



„Wenn sowieso das Zeitfenster eng, die Termine rar sind dann sind das natürlich die Leute, die als erstes hinten runterfallen“

Abschlussbericht Migration und Gesundheitsversorgung Baden-Württemberg (MiG BaWü)

Projektlaufzeit: Oktober 2022 - März 2023

Projektleitung: Prof. Dr. Ulrike Kluge

Projektmitarbeitende: Laura Hertner, Steffen Schödwell

AG transkulturelle Psychiatrie, Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie, Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION
Finanziert aus Mitteln, die der Landtag Baden-Württemberg beschlossen hat.

Inhalt

| | |
|---|----|
| Hintergrund..... | 3 |
| Zielsetzung des Projektes..... | 4 |
| 1. Modul: Recherche..... | 4 |
| 1.1. Vorgehen..... | 4 |
| 1.2. Ergebnisse | 5 |
| 2. Modul: Expert*innen-Gespräche..... | 8 |
| 2.1. Selektion und Rekrutierung Expert*innen für Gespräche | 9 |
| 2.2. Durchführung der Expert*innen-Gespräche..... | 10 |
| 2.3. Stichprobenbeschreibung der Expert*innen-Gespräche..... | 10 |
| 2.4. Analyse der Expert*innen-Gespräche..... | 11 |
| 2.5. Limitationen | 11 |
| 2.6. Ergebnisse der Expert*innen-Gespräche..... | 11 |
| 3. Modul: Online-Umfrage zum Stand der interkulturellen Öffnung | 32 |
| 3.1. Rekrutierung der Teilnehmenden für die Online-Umfrage | 32 |
| 3.2. Methodik und Erhebungsinstrument der Online-Umfrage | 33 |
| 3.3. Stichprobenbeschreibung | 34 |
| 3.4. Limitationen | 34 |
| 3.5. Ergebnisse Online-Umfrage | 36 |
| 4. Modul: Netzwerke | 42 |
| Projektwerkstätte Fortbildungen..... | 43 |
| Projektwerkstätte Brückenbauer*innen..... | 43 |
| Projektwerkstätte Netzwerk- und Vermittlungsstrukturen..... | 44 |
| 5. Zusammenfassung & Handlungsempfehlungen | 44 |
| M2: Expert*innen-Interviews: Kernbeobachtungen | 44 |
| M3: Online-Befragung zum Stand der interkulturellen Öffnung in der Krankenhaus-versorgung: zentrale Ergebnisse | 45 |
| Handlungsempfehlungen:..... | 45 |
| Literatur | 47 |
| Anhang | 49 |

Hintergrund

Empirische Untersuchungen deuten darauf hin, dass im Bereich der medizinischen Versorgung keine gleichberechtigte und gleichwertige Teilhabe von Menschen mit Flucht- und Migrationsgeschichte vorliegt (z.B. Devillé et al., 2011; Penka et al., 2015; Klein & von dem Knesebeck, 2018). Ein zentraler Grund hierfür wird in einer noch immer mangelhaft umgesetzten Interkulturellen Öffnung von medizinischen Institutionen vermutet (Weber et al., 2020). Die Interkulturelle Öffnung ist ein Konzept der Organisationsentwicklung, welches umfassende Veränderungen auf Struktur-, Personal-, Prozess- sowie Ergebnis-Ebene anstrebt (siehe Abb. 1) mit dem Ziel, die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Migrationsgeschichte an Versorgungsstrukturen zu erreichen (Handshuck & Schröer, 2002). Der mangelnden Umsetzung der Interkulturellen Öffnung in Gesundheitseinrichtungen steht gegenüber, dass seit vielen Jahren entsprechende Leitlinien und Kriterien guter Praxis zur Verfügung stehen (z.B. Devillé et al., 2011; Priebe et al., 2011, Machleidt, 2002; Penka et al., 2015). Darüber hinaus ist die „Interkulturelle Öffnung“ auch im Nationalen Integrationsplan festgeschrieben (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2021).

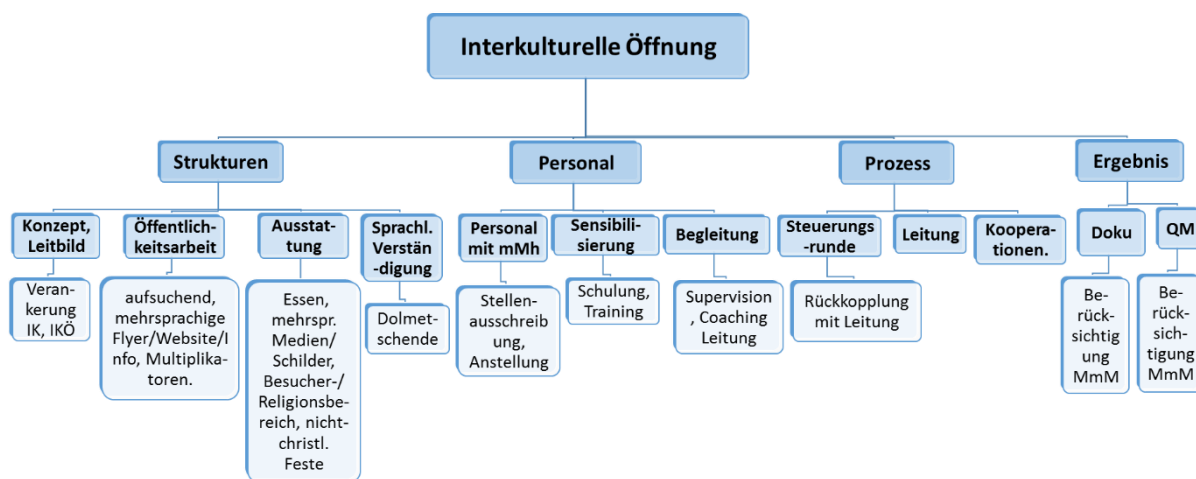


Abbildung 1: Stellschrauben der interkulturellen Öffnung auf Struktur-, Personal-, Prozess- und Ergebnisebene. (Quelle: Vortragsfolien von TransVer, www.transver-berlin.de)

Auch die Landesregierung Baden-Württemberg setzt seit dem PartIntG 2015 ebenfalls auf interkulturelle Öffnung (§6). Eine interkulturelle Öffnung sozialer Dienste oder explizit des Gesundheitswesens, wie sie seit den 90er Jahren diskutiert wird (Barwig & Hinz-Rommel, 1995), ist bislang nicht festgeschrieben. So kann davon ausgegangen werden, dass auch in Baden-Württemberg hinsichtlich der medizinischen Versorgung bislang kein „automatisches Mitdenken interkultureller Belange“ (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, n.d.) stattfindet. Vor dem Hintergrund, dass der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in Baden-Württemberg mit 34,7% deutlich über dem bundesweiten Durchschnittsanteil von 26,7% liegt (Bundeszentrale für politische Bildung, 2022), gilt es eine Interkulturelle Öffnung im Sinne einer gleichberechtigten Teilhabe zu fördern.

Grundsätzlich werden in der Forschung Zugangsbarrieren erster und zweiter Ordnung, also vor und nach der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten unterschieden (Czycholl, 2017). Bezogen auf die Zugangsbarrieren erster Ordnung zeigen Studien beispielsweise, dass Menschen mit

Migrationsgeschichte häufig nur schwer von Präventionsmaßnahmen erreicht werden (Walter, Salmann, Krauth & Machleidt, 2007) und medizinische Behandlungen mit Verzögerungen in Anspruch nehmen (Burgess et al., 2008; Wamala et al., 2007). Solche Formen der Unter- bzw. Fehlversorgung, bringen – ebenso wie Überversorgung - vermeidbare, negative Konsequenzen für Patient*innen und Gesundheitsdienste mit sich.

Aus umfangreichen empirischen Untersuchungen wissen wir, dass Zugangsbarrieren und Gründe für Fehlversorgung nicht nur auf Seiten der Menschen mit Migrationsgeschichte zu verorten sind. Ein Verständnis und Lösungsansätze, die die institutionelle Ebene der versorgenden Institutionen und damit u.a. institutionelle Formen der Diskriminierung umfassen, sind unabdingbar. Im Jahr 2017 erkannte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Formen von Diskriminierung im Gesundheitswesen inklusive ihrer weitreichenden Auswirkungen an und forderte ein Ende der Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung (WHO, 2017).

Ein zentrales Thema der interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens ist u.a. die Implementierung professioneller Sprach- und Kulturmittlungsangebote. Das vor kurzem abgeschlossene Projekt „[TransVer neXus – Interkulturelle Öffnung der Berliner Krankenhäuser](#)“ im Kontext der Berliner Krankenhausversorgung fokussierte u.a. den Umgang mit Sprachbarrieren in der Versorgung von Menschen mit geringfügigen Deutschkenntnissen. Die Ergebnisse verdeutlichen, wie die fehlende Kostenübernahme für die Sprachmittlungsleistung vor dem Hintergrund der fortschreitenden Ökonomisierung im Gesundheitssystem Ausschluss, Mangel- oder Minderbehandlung sowie Rassismus und Diskriminierung, z.B. in Form von Kulturalisierungen, gegenüber Menschen mit Flucht- und Migrationsgeschichte fördert.

Zielsetzung des Projektes

Ziel des Forschungsvorhabens MiG BaWü war es, die Behandlungsrealität von Patient*innen mit Migrationsgeschichte in Krankenhäusern sowie in der ambulanten Versorgung in Baden-Württemberg und deren Stand der interkulturellen Öffnung zu explorieren. Als Flächenland gilt es nicht nur die städtische Versorgung, sondern auch die Gesundheitsversorgung in eher ländlichen Regionen zu fokussieren. Hierfür wurden vier Module implementiert, eine Online-Recherche vorhandener, lokalspezifischer Informationen (Modul 1), Expert*innen-Gespräche mit Schlüsselpersonen der Gesundheitsversorgung und migrantischer (Selbst-)Organisationen (Modul 2), eine Online-Umfrage zum Stand der interkulturellen Öffnung in Krankenhäusern (Modul 3) und die Initiierung eines Netzwerks im Sinne der Wissensvermittlung und –bündelung (Modul 4).

1. Modul: Recherche

Zielsetzung der Literaturrecherche im ersten Modul des Projektes war es, eine Übersicht über den Stand empirischer Untersuchungen zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte spezifisch für das Bundesland Baden-Württemberg zu erstellen. Zu diesem Zwecke wurden verschiedene Quellen einbezogen, u.a.:

- Artikel aus wissenschaftlichen Journalen und Fachzeitschriften;
- Projektabschlussberichte;
- Arbeits- und Positionspapiere;
- Informationsmaterial über öffentliche Veranstaltungen, Projekte und Programme

1.1. Vorgehen

In einem ersten Schritt wurden unterschiedliche Begriffe in unterschiedlicher Kombination in die Suchmaske der einschlägigen Datenbanken und Online-Suchmaschinen eingegeben.

| Bezug zur Zielgruppe | örtlichen Bezug zum Bundesland Baden-Württemberg | Themen |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • “Geflüchete”, • “Flüchtlinge”, • “Migranten”, • “Migration”, • “Menschen mit Migrationsgeschichte” • “Menschen mit Migrationshintergrund” | <ul style="list-style-type: none"> • Baden-Württemberg” oder • die für das Projekt ausgewählten Land- und Stadtkreise: Stadtkreis Heilbronn, Stadtkreis Ulm, Landkreis Tuttlingen, Stadtkreis Pforzheim, Ostalbkreis, Landkreis Biberach, Landkreis Emmendingen, Main-Tauber-Kreis | <ul style="list-style-type: none"> • “Versorgung” • “Gesundheitsversorgung” • “Interkulturelle Öffnung” • “Krankenhaus” |

1.2. Ergebnisse

Die in der Recherche gefundenen Quellen, Daten und Materialien, die für das Projekt als relevant erachtet wurden, sind in folgender Online-Datenbank einsehbar:

<https://cryptpad.fr/sheet/#/2/sheet/view/Aub00A5G2iU46aLwrN2CRqgmEr7MaF8O2DX3JCro1gU/embd/>

In der Online-Datenbank finden sich die im Folgenden als Unterkapitel beschriebenen vers. Rubriken jeweils auf einzelnen Tabellenblättern. Einige Quellen sind im Fließtext verlinkt. Angaben zu allen Projekten finden sich in der Online-Datenbank.

i. Wissenschaftliche Veröffentlichungen und Projekte

Insgesamt ist festzuhalten, dass zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte bzw. zum Stand der interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens mit Fokus auf Baden-Württemberg sehr wenig bzw. kaum Daten und empirische Untersuchungen zur Verfügung stehen.

Die einzige umfassende Studie mit Fokus auf die medizinische Versorgung von Menschen mit Fluchtgeschichte stellt das [RESPOND Projekt](#) dar. Dieses wurde 2016-2022 von der Sektion Health Equity Studies & Migration (Teil der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung) des Universitätsklinikums Heidelberg umgesetzt und untersuchte

- die Zugänge anhand struktureller Parameter (wie Entfernung, Fahrtzeiten zu Versorgungseinrichtungen etc.),
- verschiedene Modelle der Gesundheitsversorgung wie “Walk-In Kliniken” in Gemeinschaftsunterkünften,
- verschiedene Praxen wie der Einsatz von verschiedenen Screening-Instrumenten zur Erfassung des Gesundheitsstatus

mit einem mixed-method Ansatz. Aus dem Projekt ist eine Reihe von wissenschaftlichen Veröffentlichungen, Konferenzbeiträgen sowie eine Serie von Arbeitspapieren mit konkreten Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgung hervorgegangen. Ziel des Projektes ist es gewesen, die Versorgungsstrukturen von Geflüchteten “effektiver, effizienter und bedarfsgerechter” zu gestalten.

ii. Programme und Initiativen innerhalb von Gesundheitsdiensten

Informationen zu landesweiten Programmen und Initiativen, die auf eine interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens bzw. einzelner Gesundheitsdienste abzielen, waren kaum auffindbar. Die meisten Projekte sind solche, die in ganz Deutschland durchgeführt werden und mit einem bzw. mehreren Standorten in Baden-Württemberg vertreten sind. Dabei handelt es sich häufig um digitale Anwendungen und Programme, die bundesweit angeboten werden, wie z.B. die “Integreat App”, die zugewanderten Menschen schnell und einfach Informationen zu lokalen Diensten, inklusive Gesundheitsdienste, in mehreren Sprachen zugänglich machen soll. Ein anderes Beispiel ist das von einem Verbund von Krankenkassen ausgerollte Programm „Bewusst – Gesund – Aktiv: Gesundheitsförderung für Migrant/-innen im Quartier“, welches auf einen partizipativen Ansatz in der Entwicklung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention setzte.

In der Suche auf Ebene der Land- bzw. Stadtkreise gab es noch weniger ‘Treffer’. Als Projekt, das direkt auf die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte abzielt, kann das Projekt „Fit für den Umgang mit Vielfalt im Krankenhaus“, als Teil des Programms „Integration durch Qualifizierung (IQ)“ des Universitätsklinikums Freiburg (2015-2018) genannt werden. Ausgehend von zuvor explorierten Herausforderungen im Klinikalltag wurden Öffnungsprozesse angestoßen. Zum Beispiel wurde daraus das „[Project One World](#)“ durch das Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin initiiert, welches maßgeschneiderte Deutschsprachkurse aber auch Videodolmetschdienste für Patient*innenfamilien anbietet, um so die Genesung der Kinder zu fördern.

Im Rahmen des Innovationsprogrammes des Landes Baden-Württemberg wurde im Zeitraum 2014-2015 der ambulante Pflegedienst des Seniorenzentrums Weststadt in Ulm durch strukturentwicklungs- und bildende Maßnahmen, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeitenden sowie Teamentwicklung die interkulturelle Öffnung der ambulanten Altenpflege vorangetrieben. Der [Abschlussbericht des Projektes](#) gibt exemplarisch einen guten Überblick über die einzelnen Schritte dieses Prozesses und könnte zur Planung ähnlicher Vorhaben herangezogen werden.

Weiterhin ließen sich einzelne lokale Initiativen identifizieren, die auf bestimmte Erkrankungen fokussieren. Beispielsweise zielt das Projekt “DeMigranz”, welches von der Demenz Support Stuttgart gGmbH initiiert wurde, darauf ab, bundesweit Informations- und Beratungsangebote voranzutreiben. Ein weiteres Projekt, das zu nennen wäre - angesiedelt bei der Aidshilfe Baden-Württemberg e.V. - ist “SALAM”, welches ,community-nahe‘ und niedrigschwellige HIV/Aids-Prävention und Aufklärungsarbeit über die Ausbildung sogenannter “Peers” anbietet. Themenspezifisch werden auch auf Länder- und Bundesebene Netzwerke aufgebaut. Ziel dieser Netzwerke ist es, unterschiedliche Akteure aus verschiedenen Organisationen in Kontakt zu bringen. Pressemitteilungen verweisen auf Initiativen, die sich auf psychisch belastete Menschen mit Fluchtgeschichte fokussieren. Leider ließen sich keine genaueren Informationen dazu finden. Erwähnt wurde das multimodulare Programm, “Psychosoziale Versorgung für traumatisierte Geflüchtete” der Universität Heidelberg, welches sich durch Text- und Audiodateien mit stabilisierenden, achtsamkeitsbasierten, imaginativen Übungen an

Menschen richtet, die in den letzten Monaten aus der Ukraine nach Deutschland geflohen sind. Im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim wurde ein „Übersetzungssystem für psychiatrische Erstdiagnostik“ entwickelt. An der Eberhard Karls Universität in Tübingen ist ein psychoedukatives und ressourcenstärkendes Kinderbuch namens „Die Bunte Bande“ aufgelegt worden, welches mit ‚Mitmachseiten‘ und ergänzendem Ratgeber für Eltern die Selbstheilungskräfte von Kindern mit Fluchterfahrungen stärken soll.

Ferner sind vereinzelte spezialisierte Gesundheitsdienste gefunden worden. Zu nennen wären hier, [Vivat Interkultureller Pflege- und Sozialdienst in Emmendingen](#) oder die [transkulturelle Ambulanz in Psychiatrischen Institutsambulanz in Emmendingen](#) sowie mehrere spezifische Angebote für ukrainische Geflüchtete (z.B. der [Newsletter Ukraine´ im Ostalbkreis](#)).

Ebenfalls wurde von Programmen berichtet, die ausländische Fachkräfte für Gesundheitsdienste in Deutschland rekrutieren bzw. den Bemühungen, diese in den klinischen Alltag zu integrieren. Exemplarisch kann auch auf die Tuttlinger Initiative „Donau Docs“ verwiesen werden, wie der allgemeine Fachkräftemangel, vor allem in ländlichen Regionen, mit einer interkulturellen Öffnung verstanden als die Integration von ausländischen Kolleg:innen in die Gesundheitsdienste zusammenspielen kann. Seit 2022 engagiert sich die Initiative dafür geflüchteten Ärzt*innen aus der Ukraine den Weg in das Gesundheitswesen zu ebnen.

Bezüglich Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten gibt es im Vergleich zu Angeboten für Wirtschaftsunternehmen nur wenige, die direkt an Professionelle des Gesundheitswesens gerichtet sind. Ausnahmen sind [„Amiko, Institut für Migration, Kultur und Gesundheit“](#), das neben 3 anderen Standorten in Deutschland auch in Freiburg angesiedelt ist und Fortbildungen u.a. für Gesundheitsfachkräfte anbietet. Das Institut für Berufliche Bildung (IBB), welches mehrere Filialen in Baden-Württemberg unterhält, bietet eine Weiterbildung in „kultursensibler Pflege und interkulturelle Kommunikation“ an. Das Projekt [„Global Health und Interkulturalität“](#) der Universität in Ulm hat die Implementierung von Global Health und interkulturellen Perspektiven ins Kerncurriculum des Medizinstudiums gefördert.

iii. Veranstaltungen und Initiativen zur Netzwerkbildung

Informationen zu einigen Veranstaltungen zum Thema der interkulturellen Öffnung, die in den letzten Jahren stattfanden, waren verfügbar. Teilweise haben sich aus ihnen lokale Netzwerke gebildet. Beispielsweise gab es in Pforzheim und Enzkreis [eine kommunale Gesundheitskonferenz](#) im Juli 2017, woraus sich das „Bündnis Migration und Gesundheit“ bildete, um die Umsetzung der zusammengetragenen Handlungsempfehlungen zu sichern. Der Landkreis Karlsruhe hat 2022 eine Initiative zum Aufbau eines [„Interkulturelles ÄrztInnen Netzwerk\[s\]“](#) gestartet.

iv. Niedrigschwellige Informationen und Beratungsangebote

Es ließen sich verschiedene Beratungsinformationen für Migrant*innen und Geflüchtete finden. Vornehmlich waren diese von bundesweit agierenden Organisationen mit Standorten in Baden-Württemberg zusammengestellt (z.B. der Caritas, Diakonie, DRK). Der Flüchtlingsrat Baden-Württemberg sowie die Koordinierungsstelle „Gesundheitliche Chancengleichheit Baden-Württemberg“ sind hier ebenfalls zu nennen. Auffällig war, dass die Webseiten meist nur auf Deutsch vorhanden sind und dabei sehr wenig über Angebote der Gesundheitsversorgung informieren.

Ein weiterer Ansatz ist, Menschen mit eigener Migrationserfahrung ehrenamtlich in Form von Schulungen zu sogenannten Gesundheitslots*innen auszubilden. Diese sollen eine Brückenfunktion zum Gesundheitssystem einnehmen und Menschen mit Migrationsgeschichte eine Orientierung und den Zugang erleichtern. Beispielprojekte dieses Ansatzes sind das bundesweit ausgerollte Projekt „[MiMi: Migranten für Migranten](#)“, initiiert durch das ethno-medizinische Zentrum in Hannover und gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit, welches einen Standort in Mannheim unterhält. Ein weiteres zu nennendes Projekt ist “Migrant*innen als Gesundheitslots*innen (MiGeLo)”, welches in Stuttgart und Kornwestheim operiert und für das Jahr 2020 [wissenschaftlich evaluiert](#) wurde. In verschiedenen Städten in Baden-Württemberg, z.B. [Stuttgart](#), [Ravensburg](#) und [Kirchheim \(Teck\)](#), ließen sich Aufrufe finden sich als Gesundheitslots*in auszubilden.

v. Arbeits- und Positionspapiere

Es sind einige Papiere veröffentlicht worden, die konkrete Forderungen und Vorschläge enthalten, wie die Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte verbessert werden sollte.

Unter den in den letzten Jahren veröffentlichten Dokumenten ist auf das Positions- und [Impulspapier des Städtetags Baden-Württemberg](#) 2019 hinzuweisen, in dem u.a. die Reduktion von Sprachbarrieren fokussiert wurde und Unterstützung von der Landesregierung beim Aufbau von Qualifizierungsangeboten für professionelle Sprachmittlung im Gesundheitswesen gefordert wurde. Als weitere Kernforderung ist die Integration der Vermittlung transkultureller Kompetenzen in die Curricula der medizinischen Berufe gelistet.

Die Versorgung von Menschen mit Fluchtgeschichte betreffend, sind auf Basis einer Befragung von Sozialarbeitenden im Rahmen des RESPOND-Projektes teilweise ähnliche Empfehlungen entwickelt worden:

- Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende;
- Schaffung adäquater Strukturen für die Qualifizierung und Finanzierung von Sprachmittlung;
- Verbesserung der Versorgung für Menschen, die von psychischen Störungen betroffen sind;
- Beachtung der gesundheitlichen Bedarfe in der regionalen Versorgungsplanung;
- Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Versorgungsstrukturen, die Orientierung und Navigation innerhalb des Gesundheitssystems unterstützen.

Des Weiteren ist auf das Arbeitspapier des RESPOND-Projektes hinzuweisen, in welchem spezifische strukturbildende Vorschläge unterbreitet wurden, wie die Versorgung in medizinischen Ambulanzen von Erstaufnahmeeinrichtungen verbessert werden kann. Ebenfalls wurde darauf hingewiesen, die [geografische Erreichbarkeit bei der Planung von psychosozialen Zentren für Menschen, die in Gemeinschaftsunterkünften in Baden-Württemberg leben, zukünftig stärker zu berücksichtigen](#).

2. Modul: Expert*innen-Gespräche

Die Expert*innen-Gespräche zielten auf eine Bedarfs- und Problembeschreibung aus Mitarbeitenden-Perspektive ab. Hinsichtlich des Versorgungsbereiches erschien eine Fokussierung auf Notaufnahmen sowie niedergelassene Hausärzt*innen besonders relevant, da sie für die meisten Patient*innen den ersten Kontakt zum Gesundheitsversorgungssystem darstellen. Notaufnahmen mit einzubeziehen, um die Versorgungsrealitäten von Menschen mit Migrationsgeschichte zu explorieren, erschien vor allem vor dem Hintergrund empirischer Studien sinnvoll, die zeigen, dass gerade Migrant*innen der ersten Generation durch eine besonders häufige und tendenziell inadäquate Inanspruchnahme von

Notaufnahmen auffallen (Graetz et al., 2017; Sauzet et al., 2020). Bezüglich der niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen bot es sich an, besonders auch solche mit Fremdsprachkompetenzen gezielt anzusprechen, da zu vermuten ist, dass sie durch Berichte ihrer nicht-deutschsprachigen Patient*innen sowie Schwierigkeiten in der Weitervermittlung durchaus über verschiedenartige Barrieren der ambulanten Versorgung im Bilde sind. Zusätzlich wurden Expert*innen-Gespräche mit Vertreter*innen von migrantischen (Selbst-)Organisationen durchgeführt. Ziel dieser Interviews war es, die gesammelten Bedarfe und erlebten Hürden von Menschen mit Migrationsgeschichte im Kontext der Gesundheitsversorgung zu explorieren.

2.1. Selektion und Rekrutierung Expert*innen für Gespräche

In den folgenden Absätzen wird der Zugang zum Feld und die Rekrutierung der Expert*innen für die Interviews getrennt für die Vertreter*innen Migrantischer (Selbst-)Organisationen und Ärzt*innen beschrieben.

i. Expert*innen-Gespräche mit Schlüsselpersonen der Gesundheitsversorgung

In einem ersten Schritt wurde pro Regierungsbezirk jeweils der Land- bzw. Stadtkreis mit dem höchsten und jener mit dem niedrigsten sogenannten Ausländeranteil selektiert. Als Datengrundlage diente hier die Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg mit dem Ausländeranteil zum Stichtag des 30.11.2021 (Statistisches Landesamt BW, 2022). Der Ausländeranteil ist die einzige Statistik, die nach Landkreisen getrennt veröffentlicht wird. Daten zum Migrationshintergrund der Bevölkerung, erfasst im Rahmen des Mikrozensus, sind im Vergleich zum sogenannten Ausländeranteil nicht grundsätzlich separat für einzelne Landkreise verfügbar. Auf dieser Basis wurden für die Durchführung der Expert*innen-Interviews folgende acht Kreise ausgewählt:

| Regierungsbezirk | Kreis mit höchstem "Ausländeranteil" | Kreis mit niedrigstem "Ausländeranteil" |
|------------------|---|--|
| Stuttgart | Stadtkreis Heilbronn (27%) | Ostalbkreis (12%) |
| Tübingen | Stadtkreis Ulm (21%) | LK Biberach (11%) |
| Freiburg | LK Tuttlingen (18%) | LK Emmendingen (12%) |
| Karlsruhe | Stadtkreis Pforzheim (28%) | Main-Tauber-Kreis (10%) |

Tabelle 1. Selektion der Landkreise für die Expert*innen-Gespräche mit Schlüsselpersonen der Gesundheitsversorgung.

Pro Kreis sollte je ein Interview mit einer niedergelassenen Hausärztin/einem niedergelassenen Hausarzt und ein Interview mit einem Mitglied des medizinischen Personals der Notaufnahme/Rettungsstelle stattfinden, um die angestrebte Anzahl von 16 Interviews zu erreichen.

In jedem Land-/Stadtkreis wurde die zentrale Notaufnahme identifiziert und zu dieser Kontakt hergestellt mit der Bitte, eine*n Ärzt*in für die Teilnahme am Gespräch zu benennen. Die Selektion der Hausärzt*innen erfolgte randomisiert. Einschlusskriterien bei der Selektion waren, dass die jeweiligen Praxen auf der Webseite der kassenärztlichen Vereinigung mit mind. einer Fremdsprache, die nicht Englisch ist, gelistet waren. Den Hausärzt*innen wurde per E-Mail eine Einladung zum Gespräch geschickt, nach 3-5 Werktagen wurden sie telefonisch kontaktiert und das Interesse mit Verweis auf die E-Mail erfragt. In jenen Fällen, in denen der*die ausgewählte Hausärzt*in kein

Interesse an der Teilnahme hatte oder aber nicht erreicht werden konnte, wurde die nächste randomisiert ausgewählte Hausärzt*in kontaktiert. Dies wurde so lange wiederholt, bis ein*e Hausärzt*in für das Expert*innen-Gespräch gewonnen werden konnte. Da dieses Vorgehen trotz der Zeitintensität wenig Rekrutierungserfolge einbrachte, wurde die Rekrutierungsstrategie nach zwei interviewten Hausärzt*innen verändert. In jedem verbleibenden Landkreis wurden nun direkt weitere 15 randomisiert ausgewählte Hausärzt*innen per Fax kontaktiert und so zur Teilnahme an einem Expert*innen-Gespräch eingeladen. Auf diese ca. 90 versendeten Faxe meldeten sich vier Hausärzt*innen per E-Mail bzw. telefonisch zur Terminvereinbarung für ein Interview zurück.

ii. Expert*innen-Gespräche mit Schlüsselpersonen migrantischer (Selbst-)Organisationen

Um die Perspektive von Menschen mit Migrationserfahrungen in den Daten abbilden zu können, wurden vier migrantische (Selbst-)Organisationen für Expert*innen-Gespräche eingeladen. Im Rahmen dieser sollten keine individuellen, sondern über Zeit und Personen hinweg gebündelte Informationen und Erfahrungen festgehalten werden. Einschlusskriterium für die Organisationen war, dass sie landesweit agierten. Eine Vorselektion durch das Ministerium für Soziales, Integration und Gesundheit Baden-Württemberg wurde hierfür getroffen. In Frage kommende Organisationen wurden per Mail kontaktiert und, falls notwendig, telefonisch nachgefragt. Alle kontaktierten Organisationen benannten eine*n Expert*in, mit welcher ein Gespräch stattfinden konnte.

2.2. Durchführung der Expert*innen-Gespräche

Alle Interviews wurden zwischen November 2022 und Februar 2023 leitfadengestützt von einem der beiden Projektmitarbeitenden durchgeführt. Die folgenden Leitfragen strukturierten die Expert*innen-Gespräche:

- „Welche Erfahrungen machen (Sie mit) Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte im Kontakt mit Gesundheitsdiensten (in ihrer täglichen Praxis)?“
- „Welche Herausforderungen erleben sie (Sie)? Was frustriert?“
- „Was läuft bereits gut in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte?“
- „Welche Verbesserungswünsche und -ideen haben Sie?“

Der vollständige Leitfaden findet sich als Anlage 1 im Anhang. Vor dem Gespräch wurden alle Teilnehmenden schriftlich über das Vorhaben informiert und gaben ihr informiertes, schriftliches Einverständnis. Die Mehrzahl der Interviews wurde über Microsoft Teams in Form von Videocalls durchgeführt, zwei Gespräche fanden telefonisch und ein Gespräch persönlich in Büro-Räumen an der Charité statt. Die Interviews dauerten ca. 30-60min.

Die Expert*innen-Gespräche wurden aufgezeichnet und teilweise mit der Software-Unterstützung verbatim transkribiert (Dresing & Pehl, 2012). Gemäß den Datenschutzbestimmungen wurden die Audio- bzw. Videoaufzeichnungen anschließend gelöscht.

2.3. Stichprobenbeschreibung der Expert*innen-Gespräche

Im Verlauf des Projektes wurden 16 Expert*innen-Interviews geführt, davon vier mit Expert*innen migrantischer (Selbst-)Organisationen, sechs Hausärzt*innen und sechs Ärzt*innen zentraler Notaufnahmen. In zwei Land- bzw. Stadt-Kreisen fanden jeweils zwei Gespräche mit Hausärzt*innen statt. In wiederum zwei weiteren der 8 selektierten Land- bzw. Stadt-Kreise konnte keines der geplanten Gespräche stattfinden, weder mit ärztlichem Personal der zentralen Notaufnahme noch mit

einem Hausarzt/einer Hausärztin. Spannenderweise handelt es sich hier in beiden Fällen um jene Kreise mit dem niedrigsten sogenannten Ausländeranteil im entsprechenden Regierungsbezirk.

| Expert*innen-Gespräche mit Schlüsselpersonen der Gesundheitsversorgung | durchgeführt | geplant |
|---|--------------|---------|
| Ärztliches Personal zentraler Notaufnahmen | N = 6 | N = 8 |
| Niedergelassene Hausärzt*innen | N = 6 | N = 8 |
| Expert*innen-Gespräche mit Schlüsselpersonen Migrantischer (Selbst)Organisationen | N = 4 | N = 4 |

Tabelle 2. Stichprobengröße der Expert*innen-Gespräche nach Zugehörigkeit

2.4. Analyse der Expert*innen-Gespräche

Die Auswertung der Transkripte erfolgte mit MAXQDA und orientierte sich am Vorgehen der thematischen Analyse (Terry, Hayfield, Clark & Braun, 2017). Als erster Schritt wurden relevante Aussagen der Interviews als Codings markiert und mit einem vorläufigen Code versehen. Diese Codings repräsentieren Sinneinheiten aus mehreren Wörtern bis zu mehreren Sätzen. Aussagen mit vergleichbarem Sinngehalt wurden in einem Code zusammengefasst. Die vorläufigen Codes wurden unter den zwei Projektmitarbeitenden mit psychologischem und sozialwissenschaftlichem Hintergrund diskutiert, abstrahiert und in einem Kategoriensystem bestehend aus Kernthemen, Kategorien und untergeordneten Codes strukturiert zusammengefasst.

2.5. Limitationen

Allgemein erlauben die Daten auf Grund ihrer qualitativen Natur keine verallgemeinernden Aussagen, sondern ermöglichen eine Problembeschreibung und -exploration. Die berichteten Phänomene sind als Beobachtungen mit Hypothesen-Charakter einzuordnen und erlauben keine Aussagen über deren Häufigkeit. Auch wenn insbesondere die Stichprobe der Hausärzt*innen randomisiert erhoben wurde, ist hinsichtlich der Bereitschaft zur Teilnahme von einer starken Selbstselektion (Heckmann, 1990) auszugehen in der Form, dass vor allem Menschen, die an der Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte interessiert sind, teilgenommen haben. Ferner ist davon auszugehen, dass trotz einer vertrauensvollen Gesprächsatmosphäre, die Aussagen der Interviewten einem hohen Maße an sozialer Erwünschtheit unterliegen können. So können gerade sozial sanktionierte Verhaltens- und Denkweisen, wie z.B. Diskriminierung, schwierig zu erfassen sein. In der Dateninterpretation wurde versucht diese und weitere Limitationen zu berücksichtigen.

2.6. Ergebnisse der Expert*innen-Gespräche

Das Kapitel "Ergebnisse der Expert*innen-Gespräche" strukturiert die Ergebnisse der Analyse entlang der abstrahierten Kernthemen. Die drei Kernthemen werden - teilweise gegliedert in die zugehörigen Kategorien und Codes - dargestellt und anhand von O-Tönen bebildert. Die O-Töne aus den Interviews sind auf Basis ihrer Bezeichnungen den unterschiedlichen Positionen zuzuordnen: H = Hausärzt*innen, Z = Ärzt*innen in Notaufnahmen und M = migrantische (Selbst-)Organisationen.

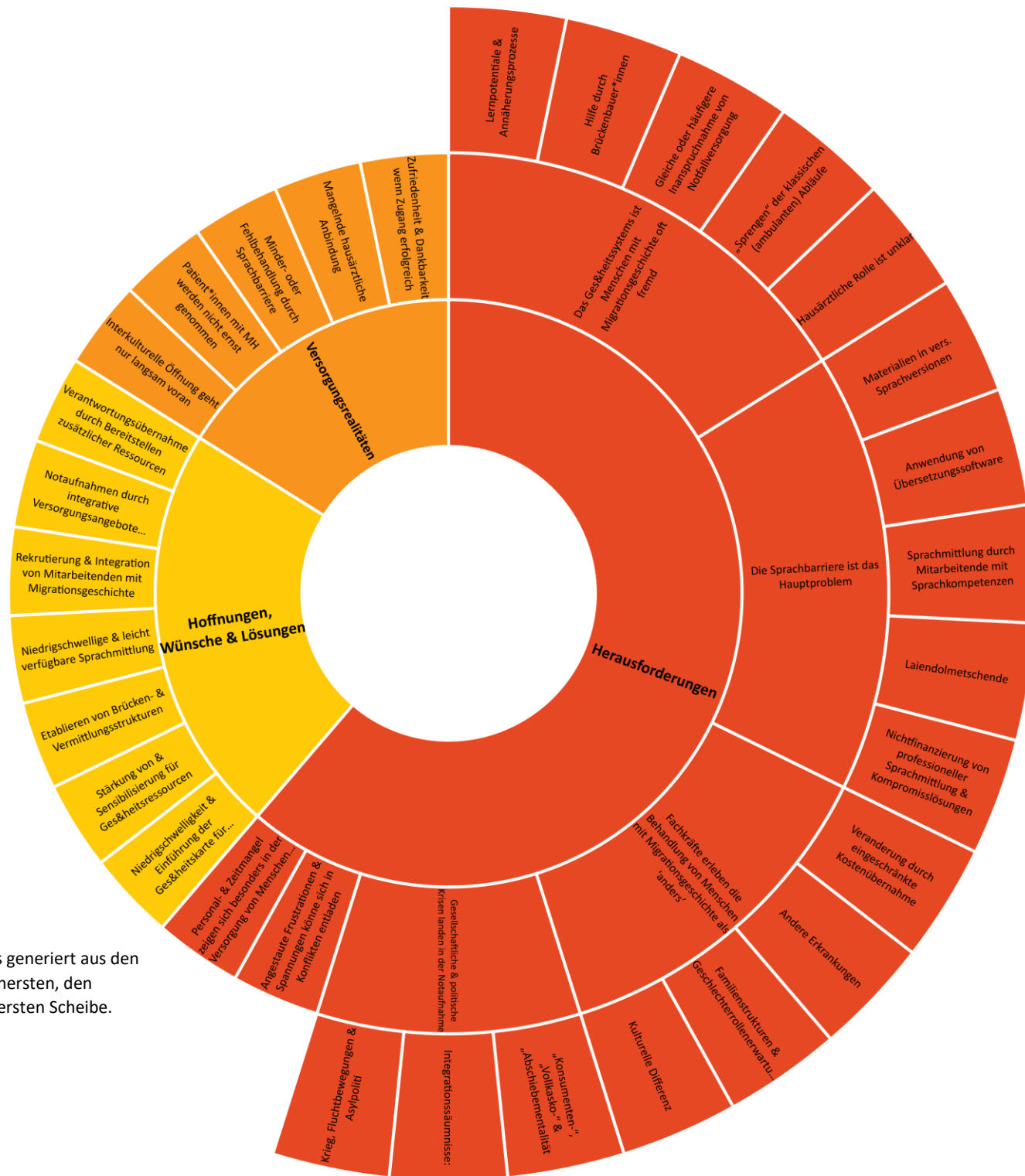


Abbildung 2. Sunburst-Diagramm des Kategoriensystems generiert aus den Expert*innen-Interviews mit den Kernthemen auf der innersten, den Kategorien auf der mittleren und den Codes auf der äußersten Scheibe.

iii. Versorgungsrealitäten

Das Kernthema "Versorgungsrealitäten" erfasst allgemeine Beschreibungen, wie die Behandlung von Menschen mit Migrationsgeschichte abläuft und welche Erfahrungen Ärzt*innen und Menschen mit Migrationsgeschichte im Kontakt miteinander machen. Zentral an dieser Stelle ist die allgemeine Versorgungslage.

Zufriedenheit & Dankbarkeit bei erfolgreichem Zugang: Grundsätzlich berichten Interviewte aus den verschiedenen Tätigkeitsfeldern, dass sie durchaus Zufriedenheit und Dankbarkeit seitens der Menschen mit Migrationsgeschichte erleben, sobald der Zugang zu den benötigten Gesundheitsdiensten erfolgreich war, schlichtweg, weil das Versorgungssystem als bedeutend besser wahrgenommen wird als in vielen anderen Ländern.

Mangelnde hausärztliche Anbindung: Auf der Makro-Ebene, und nicht nur für Patient*innen mit Migrationsgeschichte, erleben Ärzt*innen weder den [ärztlichen Notdienst](#) noch die Notfallpraxen als entlastend für niedergelassene Hausärzt*innen und die Notaufnahmen. Aus der Perspektive der Notaufnahmen häufen sich derzeit zudem die Fälle - unter anderem, aber nicht nur bei Menschen mit Migrationsgeschichte, die ambulant und hausärztlich in keiner Weise angebunden seien.

Minder- oder Fehlbehandlung durch Sprachbarriere: Aus ärztlicher Perspektive wird im Zusammenhang mit Sprachbarrieren darauf verwiesen, dass die Schwierigkeit, die Symptomatik richtig zu erfassen, eine adäquate Behandlung massiv erschwert. Konsequenzen hieraus können sowohl eine Unter-, Über- als auch eine Fehlversorgung sein, wie ein*e Ärzt*in hier anekdotisch beschreibt:

"Ich weiß von einem Fall, das war eine [Herkunftsbezeichnung] Patientin, die kam mit Notarzt und Verdacht auf Herzinfarkt. Ein akuter Herzinfarkt konnte ausgeschlossen werden, man hat sie aber trotzdem dabehalten um halt einen Herzultraschall und so halt ne Abklärung gemacht. Und dann hat man gesagt »Ja gut, wenn sie die ganze Zeit diese Brustschmerzen hat, wir können es nicht ausschließen, ob da Durchblutungsstörungen, ob eine koronare Herzkrankheit besteht«. Und dann hat man mich dann zum ersten Mal dazu geschickt um sie für die Herzkatheteruntersuchung [auf Landessprache] aufzuklären. Und dann hab ich halt mit ihr angefangen zu sprechen und halt gesagt, man macht eine Herzkatheteruntersuchung wegen der Brustschmerzen. Dann sagt sie zu mir »Ich hatte nie Brustschmerzen« [...] Das einzige was / sie hatten ihren Blutdruck gemessen und der war erhöht, bei 180, und dann wurde der Rettungsdienst animiert und vielleicht hat sie da irgendwie auf ihren Brustkorb gezeigt, aber eigentlich hat sie damit gemeint, dass ihr Blutdruck zu hoch ist." (Z5, Pos. 32)

Aus ärztlicher Perspektive wird das Gefühl, aufgrund von Sprachbarrieren im Graubereich arbeiten zu müssen, weil z.B. keine umfassende Aufklärung vor Untersuchungen stattfinden kann, aber auch die Unsicherheit darüber, wie die Patient*innen die Behandlung erleben, teilweise als belastend beschrieben. Im Kinder- und Jugendbereich kommt die Schwierigkeit hinzu, dass Verzögerungen der Sprachentwicklung, die nachhaltig auf die Biografien der betroffenen Kinder wirken können, nicht diagnostiziert und entsprechend gefördert werden können:

"Und irgendwie habe ich dann oft das Gefühl naja, so richtig bin mir gar nicht sicher, ob ich jetzt sie richtig gut behandelt habe, vielleicht unter meinen Medizin-Vorstellungen schon einigermaßen, aber ob es dann wirklich die Sorgen oder Bedürfnisse der Familien richtig trifft, da

bin ich mir auch nicht so sicher, ja. Also da bin ich mir bei unseren hiesigen Menschen oft auch nicht so ganz sicher, aber da kann ich es wenigstens fragen.“ (H6, Pos. 8)

Patient*innen mit Migrationsgeschichte werden nicht ernst genommen: Komplementär hierzu steht die gehäufte Beschreibung aus allen interviewten Perspektiven: Patient*innen mit Migrationsgeschichte werden mit Ihren Anliegen im Gesundheitssystem nicht ernst genommen. Exemplarisch hierzu werden die Missachtung von Datenschutzvorgaben bzw. Schweigepflichten und längere Wartezeiten auf Arzt-Termine, weil Symptome v.a. im telefonischen Kontakt nur unzulänglich beschrieben werden, angeführt.

“Also einmal ist es glaube ich irgendwo menschlich, dass wenn man sich Menschen nicht verständlich machen kann oder die nicht versteht, dass der Kopf dann anscheinend so ein bisschen so reagiert, dass sie da sozusagen zu blöd für sind und dass das dann Menschen ungeduldig werden oder unangemessen werden. Dabei liegt es eigentlich nur an der Sprache, dass die Leute eben nicht ausdrücken können, was sie wollen, sag ich mal, oder was sie haben, und dann wird mit ihnen oft sehr ruppig umgegangen.“ (M3, Pos. 4)

Inwiefern dem lediglich die Sprachbarriere oder aber auch gruppenbezogene Vorurteile unterliegen verbleibt offen. Von den Repräsentant*innen migrantischer (Selbst-)Organisationen wurde durchaus adressiert, dass teilweise generalisierte Annahmen und Vorurteile gegenüber Menschen mit Migrationsgeschichte persistieren, die eine individuelle und bedarfsadäquate Behandlung erschweren oder gar verunmöglichen. Von ihnen wird explizit über systematische Ungleichbehandlung von Menschen mit Migrationsgeschichte berichtet, z.B. verkürzte Therapiestunden für Menschen mit Migrationsgeschichte in einer Psychiatrie. Dies sei besonders fahrlässig, wenn z.B. die Rettungsstelle es grundsätzlich ablehnt, einen Krankenwagen zu einer Unterkunft für geflüchtete Menschen zu schicken, weil angenommen wird, es wäre nicht notwendig:

“Dabei sind natürlich viele Menschen mit unterschiedlichen Anliegen und das abgesehen davon, dass es ein Ernstfall sein kann, trifft es vielleicht auch jemanden, der noch nie angerufen hat. Dann wird halt dann so pauschalisiert, aus der Erfahrung halt: ‚ach, die rufen an, weil sie Kopfschmerzen haben.‘“ (M3, Pos. 5)

Ein*e Ärzt*in weist derartige Vorwürfe systematischer Ungleichbehandlung durch Ärzt*innen, die sie selbst häufiger seitens der Patient*innen hört, hingegen entschieden zurück:

“Für uns in der Notaufnahme, macht es im Endeffekt keinen Unterschied, woher der Mensch kommt. Also, jeder Mensch wird gleichbehandelt. Da waren schon hin und wieder auch mal Vorwürfe, »Nur weil ich Ausländer bin« oder »Nur weil ich [...] nicht habe, werde ich schlecht behandelt oder kriege diese und jene Untersuchung nicht«. Und da kann ich wirklich die Hand für ins Feuer legen. Was das Ausmaß der Untersuchung oder die Untersuchung, die wir zur Verfügung stellen / da ist kein Unterschied. [...] das ist absoluter Humbug.“ (Z6, Pos. 34)

Interkulturelle Öffnung geht nur langsam voran: Mit einem gewissen Grad an Frustration bemängeln Interviewte aus allen Arbeitsbereichen, dass die interkulturelle Öffnung der Gesundheitsdienste nur langsam vorangeht.

“Die Patienten sind vielfältig, aber da, wo gearbeitet wird, haben sie diese Heterogenität nicht.“ (M2, Pos. 14)

Besonders problematisch daran wird erlebt, dass die Behandlung von Menschen mit Migrationsgeschichte bzw. in erster Linie unzureichenden Sprachkenntnissen, gerade durch Hausärzt*innen, als optional bewertet wird und in Anbetracht des höheren Aufwands, der geleistet werden muss, aber nicht abgerechnet werden kann, als überfordernd und wirtschaftlich wenig lukrativ gilt. So bleibt die Versorgung jener Patient*innen an Ärzt*innen hängen, die sich ihnen aufgrund ihrer starken Haltung oder persönlichen Überzeugung der Herausforderung eigeninitiativ annehmen und in diesem Sinne auch lokal vernetzt sind mit psychosozialen Einrichtungen, Flüchtlingsbeauftragten der Kommunen aber auch ehrenamtlich aktiven Einzelpersonen:

„Und wir haben da auch unsere Türen geöffnet und haben gesagt, wir versorgen sie problemlos, was bestimmt nicht bei allen Kollegen der Fall ist, weil es wirklich auch Praxen gibt, die sagen, sie machen das nicht, weil natürlich aufwendiger ist, aber wir versorgen eigentlich generell sehr viele Flüchtlinge.“ (H2, Pos. 5)

„Und da haben wir schon mittlerweile Strukturen im Ort, die dort dann auch einfach einspringen und doch dann auch mal Fahrten übernehmen oder gerade Fahrten zum Facharzt übernehmen, oder die sind teilweise von der Gemeinde tatsächlich organisiert und teilweise aber zum großen Teil natürlich auch über private Initiative. Ja, und das ist eigentlich das, was das Ganze dann doch machbar macht. Also, ich denke da ganz konkret wirklich jetzt bei uns im Ort an 2 Personen, die da einfach sehr aktiv sind.“ (H1, Pos. 12)

iv. Herausforderungen

Das nächste Kernthema umfasst die vier Herausforderungen in der Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte, die von den Interviewten problematisiert werden. Natürlich wirken die benannten Herausforderungen erschwerend zusammen.

a. Personal- und Zeitmangel zeigen sich besonders in der Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte

Als Grundlage aller spezifischen Herausforderungen in der Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte wird der generelle Personal- und Zeitmangel sowie der daraus resultierende Druck in der Gesundheitsversorgung problematisiert. Der Notstand betreffe alle Menschen bzw. Patient*innen, doch zeige sich dieser in der Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte besonders deutlich. Folgendes Zitat nimmt vorweg, wie der Ressourcenmangel mit den anderen Herausforderungen, die im Weiteren vertieft werden, verschränkt ist und zu Mangel- und Fehlversorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte führen kann:

„Wenn sowieso, sag ich mal das, das Zeitfenster eng ist, wenn sowieso die Termine rar sind, dann sind das natürlich die Leute, die als allererstes hinten runterfallen irgendwo, weil die dann in dem System sich noch am wenigsten zurechtfinden und dann irgendwo die sind, die am schnellsten auf der Strecke bleiben und das ist natürlich auch, ja ungerecht, einfach ja. Und, wie gesagt, das ist so, eines der Hauptprobleme, letztendlich das ist wirklich das Unterversorgungsproblem.“ (H1, Pos. 22)

Mitarbeitende aus der Gesundheitsversorgung beklagten die Anzahl der unbesetzten Hausarztpraxen und wie dadurch die Notaufnahmen überlaufen und sich die medizinischen Fachkräfte der nicht zu bewältigenden Nachfrage ohne Unterstützung ausgeliefert fühlen. Unmut kann aufkommen, wenn

Menschen mit Anliegen in die Notaufnahmen kommen, die keine Notfälle sind und die ohnehin raren zeitlichen Ressourcen zusätzlich beanspruchen.

„... also jetzt nur [Landkreis] scheinen [Anzahl > 20] Arztsitze nicht besetzt zu sein, das heißt, es kommen nicht nur Leute mit Migrationshintergrund, sondern auch ureigene Bevölkerungsgruppen zu uns mit Problemen, die eigentlich in der Notaufnahme nichts zu suchen haben. Generell fühlt man sich politisch ziemlich allein gelassen, da bin ich wahrscheinlich nicht alleine, ja, weil es scheint niemanden zu interessieren, dass wir in der Notaufnahme überlaufen.“
[Z2, Pos. 15]

„Und wenn dann immer noch die vielen Menschen mit Bagatellproblemen das eh schon überlastete Gesundheitssystem - das ist ja am Rande von Kollaps, das ist ja Deutschlandweit so - dann immer noch mit diesen Sachen sich beschäftigen muss, dann [...] geht es halt nicht mehr. [...] man muss ja die wachsende Anzahl an medizinischen Problemen oder an kranken Menschen mit den gleichen oder sogar noch mit geringeren Ressourcen versorgen.“ (Z3, Pos. 56)

Die Folgen für Patient*innen sind lange Wartezeiten und Stress, Überforderung und Unzufriedenheit der Mitarbeitenden, worunter die Qualität der Behandlung und der Umgang mit Patient*innen sowie innerhalb des Teams leide. Auch der durch den Fachkräftemangel notwendige Einsatz von Leasing-Kräften greife die Team-Strukturen an. Durch die Belastungen der COVID-Pandemie hätten sich diese Mängel weiter verstärkt. Allgemeine bürokratische Hürden, wie die Regelungen des Datenschutzes, belasten zusätzlich die klinischen Abläufe.

Menschen mit Migrationshintergrund werden angesichts des allgemeinen Ressourcenmangels auf Grund der Sprachbarriere, der wahrgenommenen Andersheit und Unvertrautheit (siehe entsprechende Codes) mit der Gesundheitsversorgung sowie ggfs. dem Zusatzaufwand, die Kostenübernahme zu klären, zu herausfordernden Patient*innen. Mitarbeitende stehen zusätzlich vor der Entscheidung diesen Mehraufwand anzugehen, ohne dass hierfür eine Vergütung erfolgt.

Die Vertreter*innen der migrantischen (Selbst-)Organisationen beschrieben, wie der Zeitdruck zu dem Gefühl der Abfertigung und nicht ernstgenommen zu werden sowie einer allgemeinen Verschlechterung der Versorgungsqualität unter Menschen mit Migrationsgeschichte geführt habe.

„Und dann diese Schnellabfertigung. Ja, heute operiert, morgen schon oder vorgestern schon weg ja. Also da hat man schon das Gefühl, dass ein bisschen die Medizin dann nachgelassen hat. [...] Des Öfteren habe ich so manchmal das Gefühl, dass das Personal überfordert ist, [...] also in den letzten Jahren, merken wir, das Taktvolle oder das Umgangsfreundliche hat nachgelassen, [...] leider nachgelassen hat diese Hilfsbereitschaft und Eingehen auf den anderen und Verständnis.“ (M4, Pos. 45)

b. Gesellschaftliche und politische Krisen landen in der Notaufnahme

Als weitere allgemeine Hintergrundfolie an Herausforderungen, die alle Menschen betrifft, verweisen die Schilderungen der Mitarbeitenden der Gesundheitsversorgung vielfach darauf, wie die gesellschaftlichen und politischen Krisen in ihre Praxen, vor allem aber in die Notaufnahmen eindringen. Die Notaufnahmen werden hierbei als letztes Resort oder Auffangbecken beschrieben, wenn andere Strukturen nicht mehr greifen bzw. gar nicht erst existieren. Der Wunsch wurde deutlich sich (wieder) auf rein medizinische Problemstellungen konzentrieren zu können oder, angesichts der

eingeschränkten Kapazitäten, zu müssen. Patient*innen und Fachkräfte bleiben mit den aus den Krisen resultierenden psychosozialen Herausforderungen häufig auf sich gestellt.

„[...] wo wir überhaupt da keine Struktur, keine Infrastruktur haben in diesem Ort. Und letztlich sind am Ende wir die Infrastruktur [...] Wenn nichts mehr geht, dann werden die Patienten ins Krankenhaus gebracht, ist häufig so. Obwohl wir natürlich nicht die Anlaufstelle sind, um jetzt eine Wohnungsunterbringung oder eine wiegeartete Anbindung eines Migranten, eines Asylbewerbers oder so zu organisieren. Wir sind ja eigentlich im Krankenhaus, Aber häufig landen soziale Probleme und was anfangs unklar ist, landet meistens im Krankenhaus. Manchmal bei der Polizei, meistens im Krankenhaus.“ (Z4, Pos. 17)

Krieg, Fluchtbewegungen und Asylpolitik: Befragte aus der Gesundheitsversorgung schildern, wie die „Flüchtlingsswelle“ im Jahr 2015 sowie der aktuelle Ukraine-Krieg in ihren Versorgungsstrukturen zu Mehraufwand und Überforderung geführt haben. Allem voran beklagen sie, wie die Regelungen zur Kostenübernahme von Gesundheitsleistungen bei Asylbewerber*innen zu langwierigen Beantragungsprozessen, kaum bewältigendem Mehraufwand und Frustrationen führen. Aber auch die Auswirkungen von befristeten Aufenthalten bzw. Abschiebungsankündigungen auf die Gesundheit und die Hilfsgesuche ihrer Patient*innen werden dahingehend kritisch reflektiert, dass diese Fachkräfte in eine schwierige Position bringen. Behandelnde können mit dem Gefühl zurückbleiben, zwar die akute medizinische Versorgung geleistet, der Person aber nicht geholfen und sie mit ihrem Problem allein gelassen zu haben:

*„Oder manch, wenn sie keine AOK-Karte haben [...] da haben halt dann geduldete Asylbewerber*innen doch nicht die ganz gleichen Rechte und haben dann da noch mehr Scherereien auf den Ämtern, also da spielt es manchmal schon rein.“ (H6, Pos. 12)*

„[...] Und da haben wir mehrfach die Situation gehabt, dass die auch im Prinzip an dem Abend vor der geplanten oder angekündigten Abschiebung dann noch ein Attest verlangt haben, dass die Kinder eine so schwere Erkrankungen haben, dass die nicht transportfähig sind oder dass die generell nicht abgeschoben werden können. Und das hat uns in ziemliche Not gebracht, weil wir dürfen nie etwas attestieren, was nicht da ist, aber wir sehen da diese Familie mit den mit den Kindern in höchster Not [...]“ (H4, Pos. 14)

„Meistens heißt das, der hat Brustschmerzen, dann wird ganz banal ein Herzinfarkt ausgeschlossen, hat er in der Regel ja nicht. Dann sind wir froh. Dann sind sie froh und sagen na gut, da ist nichts und dann nimmt ihn irgendjemand mit und das eigentliche Problem, das Integrationsproblem, das soziale Problem, das psychosomatischen Problem. Das bleibt natürlich dann außen vor. Das ist nicht das, was / das ist dann nicht, was wir lösen müssen. Ich kann ganz offen zugeben. [...] dann haben wir gesagt: „Na gut, das Problem ist erstmal gelöst. Patient ist wieder weg, alles ist gut“ Und eigentlich ist nichts gut für die Person. (Z4, Pos. 42)

Integrationslücken: Die Befragten beklagen, dass in der Gesundheitsversorgung Lücken der allgemeinen psychosozialen Integration sich als Problemstellungen in der Versorgung zeigen und die Behandlung erschweren. Neben Wohnungslosigkeit, Mängel in der Gesundheitsbildung oder Lebensgewohnheiten wie ungesunde Ernährung, die die Gesamtbevölkerung betreffen (können), thematisieren sie auch spezifische Herausforderungen in der Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte. Sie kritisieren das Fortbestehen der Sprachbarriere oder die gesellschaftliche

Segregation von Menschen mit Migrationsgeschichte trotz langem Aufenthalt bzw. dauerhaftem Wohnsitz in Deutschland und fragen sich, wer die Verantwortung dafür trage.

*„[...] dass von der Stadt versäumt wurde, die Menschen irgendwie aktiv zu integrieren, dass man gezwungenermaßen irgendwie in diese Sprache reinkommt, weil manchmal hat man von sich selber ja auch nicht den größten Drive, wenn man da in seiner Komfortzone ist, in der man zurechtkommt, vielleicht auch in einer Kommune, die gleichen Leute kennt aus ähnlichen Ländern, sich dann dort auch in der eigenen Sprache unterhalten kann, hat man ja vielleicht oft auch einfach gar nicht den Bedarf sich großartig mit einer anderen Sprache auseinandersetzen.“
(Z3, Pos. 32)*

„Konsumenten-“, „Vollkasko-“ und „Abschiebementalität“: Allgemein bemängeln die Befragten eine gesellschaftliche Tendenz, (Selbst-)Verantwortung von sich zu weisen, mit der Folge der Individualisierung von Problemen auf der einen Seite und Wünsche nach Verantwortungsübernahme und Versorgung auf der anderen. Auch in Bezug auf die Sprachbarriere wird problematisiert, dass unklar bleibe, wer letztendlich die Verantwortung im Falle von daraus resultierenden Behandlungsfehlern trägt. Als weitere Parallele dazu beschreiben die Vertreter*innen von migrantischen (Selbst-)Organisationen wie selbst innerhalb der Gemeinschaftsunterkünfte, Menschen isoliert voneinander mit ihren Problemen umgehen (müssen).

Die medizinischen Fachkräfte kritisieren, dass Kolleg*innen aufwendige Patient*innen, darunter häufig Patient*innen mit Fluchtgeschichte, ablehnen und/oder in andere Strukturen, meist die Notaufnahmen, weiterreichen. Sie schildern, wie besonders die Versorgung von Geflüchteten von „Privatinitiativen“, dem Engagement einzelner Laien oder Fachkräfte, abhängt. Wie bereits in Bezug auf die Versorgungsrealitäten erläutert, wird deutlich, dass die persönliche Haltung von medizinischen Fachkräften vor allem im ambulanten Bereich ausschlaggebend zu sein scheint, ob sie sich den Herausforderungen in der Versorgung von Menschen mit Migrations-, insbesondere mit Fluchtgeschichte, stellen. Wenn eingebettet in solche kompensatorischen Netzwerke können auch hausärztliche Praxen komplexe Situationen in strukturschwachen Regionen bewältigen.

„Es ist tatsächlich so. Es sind also meistens Privatinitiativen, also das hängt schon an ein paar wenigen Leuten jetzt hier bei uns im Dorf eigentlich, die da aktiv sind und dort über die Jahre hinweg natürlich auch gewisse Strukturen geschaffen haben.“ (H1, Pos. 17)

„[...] wir sind ja eben ne Landarztpraxis, die wohnen in unserem Dorf [...], also einfach zu sagen: ,wir versorgen sie [...] die brauchen Unterstützung und Hilfe, da können wir ja nicht einfach sagen: »Wir ziehen uns da raus.« Also das ist jetzt auch nicht die Idee unseres, unseres Auftrags oder unseres Berufes zu sagen: »wir schließen da Menschen [aus]«.“ (H2, Pos. 25)

Mit Blick auf die Patient*innen beschreiben Mitarbeitende aus Gesundheitsdiensten, dass jene in einer passiven Erwartungshaltung verharren und medizinische Versorgung als Ware verstehen, die keiner Begrenzung unterliegt und stets kostenfrei zur Verfügung steht. Es ist zu beobachten, dass wenn Patient*innen mit Migrationshintergrund diese Haltung zugeschrieben wird, ihnen diese teilweise jedoch stärker angelastet wird. Es wird beklagt, dass es keinen Zusammenhalt zwischen den Generationen mehr gäbe und so eine innerfamiliäre Fürsorge und Gesundheitskompetenz weniger existiere, was zu einer Mehrbelastung der medizinischen Dienste führe.

„Also manchmal ist es so ein, wie soll man sagen, Konsumentenmentalität, also, dass man erwartete, dass das KH jetzt alles organisieren soll und das bietet manchmal schon ein Konfliktpotential.“ (Z6, Pos. 18)

„[...] aber das passiert nicht nur mit Menschen mit Migrationshintergrund, also so/ da ist vielleicht manchmal auch so/ was ich sage/ ich nenne es jetzt mal die Vollkasko-mentalität. Dass man das Gefühl hat ja, ich habe hier meine Karte und jetzt krieg ich alles. Die aber auch ein allgemeinemenschliches Herangehen sind. Genau.“ (H5, Pos. 58)

c. Die Sprachbarriere ist das Hauptproblem

Die Sprachbarriere, wie bereits oben angeklungen, wird als die zentrale Herausforderung in der Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte beschrieben. Spannenderweise tritt hierdurch zum Vorschein, dass in den meisten Interviews trotz der offenen Frage nach dem Kontakt zu Menschen mit Migrationsgeschichte der Fokus vornehmlich auf Menschen mit unzulänglichen Deutschkenntnissen gelegt wird. Auch wenn die Personenkreise eine gewisse Schnittmenge aufweisen, sind sie nicht deckungsgleich, da beispielsweise auf viele Menschen mit Migrationshintergrund die Problematik der Sprachbarriere nicht zutrifft.

„Also eine ganz entscheidende Herausforderung ist natürlich erstmal, wie man sich verständlich macht, ja. [...] Wir haben natürlich einen Anteil an Patienten, die schon seit 30-40 Jahren in Deutschland sind, da ist es in der Regel kein Problem.“ (Z4, Pos. 6)

Grundsätzlich wird von Ärzt*innen beschrieben, dass die Kommunikation mit Patient*innen mit unzulänglichen Sprachkenntnissen in erster Linie Geduld und mehr Zeit brauche. Vertreter*innen migrantischer (Selbst-)Organisationen verweisen zudem auf die strukturelle Abhängigkeit von Dritten, um bedarfsadäquat versorgt zu werden.

Nichtfinanzierung von professioneller Sprachmittlung und Kompromisslösungen: Trotz der Tragweite der Herausforderung kommen in der Praxis kaum professionelle Dolmetschende zum Einsatz. Stattdessen sind vor allem Kompromisslösungen zur Überwindung der Sprachbarrieren implementiert, die einerseits auf die ungeklärte Finanzierung professioneller Sprachmittlung, andererseits aber auch den Mangel entsprechender Strukturen und damit der Verfügbarkeit zurückgeführt werden.

„Also ich habe nicht einmal im Alltag einen professionellen Dolmetscher benutzt. [...] Wahrscheinlich besteht theoretisch schon die Möglichkeit, dass man professionelle Dolmetscher einbestellt. Das ist bei uns im klinischen / Also, das ist bei uns nicht praktikabel. Also es gibt bei uns, glaub ich, irgendwo eine Liste mit professionellen Dolmetschern, die dann einbestellt werden müssten, aber ich weiß gar nicht, wie das finanziell geregelt ist. Ich weiß gar nicht, wie schnell die abrufbar sind.“ (Z5, Pos. 26-28)

„Aber es ist trotzdem wieder erstaunlich, wie schlecht die Hilfsmittel funktionieren, beziehungsweise wie schlecht die örtlichen Strukturen sind, um diese Problematik zu beheben.“ (Z3, Pos. 6)

Aus einer Notaufnahme wird berichtet, dass sie theoretisch die Möglichkeit hatten professionelle Dolmetschende online über Tablets zu konsultieren, dies sich jedoch aufgrund technischer und logistischer Herausforderungen nicht etabliert hat:

„Zum einen weil, man kann ja nicht unendlich viele iPads haben, manchmal kollidiert natürlich die Aufnahme von unterschiedlichen Menschen zur gleichen Zeit. Und zweitens, dann ist es nicht geladen, dann ist das Programm abgelaufen und hier und da. Also, wie gesagt, ich bin jetzt seit über 10 Jahren in der Klinik, und ich muss sagen, den offiziellen Dolmetscher hab' ich noch nie benutzt.“ (Z6, Pos. 2)

Ärzt*innen beschreiben, dass oftmals auch nur die Kommunikation mit Hand und Fuß, das Anzeigen von Symptomen am eigenen Körper, oder aber (v.a. im Kinder- und Jugendbereich) am grafischem Material bleibt. Abhängig von Fachbereich bzw. Symptomatik reiche dies gelegentlich aus.

„Am Anfang war das wirklich eine sozusagen „Medizin ohne Worte“. Also wir haben die Kinder angeschaut, soweit versorgt und das ist doch bis zum gewissen Grad möglich. Wenn da ein offenkundig krankes Kind kommt, da muss man gar nicht so viel sprechen.“ (H4, Pos. 2)

Laiendolmetschende: Kontrovers beschreiben die verschiedenen Expert*innen die Erfahrung mit Sprachmittlung durch Bekannte und Verwandte der Patient*innen, oftmals auch deren Kinder. Einerseits beschreiben Ärzt*innen, dass es ihre Arbeit erleichtere und ihnen weniger abfordere, wenn sich die Patient*innen selbst darum bemühen Übersetzende mitzubringen. Einige Ärzt*innen betonen in diesem Zusammenhang die Selbstverantwortlichkeit für die Organisation der Sprachmittlung durch die Patient*innen. Andererseits werden massive Probleme benannt, die entstehen, wenn den Patient*innen nahestehende Personen übersetzen, z.B. Verschweigen und Beschönigung schwerer Diagnosen, ebenfalls unzulängliche Deutschkenntnisse, Rollenkonflikte innerhalb von Familien. Eine höchste prekäre Zuspitzung entsteht, wenn Kinder und Jugendliche in der eigenen Behandlung übersetzen müssen.

„Dann übernehmen, dann halt oft so Elfjährige oder so dann da so ne dominante Rolle hier beim Arzt notgedrungen, weil die halt alles übersetzen. Und das ist dann auch, ist auch eine Schwierigkeit, ja. Das ist dann irgendwie einigermaßen gescheit zu moderieren, ja, weil es soll ja nicht so sein, dass der Elfjährige dann der der Chef da ist, so gefühlt, ja, und die Mama kann nur [nicken, Schulterzucken]. Also das muss man dann ja auch versuchen irgendwie aufzulösen, das macht es auch nicht so einfach.“ (H6, Pos. 16)

„Und das Kind dann mit fünf Jahren dolmetscht und übersetzt. Was natürlich schwierig ist, wenn man der Mutter erklären muss, das Kind hat jetzt eine Gehirnerschütterung und da muss man auf die Hirnblutung aufpassen. [...] Also da kann man auch einfach sagen: „Ihr Kind hat nichts, gehen Sie wieder und wenn es schlimmer wird, kommen Sie wieder.“. Aber selbst das wird nicht verstanden, also. Und da ist auch die Frage der Aufklärungspflicht, wie man der nachkommen kann.“ (Z1, Pos. 42)

Ähnliche Probleme werden auch beschrieben für nicht-professionell geschulte Übersetzende, die den Patient*innen jedoch fremd sind, z.B. Nachbar*innen, ehrenamtlich Engagierte:

„[...]s sind keine professionellen Übersetzer. Das sind dann wirklich eben meistens irgendwelche Freunde, ehrenamtliche Leute, die schon länger hier wohnen und das macht es natürlich oft auch schwierig, weil man ja manchmal auch intime Dinge bespricht, und natürlich dann manchmal auch nicht weiß, was kann ich jetzt überhaupt sagen vor dem Übersetzer oder was sagt mir auch der Patient.“ (H3, Pos. 22)

Sprachmittlung durch Mitarbeitende mit Sprachkompetenzen: In einigen Kliniken scheinen Listen, in denen Mutter- und Fremdsprachkenntnisse verschiedener Mitarbeitenden und deren Kontaktdaten erfasst sind, im klinischen Alltag zufriedenstellend zu funktionieren, wenn medizinisches Fachpersonal die Sprachmittlung übernimmt. Berichte aus anderen Kliniken verweisen zwar auf das Vorliegen einer solchen Liste, betonen aber, dass das Hinzuziehen anderer Fachkräfte im klinischen Alltag zu ressourcenintensiv sei und daher kein Gebrauch davon gemacht werde.

„Es ist trotzdem schwierig, die Mitarbeitenden aus den anderen Bereichen aus deren Alltag rauszureißen um hierher zum Dolmetschen zu kommen. [...] es ist halt in der heutigen Situation, Personalsituation, schwierig, einen der mehrmals / [...] allein schon der zeitliche Aufwand der Suche, Also ich muss im PC nach der Liste gucken, versuchen den Mitarbeiter irgendwie anzurufen. Und das ist so zeitaufwendig, dass ich in der Regel in meinem Alltag tatsächlich das kaum leisten kann.“ (Z6, Pos. 28)

Anwendung von Übersetzungssoftware: Deutlich niedrigschwelliger und mit dem Vorteil der verringerten Abhängigkeit von anderen ist die Nutzung von privaten Smartphones von Ärzt*innen und/oder Patient*innen mit simplen Übersetzungs-Apps (z.B. DeepL, Google Translate, Google Lense). Sie kommen daher sehr häufig zum Einsatz, in Kliniken aber auch niedergelassenen Praxen.

„Inzwischen, wie gesagt, dadurch, dass wir in der ganzen Notaufnahme WLAN haben, greifen wir schon in der Regel auf neutrale Hilfen [Übersetzungs-Apps], wo man von keinem abhängig ist, dass man geschwind das untereinander regeln kann.“ (Z6, Pos. 26)

Materialien in vers. Sprachversionen: Das Vorliegen von schriftlichen Aufklärungsbögen für Standard-Behandlungen in verschiedenen Sprachversionen wird von Ärzt*innen ambivalent bewertet. Einerseits ermögliche es zwar einen gewissen Grad an Aufklärung, andererseits könne das eigentliche Ziel der Sicherstellung der Aufklärung damit nicht erreicht werden.

„[...] wir haben hier bei uns im Krankenhaus auch die Möglichkeit, Aufklärung auf unterschiedlichen Sprachen auszudrucken. Das ist an sich ja nicht schlecht. Aber ein Aufklärungsgespräch ist ja eigentlich, dass ich mit dem Patienten das durchgehe und ihm das erkläre und auf seine Fragen eingehe und so weiter. Und da bringt es mir nichts, wenn ich für einen [Herkunftsbezeichnung] Patienten eine [Landessprache] Aufklärung habe und ich ihm aber nicht zeigen kann auf der Aufklärung, was wo steht.“ (Z5, Pos. 12)

d. Das Gesundheitssystem ist Menschen mit Migrationsgeschichte oft fremd

Als eine der zentralen Herausforderungen betonen die Befragten die Erfahrung, dass das deutsche Gesundheitssystem in seinen Strukturen, Abläufen und Angeboten Menschen mit Migrationsgeschichte – allgemein, aber insbesondere in den ersten Jahren nach Ankunft - fremd sei. Welche Unklarheiten bestehen, hänge vom Herkunftsland, Bildungsgrad bzw. dem sozioökonomischen Status vor der Migration ab. Die Unvertrautheit habe Folgen für das Hilfesuchverhalten bzw. die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten. Bei den Mitarbeitenden könne die Frustration aber auch Lern- und Öffnungsprozesse auslösen. Aufklärung und Verständigung über das Gesundheitssystem werde durch die Sprachbarriere zudem erschwert bis unmöglich.

„Also ganz banal, dass man Menschen, die jetzt vom Ausland im weitesten Sinne zu uns kommen, die kennen einfach das System nicht und dann muss ich denen natürlich/ oder erkläre ich denen immer wieder, wie das funktioniert mit der Überweisung oder vor allem dem Notdienst. Die

meisten, die gehen dann mit irgendwas direkt in die Klinik und/ oder rufen da an und dann sind sie da am falschen Ort und wenn ich das mitkriege, habe ich auch einen Zettel wo, wo ich das aufgeschrieben hab, wo man sich am Wochenende dann hinwenden kann und solche Dinge.“ (H5, Pos. 20)

„[...] Also ich glaub bei ganz vielen das Nicht-Wissen über vorhandene Möglichkeiten und Angebote. Ich meine, das ist ja schon für uns oder für mich relativ schwierig zu verstehen, was es da alles gibt oder wie das Gesundheitssystem funktioniert, glaube, dass das übergreifend bei allen frustrierend ist.“ (M2, Pos. 12)

Hausärztliche Rolle ist unklar: Mitarbeitende aus der Gesundheitsversorgung beobachten, dass vor allem die Rolle der hausärztlichen Versorgung, die nach ihrem Verständnis nicht nur eine koordinierende Funktion innehat, sondern in der auch eine längerfristige Beziehung zwischen Behandelnden und ihren Patient*innen aufgebaut werden kann, Menschen mit Migrationsgeschichte in dieser Form nicht bekannt sei.

„[...] dieses System, was wir hier haben, das im Grunde genommen sich koordinieren lässt durch einen Hausarzt oder [man] auf Termine warten muss oder die Termine erst besorgen muss, das ist denen fremd, ja.“ (Z2, Pos. 3)

„Es gibt ja [in] sehr vielen Ländern auch gar nicht diesen Allgemeinmediziner, der vielleicht auch mal selber Abklärung macht, der selber Ultraschall macht, ja erst mal guckt: »kann ich den Patienten versorgen?« Sondern sie sind gewohnt/ weil ich geh zum Kardiologen, zum Orthopäden mit meinem Rückenschmerzen und fordern das natürlich auch ein. Die verstehen nicht/ die sehen einen mehr als Verwaltungsapparat als als Arzt und das ist dann natürlich schwierig denen zu erklären [...]“ (H2, Pos. 42)

„Ich glaube, was auf Patientenseite auch problematisch ist. Jedes Land hat ein eigenes Gesundheitswesen mit einer eigenen Struktur vom Gesundheitswesen. Und ich hab das schon auch erlebt, dass Patienten dann in die ZNA kommen und eine Krankschreibung wollen oder irgendwas anderes wollen. Und da muss ich denen erstmal erklären, dass sie jetzt hier falsch sind und dass dafür der Hausarzt dafür zuständig ist usw. Und in anderen Ländern, da gibt es halt nur / es gibt nicht ein getrenntes System zwischen ambulant und stationär, also zwischen Praxen und Krankenhäusern. Das ist ja in Deutschland sehr speziell.“ (Z5, Pos. 32)

„Sprengen“ der klassischen (ambulanten) Abläufe: Die Befragten Hausärzt*innen beklagen, dass Menschen mit Migrationsgeschichte die Terminstruktur ihrer Praxen häufig nicht einhalten bzw. sich vor allem mit akuten Anliegen vorstellen. Häufig übersteigen ihre Anliegen jedoch die Ressourcen der Akutprechstunden und Folgetermine werden nach Erfahrung der Befragten nicht hinreichend eingehalten. Ebenso schwierig sei die Compliance bezüglich der Medikamentenbeschaffung und -einnahme sowie fachärztlichen Abklärung. Einige Befragte relativieren diese Beobachtung dahingehend, dass auch andere strukturelle Barrieren, wie z.B. der Zugang zu fachärztlicher Versorgung und die Sprachbarriere, dem Befolgen der vorgeschlagenen Behandlungswege entgegenwirken können.

„Und dass es oft, ja, auch so ein bisschen immer schnell den Rahmen hier sprengt, zeitlich, weil, ja, dass ich da oft auch unzufrieden bin, weil, dann haben die sich oft halt gemeldet, wenn akut was ist, ja, dann bekommen sie halt einen kurzen Termin in unserer Akutprechstunde, [weil]

akut auch gar nichts langes frei ist. Und man kann vieles nur so antippen. Und ja, und für einen weiteren Termin [...] die gibt es dann schon, aber die werden dann oft auch nicht so wahrgenommen oder man kann es nicht so rüberbringen, warum das jetzt auch mal wichtig wäre, mal zu kommen, wenn das Kind nichts hat.“ (H6, Pos. 2)

„Also ganz oft ist es dann so, dass jetzt gerade in der Versorgung zum Beispiel vereinbarte Wege, jetzt mit einer fachärztlichen Abklärung von bestimmten Krankheitsbildern schlicht und ergreifend nicht umgesetzt werden. Sei es jetzt aus fehlendem Verständnis, sei es jetzt auch wieder aufgrund der Tatsache, dass es natürlich für jemand, der ist, vielleicht auch die Sprache nicht perfekt beherrscht, mittlerweile extrem schwierig ist irgendwie fachärztliche Versorgung auf dem Land überhaupt zu bekommen.“ (H1, Pos. 2)

Gleiche oder häufigere Inanspruchnahme von Notfallversorgung: Zum häufig berichteten Phänomen, dass Menschen mit Migrationsgeschichte überproportional Notaufnahmen aufsuchen, äußern sich die Befragten unterschiedlich. Diejenigen, die eine häufigere Inanspruchnahme beobachten, begründen diese wiederum mit der Fremdheit des deutschen Gesundheitssystems. Wie bereits im Unterkapitel “Versorgungsrealitäten” beschrieben, wird als besonders problematisch beschrieben, dass die aus der Fremdheit resultierende Fehlanspruchnahme von Notfallversorgung mitunter verallgemeinert werde und dazu führen könne, dass Rettungsdienste auf Anrufe aus Gemeinschaftsunterkünften nicht mehr reagieren.

„Das ist eines der Hauptprobleme, die die in der Notaufnahme haben, dass diese Menschen andere Gesundheitssysteme gewöhnt sind und aufgrund dessen eigentlich immer als Anlaufstelle oft die Klinik nehmen und die Notaufnahmen, weil sie das in ihrem Land nicht anders kennen, dass wenn sie Probleme haben, gehen sie halt ins Krankenhaus.“ (Z2, Pos. 3)

„Das könnte ich jetzt so nicht sagen, dass sich das ganz klar herauskristallisiert, dass das meistens, diese häufiger selbstständig sich vorstellen, Menschen, die Menschen mit Migrationshintergrund sind. Gibt schon auch viele ohne Migrationshintergrund, die das machen.“ (Z3, Pos. 52)

Hilfe durch Brückenbauer*innen: Sowohl die Interviewten aus der Gesundheitsversorgung als auch die Vertreter*innen der migrantischen (Selbst-)Organisationen sehen in Personen eine Unterstützung, die zwischen Menschen mit Migrations-, besonders aber mit Fluchtgeschichte, und den Gesundheitsdiensten vermitteln. Als hilfreich wird erlebt, wenn sie das Gesundheitssystem vorab erklären und Orientierung bieten, die Patient*innen anmelden und/oder begleiten sowie zum Teil auch für sie übersetzen. Diese Brückenbauer*innen können Sozialarbeitende in den Unterkünften, Engagierte bzw. Freiwillige in den Gemeinden, Verwandte oder Bekannte oder eben ausgebildete Gesundheitslots*innen sein. Gleichzeitig werden von den Befragten auch die Grenzen dieses Ansatzes angesprochen. Brückenbauer*innen sind häufig durch die Nachfrage und Bedarfe überfordert und eine gewisse Unzufriedenheit bleibt.

„Aber meistens muss man sagen waren da viele/ also das war ganz gut organisiert. Die kamen dann oft schon mit Paten oder mit ihren Leuten aus der Gemeinde, die dann auch schon mitgekommen sind. Ja, also das hat sich dann auch/ das macht es dann immer einfacher, wenn jemand dabei ist und so ein bisschen hilft.“ (H3, Pos. 10)

„Es gibt schon einen vom Dorf, der sich da so ein bisschen kümmert, aber der kümmert sich halt so ein bisschen/ also um alles. Der kümmert sich darum, wo gehen die Kinder in Kindergarten. Und also, der ist da auch überfordert, dann an alles zu denken.“ (H2, Pos. 82)

„Ich hab gesagt so, an wen man sich wenden kann. Ich hab auch schon mal zu Hausärzten begleitet oder hab Hausärzte angerufen: »diese Person kommt jetzt und so.« Und dann wussten die sozusagen, dass ich das auch weiß und dann werden die Leute wenigstens aufgenommen und angeguckt ja, aber so richtig befriedigend ist nichts davon, muss man sagen.“ (M3, Pos. 10)

Lernpotentiale und Annäherungsprozesse: Mitarbeitende aus der hausärztlichen Versorgung schildern, wie sie ausgehend von einer Haltung der Offenheit und dem Anliegen, alle Menschen in ihrem Einzugsbereich zu versorgen, ihren klinischen Alltag an die Bedarfe von Menschen mit Migrationsgeschichte anzupassen gelernt haben. Vor allem die Versorgung von Kindern habe das Potential, die Eltern mit dem deutschen Gesundheitssystem vertraut zu machen und auch sie als Patient*innen stärker in die Abläufe des Gesundheitssystems einzubinden. Behandelnde schildern auch, wie der Kontakt zu Geflüchteten sie persönlich bereichert habe.

„Ich hab dann gesagt: »naja, wir versorgen jetzt aber mehrere, also hunderte von Flüchtlingen darüber« und das geht schon, weil man/ also, wenn man sich darauf einlässt.“ (H2, Pos. 28)

„Und das war ein Lernprozess in gemeinsamer, dass das auch anders geht, dass man da spontaner reagiert - natürlich denen auch vermitteln muss, dass wir jetzt nicht die komplette Versorgung machen mit all den Problemen, dass die, was es da in der Schule jetzt oder was sonst noch ansteht, können wir da nicht mit reinnehmen in die in die akuten Termine, die wir dann vergeben haben. Also ein gemeinsames Lernen, wo wir aber auch sehr, sehr gut dazu gelernt haben [...].“ (H4, Pos. 6)

„Und letztlich, wenn man, wenn man sich dann die Zeit nimmt, nehmen mal kann oder doch schafft sie dann nochmal zu einem etwas anderen Termin in Ruhe hierher zu lotsen, ja, dann erfährt man ja auch was, ja, oder man ist ja auch manchmal richtig beeindruckt, was auch Menschen überstehen können und trotzdem noch eine positive Haltung zum Leben irgendwie ausstrahlen, ja.“ (H6, Pos. 20)

e. Fachkräfte erleben die Behandlung von Menschen mit Migrationsgeschichte als ‘anders’

Auch wenn aus methodischer Sicht kritisch zu berücksichtigen ist, dass die Interviewten nach spezifischen Erfahrungen in der Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte gefragt wurden, differenzieren die Befragten zwischen universellen und spezifischen Herausforderungen. Sie betonen, dass sie sehr heterogen und komplexen Intersektionen aus kultureller Herkunft, Sprache, sozialer/sozioökonomischer Status vor und nach der Migration und der individuellen Persönlichkeit geprägt sind. Dennoch lassen sich in den Aussagen der Interviewten wiederkehrende Merkmale identifizieren, die die Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte anders und häufig herausfordernder mache.

„[...] das ist wirklich ein weites Feld, weil Menschen mit Migrationsgeschichte sind ja sehr unterschiedlich, also zumindest in meiner Praxis. Das ist einerseits der, was weiß ich, afrikanische Manager oder der lateinamerikanische Student oder jemand/ Geflüchtete aus Afghanistan oder aus Syrien oder dem Irak. Vom Akademiker bis zur Analphabetin [...] Ja, mit manchen Gruppen

hat man eigentlich wenig Schwierigkeiten, da spricht man vielleicht noch Englisch, da ist vielleicht das englische noch die Herausforderung und mit anderen, da hat man eigentlich nur Schwierigkeiten [...]“ (H5, Pos. 2)

Kulturelle Differenz: Einige der Befragten aus der Gesundheitsversorgung sagen, dass das Verständnis, der Ausdruck und der Umgang mit Gesundheit und Krankheit sich zum Teil sehr stark unterscheiden. Zur weit verbreiteten Zuschreibung einer stärkeren „Wehleidigkeit“ von Menschen aus dem Mittelmeerraum wurde sich unterschiedlich positioniert.

„Es ist einfach so, dass letztendlich verschiedene Kulturkreise ein völlig unterschiedliches Verständnis haben von Krankheit und Gesundheit und letztendlich auch von Wahrnehmung letztendlich von Krankheit, Gesundheit und von Symptomen. Und das und zwar in beide Richtungen, also in Richtung Dramatisierung. Aber auch ich von Bagatellisierung von Erkrankungen, Symptomen usw. Und das ist eine zweite Schwierigkeit, die einfach in der Versorgung, da eine große Rolle spielt, ja.“ (H1, Pos. 2)

„[...] es war auch eine [Herkunftsbeschreibung] Patientin und da war die Tochter halt als Angehörige mit dabei. Und ich geh halt, zu der Patientin hin. Das war ne Oma, 80, 85 Jahre alt und frag halt: ‚Was ist jetzt das Problem?‘. Und dann fängt sie halt typisch an 20 Sachen aufzuzählen: »Ach, mein Bein tut weh, mein Hände tun weh. Ich hab Schwindel. Mein Bauch tut weh.« Und dann hat die Tochter die gleich unterbrochen, relativ forsch, hat gesagt: »ne, ne, das will der Arzt jetzt nicht wissen, sondern was ist jetzt aktuell das Problem?« Also die Tochter hat das in dem Fall jetzt schon verstanden, dass dieses diffuse, alles schlecht, nicht das Problem ist und so weiter.“ (Z5, Pos. 46)

Vor allem in der Diagnostik, Versorgung und Kommunikation über psychosomatisch eingeordnete Beschwerden könne es auf Grund kultureller Differenzen zu Schwierigkeiten bis hin zu Unmöglichkeit der Einleitung einer adäquaten Behandlung kommen.

Fachkräfte aus der Rettungsstelle mit eigenem Migrationshintergrund vertreten die Position, dass dieser helfe Menschen mit gleicher Herkunft bzw. mit Migrationsgeschichte besser zu verstehen. Für die hausärztliche Versorgung wird beschrieben, wie durch Beziehungsaufbau kulturelle Differenz überbrückt werden könne.

„[...] für mich ist es relativ einfach, weil ich halt mit der [Herkunftsbezeichnung] Kultur zurechtkomme. Also, ich sag mal, Umgang mit Autoritätspersonen oder anderen Problem, auch wie die Angehörigen mit kranken Patienten umgehen, also was das bedeutet, da kann ich viel mehr damit anfangen als meine Kollegen, die jetzt keinen Migrationshintergrund haben.“ (Z5, Pos. 6)

„Umso stärker das Vertrauensverhältnis wird, umso häufiger einfach man auch miteinander zu tun und gemerkt hat: »das funktioniert irgendwie«. Umso besser kann man so was dann auch Händeln, einschätzen. Ich mein, das ist ja schon was, mit dem wir letztendlich auch tagtäglich umgehen, dass jeder Mensch irgendwie ein anderes Verständnis hat von Krankheit und Gesundheit und was für ihn gut ist und was nicht. Und ich denke, das ist schon etwas, was, also die hausärztliche Expertise eigentlich kann, das ausmitteln.“ (H1, Pos. 27)

Familienstrukturen und Geschlechterrollenerwartungen: Sowohl die medizinischen Fachkräfte als auch die Vertreter*innen der migrantischen (Selbst-)Organisationen äußern, dass die Familie bei

Menschen mit Migrationsgeschichte einen viel größeren Stellenwert einnehmen und sich dies durch stärkeren Einbezug von Familienmitgliedern in der Behandlung zeige. Aus der Perspektive migrantischer (Selbst-)Organisationen heraus wird thematisiert, dass in der stationären Versorgung häufig wenig Sensibilität für die wichtige Rolle der Familie im Genesungsprozess und damit verbundene häufigere Besuche, mehrere Besuchende zur gleichen Zeit aber auch der höhere Kommunikationsbedarf der Familienangehörigen bestehe.

Als ein weiteres, zentrales Problem im Zusammenhang mit Familienstrukturen wird eingebracht, dass es infolge der Migration zu einer Rollenumkehr in den Familien kommen kann und Kinder z.B. Sprachmittlung übernehmen und gegenüber ihren Eltern eine versorgende Rolle einnehmen (müssen).

Zur häufig berichteten Frage, ob eine Untersuchung von Patient*innen von gegengeschlechtlichen Behandler*innen zu Problemen führen könne, äußern die Befragten gegensätzliche Erfahrungen. Vor allem als patriarchal wahrgenommene Familienstrukturen werden als herausfordernd und konfliktuell für Behandelnde beschrieben. Dies kann von Behandler*innen erfordern, sich mit eigenen normativen Erwartungen auseinanderzusetzen, um sich an den Wünschen der Patient*innen zu orientieren.

„[...] dass eben die Männer sehr dominant sind, also die Frauen oft in Begleitungen der Männer kommen und man mit denen auch nicht so oft alleine in Kontakt kommt. Dort auch dann zum Beispiel, dass die Frau zum achten Mal schwanger ist in Deutschland und sagt, sie darf aber auf gar keinen Fall verhüten und will es aber heimlich machen, also das sind auch so Dinge, mit denen man erstmal umgehen lernen muss oder erst mal gucken muss, wie die dann am besten managt, wenn man das ja gar nicht so kennt aus unserer Kultur.“ (H2, Pos. 46)

Andere Erkrankungen: Die medizinischen Fachkräfte beschreiben, dass Menschen mit Migrationsgeschichte vor allem unmittelbar nach ihrer Einreise häufig und ‚anders‘ krank seien. Die Behandlung von in Deutschland nicht so verbreiteten Krankheiten, z.B. bestimmte Infektionskrankheiten, fordere die strukturellen Gegebenheiten in den Gesundheitseinrichtungen zusätzlich heraus.

„[...] weil das ist ja häufig so, dass die, sei es durch die Reise, sei es durch die Flucht, [unverständlich] überhaupt mitbringen/ einfach Krankheitsprobleme haben.“ (Z2, Pos. 3)

„[...] Da geht es mit den resistenten Erregern los [...] Und die Menschen dementsprechend isoliert werden müssen und man braucht Einzelkabinen, Einzelzimmer auf Stationen, so dass das Ganze dann schon auch nicht nur von der Sprache ist, sondern ja auch von der Logistik her, wenn es einen hohen Patientenaufkommen gibt, die diese Kriterien erfüllen, auch wieder teilweise schwierig macht die Versorgung.“ (Z3, Pos. 8)

Veränderung durch eingeschränkte Kostenübernahme: Die Befragten kritisieren den Mehraufwand in der Versorgung von Menschen im Asylbewerberleistungsbezug, bei denen sie die Kostenübernahme beim Sozialamt beantragen müssen. Das Prozedere werde als Kampf erlebt und führe bei einigen Kolleg*innen auch zur Ablehnung der Inbehandlungnahme. Auch wird eine Willkür in Bezug darauf, bei wem welche Leistung genehmigt wird, beobachtet. Die Einführung der Gesundheitskarte für Menschen, die nach 2022 aus der Ukraine geflohen sind, wird als deutliche Entlastung beschrieben und wirft die Frage auf, warum überhaupt unterschieden wird und die daraus resultierende

Ungleichbehandlung oftmals über mehrere Jahre andauere. Die Befragten beobachten, wie diese andauernde Unterscheidung/Diskriminierung sich negativ auf die mittel- bis längerfristige Integration auswirke.

„Wenn jemand neu kommt oder/ am Anfang war es natürlich immer so, die/ die Bürokratie am Anfang, wo wir erstmal immer so gedacht haben, »Ohje, jetzt kommt wieder jemand, wie wird das jetzt abgerechnet? Hat er den Schein vom Landratsamt dabei? Müssen wir das anfordern?« Also da war das bürokratischer als erstes Mal, ne. Das hat sich jetzt so ein bisschen gebessert, weil viele jetzt halt doch schon mit der/ mit der Gesundheitskarte von der AOK kommen.“ (H3, Pos. 2)

„Und auch um die Flüchtlinge unter sich, die sich dann als Flüchtlinge zweiter oder erster Klasse sehen, weil ich find das ist schon natürlich heftig, wenn ich denke, mit der AOK-Karte kann man alles haben, was man möchte sozusagen und vor 7 Jahren haben wir [...] haben wir gekämpft, für jede kleine Physiotherapie oder für jede kleine Logopädie fürs Kind [...]“ (H2, Pos. 109)

„Die dürfen ja, sowieso / ich glaub Paragraph 4 ist das, ne, wo es nur um Schmerzbehandlung geht? Und alles, was darüber hinausgeht, Prävention ist nicht. Und wir wissen, dass viele ganz lange in diesem Status verbleiben. [...] Also Menschen, die jahrelang auf Standby gehalten werden, entwickeln sich einfach nicht so positiv wie Menschen, die von vornherein aufgenommen werden, es ist so, ja.“ (M2, Pos. 33)

f. Angestaute Frustrationen und Spannungen könne sich in Konflikten entladen

Angesichts der angespannten Ressourcenlage in der Gesundheitsversorgung beschreiben die Mitarbeitenden wie es immer wieder zu Konflikten mit Patient*innen komme. Mitunter fordern Patient*innen mit Migrationsgeschichte durch Benennung gesetzlicher Regelungen eine (schnellere) Behandlung ein, während die Behandler*innen versuchen würden, alle Menschen gleichberechtigt und entsprechend der medizinischen Notwendigkeit zu behandeln. Dies führe auf beiden Seiten nicht selten zu Bedrängnissen und Frustrationen und habe Potential für verbale aber auch körperliche Konflikte und Angriffe, v.a. in der Notfallversorgung.

Die Unvertrautheit mit dem deutschen Gesundheitssystem zeige sich auch in differenten Erwartungen an die Behandelnden, beispielsweise in Bezug auf konkrete Behandlungsschritte. Teilweise wird dies von einigen Befragten als „Anspruchshaltung“ markiert, während andere diese jedoch in vergleichbarer Form bei allen Patient*innen wahrnehmen. Behandelnde schildern, wie sie versuchen durch Erklären und Transparenz, Verständnis und Erwartungsänderungen herzustellen. Einige bringen die Frustration und Konflikte über nicht erfüllte Erwartungen jedoch auch in den Zusammenhang mit der Sprachbarriere. Problematisiert werden sowohl die Erwartung, die Sprache der Patient*innen zu sprechen, als auch die Unfähigkeit bei fehlender Sprachmittlung sich ausdrücken zu können.

„Also, das erlebt man natürlich auch bei den hier Geborenen und Schwäbischstämmigen sozusagen, dass die dann nicht zufrieden sind, wie wir es machen, aber seltener. Das haben wir aus den Familien mit Migrationshintergrund eins häufiger, dass die / Also ich muss dann immer wieder sagen oder übersetzen lassen, dass wir natürlich auch nicht alle Probleme lösen können und dass die, auch gerade wenn die eine Weile hier sind, sich schon ein Frust aufstaut, der sich auch bei uns entlädt.“ (H4, Pos. 12)

„Ja, der kommt von Pat. Wenn die der Meinung sind, sie müssten was bekommen, was sie nicht bekommen, aufgrund von, dass ich das nicht für notwendig erachte oder unser System das nicht vorsieht, auf dieser Stufe der Versorgung diese Untersuchung z.B. MRT-Untersuchung / also manche sind der Meinung, die kommen hier jetzt und kriegen MRT. Das kriegt weder ein privat versicherter noch einer der beim Sozialamt versichert ist. Man kriegt einfach nicht. Punkt.“ (Z6, Pos. 36)

Wie das Konfliktpotential sich auch auf gesellschaftlicher Ebene entladen kann, beschreibt ein Mitarbeitender aus der ambulanten Versorgung an einem Beispiel. Nachdem in einem Landkreis Sozialarbeitende einer Gemeinschaftsunterkunft die Ablehnung ihrer Bewohner*innen in den Versorgungseinrichtungen beklagten, äußerten Einwohnerinnen ohne Fluchtgeschichte gegenüber dem zuständigen Bürgermeister Vorwürfe über eine unangemessene Bevorteilung.

v. Hoffnungen, Wünsche & Lösungen

Die Ideen und Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte bilden das letzte Kernthema.

Verantwortungsübernahme durch Bereitstellen zusätzlicher Ressourcen: Mehr oder weniger explizit wünschen sich die Befragten, dass Verantwortung übernommen wird für die Bewältigung der allgemeinen Mängel in der Gesundheitsversorgung sowie spezifischen Herausforderungen in der Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte. Zur Frage, wer diese Verantwortung übernehmen sollte, werden unterschiedliche Ideen eingebracht. Der Wunsch richtet sich teilweise an die Mitarbeitenden oder Träger der Geflüchtetenhilfe, an eine verantwortliche Stelle innerhalb der Klinik, vor allem aber an die politischen Entscheidungsträger*innen sowie die Kassenärztliche Vereinigung. Die geäußerten Wünsche beinhalten den Ruf nach zusätzlichen Ressourcen in den bestehenden aber auch in Form der Schaffung neuer Strukturen. Zum Beispiel, indem neue Abrechnungsziffern eingeführt werden, die den Mehraufwand monetär abbilden. Aus Sicht der Vertreter*innen der migrantischen (Selbst-)Organisationen umfasst dieser Wunsch auch, Maßnahmen zu implementieren, die Diskriminierungsstrukturen in der Gesundheitsversorgung abbauen, z.B. indem entsprechende Fortbildungen für Mitarbeitende angeboten werden. Auf der Meta-Ebene thematisieren die Befragten auch die Notwendigkeit, die Integration von Menschen mit Migrationsgeschichte insgesamt, z.B. durch Bildungsprogramme, zu fördern.

„Denke ich manchmal, eigentlich wäre es doch eine öffentliche Aufgabe, von der Kommune da mal vielleicht zu irgendeinem Treffen einzuladen oder sowas mal / ich glaube, dass wenn man sich dann noch mehr kennt, das bringt ja auch ein besseres Miteinander dann, ja, genau sowas finde ich finde ich glaube ich noch gut.“ (H6, Pos. 34)

„Und hätte mir aber eigentlich schon gedacht, dass das so prinzipiell besser funktioniert, dass es da bessere Strukturen gibt oder auch - muss man auch sagen - auch von diesen ganzen städtischen Organisationen, die ja in der Flüchtlingshilfe aktiv sind, die Unterkünfte stellen, quasi den Kontakt zur Stadt herstellen und sowas. Auch da ist wenig organisiert, muss man ganz ehrlich sagen.“ (Z3, Pos. 8)

„Und dann einen Punkt, der aus meiner Sicht einfach unterschätzt wird, ist der Schlüssel von den Sozialarbeitenden ist so hoch, also dann hat so viele Leute zu betreuen, dass es oft so eine Verwaltung ist und keine richtige Sozialarbeit mehr.“ (M3, Pos. 12)

Notaufnahmen durch integrative Versorgungsangebote entlasten: Mitarbeitende aus Notaufnahmen sehen eine zentrale Lösung darin, integrierte Versorgungsangebote zu schaffen. Hierzu bringen sie verschiedene Modelle ein, in denen stationäre und ambulante Versorgung integriert und der Notfallversorgung vorgelagert sind. Die konkreten Ideen umfassen beispielsweise die Implementierung eines verzahnten ärztlichen Notfalldienstes aus ambulanten und stationären Kolleg*innen, das Einrichten von Notfallzeitfenstern in der ambulanten Versorgung sowie die Etablierung eines vorgelagerten Notfallzentrums mit eigenem Tresen. Mitarbeitende wünschen sich auch eine bessere Integration des Sozialdienstes in die Notfallversorgung.

„[...] dass man gemeinsam eine Position schafft, wo Patienten abgearbeitet werden können ja, das heißt, wo sie quasi die Möglichkeit haben, EKG, Labor, Röntgenaufnahmen zu machen, auch die entsprechenden Verbände anzulegen, also im Grunde genommen das, was halt ein niedergelassener Arzt machen könnte, dass man diese Stelle quasi im Vorfeld vor Notaufnahme oder auch als Anlaufstelle für die Leute schafft [...]“ (Z2, Pos. 17)

„[...] wo man eine Anlaufstelle hat, wo der Patient kommt und sagt, »Ich hab das und das Problem.« Und wenn ich natürlich einen Tresen hab, wo ich den Patienten leiten kann, ist das viel einfacher, als wenn der Patient an zwei unterschiedliche Anlaufpunkte muss [...] Also wenn der Patient jetzt kommt und ich habe eine Fachkraft sitzen und sie verteilt innerhalb der ZNA, wer kommt zum ärztlichen Notdienst und wer geht zum Unfall-, Allgemeinchirurgen, Internisten, weil sein Problem ist jetzt relevanter, also der hat sich offensichtlich etwas gebrochen oder hat Herzinfarkt.“ (Z6, Pos. 50)

Rekrutierung und Integration von Mitarbeitenden mit Migrationsgeschichte: Aus Sicht der Mitarbeitenden vor allem aus den Notaufnahmen könne die Anstellung von Mitarbeitenden mit eigener Migrationsgeschichte, nicht nur den Personalmangel lösen, sondern auch durch ihre Sprach- und transkulturellen Kompetenzen die geschilderten Herausforderungen besser bewältigt werden. Angesichts des allgemeinen Fachkräftemangels wird hierbei vornehmlich auf die Rekrutierung ausländischer Kolleg*innen gesetzt. Teilweise entsteht der Eindruck, dass interkulturelle Öffnung mit dieser Strategie gleichgesetzt wird. Hier fordern die Befragten, dass die Barrieren im Anerkennungsprozess ausländischer Abschlüsse abgebaut werden. Eine Idee ist, auch Geflüchtete aus medizinischen Berufen bevorzugt zu behandeln. Ein anderer geäußelter Ansatz ist durch Kampagnen, junge Menschen mit Migrationsgeschichte für die Gesundheitsberufe zu begeistern. Problematisiert wird, dass es gegenüber den ausländischen Mitarbeitenden Vorbehalte und Kompetenzzweifel geben kann, ohne dass diese in den Gesprächen vertieft werden. So sehen einige der Befragten aus den Gesundheitsdiensten die Notwendigkeit, dass die ausländischen Kolleg*innen durch Fortbildungen in die ‚deutsche Kultur‘ der Patient*innen-Ärzt*innen-Beziehung eingeführt werden. Interessanterweise tritt aus dieser Perspektive die sonst häufig geforderte Fortbildung von Mitarbeitenden in transkulturellen Kompetenzen in den Hintergrund und wird vor allem von den Vertreter*innen der migrantischen (Selbst-)Organisationen eingebracht.

„Ich persönlich find Multikulturalismus unheimlich wichtig [...] Wenn wir ein multikulturelles Team hier haben, was wir auch haben, dass man dann einfach, sag ich mal, unterschiedliche Erfahrungen, unterschiedliche Einblicke bei vielen Problemen und so weiter halt einfach hat. Und klar, wenn es jetzt auch um multikulturelle Patienten hat, dass man dann auch immer die Möglichkeit hat auf jemand anderen zurückzugreifen. Das macht dann halt schon auch Spaß, wenn das funktioniert.“ (Z5, Pos. 46)

„Man könnte vielleicht versuchen, die Menschen, die aus bestimmten Ländern kommen raus zu filtern: Gibt es jemanden der medizinischen Background hat, der in diesem Land eine Fachkraft gewesen ist und das vielleicht bisschen vorantreiben, die Menschen ins Gesundheitssystem zu integrieren, erstmal als, um sich das anzuschauen in Führungszeichen, als Praktikanten, damit man das mal ganze kennenlernt. Aber dann wären zumindestens Menschen da, die das / hier mal sehen und auch eventuell dolmetschen helfen könnten. [...] dann könnt man 2 Fliegen mit einer Klatsche schlagen, wenn man das so sagen kann.“ (Z3, Pos. 36)

„Also wir müssen immer von vorne denken, dass wir einfach sagen Kultursensible, Pflege oder »kultursensibel sein« muss eben bereits in den Ausbildungsberufen verankert sein oder wesentlich stärker vermittelt werden.“ (M2, Pos. 26)

Niedrigschwellige und leicht verfügbare Sprachmittlung: Was Sprachbarriere betrifft, wünschen sich die Befragten klare rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen, um auf Sprachmittlung in Gesundheitsdiensten zügig, verlässlich und bedarfsangemessen zugreifen zu können. Die Vertreter*innen der migrantischen (Selbst-)Organisationen fordern explizit die Kostenübernahme von professioneller Sprachmittlung und verwiesen auf eine aktuelle Initiative auf Bundesebene, während die Mitarbeitenden aus der Gesundheitsversorgung die Sprachbarriere eher problematisieren und damit diesen Wunsch indirekt ansprechen. Befragte aus Kliniken verdeutlichen, dass die Finanzierung nicht ausreiche, sondern es zusätzliche Ressourcen in den Kliniken für die Koordinierung von Sprachmittlung geben müsste. Als weiteren Ansatzpunkt sollten Info- und Aufklärungsmaterial über die verschiedenen Gesundheitsleistungen und -einrichtungen in verschiedene Sprachen übersetzt und zugänglich gemacht werden.

„Also wenn ich, wenn ich da eine offizielle, zumindest eine Telefondolmetscher-Stelle unkompliziert anrufen könnte und da könnte sich jemand [...] irgendwie dazuschalten. Wenn ich sowas niederschwellig hätte, das wäre super, glaube ich, ja.“ (H6, Pos. 8)

„Ich finde tatsächlich diese Initiative zur Verankerung der Sprachmittlung in dem Katalog der gesetzlichen Krankenkassen, finde ich eigentlich am allerwichtigsten, weil dann die Leute einfach nicht mehr auf Humanität von irgendwem angewiesen sind, sondern sie haben halt einfach einen Anspruch darauf, dass jemand das übersetzt und dann müssen muss niemand in deren persönlichen Kram rum schnüffeln und dann sind die unabhängig [...] dann werden sie nicht nach Sympathie kategorisiert, sondern dann könnten halt ja zumindest Arzttermine einfach ordentlich über die Bühne gebracht werden genau.“ (M3, Pos. 12)

Etablieren von Brücken- und Vermittlungsstrukturen: Anknüpfend an die Erfahrung, dass sogenannte Brückenbauer*innen hilfreich sein können, wünschen sich die Befragten regelhafte Brücken- und Vermittlungsstrukturen. Diese könnten, nicht nur beschränkt für Menschen mit Migrationsgeschichte über die verschiedenen Angebote der Gesundheitsdienste informieren und aufklären, teilweise auch begleiten und eine koordinierende Rolle einnehmen. Besonders virulent wird dieser Wunsch, wenn Patient*innen mit Problemen bei Gesundheitsdiensten ankommen, die von den Fachkräften als nicht primär medizinisch, sondern als psychosozial bzw. sozialmedizinisch erlebt werden. Aufsuchende Arbeit wird als wichtiger Bestandteil einer solchen Brückenfunktion angesehen. Dieser Wunsch konkretisiert sich teilweise im Konzept der Gesundheitslots*innen, welches nicht nur diesen Bedarf potentiell abdecken, sondern Menschen mit Migrationsgeschichte in dieser Rolle ermächtigen könne.

Aber es wird hinsichtlich der Gesundheitslots*innen eine Professionalisierung im Sinne einer besseren Ausbildung sowie nachhaltigeren Anreiz- und Finanzierungsstruktur gefordert. Auch wird der Ruf nach einer Beratungs-, Schnitt- oder Koordinierungsstelle zwischen Betroffenen, Mitarbeitenden aus den Gesundheitsdiensten sowie psychosozialen Angeboten sowie migrantischen (Selbst-)Organisationen deutlich, um Vernetzung zu fördern und Doppelstrukturen zu vermeiden. Die Frage, wo eine solche Struktur angegliedert sein könnte, bleibt offen. Einige Befragte schreiben dem Gesundheitsamt eine besondere Rolle zu.

„Also gerade, wenn man dann auch jemanden hat, wo man einfach dann eben sagen muss/ der muss/ ja aber die muss noch da und da hin, weil das eben in der direkten Kommunikation manchmal schwierig ist. Also sowas wär sicherlich hilfreich, wenn man da so offizielle Ansprechpartner hätte. Wie gesagt, was wir manchmal haben, aber das halt/ läuft dann alles ehrenamtlich. Aber eben nicht in der Masse.“ (H3, Pos. 49)

„Wenn wir natürlich irgendeine Anlaufadresse haben, wo wir sagen: »das ist der und der Patient, der hat das Problem.« Offensichtlich, wir können uns nicht um seine Unterbringung kümmern, wir können uns nicht um Job kümmern, wir können uns nicht darum kümmern, dass er ambulant auch weiterhin Arzt aufsucht und wenn es da irgendeine Struktur gibt und ein Büro, wie auch immer gearteten Ambulatorium, und wir eine Visitenkarte haben, ja, wo wir sagen können: »der und da geht es jetzt, da können sie hin, da können sie irgendwie sich weiter versorgen lassen.« Ist natürlich hilfreich. [...]“ (Z4, Pos. 26)

Stärkung von und Sensibilisierung für Gesundheitsressourcen: Angesichts der Überforderungen der Gesundheitsdienste denken die Befragten über Wege nach, Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte über die Angebote, Strukturen, Abläufe und auch Begrenzungen des Gesundheitssystems zu informieren und aufzuklären. Im Fall von Geflüchteten solle dies möglichst zeitnah nach Einreise, beispielsweise in Form von Informationsveranstaltungen in den Gemeinschaftsunterkünften erfolgen. Aber die Ideen der Befragten gehen darüber hinaus und fordern Ressourcen für die Vermittlung eines sogenannten ‚medizinischen Grund-Know-Hows‘, z.B. durch jährliche Erste-Hilfe-Kurse. Weitere Ansätze sind öffentliche und Social-Media Kampagnen, Info-Videos oder anderweitige Ressourcen. Ein Schwerpunkt sollte hier auf präventive Angebote gelegt werden. Hierbei sollten, so schlagen die Vertreter*innen der migrantischen (Selbst-)Organisationen vor, Menschen mit Migrationsgeschichte in die Entwicklung von Beginn an eingebunden werden und die Information möglichst in der jeweiligen Muttersprache verfügbar gemacht werden. Interessanterweise thematisieren vornehmlich die Vertreter*innen der migrantischen (Selbst-)Organisationen die Notwendigkeit der Sensibilisierung der Mitarbeitenden, u.a. hinsichtlich potentieller Diskriminierungsstrukturen in ihrem klinischen Alltag.

„[...] wenn die in irgendeiner Landesaufnahmestelle sind, ob es da irgendwie immer mal wieder so Informationen aus der Informationsveranstaltung gibt, wo man zumindest das Thema besprechen könnte, dass es eben [man sich] einen Hausarzt oder Hausärztin zuerst wenden kann und dann irgendwie, wie die Struktur ist. Ja zum Beispiel natürlich nur ein Blatt, das nützt in dem Fall nichts, da muss man sicher vielleicht auch noch in so einem Rahmen erklären.“ (H5, Pos. 34)

„[...] was ich hier mit Kollegen schon oft gesprochen hab, ist, dass die medizinische Bildung/ so ein kleines Grund-Knowhow eben eigentlich jedem nicht schaden würde, der nicht in diesem

Bereich arbeitet. Ähm, weil extrem viel auch sehr junge Menschen, sich mit Problemen vorstellen, wo man sich denkt: »Na ja, weiß ich jetzt nicht, warum man da eine Notaufnahme dafür aufsucht.«“ (Z3, Pos. 52)

„Und deswegen braucht es dafür eben auch Ressourcen. Ich denke manchmal vielleicht spezielle Beratungsstellen und dann eben Kompetenzaufbau in den Regelstrukturen, also man kann das Rad / man kann nicht für jede Gruppe eine Person abstellen. Das geht nicht, aber man kann in den Regelstrukturen mehr Kompetenz, Sensibilität einbauen, die wir dringend benötigen, die wir dringend benötigen, ne.“ (M2, Pos. 35)

Niedrigschwelligkeit und die Einführung der Gesundheitskarte für Geflüchtete: Angesichts des Mehraufwandes, vor allem wenn es um die Klärung der Kostenübernahme bei der Behandlung von Geflüchteten geht, wünschen sich die Befragten die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für alle. Als weitere Ansätze, die eine Niedrigschwelligkeit der Gesundheitsdienste zum Ziel haben, werden Maßnahmen eingebracht, wie die Verwendung einfacher Sprache in ärztlichen und behördlichen Dokumenten oder die Digitalisierung, z.B. in der Kommunikation mit den Krankenhäusern, so zu gestalten, dass dadurch wirklich der Zugang vereinfacht und nicht erschwert wird. Die Einführung von Videosprechstunden vor allem in ländlichen Regionen wird vorgeschlagen. Mitarbeitende aus der Gesundheitsversorgung wünschen sich weniger Verwaltungsaufwand in ihrer Arbeit, auch hinsichtlich der Sicherung des Datenschutzes zwischen verschiedenen Gesundheitsdiensten.

„Andererseits verstehe ich das auch, dass wenn man denkt: »der muss jetzt zum Kardiologen und dann muss alles erst genehmigt werden.« Das ist natürlich auch immer eine riesen Verzögerung, [...] Und auf der anderen Seite denke ich mir: »na ja, wenn ich jetzt als Arzt sag, der muss jetzt zur Radiologie. Warum muss da jetzt ein Sozialamt prüfen und was kann das Sozialamt jetzt darüber entscheiden, ob das nötig ist oder nicht, wenn ich es sich doch für nötig befinde?«“ (H2, Pos. 68)

„Weil [...] die medizinischen Dienste irgendwas nicht übernehmen, was nicht machen wollen, weil sie Sorge haben, dass sie auf den Kosten sitzen bleiben oder es wird nur die absolute Minimalbehandlung gewährt und dadurch werden halt Krankheiten so chronifiziert, ne? Weil man das nie richtig behandelt, sondern immer nur so ein bisschen. Also wenn sie einfach von Anfang an ganz normal in den Krankenkassen wären.“ (M3, Pos. 48)

3. Modul: Online-Umfrage zum Stand der Interkulturellen Öffnung

Um einen flächendeckenderen Überblick über den Stand der interkulturellen Öffnung in allen Fachbereichen der Krankenhausversorgung zu bekommen, führten wir eine Online-Umfrage durch. Die deskriptive Auswertung der gesammelten Daten erlaubt Rückschlüsse zum Stand der interkulturellen Öffnung in den teilnehmenden Krankenhäusern in Baden-Württemberg.

3.1. Rekrutierung der Teilnehmenden für die Online-Umfrage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hält online eine [Referenzdatenbank](#) vor, in der die Qualitätsberichte aller Krankenhäuser gesammelt sind. Zum Verfassen dieser Berichte sind alle zugelassenen Krankenhäuser jährlich verpflichtet. Aus der Referenzdatenbank wurde jeweils für jedes Krankenhaus in Baden-Württemberg die aktuellste Version des Berichtes extrahiert und die E-

Mailadressen ausgelesen. Die einheitliche Struktur der Qualitätsberichte legt nahe, dass der resultierende E-Mailverteiler je Krankenhaus mindestens die ärztliche, die Verwaltungs- die Pflegedienstleitung sowie das Qualitätsmanagement und je Fachbereich die ärztliche Leitung (Chefärzt*innen) beinhaltet. Die Einladung zur Umfrage wurde inklusive des Studieninformationsblatts Anfang Dezember 2022 an 2874 gültige Mailadressen versendet. Eine Erinnerung an die Online-Umfrage erfolgte dann Mitte Januar 2023 an 2702 gültige Mailadressen. Kliniken, die auf die erste Einladung antworteten und kein Interesse bzw. keine ausreichenden Kapazitäten für die Teilnahme an der Umfrage bekundeten, wurden nicht an die Umfrage erinnert. Insgesamt erreichten uns für 57 Mailadressen schriftliche Absagen für die Teilnahme, in einigen Fällen erfolgte diese durch die Geschäftsführung für das ganze Klinikum.

Zusätzlich unterstützte die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKG) die Bewerbung der Umfrage durch eine Rundmail Anfang Dezember an alle Mitgliedseinrichtungen. Hierdurch konnten nur die Geschäftsführungen der Krankenhäuser erreicht werden, die um klinikinterne Weiterleitung gebeten wurden.

3.2. Methodik und Erhebungsinstrument der Online-Umfrage

Für die Online-Umfrage wurde das semi-standardisierte Erhebungsinstrument von Penka et al. (2015), welches ursprünglich zur Erfassung des Standes der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung entwickelt wurde, für die Krankenhausversorgung adaptiert. Das vollständige Erhebungsinstrument befindet sich als Anlage 2 im Anhang. Die Umfrage wurde derart formuliert, dass jeder Fall eine Fachabteilung/Station repräsentiert, mit einer Präferenz für die Beantwortung durch eine*n Oberärzt*in in einer jeden Fachabteilung/Station. Eingangs wurde die geografische Lage der Einrichtung, sowie der Berufsstand und der Fachbereich der teilnehmenden Person sowie das Innehalten einer Leitungsfunktion standardisiert erfragt. Die darauffolgenden Fragen lassen sich in die folgenden thematischen Kategorien gliedern:

- Konzeption der Einrichtung
- Angaben zum Personal (inkl. Stellenausschreibungen und Einstellungspraxis) in den Bereichen ärztliches, Verwaltungs-, Pflege- und Reinigungs-Personal, Ergo- bzw. Physiotherapie, Psychologie, Soziale Arbeit und Genesungsbegleitung
- Angaben zu Patient*innen (inkl. Patient*innen mit Migrationsgeschichte)
- Angaben zur nicht-deutschsprachigen Kommunikation mit Patient*innen
- Angaben zu Ausstattung und Angeboten der Einrichtung
- Vorhalten mehrsprachiger Informationen
- Maßnahmen der Qualitätssicherung

Zudem wurden am Ende optionale, offene Fragen platziert zum Interesse der Klinikleitung an der Verbesserung der Versorgung für Menschen mit Migrationsgeschichte, der erlebten Bereitschaft von Mitarbeitenden sich auf Patient*innen mit Migrationsgeschichte einzulassen sowie zur wahrgenommenen Präferenz spezieller Angebote seitens Patient*innen im Vergleich zu Patient*innen ohne Migrationsgeschichte.

Die Online-Umfrage wurde mit dem Umfrage-Tool SoSci-Survey durchgeführt und war für Teilnehmende bis Ende Januar 2023 zur Beantwortung freigeschaltet. Die Teilnahme erfolgte anonym. Nach Abschluss der Umfrage konnten die Teilnehmenden ihre Stamm- und Kontaktdaten hinterlassen, um über Ergebnisse und Veranstaltungen des Projektes informiert zu werden. Die erhobenen Kontaktdaten können nicht mit den Umfragedaten in Verbindung gebracht werden, dienen aber dem Aufbau eines landesweiten Netzwerkes zum Thema (siehe Modul 4).

Aus dem resultierenden Datensatz wurden mit der Software SPSS deskriptive Statistiken und Subanalysen nach geclusterten Versorgungsbereichen berechnet. In die Analyse eingeschlossen wurden jene Fälle, die mind. die ersten drei thematischen Kategorien der Umfrage vollständig beantworteten.

3.3. Stichprobenbeschreibung

Aus dem Umfragetool konnten 241 gültige Fälle exportiert werden. Die Rücklaufquote kann auf ca. 9% geschätzt werden.¹ Die geografische Lage der Einrichtungen ist in Tabelle 3 dargestellt. Die Verteilung der Fälle auf die vier Regierungsbezirke Baden-Württembergs entspricht in deren Rangfolge in ungefähr deren Größe bzw. Einwohner*innen, mit einem vertauschten Rang der zweit- bzw. drittplatzierten Regierungsbezirke Karlsruhe und Freiburg (Landeszentrale für politische Bildung BW, 2022). 19.5% der Krankenhäuser, die in der Umfrage repräsentiert sind, liegen in Gemeinden mit weniger als 200.000 Einwohnenden, 80.5% in Gemeinden mit mehr als 200.000 Einwohnenden.

| Regierungsbezirk | N | % | Krankenhäuser in | Krankenhäuser in |
|------------------|-----|-------|--|--|
| | | | Gemeinden mit > 200.000 Einwohnenden | Gemeinden mit < 200.000 Einwohnenden |
| | | | N | N |
| Stuttgart | 76 | 31.5% | 65 | 11 |
| Karlsruhe | 69 | 28.6% | 56 | 3 |
| Freiburg | 59 | 24.5% | 51 | 18 |
| Tübingen | 37 | 15.4% | 22 | 15 |
| Gesamt | 241 | 100% | 194 (80.5%) | 47 (19.5%) |

Tabelle 3. Gültige Fälle der Online-Umfrage nach Regierungsbezirk und Gemeindegröße.

Etwa 89% (N=214) der Repräsentant*innen, welche die Umfrage für ihre Einrichtung beantworteten, hatten eine Leitungsfunktion inne. Sie gaben 22 verschiedene Fachbereiche an, die für die Analyse in P-Fächer (Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie) und Somatische Fächer geclustert wurden. Die Zuordnung der von den Repräsentant*innen genannten Fachbereiche zu den einzelnen Clustern inklusive deren Häufigkeiten ist in Tabelle 4 dargestellt. 29 Befragte machten uneindeutige oder fehlende Angaben zu ihrem Fachbereich. Mit 56% (N=134) wurde der Großteil der Umfragen von Pflegepersonal und ca. ein Drittel (N=84) von ärztlichem Personal beantwortet (Abb. 2).

3.4. Limitationen

Es ist davon auszugehen, dass v.a. Kliniken und Mitarbeitende, die ein Interesse an einer bedarfsadäquaten Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte haben und sich individuell oder institutionell bereits mit dem Thema befasst haben, auf die Einladung zur Teilnahme an der Online-Umfrage reagiert haben. In Folge dieser Selbstselektion (Heckmann, 1990) ist in der Tendenz davon auszugehen, dass das entstandene Bild zum Stand der interkulturellen Öffnung in Krankenhäusern in Baden-Württemberg zum Positiven hin verzerrt ist. Ergebnisse der Umfrage können daher nicht generalisiert werden, sondern sind nur für die beschriebene, nicht-repräsentative Stichprobe gültig. Das Ziel der Studie, welches nicht den Anspruch auf Repräsentativität, sondern der

¹ Berechnet wurde die Rücklaufquote unter der Annahme, dass jede gültige Mailadresse des Verteilers, über den die Einladung zur Online-Umfrage versendet wurde, eine Fachabteilung/Station repräsentiert. Jene einzelnen Fachabteilungen/Stationen waren die Adressat*innen der Umfrage. Von 2702 Fachabteilungen/Stationen schlossen 241 die Umfrage in erforderlichem Umfang ab. Da im Mailverteiler jedoch auch eine nicht bezifferbare Anzahl an Mailadressen von klinikweiten Geschäftsführungen, Pflegedienstleitungen etc. enthalten sind, wird die Rücklaufquote tendenziell leicht unterschätzt.

Exploration und Beschreibung des Standes der interkulturellen Öffnung verfolgt, ist dennoch als gewahrt zu betrachten.

Anders als vorab für idealtypisch bestimmt, wurde die Umfrage in den meisten Fällen von Pflegepersonal und nicht von Oberärzt*innen beantwortet. Die Auswirkungen auf die Vergleichbarkeit der Daten sollte jedoch zu vernachlässigen sein, weil davon ausgegangen werden kann, dass beide Berufsgruppen vor allem bei Leitungsfunktion einen guten Überblick über ihre Fachbereiche/Stationen haben.

In einigen Fällen erfolgte die Beantwortung zudem nicht gesondert für einzelne Fachbereiche/Stationen, sondern für ganze Krankenhäuser. Die einzelnen Fälle wurden jedoch nicht nach der Größe der jeweiligen Gesundheitseinrichtungen gewichtet.

| Fachbereich | N | % | Cluster | N | % |
|---|------------|------------|-------------------|-----|-------|
| Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | 7 | 3,3 | | | |
| Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik | 54 | 25,5 | P-Fach | 79 | 37,3% |
| Neurologie | 13 | 6,1 | | | |
| neurologische Rehabilitation | 5 | 2,4 | | | |
| Augenheilkunde | 1 | 0,47 | | | |
| Chirurgie | 25 | 11,8 | | | |
| Gynäkologie, Frauenheilkunde, Geburtshilfe | 7 | 3,3 | | | |
| Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde | 7 | 3,3 | | | |
| Haut- und Geschlechtskrankheiten | 2 | 0,9 | | | |
| Innere Medizin | 43 | 20,3 | | | |
| Kinder- und Jugendmedizin | 7 | 3,3 | | | |
| Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie | 1 | 0,5 | | | |
| Neurochirurgie | 1 | 0,5 | | | |
| Onkologie und Strahlentherapie | 3 | 1,4 | Somatische Fächer | 133 | 62,7% |
| Urologie | 4 | 1,9 | | | |
| Herzchirurgie | 6 | 2,8 | | | |
| Schlaganfallversorgung | 2 | 0,9 | | | |
| Geriatrie | 5 | 2,4 | | | |
| Kinderonkologie | 1 | 0,5 | | | |
| Traumazentrum | 1 | 0,5 | | | |
| Anästhesie | 5 | 2,4 | | | |
| Orthopädie | 3 | 1,4 | | | |
| Notaufnahme / Notfallmedizin / Intensivmedizin | 8 | 3,8 | | | |
| Radiologie | 1 | 0,5 | | | |
| Gesamt | 212 | 100 | | | |

Tabelle 4. Fachbereiche der Teilnehmenden sowie deren Einteilung in die Cluster.

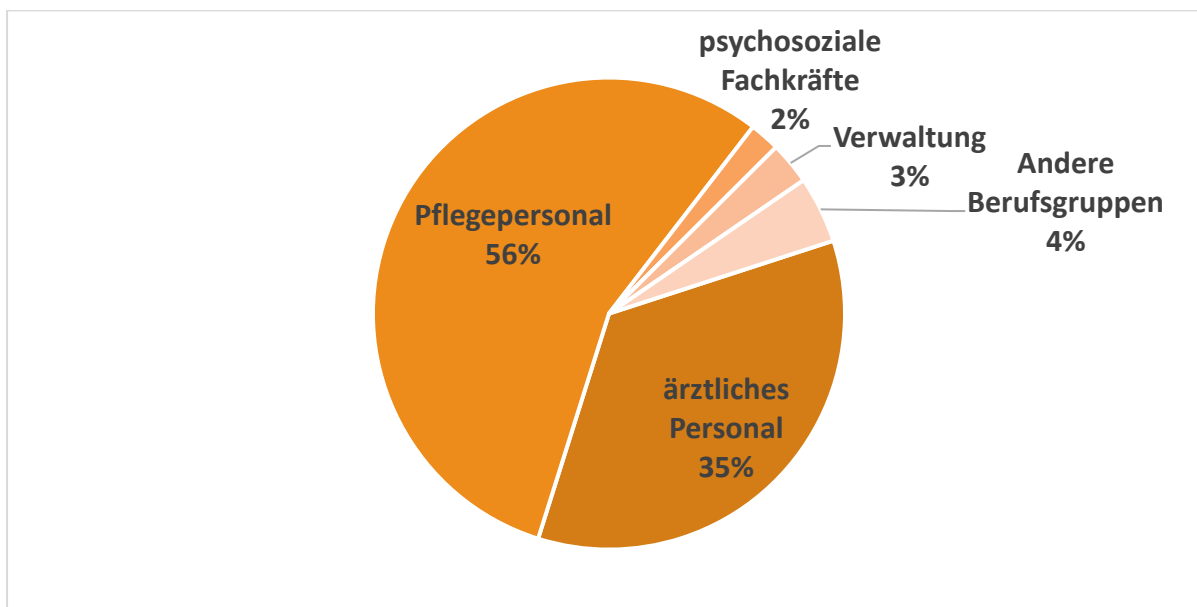


Abbildung 3. Berufsgruppen der Teilnehmenden der Online-Umfrage

3.5. Ergebnisse Online-Umfrage

Es folgt die Ergebnisdarstellung gegliedert nach den thematischen Kategorien der Umfrage.

i. Konzeption der Einrichtung

Von allen 241 Befragten gaben 147 an, dass in ihrer Einrichtung eine verschriftlichte Konzeption vorliegt. In jenen Konzeptionen ist in 49,7% (N=73) aller Einrichtungen die interkulturelle Öffnung als ein Leitprinzip festgeschrieben. Darüber hinaus wurde erfragt, ob die Mitarbeitenden das Gefühl haben, ihre Klinikleitung sei an der Verbesserung der Versorgung für Menschen mit Migrationsgeschichte interessiert. Dies bewerteten 65,7% (N=138) der Befragten positiv. Im zugehörigen optionalen, offenen Antwortfeld konnten die Befragten ausführen, wie sich dieses (Nicht-)Interesse bemerkbar macht. Spannenderweise begründen mehr als ein Drittel das bemerkbare Interesse der Klinikleitung an der Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte mit der Rekrutierung, Einstellung und Integration ausländischer Mitarbeitenden in verschiedenen Berufsgruppen. Deutlich seltener werden zur Begründung besondere Angebote für Menschen mit Migrationsgeschichte angeführt (z.B. Sprechstunde für ukrainische Flüchtlinge, Tagesklinik Migration), sowie Fortbildungen zur Sensibilisierung und Verbesserung der interkulturellen Kompetenzen für Mitarbeitende, Bereitstellung bzw. Organisation von Methoden zur Übersetzung aber auch die Einrichtung von Stabsstellen und Migrations-Beauftragten. Befragte, die angeben, ihre Klinikleitung sei nicht an der Verbesserung interessiert, begründeten dies entweder damit, dass in Anbetracht des allgemeinen Ressourcenmangels keine zusätzlichen Ressourcen für die Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte bereitgestellt werden, dass keine besonderen Angebote für Menschen mit Migrationsgeschichte vorgehalten werden oder dass die gute Behandlung aller Menschen und nicht die der Menschen mit Migrationsgeschichte zentral sei.

ii. Angaben zum Personal (inkl. Stellenausschreibungen und Einstellungspraxis)

In der Umfrage wurde getrennt für die Bereiche ärztliches, Verwaltungs-, Pflege- und Reinigungs-Personal, Ergo- bzw. Physiotherapie, Psychologie und Soziale Arbeit nach den festgestellten Mitarbeitenden bzw. den Stellenanteilen im jeweiligen Bereich sowie nach den Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund gefragt. Bedingt dadurch, dass dies auf Stations-Ebene v.a. für stationsübergreifend eingestelltes Verwaltungs- und Reinigungspersonal sowie Ergo-

/Physiotherapeut*innen eine schwer zu beantwortende Frage ist und auch für die anderen Bereiche ggf. den Befragten einiges an Recherche-Zeit abverlangte, weisen diese Variablen eine hohe Anzahl fehlender Werte auf. Mit dieser Limitation muss die in Abbildung 4 dargestellte Beobachtung interpretiert werden, dass der mittlere Anteil festangestellter Mitarbeitender mit Migrationshintergrund² von den Befragten im Bereich Reinigungspersonal mit 67,5% (min-max= 0-100%, SD = 39,09%) am höchsten geschätzt wurde. Auf Rang zwei und drei folgen das ärztliche Personal mit einem mittleren Anteil festangestellter Mitarbeitender mit Migrationshintergrund von 36,1% (min-max=0-100%, SD=27,88%) und das Pflegepersonal mit 29,9% (min-max= 0-100%, SD=19,86%). Im Bereich soziale Arbeit wurde der Anteil festangestellter Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund mit 4,1% (min-max = 0-100%, SD = 13,57%) am niedrigsten angegeben.

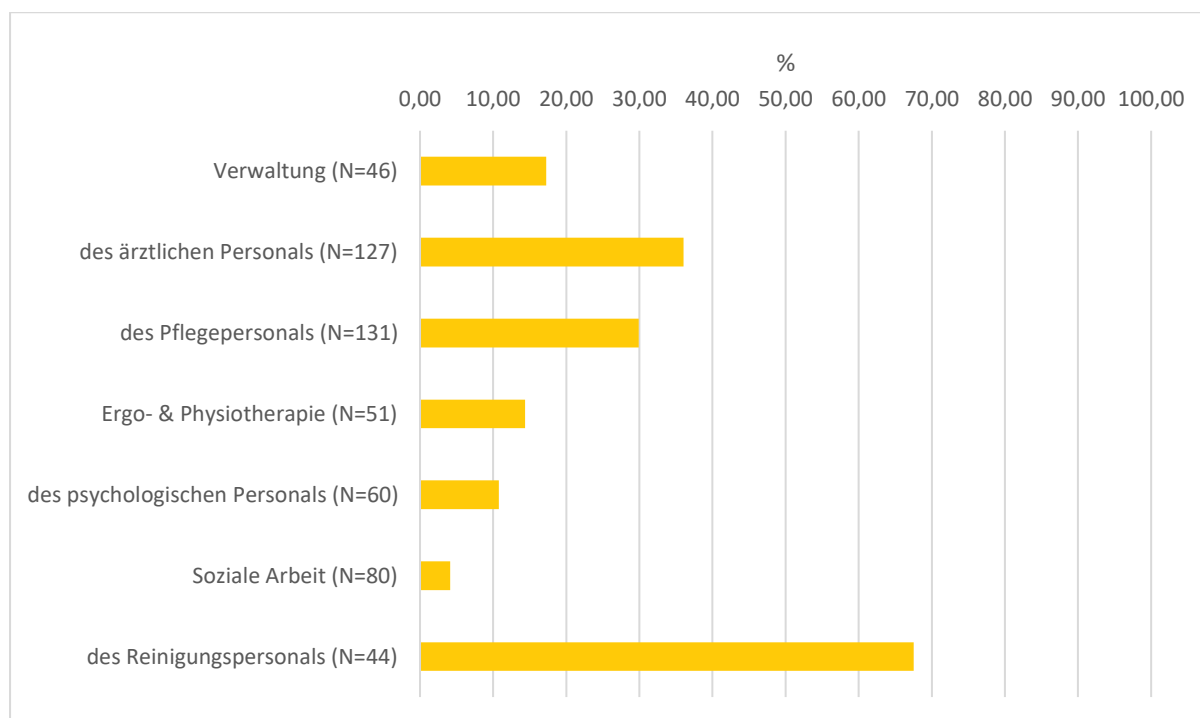


Abbildung 4. Mittlerer Anteil der festangestellten Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund in den vers. Bereichen und Berufsgruppen.

iii. Angaben zu Patient*innen (inkl. Patient*innen mit Migrationsgeschichte)

Aus den Gesamtfallzahlen und der Angabe an versorgten Patient*innen mit Migrationshintergrund im letzten Quartal wurde der Anteil an Patient*innen mit Migrationshintergrund berechnet. Dieser lag durchschnittlich bei 35,13% (min-max= 0-100%, SD=20,14) bzw. berechnet nach Fachbereichen in den somatischen Fächern durchschnittlich bei 36,4% (min-max= 0-100%, SD=21,5%) und den P-Fächern bei 33,6% (min-max=2-85,71%, SD=16,92%). Damit entspricht der geschätzte Anteil in etwa dem Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Baden-Württemberg, welcher mit 33,8% betitelt wird (Statistisches Landesamt BW, 2019).

Auf die Frage hin, ob der Anteil an Patient*innen mit Migrationshintergrund in ihrer Fachabteilung dem Anteil in der Bevölkerung entspreche, antworteten mit 69,2% (N=164) die Mehrzahl mit der Wahrnehmung einer äquivalenten Repräsentanz. Jeweils ein Drittel der Befragten nahm Menschen

² Die Wortwahl im Text entspricht der Wortwahl in der Fragestellung der Online-Umfrage. Dort wurde explizit nach Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund entsprechend der offiziellen Definition des Statistischen Bundesamtes gefragt.

mit Migrationshintergrund als über- (N=38) bzw. unterrepräsentiert (N=35) wahr. Interessanterweise ist der Anteil jener Befragten, die Patient*innen mit Migrationshintergrund als überrepräsentiert im Vergleich zur lokalen Bevölkerung wahrnehmen in den P-Fächern mit 25,6% (N=20) deutlich größer als in den somatischen Fächern (12,0%, N=16).

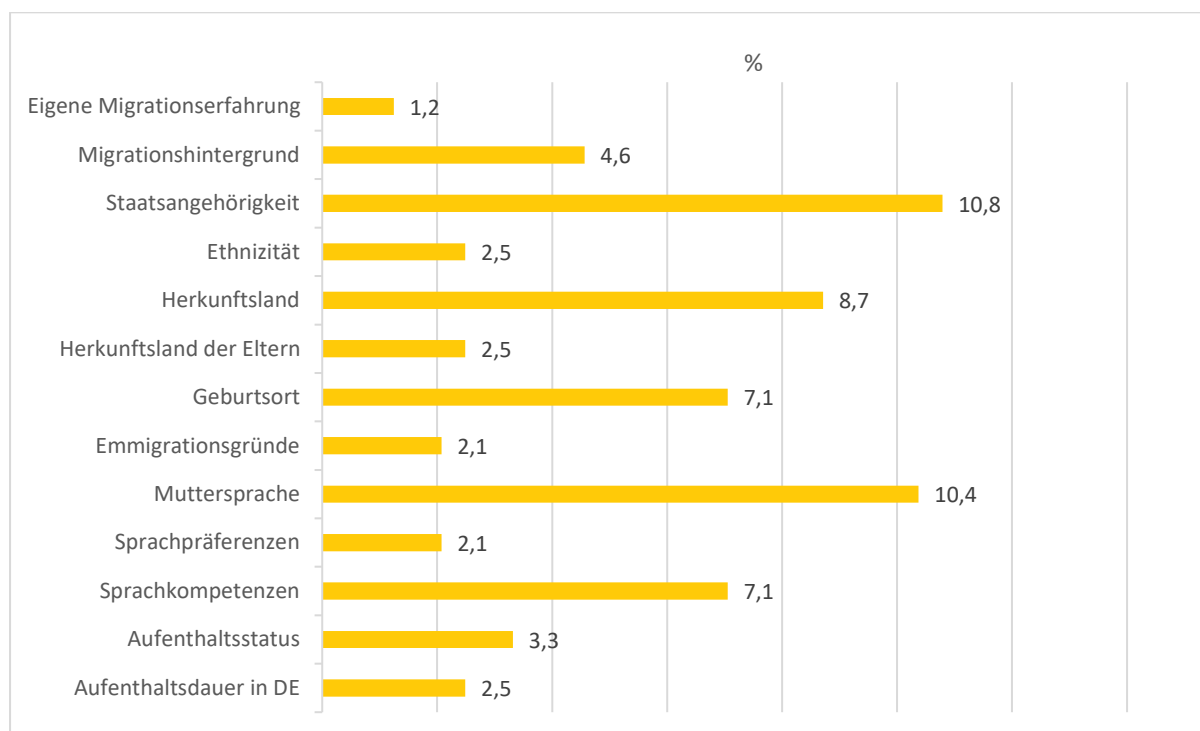


Abbildung 5. Charakteristika von Patient*innen, die systematisch dokumentiert werden und ggf. Rückschlüsse auf die Migrationsgeschichte der Patient*innen zulassen.

Dass es sich bei dem Anteil der Patient*innen mit Migrationshintergrund in den meisten Fällen nur um Schätzungen der Befragten handeln kann, wird in Abbildung 5 deutlich. Hier ist veranschaulicht, dass die allermeisten Kliniken systematisch keine Daten dokumentieren, die Rückschlüsse auf die Migrationsgeschichte der Patient*innen erlauben. Am häufigsten werden systematisch dokumentiert die Staatsangehörigkeit – in 10,8% der Fälle (N=26) – und die Muttersprache(n) (10,4%, N=25). Dementsprechend sind die berichteten Anteile der Patient*innen mit Migrationshintergrund mit Vorsicht zu betrachten, da verschiedenartige Verzerrungen darin abgebildet sein können.

Angaben zur nicht-deutschsprachigen Kommunikation mit Patient*innen

Im Durchschnitt wird der Anteil an Patient*innen, mit welchen die Behandlungen, Versorgung oder die Betreuung in den letzten 12 Monaten nicht deutsch-sprachig möglich war auf 12,1% (min-max= 0-77%, SD=12,31%) geschätzt. In Anbetracht der teilweise hohen Anteile ist es besonders überraschend, dass in 73% (N=163) der Fachabteilungen, zu denen die Befragten Angaben machten, selten oder nie externe, professionelle Übersetzende z.B. auch via Video eingesetzt werden. Lediglich 8 Befragte gaben an, dass in ihrer Fachabteilung immer mit internen, professionellen Übersetzenden, z.B. Honorarkräften gearbeitet wird (s. Abb. 6). Am häufigsten kommen in den befragten Krankenhäusern die Verständigung mit „Händen und Füßen“, durch Verwandte und Bekannte der Patient*innen oder aber durch sprachkundiges Fachpersonal vor. Seltener als Fachpersonal wird sprachkundiges Personal, welches jedoch nicht in der Patient*innen-Versorgung tätig ist, z.B. Reinigungskräfte, zur Verständigung einbezogen. Auf sehr ähnlichem Niveau wird das Hinzuziehen von sprachkundigem

Personal jeglicher Art, welches jedoch lediglich über Fremd- und nicht über Muttersprechkenntnisse verfügt, angeben.

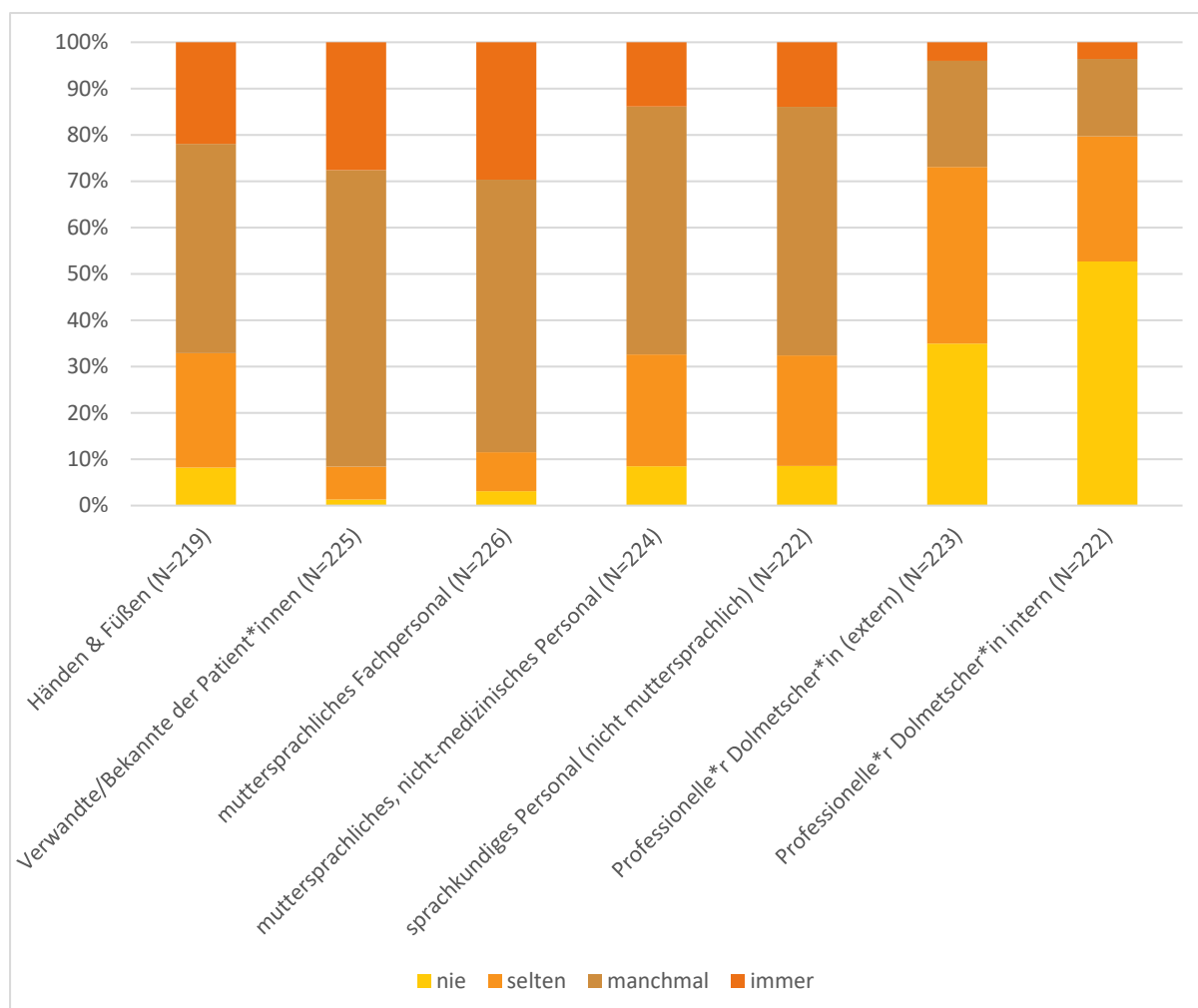


Abbildung 6. Häufigkeiten der Methoden, die zur Verständigung bei jenen Patient*innen genutzt werden, bei denen die Behandlung, Versorgung und Betreuung nicht deutsch-sprachig möglich ist.

Vorhalten mehrsprachiger Informationen

Nebst der vor allem verbalen Kommunikation direkt mit den Patient*innen wurde im Rahmen der Online-Umfrage erfragt, ob verschiedene Materialien in mehreren Sprachversionen vorliegen. Für die einrichtungsbezogenen Broschüren und die Webseite ist hier zu beobachten, dass diese in 39,3% (N=79) bzw. 64,6% (N=104) der Fälle nur in deutscher Sprache vorliegen (s. Abb. 7). Bezüglich der Einrichtungs-broschüren gaben immerhin 50% (N=101) der Befragten an, diese liegen in mehr als drei verschiedenen Sprachen vor. Bei den Webseiten beschränkte sich jener Anteil auf lediglich 19.9% (N=32). Für die Patient*innen-Informationen zeichnet sich eine etwas andere Verteilung ab. Es ist davon auszugehen, dass sich diese durch die zentrale, klinikübergreifende Bereitstellung von z.B. Pharmafirmen ergibt. Hier geben 64% (N=128) der Befragten an, diese Dokumente in mehr als 3 Sprachen vorzuhalten; 12 Befragte berichteten gar vom Vorliegen von Patient*innen-Informationen in mehr als 10 vers. Sprachen

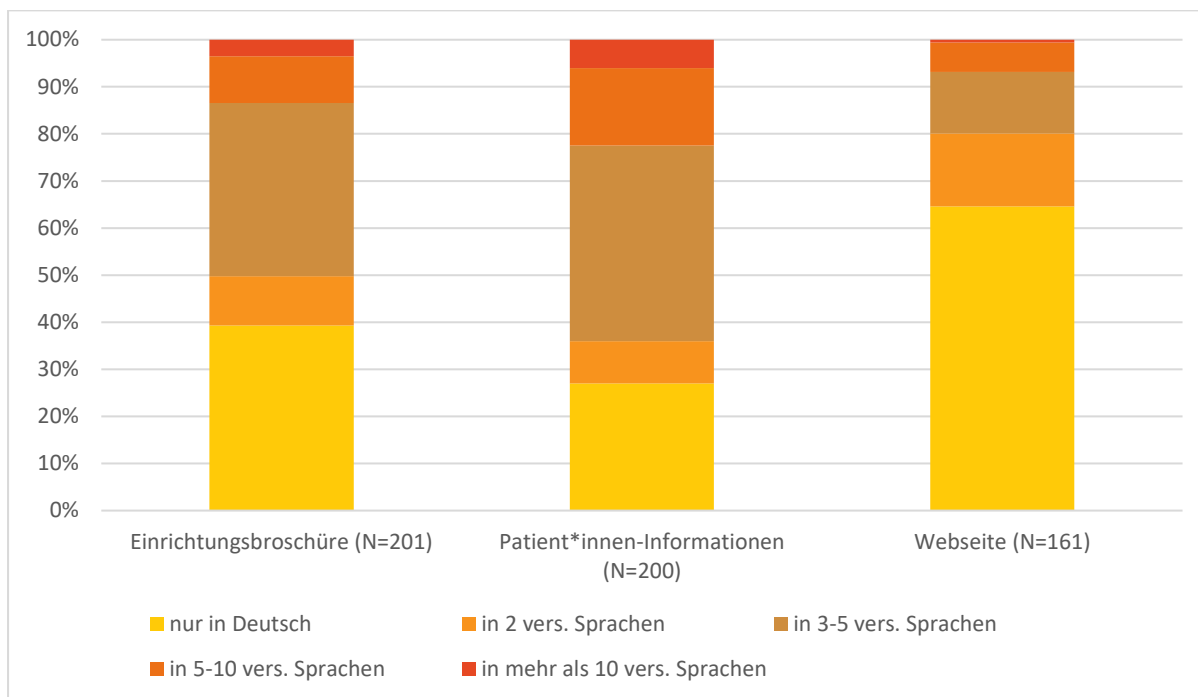


Abbildung 7. Angaben zum Vorliegen von Materialien in verschiedenen Sprachversionen.

Angaben zu Ausstattung und Angeboten der Einrichtung

Im Rahmen der Online-Umfrage wurden verschiedene Ausstattungsmerkmale erfragt, die auf eine gewisse Sensibilität gegenüber diversen Patient*innen hindeuten (s. Abb. 8). Mit 92% (N=197) geben fast alle Befragten an, dass ihre Einrichtung auf religionsspezifische Essgewohnheiten angemessen reagieren kann. Jeweils 62% geben an, Räumlichkeiten für Religionsausübung (N=128) bzw. für mehr als zwei Besucher*innen gleichzeitig (N=129) vorzuhalten. Nicht-Christliche Feste wurden nur von 30% (N= 53) der Befragten als im Einrichtungsablauf berücksichtigt markiert.

Bezüglich verschiedener Vernetzungs- und Vermittlungsstrukturen gaben im Rahmen der Online-Umfrage ca. die Hälfte aller Befragten an, als Fachabteilung bzw. Einrichtung Kooperationen mit auf Menschen mit Migrationserfahrung spezialisierten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen zu haben, an die im Bedarfsfall vermittelt oder die hinzugezogen werden können (48,7%, N=77). Kooperationen mit migrantischen (Selbst-)Organisationen, Migrant*innen-Verbänden o.ä. pflegen den Angaben der Befragten zufolge 32,8% (N=41).

Von jenen Befragten, die angaben, dass ihre Station bzw. ihr Krankenhaus über eine Anlaufstelle oder Ansprechpersonen für Patient*innen verfüge (N=132), wie z.B. Patientenfürsprecher*in oder Ombudsstellen, vermuteten nur ca. die Hälfte der Befragten (N=77) in diesen Stellen auch eine Unterstützung bei Diskriminierungserfahrungen und anderen migrations-spezifischen Anliegen. Von jenen Befragten, die angaben, in der Vergangenheit Patient*innen und deren Angehörige in Selbsthilfestrukturen vermittelt zu haben bzw. sie im Aufbau derartiger Strukturen unterstützt zu haben (N=105), berichtete nur ca. jede zweite Einrichtung, dies auch bei Patient*innen mit Migrationsgeschichte sowie deren Angehörigen erfolgreich tun zu können (N=49).

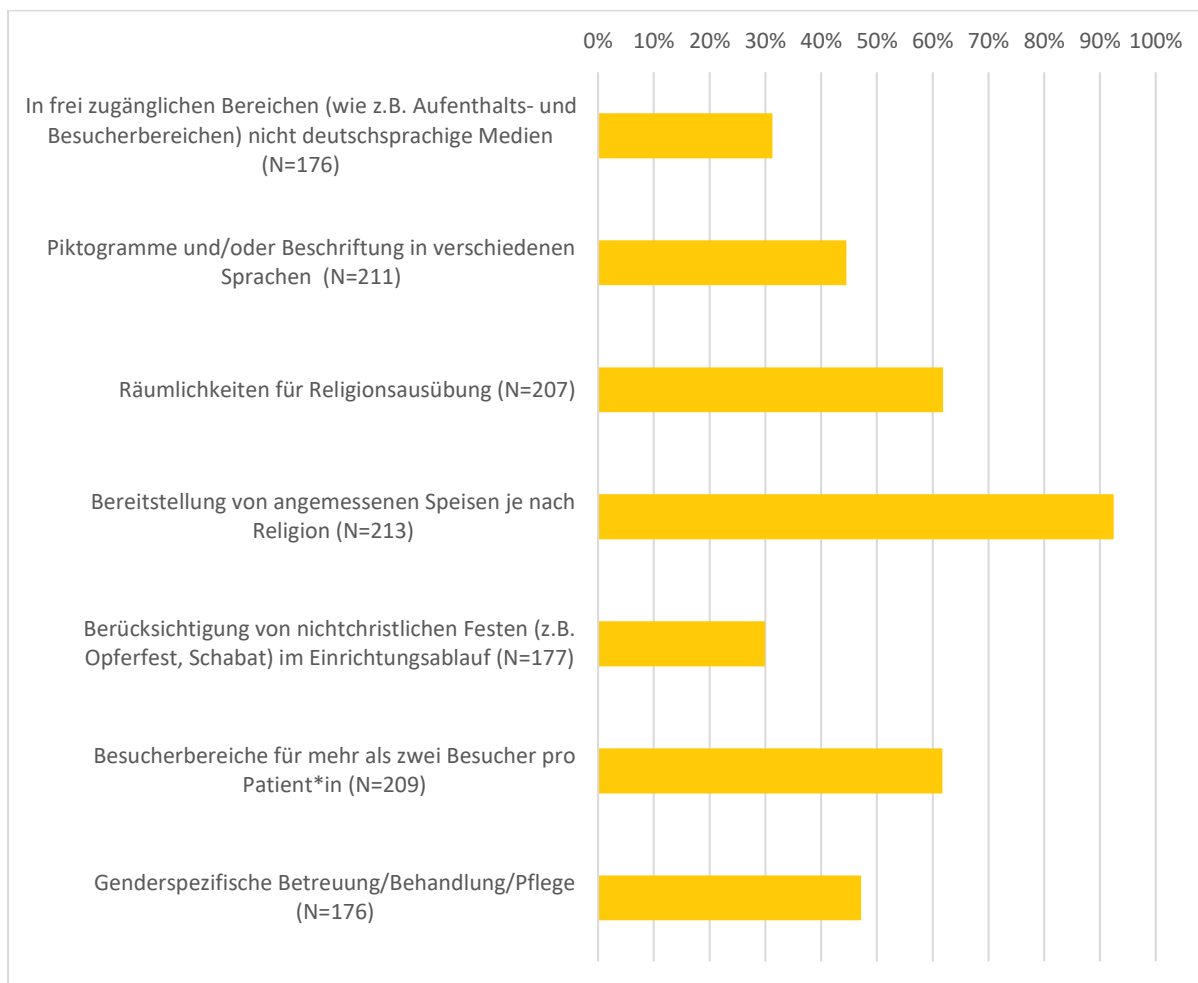


Abbildung 8. Anteil der Fachabteilungen und Krankenhäusern, die den Angaben der Befragten zufolge Angebote vorhalten, die auf eine Sensibilisierung für eine diverse Patient*innenschaft hindeuten.

O-Töne aus den abschließenden Anmerkungen der Online-Umfrage:

Einige Teilnehmende hinterließen zum Ende der Online-Umfrage Ihre Stimme in Reaktion auf die Umfrage oder das Thema. An dieser Stelle findet sich eine Selektion verschiedener inhaltlicher Anmerkungen:

“Wenn man aufgrund von Personalmangel im ärztlichen und pflegerischen Bereich kaum noch Ressourcen hat, die Pat. adäquat medizinisch zu versorgen und die Dienstplan-Lücken zu schließen, kann man keine besondere Betreuung für die Pat. mit Migrationshintergrund anbieten. ALARMSTUFE ROT!”

“Die Versorgung der Patienten wird aus meiner Sicht in den nächsten Jahren deutlich schlechter werden, da wir Mitarbeiter ohne Migrationshintergrund kaum im pflegerischen Beruf halten können und die sprachlichen Barrieren sowohl bei den Ärzten, der Pflege und den Patienten deutlich höher werden. Dies kann sowohl zu fachlichen Fehlern als auch zu relevanten Missverständnissen im Zwischenmenschlichen führen.”

“Das Wesentliche für die Verständigung ist die Sprache. Deshalb wünsche ich mir für Patienten offizielle Dolmetscher und für Pflegepersonal aus anderen Ländern einen bestandenen B2-Deutschkurs.”

“Für jeden Arzt und jede Pflegekraft mit Migrationshintergrund bin ich dankbar, da der Zugewinn an gegenseitigem Verständnis viel größer ist unter Kollegen, als durch irgendwelche Supervisionen oder ähnliche Veranstaltungen, für die man wieder extra aus dem Frei kommen muss und alle von vornherein genervt darüber sind, das nun auch noch machen zu müssen.”

“Im Gesundheitswesen fühlt man sich mit dem Problem von Politik und Geschäftsführung schlichtweg alleine gelassen.”

“Eine Parallel-Behandlung [für Menschen mit Migrationsgeschichte] darf nicht entstehen.”

“Das Hinzuziehen von Dolmetschern sollte eine Selbstverständlichkeit sein und nicht gebunden an die Hartnäckigkeit der Behandelnden, dies auch durchzusetzen. Hoher Aufwand bei der Klärung der Finanzierung.”

“Nicht nur an Personal, sondern auch an Menschen mit Migrationshintergrund müssen Forderungen gestellt werden, wie Erlernen der Sprache, Mitbringen von kompetenten Dolmetschern zu Untersuchungen und Behandlungen etc. Hier habe ich häufig das Gefühl, dass es sich um eine Einbahnstraße handelt die z.B. Kliniken nicht erfüllen können und es auch nicht deren Aufgabe ist.”

4. Modul: Netzwerke

Die Bedarfe und Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Flucht- und Migrationsgeschichte stellten sich erwartungsgemäß als überregional vergleichbar heraus. Es gilt eine Bündelung und Ergänzung von Wissensbeständen wie auch institutionsübergreifende Informationsweitergabe auf diesem Feld zu erzielen. Als Auftakt für dieses langfristige Vorhaben wurde am 18. März 2023 eine Abschlussveranstaltung mit dem Titel „Realitäten und Veränderungsbedarfe der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte“ durchgeführt. Eingeladen waren Akteure der gesundheitlichen Versorgung, Wissenschaft, migrantischen (Selbst-)Organisationen und Politik, die in das Projekt eingebunden waren oder sich als relevante Akteure in diesem Feld identifizieren ließen (siehe auch 1. Modul: Recherche). Das Programm der Veranstaltung befindet sich im Anhang. Neben einer Vorstellung der Projektergebnisse und zweier rahmender Key-Notes fanden am Nachmittag Projektwerkstätten zu verschiedenen Schwerpunktthemen statt. In diesen wurden gemeinsam mit den Anwesenden das Potential, aber auch die Grenzen verschiedener häufig benannter Strategien bzw. Lösungsansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte diskutiert und Ideen kollaborativ weiterentwickelt.

Projektwerkstätte Fortbildungen

Als eine zentrale Strategie um Barrieren im Zugang zu verschiedenen Institutionen, darunter auch Einrichtungen des Gesundheitswesens, abzubauen, werden Fortbildungen der Mitarbeitenden diskutiert. Die Vorstellungen, welche Inhalte vermittelt werden sollten, unterscheiden sich. Während einige Formate schwerpunktmäßig auf Wissensvermittlung setzen, zielen andere vor allem auf Sensibilisierung und Stärkung der Reflexion des professionellen Handelns und Interaktion ab. Allgemein wird gefordert, dass entsprechende Fortbildungen in die Standard-Curricula der verschiedenen Gesundheitsberufe aufgenommen werden sollten.

In der Werkstätte stellte Jovica Arvanitelli die Arbeit, insbesondere das Projekt „Refit“ des Landesverbandes der Sinti & Roma Baden-Württemberg vor. Die Werkstätte konzentrierte sich auf die Situation in stationären Versorgungseinrichtungen. Durch einen gewissen Selbsterfahrungsanteil konnten die Teilnehmenden selbst erleben, wie die Sensibilisierung für die spezifischen sozialen, historischen und aktuell politischen Herausforderungen dieser Minderheit Empathie und die Fähigkeit zur Einfühlung verbessern kann. Deutlich wurde, dass Fortbildungen nur einen Teil eines komplexen Beratungs- und Beziehungsprozesses ausmachen, die der Verband erfolgreich mit Bildungseinrichtungen umsetzt. Teilnehmende der Werkstätte fragten dennoch, wie sich diese Erfahrung konkret in den Versorgungsalltag übersetzen lässt. In Übereinstimmung mit dem Ansatz der interkulturellen Öffnung wurde beschrieben, dass es zentral sei, die Führungskräfte zu sensibilisieren und dies zum Teil der Unternehmensstrategie und -haltung von Gesundheitseinrichtungen zu machen. Doch wie leitet man diese Prozesse ein in Häusern, die dies bisher nicht auf ihre Agenda gesetzt haben? Fortbildungen, wie die zu Beginn vorgestellte, werden als weiter sinnvoll erachtet, wenn sie auf eine allgemeine Sensibilisierung hinarbeiten. Doch bleibt diese Strategie durch die Zeit- und Personalmängel in Kliniken begrenzt, z.B. wenn Fortbildungen von Mitarbeitenden schlichtweg nicht besucht werden können. Sind Fortbildungen in inter- oder transkultureller Kompetenz oder Diversity-Training in Ausbildungen von Gesundheitsberufen mittlerweile häufig Standard, bleibt offen, wie Mitarbeitende erreicht werden können, die bereits berufstätig und durch die strukturellen Mängel vielfach belastet sind.

Projektwerkstätte Brückenbauer*innen

Vielfach zeichnet sich ab, dass Menschen mit Migrationserfahrung von klassischen Strukturen des Gesundheitswesens nicht oder unzulänglich erreicht werden. Auch ein mangelndes Wissen darüber, wie das Gesundheitssystem in Deutschland funktioniert, wird fortlaufend thematisiert. Gesundheitslots*innen setzen genau hier an und versuchen die Brücke zwischen dem Gesundheitssystem und den Menschen mit Migrationsgeschichte zu schlagen. Neben dem Begleiten ist ein wichtiger Bestandteil der Idee, Menschen mit Migrationsgeschichte Basis-Wissen über verschiedene gesundheitsbezogene Themen und strukturelle Fragen zu vermitteln.

Exemplarisch für ein Brückenbauer*innen-Projekt, stellte Selina Relle von der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg die wissenschaftliche Begleitarbeit des MiGeLo-Projektes aus Kornwestheim vor (siehe Modul 1: Recherche) aus welchem zehn Erfolgsfaktoren hervorgingen. In der gemeinsamen Diskussion zeichnete sich initial ab, dass sehr klar definiert werden muss, was der Auftrag von Lots*innen sein soll. Es existieren im Feld unters. Ansätze, die von Sprachmitteln, über die reine Informationsvermittlung bis hin zur individuellen Vereinbarung von und Begleitung zu Arztterminen gehen. Eine derartige konzeptionelle Klarheit ist relevant für (1) das Erwartungsmanagement für die Inanspruchnehmenden sowie (2) die Klarheit über die eigene Rolle als Brückenbauer*in. Darüber hinaus wurde thematisiert, wie Vertrauen zu den Communities aufgebaut werden kann, dass Brückenbauer*innen-Strukturen besonders sinnvoll sind, wenn sie über eine koordinierende Position verfügen und in ein breit gefächertes Netzwerk eingebettet sowie flächendeckend und langfristig (im

Rahmen von Regelstrukturen) aufgestellt sind. Ein weiteres kontrovers diskutiertes Thema war die Frage nach der Qualifikation, Honorierung und Supervision von Brückenbauer*innen sowie die kontinuierliche Qualitätssicherung solcher Ansätze. Das Elternmentoren-Projekt wurde als Referenzprojekt benannt und die Idee diskutiert, eine äquivalente Struktur für den Bereich Gesundheit und Menschen mit Migrationsgeschichte zu etablieren.

Projektwerkstätte Netzwerk- und Vermittlungsstrukturen

In den letzten Jahren haben sich komplexe Netzwerks- und Beratungsstrukturen entwickelt, die Menschen mit Migrationsgeschichte Orientierung und Unterstützung bei unterschiedlichen psychosozialen und medizinischen Bedarfen anbieten. Häufig bleiben diese Angebote jedoch nur auf den städtischen Raum begrenzt und die Vernetzung untereinander und mit den Strukturen des Gesundheitswesens sind oft mangelhaft. Ausgehend von diesem Befund wurde in Berlin ein Ressourcen-Netzwerk der interkulturellen Öffnung gegründet (TransVer). In dieser Werkstätte wurde die Übertragbarkeit dieses Ansatzes auf Baden-Württemberg diskutiert.

Die Diskussion zur Übertragbarkeit von ähnlichen Strukturen in Baden-Württemberg hat viele Fragen aufgeworfen: auf welcher Ebene sollen solche Strukturen aufgebaut werden (Kreis, Kommune, Land)? An welche Zielgruppe sollen die gerichtet sein (Geflüchtete/ Migrant*innen)? Wie sehen die Finanzierungsstrukturen aus und wo sollte die Koordinationsstelle eingebettet sein? Es wurde in dem Zusammenhang der Wunsch geäußert, dass diese Diskussion durch weitere Formate und Netzwerktreffen fortgesetzt wird.

5. Zusammenfassung & Handlungsempfehlungen

Im Folgenden sind die zentralen Beobachtungen des Forschungsprojektes in Stichpunkten aufgeführt. Auf sie folgen Handlungsempfehlungen, die sich aus der Forschung als Ganzes ableiten lassen.

Expert*innen-Interviews: Kernbeobachtungen

- Es herrscht ein allgemeiner Fachkräftemangel und Befragte aus den Notaufnahmen beklagen, dass die inadäquate Inanspruchnahme nicht nur durch Menschen mit Migrationsgeschichte sondern von allen Menschen zusätzlich die Versorgungskapazitäten überlastet;
- Hinzu kommt, dass Mitarbeitende der Gesundheitsversorgung die Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte als aufwendiger beschreiben und dieser unvergütete Mehraufwand die begrenzten Zeit- und Personalressourcen sprengen kann;
- Fachkräfte nehmen wahr, dass für Menschen mit Migrationsgeschichte das Gesundheitssystem fremd ist und sie sich schlecht in den Abläufen orientieren können, vor allem die Rolle der Hausärzt*innen sei Menschen mit Migrationsgeschichte nicht bekannt und sie wenden sich an die Notaufnahmen;
- Menschen mit Migrationsgeschichte machen die Erfahrung von Fachkräften der Gesundheitsversorgung nicht ernst genommen zu werden;
- Als das Hauptproblem wird die Sprachbarriere benannt, die vornehmlich mit Kindern, Verwandten und Dritten sowie zunehmend mit Übersetzungs-Apps und in Kliniken z.T. mit Mitarbeitenden-Listen bewältigt wird;
- Einerseits können Mehraufwand und nicht erfüllte Erwartungshaltungen zu Konflikten führen, andererseits werden gegenseitige Annäherungen und ein gemeinsamer Lernprozess beschrieben;

- Die Befragten erhoffen sich von “multikulturellen” Teams, v.a. durch Rekrutierung ausländischer Fachkräfte, sowohl die Lösung der allgemeinen strukturellen Probleme als auch der Sprach- und kulturellen Barrieren;
- Die Befragten wünschen sich eine Verantwortungsübernahme und als konkrete Maßnahmen:
 - Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für alle geflüchteten Menschen,
 - Entwicklung von rechtlichen und organisationalen Strukturen zur professionellen und einfach verfügbaren Sprachmittlung, z.B. via Telefon oder online,
 - Ausbau von Angeboten, Informationen und Kampagnen zur Orientierung im deutschen Gesundheitssystem, z.B. durch Social Media,
 - Stärkung des Fokus auf Gesundheitsbildung und -prävention,
 - Brückenbauer*innen, Vermittlungs- und Netzwerkstrukturen, z.B. durch Professionalisierung des Konzeptes der Gesundheitslots*innen,
 - Bessere Verzahnung von und Einführung von Strukturen, die die hausärztliche und Notfallversorgung (verbinden und) als Puffer kombinieren,
 - Reduktion von Barrieren im Anerkennungsverfahren ausländischer Fachkräfte

Online-Befragung zum Stand der interkulturellen Öffnung in der Krankenhaus-versorgung: zentrale Ergebnisse

- 2/3 der befragten Einrichtungen haben die interkulturelle Öffnung in ihrem Leitbild festgeschrieben; mehr als ein Drittel begründen das bemerkbare Interesse der Klinikleitung an der Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte mit der Rekrutierung, Einstellung und Integration ausländischer Mitarbeitenden in verschiedenen Berufsgruppen.
- Unter den Mitarbeitenden ist der Anteil an Menschen mit Migrationsgeschichte unter dem Reinigungspersonal am höchsten (67%), gefolgt vom ärztlichen Personal (36%) und der Pflege (30%);
- Die Mehrheit der befragten Einrichtungen schätzten ein, dass Menschen mit Migrationsgeschichte äquivalent zu ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung repräsentiert sind, ohne dass dieser systematisch dokumentiert wird;
- Die Befragten schätzen den Anteil von Behandlung, Versorgung und Betreuung, die nicht Deutschsprachig stattfinden können, auf 12% und in ca. 90% der Fälle kommen regelmäßig Verwandte und Bekannte der Patient*innen oder muttersprachliches Fachpersonal zum Einsatz um Sprachbarrieren zu überbrücken;
- Auf weniger als 1/3 der befragten Einrichtungen kommt professionelle Sprachmittlung regelmäßig zum Einsatz und in 34% kommt professionelle Sprachmittlung nie zum Einsatz;

Handlungsempfehlungen:

- Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für alle geflüchteten Menschen
- Entwicklung von Strukturen zur professionellen Sprachmittlung z.B. via Telefon oder online
- Ausbau von Angeboten, Informationen und Kampagnen zur Orientierung im deutschen Gesundheitssystem
- Einführung von Strukturen, die hausärztliche und Notfallversorgung vorgeschaltet als Puffer kombinieren
- Vereinfachung des Anerkennungsverfahrens ausländischer Fachkräfte
- Sensibilisierung von Fachkräften für Diskriminierungsmechanismen (z.B. nicht ernstnehmen von Patient*innen, die aufgrund der Sprachbarriere ihre Probleme/Symptome nicht gut beschreiben können)

- Stärkung des Fokus auf Gesundheitsbildung und -prävention
- Verstetigung eines Netzwerks landesweiter Akteure, um gemeinsame Strategien und Aktionen zu planen und umzusetzen.

Literatur

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2021). Nationaler Aktionsplan Integration: Bericht Phase V – Zusammenhalt: Zusammenhalt stärken – Zukunft gestalten. Verfügbar unter: [Bundeszentrale für politische Bildung, 2022. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Abgerufen unter: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61646/bevoelkerung-mit-migrationshintergrund/>](https://www.nationaler-aktionsplan-integration.de/napi-de/aktionsplan#cont-id-263-625ufitox2v5suuadw88q4zfkHinz-Rommel, W. (1995). Kompetenz und Öffnung. Die Debatte um interkulturelle Öffnung im Kontext. <i>Barwig & Hinz-Rommel</i>, 9-22.</p>
</div>
<div data-bbox=)

Burgess, D.J., Ding, Y., Hargreaves, M., van Ryn, M., Phelan, S., 2008. The association between perceived discrimination and underutilization of needed medical and mental health care in a multi-ethnic community sample. *J Health Care Poor Underserved* 19, 894-911.

Czycholl, D. (2017). Integration heißt Erneuerung. Beiträge zu Migration und Sucht 1994-2017. Lengerich: Pabst Science Publisher.

Devillé, W., Greacen, T., Bogic, M., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., ... Mertaniemi, R. (2011). Health care for immigrants in Europe: is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. *BMC Public Health*, 11(1), 699.

Dresing, T., & Pehl, T. (2012). Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende (7. Aufl.). Marburg: dr dresing & pehl.

Heckman, J. J. (1990). Selection bias and self-selection. *Econometrics*, 201–224.

Klein, J. & von dem Knesebeck, O. (2018). Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 17(1):160. Handschuck S, Schröer H. Interkulturelle Orientierung und Öffnung von Organisationen. Strategische Ansätze und Beispiele der Umsetzung. *neue praxis* 2002; 5: 511–521

Landeszentrale für politische Bildung (2022). Regierungsbezirke in Baden-Württemberg. Abgerufen unter: <https://www.landeskunde-baden-wuerttemberg.de/regierungsbezirke>

Machleidt, W. (2002). Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 73(12), 1208–1212.

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (n.d.). Offen für Vielfalt. Abgerufen unter: <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/integration/interkulturelle-offnung/ueberblick/>

Penka, S., Faisst, H., Vardar, A., Borde, T., Mösko, M. O., Dingoyan, D., ... Heinz, A. (2015). Der Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung- Ergebnisse einer Studie in einem innerstädtischen Berliner Bezirk. *PPmP- Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 65(09/10), 353–362.

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., ... Lorant, V. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC public health*, 11(1), 187.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019. Migration und Nationalität - Bevölkerung im Bundesvergleich nach Migrationshintergrund. Abgerufen unter: <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/MigrNation/MZ-DE-Ph-Migr.jsp>

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2022. 1,82 Millionen Ausländerinnen und Ausländer leben in Baden-Württemberg. Abgerufen unter: <https://www.statistik-bw.de/Presse/Pressemitteilungen/2022097>

Terry, G., Hayfield, N., Clarke, V., & Braun, V. (2017). *Thematic analysis*. <https://uwe-repository.worktribe.com/output/888518/thematic-analysis>

Walter, U., Salman, R., Krauth, C., Machleidt, W., 2007. [Reaching migrants for preventive care: optimization of access and utilization]. *Psychiatr Prax* 34, 349-353

Wamala, S., Merlo, J., Boström, G., Hogstedt, C., 2007. Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *Journal of epidemiology and community health* 6, 409-415.

Weber, A.W., Erim, Y. & Georgiadou, E. (2020). Current status of the intercultural opening at hospitals and rehabilitation centres for psychosomatic medicine and psychotherapy in Bavaria. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 66 (1, S. 20-31).

WHO, 2017. Ending discrimination in health care settings. WHO: Geneva.

Anhang

1. Interview-Leitfaden für die Expert*innen-Gespräche
2. Erhebungsinstrument zum Stand der interkulturellen Öffnung der Krankenhausversorgung
3. Programm der Abschlussveranstaltung „Realitäten und Veränderungsbedarfe der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte“

Anlage 1: Interview-Leitfaden für die Expert*innen-Gespräche

Gesprächssetting:

- Gespräch per MS Teams oder Telefon, 45-60 Minuten lang;
- Tonbandaufnahme des Gesprächs

Vorab-Kommunikation:

Hallo, ich bin XY, ich bin Mitarbeiter*in des Projektes "Migration und Gesundheitsversorgung Baden-Württemberg"; das von der Landesministerium für Soziales, Gesundheit und Integration" gefördert wird. Wie Sie bereits der Studieninformation entnehmen können, geht uns in dem Projekt darum in einem ersten Schritt uns Einblicke in der Versorgungsrealität von Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte zu gewinnen. Hierfür befragen wir Mitarbeitende, die in Rettungsstellen tätig sind, sowie in der hausärztlichen Versorgung. Auch werden wir mit Vertreter*innen von Migrant*innen-Selbstorganisationen sprechen. In einem zweiten Schritt, werden wir Handlungsempfehlungen formulieren, um Barrieren abzubauen sowie professionelle Netzwerke für die sogenannte interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens zu entwickeln. Auf Basis der Ergebnisse unserer Befragung werden Ausschreibungen für Modellprojekte von dem Landesministerium formuliert.

Haben Sie die Studieninformation erhalten? Haben Sie dazu noch Fragen?

==> *Liegt die Einwilligungserklärung vor?*

Ihre Einwilligungserklärung habe ich erhalten, herzlichen Dank.

a. Interviews mit Expert*innen aus der Gesundheitsversorgung

Bevor ich die Tonbandaufnahme starte, würde ich mir gern noch ihren Fachbereich, Berufsgruppe und Ihre Funktion notieren?

- Welcher Fachbereich?
- Welche Berufsgruppe?
- Leitungsfunktion (Ja/Nein)?

Vorab kurz noch, da es nicht immer ganz leicht ist über Themen zu Migration und Interkulturalität offen zu sprechen, ist es uns wichtig vorwegzuschicken, dass es für unser Gespräch sehr hilfreich wäre, wenn sie einfach ganz offen schildern, wie Sie die klinische Arbeit mit Menschen mit Migrationsgeschichte bei Ihnen in der Klinik/Ambulanz erleben.

Haben Sie noch Fragen zum Ablauf? Gut, dann würde ich die Tonbandaufnahme jetzt beginnen.

Fragen:

1. Welche Erfahrungen machen Sie in der Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte in Ihrem klinischen Alltag?
Oder: Woran denken Sie zuerst, wenn sie an die Versorgung von Patienten mit Migrationsgeschichte hier in der Klinik/ auf der Station/ in der Ambulanz denken? Wie läuft das ab? Könnten Sie mir ein paar Beispiele erzählen?
 - Was sind herausfordernde Situationen und Gruppen?
2. Wo entstehen Schwierigkeiten, Frustrationen? (für die Patient*innen, aber auch für die Behandler*innen und das Pflegepersonal)
 - Was bräuchte es, um diese abzubauen?
3. Was läuft in der Versorgung in Ihren Augen gut? (für die Patient*innen mit Migrationsgeschichte, aber auch für die Behandler*innen)
 - Woran liegt das konkret?
 - Gibt es bei Ihnen Rahmenbedingungen, Maßnahmen und/oder andere Hilfsmittel, die helfen Menschen mit Migrationsgeschichte besser zu versorgen und wenn ja welche?

4. Welche Ideen haben Sie, was noch zur Verbesserung beitragen könnte? Sie können auch gerne sehr konkret werden und beschreiben, was Sie gerne umsetzen würden, in Ihrem Versorgungsbereich, wenn Sie die notwendigen Ressourcen zur Verfügung hätten? Welche Ressourcen bräuchten Sie für die Umsetzung ihres ausgewählten Modellprojektes?

- An welcher Stelle braucht es Veränderung?
- Wie müssten die Maßnahmen aussehen, damit es für Sie funktionieren würde?

Hypothesen:

- *Arbeit mit Sprachmittler*innen/ Dolmetscher*innen*
- *Eventuell:*
- *Guidelines, SOPs, Richtlinien (z.B. für den Einbezug von Sprachmittler*innen/ Dolmetscher*innen)*
- *Mitarbeitende, die sich für das Thema einsetzen (Beauftragte, Arbeitsgruppen oder Einzelpersonen)*
- *Mehrsprachige Materialien (z.B., übersetzte Formulare, Aufklärungs-/ Informationsschreiben oder Broschüren sowie Essenspläne etc.), Piktogramme,*
- *Teamsitzungen, Visiten, Supervision, Fortbildungen*
- *Mitarbeitende mit Migrationsgeschichte (welche Rolle spielen diese, wird diese Gruppe bei Ausschreibungen berücksichtigt?)*

5. Möchten Sie das Gesagte noch ergänzen?

6. Ich werde die Tonbandaufnahme jetzt beenden. Vielen Dank für das offene Gespräch.

b. Interviews mit Migrantischen Selbstorganisationen:

Vorab kurz noch, da es nicht immer ganz leicht ist über Themen zu Migration und Interkulturalität offen zu sprechen, ist es uns wichtig vorwegzuschicken, dass es für unser Gespräch sehr hilfreich wäre, wenn sie einfach ganz offen schildern, wie die klinische Arbeit mit Menschen mit Migrationsgeschichte bei Ihnen in der Klinik/Ambulanz abläuft bzw. Welche Erfahrungen, die Menschen mit Migrationsgeschichte in der Gesundheitsversorgung gemacht haben, ihnen bekannt sind

Haben Sie noch Fragen zum Ablauf? Gut dann würde ich die Tonbandaufnahme jetzt beginnen.

Fragen:

1. Welche Erfahrungen machen Menschen mit Migrationsgeschichte in der Gesundheitsversorgung aus Ihrer Sicht?
Oder: Woran denken Sie zuerst, wenn sie an die Versorgung von Patienten mit Migrationsgeschichte denken? Wie läuft das ab? Könnten Sie mir ein paar Beispiele erzählen?
 - Was sind herausfordernde Situationen und Gruppen?
2. Wo entstehen Schwierigkeiten, Frustrationen? (für die Patient*innen, aber auch für die Behandler*innen und das Pflegepersonal)
 - Was bräuchte es, um diese abzubauen?
3. Was läuft in der Versorgung in Ihren Augen gut? (für die Patient*innen mit Migrationsgeschichte, aber auch für die Behandler*innen)
 - Woran liegt das konkret?
 - Gibt es Rahmenbedingungen, Maßnahmen und/oder andere Hilfsmittel, die helfen Menschen mit Migrationsgeschichte besser zu versorgen und wenn ja welche?
4. Welche Ideen haben Sie, was noch zur Verbesserung beitragen könnte? Sie können auch gerne sehr konkret werden und beschreiben, was Sie gerne umsetzen würden, in Ihrem Versorgungsbereich, wenn

Sie die notwendigen Ressourcen zur Verfügung hätten? Welche Ressourcen bräuchten Sie für die Umsetzung ihres ausgewählten Modellprojektes?

- An welcher Stelle braucht es Veränderung?
- Wie müssten die Maßnahmen aussehen, damit es für Sie funktionieren würde?

Hypothesen:

- *Arbeit mit Sprachmittler*innen/ Dolmetscher*innen*
- *Eventuell:*
- *Guidelines, SOPs, Richtlinien (z.B. für den Einbezug von Sprachmittler*innen/ Dolmetscher*innen)*
- *Mitarbeitende, die sich für das Thema einsetzen (Beauftragte, Arbeitsgruppen oder Einzelpersonen)*
- *Mehrsprachige Materialien (z.B., übersetzte Formulare, Aufklärungs-/ Informationsschreiben oder Broschüren sowie Essenspläne etc.), Piktogramme,*
- *Teamsitzungen, Visiten, Supervision, Fortbildungen*
- *Mitarbeitende mit Migrationsgeschichte (welche Rolle spielen diese, wird diese Gruppe bei Ausschreibungen berücksichtigt?)*

5. Möchten Sie das Gesagte noch ergänzen?

6. Ich werde die Tonbandaufnahme jetzt beenden. Vielen Dank für das offene Gespräch.

Anlage 2: Erhebungsinstrument zum Stand der interkulturellen Öffnung der Krankenhausversorgung

(Doppelklicken auf die Abbildung um das Dokument zu öffnen)

Druckansicht base (MiGBaWue) 03.03.2023, 19:14

<https://survey.charite.de/MiGBaWue?s2preview=aOyH1afq5eSCO...>

Seite 04
Intro MAAs

B. Mitarbeitende in Ihrer Einrichtung bzw. auf Ihrer Station

Die folgenden Listen beziehen sich auf die Mitarbeitenden in Ihrer Einrichtung bzw. auf Ihrer Station. Hierbei werden verschiedene Berufsgruppen getrennt voneinander befragt.
Wenn Sie sich mit der Angabe unsicher sind, scheitern Sie bitte.

Seite 05
MAVerwaltung I

9. Hat Ihre Einrichtung/Station festangestelltes Verwaltungspersonal

Anlage 3: Programm der Abschlussveranstaltung „Realitäten und Veränderungsbedarfe der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte“

18. März 2023

Realitäten und Veränderungsbedarfe in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationserfahrung in Baden-Württemberg

Wie steht es aktuell um die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Flucht- und Migrationsgeschichte in Baden-Württemberg? Was könnte dabei besser laufen? Welche Strukturen und Veränderungen sind hierfür nötig und wo sollten sie ansetzen? Das Projekt „MiG BaWü – Migration und Gesundheitsversorgung Baden Württemberg“ geht diesen Fragen nach.

Wir laden Sie am Samstag, den 18.03.2023, nach Stuttgart ein. Es werden die Ergebnisse des Forschungsprojekts präsentiert sowie bisherige Erkenntnisse und bestehende Herausforderungen diskutiert. Ziel ist es dabei auch, ein tragfähiges landesweites Netzwerk zu entwickeln.

Die Veranstaltung richtet sich an Mitarbeitende unterschiedlichster Berufsgruppen innerhalb der Gesundheitsversorgung, an Menschen aus Migrantenselbstorganisationen und Interessenverbände sowie an Akteure aus Politik und Verwaltung.



**Ort: Hotel Silber, Dorotheenstraße
10, 70173 Stuttgart**

**Datum: Samstag, 18.03.2023
10:00 – 17:00 Uhr**

Die Teilnahme ist kostenlos.

Anmeldung bis 7. März online unter:

<https://survey.charite.de/MiGBaWueVeranstaltung/>

**Die Teilnehmerszahl ist auf 80 Personen
begrenzt.**



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION

Finanziert aus Landesmitteln, die der Landtag Baden-
Württemberg beschlossen hat.

Programm

| | | | |
|---------------|---|---|---|
| Ab 09:30 | Ankommen mit Kaffee und Brezeln, Anmeldung | | |
| 10:00 – 10:15 | Grußwort | Staatssekretärin Dr. Ute Leidig (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg) | |
| 10:15 – 10:45 | „Wenn sowieso das Zeitfenster eng, die Termine rar sind – dann sind das natürlich die Leute, die als erstes hinten runter fallen“ - Vorstellung der Forschungsergebnisse des Projektes MiG BaWü | Steffen Schödwell & Laura Hertner (Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte) | |
| 10:45 – 11:00 | Kaffeepause | | |
| 11:00 – 11:30 | Keynote: Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migrant*innen: gleicher Zugang und gleiche Teilhabe? - Eine Bestandsaufnahme | Argyri Paraschaki-Schauer (LAKA - Landesverband der kommunalen Migrantenvertretungen Baden-Württemberg) | |
| 11:30 – 12:00 | Keynote: Gesellschaftliche und strukturelle Perspektiven auf die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationserfahrung | Prof. Dr. Ulrike Kluge (Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte) | |
| 12:00 – 12:30 | Diskussion der Keynotes | Moderation: Dana Abdel Fatah (Berliner Institut für empirische Integrations- und Migrationsforschung, Humboldt Universität zu Berlin) | |
| 12:30 – 13:30 | Mittagsimbiss | | |
| 13:30 – 13:45 | Vorstellung der Projektwerkstätten | | |
| 13:45– 15:15 | Projektwerkstätten: Chancen und Grenzen von ... | | |
| | 1. ... Fortbildungen | 2. ... Brückenbauer*innen | 3. ... Netzwerke & Vermittlungsstrukturen |
| 15:15 – 15:45 | Kaffeepause | | |
| 15:45 – 16:30 | Ergebnisse und gemeinsame Diskussion der Projektwerkstätten | | |
| 16:30 – 17:00 | Ausblick & Abschluss | Prof. Dr. Birgit Locher-Finke (Leiterin Abteilung Integration, Europa; Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg) | |

Die Projektwerkstätten verfolgen das Ziel anhand konkreter Projektideen die Chancen und Grenzen derartiger Strukturen und Formate auszuloten. Für jede Werkstatt haben wir einen Praxispartner eingeladen, der eine Idee bzw. ein bestehendes Projekt vorstellt. Gemeinsam mit den diversen vertretenen Perspektiven soll diese dann hinsichtlich ihres Veränderungspotentials für die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte reflektiert und weiterentwickelt werden.

Wir bitten Sie bei der Anmeldung anzugeben, an welcher Projektwerkstätte Sie präferiert teilnehmen würden.

Die Beschreibung der Projektwerkstätten finden Sie bei der Online-Anmeldung.

Wollen Sie Ihr Projekt oder Ihre Initiative mit Bezug zum Thema Migration und Gesundheit vorstellen? Bringen Sie gerne Flyer, Broschüren oder weitere kleinformatige Materialien mit zur Veranstaltung. Vor Ort wird es Flächen geben, um diese auszulegen.