

## Stenografischer Bericht

– öffentlicher Teil –

15. Sitzung der Enquetekommission „Migration und Integration in Hessen“

8. April 2011, 9:37 bis 14:50 Uhr

### Anwesend

Vorsitzender Abg. Jürgen Banzer (CDU)

*ordentliche Mitglieder:*

*stellvertretende Mitglieder:*

#### **CDU**

Abg. Alexander Bauer  
Abg. Ismail Tipi  
Abg. Astrid Wallmann

#### **SPD**

Abg. Heike Habermann  
Abg. Gerhard Merz

#### **FDP**

Abg. Hans-Christian Mick  
Abg. René Rock

#### **BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

Abg. Mürvet Öztürk  
Abg. Kordula Schulz-Asche

#### **DIE LINKE**

Abg. Barbara Cárdenas

**Sachverständige der Fraktionen**

Birgit Simon  
Marc Phillip Nogueira  
Prof. Dr. Friedrich Heckmann  
Prof. Dr. Frank-Olaf Radtke

**Fraktionsassistenten**

|                            |                                  |
|----------------------------|----------------------------------|
| FraktAssin Kathrin Schäfer | (Fraktion der CDU)               |
| FraktAssin Lena Kreuzmann  | (Fraktion der SPD)               |
| FraktAssin Pia Walch       | (Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) |
| Tamina Schilling           | (Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) |
| FraktAssin Simin Falsafi   | (Fraktion DIE LINKE)             |
| Jan Schalauske             | (Fraktion DIE LINKE)             |

**Sachverständige**

Prof. Dr. med. Hans-Ulrich Klör  
Dr. Michael Knipper (Institut für Geschichte der Medizin, Universität Gießen)  
Ramazan Salman (Ethno-Medizinisches Zentrum e. V., Hannover)  
Prof. Dr. Theda Borde (Alice Salomon Hochschule Berlin)  
Ulrike Bargon (agah)  
Dr. Jan Hilligardt (Hessischer Landkreistag)  
Stephan Gieseler (Hessischer Städtetag)  
Dietmar Kolmer (Hessischer Städte- und Gemeindebund)  
Berthold Müller (Hessisches Statistisches Landesamt)

**Landesregierung**Staatskanzlei

ROR Rehm

HMdJIE

ROR Bude  
RORin Schindel

**Landtagskanzlei**

RDirin Dr. Lindemann

Protokollierung: Sonja Samulowitz, Norbert Anhalt, K.-H. Thaumüller

## Anhörung zu

### Themenblock 12: Gesundheit und Pflege

Analyse der Rahmenbedingungen und Zugangsbarrieren, z. B. Sprachbarrieren, differierende Krankheitskonzepte oder soziale Hürden

#### Fragenkatalog

1. Inwieweit unterscheiden sich Erkrankungen und deren medizinische Versorgung von Menschen ohne Migrationshintergrund von jenen mit Migrationshintergrund?
2. Gibt es Gesundheitsrisiken und Erkrankungen, von denen Menschen mit Migrationshintergrund, Flüchtlinge und Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus stärker betroffen sind als jene ohne Migrationsgeschichte?
3. Wie beurteilen Sie Nutzung und Kenntnisstand über das deutsche Gesundheitssystem von Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere hinsichtlich möglicherweise mangelnder Sprachkompetenz?
4. Inwieweit wird man im deutschen Gesundheits- und Pflegewesen den besonderen Bedürfnisse von Ausländern bzw. von Menschen mit Migrationshintergrund gerecht?
5. Inwiefern unterscheiden sich Nutzung und Nachfrage der ambulanten und stationären Pflege durch Menschen mit und ohne Migrationshintergrund?
6. Wie beurteilen sie den Zugang zu und den Kenntnisstand von Flüchtlinge sowie Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus über das deutsche Gesundheitssystem? Ist dies ausreichend?

**Vorsitzender:** Meine Damen und Herren! Ich wünsche Ihnen allen einen guten Morgen und eröffne die 15. Sitzung der Enquetekommission. Ich begrüße insbesondere die Sachverständigen und danke ihnen für die Überlassung ihrer Konzeptpapiere.

Wenn Sie einverstanden sind, treten wir gleich in die Tagesordnung ein. Ich bitte Herrn Dr. Hans-Ulrich Klör um seine Stellungnahme.

Herr Prof. **Dr. med. Klör**: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Ich darf ganz kurz darlegen, weswegen ich hier vortrage. Dazu möchte ich mich vorstellen: Ich bin Internist am Universitätsklinikum Gießen und Marburg. Mitte der Achtzigerjahre bin ich von einem längeren Aufenthalt in den USA zurückgekommen, wo die Minoritätenfrage bekanntlich stets aktuell war und es auch nach wie vor ist. Ich war beruflich sehr stark damit in Berührung gekommen.

Bevor ich überhaupt meine medizinische Karriere startete, hatte ich bereits direkten Kontakt mit den türkischen Migranten der ersten Generation – wie man sie heute nennt; als „Gastarbeiter“ wurden sie damals bezeichnet. Direkt nach meinem Examen im Jahr 1968 habe ich immer samstags bei Opel in Rüsselsheim die eintreffenden Gruppen von Arbeitern aus Ostanatolien mit untersucht. Man hat die Leute damals daraufhin untersucht, ob sie Tuberkulose haben. Das war mehr oder weniger die Gesundheitsuntersuchung.

Ich habe mich schon damals mit der Frage befasst, wie man mit einer solchen Gruppe umgeht. Meine Erfahrungen in den USA haben mir gezeigt, dass es sinnvoll ist – sicherlich auch in Form einer Nichtregierungsorganisation –, sich um diese Frage zu kümmern. Wir haben verschiedene Gesundheitsprobleme festgestellt, über die wir, wenn Sie möchten, auch etwas mehr im Detail diskutieren können. Ich komme später noch einmal kurz darauf zurück.

Im Jahr 1988 haben wir in Gießen die Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung gegründet. Seitdem haben wir in kontinuierlicher Arbeit die wichtigsten Gesundheitsprobleme der hier lebenden türkischen Migranten untersucht und dazu Artikel publiziert.

In Bezug auf diese spezielle Konstellation muss ich zunächst einmal feststellen, dass der Hintergrund zum einen dadurch bestimmt ist, dass die meisten dieser Migranten aus einer Gegend in Ostmittelanatolien kommen, die, was die Bevölkerung betraf, immer sehr isoliert und zudem sehr agrarisch orientiert war. Es gab häufig eine gewisse Notwendigkeit, innerhalb der weitverzweigten Familien zu heiraten, z. B. um die Herden nicht teilen zu müssen. Das war eines der Prinzipien.

Medizinisch gesehen führte das dazu, dass heutzutage ein hoher Konsanguinitätsgrad zu verzeichnen ist. Man schätzt, dass dort in ca. 30 % der Fälle Heiraten zwischen Cousin und Cousine erfolgt sind, was dem Auftreten von Erbkrankheiten sehr stark Vorschub leistet. Wir sehen in der türkischen Migrantenpopulation außerordentlich häufig genetisch bedingte Erkrankungen, die eigentlich relativ selten sind, was auch dazu geführt hat, dass sich die TDG sehr darum bemüht hat, Selbsthilfegruppen ins Leben zu rufen, die das thematisieren. Verschiedene sogenannte Speicherkrankheiten sind hier zu nennen; aber auch schwere Hypercholesterinämien sind in dieser Bevölkerungsgruppe sehr viel häufiger. Das betrifft gerade diejenigen, die zu uns gekommen sind, weniger die städtische Bevölkerung in Istanbul oder Ankara.

Dieser genetische Hintergrund hat vor allem deshalb eine gewisse Bedeutung, weil er das Entstehen von Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen begünstigt. Wir haben bei unseren Untersuchungen sehr früh festgestellt, dass es bei den türkischstämmigen Patienten zwischen Mitte 50 und Anfang 60 ein sehr viel größeres Risikopotenzial gibt als bei den deutschen Kontrollgruppen.

Man kann, wenn man das wiederum unterteilen will, mitgebrachte Risiken unterscheiden. Das sind vor allen Dingen genetisch bedingte Fettstoffwechselstörungen, die sozusagen erworbene Risikofaktoren verstärken. Natürlich ist der Lebensstandard dieser Leu-

te gewaltig gestiegen. Man hat einmal ausgerechnet, dass ihr Fleischkonsum ursprünglich bei 20 g täglich lag. Auch ihr Fettkonsum war sehr gering. Das hat sich, als sie hierhergekommen sind, sehr stark geändert.

Das hat negative Effekte, was das Auftreten verschiedener Fettstoffwechselerkrankungen betrifft. Unter anderem ist die Prävalenz von Diabetes sehr hoch – sehr viel höher als in der durchschnittlichen deutschen Bevölkerung –, wobei die Ursachen dafür noch nicht ganz klar sind. Wir haben vor einigen Jahren eine große Untersuchung zu diesem Thema durchgeführt und festgestellt, dass fast 13 % der Erwachsenen dieser Bevölkerungsgruppe davon betroffen sind, was eine, auch international gesehen, sehr hohe Zahl ist. Der Anteil ist auch höher als bei der vergleichbaren Population in der Türkei selbst, deren Lebensstandard – zumindest in dieser sozialen Kategorie – nicht so hoch ist wie der der in Deutschland lebenden Migranten.

Dazu kommt ein in gewisser Weise mitgebrachtes Risiko: Das Rauchen ist unter den türkischen Männern enorm häufig. Man schätzt – wir haben vor einigen Jahren eigene Untersuchungen angestellt; das ist auch in der Türkei so –, dass über die Hälfte der Männer raucht. Frauen dieser Alterskategorie rauchen überhaupt nicht. Dagegen ist es bei den Angehörigen der jüngeren Bevölkerungsschichten – etwa 20- und 30-Jährige – durchaus so wie bei der deutschen Bevölkerung: Die Frauen rauchen mindestens so häufig wie die Männer, zum Teil sogar häufiger. Das Rauchen stellt also ebenfalls ein großes Problem dar. Das ist etwas, was man gezielt angehen muss. Dazu ein Vergleich: In der durchschnittlichen männlichen deutschen Bevölkerung beträgt die Raucherfrequenz etwa 30 %. – Das sind die wesentlichen kardiovaskulären Risikofaktoren.

Es kommen noch zwei Faktoren hinzu, die mit Infektionskrankheiten zusammenhängen. Wie in vielen anderen Entwicklungs- bzw. Schwellenländern ist auch in der Türkei die Frequenz von Magengeschwüren und Magenkarzinomen sehr hoch. Das kommt daher, weil bei der dortigen Bevölkerung eine Besiedelung des Magens durch den Magenkeim *Helicobacter pylori* sehr häufig vorkommt. Wir haben gleich nach der Gründung der TDG Untersuchungen dazu durchgeführt und festgestellt, dass auch bei den in Deutschland lebenden türkischen Männern und Frauen die Prävalenz der Besiedelung durch dieses Bakterium bei etwa 60 % liegt; zum Teil sind es auch 70 %. Das ist eine Besiedelung, die quasi in der Familie weitergegeben wird. Dementsprechend haben wir gefunden, dass dieser Keim bei bis zu 40 % der Jugendlichen vorkam. Sie haben also ein Risiko, später eine Magengeschwüserkrankung oder auch ein Magenkarzinom zu entwickeln.

Das ist eigentlich etwas, was gezielt angegangen werden muss; denn die Häufigkeit der Besiedelung durch *Helicobacter pylori* ist bei der durchschnittlichen deutschen Bevölkerung sehr viel geringer. Wir haben es hier also mit einer gerade bei türkischen Migranten sehr häufigen Infektionskrankheit zu tun.

Eine weitere Infektionskrankheit, die von den Migranten aus Ost- oder Mittelanatolien mitgebracht worden ist, ist die Hepatitis B, eine der Virushepatitisarten. In der Türkei wird bei den Viruskontakten eine Häufigkeit von fast 60 % angegeben. Wir haben hier bei entsprechenden Untersuchungen etwa 40 % Betroffene gefunden. Nun sind nicht alle diese Leute durch dieses Virus chronisch erkrankt, sondern es bedeutet, dass sie damit Kontakt hatten. Man schätzt, dass etwa 10 % der hier lebenden älteren Migranten ein Risiko haben, an einer chronischen Hepatitis zu erkranken, die eventuell zu einer Leberzirrhose führt, also einen tödlichen Ausgang haben kann.

Mit anderen Worten: Wir haben hier eine gezielte Aufklärungsarbeit zu leisten, da man es nicht merkt, dass man diesen Virus in sich trägt, ebenso wenig wie man merkt, dass man eine Magenbesiedelung durch den Keim *Helicobacter pylori* hat. Man kann das mit verschiedenen modernen Diagnostikmitteln in solchen Bevölkerungsgruppen sehr gut nachweisen und dann entsprechende Therapiemaßnahmen einleiten.

Das ist im Wesentlichen das Spektrum der medizinischen Erkrankungen, die bei den türkischen Migranten in Deutschland sehr häufig vorkommen. Ich kann hier nur über die türkischen Migranten reden; denn das ist der Erfahrungshintergrund, den wir in der Arbeitsgruppe in Gießen haben.

**Vorsitzender:** Ich darf zu Wortmeldungen einladen.

Abg. **Kordula Schulz-Asche:** Ich habe drei Fragen. Ich kenne Ihre Arbeit und finde die Forschung, die dort betrieben wird, sehr beeindruckend. Deswegen lautet meine erste Frage: Glauben Sie, dass der Zusammenhang zwischen Herkunft und Krankheit ausreichend erforscht wird, oder sehen Sie da Handlungsbedarf?

Zweite Frage. Inwieweit werden die Erkenntnisse der Forschung in die Ausbildung der Mediziner und auch des Pflegepersonals integriert? Sehen sie da noch Handlungsbedarf?

Die dritte Frage bezieht sich auf die Prävention: sowohl das Erkennen als auch das Vermeiden von bestimmten Erkrankungen. Welche Möglichkeiten der Prävention und der Gesundheitsförderung sehen Sie bei der Gruppe der Menschen türkischer Herkunft?

Herr Prof. **Dr. med. Klör:** Ich fange mit der letzten Frage an; denn sie ist die wichtigste. Ich habe es anlässlich der Erläuterung der Besiedelung durch das Bakterium *Helicobacter pylori* und der Verbreitung der Hepatitis B schon angedeutet: Man muss gezielte Maßnahmen ergreifen, um diese Bevölkerungsgruppe zu diagnostizieren. Das ist im Rahmen unseres kassenärztlichen Systems kaum möglich, da man, um so etwas durchzuführen, die Bevölkerung zu bestimmten Aktionen aufrufen muss.

Das ist ein Problem, das man letztendlich nur mit öffentlicher Hilfe lösen kann. Wir haben zum Teil versucht, die Leute über die Medien zu erreichen, aber das hat nur einen begrenzten Wirkungsgrad. Man kann sich vorstellen, dass das idealerweise von den Versicherungen, die registriert haben, welche Patienten diesen Hintergrund haben, initiiert wird: dass von dort aus versucht wird – wenigstens grob –, die Diagnostik einzuleiten. Die Therapie ist dann kein Problem; sie kann man im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchaus durchführen. Man kann den *Helicobacter pylori* aus dem Magen entfernen, und auch bei der Hepatitis-B-Therapie, die viel komplizierter ist, gibt es heutzutage Möglichkeiten.

Mit anderen Worten: Es gibt ein Bedürfnis nach Aufklärungsaktionen, die über eine rein mediale Aufklärung hinausgehen; denn man braucht doch eine direkte Ansprache. Da viele dieser Patienten sehr stark religiös orientiert sind, haben wir zum Teil versucht, das über die Imame zu machen. Wir haben speziell einen Aufklärungskurs für Imame durchgeführt, die das dann ansprechen sollen – was sie auch machen. Aber auch das hat nur einen begrenzten Einfluss auf diese recht große Bevölkerungsgruppe. Wenn man

sich die Zahlen vergegenwärtigt, wird einem klar, dass es recht viele Individuen sind, die ahnungslos damit leben und bei denen man eigentlich intervenieren müsste.

Die erste Frage bezog sich sozusagen auf die Ausgiebigkeit der Forschung. Da gibt es sicherlich noch einen Bedarf. Vor allen Dingen muss die Häufigkeit bestimmter Dinge erforscht werden. Das ist aber mehr ein epidemiologischer Ansatz. Ich glaube, die wesentlichen Punkte, die für diese Bevölkerungsgruppe wichtig sind, haben wir in den letzten 20 bis 25 Jahren herausgefunden.

Was die Weitergabe an die Auszubildenden betrifft: Wir haben in Gießen einen Kurs für Migrantenmedizin eingerichtet. Das sollte an anderen Universitäten Schule machen; denn es gibt eben bestimmte Aspekte zu beachten, die bei der deutschen Bevölkerung nicht so häufig vorkommen.

Abg. **Alexander Bauer:** Ich habe eine Frage zur interkulturellen Kompetenz. Das betrifft auch das Pflegepersonal. Mich interessiert, ob Sie aufgrund Ihrer langjährigen Erfahrungen in der Türkisch-Deutschen Gesundheitsstiftung auch etwas zu den Problemen sagen können, die im Klinikbetrieb durch kulturelle Unkenntnis entstehen können.

Hierbei geht es nicht nur um das Pflegepersonal, sondern auch um die Art und Weise, wie die Patienten untergebracht werden. Es gibt nach wie vor Mehrbettzimmer. Die Besuchsfrequenzen sind kulturell unterschiedlich. Teilweise spielt der familiäre Background mit hinein. Da gibt es Differenzen und Konfliktpotenzial. Ganz objektiv: Können Sie uns aufgrund Ihrer alltäglichen Erfahrungen ein paar Punkte schildern, die vielleicht der Abhilfe bedürfen?

Herr Prof. **Dr. med. Klör:** Man muss hier sicherlich unterscheiden. Wir haben eine 50-jährige Geschichte der Migration. Ich habe in meinem Paper darauf hingewiesen, dass wir jetzt den 50. Jahrestag des Anwerbeabkommens feiern – wobei ich nicht weiß, ob der Begriff „feiern“ der richtige ist. Anwerbeabkommen – das ist schon von der Nomenklatur her ein etwas eigenartiger Begriff, den man sonst eher aus der Schifffahrt kennt. „Anheuern“ ist ein Ausdruck, der einem als Laien geläufig ist. Das zeigt, dass wir im Vergleich zu den Anfängen intellektuell jetzt ganz anders damit umgehen.

Die Frage, die Sie gestellt haben, war in den ersten 20 bis 25 Jahren sehr relevant. Da waren die Leute absolut hilflos. Das betrifft die erste Generation. Man hatte nicht erwartet, dass sich die Leute integrieren. Das war nicht das Ziel dieses Abkommens. Vielmehr sollten sie nach zwei oder drei Jahren nach Hause zurückkehren. Bis man so weit war, zu akzeptieren, dass es sich um eine Migration handelt, waren die Leute auf sich selbst gestellt und haben im Gesundheitssystem, etwa in der stationären Versorgung, kein Verständnis gefunden. Man war der Auffassung, das sind Gäste, die zwar etwas länger bleiben, um deren spezielle Probleme man sich aber eigentlich nicht kümmern muss.

Dieser Eindruck ist in den Hinterköpfen sicherlich immer noch zum Teil vorhanden. Aber man hat gerade im Klinikalltag sehr schnell gemerkt, dass das so nicht geht und dass man allein für die Anamnese, also für die Ermittlung des Problems, spezielle Kenntnisse braucht. Es ist heute noch so wie früher: Es kommen Angehörige der zweiten – inzwischen auch der dritten – Generation mit, die sich um die Älteren kümmern, weil deren Sprachkenntnisse nicht ausreichen, um medizinische Sachverhalte für den Arzt verständlich darzustellen. Das ist das wesentliche Problem.

Ich glaube, weniger problematisch ist die Besuchsfrequenz, die Sie angesprochen haben. Das mag je nach Krankenhaus unterschiedlich sein. Im Uniklinikum spielt das aber eigentlich keine große Rolle. Wie gesagt, der interkulturelle Dialog ist immer noch das Problem. Gerade für den Nachtdienst ist das schwierig: Woher bekommt man jemanden, der einem Patienten mit einem akuten Abdomen – akute Bauchprobleme – erklärt, was er eigentlich hat? Das sind Situationen, in denen man immer noch mit großen Schwierigkeiten zu rechnen hat. Man macht sicherlich viel Diagnostik – unter Umständen ohne dass die Untersuchungen sinnvoll und berechtigt sind.

Abg. **Alexander Bauer:** Gibt es nicht auch eine Veränderung in der Ärztestruktur? Ist nicht das Spektrum der Ärzte viel größer geworden in dem Sinne, dass darunter sehr viele Migranten sind, sodass ein größeres Verständnis vorhanden ist bzw. dass eine gewisse kulturelle Kompetenz mitgebracht wird?

Herr Prof. **Dr. med. Klör:** Ja. Das ist zwar prinzipiell richtig, und es hat auch diesen Effekt, weil in der Situation ein Arzt mit einem solchen Hintergrund anwesend ist. Aber Sie müssen bedenken, dass es sehr wenige Leute sind. Wenn Sie sich das bundesweit anschauen, stellen Sie fest, dass die Zahl der Medizinstudenten mit Migrationshintergrund relativ niedrig ist. Aber über das Ärzteproblem brauchen wir nicht groß zu reden.

**Vorsitzender:** Sie haben dann auch nur einen einzigen anderen kulturellen Hintergrund, z. B. türkisch oder kroatisch.

Herr Prof. **Dr. med. Klör:** Exakt. Das Problem ist, dass man zwar vielleicht mit einer Bevölkerungsgruppe zurechtkommt, aber keinen multikulturellen Hintergrund erzeugen kann. Das ist sehr schwierig.

Ich möchte noch einmal darauf hinweisen: Wir können von den Angehörigen der zweiten oder dritten Generation nicht erwarten, dass sie plötzlich aufholt und über die Kompetenz verfügt, die die Angehörigen der ersten Generation nicht hatten. Es ist bei keiner Bevölkerungsgruppe in der Welt so, dass man in der zweiten Generation durchweg Universitätsprofessoren findet, wenn die Angehörigen der ersten Generation vor allen Dingen einen agrarischen Hintergrund hatten. Das gibt es nicht.

Es ist ein rein soziales Phänomen, das wir hier vor uns haben. Wir haben gerade Leute ausgesucht, die ein niedriges berufliches Niveau hatten. Sie durften in der Türkei keine feste Arbeitsstelle haben. Wir haben – um es so auszudrücken – unterprivilegierte Leute nach Deutschland geholt in der Absicht, sie nur als Arbeitskräfte einzusetzen und anzusehen. Dann kann man nicht erwarten, dass in der zweiten oder dritten Generation plötzlich intellektuelles Spitzenniveau zum Vorschein kommt. Das ist völlig unrealistisch. Daher muss man sich überlegen, ob man dieses Defizit durch andere Maßnahmen kompensieren kann.

Abg. **Ismail Tipi:** Herr Prof. Klör, herzlich willkommen bei uns in Wiesbaden. Ich habe Ihre Arbeit vom ersten Tag an – seit dem Jahr 1988 – begleitet. Deswegen weiß ich, was Sie für die medizinische Versorgung der hiesigen Migranten getan haben. Dafür möchte ich Ihnen ein herzliches Dankeschön aussprechen.



Ich habe ein paar kurze Fragen. Sie sprachen davon, dass sich in der ersten Generation der türkischen Migranten relativ viele Ehen zwischen Verwandten finden. Wie ist das Verhältnis jetzt?

Herr Prof. **Dr. med. Klör**: Das weiß man nicht. Ich kenne keine Daten.

Abg. **Ismail Tipi**: Wie wird aktuell über die Risiken für die Krankheiten aufgeklärt, die Sie vorhin genannt haben? Gibt es politische Unterstützung?

Das ist vielleicht eine etwas schwierige Frage: Sie haben mehrere Erbkrankheiten erwähnt, die die Menschen mitgebracht haben. Kann man das, was Sie medizinisch festgestellt haben, vielleicht auch als eine zusätzliche Belastung für die Sozialsysteme sehen?

Herr Prof. **Dr. med. Klör**: Wenn ich jetzt als Kassenvertreter hier säße, würde ich sagen: Das interessiert mich nicht; dabei geht es um viel zu wenig Geld. – Ich meine damit die Zahl der Fälle: Wenn in Deutschland eine Speicherkrankheit nicht zehnmals, sondern 100-mal vorkommt, interessiert das die Kostenträger fast nicht. Aber die jeweiligen Familien sind von diesen Krankheiten enorm stark betroffen.

Ich stimme Ihnen sehr zu, was die Bedeutung der Aufklärung betrifft. Wir versuchen es. Zum Beispiel gibt es eine Stiftung, die sich mit einer Speicherkrankheit der Leber befasst: Morbus Coucher. Da sind die Türken fast unter sich. Es gibt fast keine Deutschen mit dieser Krankheit. Die Heiraten zwischen Cousin und Cousine ermöglichen sozusagen diese große Frequenz.

Über solche Organisationen kann man den Patienten direkt helfen. Ich glaube, dass dies das Wirksamste ist. Ich glaube nicht, dass man da auf politischer Ebene viel machen müsste oder sollte. Vielmehr sollte man Organisationen fördern, die sich mit speziellen genetisch bedingten Krankheiten beschäftigen. Das ist ein sinnvoller und effektiver Weg, um das zu verbessern. Wir versuchen von der TDG aus, das in diese Richtung zu steuern.

Sachv. Prof. **Dr. Friedrich Heckmann**: Ich habe zwei Fragen. Die erste Frage ist durch das, was Sie gerade gesagt haben, zum Teil schon beantwortet. Sie haben gesagt, diese genetisch bedingten Krankheiten träten sehr viel häufiger auf als in anderen Bevölkerungsgruppen. Aber die Zahl der Fälle ist, wenn ich Sie richtig verstanden habe, insgesamt nicht häufig. Sie fallen also, was die Kapazitäten betrifft, nicht besonders ins Gewicht?

Herr Prof. **Dr. med. Klör**: Das ist richtig.

Sachv. Prof. **Dr. Friedrich Heckmann**: Die zweite Frage bezieht sich auf die Magenkrankheiten. Ich habe die vielleicht etwas laienhafte Vorstellung, dass man bei der Entstehung von Magenkrankheiten häufig auch von psychischen oder sozialen Stressfaktoren ausgeht. Ich möchte Sie fragen, inwieweit man hier bestimmte Gewichtungen vor-

nehmen kann und ob auch andere Krankheitsbilder möglicherweise mit dem Stress zusammenhängen, den die Migration mit sich bringt.

Herr Prof. **Dr. med. Klör**: Den letzten Satz, den Sie gesagt haben, würde ich etwas modifizieren. Nicht die Migration selbst verursacht den Stress. Die Leute sind aufgefordert worden, hierherzukommen. Sie – also die Angehörigen der ersten Generation – haben sich vorgestellt, hier ein paar Jahre zu arbeiten und sich dann ein Häuschen in der Türkei zu kaufen. Das war eine der Vorstellungen. Aber der Alltag in einem völlig fremden Land, in einer hoch entwickelten Industriegesellschaft, ist völlig anders als der in Ostanatolien, der vom familiären Zusammenhang geprägt ist. Das ist so, als ob diese Menschen mit einem Fallschirm in eine völlig fremde Umgebung hinabgelassen worden wären. Das bedeutet natürlich Stress, egal was man macht.

Um auf die Magenkrankheit zurückzukommen, die ich angesprochen habe: Man hat ursprünglich gedacht, das sei eine reine Stresskrankheit – was durchaus auch der Fall ist. Der Stress wirkt sich nachweisbar auf den Magen aus. Ich bin Gastroenterologe; ich schaue sehr oft in einen Magen hinein und sehe das direkt. Insofern kann ich Ihnen nur zustimmen. Aber man hat das ursprünglich als eine nur durch Stress bedingte Krankheit verstanden und gedacht, die Leute hätten Heimweh – was so auch falsch ist; denn die Leute wollten hierherkommen, um zu arbeiten. Das war schlicht eine Fehlinterpretation. Es hat sich dann gezeigt, dass die Grundvoraussetzung für diese Krankheit die Keimbeseidelung ist.

Ich rede gern über dieses Beispiel, weil es zeigt, dass die externen Einflüsse auf diese Patienten zwar sehr groß sind, sie aber ein Risiko in sich tragen, das sie quasi mitgebracht haben. Dieses Risiko kann man minimieren. Man kann diesen Keim mit den heutigen Mitteln zum Verschwinden bringen, sodass die Menschen dieses Risiko nicht mehr haben. Sie leiden unter Umständen nach wie vor unter Stress; aber das ist etwas, was sehr viel schwerer zu therapieren ist.

Abg. **Mürvet Öztürk**: Herr Dr. Klör, das, was Sie im Zusammenhang mit dem Stress und dem Magenkarzinom gesagt haben, finde ich sehr interessant. Darauf werde ich ein anderes Mal zurückkommen; denn es gibt garantiert viele Leute, die das bisher falsch interpretiert haben. Ich glaube, in manchen Kreisen ist das ein Thema.

Ich möchte drei Fragen stellen. Erstens. Unter den sogenannten türkischen Gastarbeitern ist der Eindruck weitverbreitet, dass sie als kerngesunde Menschen nach Deutschland gekommen sind; schließlich sind sie vorher untersucht worden, und es sind keine Krankheiten festgestellt worden; sonst hätten sie gar nicht einreisen dürfen. Dann haben sie hier jahrelang schwere Industriearbeit verrichtet oder zumindest Tätigkeiten ausgeübt, die körperlich anstrengend waren, und viele von ihnen sind früh verstorben. Die Auffassung ist weitverbreitet, dass sie aufgrund dieser schweren Industriearbeit erkrankt und deshalb früher gestorben sind.

Da Sie speziell mit türkischen Migranten zu tun haben, interessiert mich erstens, ob sie Langzeitstudien haben, die das medizinisch belegen. Falls das nicht der Fall ist, würde mich, zweitens, interessieren, ob Sie mit den türkischen Verbänden, mit denen Sie zusammenarbeiten, Aufklärungsarbeit betreiben. Das würde mich sehr interessieren, weil die Auffassung, die ich eben beschrieben habe, einen sehr negativen Blick auf die eigene Biografie bedeutet: Ich wurde ausgebeutet, bin jetzt krank, habe eigentlich gar

nichts und muss sterben. – Ich glaube, das ist sehr wichtig, wenn es darum geht, sich in der neuen Heimat wohlfühlen.

Zweite Frage. Sie haben kurz über die Gefahr der Fehldiagnostik berichtet, die aufgrund der Sprachprobleme entsteht. Meiner Einschätzung nach ist das kein Thema der Vergangenheit, sondern nach wie vor aktuell; denn die Migranten der ersten Generation sind jetzt in einem hohen Alter, und es kommt oft zu Fehldiagnosen, auch weil die Kinder nicht optimal übersetzen können. Haben Sie Daten, wie oft es, prozentual gesehen, zu einer Fehldiagnose kommt und wie viele unnötige Kosten den Krankenkassen eventuell aufgebürdet worden sind, weil man falsche Diagnosen gestellt und lange Zeit herumgedoktert hat? Gibt es dazu Anhaltspunkte?

Herr Prof. **Dr. med. Klör**: Ich fange mit der letzten Frage an. Zahlen haben wir nicht. Es werden uns in der TDG in Gießen immer wieder Fälle zugetragen, aber das ist nicht repräsentativ. Das will ich auch gar nicht behaupten. Es gibt sicherlich immer wieder Missverständnisse und auch Fehldiagnosen. Allerdings gibt es das bei deutschen Patienten auch.

(Abg. Mürvet Öztürk: Aufgrund der Sprachprobleme!)

– Das ist heute sicherlich nicht so schlimm wie früher. Noch vor 20 Jahren war das ein sehr großes Problem. Heute ist das besser. Damit will ich nicht sagen, dass dieses Problem nicht existiert. Ich arbeite in einer Praxisumgebung und betreue unter anderem türkische Patienten, auch solche der ersten Generation. Es ist weniger aus sprachlichen Gründen schwierig, sondern hängt eher damit zusammen, ob scharf formuliert werden kann, worin die eigenen Beschwerden bestehen. Das ist ein sehr großes Problem. Es hängt mit der kulturellen Tradition zusammen, dass Beschwerden anders dargestellt werden, als es gebürtige Deutsche vielleicht machen. Das ist ein Phänomen, das zu einer umfangreicheren Diagnostik führt; insofern stimme ich Ihnen zu. Aber ich glaube nicht, dass es – von Einzelfällen abgesehen, die es natürlich gibt – massenhaft zu Fehldiagnosen kommt.

Aber das Problem, das Sie angesprochen haben, ist immer noch vorhanden. Man darf sich als Arzt – das ist eigentlich eine Selbstverständlichkeit – nicht damit zufrieden geben, dass man meint, man habe einen Patienten verstanden. Bei türkischen Migranten dauert die Diagnostik länger als bei deutschen Patienten mit den gleichen Beschwerden.

Zu dem von Ihnen geschilderten Eindruck, dass man als gesunder Mann hierhergekommen ist und als Opfer der deutschen Industrie stirbt – um das einmal etwas scharf zu formulieren. Aber so ähnlich wird das manchmal dargestellt.

(Abg. Mürvet Öztürk: Ja, aber so scharf kommt das rüber!)

Da muss man unterscheiden. Ich habe die Herz-Kreislauf-Erkrankungen angesprochen. Dafür gibt es sehr unterschiedliche Gründe. In dem Zusammenhang ist ein hoher Grad an Eigenverantwortung zu nennen. Man hat damals nicht nach Risikofaktoren geschaut, weil man das gar nicht konnte. Die modernen Messmethoden, mit denen man das Vorhandensein von Risikofaktoren prüfen kann, hatte man nicht zur Verfügung. Man hat darauf geachtet – ich habe ein schönes Bild in meiner Sammlung –, dass die Leute sich bücken konnten: In den Rekrutierungsbüros mussten sie sich nach vorne bücken, womit man feststellen wollte, ob sie arbeiten können, also ob die Wirbelsäule in

Ordnung ist. Man hat eine Aufnahme der Lunge gemacht, um sicherzugehen, dass keine Tuberkulose da ist, und das war es. Man wusste also nicht, ob ein Migrant irgendeine chronische Erkrankung hatte.

So kann der Eindruck entstehen, dass die Leute gesund hierhergekommen und aufgrund der Belastungen durch die Arbeit früh verstorben sind. Man müsste im Einzelfall nachfragen, was der Grund für das Versterben war. Wenn es sich um eine Herzkrankheit gehandelt hat – in der weit überwiegenden Zahl der Fälle war das so –, war es so, wie ich es Ihnen dargestellt habe: Bei diesen Leuten sind im Laufe der Jahre einfach sehr viele Risikofaktoren zusammengekommen. Von eigenem Verschulden kann man eigentlich nur in Bezug auf das Rauchen sprechen. Aber bekanntermaßen ist es auch bei den Deutschen kein Thema, dass es sich dabei um „schuldhaftes“ Verhalten handeln könnte.

Eine andere Frage ist – die ist mit Ja zu beantworten –, welche Schäden bei den Leuten entstanden sind, die körperlich sehr hart arbeiten mussten. Als Beispiel nenne ich die Gießerei Buderus in Wetzlar. Das ist eine körperlich sehr harte Arbeit, die Wirbelsäulen- und Gelenkschäden zur Folge hatte. Das wird auch nicht negiert. Aber die Patienten haben natürlich den Eindruck – in gewisser Weise zu Recht –, ihre Arbeit hat dazu geführt, dass sie diese Schäden davongetragen haben. Diese Schäden würden jedoch nicht zum Tod führen. Wenn sie sagen, dieser oder jener sei daran gestorben, muss ich darauf verweisen, dass das ein anderes Thema ist. Das würde man sich sehr viel differenzierter anschauen müssen.

Abg. **Mürvet Öztürk**: Mit der Antwort habe ich gerechnet. Meine Nachfrage ist, ob Sie diesen Hinweis auch in die Aufklärungsarbeit einfließen lassen.

(Herr Prof. Dr. med. Klör: Die Herz-Kreislauf-Risiken?)

– Nein, die Ursachen. Sie haben Türkisch sprechende Mitarbeiter, Sie führen Projekte durch, und Sie gehen in die Vereine und klären über die Folgen für die Gesundheit auf. Fließt das dort mit ein?

Herr Prof. **Dr. med. Klör**: Wir differenzieren. Wir gehen einzelne Problemfelder an. Als Beispiel habe ich die Imamarbeit genannt. Im Freitagsgebet wird jetzt gesagt: Wenn du rauchst, ist das im Sinne des Korans ein Verbrechen an dir selbst. – Das kann man aus dem Koran ableiten. Aus der Bibel kann man es nicht ableiten – aus dem Koran eigentlich auch nicht.

(Heiterkeit)

– Das ist ein interessantes Thema. Es steht dort: Du sollst dir nicht schaden. – Das betrifft auch die Gesundheit. Man kann das aufgreifen, um an das individuelle Verantwortungsgefühl zu appellieren. Es geht im Wesentlichen um die Männer. Die Frauen rauchen noch nicht – ich betone: noch nicht – so häufig. Das ändert sich allerdings drastisch. Bei der jungen Generation ist das anders. Aber die erste Generation der Frauen hat überhaupt nicht geraucht.

Das ist ein Beispiel für ein Problem, das wir angehen. Wir versuchen, die einzelnen Symptome direkt in Angriff zu nehmen, um das auch den Laien verständlich zu machen;

denn das ist doch ein sehr komplexes Thema. Wenn man den Zusammenhang insgesamt darstellt, ist es sehr schwierig zu verstehen.

Sachv. **Marc Phillip Nogueira:** Ich habe drei Fragen: die Aufklärungsarbeit, die Sie angesprochen haben, die Lebenserwartung und den Nachzug.

Erste Frage. Ich fange mit dem Thema Nachzug an. Sie haben von der ersten, der zweiten und der dritten Generation gesprochen. Nun kann man sagen, es gibt regelmäßig ein Update der ersten Generation dadurch, dass immer wieder Familien zusammengeführt oder Ehen zwischen Verwandten geschlossen werden, die aus genau demselben Gebiet kommen. Meine Frage dazu ist: Wiederholt sich alles, was in den ersten 25 Jahren geschehen ist, oder gibt es einen Wandel, der damit zusammenhängt, dass der Staat Aufklärungsarbeit betreibt oder dass andere Faktoren greifen, z. B. in Form einer Hilfestellung durch türkischstämmige Personen, die bereits hier aufgewachsen sind? Wie verhält sich das?

Zweite Frage. Kann man sagen, dass die durchschnittliche Lebenserwartung der zugewanderten türkischstämmigen Personen insgesamt höher ist als die der Vergleichsgruppe in der Herkunftsregion? Das bezieht sich im Anschluss an die Frage von Frau Öztürk darauf, dass die Lebenserwartung durch harte Arbeit verkürzt werden kann.

(Abg. Alexander Bauer: Wie es in Anatolien ist, wie die Vergleichsgruppe dort lebt!)

– Genau, es geht um die Vergleichsgruppe in Anatolien. Das heißt: Kann man sagen, dass das Leben in einer Industriegesellschaft eher dazu führt, dass die Leute länger leben? Wir haben gehört, dass der Lebensstandard insgesamt steigt. Das ist ein Punkt, der gar nicht so unwichtig ist.

Die dritte Frage bezieht sich auf die Aufklärung. Sie sagen, es müsse mehr aufgeklärt werden; da könne man mithilfe von Sprachkompetenz etwas machen. Aber es gibt auch Krankheiten, von denen die gesamte Bevölkerung betroffen ist und bei denen wirklich ein Problem bei der Aufklärung besteht. Ein Beispiel dafür ist der Prostatakrebs. Wie realistisch ist es, eine umfassende Aufklärung anzustreben? Ist es nicht vielleicht auch ein Stück weit hinzunehmen, dass man an bestimmten Punkten nicht viel weiter kommt?

Herr Prof. **Dr. med. Klör:** Die letzte Bemerkung möchte ich aufgreifen. Das zuletzt genannte Beispiel ist sehr gut; aber noch besser ist das Beispiel Darmkrebs. Der Darmkrebs ist durch Aufklärungsarbeit und eine Untersuchung – die sich natürlich nicht nur auf die türkische Migrantinnenbevölkerung konzentriert – heutzutage absolut vermeidbar. Wir versuchen das. Es gibt keine offiziellen Zahlen dazu; aber wir haben den Eindruck – das ist jetzt sehr subjektiv –, dass die türkischen Migranten die Bedeutung einer Vorsorgeuntersuchung nicht begreifen. Ich spreche von der ersten Generation, d. h. von den Leuten, die älter als 50 bis 55 Jahre sind. Das sind die Männer, die zur Prostata- und auch zur Darmuntersuchung gehen müssten.

Das ist eine typische Aufklärungsarbeit – ich habe das eingangs angesprochen –, bei der man sich überlegen kann, wie man das machen sollte. Wir leisten diese Aufklärungsarbeit über die Medien. Die türkischen Medien werden von uns regelmäßig mit

Informationen über diese Themen versorgt. Natürlich lesen das sehr viele Leute. Ob daraus die notwendigen Aktionen folgen, ist eine zweite Sache.

Die Frage nach der Lebenserwartung ist interessant. Unseren eigenen Zahlen nach ist es in Bezug auf die Herzkrankheiten in der Tat so, dass die Migranten in einem jüngeren Alter verstorben sind als die vergleichbare deutsche Bevölkerungsgruppe. Sogar diese Daten gibt es; sie wurden vor einigen Jahren erhoben. Aber die Frage lautet, warum das so ist.

Ein Vergleich mit der entsprechenden Gruppe in Anatolien wäre extrem schwierig, da die Todesursachenstatistik anders aussieht. Dort ist die Herzerkrankung sozusagen noch nicht angekommen. Das ist ein typisch urbanes Risiko. Mit diesem urbanen Risiko waren die Leute gleich nach der Migration konfrontiert. Sie sind sozusagen von gestern auf heute in eine Umgebung versetzt worden, die diese Erkrankungen fördert. Die Lebenserwartung ist vergleichsweise geringer; denn sie haben mitgebrachte Risiken – ich habe das Rauchen genannt –, und vor allen Dingen ist auch der genetische Hintergrund für gewisse Stoffwechselerkrankungen vorhanden, die wiederum Gefäßerkrankungen fördern. Gerade bei der türkischen Bevölkerung aus Ostanatolien ist das Risiko offenbar sehr hoch.

Dieser Hintergrund wiegt umso schwerer, wenn man in eine Umgebung einwandert, die das Entstehen von Stoffwechselproblemen fördert. Als Beispiel nenne ich Diabetes und die Fettstoffwechselstörung, die bei den türkischen Migranten viel häufiger auftreten als in der deutschen Bevölkerung. Die Migration hatte positive, zugleich aber auch negative Auswirkungen. In der Summe kann das zu einer verkürzten Lebenserwartung führen. Aber es liegt eben nicht nur an der neuen Umgebung, sondern auch das mitgebrachte Risiko spielt hier eine gewisse Rolle.

Abg. **Barbara Cárdenas:** Herr Prof. Klör, ich bedanke mich vor allem dafür, dass sie sehr differenziert auch die soziale Situation der ersten Generation der Migranten aufgezeigt haben, die sich auf die weiteren Generationen auswirkt. Ich habe vier Fragen.

Erste Frage. Sie sprechen von der Notwendigkeit, sprachlich und kulturell kompetente ambulante Altenpfleger zu haben. Sie haben gesagt, Sie hätten sogar bereits entsprechende Ausbildungsgänge entwickelt. Ich möchte wissen, ob Sie sich Unterstützung durch das Land wünschen, um das nicht nur in Gießen – ich weiß nicht, wie weit das entwickelt ist –, sondern auch woanders umzusetzen.

Zweite Frage. Sie haben gesagt, in der stationären Versorgung sollte ein Dolmetscherdienst zur Verfügung stehen, dessen Mitarbeiter auch mit sozialen Normen vertraut sind. Inwieweit ist das vorhanden? Ist so etwas nur in Gießen vorhanden, oder gibt es das inzwischen regulär? Darüber hätte ich gern einen Überblick.

Die dritte Frage bezieht sich auf das Thema Muttersprache. Ich fand Ihre Anmerkung sehr spannend, dass in der Schlaganfallrehabilitation die Behandlung der Aphasie, also die Wiedererarbeitung von Sprache, zuerst in der Muttersprache erfolgen muss. Ich denke, eine ähnliche Problematik findet sich bei Demenzerkrankungen. Darum geht es auch bei der Frage – das höre ich von Logopäden immer wieder –, wie weit z. B. LRS und spezielle Sprachentwicklungsstörungen einen Hintergrund in der entsprechenden Spracherwerbsproblematik haben. Auch da benötigten wir eigentlich Logopäden, die entsprechend geschult sind. Meine Frage ist: Was erwarten Sie? Ist der Bedarf gedeckt? Gibt es da eine Nachfrage? Was können wir vonseiten des Landes machen?

Herr Prof. **Dr. med. Klör:** Ich fange mit der letzten Frage an. Interessanterweise ist das ein Thema, das in der Türkei gar nicht existiert. Es gibt in der Türkei keine Logopäden. Warum nicht? Die Altersstruktur der türkischen Bevölkerung hat sich noch nicht dahin gehend entwickelt, dass mit einer großen Zahl von Schlaganfallpatienten zu rechnen ist, die die entsprechenden Ausfälle haben und trainiert werden müssen. Aber wir werden damit rechnen müssen; denn in den Sechzigerjahren kamen 700.000 Männer an, und die sind jetzt im Schlaganfallalter. Irgendwann wird das zu einem Problem. Ohne eine logopädische Betreuung in der Muttersprache ist das ganz schwierig zu behandeln; denn die deutsche Sprachkompetenz, die für den Alltag genügt hat, reicht dafür nicht aus. Das ist nicht sinnvoll. Vielmehr muss man die Muttersprache fördern, und dazu benötigte man türkischsprachige Logopäden. Aber die gibt es nicht einmal in der Türkei. Das ist ein Problem.

Ich gebe zu, noch ist das kein Massenproblem. Aber wir sollten ein bisschen in die Zukunft schauen. In den nächsten fünf bis zehn Jahren wird es sicherlich zu einem Problem, einfach weil es sich um eine große Bevölkerungsgruppe handelt. Gerade in Hessen wird es enorme Schwierigkeiten geben. Zumindest sollte man Zentren schaffen, in denen eine solche Versorgung gegeben ist; denn sonst haben die Leute überhaupt keine Chance, rehabilitiert zu werden. Das finde ich sehr wichtig.

Zu der Frage nach den Dolmetschern. Soweit ich das beurteilen kann – wir haben keine exakte Aufstellung –, sind die großen Kliniken damit eigentlich versorgt. Aber bei kleinen kommunalen Krankenhäusern und bei Kreiskrankenhäusern kommt es ganz darauf an, in welcher Gegend sie liegen.

**Vorsitzender:** Seien Sie vorsichtig; passen Sie auf, dass Sie nicht eine Region als besonders hinterwäldlerisch bezeichnen.

Herr Prof. **Dr. med. Klör:** Nein, im Gegenteil. Es kommt darauf an, wo relativ viele türkischstämmige Migranten gelandet sind. Dort ist die Kompetenz relativ groß, und dort stehen dann auch Menschen mit einem medizinischen Hintergrund zur Verfügung, die dolmetschen können. Eines muss man nämlich betonen: Ein Hausfrauen- oder Hausmännerniveau an Dolmetscherei reicht nicht; denn im Notfall – ich konstruiere jetzt das Beispiel eines nächtlichen Notfalls – braucht man ein bestimmtes medizinisches Verständnis aufseiten des Dolmetschers. Er kann dem Patienten eine Frage sonst gar nicht richtig übermitteln. Ein Dolmetscher ohne medizinisches Verständnis hat sozusagen die Nomenklatur nicht parat, die man braucht, um eine solche Frage zu vermitteln.

Das haben wir in Gießen festgestellt. Wir haben an der Uniklinik damit angefangen. Dort hatte früher immer die Stationshilfe gedolmetscht. Das ging sofort in die Hose; denn es fehlte nicht an der sprachlichen Kompetenz, sondern es war einfach nicht der Hintergrund gegeben, der erforderlich ist, um eine kompetente Vermittlung des Problems zu gewährleisten.

Das ist sicherlich etwas, was noch entwickelt werden kann. Aber die Frage ist: Was macht man in einem Krankenhaus in einer Gegend, wo relativ wenige türkische Migranten leben? Wie organisiert man das? Man muss realisieren, dass dieses Problem kaum gelöst werden kann. Am ehesten geht das über eine telefonische Beratung. Eine solche Beratung haben wir schon vor vielen Jahren eingerichtet. Die Mitarbeiter der Kliniken können dort anrufen; die Auskünfte werden sozusagen per Telefon übermittelt. Aber eine direkte Ansprache ist unter diesen Umständen praktisch nicht möglich.

Zu der Frage nach den Altenpflegern. Das ist ein Programm, mit dem wir vor über zehn Jahren – mit voller Unterstützung des Landes – angefangen haben. Es gab für dieses Projekt vier oder fünf Sponsoren. Es wurde sehr gut angenommen; denn viele Frauen der ersten und auch der zweiten Generation der Migranten üben keine berufliche Tätigkeit aus. Diese Frauen haben sich gemeldet, um so etwas zu machen. Das war ein sehr erfolgreiches Programm. Die Vertreter der karitativen Einrichtungen, die davon profitieren, haben gesagt, sie seien sehr dankbar, dass das initiiert worden ist. Es gibt eben einen Bedarf, der, wie ich es ausgeführt habe, noch gewaltig steigen wird.

Abg. **Barbara Cárdenas**: Ich habe eine Nachfrage. In Dietzenbach und in anderen Städten gibt es Gesundheitslotsen. Ich halte das im Prinzip für eine gute Idee. Aber ich beobachte, dass die zumeist jungen Frauen, die das machen und die zum Teil hervorragend ausgebildet und sprachlich sehr kompetent sind – auch was die Mehrsprachigkeit betrifft –, eine, wenn überhaupt, schlecht bezahlte, manchmal sogar ehrenamtlich vermittelte Tätigkeit ausüben. Sie können sich darin zwar ausleben; aber ich denke, es darf nicht in die Richtung gehen, dass wir einen Nebenbereich schaffen. Vielmehr müsste das gesellschaftlich abgesichert sein. Dazu hätte ich gern Ihre Meinung.

Herr Prof. **Dr. med. Klör**: Natürlich wäre das schön. Wir haben immer daran gearbeitet, dass diese Tätigkeit in eine Art Festanstellung übergeht. Aber die Vertreter der Kommunen sagen: Wo ist das Geld? Wir haben keine finanziellen Ressourcen dafür. – Man müsste quasi einen extra Topf dafür schaffen. Wenn man das den einzelnen Kommunen überlässt, ist es ziemlich aussichtslos; denn deren finanzieller Spielraum ist knapp bemessen.

(Abg. Barbara Cárdenas: Das ist eine gesellschaftliche Aufgabe!)

Man müsste für so etwas einen extra Topf schaffen. Wahrscheinlich wäre es sinnvoll, das auf der Landesebene zu machen, wobei auch hier wieder der Blick ins Portemonnaie eine Rolle spielt.

(Zuruf: Wenn ihr es verbindlich beschließt, macht es!)

**Vorsitzender**: Der Topf an sich ist nicht das Problem, sondern es ist immer das problematisch, was dort hineinkommen muss.

Herr Prof. **Dr. med. Klör**: Sie haben völlig recht: Es ist eigentlich ziemlich illusorisch, solche Leute auszubilden und ihnen dann keine Perspektive zu geben. Das ergibt absolut keinen Sinn. Aber so ist es in der Tat. Sie schildern keinen Einzelfall, sondern das ist wirklich ein Problem. Der Enthusiasmus für so etwas lässt dann mit der Zeit nach; das ist verständlich. Man sagt sich: Jetzt sitze ich da und laufe mir die Hacken ab, und was ist der Lohn dafür? – Das ist immer die Frage. Auch wir merken auf verschiedenen Gebieten, dass es mit der Freiwilligkeit immer so eine Sache ist. Um das auf der ehrenamtlichen Basis zu halten, braucht man im Prinzip einen großen Pool an Leuten, damit die Ermüdeten jeweils abgelöst werden können. Das ist sehr schwierig; denn auf diese Weise geht die Erfahrung derjenigen verloren, die das vorher gemacht haben.



Abg. **Kordula Schulz-Asche**: Vielleicht würde es auch helfen, die vorhandenen Strukturen etwas zu vernetzen.

Die erste Frage bezieht sich auf die psychischen Probleme, die Sie kurz angesprochen haben. Es gibt, wenn ich richtig informiert bin, leider nicht sehr viele Untersuchungen über die tatsächliche Verbreitung von psychischen Störungen. Es gibt den Verdacht, dass relativ viele Personen mit Migrationshintergrund solche Probleme haben. Die Behandlung in diesem Bereich besteht vor allem in einer Gesprächstherapie. Mich würde interessieren, wie Sie sowohl das Erkennen der Patienten, dass es sich überhaupt um ein psychisches Problem handelt, das behandelbar ist, als auch den Zugang zur Versorgung bewerten?

Die zweite Frage bezieht sich noch einmal auf die Prävention. Sie haben gesagt, dass Sie die Imame einbinden. Dabei haben Sie Gesundheitsprobleme angesprochen, die vor allem Männer betreffen. Nun wissen wir, dass auch Männer ohne Migrationshintergrund nur unzureichend ansprechbar sind – um es vorsichtig auszudrücken –, was die Prävention betrifft.

**Vorsitzender**: Aber dafür sind sie umso wehleidiger.

(Abg. Gerhard Merz: Absolut!)

Abg. **Kordula Schulz-Asche**: Ich äußere mich jetzt nicht dazu, wie wehleidig Männer sind. Aber als Krankenschwester könnte ich einiges dazu sagen. Das mache ich nach der Sitzung beim Kaffeetrinken. – Mich würde das am Beispiel der Prävention von Hepatitis B interessieren, Das ist eine Infektionskrankheit, die auch über Nahrungsmittel und über Kontakte übertragen werden kann.

Herr Prof. **Dr. med. Klör**: Nicht über Nahrungsmittel, sondern nur über Blutkontakte. Sie meinen Hepatitis A. Aber das ist die harmlose Variante, die relativ schnell ausheilt. Hepatitis B ist die gefährliche Variante. Zum Beispiel wird bei einer Geburt – das betrifft nun die Frauen – die Krankheit in 20 bis 30 % der Fälle auf das Kind übertragen. Das weiß man durch eine große Studie, die in einer Berliner geburtshilflichen Klinik durchgeführt worden ist.

Die Frauen sind genauso betroffen wie die Männer; das ist überhaupt keine Frage. Was die psychische Problematik anbelangt, ist das völlig zutreffend: Man braucht, um seine Probleme auszudrücken, ein gewisses sprachliches Niveau, was man, gerade wenn es um psychische Schwierigkeiten geht, bei den Migranten der ersten Generation in der Regel nicht erwarten kann. Es gibt natürlich viele Ausnahmen: Leute, die sehr gut Deutsch gelernt haben und ihre Probleme dann auch beschreiben können.

Aber die Frauen waren von vornherein noch unterprivilegiertes, da sie – von Ostanatolien z. B. nach Wiesbaden kommend – sozusagen von einem Haushalt in den anderen transferiert wurden. Sie haben fast keinen Umweltkontakt – um es einmal so auszudrücken. Es ist, wenn man so will, eine Eigenart dieser weiblichen Migration, dass sich eine Art geschlossene Gesellschaft gebildet hat. Erst die Frauen der zweiten und dritten Generation waren wirklich in der Lage, hinauszugehen. Wenn eine Migrantin der ersten Generation ein Problem hat, ist sie wirklich schlecht dran; denn man muss über die Muttersprache einen Zugang zu ihr finden.

Wir bemühen uns darum, dass in verschiedenen Kliniken Psychiater mit Türkisch als Muttersprache tätig werden und diese Aufgabe übernehmen. Das kann sicherlich nicht überall geschehen. Man muss in einem Land wie Hessen vielleicht zwei oder drei solcher Zentren einrichten, und dann müssen die Patienten dorthin fahren. Anders wird es nicht gehen. Eine flächendeckende Versorgung dieser Art ist sicherlich nicht zu finanzieren. Aber wir haben einige Beispiele. In Bad Nauheim ist an einer Klinik eine Psychiaterin tätig, die Deutsch und Türkisch spricht und sehr erfolgreich arbeitet. Aber es ist ein Problem, das zu erkennen. Dazu braucht man erst einmal einen Ansprechpartner, der das versteht, also die psychische Ebene identifiziert. Das ist sicherlich ein Problem; darin gebe ich Ihnen recht.

Abg. **Kordula Schulz-Asche:** Ich habe eine Nachfrage zur Hepatitis B. Sie sagten in Ihrem Eingangsstatement, dass es schwierig sei, die Probleme über die kassenärztliche Versorgung anzugehen. Gerade für die Infektionskrankheiten sind aber eigentlich die Gesundheitsämter zuständig. Von daher lautet meine Frage: Halten Sie es für möglich, z. B. durch eine Aufwertung der Gesundheitsämter und durch eine verstärkte Kooperation mit ihnen die Zielgruppen besser zu erreichen als bisher?

Herr Prof. **Dr. med. Klör:** Das ist durchaus möglich. Ich bezog mich im Zusammenhang mit den Kassenärzten auf die aus der Diagnose folgende Therapie. Die Diagnostik – das Erkennen des Problems –, die über einen Bluttest zu erfolgen hat, lässt sich durchaus über die Gesundheitsämter organisieren. Noch einmal: Man müsste das im Prinzip mit einem viel größeren Aufforderungscharakter verbinden. Es müsste heißen: Sie müssten sich unbedingt einmal im Leben testen lassen. – Öfter müsste nicht getestet werden; denn die Erkrankung wird sehr früh erworben. Bei Erwachsenen reicht es aus, dass sie sich einmal testen lassen. Das könnte der öffentliche Gesundheitsdienst durchaus übernehmen.

Wie gesagt, wir bemühen uns, auch in Aufklärungsveranstaltungen, schon lange, die Bevölkerung zu erreichen. Aber wenn man ehrlich ist, muss man zugeben, dass das eigentlich wenig Effekt hat; das bringt nicht viel. Man müsste sich schon sehr konzentriert darum bemühen. Noch einmal: Diese Bemühungen müssten mit einem Aufforderungscharakter an das Individuum verbunden sein; denn die Leute, die dorthin kommen, sind bereits daran interessiert. Aber bei denjenigen, die nicht dorthin gehen, kommt die Hepatitis genauso häufig vor wie bei denjenigen, die solche Veranstaltungen besuchen. Das ist das Problem.

Abg. **Mürvet Öztürk:** Ich versuche, mich kurz zu fassen. Ich möchte eine Anmerkung machen und noch eine Frage stellen. Die Anmerkung bezieht sich auf die eingangs von Ihnen geschilderte Situation, dass oft Ehen zwischen Cousins und Cousinen geschlossen wurden. Ich möchte anregen, dass Sie versuchen, dazu Zahlen für Hessen zu ermitteln; denn Ihre Stiftung ist eine der wenigen, die seit Langem speziell mit Personen mit türkischem Hintergrund arbeiten.

Meine Einschätzung ist, dass in der Türkei in den letzten Jahren eine starke Aufklärungsarbeit betrieben worden ist und dass bei der jüngeren Generation, die eben nicht mehr im Dorf, sondern in der multikulturellen deutschen Gesellschaft groß geworden ist, solche Heiratsabsichten abgenommen haben. Im Gegenteil, es gibt seitens der Angehörigen der jüngeren Generationen massive Widerstände gegen solche Pläne der Eltern.

Daher ist es für mich wichtig, zu wissen, wie die Zahlen für Deutschland und speziell für Hessen aussehen. Ich rege an, in dieser Richtung Forschung zu betreiben.

Der andere Punkt ist: Sie haben darüber berichtet, wie Sie zielgruppenorientiert arbeiten. Für mich wäre es interessant, zu wissen: Inwiefern versuchen Sie, die Regelangebote interkulturell zu öffnen? Ich denke an Gesundheitsämter, Krankenkassen und Krankenhäuser. Die Krankenhäuser haben Sie erwähnt; aber ich glaube, auch die Krankenkassen sind wichtige Faktoren. Dort könnten unter Umständen auch Finanzquellen für neue Projekte angezapft werden. Haben Sie politisch in dieser Richtung gearbeitet, oder haben Sie vor, auch in dieser Richtung zu arbeiten? Es wäre für mich wichtig, das zu wissen – auch wenn es darum geht, Sie vielleicht bei dem einen oder anderen als Kooperationspartner in Erwägung zu ziehen.

Herr Prof. **Dr. med. Klör**: Noch einmal zur Genetik: Die genetisch bedingten Probleme betreffen die erste Generation, nicht aber die zweite und dritte. Insofern haben Sie völlig recht: Es ist die althergebrachte Ordnung in Mittel- und Ostanatolien – die ländliche Umgebung –, die zu diesem Verhalten geführt hat. Es sind ökonomische Gründe. Wenn man es aus der medizinischen Perspektive betrachtet, kommt man zu dem Schluss, dass es eigentlich ziemlich verrückt ist. Aber es war eben überlebensnotwendig, dass man die wirtschaftliche Einheit der Familie erhielt. Soweit ich es verstehe, ist das tatsächlich der Grund dafür.

Das betrifft die erste Generation, die jedoch – wenn man von einer gleicherbiggen Veranlagung ausgeht – sozusagen die Hälfte eines schlechten Gens weitertragen kann. Das Problem wird sich also nicht komplett lösen lassen; aber die Konsanguinitätsfrage selbst ist nicht mehr aktuell. Sie ist jedoch eine Erklärung, wenn es um die erste Generation geht.

Wir arbeiten sehr stark mit den Krankenkassen zusammen. Um nur ein Beispiel zu nennen: Mit der AOK Hessen haben wir mehrere Projekte durchgeführt. Wir versuchen natürlich, die Krankenkassen einzubinden. Gerade bei der Hepatitis, die wir angesprochen haben, wäre das eine Möglichkeit; das könnten auch die Kassen machen. Nur: Ihre Vertreter sagen, das falle nicht unbedingt in ihre Zuständigkeit. Sie seien nicht dazu verpflichtet, unter ihren Mitgliedern epidemiologische Forschung zu betreiben. Das ist deren Argument. Es kostet schließlich Geld.

Man müsste einen gewissen Druck erzeugen oder zumindest intensive Gespräche darüber führen, ob das nicht machbar ist. Wenn man das auf die Lebenszeit eines Patienten umrechnet, stellt man fest, dass es relativ geringe Summen sind. Zudem ist das eine einmalige Untersuchung. Man braucht das nicht alle 14 Tage zu machen. Gerade bei den präventiven Maßnahmen haben die Krankenkassen eine wichtige Rolle, zumal sie einen direkten Zugang zu den Versicherten haben. Über das Gesundheitsamt hat man keinen direkten Zugang zu den Menschen, über die Krankenkassen jedoch schon.

**Vorsitzender**: Herzlichen Dank, Herr Prof. Dr. Klör. – Ich darf jetzt Herrn Dr. Knipper um seine Stellungnahme bitten.

Herr **Dr. Knipper**: Herr Vorsitzender, meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich möchte mich zunächst einmal dafür bedanken, dass ich mit Ihnen über diese Fragen diskutieren

darf. Ich komme vom Institut für Geschichte der Medizin an der Universität Gießen. Die Geschichte der Medizin verbindet man nicht unbedingt mit dieser Thematik.

Es ist so: Von der Ausbildung her bin ich Mediziner. Ich betrachte das Thema „Migration und Gesundheit“ aus einer historischen Perspektive und beziehe mich dabei sowohl auf Deutschland als auch auf das Ausland, lege also einen internationalen Maßstab an. Dieses Problem ist schließlich nicht neu, sondern wir beschäftigen uns schon länger damit. Vor allem verfolge ich bei meinem Blick auf medizinische Fragen und auf die interkulturelle Interaktion in der Medizin nicht nur einen historischen, sondern auch einen medizin-ethnologischen, also einen kulturwissenschaftlichen Ansatz. Unter anderem bin ich in das Projekt zur Integration dieser Thematik in die medizinische Ausbildung involviert, an dem Medizinstudenten der Universität Gießen teilnehmen. Herr Prof. Klör hat dieses Projekt schon angesprochen.

Bevor ich auf die einzelnen Fragen aus dem Fragenkatalog eingehe, möchte ich drei Vorbemerkungen machen, wobei es um allgemeine Themen geht, die, wie ich denke, für alle Einzelfragen relevant sind. Zunächst einmal möchte ich kurz einen kritischen Blick auf den Begriff „Migration“ werfen. Ich glaube, das ist eine konstante Fragestellung. Dann möchte ich etwas genauer betrachten, welche Bedeutung migrationsassoziierte Aspekte überhaupt für medizinische Fragen haben. Das ist nämlich sehr komplex, und es ist sinnvoll, sich die einzelnen Aspekte etwas genauer anzuschauen. Am Schluss werde ich kurz meine Datengrundlagen – auch das ist in dem Zusammenhang sehr wichtig – und meine Bewertungsmaßstäbe darlegen. Es ist, gerade im politischen Kontext, kein konfliktfreies Feld, und darum ist es wichtig, klarzumachen, wie die Bewertungsmaßstäbe bei der Beurteilung von Initiativen oder Problemen aussehen.

Bei dem ersten Punkt geht es um den Begriff „Migration“. Ich denke, es ist inzwischen allgemein bekannt, dass dieser Begriff sehr wichtig, gleichzeitig aber auch problematisch ist. Das Hauptproblem ist, dass er eine gewisse Einheitlichkeit suggeriert, auch wenn alle wissen, dass man bei den Migrantinnen und Migranten in Deutschland nicht von einer Einheitlichkeit sprechen kann. Er suggeriert Einheitlichkeit, wo es eigentlich um eine sehr heterogene Gruppe geht. Das betrifft nicht nur die Menschen mit Migrationshintergrund, sondern auch die Türken in Deutschland, die Russlanddeutschen und die national definierten Minderheiten. All diese Bevölkerungsgruppen sind in sich ausgesprochen heterogen. Die Menschen sind unter unterschiedlichen Bedingungen nach Deutschland gekommen, ihre Aufenthaltsdauer ist unterschiedlich lang, und sie befinden sich in unterschiedlichen sozialen Situationen. Das spielt eine ganz große Rolle.

Außerdem suggeriert der Begriff eine klare Abgrenzung und deutliche Unterschiede zwischen Migranten und Deutschen. Das ist eine Fiktion. Eine solche Abgrenzung existiert in der Realität nicht; es gibt keine substanziellen Unterschiede zwischen den Migranten auf der einen Seite und den Nichtmigranten auf der anderen Seite. Im Mikrozensus des Statistischen Bundesamts aus dem Jahr 2005, der 2006 veröffentlicht worden ist, heißt es, dass die Unterscheidung, die sie gemacht hätten – die Definition der Menschen mit Migrationshintergrund –, artifiziell sei und nach gewissen Kriterien vorgenommen werde, die in der Realität so nicht existierten. Ich denke, gerade bei medizinischen Fragen muss man darauf eingehen.

Neben der inneren Heterogenität ist auch die Dynamik zu beachten: die historischen Veränderungen, die stattfinden. Das Phänomen Migration gibt es seit Anbeginn der Menschheit. Es sind verschiedene Migrationsphasen zu verzeichnen. In Deutschland beschäftigt man sich im Moment vor allem mit der türkischen Bevölkerung und mit den Russlanddeutschen. Das ist das, womit man sich in den letzten Jahrzehnten in der Bun-

desrepublik befasst hat. Aber das ändert sich. Es kommen neue Gruppen hinzu, die allerdings lange nicht so sichtbar sind wie die anderen. Dennoch sind sie vorhanden. Sie haben zum Teil erhebliche medizinische Probleme und sind auch im medizinischen Alltag von Bedeutung.

Zum Beispiel kommen jetzt im Zuge der EU-Osterweiterung relativ viele Migranten aus osteuropäischen Ländern nach Deutschland. Es gibt da ein großes Missverhältnis zwischen ihrem Aufenthaltsrecht – das gegeben ist – und den unterschiedlichen Sozialsystemen. Das heißt, sie haben keine Versicherung. Andererseits sind sie EU-Bürger. Das ist eine ganz komplexe Konstellation.

Dann haben wir den sogenannten Weltmarkt der haushaltsnahen Dienstleistungen, der vor allem durch die Migration von Frauen gekennzeichnet ist. Die extrem hohe Nachfrage nach haushaltsnahen Dienstleistungen, die in Deutschland zu verzeichnen ist – Kinderbetreuung, Altenbetreuung usw. –, wird sehr stark durch Migrantinnen aus Osteuropa, aus Lateinamerika und aus Asien gedeckt. Zu einem großen Teil befinden sie sich in prekären Arbeitsverhältnissen – Wechsel zwischen Legalität und Illegalität, auch eine große Abhängigkeit von den Arbeitgebern –, was für die Lebenssituation und auch für medizinische Fragen eine erhebliche Bedeutung hat.

Es sind informelle Communities. Das heißt, sie haben keine politischen Repräsentanten. Das ist nicht wie bei den etablierten Migrantengemeinschaften, die ihre politischen Ansprechpartner haben und in der Gesellschaft schon angekommen sind. Es handelt sich um eine große Gruppe von Menschen, deren Zahl man aber nicht genau beziffern kann: Sie sind da, sind aber eher unsichtbar und haben häufig keine Lobby. Aber in der medizinischen Praxis – in der Ambulanz und in den Praxen – tauchen sie auf, und sie müssen versorgt werden. Hier muss man die historische Dimension hineinbringen und schauen, was es für Migrationsphasen gibt.

Außerdem gibt es eine lokale Dimension. In Wiesbaden ist es anders als in Frankfurt, Gießen oder Hamburg. Man muss versuchen, über das Thema Migration auch aus der lokalen Perspektive nachzudenken. Man muss sich von der groben Kategorie lösen und z. B. sagen: Wir arbeiten in einer Klinik in Wiesbaden, und wir müssen uns überlegen, was für eine Community wir hier haben. Für diese Community müssen wir, was etwa die Sprache und die Altenpflege betrifft, entsprechende Angebote entwickeln. – Man braucht nicht überall Dolmetscher für 190 Sprachen vorzuhalten. Vielmehr kann man sich auf die Gruppen fokussieren, die vor Ort leben, und ihnen ein besseres Angebot machen.

Das ist auch ein Zukunftsthema. Das heißt, dieses Thema wird sich nicht im Sinne einer gelungenen Integration – wie immer man sie definieren will – erledigen, sondern wir werden in Zukunft aufgrund der Globalisierung und der Entwicklung in der EU immer Migranten in Deutschland haben, die keine oder nur geringe Kenntnisse der deutschen Sprache haben, die in ungesicherten Verhältnissen leben oder deren Lebensweise für die Mehrheitsbevölkerung einfach fremd, unverständlich und zum Teil auch eigenartig ist. Mit diesem Phänomen der Fremdheit werden wir es in Zukunft dauerhaft zu tun haben, auch in der Medizin. – Das ist der erste Punkt.

Darauf baut die zweite Frage auf: Welche medizinisch relevanten Aspekte gibt es? Welche Bedeutung hat der extrem komplexe Faktor Migration für medizinische Fragen? Man kann ein bisschen fatalistisch werden und sagen: Das ist so kompliziert, da kommen wir irgendwie nicht weiter. – Aber man kann auch versuchen, das Phänomen Migration genauer zu erfassen und verschiedene Aspekte zu unterscheiden.

Was macht eigentlich Migration aus? Da ist natürlich die Herkunft zu nennen – manchmal, bei Migranten der zweiten und der dritten Generation, auch die Herkunft der Eltern und der Großeltern.

Dann ist es die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit, zu einer Minorität in einer Gesellschaft. Das kann immer eine gewisse Bedeutung haben.

Ein weiterer Aspekt ist, ob sich ein Mensch selbst als Migrant sieht und vielleicht eine binationale oder sogar trinationale Identität hat, mit der er problemlos leben, sie also mit seinem Lebensstil vereinbaren kann.

Dann ist es der Prozess der Migration selbst. Man kann mindestens drei Phasen unterscheiden – all das ist wahrscheinlich nicht neu –: Zum einen ist das die Zeit vor der Emigration, in der schon medizinisch Relevantes festgelegt wird. Herr Prof. Klör hat darauf hingewiesen: Die genetische Prädisposition als Ausgangsbasis von epidemiologischen Daten spielt eine ganz erhebliche Rolle, aber relevant sind auch der soziale Status, der Bildungsgrad und die Tatsache, ob man aus einem friedlichen Land oder einer Konfliktregion kommt.

Zum anderen ist es die Wanderung an sich. Man kann in der Business Class eines Flugzeugs sitzen; man kann aber auch zwei Jahre lang zu Fuß vom Irak bis nach Gießen unterwegs sein. Da kann es zwischen Menschen derselben Nationalität ganz erhebliche Unterschiede geben. Für medizinische Fragen hat das natürlich Bedeutung.

Die dritte Phase ist das Leben im Aufnahmeland. Ein ganz wichtiger Punkt ist, wie lange man dort lebt. Die soziale Situation ist ein weiterer Punkt: ob der soziale Status mit dem vergleichbar ist, was vorher der Standard war, oder ob man einen Statusverlust erlitten hat, was nicht selten der Fall ist. Der Rechtsstatus spielt eine Rolle, ebenso die Möglichkeiten der Rückkehr und die Zukunftsperspektiven: ob man sich eine Zukunft in diesem Land oder auch woanders zutraut, ob das möglich erscheint. Gerade die Zukunftsplanung ist von essenzieller Bedeutung.

Ferner ist der Zugang zu medizinischer Versorgung zu nennen. Hier ist zu klären, welche Aspekte für medizinische Fragen relevant sind. Ich denke, schon diese kurze Einführung zeigt, dass das mit dem groben Begriff „Migranten“ bzw. der Aussage „Migranten sind kränker als Nichtmigranten“ relativ schwer zu fassen ist.

Auch was die Forschungsmethodik angeht, haben wir ein ziemlich großes Problem; denn wenn wir Zahlen haben, mit denen wir Migranten mit Nichtmigranten oder türkische Migranten mit nichttürkischen Deutschen oder Migranten vergleichen, müssen wir uns darüber im Klaren sein, dass diese nationalen Kategorien Chiffren sind und dass wir gar nicht wissen, was an Biografien und Lebensverhältnissen eigentlich dahintersteht. Diese sind so heterogen, dass die groben Zahlen schon wieder fragwürdig erscheinen.

Wir müssen schauen, wie wir das Problem lösen: durch relativ komplexe Studiendesigns, bei denen wir den Migrationsbegriff aufschlüsseln und uns vielleicht auch mittels qualitativer Methoden aus der Medizinethnologie die Lebensverhältnisse konkreter Gruppen anschauen und auf diese Weise medizinische Aspekte identifizieren. Mit Daten muss man grundsätzlich vorsichtig umgehen. Man sollte sich die Datengrundlage und die Kategorien, die gebildet werden, immer genau anschauen. Das ist relativ aufwendig, aber es gibt keine Alternativen.

Ferner ist nach der Spezifität zu fragen. Vieles, über das im Zusammenhang mit Migranten diskutiert wird, ist nicht unbedingt für sie spezifisch. Da muss man abwägen. Eben wurde die Prävention als Beispiel genannt. Aber Sprache und Kommunikation stellen im medizinischen Alltag nicht nur bei Patienten mit Migrationshintergrund eine Herausforderung dar. Um es auf einen Punkt zu bringen: Nicht nur Migranten verstehen ihre Ärzte nicht.

(Abg. Mürvet Öztürk: Liegt es dann an den Ärzten?)

– Es liegt durchaus auch an der kommunikativen Kompetenz des medizinischen Personals. Die Kommunikation ist ein Kernaspekt der interkulturellen Kompetenz. Gemeint ist eine Kommunikation, die nicht auf die Übermittlung von Erkenntnissen und Befunden und das Erteilen von Anweisungen reduziert ist, sondern auch das Zuhören, das Wahrnehmen und das Respektieren umfasst. Auch die nonverbale Kommunikation gehört dazu. Da ist eine Menge zu machen. In der Klinik sind die Zeitvorgaben ziemlich eng gefasst. Auch das ist eine Rahmenbedingung, die hier angesprochen werden muss.

Aber es geht vor allem um die Qualität der Kommunikation, nicht so sehr um die Quantität, also darum, wie viel Zeit aufgewandt wird. Wichtig ist: Wie wird die Zeit, die zur Verfügung steht, qualitativ genutzt? Ist man in der Lage, in wenigen Minuten eine ordentliche Kommunikation herzustellen? Das hat etwas mit der Wertschätzung der Kommunikation und mit der Kultur einer Klinik zu tun. Wenn wir über interkulturelle Fragen sprechen, ist nicht nur die Kultur der anderen relevant, sondern auch die der Akteure im Gesundheitswesen. Die Kultur einer Klinik spielt eine ganz erhebliche Rolle.

Ich habe im Rahmen einer Studie, die von der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde durchgeführt wurde, zusammen mit Kollegen aus Witten-Herdecke eine Reihe von Kinderärzten zu dem Thema „Migration und Gesundheit“ interviewt. Es war sehr spannend, zu sehen, wie groß die Handlungsspielräume in den Kliniken sind, gerade was die Klinikleitung betrifft: ob sie z. B. das Thema so angeht, dass offen darüber gesprochen wird und dass auch die Mitarbeiter auf den unteren Hierarchieebenen ermutigt werden, zu kommunizieren, die Chefärzte sie also darin unterstützen und es als ein wichtiges Thema ansehen, oder ob kein Wert darauf gelegt wird und daher auch nichts passiert. Die lokalen Handlungsspielräume sind also enorm groß. Man muss immer daran erinnern, dass die interkulturelle Interaktion zwei Seiten hat.

Zu der Datengrundlage. Ich greife nicht so sehr auf eigene klinische Erfahrungen zurück, sondern vor allem auf Literaturstudien. Dabei schaue ich mir nicht nur epidemiologische, sondern gerade auch sozial- und kulturwissenschaftliche Studien an – Stichwort: Medical Anthropology –, bei denen es z. B. um konkrete, reale Kommunikationssituationen geht. Es gibt die Studie einer Ethnologin aus Berlin, die in zwei deutschen Kliniken Feldforschung zu interkultureller Kommunikation betrieben hat. Es wurde nämlich immer gefragt, ob die Kultur die Probleme in der Kommunikation verursacht. Dabei kam heraus, dass die Kultur relativ unbedeutend ist. Wenn man sich die soziale Praxis anschaut, merkt man, dass ganz andere Faktoren eine Rolle spielen: strukturelle Fragen, die Art und Weise, wie kommuniziert wird.

Da befinden wir uns schon in der Nähe der allgemeinen Probleme in der Medizin. Das ist ein Punkt, den man in der Lehre sehr deutlich sieht. Ein Student sagte einmal: In diesem Kurs lernt man endlich einmal den Umgang mit normalen Menschen, nicht nur mit Standardpatienten. – Es wird eben nicht nur auf die Krankheit geschaut, sondern auf den ganzen Menschen. Es wird das Einnehmen einer patientenbezogenen Perspektive

eingeeübt, bei der die Biografie – mit oder ohne Migrationshintergrund – und das subjektive Empfinden von Krankheit eine Rolle spielen.

Dieses subjektive Empfinden von Krankheit ist nicht nur bei Migranten relevant, sondern bei allen Menschen, die sich eigene Gedanken über Krankheit machen und in der Hinsicht selten von ihren Ärzten verstanden werden. Diese eigenen Gedanken werden selten abgefragt, obwohl das für eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation enorm wichtig ist. Gerade bei chronischen Erkrankungen ist das der Fall. Diabetiker und HIV-Patienten z. B., die ihr Leben lang regelmäßig Medikamente einnehmen müssen, müssen diese Krankheit irgendwie in ihr Leben integrieren. Man kann mit ihnen aber nur darauf hinarbeiten, wenn man ihr Leben etwas kennt: ihre Sorgen, Bedürfnisse und Nöte. Um diese kennenzulernen, muss man kommunizieren, d. h. zuhören. Das sind Punkte, die nicht nur im Umgang mit Migranten relevant sind.

Das lernen Studierende in Kursen, in denen es um das Thema „Migration und Medizin“ geht. Damit wird auch einem Desiderat der Ausbildung in der Allgemeinmedizin zumindest teilweise entsprochen. Was die Fort- und Weiterbildung angeht: Es ist hier schon thematisiert worden, dass man in der Pflege – Stichwort: transkulturelle Pflege – sehr viel weiter ist und der ärztlichen Seite einiges voraushat. Man kann auf eine große professionelle Tradition zurückblicken.

Ein wichtiger Bereich – ich hatte jetzt das Glück, damit anzufangen – ist die Fort- und Weiterbildung des Verwaltungspersonals und des Managementpersonals in Krankenhäusern. Diese Mitarbeiter spielen in der Debatte eine relativ geringe Rolle, setzen aber den Rahmen und bestimmen mit, ob adäquat kommuniziert werden kann, welche Zeitspielräume da sind und was in der Klinik wichtig ist.

Es ist ausgesprochen interessant, zu sehen, wie aus der Managementperspektive Handlungsmöglichkeiten entwickelt werden: z. B. die Einführung von Case-Management-Programmen, bei denen das Thema Sprache – Dolmetscher – einfach einbezogen ist. Beim Case Management wird festgelegt, welche Untersuchungen die Patienten bekommen und welche Verfahren benötigt werden. Das Thema Sprache könnte integriert werden. Wenn man weiß, dass man an einem bestimmten Termin einen Dolmetscher braucht, kann man das früh organisieren und steht nicht plötzlich vor der Notwendigkeit, einen Dolmetscher zu organisieren, weil man sonst keine Einwilligung bekommt. All das kann man langfristig planen. Die Medizin besteht nicht nur aus Notfällen. Bei Notfällen ist es anders. Aber vieles ist geplant, und darum kann man dort Dolmetscher – wenn sie denn nötig sind – integrieren.

Das hat durchaus auch ökonomische Auswirkungen; denn es wird dadurch, wie Herr Prof. Klör schon gesagt hat, die Zahl der Fehldiagnosen und Doppeluntersuchungen gesenkt. In der Klinik von Herrn Prof. Klör habe ich im Rahmen unseres Kurses einmal diesen Patienten kennengelernt: türkischer Hintergrund, keine ganz schlechten Sprachkenntnisse, aber schon 16 Herzkatheteruntersuchungen ohne Befund. Viele Internisten haben einfach wieder einmal hineingestochen. „Polypragmasie“ heißt das; der Begriff taucht auch in dem Buch von Frau Prof. Borde auf. Das heißt, man macht etwas, um die Kommunikationsdefizite zu kompensieren. Wenn man es kommunikativ nicht hinbekommt, werden mehr Untersuchungen durchgeführt. Man möchte einfach etwas machen. Damit wird man dem Patienten nicht unbedingt gerecht. Das heißt, die Kommunikation ist in vielen Fällen auch ökonomisch ausgesprochen sinnvoll, selbst wenn es am Anfang etwas mehr kostet, weil man Dolmetscher bezahlen muss. Aber in der Gesamtrechnung zeigt sich, dass da möglicherweise ökonomisches Potenzial ist.



Zum Schluss meiner Einführung komme ich auf die Bewertungsmaßstäbe zu sprechen. Das ist ein komplexes Gebiet. Ich denke, im Endeffekt muss immer klar sein – auch wegen der Verzahnung mit dem Thema Integration, über das zum Teil polarisiert diskutiert wird –, dass im Gesundheitsbereich spezielle Werte und Normen handlungsleitend sind. Es geht primär um das Wohl und die Interessen des Patienten. Das muss die oberste Maxime sein. Wenn man z. B. die Dienste von Dolmetschern anbietet, wird das gelegentlich als der Integration der Menschen nicht förderlich kritisiert; denn man setze damit falsche Anreize und gebe zu verstehen, dass die Leute in Deutschland behandelt werden könnten, ohne über Sprachkenntnisse zu verfügen. Die sollten erst einmal Deutsch lernen, lautet das Schlagwort, mit dem auch unser Wahlfach schon einmal kritisiert worden ist.

(Abg. Mürvet Öztürk: Erst Deutsch lernen und dann krank werden!)

– Genau. – In der Konsequenz würde das bedeuten, Sprachtests in der Ambulanz durchzuführen. Das ist absurd. Man muss wissen, ob man sich in einer politischen Debatte befindet oder ob es um medizinische Aspekte geht. Ich denke, man muss sich ganz klar an den Werten der Medizin orientieren: Wohl des Patienten und Patientenversorgung. Hinzu kommt das Menschenrecht auf ärztliche Versorgung, das Teil der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte ist. In Art. 25 steht, dass jeder Mensch ein Anrecht auf ärztliche Versorgung hat. Ich denke, dem kann man sich nicht so leicht entziehen, auch wenn es mit Aufwand verbunden ist: finanziell, vor allem aber strukturell, gedanklich und methodisch.

Zu den verschiedenen Fragen. Die erste Frage ist weitgehend beantwortet, indem sie umschifft worden ist. Es ging darum, ob Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen ohne Migrationshintergrund unterschiedliche Krankheitsrisiken haben. Diese Frage kann man nicht einfach beantworten. Vielmehr muss man sich einzelne Kohorten oder Krankheiten genauer anschauen und präzisere Zusammenhänge herstellen.

Im Zusammenhang mit der zweiten Frage, bei der es um die spezifischen Gesundheitsrisiken und Erkrankungen der verschiedenen Migrantengruppen geht, möchte ich ein paar Beispiele nennen. Wir hatten schon das Beispiel regional häufig vorkommender, genetisch determinierter Krankheiten. Herr Prof. Klör hat solche Erkrankungen – auch Bluterkrankungen – genannt, die regional häufig vorkommen, z. B. im Mittelmeerraum. Das Familiäre Mittelmeerfieber ist ein anderes Beispiel. Diese Krankheiten tauchen auch in Deutschland auf, sind aber in der medizinischen Welt nicht so bekannt, und darum kommt es da relativ häufig zu Fehldiagnosen.

Das ist wie bei den Tropenkrankheiten, die allerdings nicht über Migranten, sondern eher über Touristen und Geschäftsreisende nach Europa kommen. Zum Beispiel ist das Denguefieber, eine Tropenerkrankung, inzwischen in mancher europäischen Region endemisch. Das heißt, da verändert sich etwas. Auch diese lokalen Veränderungen müssen berücksichtigt werden.

Schwieriger ist es bei komplexen Infektionskrankheiten wie der Tuberkulose. Es gibt ein erhöhtes Vorkommen unter Migranten vor allem aus Ost- und Südosteuropa: aus der Russischen Föderation, aber auch aus der Türkei. Das heißt nicht, dass das bei allen der Fall ist, aber wenn man epidemiologische Vergleiche anstellt, erkennt man Häufigkeiten. Die Tuberkulose hat etwas mit der Situation im Herkunftsland und gleichzeitig etwas mit den Lebensverhältnissen in Deutschland zu tun. Sie ist eine klassische Krankheit der Armut und der prekären Lebensverhältnisse. Dort breitet sich die Tuberkulose aus. Das spielt auch im Zusammenhang mit der Migration eine Rolle. Man müsste sich die Com-

munities und deren Lebensverhältnisse genau anschauen, um die Frage zu beantworten, warum das so ist und welche spezifischen Maßnahmen man ergreifen kann.

Ein Problem gibt es bei Tuberkulosepatienten ohne legalen Aufenthaltsstatus, die keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben. Es kann zu der Situation kommen, dass ein Patient mit offener Tuberkulose in Frankfurt mit der U-Bahn fährt oder in der S-Bahn von Frankfurt nach Wiesbaden sitzt. Das ist auch unter dem Gesichtspunkt der öffentlichen Gesundheitsvorsorge nicht unbedingt erwünscht. Das ist auch ein Punkt, der für die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere spricht. Am Schluss soll das noch einmal angesprochen werden.

Eben wurden Diabetes mellitus und Herzgefäßerkrankungen angesprochen. Tatsächlich gibt es sehr harte Daten, die darauf hindeuten, dass diese Krankheiten unter Patienten mit Migrationshintergrund häufiger vorkommen. Das ist nicht nur in Deutschland so: Der Diabetes mellitus ist z. B. auch bei der südostasiatischen Population in Holland und in Großbritannien häufiger, was zum Teil mit Ernährungsumstellungen erklärt wird, wie Herr Prof. Klör schon angedeutet hat.

Bei den Herzerkrankungen gibt es ein sehr spannendes Konfliktfeld. Auf der einen Seite gibt es Studien, die besagen, die Migrantenbevölkerung sei im Vergleich bessergestellt. Man spricht auch vom „healthy migrant effect“, der aber recht komplex und schwer zu erklären ist. Dabei geht man davon aus, dass Migranten gesünder seien als die Vergleichspopulation. Häufig hat es methodische Gründe, dass man zu diesem Schluss kommt. Es ist – um es einmal so zu sagen – schwierig zu interpretieren.

Es gibt aber auch Studien, die gezeigt haben – da ist gerade die Arbeitsgruppe aus Gießen um Herrn Prof. Klör wegweisend –, dass Herzinfarkte in einem jüngeren Alter auftreten. In der Kardiologie fällt auf – wir haben die Beobachtungen in Gießen jetzt systematisiert –, dass Patienten, die in jungem Alter einen Herzinfarkt erleiden, zu einem großen Teil, d. h. überproportional häufig, einen Migrationshintergrund haben. Es stellt sich die Frage, woran das liegt. Das sind nicht nur türkische Patienten, sondern auch Russlanddeutsche und andere, bei denen man schwer von einer gemeinsamen genetischen Ursache ausgehen kann.

Es gibt Erklärungsmodelle, bei denen die Ursachen eher im Bereich der Psychosomatik gesucht werden: Demnach sind es psychische Belastungen, die sich in solch komplexen Erkrankungen wie dem Herzinfarkt artikulieren. Das sind Krankheiten, die nicht eine einzige Ursache haben, sondern multifaktoriell bedingt sind. Sehr viele Faktoren spielen da eine Rolle. Die psychosomatischen Faktoren wurden in der medizinischen Forschung sehr lange vernachlässigt. Inzwischen gibt es da sehr interessante Ansätze, bei denen sowohl direkte neurobiologische Mechanismen als auch indirekte Faktoren – z. B. soziale Verhaltensweisen, die Ernährung und das Rauchen – als Ursachen identifiziert werden. Diese indirekten Faktoren haben zum Teil auch etwas mit dem Minderheitenstatus und mit Integrationsproblemen zu tun. Chronischer Stress führt auf verschiedenen Wegen zu einem erhöhten Risiko z. B. für Herzerkrankungen.

Damit sind wir bei den psychosozialen Aspekten. Mein Eindruck ist, dies ist der Kern des Zusammenhangs zwischen Migration und Gesundheit. Primär ist die psychosoziale Schiene bedeutsam; denn das Leben als Migrant kann – es muss aber nicht so sein – in gewissen Konstellationen mit besonderen psychischen Belastungen verbunden sein. Das kann mit der Migration selbst oder mit dem Leben als Migrant zusammenhängen. Man beobachtet ein deutlich erhöhtes Vorkommen von psychischen Erkrankungen – Depressionen – und von Somatisierungen: körperliche Ausdrucksformen von psychi-

schen Problemen. Zum Beispiel können Rückenschmerzen – der Rücken wird auch als das „größte psychosomatische Organ“ bezeichnet – und chronische Kopfschmerzen Ausdrucksformen von psychischen Belastungen sein.

Die Angebote, die es gibt – z. B. das muttersprachliche Angebot in Bad Nauheim, das Herr Prof. Klör erwähnt hat, oder die entsprechende psychiatrische Abteilung im Klinikum Süd in Marburg –, werden, nachdem darüber aufgeklärt und der Zugang hergestellt worden ist, etwa von den türkischsprachigen Patienten sehr gut angenommen. Es wird immer darauf hingewiesen, dass bei ihnen kulturelle Vorbehalte gegenüber der Schulmedizin und auch gegenüber der Psychiatrie bestünden. Das kann man in dieser Einseitigkeit auf keinen Fall sagen. Wenn man sich genauer anschaut, welche Vorbehalte es gibt und welche Vorstellungen die Menschen von diesen Erkrankungen haben, kommt man zu dem Schluss, dass solch holzschnittartige Gegenüberstellungen in der Regel nicht vorliegen. Im „Deutschen Ärzteblatt“ hieß es einmal: Türken haben Kultur, und Deutsche haben Psyche. – Das ist zu einfach ausgedrückt. Diese Auffassung schwingt aber gelegentlich in Äußerungen und manchmal auch in Studien noch mit.

Zu den Menschen ohne Papiere. Hier liegen kaum epidemiologische Daten vor, weil diese Menschen als Gruppe sehr schwer greifbar sind. Wir wissen nicht, wie viele es sind, und sie entziehen sich auch jeder systematischen Untersuchung. Es kann keine repräsentativen Daten zu einer Gruppe geben, die unklar definiert ist. Man kann sie im statistischen Sinne nicht repräsentieren. Aber es ist gut vorstellbar, dass das Leben in der Illegalität – die Angst vor Entdeckung, die schwer herzustellende Verbindung nach Hause, die schwierigen Arbeitsverhältnisse und die Abhängigkeit von den Arbeitgebern – ein erhebliches Risikopotenzial bedeuten. Gleichzeitig ist in Deutschland der Zugang zur Versorgung sehr defizitär.

Eine besondere Problematik liegt bei Flüchtlingen vor, deren Gründe für die Migration Notsituationen und Erlebnisse sind, die für uns, die wir das nicht kennen, in der Regel unvorstellbar sind. Wenn man sich einmal mit einzelnen Biografien befasst oder mit Menschen spricht, die mit diesen Leuten arbeiten, bekommt man ein anderes Weltbild. Sowohl die ursprünglichen Erlebnisse als auch die Flucht selbst haben Auswirkungen. In Gießen wurde letztes über einen 15-jährigen Jugendlichen aus dem Sudan berichtet, der zwei Jahre lang unterwegs war, um nach Gießen zu kommen. Das, was ihm unterwegs passiert ist – Misshandlungen, Angst, Verlust von Begleitern –, kann man sich kaum vorstellen. Dass so etwas Auswirkungen auf das psychische Empfinden von Menschen hat, ist ganz klar.

Medizinisch wird das vor allem als posttraumatische Belastungsstörung kategorisiert. Das heißt, es kommt zu einer traumatischen Belastung, und im Anschluss entwickeln sich Störungen: Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Schwierigkeiten, Schlaflosigkeit, eine falsche Reagibilität, wiederaufschlagende Erinnerungen – die Leute erleben, z. B. getriggert durch den Knall einer zuschlagenden Tür, ihre Traumatisierung wieder – und eine extrem starke Scham, die dazu führt, dass man nicht darüber spricht. Das sind Bedingungen, die für die psychische und damit auch für die körperliche Gesundheit eine ganz erhebliche Bedeutung haben.

Aber in den Studien zeigt sich jetzt – das ist eigentlich ein sehr brisanter Befund –, dass nicht nur das Ursprungstrauma und die während der Flucht erlittenen Traumata relevant sind. Vielmehr sind für die Prognose, ob die Menschen eine Chance haben, wieder zu gesunden, die Lebensbedingungen im Zielland, am vermeintlich sicheren Zufluchtsort, besonders relevant: Wie werden sie behandelt? Werden sie respektiert? Welche Wohnmöglichkeiten haben sie? Empfinden sie Stabilität und Sicherheit? Werden sie z. B.

zwangsweise mit den Traumata konfrontiert? In der Therapie gibt es den Grundsatz: Wenn ein Patient darüber sprechen möchte, soll er das, aber er darf es nicht müssen. – Wenn man solche Menschen zwingt, über ihre Traumata zu berichten, hat das einen sehr negativen Einfluss auf ihre psychische Gesundheit. Dass sie nicht darüber sprechen können, hat etwas mit dem Weiterleben zu tun. Das ist ein Mechanismus, der ein normales Leben nach solchen Erlebnissen ermöglichen soll.

Es gibt Studien, die die unterschiedlichen Aufnahmebedingungen von Flüchtlingen verglichen haben, z. B. in Australien, wo es im Laufe der Zeit eine Veränderung gegeben hat: Als man anfing, die Leute in Sammelunterkünften unterzubringen und die Freizügigkeit, die Kontaktmöglichkeiten und die Arbeitsmöglichkeiten zu reduzieren und somit ihre Zukunftspläne und das Sicherheitsgefühl einzuschränken, waren deutlich schlechtere Zukunftschancen und deutlich schlechtere Perspektiven als bei früheren Gruppen die Folge. Herr Prof. Kruse, ein Psychosomatiker aus Gießen, sagt im Zusammenhang mit der Situation in Australien manchmal – das klingt nicht gut –, das sei fast so etwas wie ein Freilandversuch. Man kann zeigen, dass radikale Änderungen an den Aufnahmebedingungen und am Asylrecht zur Folge haben, dass die Menschen jeweils eine deutlich bessere oder eine deutlich schlechtere medizinische Perspektive haben.

Es gibt inzwischen sehr gute Studien und auch psychosomatische Erklärungsmuster, die nicht nur auf einer psychodynamischen, sprachgebundenen Ebene argumentieren, sondern auch neurobiologische Erkenntnisse mitberücksichtigen. Sie liefern sehr stichhaltige Erklärungen.

Die dritte Frage bezog sich auf die Kenntnisse der Migranten vom Gesundheitssystem. Die Kenntnisse von Migranten sind nicht pauschal zu beurteilen. Auch zu dem Thema „Sprachkompetenz und Kommunikation“ kann man keine allgemeinen Aussagen treffen. Was die Nutzung und den Kenntnisstand angeht, kann man sagen: Viele Menschen mit Migrationshintergrund sind sehr gut in der Lage, sich zurechtzufinden. Sie haben sehr gute Sprachkenntnisse und kennen sich mit dem System aus. Zumindest haben sie keine schlechteren Kenntnisse als die übrige Bevölkerung, die das komplizierte System ebenfalls nicht immer in Gänze durchschaut.

Gerade die Aufenthaltsdauer ist ein wichtiger Punkt. Je länger man in einem Land lebt, umso besser lernt man, wie das Land – auch das Gesundheitssystem – funktioniert. Das trifft vor allem dann zu, wenn man aus einem Land kommt, in dem das Gesundheitssystem völlig anders organisiert ist. Auch die Zugehörigkeit zu dem jeweiligen sozialen Milieu spielt eine Rolle: ob es ein Milieu ist, das stärker, oder eines, das weniger stark partizipiert. Das spielt eine zentrale Rolle.

Sprach- und Kulturaspekte habe ich schon angesprochen. Die Sprache spielt eine erhebliche Rolle; das ist ganz klar. Ohne Sprachkompetenz kann man relativ wenig mitarbeiten. Bei den kulturellen Vorbehalten – das kann ich nur noch einmal betonen – muss man sehr vorsichtig sein und sehr genau darauf schauen, ob es tatsächlich um die Kultur geht oder ob man es nur annimmt, während es in Wirklichkeit die Lebensverhältnisse der Menschen sind.

Ich möchte kurz ein klassisches Beispiel aus den USA schildern. Ein junger Mann und sein Sohn, beide HIV-positiv, erscheinen nicht zu einer Kontrolluntersuchung in der Kinderklinik bezüglich des HIV-Status des Kindes. Da es sich um einen mexikanischen Immigranten mit relativ schlechten Englischkenntnissen handelt, vermuten die Ärzte, es liege an der Kultur: Er verstehe nicht, was HIV bedeute, und zeige deshalb keine Compliance.

Dann haben sie einen Ethnologen, einen Experten für die mexikanische Kultur, eingeschaltet und erwartet, dass er ihnen erklärt, warum der Mexikaner das nicht versteht.

Was hat der Ethnologe gemacht? In der Medizin sagt man: Er schreitet zum Äußersten und spricht mit dem Patienten darüber.

(Heiterkeit)

Er hat tatsächlich mit diesem Menschen gesprochen und seine Lebenssituation eruiert. Es kam heraus, dass es sich um einen Kraftfahrer handelte, der sehr weit außerhalb von Los Angeles lebte, Schichtdienst hatte und einfach nicht in der Lage war, die Ambulanz während ihrer Öffnungszeiten von 9 bis 12 Uhr sowie von 15 bis 17 Uhr aufzusuchen. Aus dem Grund war ihm die Compliance unmöglich. Er litt sogar darunter, weil er wusste, dass sein Sohn diese Betreuung braucht. Er war durch eine NGO – eine Nichtregierungsorganisation – aufgeklärt worden und wusste sehr genau, was das Virus ist und was er braucht. Er hatte einfach keine Möglichkeit. Aber im Klinikjargon hieß es: Mexikaner, kulturelle Unterschiede.

Das ist ein ganz typischer Befund. Sobald man aber gerade bei den kulturellen Fragen etwas genauer hinschaut, sieht man, dass sehr viele Aspekte eine Rolle spielen. Die Kultur ist zwar bedeutsam, aber man darf nicht anfangen, das zu „kulturalisieren“, indem man sagt: Das sind Menschen, die mir fremd erscheinen, also spielt die Kultur hier eine Rolle. – Das ist ein zentraler Punkt.

Zu Frage 4, besondere Bedürfnisse. Man kann feststellen, dass die Grundbedürfnisse von Migranten und Nichtmigranten grundsätzlich nicht unterschiedlich sind. Bedürfnisse in der medizinischen Grundversorgung sind z. B. eine qualitativ hochwertige Versorgung und eine Patientenorientierung in der ambulanten und stationären Pflege. Was „Patientenorientierung“ bedeutet, wird aber vielleicht etwas unterschiedlich gesehen. Wenn jemand einen anderen religiösen Hintergrund hat, z. B. islamischen Glaubens ist, kann das eben etwas anderes sein als bei einem katholischen Menschen. Aber die Grundorientierung, dass einem die religiöse Dimension von Medizin wichtig ist, dass man eine spirituelle Orientierung benötigt, ist erst einmal ähnlich. Die persönlichen Ängste und Nöte von Patienten sind es zum Teil auch.

Das Bedürfnis nach adäquater Kommunikation spielt eine große Rolle. Auch die Einbindung von Angehörigen in den therapeutischen Prozess ist ein universelles Bedürfnis. Es wird immer so getan, auf der einen Seite stünden die Migranten mit ihrer rein kollektivistischen Prägung, die eben immer die Großfamilie brauchen, auf der anderen Seite die vollkommen individuell, autonom entscheidenden deutschen Patienten. Das stimmt so natürlich nicht. Damit wird man vor allem den deutschen Patienten nicht gerecht.

Nur: Die Frage, wie man „Familie“ definiert, welche Personen nötig sind, wird eben unter Umständen unterschiedlich beantwortet. Bei dem einen ist es die Kleinfamilie, bei einem anderen die Großfamilie, wo – vielleicht vor islamischem Hintergrund – die Fürsorge sehr, sehr ernst genommen wird, sodass viele Angehörige meinen, sie müssten dem Patienten etwas Gutes tun, ihn begleiten. Dann hat man schon einmal 15 oder 20 Angehörige im Zimmer. Das ist in der Tat keine einfache Situation. Aber auch da zeigen sich die Handlungsspielräume in den Kliniken. Es gibt eine Menge Kliniken, wo das ganz hervorragend organisiert ist, weil man offen damit umgeht, weil man offen mit den Angehörigen spricht. Man sucht sich einen Ansprechpartner und sagt: „Von unserem Stationsablauf her wäre es besser, wenn nicht so viele Leute da wären; wir wissen, dass Ihnen das wichtig ist, aber ...“ So kann man das organisieren. Dann geht das in der Regel. Es ist

also nicht so, dass man mit einer Mauer der Kultur zu tun hat, dass man sagen muss: „Das muss so sein, wir dürfen auch nichts dagegen sagen, es handelt es sich ja um Kultur.“ Das ist falsch verstandene Political Correctness. Die ist da nicht unbedingt hilfreich.

In der Lehre haben wir gesehen, dass es inzwischen unabdingbar ist, dass Studierende der Medizin und ärztlich Tätige Grundkenntnisse z. B. über den Islam haben, weil es eben sehr viele islamische Patienten gibt. Man kann die wichtigsten Kenntnisse fast innerhalb von ein, zwei Stunden vermitteln, damit die medizinisch Tätigen relativ unverkrampft mit islamisch orientierten Patienten umgehen, die richtigen Fragen stellen und Verhaltensweisen an den Tag legen, die zu einer sinnvollen Kommunikation führen. All das ist gar nicht schwer zu erlernen. Man muss nur offen damit umgehen. Dann ist das sehr, sehr hilfreich und nützlich.

Das Thema Kommunikation habe ich schon angesprochen. Nur noch eine Anmerkung zu dem Punkt „Dolmetscher“. Die sind ausgesprochen wichtig, sie sind aber kein Allheilmittel. Es ist zunächst einmal wichtig, sich über das Thema „Kommunikation“ Gedanken zu machen, auch über Sprachgrenzen hinweg, und nicht einfach die Angehörigen für die Kommunikation herzunehmen, weil dies – wie eben schon angedeutet – hinsichtlich der Qualität der Übersetzung vollkommen unzuverlässig ist, den rechtlichen Normen natürlich überhaupt nicht entspricht, aber auch ganz erhebliche Belastungen in den Familien verursacht. Wenn die Kinder auf einmal in die Situation kommen, für ihre Eltern zu übersetzen, dann kann das, vom Rollenverhältnis in der Familie her gesehen, eine große Dynamik auslösen, was den Familien überhaupt nicht guttut. Wenn Kinder dann auch noch damit konfrontiert sind, z. B. ihrer Mutter zu erklären, dass sie Krebs hat, dann können Sie sich vorstellen, dass das die Kinder und auch die Eltern überfordert.

Die Alternative ist die Inanspruchnahme von Dolmetscherdiensten, die sehr weit verbreitet sind. Es wird aber immer das Argument der Kosten und auch der schwierigen Umstände angeführt. Da kann man aber durchaus pragmatische Lösungen finden. Man braucht nicht immer einen perfekten Sprach- und Kulturdolmetscher, sondern man kann auch mit fortgebildetem und supervidiertem Personal mit entsprechenden Kompetenzen arbeiten. Das funktioniert z. B. an der Uni Gießen ganz gut. Gelegentlich braucht man aber ausgebildete Sprach- und Kulturdolmetscher, z. B. bei einer Traumatherapie oder bei der Aufklärung über komplexe Erkrankungen, beispielsweise HIV, chronische Erkrankungen, Diabetes. Das kann man nur mit einem dafür entsprechend ausgebildeten Dolmetscher machen. Da benötigt man also unterschiedliche Stufen von Qualifikation.

Ein interessantes Projekt läuft im Moment in der HELIOS Kinderklinik in Wuppertal. Dort werden Telefondolmetscher getestet. Dieses Projekt kannte ich aus den USA und aus Madrid. Über die Telefonanlage besteht ein Zugang zu vielen Sprachdolmetschern. Man ruft an, und der Dolmetscher kann über das Telefon im Zimmer mit dem Patienten kommunizieren. Interessant ist, dass in der HELIOS Kinderklinik – dazu machen Kollegen eine Studie – bei 8 % der Patienten oder ihren Familien ein Bedarf gesehen wurde. 40 % der Bevölkerung sind Migranten; ihr Anteil an den Patienten ist etwas höher. Das heißt, bei einem Migrantenanteil von 40 bis 50 % an den Patienten haben nur 8 % von ihnen überhaupt einen Bedarf an einem Dolmetscher geäußert oder empfunden. Verwendet wurden Dolmetscher nur bei einem Viertel derjenigen, die einen Bedarf identifiziert hatten, weil die Indikation von den Ärzten gestellt wurde. Diese haben gesagt, wenn die Situation mal so war, dass man mit Hilfe von Dolmetschern miteinander gesprochen hat, dann sei das zwar ganz wunderbar, sehr hilfreich und unkompliziert gewesen, aber das Verfügbare tatsächlich im Alltag zu nutzen, ist nicht unbedingt automatisch möglich. Das zeigt wieder, wie relativ gering das Interesse an Kommunikation in der Medizin ist –

das ist eine steile These von mir –, dass das nicht zu den Hauptprioritäten im Alltag der Klinik gehört und dass selbst Angebote, die dort gemacht werden und funktionieren, nicht unbedingt genutzt werden. Da ist also Aufklärungs- und Fortbildungsbedarf vorhanden.

Um es noch einmal zusammenzufassen: Je genauer man hinschaut, umso deutlicher merkt man, dass die Fragen von Migration und Gesundheit die Spitze eines Eisbergs genereller Probleme der Medizin sind. Wenn man die interkulturelle Kompetenz fördert, dann haben eben alle etwas davon, nicht nur Patienten mit Migrationshintergrund. Das ist deshalb kein Projekt, das nur aus einer politischen Perspektive – weil wir Deutschland als Einwanderungsland definieren – zu betrachten, sondern eben auch aus einer wirklich genuinen medizinischen Perspektive hoch relevant und hilfreich ist.

Ganz kurz noch zu Frage 6, Flüchtlinge und Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Ich glaube, es ist bekannt, dass die Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern in Deutschland sehr mangelhaft ist. Auch im europaweiten Vergleich gehört Deutschland zu den Ländern, die den Ruf haben, mit die schlechteste Situation darzustellen. Das ist vor allem dadurch begründet, dass diese Menschen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz versorgt werden können, das sich aber nur auf akute Erkrankungen etc. bezieht, dann aber – als Illegale – befürchten müssen, dass sie den Ausländerämtern gemeldet und abgeschoben werden. Es gibt einen großen Bedarf, daran etwas zu ändern. Ich verweise z. B. auf das Projekt „Anonymer Krankenschein“, über das in Berlin diskutiert wird und das schon im letzten Jahr von den deutschen Ärzten und dem Deutschen Ärztetag gefordert wurde.

Auf die traumatisierten Flüchtlinge habe ich schon hingewiesen. Eine große Zahl der Flüchtlinge, zwischen 30 und 80 %, sind traumatisiert, haben eine posttraumatische Belastungsstörung. Zu diesem Krankheitsbild gehört, dass sie sich nicht artikulieren können. In der Anhörungssituation wird es von ihnen aber verlangt. Das ist häufig mit einer Retraumatisierung verbunden, führt also zu einer gesundheitlichen Belastung, die ganz erheblich ist. Auch die Startchancen für das neue Leben, sei es in Deutschland oder zu Hause, sind deutlich reduziert. Zum Zweiten das eine Umsetzung des Asylrechts, insbesondere die Überprüfung des Asylgrundes, im Prinzip nicht zu, denn man kann in der Situation keine zuverlässige Aussage erhalten. Aus juristischer Perspektive ist vollkommen nachvollziehbar, dass jemand, der ein Anliegen hat, dieses vorbringen, z. B. den Asylgrund darlegen muss. Wenn wir uns aber die Realität anschauen und die medizinische Dimension und das verfügbare wissenschaftliche Wissen dabei ernst nehmen, müssen wir sagen, dass es so, wie es umgesetzt wird, nicht dazu führt, dass die Menschen ihre Gründe tatsächlich vorbringen können, damit man eine begründete Entscheidung treffen kann, ob jemand asylberechtigt ist oder nicht. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. Auch die Umsetzung des Asylrechts wird dadurch problematisch.

Ein Vorschlag aus dem Kreis derer, die damit arbeiten, wäre, dass man die Anhörungen besser vorbereitet, mehr Zeit gibt, in einem anderen Kontext stattfinden lässt – dass die Leute erst einmal die Möglichkeit bekommen, sich zu stabilisieren – und das medizinische Wissen dort einfließen lässt. Das hat nichts damit zu tun, dass man sagt, man muss alle Menschen aufnehmen; davon spricht niemand, sondern davon, dass man eine den wissenschaftlichen und ethischen Standards wirklich entsprechende, begründete Beurteilung treffen kann. Das ist schon das Ziel, dass man in einem Land wie Deutschland, das eine Bildungsnation, ein in jeder Beziehung hoch zivilisiertes Land ist, verfolgen sollte.

**Vorsitzender:** Ich bedanke mich. – Herr Tipi.

Abg. **Ismail Tipi:** Herr Dr. Knipper, vielen herzlichen Dank. – Ich möchte etwas zu den Dolmetschern sagen, weil das ein Problem ist, das uns in den letzten 40 Jahren begleitet hat. In vielen Fällen haben die Dolmetscher sehr gute Arbeit geleistet; sie haben aber auch sehr viel Unheil angerichtet. Ich glaube, dass auch manche vereidigten Dolmetscher bei medizinischen Übersetzungen, bei medizinischem Dolmetschen sehr überfordert waren. Ich kenne Fälle, da ging es um schwere Geschlechtskrankheiten, und die Dolmetscher haben das mit „guter Verkehr“ und „schlechter Verkehr“ übersetzt.

Es geht mir auch um eine andere Frage, die Sie vorhin angesprochen haben. Wie hoch ist das Risiko der Einschleppung gefährlicher Krankheiten, die unter illegalen Einwanderern zu einer Epidemie führen könnten? Ich denke, das ist für die Gesellschaft ein hohes Risiko. Wie hoch schätzen Sie dieses Risiko ein?

Herr **Dr. Knipper:** Zuerst zur letzten Frage. Das Risiko einer Epidemie – z. B. die Verbreitung von Tuberkulose unter illegalen Einwanderern in Deutschland – ist, glaube ich, nicht gegeben. Das sind zu geringe Zahlen. Bundesweit sind es nach den Zahlen des Robert-Koch-Instituts 100 bis 200 Fälle – zumindest nach den Informationen, die man greifbar hat. Die Gesamtbevölkerung wird davon in der Breite nicht betroffen sein, aber in Einzelfällen kann es zu einer Betroffenheit kommen. Es kann höchstens sein, dass es in manchen Quartieren, wo diese Menschen zusammenleben, zu einer lokalen kleinen Epidemie kommt. Einen solchen kleinen Krankheitsherd müsste man natürlich identifizieren, aber um damit arbeiten zu können, müsste der rechtliche Rahmen erst einmal so sein, dass die Leute das auch zulassen. Ich glaube nicht, dass man befürchten müsste, dass irgendwelche großen Epidemien eingeschleppt werden. Da besteht eine Gefahr eher durch virale Infektionen, die wir alle kennen, SARS etc. Das sind die epidemiologisch großen Bedrohungen, die es gibt. Die werden durch den internationalen Geschäftsreiseverkehr und den Tourismus begründet, aber nicht durch Migration. Man muss da auch sehr vorsichtig sein: Ein Topos, den ich als Medizinhistoriker kenne, ist, dass Krankheiten und Unheil sehr häufig mit Fremden verbunden werden. Da muss man vorsichtig sein, nicht vorschnell bestimmte Dinge zu suggerieren, die wieder nur zu Stereotypisierungen etc. führen.

Was Sie zum Thema „Dolmetscher“ gesagt haben: Natürlich ist es schwierig, eine ordentliche Übersetzung zu machen. Darum braucht man entsprechend qualifizierte Dolmetscher. Ich denke, Herr Salmann wird darauf gleich noch eingehen, der sich mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum in Hannover sehr verdient gemacht hat. Der einzige Ausweg ist hier die Qualifikation – ordentliche Qualifikation und ordentliche Indikationsstellung. Man muss aus den allgemeinen Schemata herauskommen und sehr genau hinschauen.

Abg. **Mürvet Öztürk:** Sie haben zum Schluss ihres Vortrags genau die Punkte genannt, auf die ich in Form einer Frage eingehen wollte.

Ihr Fazit habe ich so verstanden: Im Gesundheitssystem gibt es, was die Angebote und die Kommunikation betrifft, ganz allgemein Verbesserungsbedarf. In der allgemeinen Medizin ist es aber egal, ob der Patient einen Migrationshintergrund hat oder nicht. Wo Sie sehen aber einen speziellen Handlungsbedarf hinsichtlich der Flüchtlinge und der Personen ohne legale Papiere, weil wir da Gefahr laufen, mit dem vorhandenen System



sehr ordnungspolitisch zu hantieren und dabei die gesundheitlichen Belastungen dieser Personen außer Acht zu lassen.

Ich frage das deswegen, weil in der Realität die Ergebnisse der Anhörungen, die zu Beginn der Verfahren stattfinden – speziell von Personen mit Fluchthintergrund – die Grundlage für das ganze Asylverfahren, aber auch für die Petitionsunterlagen bilden, die wir später im Ausschuss oder in der Härtefallkommission für eine Bewertung des Fluchthintergrunds heranzuziehen versuchen. Das ist in der Tat oft ein Problem, weil die Menschen aufgrund der traumatischen Belastungen ihre Gründe in diesen Anhörungen nicht so darlegen können, wir anhand der Anhörungsergebnisse aber entscheiden sollen, ob sie asylberechtigt sind oder nicht. Von daher gesehen wäre für mich interessant, zu wissen, was Sie als Mediziner empfehlen. Sie haben die anonymisierten Krankenscheine für illegale erwähnt. Aber: Wie kann man die Anhörungssituation für diese Personen verändern, damit man später keine falschen Schlüsse zieht?

**Herr Dr. Knipper:** Zum allgemeinen Teil der Frage, wo ich die Prioritäten sehe. Ich denke, es gibt verschiedene Prioritäten. Man muss sich da die Bevölkerungsgruppen anschauen. Wir haben bei Flüchtlingen besondere Probleme. Das hat aber relativ wenig damit zu tun, was bei ehemaligen Gastarbeitern und anderen Migrantengruppen der Fall ist. Das Kommunikationsthema ist essenziell, und interkulturelle Kompetenz definiert sich zum Teil über Kommunikation – aber eben nicht nur. Auch die Reflexion kultureller Rollen und Weltbilder auf der Seite des anderen und bei einem selbst sowie das Hintergrundwissen über unterschiedliche Lebensverhältnisse, über kulturelle Hintergründe usw. gehören dazu. Es ist schon ein bisschen mehr als Kommunikation, aber Kommunikation ist eben ganz essenziell. Dazu gehören eben auch Sprachangebote und zielgruppenorientierte Angebote, wie sie zum Teil schon entwickelt werden.

Zu dem anderen Bereich, der mit den Flüchtlingen und dem Asylverfahren zusammenhängt. Das ist zwar nicht mein Spezialgebiet, aber ich habe relativ ausführlich in der Literatur recherchiert und mit Kollegen gesprochen, die damit befasst sind, nicht nur in Hessen. Es ist schon so, dass die Anhörungssituationen extrem problematisch sind. Es ist auch so, dass die Anhörenden einen großen Handlungsspielraum haben. Es gibt manche, die machen das ganz hervorragend, sind sich der Problematik bewusst, und es gibt andere, da erinnert das mehr an ein Verhör. Man kann sich vorstellen, was das für Auswirkungen auf den Betroffenen hat. Das heißt, Handlungsspielräume sind vorhanden und müssten in einer positiven Weise genutzt werden.

Ich denke, man müsste hier das verfügbare medizinische Wissen nutzen – es ist ja da, es gibt Experten, die damit viel Erfahrung haben, es gibt eine sehr substanzvolle Forschung darüber – und in die Verfahren aufnehmen, z. B. über Experten, die eingeschaltet, die konsultiert werden, oder über Fortbildungen, sodass entsprechende Wissensbestände in solchen Verfahren Eingang finden. Es geht nicht darum, dass irgendjemand das Asylverfahren aufweichen möchte, sondern man will es eigentlich nur auf der Basis von verfügbaren Wissensbeständen über die relevanten Umstände umsetzen. Der eigentliche Punkt ist, dass das wissenschaftliche Wissen in dem Zusammenhang ernst genommen wird. Die große Frustration aufseiten derer, die damit befasst sind, resultiert daraus, dass das relativ selten passiert.

Sachv. **Marc Phillip Nogueira:** Sie haben einen Schwerpunkt bei den psychosomatischen Erkrankungen gesetzt. Kann es sein, dass sich psychosomatische Erkrankungen im Generationenverlauf auswirken? Kann es sein, dass Personen, die an psychischen Stö-

rungen oder körperlichen Erkrankungen leiden, in der Sozialisation ihrer Kinder Folgeprobleme zu erleiden haben, die sich negativ auswirken?

Sie haben Dilemmata angesprochen. Es ging um Ansprüche des Rechts im Asylverfahren und die Traumata, die Personen in der Migration erleiden. Es ging aber auch um ökonomische Standards versus die Interessen der Patienten.

In der Soziologie gibt es das Konzept „quality of life“. Das gibt es auch in der Medizin. Es gibt dazu Tabellen. Ist das ein Konzept, das zwischen diesen unterschiedlichen normativen Standards vermitteln kann? Gibt es andere Konzepte, die Ihnen aus der Forschung bekannt sind?

Herr **Dr. Knipper**: Die Frage der Übertragung von psychischen Belastungen und Traumata auf die nächste Generation ist ein sehr interessantes Thema. Das findet tatsächlich statt. Das ist bekannt. Eine transgenerationale Vererbung von Traumatisierungen und psychischen Problemen findet statt. Genau erklären kann man das aber noch nicht. Es gibt – wie bei vielen Dingen in der Medizin – nicht nur einen Mechanismus, der dafür verantwortlich ist. Das geht sowohl über Kommunikation, das, was man von den Eltern hört, über Verhaltensweisen, die man am Modell der Eltern lernt. Es geht auch um Vermeidungsstrukturen und Stimmungen.

Es gibt inzwischen auch Erklärungsansätze, die das neurobiologisch fassen über „Einschreibungen“ – um es so auszudrücken – der psychischen Belastung und der Traumata in den Körper, z. B. in die genetischen Grundlagen, wobei die Frage ist, welche Gene in welcher Situation aktiviert werden und damit beeinflusst wird, dass z. B. Stimmungen und genetische Grundlagen für psychische Empfindungen verändert und von einer Generation auf die nächste Generation übertragen werden. Das ist ziemlich komplex und hochinteressant, weil es da eine Verbindung zwischen dem Psychischen und dem Somatischen gibt, was wir früher immer nur geahnt haben. Hier ist man im Rahmen neurobiologischer Forschungen deutlich weiter gekommen. Trotzdem ist noch ein unglaublich großes Feld an Arbeit offen.

Zu dem Dilemmata: Es geht um die Quantifizierung von Lebensqualität. Das betrifft die Soziologie und die Medizin-Ethik. Ich habe mich damit aber nicht so intensiv befasst. Es geht häufig um quantifizierende und abstrahierende Prozesse. Mir ist eher wichtig, dass man sich klarmacht, was die Maßstäbe sind, auf deren Grundlage wir in einer gewissen Situation ein Urteil fällen.

In der Medizin sind für die moralische Orientierung die Menschenrechte und die Grundsätze der Medizin-Ethik entscheidend, wenn es um kranke oder schutzbedürftige Menschen geht. Das Wohl des Patienten hat Priorität. Die reine Diskussion und Gegenüberstellung von Dilemmata bringt aber nichts. Häufig gibt es nämlich Brücken und Möglichkeiten, das miteinander in Verbindung zu bringen. Die politischen Interessen und die rechtlichen Grundlagen, die wir im Asylrecht haben, erlauben durchaus eine andere Praxis. Man muss also nicht sofort auf Kollisionskurs gehen, sondern man sollte versuchen, Brücken zu bauen. Die rechtlichen Regelungen und die politischen Zielsetzungen sind ja nicht irrelevant. Es geht nicht nur um gegensätzliche Positionen. Ein Ausgleich sollte angestrebt werden, und zwar mit einer klaren moralischen Orientierung.

Im Rahmen der Ökonomie gibt es viele Möglichkeiten, ökonomisches Handeln mit humanitärem Handeln in Verbindung zu bringen. Eine Medizin, die besser kommuniziert, ist möglicherweise sogar billiger, denn Doppel- und Dreifachuntersuchungen können so

reduziert werden. Aber bei einer Medizin, die sich im Drei-Minuten-Takt abspielt und bei der jeder Patient bei der Visite jeden Tag einen anderen Arzt hat und kaum Zeit für eine Übergabe ist, da passieren natürlich unglaublich viele Doppel- und Dreifachuntersuchungen. Das ist dann eine extrem teure Medizin. Deshalb sollte die Medizin gut kommunizieren und kultursensibel angepasst sein.

Zu den Flüchtlingen: Wenn man die Leute bei der Anhörung nicht beurteilen kann, und der Asylantrag wird abgelehnt, dann werden die Betroffenen nicht automatisch sofort abgeschoben. Es kann zielstaatsbezogene oder aktuelle gesundheitliche Abschiebungshindernisse geben. Dann werden weitere Verfahren angestrengt. Einspruch wird erhoben. Manchmal zieht sich das über Jahre hin. Die Patienten sind dann nach wie vor bei uns und zum großen Teil in medizinischer Behandlung. Teilweise liegen sie monatelang in Kliniken. Eine Therapie ist aber nicht möglich, weil die Grundvoraussetzungen dafür, nämlich Stabilität, ein Gefühl von Sicherheit und eine langfristige Perspektive sind. Die Perspektive muss nicht unbedingt dauerhaft in Deutschland liegen, aber während der Zeit der Therapie geht es ohne Stabilität nicht. Das ist teilweise über Jahre nicht möglich. So werden über Jahre Kosten verursacht, die man durch ein am Anfang besser organisiertes und die medizinischen Aspekte besser berücksichtigendes Verfahren vielleicht reduzieren könnte. Ein höherer Aufwand am Anfang könnte sich somit nachher ökonomisch lohnen. Humanitärer wäre das auch. Hier stehen Ökonomie und Humanität nicht unbedingt in einem substanziellen Konflikt. Die Dilemmata müssen also hinterfragt werden. Sind sie wirklich so unüberbrückbar, oder kann man Verbindungen und gemeinsame Perspektiven entwickeln.

Sachv. Prof. **Dr. Frank-Olaf Radtke:** Zu den Dilemmata: Man kann davon ausgehen, dass im Grunde jeder Patient – mit oder ohne Migrationshintergrund – in das Schnittfeld zwischen der medizinischen Logik einerseits und der ökonomischen Logik andererseits gerät. Je nachdem, wie man sozial gestellt und ausgebildet ist, hat man dann mehr oder weniger Möglichkeiten, sich gegebenenfalls zur Wehr zu setzen.

Bei Migranten ist eine besondere Situation gegeben. Zu der medizinischen und der ökonomischen Logik kommt noch eine politische Ideologie bzw. eine politisch-normative Festsetzung hinzu. Dabei geht es darum, wie mit Migranten umgegangen wird.

Die Politik und auch diese Enquetekommission haben die Aufgabe, solche Kollisionen, die zuungunsten des Patienten ausgehen, politisch zu behandeln, also Folgeprobleme dieser Situation zu mildern. Es soll nicht nur bei einem Appell bleiben. Vielmehr muss die am Menschen orientierte Logik zur Geltung gebracht werden.

Was können wir politisch tun, um die Situation von Migranten in diesem Schnittfeld zu verbessern, ihre besondere politisch-ideologischen Belastung zu mildern und die Folgen für die Patienten zu reduzieren.

Herr **Dr. Knipper:** Die Politik hat verschiedene Möglichkeiten in der politisch-gesellschaftlichen Debatte. Es gibt Identitätskonflikte, manche – vor allem Jugendliche – fühlen sich ausgegrenzt. Jugendliche mit einem binationalen Hintergrund erleben regelmäßig, dass sie sich weder dem einen noch dem anderen Land zugehörig fühlen. Es gibt auch islamische Patienten, die Ausgrenzungsgefühle empfinden. Das sind in medizinischer Hinsicht belastende Faktoren.

Verantwortungsvolle Diskussionen wären in diesem Kontext wünschenswert. Das Denken in Schablonen ist ein problematischer Weg. Es gibt nicht nur die Deutschen auf der einen Seite und Menschen islamischen Glaubens auf der anderen Seite. Hier ein reines Konfliktfeld zu thematisieren, ist nicht gut. Behutsamkeit und Differenziertheit sind vielmehr nötig, um konkret bestehende Konflikte besser identifizieren zu können.

Zu den Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung und zu den Finanzierungssystemen: Hier ist es nicht leicht, an den entsprechenden Schrauben zu drehen. Wichtig ist aber eine Debatte darüber, was aus der Medizin wird, wenn sie sich primär an ökonomischen Kriterien im Sinne einer privatwirtschaftlichen Organisation der Krankenhäuser und der MVZ-Einrichtungen orientiert. Die Krankheit bekommt dann einen ökonomischen Wert. Es gibt Kliniken, in denen der Arzt bereits auf der elektronischen Krankenakte sieht, ob seine Diagnose in den positiven Bereich führt oder ob nicht genügend Erlöse erzielt werden. Die Erwirtschaftung von Erlösen am Krankenbett wird so sichtbar. Es wäre naiv, zu glauben, dass das die Entscheidung nicht beeinflusst. Das gilt vor allem dann, wenn Verwaltungen den Leitenden Oberärzten und Chefärzten sagen: „Die Erlössituation Ihrer Abteilung war nicht ausreichend. Es müssen jetzt folgende Stellen gekürzt werden ...“ Allein um die Mitarbeiter halten zu können, werden dann häufig mehr Erlöse generiert. Mehr Patienten werden dann „durchgeschleust“. Mehr Diagnosen werden gestellt. Diese Ökonomisierung wird inzwischen an manchen Stellen kritisch diskutiert. Die Benchmarks werden immer enger. In der klinischen Praxis hat man dann teilweise nur noch drei bis fünf Minuten für den Patienten. Das ist einer patientenorientierten Perspektive nicht zuträglich.

Die Politik kann Initiativen starten. Ich denke an die Qualifizierung von Dolmetschern, die Kommunikationsthematik und zielgruppenorientierte Angebote. Einiges passiert bereits. Aber hier gibt es noch viele weitere Möglichkeiten, mehr zu tun.

Abg. **Hans-Christian Mick:** Herr Dr. Knipper, Sie haben gesagt, dass die Versorgungssituation für Flüchtlinge und Asylsuchende in Deutschland sehr mangelhaft sei – gerade im Vergleich mit dem europäischen Ausland. Ist das nicht eine recht steile These? Können Sie das bitte noch einmal ausführen?

Herr **Dr. Knipper:** Die These mag steil klingen. Es gab dazu aber im Dezember eine Anhörung im Europäischen Parlament. Die entsprechende Information ist im März herausgegeben worden. Im Hinblick auf die Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen wurden die europäischen Länder in drei Kategorien eingeteilt.

In der ersten Kategorie ging es um die Länder, bei denen die medizinische Versorgung einigermaßen gut ist. Das betraf z. B. Frankreich und Spanien. Da ist das allgemeine Gesundheitssystem nicht mit individuellen Krankenversicherungen versehen. Dort besteht zunächst die Möglichkeit, in der Klinik erst einmal behandelt zu werden. Die Kostenfrage wird dann später geklärt. In der zweiten Gruppe war die medizinische Versorgung etwas indifferent. In der dritten und besonders prekären Gruppe war z. B. Deutschland.

Das Hauptproblem ist die Sorge und Pflicht der Übermittlung der Daten von „Papierlosen“ an die Ausländerämter, und zwar über die betroffenen öffentlichen Einrichtungen. Zwar ist inzwischen klar, dass das für Ärzte nicht gilt. Die Schweigepflicht und der Geheimnisschutz gelten für ärztliches Personal und Assistenzpersonal. Es gibt sogar einen verlängerten Geheimnisschutz nach einer Durchführungsverordnung aus dem Bundesinnenministerium seit 2009. Danach gilt das sogar für die Sozialämter. Wenn ein Arzt folg-

lich einen „Papierlosen“ hat und dessen Behandlung für erforderlich hält sowie dazu beim Sozialamt – sogar unter Namensnennung – anfragt, ist das Sozialamt nicht mehr verpflichtet, den Namen an das Ausländeramt für die Abschiebung weiterzugeben.

Dieser verlängerte Geheimnisschutz ist durchaus eine Verbesserung. Dennoch ist die Sorge vor der Übermittlung der Daten ganz erheblich, sodass die Leute sich gar nicht vorstellen. Bei vielen Erkrankungen ist es aber fatal, wenn die Leute zu lange mit der Vorstellung beim Arzt warten.

Ärzte können in Notsituationen die Kostenübernahme durch das Sozialamt gewährleisten. Der Patient selber darf aber nicht zum Sozialamt gehen, um auf sein Problem aufmerksam zu machen und ärztliche Behandlung einzufordern. Wenn der Patient das gleichwohl macht, dann besteht keine Schweigepflicht. Dann wird er dem Ausländeramt gemeldet. Das ist eine Bestimmung. Wenn die Anweisung aber vom Arzt kommt, dann besteht eine Schweigepflicht. Wenn der Patient bei einem Notfall zum Arzt geht, dann wird er betreut. Er muss also so lange warten, bis die Notfallsituation eintritt. Dann kann er zum Arzt gehen, um die Kostenübernahme zu bekommen. Wenn man die Erkrankung aber in einem früheren Stadium auf sich zukommen sieht, dann ist der Patient nicht in der Lage, sich eine Krankheitsversorgung zu organisieren – außer, er geht in eines der verschiedenen Zentren, die es auch in Wiesbaden und in Darmstadt sowie in Frankfurt gibt, des Malteser Hilfsdienstes, des Medibüros sowie von „Ärzte der Welt“. Das sind Organisationen, die z. B. in Haiti und bei humanitären Notlagen auf der ganzen Welt tätig sind. Die leisten inzwischen humanitäre Hilfe in Deutschland, und zwar für Leute, die keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben und in prekären Situationen leben.

Wenn NGOs den gleichen Begriff für „Katastrophenhilfe“ im Ausland und für die Situation in Deutschland gebrauchen, dann gibt das Anlass zur Sorge. Natürlich ist das eine gewisse Form von Rhetorik. Es geht dabei auch um politische Prozesse. Die Situation in Deutschland bessert sich aber langsam. Es ist tatsächlich in den letzten Jahren eine veränderte Form der Diskussion festzustellen. Verbesserungen gibt es auf jeder Ebene.

Vor drei Jahren hat sich ein Medizinstudent aus Marburg für die Versorgung von „Illegalen“ engagiert. Er bekam während seiner Examensvorbereitung einen Brief vom Staatsanwalt: Anklage wegen Beihilfe zum illegalen Aufenthalt. Dies geschah, obwohl der damalige Bundesinnenminister Schäuble sagte: „Kein Arzt, kein Mediziner, der seinem humanitären Impuls und der Verpflichtung, Patienten zu helfen, nachkommt, hat etwas zu befürchten.“ In dieser Situation erhielt der Student also eine Vorladung vom Staatsanwalt. Er war angezeigt worden. Das Verfahren wurde dann aber niedergelegt. Er hatte sich einen Anwalt genommen. Die Bundesärztekammer hat das Anwaltshonorar bezahlt. Er hat sein Examen zudem bestanden. Aber man kann sich vorstellen, dass das keine besonders angenehme Situation war.

Man ist also auf dem Weg der Besserung. Der „anonyme Krankenschein“ wäre eine Möglichkeit, die Abrechnungen zu realisieren und den Zugang zu verbessern. Es erfolgt aber immer eine Bedürftigkeitsprüfung. Das ist in dem Konzept so angelegt. Wenn jemand ohne Papiere nach Versorgung fragt, dann heißt das nicht automatisch, dass er sofort einen Krankenschein bekommt. Es wird nicht alles finanziert. Vielmehr müssen die Ärzte, die in diesen Institutionen arbeiten und das vorschlagen, eine medizinische Prüfung und eine Bedürftigkeitsprüfung durchführen. Denn die Ressourcen reichen nicht für alle. Keiner sagt, man müsse die große Schatulle öffnen. Vielmehr geht es darum, Einzelfälle differenziert zu betrachten und die Rahmenbedingungen zu schaffen, dass das möglich ist.

Abg. **Gerhard Merz:** Meine Fragen betreffen die lokale Gesundheitsversorgungsebene. Sie haben am Anfang – zu Recht, wie ich finde – darauf hingewiesen, dass man sich die konkreten Situationen anschauen muss. Gibt es in Bezug auf Migranten Beispiele für solche Status- und Versorgungsstrukturhebungen? Wie sind oder müssen solche Strukturen angelegt sein?

Ich habe vor Kurzem ein Bild einer hessischen Großstadt gesehen, in das die Hausarztpraxen eingezeichnet waren. Zudem waren die problematischen Stadtquartiere eingezeichnet, soziale Stadtquartiere und Stadtquartiere mit einem hohen Anteil an SGB-II-Empfängern, also Quartiere, die nach bestimmten sozialen Parametern für „problematisch“ gehalten wurden. Es ging also um Quartiere mit sozial Benachteiligten. Auf dem Bild konnte man schon sehen: Die Schnittmenge war relativ gering. Die Hausarztpraxen waren überwiegend nicht in den Quartieren der Benachteiligten. Es gab nur wenige Ausnahmen. Das sagt etwas über die Zugänglichkeit der Versorgung – in diesem Fall in Bezug auf die Hausärzte.

Gibt es eine Untersuchung dazu? Ich meine die Zugänglichkeit dieses Sektors, der ja nicht unerheblich ist, gerade auch was die kommunikativen Situationen angeht, für Migranten.

Herr **Dr. Knipper:** Das waren sehr gute Fragen. Ich kann dazu aber keine positive Antwort geben. Ich habe hier keinen Überblick. In Bezug auf die lokalen Verhältnisse habe ich aber früher an einer Initiative in Berlin teilgenommen. Das war ein größeres Forschungsverbundprojekt. Dort wurden solche Untersuchungen begonnen. Das ist dann aber an der Finanzierung gescheitert. Das geschah unter Mitwirkung von „public health“. Ethnologische und medizinische Fragen spielten eine Rolle. Der Finanzierungsansatz ist aber aus den unterschiedlichsten Gründen gescheitert.

Es gibt aber an vielen Stellen lokale Gesundheitswegweiser – auch in Gießen. In den verschiedensten Sprachen wird der Bevölkerung erklärt, wo sie welche medizinische Hilfe bekommen. Auf die Sprachkompetenz in den Praxen wird hingewiesen. Das ist pragmatisch und ein wichtiger Schritt.

Die Verteilung der Hausarztpraxen in den von Ihnen angesprochenen Quartieren stellt eine große Herausforderung dar. Es gibt bestimmte Zahlen dazu. Die könnte man über die Ärztekammern eruieren. Dann wären Ausdifferenzierungen möglich. Das habe ich aber noch nicht gemacht. Mir liegt auch keine Auswertung vor. Ich glaube aber, dass die Türkisch-Deutsche-Gesundheitsstiftung an diesem Thema dran ist. Es geht dabei darum, türkischsprachigen Ärzten zu ermöglichen, dort zu arbeiten, wo die Patienten leben. Dieses Anliegen wird seit 20 Jahren verfolgt.

Abg. **Kordula Schulz-Asche:** Die KV weiß, wie die Ärzteverteilung aussieht. Wir wissen, dass die Versorgung in diesen Gebieten sehr schlecht ist.

Sie haben eingangs gesagt: Medizin lokal denken. – Darauf will ich zurückkommen, weil das die Handlungsebene betrifft. In Hessen – insbesondere im Raum Frankfurt – haben wir Gruppen, die sehr stark vertreten sind. Dazu gehören die Menschen aus der ehemaligen Sowjetunion. Dazu gehören aber auch bestimmte afrikanische Gruppen. Hier gibt es spezielle Gesundheitsprobleme. In Bezug auf die Sowjetunion betrifft das die Kombination von Drogengebrauch und Aids. Es gibt auch Angst vor staatlichen Strukturen aufgrund der Erfahrung aus der ehemaligen Sowjetunion. Zudem gibt es den Bereich

der Genitalverstümmelung bei bestimmten afrikanischen Zuwanderergruppen. Das sind unterschiedliche Gruppen, die sehr unterschiedliche medizinische Probleme haben.

Brauchen wir hier aus kulturwissenschaftlicher Sicht einen Diaspora-Ansatz, der spezielle Antworten für diese Gruppen entwickelt? Wie könnte das vor Ort aussehen? Welche Akteure könnten das koordinieren? Von wem kann das aufgegriffen werden? – Für einen niedergelassenen Hausarzt ist es sicher sehr schwierig, mit diesen Problemen alleine umzugehen.

Herr **Dr. Knipper**: Das sind sehr spannende Fragen. Ich kenne Arztpraxen, die tatsächlich aus ihrem eigenen Profil heraus Beziehungen und ganz guten Zugang zu den Communities haben. Das sind aber keine systematischen Projektbeziehungen, sondern sie sind pragmatisch entwickelt, weil das das Quartier ist. Ich kenne dazu Beispiele aus Lollar oder aus Gießen, aus meinem eigenen lokalen Umfeld.

Meine Erfahrung ist, dass sich Menschen aus der Sozialarbeit damit am besten auskennen. Zum Beispiel die Sozialarbeiter aus den Migrationsdiensten haben einen sehr guten Überblick über die Situation in ihrer Region. Die könnten da vermittelnd tätig werden und Brücken bauen, um diese Gruppen zu erreichen. Das wäre eine Möglichkeit.

Man kann das zwar Diaspora-Ansatz nennen; aber man wird nicht umhin kommen, die Migrant-Communities konkret zu analysieren. Es geht darum, zu fragen, wer in diesen Quartieren die besonderen Risikogruppen sind, wie die inneren Strukturen aussehen, und wer die etablierten Ansprechpartner sind. Das können auch Sportvereine sein. Vorher lässt sich aber nie sagen, wer das ist. Man muss erst einmal einen Kontakt herstellen und den dann ausbauen.

Die von Ihnen beschriebenen Probleme – seien es Drogen, HIV oder Genitalverstümmelungen – haben sehr viel mit dem Leben in der Diaspora bzw. mit Migration im Sinne von Rückbesinnung auf traditionelle Werte zu tun. Gerade die Genitalverstümmelung ist zum Teil unter den Migrant-Communities verbreiteter als in den Ursprungsländern – auch wenn sie dann zum Teil dort praktiziert wird und die Kinder dorthin gebracht werden. Der Druck, traditionelle Werte hochzuhalten, ist in der Diaspora besonders stark.

Drogen und HIV haben auch etwas mit fehlender Integration sowie Identitätskonflikten und dem inneren Zusammenhalt von Subkulturen etc. zu tun. Es gibt aber durchaus Methoden und qualifizierte Leute, dort etwas zu erreichen. Das müsste aber verstärkt gemacht werden.

Sachv. Prof. **Dr. Friedrich Heckmann**: Sie haben über die Schwierigkeiten von Flüchtlingen und Asylbewerbern gesprochen, sich über Traumatisierungen zu äußern. Sie haben auf gewisse Dilemmata hingewiesen, etwa bei den Anhörungen.

Ich bin im Beirat des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge. Ich kenne die Arbeit seit vielen Jahren. Vor eineinhalb Jahren war ein großer Teil der Arbeit, sich mit den posttraumatischen Belastungsphänomenen zu beschäftigen und die Entscheider auf diesem Gebiet zu schulen.

Die empirische und gegenwärtige Praxis im Bundesamt würde ich nicht so drastisch darstellen wollen. Ich bin im Rahmen der Migrationssoziologie mit Studenten selbst des Öfteren in Zirndorf gewesen. Wir haben an vielen Anhörungen teilgenommen. Ich wür-

de diesen Eindruck nicht teilen wollen, sondern da gibt es ein standardisiertes Verfahren. Die Mitarbeiter werden immer wieder geschult, auf die spezifischen Belastungssituationen einzugehen. Das ist eine Information in Bezug auf das Bundesamt, das in der Öffentlichkeit vielleicht nicht immer den besten Ruf hat. Man ist sich dort der Dinge aber sehr wohl bewusst. Publikationen gibt es auch.

Hinzu kommt, dass es eine sehr detaillierte Datenbasis gibt. Es gibt das Informationssystem MILO. Das wird mit sehr viel Aufwand gepflegt. Da gibt es Informationen über Herkunftsländer. Man weiß so genau, was in den verschiedenen Ländern, aus denen die Menschen kommen, geschieht. Da wird ein großer Aufwand betrieben. Die Entscheider sind angehalten, sich über dieses MILO-System zu informieren.

Herr **Dr. Knipper**: Ich danke für den Hinweis. Denn es ist wichtig, zu sagen, dass das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge nicht homogen ist. Da gibt es sehr unterschiedliche Leute und Bemühungen. Die Frage ist, was in der Praxis ankommt. Ich habe soeben auf die Handlungsspielräume der einzelnen Entscheider und Anhörer hingewiesen. Auch die Frage der Aus- und Fortbildung habe ich mit Kollegen besprochen, die daran nicht nur in Hessen arbeiten.

Die sagen: Es gibt manche, die dafür offen sind. Diejenigen aber, die es am nötigsten hätten, sind dafür nicht offen und übernehmen diese Sachen auch nicht. Es ist also sehr viel Entscheidungsspielraum unmittelbar vor Ort möglich. Es gibt entsprechende Bemühungen, aber die Situation – zumindest derjenigen, mit denen ich gesprochen habe; das ist aber nicht repräsentativ – ist, dass es strukturelle Probleme gibt.

Die Zahlen – 30 bis 80 % sind traumatisiert; 1 % wird anerkannt – sprechen eine eindeutige Sprache. Die Traumatisierung ist also deutlich höher.

(Sachv. Prof. Dr. Friedrich Heckmann: Die Schutzquote liegt jetzt bei ungefähr einem Drittel, 30 %!)

– Genau. Aber das sind Leute, die nicht unbedingt bereits anerkannt sind, sondern sich in einer Situation befinden, die durch Instabilität gekennzeichnet ist.

(Sachv. Prof. Dr. Friedrich Heckmann: Ja, die aber zunächst einen Aufenthaltstitel bekommen!)

– Ja. Mir geht es aber um die medizinischen Fragen. Um eine vernünftige Therapie zu machen, braucht man eine sicherere Situation und nicht nur die passagere mit unsicherem Aufenthaltsstatus.

Herr **Gieseler**: Mir geht es um die Sortierung von ärztlichen Praxen. Da gibt es ganz unterschiedliche Landschaften innerhalb der hessischen Kommunen. Bezogen auf die kleineren Gemeinden und die mittleren Städte – Größenordnung 30.000 bis 40.000 Einwohner – ist das sehr stark von den ausgewiesenen Baugebieten und der generellen Ärzteversorgung abhängig. Wir können feststellen, dass dort, wo man im eigenen Haus praktizieren kann, sehr viele Ärzte, Hausärzte in ihrer eigenen Wohnimmobilie praktizieren. Dann kommt es durchaus vor, dass sich in den besser situierten Gebieten auch Arztpraxen finden.



Städte, die sich generell im Hinblick darauf mit der Versorgungssituation auseinanderzusetzen haben, dass es immer schwieriger wird, Experten zu finden, reagieren derzeit im Wesentlichen in der Weise, dass man versucht, Ärztezentren zu errichten. Das heißt, man versucht, diese an verkehrsgünstigen Lagen innerhalb eines Ortes zu konzentrieren. Manchmal klappt das. Manchmal klappt das weniger. In den Großstädten kann man erkennen, dass überall dort, wo fußläufiger Verkehr stattfindet und auch relativ leichte Erreichbarkeit vorhanden ist, Ärzte anzutreffen sind.

Ich bin zu der Erkenntnis gelangt, dass in vielen Städten des urbanen Raums um Frankfurt – Main-Taunus-Kreis, Rheingau, Landkreis Offenbach – die Situation eingetreten ist, dass Ärzte mit interkultureller Kompetenz, die selbst einen Migrationshintergrund haben, sich darauf konzentrieren, in Wohnlagen zu ziehen, in denen man direkt vor Ort behandeln kann. Nicht immer nehmen sie dort ihr Wohnquartier, aber es wird Wohnraum umgewidmet, um Praxen einzurichten.

Mir ist bekannt, dass sich im östlichen Spessart-Viertel drei Fachärzte angesiedelt haben. Das sind ein Zahnarzt, ein Dermatologe und, ich glaube, ein Allgemeinmediziner. Diese Ärzte haben erkannt, dass es dort Handlungsbedarf gibt. Diesen Ärzten, die ihre Patienten vor Ort suchen, spreche ich ein großes Kompliment aus.

Abg. **Mürvet Öztürk:** Ich möchte noch zwei Punkte ansprechen. Mir geht es zum einen um die Anhörung von Flüchtlingen. Wir haben in Hessen die Erstaufnahmeeinrichtungen in Gießen und in Frankfurt. Es gibt dort Möglichkeiten, Gespräche mit den Ärzten zu führen, ob die Versorgung gewährleistet ist, ob die Anhörung so durchgeführt werden kann, dass binnen kurzer Zeit der Asylgrund einigermaßen hinterfragt werden kann.

Herr Dr. Knipper, da Sie aus Gießen sind, ist meine Frage: Haben Sie spezielle Kontakte, um einschätzen zu können, wie die konkrete Situation vor Ort ist? – Meine Besuche haben meistens ergeben, dass nur eine Ärztin vor Ort war. Die war für alle Flüchtlinge zuständig. Haben Sie da regelmäßige Kontakte? Können Sie sagen, ob die ärztliche Versorgung in den Erstaufnahmeeinrichtungen Hessens ausreichend ist?

Meine zweite Frage ist: Die Problematik der Versorgung von Menschen ohne legale Papiere scheint mir in Hessen sehr stark im Rhein-Main-Gebiet gegeben zu sein. Das gilt insbesondere für Frankfurt. Haben Sie eine Einschätzung, wie das beispielsweise in Nord- oder in Mittelhessen ist? – Ich glaube, die Ärzte, die gezielt mit den Patienten zu tun haben, können das am besten beurteilen.

Herr **Dr. Knipper:** Zu der ersten Frage, ob die ärztliche Versorgung in den Aufnahmeeinrichtungen ausreichend ist, möchte ich kein generelles Statement machen. Mit der Ärztin, die im Meisenbornweg in Gießen tätig ist, habe ich nicht gesprochen. Ich habe mit einem Psychiater und mit einem Allgemeinmediziner gesprochen, der in der Clearingstelle mit den Kindern arbeitet. Es besteht durchaus Verbesserungsbedarf. Das ist der grundsätzliche Tenor, den ich von den verschiedenen Gesprächspartnern bekommen habe.

In Bezug auf die „Papierlosen“ liegt der Schwerpunkt sicher im Rhein-Main-Gebiet. In Mittelhessen, also in Gießen und in Marburg, kenne ich die Situation ein bisschen. Auch da gibt es „Papierlose“, aber es ist nicht so, dass das eine große Zahl wäre. Die dortigen Initiativen haben aber immer wieder Patienten ohne Papiere. Der Bedarf ist aber nicht besonders groß.

Allerdings gibt es dort eine ganz gute Infrastruktur von Ärzten, die bereits seit vielen Jahren – nicht erst, seit darüber diskutiert wird – ihre Infrastruktur aufgebaut haben und die Betreuung gewährleisten. Das ist aber alles auf persönliches Engagement zurückzuführen. – Für Nordhessen kann ich es nicht sagen.

**Vorsitzender:** Weiter Fragen? – Das ist nicht der Fall. – Das Wort hat Herr Salman.

Herr **Salman:** Sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Ich versuche, meine Stellungnahme zu kürzen. Mein Vorredner hat Sie, wie ich finde, über vieles bereits großartig informiert. Bei zwei Personen, die schon sehr lange zusammenarbeiten und auf demselben Gebiet tätig sind, überschneiden sich die Ausführungen.

Ich gehe zunächst einmal auf den Punkt ein, inwieweit sich die Erkrankungen und die medizinische Versorgung von Menschen mit und Menschen ohne Migrationshintergrund unterscheiden. Generell muss man sagen, dass der Migrationshintergrund Einfluss auf die Gesundheit haben kann. Das liegt nicht hauptsächlich an kulturellen Begebenheiten, sondern mehr an den manifesten Faktoren: an Risiken und Mehrfachbelastungen, die durch die Migration auf viele Menschen einfach zukommen müssen. Andererseits kann ein Migrationshintergrund auch die Chance beeinträchtigen, eine adäquate Therapie zu erhalten. Es geht nicht nur darum, ob Migranten leichter erkranken, sondern auch darum, ob sie Schwierigkeiten haben, überhaupt eine Versorgung zu erhalten, da sie das System, mit dem sie es zu tun haben, nicht kennen und weil es Barrieren gibt, die sie zu überwinden haben, um eine für sie geeignete Versorgung sicherzustellen.

Wir haben ein unterschiedliches Nutzungsverhalten z. B. bei Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und bei ambulanten Pflegediensten beobachtet. Das sind zwei typische Felder. Wir haben beobachtet, dass sich bestimmte Infektionskrankheiten stärker verbreiten, dass es häufiger und über einen längeren Zeitraum zur Arbeitsunfähigkeit kommt und dass die Unfallrisiken erhöht sind. Es gibt, wie ich finde, mittlerweile eine konstruktive Zunahme der Menge an Fakten und Daten, auf die man zugreifen kann. Man fängt also langsam an, etwas zu tun. Man könnte das jetzt zwar andersherum aufzählen und erzählen, was alles nicht funktioniert. Aber wenn man sich die Entwicklung in den letzten zehn Jahren anschaut, muss man sagen, es ist kontinuierlich etwas unternommen worden: Es wird immer mehr versucht, objektive Daten zu erheben bzw. die vorhandenen Daten zusammenzutragen.

Das RKI und das Statistische Bundesamt haben vor knapp drei Jahren die erste Gesundheitsberichterstattung zu dem Thema „Migration und Gesundheit“ aufgelegt. Ich hatte die Ehre, in einem Team daran mitarbeiten zu dürfen. Das war ein toller Schritt, zu sagen, man wolle die Daten der Migranten strukturell mit erfassen. Das ist der richtige Weg. Ich finde aber – obwohl ich daran beteiligt war –, der Bericht könnte noch besser sein. Es war jedoch sehr schwierig, im ersten Durchlauf zu jedem Bereich flächendeckend Daten zu bekommen.

Wir haben auf der einen Seite noch ein Defizit in diesem Bereich, da nicht überall flächendeckende Daten vorliegen. Auf der anderen Seite ist es lobenswert, dass diese partiellen Daten zentral gesammelt werden und man sich anschaut, welche Möglichkeiten es gibt. Wir haben aber etwas, für das wir uns in Deutschland – Entschuldigung, dass ich das sage – auf die Schulter klopfen können: Was die Kindergesundheit betrifft, sind wir vorbildlich in Bezug auf die Erfassung der Daten. Da kann uns kaum einer in Europa das Wasser reichen. Das hat etwas mit der KiGGS-Studie zu tun. Da sind viele Milli-

onen Euro investiert worden, um die Gesundheit der Kinder unserer Nation generell zu erfassen.

Hier ist zum ersten Mal flächendeckend versucht worden, die Migranten von vornherein einzubeziehen. Alles andere wäre auch sehr überraschend gewesen. Schauen wir uns den Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund an den unter 16-Jährigen in Frankfurt an: Manche sagen, es seien 40 %. Wir wissen, es sind fast 60 %, in vielen Stadtteilen sogar noch mehr. Wir mussten diese Daten somit nicht noch einmal gesondert erheben, um uns darauf einen Reim machen zu können. Das wäre nicht so schön. Unsere Erkenntnisse nehmen also zu. Man kann auch beobachten, dass zunehmend versucht wird, diese Erkenntnisse umzusetzen. Leider wird es aber noch ein bisschen Zeit brauchen, bis wir ein gutes Niveau erreicht haben. Aber zumindest läuft der Prozess nun seit einigen Jahren. Hier wird jetzt auf der Basis von Fakten gehandelt.

Bei den Migranten – auch bei deren Kindern – haben wir es nicht nur mit Infektionskrankheiten und Unfallrisiken zu tun, die teilweise höher sind. Vielmehr ist unter den Migranten auch der Anteil der regelmäßigen Raucher und der Übergewichtigen generell hoch. Migration kann aber durchaus auch bedeuten – mein Vorredner hat das gesagt –, dass sich die gesundheitliche Situation verbessert. Wenn wir uns die Entwicklung bei den Türken aus einigen Regionen der Türkei anschauen, erkennen wir deutlich – dazu gibt es Daten –, dass deren Lebenserwartung in den letzten 20 Jahren gestiegen ist. Herr Prof. Klör hat das angedeutet. Es ist also nicht so, dass die Migranten von den besseren gesundheitlichen Möglichkeiten, die unsere Gesellschaft bietet, komplett abgeschnitten sind. Wir müssen sagen: Ein vollständiger Profit, der möglich wäre, wird von ihnen nicht erzielt.

Teilweise wird davon jedoch profitiert. Die Lebenserwartungsquote der Türken beispielsweise hat sich in den letzten 25 Jahren um sechs Jahre erhöht. Das ist statistisch betrachtet – da haben wir einen ausgewiesenen Wissenschaftler – eine sehr gute Entwicklung. Das ist mehrfach signifikant. Insofern kann man sagen, dass die Entwicklung zwar in die richtige Richtung geht, es aber in Bezug auf die Zugänglichkeit zur Versorgung durch aus noch zu Verbesserungen kommen muss.

Migranten nehmen die gesundheitlichen Leistungen in einem geringeren Maße in Anspruch. Das zeigt sich z. B. bei den Impfungsraten: konkret bei der Tetanusimpfung und der Grundimmunisierung gegen Diphtherie. Bei den älteren Kindern und bei den Jugendlichen betrifft das die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen, der U-Untersuchungen. Die KiGGS-Studie zeigt, dass der Unterschied bei den jüngeren Kindern, z. B. wenn sie ein halbes Jahr oder ein Jahr alt sind, geringer ist. Das liegt an beiden Seiten. Ich habe in den Praxen und auch in den Institutionen viele Gespräche dazu geführt. Daraus geht eindeutig hervor, dass, wenn Migranten mit einem Kind im Alter von ein oder zwei Jahren kommen, vom Personal automatisch eine viel größere Sensibilität an den Tag gelegt wird und man noch mehr bereit ist, mit den Leuten zu sprechen und sie zu motivieren: Das fehlt noch; Sie müssen zur nächsten Untersuchung kommen.

Diese Sensibilität lässt aber auf beiden Seiten nach, sobald die Kinder neun, zehn oder elf Jahre alt sind. Das heißt, die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen geht bei den älteren Kindern und Jugendlichen rapide zurück. Ich sage, das liegt teilweise daran, dass das Personal und auch die Ärzte, die diese Leute motivieren sollen, bei dieser Altersgruppe weniger sensibel sind und dass die Eltern ebenfalls meinen, sie müssten nicht mehr darauf achten, es werde schon alles von selbst laufen. Das ist aber nicht richtig. Leider hat das sehr viele negative Folgen. Wenn wir unterscheiden wollen, müssen wir uns klarmachen: Auf der einen Seite haben wir eine geringere Inanspruchnahme

me durch den ungleichen Zugang – sie haben nicht die gleiche Chance, diese Leistung zu bekommen –, und auf der anderen Seite gibt es eine ungleiche Nutzung. Das heißt, die Migranten haben, z. B. bezogen auf das Einholen und Verwenden von Informationen, rein objektiv betrachtet auch selbst einen Beitrag dazu geleistet, dass sie das System nicht vollständig nutzen. Hier muss man beide Seiten sehen.

Die Folgen sind schwere gesundheitliche Schädigungen oder sogar Todesfälle. Bei der Müttersterblichkeit kann man das sehen. Sie ist aber in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich. Man müsste sich einmal anschauen – selbst wenn es statistisch keinen großen Unterschied zwischen Deutschen und Migranten gibt –, warum es in Niedersachsen teilweise ein bisschen besser ist als in Nordrhein-Westfalen, wo die meisten Migranten leben.

In NRW sind in den letzten fünf Jahren unter den Migranten große Kampagnen gestartet worden mit dem Ziel, genau diesen Abstand abzubauen. Die neuesten Untersuchungen – partiell gibt es sie für Gelsenkirchen – zeigen, dass das offensichtlich Früchte trägt. Die Säuglingssterblichkeit und die Kindersterblichkeit sind gesunken, nachdem man in Gelsenkirchen innerhalb von zwei Jahren 450 Veranstaltungen durchgeführt hatte, die sich an Migranten gerichtet haben. Man sieht, dass das Geben von Informationen durchaus einen wünschenswerten Effekt hat: Die Sterblichkeit sinkt. Offensichtlich funktioniert das.

Wir haben jetzt immer wieder gehört, dass das mit der Sprache – den Sprachbarrieren – zu tun hat. Ich will aber nicht genauer darauf eingehen; es sind, wie ich finde, schon viele gute Argumente genannt worden. Mich wundert aber manchmal, warum, wenn es um das Thema Migration geht, die Sprachkompetenz des Personals wenig thematisiert wird. Wir wissen, wie es in der Wissenschaft ist: Man muss Englisch lernen, wenn man Erfolg in seinem Beruf haben will. Deshalb lerne ich Englisch und versuche ständig, es zu verbessern. Ich frage mich manchmal, warum in der versorgenden Medizin die Diskussion darüber ausgeschaltet wird – die in anderen Berufen, teilweise sogar im Handwerk, eine große Rolle spielt –, dass auch die Sprachkompetenz des Personals ein wichtiger Aspekt ist.

Das bedeutet nicht nur, dass Menschen mit Migrationshintergrund eingestellt werden sollten, die automatisch zwei Sprachen können, sondern auch, dass die Deutschen ihr Sprachniveau verändern müssen. Wenn ein Arzt in einem bestimmten Duisburger Stadtteil eine Praxis hat, kann es sein, dass 90 % seiner Patienten aus der Türkei kommen, von denen 20 bis 25 % kaum Deutsch sprechen. Es ist selbstverständlich, politisch zu fordern, dass die Migranten lernen, besser Deutsch zu sprechen. Aber wenn man sie versorgt, muss man vielleicht auch etwas Türkisch lernen.

In NRW gab es über viele Jahre entsprechende Kurse für Ärzte, die rege wahrgenommen worden sind. Denken Sie also nicht, dass die das nicht wollen. Wenn das entpolitisiert wird, ist das deutsche Personal durchaus bereit, seinen Bewegungsspielraum zu vergrößern. In NRW wurden diese Kurse an der Universität in Essen für die Ärzte und das Pflegepersonal kostenlos angeboten. Teilweise gab es sogar Wartelisten. Trotz dieses großen Erfolgs wurden diese Kurse jetzt merkwürdigerweise abgeschafft. Das versteht eigentlich keiner. So teuer waren sie nicht.

In diesem Zusammenhang ist die Diskussion gestartet worden, die wir heute noch einmal angedeutet haben: man komme den Migranten vielleicht zu stark entgegen und animiere sie, kein Deutsch zu lernen. Das halte ich aber für zu kurz gegriffen.

Wir haben von dem unterschiedlichen Krankheitsverständnis gesprochen. Ich würde sagen: unterschiedlich, weil komplexer. Diejenigen, die länger hier leben, sind durchaus auf dem Weg, Mischformen zu finden. Migranten, die sich konstruktiv integrieren, achten auf diese Mischform sehr gut. Sie achten darauf, dass sie sich aus der deutschen und aus der Herkunftsgesellschaft das Gute herauspicken. Dabei kommen auf beiden Seiten sehr interessante Modelle heraus. Wenn Türken in die Türkei zurückkehren und mit einem deutschen Selbstverständnis von den Ärzten vor Ort ein anderes Kommunikationsverhalten fordern – „Du hast mir gar nichts zu befehlen, diskutiere mit mir, erkläre mir das!“ –, zeigt das, dass die Migranten, auch wenn sie nicht genauso gut wie die Deutschen dastehen, doch häufig einen besseren Status als in der Herkunftsgesellschaft haben.

Aus dieser Sichtweise verhalten sich die Migranten sehr konstruktiv. Wir, die Experten, bemängeln, was nicht läuft und was besser werden sollte. Die Migranten selbst haben jedoch keine großartige Bewegung gegründet, die sich damit beschäftigt, für ihre Gesundheitsrechte einzutreten.

Eine der ältesten, bekanntesten und aktivsten Bewegungen ist die Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung. Die Russen fangen gerade erst damit an, darüber zu diskutieren. Nach vielen Jahren haben sie einen Klub gegründet. Das Ethno-Medizinische Zentrum ist der erste Verein, der für alle Sprachen und Kulturen offen sein möchte. Das hat etwas mit der Effektivität zu tun. In vielen Bundesländern gibt es nämlich kein Übergewicht von Türken, sondern dort leben auch andere Gruppen.

Hier stellt sich manchmal eine Frage, die man in der Politik und auf der Basis des vorhandenen Umfelds in einer Region beantworten muss: Machen wir es so, dass wir sehr ethnisch-spezifisch reagieren? Dann müssten wir fairerweise auch vielen anderen Kulturen die Gelegenheit geben, so zu arbeiten. Oder versuchen wir, eine solche Expertise irgendwo zu bündeln? Ich weiß, dass bei der Türkisch-Deutschen Gesundheitsstiftung mittlerweile auch sehr viele Araber und Menschen aus anderen Regionen behandelt und informiert werden.

Es gibt auch ein Nutzungsverhalten, das mit den Migranten selbst zu tun hat. Das hat mit den Geschlechterrollen und den Generationsrollen zu tun: mit Verhaltensweisen, die mitgebracht wurden. Ich glaube, dass der Begriff „Entwicklung von Sensibilität“ der Sache am nächsten kommt. Das Personal kann nicht über alle Kleinigkeiten und die vielfältigen Verhaltensweisen von Menschen aus mehr als 117 Kulturen informiert werden. Das wäre eine Überforderung.

Bei der Ausbildung muss man sehr stark darauf achten – so, wie es an der Universität in Gießen teilweise schon passiert –, dass man Techniken und Know-how vermittelt, die die Mitarbeiter flexibel machen und sie befähigen, generell auf kulturelle Unterschiede einzugehen, statt sich speziell nur mit einer Kultur zu befassen. Ich glaube, das Personal wäre sonst überfordert. Meiner Meinung nach würde es auch nicht unbedingt viel mehr bringen.

Ich komme nun zu den Gesundheitsrisiken und den Erkrankungen von Menschen mit Migrationshintergrund sowie zu den Flüchtlingen mit legalem und denen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Ich musste erst durch die Praxis lernen – ich habe das früher ganz anders gesehen, aber die Begegnung mit Kollegen und die Tatbestände haben meine Sichtweise verändert –, dass die Kultur wirklich nicht der wichtigste Faktor ist. Das Problem im Zusammenhang mit der Versorgung ist meiner Meinung nach nicht so groß, sondern es geht um den sozialen Hintergrund.

Zwischen Armut und der Zugehörigkeit zu sozialökonomisch besonders benachteiligten Gruppen auf der einen Seite und einem schlechten Gesundheitszustand auf der anderen Seite gibt es einen deutlichen Zusammenhang, der mittlerweile nachgewiesen ist. Die Wissenschaft befasst sich immer mehr damit – in den neuesten Studien sieht man das –: Dort werden viel häufiger Deutsche und Migranten mit gleichem sozialem Status verglichen; sie werden nicht mehr nur pauschal als zwei Gruppen einander gegenübergestellt. Da fallen die Unterschiede durchaus geringer aus. Türken oder andere Migranten mit einem hohen sozialen Status sind teilweise sogar besser dran; denn sie ringen manchmal viel heftiger um eine gelungene und elitäre Integration. Sie wollen alles ganz genau machen und sich noch stärker anpassen. Aber man kann sie meiner Meinung nach nicht pauschal als eine Gruppe ansehen. Es gibt jedoch durchaus Gruppen, in denen das so ist.

Die Unterschiede lassen sich, wie gesagt, eher auf der sozialökonomischen als auf der kulturellen Ebene erklären. Man kann sich das bei den Schuleingangsuntersuchungen anschauen. Es ist wunderbar, dass es in Deutschland dieses Instrument gibt. Damit kann man sehr viel feststellen, z. B. die Impfungsrate. Mithilfe einiger Instrumente sind mittlerweile sogar flächendeckende Vergleiche möglich.

Es fällt auf, dass man in den meisten Bundesländern, was die Früherkennungsuntersuchungen und die Durchimpfungsrate bei Migranten betrifft, früher weniger unterschieden hat. Deshalb gab es bei den Experten widersprüchliche Meinungen. Die einen sagten, das stimme nicht, sie hätten eine Untersuchung gemacht, und die habe gezeigt, dass bei Migranten die Durchimpfungsquote bei bestimmten Impfungen Quote sogar besser sei. Andere sagten, sie sei schlechter. Sie haben aber pauschale Vergleiche angestellt. Wenn man nämlich zwischen Migranten und Flüchtlingsgruppen unterscheidet, sieht man deutlich, dass, was die Impfungen betrifft, bei den Flüchtlingskindern anzusetzen ist.

Man hat festgestellt, dass dort, wo die Kampagnen durchgeführt wurden – in Berlin hat man das gesehen –, die Durchimpfungsquote bei den hier geborenen Kindern der Arbeitsmigranten sogar besser ist als bei den Deutschen. Das gilt z. B. für die Türken. Bei Angeboten, die praktisch und nachvollziehbar sind, die erklärt und in der Folge gleich umgesetzt werden, scheinen Migranten sehr compliant zu sein. Wenn diese Angebote vorhanden sind und die Migranten sie verstanden haben und leicht darauf zugreifen können, dann tun sie das auch.

Deshalb kann ich nur empfehlen, auf dieser Informationsschiene zu bleiben und zuzuschauen, wie man nachhaltig Informationen vermitteln kann. Das geht nicht nur durch Vereine wie den unsrigen, sondern das muss generell eine Strategie der öffentlichen Gesundheitsdienste und der Hochschulen werden. Nachhaltige Lösungen müssen gefunden werden: Wie können wir die Migranten nachhaltig und dauerhaft über die Angebote des Gesundheitswesens und die gesundheitlichen Bedrohungen informieren?

Bei den Flüchtlingskindern fällt etwas auf: Sie haben offensichtlich ein sehr hohes Risiko in Bezug auf Psychotraumata. Wen wundert das? Hinzu kommen bei ihnen noch eine hohe Tuberkuloseerkrankungsrate, eine stärkere Betroffenheit von Übergewicht und Adipositas sowie eine höhere Beteiligung an Unfällen. Es ist auch ein geringerer Schutz beim Fahrradfahren festzustellen. Unterschätzen Sie das bitte nicht. Es gibt Felder, die erscheinen einem so unwichtig. Die Eltern wissen das nicht, die Kinder wissen das nicht, und dann fahren sie ohne Helm. Es gibt fürchterliche Unfälle, durch die die Quote stark erhöht wird. Scheinbar belanglose Dinge müssen somit berücksichtigt werden. Ich

glaube, dass die Familien auf diesem Gebiet manchmal mehr Informationen brauchen als in Bezug auf die Key Facts.

Es gibt auch eine schlechtere Mundgesundheit. Auch dazu gibt es Daten. Es gibt ein ungünstiges Mundgesundheitsverhalten. Es wird bei nichtdeutschen Kindern sogar immer wieder eine leicht erhöhte Säuglingssterblichkeit beobachtet. Generell muss man sagen – das betrifft Flüchtlinge noch stärker –, dass die Zeit um die Geburt eines Kindes herum besonders kritisch ist. Das gilt insbesondere für diejenigen, die erst seit Kurzem hier sind. Bei diesen Gruppen ist der Informationsbedarf höher als bei anderen.

Das Problem könnte dort, wo zentrale Aufnahmestellen sind, leichter gelöst werden. Dort könnte man sehr frühzeitig Informationen geben. Wir reden immer über die Prävention. Wir beschreiben aber Wege, um zu Leuten zu gelangen, die schon 15 Jahre hier leben und über fortgeschrittene Kenntnisse verfügen. Wir sollten damit anfangen, sehr frühzeitig, im ersten Jahr der Anwesenheit, zentral Informationen zu vermitteln, damit die Prävention wirklich greifen kann.

Herr Prof. Klör, Sie stimmen mir sicher zu, dass geeignete Maßnahmen nicht nur im medizinischen Bereich, sondern auch bei der Steigerung der Elternkompetenz und der Erziehungskompetenz erforderlich sind. Hier muss ich eine Lanze für etwas brechen, was in Deutschland eigentlich eher möglich ist als z. B. in der Türkei. Die Barrieren zwischen den Diensten müssen aufgehoben werden, nicht nur die zwischen den Diensten und den Migranten. Es ergibt überhaupt keinen Sinn, wenn z. B. die Jugendhilfedienste und die Gesundheitsdienste nicht zusammenarbeiten. Sie gehören ganz eng zusammen. Meiner Meinung nach müssen wir die Elternkompetenz auch im Erziehungsbereich stärken. Es ist egal, in welchem Ministerium das organisiert wird; das ist manchmal getrennt. Hier gibt es ein großes Potenzial; wir können durch diese Zusammenarbeit sozusagen einen großen Gesundheitsschatz heben. Das ist in Deutschland von der Ideologie her eigentlich möglich. Die Politik muss aber die Grenzen zu den Institutionen und zwischen den Institutionen etwas konsequenter abbauen.

Ich möchte noch ein paar Punkte zu den älteren Migranten sagen. Das ist die Gruppe, die jetzt auf uns zugekommen ist. Das wussten wir schon vor fünf Jahren. Ich wundere mich immer, wie lange die Institutionen brauchen, bis sie sich mit einem Problem befassen, bis sie meinen, man sollte darauf reagieren. Ich denke, es ist die Aufgabe der Politiker, frühzeitig zu sagen, dass reagiert werden muss; denn die Institutionen machen das nicht ohne Aufforderung. Es ist teilweise erstaunlich, zu sehen, über welche Leidensfähigkeit sie verfügen. Die können von Problemen überschwemmt werden und reagieren gleichwohl nicht. Da müssen die Politiker heftiger reagieren. Schließlich sind sie für die Finanzierung dieser Dienste verantwortlich. Man kann nicht so lange warten, bis sie auf die Idee kommen, an humanistischen Kriterien orientiert etwas zu machen. Sie müssen, wie es in Deutschland eigentlich üblich ist, einfach ihren Job machen, wenn ein Bedarf da ist, und fachlich gut damit umgehen.

Das Argument, es gebe Sprachprobleme, und man wisse nicht, wie man damit umgeht, sollte die Politiker nicht mehr gelten lassen. Sie sollten bei den hochwertigen Diensten Qualität verlangen und sagen: Bietet uns auch einmal Lösungen an. – Es liegt mir am Herzen, Ihnen das mitzuteilen. Haben Sie das gemerkt? Alle Lösungen, die vorgeschlagen werden, kommen von außerhalb der Dienste. Das darf eigentlich nicht so sein. Die Lösungen müssen, wenn es dort Probleme gibt, aus der Klinik kommen. Irgendjemand aus einer Klinik muss zu Ihnen kommen und sagen: „So können wir das besser machen“, oder jemand aus einem sozialpsychiatrischen Dienst muss erklären: Wir ha-

ben hier ein Problem, aber wir haben etwas ausprobiert, was gut funktioniert, und das möchten wir vorschlagen.

Gleichwohl kommen die Lösungen durch Vereine, Einzelpersonen, NGOs bzw. durch engagierte Politiker. Aber von den Diensten, die verantwortlich sind, kommen eigentlich wenige Lösungsvorschläge. An der Struktur zur Lösung von Problemen muss sich deshalb etwas ändern. Ein niedergelassener Arzt und eine Ärztekammer müssen ebenfalls Lösungen präsentieren. Es darf nicht darauf gewartet werden, dass andere etwas erzwingen.

Die Bundesärztekammer nehme ich aber an einem Punkt davon aus. Hier möchte ich sie loben. Sie hat vor vier Jahren mit großer Mehrheit beschlossen, dass niedergelassene Ärzte auch nicht dokumentierte Migranten kostenlos behandeln sollen und sich dieser Frage nicht verschließen dürfen. Sie sollen hier humanitär wirken.

Ich finde es erstaunlich, wie viel schon möglich geworden ist. Das machen zwar nicht alle Ärzte, aber es gibt ganz viele Ärzte in Deutschland, die das machen. Ich selbst habe auch schon Personen ohne Papiere zu Ärzten gebracht und gesagt: Der möchte sich nicht melden. Er hat erklärt, er springt aus dem Fenster, wenn er offiziell irgendwohin gebracht wird. Aber er muss behandelt werden. Können Sie mir helfen? – Ich habe sehr häufig sofort eine offene Tür gefunden. Das waren teilweise sehr schlimme Fälle. Das geht aber nicht immer so. Manchmal muss man das legalisieren. Meistens sollte man das auch tun und damit die Angst nehmen. Es gibt nämlich auch Fälle von fortgeschrittenem Krebs und nicht guten Schwangerschaftsverläufen. Da müssen wir zivilisierte Lösungen anbieten.

Die älteren Migranten – das ist ein großes Problem, das wir jetzt bekommen werden – sind in höherem Maße und vor allem früher als deutsche Seniorinnen und Senioren von altersassoziierten Erkrankungen betroffen. Die Lebenslage dieser älteren Migranten ist schlecht. Die merken das jetzt langsam auch und sagen: Okay, da war ich nicht ganz schlau; da habe ich mich nicht klug verhalten. Ich hätte über meine Lebensbedingungen im Alter besser verhandeln sollen. – Sie merken plötzlich, dass sie eine schlechte Rente und ein schlechteres Einkommen, haben. Es gibt leider sehr viele Migranten, die in der Rentenphase von ergänzender Sozialhilfe leben müssen. Das ist nicht schön; das sollte eigentlich nicht der Fall sein. Aber diese Gruppe ist sehr groß.

Vor allen Dingen nimmt das ihnen den Bewegungsspielraum. Die meisten Migranten, die das können – vor allem die Türken –, versuchen nämlich, zu pendeln. Sie versuchen, hin und her zu reisen, wobei sich die Zeiten unterschiedlich verteilen. Das ist aber gesundheitlich ab einem bestimmten Alter hochproblematisch. Das kann man nur so lange machen, bis sich der Gesundheitszustand verschlechtert. Mit 75 oder 80 Jahren müssen sie doch wieder nach Deutschland kommen. Dann hat sich aber aufgrund dieser Bewegung eine früher vielleicht vorhandene Integration wieder aufgelöst. Die fühlen sich dann manchmal wie ein Fremdkörper. Hier müssen aber auch die Migrantenorganisationen selbst nach Lösungen suchen. Die diesbezügliche Aufklärung betrifft nicht nur die deutschen Institutionen. Die Migranten müssen sich generell mit der Frage beschäftigen: Was sind die Folgen, wenn man hin und her reist?

Beispiele gibt es in München. In der dortigen Psychiatrie gibt es eine hohe Quote von Kindern und Jugendlichen. Das sind meistens Leute aus den Balkanstaaten. Wen wundert das? Wenn BMW um 14 Uhr schließt, dann steigen viele ins Auto und fahren in die Heimat. Dann bleibt man nicht in München, sondern fährt ein paar Stunden, bis man in Kroatien ist. Die Kinder werden so herausgerissen; sie sind nirgendwo zu Hause. Die le-



ben in zwei Staaten. Das ist psychisch sehr belastend und integrativ nicht gerade förderlich. Es gibt viele solcher Dinge, die bei den Migranten thematisiert werden müssen. Wir machen das in einigen Projekten. Das führt zu sehr interessanten Diskussionen.

Die Asylbewerber und die Flüchtlinge haben die wenigsten Informationen in Bezug auf ihnen zustehende Möglichkeiten. Es ist aber nicht so, dass legale Flüchtlinge ganz ohne Versorgung auskommen müssen. Ich habe erlebt, dass man, selbst wenn es die Regeln nicht so ganz erlauben, in der Praxis versucht, eine Lösung zu finden, z. B. indem etwas anders formuliert wird. Ich würde mir wünschen, dass die Politik dafür sorgt, dass diese Kolleginnen und Kollegen auf einem sauberen Feld agieren. Die Regeln könnten angepasst und die Leistungen zumindest etwas vernünftiger und großzügiger definiert werden, selbst wenn sie so vorgegeben werden.

Meiner Meinung nach sollte man formal mutig nachziehen; denn die Praxis kann mit diesen Regeln in Wahrheit nicht leben. Das gilt auch für die Ärzte und die Gesundheitsdienste. Viele müssen, wenn das bei ihnen aufschlägt, in irgendeiner Form, wenn auch anders formuliert, für Zugänglichkeit sorgen. Man sollte damit vernünftig umgehen und die Regeln so ändern, dass das legal ist. Denn das, was hier auf dem Papier steht, ist auf Dauer nicht lebensnah.

Wir haben ein großes Problem mit Menschen, die keinen legalen Aufenthaltsstatus haben. Falls Sie Fragen aus der Praxis haben: Unsere Einrichtung, eine NGO, arbeitet – konzeptionell und auch mit Verträgen – mit mehr als 250 Regeldiensten zusammen. Wenn die Menschen ein Problem haben, fällt es ihnen leichter, zu uns zu kommen. Plötzlich steht jemand vor unserer Tür. Das ist normalerweise gar nicht unsere Aufgabe, aber sie kennen uns.

Unsere Erfahrungen decken sich mit den Berichten der qualitativen Forschung. Oft geht es um starke Zahnschmerzen, bei denen gleich kieferorthopädische Eingriffe erforderlich sind. Es gibt auch gynäkologische Beschwerden. Viele Frauen kommen mit akuten Beschwerden. Manche haben mit Zysten zu kämpfen und große Schmerzen. Sie müssen lange damit herumgelaufen sein. Es ist klar, dass die erforderliche Hilfe nicht einfach zugänglich gemacht werden muss, sondern dass man sie gleich legalisieren sollte. Einige sind gar vom Tod bedroht, und da muss es eine vernünftige Behandlung geben. Vertrauen muss hier geschaffen werden. Ich glaube, in diesen Bereichen ist noch mehr möglich als das, was wir gerade machen. Es gibt einen größeren Bedarf.

In Frankfurt gibt es dafür eine Lösung. Beim Frankfurter Gesundheitsamt ist es möglich, solche Menschen zu behandeln. Da wird nicht gefragt, wo jemand herkommt. Das ist der Trick dabei. Dann ist man irgendwie legal. Man braucht, wenn man jemanden berät, nicht immer zu fragen, ob der Betreffende legal oder illegal ist. Hier gibt es Ansätze, und man kann etwas organisieren. Oft gibt es auch Augenerkrankungen und orthopädische Beschwerden. Zudem gibt es eine hohe Prävalenz von psychologisch-psychiatrischen Erkrankungen sowie von Infektionserkrankungen, die dann beobachtet werden. Verlässliche Daten liegen jedoch nicht vor.

Sie haben nach dem Kenntnisstand gefragt. Diese Frage will ich ganz kurz beantworten. Wir haben schon viel darüber gehört, aber nicht über das, was gemacht wurde. Wir haben in Hessen schon etwas sehr Erfolgreiches gemacht: Mit dem landesweiten Medi-Projekt haben wir in Hessen in vielen Städten großartige Ergebnisse erzielt. Das ruht derzeit leider etwas. Meiner Meinung nach müsste man es wieder in den Fokus nehmen. Durch dieses Programm wurden Gesundheitslotsen geschult. Es gab fantastische Kampagnen. Die wurden von den Mitarbeitern der Kommunen durchgeführt, nicht von uns.

Wir haben den Service gemacht. Ich wundere mich aber, dass das etwas eingeschlafen ist. Ich glaube, hier sollte die Politik aufpassen, dass das, was mit viel Geld aufgebaut worden ist, nicht zunichte gemacht wird.

In diesem Zusammenhang gibt es sogenannte Wegweiser durch das Gesundheits- und Vorsorgesystem in Hessen. Die sind alle vergriffen. Ich empfehle, das nachzudrucken. Das gibt es in vielen Sprachen. Andere müssten viel Geld bezahlen, so etwas erstellen zu lassen. Das Erstellen hat 80.000 bis 90.000 € gekostet. Man müsste das noch einmal überprüfen und neu drucken lassen. Der Neudruck ist billiger. So lässt sich etwas aufholen.

Das Problem ist nicht, dass es solche Gemeindedolmetscher nicht gibt und sie da und dort nicht eingesetzt werden. Man kann aber auch etwas ohne Geld machen. Ich denke dabei an den Erlass einer Honorarordnung. Was müssen Kliniken bezahlen, wenn ein Dolmetscher genommen wird? – Ein Drittel der Kliniken setzt Dolmetscher ein; zwei Drittel machen es nicht. Innerhalb einer Klinik sind es nicht alle Abteilungen. Es gibt leider keine ordentliche Lösung. Gespräche mit den Vertretern der Kliniken zeigen, wo die Hürden sind. Eine der Hürden besteht darin, dass man nicht weiß, was man dafür zahlen soll. Jeder wolle einen anderen Betrag haben. Es wird gefragt, welche Qualitäten notwendig sind und wie man herausbekommt, ob jemand etwas qualitativ Hochwertiges anbietet.

In diesem Zusammenhang sage ich manchmal süffisant: Wenn Sie eine Reinigungskraft einsetzen, fragen Sie auch nicht nach der Qualität des Dolmetschens. – Ich wundere mich manchmal, wie viele Hürden da sind. Ein Klinikchef fragte mich allen Ernstes: Wer gewährleistet bei einem professionellen Dolmetscher, dass der nicht so falsch übersetzt, dass dem Patienten ein großer Schaden zugefügt wird? Wer versichert das? – Ich habe daraufhin gefragt: Wie ist der Patient denn versichert, wenn Sie sich vor einer Operation oder einer Behandlung überhaupt nicht um eine Verständigung bemühen? Manchmal ist die Argumentation hier sehr skurril.

Bei der Dolmetscherfrage sollten Sie aber nicht nur an die Migranten denken. Es gibt auch Touristen und Messegäste, die einen Unfall haben könnten. Vielleicht brauchen auch die manchmal einen Dolmetscher. Hier sollte etwas weltbürgerlicher argumentiert werden.

Ich komme jetzt zum Pflegewesen und zu den Personen, die nicht dokumentiert sind. Ich bin Vertreter Deutschlands in einem Komitee des Europarates, in dem es um genau diese Fragestellung geht. Wir stehen kurz davor, Leitlinien für 43 Länder herauszugeben. Das ist sehr kompliziert. Ich bin in den Diskussionen in Deutschland an diesem Punkt mittlerweile ein bisschen friedlicher geworden. Vergleichen Sie einmal unsere Regelungen mit denen in Russland. Wenn wir mit russischen Vertretern über die Einführung zivilisierter Regelungen sprechen wollen, sagen diese, das könnten sie nicht unterschreiben; denn das, was für die „Papierlosen“ bei uns gelte, gebe es in Russland noch nicht einmal für die normale Bevölkerung. Die Standards sind wirklich sehr unterschiedlich.

Es geht um die unterschiedliche Nutzung und Nachfrage der Migranten in Bezug auf die ambulanten und die stationären Pflegedienste. Bei der ambulanten Pflege geht die Entwicklung offensichtlich am heftigsten voran. Das wird anhand von ambulanten Pflegediensten sichtbar, die von Deutschen und Migranten gemeinsam gegründet werden. Das erwähne ich gleich am Anfang; denn dadurch wird deutlich: Dort, wo zusammengearbeitet wird, funktioniert es besser. Wenn die Migrantenzusammenarbeit in diesen Versorgungsbereich einbezogen wird, gibt es bessere Lösungen. Wir haben in Hannover fünf

große Pflegedienste, die sich als transkulturell, interkulturell usw. bezeichnen. Die sind mittlerweile auch bei den Deutschen beliebt; denn sie sind bekannt dafür, dass die Mitarbeiter auch einmal mit den Patienten reden. Manche Angehörige sagen: Ich finde das gut, macht ihr das für uns. Ich habe gehört, ihr pflegt die Leute gut.

In Berlin gibt es mittlerweile noch mehr solcher Einrichtungen. Sogar Importbräute haben schon sehr erfolgreich so etwas gegründet. Das ist ein sehr interessantes Beschäftigungsfeld für sie. Die türkischen Migranten z. B. sind hier aber schwer zu fassen, da sie sich in einem kulturellen Entwicklungsprozess befinden. Für die Türken ist es neu, über sich als kulturelle Gruppe nachzudenken und zu fragen: Wie wollen wir das in Zukunft handhaben? – Bevor die Türken nach Deutschland kamen, war für sie in kultureller Hinsicht völlig klar, dass die Angehörigen ihre Eltern pflegen: Eine Versorgung außerhalb der Familie gibt es nicht. Das hat sich in der Türkei und in Deutschland geändert, und sie ändern sich auch. Sie müssen neu damit umgehen.

Die Erwartung der meisten Migranten ist – in der Migration wird sie sogar noch stärker –, dass die Angehörigen die Pflege übernehmen. Viele tun das auch. Die sträuben sich nicht. Aber nicht alle Migranten und Migrantinnen wollen ein nicht selbstbestimmtes Leben führen. Wenn sie sich ein bisschen angepasst haben, wollen sie auch etwas „selbstständiger“ leben. Die Idee, dass wir dann quasi ein Reservat haben, in dem alles so weiterläuft, ist antiquiert. Das funktioniert auch nicht mehr bei allen Migranten. Es gibt somit einen großen Bedarf an diesbezüglichen Einrichtungen.

Die Zahlen steigen. Bei den Migranten gibt es mittlerweile gut 800.000 Rentner. In einigen Jahren sind wir bei 1,5 Millionen. In etwa zehn Jahren werden es gut drei Millionen bundesweit sein. Vor 20 Jahren waren das weniger als 100.000. Das ist ein enormes Wachstum. Hier muss investiert werden. Mir ist nicht klar, ob nur der Staat investieren muss. Es gibt auch private Einrichtungen.

In der Türkei investieren Türken in Altersheime in der Nähe von touristischen Städten, denn Deutsche kommen dorthin und mieten sich ein. Sie machen es dann wie die Türken: Die leben zehn Monate in ihrem schicken türkischen Altersheim mit Blick auf das Meer und zwei Monate in Deutschland. Die Türken sind die größten Investoren in Deutschland. Sie sind die einzige Gruppe, die einen enorm großen Überschuss bei Firmengründungen hat. Sie sind die Investoren Nummer eins. Die türkische Unternehmerschaft ist die pulsierendste Wirtschaftsgruppe. Vielleicht mussten die Türken – bedingt durch die hohe Arbeitslosigkeit – das Kleinunternehmertum entwickeln. Die sind jetzt mittelständisch geworden. Auch die ersten Großunternehmen sind gegründet worden. Es gibt Türken, die haben ein Giro von 800 Millionen €. Es ist aber erstaunlich, dass keiner von denen bisher in ein solches Altersheim investiert hat.

Die Frage wäre, wie man die Migranten zu einer unternehmerischen Entwicklung in diesem Bereich motivieren könnte. Da läge eine Förderungsmöglichkeit, wenn man dort für Abhilfe sorgen will. Ich glaube, sie wissen nicht, dass sich das lohnen kann und dass es ein seriöser Bereich ist. Das ist neu für sie. Hier müssen wir Investitionen fördern – privat und staatlich. In den nächsten Jahren wird es eine große Anzahl pflegebedürftiger Migranten geben.

Ich kann Ihnen sagen, warum ich das so genau weiß: Ich bin Vorsitzender eines rechtlichen Betreuungsvereins. Dort wird muttersprachlich betreut. Wir hatten vor drei Jahren 200 rechtlich Betreute. Heute haben wir 900. Innerhalb von zwei Jahren mussten wir unsere Strukturen erheblich ändern. Das war eine wahnsinnige Organisationsentwicklung. Wir wussten gar nicht, woher das ganze Personal kommen sollte. Es lag daran, dass jetzt

diese Altersgruppen auf uns zukommen und es viele ältere Migranten gibt, die von den eigenen Angehörigen nicht mehr versorgt oder beachtet werden.

Wir haben Ungeheuerliches erlebt. Manche alte Menschen mussten aus den Wohnungen herausgeholt werden. Eine Person lag eineinhalb Wochen in den eigenen Exkrementen im Bett. Niemand wusste das. Irgendwann hat ein Nachbar das bemerkt und uns aktiviert. Wir haben über die Betreuung von vielen gravierenden Fällen erfahren. Es muss jetzt zur Kenntnis genommen werden, dass der Versorgungsbedarf akut ist. Wir können nicht mehr länger darüber diskutieren, sondern wir müssen jetzt eine Versorgung aufbauen. Es ist schon ziemlich spät, und wir müssen eher an die Umsetzung praktischer Konzepte gehen, statt bei der Theorie zu bleiben.

Schon im Jahr 2002 ist etwas Gutes initiiert worden, das jetzt immer besser umgesetzt wird. Herr Klör hat mit seiner Organisation bereits vorbildliche Arbeit geleistet. Es gibt eine Neuregelung der Ausbildungsprüfungsverordnung für Altenpflegerinnen und -pfleger. Diese schreibt vor, dass im theoretischen und im praktischen Unterricht ethnisch-spezifische und interkulturelle Aspekte sowie Glaubens- und Lebensfragen zu berücksichtigen sind und in die Pflege integriert werden müssen. Das ist supermodern. Viele Erfahrungen, die dort gemacht wurden, können im Sinne von Beispielen auf andere Gesundheitsberufe übertragen werden. Es läuft zwar nicht perfekt, aber die Regelung funktioniert. Keiner beschwert sich darüber. Das kann als Beispiel genutzt werden, um in anderen Pflegeberufen und in medizinischen Berufen ähnliche Verordnungen zu schaffen, die offensichtlich unproblematisch funktionieren und umgesetzt werden können.

Es gibt eine Pilotstudie des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen in Westfalen-Lippe. Hier ist das Inanspruchnahmeverhalten türkischer Antragsteller überprüft worden. Es wurde bestätigt: 90,6 % der türkischstämmigen Antragsteller beantragten Pflegegeld. 6,9 % beantragten Pflegeleistungen bzw. Kombinationsleistungen. 2,1 % beantragten eine vollstationäre Versorgung. Denken Sie nicht, die hätten keinen Bedarf. Ich habe Ihnen ein Beispiel für den Bedarf genannt. Die versorgen sich nicht selbst; sie leben in schrecklichen Zuständen. Das wird sich jetzt ändern. Bei den 2,1 % wird es nicht bleiben.

In Berlin gibt es den Abschlussbericht zur Verbesserung der Versorgungssituation für psychisch erkrankte Migranten im Land Berlin. Dabei kam heraus, dass die überwiegende Mehrheit der in Berlin lebenden Migranten – vor allem die alten – die verschiedenen Angebote aus den Bereichen Psychiatrie und Altenhilfe gar nicht kannte. Hier reicht der Wegweiser, den wir gemacht haben, meiner Meinung nach nicht aus. Vielleicht sollte in Hessen ein Wegweiser zur Altenhilfe in mehreren Sprachen erstellt werden. Es geht nicht darum, darüber zu diskutieren, ob wir die Betroffenen dadurch animieren, im hohen Alter nicht mehr Deutsch zu lernen. Wir sollten human sein und die Leute trotzdem informieren, auch in der Muttersprache. Das schlage ich mit Nachdruck vor.

Wir haben Institutionen, die offensichtlich auf die Pflege alternder Migranten nicht vorbereitet sind. Wir benötigen transkulturell ausgerichtete Dienste und Angebote, die sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich die kulturellen, religiösen, hygienischen, kommunikativen und ernährungsspezifischen Bedürfnisse befriedigen. Dies wird dazu führen, dass wir uns in den bestehenden Konzepten neu ausrichten müssen. Wir müssen damit anfangen – z. B. in Frankfurt, wo der Anteil der Migranten immens hoch ist; er bewegt sich auf 50 % zu –, über unsere Angebote nachzudenken: von der Architektur über die Einrichtungen und die Ernährung bis zur Freizeitgestaltung.

Um eine nachhaltige interkulturelle Öffnung der Pflegehilfe gewährleisten zu können, sollten Fachstellen der Verwaltung und Träger von Versorgungseinrichtungen auf die

Beteiligung von Migranten besonderen Wert legen. Für die Zukunft sollte stärker darauf geachtet werden, dass ältere Migranten, vor allem solche mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen, besser in die vorhandenen Programme und Maßnahmen einbezogen werden. Wir können nicht immer nur neue Programme machen. Wir müssen gleich bei der Schaffung der Programme diversifiziert ansetzen. So lässt sich späteres Nachbessern verhindern. Alle neuen Angebotsformen und alle Veränderungen müssen unverzüglich daraufhin überprüft werden, ob sie alle Bevölkerungsgruppen berücksichtigen.

Was ist gut in diesem Bereich? Wir haben eine wunderbare Informationsreihe „Älter werden in Deutschland“ für türkisch- und russischsprachige Migranten. Sie hat sich sehr bewährt. Es gibt bereits fertige Informationsmedien. Man kann Sets kaufen. Zum Beispiel hat das DRK in Berlin Koffer mit Material zur Altenhilfe in verschiedenen Sprachen. Es gehören auch Filme und Folien dazu. Die Institutionen können das verwenden, wenn sie selbst informieren wollen. Diese Koffer zu kaufen wäre auch schon hilfreich. Viele Institutionen nutzen das. Nicht alles muss neu gemacht werden.

Wir haben auch eine Informations- und Kontaktstelle, die über eine großartige Dokumentation zu diesem Themenbereich verfügt. Das ist die IKoM. Ich habe aber gehört, dass sie im Moment finanzielle Schwierigkeiten hat. Sie ist nicht in Hessen angesiedelt; das ist eine bundesweit arbeitende Stelle. Es gibt auch die bundesweite Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe, die sehr viele Standards und Methoden entwickelt hat. „[www.kultursensible-altenhilfe.de](http://www.kultursensible-altenhilfe.de)“ ist die Internetanschrift. Nirgendwo in Europa erhalten Sie mehr Informationen und Konzepte für diesen Bereich als bei dieser Arbeitsgruppe. Dort kann man auch Informationen zur Fort- und Weiterbildung bekommen.

Das Land sollte bei der Altenhilfe Angebote im Fortbildungsbereich machen. Man könnte sagen: Wir fördern in den Einrichtungen die Fortbildungen von zehn Personen, um auch den Informationsstand des Personals zu verbessern. Es reicht nicht aus, das nur auf der Seite der Migranten zu tun. Das gilt auch für die Versorgerseite.

Die Nichtlegalen bzw. die „Papierlosen“, wie sie in Frankreich genannt werden, müssen in verschiedene Gruppen unterteilt werden. Auf deren spezielle Probleme müsste man noch einmal eingehen. Aus Zeitgründen geht das jetzt aber nicht. In meinem Papier habe ich das jedoch ausführlich beschrieben, zum Teil auch die rechtlichen Schwierigkeiten. Es gibt Widersprüche zwischen dem Zivil- und dem Strafrecht. Das kollidiert teilweise.

„Papierlose“ sind leistungsberechtigt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Es ist jedoch erstaunlich, dass das, was möglich ist, nicht im positiven Sinne ausgelegt wird. Es ist nicht so, dass es strafbar oder nicht richtig ist, „Papierlosen“ Gesundheitsleistungen zu gewähren. Das kann man machen, und zwar auf legalem Weg: ohne dabei mit dem Gesetz in Konflikt zu kommen. Hier sollten die Einrichtungen offensiver und mutiger informiert werden. Die Politiker sollten nicht so viel Angst haben, hier ein heißes Eisen anzufassen.

Ich glaube nämlich, in der deutschen Bevölkerung wird mittlerweile mehrheitlich eine ganz vernünftige Sichtweise vertreten. Wenn man nicht hetzt und die Leute nicht durch Kampagnen sinnlos auf die Barrikaden treibt, kann man sich eigentlich darauf verlassen, dass 70 % der deutschen Bevölkerung sagen: Wenn einer in seinem Leben bedroht ist, illegal hier lebt und eine medizinische Behandlung braucht, sollten wir sie ihm geben. – Die Bevölkerung wird die Politik meiner Meinung nach nicht abstrafen. Ich glaube das einfach nicht.

Bei den Menschen ohne Aufenthaltsbefugnis geht es in erster Linie um die Sicherung und Befriedigung vitaler Grundbedürfnisse; Sicherheit, Nahrung und Wohnung. Sie selbst achten nicht auf ihre Gesundheit. Wir haben im Europarat gesagt, dass die Europäische Menschenrechtskonvention für alle gilt. Dort ist das Recht auf gesundheitliche Unversehrtheit eigentlich schon verankert. Somit ist Sicherheit über eine Rechtsgrundlage gegeben. Sie liefert uns die Begründung, warum wir da aktiv werden können.

Das betrifft den Zugang der Undokumentierten zur Gesundheitsversorgung: sowohl zur Notfallversorgung als auch zu den Regeldiensten. Es geht nicht nur um den Notfall; das ist nicht sehr zivilisiert gemacht. Man kann nicht sagen: Erst wenn bewiesen ist, dass du gleich sterben musst, wollen wir dir helfen. – Das ist weder nötig noch lebensnah. So sehen das jedenfalls die Ärzte, die diese Menschen behandeln. Besonderes Augenmerk muss auch hier auf Kinder, Schwangere, ältere Menschen, Behinderte und chronisch Kranke sowie Opfer von Menschenhandel und Zwangsprostitution gelegt werden. Das sind die vulnerabelsten Gruppen, die hier eine Rolle spielen.

Auch für sie sollte die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessert werden, indem Diversifizierung, interkulturelle Öffnung und eine ganzheitliche Konzeption von Gesundheit Berücksichtigung finden. Meiner Meinung nach muss auch darüber gesprochen werden, wie mit der Diskretion, dem Datenschutz und der Dekriminalisierung von medizinischen und humanitären Hilfeleistungen umgegangen werden soll. Diese sollte eigentlich gefördert werden. Wir sollten die Institutionen, die bereits aktiv sind, in ihrer Arbeit bestätigen und unterstützen, statt sie infrage zu stellen.

Abg. **Kordula Schulz-Asche:** Sie haben sowohl bei der Altenhilfe als auch bei der medizinischen Versorgung in Bezug auf Schwangere von der Bedeutung der Kommunen und der Vernetzung vor Ort gesprochen. Sie kommen aus Niedersachsen. Dort gibt es drei Modellregionen. Es geht um die kommunale Gesundheitslandschaft.

Inwieweit hat bei diesem Aufbau der Modellregionen die Versorgung von Migranten eine Rolle gespielt? Sehen Sie da Nachholbedarf? Halten Sie das für den richtigen Ansatz? – Ich meine die Vernetzung vor Ort und die Steuerung aus der Kommune heraus. Ist das gut, bestimmte Gruppen zu erreichen? – Sie erwähnten die Altenhilfe, die Jugendämter und die Kooperationen verschiedener Dienststellen vor Ort. Ist das der geeignete Ansatz? Sehen Sie Verbesserungsbedarf?

Herr **Salman:** Ich finde die Idee, das auszuprobieren, sehr gut. Ich habe diesbezüglich auch ein Gespräch mit der Ministerin gehabt. Da hat die Fragestellung der Migration noch keine große Rolle gespielt. Sie selber hat mich aber gebeten, alle Modell-Regionen anzuschreiben. Ich sollte anbieten, auch im Gesundheitsbereich die Migranten zu berücksichtigen. „Genetisch“ ist das aber nicht enthalten.

Ich weiß aber von zwei ländlichen Regionen, die geantwortet haben. Die haben sich für die „Papierlosen“ interessiert. Man zeigte Bereitschaft, mit uns zu arbeiten. Das hat mich überrascht. Ich fahre da jetzt hin. Ich werde mir erklären lassen, warum die das wollen. Das war eine sehr konstruktive Anfrage.

Ich habe von dem Programm sehr spät gehört. Ich hätte mir natürlich gewünscht, dass die Fragestellung der Migranten früher einbezogen worden wäre. Die machen das jetzt

im Nachhinein. Sie haben es zudem den Kommunen überlassen, frei zu entscheiden, wie vorgegangen werden soll.

Abg. **Gerhard Merz:** Sie haben darauf hingewiesen, dass die Säuglingssterblichkeit leicht erhöht ist. Sie haben auch die gynäkologische Versorgung angesprochen. Gibt es dafür eine Erklärung? – Ihre Ausführungen zum Betreuungswesen haben mich sehr beeindruckt. Gibt es dazu bundesweite Untersuchungen oder Statistiken? – Ich meine die Zahl der Betreuungsverhältnisse für Personen mit Migrationshintergrund und die Angebotsituation. Ich meine die Vereine, die besonders reagieren wollen. Mir geht es um die besonders qualifizierten Betreuungspersonen.

Herr **Salman:** Wir stehen mit Hessen bereits in Kontakt. Die Zusammenarbeit hat bereits begonnen. Ein solches System könnte auch in Hessen implementiert werden. Wir haben dazu zwei Studien durchgeführt. Wir tragen diese Daten gerade zusammen.

Auch Hamburg, Berlin und München haben uns deshalb eingeladen. Die haben das Problem ebenfalls erkannt. Die wissen nun, dass eine große Anzahl von Personen betreut werden muss. Es sind schon große Notstände beobachtet worden.

Hannover hat 550.000 Einwohner. Unsere Einrichtung betreut mehrsprachig. Wir haben 40 Mitarbeiter. Das ist zwar ein Verein, aber so etwas lässt sich nicht im Vereinswege führen. Ich mache das ehrenamtlich. Ich habe einen Geschäftsführer und tolle Mitarbeiter. Es geht aber auch um viel Geld. Deshalb steigt der Druck.

Nunmehr gibt es dazu ein Landesprogramm. Auch ein Arbeitskreis ist dazu gebildet worden, und zwar in Bezug auf alle Betreuungsvereine in Niedersachsen. Wir haben Ausbildungsreihen für die anderen begonnen, sodass nicht nur wir als Spezialisten, sondern auch die anderen Betreuungsvereine die Migranten betreuen können. Es werden auch Migranten als Betreuer eingestellt. Wenn das so weitergeht, dann haben wir demnächst bestimmt 3.000 Betreute.

Irgendwann kann das qualitativ durch einen reinen Verein nicht mehr gewährleistet werden. Die Versorgung muss hier breiter aufgestellt werden. Bundeseinheitliche Daten gibt es aber noch nicht. Der Vormundschaftsgerichtstag möchte dazu jetzt eine Erhebung machen.

Ich komme zu den Schwangeren: Die Versorgungslage ist schlecht. Hier müssen wir aber redlich sein. Eine zufriedenstellende Gesundheitsversorgung für „Papierlose“ wird es niemals geben. Das ist unmöglich. Wir können nur Zivilisation herstellen. Bestmöglich können wir uns bemühen. Aber wir können nie sicher sein, dass diese Menschen das in Anspruch nehmen. Menschen ohne Papiere haben Angst. Die ziehen sich zurück. Die möchten nicht an die Öffentlichkeit.

Sehr viel Vertrauensarbeit ist hier erforderlich. Gleichwohl muss diese Vertrauensarbeit geleistet werden. Genügend Angebote müssen geschaffen werden. Ich möchte nicht, dass ein Kind bei der Geburt stirbt, nur weil die Schwangere keine Papiere hatte. Das Kind kann nun wirklich gar nichts dafür. Solche Frauen müssen geschützt werden. Schlimme Fälle passieren da.

(Abg. Gerhard Merz: Aber meine Frage betraf den Gesamtzusammenhang. Hat die erhöhte Kindersterblichkeit damit etwas zu tun?)

– Das weiß ich nicht genau. Sie ist jedenfalls in den Bundesländern unterschiedlich. In NRW ist sie zwar höher, sie sinkt dort aber auch am stärksten.

Abg. **Mürvet Öztürk:** Wie ist die Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund, die Demenzerkrankungen haben? – Das ist wohl noch nicht sehr weit entwickelt. Haben Sie gleichwohl dazu spezielle Beobachtungen gemacht? Kennen Sie medizinische Notversorgungsfälle in diesem Zusammenhang?

Viele Migranten aus der ersten Generation – vor allem Türken – haben ein Pendlerdasein. Sie sind sechs Monate hier und sechs Monate in der Türkei. Mir geht es um die familiäre Versorgung. Oft sind die Kinder hier gut integriert. Die haben hier soziale Kontakte. Viele Ältere fahren deshalb lieber in die Türkei, um dort wenigstens mit der Verwandtschaft ein paar soziale Kontakte zu pflegen.

Teilweise haben die älteren Menschen gesundheitliche Probleme, die sie glauben, hier aufgrund von Sparhürden nicht lösen zu können. Deshalb nehmen Sie dann häufig die Gesundheitsversorgung im Ausland an und rechnen das mit den deutschen Krankenkassen ab. Kennen Sie solche Fälle? Funktioniert das reibungslos? Gibt es Schwierigkeiten, die man beheben könnte?

Herr **Salman:** Viele Menschen, die lange in der Fremde leben, entwickeln Kompetenzen. Die sind beweglich. Das ist eine enorme Fähigkeit. Die leben in zwei Gesellschaften. Die regeln das. Es ist eine besondere Fähigkeit, so etwas zu schaffen. Diese Leute haben eigene Maßstäbe. Die machen das anders als wir Politiker oder Fachleute. Ich habe mit alten Menschen gesprochen, die das tun. Die meisten sagen: Ich vertraue dem Arzt in Deutschland mehr als im Ausland. Die anderen sind ihnen oftmals zu windig.

Manche kommen mit einer Bronchitis nach Deutschland. Auch mein Vater ist mit einer Bronchitis gekommen. Meine Frau und ich sind sehr gut integriert. Deshalb fragen wir oft: Warum hast Du nicht gesagt, dass Du kommst? – Mein Vater ist dann immer ganz entrüstet. Wir wollen aber manchmal zum Tanzen oder zu anderen Terminen. Deshalb wäre es meiner Frau lieber, wenn sie wüsste, wer wann kommt. Das war jetzt eine reine Anekdote.

Wegen einer Bronchitis nach Deutschland zu kommen, ist aber völlig überflüssig. Die Mehrheit der Migranten geht auf das eigene System jedoch mit Vorbehalten zu. Auf der anderen Seite gibt es dort wirklich gute Partner. Die finden das deutsche System großzügiger. Solange Beweglichkeit vorliegt, geht das. Irgendwann lässt die aber nach. Wenn diese Mobilität nachgelassen hat, dann gibt es ernsthafte Schwierigkeiten. Diese Leute gehen aber auch deshalb manchmal in die Türkei zu bestimmten Behandlungen, weil ihnen dort Versprechungen gemacht werden. Das gilt z. B. für zahnmedizinische Behandlungen. Davon kann ich aber jedem nur abraten. Wenn die dann zurückkommen, müssen die erneut zum Arzt. Dort wird binnen zwei Wochen das ganze Gebiss überarbeitet. Das muss aber eigentlich vier Monate dauern. Das muss in Stufen gemacht werden. Später muss das dann hier oft wieder behoben werden. Manchmal wird alles wieder herausgekommen.



Dafür muss dann zum Teil auch noch im Ausland bezahlt werden. Manchen werden die letzten 1.000 € genommen. Es gibt sogar Kliniken, die im türkischen Fernsehen dafür werben. Mit Taxifahrten wird geworben. Es gibt Service bereits am Flughafen. Nach der Behandlung wird ein weiterer Transport zum Flughafen versprochen. Die Politik und die Verbände sind hier aber weniger großzügig.

Warum soll jemand, der 50 Jahre hier lebt, unbedingt in Deutschland behandelt werden müssen? – Es gibt Reha-Studien. Die haben gezeigt, dass es einem türkischen 70jährigen nach einer Reha-Behandlung in der Türkei besser geht. Das hält nachhaltiger als in Bad Oeynhausen. Manches ist für ihn in der Türkei vielleicht besser. Die Krankenkassen und die Politik sind an diesem Punkt etwas verschlossen. Hier sollte man den Leuten mehr Wahlfreiheit lassen. Über die Finanzierung muss aber gesprochen werden. Manches ist dann sogar günstiger. Das sind jedoch schwierige Politikfelder. Hier spielen auch andere Interessen eine Rolle.

Zur Demenzfrage: Es gibt in Deutschland zwei bis drei Experten, die sich in diesem Zusammenhang und in Bezug auf Migranten auskennen. Größere Kliniken in Ballungszentren formulieren das als Problem. Die finden nicht genügend Personal, das damit umgehen kann. Das ist eine sehr spezielle Form der Versorgung. Für die Migranten selber ist das völlig neu. Die werden jetzt teilweise sehr alt. Irgendwann funktioniert der Körper aber nicht mehr. Kulturell neu ist, dass man dann nicht sofort stirbt. Viele Kulturen müssen erst lernen, damit umzugehen.

Die erste Studie dazu entsteht jetzt in Bielefeld. Die Versorgung wird innerhalb dieser Studie in einem Modellprojekt in NRW ausprobiert. Die Einrichtungen sagen aber generell: Der Bedarf besteht bereits jetzt. Genügend Plätze fehlen. Das Personal fehlt. Große Ratlosigkeit besteht. Das Problem wächst. Ich glaube aber, dass die Geriater in Deutschland so gut sind, dass die nicht warten werden, bis das Schiff sinkt. Da bewegt sich etwas. Es gibt Studien. Es wird nachgedacht. Ich habe hier eine positive Ansicht, was die künftige Entwicklung betrifft.

**Vorsitzender:** Gibt es weitere Fragen? – Das ist nicht der Fall. – Wir kommen zu Frau Prof. Dr. Theda Borde.

Frau Prof. **Dr. Borde:** Meine Vorredner haben schon sehr viele wichtige und wesentliche Punkte angesprochen. Insbesondere die Beantwortung der Fragen ist mehr oder weniger bereits komplett erfolgt. Ich bin Politologin und Gesundheitswissenschaftlerin sowie Rektorin der Alice Salomon Hochschule Berlin. Das ist eine staatliche Fachhochschule für soziale Arbeit, Gesundheit, Bildung und Erziehung im Kindesalter. Wir haben genau die Studiengänge, die ergänzend sind, wenn man sich mit der Frage von Gesundheit und Gesellschaft beschäftigt. Hier ist das Zusammenwirken mit der Medizin und anderen Disziplinen von Bedeutung.

Ich begrüße es sehr, dass es diese Enquetekommission zum Thema Migration und Gesundheit gibt. Ich selber bin seit etwa 20 Jahren mit dieser Themenstellung in sozialen und wissenschaftlichen Handlungsfeldern beschäftigt. Ich sehe es genauso wie Herr Salman, dass sich in den letzten Jahren sehr viel getan hat. Das hat vor allem damit zu tun, dass Migrantinnen und Migranten eine nicht mehr zu übersehende Gruppe in unserer Gesellschaft geworden sind. Deutschland ist die Drehscheibe Europas, und Europa ist die Drehscheibe der Welt. Das Thema der Migration wird deshalb weiter auf uns zukommen. Menschen haben immer mit Gesundheit zu tun, und die Gesundheitsversor-

gung ist von Bedeutung. Deshalb halte ich es für sehr wichtig, Konzepte zu entwickeln – Sie tun das in Hessen –, die zukunftstauglich sind. Das heißt, wir sollten uns nicht mit dem aufhalten, was vor 20 Jahren war. Wir sollten das Bild der Migrantinnen und Migranten auf einen aktuellen Stand bringen, auch wenn wir uns die gesundheitlichen Probleme anschauen.

Wir haben es heute – Herr Salman hat auch das angesprochen – weltweit mit der Migration von Patienten zu tun. Wir haben es aber auch mit der Migration von Gesundheitsfachkräften zu tun. Gesundheitsfachkräfte werden vor allem dort hingehen, wo es bessere Arbeitsmarktchancen gibt. Das wird auch unser Gesundheitssystem deutlich verändern. Wir haben es schon jetzt mit einem Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich zu tun. Patienten werden dahin gehen – wenn sie es sich leisten können –, wo die Gesundheitsleistungen optimal sind.

Ich werde mich in meinem Beitrag nicht mehr so sehr darauf beziehen, was schon gesagt worden ist, sondern ich möchte vor allem noch einmal auf den Aspekt der Forschung eingehen, insbesondere auf die Datenlage. Der schon erwähnte Bericht „Migration und Gesundheit“, der 2008 beim Robert-Koch-Institut erschienen ist, zeigt auf der Grundlage der vorliegenden Daten auf, wo es Schwerpunkte von gesundheitlichen Belastungen bei Migranten im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung in Deutschland gibt. Er weist auch auf die gravierenden Probleme und die Defizite in der Datenlage hin. Wir haben Daten; aber die bilden im Grunde die Realität nicht so ab, wie wir sie bräuchten, um unsere Gesundheitsversorgung und die Prävention auf die Bedürfnisse der Bevölkerung auszurichten.

Die KiGGS-Studie – Kinder- und Jugendgesundheitsbericht – ist erwähnt worden. Das ist die erste Studie in Deutschland, die das Thema Migration systematisch aufgenommen und auch methodisch neue Wege beschritten hat. Sie hat zudem neben dem Aspekt der Migrationshintergründe auch soziale Aspekte in die Analysen einbezogen. Ich denke, dass diese Studie wegweisend ist. Sie ist mit einem großen finanziellen Budget durchgeführt worden. Das ist für gute Forschung auch notwendig. Auch in der Migrationsforschung brauchen wir Budgets, mit denen wir gute Forschung machen können. Seitdem die KiGGS-Studie diese Standards gesetzt hat, dürfen wir mit den neuen Studien dahinter nicht zurückfallen.

Ein großes Problem der derzeitigen Datenlage ist die uneinheitliche Definition von Migranten. Herr Knipper hat das ausgeführt: Was ist eigentlich ein Migrant, und wie definiert sich ein Migrationshintergrund? – Uns erscheint zunächst im Kopf: die Migrantin, der Migrant. Das sind die Menschen, die in den Sechziger- und Siebzigerjahren aus der Türkei hierher gekommen sind. Das ist das typische Bild, das auch in den Medien immer wieder reproduziert wird.

Wir haben es heute aber mit einer großen Vielfalt von Menschen aus den unterschiedlichsten Ländern aus unterschiedlichen Generationen und mit unterschiedlichen Niederlassungsprozessen zu tun. Diesem Aspekt werden unsere heutigen Daten aber in keiner Weise gerecht. Es gibt uneinheitliche Definitionen in den Statistiken. Wir haben z. B. immer noch Statistiken, die nach Inländern und Ausländern unterscheiden. Der Aspekt „Migrationshintergrund“ wird heute in Studien wie „Alter“ oder „Geschlecht“ benutzt. Geschlechter kennen wir. Auch das Alter ist relativ klar definierbar. Aber beim Migrationshintergrund ist das schwieriger. Hier geht es darum, präzise zu sein.

Ein anderes Problem, mit dem wir bei Studien insbesondere zur Gesundheitsversorgung konfrontiert sind, liegt darin begründet, dass Migrantinnen und Migranten nur dann in

Befragungen bei Studien einbezogen werden, wenn sie dem Standardprobanden entsprechen. Das heißt, sie müssen sehr gut Deutsch können, sie müssen schriftliche Fragebögen ausfüllen können, usw. Das hat zur Folge, dass selbst in Kliniken, in denen der Anteil der stationären Patienten mit Migrationshintergrund bei 30 % liegt, nur 5 % Migranten in der Studie repräsentiert sind. Das heißt, über die Leute, die uns wirklich interessieren, weil sie vielleicht die größten Reibungspunkte erzeugen und zudem die größten Probleme haben, wissen wir am allerwenigsten.

Wenn wir repräsentative Studien über die Versorgungssituation haben wollen, dann geht es darum, auch diese schwer erreichbaren Zielgruppen zu erreichen. Denn die deutsche Mittelschichtsfrau, die Fragebögen wunderbar beantwortet, ist sehr gut „beforscht“. Da wissen wir alles.

Unser Problem ist, dass die Bevölkerungsgruppen, die in der Gesundheitsforschung versteckt sind, weil sie ignoriert werden oder vielleicht im Kontext von Migration mit bestimmten Instrumenten nicht erreichbar sind, sozial unsichtbar bleiben. Es existiert somit in der Regel ein unrealistisches Bild über diese Gruppe, weil nicht jeder repräsentiert ist. Am Ende führt das dazu, dass wir auf diese Art und Weise unterversorgte Gruppen erzeugen.

Ich habe vorhin erwähnt, dass ich die Migrationsforschung „Migration und Gesundheit“ seit etwa 20 Jahren mache. Man kann sich nicht vorstellen, dass sich in irgendeinem anderen Bereich – nachdem Forschungsergebnisse vorliegen – so wenig verändert, dass auf der Grundlage des vorhandenen Wissens so wenig in die Versorgungskonzepte eingeflossen ist. Das hat auch etwas mit dem Stellenwert zu tun, den Migrantinnen und Migranten in dieser Gesellschaft haben. Bis heute hat man gedacht, man könne diese Gruppe irgendwie in ihrer Randstellung belassen. Dann haben aber die Demografie, der Mikrozensus und die Zählung gezeigt: Das geht nicht. Das ist ein substanzieller Bestandteil unserer Bevölkerung. Das ist auch für unser Überleben in dieser Gesellschaft und das Überleben der Sozialversicherungssysteme eine besonders wichtige Gruppe. Städte wie Frankfurt und Berlin zeigen alleine zahlenmäßig die Bedeutung.

Es gibt verschiedene internationale Studien, die gezeigt haben, dass es im Grunde fünf Faktoren gibt, die für die sogenannte ethnische Verteilung von Gesundheit und Krankheit zu Ungunsten der ethnischen Minderheit sorgen.

Erstens. Sozioökonomische Faktoren: Wir kennen seit langem den engen Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung. Das geht durch alle Bevölkerungsgruppen – unabhängig vom Migrationsstatus.

Zweitens. Migrationsfaktoren: Das meint Migrationsmotive und Migrationshintergründe. Dabei geht es auch darum, wie gut man eine Sprache spricht und wie lange man in einem Land ist und wie gut man die Systeme kennt.

Drittens. Kulturelle Faktoren: Hier müssen wir aber deutlich zwischen kulturellen Faktoren und Migrationsfaktoren unterscheiden. Bei kulturellen Faktoren geht es darum, wie man etwas macht. Wie sind meine Essgewohnheiten, meine Trinkgewohnheiten sowie mein Gesundheits- und Krankheitsverhalten? Das ist durchaus soziokulturell geprägt.

Vorhin wurde erwähnt: Wenn wir alle Migranten in einen Topf tun, dann gleichen sich manche Nachteile oder Potenziale aus. Nehmen Sie das Trinkverhalten: In muslimischen Gesellschaften ist der Alkoholkonsum bekanntermaßen relativ gesehen viel geringer. Das gilt auch für die Migrantinnen und Migranten aus muslimisch geprägten Ländern.

Wir haben aber andere Regionen in dieser Welt, in denen der Konsum unter den Migranten relativ gesehen höher liegt. Wenn wir das alles in den Topf „mit Migrationshintergrund“ tun, dann haben wir eine Suppe. Wir wissen dann gar nichts über die spezifischen Zielgruppen.

Viertens. Rassismus: Dieser Punkt wird in der internationalen Literatur erwähnt. Den gibt es in direkter und in indirekter Art.

Fünftens. Die selektive Wirkung der Gesundheitsversorgung selbst: Im System der Gesundheitsversorgung passiert etwas, das sich zu Ungunsten der Migranten und Migrantinnen entwickelt. Das heißt, dass sich der Gesundheitsstatus zu Ungunsten der Migranten entwickelt. Wir wissen auch, dass soziale Faktoren in der aktuellen – und nicht erst in der aktuellen – Diskussion zu Migration und Gesundheit häufig ethnisiert oder kulturalisiert werden.

Herr Knipper hat die Überschrift eines Kongresses, den wir 1998 gemacht haben – die Deutschen haben Psyche; die Türken haben Kultur –, erwähnt. Das ist genau der Punkt: Alles wird bei den Migranten mit „Kultur“ erklärt. Unsere eigenen Belange hingegen analysieren wir sehr viel differenzierter.

Verschiedene Studien, die auch den europäischen Kontext einbezogen haben, zeigen, dass es bestimmte migrationsspezifische Zugangsbarrieren zur medizinischen Versorgung gibt. Das ist zum einen der rechtliche Zugang, der insbesondere Flüchtlinge und irreguläre Migranten betrifft. Wesentliche weitere Faktoren sind Sprache, Alphabetisierungsgrad und soziokulturelle Unterschiede, aber auch Fragen des Geschlechts. Schließlich gibt es noch administrative und bürokratische Faktoren. An diesem Punkt können wir sehr gut arbeiten.

Ich komme nun zu dem zweiten Punkt. Ich möchte betonen, dass wir hierzulande in Bezug auf das Thema Migration einen sehr pathologischen Blick haben. Migration ist krankmachend. Migration kann aber auch gesund machen, die Gesundheit erhalten oder überhaupt eine Chance für das Überleben bieten. Auch das müssen wir betrachten. Ich kenne dazu zwar keine Studien; aber diejenigen, die noch intensiv Studien durchführen, sollten dieses Thema aufgreifen und Familienangehörige, die die Chance der Migration ergriffen haben – beispielsweise aus der Türkei –, mit Geschwistern, die in der Türkei verblieben sind, im Hinblick darauf vergleichen, wie sich deren Gesundheitsstatus unter den jeweiligen Bedingungen entwickelt hat. Wir wissen darüber nach meiner Kenntnis nichts. Das ist aber ein sehr spannendes Thema.

Es ist mir wichtig, noch einen Punkt anzuführen. Wir sollten bei der Zukunftsorientierung im Blick behalten, dass sich durch die Chancen, die die Migration und die Gesellschaften, wie Einwanderungsgesellschaften bieten, auch spezifische Gesundheitspotenziale entwickeln können. Menschen, die es schaffen, in beiden Gesellschaften zu funktionieren und gute Ressourcen haben, könnten gesundheitliche Potenziale entwickeln, die auch für andere nutzbar sind. Es gibt aber nach meiner Kenntnis nur ganz wenige Studien, die sich mit den Gesundheitspotenzialen der Migration beschäftigen. Wenn man jedoch nicht hinschaut, dann findet man auch nichts.

Es ist schon gesagt worden, wie das Krankheitsspektrum aussieht und wo es Schwerpunkte gibt. Ich möchte hierzu noch eines betonen: Wir beobachten beispielsweise stärkere Erkrankungen im Halte- und Bewegungsapparat. Hier sehen wir einen ganz deutlichen Zusammenhang mit konkreten Arbeitsbedingungen, denen Migranten unterliegen. Die Migranten leisten viel stärker körperliche Arbeit. Auch chronische Erkran-

kungen, wie Diabetes sind ein wichtiges Thema. Diabetes gibt es insbesondere bei älteren Migranten aus der Türkei.

In diesem Kontext geht es um die Frage des Krankheitsverhaltens: Wie gehe ich damit um, wenn ich eine chronische Erkrankung habe? – Hier gibt es einige sehr interessante Modellprojekte, z. B. in Hamburg-Eppendorf zur Stärkung von Gesundheitskompetenzen älterer türkischstämmiger Diabetiker. Ich denke, dieses Feld müssen wir sehr viel genauer ins Visier nehmen.

Ich komme nun zum dritten Punkt, der Nutzung und dem Kenntnisstand des deutschen Gesundheitssystems. Hier lässt sich beobachten, dass die Zugänglichkeit und die Annehmbarkeit der Angebote das Inanspruchnahmeverhalten deutlich beeinflussen. Sehr bekannt sind Kliniken. Wir haben eine Studie zur Inanspruchnahme von klinischen Notfallambulanzen in drei großen Berliner Krankenhäusern gemacht. Wir haben bei Migrantinnen und Migranten eine überproportional hohe Inanspruchnahme festgestellt.

Bei genauerem Ansehen haben wir festgestellt, dass es vor allem solche Migranten waren, die beispielsweise als Studierende nach Berlin gekommen sind und noch kein Netzwerk von Ärzten hatten. Das waren junge Leute, die ohnehin noch keinen Hausarzt hatten. Die nutzten die klinischen Notfallambulanzen häufiger. Bei den älteren Migrantinnen und Migranten aus der Türkei haben wir hingegen festgestellt, dass sich diesbezüglich kein großer Unterschied abspielte. Es muss folglich auch hier wieder das Augenmerk darauf gelegt werden, von welchen Migranten wir sprechen.

Wir konnten, feststellen, dass es bei den in Deutschland niedergelassenen Migranten der ersten und der zweiten Generation in den Wohnbezirken, die wir untersucht haben, ein ähnliches Nutzungsverhalten wie bei den deutschen Patienten gibt. Wir haben uns auf Neukölln, Wedding und Kreuzberg konzentriert. Das sind die Bezirke mit dem niedrigsten Sozialstatus.

Zugänglichkeit und Annehmbarkeit: Hier haben wir größere Probleme bei präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten. Da zeigt sich tatsächlich eine geringe Inanspruchnahme in Bezug auf Früherkennung und Vorsorgeuntersuchungen. Häufiger gibt es eine Inanspruchnahme der Institutionen und Instanzen – das zeigt sich übrigens auch in der Kinder- und Jugendhilfe –, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist. Das meint dann die Inobhutnahme oder die Zwangseinweisung in Psychatrien. Das heißt, dieser gesamte präventive und gesundheitsfördernde Bereich ist relativ unterversorgt, und es existieren noch keine passenden Konzepte.

Eine weitere Studie haben wir in einer Frauenklinik gemacht. Die ersten Ergebnisse haben wir 1998 veröffentlicht. Eine Wiederauflage würde sich lohnen, um zu sehen, was in der Zwischenzeit geschehen ist. Damals haben wir Frauen in der Frauenklinik befragt, die dort zu einer gynäkologischen Operation waren. Die hatten vor der Einweisung in die Klinik häufiger als die deutschen Frauen ihren niedergelassenen Gynäkologen gewechselt. Sie haben auch häufiger parallel mehrere Ärzte in Anspruch genommen. Wir haben hier ein sogenanntes Doktorhopping beobachten können. Das war insbesondere bei den Migrantinnen der Fall. Die Ursache war häufig die Suche nach Lösungen und Konzepten, die ihren Bedürfnissen gerechter wurden.

Ich komme nun zum vierten Punkt. Es gibt in Deutschland sehr wenige Studien zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Die wenigen, die es gibt, konzentrieren sich auf die Versorgungsqualität. Die betreffen aber nicht nur Migrantinnen. Bei der Versorgungsqualität für Migrantinnen gibt es danach erhebliche Mängel.

Die schon erwähnte Studie ist zwar bereits etwas älter, aber aus meiner Sicht hat sich nicht so viel verändert. – Ich habe immer noch sehr engen Kontakt mit dieser Frauenklinik. In der Studie wurden etwa 300 deutsche Frauen und 300 Frauen aus der Türkei befragt. Wir haben festgestellt, dass sich die Behandlungserwartungen kaum unterscheiden haben. Migrantinnen erwarten die gleichen Standards einer guten Behandlung wie einheimische Frauen. Aber die Behandlungszufriedenheit sah deutlich schlechter aus. Besonders problematisch erwiesen sich für die Migrantinnen die Bereiche Information, Aufklärung, psychosoziale Betreuung und fehlende migrationspezifische Angebote. Mit migrationspezifischen Angeboten sind qualifizierte Dolmetscher und Aufklärungen in der Muttersprache gemeint.

In der Studie haben wir mit dem gleichen Instrumentarium auch Ärzte und Pflegepersonal nach deren Meinung in Bezug auf die Zufriedenheit der Patientinnen befragt. Wir stellten fest, dass die Ärzte und die Pflegekräfte ihre eigene Versorgungsleistung noch schlechter einschätzten, als dies die niedrigsten Werte, die die Patientinnen angegeben haben. Das heißt, wir haben hier also eine Unzufriedenheit auf beiden Seiten, die aufgrund fehlender struktureller Konzepte über die Jahrzehnte erhalten geblieben ist.

Zu den Patientenrechten: Hier geht es um das Recht auf Aufklärung und Information. Wir konnten feststellen, dass es bei den deutschen Frauen zwischen dem Tag der Aufnahme und dem Tag der Klinikentlassung einen kleinen Zuwachs in Bezug auf die korrekte Kenntnis ihrer Diagnose und ihrer Therapie gab. Bei den Migrantinnen ging der Kenntnisstand noch einmal herunter. Das heißt, wir haben dort nach der Patientenaufklärung einen Informationsverlust feststellen können. Das war zwar abhängig von den mehr oder weniger guten Deutschkenntnissen der Patientinnen. Aber selbst die Migrantinnen, die sehr gute Deutschkenntnisse hatten, haben von der Patientenaufklärung in der Klinik überhaupt nicht profitiert.

Ich komme nun noch zu fünf Punkten, bei denen es konkreten und dringenden Bedarf gibt.

Erstens. Repräsentative Datengrundlagen: Hier sollte nicht nur nach dem Migrationshintergrund geschaut werden. Vielmehr sollte der Migrationshintergrund als eine von mehreren Variablen berücksichtigt und detailliert analysiert werden. Das betrifft die soziale Lage, den Bildungsstatus, das Alter und das Geschlecht.

Herr Merz, Ihnen ging es bei Ihrer Frage um die Säuglingssterblichkeit. Wir haben gerade eine Studie von der DFG gefördert bekommen, die die perinatalen Daten, die erhoben werden, um Faktoren zur sozialen Lage und mit migrationsbezogenen Daten anreichert. An den gleichen soeben erwähnten Berliner Standorten machen wir eine Befragung – eine Vollerhebung über ein Jahr – aller gebärenden Frauen. Zumindest versuchen wir das. Wir haben im Moment einen Rücklauf von 91 %. Ich hoffe, dass das so bleibt. Wir erwarten, dass in zwei bis drei Jahren erste Ergebnisse vorliegen, die die notwendigen Daten liefern.

Zweitens. Annehmbarkeit und Zugänglichkeit. Präventive und gesundheitsfördernde Angebote müssen unbedingt für die sogenannten schwer erreichbaren Gruppen geöffnet werden. In den USA und in Großbritannien gibt es sehr viel Literatur zu dieser Thematik, die sich sehr stark auf die sogenannte „hard-to-reach“-Gruppe konzentriert. Denn gerade die, die die Präventionsangebote brauchen, nutzen und bekommen sie am allerwenigsten. Wir haben nämlich immer noch das Präventionsparadox.

Drittens. Das Thema interkulturelle Öffnung der Gesundheitsversorgung muss strukturell verankert werden. Es reicht nicht, wenn wir nur den einen oder die andere Krankenschwester, Pflegerin oder Arzt haben, die sich interkulturell kompetent organisieren. Das geht sowieso nicht. Denn sobald ein Fall kommt, auf den man sich überhaupt nicht einlassen kann, ist es mit der interkulturellen Kompetenz vorbei. Wir brauchen deshalb Strukturen, die das ermöglichen.

Ich möchte hier positiv das Berliner Partizipations- und Integrationsgesetz erwähnen. Es wurde Anfang des Jahres verabschiedet. Hier haben wir neben einigen Detailregelungen zu Bestattungen und sonstigen Dingen einen ganz wichtigen Punkt, der sich auf die interkulturelle Öffnung bezieht. Wenn dieses Gesetz ausgeschöpft wird – es bleibt aber abzuwarten, wie damit in den Institutionen umgegangen wird –, dann müssen vor dem Hintergrund der Partizipationsermöglichung auch strukturelle Veränderungen eingerichtet werden.

Viertens. Sprache und Sprachmittlung: Es wurde gesagt, dass etwa 7 % der Patientinnen und Patienten einen Sprachmittler, eine Sprachmittlerin brauchen. Auch in Berlin gab es dazu eine Erhebung. Die Klinikleitungen sprachen von schätzungsweise 5 %. Das ist aber eine sehr große Anzahl von Menschen. 5 % aller Patienten in Berlin sind etwa 30.000 Menschen. Das ist also kein marginales Thema.

Die Sprach- und Kulturmittlung wurde immer schon durch unsere Vorreiter – das Ethno-Medizinische Zentrum – initiiert. Inzwischen gibt es zum Glück viele Ableger. Wir brauchen qualifizierte Sprachmittlungszentren und Dolmetscherzentralen, die auf das Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen spezialisiert sind. Zudem muss die Qualität der Übersetzung untersucht werden.

Ich habe das Beispiel Sprint-Transfer genannt. Sprint-Transfer ist ein EU-gefördertes Projekt. Sie versuchen, das Entwickelte auf der Grundlage des Projektes Sprint-Wuppertal zu standardisieren und in verschiedenen Standorten der Bundesrepublik zu etablieren. Auch unsere Hochschule ist daran beteiligt. Sie zertifiziert diese Ausbildung und nimmt die Prüfungen mit ab. Wir versuchen, einen Standard für gute Qualität und Ausbildung in der Sprach- und Integrationsmittlung zu gewährleisten. Wir arbeiten zudem an der Etablierung des Berufsbildes eines Sprach- und Integrationsmittlers.

Ich appelliere an Sie, die Sie als Politikerinnen und Politiker tätig sind, sich dafür einzusetzen, dass es dieses Berufsbild gibt. Denn gerade wenn wir die Zukunft im Auge haben – ich betone noch einmal: Europa ist eine Drehscheibe auf dem Globus, insbesondere in den Metropolen wie Berlin, Frankfurt und München –, brauchen wir diese Serviceleistung, die aus meiner Sicht in den großen Kliniken und den Sozialdiensten zum Standard einer guten Versorgung gehören sollte. Darüber hinaus brauchen wir mobile Institutionen, die mobil über Telefon reagieren können, z. B. um zu dolmetschen. Mit Skype und anderen Medien kann das heute sehr leicht, unkompliziert und preisgünstig organisiert werden.

Fünftens. Wir müssen deutlich mehr Menschen mit Migrationshintergrund zu Fachkräften für das Gesundheits- und Sozialwesen qualifizieren. Wir haben bei uns an der Hochschule Schulwerbungskampagnen gestartet. Denn an unserer Hochschule liegt der Anteil der Studierenden mit Migrationshintergrund nur bei 6 %. Das hat damit zu tun, dass die jungen Migranten, die eine Hochschulzugangsberechtigung haben, in der Regel nicht Sozialarbeit, Physio-, Ergotherapie oder Pflegemanagement studieren, sondern gleich in andere Branchen wechseln. Die studieren dann Medizin, Jura oder Betriebswirtschaft, usw.

Das hat etwas damit zu tun, dass diese Berufe, in denen wir dringend Fachkräfte brauchen, gerade in der Gruppe der Migranten nicht die Anerkennung bekommen, die sie verdienen. Ein wichtiger Appell ist daher, dass wir die Durchlässigkeit im Bildungssystem deutlich erhöhen müssen. Wir müssen Zugänge schaffen und es ermöglichen, dass Migrantinnen und Migranten gerade auch in diesen Arbeitsfeldern zu qualifizierten Fachkräften gemacht werden. Denn – ich sage das noch einmal – unsere Zukunft ist sehr stark von Migranten abhängig. Sie sind ein Teil unserer Bevölkerung. Da verknüpfen sich Aspekte von Bildungsbenachteiligung mit Aufgaben, die konkret auf uns zukommen.

Abg. **Kordula Schulz-Asche:** Ich habe eine Nachfrage zu der Forschungssituation. Sie haben den Bereich der Prävention bei den Gruppen angesprochen, die schwer erreichbar sind. Unabhängig von einem möglichen Migrationshintergrund sind bestimmte Gruppen schwer zu erreichen. In Deutschland sind die Gesundheitsämter und – geregelt in § 20 SGB V – die Krankenkassen für den Bereich der Prävention zuständig. Mein Eindruck ist, dass die Präventionsmaßnahmen, die von den Krankenkassen organisiert werden, oft sehr unsystematisch angewendet werden. Deswegen meine Frage: Welche Formen von Gesundheitsförderung, von Prävention werden seitens der Krankenkassen angeboten? Inwieweit finden hier migrationspezifische Fragestellungen überhaupt Eingang? Gibt es dazu Untersuchungen?

Frau Prof. **Dr. Borde:** Bei den Krankenkassen tut sich etwas. Ich habe in den vergangenen Jahren immer wieder versucht, über die Krankenkassen Forschungsunterstützung zu bekommen – gerade auch zu dem Themenbereich Migration und Gesundheit. Ich bin zwar nicht mehr so ganz aktiv in der Forschung, weil ich die Hochschule jetzt leite. Aber die AOK ist plötzlich auf mich zugekommen und hat gesagt: „Wir wollen etwas zum Thema Migration machen. Das ist für uns jetzt ein wichtiges Anliegen.“ Ich begrüße es sehr, dass sich die Kassen da jetzt einbringen, dass Sie es für sich als Thema sehen. Wir sollten sie auch in die Pflicht nehmen. Da passiert etwas. Die Kassen sind auch aus ökonomischer Sicht gut beraten, hier mehr zu tun.

Sachv. Prof. **Dr. Frank-Olaf Radtke:** Mir geht es um den Ausbildungsbedarf für neue Berufsfelder in diesem Bereich, den Sie mit dem Stichwort „Integrationsvermittlung“, aber auch „Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen“ beschrieben haben. Frau Borde, was können wir aufseiten der Ausbildungsinstitutionen tun? Was muss geschehen, um die Attraktivität – es gibt ja jetzt das Studienformat Bachelor – zu erhöhen? Was muss geschehen, um hier in geeigneten Berufen auszubilden und die so attraktiv zu machen, dass es nicht nur 6 % Bewerberinnen und Bewerber gibt, damit der gesellschaftspolitisch bestehende Bedarf gedeckt werden kann?

Frau Prof. **Dr. Borde:** Der Bologna-Prozess hat sich für uns bzw. für die Berufsgruppen, für die wir qualifizieren, sehr positiv ausgewirkt. Das ist jetzt keine Einbahnstraße nach dem Motto: „Einmal Sozialarbeiter, immer Sozialarbeiter“ mehr. Wir haben stattdessen sehr viele Möglichkeiten, weiterzukommen. Das Gleiche gilt für die Gesundheitsberufe. Damit verändert sich das Image dieser Berufe und der Ausbildung. Das ist ein ganz wichtiger Punkt.

Wir setzen sehr stark auf das Thema Durchlässigkeit und Bildungsgerechtigkeit. Die Bildungschancen müssen erhöht werden. Kompetenzen, die in anderen Bereichen schon



erworben wurden, werden angerechnet und anerkannt. Das gilt z. B. für den Altenpflegebereich. Hier trifft es meistens Frauen. Denen rechnen wir etwas an, wenn sie studieren wollen. Sie bekommen sogenannte studienrelevante Kompetenzen anerkannt.

Wir setzen auf zwei Gruppen. Die eine Gruppe sind die, die direkt nach dem Abitur in unsere Berufe kommen. Einen größeren Anteil machen aber die aus, die bereits in bestimmten Berufen tätig sind, die jahrelange Berufserfahrung haben. Die Ausbildung zum sogenannten Sprlnt, also Sprach- und Integrationsmittler, kann auch eine Zwischenstufe zu weiteren Karrieresprüngen sein. Das macht eine große Anstrengung erforderlich. Wenn wir aber den Fachkräftebedarf decken und gleichzeitig individuelle Berufsmöglichkeiten und Arbeitsmöglichkeiten fördern wollen, dann müssen die Hochschulen sehr aktiv sein.

Sachv. Prof. **Dr. Frank-Olaf Radtke:** Ich habe eine Nachfrage, bezogen auf die Kapazitäten. Gerade im Zusammenhang mit den doppelten Absolventenjahrgängen wäre ja eine Chance, ein Fenster, eine Gelegenheit, wenn man entsprechende Angebote vorhalten würde, um die Nachfrage zu befriedigen. Gibt es bei Ihnen dafür zusätzliche Mittel?

Frau Prof. **Dr. Borde:** „Zusätzliche Mittel“, das ich immer das Zauberwort. Die haben natürlich auch wir nicht. Wir sind sogar aufgefordert, zusätzliche Studienplätze auch wegen der Aussetzung der Wehrpflicht zu schaffen. Wir haben einen Online-Studiengang für soziale Arbeit eingerichtet, der sich speziell an Menschen über den sogenannten dritten Bildungsweg richtet. Hier haben wir in der Tat mehr Migranten als sonst. Wir planen auch, einen erweiterten Pflegestudiengang als Online-Studiengang zu realisieren. Unser Problem ist, dass wir kein Geld haben, unsere Hochschule permanent auch baulich zu erweitern. Jeder neue Studiengang erfordert eben auch räumliche Kapazitäten.

Wir arbeiten sehr eng mit den Schulen zusammen, insbesondere mit Schulen, die Schüler mit Migrationshintergrund haben. An unserer Hochschule gibt es immer in etwa zehnmal mehr Bewerber, als wir Studierende aufnehmen können. In unserer Zulassungsordnung haben wir Bonuspunkte für „interkulturelle Kompetenzen“ eingerichtet, die sich dadurch ausweisen, dass jemand eine andere Muttersprache – außer Deutsch – spricht. Die muss nachgewiesen werden. Erfahrungen in bestimmten Bereichen können ebenfalls zu Bonuspunkten führen. Keine Bonuspunkte gibt es für den reinen Migrationshintergrund, denn das lässt sich mit dem Antidiskriminierungsgesetz nicht vereinbaren. Deshalb geben wir diese Punkte jetzt kompetenzorientiert. Durch die Bonuspunkte haben die Studierenden die Möglichkeit, ihre Abiturnote etwas „aufzupeppen“.

Abg. **Mürvet Öztürk:** Herzlichen Dank, verehrte Frau Borde, für die sehr ausführlichen Informationen. Sie haben zwei, drei Aspekte eingebracht, die zuvor nicht erwähnt worden waren.

Eines davon ist das Projekt Sprlnt. Damit habe ich mich ein bisschen auseinandergesetzt. In Hessen wurde der Sprlnt-Transfer noch gar nicht in Erwägung gezogen. Das ist ja ein etablierter Ausbildungsberuf. Es geht ja nicht mehr ehrenamtlich, Gesundheitslotse zu sein. Wenn man diese Ausbildung abgeschlossen hat, hat man eine bestimmte Zertifizierung und kann sich auf dem Arbeitsmarkt um qualifizierte Arbeit bewerben. Junge Leute, die hier geboren und aufgewachsen sind, können für diesen Beruf sicher leicht gewonnen werden. Was ist aber mit denen, die Abschlüsse im Ausland gemacht ha-

ben, diese hier jedoch nicht anerkannt werden? Manche haben gar keinen in Deutschland anerkannten Schulabschluss. Wie können diese Personen für den Sprint-Transfer gewonnen werden? Ich glaube, das ist die größere Gruppe, die Interesse hätte, das gern machen würde, aber an formalen Gründen scheitert.

In den Kommunen, in denen ich mich umgehört habe und für die der Sprint-Transfer interessant sein könnte, kamen immer die gleichen Fragen: Was machen wir mit den Menschen, die dann im Gesundheits-, Sozial- oder Bildungsbereich ausgebildet sind? Wer stellt die ein? Ist es möglich, dass die sich als Kleinunternehmer zur Verfügung stellen und nach Bedarf abgerufen werden? – Das ist für diese Personen vermutlich sehr schwierig. Es ging immer wieder um die Frage, wo diese qualifizierten Personen angestellt werden sollen, damit sie nicht „ins Leere“ ausgebildet werden. Das schien für viele nicht so klar zu sein. Frau Borde, Sie haben da mehr Erfahrung. Vielleicht können Sie uns etwas Sinnvolles für Hessen mitgeben, das wir umsetzen können.

Frau Prof. **Dr. Borde:** Das ist eine ganz interessante Entwicklung, an der wir schon relativ lange arbeiten. Das Berufsbild „Sprach- und Kulturmittler“ bzw. „Gemeindedolmetscher“ – überall heißt es anders – gibt es nicht. Das ist ja kein anerkanntes Berufsbild. Wir arbeiten zwar schon lange daran, das als Beruf anerkennen zu lassen, aber dazu muss man diverse Wege beschreiten.

Bei der Frage der Zertifizierung und die Vereinheitlichung von Standards – was gehört zu diesem Beruf? – versucht unsere Hochschule, daran jetzt intensiv mitzuarbeiten.

Aus arbeitsmarktpolitischen Gründen haben wir bislang sehr viele dieser Mittlerfunktionen eingerichtet. In Berlin gibt es „Integrationslotsen“, „Elternlotsen“ und „Stadtteilmütter“. Es sind überwiegend Frauen, die diesen Job machen. Das ist für diese Frauen in der Regel eine Sackgasse, denn sobald die Maßnahme abgeschlossen ist, sind sie wieder in den Transfersystemen.

Wir haben uns deshalb ein anderes Konzept überlegt, dass wir nämlich über das Sprint-Transfer-Projekt – wenn denn eine EU-Förderung erfolgt – auch das, was in anderen Ausbildungen schon erworben wurde, anerkennen bzw. anrechnen, wenn es anrechenbar und vergleichbar ist, sodass das ein Modul, ein Teil der Ausbildung für das zertifizierte Sprint-Modell ist. So kämen wir zu einheitlichen Standards. Das soll dazu führen, dass die Leute nicht erneut in eine Sackgasse geraten. Melden Sie sich bei Sprint-Wuppertal, die sind die Organisatoren diese Projektantrags.

(Abg. Mürvet Öztürk: Die habe ich schon eingeladen!)

Die würden sicher sehr gerne auch eine Filiale in Hessen eröffnen.

Abg. **Gerhard Merz:** Könnten Sie in dem Zusammenhang die Abrechenbarkeit gegenüber den Krankenkassen noch einmal vertiefen?

Selbsthilfegruppen von Patienten sind eine nicht allen bekannte und nicht überall vorhandene Ressource im Gesundheitswesen. Teilweise sind die Krankenkassen sogar verpflichtet, sie mitzufinanzieren. Das ist zu wenig. Das ist aber eine andere Frage. Gibt es Erkenntnisse über die Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund in Selbsthilfegruppen? Gibt es zumindest Ansätze, so etwas zu fördern?

Frau Prof. **Dr. Borde:** Zum Thema „Selbsthilfe von Migranten“ hat Christopher Kofahl einen sehr interessanten Artikel veröffentlicht. Herr Kofahl ist derjenige, der das Projekt zur Gesundheitskompetenz türkischer Diabetiker in Hamburg macht. Dieser Artikel ist sicher auffindbar. Er zeigt: Es gibt so gut wie keine Beteiligung von Migranten an Selbsthilfegruppen. Das hat offensichtlich sehr viel mit der Zugänglichkeit und der Annehmbarkeit dieser Selbsthilfegruppen zu tun.

Es gibt aber ein paar Ansätze – gerade auch im Bereich Diabetes – von Migranten-selbstorganisation. Es ist aber kaum untersucht, inwieweit da qualitativ gute und richtige Informationen fließen und wie das aufgebaut ist. Das ist aber ein ganz wichtiges Thema, insbesondere in Bezug auf chronische Krankheiten, dass hier Selbsthilfegruppen aufgebaut werden. Ich bin eine Freundin von gemischt-nationalen Selbsthilfegruppen. Die Erfahrungen können dann ganz anders fließen. Wenn es bei den älteren Migranten sprachliche Kommunikationsprobleme gibt, dann müssen Dolmetscher einbezogen werden. Den Artikel von Christopher Kofahl habe ich zu Hause auf meinem Rechner. Wenn Sie das interessiert, dann schicke ich Ihnen das.

(Abg. Gerhard Merz: Gerne!)

Sachv. **Birgit Simon:** Frau Borde, ich kann Ihre Ausführungen in Bezug auf die Beteiligung an Selbsthilfegruppen bestätigen. Wir haben das in der Stadt Offenbach schon einmal untersucht. Wir haben eine sehr hohe Aktivität im Bereich der Selbsthilfegruppen. Die Beteiligung der Migranten liegt aber unter 10 %. Wir haben darüber mehrfach beraten. Wir haben auch bereits Gegenmaßnahmen eingeleitet.

Sie haben vorhin geschildert, dass sich auch im Bildungs- und Ausbildungsbereich der Gesundheitsberufe etwas verändern muss. Ich möchte Ihnen eine Frage stellen, die mich beschäftigt. Ich habe die Chance, ein Projekt durchzuführen, das junge männliche Migranten in den Pflegeberuf bringt. Dieses Projekt wird aus ESF-Mitteln gefördert. Die erste Halbzeit ist um. Die Teilnehmer sind Hauptschulabgänger. Sie haben vorher ein Praktikum – beispielsweise in einem Altenheim – gemacht. Danach haben sie sich bereit erklärt, bei diesem Projekt mitzumachen. Wir haben eine Altenpflegeschule gefunden, die diese jungen Menschen auf diesem Ausbildungsweg begleitet. Die haben einen Weg gefunden, dass die jungen Männer erst einmal unter sich bleiben dürfen, denn es ist ein Experiment.

Die praktische Ausbildung findet in den unterschiedlichen Einrichtungen der Altenpflege, also in Alten- und in Pflegeheimen, statt. Es war nicht einfach, für diese jungen Männer Plätze zu finden. Nach einem halben Jahr hat sich Folgendes herausgestellt. Die jungen Leute werden in den Einrichtungen hoch geschätzt. Sie sind begeistert und machen ihre Arbeit. Im schulischen Bereich herrschen aber „katastrophale Verhältnisse“. Die Betroffenen waren ja auch vorher im Bildungsbereich nicht die Ersten. Der schulische Bildungsteil passt also wieder nicht. Ich hoffe, dass das Projekt daran nicht scheitert. Die Einrichtungen hatten zunächst große Bedenken, ob das passt. Im praktischen Teil funktioniert das einwandfrei. Nur im schulischen Teil gibt es Probleme. Dort muss sich etwas verändern, wenn man in diesem Bereich Migranten gewinnen möchte. Haben Sie dazu eine Idee?

Frau Prof. **Dr. Borde:** Ich antworte Ihnen „aus dem Bauch heraus“. Man muss manchen Leuten etwas mehr Zeit geben. Das Schulische muss mit etwas mehr Mühe vermittelt werden. Andere Arbeitsformen müssen entwickelt werden. Zu kurz kommen darf das

aber nicht. Denn wenn ein Abschluss als Altenpfleger oder als Krankenpfleger erreicht werden soll, dann müssen die genauso gut sein wie die anderen. Das muss man berücksichtigen. Wir arbeiten an unserer Hochschule mit Mentorensystemen. So werden Unterstützungsmöglichkeiten gegeben, die andere, z. B. aus akademischen Elternhäusern, sozusagen am Frühstückstisch vorfinden.

Abg. **Barbara Cárdenas**: Frau Prof. Borde, Sie haben uns sehr praxisnah viele Möglichkeiten aufgezeigt, wie wir weiterkommen können. Ich glaube, es ist angesagt, von Berlin zu lernen. Haben Sie in Bezug auf das Flächenland Hessen noch andere Ideen, wie wir an dem Punkt weiterkommen könnten? Haben Sie noch etwas im Hinterkopf, von dem wir profitieren könnten?

Sie haben darauf hingewiesen, dass Menschen mit Migrationshintergrund mit guten Sprachkenntnissen nach einer Patientenaufklärung schlechteres Verständnis zeigen als Migranten mit schlechteren Sprachkenntnissen. Das ist aber doch bei den einheimischen Patienten ähnlich. Auch ich fühle mich nach einer Patientenaufklärung eher verunsichert. Das geht auch anderen so. Ist das ein spezifisches Ergebnis in Bezug auf Migrantinnen und Migranten?

Frau Prof. **Dr. Borde**: Herr Knipper hat es schon sehr deutlich gesagt: Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist optimierungsbedürftig. Das gilt sowohl für die einheimischen als auch für die migrierten Patienten. Wir haben eine sehr detaillierte Analyse gemacht. In dieser Analyse haben wir Frauen aus den gleichen sozialen Schichten miteinander verglichen. Immer kam dabei heraus, dass Migrantinnen schlechtere Werte in Bezug auf das Verständnis hatten. Das galt auch in den Fällen, in denen sie gute Deutschkenntnisse hatten.

In diesem Zusammenhang muss man sich fragen: Welche anderen Faktoren tragen dazu bei, wenn es nicht nur die Sprache ist? – Ein Faktor war das Alter. Ältere Patientinnen wissen besser Bescheid, einfach deshalb, weil sie schon viel mehr Krankheiten hinter sich haben. Die kennen ihren Körper besser. Bei unserer Stichprobe gab es den gravierendsten Unterschied zwischen den älteren Migrantinnen, die fast gar nichts verstanden haben, und den älteren Deutschen, teilweise mit Krebserkrankungen, die natürlich schon sehr viele Aufklärungsprozesse hinter sich hatten.

Diese Analysen müssen sehr genau betrieben werden. Hinzu kommen weitere Faktoren. Wer traut sich eigentlich, Nachfragen zu stellen, um mehr in Erfahrung zu bringen? Das hat auch etwas mit Selbstbewusstsein und mit der Akzeptanz von Fragen zu tun. Von wem wird eine Frage eigentlich eher akzeptiert und auch beantwortet?

Auf die Fragen von Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung will ich nicht weiter eingehen. Ich kenne dazu auch keine Studien. Aber auch hier würde es sich lohnen, etwas genauer hinzuschauen, ob es so etwas gibt. Das kann man aber sicher nicht durch Befragungen machen. Das muss man durch teilnehmende Beobachtungen – oder am besten durch versteckte Beobachtung – herausfinden.

Wir haben in Deutschland die Pflicht zur Gesundheitsberichterstattung. Wir haben dazu auch Systeme. Es gibt den Bundesgesundheitsbericht und die Landesgesundheitsberichte, und es gibt auch eine kommunale Gesundheitsberichterstattungspflicht. In Berlin haben wir dazu ein hervorragendes Modell. Für Berlin gibt es einen Landesgesundheitsbericht, aber wir haben auch bezirkliche Gesundheitsberichte. Die Bezirke Wedding,

Tiergarten und Mitte sind jetzt zum Bezirk „Mitte“ zusammengelegt worden. Hier gibt es einen außerordentlich guten Gesundheitsbericht, soweit es um Migration geht. Der dafür zuständige Herr Butler legt darauf Wert. Er hat dort die Maßstäbe gesetzt. Wenn wir sehr gute kommunale und regionale Gesundheitsberichte haben, dann können wir auf der Grundlage der Daten, wenn diese migrations- und sozialsensibel erhoben und erfasst worden sind, eine sehr gute Planung organisieren. Flächendeckend geschieht das aber noch nicht.

Die kommunale Gesundheitsberichterstattung variiert von Bezirk zu Bezirk. Aber die Landesgesundheitsberichterstattung hat bei uns auch den Indikator „Migrationshintergrund“ aufgenommen.

Abg. **Mürvet Öztürk:** Mir geht es um die Antidiskriminierung. Das hat uns in der Enquetekommission schon einmal beschäftigt, als es um den Zugang zum Arbeitsmarkt ging. Jetzt ist das auch von Ihnen erwähnt worden. Ein wesentlicher Knackpunkt in dieser Streitfrage ist, ob das eine Bring- oder eine Holschuld ist. Integriert man sich deshalb nicht, weil man es nicht will, oder integriert man sich nicht, weil man es nicht kann? Sind die Hürden vielleicht zu hoch? Wenn man die Integrationsdebatte sachlich und nicht ideologisch führen will, ist das ein wichtiger Punkt. Ich hoffe, dass wir in den Sitzungen der Enquetekommission eine zusätzliche Runde über Antidiskriminierungsstrategien drehen.

Aus der Perspektive einer national und europaweit tätigen Expertin haben Sie vorgeschlagen, unauffällig zu beobachten, ob Diskriminierungen stattfinden. Wir wissen aber, dass uns das in der Praxis erstens nicht weiterbringen wird und zweitens die Gefahr groß ist, dass wir jahrelang beobachten, bis wir zu Erkenntnissen kommen und dabei Schäden angerichtet haben, die wir gar nicht anrichten wollten. Von daher die Frage: Wie müsste eine Antidiskriminierungsstrategie aus der Sicht der Gesundheitsversorgung aussehen, damit man etwas schneller voranschreiten könnte? Denn Beobachtungen haben Sie anscheinend schon gemacht.

Frau Prof. **Dr. Borde:** Ich meinte eine Studie, die mit teilnehmender Beobachtung bestimmte Kommunikationsprozesse und bestimmte Abläufe im Klinikalltag erfasst. Das wäre schon möglich, und das sollte man machen, um nicht nur mit einem „Bauchgefühl“ zu argumentieren, wenn es um stattfindende Diskriminierung geht.

Abg. **Mürvet Öztürk:** Zusatzfrage: Sie beraten nicht nur in Hessen. Haben Sie bereits mit anderen politischen Verantwortlichen Gespräche geführt, die in diese Richtung gehen?

Frau Prof. **Dr. Borde:** Ich setze eine große Hoffnung in das Berliner Partizipationsgesetz, das vorsieht, dass Strukturen verankert werden, sodass jeder partizipieren kann. Denken Sie an mein Beispiel mit der Patientenaufklärung. Es gibt ein Recht auf Patientenaufklärung. Wenn ein nicht aufgeklärter Patient einen Eingriff über sich ergehen lässt, dann handelt es sich um eine Körperverletzung. Dafür ist der Arzt verantwortlich. Dieses Recht sollte für alle gelten.

Jedem sollte nach seinem Können die Bedingungen geschaffen werden, damit die Patientenaufklärung verstanden werden kann. Das heißt, wir brauchen strukturelle Maßnahmen, um gleiche Chancen für alle einzuführen. Nehmen Sie die Diskussion zur

Chancengerechtigkeit. Wir dürfen nicht allen mit der Gießkanne das Gleiche anbieten, sondern wir müssen spezifische Angebote machen, damit die gleichen Chancen bestehen. Ich denke, dass wir das Antidiskriminierungskonzept auch auf diese Art und Weise bearbeiten sollten.

Abg. **Barbara Cárdenas**: Ich habe eine Nachfrage zum Thema Mittler bzw. Lotsen. Dazu gab es kritische Anmerkungen. Das darf kein Ersatz für öffentliche Leistungen sein. Hier müssen Angebote gemacht werden. Berlin hat finanzielle Probleme. Gibt es dort gleichwohl gute Beispiele? Oder gibt es die gleiche Problematik wie bei uns in Hessen?

Frau Prof. **Dr. Borde**: Nicht nur Herr Wowereit sagt: Berlin ist arm, aber sexy. Wir haben immer Finanzierungsprobleme. Das gilt insbesondere in Bezug auf langfristige Finanzierungen solcher Projekte. Das ist ein Instrument, um Leute in Beschäftigungspositionen zu bringen. Wir arbeiten daran, für die Individuen, die in diesen Kontexten qualifiziert werden, weitere Wege aufzuzeigen. Aber hinsichtlich der Finanzierungslage ist Berlin im Vergleich zu Hessen noch viel schlechter dran.

(Abg. Kordula Schulz-Asche: Da geht es um den Länderfinanzausgleich!)

**Vorsitzender**: Das ist eine andere Debatte. Herzlichen Dank, Frau Borde. – Jetzt kommen wir zu den ständigen Teilnehmern. Zunächst die Arbeitsgemeinschaft der Ausländerbeiräte.

Frau **Bargon**: Die Bedeutung von Sprachkompetenz ist angesprochen worden. Es ging auch um diejenigen, die gute Sprachkenntnisse haben. Die Darstellung von Beschwerden und Schmerzen in einer anderen Form wurde vorgetragen. Manches mag etwas unpräzise empfunden werden. All das ist ausführlich debattiert worden. Das haben auch wir in unserer schriftlichen Stellungnahme dargelegt.

Gleiches gilt für die Bedeutung von kultursensibler und religionssensibler Pflege und Altenpflege. Bedingt durch den demografischen Wandel wird der Bedarf hier erheblich zunehmen. Hier gibt es noch nicht genug Angebote. Auch die Wahrnehmung dieses Thema ist noch zu gering.

Ein weiteres Thema, für das es noch nicht genug Wahrnehmung gibt – das spielt in den Bereich Kostenübernahme hinein –, ist der fehlende Zugang zu einer Krankenversicherung für EU-Bürger aus Beitrittsländern, die noch keine vollständige Freizügigkeit genießen, sondern Einschränkungen unterliegen. Das betrifft Personen aus Bulgarien und Rumänien. Die Probleme bei der Behandlung von „Papierlosen“ sind ebenfalls bereits angesprochen worden. Dafür gibt es aber mittlerweile ein gewisses Bewusstsein. In Bezug auf die fehlende Krankenversicherung von Menschen aus EU-Beitrittsländern ist das Bewusstsein jedoch sehr gering.

Hinzu kommt: Gerade Menschen aus Bulgarien werden im Straßenbild oft gar nicht als Bulgaren, sondern eher als Türken wahrgenommen. In Bulgarien gibt es eine große türkische Minderheit, die auch Türkisch spricht. In dem Zusammenhang muss man auch sehen, dass viele Angehörige der türkischen Minderheit in die Türkei zurückgewandert sind. In dieser Personengruppe gibt es natürlich ein Interesse, wieder nach Bulgarien zu gehen und bulgarische Pässe zu erwerben, weil so die Migration in die EU problemlos

möglich ist. In Bulgarien gibt es hingegen sehr viele Menschen, die keine Krankenversicherung haben. Sie halten sich dann in Deutschland auf und unterliegen dem eingeschränkten Arbeitsmarktzugang, sodass es zu Problemfällen dann kommt, wenn Krankheiten eintreten oder Unfälle passieren. Wenn sich Personen aus diesen Ländern nur zur Arbeitssuche in Deutschland aufhalten, können sie keine Sozialleistungen bekommen. Auch darüber ist also kein Zugang zu einer Krankenversicherung möglich. Man kann sich vorstellen, dass es in akuten Fällen – wenn z. B. nach einem Unfall Lebensgefahr besteht – schon sehr schwierig ist. Besonders betroffen sind aber auch Schwangere, die keinerlei Vorsorgeleistungen in Anspruch nehmen können. Man muss im Vergleich sehen: Personen, die Asyl suchen und eine Aufenthaltsgestattung besitzen, haben Zugang zur Krankenversicherung und sind damit sogar besser gestellt.

„Medinetz Mainz“ ist eine Initiative von Medizinstudenten der Universität Mainz. Sie kümmern sich um die Versorgung von Menschen ohne Papiere, also „Illegalen“. Diese können im Bedarfsfalle zu einer Krankenbehandlung kommen. Es wurde mitgeteilt: 15 Patienten, denen sie zu einer Behandlung verholfen haben, besaßen keinerlei Papiere. Hingegen waren 29 Patienten, denen sie geholfen haben, Menschen aus Rumänien oder Bulgarien. Daran können Sie die Dimension erkennen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Personen ohne Papiere eine noch größere Hemmschwelle haben, sich einer Gruppe wie Medinetz anzuvertrauen.

Oft wird auf die europäische Krankenversicherungskarte hingewiesen, und zwar für diejenigen, die im Herkunftsland über eine Krankenversicherung verfügen. Hier ist oft das Problem, dass ein weiteres Formular ausgefüllt werden muss, damit die hier in Anspruch genommene deutsche Krankenversicherung mit der Krankenversicherung im Herkunftsland abrechnen kann. Angeblich haben viele Arztpraxen dieses Formular jedoch nicht vorrätig. Angeblich ist ihnen auch das Abrechnungsprozedere nicht bekannt. Patienten bleiben so unversorgt, obwohl sie versorgt werden könnten. Es ist wohl auch tatsächlich so, dass Krankenhäuser bei Notfallbehandlungen, die durchgeführt werden müssen, auf den Kosten sitzen bleiben.

Die Gruppe der EU-Staaten verändert sich. Gegebenenfalls kommt es zu Erweiterungen. Es gibt jetzt Beitrittsverhandlungen z. B. mit Kroatien und Mazedonien. Deshalb kann man davon ausgehen, dass es dieses Problem auch weiterhin geben wird. Man kann also nicht sagen, irgendwann sind Bulgarien und Rumänien im Status des vollständigen Zugangs zur Freizügigkeit. Das Problem ist unter Fachleuten bekannt. Wenn aber keine gravierenden Fälle, Todesfälle passieren, wird es nicht mit der nötigen Gewichtigkeit wahrgenommen.

Abg. **Barbara Cárdenas**: Frau Bargon, Sie haben die Tätigkeit des Stadtgesundheitsamtes Frankfurt als positiv benannt. Sind es Gründe der Humanität, die dazu geführt haben, dass diese Beratungsstätte eingerichtet worden ist, oder hat das auch einen Nutzen für die Stadt selbst? Wollen die etwas einsparen?

Abg. **Kordula Schulz-Asche**: Natürlich gibt es aus solchen Maßnahmen auch einen Nutzen für die Stadt. Wir haben es hier ja mit Fällen zu tun, die auf einer anderen Kostenebene wieder auftauchen. Aus dem Bereich der Genitalverstümmelungen wissen wir das relativ gut. Auch da gibt es „Illegale“. Die Nachversorgung kostet Geld. Die Frauen müssen so operiert werden, dass sie ein einigermaßen normales Leben führen können. Diese Maßnahmen sind über die Krankenversicherung nicht abgedeckt. Diese Maß-

nahmen sind aber erforderlich, um eine Teilnahme am Leben überhaupt zu ermöglichen.

Von daher hat ein Gesundheitsamt aus meiner Sicht die Pflicht, in diesen Bereichen Angebote zur Verfügung zu stellen. Es gibt ja unterschiedliche Problemlagen. Deshalb finde ich es besser, wenn man frühzeitig versucht, gesundheitlich zu intervenieren. Soweit ich weiß, funktioniert das in Frankfurt sehr gut. Das Angebot wird auch zunehmend bekannter. Die Menschen müssen wissen, an wen sie sich wenden können. Von daher gibt es einen volkswirtschaftlichen Nutzen. Den finde ich in dem Fall gut.

Frau **Bargon**: Mir ist nicht bekannt, welche Einsparpotenziale die Stadt Frankfurt dadurch hat. Aber der Nichtzugang bzw. der verspätete Zugang zur Krankenbehandlung stellt für den Betroffenen ein gesundheitliches Risiko dar. Das kann aber in ein größeres und allgemeines Risiko umschlagen. Denken Sie etwa an Diskussion um die Massendurchimpfung der Bevölkerung zur Abwehr der Schweinegrippe. Wenn aber bestimmte Gruppen nicht erfasst werden können, dann ist z. B. auch keine vollständige Massendurchimpfung möglich. Und was mir persönlich besonders bedenklich erscheint: Die Kinder derer, die keinen Zugang zur Krankenversorgung haben, bekommen die erforderlichen Impfungen in der Regel nicht.

Abg. **Barbara Cárdenas**: Ich wollte nicht missverstanden werden. Mit meiner Frage wollte ich vielmehr bewirken, dass man hinterfragt, warum das nicht in mehreren Städten passiert. Aus meiner Sicht kann man davon profitieren. Das war der Hintergrund für meine Frage.

Herr **Dr. Hilligardt**: Ich spreche für den Hessischen Landkreistag und auch für den Hessischen Städtetag. Wir haben in unserer Stellungnahme versucht, die Fragen aus Sicht der städtischen und der landkreislichen Gesundheitsämter zu beantworten. Im Befund zur Gesundheitssituation von Migranten decken sich diese Erfahrungen aus den Gesundheitsämtern mit dem, was heute von den Sachverständigen vorgetragen wurde. In der Stellungnahme sind auch die Fragen der Ursachen angerissen.

Die Frage des Zugangs von Menschen mit Migrationshintergrund bzw. von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus, da ist der rechtliche Zugang eines der Schlüsselprobleme. Diesen rechtlichen Zugang können die Kommunen als Akteure nicht herstellen, wenn Landes- und Bundesgesetze diesen nicht gewähren. Die Kommunen können aber den Versuch machen, das Thema Sprache und Unwissenheit ein Stück weit anzugehen. Wie beim Zugang zur allgemeinen Verwaltung und beim Zugang zum Arbeitsmarkt wird auch der Zugang zum Gesundheitssystem oft durch Sprachbarrieren behindert.

Für die Kreise gilt: Informationen müssen bereitgestellt werden. So können die Hürden gesenkt werden. Hier war von Wegweisern auf Landesseite die Rede. Diese Wegweiser gibt es auch auf kommunaler Ebene. Die Informationen zu den Leistungen des Gesundheitssystems und zu den Leistungen der Gesundheitsämter müssen geliefert werden. Das geschieht. Man arbeitet hier mit Lotsen und mit Dolmetschern. Ich kenne aus Landkreisen Wegweiser, in denen aufgelistet wird, welche Sprache die Fachärzte im Landkreis sprechen, um diese Hürden ein wenig zu senken.

Im Bereich der Jugendhilfe gibt es beispielsweise Projekte der Prävention gegen den Alkoholmissbrauch von Jugendlichen. Auch hier werden – neben den einheimischen



Jugendlichen – Personen mit Migrationshintergrund explizit angesprochen. Somit gibt es ein breites und vielfältiges Bild in den Landkreisen, wie mit dieser Situation bzw. mit dem Zugang über Sprache in Bezug auf das Thema Gesundheit umgegangen werden kann.

Alles ist immer noch ein Stück weit ausbaubar und systematisierbar. Das kann im Rahmen dieser Kommissionsarbeit aufgegriffen werden. Hier können Land und Kommunen noch ein Stück vorangehen.

Abg. **Mürvet Öztürk:** Ich würde gerne eine Frage loswerden, weil ich nicht weiß, ob ich das richtig verstanden habe. Hat man denn in den Kommunen, was die Gesundheitsversorgung von älteren Menschen mit Migrationshintergrund betrifft, spezielle Angebote, seien es Altenpflegeeinrichtungen und all das, was in diese Richtung geht? Hatten Sie auch dazu etwas gesagt? Gibt es dazu Ansätze? Das würde mich interessieren, denn solche Dinge auszuprobieren ist kommunal ja sehr leicht handhabbar.

Herr **Dr. Hilligardt:** Dazu hatte ich nichts gesagt, kann es aber gerne tun. Ich möchte es auch ganz konkret machen. Wir sind derzeit dabei, zusammen mit den Krankenkassen Pflegestützpunkte in den Landkreisen aufzubauen. Ich hatte vor zwei Tagen einen ganzen Katalog an – für mich – fremdsprachigen Informationsmaterialien aus dem Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf auf dem Tisch. Über diese neue Form der Beratung werden Migranten – nicht nur, aber auch – explizit angesprochen.

**Vorsitzender:** Herr Kolmer für den Hessischen Städte- und Gemeindebund.

Herr **Kolmer:** Der Hessische Städte- und Gemeindebund sieht von einer umfassenden Stellungnahme ab, da ihm ausführliche und fundierte Kenntnisse aus den Kommunen leider nicht vorliegen. Er verweist allerdings auf die besonderen Erfahrungen aus verschiedenen Lotsenprojekten, die wir in den hessischen Kommunen haben.

Er nennt hier an erster Stelle das Projekt „MiMi – Mit Migranten für Migranten – interkulturelle Gesundheitslotsen in Hessen“. Das Projekt wird an verschiedenen Kommunen im Auftrag des Hessischen Ministeriums für Arbeit, Familie und Gesundheit und dem Landesverband des BKK durchgeführt. Das Ziel ist, eine mehrsprachige, kultursensible Gesundheitsförderung und -prävention für Menschen mit Migrationshintergrund anzubieten.

Bei der Betrachtung der demografischen Entwicklung sieht man, dass die Zahl der älteren Migrantinnen und Migranten steigen wird. Das ist eine besondere Herausforderung für unsere Kommunen. Eine persönliche Anmerkung: Wir in Dietzenbach versuchen dem Rechnung zu tragen, dass wir derzeit ein Seniorenheim der Pflegestufe 4 bauen mit der Maßgabe, dass dort mindestens eine Gruppe für den kultursensiblen Pflegebereich vorgehalten werden muss. Soweit mir bekannt ist, gab es in Deutschland bisher nur ein Seniorenheim dieser Art. Das war in Berlin. Es ist mittlerweile in Konkurs gegangen. Das ist zu bedauern. Woran das lag, weiß ich nicht.

Im Übrigen befassen wir uns in Dietzenbach – das ist eine weitere persönliche Anmerkung – seit etwa 20 Jahren mit der Gesundheitsproblematik der Migranten und haben auch festgestellt, dass man bei der Beantwortung der Fragen – wenn wir sie beantwor-

ten würden – Unterschiede zwischen der ersten, zweiten und dritten Generation machen muss.

Bei der ersten Frage ist anzumerken: Wir haben im Laufe der Zeit festgestellt, dass immer mehr psychische Belastungen durch Migrationserfahrungen und dem Leben in verschiedenen kulturellen Werten festzustellen waren. Die erste Generation nutzte ihre gewohnte Selbstkompetenz. Das heißt, man hat versucht, sich selbst zu kurieren, wie man es von den früheren Generationen gewohnt war, und kam erst in Krisensituationen zum Arzt, was das ganze Problem verschärft hat. Vorsorge- und Reha-Maßnahmen kamen da selten zur Anwendung. Die zweite und dritte Generation sucht mittlerweile häufiger den Arzt auf. Generell ist aber festzustellen, dass Probleme bei der Artikulierung unterschiedlicher Empfindungen und bei Äußerungen zu Schmerzen und Symptomen festzustellen waren. Deshalb kam es natürlich auch zu unterschiedlichen Diagnosen.

Bei Frage 2 ist anzumerken, dass die erste Generation ein erhöhtes Erkrankungsrisiko in unterschiedlichen Bereichen hat, auf der einen Seite Knochen- und Gelenkerkrankungen, auf der anderen Seite psychische und psychosomatische Erkrankungen, hauptsächlich Depressionen durch die Migrationsbiografie. Das ist besonders bei Frauen der Fall. Das sind Praxiserfahrungen; wir machen ja bei uns vor Ort keine Studien hierzu. Wir haben auch häufiger vorkommende chronische Erkrankungen wie Diabetes, Schlaganfallfolgeerkrankungen und Herz- und Kreislauferkrankungen festgestellt. Deren Ursachen sind nach unserer Meinung die Lebens- und Ernährungsgewohnheiten, die ökonomische Lagen und oftmals auch die schlechten Wohnbedingungen. Ab der dritten Generation zeichnet sich eine Besserung der ökonomischen Bedingungen ab. Das hängt mit Folgendem zusammen: bessere Wohnungen, teilweise eigene Häuser, höhere Sprachkompetenz oder andere Bildungszugänge, z. B. Studium – und auch dadurch wieder ein besserer Zugang zum Gesundheitssystem.

Zu Frage 3: Auf der einen Seite findet sich zwar Selbstkompetenz, auf der anderen Seite kann der Kenntnisstand der ersten und zweiten Generation dennoch als mangelhaft bezeichnet werden. Die Gründe sind: fehlender Bildungsstand, mangelhafte Sprachkompetenz, Verarmung. Kulturelle und gesellschaftliche Tabus werden im Regelfall nicht angesprochen. Dennoch ist festzuhalten, dass der finanzielle Aspekt des Pflegegeldbezugs teilweise bekannt ist und genutzt wird. Allerdings wird das Pflegegeld als unehrenhaft betrachtet und mitunter nicht angenommen, was wir schlecht finden. Ab der zweiten oder spätestens ab der dritten Generation zeichnet sich eine Besserung ab, vor allem auch durch die Fähigkeit, sich besser auszudrücken und zu artikulieren.

In unseren Beratungen zur Pflegesituation – wir führen etwa 360 Beratungen im Jahr durch – haben wir festgestellt, dass auch Menschen ohne Migrationshintergrund oft wenige Kenntnisse über das deutsche Gesundheitssystem im Sinne von Pflegeleistungen und Pflegegeld haben. Es werden auf der einen Seite immer mehr Menschen mit Migrationshintergrund in Gesundheitsberufen ausgebildet und wirken auch als Multiplikatoren, aber es sind nicht genug. Deshalb ist gerade die Bedeutung der Lotsenprojekte sehr hoch. Die Projekte müssen unbedingt fortgeführt werden und dürfen nicht, wie es sich teilweise abzeichnet, eingestellt werden.

Zu Frage 4: deutsches Gesundheits- und Pflegewesen. Nach unserer Erfahrung wissen Migranten relativ wenig darüber. Ressourcen bestehen jedoch im Rahmen von kultursensiblen Pflegeansätzen als Alternativen zu herkömmlichen Konzepten. Bei erfolgreichen Projekten ist vermehrt die Hilfe zur Selbsthilfe zu unterstützen, die eben die kultur- und religionspezifischen Elemente, die Kommunikation und Akzeptanz der Migranten einbeziehen kann.

Abschließend noch zu Frage 5. Menschen ohne Migrationshintergrund pflegen ihre Angehörigen häufig zu Hause und suchen bei hoher Pflegebelastung um außerfamiliäre Entlastungsalternativen nach. Menschen mit Migrationshintergrund nutzen die ambulante Pflege selten und stellen auch kaum Anfragen. Hier ist entscheidend, dass der, der seine Eltern nicht zu Hause pflegt, mit dem Makel der Schande in seinem Umfeld behaftet ist. Das ist auf jeden Fall bei uns in der Kreisstadt noch so. Ein weiterer Hinderungsgrund ist – das ist aus meiner Sicht das Wesentliche –, dass Einrichtungen herkömmlicher Art keine religionsspezifischen Elemente der Körperpflege, der Ess- und Trinkkulturen und der rituellen Vorgaben pflegen.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. – Dann kommen wir zum vorläufigen inhaltlichen Schlusspunkt, dem Statistischen Landesamt.

Herr **Müller:** Ich kann zwei Anmerkungen, zu Frage 2 und zu Frage 5, machen. Der Mikrozensus lässt als Quelle von Daten über Migranten Aussagen zum Gesundheitszustand zu. Wir konnten feststellen, dass unter Migranten ein subjektives Krankheitsempfinden etwas weniger häufig auftritt als unter Personen ohne Migrationshintergrund. Das ist aus statistischer Sicht einfach zu erklären. Die Altersstrukturen der Migranten und der Personen ohne Migrationshintergrund sind sehr unterschiedlich. Die Migranten sind im Durchschnitt sehr viel jünger. Jüngere Menschen sind sehr viel weniger krank. Deshalb lässt sich das aus statistischer Sicht gut erklären.

Zu Frage 5: Wir können der Pflegestatistik 2009 entnehmen, dass wir 187.000 Pflegebedürftige in Hessen haben. Allerdings werden dort keine Angaben über Migranten erfragt. Dieses Merkmal tritt dort nicht auf. Auch der Mikrozensus trifft hier, obwohl eine Frage nach Pflegeleistungen enthalten ist, keine Aussage. Die Zahl der Antwortausfälle ist so hoch, dass keine Repräsentation gegeben ist. Auch bei anderen Merkmalen haben wir das Phänomen, dass Merkmale, die die Befürchtung einer sozialen Ausgrenzung in sich tragen, schlechter beantwortet werden.

**Vorsitzender:** Herzlichen Dank. – Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen. Dann sind wir am Ende des öffentlichen Teils der Sitzung. Ich darf mich bei den ständigen Teilnehmern und Sachverständigen bedanken.

(Ende des öffentlichen Teils: 14:36 Uhr)

Wiesbaden, 8. Mai 2011