



Handlungsempfehlungen des Bayerischen Integrationsrates „Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund“

verabschiedet vom Plenum am 24. September 2012

1. Präambel

Eine hochwertige und flächendeckende Gesundheitsversorgung für alle Menschen in Bayern ist eine wichtige Säule unserer Gesellschaft. Der stetige gesellschaftliche Wandel, der u.a. von der Zu- und Abwanderung und einer sich verschiebenden Alterspyramide beeinflusst wird, erfordert einen kontinuierlichen Anpassungsprozess der bestehenden Versorgungsstrukturen an die Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger.

Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund umfasst mittlerweile knapp ein Viertel der bayerischen Bevölkerung – Tendenz steigend. Dies hat bereits in Ansätzen seinen Niederschlag in der medizinischen Versorgung gefunden. Von einer grundlegenden Neujustierung der Versorgungsstrukturen sind wir jedoch noch weit entfernt. Die unterschiedlichen Belastungsfaktoren aufgrund der Migration, die kulturellen Besonderheiten wie auch die unterschiedlichen Krankheitsverläufe machen einen solchen Anpassungsprozess gerade im Hinblick auf die steigende Zahl dieses Personenkreises zwingend notwendig. Neben lückenhaften Informationen ist oftmals eine fehlende gemeinsame Sprache die Hauptbarriere zwischen medizinischem Personal und Patienten/-innen. Gerade Migranten/-innen aus bildungsfernen und sozial schwachen Milieus sind davon betroffen. Somit haben die Handlungsempfehlungen insbesondere diese Gruppe¹ im Blick und weniger diejenigen Menschen mit Migrationshintergrund, die aufgrund ihrer Kompetenzen in der Lage sind, die bestehenden Versorgungsstrukturen zu nutzen. Die Folgen für die Zielgruppe sind nicht nur – aufgrund des Fehlens geeigneter Strukturen – eine sehr spät ansetzende medizinische Versorgung, sondern auch oftmals eine Fehlversorgung infolge der schwierigen Diagnosebedingungen. Diese Probleme werden vor allem im stationären Bereich sichtbar. Im ambulanten Sektor können fremdsprachige Fachkräfte teilweise Abhilfe schaffen. Die bestehenden Rahmenbedingun-

¹ Menschen mit Migrationshintergrund, bildungsfern, geringe Sprachkenntnisse und aus einem sozial schwachen Milieu stammend



gen führen zu einer Über-, Unter- und Fehlversorgung und somit zu einer hohen Kostenbelastung für das Gesundheitssystem.

Klare Aussagen lassen sich dazu jedoch nicht treffen, da in diesem Bereich nur wenig wissenschaftlich fundierte Untersuchungen existieren und sich diese meist auf einzelne Kommunen bzw. Regionen beschränken. Für den Aufbau passgenauer ambulanter, wie auch stationärer Versorgungsstrukturen ist eine wissenschaftlich fundierte Datenbasis bezüglich der Anforderungen an die medizinischen Versorgungsstrukturen und die Bedürfnisse der Menschen mit Migrationshintergrund unerlässlich.

Die bisherigen Anstrengungen der Staatsregierung² sind in Bezug auf die stationäre Versorgung ein erster wichtiger Schritt, jedoch von einem flächendeckenden Ausbau adäquater Strukturen kann noch nicht die Rede sein. Dieser muss forciert werden. Daneben sind der Ausbau und die Anpassung ambulanter Strukturen dringend erforderlich, um eine effiziente Nachversorgung sicherzustellen.

2. Sprache - Sprachlosigkeit

Mangelhafte Kenntnisse der deutschen Sprache stellen ein großes Problem in der medizinischen Gesundheitsversorgung dar. Die bisher von der Staatsregierung geförderten kultursensiblen Dolmetscher/-innen sind bei richtiger Anwendung ein sehr effektives Instrument. Zur richtigen Anwendung müssen einige Voraussetzungen gegeben sein, damit es die gewünschte Wirkung entfalten kann. So müssen nicht nur Dolmetscher/-innen, sondern auch das medizinische Personal für die Zusammenarbeit in diesem Bereich geschult werden, da bereits geringfügige Verständigungsschwierigkeiten die Gefahr einer Fehldiagnose und somit auch einer Fehlbehandlung nach sich ziehen.

² Siehe auch

http://www.iges.de/publikationen/gutachten_berichte/migration/e10622/infoboxContent10623/GesundheitundMigration-BayerischerBericht_ger.pdf



Die momentane Zahl der kultursensiblen Dolmetscher/-innen in Bayern umfasst 160 Personen³. In Anbetracht der 2,4 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund, die 2010 in Bayern lebten⁴, erscheint diese Zahl als nicht ausreichend, um deren medizinische Versorgung ausreichend sicherzustellen. Verschärft wird diese Situation durch einen weitverbreiteten Ärztemangel in ländlichen Gebieten, wodurch Personen mit Zuwanderungshintergrund, die in ländlichen Gebieten leben, nur selten geeignete Versorgungsstrukturen vorfinden.

Die Kommunikation zwischen Patienten/-innen und medizinischem Personal bleibt nach wie vor eines der Hauptprobleme. Die missverständliche Kommunikation führt nicht nur zu Fehldiagnosen, welche eine Fehlbehandlung und auch einen Abbruch derselben zur Folge haben können, sondern auch zu Problemen im stationären Bereich. So können bereits missverständene Stationsregeln zu Konflikten zwischen Patienten/-innen und Personal führen. Dies kann wiederum eine emotionale Destabilisierung dieser Patienten/-innen nach sich ziehen, was den Heilungsprozess negativ beeinflusst. Neben den vielfältigen Reibungsverlusten bei der mündlichen Kommunikation, können fehlende Sprachkenntnisse bei schriftlichen Verwaltungsakten zu rechtlichen Problemen führen. Dies gilt insbesondere für das Ausfüllen und Unterzeichnen von Einverständniserklärungen. Infolge der dort aufgeführten rechtlichen Normen und Hinweise ist eine Einverständniserklärung für Menschen ohne Deutschkenntnisse auf muttersprachlichem Niveau oftmals nicht ausreichend verständlich. So überfordert bereits das Ausfüllen des Anamnese-Bogens vor allem diese Personengruppe.

Um dem adäquat begegnen zu können, bedarf es einerseits des Ausbaus ambulanter fremdsprachiger Angebote und andererseits einer forcierten interkulturellen Öffnung aller Versorgungsbereiche.

³ 160 Dolmetscher/-innen decken momentan ein Spektrum von 80 Sprachen abdeckt. Die jährlichen Einsatzstunden gehen über 8.000 hinaus und es wurden bereits sieben Dolmeterschulungen in München angeboten. Die am häufigsten übersetzten Sprachen im Jahr 2011 waren hierbei Dari/Persisch, Türkisch, Somali, Kurdische Sprachen, Arabisch, Vietnamesisch, Französisch, Russisch, Albanisch, Polnisch, Italienisch, Griechisch, Tamilisch, Englisch, Serbisch, Kroatisch, Bosnisch und andere. Einsätze erfolgten in: Amt für Wohnen und Migration, Sozialbürgerhäuser, Träger der freien Jugendhilfe, Stadtjugendamt, Referat für Gesundheit und Umwelt, Frauenhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie, freie Träger der Sozialberatung, Flüchtlingshilfe, externe Landratsämter, Krankenhäuser, Kinderkliniken, freie Träger der Gesundheitsberatung und andere. In den letzten Jahren ist eine enorme Steigerung der Einsätze vor allem für den Gesundheitsbereich zu verzeichnen.

⁴ Laut Vorausberechnung des Bayerischen Landesamtes für Statistik steigt die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund in Bayern auf knapp 3 Mio. im Jahr 2022 an, wodurch das gesamte bayerische Bevölkerungswachstum größtenteils von dieser Gruppe getragen wird. Vgl. https://www.statistik.bayern.de/medien/statistik/demwa/a1900b_201151.pdf

3. Interkulturelle Öffnung und Schulung des medizinischen Personals

Die interkulturelle Orientierung und Öffnung der medizinischen Versorgungsstrukturen hat bislang weder im ambulanten noch stationären Bereich stattgefunden. In Anbetracht der Nachfrage nach fremdsprachigen Angeboten ist die interkulturelle Orientierung und Öffnung ein wichtiger Baustein der kultursensiblen Gesundheitsversorgung. Momentan gibt es nur vereinzelt ambulante Angebote, bei denen die Träger bereits nach kurzer Zeit einstimmig von einer nicht zu bewältigenden Nachfrage sprechen. Diese resultiert erstens aus fehlenden einschlägigen Angeboten und zweitens auch aus einer besonderen Vulnerabilität der Zielgruppe infolge migrationsspezifischer Stressfaktoren⁵ und besonderer traumatischer Erfahrungen und Belastungen, welche bereits aus dem Heimatland mitgebracht wurden⁶. Der sogenannte „Healthy-Migrant-Effect“⁷ ist nicht für alle Gruppen haltbar. Da es bisher lediglich starke Indizien für eine hohe Nachfrage nach solchen Angeboten gibt, jedoch keine belastbaren Daten dafür existieren, scheitert der Ausbau bislang auch an der fehlenden Datenbasis. So wäre eine Bedarfserhebung je Kommune eine Grundlage für die interkulturelle Orientierung und Öffnung medizinischer Einrichtungen. Für eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung sind vor allem folgende Daten notwendig:

- Zusammensetzung der Einwandererbevölkerung (Herkunftsland, Milieu, Altersverteilung, ländliches oder städtisches Lebensumfeld, etc.)
- Ausprägung der Deutschkenntnisse der jeweiligen Gruppe
- Integrationsentwicklung innerhalb der jeweiligen Kommune – gemessen anhand der jeweiligen Indikatoren
- Häufigkeit herkunfts- bzw. migrationsspezifischer Erkrankungen
- Bestehende Versorgungsangebote in der jeweiligen Kommune und deren Inanspruchnahme

Somit ist nicht nur der Bedarf am Aufbau ambulanter Strukturen, sondern auch an der interkulturellen Orientierung und Öffnung aller Versorgungsbereiche weiterhin hoch. Letzteres kann in der Regel nur über ein Top-Down-Verfahren umgesetzt werden - ist somit eine Aufgabe der Leitungsebene – weil dafür nicht nur verbindliche Leitsätze und Ziele definiert, son-

⁵ Vgl. Schouler-Ocak et al., Begutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund : unter medizinischen und psychologischen Aspekten , Urban & Fischer Verlag (2007)

⁶ Dies gilt vor allem für die Gruppe der Aussiedler der ersten Generation, aber auch für Kriegsflüchtlinge

⁷ Der Healthy-Migrant-Effect erklärt die geringere Krankheitshäufung bei Einwanderern der ersten Generation mit dem Selektionsprozess im Rahmen der Migration.



dern auch die notwendigen finanziellen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen. Allein durch eine interkulturelle Orientierung und Öffnung kann die Problemsituation nicht gelöst werden. Dafür sind zusätzliche, begleitende Maßnahmen denkbar und sinnvoll:

- Das Vorantreiben der gezielten Anwerbung von und Informationsweitergabe an Jugendliche mit Migrationshintergrund für medizinische Berufe, wie es bereits beim Lehramtsstudium erfolgreich praktiziert wird⁸. Dabei sind nicht nur die staatlichen Ebenen, sondern auch die berufsspezifisch relevante Einrichtungen, Kammern, Kassen und Migrantenorganisationen gefragt.
- Unterstützung des Ausbildungserfolges durch flankierende Maßnahmen, wie beispielsweise Tutorensysteme.
- Die Aufnahme interkultureller Schulungsmodule in die Aus-, Fort- und Weiterbildung des medizinischen Personals. Im beruflichen Alltag kann aber auch bereits auf Personal (sowohl Ärzte/-innen, wie auch Pfleger/-innen) zurückgegriffen werden, das teilweise über solche Kenntnisse, beispielsweise aufgrund des eigenen Lebenshintergrundes, verfügt. Interkulturelle Öffnung ist nicht gleichbedeutend mit interkultureller Kompetenz, weswegen zusätzlich gezielt Schulungsmaßnahmen notwendig werden. Diese sollten ergänzend zu einer generellen interkulturellen Schulung vor allem medizinische Aspekte beinhalten und über die speziellen Anforderungen einer migrationssensiblen Gesundheitsversorgung informieren, da dieses Wissen für die Diagnose und Behandlung unerlässlich ist. Bei der Aus-, Fort und Weiterbildung sind auch die Kammern gefragt.
- Zur Förderung einer kultursensiblen Organisationsentwicklung im stationären Bereich bietet sich auch die Etablierung von Integrationsbeauftragten als Stabsstelle an der Klinkleitung an
- Zudem wäre die Installation krankenhausernterner Beauftragter und externe Vernetzungsmöglichkeiten für Patienten/-innen mit Migrationshintergrund erstrebenswert, die neben sprachlichen Qualifikationen auch über interkulturelle Kompetenzen verfügen und somit als erste/-r Ansprechpartner/-in sowohl für Patienten/-innen wie auch für medizinisches Personal dienen können⁹.

⁸ Vgl. <http://www.mehr-migranten-werden-lehrer.de/h/>

⁹ Vgl. Kompetente Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Krankenhausbe-nötigteine(n) Migrations-, Migranten- oder Integrationsbeauftragte(n) unter http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/IB/Anlagen/2009-08-26-bundesweiter-arbeitskreis.pdf?__blob=publicationFile&v=2

- Anerkennung fremdsprachlicher Qualifikationen als zusätzliches Kriterium bei der Zulassung zum/-r Vertragsarzt/-in bzw. Vertragspsychotherapeuten/-in
- Derzeit wird auf Bundesebene im Gemeinsamen Bundesausschuss an neuen Bedarfsplanungs-Richtlinien gearbeitet. Die Bedarfsplanungskriterien sollten an die Anforderungen an eine kultursensible Versorgung angepasst werden.
- Ausbau der Beratung und Betreuung bezüglich der Anerkennung von im Ausland erworbenen Abschlüssen sowie eine Erleichterung der Anerkennung, wie auch der Möglichkeiten zur Nach- und Anpassungsqualifizierung¹⁰.
- Stärkere Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der Verbesserung kultursensibler, präventiver und gesundheitsfördernder Angebote

4. Kultursensible Anpassung der Versorgungsstrukturen

Die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund ist sowohl im ambulanten, wie auch im stationären Bereich weiterhin verbesserungsfähig. Die wenigen Studien zur medizinischen Versorgung dieser Personengruppe belegen sowohl Zugangsbarrieren, wie auch Versorgungsmängel, die ihren Ursprung in einer noch unzureichenden interkulturellen Öffnung des Gesundheitssystems haben¹¹. So nehmen Menschen mit Migrationshintergrund einerseits im Durchschnitt seltener an Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen teil, als die einheimischen Bürger/-innen. Andererseits nehmen sie überproportional häufig Notfallambulanzen in Anspruch. Allein diese Indizien lassen auf eine geringere Inanspruchnahme ambulanter bzw. präventiver Versorgungsstrukturen schließen. Belegt wird dies auch dadurch, dass bei Patienten/-innen mit Migrationshintergrund der Zeitraum zwischen Erkrankung und Erstbehandlung bis zu 5 Jahren betragen kann. Somit ist von Barrieren und Hemmschwellen bei der Regelversorgung auszugehen¹².

Diese liegen zum einen sicherlich an dem lückenhaften Wissen der Zielgruppe über die Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems. Zum anderen ist zu beobachten, dass

¹⁰ Siehe auch die Handlungsempfehlungen des Bayerischen Integrationsrates „Fachkräfte sichern – Potentiale fördern“ (Sept. 2011)

¹¹ vgl. Knipper, M./Bilgin, Y. (2009): Migration und Gesundheit http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf?100422141713

¹² Vgl. ebenda S. 65ff.



Fachkräfte mit Fremdsprachenkenntnissen und gleicher Herkunft bereits nach kurzer Zeit von einer überproportionalen Inanspruchnahme von Personen aus dem gleichen Herkunftsland berichten. Das legt nahe, dass der Sprache und der Sensibilität für kulturelle Besonderheiten dabei eine herausragende Stellung zukommt. Die bisher bestehenden ambulanten wie stationären Strukturen sehen momentan nur den Einsatz von Dolmetschern (siehe Punkt 2.) vor. Dies kann den bestehenden Bedarf an kultursensibler Kompetenz nicht decken.

Um ambulante Strukturen mit vorhandener Fremdsprachenkompetenz flächendeckend aufzubauen, müssten die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Zulassung von Vertragsärzten/-innen bzw. Vertragspsychotherapeuten/-innen um den Aspekt der sprachlichen Qualifikation erweitert werden. Dies würde Kassen/Versicherungen und Ärztekammern erlauben, Listen mit fremdsprachigen Ärzten/-innen bzw. Therapeuten/-innen zu führen und es würde den betroffenen Ärzten/-innen und Therapeuten/-innen die Vernetzung und den Austausch erleichtern. So könnten nicht nur die präventive Versorgung, sondern auch die Nachsorge von Patienten/-innen mit Migrationshintergrund, die aus der stationären Versorgung entlassen werden, verbessert werden.

Hinsichtlich der Nachsorge kann ein verstärkter Einbezug des familiären Umfelds von Patienten/-innen mit Migrationshintergrund hilfreich sein, um möglichst gute Rahmenbedingungen für die Genesung des/der Patienten/-in zu schaffen. Die Familie ist ein wichtiger Einflussfaktor bei der Gesundheitsversorgung dieser Zielgruppe. Dies kann man u.a. daran erkennen, dass über 85 Prozent der Menschen mit Behinderung in der Familie und nicht in einem Heim bzw. Internat leben¹³. Zwar kann die Familie die Versorgung der Patienten/-innen nur begleiten und positive Nebeneffekte bewirken, wie beispielsweise die Einhaltung des Medikamentenplanes bzw. die Begleitung bei Arztterminen, aber die Rahmenbedingungen bei einer langfristigen Behandlung können so deutlich verbessert werden. Zusätzlich dazu wäre eine Stärkung von Selbsthilfegruppen denkbar, die an ein kultursensibles Selbsthilfekzept anknüpfen.

Mit der demographischen Entwicklung gewinnt auch das Thema einer kultursensiblen Sterbebegleitung zunehmend an Bedeutung. Dies sollte bei der Weiterentwicklung von Hospizen

¹³ Vgl. Dworschak, W./Ratz, C. (2012): Soziobiografische Aspekte der Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung, 2012. In: Zeitschrift Gemeinsam leben. Zeitschrift für Inklusion 20, 2, 80-94



und Palliativen Versorgungsstrukturen im ambulanten und stationären Bereich besonders berücksichtigt werden.

5. Lücke in der Gesundheitsforschung

Um passgenaue und nachhaltige Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund weiter aufbauen zu können, bedarf es einer breiten und wissenschaftlich fundierten Datengrundlagen. Die bisherigen Studien, wie beispielsweise bezüglich der erhöhten Suizidrate bei Musliminnen¹⁴, sind in der Regel nur lokal ausgerichtet und können dementsprechend nur bedingt Aussagen über den Bedarf im Freistaat und den bayerischen Kommunen liefern. Butler und Kollegen/-innen schreiben dazu:

„Auch in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung ist die Datenlage nicht viel besser. Auf Bundesebene liegen – mit Ausnahme der ersten Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) – aktuell keine repräsentativen Untersuchungen zur gesundheitlichen Situation von Migranten vor, noch wurde diese Zielgruppe in der Vergangenheit ausdrücklich und in sinnvoller Differenziertheit in Studien über die Wohnbevölkerung in Deutschland einbezogen. Neuere Erkenntnisse über die gesundheitliche Lage erwachsener Migranten im Vergleich zur deutschen Bevölkerung sind nur in einzelnen Studien zu finden, die meist regional begrenzt und für die Bevölkerungsgruppe nicht repräsentativ sind.“¹⁵

Dies ist insofern von Bedeutung, als dass die bestehenden Versorgungsstrukturen für die Zielgruppe bisher nur ansatzweise geeignet sind und es aufgrund dessen zu einer sehr spät einsetzenden Erstbehandlung, einer möglichen Fehlbehandlung und somit zu einem suboptimalen Heilungsverlauf kommt.

Die Gründe dafür liegen in lückenhaftem bzw. nicht vorhandenem Wissen über migrationsbedingte Stressfaktoren, kulturelle Einflüsse und Krankheitsverläufen. Hinzu kommt, dass die

¹⁴ Vgl. <http://www.mwm-vermittlung.de/BdSPD4.pdf> bzw. <http://www.beende-dein-schweigen.de/>; Schouler-Ocak M, Aichberger MC, Heredia-Montesinos A, Heinz A. Suizidraten und Suizidprävention bei Berliner Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. Das Studienkonzept. Prävention 2010;33(2):62-4.

¹⁵ Butler, J., Albrecht, N-J., Ellsäßer, G., Gavranidou, M., Habermann, M., Lindert, J. & Weilandt, C. (2007). Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 10, 1232-1239



Zielgruppe noch nicht eindeutig definiert wurde, was für eine Strukturanpassung unerlässlich ist. Um hier die notwendigen Fakten zusammenzutragen, bedarf es einer breiten, interdisziplinären Zusammenarbeit aus den Bereichen Medizin, Psychotherapie, wie auch Sozialwissenschaft. Diesen Prozess könnten Effizienzstudien zu bestehenden Versorgungsangeboten für Menschen mit Migrationshintergrund begleiten. Der Einfluss des familiären Umfelds bei der Datengewinnung darf nicht unterschätzt werden.

Zwangsläufig stellt sich somit die Frage, welche Auswirkungen die Ergebnisse und die daraus gewonnenen Erkenntnisse auf die Leistungskataloge der gesetzlichen Krankenkassen haben, um die Finanzierung entsprechender Versorgungsstrukturen auf eine gesicherte finanzielle Grundlage zu stellen.

6. Forschungsdesiderat: Migrationshintergrund und Behinderung

Das Thema Behinderung¹⁶ wird bei Menschen mit Migrationshintergrund wie auch in der Öffentlichkeit nur wenig thematisiert. Dieser Bereich ist somit auch nur unzureichend erforscht, so dass nur eine schlechte Datenlage besteht, wie es bereits bei Punkt 5 angesprochen wurde.

In den wenigen bestehenden Statistiken zeigt sich, dass Schüler/-innen mit Migrationshintergrund überproportional in Förderschulen vertreten sind (17,8 Prozent)¹⁷. Dies gilt vor allem für die Förderschwerpunkte „Lernen“ und „emotional-soziale Entwicklung“. Der Großteil der Schüler/-innen (76,1 Prozent) stammt aus europäischen Herkunftsländern (inkl. Türkei), wobei die meisten davon (71,8 Prozent) in Deutschland geboren wurde. Eine wissenschaftlich fundierte Erklärung existiert dafür bisher nicht. Es gibt jedoch Hinweise, dass dieser hohe Prozentsatz mit den sprachlichen Fähigkeiten der Schüler/-innen zusammenhängt.

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass sowohl Sprachkenntnisse, wie auch der sozioökonomische Status bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die sich in Förderschulen befinden

¹⁶ Unter Behinderung versteht man hier die Wechselwirkung zwischen individuellen Gesundheitszustand und sozialen Umweltfaktoren, die Teilhabe erschweren (UN-Behindertenrechtskonvention)

¹⁷ Vgl. Dworschak, W.; Ratz, C. (2012): Soziobiografische Aspekte der Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. In: Dworschak, W.; Kannewischer, S.; Ratz, C.; Wagner, M. (Hrsg.): Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Eine empirische Studie. Oberhausen (Athena), 27-48



den, eine überdurchschnittlich große Rolle spielen. So stellt sich die Frage, inwieweit diese Faktoren und nicht die geistigen und körperlichen Voraussetzungen eine Rolle bei der Entscheidung für eine Förderschule spielen. Wissenschaftliche Studien gibt es bislang dazu nicht. Diese wären in Anbetracht der Zahlen äußerst wünschenswert, um die schulische Förderung von Jugendlichen mit Migrationshintergrund weiter zu verbessern¹⁸.

Die fehlende Datenbasis lässt erkennen, dass dem Thema „Menschen mit Migrationshintergrund und Behinderung“ bisher noch zu wenig Bedeutung beigemessen wird. Die Forschung muss sich verstärkt damit auseinandersetzen und somit die wissenschaftliche Grundlage für weitere Entwicklungsprozesse in diesem Bereich legen. Ein Thema, das aufgrund fehlender Daten in diesen Empfehlungen nicht angesprochen wird, ist der unterschiedliche Umgang innerhalb der verschiedenen Migrantengruppen mit dem Thema Behinderung. Gerade eine stärkere Thematisierung dieser Materie könnte möglicherweise zu einer stärkeren Inanspruchnahme bestehender Angebote führen.

¹⁸ Siehe diesbezüglich auch die Handlungsempfehlungen des Bayerischen Integrationsrates „Durchgängige Sprachförderung“ (Sept. 2012)