

Ein stadtteilbezogener Bericht über Frankfurt-Fechenheim

Dr. Hans Wolter - Gesundheitsamt Frankfurt am Main
Koordinierungsstelle Migration und Gesundheit
Oktober 2001



Inhalt

1. Einleitung
2. Konzeption der Stadtteil-Gesundheitsförderungs-Konferenz Fechenheim
3. Migration, Alter und Gesundheit in Fechenheim

3.1 Migration

Diagramm: Nationalitäten

3.2 Alter

Diagramme:

Vergleich zwischen Migranten und Einheimischen in Fechenheim
 Vergleich zwischen Migranten und Einheimischen in Frankfurt am Main
 Vergleich zwischen Migranten in Fechenheim und in Frankfurt am Main
 Altersgruppenvergleiche für Fechenheim und Frankfurt am Main
 Altersquotienten

3.3 Gesundheit

Örtliche Besonderheiten bei der Versorgung
 Inanspruchnahme der medizinischen und pflegerischen Versorgung

4. Probleme der gesundheitlichen Versorgung und Handlungsbedarfe in Fechenheim - Ergebnisse der Konferenz

Depressionen, Vereinsamung, Isolierung
 Bildungsstand
 Psychosoziales Angebot
 Überforderung bei der heimischen Pflege
 Probleme von pflegenden Angehörigen
 Hauskrankenpflegekursen und Gesprächsgruppen
 Soziale Lage
 Gesundheitliche Aufklärungs- und Präventionsprojekte

Anhang

Ablaufplan der Gesundheitsförderungs-Konferenz Fechenheim
 Teilnehmer-Liste
 Impulsreferat zur Gesundheitsförderungs-Konferenz von Dr.Eva-Maria Ulmer

1. Einleitung

Um die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten auf der Ebene eines Stadtteils zu thematisieren, sind entsprechende Daten und ein Verständigungsprozeß vor Ort erforderlich. Generell liegen im kommunalen Bereich eine Fülle von Daten, Erkenntnissen und Erfahrungen vor. Das gilt besonders in Frankfurt am Main, der Großstadt mit dem höchsten Migrantenanteil in Deutschland. In Frankfurt am Main gibt es bisher kein Vorbild für ein stadtteilbezogene Darstellung der gesundheitlichen Situation der Migrantinnen und Migranten. Anders auf gesamtstädtischer Ebene: So fand im Herbst 1999 im Frankfurter Rathaus die Anhörung zur gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main statt. Jeweils aus der Sicht der Pflege, der Medizin, von Gesundheitsinitiativen und von Institutionen des Gesundheitswesens wurde eine Diagnose für die verschiedenen Praxisfelder der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main erstellt.¹⁾

Zuvor war eine gemeinsame Studie des Amt für multikulturelle Angelegenheiten und des Gesundheitsamt erschienen, die die Einschätzungen von Fachkräften im Rhein-Main-Gebiet zu Problemen, Defiziten und Handlungsbedarfen in der ambulanten und stationären Versorgung von Migrantinnen und Migranten systematisch darstellt.²⁾ Bei Projekten dieser Art lernen wir, daß sich die gemeinsame Suche nach Handlungsorientierungen angesichts der komplexe Thematik "Migration und Gesundheit" umso erfolgreicher gestalten läßt, desto näher bestimmte Fallsituationen betrachtet werden: Zum Beispiel die gesundheitliche Versorgung der ausländischen Frauen, der älteren Migranten oder der sogenannten Illegalen. Das gilt auch im Hinblick auf die unterschiedliche Versorgung bzw. Lebenslage von Migrantinnen und Migranten in Frankfurts Stadtteilen.

Nach wie vor kann keine umfassende Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Migranten vorgelegt werden. Das trifft nicht nur auf Frankfurt am Main, sondern auch auf das Land Hessen und das gesamte

¹⁾ Vgl. Dokumentation der Anhörung: Gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten am 22.September 1999 im Plenarsaal der Stadtverordnetenversammlung im Römer, Hrsg.: Stadt Frankfurt am Main, Amt für multikulturelle Angelegenheiten und Stadtgesundheitsamt, März 2000

²⁾ Aspekte der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main - Einschätzungen von Fachkräften aus dem Gesundheitsbereich, Hrsg.: Stadt Frankfurt am Main, Amt für multikulturelle Angelegenheiten und Stadtgesundheitsamt, September 1998

Bundesgebiet zu. Die tatsächlich verfügbaren Informationen und Daten zu Morbidität und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen lassen das bisher nirgendwo in der Bundesrepublik Deutschland zu.³⁾

Um so wichtiger erscheint es auf kommunaler Ebene, ausgehend von allgemein bekannten Aussagen zur gesundheitlichen Lage der Migranten zum Beispiel seitens der Bundesregierung⁴⁾ durch die Darstellung quantitativer wie qualitativ verwertbarer Daten die Planung für eine verbesserte Gesundheitsversorgung der Migrantinnen und Migranten zu unterstützen.

Probleme und Defizite können vor Ort zumindest punktuell sehr klar erfaßt und dargestellt werden, auch wenn eine Generalisierung nicht immer geboten erscheint. Nicht zuletzt können auch positive Tatbestände bei der Bewältigung von Gesundheits- und Krankheitsfragen der Migrantinnen und Migranten offenbar werden. Sie zeigen Beispiele einer geglückten Integration verschiedener Migrantengruppen ebenso an wie eine kultursensible und fachlich ausdifferenzierte gesundheitliche Versorgung innerhalb der Großstadt.

Im vorliegenden Bericht wird erstmals gezeigt, wie auf der Ebene eines Frankfurter Stadtteils Erkenntnisse für eine verbesserte gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten gewonnen werden. Sind Medizin, Pflege und psychosoziale Versorgung im Stadtteil migrantengerecht? Gibt es Probleme und Defizite in der Gesundheitsversorgung z.B. unserer älteren ausländischen Mitbürger/innen? Welche Erfahrungen liegen aus der Praxis von Fachkräften und Diensten im Stadtteil vor? Dazu fand im September 2001 Frankfurt-Fechenheim die erste Stadtteil-Gesundheitsförderungskonferenz unter dem Titel "Migration, Alter und Gesundheit" statt. Sie wurde gemeinsam vom Gesundheitsamt und vom Caritas-Verband Frankfurt veranstaltet. Das hier vorgestellte Modell einer Stadtteil-Gesundheitsförderungskonferenz folgt dem Motto "Daten für Taten", das sich etwa im Bereich des Gesunde Städte-Netzwerkes der Bundesrepublik für verschiedene Städte und Kreise bereits als fruchtbar erwiesen hat.

³⁾ Vgl. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem.e.V., Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen (Reihe Gesundheitsberichte NRW, Hrsg. vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, August 2000)

⁴⁾ Vgl. Sechster Familienbericht: Familien ausländischer Herkunft in Deutschland, Leistungen - Belastungen - Herausforderungen; Hrsg.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit, 2001;
Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Hrsg.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001

Gesundheitsberichterstattung bzw. -planung ist nicht nur ein sachlicher Prozeß. Ein ebenso wichtiger Erfolgsfaktor ist die Gestaltung des Informations- und Abstimmungsprozesses aller Handlungsträger.⁵⁾

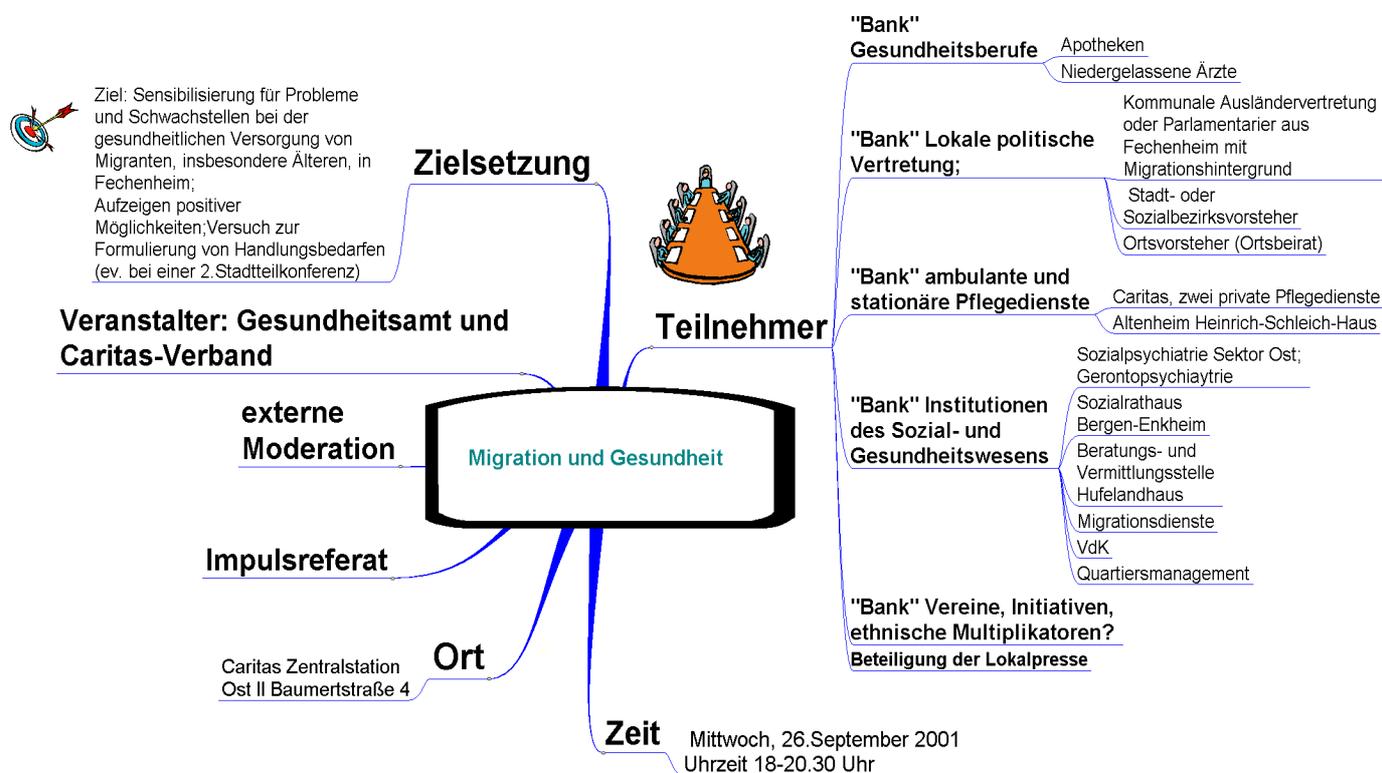
Für die Fechenheimer Gesundheitsförderungs-Konferenz wurden alle niedergelassenen Ärzte, Apotheker, Pflegedienste und die für den Stadtteil zuständigen sozialen Dienste eingeladen. Die Einschätzungen, Meinungen und Forderungen der Teilnehmer wurden für den Berichtsteil verwertet und z.T. in wörtlicher Rede aufgenommen.

Im Anhang findet sich das bei dieser Stadtteil-Konferenz gehaltene Impulsreferat sowie der Ablaufplan, eine Teilnehmerliste und ein ausgewählter Presseauschnitt, weil die Konferenz als Praxis-Modell für die Datenerhebung in weiteren Frankfurter Stadtteilen dient.

⁵⁾ Vgl. KGSt-Bericht Nr. 11/1998, Ziele Leistungen und Steuerung des kommunales Gesundheitsdienstes, S. 61ff

2. Konzeption der Stadtteil-Gesundheitsförderungs-Konferenz Fechenheim

Konzept für die Stadtteil-Gesundheitsförderungs-Konferenz Fechenheim



Anmerkung: Die Konzeption erfolgte in Zusammenarbeit zwischen der Koordinierungsstelle für Migration und Gesundheit im Gesundheitsamt Frankfurt am Main und dem Referat für ambulante Dienste beim Caritas-Verband Frankfurt im Zeitraum Februar bis Juni 2001

3. Migration, Alter und Gesundheit in Fechenheim

3.1 Migration

Der Stadtteil Fechenheim hat 15.254 Einwohner mit Hauptwohnung. Davon sind 5217 ausländische Einwohner. Fechenheim liegt in Frankfurt am Main bei den Stadtteilen mit besonders hohem Migrantenanteil mit rund 35 Prozent an achter Stelle. Die ausländischen Einwohner werden im folgenden Migranten genannt, auch wenn ein großer Teil der ausländischen Bevölkerung, nämlich die junge, so genannte zweite und dritte Generation, nicht zugewandert ist, sondern bereits in Deutschland geboren wurde. In Fechenheim ist dies offenbar vielfach der Fall.

Umgekehrt können wir in zahlenmäßiger Hinsicht nicht die Einwohner Fechenheims einbeziehen, die sowohl Migrationshintergrund, als auch die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, weil sie eingebürgert wurden oder z.B. einen deutschen Elternteil haben.

Bei der Frage nach den häufigsten Staatsangehörigkeiten fällt im Vergleich zu Frankfurt insgesamt der deutlich höhere Anteil an türkischen und italienischen Staatsbürgern auf. In Fechenheim leben relativ weniger Griechen, Spanier und Marokkaner als in Frankfurt, auch der Anteil der sonstigen ausländischen Staatsangehörigkeiten ist sehr viel geringer (vgl. Diagramme 1a und 1b).

**Diagramm 1a: Migranten in Fechenheim
nach häufigsten Staatsangehörigkeiten (Stand 31.12.1999)**

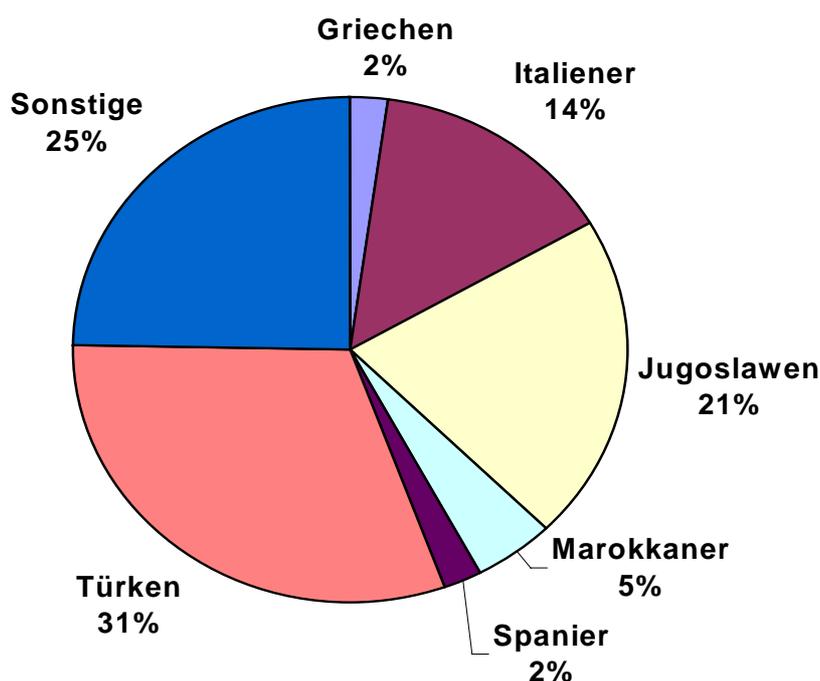
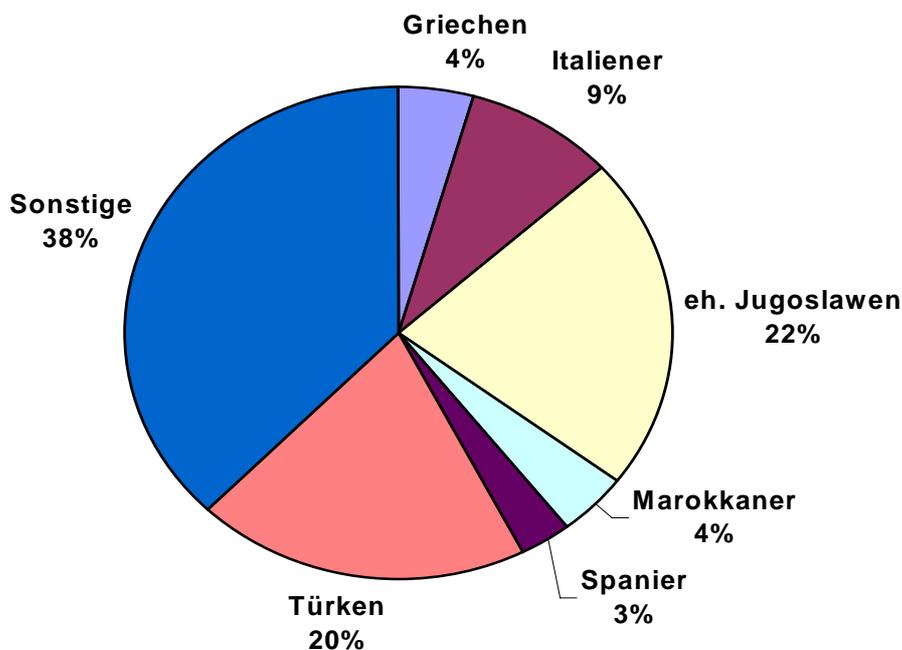


Diagramm 1b: Migranten in Frankfurt am Main häufigste Staatsangehörigkeiten (Stand 31.12.1999)



Allerdings stellt Fechenheim nicht die Hochburg einer bestimmten Nationalität dar. Weder im Vergleich zu andern Stadtteilen mit besonders hohem Migrantenanteil, noch innerhalb Fechenheim selbst. Aufgrund seiner Wirtschafts- und Industriegeschichte ist Fechenheim bevorzugter Wohnort vieler Migranten seit Beginn der Zuwanderung aus den klassischen Anwerbestaaten Ende der 50er Jahre in die Bundesrepublik Deutschland.

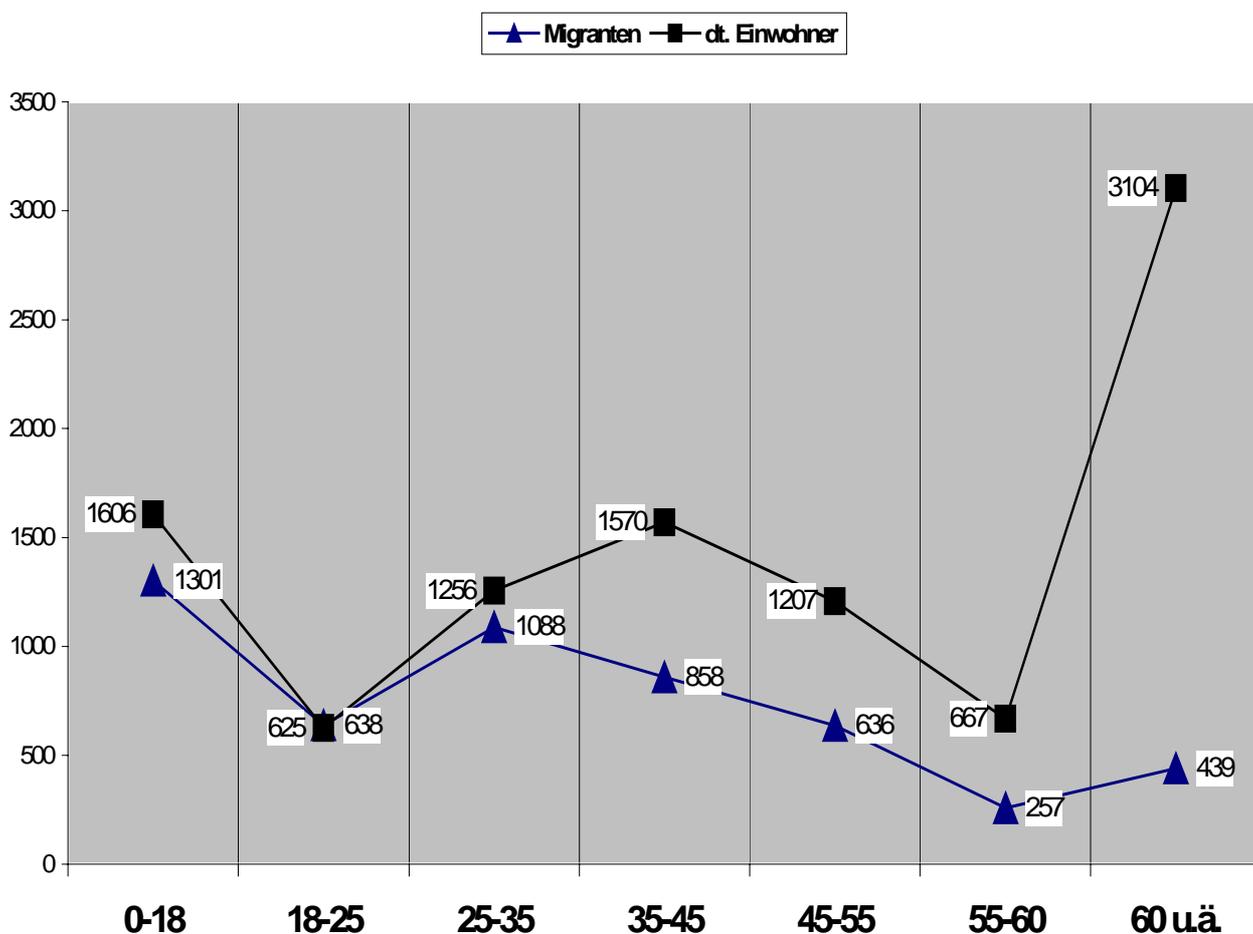
Gleichwohl existieren in Fechenheim heute bis auf wenige Ausnahmen keine Migrantenvertretungen in Form von Vereinen oder sonstigen Zusammenschlüssen. Die einschlägigen Migrationsdienste befinden sich außerhalb des Stadtteils, was angesichts der verkehrsmäßigen Randlage Fechenheims ein Problem darstellt.

3.2 Alter

Die verschiedenen Altersgruppen der Fechenheimer Migranten und der deutsche Einwohner unterscheiden sich prozentual und bei den absoluten Zahlen deutlich. Die Fechenheimer Migrantenbevölkerung ist deutlich jünger als die deutsche Einwohnerschaft.

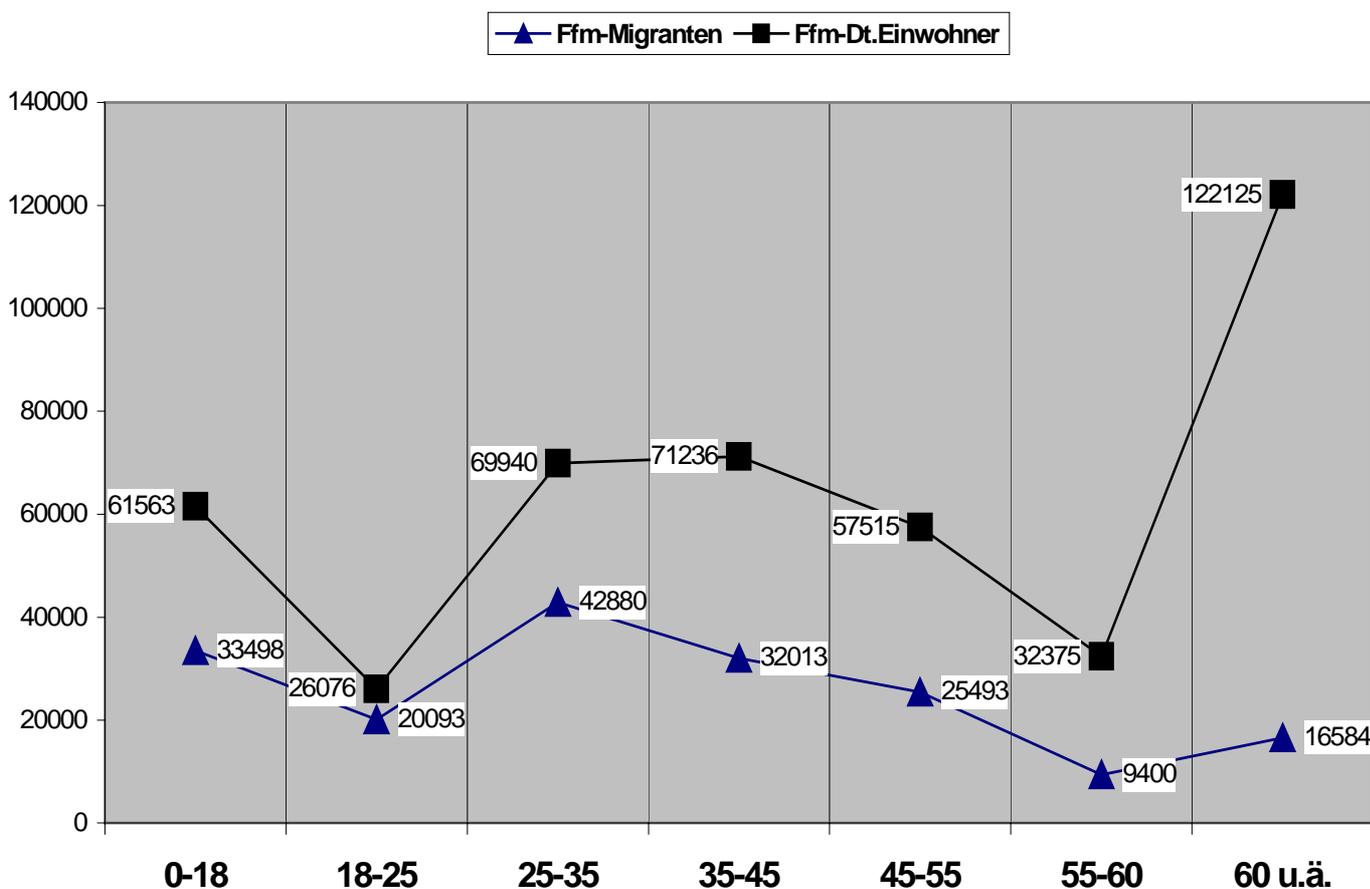
Daran ändert bisher auch nichts, dass sich der Anteil der älteren Migrantengeneration ab 60 Jahre in den vergangenen 10 Jahren ebenso wie in ganz Frankfurt - ausgehend von einem sehr niedrigen Ausgangsniveau - verdoppelt hat. In der Altersgruppe 18-25 Jahre gibt es mehr Fechenheimer Migranten als Deutsche, während das Verhältnis ab 60 Jahre 3104 Deutsche zu 439 Migranten beträgt (vgl. Diagramm 2a).

Diagramm 2a: Alterskurven-Vergleich für Fechenheim



Zum Vergleich die Frankfurt Situation insgesamt, d.h. das Verhältnis zwischen Einheimischen und Migranten in Frankfurt siehe Diagramm 2b

Diagramm 2b: Alterskurven-Vergleich für Frankfurt am Main

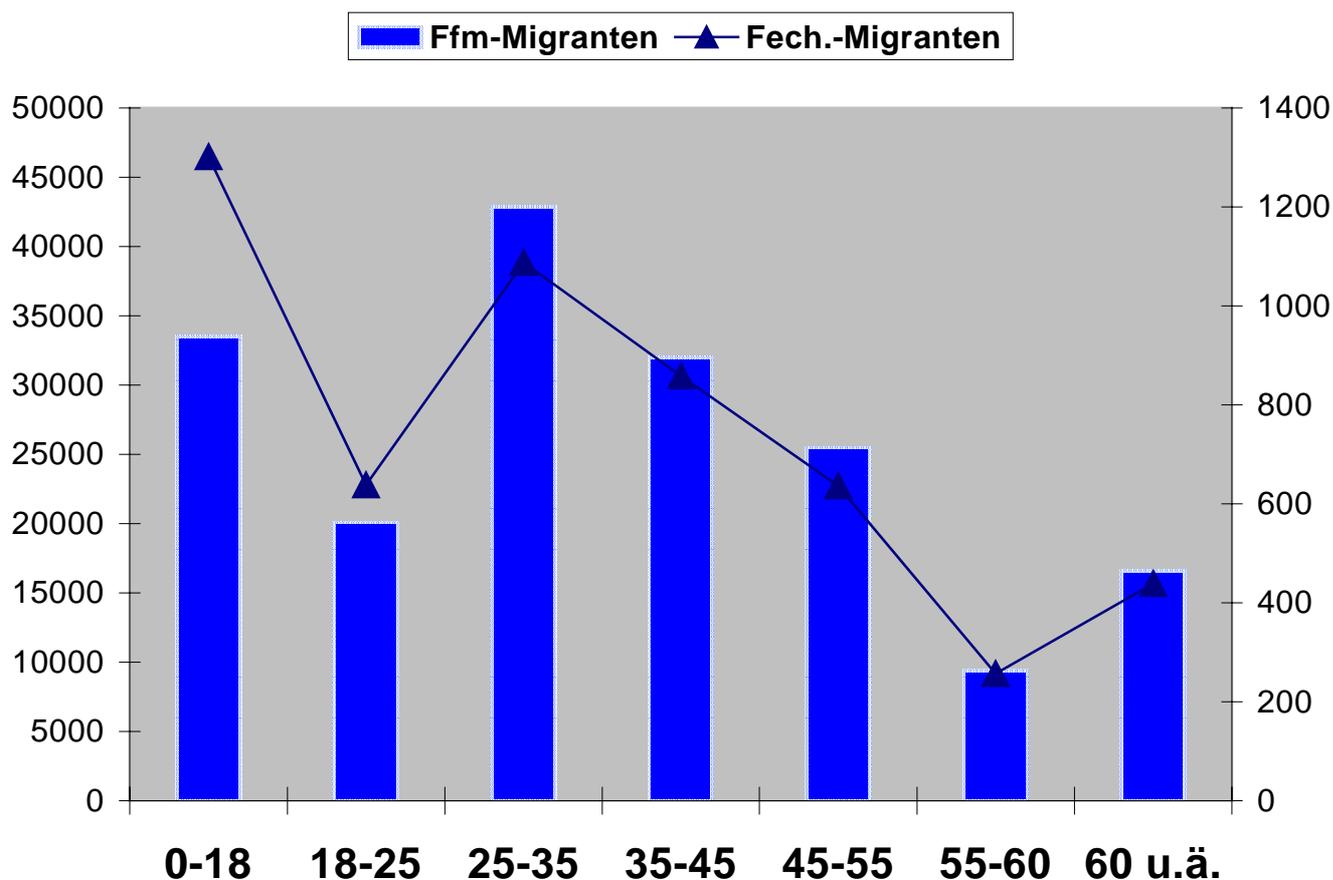


Auch beim Vergleich mit der Frankfurter Gesamtsituation fallen große Unterschiede auf und zwar sowohl bei den Migranten, als auch bei den deutschen Einwohnern.

Bei den Fechenheimer Migranten ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen deutlich höher als in der Frankfurter

Migrantenbevölkerung insgesamt. Dafür leben in ganz Frankfurt prozentual mehr Migranten im erwerbsfähigen Alter (siehe Diagramm 3).

Diagramm 3: Altersgruppen-Vergleich zwischen Frankfurt und Fechenheim bei den Migranten



Bei den deutschen Einwohnern hingegen leben in Fechenheim prozentual deutlich weniger in den Altersgruppen zwischen 18 und 60 Jahren und mehr in der Altersgruppe ab 60 Jahre als in Frankfurt insgesamt.

Besonders deutlich werden die Unterschiede zwischen Fechenheim und Frankfurt insgesamt, wenn man die prozentuale Altersverteilung innerhalb der Migrantenbevölkerung und unter den deutschen Einwohnern betrachtet (vgl. Diagramme 4a und 4b).

Diagramm 4a: Altersverteilung für Fechenheim in % der jeweiligen Bevölkerungsgruppe

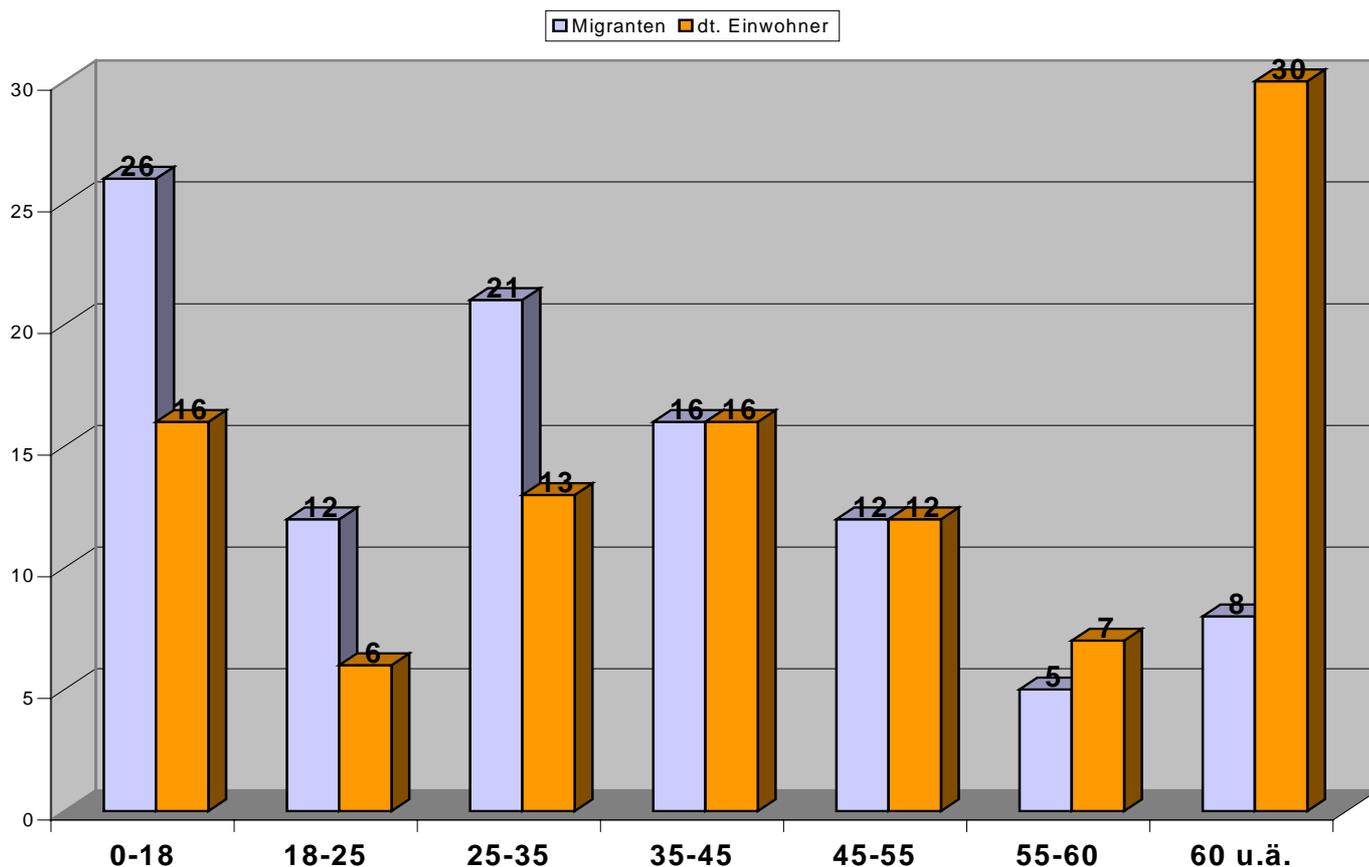
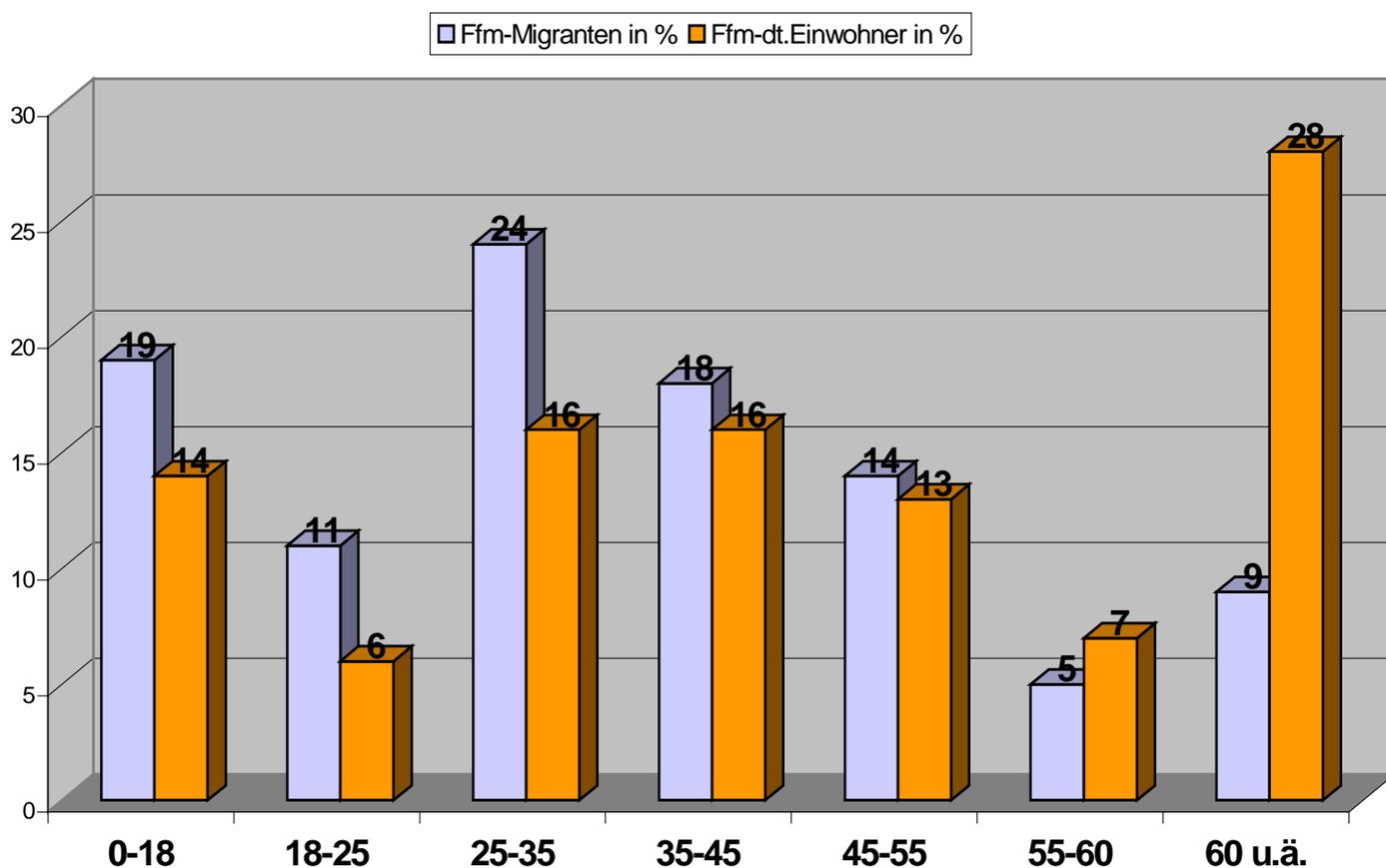
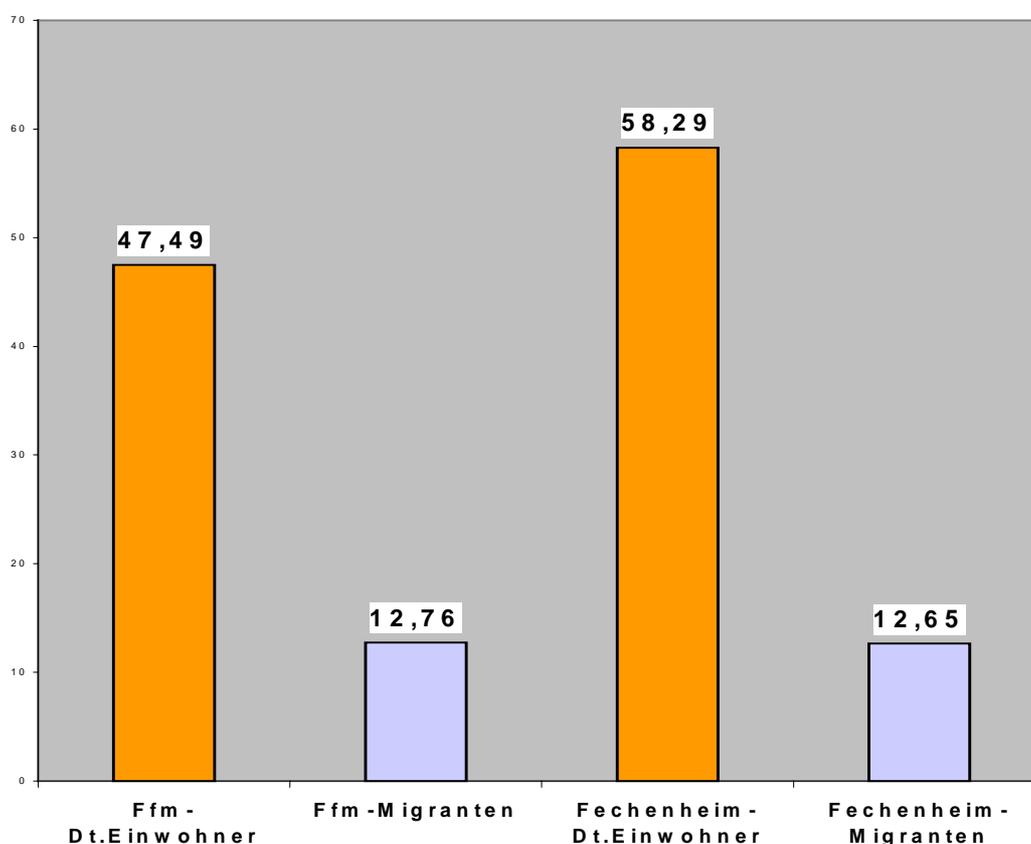


Diagramm 4b: Altersverteilung für Frankfurt in % der jeweiligen Bevölkerungsgruppe



Wenn man zusätzlich einen sogenannten Altenquotienten bildet, läßt sich die soziale und demographische Entwicklung noch weiter interpretieren. Der Altenquotient setzt die Zahl der Einwohner ab 60 Jahre in ein Verhältnis zur potentiell erwerbstätigen Bevölkerung. In Frankfurt insgesamt beträgt der Altenquotient bei den deutschen Einwohnern ab 60 Jahren in Prozent der 18- bis unter 60-jährigen 47,49 Prozent, in Fechenheim hingegen 58,29 % (vgl. Diagramm 5).

Diagramm 5: Frankfurter und Fechenheimer Altenquotienten = 60-jährige und Ältere in % der 18- bis unter 60-jährigen



Das heißt, man wird in Fechenheim alt und bleibt auch in Fechenheim wohnen. Aus weiteren zahlenmäßigen Vergleichen läßt sich ableiten, dass das für ganz Frankfurt nicht gilt. Im Gegenteil: Eine steigende Zahl älterer deutscher Einwohner verläßt die Stadt und zieht z.B. ins Umland.*

Bei den Migranten sind die Altenquotienten in Frankfurt und in Fechenheim wiederum etwa gleich groß (12,76 bzw. 12,65 Prozent). Für

* vgl. Statistisches Jahrbuch Frankfurt am Main 2000 S.15 ff

Frankfurt insgesamt wie für Fechenheim gilt also, dass die Migranten in der Altersgruppe ab 60 Jahre deutlich mehr werden und auch in der Stadt bzw. im Stadtteil wohnen bleiben.

Der Altenquotient zeigt u.E. sehr deutlich, dass die gesundheitliche Versorgungssituation einer Bevölkerungsgruppe, wie sie die älteren Migranten über 60 Jahre darstellen, trotz überproportionaler Zunahme niemals isoliert betrachtet werden darf. Gerade im Hinblick auf die Anforderungen an das Gesundheitswesen müssen sie in jedem Fall im Zusammenhang mit anderen sozialen Trends betrachtet werden, gerade wenn diese so deutlich ausfallen wie bei der starken Zunahme auch der älteren Einheimischen in Fechenheim. Umgekehrt gilt, dass eine fachlich adäquate Konzentration auf die gesundheitlichen Probleme und Bedürfnisse älterer Migranten immer die Beziehungen und Interaktionen zum sich veränderenden sozialen Umfeld sowie dem gesundheitlichen Versorgungsbetrieb mit einschließt.

3.3 Gesundheit

Aufgrund seiner verkehrsmäßigen Randlage und vermutlich wegen seiner Sozialstruktur wird Fechenheim in höherem Maße als andere Stadtteile von Fachkräften und Diensten, die im Stadtteil selbst ansässig sind, gesundheitlich versorgt. Einwohner Fechenheims fahren ungern zu einem Arzt "nach Frankfurt", wie von ortsansässigen Fachkräften berichtet wird. Auch nicht in das nahegelegene Offenbach (nicht zuletzt wegen der höheren Fahrpreise in die Nachbarstadt).

Die vor Ort tätigen Ärzte (Allgemeinmediziner, Internisten, eine Augenärztin, eine Hautärztin, ein Chirurg, ein Orthopäde) berichten über z.T. jahrzehntelange Erfahrungen mit Angehörigen der gleichen Familien. Drei ambulante Pflegedienste in Fechenheim decken den Pflegebedarf im Stadtteil zum größten Teil ab. Mit dem Altenhilfezentrum Heinrich-Schleich-Haus verfügt der Stadtteil über eine stationäre Altenpflegeeinrichtung.

Die Gesundheits- bzw. Krankheitssituation älterer Migranten läßt sich punktuell aus der medizinischen Versorgung vor Ort beurteilen.

Ambulante und stationäre Pflegedienste haben hingegen bis heute keine auch nur annähernd ausreichende Erfahrung mit Migranten, um deren gesundheitliche Situation einschätzen zu können. So wird für das Heinrich-Schlauch-Haus angegeben, dass der Migrantenanteil unter einem Prozent liegt. In der 15-jährigen Tätigkeit einer der ambulanten Pflegedienste wurden bisher fünf zu versorgende Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund gezählt. Aus der Sicht der für den Stadtteil zuständigen Beratungs- und Vermittlungsstelle für ambulante und stationäre Hilfen "kommen Migranten so gut wie nicht vor, weder als

Anfragende noch als zu Betreuende". Eine Ausnahme bilden Rußlanddeutsche.

Diese Angaben, die bei der Gesundheitsförderungs-Konferenz Fechenheim gemacht wurden, entsprechen den Ergebnissen einer Befragung von 20 (von 120) Frankfurter Pflegediensten (private und gemeinnützig, Groß- und Kleinbetriebe) bei denen der Anteil der versorgten Migranten bei 1- 2 Prozent liegt *

Anders sieht es im Hinblick auf den Anteil von Migranten im Mitarbeiterbereich der Dienste aus. Für das Altenhilfezentrum in Fechenheim wurde angegeben, dass rd. 60 % der Mitarbeiter Migrationshintergrund haben (nicht unterschieden in Fach- und Hilfskräfte). Für die ambulanten Pflegedienste des Frankfurter Caritas-Verbandes wurde angegeben, dass ca. 20 % der Pflegekräfte nichtdeutscher Herkunft sind, wobei davon weniger als ein Drittel ein staatliches Pflegeexamen besitzt, d. h. Migranten finden sich vor allem im Helferinnen- und Helferbereich.

* vgl. Dokumentation der Anhörung: Gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten am 22. September 1999 im Plenarsaal der Stadtverordnetenversammlung im Römer, Hrsg.: Stadt Frankfurt am Main, Amt für multikulturelle Angelegenheiten und Stadtgesundheitsamt, März 2000, Seite 16

4. Probleme der gesundheitlichen Versorgung und Handlungsbedarf in Fechenheim - Ergebnisse der Gesundheitsförderungs-Konferenz

Fechenheimer Ärzte und Ärztinnen weisen auf Integrations- und Informationsprobleme bei Patienten mit Migrationshintergrund hin. Gerade ältere Frauen erschienen in vielen Fällen weniger gut in die Gesellschaft integriert zu sein. Bei ihnen seien Sprachprobleme besonders häufig anzutreffen. Sie hätten oft nur die eigene Familie als Bezugssystem. Bei der Behandlung vieler Krankheitsfälle würde rasch deutlich, dass gerade ältere Patienten und Frauen aus Migrantenfamilien über zuwenig Kontakte nach außen verfügen. Dies könne zu Depressionen führen. Im Alter seien auch bei Migranten trotz der traditionellen Familienverbundenheit Fälle von Vereinsamung und Isolierung zu beobachten.

Generell könnten gesundheitliche Probleme nicht immer angemessen ausgedrückt werden. Dies betreffe aber nicht nur Migranten, sondern auch Personen mit niedrigem Bildungsstand.

In Fechenheim fehlt nach Meinung einzelner Ärzte ein psychosoziales Betreuungsangebot. Eine sozialarbeiterische und psychologische Unterstützung für die selbständige Bewältigung von Krankheiten und Befindlichkeitsstörungen werde dringend vor Ort gebraucht. Eine über viele Jahre bewährte türkischsprachige psychologische Fachkraft wurde nach Darstellung des für Fechenheim zuständigen Sozialrathauses vor geraumer Zeit aus Fechenheim abgezogen.

Die psychiatrische Versorgung für Migranten und für sozial Schwache wird als "echtes Problem in Fechenheim" bezeichnet.

Ältere Migranten werden in der Regel von Angehörigen betreut. Auch im Pflegefall sind allein (bestimmte) Familienangehörige zuständig. Allerdings liegen Erfahrungen aus der ärztlichen Praxis vor, die eine Überforderung bei der heimischen Pflege zeigen. Im Hinblick auf Schwersterkrankte in sozial schwachen Migranten-Familien wird von teilweise katastrophalen Pflegeverhältnissen berichtet.

Von Seiten der ambulanten Dienste wird beschrieben, dass die Erbringung von Pflegeleistungen in Migrantenfamilien grundsätzlich von anderen Voraussetzungen auszugehen hat, als bei einheimischen Familien. Die Pflegefachkräfte werden als "Gäste" im Haus akzeptiert. Zusätzliche Zeit z.B. für gemeinsames Teetrinken ist einzukalkulieren. Psychische Belastungen, häufig ein Thema bei deutschen pflegenden Angehörigen, kommen bei Migranten in der Regel nicht zur Sprache.

In vielen Fällen zeigten Migranten Scheu im Umgang mit Kranken- und Pflegekassen. Es herrsche auch in manchen Fällen Angst, weil man Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit der Pflege- und Krankenversorgung nicht ausreichend kenne bzw. verstehe. Diese Situation sei ähnlich wie bei einheimischen Patienten und ihren Angehörigen, werde aber bei Migranten-Familien durch Sprachprobleme verschärft.

Angebote von Hauskrankenpflegekursen und Gesprächsgruppen für Migrantenfamilien, die einen Pflegebedürftigen haben, werden als eine Lösungsmöglichkeit genannt. In Fechenheim wurden vom Caritas-Verband zum Beispiel erste Erfahrungen mit einem Hauskrankenpflegekurs gemacht, in dem von zehn Teilnehmerinnen fünf türkischsprachige Frauen waren. Die beteiligte Dolmetscherin arbeitete selbst in dem Pflegedienst und hat die türkischen Frauen persönlich zur Teilnahme motiviert.

Von Patienten mit Migrationshintergrund in Anspruch genommen werden ambulante Pflegedienste i.R. nur nach der Krankenhausentlassung als kurzzeitige Unterstützung, jeweils auf Vermittlung der Kliniken sowie für komplexere Behandlungspflegen, wie z. B. größere Wundverbände, die Versorgung eines künstlichen Darmausgangs oder Injektionen. D.h. nur in Ausnahmefällen wird professionelle Hilfe auf Dauer in Anspruch genommen.

Generell werden gesundheitliche Probleme von Migrantinnen und Migranten von den Fechenheimer Fachkräften eher mit sozialen, als mit kulturellen Gründen in Zusammenhang gebracht. Unterschiede bzw. besondere Schwierigkeiten je nach kultureller, ethnischer oder nationaler Zugehörigkeit werden nicht unmittelbar wahrgenommen. In Bezug auf viele Migrantengruppen gilt, dass wegen niedriger Fallzahlen keine Aussagen getroffen werden können. Für entscheidender wird der Grad der Integration gesehen. So werden etwa bei den italienischen Migranten wegen der hohen Integration keine besonderen Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung gesehen.

Ein Sonderproblem stellt die Versorgung mit Fachärzten dar. Beklagt wird von den Fechenheimer Sozialbezirksvorsteherinnen das Fehlen von Fachärzten, z.B. eines Hals-, Nasen-, Ohren-Arztes. Anträge dazu liegen im zuständigen Stadtteilparlament (Ortsbeirat) vor.

Den medizinischen und pflegerischen Fachkräften in Fechenheim ist die soziale Lage von Patienten mit Migrationshintergrund ebenso wie von Einheimischen in der Regel bekannt. Die Gesundheits- bzw.

Krankheitssituation und deren Bewältigung wird von den Fachkräften vor Ort sehr deutlich in Abhängigkeit von sozialen Faktoren gesehen. Sprachliche Verständigungsprobleme und kulturelle Zugangshindernisse werden benannt, aber deutlich untergewichtet. Die soziale Lage und die Familiensituation vieler Migranten führt nach den Erfahrungen vor Ort zu kommunikative Einschränkungen und zu geschlechts- und alterstypische Benachteiligungen für einzelne bzw. bestimmte Gruppen unter den Migranten. Gesundheitliche Versorgungsleistungen hängen in hohem Maße von einer Verbesserung solcher Fallsituationen ab. Gesundheitliche Aufklärungs- und Präventionsprojekte beginnend in Kindertagesstätten und in Schulen, lebensnaher Sprachunterricht ("Wie rede ich mit dem Doktor?") und niedrigschwellige kommunikative Angebote besonders für ältere Frauen und ihre Familienangehörigen werden für Fechenheim von daher als besonders wichtig und als integrations- und gesundheitsfördernd angesehen.

Anhang

Gesundheitsförderungs-Konferenz Fechenheim zum Thema "Migration, Alter und Gesundheit"

Ablaufplan

Beginn: 18.00 Uhr Ende: 20.30 Uhr

Moderation: Dr.Jürgen Zepp, Forschungsstelle für interkulturelle Studien an der Universität zu Köln

Einleitung: Dr.Hans Wolter, Stadtgesundheitsamt

Impulsreferat "Interkulturelle Orientierung - Fachliche Interpretation aus der Sicht von Medizin und Pflege": Dr. med. Eva-Maria Ulmer, Professorin am Fachbereich Pflege und Gesundheit, Fachhochschule Frankfurt am Main

Gesprächsteil: Ist-Situation und möglicher Handlungsbedarf

- aus ärztlicher Sicht
- aus Sicht der ambulanten und stationären Pflege
- aus Sicht der kommunalen Versorgung
- aus Betroffenenensicht

Zusammenfassung und Ausblick

Gesundheitsförderungs-Konferenz
Gesundheitsförderungs-Konferenz
Fechenheim am 26.September 2001, 18-20.30 Uhr

Namen der Teilnehmer

Frau Mechthild Hamann,
Referat ambulante Dienste, Caritas-Verband Frankfurt am Main

Dr. Hans Wolter,
Koordinierungsstelle Migration und Gesundheit, Gesundheitsamt
Frankfurt am Main

Herr Dr.Jürgen Zepp (Moderation);
Forschungsstelle für interkulturelle Studien an der Universität zu Köln

Frau Prof.Dr. Eva-Maria Ulmer,
Fachbereich Pflege und Gesundheit, Fachhochschule Frankfurt am Main

Frau Christa Lips-Schulte,
niedergel. Ärztin für Allgemeinmedizin

Frau/Herrn Dr. med. Corinna.u. Michael Roser,
niedergel. Ärzte für Allgemeinmedizin

Frau Dr.med. Angelika Kummer,
niedergel. Fachärztin für innere Medizin

Dr.Peter Lang,
Rathaus-Apotheke

Frau Ursula Halm-Leihs,
Caritas-Zentralstation Ost II

Frau Krause
Privater ambulanter Pflegedienst

Herr Schülbe,
Altenheim Heinrich-Schleich-Haus

Herr Christian Golusda,

Sozial- und Gerontopsychiatrie, Abteilung Psychiatrie des
Gesundheitsamtes Frankfurt

Herr Martin Wolf
Beratungs- und Vermittlungsstelle für ambulante und stationäre Hilfen,
Hufelandhaus

Frau Ingrid Wollny, Allgemeiner Sozialdienst (Altenhilfe und
Behindertenhilfe) im Sozialrathaus Bergen Enkheim,

Herr Friedrich Berndt
Projekt Quartiersmanagement

Frau Margot Grana
Sozialbezirksvorsteherin (520)

Frau Anita Lyschik
Sozialbezirksvorsteherin (510)

Frau Sultan Erdogan,
Betroffenen-Sprecherin

Impulsreferat zur Gesundheitsförderungs-Konferenz Fechenheim

von Dr. med. Eva-Maria Ulmer, Professorin am Fachbereich Pflege und Gesundheit,
Fachhochschule Frankfurt am Main

Im **ersten Teil** dieses Impulsreferates geht es um **Schnittstellen und Brüche**, im **zweiten Teil** um das **Labelling, die Etikettierung**, die Bezeichnung von Situationen oder Phänomenen mit Begriffen, die mehr verstecken als sie deutlich machen.

Das deutsche Gesundheitswesen ist seit jeher gekennzeichnet durch einzelne Säulen, die nebeneinander stehen, zwischen denen jetzt mühsam Verknüpfungen geschaffen werden: die stationäre Versorgung, die ambulante Versorgung, die Rehabilitation – und jeder der anwesenden niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen kann ein Lied davon singen, wie mühsam die Platzierung eines Patienten am richtigen Versorgungsort ist. Zementiert wird diese Versäulung durch das Versicherungssystem mit unterschiedlichen Geldtöpfen, wobei die jeweils stärkere Gruppe der schwächeren die Töpfe leer macht. Nun haben wir nicht nur innerhalb der medizinischen Versorgung diese Säulen ohne Verknüpfung, sondern auch zwischen der Medizin und anderen Bereichen. Ich greife den Bereich der Pflege heraus. Auch hier findet sich anstelle einer Kooperation ein kleinschrittiger Hickhack, aus welchem Topf welche Leistung zu bezahlen sei, und vor allem, wer die erbrachte Leistung veranlasst und beurteilt, wobei auch hier nur vordergründig fachliche Begründungen gegeben werden. In Wirklichkeit geht es um eine Verschiebung von Geldmengen aus der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung.

Es geht mir nicht darum, Schuldige an der Situation zu benennen, die finden sich leicht in Form der Gesundheitsministerin, der Krankenkassen, der Pflegekassen usw., und morgen sind es vielleicht andere. Ich stelle aber fest:

Die Versorgung von Menschen, die der medizinischen Betreuung bedürfen, ist gekennzeichnet durch Brüche. Dies hat für die Versorgung älterer kranker Menschen Frau Prof. Höhmann in einer Studie eindrucksvoll nachgewiesen. Sie hat den Informationsfluss, bzw. die gegenseitige Nicht-Information in einem Projekt in Gross-Gerau und Rüsselsheim untersucht und überwiegend Brüche und Lücken anstelle von Kooperation der unterschiedlichsten beteiligten Berufsgruppen gefunden. Im Extrem zeigen sich die Nachteile unseres Systems, das am Paradigma der akuten Erkrankung orientiert ist, im Umgang mit chronisch Kranken und im Umgang mit älteren Menschen und im Umgang mit Migrantinnen und Migranten. Die Versorgung von

Menschen, die der Pflege bedürfen, ist ebenfalls gekennzeichnet von Brüchen. Es gibt keine auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen bzw. der sie betreuenden Familien zugeschnittenen Angebote. Wir haben ein Entweder–Oder, entweder ins Heim oder zu Hause gepflegt. Das System bietet kaum Tages- oder Nachtpflege an oder auch eine intensivere Versorgung zu Hause. Ich verweise in diesem Zusammenhang auf die Problematik der 24-Stunden-Pflege bzw. Versorgung von Pflegebedürftigen durch Arbeitsmigrantinnen. Es wäre interessant zu hinterfragen, woher dieser Zustand kommt und welche Kräfte Interesse am Beibehalten der jetzigen Situation haben. Wir werden dies merken, wenn die Heim-Enquete-Initiative noch weiter fortschreitet Die Psychiatrie-Enquete hat vor 30 Jahren noch nicht denkbare Versorgungsstrukturen und -ketten geschaffen, und möglicherweise müssen wir dies für den Bereich der stationären Altenpflege auch tun.

Nun zum Themenkomplex **Labelling**. Wir machen die Konferenz in einem Stadtteil mit 35% Ausländeranteil. Es taucht also seit Jahrzehnten, aber erst in den letzten 10 Jahren problematisiert, eine heterogene Gruppe von Patienten bzw. Pflegebedürftigen auf, die alle unter dem Etikett Ausländer verschwinden. Aber was soll das heißen? Fechenheim ist selbst mir fremd. Karl Valentin hat diesen Sachverhalt treffend bezeichnet mit dem Satz: Fremd ist der Fremde nur in Fremde. Tatsache ist, daß hier eine Gruppe von Patientinnen/Patienten und Pflegebedürftigen in oder besser an unserem System der medizinisch-pflegerischen Versorgung auftritt, die geprägt von ihren Herkunftsländern ganz andere Versorgungsmodelle kennen, oft auf technisch niedrigerem Niveau, aber für manche Phänomene besser angepaßt. Allein die Vorstellungen über Körper und Leiblichkeit variieren extrem, sind sie doch schon innerhalb der deutschen Bevölkerung in unterschiedlichen Bildungs- und Sozialschichten sehr unterschiedlich ausgeprägt (möglicherweise ein Grund, weswegen Schulungen manchmal so schwierig sind). Es gibt andere Rollen- und Aufgabenverteilungen in der Familie, die wir beklagen oder begrüßen können. Alle dieser Unterschiede werden mit dem Etikett Ausländer bzw. Kultur, obwohl es den Unterschied benennt, auch verwischt. Es wird nicht mehr dahintergeschaut: Welche Biographie hat der Einzelne, welche Migrationsgeschichte hat die Familie, wie ist die soziale Einbindung im Stadtteil? Häufig wird auf Sprache als Barriere hingewiesen. Nur: Wo ist der Dialog und das Verstehen des Gesprochenen überhaupt noch vorgesehen? In der medizinischen Bezahlung hat das gesprochene Wort schon längst keinen Wert mehr, technische Leistungen ohne Sprache werden allemal höher bewertet. Ähnliches finden wir im Pflegebereich, wo ein Dokumentationssystem ausländischen Pflegenden, auf deren Beobachtungen wir dringend

angewiesen sind, keine Chance gibt, sich zu äußern. Es gibt kaum einen Platz zuzuhören, geschweige denn eine bezahlte Zeit zuzuhören, wenn in einer fremden Sprache gesprochen wird, was allemal eine Mehranstrengung bedeutet. Unter dem Begriff Kultur wird auch die jeweilige soziale, ökonomische und juristische Situation des Betroffenen zugedeckt.

Wenn wir nun die beiden Themen zusammenkoppeln können wir festhalten, dass in einem extrem irrational konstruierten Gesundheitswesen eine neue Gruppe von Abnehmern auftaucht, die besondere Ansprüche stellen, bedingt durch ihre Migrationsgeschichte. Dadurch zeigt sich im Extrem lediglich das, was bereits vorhanden ist. Andersherum, wenn wir uns daran machen, eine kultursensible Versorgung in pflegerischen und medizinischen Fragen zu erreichen, werden wir alle davon profitieren. Dazu soll diese Gesundheitskonferenz beitragen. Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf die Diskussion der Expertinnen und Experten.