Migrationsbericht 2004

Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg

Gesundheit im Interkulturellen Vergleich

Einleitung

Der folgende Berichtsteil bietet ausgewählte Aussagen über die gesundheitliche Situation und Versorgung von Menschen verschiedener Herkunft im Vergleich. In Heidelberg besitzt jede/r sechste Einwohner/in eine ausländische Staatsangehörigkeit. In diese 16,58 Prozent der Wohnbevölkerung ist die beträchtliche Zahl bereits Eingebürgerter mit Migrationshintergrund noch ebenso wenig eingerechnet wie die der Spätaussiedler aus Rumänien, Polen und vor allem der ehemaligen UdSSR[1]. Angesichts so großer Bevölkerungsanteile von Menschen verschiedener Herkunft ist eine interkulturelle Ausrichtung aller gesundheitsbezogenen Maßnahmen und Ziele für Heidelberg (und den Rhein-Neckar-Kreis) nahezulegen.

Entsprechend der Vielzahl sozialer und kultureller Hintergründe lassen sich Migranten – auch mit dem Blick auf Risiken oder Ressourcen in einem Gesundheitsbericht – nicht als homogene Gruppe beschreiben. Insofern existiert auch keine „Zielgruppe Migranten“, für die eine bestimmte gesundheitspolitische Strategie zu entwickeln wäre.

Trotz der inzwischen meist langjährigen Aufenthalte in Deutschland und deutlich angestiegener Einbürgerungszahlen sind die Lebensbedingungen von Migranten nach wie vor durch eine ganze Reihe von Benachteiligungen politischer, sozialer und institutioneller Art geprägt: Migrant/innen haben weniger Zugang zu Bildung und materiellen Ressourcen. Häufig bestehen im Alltag Verständigungsschwierigkeiten sprachlicher und kultureller Art.

Krankheiten entstehen u.a. aufgrund belastender Arbeitsbedingungen, überdurchschnittlich hohe Arbeitslosenquoten mindern die Gesundheit ebenso wie unzureichende Wohnverhältnisse. Der Einfluss all dieser Aspekte, verstärkt durch – oft unabsichtliche – rassistische Erfahrungen von Geringschätzung bis hin zum strukturellen Ausschluss ganzer Gruppen, wirkt sich negativ auf die gesundheitliche Lage und Versorgung von Migranten sowie deren gesundheitliches Risiko aus.

Hinzu kommt als ein oft sogar ausschlaggebender Faktor für das psychosoziale Wohlbefinden der rechtliche Status des/der Einzelnen oder ihrer Familie. So erschwert ein unsicherer Aufenthaltsstatus über Jahre hinweg die Integration und mindert zugleich etwa die Chancen von Jugendlichen, Arbeit oder einen Ausbildungsplatz zu bekommen – aber auch deren Motivation, etwa die Landessprache zu lernen.

Die folgende Darstellung konzentriert sich auf eine Auswahl von Zielgruppen: Kinder, Frauen und Mädchen mit Migrationshintergrund sowie die Gruppe der Spätaussiedler/-innen.
Eine der größten Hürden für die nationalitätenspezifische Gesundheitsberichterstattung ist der Zugang zu differenzierten Daten. Gesundheitsdaten erfassen in Deutschland bislang nur in wenigen Fällen Herkunft

[1] In Deutschland steht ein Anteil von 7,3 Mio. Ausländern (entspricht 8,9 % der Gesamtbevölkerung) rund 4,3 Millionen Aussiedlern gegenüber. Im Rhein-Neckar-Kreis wurden seit 1990 15.121 Personen, das entspricht einem Aussiedleranteil an der Gesamtbevölkerung von ca. 2,9 % aufgenommen.

und sozialen Status. So liegen in Heidelberg etwa Daten, die Aussagen über den Gesundheitszustand erwerbstätiger Migranten erlauben (Arbeitsunfähigkeit/ Krankenhausaufenthalt), nur von einer Krankenkasse vor.
Andere Datenbestände ermöglichen zwar Aussagen über die gesundheitliche Situation bestimmter Bevölkerungsgruppen auf Bundes- oder Landesebene, nicht jedoch für die Region. Ein zusätzliches Problem ergibt sich aus der Tatsache, dass gesundheitsbezogene Daten zu Spätaussiedlern oder eingebürgerten Migranten für Vergleiche praktisch nicht auszufiltern sind, weil diese in den Statistiken als Deutsche auftauchen.

Der Berichtsteil zur gesundheitlichen Situation von Kindern im interkulturellen Vergleich ist vor allem aus den Daten der jährlichen Einschulungsuntersuchungen des Gesundheitsamtes Rhein-Neckar-Kreis entstanden[2] (das auch für die Stadt Heidelberg zuständig ist). Das Gesundheitsamt erhebt auch nationalitätenspezifische Daten, wodurch auch ein Vergleich über mehrere Jahre hinweg möglich wird. Ergänzend konnte das Datenmaterial der epidemiologischen Vergleichsstudie „Lebenssituation und Verhalten von Kindern im zeitlichen Wandel“[3] herangezogen werden. Die Ergebnisse der Studie wurden auf den Zusammenhang von Schulempfehlung (in der vierten Grundschulklasse), Zurückstellungen von der Einschulung und das „Sitzen bleiben“ mit Nationalität bzw. Herkunft untersucht.
Weitere nationalitätenspezifische Daten konnte schließlich auch das Statistische Landesamt[4] zur Verfügung stellen.

Grundlage einer vor allem qualitativen Bewertung der „Mädchen- und Frauengesundheit“ sowie der Situation von Aussiedler/innen sind Experteninterviews mit Mitarbeiter/innen von Institutionen kirchlicher oder freier Träger, die migrationsspezifische Beratung und Betreuung anbieten. Die jeweils rund zweistündigen Gespräche – den Beteiligten gilt der Dank der Initiator/innen! - wurden anhand eines Frageleitfadens[5] geführt: mit Vertreterinnen des Internationalen Frauenzentrums sowie Mitarbeiter/-innen des Caritasverbandes, des Diakonischen Werkes (beide Heidelberg) und des Internationalen Bundes (IB; Heidelberg/Rhein-Neckar-Kreis).

---

[2] Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, das aus vorhandenen Datenquellen sowie eigenen epidemiologischen Untersuchungen Daten sammelt, auswertet und den Gesundheitsämtern sowie der Öffentlichkeit zur Verfügung stellt, hat auch die Daten der Einschulungsuntersuchungen aufbereitet, die anschliessend von den Abteilungen Gesundheitsförderung und Kinder- und Jugendgesundheit des Gesundheitsamtes RNK in Berichtsform gebracht wurden.

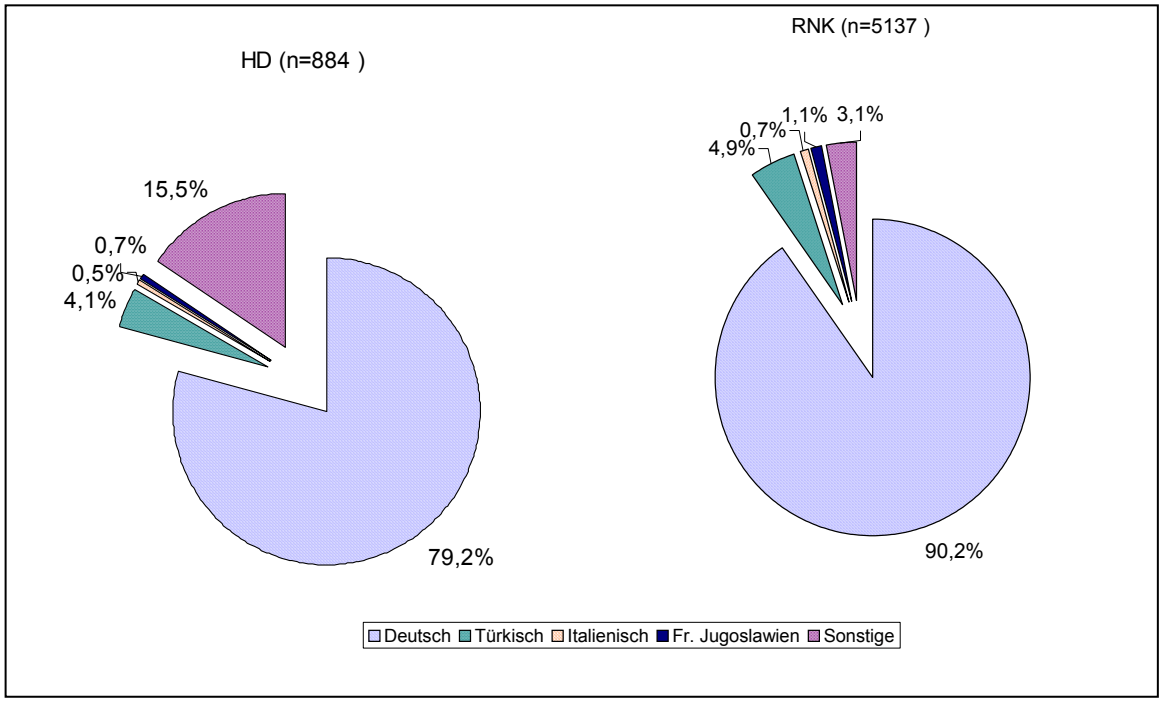
[3] Haffner, J. et al. 2001. Lebenssituation von Kindern im zeitlichen Wandel. Heidelberg; im Selbstverlag: Praxisbüro Gesunde Schule c/o Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis.

[4] Das statistische Landesamt veröffentlicht vielfältige Strukturdaten und statistische Informationen über ausländerrelevante Bereiche. Dazu gehören die amtliche Bevölkerungsfortschreibung und die Bestandsauswertung des Ausländerzentralregisters, Daten über Bildungsbeteiligung, Beschäftigung, Straffälligkeit und Sozialhilfebezug sowie regionale Daten der einzelnen Stadt- und Landkreise.

[5] Der Frageleitfaden zur gesundheitlichen und sozialen Situation der Migrant/-innen sowie Aussiedler/-innen in Heidelberg und Rhein-Neckar-Kreis umfasst zehn Fragen, z. B. nach den häufigsten Krankheiten, Gesundheitsrisiken und spezifischen Versorgungsengpässen der Zielgruppen in Heidelberg und dem RNK, den Unterschieden bezüglich Gesundheit und Krankheit zwischen Migrant/-innen und einheimischen Deutschen, bestimmten Risikogruppen unter den Migrant/-innen, Aufklärungsbedarf bezüglich des deutschen Gesundheitssystems, sowie zielgruppenspezifischen Maßnahmen einer nachhaltigen Gesundheitsförderung für Migrant/-innen in Heidelberg und dem Rhein-Neckar-Kreis.

Kapitel 1: Kindergesundheit

1. 1. Verteilung der schulärztlich untersuchten Kinder in HD und RNK 2002



Quelle: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2002

Von den 6021 untersuchten Kindern sind 88,6% deutscher Nationalität. Den größten Teil der ausländischen Kinder bilden die Kinder mit türkischer Staatsangehörigkeit. Sie stellen einen Anteil von 4,8%. Es folgen die Zuwanderer aus dem früheren Jugoslawien mit 1,0% , aus Italien mit 0,7% und Griechenland mit 0,2%. Sonstige Nationalitäten wurden mit 4,7% erfasst.

In Heidelberg ist der Anteil der sonstigen Nationalitäten mit 15,3% erheblich größer als im Rhein-Neckar-Kreis. Die größere ethnische Vielfalt und der insgesamt höhere Anteil ausländischer Kinder ist u. a. auf die touristische Infrastruktur sowie die Attraktivität der Universitätsstadt Heidelberg für ausländische Akademiker zurückzuführen.

Nicht erfasst sind Kinder von Spätaussiedlern aus Osteuropa und der russischen Föderation. Ihr Anteil an den Kindern mit deutscher Staatsangehörigkeit lässt sich mit den derzeit zur Verfügung stehenden Erfassungssystemen leider nicht ermitteln.

1. 2. Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9)

Das Vorsorgeprogramm für Kinder dient der Früherkennung von Störungen oder Erkrankungen, die eine normale Entwicklung des wachsenden Organismus bedrohen. Dazu haben alle in Deutschland lebenden Kinder den Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen (U2 - U9, J1).

Nach der Geburt des Kindes erhalten die Eltern das „Gelbe Heft". Darin dokumentiert der Kinderarzt oder/und Hausarzt alle Früherkennungsuntersuchungen. Es werden stets allgemeine Körpermaßparameter wie Gewicht, Länge und Kopfumfang erhoben und als Zahl und Graphik eingetragen. Dazu werden in Abhängigkeit vom Alter des Kindes die bis dahin erworbenen Fähigkeiten sowie der neurologische Status untersucht und der Impfstatus überprüft.

Die erste Früherkennungsuntersuchung U1 findet direkt nach der Geburt statt: Dabei wird beurteilt, wie gut sich das Neugeborene an die veränderten Lebensbedingungen adaptiert hat. Die U2 findet am dritten bis zehnten Lebenstag statt, in der Regel werden beide routinemäßig in den Krankenhäusern durchgeführt. Ab der U3 betreut der niedergelassene Kinderarzt den Säugling.
Die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen ist freiwillig und wird von den Krankenkassen getragen.

Von den 6021 im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchten Kindern lag für 5451 (90,5%) Kinder das Gelbe Heft vor.
Die folgenden Prozentangaben beziehen sich auf die Zahl der Kinder, deren Untersuchungsheft einsehbar war.

Das Gelbe Heft wird im Rhein-Neckar-Kreis häufiger vorgelegt als in HD. Zwischen deutschen und ausländischen Mitbürgern ist dabei ein großer Unterschied zu erkennen: Während die Eltern deutscher Kinder zu 93,0% das Gelbe Heft dabei haben, sind es bei ausländischen Kindern nur 71,6%.
Betrachten wir den Trend über die letzten fünf Jahre hinweg, kann man bei den deutschen Kindern von einer kontinuierlichen Steigerung bei der Vorlage des gelben Heftes sprechen, während die Zahlen bei den ausländischen Kindern weitgehend gleich bleiben.
Gründe für die Nicht-Vorlage sind vor allem in der ungenügenden Information über das deutsche Gesundheitssystem zu suchen. Wesentliche Faktoren dabei sind die Aufenthaltsdauer der Eltern und oftmals sprachliche Verständigungsschwierigkeiten.

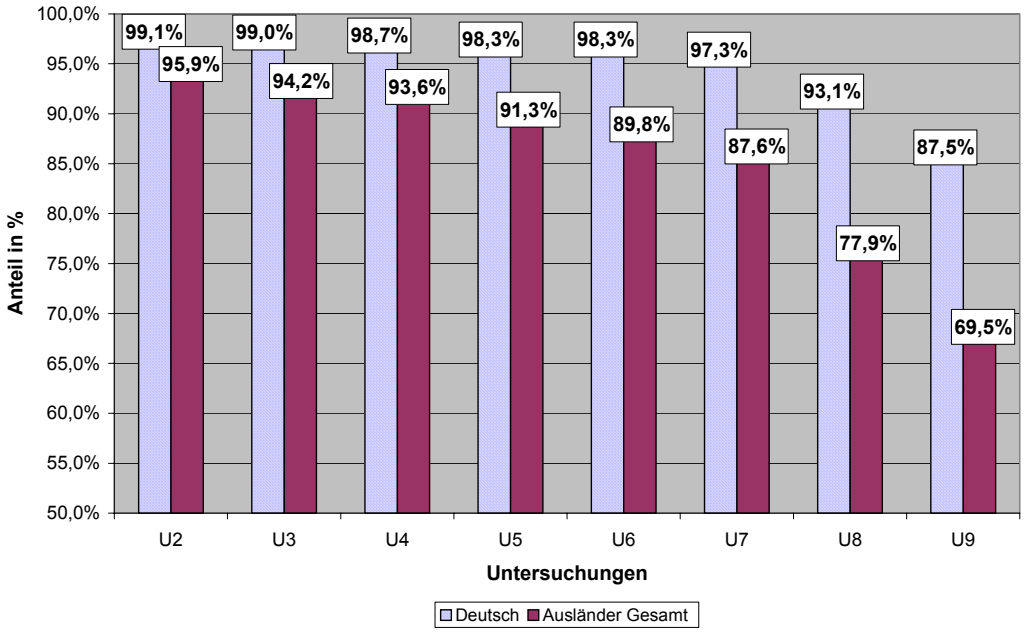
Vorlage gelbes Untersuchungsheft 1998-2002 nach Region und Nationalität:

	1998	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**
HD-Stadt	83,8%	84,9%	85,0%	86,4%	87,9%
RNK	84,9%	87,0%	88,2%	89,9%	91,0%
Deutsch	86,2%	88,1%	90,5%	91,9%	93,0%
Ausländer gesamt	72,9%	74,3%	69,3%	71,8%	71,6%

90,5% aller Kinder aus der Region Heidelberg und Rhein-Neckar-Kreis nahmen 2002 die Früherkennungsuntersuchungen (U2-U9) wahr.

Zwar nutzen rund 98% Eltern aus Heidelberg und dem RNK die Versorgungsangebote in den ersten beiden Lebensjahren ihrer Kinder, danach nimmt die Beteiligung an den Vorsorgeuntersuchungen aber immer mehr ab.
Dieses Verhalten kann mehrere Ursachen haben. Die Entwicklung eines Kindes läuft in den ersten beiden Lebensjahren am sichtbarsten. Es lernt gehen und sprechen sowie selbstständig essen. Sind diese Entwicklungsziele erreicht, so ist die Notwendigkeit weiterer Vorsorgeuntersuchungen nicht mehr so offensichtlich einsehbar.
Weiterhin finden zu Beginn des Kindergartenbesuchs häufiger banale Infektionskrankheiten statt, so dass im dritten und vierten Lebensjahr Arztbesuche ohnehin notwendig sind.
Bei Migranten-Familien ist zu vermuten, dass Verständigungsschwierigkeiten ein Hauptgrund für die deutlich geringere Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen sind. Dies betrifft einerseits sprachliche Schwierigkeiten, die es zum Beispiel fast unmöglich machen, den komplexen Sachverhalt einer empfohlenen Frühförderung bei noch nicht erkennbaren Symptomen zu vermitteln. Zudem ist der Gedanke der Vorsorge, wie auch bei vielen – vor allem: sozial benachteiligten - deutschen Familien, wenig im Bewusstsein verankert. Ein Arzt wird daher in der Regel nur bei einer akuten Erkrankung aufgesucht.
Außerdem nehmen sich Ärzte bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten häufig zu wenig Zeit, um die Bedeutung der Vorsorgeuntersuchungen deutlich zu machen.

Beteiligung der Einschulungskinder an den Früherkennungsuntersuchungen 2002 in HD und RNK nach Nationalitäten



Quelle: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2002

Die Vorsorgeuntersuchung U 9 findet im fünften Lebensjahr eines Kindes statt. Dabei werden sowohl die körperliche wie auch die geistige und psychosoziale Entwicklung untersucht. Bestehen irgendwo Schwächen oder Störungen, z. B. in der Sprachentwicklung, so werden Fördermaßnahmen oder Therapien eingeleitet. Bei einem Blick auf die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung U 9 fällt der große Unterschied zwischen deutschen und ausländischen Kindern auf.

Daneben zeigt sich in einem Vergleich über einen Zeitraum von fünf Jahren, dass sich weder bei den deutschen noch bei den ausländischen Familien die Teilnehmerquote steigern ließ. Wie schon oben erläutert, kommt als Ursache in Betracht, dass das Kind die wichtigsten Meilensteine seiner Entwicklung erreicht hat und durch häufige Arztbesuche wegen banaler Infekte der Eindruck bei den Eltern entstehen kann, das Kind müsse nicht ein weiteres Mal dem Arzt vorgestellt werden. Schließlich können die Eltern Krankheiten älterer Kinder auch besser einschätzen, so dass die Notwendigkeit eines Arztbesuches nicht mehr so hoch eingeschätzt wird.

Beteiligung an der U9 1998 – 2002

	1998	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**
HD, Stadt	83,8 %	84,9 %	83,7 %	83,1 %	83,7 %
Deutsch	86,2 %	88,1 %	87,6 %	88,2 %	87,5 %
Ausländer Gesamt	72,9 %	74,3 %	70,1 %	71,0 %	69,5 %

Deutsche Eltern nahmen 2002 das Angebot der Früherkennungsuntersuchung U9 signifikant öfter in Anspruch (87,5 %) als ausländische Eltern (69,5%).

1. 3. Schutzimpfungen

Impfbeteiligung – Impfheft vorgelegt

In der Regel impfen die niedergelassenen Kinderärzte die Säuglinge und Kleinkinder. Das Gesundheitsamt erhebt bei der Schuleingangsuntersuchung Daten in anonymisierter Form, die auf den freiwillig mitgebrachten Impfausweisen basieren.
Seit Juli 2000 ist im Infektionsschutzgesetz geregelt, dass bei Kindern, die in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule eingeschult werden, der Impfstatus zu erheben und in anonymisierter Form an das Landesgesundheitsamt dem Robert-Koch-Institut zuzuleiten ist. Diese Daten dienen dazu, den Durchimpfungsgrad der Bevölkerung zu ermitteln und ggf. Maßnahmen zur Aufklärung einzuleiten.

Impfheft vorgelegt 2002, Vergleich HD und RNK

	Kinder mit Impfbuch	%
HD, Stadt	780	88,2
RNK	4745	92,4

Der Bitte, die Impfnachweise zur Einschulungsuntersuchung mitzubringen, kommen Eltern aus dem Rhein-Neckar-Kreis (92,4%) häufiger nach als Eltern aus Heidelberg (88,2%).

Ein deutliches Gefälle bestand im Jahr 2002 zwischen deutschen und ausländischen Familien: Für deutsche Kinder (93,2%) lagen – wie schon in den Jahren zuvor - die Impfhefte deutlich häufiger vor als für ausländische Kinder (80,8%). Als wesentlicher Grund hierfür werden – wie bei den Vorsorgeuntersuchungen - Verständigungsschwierigkeiten angesehen.
Zur Abhilfe wird daher empfohlen, eine schriftliche Aufforderung an die Eltern, die Impfausweise zur Untersuchung der Kinder mitzubringen, in die häufigsten Einwandererspracheen (russisch, türkisch, (...) zu übersetzen.
Betrachtet man jedoch den Trend der vergangenen Jahre, so hat sich innerhalb eines Zeitraumes von nur sechs Jahren die Impfbuchvorlage der ausländischen Eltern um mehr als 30 % (!) erhöht.

Impfheft vorgelegt 1996 – 2002, Vergleich Deutsch und Ausländer

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Deutsch	74,8 %	79,0 %	89,8 %	91,6 %	90,1 %	92,8 %	93,2 %
Ausländer Gesamt	48,4 %	54,2 %	72,9 %	76,4 %	74,4 %	76,1 %	80,8 %

Polio

Am 21.06.2002 erklärte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Kopenhagen die 51 Staaten der Region Europa offiziell für Polio-frei (mehr als 95% der Gesamtbevölkerung geimpft). Damit wurde in der dritten der insgesamt sechs WHO-Regionen dieses Zwischenziel auf dem Weg zur globalen Eradikation (Ausrottung) erreicht. Amerika und der westpazifische Raum waren bereits 1994 bzw. 2000 für Polio-frei erklärt worden. Dieser Erfolg beruht auf einer konsequent verfolgten Impfpolitik. Die Möglichkeit der Einschleppung von Polioviren aus den verbleibenden Endemiegebieten stellt aber auch weiterhin eine Gefahr in Europa dar. Im Jahr 2001 erkrankten drei nicht geimpfte Kinder an Poliomyelitis durch eingeschleppte Polioviren. In Deutschland leiden schätzungsweise 60.000 Menschen an den Folgen einer Poliomyelitis.

Beteiligung an Poliomyelitis-Impfung 1998 - 2002

	1998	1999	2000	2001	2002
HD	96,2 %	96,4 %	96,3 %	97,0 %	92,8 %
RNK	96,4 %	95,1 %	96,8 %	96,2 %	95,7 %

Beteiligung an Poliomyelitis-Impfung 2002 nach Nationalität

Deutsch	95,6 %
Ausländer Gesamt	91,0 %

An den Zahlen ist zu erkennen, dass im Jahre 2002 in Heidelberg die Beteiligung an einer Impfung gegen Poliomyelitis unter 95% gefallen ist (92,8%). Damit ist für den Fall einer Einschleppung der Polioviren bereits eine epidemische Ausbreitung der Erkrankung möglich.
Weiterhin fallen bei einer detaillierten Analyse Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Kindern auf. Deutsche Kinder haben mit 95,6% einen ausreichenden Impfschutz, während ausländische Kinder nur einen Impfschutz von 91,0% aufweisen (bezogen auf Heidelberg und den Rhein-Neckar-Kreis).

Diphtherie/Tetanus

Die Erkrankung Diphtherie ist in unseren Breitengraden in den letzten Jahrzehnten selten geworden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass bei Säuglingen ein hoher Durchimpfungsgrad erreicht werden konnte. Die Diphtherie ist bei Nichtgeimpften immer noch eine sehr schwere Erkrankung, nicht selten auch mit tödlichem Ausgang. Epidemien können sich dort ausbreiten, wo kein Impfschutz für mindestens 95% der Bevölkerung besteht.

Beteiligung an Diphtherie-Impfung 2002

Gesamt	98,5%
Deutsch	98,7%
Ausländer	96,2%

Jährlich werden in Deutschland zehn bis zwanzig Fälle von Tetanus-Erkrankungen gemeldet, mehr als 70% der Fälle sind Folge akuter Verletzungen. Die Krankheitserreger befinden sich im Erdreich und in Tierexkrementen, sie können auch in eine noch so kleine Wunde gelangen und dort eine Infektion hervorrufen. Die Erkrankung kann je nach Schweregrad tödlich verlaufen. Eine Grundimpfung und regelmäßige Auffrischungsimpfungen alle zehn Jahre sind auch in Europa notwendig.

Beteiligung an Tetanus-Impfung

Gesamt	98,4%
Deutsch	98,7%
Ausländer	95,9%

Die Familien in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis nutzten das Impfangebot in den letzten Jahren in sehr hohem Maß. Bei Diphtherie wurde eine Durchimpfungsrate von durchschnittlich 98,5% erreicht.
Ähnliche Werte gelten für die Tetanusimpfung.
Die Zahlen sprechen für sich: Das Ziel einer Immunisierung der Bevölkerung ist hier erreicht.

Pertussis (Keuchhusten)

In Anbetracht der Pertussis-Situation in Deutschland und der Schwere des klinischen Verlaufs einer Pertussis im Säuglingsalter ist es dringend geboten, die Grundimmunisierung aller Säuglinge und Kleinkinder zum frühestmöglichen Zeitpunkt, d. h. nach Vollendung des zweiten Lebensmonats zu beginnen und zeitgerecht fortzuführen. Seit 1991 wird sie wieder generell empfohlen.

Die Impfbeteiligung der Kinder in Heidelberg und dem Rhein-Neckar-Kreis erreichte 89,9% bei den Einschulungsuntersuchungen 2002. Dabei sind die deutschen Kinder mit 90,2% vertreten und die ausländischen mit 87,6%. Im Vergleich zu den Vorjahren ist eine deutliche Zunahme der Akzeptanz dieser Impfung zu erkennen. Man muss diese relativ niedrige Durchimpfungsrate sicherlich im Zusammenhang mit der Tatsache sehen, dass einige Jahre lang in Deutschland die Impfung gegen Keuchhusten nicht öffentlich für alle Kinder empfohlen war.

Masern

Ziel der WHO ist es, die Masern-Erkrankung in Europa bis zum Jahre 2007 zu eliminieren. In Finnland ist dieses Ziel schon erreicht. Eine Eliminierung des Krankheitserregers ist möglich, da der Mensch der einzige Wirt des Masern-Virus ist und eine effektive Impfung gegen Masern existiert. Aufgrund mangelnder Durchimpfungsraten treten die Masern in Deutschland aber immer noch in größeren Epidemien auf (Coburg, Verden, Aachen 2002). Ein hoher Impfschutz wird nur mit zwei Impfungen erreicht. Masern können einen sehr schweren Krankheitsverlauf haben, der mit Folgeschäden endet. In der Dritten Welt sind die Masern eine der häufigsten Todesursachen bei Kindern.

Im Jahr 2002 erhielten 93,4% der Kinder in HD und RNK die erste, aber lediglich 29,4% auch die zweite Masernimpfung. Nur 30% aller Kinder mit Impfbuch haben demzufolge einen kompletten Masernimpfschutz. Die zweite Impfung wird empfohlen, da bei 7-8% der Erstgeimpften kein ausreichender Impfschutz gebildet wird.

Beteiligung aller Kinder mit Impfbuch an der Masern-Impfung 2002

	Kinder mit Impfbuch	1. Impfung	2. Impfung
Gesamt	5525	63,3%	30,1%
HD, Stadt	780	49,5%	42,8%
RNK	4745	65,6%	28,0%

Einen signifikanten Unterschied bei der Impfbeteiligung erkennt man zwischen HD und RNK. Im Rhein-Neckar-Kreis nahmen 28% an der zweiten Impfung teil gegenüber 42,8% in Heidelberg. Dies könnte unter anderem an der im Jahre 2002 geänderten STIKO-Empfehlung für die zweite Masern-Mumps-Röteln-Impfung liegen. Seit dem Jahr 1991 empfiehlt die STIKO die zweite Impfung ab dem sechsten Lebensjahr und erst ab 2002 die zweite Impfung schon im Kleinkindesalter. Erfahrungsgemäß dauert es längere Zeit, bis STIKO-Empfehlungen umgesetzt werden.

Beteiligung aller Kinder mit Impfbuch an der 2. Masern-Impfung

	1998	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**
HD	11,5 %	22,5 %	24,2 %	32,1 %	42,8 %
RNK	13,5 %	15,2 %	18,4 %	19,9 %	28,0 %
Deutsch	12,9 %	15,6 %	18,6 %	21,2 %	29,4 %
Ausländer	15,3 %	22,4 %	25,0 %	26,5 %	36,9 %

Im Jahr 2002 weisen ausländische Kinder mit 36,9% eine höhere Impfbeteiligung an der zweiten Masern-Impfung auf als deutsche Kinder. Nur die Kinder aus dem

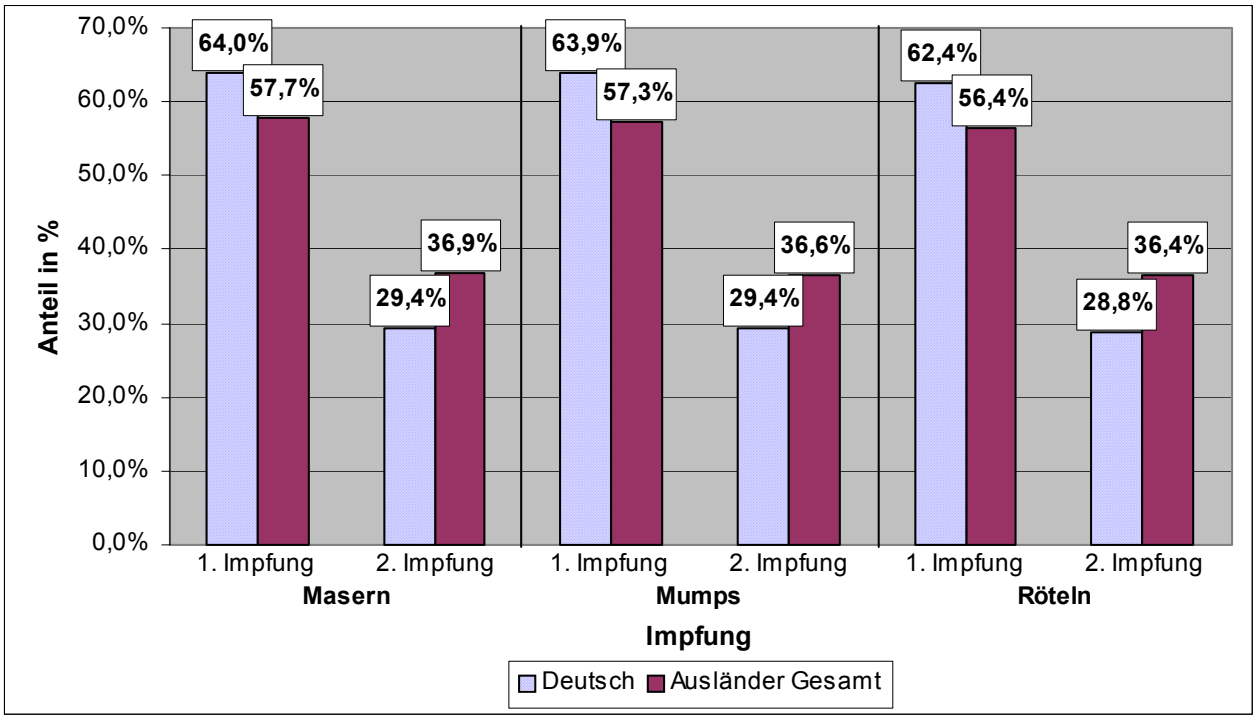
früheren Jugoslawien liegen mit 19,0% weit zurück, was sich vermutlich auf die damalige Kriegssituation zurückführen lässt. Betrachtet man in Heidelberg die Beteiligung an der zweiten Masern-Impfung, so stellt man fest, dass sie sich in den letzten fünf Jahren vervierfacht hat. Auch die Teilnahme der ausländischen Kinder an der zweiten Masern-Impfung verdoppelte sich von 1998 bis 2002.

Da es schon seit vielen Jahren einen gut wirksamen und nebenwirkungsarmen Kombinationsimpfstoff gegen die Erkrankungen Masern, Mumps und Röteln gibt, wird von der Ständigen Impfkommission empfohlen, diesen zu verwenden. Es ist sinnvoll, auch gegen die Erkrankung Mumps zu impfen, da sie im Jugend- und Erwachsenenalter häufig mit Komplikationen einhergeht.

Röteln

Röteln gelten als harmlose Erkrankung. Sie können jedoch in der Frühschwangerschaft den Feten infizieren und schwere bleibende Schäden an dem ungeborenen Kind verursachen. Da sich diese Behinderung durch eine Impfung vermeiden lässt, ist es unerlässlich, dass jede Frau in gebärfähigem Alter einen ausreichenden Schutz gegen Röteln vor Eintritt einer Schwangerschaft hat. Die Röteln-Impfung wird in der STIKO für alle Säuglinge und Kleinkinder sowie für alle Frauen empfohlen, die noch keinen ausreichenden Schutz dagegen haben.

Beteiligung an MMR-Impfung 2002 nach Nationalität



Quelle: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2002

In den letzten fünf Jahren lag der Schwerpunkt für die Schließung der Lücken in der Durchimpfungsrate bei der Masern-, Mumps- und Rötelnimpfung. Dazu fanden vom öffentlichen Kindergesundheitsdienst und den niedergelassenen Kinderärzten Impfaktionen statt. Auch das Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis beteiligte sich an

diesen Aktionen und verzeichnete einen positiven Trend bezüglich der Teilnehmerrate an der zweiten Masern-Mumps-Röteln-Impfung. Die zweite Masern-Mumps-Röteln-Impfung ist notwendig, um einen sicheren Schutz gegen die Erkrankungen zu erhalten.
Der positive Trend ist sowohl bei den Einschulungsuntersuchungen wie auch bei den Impfberatungen in den sechsten Klassen aller Schultypen zu beobachten. Allerdings kann das Ziel einer Ausrottung der Masern-Erkrankung oder der langfristigen Verhinderung von Epidemien nur durch eine Durchimpfungsrate von über 95% erreicht werden. Davon sind wir noch weit entfernt. Ein zuverlässiger Schutz der Bevölkerung ist noch nicht gewährleistet.
Auch von ausländischen Eltern wird das Impfangebot inzwischen gut angenommen. Laut Einschulungsuntersuchung 2002 nutzen sie das Angebot der zweiten Masern-Mumps-Röteln-Impfung sogar häufiger als deutsche Eltern.

Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME)

Bei der Einschulungsuntersuchung wird auch die Impfung gegen die Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME) erfasst. Die Durchimpfungsrate liegt in Heidelberg und dem Rhein-Neckar-Kreis bei 7,3%. Deutsche Kinder sind dabei doppelt so oft geimpft wie ausländische Kinder. Heidelberg und der Rhein-Neckar-Kreis sind als Risikogebiete gekennzeichnet. Im Jahr 2002 wurden dem Gesundheitsamt sieben Erkrankungen der FSME gemeldet, allerdings war kein Kind dabei. In den letzten zehn Jahren betraf eine Meldung ein zwölfjähriges Kind, sonst waren nur Erwachsene als erkrankt gemeldet. In Baden-Württemberg ist die Impfung unabhängig von der Region für zeckenexponierte Personen empfohlen.

Hepatitis B

Die Hepatitis B ist eine hochansteckende Erkrankung. Die Übertragung erfolgt von Mensch zu Mensch über Blut, Blutprodukte und sexuelle Kontakte. Seit 1995 wird von der STIKO eine routinemäßige Impfung aller Kinder empfohlen. Sie ist auch eine Vorsorgemaßnahme gegen Leberkrebs, den eine chronische Hepatitis nach sich ziehen kann. Im Vergleich mit den deutschen Kindern sind die ausländischen Kinder um etwa 8% häufiger gegen Hepatitis B geimpft. Die Ständige Impfkommission am RKI hat auch eine Impfempfehlung für Immigranten ausgesprochen.

Beteiligung an Hepatitis B-Impfung in HD und RNK 2002

Deutsch	77,0%
Ausländer	84,5%
Gesamt	77,8%

1. 4. Störungen in der Motorik und Sprachentwicklung

Die Einschulungsuntersuchung hat sich in den letzten zwanzig Jahren deutlich verändert. Stand früher die körperliche Untersuchung im Vordergrund, so wird heute der Entwicklungsstand der Kinder in basalen Grundfertigkeiten festgestellt: Damit Kinder Lesen und Schreiben lernen können, ist es notwendig, dass sowohl Sprach- und Kommunikationsfähigkeiten als auch psychosoziale und motorische Fähigkeiten ausreichend entwickelt sind.
Aufgrund einer Veränderung der Inhalte für die Einschulungsuntersuchung erfolgte inzwischen eine Standardisierung der Untersuchungsschritte. Allerdings wurde im Einschulungsjahr 2002 noch der alte Dokumentationsbogen benutzt, so dass erste Ergebnisse vorsichtig betrachtet werden müssen.
Im Einschulungsjahr 2002 wurde bei 8% der Kinder in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis eine Sprachentwicklungsstörung dokumentiert. Diese Zahlen stimmen in etwa mit anderen Untersuchungen überein. Da die Definition dieser Störung nicht eindeutig ist, sind Untersuchungsdaten untereinander schlecht vergleichbar. Ausländische Kinder (11%) haben eine höhere Befundhäufigkeit als deutsche Kinder (7,6%). Der wesentliche Grund hierfür besteht darin, dass die Kinder Deutsch als Zweitsprache und damit verspätet erlernen, wobei sie in den meisten Fällen keine Förderung erhalten.
Die sprachliche Kompetenz und die Sprechfähigkeit in der deutschen Sprache sind Voraussetzungen dafür, dass ein Kind Lesen und Schreiben lernen kann. Das Kind muss Aufforderungen der Lehrperson sowie Anmerkungen und Antworten der Mitschüler eindeutig verstehen.
Weiterhin muss das Kind die Aufforderungen auch umsetzen, Sachverhalte sprachlich darstellen und vermitteln können. Versteht ein Kind nur unzureichend das Geschehen, etwa in der Schule, so kann es sehr schnell dem Unterrichtsgeschehen nicht mehr folgen. Es hat sehr wenige Positiv-Erlebnisse und so resultieren Motivationsverlust und Schulunlust. Kommen dann noch Kommunikationsschwierigkeiten mit den Mitschülern hinzu, kann auch daraus eine Schulangst und Schulverweigerung entstehen.
Eine Förderung zum Erlernen der deutschen Sprache für muttersprachlich nicht deutsche Kinder wird daher schon im Kindergartenalter für dringend notwendig gehalten. Darüber hinaus gilt es, auch das Sprechen zu fördern, vor allem in sozial schwächeren Einzugsgebieten. Um einen genaueren Überblick über die Fähigkeiten der Einschulungskinder hinsichtlich der deutschen Sprache zu bekommen, wird bei den Schuleingangsuntersuchungen eine Dokumentation auf dem neuen Untersuchungsbogen erfolgen.
Bedeutsam für das Schreiben lernen ist die motorische Entwicklung. Im Einschulungsjahr 2002 sind in Heidelberg und Rhein-Neckar-Kreis bei etwa 16% der untersuchten Kinder motorische Störungen aufgefallen, für die eine Förderung anzuraten ist. Sowohl Sprachentwicklungsstörungen als auch motorische Störungen werden bei Jungen signifikant häufiger festgestellt als bei Mädchen. Dies ist ein bekanntes Phänomen, dessen Ursache nicht wirklich bekannt ist. Es gibt dazu mehrere Hypothesen, z. B. eine unterschiedliche Hemisphärenreifung bei Jungen und Mädchen, die unterschiedliche Sozialisation von Jungen und Mädchen sowie zeitliche Unterschiede im allgemeinen Reifungsablauf zwischen den Geschlechtern.

1. 5. Schulempfehlung und Nationalität

Nach neueren Erkenntnissen in den Gesundheits- und Sozialwissenschaften besteht ein eindeutiger Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung (einschließlich unterschiedlich verteilter Bildungschancen) und Gesundheit.
Die PISA-Studie hat aufgezeigt, dass im deutschen Bildungssystem offensichtlich soziale Benachteiligungen fortgeschrieben werden. Dies galt es an den Daten der Heidelberger Kinderstudie[6] zu überprüfen (bezogen auf 3.908 Kinder, davon 287 nicht-deutscher Herkunft).

Die Ergebnisse sind eindeutig: Betrachten wir etwa die Schulempfehlung in der vierten Klasse der Grundschulen (*Tab.1,* bezogen auf alle vierten Klassen in Heidelberg und Rhein-Neckar-Kreis), so ergibt sich im Untersuchungsjahr 2000 ein gravierender Unterschied: Während annähernd 55 % der deutschen Kinder für das Gymnasium empfohlen werden, gilt dies für lediglich knapp 31 % der ausländischen Kinder. Umgekehrt gibt es für 44 % der ausländischen Kinder eine Hauptschulempfehlung, aber lediglich für 20% der deutschen.

Tab.1: Schulempfehlung aller 4. Klassen in HD und RNK 2000

Nationalität	**Schulempfehlung**			
	Hauptschule	**Realschule**	**Gymnasium**	**Sonstige**
Deutsch	19,32%	24,68%	54,98%	0,42%
Ausländer	43,90%	23,69%	30,66%	1,74%
Gesamt	21,70%	24,61%	53,17%	0,52%

Differenzieren wir nach Herkunftsländern, sind die Unterschiede noch deutlicher: Knapp 27 % der Kinder aus Ländern der Europäischen Union und der Schweiz haben eine Hauptschulempfehlung, also nur unwesentlich mehr als bei den deutschen Schulkindern, aber 62% der türkischen ViertklässlerInnen. Dazwischen liegen die Kinder osteuropäischer Herkunft mit gut 47 % Hauptschulempfehlung.
Lediglich bei den Realschulempfehlungen pendeln sich die Zahlen, unabhängig von der Herkunft, bei knapp 25% ein.

Die Kinder-Studie verweist noch auf einen anderen Zusammenhang: Zwischen Schulempfehlung und dem Ausmaß verhaltensbedingter Auffälligkeiten (gemessen mit dem Befragungsinstrument der Child Behavior Check List – CBCL-E nach Achenbach[7]) besteht ein enger Zusammenhang: Kinder mit Hauptschulempfehlung weisen eine zum Teil mehrfach höhere Belastung mit Verhaltensproblemen, beispielsweise im Bereich Aufmerksamkeitsstörungen, auf als etwa Kinder mit Gymnasialempfehlung (*Abb.1*). Das deutet darauf hin, dass unter den Kindern mit Hauptschulempfehlung eine größere Gruppe zu finden ist, die nicht wegen ihrer Bildungsprognose, sondern vor allem aufgrund einer negativen Bewertung ihrer sozialen Integrationsfähigkeit für keinen höheren Schulabschluss empfohlen werden. Von diesem Wirkungszusammenhang sind also Ausländerkinder offensichtlich überdurchschnittlich betroffen.
Wir können davon ausgehen, dass die Gründe dafür nur zum Teil in der besonderen Problematik von Sprachverständnis und Sprachvermögen liegen.

[6] Zuletzt: Haffner, J. u.a.: Lebenssituation und Verhalten von Kindern im zeitlichen Wandel, Heidelberg 2001 (im Selbstverlag: Praxisbüro Gesunde Schule c/o Rhein-Neckar-Kreis Gesundheitsamt)
[7] Vgl. Haffner u.a., S. 8

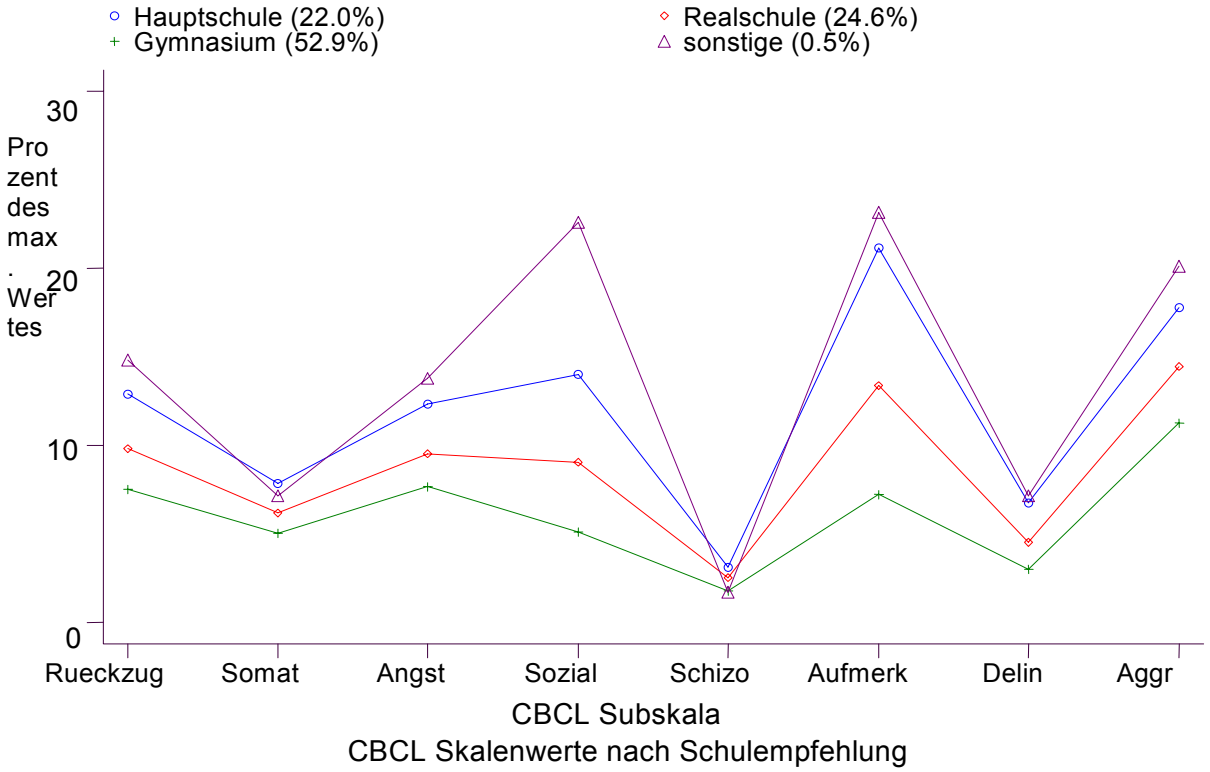


Abb.1: Zusammenhang Schulempfehlung und verhaltensbedingte Auffälligkeiten

Zurückstellung und Nationalität

Während aktuell die Zahl der Zurückstellungen von der Einschulung aufgrund einer „offenen" Einschulungspraxis („Schulanfang auf neuen Wegen") stark zurückgegangen ist, lassen sich die Zahlen für den Einschulungsjahrgang 1996 aufgrund der Erstbefragung zur Kinderstudie im selben Jahr unter Migrationsgesichtspunkten auswerten (vgl *Tab.2*).
Danach liegt die Zahl der Zurückstellungen bei ausländischen Kindern mit 9,32 % fast doppelt so hoch wie bei den deutschen (5,75 %). Die Entscheidung trifft vor allem Jungen: Bei deutschen Kindern sind die Jungen nur leicht überdurchschnittlich (6,89%) betroffen, bei den ausländischen Jungen liegt der Anteil der Zurückstellungen zwischen rund 12 Prozent bei Kindern aus EU-Ländern/der Schweiz und fast 15 % der türkischen Jungen.

Tab.2: Einschulung zurückgestellt in HD und RNK 1996

Nationalität	Einschulung zurückgestellt			
	Nein	**%**	**Ja**	**%**
Deutsche	3407	94,25%	208	5,75%
Ausländer	253	90,68%	26	9,32%
Gesamt	3660	93,99%	234	6,01%

„Sitzen bleiben“ und Nationalität

Nach Auskunft der befragten Eltern haben 5% der deutschen, aber mit fast 18% mehr als dreimal so viel ausländische Kinder während der ersten vier Grundschuljahre eine Klasse wiederholt (*Tab.3*), türkische Kinder sogar in fast 23 % der Fälle. Die Angaben bestätigen – unabhängig von der Ursachenanalyse - insgesamt das Bild einer „Benachteiligungs-Kultur“, deren Hintergründe – und Auswirkungen! – es genauer zu untersuchen gilt.
Dabei dürfte dem Aspekt einer intensivierten Sprachförderung größte Aufmerksamkeit zu widmen sein.

Tab.3: Klasse wiederholt in HD und RNK 2000

Nationalität	**Klasse wiederholt**					
	Nein	**%**	**Einmal**	**%**	**Zweimal**	**%**
Deutsche	3425	94,69%	182	5,03%	10	0,28%
Ausländer	237	81,44%	52	17,87%	2	0,69%
Gesamt	3662	93,71%	234	5,99%	12	0,31%

Kapitel 2: Arbeitsunfähigkeit und Nationalität

Analyse ausgewählter Krankenkassendaten (IKK)

Die folgende Auswertung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Der begrenzte Zugang zu den sog. Arbeitsunfähigkeitsdaten („AU-Daten“) der regional vertretenen Krankenkassen erlaubt es nicht, für die Gesamtheit aller Arbeitnehmer von Heidelberg eine repräsentative Aussage zum Krankheitsgeschehen zu machen. Dies gilt um so mehr für einzelne Personengruppen, in unserem Falle für Migranten.
Wir können aus den wenigen zur Verfügung stehenden Statistiken nur vorsichtige Rückschlüsse ziehen, inwieweit bestimmte Bevölkerungsgruppen unter spezifischen Lebensbedingungen charakteristische gesundheitsbezogene Belastungen aufweisen.
Die meisten Krankenkassen können keine differenzierten Daten zu Ausländern vorlegen. Unser besonderer Dank gilt daher der Innungskrankenkasse (IKK) Heidelberg für ihre Bereitschaft, diese Daten für uns herauszufiltern.

Unsere Analyse bezieht sich auf die von der IKK zur Verfügung gestellten AU-Daten des Jahres 2002 für das Stadtgebiet Heidelberg. Arbeitsunfähigkeitsdaten sind die anonymisierten Krankheitsdaten der Versicherten. Sie werden routinemäßig über die sogenannten AU-Bescheinigungen oder „Krankmeldungen“ erfasst, die der Arzt an die zuständige Regionaldirektion der IKK weiterleitet. AU-Daten enthalten Angaben zu Krankheitsart und –dauer sowie Alter und Geschlecht der Erkrankten.

Im Jahr 2002 betrug die Gesamtzahl der ganzjährig Versicherten bei der IKK Heidelberg 6.529, davon sind 848 Migranten (Frauen: 36,4 %, Männer: 63,6 %).

Der Krankenstand aller Versicherten betrug 6,0%, bei den Migranten 7,6 %. Es waren also von hundert Migranten durchschnittlich 7-8 Personen pro Kalendertag krankgeschrieben.

Auf hundert ganzjährig IKK-Versicherte entfielen 2002 insgesamt 2773 Arbeitsunfähigkeitstage und 181,7 Krankmeldungen.

Die Falldauer bzw. AU-Dauer gibt die durchschnittliche Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen an, die auf *eine* Krankmeldung entfallen. Für eine Arbeitsunfähigkeit von bis zu drei Tagen wird nicht immer eine AU-Bescheinigung ausgestellt; dadurch fällt die AU-Dauer in der Statistik geringfügig höher aus, als sie tatsächlich ist. Die durchschnittliche Falldauer der Gesamtgruppe IKK-Versicherter betrug demnach 14,3 Tage, bei den Migranten waren es 15,3 Tage.

AU – Daten Migranten nach den Krankheitsarten je 100 VJ*

Krankheitsarten	**AU-Tage je 100 VJ**				**AU-Fälle je 100VJ**			
	Migranten	%	Stadt HD	%	Migranten	%	Stadt HD	%
Neubildungen	46,2	1,7	57,2	2,6	1,1	0,6	1,4	0,9
Psychiatrische Erkrankungen	100,8	3,6	130,1	5,9	4,1	2,3	4,0	2,6
Kreislauferkrankungen	151,5	5,5	104,9	4,8	5,7	3,1	4,9	3,2

Krankheiten der Atmungsorgane	418,5	15,1	287,9	13,1	45,3	24,9	38,9	25,4
Muskel- und Skelett-erkrankungen	770,3	27,8	580,3	26,3	37,7	20,8	29,4	19,1
Verletzungen und Vergiftungen	488,1	17,6	393,1	17,8	26,8	14,7	20,3	13,2

*Ein Beschäftigter, der 365 Tage im Jahr versichert ist und davon 20 Tage krankgeschrieben war, hat einen anderen Krankenstand als ein Beschäftigter, der von nur 150 Tagen ebenfalls 20 Tage arbeitsunfähig war. Um diesen Effekt auszuschalten, werden nicht hundert *Personen* als Bezugsgröße genommen, sondern hundert *ganzjährig bei der IKK versicherte Personen* → „100 Versichertenjahre“

Aus der Tabelle geht klar hervor, dass Erkrankungen des Atmungssystems am häufigsten zur Arbeitsunfähigkeit führten, während Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems die längsten Ausfallzeiten herbeiführten. Mit dieser Reihenfolge entspricht die gesundheitliche Belastung von Migranten dem Durchschnitt aller ganzjährig Versicherten der IKK Heidelberg.

Betrachten wir zusammenfassend die Daten der IKK Heidelberg bezogen auf die ärztlich bescheinigten Krankheitsfälle bzw. deren durchschnittliche Dauer, dann lassen sich keine gravierenden Unterschiede zwischen der betroffenen Gesamtgruppe der Versicherten in Heidelberg und der Gruppe der Migrant/-innen feststellen.

Für die künftige Gesundheitsberichterstattung ist es von großem Interesse, dass auch die Krankenkassen-Spitzenverbände Kriterien für eine zielgruppensensible Datenanalyse ihrer Krankheitsstatistiken entwickeln, um eine aussagefähige Beschreibung des Zusammenhangs zwischen sozialem Status und Gesundheit zu ermöglichen und damit Chancenungleichheiten oder Aufklärungsbedarf zu erkennen.

Kapitel 4: Die gesundheitliche Lage von Frauen und Mädchen mit Migrationshintergrund

Im Juni 2002 lebten in Heidelberg 11.785 Migrantinnen (15,8% der weiblichen Gesamtbevölkerung); im gesamten Rhein-Neckar-Kreis 25.995 Migrantinnen (9,6% der weiblichen Bevölkerung)[8].
Migrantinnen in Heidelberg und dem Rhein-Neckar-Kreis sind eine heterogene Gruppe, deren Lebensbedingungen sich durch vielerlei Faktoren voneinander unterscheiden, zum Beispiel Staatsangehörigkeit[9], Einreisealter, Familienstand, Aufenthaltsdauer, Rechtsstatus, Bildung oder Schichtzugehörigkeit.
Obwohl das Gesundheitsverhalten von Frauen gegenüber Männern auch im interkulturellen Vergleich günstiger ist, bewirkt die doppelte Benachteiligung von Frauen nicht-deutscher Herkunft eine Ungleichstellung, die sie zu einer der einkommensschwächsten[10] und abhängigsten Gruppen der Gesellschaft macht. Sprach- und Kommunikationsbarrieren verhindern nicht nur den Zugang der Frauen selbst zu Informationen und staatlichen Institutionen, sondern auch den ihrer Kinder[11].
Gesundheit und Krankheit unterscheiden sich zwischen deutschen und ausländischen Frauen insbesondere durch die um ein mehrfaches höhere Belastungssituation sowie mangelndes Wissen über das deutschen Gesundheitssystems bei den Migrantinnen.
Obwohl es nicht möglich ist, ein genau umrissenes Bild der gesundheitlichen Situation von Migrantinnen zu zeichnen, ist die Problematik der Überbelastung durch eine Vielzahl von Problemen besonders bei älteren Arbeitsmigrantinnen häufig. Ein deutlicher Zusammenhang besteht auch in der Abhängigkeit der psychischen Situation der Migrantinnen von Erwerbstätigkeit[12] und rechtlichem Status. Fehlende Perspektiven z. B. durch Arbeitslosigkeit oder Arbeitsverbot erzeugen Ohnmachtsgefühle, die vor allem dann, wenn bei Ehepaaren einer der Partner über eine bessere (aufenthalts-) rechtliche Position verfügt[13], in manchen Fällen zu Abhängigkeit und im Extremfall zu Gewalt in der Beziehung führen kann.

---

[8] Gemeint sind Frauen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit. Spätaussiedlerinnen, die ebenfalls über eine Migrationsgeschichte verfügen, sind nicht mitgezählt.

[9] Die Nationalitätenvielfalt der Migrantinnen in Heidelberg und Rhein-Neckar-Kreis ist überdurchschnittlich hoch - bedingt zum Einen durch die universitäre Infrastruktur und zum Anderen durch die hohe Anzahl ausländischer Frauen, die mit einem deutschen Partner verheiratet sind.

[10] Der überwiegende Teil der Migrantinnen (54%) in der Bundesrepublik Deutschland finanzierte sich 1999 durch das Einkommen der Familie, 27 % bestritten den Lebensunterhalt durch eigene Erwerbstätigkeit, ein geringer Anteil von 3,2 % bezog Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe und 16% finanzierten sich durch sonstige Quellen. Erwerbstätige Migrantinnen arbeiten hauptsächlich im Dienstleistungsbereich, im verarbeitenden Gewerbe oder im Handel. Sie haben überproportional häufig Zugang zu Tätigkeiten mit niedrigem Status, geringer Bezahlung, geringen Aufstiegschancen und hohem Arbeitsplatzrisiko zum Beispiel in Reinigungsberufen (Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Integration, Migration und Flüchtlinge 2002:285).

[11] Vom Gesundheits- und Präventionsverhalten der Mutter, mithin auch ihrer Nutzung des Gesundheitssystems, hängt auch die Gesundheit ihrer Kinder ab. Die Mutter, die zumeist für Versorgung und Pflege zuständig ist, hat zudem auch die meisten Informationen über mögliche Krankheitsursachen ihrer Kinder. Siehe auch Kapitel 1 zur gesundheitlichen Situation von Kindern mit Migrationshintergrund.

[12] Für die in der BRD aufgewachsenen Migrantinnen haben Ausbildung und Beruf einen zentralen Stellenwert. Häufiger als ihre männlichen Altersgenossen erreichen sie weiterführende Schulabschlüsse. Trotz ihres großen Engagements bei der Ausbildungsplatzsuche bleibt im Bundesdurchschnitt ein Anteil von 43% der 20-30-jährigen Frauen ohne Berufsabschluss (Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Integration, Migration und Flüchtlinge 2002:286).

[13] Dies ist häufig in bikulturellen Ehen der Fall.

Zu den Gesundheitsrisiken für Migrantinnen zählen außerdem die vergleichsweise schlechten Arbeits- und Wohnverhältnisse, hohe Kinderzahlen und eine Unterversorgung vor allem durch präventive Angeboten.
Im Zusammenhang mit sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten kommt es immer wieder zu Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen. Auf beiden Seiten entsteht Unzufriedenheit; es kommt zu vermehrtem Arztwechsel (doctor hopping). Fehlversorgung durch nicht indizierte oder zu hoch dosierte Medikamente führt zu Chronifizierungen und damit zu erhöhten Kosten.

Seit dem Inkrafttreten des Asylbewerberleistungsgesetzes 1992 hat sich vor allem die Versorgungssituation für die Gruppe der Flüchtlinge[14] verschlechtert. Nach § 3 AsylbLG ist eine Nutzung des Gesundheitssystems nur in akuten Fällen möglich. Die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften, Essenspakete und andere Vorschriften des Sachleistungsprinzips verschärfen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Risiken, denen die Flüchtlinge ausgesetzt sind. Auch hinsichtlich der sehr begrenzten Möglichkeit einer Beschäftigungsaufnahme wirken sich die rechtlichen Beschränkungen aus. Entscheidendes Integrationshindernis ist hier die Regelung, dass Asylbewerber für die Dauer der Unterbringung in der Aufnahmeeinrichtung, mindestens jedoch für ein Jahr, keinen Beruf ausüben dürfen[15]. Mit den Ziel der beruflichen Integration und Qualifizierung für Flüchtlinge werden in Heidelberg (zusätzlich zur Flüchtlingsberatung der freien und kirchlichen Träger) seit 2002 durch die Projekte QUASIE[16] und Qualibike[17] Maßnahmen wie zum Beispiel Sprachkurse, Vermittlung von Ausbildungs- und Schulabschlüssen sowie Praktika angeboten.

Unabhängig von der jeweiligen Herkunftskultur berichten Migrantinnen überdurchschnittlich häufig verschiedene somatoforme Schmerzstörungen (vor allem Kopf- und Magenschmerzen) auf. Es handelt sich dabei um Krankheitsbilder, die im Zusammenhang mit belastenden Faktoren der Migration entstehen. Zu den wichtigsten Belastungsfaktoren zählen: Rechtsunsicherheit, Fremdenfeindlichkeit sowie der Verlust familiärer Bindungen und sozialer (Unterstützungs-) Strukturen des Herkunftslandes[18].

---

[14] Zu den Flüchtlingen zählen in Deutschland neben den Asylbewerbern auch die Asylberechtigten, De-Facto-Flüchtlinge, Konventionsflüchtlinge und Kontingentflüchtlinge. Ein hoher Prozentsatz der Flüchtlinge leidet an den Folgen der Fluchtursachen. Schätzungsweise sind 20-30 % derjenigen, die nach Westeuropa kommen, gefoltert worden oder haben andere schwere seelische Verletzungen erlitten. Schwer traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer, die vornehmlich von karitativen Einrichtungen versorgt werden, zeigen gewöhnlich vielfältige Syndrome, zu denen neben Schmerzen, Krämpfen, Magen-Darm- sowie Gelenk- und Muskelbeschwerden vor allem Phobien, Wutausbrüche und sog. Flashbacks (Wiedererleben des Traumas) gehören.

[15] Personen, die im Besitz einer Aufenthaltsgestattung oder Duldung sind, dürfen frühestens nach einem Jahr Wartezeit einen Antrag auf Arbeitserlaubnis für eine erstmalige Beschäftigung stellen. Im Rahmen des Arbeitserlaubnisverfahrens wird unter anderem geprüft, ob für die auszuübende Tätigkeit keine bevorrechtigten Arbeitnehmer zur Verfügung stehen (dies sind Deutsche, EU-Ausländer, Ausländer mit einer Aufenthaltsberechtigung oder unbefristeten Aufenthaltserlaubnis sowie Ausländer mit Anspruch auf eine Arbeitsberechtigung).

[16] Das Projekt QUASIE (Qualification for Asylum Seekers in Europe) ist im Rahmen der EU-Gemeinschaftsinitiative EQUAL vom Volkshochschulverband Baden-Württemberg e. V. zusammen mit zehn Partnern aus Flüchtlingsarbeit, Wohlfahrtspflege, Berufs- und Weiterbildung konzipiert worden.

[17] Das Projekt Qualibike – ein Ausstattungs, - Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekt für Flüchtlinge des VbI (Verein zur beruflichen Integration und Qualifizierung) bietet die Möglichkeit der Qualifizierung im Fahrradreparatur- und Metallbereich.

[18] So ist zum Beispiel für die Gruppe der Heiratsmigrantinnen vor allem vor dem Erwerb der deutschen Sprache Isolation einer der Hauptbelastungsfaktoren.

Den spezifischen Belastungen, denen Migrantinnen ausgesetzt sind, stellen sie eine Reihe von Ressourcen gegenüber: Die Mitarbeiterinnen des Internationalen Frauenzentrums heben die Flexibilität und Kreativität vieler Migrantenfamilien hervor, die erfolgreich neuen Berufsperspektiven und Lebenswegen nachgehen, auch wenn sie von der angestrebten höheren Position im Herkunftsland Abstand nehmen müssen. Bikulturelle Familien integrieren mit großer Bereicherung - vor allem für die Kinder - zwei Kulturen. In der Schwangerenberatung gibt es Kontakt mit vielen alleinstehenden Frauen, die trotz fehlender Unterstützung den Mut und die Kraft aufbringen, ein Kind selbstständig zu erziehen.
Der größte Versorgungsengpass von Migrantinnen in Heidelberg und Rhein-Neckar-Kreis besteht in der psychotherapeutischen Behandlung. Hervorgehoben wird hier der Bereich der psychischen Nachsorge nach Suizidversuchen und allgemein nach Aufenthalt in der Psychiatrie. Da es nur wenige muttersprachliche Therapeutinnen bzw. Angebote gibt, wiegt es besonders schwer, dass von den Krankenkassen bislang weder Dolmetscherkosten, noch solche für familientherapeutische Maßnahmen übernommen werden. Dazu kommt, dass ein Teil der Migrantinnen aufgrund mangelnden Selbstwertgefühls oder/und fehlenden Bewusstseins[19] nicht von Anfang an die deutsche Sprache erlernt. Andere haben zwar die Absicht, Deutsch zu lernen, finden aber bezüglich der Betreuung ihrer Kinder keine geeignete Lösung. Als Maßnahme wird daher empfohlen, vermehrt Deutschkurse mit Kinderbetreuung anzubieten.
Interkulturelle Kompetenz im Sinne einer offenen, annehmenden Grundhaltung ist nach Ansicht der Expertinnen des Internationalen Frauenzentrums die wichtigste Voraussetzung für Therapieerfolg und gesundheitliches Wohlergehen der Migrantinnen. Die Problematik der Arzt-Patientinnen-Kommunikation besteht in vielen Fällen darin, dass die Migrantinnen aufgrund ihrer unterschiedlichen (Erfahrungs-) Hintergründe nicht verstehen, um was es geht und was von ihnen erwartet wird, während die Mediziner aus ihrer Sicht oft keine Verständigungsprobleme erkennen können. Erfolgreiche interkulturelle Kommunikation erfordert aber nicht nur Sensibilität im Umgang mit sprachlichen und kulturellen Differenzen, sondern auch Zeit für die Patientinnen – ein Problem, von dem nicht nur Migrantinnen betroffen sind.
Um den speziellen Bedürfnissen der Migrantinnen Rechnung zu tragen und einen gleichberechtigten Zugang zu den Institutionen unseres Gesundheitssystems zu ermöglichen, wird eine Orientierung an den Empfehlungen der Integrationsbeauftragten der Bundesregierung zur Interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens[20] vorgeschlagen. Demnach soll vor allem der Aufbau von interkulturellen Teams auf allen Ebenen des Gesundheitssystems vorangetrieben werden[21], beispielsweise durch die Gewinnung von Mitarbeiter/innen mit bikulturellen und bilingualen Fähigkeiten. Zur Minderung der Verständigungsprobleme als größter Barriere sollen effektive Dolmetschersysteme entwickelt werden. Besonderes Augenmerk soll auf die Aus-, Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals gelegt werden. Hier ist die Aufnahme von interkulturellen Inhalten unbedingt notwendig, um den Bedürfnissen der Migrantinnen angemessen begegnen zu können.

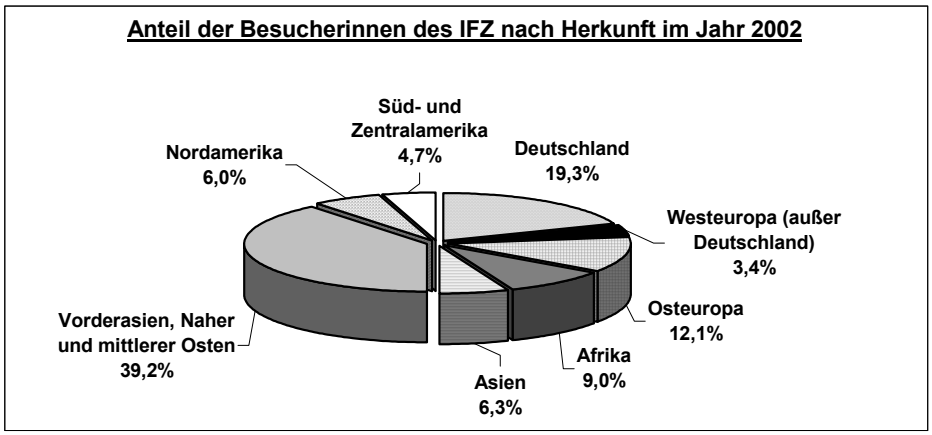
---

[19] Gemeint ist das fehlende Bewusstsein, dass es notwendig ist, die Sprache des Aufnahmelandes zu lernen und dass es nicht ausreicht, wenn der Ehemann die deutsche Sprache spricht.
[20] Siehe zum Beispiel in: Beauftragte der Bundesregierung für Integration, Migration und Flüchtlinge 2002. Bericht der Beauftragten über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin und Bonn, S. 213-212.
[21] Im Sinne einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung, die sich als Querschnittsaufgabe begreift, ist eine vergleichbare Personal- und Organisationsentwicklung ebenso für die Bereiche Bildung und Verwaltung notwendig.

Maßnahmen einer wirkungsvollen Gesundheitsförderung sollen sich am Ziel der interkulturellen Öffnung orientieren. Angeregt werden zum Beispiel die Erstellung ggf. mehrsprachiger Infobroschüren bei den Krankenkassen, in denen Mitarbeiter/-innen nicht-deutscher Herkunft vorgestellt werden – so sehen die beitragszahlenden Kundinnen, dass vor Ort jemand da ist, der sie versteht. Um Fehldiagnosen, Chronifizierungen, lange Verweildauern und damit verbundene Kostensteigerungen zu vermeiden, sollen die Leistungen von Dolmetscherdiensten von den Krankenkassen übernommen werden. In den Verwaltungen des öffentlichen Dienstes ist eine Honorarübernahme für Dolmetscherleistungen bislang nur in Einzelfällen möglich. Eine verbesserte Verständigung wäre daher nicht nur im Sinne der Migrantinnen, sie brächte auch in eine deutliche Entlastung der Mitarbeiter/-innen des öffentlichen Dienstes.

2. Die Arbeit des Internationalen Frauenzentrums[22]

Seit seiner Gründung 1991 hat das Internationale Frauenzentrum Heidelberg e. V. als sozialmedizinische und psychosoziale Beratungsstelle für Migrantinnen und ihre Familien entscheidend zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen in Heidelberg und dem Rhein-Neckar-Kreis beigetragen. Ausschlaggebend dafür ist nicht nur das transkulturelle und ganzheitliche Beratungsangebot des Zentrums, sondern auch seine Funktion als erste Kontaktstelle für Migrantinnen mit dem hiesigen Gesundheitssystem. Hier nimmt es eine vermittelnde und vernetzende Rolle mit anderen Institutionen und Fachleuten des Gesundheitswesens ein. Das interdisziplinäre Team aus Mitarbeiterinnen verschiedener Herkunft und Sprachen bietet außerdem vielfältige Informationen für Fachleute, die Fragen im Zusammenhang mit der Behandlung oder Begleitung von Migrantinnen haben.
Im Jahr 2002 wurden in den Bereichen Ehe-, Familien und Lebensberatung, sowie Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung des Internationalen Frauenzentrums insgesamt 977 Beratungsgespräche mit Migrantinnen durchgeführt, davon 701 persönliche Kontakte und 276 telefonische Beratungen. Die Klientinnen kamen aus 65 verschiedenen Ländern; die Beratungen wurden in 17 Sprachen durchgeführt.



[22] Anerkannte Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensberatung sowie Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung.

Herkunft	Anzahl	Anteil in %
Deutschland	135	19,3
Westeuropa (außer Deutschland)	24	3,4
Osteuropa	85	12,1
Afrika	63	9,0
Asien	44	6,3
Vorderasien, Naher und mittlerer Osten	275[23]	39,2
Nordamerika	42	6,0
Süd- und Zentralamerika	33	4,7
Besucherinnen Gesamt	701	100

D: 135 Besucherinnen (davon 56 eingebürgerte Frauen und Aussiedlerinnen)

Die Sprachenvielfalt der Mitarbeiterinnen[24] wird durch den vom IFZ fortgebildeten und seit 1998 bestehenden Dolmetscherdienst ergänzt. Das Beratungsangebot in diesen zusätzlichen Sprachen[25] wird durch die Dolmetscherinnen auch an andere Institutionen wie z. B. Frauenhaus, Psychiatrie, Kinderklinik, Asylbewerberunterkunft Schwetzingen usw. vermittelt.
Thema nahezu aller Beratungsgespräche war zumindest indirekt auch die Verarbeitung von Migrationserfahrungen. Problematisch vor allem bei ausländischen Studentinnen, Asylbewerberinnen und Flüchtlingen ist der Umstand, dass sie kaum Anspruch auf finanzielle Unterstützung während und nach der Schwangerschaft haben. Im Bereich der Ehe- und Familienberatung wurden folgende Problematiken am häufigsten genannt: Krisen in der Familie oder Ehe, Gewaltsituationen, Generationskonflikte sowie Schwierigkeiten in binationalen Partnerschaften. Migrantinnen, die sich erst seit kurzer Zeit in Deutschland aufhalten, benötigten allgemeine Aufklärung über das deutsche Gesundheitswesen, das Schulsystem, Arbeitsmöglichkeiten usw. Häufige Inhalte der Beratung waren neben den Orientierungsschwierigkeiten im deutschen Gesundheitssystem psychosomatische Beschwerden der Migrantinnen. Beratungsbedarf bestand außerdem zu sozialrechtlichen Fragen im Rahmen des Ausländer- und des Asylbewerberleistungsgesetzes.
Zu den vom Internationalen Frauenzentrum durchgeführten Gruppenangeboten gehören Gesundheitsnachmittage zur Frauengesundheit mit Themen wie: Klimakterium, Basiskenntnisse und Funktion der weiblichen Geschlechtsorgane, Familienplanung, Brustselbstuntersuchung sowie Schwangerschaft und Geburt. Zudem finden Integrationskurse statt, um die Kommunikationsfähigkeit der Migrantinnen im Alltag zu stärken.

[23] Die größte Gruppe bilden Frauen aus Vorderasien und dem Nahen und Mittleren Osten. Dabei sind die Türkinnen in der Mehrzahl (168 Frauen).
[24] Deutsch, Englisch, Französisch, Italienisch, Spanisch, Türkisch.
[25] Albanisch, Arabisch, Chinesisch, Eritreisch, Französisch, Irakisch, Japanisch, Polnisch, Portugiesisch, Rumänisch, Russisch, Serbokroatisch, Thailändisch, Tigrinia und Türkisch.

Kapitel 4: Die Gesundheitliche Lage von Spätaussiedlern

Typische Problemlage der Aussiedler/-innen in Heidelberg[26] ist die Wohnraumsituation, insbesondere durch die geringe Anzahl bezahlbarer Wohnungen. Der Aufenthalt in den beengten Verhältnissen der Übergangswohnheime[27] beträgt daher durchschnittlich 1,5 Jahre statt der empfohlenen 6 Monate[28]. Diese Situation erhöht die Anzahl auftretender Konflikte, die sich vor allem in Verbindung mit Alkoholmissbrauch besonders belastend für Mitbewohner der Wohngemeinschaften auswirken.
Die größte Gesundheitsproblematik der Spätaussiedler/-innen in Heidelberg und Rhein-Neckar-Kreis stellt der Suchtmittelmißbrauch vor allem der männlichen Spätaussiedler dar. Dabei steht Alkohol als eine klassische „Männersache" an erster Stelle. Alkoholkonsum wird nicht als Problem wahrgenommen, sondern ist Teil der Lebenskultur[29], wobei eine im Vergleich zu Einheimischen wesentlich höhere Alkoholtoleranz beobachtbar ist. Alkoholsucht wird auch von Frauen, deren Ehepartner erkrankt sind, weitgehend hingenommen[30]. Ein enger Zusammenhang besteht mit Perspektiv- bzw. Arbeitslosigkeit der Erkrankten. Ein begonnenes Arbeitsverhältnis führt zumeist zu einem spürbaren Rückgang des Konsums.
Auch Aussiedlerinnen sind mehrfach belastet. So resultieren aus der Erfahrung beruflicher Degradierung, Arbeitslosigkeit etc. nicht selten psychische Störungen: Vor allem Frauen ab 40 Jahren reagieren mit depressiven Erkrankungen auf den Verlust der Berufsrolle, gehen jedoch die Probleme im allgemeinen aktiver an als die Männer. Die Erfahrungen zeigen, dass Frauen sehr viel schneller Deutsch lernen[31], Beratungsangebote aufsuchen, sich gut informieren, an Umschulungen teilnehmen und schneller und besser in den Arbeitsmarkt zu integrieren sind.
Die am stärksten gefährdete Gruppe in Bezug auf Suchtmittelmissbrauch sind die Jugendlichen, die oftmals nicht aus eigener Entscheidung, sondern ihren Eltern nach Deutschland kommen. Wenn sie, wie es häufig der Fall ist, im Alter von ca. 15 Jahren einreisen, sind ohne eine entsprechende (Sprach-) Förderung auf den allgemeinbildenden Schulen die Chancen auf einen Schulabschluss und die erhoffte Integration in den Arbeitsmarkt schlecht. Perspektivlosigkeit ist die Hauptursache[32], die im Zusammenhang

---

[26] Von dieser Problematik sind in Heidelberg alle sozial Benachteiligten betroffen. Zwar gibt es in Heidelberg im Gegensatz zum Rhein-Neckar-Kreis eine Anzahl von Wohnungsbaugesellschaften, jedoch können auch diese den hohen Bedarf an Wohnraum nicht decken. Hinzu kommt der Wunsch der Mehrheit der Aussiedler/-innen, in bestimmten Stadtteilen (z. B. Kirchheim) zu wohnen, in denen schon Aussiedler/-innen ansässig sind - hier bietet der Gruppenverband und die gemeinsame Sprache Vertrauen und Sicherheit. Der Stadtteil, in dem die Spätaussiedler/-innen ihre erste Zeit in Deutschland verbracht haben sind zu einem Stück neuer Heimat geworden, die sie ungern gleich wieder verlassen möchten. Gegen eine Ghettoisierung sprechen sich die befragten Expert/-innen jedoch aus.

[27] In den Übergangswohnheimen wohnen jeweils drei Familien zusammen, die sich Küche, Bad und Toilette teilen. In dieser Wohneinheit steht einer ganzen Familie jeweils ein einziges Zimmer von ca. 16 Quadratmeter zu.

[28] Diese Regelung ist eine Richtlinie des Regierungspräsidiums Karlsruhe. Ihre Umsetzung zieht nicht selten Konflikte zwischen Verwaltungsangestellten und Aussiedlerfamilien nach sich.

[29] Wodka zu haben, bedeutet, dass es einem gut geht. Eine Feierlichkeit ohne Wodka ist – wie im Übrigen vergleichbar bei Einheimischen in Bezug auf Bier, Wein etc. - kaum denkbar.

[30] Ein Anteil von mindestens 90 Prozent der alkoholabhängigen Spätaussiedler sind Männer. Von der damit häufig einhergehenden Gewalt sowie finanziellen Notlagen sind nicht nur die Frauen, sondern auch die Kinder betroffen.

[31] In vielen Fällen sind es die Frauen, die im Gegensatz zu ihren Männern die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen und bei der Einreise schon Grundkenntnisse der deutschen Sprache haben, während die Männer mit russischer Staatsangehörigkeit keine Vorkenntnisse mitbringen.

[32] Ein (im Vergleich zu Einheimischen) erhöhtes Risikoverhalten der Spätaussiedlerjugendlichen ist ein weiterer Punkt, der in Gesprächen mit Experten häufig genannt wird, allerdings nicht Thema der diesem Text zugrundeliegenden Interviews war.

mit dem Konsum harter Drogen genannt wird. Die erhöhte Zahl der Heroinabhängigen im Rhein-Neckar-Kreis stellt eine kaum zu bewältigende Herausforderung an die Beratungsstellen aller Träger dar. Die Einrichtung einer Drogenberatungsstelle in Leimen, die die erforderlichen Fachkompetenzen bereitstellen soll, wird daher als dringend notwendig erachtet. Die Suchtproblematik, so die Expert/-innen der Beratungsstellen, sei jedoch keineswegs ein aussiedlerspezifisches Problem.
Eine überdurchschnittlich hohe Zahl an Krebserkrankungen wird vor allem bei den Spätaussiedlern aus der Ukraine beobachtet und auf die atomare Katastrophe 1986 in Tschernobyl sowie die Atomwaffentests der ehemaligen Sowjetunion zurückgeführt. Jährlich sterben in Heidelberg 2-3 Spätaussiedler/-innen vor allem an Leukämie und Schilddrüsenkrebs.
Das bundesweit erhöhte Auftreten der Infektionskrankheiten Tuberkulose und Syphilis bei SpätaussiedlerInnen lässt sich für Heidelberg und den Rhein-Neckar-Kreis bisher nicht bestätigen.
Belastungsfaktoren und damit Gesundheitsrisiken für Spätaussiedler/-innen quer durch alle Altersgruppen sind beengte Wohnverhältnisse, Schwierigkeiten bei der Arbeits- und Ausbildungsplatzsuche, Ausgrenzungserfahrungen und Benachteiligungen, Sehnsucht nach der alten Heimat sowie vor allem Arbeitslosigkeit bzw. die Schwierigkeit, Arbeit zu finden. Depressionen im Zusammenhang mit dem Verlust der ehemaligen Berufsrolle treten vor allem dann auf, wenn die mitgebrachte Qualifikation nicht anerkannt wird oder man in Deutschland mit seiner Ausbildung nichts anfangen kann[33].
Als auffälliger Unterschied in Bezug auf Gesundheit und Krankheit von Spätaussiedler/-innen und einheimischen Deutschen lässt sich die größere Belastbarkeit der Spätaussiedler/-innen - bedingt vor allem durch die Anpassung an erschwerte Lebensbedingungen in den Herkunftsländern - anführen.
Spätaussiedler/-innen in Heidelberg und Rhein-Neckar-Kreis leiden weniger häufig an Allergien, was durch Verwendung einer geringen Vielfalt an Reinigungsmitteln, Pflegeprodukten und verschiedenen Zusatzstoffen in Lebensmitteln sowie der weniger sterilen Umgebung in den Herkunftsländern erklärt wird.
Bedingt hauptsächlich durch eine traditionell fettreiche Ernährung treten bei erwachsenen Spätaussiedlern häufiger als bei Einheimischen Herz-Kreislauferkrankungen auf. Die trotz dieser Ernährungsgewohnheiten beobachtete geringe Anzahl übergewichtiger Kinder wird auf deren größere Aktivität im Freien zurückgeführt.
Der Präventionsgedanke ist nach den Erfahrungen der Expert/-innen bei Spätaussiedler/-innen wenig im Bewusstsein verankert. Ärztliche Hilfe wird daher fast ausschließlich in akuten Situationen aufgesucht.
Versorgungsdefizite der Spätaussiedler/-innen in Heidelberg und Rhein-Neckar-Kreis bestehen vor allem im Bereich psychosozialer Notlagen. Hier fehlen etwa Angebote russischsprachiger[34] Psychotherapie. Eines solches Angebot und dessen Akzeptanz erfordert sensible Aufklärung, da aus der früheren Sowjetunion fast ausschließlich medikamentöse Zwangsbehandlungen in Fällen akuter psychotischer Krankheitsbilder bekannt sind[35].
Spezifische Defizite wurden auch hinsichtlich der Aufklärung über das deutsche Gesundheitssystems beschrieben. Beispielsweise gibt es hier statt der gewohnten Polikliniken verschiedene Fachärzte, die einzeln aufgesucht werden müssen. Unkenntnis

[33] So gibt es z. B. hierzulande den Beruf des Melkers nicht (mehr); während ein Ingenieur in Deutschland höher qualifiziert ist als in den Staaten der ehemaligen Sowjetunion.
[34] Dadurch wird nicht nur eine sprachliche Verständigung, sondern auch eine Vertrauensbasis ermöglicht.
[35] Es gab weder psychotherapeutische Angebote, noch Selbsthilfegruppen etc. Depressive Erkrankungen wurden nicht anerkannt.

und teilweise Unverständnis besteht gegenüber dem deutschen „Zuzahlungssystem“ der Krankenkassen[36] sowie den Freistellungsmöglichkeiten für Kinder.
Im Zusammenhang mit den überdurchschnittlich häufigen Krebserkrankungen gewinnt die Aufklärung über Angebote der Krebsvorsorge an Relevanz. Außerdem werden niedrigschwellige Informationsangebote zu gesunder Ernährung und Suchtprävention als notwendig erachtet. Zum Stichwort „Aufklärung“ fällt den Expert/-innen aber noch etwas anderes ein: Manchmal wäre es vordringlicher, die einheimischen Deutschen darüber aufzuklären, dass AussiedlerInnen nicht etwa „alles bekommen“. So steht hinter einem erfolgreichen Niederlassen wie zum Beispiel Hausbau zumeist die (materielle) Hilfe eines großen Familienverbandes.
Eine verbesserte schulische und berufliche Integration durch geeignete Fördermöglichkeiten ist nach Ansicht der Expert/-innen für die Verbesserung der Situation der Spätaussiedler/-innen in Heidelberg und Rhein-Neckar-Kreis am dringlichsten. Schwerpunkte dabei sollen eine geeignete Sprachförderung, Ausbildungsplätze für Jugendliche sowie Umschulungsmaßnahmen sein. Da die Berufsfachschulen einer großen Anzahl von Bewerbern gegenüberstehen und zu den Aufnahmebedingungen neben einem Schulabschluss zumeist Englischkenntnisse zählen, die zusätzlich zur deutschen Sprache erworben werden müssen, scheitern viele Jugendliche an diesen Hürden. Neben berufsqualifizierenden Maßnahmen des Arbeitsamtes wird daher die Schaffung einer größeren Anzahl von Plätzen an Berufsfachschulen empfohlen. Entscheidend für die Integration bleibt aber eine möglichst frühzeitige Sprachförderung. Um gewährleisten zu können, dass die Teilnahme an den Sprachkursen tatsächlich zur angestrebten Steigerung der Deutschkenntnisse führt, wird nicht nur auf den positiven Effekt heterogener Gruppen[37], sondern auch auf die Notwendigkeit von Lernkontrollen durch Tests und Prüfungen hingewiesen. Innerhalb der Sprachkurse könnten auch suchtpräventive Inhalte vermittelt und Hospitationen in Institutionen des Gesundheitswesens durchgeführt werden. Frühzeitige und effiziente Angebote der Sprachförderung sind aus dieser Sicht als Präventionsstrategie einer kostenintensiveren späteren gemeinwesenorientierten Arbeit vorzuziehen.
Ohne eine entsprechende Haltung und Qualifikation der Mitarbeiter von öffentlichen Diensten und Verbänden in Stadt und Kreis gegenüber den Aussiedler/-innen können jedoch auch Fördermaßnahmen nicht greifen: Zuhören können, Empathie, geduldiges Nachfragen und „Sortieren“ des Gesagten sind Eigenschaften und Fähigkeiten, die für eine gelungene interkulturelle Verständigung ausschlaggebend sind. Auf diese Weise können Bürgerorientierung und die Qualität administrativer Abläufe, Arbeitsvermittlung etc. ebenso optimiert werden wie Lernsituationen im Kontext von Schule und Weiterbildung.

[36] So müssen die Patienten z. B. für Tagegeld im Krankenhaus, Zahnersatz etc. selbst aufkommen, während Gesundheitsfürsorge in den Staaten der ehemaligen Sowjetunion kostenfrei war.
[37] Eine Zusammensetzung der Sprachkurse aus Migranten unterschiedlicher Herkunft würde verhindern, dass dort hauptsächlich russisch gesprochen wird bzw. die Motivation erhöhen, erworbene deutsche Sprachkenntnisse aktiv anzuwenden.