterstützung der Rechte aller Kinder auf gleichberechtigten Zugang zu Gesundheit, Zahngesundheit, medizinischer Versorgung und Bildung auf der Grundlage der UN-Kinderrechtskonvention. Sie sollten sich der Barrieren bewusst sein, die in Ihrem Umfeld Kindern mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund bei der Wahrnehmung dieser Rechte tatsächlich entgegenstehen. Dies gilt insbesondere bei aktueller Zuwanderungsgeschichte oder unklarem aufenthaltsrechtlichem Status. Überall dort, wo diese Kinder betreut werden, sollten sie vor dem Hintergrund ihres Herkunftslandes, ihrer Kultur und Sprache wertgeschätzt, unterstützt und ihre besonderen gesundheitliche Ressourcen gestärkt werden.

In der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit und im Integrationsplan vorgesehen ersten Schritte zu einer strukturellen Verbesserung der Versorgung von Familien mit Migrationshintergrund sollten zeitnah konkret umgesetzt werden. Im sozialpädiatrischen Bereich ist ein systematisches Vorgehen als Teil der Versorgungsqualität mit verschiedenen Komponenten wichtig:

- Transkulturelle Öffnung (sozial-)pädiatrischer Einrichtungen, um unabhängig vom kulturellen Hintergrund der Kinder gleichwertige Angebote vorzuhalten.
- Kulturelle Kompetenzen aller Fachkräfte in der gesundheitlichen Versorgung von Kindern durch Berücksichtigung in Aus-, Fort- und Weiterbildung.
- Mindeststandards zur sprachlichen Kommunikation mit fremdsprachigen Familien mit Ausweitung der Dolmetscher- und Kulturmittlerdienste für Krankenhäuser und Ärzte mit öffentlichem Versorgungsauftrag.
- Fachliche Leitlinien und Richtlinien, die kulturelle Faktoren einbeziehen, wenn dies dem Thema angemessen ist.
- Sensibilisierung für und Fortbildung zu möglichen besonderen seelischen und physischen Gesundheitsprobleme bei Kindern mit Migrationshintergrund.
- Berücksichtigung transkultureller Besonderheiten bei Therapie- oder Förderbedarf, insbesondere bei Sprachstörungen und Mehrsprachigkeit.
- Einerseits sollten Forschung und Gesundheitsberichterstattung regelmäßig differenziert und international vergleichbar Datenerhebungen zu Familien mit Migrationshintergrund einbeziehen, andererseits sind sozialpädiatrische Fragestellungen in der Integrationsberichterstattung notwendig.

Ein umgehender Erwerb von sicheren Kompetenzen in der deutschen Sprache in allen Altersstufen ist grundlegend für die Inklusion in das Gesundheitssystem und muss durch frühe Förderung zu unterstützt werden. Hier sind die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen aufgefordert eine einheitliche Linie im tagespolitischen Geschehen einzufordern.

Besonderer Unterstützungsbedarf besteht zum Zeitpunkt der Immigration und kurz danach sowie bei Familien mit chronisch kranken Kindern und Jugendlichen:

- Offenbare Zugangsprobleme im Bereich von Vorsorge, Früherkennung und Prävention bei zuwandernden oder vor kurzem zugewanderten Kindern und ihren Familien erfordern zielgerichtete Maßnahmen im Rahmen einer Gesamtstrategie auf kommunaler-Landes- und Bundesebene. Familien mit Migrationshintergrund müssen zeitnah und effektiv erreicht werden, viele dieser gesundheitlichen Maßnahmen für Schwangere, Kinder und Jugendliche sind in bestimmten Zeitfenstern sinnvoll und später nicht oder nur eingeschränkt nachzuholen. Sie sind daher auch für Kinder und Jugendliche mit unklarem Aufenthaltsstatus zu öffnen.
- Chronisch kranke, behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche aus Minderheiten und Migrantengruppen stehen einer Kombination von Anforderungen gegenüber. Ihre Eltern und ihr Umfeld müssen aktiv einbezogen werden. Einrichtungen, die diese Kinder z.B. im Rahmen der Frühförderung, der ambulanten oder stationären medizinischen Versorgung oder in der Rehabilitation betreuen, sollten strukturelle Voraussetzungen erhalten, um ihre Unterstützung im Rahmen der transkulturellen Öffnung ausreichend zu gewährleisten.

Kinder und Jugendliche haben meist wenige Möglichkeiten, die Situation in ihrem Herkunftsland, die Entscheidung der Migration oder der Aufenthaltsdauer und –perspektive in Deutschland selbst zu beeinflussen. Umso wichtiger ist ihre konkrete Unterstützung in den relevanten Bereichen, damit sie ihre Gesundheitschancen unabhängig von ihrem kulturellen Hintergrund gleichberechtigt wahrnehmen können.

Quellenangaben

1. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. 7. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland, Berlin 2007a
2. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2007. Wiesbaden, 2009
3. Robert Koch Institut (Hrsg.). Kinder und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland, Berlin 2008
4. Bundesministerium für Gesundheit, Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit 1. Auflage, Berlin 2008
5. Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13. Kinder- und Jugendbericht –, Deutscher Bundestag Drucksache 16/12860, Berlin 2009
6. European Society of Social Pediatrics, ESSOP. Position Statement. Hjern A., Sievers E. Migrant children in the European Union – a call for action for equal access to health care and education. Zugang online 1.6.2009, www.essop.org
7. MFH - Migrant-Friendly Hospitals, a European Initiative to Promote Health and Health Literacy for Migrants and Ethnic Minorities. Bericht an die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission. Die

Amsterdamer Erklärung für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturellvielfältigen Europa; 2005; Zugang online http://www.mfheu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_deutsch.pdf

8. Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. Kompetente Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Krankenhaus benötigt eine(n) Migrations-/Migranten- oder Integrationsbeauftragte(n), Berlin 2009; Zugang online 07.09.2009 <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/IB/Anlagen/2009-08-26-bundesweiter-arbeitskreis.property=publicationFile.pdf/2009-08-26-bundesweiter-arbeitskreis>

9. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Informationsamt der Bundesregierung. Der Nationale Integrationsplan. Neue Wege – Neue Chancen, Presse- und, Berlin, 2007b

10. Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“. Positionspapier Mai 2006

11. United Nations. Convention on the rights of the Child. New York, 20 November 1989

12. American Academy of Pediatrics. Committee on Community Health Services. Policy Statement. Providing Care for Immigrant, Homeless, and Migrant Children. Pediatrics 2005;115:1095-1100

13. Kommission der Europäischen Gemeinschaften. Mitteilung der Kommission in Hinblick auf eine EU-Kinderrechtsstrategie, 2006; Zugang online, 01.06.2009 <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0367:FIN:DE:PDF>

14. Hjern A, Grindefjord M, Dental health and access to dental care for ethnic minorities in Sweden. Ethn. Health 2000; 5:23-32

15. Europarat, Ministerkomitee. Empfehlung Rec (2006) 5 des Ministerkomitees an die Mitgliedstaaten zum Aktionsplan des Europarats zur Förderung der Rechte und vollen Teilhabe behinderter Menschen an der Gesellschaft: Verbesserung der Lebensqualität behinderter Menschen in Europa 2006-2015. http://www.behindertenbeauftragte.de/cln_100/nn_1082548/SharedDocs/Downloads/DE/AktionsplanEuroparat__Qu,templateId=raw.property=publicationFile.pdf/AktionsplanEuroparat__Qu.pdf

16. Scheidt-Nave C, Ellert U, Thyen U, Schlaud M. Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2007;50:750-756

17. Ipsiroglu OS, Bode H: Transkulturelle Pädiatrie. Eine Einführung. Monatsschr Kinderheilkd 153: 8- 15, 2005

18. Bode H: Transkulturelle Kinder- und Jugendmedizin – Editorial. Kinderärztliche Praxis 76, 3, 2005

19. Transkulturelle Pädiatrie – Die medizinische Versorgung der Migrantenkinder – Eine Herausforderung an unsere Gesellschaft. <http://www.dgspi.de/media/Presse-Migranten.pdf>

20. Milewski N. auf einen Streich: Umzug, Heirat und das erste Kind. Mutterschaft von Migrantinnen der ersten und zweiten Generation in Westdeutschland. Demografische Forschung Aus Erster Hand 2008; 5(2): 4

21. Sievers E, Ein gesunder Start von Anfang an? Blickpunkt öffentliche Gesundheit Blickpunkt öffentliche Gesundheit 2009(1);25:8

22. Gemeinsamer Bundesausschuss. Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Neuaufnahme eines Anhangs zur 16. Anlage 1 der Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen QNeu-RL vom 19. Februar 2009

23. Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V., Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen. Medizinische Maßnahmen bei immigrierenden Kindern und Jugendlichen, aktualisierte Fassung vom Februar 2008. http://www.dgpi.de/pdf/IK_SN_MedMassnahmen_ImmigrierendeKinder_EV_Korr_0208.pdf, Zugang online 1.6.2009

24. World Health Organization. Health of migrants., Sixty-first World Health Assembly; WHA61.17; 24 May 2008 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R17-en.pdf

25. World Health Organization. Health of migrants., Sixty-first World Health Assembly; A61/12; Report of the Secretariat, 7 April 2008 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_12-en.pdf

26. Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH für Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration: Integration in Deutschland. Erster Integrationsindikatorenbericht: Erprobung des Indikatorensets und Bericht zum bundesweiten Integrationsmonitoring. Zugang online 13.7.2009: http://www.bundesregierung.de/nsc_true/Content/DE/Artikel/IB/Anlagen/2009-06-10-indikatorenbericht

Kontakt:

PD Dr. Erika Sievers MPH

Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen

Kanzlerstr. 4

D-40472 Düsseldorf

Tel. 0221-3109636

sievers@akademie-ogw.de