

Empfehlung der Arbeitsgruppe „Armut und Gesundheit“
„Migration und gesundheitliche Versorgung“
(Bonn, September 2001)

Einleitung

Zur Zeit leben rund 7,4 Millionen Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik Deutschland (Dez. 1999 waren 7 343 591 Ausländer gemeldet). Das entspricht 9 % der Bevölkerung. Auf 1.000 ausländische Männer kommen heute 818 ausländische Frauen. 1961 betrug dieses Zahlenverhältnis im früheren Bundesgebiet noch 1.000 zu 451. Die größte Gruppe von Zuwanderern mit ausländischer Staatsangehörigkeit ist türkischer Staatsangehörigkeit (28 %), gefolgt von Jugoslawien (Serbien, Montenegro) (10 %), Italien (8,4 %) und Griechenland (5 %). Die Zuwanderung in die Bundesrepublik Deutschland begann in den 60er Jahren, als Menschen aus anderen Staaten als Arbeitskräfte geworben wurden. Mittlerweile ist Deutschland ein Zuwanderungsland mit unumkehrbaren Zuwanderungsprozessen. Dieser Tatsache muss durch ein Zuwanderungskonzept Rechnung getragen werden, das die Integration der zuziehenden Bevölkerung in allen Lebensbereichen umfasst. Übergeordnetes Integrationsziel muss sein, den Zugewanderten eine Chancengleichheit zur Teilhabe am ökonomischen, sozialen und kulturellen Leben zu ermöglichen.

Der Erfolg von Integrationsbemühungen lässt sich auch daran messen, inwieweit ein gleicher Zugang zur gesundheitlichen Versorgung realisiert ist und die Medizinangebote den besonderen Erfordernissen der Versorgung von Migrantinnen und Migranten Rechnung tragen.

Chancengleichheit auch bezüglich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung herzustellen, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Je nach Anknüpfungspunkt - das heißt den Fragen: Wer, Wie, Was, Wo? - und der Feststellung der gesellschaftlichen Relevanz und Dringlichkeit der Lösung der festgestellten Defizite, müssen Wege zur Verbesserung der Situation gesucht werden. Dabei ist sowohl die räumliche Nähe als auch die Frage der logischen Zugehörigkeit zu den verschiedenen gesetzlichen oder untergesetzlichen Bereichen von Bedeutung für die Frage, welche Maßnahmen ergriffen werden sollen.

Der Begriff „Migranten“ bezeichnet einen sehr heterogenen Bevölkerungsteil. Er umfasst sowohl Arbeitsmigranten und deren Familien und Studenten als auch Asylbewerber, Flüchtlinge, Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus und Aussiedler. Innerhalb dieser Gruppen muss nach Nationalität, sozialer Lage und kulturellen Besonderheiten sowie der Länge des Aufenthalts in Deutschland unterschieden werden.

Defizite in der migrationsbezogenen Gesundheitsstatistik erschweren Aussagen zu der gesundheitlichen Situation von Migranten. Einige amtliche Statistiken (Bevölkerungstatistik, Todesursachenstatistik und Statistik der meldepflichtigen Erkrankungen) sind zwar nach Nationalität der Merkmalsträger gegliedert, unterscheiden aber nur zwischen deutsch und nicht deutsch.

Die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten wird beeinflusst durch komplexe Wechselwirkungsprozesse verschiedener Faktoren des Lebens in der Fremde. Kulturspezifische Besonderheiten, ökologische und soziale Bedingungen sowie fehlende oder mangelnde Sprachkenntnisse gehören zu diesen Faktoren. Auch die Länge des Aufenthalts im Aufnahmeland spielt eine wichtige Rolle. Weder regelmäßig erhobene Daten noch die bislang vorliegenden Untersuchungen erfassen bzw. untersuchen den Problembereich in der notwendigen Differenziertheit. Auch die Geschlechterperspektive spielt bei bisherigen Untersuchungen nur eine sehr begrenzte Rolle.

Gesundheitliche Versorgung und Pflege

Die vorhandenen Versorgungsstrukturen sind generell noch zu wenig patientenorientiert. Speziell für Migranten stellt dies ein besonderes Problem dar, da Verständigungsschwierigkeiten sprachlicher und kultureller Art den Zugang zur Versorgung und Information stark behindern. Sprach- und Kulturbarrieren erschweren ebenfalls Anamnese, Diagnose, Therapie und Rehabilitation mit der Folge von Fehldiagnosen, Mehrfachuntersuchungen mit Drehtüreffekt und Chronifizierung der Erkrankung. Weder in der stationären noch in der ambulanten Versorgung sind die dort Tätigen auf die Versorgung von Migranten eingestellt. Ihnen fehlt zumeist das notwendige interkulturelle Wissen, um die gesundheitliche Versorgung angemessen und ausreichend sicherstellen zu können. Auch gibt es immer noch zu wenig mehrsprachliches Fachpersonal.

Ein vielfach frühes Ausscheiden aus der Erwerbsarbeit, insbesondere aber die Gefahr der Isolation bei einer steigenden Zahl von älteren Migrantinnen, die nicht berufstätig waren, wird zunehmend zu einem gesellschaftlichen Problem. Geriatrische Krankheitsbilder, die zu langandauernder Pflegebedürftigkeit führen können, sind bei Migranten meist schon im Alter von 50 Jahren zu finden.

Das Bundesministerium für Gesundheit fördert seit 1997 den Internationalen Pflegedienst im Landkreis Göppingen, der die Besonderheiten bei der Pflege von Migrantinnen und Migranten berücksichtigt und entsprechende Angebote vorhält sowie ausländische Laienhelferinnen aus- und fortbildet, aber auch Informationskurse für Pflegefachkräfte zur Lebenssituation von Migrantenfamilien anbietet.

Gesundheit von Frauen und Mädchen

Die doppelte Diskriminierung aufgrund von Nationalität und Geschlecht beeinflusst die sozialen Rahmenbedingungen, in denen ausländische Frauen leben und wirkt sich als ein gesundheitsbelastender Faktor aus, ungeachtet der auch für die Gruppe der Frauen geltenden Heterogenität.

Die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen wird durch spezifische Probleme gekennzeichnet:

Zum Teil verfügen Frauen, insbesondere die älteren unter ihnen, die sich überwiegend der Familie gewidmet haben, über keine ausreichenden Sprachkenntnisse, zum anderen haben kulturelle bzw. soziale Wertorientierungen im Hinblick auf die Rolle der Frau und ihre gesundheitliche Lage in anderen Kulturen Auswirkungen auf ihr Gesundheits- und Krankheitsverhalten. Diese werden vom Gesundheitssystem bisher nur ungenügend berücksichtigt. Im Ergebnis werden ausländische Frauen und Mädchen weniger von den Angeboten der Gesundheitsförderung erreicht. Der Bereich reproduktive Gesundheit, z.B. Sexualaufklärung und Familienplanung, Schwangerschaftsvor- und -nachsorge bedarf besonderer Sensibilität, da hier kulturelle Traditionen hineinwirken und der abhängige Aufenthaltstatus für viele Frauen die Möglichkeit einschränkt, selbstbestimmt über ihre Sexualität zu entscheiden.

Die Erarbeitung einiger zielgruppengerechter und geschlechtsspezifischer Informationsmaterialien durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu diesem

Themenkomplex wurde bereits erfolgreich in Angriff genommen. Eine Ausweitung auf andere Gesundheitsbereiche erscheint in Anbetracht der Ergebnisse dringend erforderlich.

Müttersterblichkeit

1997 ist die Rate der Müttersterbefälle von Ausländerinnen erstmals nicht höher als die der Deutschen. So starben 1997 laut Statistischem Bundesamt bei 100 000 Lebendgeburten 5,6 nichtdeutsche, jedoch 6,1 deutsche Mütter. Die Müttersterblichkeit von Ausländerinnen hat somit von 9,0 (1995), auf 8,5 (1996) bis 5,6 (1997) abgenommen, die der deutschen ist allerdings von 4,8 (1995) auf 6,1 (1997) gestiegen.

Gewalt gegen Frauen

Häusliche Gewalt findet in deutschen und ausländischen Familien statt. Vielfach fällt es aber Migrantinnen schwerer, sich aus einer Misshandlungsbeziehung zu lösen und um Unterstützung nachzufragen. Sprachliche und kulturelle Barrieren, aber auch ausländerrechtliche Fragen wirken sich insoweit hemmend aus. Es ist daher davon auszugehen, dass ausländische Frauen länger Partnergewalt ertragen und entsprechend körperlich und seelisch leiden.

Zum 1.6.2000 wurde § 19 AuslG geändert, so dass ausländische Frauen, die in Deutschland Opfer von Partnergewalt werden, sich von ihrem Partner früher als bisher und insgesamt leichter trennen können, ohne ihren Aufenthaltsstatus zu verlieren.

Genitale Verstümmelung

In Deutschland leben zahlreiche Frauen (nach Schätzungen rd. 20.000), die von genitaler Verstümmelung, die ihnen in fast allen Fällen im Herkunftsland zugefügt wurde, und daraus resultierenden gesundheitlichen Spätfolgen betroffen sind. Diese typischen Komplikationen, z.B. wiederholte Harnwegsinfektionen oder chronische Unterleibsentzündungen, werden häufig von behandelnden Ärzten nicht als Folgeerkrankungen genitaler Verstümmelung erkannt und deshalb nicht angemessen behandelt.

In Deutschland vorgenommene genitale Verstümmelung steht als gefährliche Körperverletzung unter Strafe und wird von den Ärztekammern als Verstoß gegen das ärztliche Standesrecht geächtet.

Frauenhandel

Eine speziell gesundheitlich gefährdete Gruppe sind die Opfer von Menschenhandel und Zwangsprostitution, die in Deutschland unter menschenunwürdigen Bedingungen ausgebeutet werden und dabei unterschiedliche Formen von Gewalt erleiden. Nicht selten führt dieses Leben in eine Suchtabhängigkeit, hinzu kommen schwerste seelische und körperliche Verletzungen und die Gefahr von sexuell übertragbaren Krankheiten.

Traumatisierte Flüchtlingsfrauen

Eine besondere Gruppe unter den Migrantinnen sind die Flüchtlingsfrauen, die vor und während ihrer Flucht oft traumatische Erfahrungen machen mussten und der Behandlung bedürfen. Soweit es um therapeutische Hilfen geht, die keine Akutversorgung darstellen, haben die Betroffenen keinen Hilfsanspruch nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Erschwerend kommt hinzu, dass ihr zukünftiger Verbleib in Deutschland unsicher ist. Sie können von daher ihr Leben nicht planen und auch nicht zur Ruhe kommen, obwohl sie gerade diese zur Heilung dringend brauchen.

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Von 1000 lebendgeborenen ausländischen Kindern starben laut Statistischem Bundesamt 1998 im Laufe des ersten Lebensjahres durchschnittlich 5,8 Kinder, bei deutschen waren es 4,5 Kinder.

Eine 1997 durchgeführte Untersuchung in einem Stadtteil Nürnbergs mit einem Ausländeranteil von 42 % ergab, dass die Zahngesundheit ausländischer Kinder deutlich schlechter ist. So war bei 63 % der Kinder ausländischer Herkunft im Alter von 3 - 6 Jahren das Gebiss behandlungsbedürftig, bei Deutschen waren es 40 %. Entsprechend ist das Ergebnis der Untersuchungen im Grundschulalter: nur 15 % der Kinder ausländischer Herkunft haben ein naturgesundes Gebiss, bei deutschen sind es 28 %. Behandlungsbedürftig waren 48 % der Kinder ausländischer Herkunft gegenüber 37 % deutscher Kinder.

Aus dem Nürnberger Stadtgesundheitsbericht sowie aus einem Bericht zur Gesundheitssituation von Flüchtlingskindern in Münster ist zu entnehmen, dass die Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter in geringerem Ausmaß in Anspruch genommen werden als bei Deutschen. Der Impfschutz weist große Defizite auf (Nur 23 % der Flüchtlingskinder waren gegen Tetanus geimpft.).

Besondere Krankheitsfelder

Die schlechte Datenlage im Hinblick auf gesundheitliche Situation von Migranten erlaubt keine umfassende Darstellung. Zu einigen Krankheitsfeldern liegen jedoch Untersuchungen und Daten vor, die für die nachfolgende Darstellung genutzt werden konnten. Für bestimmte gefährliche Infektionskrankheiten ist die Datenlage aufgrund der Meldepflicht besonders gut.

Psychische/Psychiatrische Erkrankungen

Das Risiko, in psychische Krisen zu geraten oder manifest psychiatrisch zu erkranken, ist abhängig von den Erlebnissen im Heimatland, den Bedingungen der Ausreise und des Wechsels in das Aufnahmeland sowie den hiesigen Möglichkeiten, sich sozial zu integrieren oder die eigene kulturelle Identität zu bewahren.

Besonders gefährdet, gesundheitliche und psychische Störungen zu entwickeln, sind folgende Gruppen von Migranten:

- Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus leben unter der permanenten Belastung abgeschoben zu werden und haben oftmals keine Zugangsmöglichkeiten zum Hilfesystem.
- Bürgerkriegsflüchtlinge leben unter dem Druck einer zur frühen Rückkehr in das - zumindest subjektiv so empfundene - unsichere Heimatland.
- Asylantragsteller leben mit der Angst, nicht anerkannt und abgeschoben zu werden.
- Traumatisierte Flüchtlinge sind meist manifest krank.
- Ältere Arbeitsmigranten (Arbeitslose, Rentner, Frauen) leiden unter der Isolation, der gesellschaftlichen Entwertung und der Heimatlosigkeit.
- Desintegrierte Jugendliche (Sucht, Kriminalität),
- Abschiebungshäftlinge, die lange inhaftiert sind (über 6 Monate).

Die wichtigsten psychischen Störungen und Erkrankungen bei Migranten sind:

Psychosomatische Störungen, Depressionen, Drogenabhängigkeit, Posttraumatische Belastungsstörungen und Psychosen.

HIV und AIDS

Seit 1982 werden die Berichte über AIDS-Erkrankungs- und Todesfälle, von Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland, in einem zentralen Fallregister am Robert Koch-Institut zusammengetragen und ausgewertet. Die Vollständigkeit der Erfassung liegt bei über 85%. Von den bis Ende Juni 1999 gemeldeten 18.239 AIDS-Fällen entfallen 86,2% auf Deutsche. Von den 2.508 (13,8%) Ausländern stammen 1.361 (54%) aus Europa (einschließlich der Türkei). Darunter sind Patienten aus Italien (24%) am stärksten vertreten, gefolgt von Erkrankten aus der Türkei (17%), dem ehemaligen Jugoslawien (10%), Spanien (8%), Großbritannien und Frankreich. Aus Afrika stammen 20%, aus Nordamerika 11%, aus Asien 8% und aus Südamerika 6% der an AIDS erkrankten Migrantinnen und Migranten.

Die Zahl der AIDS-Fälle bei Ausländern/Migranten reflektiert einerseits die Größe der in Deutschland lebenden Population der jeweiligen Nationalität und ist zum anderen abhängig von der HIV-Prävalenz in dem jeweiligen Ursprungsland.

Türken, die mit 2,5% der Bevölkerung Deutschlands die größte Gruppe von Ausländern darstellen, sind im Vergleich zur deutschen Bevölkerung unterdurchschnittlich häufig an AIDS erkrankt. Sie stellen die zweitgrößte Gruppe von Ausländern unter den AIDS-Patienten dar, ihr Anteil macht jedoch lediglich 1,4% der AIDS-Fälle in Deutschland aus.

Tuberkulose

Global gesehen ist die Tuberkulose eine der wichtigsten Infektionskrankheiten. In Deutschland setzte sich der rückläufige Trend der letzten Jahre sowohl für Einheimische als auch für Ausländer 1998 fort. Es erkrankten 10.440 Menschen an einer aktiven Tuberkulose - darunter 3.291 (31,5%) Ausländer - entsprechend einer Inzidenz von insgesamt 12,7/100.000 und 44,4/100.000 unter den Ausländern. Alarmierend ist die Tuberkulosesituation in vielen Teilen Osteuropas und in den Staaten der ehemaligen Sowjetunion. Die höchsten Tuberkulose-Inzidenzen in Europa wurden in Rumänien (106,8/100.000) und Kirgistan (91,6/100.000) beobachtet.

Deutliche Zunahmen seit Beginn der 90'er Jahre bezogen auf 100.000 Einwohner zeigten sich neben den o.g. Ländern insbesondere in Russland (75), Litauen (70), Lettland (70) und Kasachstan (83). Trotz der teilweise lückenhaften Datenlage muß davon ausgegangen werden, dass sowohl die Tuberkulose-Inzidenz als auch der Anteil multiresistenter Tuberkulosen in Osteuropa und damit auch bei den aus dieser Region nach Deutschland kommenden Ausländern/Migranten in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben.

Ein Großteil der im Ausland geborenen Tuberkulosepatienten stammt aus osteuropäischen Ländern. Insgesamt 28% der 1997 aus dem Ausland stammenden erkrankten Personen hatten einen Asylbewerberstatus, 13% sind Spätaussiedler. Von den Tuberkulosefällen unter Aussiedlern werden 38%, von denen bei Asylbewerbern 50% im ersten Jahr nach der Einreise entdeckt.

Heimliche Migranten⁽¹⁾

Über die gesundheitliche Situation von Menschen ohne Aufenthaltsstatus gibt es kein zuverlässiges Datenmaterial. Ihre gesundheitliche Versorgung ist schwierig, da diese Menschen aus Furcht vor Abschiebung in der Regel nur bei schwerwiegenden Erkrankungen ärztliche Hilfe suchen und häufig Krankheiten selbst behandeln.

Zum Teil stehen Hilfen, z. B. Vermittlungstätigkeit der Büros für medizinische Flüchtlingshilfen oder Netzwerke von Ärztinnen und Ärzten, die ohne Honorar Behandlungen durchführen, zur Verfügung. Während Medikamente häufig beschafft werden können, sind vor allem sehr aufwendige und kostspielige Therapien und Krankenhauseinweisungen, z. B. infolge von Arbeitsunfällen, Entbindungen, Operationen oder psychiatrischen Erkrankungen, problematisch, da die Krankenhäuser zumeist die Kosten nicht erstattet bekommen. Auch Zahnersatz, orthopädische Hilfsmittel oder Sehhilfen sind schwierig zu erhalten.

(1) Der Begriff lehnt sich an den italienischen Begriff „Klandestini“ an, der mittlerweile auch in EU-Staaten zur Bezeichnung der versteckten Migranten benutzt wird, also derjenigen, die sich ohne jeglichen Aufenthaltsstatus oder eine Duldung im Land befinden.

Auch Heimliche Migranten haben einen Anspruch auf Krankenhilfe nach Asylbewerberleistungsgesetz (§ 4 i.V.m. § 1 Abs. 1 Nr. 4 und 6 AsylbLG). Diesen machen sie jedoch nicht geltend, da gem. § 76 Abs. 2 Ausländergesetz öffentliche Stellen verpflichtet sind, die zuständige Ausländerbehörde zu unterrichten, wenn sie Kenntnis vom Aufenthalt eines Ausländers erlangen, der weder die erforderliche Aufenthaltsgenehmigung noch eine Duldung besitzt. Einige Krankenhäuser und behandelnde niedergelassene Ärzte verzichten aus diesem Grund auf den Ausgleich der durch die Behandlung entstandenen Kosten und Honorare. Die medizinische Versorgung von Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus hat daher häufig einen karitativen Charakter und ist vom Engagement einzelner Personen oder gemeinnützigen Organisationen abhängig. Dieses begrüßenswerte humane Engagement entlastet jedoch das Gemeinwesen nicht, entsprechende sachgerechte Lösungen für diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu finden.

Empfehlungen

Generelle Anforderungen an das Gesundheitssystem und die Gesundheitsforschung:

Grundsätzlich ist es notwendig, dass alle für die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten Verantwortlichen (Krankenkassen, Ärzteschaft, Kommunen, Wohlfahrtsverbände etc.) kooperieren. ¹⁾

- Bestehende Regeleinrichtungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung sollen ihr Angebot erweitern, um den besonderen kultur- und sprachbedingten Bedürfnissen der Migranten gerecht zu werden.
- Vermittlung von interkultureller Kompetenz ⁽²⁾ soll Bestandteil der Aus-, Weiter- und Fortbildung sein.
- Die medizinische und pflegerische Versorgung von Zuwanderern kann durch muttersprachliches Personal verbessert werden. Die Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, ÖGD, ..) sollten ihre strukturellen Entscheidungen an den Überlegungen einer interkulturellen Organisationsentwicklung orientieren.
- Eine Erleichterung der Erlaubnis zur Berufsausübung von ausländischen Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeuten für die stationäre und ambulante Versorgung ist anzustreben.
- Jede öffentliche gesundheitspolitische Kampagne sollte - wenn passend - multikulturelle Aspekte berücksichtigen.
- In der Gesundheitsforschung sollte der Migrationsaspekt stärker berücksichtigt werden.
- Es bedarf niedrigschwelliger muttersprachlicher Angebote.
- Beratungsangebote und Aufklärungsbroschüren mit multikulturellem Ansatz sind erforderlich.

Interkulturelle Kompetenz kann definiert werden als die Fähigkeit, „angemessen und erfolgreich in einer fremdkulturellen Umgebung oder mit Angehörigen anderer Kulturen zu kommunizieren“. Um dies zu erreichen, können - bezogen auf Gesundheitsämter und andere soziale Dienste - hierbei für die Arbeit vor Ort zwei Schwerpunkte abgeleitet werden: Zum einen die Öffnung auf der Ebene der Mitarbeiterschaft einzuführen, d.h. - Fachkräfte, die ganz besonders qualifiziert für die Arbeit mit Migranten sind (z. B. sprachliche Kompetenz, eigene, reflektierte Migrationserfahrung, Wissen um kulturelle Differenz, große Affinität zum Thema). Gerade Fachkräfte ausländischer Herkunft sind hier oft sehr geeignet und müssen daher verstärkt eingestellt werden. Zum anderen müssen „einheimische“ Beschäftigte bezüglich der verstärkt zu erwartenden Migrantenklientel sensibilisierend weiterqualifiziert werden.

- Die Gesundheitsberichterstattungen von Bund, Ländern und Gemeinden sind im Hinblick auf Aussagen zur gesundheitlichen Situation von Migranten zu verbessern. Eine ortsnahe und geschlechtsspezifische Datenerhebung durch Gesundheitsberichte von Städten und Kommunen ist notwendig und sollte für die Berichterstattungen der Länder genutzt werden. ¹⁾ Beispiele guter kommunaler Gesundheitsberichterstattungen sollten als Good-practice-Modelle dargestellt und publiziert werden, beispielsweise im Rahmen des Gesunde Städte-Netzwerks. Darüber hinaus ist für eine bundesweite Gesundheitsberichterstattung die Datenbasis für migrationsspezifische Aussagen zu verbreitern.

Mit dem Bundesgesundheitsurvey werden Migranten nicht erreicht. Zur Verbesserung der Datenbasis über die gesundheitliche Lage von Migranten wird vorgeschlagen, in den Mikrozensus mehr Fragen zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung aufzunehmen. In gleicher Weise sollte der Indikatorensatz der Gesundheitsberichterstattung der Länder ausgebaut werden.

Die Bundesregierung wird aufgefordert, bei künftigen Gesetzgebungsverfahren, in denen auch Regelungen für die Erhebung von Daten getroffen werden, wenn sachlich möglich und datenschutzrechtlich unbedenklich, migrationsspezifische Daten zu berücksichtigen. Bei Gesundheitssurveys sollte die gesundheitliche Situation von Migranten gesondert untersucht werden.

- Es existiert im Bundesgebiet eine Vielzahl von Initiativen zur medizinischen Versorgung von Migranten. Eine Vernetzung könnte die Qualität und die Quantität der Angebote verbessern.

Die Bundesregierung wird aufgefordert, Möglichkeiten für eine Vernetzung (z. B. per Internet) der Angebote zu prüfen und zu fördern.

Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten

Frauen

Das BMFSFJ hat eine repräsentative Untersuchung zur sozialen Integration und Lebenssituation ausländischer Mädchen und Frauen sowie der Aussiedlerinnen in Auftrag geben, um Aufschluss über ihren sozialen Integrationsprozess zu erhalten mit dem Ziel, aufgetretene Probleme und Versuche zu deren Bewältigung sowie

Voraussetzungen zur sozialen Integration zu analysieren. Durch diese Untersuchung, deren Ergebnisse im Jahr 2003 vorliegen werden, sind weitere handlungsorientierende Anregungen zu erwarten.

Bestehende Gesundheitseinrichtungen sind interkulturell⁽²⁾ zu öffnen und für die besonderen Problematiken von Migrantinnen zu sensibilisieren. Auch Einrichtungen im psychosozialen Bereich, Frauenhäuser und Anlaufstellen für weibliche Gewaltopfer, müssten vermehrt muttersprachliche Fachkräfte einstellen, bzw. das Personal interkulturell fort- und weiterbilden.

In Begegnungs- und Bildungszentren für Migrantinnen sind vermehrt Angebote zur Gesundheitsförderung zur Verfügung zu stellen.

Im Hinblick auf die von genitaler Verstümmelung betroffenen Frauen bedarf es einer verbesserten Information und Sensibilisierung der Ärzteschaft und der übrigen Angebote der Gesundheitsversorgung. Die Bundesregierung hat hierzu eine Informationsbroschüre "Genitale Verstümmelung bei Mädchen und Frauen" herausgegeben.

Frauen, die als Opfer von Menschenhandel in Deutschland aufgegriffen werden, dürfen nicht in Sammelunterkünften untergebracht oder in Abschiebehaft genommen werden, sie bedürfen vielmehr einer professionellen Betreuung. Die vom BMFSFJ eingesetzte bundesweite Arbeitsgruppe Frauenhandel bemüht sich in Kooperation mit den Fachberatungsstellen darum, die erforderliche Betreuung für diese Frauen während ihres Aufenthaltes in Deutschland sicherzustellen.

Hilfen für traumatisierte Flüchtlingsfrauen müssen verstärkt vermittelt und vorhandene Angebote genutzt werden.

Kinder und Jugendliche

- Die Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche beginnt mit der Schwangerschaft der Mutter. Die Schwangerschaft - als früheste Phase - bietet eine gute Möglichkeit, mit der künftigen Mutter Kontakt aufzunehmen und die Kooperation mit ihr für die Zukunft in die Wege zu leiten.
- Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen sollten in den Settings ⁽³⁾ von Kindertagesstätten, Schulen und gegebenenfalls Stadtteilen ansetzen, da dort auch sozial Benachteiligte und Kinder unterschiedlicher kultureller Herkunft erreicht werden. § 20 SGB V bietet hierfür neue Möglichkeiten der Finanzierung als Kassenleistung. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in ihrem Leitfaden zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V den Setting-Ansatz aufgegriffen, um mit verstärkten Bemühungen der Prävention zur Verbesserung der Gesundheitschancen sozial Benachteiligter (Kassen) beizutragen. Die Krankenkassen sind aufgefordert, diesen Ansatz weiter zu verfolgen und die Erfolge dieser Bemühungen zu evaluieren. Insgesamt sind neben den Krankenkassen auch die weiteren Beteiligten zur Sicherstellung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen aufgerufen.
- Die Vernetzung der Arbeit von Hebammen, Ärzten, stationären Einrichtungen und den kommunalen Einrichtungen gewährleistet den Erfolg der Arbeit.

(3) Im Rahmen von WHO - Gesundheitsförderungsprojekten wie „Gesunde Städte“, „Gesundheitsförderliche Schulen“ und „Gesundheitsförderliche Krankenhäuser“ gilt der Setting-Ansatz als Kernphilosophie. In diesen Projekten wird der Begriff „Setting“ nicht allein als räumliche Bestimmung für Gesundheitsförderungsaktivitäten definiert, sondern meint eine soziale Einheit, die sich für Interventionen besonders eignet. Im Unterschied zu den traditionellen problembezogenen (Rauchen, Ernährung, Bewegung etc.) Gesundheitserziehungsaktivitäten, die auf Verhaltensänderungen des einzelnen Menschen zielen, bezieht der Setting-Ansatz die Rahmenbedingungen, unter denen die Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren, mit ein.

Grundlage ist die Erkenntnis, dass Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und institutioneller Umwelt und persönlichem Verhalten sind. Mit dem Blick auf ein Setting wird häufig erst sichtbar, dass Interventionen auf unterschiedlichen Ebenen wie Gesetzgebung, Finanzierungsmechanismen (z. B. steuerpolitisch) und bewusstseinsbildende Maßnahmen für Gesundheitsförderung erfolgversprechend sind (Grossmann, Scala 1994). Der Setting-Ansatz als Intervention auf soziale Systeme, nicht auf Individuen bezogen, führt zu einer Änderung der Strategien für Gesundheitsförderung. Über individuelle Bewusstseinsveränderung hinaus sollen Kommunikations- und Organisationsstrukturen beeinflusst werden und die Einfluss-, Beteiligungs-, und Wahlmöglichkeiten der Menschen erhöht werden.

- Der schlechte Impfstatus von Kinder und Jugendlichen ab dem 10 Lebensjahr kann durch sozialkompensatorische Angebote des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verbessert werden.

Es wird angeregt über eine Impfkampagne zur Verbesserung des Impfstatus von Migrantenkindern nachzudenken.

- Auch die schlechte Zahngesundheit kann durch sozialkompensatorische Angebote des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verbessert werden.
- Sprachförderung: Die Phase des Kleinkindalters, insbesondere des Kindergartenalters, ist besonders wichtig für die Entwicklung des Sprechvermögens allgemein. Für die Kinder von Zuwandern geht man heute allgemein davon aus, dass die Sprachförderung sowohl der Muttersprache als auch der Sprache des Einwanderungslandes von gleicher Bedeutung sind.

Dementsprechend gibt es inzwischen Konzepte zur Sprachförderung im Kindergarten, die davon ausgehen, dass alle Kinder von pädagogisch geleiteter Förderung interkulturellen Lernens profitieren. ⁽⁴⁾ Im Rahmen eines solchen Ansatzes könnte besonders günstig auch auf den gesundheitlichen Bereich eingegangen werden (auch im Zusammenhang mit Elternarbeit), indem Aufklärung kind- wie elterngemäß angeboten werden sollte und möglichen Fehlentwicklungen vorgebeugt werden könnte.

- Gewalt an und sexueller Missbrauch von Kindern sind Themen, die generell mit großer Sensibilität bearbeitet werden müssen. Der Zugang zu diesem Problembereich stellt sich für den Migrationsbereich noch schwieriger dar. Bund, Länder und Gemeinden werden aufgefordert, Zugangswege zu suchen und entsprechende Materialien zu entwickeln.

(4) Sprache wird dabei nicht isoliert von den Lebenswelten der Kinder gefördert, sondern auch dadurch, dass ein situationsorientierter Ansatz praktiziert wird, in dem gleichzeitig kommunikative und kognitive Fähigkeiten geschult werden.

Sucht

Die Informationen zum Suchtverhalten und zum Ausmaß von Suchterkrankungen von Migranten sind unzureichend. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit werden zur Zeit drei Expertisen durchgeführt. Eine Expertise soll Aufschluss über die derzeitige Situation mit dem Ziel der Verbesserung der Datenbasis geben. Mit einer weiteren Expertise wird die vorliegende Literatur mit dem Ziel ausgewertet, die qualitative Einschätzung und die Grundlagen für die Analyse der Problematik zu verbessern. Schließlich wird eine Bestandsaufnahme und ggf. Evaluation bestehender präventiver Angebote der Suchtkrankenhilfe mit Aussagen darüber gemacht, wie der Zugang verbessert werden kann.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird aufgefordert, nach Auswertung der Expertisen eventuell erforderliche Projekte zu fördern.

Psychischer/Psychiatrischer Bereich

- Zur Verbesserung der Versorgung sind spezielle Trainingsprogramme für die Behandlung Schwersttraumatisierter zu schaffen.
- Besonders in diesem Versorgungsbereich ist die Möglichkeit der Kommunikation von herausragender Bedeutung. Das Dolmetschen birgt die Gefahr des Verfälschens der Kommunikationsinhalte und ist damit nur begrenzt hilfreich. Muttersprachliche Angebote an psychotherapeutischer/psychiatrischer Behandlung sind zum Teil zumindest vorübergehend erforderlich.
- In der Forschung sollte die Situation und Bedarfslage von psychisch kranken Migrantinnen und Migranten untersucht werden.
- Flüchtlinge aus Bosnien und Herzegowina, die unter posttraumatischen Belastungsstörungen leiden, sollten ihre Behandlung in Deutschland fortsetzen können und von der Rückkehrverpflichtung dauerhaft ausgenommen werden.

Pflege

- Die Integration von theoretisch fundierten und sachgerecht aufbereiteten, interkulturellen und migrationsspezifischen Überlegungen in die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegenden und Funktionsträgern der Pflege ist erforderlich.
- Die Förderung von begleitenden, aktionsorientierten und auch grundlagenbezogenen Forschungen könnte Aufschlüsse über die Qualität der interkulturellen Pflegearbeit geben.

Versorgung von heimlichen Migranten

Das legitime Interesse eines Staates an Aufstellung von rechtlich verbindlichen Regeln für die Aufnahme von Zuwanderern einschließlich des Zuwanderungsverfahrens und der Maßnahmen für die Durchsetzung und Befolgung desselben wird durch das Korrektiv von medizinischen Erfordernissen begrenzt, die zugleich aus humanitären Gründen als auch zum Schutz der Allgemeinheit vor Gesundheitsgefahren geboten sind. Trotz aller Anstrengungen werden immer heimliche Migranten in Deutschland leben. Obwohl diese im Krankheitsfall einen Anspruch auf medizinische Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben, wird dieser aufgrund des Status der Illegalität nicht eingelöst. Kommt es in Deutschland zu Behandlungen, so existiert bei Ärzten und Gesundheitseinrichtungen die Unsicherheit, ob sie durch Bestimmungen des Ausländerrechts verpflichtet sind, den Aufenthaltsstatus des Erkrankten zu bestimmen und zu melden. Ärzte befürchten, gegen gesetzliche Bestimmungen zu verstoßen, was jedoch nicht der Fall ist. Die Erkrankten befürchten, durch ihre Erkrankung als Illegale entdeckt zu werden. So bleiben Krankheiten unbehandelt und Folgeschäden sind zu befürchten. Über diese individuelle Betroffenheit des Kranken hinaus kann dies jedoch auch zu einer Gefährdung der Bevölkerung durch die Verbreitung ansteckender Erkrankungen führen. Gem. § 76 Abs. 2 Ausländergesetz sind öffentliche Stellen verpflichtet, die zuständige Ausländerbehörde zu unterrichten, wenn sie Kenntnis vom Aufenthalt eines Ausländers erlangen, der weder die erforderliche Aufenthaltsgenehmigung noch eine Duldung besitzt.

Am Beispiel von Italien wird deutlich, dass es für den Staat Wege gibt, ohne die Aufgabe von ausländerpolitischen Grundentscheidungen sachbezogene, gesundheitspolitisch gebotene Maßnahmen zu treffen. So wird der Zugang zur Versorgung über eine anonyme Registrierkarte, auf welcher nur eine Nummer eingetragen wird, gesichert. Die Inanspruchnahme des Gesundheitsdienstes von Seiten des illegal in Italien aufhältigen Ausländers darf zu keinerlei Mitteilung an die Behörden führen, unbeschadet der Fälle, in denen genau wie bei italienischen Staatsangehörigkeiten eine Meldepflicht besteht.

Der Anspruch auf gesundheitliche Versorgung für die Asylsuchenden und für die sogenannten Illegalen ist der § 4 bzw. der § 1a i.V.m. § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Der Leistungsanspruch erfordert eine Differenzierung nach akut/chronisch, unaufschiebbar/nicht dringlich und zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich/nicht unbedingt notwendig. Es handelt sich somit um einen reduzierten Leistungsanspruch auf Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Von Seiten der Versorgenden wird kritisiert, dies entspreche nicht dem Entscheidungs- und Behandlungsmuster des Versorgungssystems, da die Unterscheidung bei vielen Krankheitsbildern und Krankheitsverläufen nicht möglich sei. Zudem widerspreche er dem Präventionsgedanken und sei ethisch bedenklich.

- Die Bundesregierung wird aufgefordert zu prüfen, wie die medizinische Versorgung von heimliche Migranten auch anonym gewährleistet werden kann und die notwendigen - ggf. gesetzgeberischen - Maßnahmen zu treffen.
- Die Bundesregierung wird aufgefordert, nach für die Finanzierung geeigneten Lösungen zu suchen. Als eine Möglichkeit könnte die Bildung eines Fonds in Betracht kommen.
- Die Bundesregierung wird aufgefordert - ggfs. durch eine Abfrage der Länder über die Erfahrungen im Vollzug mit dem Asylbewerberleistungsgesetz - zu prüfen, ob der § 4 Asylbewerberleistungsgesetz die medizinisch erforderliche Versorgung sicherstellt.

Dolmetschen

Die Möglichkeit zu kommunizieren ist eines der wesentlichen Voraussetzungen für die Integration in das Aufnahmeland. Die Bemühungen um Verständigung sind weder für den Staat noch für die Zuwanderer eine Einbahnstrasse. Die Förderung des Spracherwerbs muss vom Aufnahmeland als eine Basisdienstleistung angeboten werden. Auf der anderen Seite müssen die Migranten sich ernsthaft um Spracherwerb bemühen.

Die mangelnde sprachliche Verständigungsmöglichkeit ist eine der wesentlichen Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung. Auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass Migranten im Laufe der Zeit durch fortschreitenden Spracherwerb einen besseren Zugang zur medizinischen Versorgung erlangen, so muss für die neu Zuwandernden und auch für einen Teil der Migranten, denen aus unterschiedlichen Gründen das Erlernen der deutschen Sprache nicht möglich ist, die Kommunikation auf andere Weise ermöglicht werden.

Die sprachliche Verständigung ist die Grundvoraussetzung zur Erstellung von Anamnese und Diagnose und Durchführung der Therapie und Pflege. Der Einsatz von Dolmetschern zur Überbrückung der Sprachprobleme ist notwendig.

In der Bundesrepublik existieren unterschiedliche Ansätze des Dolmetschens. Beispiele:

In Hamburg existiert ein Dolmetscher-Dienst im Universitäts-Krankenhaus Eppendorf, bei dem medizinisch weitergebildete Sprachmittlerinnen und Sprachmittler für rund 35 Sprachen auch von anderen Kliniken angefordert werden können. In Hannover wurde nach dem Konzept des ethnomedizinischen Zentrums Hannover ein Dolmetscherzentrum aufgebaut, für das Sprachmittler für rund 70 Sprachen arbeiten und das von Kliniken, Beratungsstellen, Justizvollzugsanstalten und Sozialversicherungsträgern genutzt wird. In München ist in einem Krankenhaus ein interner Dolmetscherdienst aufgebaut worden, der auf die Sprachkenntnisse des angestellten Fachpersonals zurückgreift.

Innerhalb der Krankenhäuser wird zum Teil nicht nur durch das Fachpersonal oder externe Dolmetscher sondern durch Putzhilfen und die Familienangehörigen übersetzt. Diese Form der Abhilfe schafft zum Teil große Probleme, da meist schlechte

Übersetzungsergebnisse und damit zusätzliche Übermittlungsprobleme entstehen und existierende Schamgrenzen (Sohn übersetzt gynäkologische Erkrankung der Mutter) leicht überschritten werden.

Die Kosten werden über die Pflegesätze abgedeckt. Im ambulanten Bereich ist die Finanzierung ein Problem, da die gesetzliche Krankenversicherung diese Kosten nicht übernimmt⁽⁴⁾, wohl hingegen die Sozialämter im Rahmen der Leistungen der Krankenhilfe.⁽⁵⁾

Auf der anderen Seite ist durch ein Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf dem behandelnden Arzt die Beweislast hinsichtlich des Vorliegens einer wirksam erklärten Einwilligung in einen operativen Eingriff bei einer sprachunkundigen ausländischen Patientin auferlegt worden. Ist zweifelhaft, dass die Patientin die Aufklärung versteht, so muss ein Dolmetscher hinzugezogen werden.⁽⁶⁾

In fast allen Ländern der Europäischen Gemeinschaft (außer Deutschland, Griechenland und Luxemburg) existieren öffentlich finanzierte Dolmetscherdienste, die im medizinischen und sozialen Bereich sprachliche Verständigung ermöglichen sollen. So existiert aufgrund eines Beschlusses von vor mehr als 20 Jahren in den Niederlanden ein Netz von sechs Dolmetscherzentralen, die kostenlose Dolmetscher- und Übersetzungsdienstleistungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens und der Sozialarbeit anbieten. Das Hauptanliegen dieser Zentralen liegt darin, durch den Einsatz qualitativ guter Dolmetscher einen Beitrag dazu zu leisten, dass niederländische Einrichtungen und Personen und ihre „anderssprachigen“ Klienten auf verständliche Weise Informationen austauschen können. So werden Dienstleistungen in vier Formen angeboten: Einsätze per Telefon, Dolmetschereinsätze mit persönlicher Anwesenheit vor Ort, Sprechstunden mit einem Dolmetscher und schriftliche Übersetzungen. Diese Leistungen werden vom Staat vollständig subventioniert.

(4) BSG, Urteil vom 10.05.1995

(5) BVerwG, Urteil vom 25. 01.1996

(6) OLG Düsseldorf, Urteil vom 10.12.1989

Kommunikation als Grundbedingung für die Chance auf Integration muss in einen größeren gesellschaftlichen Kontext gestellt werden. In den Niederlanden ist vor zwei Jahren ein Gesetz zur Eingliederung von Neuankömmlingen geschaffen worden, das ein eineinhalb Jahre dauerndes Eingliederungsprogramm für Zuwanderer vorsieht. Innerhalb dieses Programms hält der niederländische Staat Sprachkurse und weitere Bildungsangebote sowie unterrichtbegleitende Beratung und soziale Betreuung bereit. Im Gegenzug ist der Zuwanderer verpflichtet, diese Angebote entgegenzunehmen. Die Umsetzung des Gesetzes wird zur Zeit in den Niederlanden evaluiert. Nach den ersten Ergebnissen hängen der Erfolg und die Akzeptanz des Angebots durch die Migranten von dem Engagement und der Qualität der Umsetzungskonzepte der jeweiligen Gemeinde ab. Der holländische Ansatz enthält in jedem Fall wichtige und richtungweisende Ideen, die je nach Evaluationsergebnissen auf die Möglichkeit der Übertragung auf deutsche Verhältnisse überprüft werden sollten.

In der Zwischenzeit müssen jedoch möglichst schnell Möglichkeiten der Organisation und Finanzierung von medizinischen Dolmetscherdiensten gefunden werden.

- Grundsätzlich wird die Einrichtung von vernetzten Dolmetscherzentralen nach dem niederländischen und hannoverschen Beispiel für erforderlich gehalten (Telefondolmetschen, Dolmetschen vor Ort, schriftliche Übersetzungen).
- Die Bundesregierung daher wird aufgefordert, eine Expertise erstellen zu lassen, welche die unterschiedlichen - schon vorhandenen - Möglichkeiten aufzeigt, den mit der Vorhaltung dieser Leistung einhergehenden Problemen gerecht zu werden - etwa durch Poolbildung, Telefondolmetschen, Vernetzung von Sprachangeboten, Einsatz von vorhandenem Personal. Die Expertise sollte insbesondere den quantitativen Bedarf beschreiben, Ausführungen zur erforderlichen Qualifizierung der Dolmetscher machen, Finanzierungsmöglichkeiten aufzeigen und den jeweiligen Finanzierungsbedarf quantifizieren.
- Die Bundesregierung wird aufgefordert, vermehrt „niedrigschwellige“, d.h. für alle Migranten und insbesondere auch für nicht berufstätige Migrantinnen zugängliche, kostenfreie Sprachkurse anzubieten.