

Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit

Bundesweiter Arbeitskreis Migration
und
öffentliche Gesundheit

POSITIONSPAPIER

Inhaltsverzeichnis

Präambel	4
Der Arbeitskreis	4
Ziele	4
Hintergrund	5
Empfehlungen des Arbeitskreises	6
1 Positionen des Arbeitskreises zu Kommunikation und Verständigung	8
2 Positionen des Arbeitskreises zu Gesundheitsförderung und Prävention	10
2.1 Kinder und Jugendliche	10
2.2 Flüchtlingskinder und -jugendliche	10
2.3 Werdende und junge Familien	11
2.4 Ältere Migrantinnen und Migranten	11
2.5 Gesundheitsförderung und Prävention für alle!	11
3 Positionen des Arbeitskreises zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen	14
4 Positionen des Arbeitskreises zur Verbesserung sozialräumlicher Bedingungen	17
5 Positionen des Arbeitskreises zu Ausbildung, Qualifizierung, Weiterbildung	18
5.1 Ausbildung, Qualifizierung, Weiterbildung	18
5.2 Aus-, Fort- und Weiterbildungen für Fachkräfte in Gesundheitsberufen	19
5.2.1 Pflegeberufe	19
5.2.2 Ärztliche Ausbildung	20
5.3 Fachkräfte in Gesundheits- und Pflegeberufen	21
5.4 Fort- und Weiterbildungen	21
5.5 Fort- und Weiterbildungen für Ehrenamtliche	21
6 Rechtliche Fragen	23
6.1 Rechtsungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung	23
6.2 Asylsuchende und geduldete ausländische Staatsbürger	23
6.3 Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus	24
6.4 EU-Bürger ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz	26

7	Positionen des Arbeitskreises zu Gesundheit-, Pflegeberichterstattung und Forschung	27
7.1	Gesundheits-, Pflegeberichterstattung und Forschung	27
7.2	Forschung	28
	Veröffentlichungen des Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit.....	30

Präambel

Der Arbeitskreis

Der bundesweite Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“ wurde im November 1994 von der „Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Ausländer“ ins Leben gerufen. Der Arbeitskreis wird seitdem vom Arbeitsstab der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration koordiniert.

Die Mitglieder des Arbeitskreises sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:

- von Gesundheitsämtern, Landesgesundheitsämtern und anderen Landesbehörden
- von Universitäten, Forschungsinstituten, Akademien und anderen Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens,
- aus ethnomedizinischen Einrichtungen,
- von Krankenhäusern,
- von Länderministerien,
- von Krankenkassenverbänden,
- von Bundesministerien,
- der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
- von Berufsverbänden,
- von Wohlfahrtsverbänden.

Ziele

Der bundesweite Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit verfolgt das Ziel, die Bedingungen für den gleichberechtigten Zugang zum gesundheits- und pflegebezogenen Versorgungssystem und zur Prävention und Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten zu fördern, um gleiche Gesundheitschancen für alle zu erreichen.¹

¹ In Anlehnung an die WHO legt der Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit seiner Arbeit einen umfassenden Gesundheitsbegriff zugrunde. Danach ist Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern „ein Zustand des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“. Inhaltlich orientiert sich der Arbeitskreis an der „Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung“ von 1986. Danach wird die Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit angestrebt: „Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmöglichstes Gesundheitspotential zu verwirklichen“.

Die Grundlagen der Arbeit des Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“ werden in den folgenden fünf Punkten zusammengefasst:

- Der Arbeitskreis leistet einen Beitrag dazu, dass die Situation und die unterschiedlichen Bedürfnisse der zugewanderten Bevölkerung in der Gesundheits- und Pflegeversorgung angemessen berücksichtigt werden.
- Der Arbeitskreis fördert die migrations- und kultursensible Kompetenz der Gesundheits- und Pflegedienste sowie der kooperierenden Institutionen im Bereich Personal- und Organisationsentwicklung sowie des Qualitätsmanagements bezüglich der Zielgruppe Migrantinnen und Migranten.
- Der Arbeitskreis arbeitet an der Konzeption eines Leitbildes des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit, das der Heterogenität der Bevölkerung gerecht wird.
- Der Arbeitskreis setzt sich dafür ein, dass mehr Menschen mit Migrationshintergrund auf allen Ebenen des Gesundheits- und Pflegewesens arbeiten.
- Der Arbeitskreis liefert Beiträge zu einer notwendigen Diskussion über unterschiedliche Konzepte von Krankheit, Gesundheit, Behandlung und Pflege.

Hintergrund

Von den 81,9 Millionen Einwohnern Deutschlands im Jahr 2009 hatten 16,0 Millionen Personen einen Migrationshintergrund, - dies sind 19,6 % der Gesamtbevölkerung [1]. Ausländische Staatsangehörige sind mit 8,8% % Bevölkerungsanteil nur noch eine Teilmenge der Personen mit Migrationshintergrund neben Eingebürgerten und (Spät)-Aussiedlern sowie deren in Deutschland geborenen Kindern. Bereits 34,6 % der Kinder unter fünf Jahren haben einen Migrationshintergrund, bei den Kindern und Jugendlichen bis einschließlich dem 15. Lebensjahr sind es 31,2 %.

Viele Menschen mit Migrationshintergrund werden aufgrund sprachlicher, kultureller oder rechtlicher Barrieren und besonderer gesundheitlicher Problemlagen von den vorhandenen Angeboten kaum erreicht. Aus Unkenntnis finden sie sich innerhalb der Leistungen und Strukturen nicht zurecht und nutzen bestehende Angebote nicht. Eine Hauptursache liegt darin, dass die Bevölkerung mit Migrationshintergrund im statistischen Durchschnitt über eine geringere Bildung und einen niedrigeren sozioökonomischen Status verfügt, als der Bevölkerungsdurchschnitt ohne Migrationshintergrund. Gegenüber dem großen Anteil gut bis sehr gut integrierter Menschen mit Migrationshintergrund befinden sich am anderen Ende des Spektrums viele gering bis gar nicht integrierte Migrantinnen und Migranten in sozial

prekären Lagen. Besondere Schwierigkeiten treten daher auch für die Angebote der Selbsthilfeunterstützung für Menschen mit Migrationshintergrund auf. Sie sind erfahrungsgemäß mit den gewohnten Mitteln der Selbsthilfeunterstützung nur sehr schwer zu erreichen.

Die Gesundheitswissenschaft hat inzwischen nachgewiesen, dass Gesundheit und Krankheit in einem direkten Zusammenhang mit Bildung, finanziellen Ressourcen und sozialer Eingebundenheit der Menschen stehen. So ist insbesondere die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen stark von der sozialen Situation der Eltern beeinflusst. Mit Blick auf den zunehmenden Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund sind demzufolge Investitionen in Gesundheitsförderung und Prävention sowie in eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund eine Investition in die gesellschaftliche Zukunft Deutschlands.

Hinzu kommt die zum Teil geringere, zum Teil überproportional hohe Inanspruchnahme medizinischer und psychotherapeutischer Dienste durch Menschen mit Migrationshintergrund. Sie ist sowohl im stationären als auch im ambulanten Versorgungssektor zu beobachten. So werden einerseits therapeutische und präventive Angebote zu wenig wahrgenommen, andererseits aber z.B. Notfallambulanz und Reproduktionsmedizin überproportional in Anspruch genommen. Migrations-sensibilität auf der Angebotsseite des Gesundheitswesens und gesundheitliche Aufklärung in der migrantischen Bevölkerung können diese unerwünschten Zusammenhänge im öffentlichen Gesundheitswesen Schritt für Schritt verändern.

Empfehlungen des Arbeitskreises

Der Arbeitskreis ist der Auffassung, dass die besonderen Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten in allen Sparten der gesundheitlichen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung ebenso wie bei gezielten Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung berücksichtigt werden müssen, um gleiche Gesundheitschancen für alle zu erreichen. Auch die gesundheitliche Aufklärung durch Sozialversicherungsträger sowie Bund, Länder und Kommunen sollte spezifische Ansätze für Migrantinnen und Migranten enthalten. Die meisten Bundesländer haben bereits Integrationskonzepte erarbeitet, in denen auch die gesundheitliche Situation und Versorgung von Migrantinnen und Migranten thematisiert werden.

Der Arbeitskreis ist der Auffassung, dass die einzelnen Bereiche des Gesundheitswesens ein Versorgungssystem entwickeln sollten, das stärker als bisher die Förderung von Gesundheit im Blick hat und über ein traditionell medizinisch geprägtes Versorgungssystem hinausgeht.

Insbesondere die öffentlichen Gesundheitsdienste sollten dabei von einer Haltung getragen sein, die unterschiedliche kulturelle Bedürfnisse und migrationsbedingte Faktoren anerkennt. Es gilt, den Anspruch von Individuen und sozialen Gruppen auf ein gesundes Leben zu erkennen und zu unterstützen. Dazu ist es erforderlich,

neue Kooperationen zwischen dem Gesundheitssektor und anderen sozialen, politischen und ökonomischen Kräften zu entwickeln.

Das wichtigste Ziel einer an der Heterogenität der Bevölkerung orientierten Gesundheits- und Pflegeversorgung ist für den Arbeitskreis die migrations- und kultursensible Öffnung der öffentlichen und lokalen Gesundheitsdienste. Im übrigen müssen auf allen staatlichen, öffentlich-rechtlichen und und privatunternehmerischen Ebenen sowie in der Forschung die Lebensbedingungen, Bedarfe und Unterschiede von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund berücksichtigt werden.

Neben der migrationssensiblen Qualifizierung der vorhandenen Fachkräfte im Gesundheits- und Pflegewesen müssen gerade für den Gesundheits- und Pflegebereich gezielt vermehrte Bildungs- und Ausbildunganstrengungen für Menschen mit Migrationserfahrung gemacht bzw. nachhaltig unterstützt werden. Das Personal sollte die Heterogenität der Bevölkerung in den Arbeitsteams widerspiegeln.

Die Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung sollte zudem die geschlechtsspezifischen gesundheitlichen Bedürfnisse sowohl von Männern wie auch von Frauen stärker als bisher berücksichtigen.

Mit der Umsetzung der Positionen des Arbeitskreises können wichtige Schritte auf dem Weg zu einer zeitgemäßen Gestaltung von Vielfalt im öffentlichen Gesundheitswesen gegangen werden.

1 Positionen des Arbeitskreises zu Kommunikation und Verständigung

- Kommunikation ist ein unverzichtbares Element der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung und der Pflege. Nur eine ausreichend gute Verständigung zwischen Patient und Akteuren des Gesundheitswesens ermöglicht eine zielgerichtete, erfolgreiche, nachhaltige und sichere gesundheitliche Beratung und Versorgung.
- Es sollen Instrumente für eine kompetente Gesundheitskommunikation entwickelt werden, die der mehrsprachigen und herkunftsbedingt heterogenen Realität entsprechen.
- Die Sicherung der Kommunikation durch Dolmetschereinsätze im Bedarfsfall sollte als Merkmal der Strukturqualität in der Gesundheitsversorgung gewertet werden. Durch ihre Finanzierung durch Krankenkassen oder im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes durch die zuständigen Träger der Sozialhilfe können Kommunikationsdefizite vermieden - und ggf. durch Fehlversorgung verursachte - Kosten reduziert werden.
- Die flächendeckende Einrichtung von öffentlichen Gemeindedolmetscherdiensten, der Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern und auch strukturierte Dolmetschermodelle mit qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Medizin und Pflege wird als ein Weg zu besserer Verständigung dringend empfohlen. Diese sind nicht nur für den Gesundheitsbereich von großer Bedeutung.

Das Kernelement für ein gedeihliches Miteinander der Menschen ist Kommunikation. Das gilt in besonderer Weise auch für das Gesundheits- und Pflegesystem und zwar sowohl für die behandelten bzw. betreuten Menschen als für die dort tätigen Beschäftigten.

Durch eine mangelnde oder schlechte Kommunikation beider Seiten können neben sprachlichen Verständigungsproblemen auch unterschiedliche Konzepte und Einstellungen zu Gesundheit, Krankheit, Schmerz und Heilung zu Missverständnissen und Reibungen zwischen den Leistungserbringern und Klienten/Patienten führen - mit Konsequenzen für beide Seiten: überforderte Fachkräfte, falsche oder unzureichende Beratung, mögliche Fehldiagnosen, verspätete oder unangemessene Therapien und damit verbundene Behandlungsfehler, persönliches Leid und unnötige Kosten. Bei der Überwindung der kommunikativen Barrieren sind die unterschiedlichen Formen der Informationsvermittlung anderer Kulturen zu berücksichtigen.

Die Verbesserung der Kommunikation zwischen den Institutionen sowie Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitssystems und der Bevölkerung mit Migrationshintergrund zählt daher zu den dringendsten Herausforderungen beim Abbau von Barrieren in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. Bei der Überwindung der kommunikativen Barrieren sind die unterschiedlichen Formen der Informationsvermittlung anderer Kulturen zu berücksichtigen.

2 Positionen des Arbeitskreises zu Gesundheitsförderung und Prävention

Die Primärprävention mit vulnerablen Gruppen in der migrantischen Bevölkerung muss endlich Priorität erhalten:

2.1 Kinder und Jugendliche

Gesundes Heranwachsen von Kindern und Jugendlichen ist eine wichtige Voraussetzung für ein erfülltes Leben als Erwachsene in Gesundheit und Selbstverantwortung. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die sehr früh bei werdenden und jungen Familien ansetzen und die darauf angelegt sind, eigene Ressourcen zu stärken und Elternkompetenz zu festigen, legen daher einen wichtigen Grundstein für die weitere Entwicklung von Kindern.

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind nicht alle gleichermaßen von gesundheitlichen Gefährdungen und Belastungen betroffen, sondern es gibt einen deutlichen Zusammenhang zwischen Armut bzw. Zugehörigkeit zu sozial und ökonomisch besonders benachteiligten Gruppen und schlechterem Gesundheitszustand. Wie in zahlreichen Untersuchungen, u.a. kommunalen Gesundheitsberichten belegt ist, leben bis zu Dreiviertel der Familien ehemaliger Arbeitsmigrantinnen und -migranten unter schwierigen sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen. Kinder aus diesen Familien tragen in besonders hohem Maße gesundheitliche Risiken (z. B. im Zusammenhang mit Ernährung und Bewegung). Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche sollten daher vorrangig für Regionen mit besonderem Entwicklungsbedarf, in denen ein Großteil der betroffenen Familien lebt, geplant werden. Für eine erfolgreiche Intervention müssen dabei stets die Lebenswelten der Zielgruppen berücksichtigt und vorhandene Ressourcen wahrgenommen und gestärkt werden.

Dies gilt in hohem Maße auch für die Gruppe der Jugendlichen und Heranwachsenden, die sich in einer besonders schwierigen Entwicklungsphase befinden. In dieser Phase findet die Loslösung vom Elternhaus und die eigene Sinnfindung statt. Die Weichen für eigenverantwortliches Gesundheitsverhalten werden gestellt.

2.2 Flüchtlingskinder und -jugendliche

Besonderes Augenmerk muss auch auf Flüchtlingskinder und -jugendliche gelegt werden, die ein höheres Risiko für Psychotraumata tragen. Alle, die mit diesen Kindern und Jugendlichen zu tun haben (Lehrer/-innen, Erzieher/-innen, Betreuer/-innen in Jugendfreizeiteinrichtungen und Sportvereinen) müssen für die große Vulnerabilität dieser Gruppe von Kindern und Jugendlichen sensibilisiert werden.

2.3 werdende und junge Familien

Der Arbeitskreis empfiehlt, ein besonderes Augenmerk auf die Zeit vor und rund um die Geburt sowie auf das Säuglingsalter zu richten. Insbesondere Familien die vor kurzem zugewandert sind, haben einen besonderen Informationsbedarf über die Zugangswege im Gesundheitswesen und benötigen Unterstützung bei der Wahrnehmung der Angebote. Geeignete Maßnahmen der Unterstützung zielen u. a. auf die Stärkung von Elternkompetenz; aber auch Maßnahmen zur Vernetzung aller beteiligten Professionen im Rahmen von Primär- und Sekundärprävention in Schwangerschaft und Kindesalter sowie des Kindesschutzes sind denkbar.

2.4 Ältere Migrantinnen und Migranten

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind eine sehr heterogene und schnell wachsende Gruppe. Der Anteil der über 65-jährigen Personen mit Migrationshintergrund an der entsprechenden Altersgruppe der Gesamtbevölkerung betrug im Jahr 2008 8,5 %, dies sind 1.429.000 Personen.

Insbesondere die Arbeitsmigrantinnen und -migranten sind in höherem Maße und früher als deutsche Seniorinnen und Senioren von altersassoziierten Erkrankungen betroffen. Dies ist wesentlich auf die häufig besonders belastenden Arbeitsbedingungen der angeworbenen Migrantinnen und Migranten, sowie auf diskriminierende und migrationsbedingte, von Stress geprägte Erfahrungen zurückzuführen.

Die Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten ist häufig geprägt von einem niedrigen Einkommen sowie schlechten Wohnbedingungen. Viele von ihnen beherrschen die deutsche Sprache nicht in dem Maße, wie es erforderlich wäre, um ausreichend über die Angebote und Leistungen des Gesundheitssystems und der Altenhilfe informiert zu sein.

Auch wird die Lebenssituation von vielen älteren Migrantinnen und Migranten davon bestimmt, dass sie sich ihr ganzes Arbeitsleben hindurch auf eine Rückkehr in ihre Heimat orientiert haben und jetzt im Alter zwischen Deutschland und ihrem Heimatland pendeln. Mit der Verschlechterung des Gesundheitszustandes nimmt dieses Pendeln allerdings ab. Häufig haben die älteren Migrantinnen und Migranten auch ihren Lebensmittelpunkt in Deutschland. Die meisten werden nicht zurückkehren, weil ihre Kinder- und Enkelkinder hier leben und das Gesundheitssystem besser ausgebaut ist als in den Herkunftsländern.

2.5 Gesundheitsförderung und Prävention für alle!

Um die Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention entsprechend den Bedürfnissen der Bevölkerung mit Migrationshintergrund angemessen zu gestalten, empfiehlt der Arbeitskreis auf der operativen Ebene:

- Die kulturell heterogene Zusammensetzung der Bevölkerung muss sich auch in den Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention widerspiegeln. So ist z.B. darauf zu achten, dass auch in Materialien, die sich an die gesamte Bevölkerung richten, Personen mit Migrationshintergrund, Namen ausländischen Ursprungs oder Geschichten, die vom Leben von Migrantinnen und Migranten erzählen, dargestellt werden.
- Vorhandene gesundheitsrelevante Ressourcen wie soziale Netzwerke, Familienzusammenhalt, Problemlösekompetenzen sind sowohl bei Menschen mit Migrationshintergrund also auch ohne Migrationshintergrund zu fördern und zu unterstützen.
- Es sollte immer geprüft werden, ob ein besonderer Bedarf vorliegt, der spezielle Angebote für einzelne Migrantengruppen notwendig macht. Beispielsweise können spezielle kultursensible Maßnahmen für Zielgruppen mit bestimmtem kulturellem Hintergrund in der Sexualaufklärung, Familienplanung und HIV-Prävention angebracht sein. Hierzu sollte eine differenzierte Zielgruppenanalyse den Bedarf ermitteln. Merkmale wie kultureller Hintergrund, Gender, Alter, soziale Lage, Bildungsgrad, spezielle Risikosituationen, bisherige Aufenthaltsdauer in Deutschland sollten dabei berücksichtigt werden.
- Um Migrantengruppen zu erreichen, zu denen durch unspezifische Maßnahmen, die sich an die Gesamtbevölkerung richten, kein Zugang gefunden werden kann (und die deshalb als „schwer erreichbar“ gelten), sollten Angebote der personalen Kommunikation entwickelt bzw. verstärkt werden. Schlüsselpersonen mit Zugang zu und Vertrauen der Zielgruppen sind hierbei als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren einzubeziehen. Dies können insbesondere Personen mit Migrationshintergrund sein, die in den unterschiedlichsten Settings im Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Freizeitbereich tätig sind. Diese Personen sollten durch geeignete Fortbildungen und Materialien unterstützt werden.
- Um auch bildungsferne Gruppen anzusprechen, ist bei der Entwicklung von Materialien auf Anschaulichkeit, einfaches Deutsch bzw. Mehrsprachigkeit und adäquate Verteilwege zu achten. Das Internet, fremdsprachige Sender und Zeitungen/ Zeitschriften können hierzu genutzt werden.
- Informationen über das deutsche Gesundheitssystem sowie lokale Angebote sollten mit Hilfe mehrsprachiger Gesundheitswegweiser verbreitet werden.
- Die Zielgruppen sollten bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen beteiligt werden. Denkbar sind hier Kooperationen mit Migrantenvereinen und –organisationen. Diese sollten bei der Entwicklung eigener Angebote unterstützt werden. Auch Selbsthilfeaktivitäten (s. Punkt 9) sollten gefördert werden.

- Die Umsetzung einer migrations- und kultursensiblen Gesundheitsförderung sollte durch bestehende kommunale Netzwerke unterstützt werden. Der öffentliche Gesundheitsdienst als zentraler Akteur kann z. B. dabei dafür sorgen, dass die interkulturelle Kompetenz auf kommunaler Ebene der in der Gesundheitsförderung Tätigen durch Information und Fortbildung gefördert wird.

Der Zugang für Migrantinnen und Migranten zu den Möglichkeiten der Selbsthilfeunterstützung sollte erleichtert werden. In der Gründungsphase wird zur Etablierung einer Selbsthilfegruppe die fachliche Anleitung durch eine Expertin oder einen Experten z. B. aus dem öffentlichen Gesundheits- und/oder Integrationswesen empfohlen. Dabei ist der Einstieg über (muttersprachliche) Informationsveranstaltungen anzuraten. Später kann die Gruppenleitung an eine kompetente Schlüsselperson mit Migrationshintergrund übergeben werden. Die Gewinnung und ggf. Qualifizierung solcher Personen ist nach aller Erfahrung schwierig und in der Regel mit Kosten verbunden. Für die Qualifizierung der Schlüsselpersonen sollten eine Person, die die Organisation der Qualifizierungen übernimmt, zur Verfügung stehen. Die Schlüsselpersonen sollten eine Aufwandsentschädigung erhalten. Für die Veranstaltungen sollten vertraute Orte, wie Räume in einem Krankenhaus oder in einem Kulturzentrum, zur Verfügung gestellt werden, weil sie die Zugangsbarrieren erheblich senken. Darüber hinaus sollte die Vernetzung mit z. B. Migranten-selbsthilfeorganisationen, mit Vertretern religiöser Gemeinschaften und anderen Institutionen und Personen, die mit Migrantinnen und Migranten arbeiten, angestrebt werden.

3 Positionen des Arbeitskreises zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen

Die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund ist sowohl quantitativ als auch qualitativ unzureichend. Dies gilt besonders für den ambulanten, jedoch auch für den stationären Bereich. Zwar hat die Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Behandlungen von Menschen mit Migrationshintergrund zugenommen, angemessene Behandlungskonzepte fehlen aber weiterhin. Im ambulanten Sektor gibt es keine ausreichende Zahl muttersprachlicher Ärzte oder Psychologen. Interkulturell interessierte und versierte deutsche Behandler haben nicht die Möglichkeit, Dolmetscher einzusetzen, da diese von den Krankenkassen nicht bezahlt werden.

Somit haben gerade die Menschen mit Migrationshintergrund, die über schlechte Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen, keinen fairen Zugang zum Gesundheitssystem.

In Ballungsräumen fehlen ausreichende muttersprachliche Versorgungsangebote für zahlenmäßig stark vertretene Sprachgruppen und es bestehen lange Wartezeiten für Behandlungsplätze. Allerdings wird hierdurch das generelle Problem einer chancengleichen Behandlung für Menschen mit Migrationshintergrund nicht gelöst.

Grundsätzlich ist die interkulturelle Öffnung von Institutionen erforderlich. Wir benötigen die Bereitschaft von Kliniken und ambulanten wie auch komplementären Versorgungsstrukturen, sich um Patienten aus anderen Kulturen zu kümmern. Gerade die Menschen mit Migrationshintergrund, die mit dem Medizinsystem in Deutschland wenig vertraut sind und bei denen Verständigungsprobleme (das sind im Übrigen nicht nur sprachliche) bestehen, bedürfen besonderer Beachtung und angemessener Hilfe. Dafür ist interkulturelle Kompetenz aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen gefordert. Dies erfordert die Fähigkeit, eine empathische Beziehung zu Patienten auch unter erschwerenden Bedingungen wie Dolmetscherbeteiligung und (anfänglicher) kultureller Fremdheit gestalten zu können.

Ein Element, das interkulturelle Kompetenz fördern kann, ist die gezielte Einstellung bilingualen Fachpersonals. Muttersprachliche Therapeuten können als Teammitglieder auf psychiatrischen Stationen oder in psychiatrischen Institutsambulanzen zu einer notwendigen kulturellen Sensibilisierung beitragen, sie können aber die Versorgung alleine nicht in ausreichendem Umfang leisten.

Um für Patienten mit geringen Kenntnissen der deutschen Sprache eine angemessene Behandlung gewährleisten zu können, müssen gut organisierte und preiswerte Dolmetscherdienste verfügbar sein. Dabei kann es sich z. B. um Gemeindedolmetscherdienste handeln, es sind aber in größeren Kliniken auch Dolmetscherdienste von bilingualen Mitarbeitern denkbar. Der Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern sollte routinemäßig dann erfolgen, wenn sprachliche Verständi-

gung nicht ausreichend gewährleistet ist. Es gibt mittlerweile Leitfäden für professionellen Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern, die nicht nur einmalig - z. B. bei der stationären Aufnahme - zugezogen werden sollten, sondern sich auch eignen, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen kontinuierlich zu begleiten.

Um eine Sensibilisierung für kulturelle Fragen zu unterstützen, sollten Mitarbeiter Fortbildung in interkultureller Kompetenz erhalten können. Die interkulturelle Öffnung von medizinischen Institutionen und insbesondere psychiatrischen Kliniken sollte vorangebracht werden durch die Etablierung von Migrations- bzw. Integrationsbeauftragten

(<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/IB/Artikel/Themen/Gesellschaft/Gesundheit/2009-09-01-empfehlungen-arbeitskreis-gesundheit.html>). Deren Aufgabe wäre es, für die jeweilige Situation der Kliniken geeignete Lösungen und Konzepte zu erarbeiten und die Umsetzung dieser Konzepte zu begleiten und zu überprüfen. Um eine Nachhaltigkeit für die interkulturelle Öffnung zu erreichen, ist es erforderlich, dass die Geschäftsführungen solche Konzepte einrichten (top-down) und gleichzeitig durch Vermittlung der Migrationsbeauftragten die Mitarbeiter der Basis geschult und interessiert werden (bottom-up).

Um der gravierenden Mangelversorgung entgegenzuwirken empfiehlt der Arbeitskreis eine interkulturelle Orientierung und Öffnung der ambulanten und stationären Versorgungsangebote, aber auch der Prävention psychischer Störungen:

- die Überwindung des Kommunikationsproblems bei der Behandlung und Beratung von Migrantinnen und Migranten, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, z.B. durch Finanzierung von Dolmetscherleistungen und verstärkte Einstellung von muttersprachlichen Fachkräften in Versorgungseinrichtungen
- die Überarbeitung der Vergaberichtlinien und -kriterien für Praxisplätze in Hinblick auf die Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben einen Sicherstellungsauftrag, der für Menschen mit Migrationshintergrund noch nicht ausreichend erfüllt ist. Eine vorübergehende Quotierung für muttersprachliche Psychotherapien könnte bei der Vergabe von Zulassungen durch die Zulassungsausschüsse die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die einer solchen Psychotherapie bedürfen, verbessern;
- eine kritische Überprüfung der vorhandenen Interventionsverfahren in Bezug auf ihre Migranten- und Kultursensibilität ist erforderlich; klinische Studien müssen Gender-, Alters- und Migrationshintergrund berücksichtigen, vorhandene psychotherapeutische und pharmakotherapeutische Interventionen sollten auch im Hinblick auf ihre differenzielle Effektivität getestet werden;

- psychiatrische und klinisch-psychologische Forschung müsste Menschen mit Migrationshintergrund einbeziehen; eine verstärkte interkulturelle Orientierung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsforschung ist ebenfalls erforderlich;
- schließlich sind Gruppen mit besonderem Bedarf zu identifizieren und angemessen zu behandeln. Bei traumatisierten Asylsuchenden und Geduldeten ist eine frühzeitige Diagnosestellung und Zugang zu angemessener medizinischer und psychotherapeutischer Behandlung auf dem Hintergrund entsprechend stabiler Aufenthaltsbedingungen zu gewährleisten. Bei posttraumatischen Belastungsstörungen sollte von erzwungener Rückkehr grundsätzlich ohne weitere Prüfung abgesehen werden, wenn in den betreffenden Fällen ein fachärztlich nachvollziehbar dargelegtes und ggf. von einer kompetenten behördlichen Stelle überprüftes Gutachten vorliegt. Das Absehen von der Ausweisung in solchen Fällen ist ausländerrechtlich zu verankern.

Zusammenfassung:

Bei der Entwicklung von Konzepten, eine bessere Integration von Patienten mit Migrationshintergrund in die psychosoziale Versorgung zu erreichen, spielen muttersprachliche Behandler eine wichtige Rolle. Grundsätzlich kann eine bessere psychiatrische Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund aber nur über verbesserte kulturelle Sensibilität aller Mitarbeiter in den multiprofessionellen und multikulturellen Teams erreicht werden. Wir benötigen keine Spezialangebote, die ausschließlich auf muttersprachliche Behandler und einzelne Migrantengruppen ausgelegt sind, sondern die generelle Öffnung des medizinischen Systems und das Interesse aller Mitarbeiter an einer angemessenen Behandlung auch der Patienten aus anderen Kulturen. Es geht darum, in der Begegnung mit den Patienten aus anderen Kulturen nicht nur das Fremde im anderen zu sehen, sondern auch die eigene Einstellung zu reflektieren und die Kultur der Institutionen so zu verändern, dass sich alle Patienten willkommen und geachtet fühlen. Es gilt, eine Haltung zu entwickeln, die es auch einheimischen Therapeuten - ggf. unter Dolmetschereinsatz – ermöglicht, eine von gegenseitigem Verstehen getragene Beziehung aufzubauen und zu entwickeln.

4 Positionen des Arbeitskreises zur Verbesserung sozialräumlicher Bedingungen

Die ungleiche Verteilung der Menschen mit Migrationshintergrund zwischen Stadt und Land hat in Deutschland dazu geführt, dass in erster Linie die Großstädte sozial- und gesundheitspolitische Kompetenzen für die Lösung von Integrationsfragen entwickelt haben, während diese auf dem Lande fehlen.

Flächenkreise und kleinere Städte und Gemeinden lösen ihre Aufgaben im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung bisweilen ohne die durch Migration veränderte Bevölkerungsstruktur ausreichend zu berücksichtigen. Daher werden Menschen mit Migrationshintergrund bei der gesundheitlichen und sozialen Versorgung auf Angebote der nächstgelegenen Großstädte verwiesen. Steuerungsmaßnahmen der Länder, die dem Stadt-Land-Gefälle bei der Versorgung entgegenwirken, fehlen häufig. Die migrationsbedingten Belastungen ganzer Regionen durch gesundheitliche und soziale Versorgungsleistungen verbleiben deshalb in der Regel bei den Großstädten. Die Landesregierungen von Flächenstaaten müssten mehr als bisher eigene Verantwortung übernehmen - d.h. den sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Ausgleich zwischen Stadt und ländlichen Regionen ansteuern - um eine vor allem in ländlichen Regionen zunehmende Ungleichbehandlung der Menschen mit und ohne Migrationshintergrund zu vermeiden.

Die einseitige Belastung der Großkommunen bei der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund und der Bereitstellung von kultursensiblen Angeboten im Gegensatz zu Flächenkreisen und kleineren Städten und Gemeinden sollte ausgeglichen werden. Der Arbeitskreis empfiehlt hierzu:

1. In städtischen Quartieren mit besonderem Erneuerungsbedarf und hoher Konzentration von Menschen mit Migrationshintergrund Gesundheitsprojekte oder auch Projekte zur Pflegeversorgung für diese besonders zu fördern.
2. Für ländliche Gebiete werden Gute-Praxis-Beispiele für die Versorgung besonders vulnerabler Gruppen in der Migrantenbevölkerung benötigt: Papierlose, chronisch erkrankte und pflegebedürftige Menschen, seelisch erkrankte Menschen sowie Suchtabhängige. Hilfen und Unterstützung für diese Personengruppen seitens der Länder, Wohlfahrtsverbände und Kirchen müssen koordiniert und transparent gemacht werden.
3. Angebote flächendeckend, niedrigschwellig und erreichbar zur Verfügung zu stellen.

5 Positionen des Arbeitskreises zu Ausbildung, Qualifizierung, Weiterbildung

- Unterschiedliche Konzepte von Gesundheit und Krankheit, Schmerz und Heilung sind stärker in gesundheitspolitischen Diskursen zu berücksichtigen.
- In Konzepte der Bürger- und Patientenbeteiligung sind Menschen mit Migrationshintergrund einzubeziehen.
- Die bestehenden Angebote zum Erwerb von kultureller Kompetenz sollten aufgewertet und die Motivation zur Teilnahme gesteigert werden (höhere Punktzahl, Kriterium bei Einstellung und Beförderung).
- Die Qualität der Konzepte zur Vermittlung kulturbezogener Kompetenzen sollte durch Evaluationen belegt, und die Auswahl dadurch für Auftraggeber transparenter werden
- Kultursensible Qualifizierungs- und Weiterbildungskonzepte sollten einer deutlich ressourcenorientierten Herangehensweise folgen, die die Potentiale von Menschen mit Migrationshintergrund (an) erkennen und nutzen.
- Fort- und Weiterbildungskonzepte für Ehrenamtliche sollten in bestehende Präventionsprogramme einbezogen und konzeptionell angepasst werden. Derartige Konzepte sollten seitens der Kostenträger finanziell gefördert und in ihren eigenen Setting-orientierten Projekten berücksichtigt werden.
- Kultursensible Aspekte in der universitären medizinischen Ausbildung steigern die Qualität der medizinischen Ausbildung insgesamt. Die Aufnahme dieses Themas in die Aus-/Fort- und Weiterbildung medizinischer Berufe ist dringend erforderlich.
- Die Berufsbilder bzw. das Berufsfeld der Sprach- und Integrationsmittler/innen sollen anerkannt und entsprechende Fort- und Weiterbildungsprogramme bundesweit durchgeführt werden. Die Entscheidungsträger im Gesundheitssystem sind für den Einsatz von Sprach- und Kulturmittler/innen zu sensibilisieren. Konzepte der Finanzierung für die Fort- und Weiterbildung und für die Einsätze von Sprach- und Integrationsmittler/innen sollten auf Bundesebene ebenso wie bei Ländern, Kommunen und freien Trägern erschlossen und koordiniert werden.

5.1 Ausbildung, Qualifizierung, Weiterbildung

Die interkulturelle Öffnung der Gesundheitsberufe muss vor allem zwei Richtungen verfolgen: Eine aktivere Einbeziehung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in das System der gesundheitlichen Versorgung ist nicht nur wichtig, um

sprachliche und kulturelle Barrieren zu überwinden. Der Zugang zum Arbeitsmarkt ist auch ein bedeutsamer Indikator für eine erfolgreiche Integration. Andererseits ist es notwendig, allen Fachkräften im Gesundheitswesen interkulturelle Kompetenzen zu vermitteln. Auch Migranten verfügen aufgrund eigener Zuwanderungserfahrung nicht automatisch über interkulturelle Kompetenz. Deshalb müssen interkulturelle Inhalte in alle gesundheitsbezogenen Ausbildungsgänge aufgenommen werden.

5.2 Aus-, Fort- und Weiterbildungen für Fachkräfte in Gesundheitsberufen

In allen Studien- und Ausbildungsgängen für heilberufliche Fachkräfte sollten Lerninhalte zur Vermittlung interkultureller Kompetenz verbindlich verankert werden, z.B. für ärztliches Personal, Hebammen, Hilfspersonal, Pflegekräfte, Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Dafür ist ein qualifiziertes Fort- und Weiterbildungsangebot aufzubauen und vorzuhalten.

Wichtige Ziele einer Bildung in kultursensibler Perspektive sind die Befähigung zur Reflexion eigener Normvorstellungen und zu einem differenzierten Umgang mit Unterschieden. Inhaltlich ist entscheidend, dass neben der Vermittlung von Wissen über „kulturspezifische Besonderheiten“ auch die Information zur Zuwanderungsgeschichte, -politik und -perspektive in Deutschland tritt. Dies gilt insbesondere auch für kulturelle und migrationsspezifische Aspekte, die das Leben der Menschen maßgeblich geprägt haben, wie z.B. der heute gealterten Arbeitsmigrantinnen und -migranten.

Die Teilnahme an entsprechenden bestehenden Bildungsangeboten ist noch immer unzureichend. Oft werden sie vor allem von Personen mit ohnehin höherem Sensibilisierungsgrad und größerem Engagement wahrgenommen. Wege und Möglichkeiten, die Akzeptanz der Angebote zu steigern, sollten genutzt werden. Dies könnten z.B. günstigere Rahmenbedingungen (Beispiel: Inhouse-Schulungen, geringe Teilnehmerkosten), die höhere Anerkennung nachgewiesenen Kompetenzen oder Fortbildungspflichten für diese Berufsgruppen sein.

5.2.1 Pflegeberufe

In der bundesweit gültigen Ausbildungsverordnung ist für Altenpflege- (2002) und Krankenpflegeausbildung (2004) ein „interkulturelles Modul“ gesetzlich verankert. Eine Evaluation der inzwischen bestehenden Curricula im Hinblick auf dieses Modul ist ebenso wichtig, wie eine Bestandaufnahme der bisher erfolgten Umsetzung.

Analog sollte für andere Berufsbilder vorgefahren werden, vorrangig sind insbesondere die, denen wie bei den Hebammen eine Schlüsselfunktion für spezielle Leistungen zukommt.

5.2.2 Ärztliche Ausbildung

Die Ausbildung lt. Approbationsordnung für Ärzte (AO) lässt den medizinischen Fakultäten bei der Gestaltung ausreichend Möglichkeiten – additiv oder integrierend –, um einen Themenkomplex „Interkulturelle Kompetenz“ in die medizinischen Aus- und Weiterbildungscurricula zu integrieren. Für die deutschen medizinischen Fakultäten besteht ein erheblicher Nachholbedarf, denn Erfahrungen auf internationaler Ebene zeigen, dass durch mit interkulturellen Modulen erweiterte Curricula Kompetenzen vermittelt werden, die für eine humane, am Individuum orientierte Gesundheitsversorgung relevant sind. Vor dem Hintergrund der großen EU-Förderprogramme wird damit auch den internationalen Aufgabenfeldern (aber auch dem mobilen Arbeitnehmer und „europäischem Patienten“) Rechnung getragen. Wie unter einem Vergrößerungsglas zeigen sich bei der Analyse der ärztlichen Versorgung strukturelle Probleme und Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung, die in der Regel nicht spezifisch sind für Migranten oder bestimmte ethnische Gruppen (z. B. Kommunikationsstörungen in der Arzt-Patienten-Beziehung, die Bedeutung subjektiver Sichtweisen auf Krankheit, Gesundheit und medizinische Maßnahmen, sowie der Einfluss sozialer und biographischer Faktoren auf Seiten von Patienten und medizinischem Fachpersonal).

Eine zentrale Qualitätsanforderung an Lehrprojekte zur Förderung von interkultureller Kompetenz besteht in der Vermittlung eines adäquaten, kultur- und sozialwissenschaftlich fundierten und für medizinische Kontexte angepassten Konzepts von „Kultur“, sowie einer kritischen Analyse grundlegender Begriffe wie „Ethnizität“ und „Migration“. Die unreflektierte Verwendung dieser begrifflichen Kategorien ist nicht nur dem akademischen Kontext der medizinischen Ausbildung unangemessen, sondern auch aus sachlichen Gründen kontraproduktiv.

Darüber hinaus ist es notwendig, dass sich Aus- und Weiterbildungsangebote an den praktischen Anforderungen und institutionellen Bedingungen ärztlichen Handelns in konkreten institutionellen und lokalen Kontexten orientieren. Die globale Dimension ist mit lokalen Problemkonstellationen und Ressourcen in Verbindung zu bringen („*think global, teach local*“). Insbesondere ist neben der Vermittlung von theoretischen Inhalten die Umsetzung in praxisnahen Skilltrainings erforderlich, wobei durch ausgewählte praktizierende Ärzte Handlungsspielräume und Verantwortlichkeiten aufgezeigt und reflektiert werden. Module zur Interkulturellen Kompetenz verstehen sich medizinisch interdisziplinär und stellen Querverbindungen zu anderen Themen- und Kompetenzbereichen her (z. B. Kommunikation und Interaktion, psychosoziale Grundlagen von Krankheit, psychosomatische Medizin, Ethik, klinische Disziplinen, Recht). Die Evaluierungen von Prototypen derartiger Unterrichtsmodule an deutschen Medizin-Fakultäten belegen, dass sie von Studierenden mit großem Interesse angenommen und als ebenso sinnvoll wie hilfreich eingeschätzt werden.

Da ärztliches und pflegerisches Handeln sowie Beratung in der Medizin nicht nur in medizinischen Institutionen, sondern auch im Rahmen administrativer Vorgaben

in Gesundheitseinrichtungen und Verwaltungen erfolgt, stehen die in diesem Bereich z.T. patientenfern tätigen Berufsgruppen (z. B. Controlling, Personalmanagement, aber auch Patientenregistrierung, Behörden- und Amtspersonal) in der Verantwortung, die für eine interkulturell kompetente Versorgung notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen. Auch für dieses Personal besteht Fortbildungsbedarf im Hinblick auf interkulturelle Kompetenz, wobei aus Sicht des Verwaltungs- und medizintechnischen Personals der Wunsch nach interprofessionellen Settings gemeinsam mit ärztlichem und Pflegepersonal besteht.

5.3 Fachkräfte in Gesundheits- und Pflegeberufen

Die Potentiale und Ressourcen, die Menschen mit Migrationshintergrund in den Gesundheits- und Pflegeberufen bieten können, müssen stärker genutzt werden.

Bei Jugendlichen mit Zuwanderungsgeschichte sollte eine gezielte Werbung für entsprechende Ausbildungsberufe erfolgen. Leistungsanbieter sind als Arbeitgeber von der Notwendigkeit der Stärkung der interkulturellen Kompetenz und dem Aufbau interkultureller Teams durch die Beschäftigung von Menschen mit Zuwanderungserfahrungen zu überzeugen. Gleichzeitig sind auch Fort- und Weiterbildung für Menschen mit Migrationshintergrund mit dem Ziel der Qualifizierung zum Aufstieg in Leitungspositionen dringend erforderlich.

Hinderungsgrund sind häufig mitgebrachte Berufsabschlüsse oder sonstige berufsrelevante Qualifikationen, die als nicht gleichwertig angesehen werden. Vor diesem Hintergrund ist zu begrüßen, dass der Bundestag im September 2011 ein Gesetz zur verbesserten Anerkennung ausländischer Abschlüsse verabschiedet hat.

5.4 Fort- und Weiterbildungen

Zur Unterstützung der Fachkräfte auf kommunaler Ebene sowie für migrations- und kultursensible Vermittlungsdienste (z.B. Gemeindedolmetscher/innen, Integrationsassistent/innen, Sprach- und Kulturmittler/innen) sind Fort- und Weiterbildungen für Menschen mit Migrationshintergrund außerordentlich hilfreich. Bestehende Qualifizierungsangebote oder Modellprojekte richten sich zum Teil an Menschen mit Migrationshintergrund mit ungenutzten Vorqualifikationen und Bereitschaft zum sozialen Engagement. Die Konzepte sind vielfältig, die Einstiegschancen in den Arbeitsmarkt nach der Qualifizierung jedoch bisher noch relativ gering.

5.5 Fort- und Weiterbildungen für Ehrenamtliche

Menschen mit Zuwanderungsgeschichte sind nicht nur als Fachkräfte im Gesundheitsbereich unerlässlich. Auch als ehrenamtliche Kräfte bringen sie für eine vertrauensvolle und niedrigschwellige Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen wichtige Kompetenzen mit. Aus-, Fort- und Weiterbildungen für Ehrenamtliche mit dem Ziel der Unterstützung der Familien- oder Community-Angehörigen sind

daher zu begrüßen. Wichtig ist es, dass solche Konzepte umfassend evaluiert und vor allem nachhaltig implementiert werden.

6 Rechtliche Fragen

6.1 Rechtsungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung

Für verschiedene Migrantengruppen ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung aufgrund ihres rechtlichen Status nur in eingeschränktem Maße gegeben. Betroffen sind sowohl zugewanderte Menschen als auch in Deutschland Geborene. Hierzu zählen alle unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallenden Zuwanderer, insbesondere Asylsuchende und geduldete ausländische Staatsangehörige, sowie Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Bei diesen Personengruppen ergeben sich daher besondere Mängel in der gesundheitlichen Versorgung.

Der Gesundheitszustand eines Menschen ist von elementarer Bedeutung für ein Leben in Würde. Das Recht auf Gesundheit zählt daher zu den sogenannten unveräußerlichen Rechten (Jedermannsrechten), die grundsätzlich statusunabhängig sind (s. GG Art.1 und Art. 2). Die Bundesrepublik hat sich zur Einhaltung dieses unveräußerlichen Rechtes im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UN-Sozialpakt) verpflichtet.

Diesem Pakt zufolge versteht man das Recht auf Gesundheit als das Recht eines jeden Menschen auf das für ihn bzw. sie erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit (UN-Sozialpakt, Artikel 12 Absatz 1). Dies verpflichtet den Staat, die Voraussetzungen zu schaffen, die für eine Person „im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen“ (UN-Sozialpakt, Artikel 12 Absatz 2 d).

Im Sinne des UN-Sozialpakts eröffnet das Recht auf Gesundheit einen Anspruch auf Zugang zur bestehenden Infrastruktur der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Das Recht auf Gesundheit soll ohne Diskriminierung gewährleistet werden, die Leistungen der gesundheitlichen Versorgung müssen für die Betroffenen bezahlbar sein. Die rechtliche Möglichkeit allein, gleichberechtigten Zugang zu haben, reicht allerdings nicht aus. Vielmehr soll der Zugang auch tatsächlich (de facto) gewährleistet werden. Das ist nicht der Fall, wenn die Betroffenen von der Wahrnehmung dieses elementaren Rechts in aller Regel wegen strukturell bedingter Hürden absehen.

6.2 Asylsuchende und geduldete ausländische Staatsbürger

Ausländer, die unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen, haben nur einen eingeschränkten Anspruch auf Leistungen der Gesundheitsversorgung. In der Regel sind diese Leistungen auf die Behandlung akuter Krankheiten und Schmerzen begrenzt. Weitere, oftmals unerlässliche Leistungen zur Sicherung der Gesundheit stehen im Ermessen der Behörden. Damit ist eine angemessene Versorgung, beispielsweise im Bereich HIV/Aids oder beim Zugang zu psychologischer und therapeutischer Behandlung im Falle traumatisierender Erlebnisse durch Verfolgung, Flucht oder Folter, nicht immer gewährleistet. Eine aktuelle Untersuchung hat er-

geben, dass Asylbewerber und -bewerberinnen zu etwa 40% - und damit sehr viel häufiger als bisher angenommen - von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) betroffen sind.

Nach den Richtlinien der Europäischen Union zu den Mindestaufnahmebedingungen für Asylsuchende vom 27. Januar 2003 und der Richtlinie zum vorübergehenden Schutz vom 20. Juli 2001 sind die Mitgliedstaaten verpflichtet, Personen mit besonderen Bedürfnissen wie unbegleitete Minderjährige oder Opfer von Folter, Vergewaltigung oder sonstiger schwerer Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe zu gewähren. Für die Personen, die vorübergehend geschützt werden, ist diese Erweiterung des Anspruchs auf medizinische Versorgung bereits durch die Verabschiedung von § 6 Abs. 2 Asylbewerberleistungsgesetz in die Praxis umgesetzt worden. In den gesetzlichen Regelungen zur Unterbringung von Asylsuchenden nach dem Asylverfahrensgesetz (§ 62) spiegelt sich die traditionelle seuchenhygienische Annahme wider, dass von Flüchtlingen prinzipiell ein Gesundheitsrisiko für die Aufnahmegesellschaft ausgehe. Häufig gehen Gesundheitsprobleme von Flüchtlingen jedoch nicht auf Ursachen im Herkunftsland zurück, sondern sind Folgen der problematischen Lebenssituation in Deutschland.

Der Arbeitskreis empfiehlt:

- Jedem Asylsuchenden sollte eine allgemeinärztliche Untersuchung einschließlich einer evtl. notwendigen Grundversorgung angeboten werden. Dabei sollte auch auf Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung geachtet werden. In den Gemeinschaftsunterkünften soll eine regelmäßige ärztliche Sprechstunde angeboten werden.
- Bei Bedarf sollen weitergehende diagnostische und therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden und den Asylsuchenden der Zugang zu diesen Maßnahmen erleichtert werden.
- Die Einschränkung des § 4 Asylbewerberleistungsgesetz auf akute Krankheiten und Schmerzen soll im Zuge der wegen Verfassungswidrigkeit fälligen Novellierung des Asylbewerberleistungsgesetzes wegfallen.

6.3 Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus

Eine besonders prekäre Situation besteht für Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus: Durch die behördliche Meldepflicht nach dem Aufenthaltsgesetz (AufenthG § 87, Abs. 2) sowie die Verpflichtung zum Datenabgleich mit der Ausländerbehörde nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG § 11 Abs.3) ist für sie de facto für eine Einlösung ihres Rechtsanspruches nur sehr eingeschränkt möglich.

Zwar stellte die Bundesregierung durch die Allgemeinen Verwaltungsvorschriften zum Aufenthaltsgesetz vom 18.09.2009 einen „verlängerten Geheimnisschutz“ fest, wodurch klargestellt wurde, dass auch das mit der Abrechnung befasste

Verwaltungspersonal der Krankenhäuser der Schweigepflicht unterliegt und damit in der Regel auch das mit der Kostenerstattung befasste Sozialamt. Allerdings gilt dies nur für die Notfallbehandlung. Bei „geplanten“ ambulanten und stationären Behandlungen ist die vorherige Beantragung der Leistung durch den Patienten beim Sozialamt erforderlich, wodurch weiterhin die Übermittlungspflicht an die Ausländerbehörde ausgelöst wird.

Die Angst vor ausländerrechtlichen Konsequenzen führt dazu, dass Untersuchungen und rechtzeitige adäquate Behandlung in vielen Fällen unterbleiben. Die Folge können eine Chronifizierung eigentlich leicht beherrschbarer Erkrankungen sein bis hin zu frühzeitiger Sterblichkeit. Es ist nicht nur aus humanitärer, sondern auch aus gesundheitsökonomischer Sicht nicht vertretbar, dass Erkrankungen regelmäßig erst in einem sehr späten Stadium mit erheblichem finanziellen Aufwand behandelt werden.

Selbst Schwangerschaften und Geburten werden mitunter nicht ärztlich und durch Hebammen begleitet. Für das Wohlergehen eines Kindes ist die Zeit der Schwangerschaft und rund um die Geburt von größter Bedeutung. Zahlreiche Untersuchungen belegen den Zusammenhang zwischen einer stressbelasteten Lebenssituation der Mutter und einem ungünstigen Schwangerschaftsverlauf bis hin zu Früh- oder Totgeburt. Für Mutter und Kind soll daher in dieser besonders vulnerablen Phase eine gewisse Sicherheit geschaffen werden. Diese Zeit kann auch für eine umfassende Rechts- und Sozialberatung mit dem Ziel, einen Weg aus der Illegalität zu finden, genutzt werden.

Der Arbeitskreis empfiehlt:

- Die Gewährung von Leistungen zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus soll nicht an eine Meldepflicht gekoppelt werden. Eine Änderung des § 87 Abs. 2 AufenthG und des § 11 Abs. 3 AsylbLG dahingehend, dass Träger der Sozialhilfe von der behördlichen Übermittlungsfrist ausgenommen werden, ist daher erforderlich.
- Öffentliche Einrichtungen wie Gesundheitsämter oder Krankenhäuser sollen darüber informiert sein, dass alle dort tätigen Berufsgruppen, die in § 203 Absatz 1 Nummer 1, 2, 4 bis 6 und Absatz 3 StGB genannt werden, sowie die berufsmäßig tätigen Gehilfen dieser Berufsgruppen, insbesondere auch das mit der Abrechnung betraute Personal, bei der Behandlung von Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus der Schweigepflicht unterliegen und somit keine Meldepflicht gegenüber Behörden besteht.

- Die Träger der Sozialhilfe sollen über den sogenannten verlängerten Geheimnisschutz bei der Geltendmachung von Erstattung von Leistungen durch Krankenhäuser oder Ärzte in Kenntnis gesetzt werden.
- Solange eine behördliche Meldepflicht nach § 87 AufenthG besteht, sollen flächendeckend staatliche Lösungen zur Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthalt entwickelt und vorgehalten werden.
- Für schwangere Frauen ohne Aufenthaltsstatus soll grundsätzlich eine Duldung für den Zeitraum von drei Monaten vor dem errechneten Geburtstermin bis drei Monate nach der Geburt des Kindes erteilt werden.

6.4 EU-Bürger ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz

Schwierig gestaltet sich auch die gesundheitliche Versorgung von EU-Bürgern, insbesondere aus den neuen Beitrittsländern, die in Deutschland ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz leben. Zwar genießen sie Freizügigkeit innerhalb Europas, nach dem Freizügigkeitsgesetz ist dieses Recht jedoch an die Sicherung des Lebensunterhalts gebunden. Für EU-Bürger aus Bulgarien und Rumänien, die erst nach dem 1. Januar 2007 beigetreten sind, ist jedoch zur Zeit der Zugang zum Arbeitsmarkt nur eingeschränkt möglich. In der Folge arbeiten sie meist in unsicheren und prekären Arbeitsverhältnissen, als Selbstständige am Rande des Existenzminimums oder sie verdienen ihren Lebensunterhalt in Schwarzarbeit. Nach deutschem Sozialrecht kommen für diese Menschen im Krankheitsfall meistens nur Leistungen nach SGB XII in Frage, diese beinhalten jedoch nur die unabweisbar gebotenen Leistungen (SGB XII § 23 Abs.3), Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen gehören nicht dazu.

Der Arbeitskreis empfiehlt daher:

- Die gesundheitliche Versorgung von EU-Bürgern ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz muss auch über das unabweisbar notwendige Maß hinaus gewährleistet werden. Dazu gehören v.a. Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen für Kinder und Jugendliche und die in Deutschland übliche Betreuung in Schwangerschaft und nach der Geburt.

7 Positionen des Arbeitskreises zu Gesundheit-, Pflegeberichterstattung und Forschung

7.1 Gesundheits-, Pflegeberichterstattung und Forschung

Die Datenlage, aufgrund derer Aussagen über den Gesundheitszustand und Pflegebedarf der Bevölkerung mit Migrationshintergrund getroffen werden können, ist insgesamt unzureichend bzw. ungenügend differenziert. Ebenso sind Zugangswege zu dieser Gruppe nicht genügend bekannt. Für bestimmte Gruppen der Bevölkerung mit Migrationshintergrund, z.B. Flüchtlingskinder und Menschen ohne Aufenthaltsstatus, existieren bis auf einige regionale Studien so gut wie keine Daten. Gerade sie dürften jedoch den stärksten gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sein.

Schwierigkeiten in der Gesundheits- und Pflegeberichterstattung hinsichtlich der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ergeben sich hauptsächlich dadurch, dass die amtliche Statistik sehr selten Differenzierungskriterien wie Staatsangehörigkeit, nichtdeutsche Herkunft, muttersprachlicher Hintergrund und soziale Lage enthält. In der bestehenden Berichterstattung werden in der Regel lediglich Personen erfasst, die keinen deutschen Pass besitzen. Eingebürgerte, Aussiedler oder Personen ohne legalen Aufenthalt bleiben unberücksichtigt.

Der Arbeitskreis empfiehlt daher Folgendes:

- Der Arbeitskreis sieht lokale sozialräumliche Analysen als notwendig zur Ermittlung des jeweils spezifischen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsbedarfes an. Hierfür muss eine geeignete Datengrundlage verfügbar sein – sowohl hinsichtlich des geschätzten Bedarfs als auch in Hinblick auf die Angebotsseite.
- Für eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung sollte die gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung mit Migrationshintergrund erfasst werden. Auf Bundesebene sollten die Gesundheitssurveys für Kinder- und Jugendliche (KiGGS) und Erwachsene (GEDA) fortgeführt werden, da sie eine wichtige Ergänzung zu den amtlichen Statistiken darstellen, die in der Regel den Migrationshintergrund nicht miterfassen. Wünschenswert sind vergleichbare Untersuchungen auf Länderebene, da sich mit den bundesweiten Gesundheitssurveys nicht die Lage in den einzelnen Bundesländern darstellen lässt.
- Auch sozioökonomische und aufenthaltsrechtliche Faktoren sind für eine differenzierte Gesundheits- und Pflegeberichterstattung in die Erhebung und Analyse mit einzubeziehen. Der Arbeitskreis empfiehlt bei den Einschulungsuntersuchungen, zusätzlich zur Staatsangehörigkeit die Herkunft, Aufenthaltsdauer und soziale Parameter sowohl der Kinder als auch der Erziehungsberechtigten mit zu erheben.

7.2 Forschung

Für die Forschung können verschiedene Faktoren Menschen mit Migrationshintergrund zu einer schwer erreichbaren Gruppe werden lassen. Hierzu gehören z. B. mangelnde Deutschkenntnisse, geringe Lese- und Schreibkompetenz oder geringer Integrationsgrad, der zu einer schwereren Erreichbarkeit führt. In der Folge wird diese Gruppe nicht von der Forschung erfasst, es sei denn sie sind expliziter Gegenstand der Forschung.

Der Arbeitskreis empfiehlt:

- In der gesundheitswissenschaftlichen Forschung sollten bei Studien einheitliche Differenzierungskriterien erhoben werden. Diese sollten neben der Staatsangehörigkeit u.a. auch die Familiensprache(n), die Aufenthaltsdauer, den Aufenthaltsstatus, die Herkunft der Eltern sowie die soziale Lage bzw. den sozioökonomischen Status umfassen.
- Zur Verbesserung der Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationshintergrund mit Projekten zur Prävention und Gesundheitsförderung wird die Erforschung des Kommunikationsverhaltens von Menschen mit Migrationshintergrund empfohlen. In diesem Kontext sollten insbesondere die bestehenden sozialen Ressourcen und die Möglichkeiten einer gemeinschaftlichen Entwicklung gesundheitsfördernder Settings ins Auge gefasst werden.
- Aufgrund der Heterogenität der Bevölkerungsgruppen wird für gesundheitswissenschaftliche Untersuchungen ein quantitativ-qualitativer Methodenmix empfohlen. Vergleichende quantitative Indikatoren sollten in ihrer individuellen Bedeutung und Bewertung durch die Untersuchten reflektiert werden, um für daraus abzuleitende Interventionen ein besseres Verständnis über Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Gruppenvergleichen zu erzielen.
- Geringe Deutschkenntnisse oder geringe Lese- und Schreibkompetenz von zu Untersuchenden dürfen kein Ausschlusskriterium darstellen: Nötigenfalls sollten muttersprachliche Fragebögen entwickelt / adaptiert bzw. muttersprachliche Befragungen durch geschulte Interviewerinnen und Interviewer ermöglicht werden. Der damit verbundene Mehraufwand sollte als fester Bestandteil bereits in die Planung mit einbezogen werden.
- Die Feldzugänge können bei Menschen mit geringem Integrationsgrad erheblich erschwert sein. Aus diesem Grunde sollten bereits frühzeitig Kooperationen mit Mitgliedern der jeweiligen Migrantengruppe eingegangen werden. Wenn möglich, sollten diese in die Forschung integriert werden.
- Vergleichende gesundheitswissenschaftliche Forschung beinhaltet erhebliche ethische Implikationen. Wir empfehlen, entsprechende Studien über das obligatorische Ethikvotum hinaus durch Vertreterinnen und Vertreter

der jeweiligen Migrantenorganisationen inhaltlich und ggf. fachlich begleiten zu lassen.

Veröffentlichungen des Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit

Beauftragte der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration in Kooperation mit dem bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung. Dokumentation. Berlin. 2010

Empfehlungen des bundesweiten Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit zur kompetenten Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Krankenhaus. Berlin, Juli 2009.

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration in Kooperation mit dem bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit: Tagungsdokumentation. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Familien mit Migrationshintergrund. Berlin, 2008.

Bundesweiter Arbeitskreis der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration zu Migration und öffentliche Gesundheit: Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Berlin, 2007.

Kontakt:

Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit
c/o Beauftragte der Bundesregierung für Migration,
Flüchtlinge und Integration
11012 Berlin
Tel.: 030/18-400-1640
E-Mail: as@bk.bund.de

ⁱStatistisches Bundesamt (2010) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Fachserie 1 Reihe 2.2; Wiesbaden