

FACHTAGUNG AM 25. JUNI 2012

Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten – 20 Jahre AG Migration und Gesundheit in Köln

Dokumentation

Herausgegeben von der AG Migration und Gesundheit der
Kommunalen Gesundheitskonferenz Köln

Gefördert durch:

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Inhalt

Vorwort, Dr. Ali Kemal Gün	4
SUMMARY	5
Grußwort von Frau Bürgermeisterin Elfi Scho-Antwerpes	7
Eröffnungsrede von Frau Gesundheitsdezernentin Henriette Reker	9
Vortrag 1: „20 Jahre AG Migration und Gesundheit in Köln – Bilanz und Ausblick“, <i>Dr. Ali Kemal Gün, Integrationsbeauftragter der LVR-Klinik, Köln</i>	12
Vortrag 2: „Migration und Gesundheit in NRW“, <i>Ministerialrätin Heike Reinecke, Gesundheitsministerium NRW</i>	23
Vortrag 3: „Zur gesundheitlichen Lage der Migrantinnen und Migranten in Deutschland“, <i>PD Dr. Erika Sievers, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf</i>	26
Workshop 1: Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen	34
Workshop 2: Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Köln	37
Workshop 3: Gesundheitsversorgung von Menschen mit unklarem Versicherungsstatus	43
Workshop 4: Gesundheitliche Versorgung von älteren Migrantinnen und Migranten	47
Ergebnisse der Tagung im Überblick	52
ANHANG	
1. Literaturhinweise und Quellenangaben	54
2. Flyer zur Fachtagung	57
3. Kommunales Gesundheitskonzept für Menschen mit Migrationshintergrund in Köln	58
4. Kölner Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten	68
5. Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund	72

Vorwort

Mehr als 140 interessierte Teilnehmerinnen und Teilnehmer, darunter Fachleute, Betroffene, Angehörige sowie Vertreter der Kölner und der Landespolitik, nahmen am 25. Juni 2012 an der Fachtagung „Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten in Köln – 20 Jahre AG Migration und Gesundheit in Köln“ teil, deren Dokumentation Sie nun in der Hand halten. Die Fachtagung wurde im Auftrag der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) vom Gesundheitsamt der Stadt Köln und der LVR-Klinik Köln mit Unterstützung der AOK Rheinland/Hamburg organisiert und durchgeführt.

Jeder dritte Kölner Einwohner hat einen Migrationshintergrund. 185 Nationalitäten leben in Köln und machen unsere Stadt zu einem Ort mit einer reichen multikulturellen, multiethnischen und multireligiösen Vielfalt.

Köln verfügt über ein breites Spektrum an gesundheitsbezogenen Angeboten, doch Sprachbarrieren und unzureichende Kenntnisse über die Funktionsweise des deutschen Gesundheitswesens erschweren für Migrantinnen und Migranten oft den Zugang zu präventiven, kurativen und rehabilitativen Leistungsangeboten. Dies gilt sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. Aber auch mangelhafte Kenntnisse der verschiedenen kulturellen Hintergründe belasten die Beziehung zwischen Ärzten/Psychologen/Therapeuten und Patienten* und führen zu Fehleinschätzungen sozialer und gesundheitlicher Probleme bis hin zu Fehldiagnosen.

Vor nunmehr 20 Jahren – also rund 10 Jahre vor dem Start der Kommunalen Gesundheitskonferenz – hat die Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit ihre Arbeit aufgenommen. Sie beschäf-

tigt sich seitdem engagiert und beharrlich mit den beschriebenen Problemen, zeigt Lösungswege auf und formuliert Handlungsempfehlungen. Zu ihren Aktivitäten gehört auch die Initiierung von mehreren Fachtagungen.

So wurde auf der ersten Fachtagung (am 25.10.1995) das Thema „Gesundheitsversorgung der Migrantinnen und Migranten in Köln - Überangebot mit Defiziten“ behandelt. Entsprechend den auf dieser Tagung formulierten Zielen widmete sich die zweite Fachtagung (am 08.10.1997) dem Thema „Sucht und Migration“ und die dritte Fachtagung (am 10.11.1999) dem Thema „Alte Fremde – Fremd auch im Alter?“.

Die aktuelle Fachtagung mit dem Thema „Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten in Köln – 20 Jahre AG Migration und Gesundheit in Köln“ anlässlich des Jubiläums bietet nun einen Rückblick auf die Anfänge, zieht eine (Zwischen-) Bilanz, indem sie das Erreichte würdigt, das Noch-Nicht-Erreichte benennt und setzt sich mit möglichen Zukunftsherausforderungen auseinander.

Die Ergebnisse der vier Fachtagungen der Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit stellen zugleich auch Leitlinien dar, die eine Orientierung für die Gesundheitsdienste, Entscheidungsträger und politisch Verantwortlichen in Köln bieten können.

In diesem Sinne wünsche ich der vorliegenden Dokumentation der Fachtagung eine interessierte Leserschaft und hoffe auf eine positive Auswirkung in der Zukunft.

Dr. Ali Kemal Gün

*Vorsitzender der AG Migration und Gesundheit,
Integrationsbeauftragter der LVR-Klinik Köln*

* Der besseren Lesbarkeit wegen wird im Folgenden zum Teil nur die männliche Form verwendet, wenn beide Geschlechter gemeint sind.

SUMMARY

Bei der Fachtagung handelt es sich um die vierte in einer Reihe von 1995 begonnenen Kölner Fachtagungen zum Thema „Migration und Gesundheit“.

In ihrem Grußwort weist die **Bürgermeisterin Frau Scho-Antwerpes** auf die vielfältigen Herausforderungen hin, denen sich eine Stadt wie Köln mit ihrer multi-ethnischen Zusammensetzung hinsichtlich der Fragen von Gesundheitsversorgung, gesundheitlicher Prävention und Gesundheitsförderung gegenüber sieht und nennt einige der Antworten, die die Kölner Bürgergesellschaft darauf gefunden hat.

Daran anknüpfend geht die **Gesundheitsdezernentin Frau Reker** in ihrer Rede insbesondere auf das von der AG Migration und Gesundheit im Auftrag der Kommunalen Gesundheitskonferenz entwickelte „Kommunale Gesundheitskonzept für Menschen mit Migrationshintergrund in Köln“ mit seinen neun konkreten Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Versorgung der Migrantinnen und Migranten in der Stadt ein.

„Jeder Mensch hat einen Anspruch auf Gesundheitsversorgung unabhängig von Herkunft, Status und Aufenthaltsort“

Zitat aus der Ergebnispräsentation von Workshop 3 in Anlehnung an das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland:

Artikel 2, Absatz 2, Satz 1:
„Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“
und

Artikel 3, Absatz 3:
„Niemand darf wegen seines Geschlechts, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden.“

Das erste Hauptreferat von Herrn Dr. Gün beschreibt und begründet noch einmal im Detail die Notwendigkeit eines migrantengerechten Versorgungsansatzes, zeichnet die Arbeit der Kölner AG Migration und Gesundheit nach und benennt sowohl die Erfolge und erzielten Fortschritte dieser Arbeit als auch die noch offenen Probleme und bisher unerledigten Aufgaben.

Im zweiten Hauptreferat von Frau Reinecke wird dargestellt, wie das Land NRW versucht, das Aufgabenfeld „Integration im Gesundheitsbereich“ interministeriell bzw. ressortübergreifend zu organisieren und gesetzliche und verwaltungsmäßige Voraussetzungen und unterstützende Rahmenbedingungen für entsprechende Aktivitäten auf der kommunalen Ebene zu schaffen.

Das dritte Hauptreferat von Frau PD Dr. Sievers beleuchtet – mit umfangreichem Datenmaterial unterlegt – die gesundheitliche Lage der Migrantinnen und Migranten in Deutschland aus gesamtstaatlicher Perspektive. Aus dieser Lagebeschreibung werden Handlungsfelder für und Anforderungen an das Gesundheitssystem abgeleitet.

In den anschließenden **Workshops** wird die gesundheitliche Lage und Versorgungssituation der Migrantinnen und Migranten in Köln vor allem aus der Sicht der Tagungsteilnehmer/innen betrachtet und unter **vier verschiedenen Aspekten** diskutiert:

Workshop 1 beschäftigt sich mit „**Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen**“. Auf der Grundlage der im Zuge der Schuleingangsuntersuchungen des Gesundheitsamtes erhobenen Daten ist hier eine relativ präzise Problemeingrenzung und –beschreibung möglich. Gesucht und diskutiert werden in diesem Workshop insbesondere Möglichkeiten, Migrantenfamilien mit ihren Kindern Zugangswege zum Gesundheitssystem aufzuzeigen und zu ebnen (z.B. über Kitas, Familienzentren und niederschwellige, zugängliche Angebote im Sozialraum).

Workshop 2 „Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Köln“ zeigt an Hand mehrerer

konkreter Fallbeispiele den dramatischen Mangel an Angeboten zur kultursensiblen muttersprachlichen psychotherapeutischen Beratung und Behandlung für Migranten/innen in Köln auf und benennt die gravierenden Folgen sowohl für die Betroffenen selbst als auch im Hinblick auf die Folgekosten für das Gesundheitssystem. Die Diskussion dreht sich vor allem um verschiedene Vorschläge zur Behebung dieser Versorgungslücken.

In **Workshop 3** geht es um „**Gesundheitsversorgung von Menschen mit unklarem Versicherungsstatus**“. Hiervon betroffen sind nicht nur Zuwanderer ohne Papiere, sondern seit einiger Zeit auch in stark wachsender Zahl Menschen aus der Europäischen Union, die zeitweise in Deutschland leben. Da ihnen – mangels Krankenversicherung – der offizielle Zugang zum Gesundheitssystem verwehrt ist, erfolgt ihre medizinische Versorgung – z.T. am Rande oder jenseits der Legalität – durch Laien und Selbstbehandlung, Community-Netze, philanthropische Netze, den öffentlichen Gesundheitsdienst und spezielle Einrichtungen (Non-Governmental Organizations, abgekürzt: NGOs). Die Vorschläge und Forderungen aus dem Kreis der Workshop-Teilnehmer/innen formulieren langfristig eine für alle geltende offizielle, legale und finanziell abgesicherte Zugangsregelung zur

ärztlichen Versorgung; kurz- und mittelfristig geht es um die Erlangung von mehr Transparenz, z. B. durch eine Clearingstelle für die Vielzahl der vorhandenen unterschiedlichen Hilfsangebote.

Workshop 4 behandelt die „**Gesundheitliche Versorgung von älteren Migrantinnen und Migranten**“. Die Problematik bekommt zunehmend Relevanz und Brisanz, weil immer mehr Zuwanderer in Deutschland alt werden und ihren Lebensabend hier verbringen. Die im Workshop diskutierten Fragen reichen von den Besonderheiten des Alterns in der Migration über spezifische Zugangsbarrieren der Migranten zur Kranken- und Altenhilfe bis hin zur Entwicklung von Angeboten zur Diagnostik von Demenz. Erörtert werden verschiedene Lösungsansätze.

Eine kurz gefasste, stichwortartige **Übersicht über alle Ergebnisse der vier Workshops** schließt die Tagungsdokumentation ab.

Der **Materialanhang** enthält u.a. **Quellenangaben** (bzw. Literaturhinweise), Hinweise auf **Info-Broschüren** (wie den „Kölner Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten“) und **Dokumente** (hier ist insbesondere zu nennen der vollständige Text des „Kommunalen Gesundheitskonzepts für Menschen mit Migrationshintergrund in Köln“).

Grußwort von Frau Bürgermeisterin Elfi Scho-Antwerpes

Sehr geehrter Herr Dr. Gün,
sehr geehrter Herr Wenninghoff,
sehr geehrte Damen und Herren,

im Namen der Stadt Köln, im Namen von Herrn Oberbürgermeister Roters, aber auch persönlich grüße ich Sie ganz herzlich.

Vielen Dank für die Einladung zur Fachtagung „Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten – 20 Jahre AG Migration und Gesundheit in Köln“.

Gerne bin ich heute zu Ihnen gekommen – zum einen, weil die gesundheitliche Situation der nicht-deutschen Bevölkerung gerade in einer interkulturellen Stadt wie Köln ein wichtiges Thema ist. Und zum anderen bin ich heute hierhergekommen, weil ich der „Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit“ zum 20-jährigen Bestehen gratulieren möchte. Damit verbinde ich Dank und Anerkennung für das Engagement in den vergangenen zwei Jahrzehnten.

Meine Damen und Herren, durchaus mit Stolz blickt Köln zurück auf seine mehr als 2000-jährige Geschichte, die geprägt ist vom überwiegend friedlichen Zusammenleben von Menschen aus verschiedenen Ethnien, Kulturen und Religionen.

Werte wie Toleranz und Respekt haben hier eine lange Tradition. Heute leben in Köln Menschen aus 185 verschiedenen Ländern. Etwa jeder 3. Kölner Einwohner hat einen Migrationshintergrund; bei den unter 18-Jährigen steigt dieser Anteil sogar auf knapp unter 50 %. Diese Vielfalt ist eine Stärke Kölns. Zugleich sehe ich darin eine Herausforderung an unsere Stadtgesellschaft, eine Verpflichtung gegenüber allen Bewohnern der Stadt.

In besonderem Maße gilt das natürlich für den Bereich der körperlichen und seelischen Gesundheit. Unser hoch entwickeltes und ausdifferenziertes Gesundheitssystem sollte sicherstellen, dass alle hier lebenden Menschen bei Bedarf Zugang haben zu den erforderlichen Angeboten zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit.

Menschen mit Migrationshintergrund stoßen da jedoch leider immer noch auf eine Reihe von

Hindernissen. Zwar gibt es in der Regel aufgrund des Krankenversicherungsschutzes formal keine Zugangsbarrieren zum bestehenden Gesundheitsversorgungssystem. Dennoch werden präventive, kurative und rehabilitative Angebote von Migrantinnen und Migranten seltener in Anspruch genommen.



Faktoren gesundheitlicher Unterversorgung – insbesondere im Bereich psychosomatischer und psychischer Erkrankungen sind zum Beispiel:

- Sprachbedingte Probleme zwischen deutschsprachigen Ärzten/Psychotherapeuten und ausländischen Patienten;
- dadurch erschwerte Anamnese, Diagnostik und Therapie; oft mit der Folge des „doctor-hoppings“;
- noch nicht hinreichende Ausrichtung des Gesundheitsversorgungssystems auf die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten;
- kultur- und sprachbedingte Zugangsbarrieren zu den Gesundheits- und Sozialdiensten;
- Informationsdefizite über bestehende Angebote der Regeldienste;
- nach wie vor erheblicher Mangel an fremdsprachigen Fachkräften in den Gesundheitsdiensten.

Sie sehen, meine Damen und Herren: Da gibt es noch einiges zu tun.

Wir in Köln setzen dabei weiterhin auf die geübte Praxis von Kooperation und Vernetzung. Diesem Prinzip und dem Einsatz einzelner Personen ist es zu verdanken, dass die eben genannten Probleme in unserer Stadt schon früh erkannt und angepackt wurden.

Motor bzw. treibende Kraft in diesem Zusammenhang war und ist die „AG Migration und Gesundheit“. Deren Anfänge reichen zurück bis ins Jahr 1991. Die gut 20-jährige engagierte Tätigkeit dieser Arbeitsgruppe ist Anlass für diese bilanzierende und reflektierende Fachtagung.

Die Arbeit dieses Gremiums hat in Köln deutliche Spuren hinterlassen; sie ist bundesweit beispielhaft. Ich möchte das mit ein paar Fakten unterstreichen:

- So wurde 1995 in Köln das bundesweit erste „Gesundheitszentrum für Migranten“ eingerichtet – in Trägerschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und mit finanzieller Unterstützung der Stadt Köln.
- Auch der bereits in der 8. Auflage vorliegende stark nachgefragte „Kölner Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten“ geht zurück auf die Initiative der „AG Migration und Gesundheit“.

Bei seinem ersten Erscheinen in den 90er Jah-

ren wurde er Vorbild für ähnliche Publikationen in anderen deutschen Städten.

- Und auch mit der Realisierung mehrerer Fachtagungen zum Themenkomplex „Migration und Gesundheit“ hat die Arbeitsgruppe wertvolle Arbeit geleistet.

Alles in allem ist festzustellen: In den vergangenen 20 Jahren wurde viel getan zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Versorgung der Menschen mit Migrationshintergrund in Köln. Dies geschah in enger Abstimmung und Kooperation zwischen den verschiedenen gesundheitsbezogenen Gremien, Organisationen und Akteuren. Ausdrücklich nenne ich an dieser Stelle die „AG Migration und Gesundheit“.

Bei aller Freude über das Erreichte: Es gibt – wie gesagt – noch viel zu tun. Klar ist aber auch: Viele der Herausforderungen kann eine Kommune alleine nicht stemmen, dies ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Da sind Bund und Länder gefordert.

Wir in Köln wollen im Rahmen unserer Möglichkeiten den eingeschlagenen, gemeinsamen Weg der verschiedenen Akteure weiter beschreiten.

Denn wir wissen: Die Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Versorgung der Menschen mit Migrationshintergrund ist auch ein wichtiger Beitrag zu deren gesamten gesellschaftlichen Integration.

Eröffnungsrede von Frau Gesundheitsdezernentin Henriette Reker

Sehr geehrte Frau Bürgermeisterin,
sehr geehrter Herr Dr. Gün,
sehr geehrter Herr Wenninghoff,
sehr geehrte Damen und Herren,

als Gesundheitsdezernentin der Stadt Köln heiße auch ich Sie hier im Clarimedis-Haus der AOK Rheinland/Hamburg herzlich willkommen. Mein Dank gilt der AOK, die uns diese schönen Tagungsräume zur Verfügung stellt und der LVR-Klinik Köln, die neben dem Gesundheitsamt Mitveranstalter dieser Tagung ist.

Die Einladung zu dieser Fachtagung „Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten – 20 Jahre AG Migration und Gesundheit in Köln“ hat eine so überwältigende Resonanz gefunden, dass wir gar nicht alle Anmeldungen berücksichtigen konnten. Dies ist für mich ein ausgesprochen gutes Zeichen: Es zeigt das wache Interesse und das lebendige Engagement all derer in unserer Stadt, die mit diesem so wichtigen Thema beruflich und/oder als Betroffene zu tun haben. Sogar weit über die Grenzen Kölns hat unsere Einladung Resonanz gefunden: das Einzugsgebiet reicht von Aachen über Düsseldorf bis ins Ruhrgebiet!

Als zuständige Fachdezernentin freut mich dies besonders und es stimmt mich zuversichtlich, dass es uns auch weiterhin gemeinsam gelingen wird, die anstehenden Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten in unserer Kommune zu identifizieren, klar beim Namen zu nennen und angemessene Lösungswege und Strategien zur Bewältigung dieser Herausforderungen zu finden.

Ein besonders wichtiger Schritte in diese Richtung konnte in jüngster Vergangenheit bereits getan werden: Im Juni 2010 – also fast auf den Tag genau vor zwei Jahren - wurde von der Kommunalen Gesundheitskonferenz das von der AG Migration und Gesundheit erarbeitete „Kommunale Gesundheitskonzept für Menschen mit Migrationshintergrund in Köln“ verabschiedet, das die Fragen der gesundheitlichen Lage und der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in

der Stadt zum ersten Mal systematisch und umfassend behandelt und konkrete Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Situation enthält.

Mit dem – von Frau Bürgermeisterin Scho-Antwerpes bereits erwähnten - „Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten“ und mit dem „Kölner Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten“ existierten zu diesem Zeitpunkt bereits zwei tragende Säulen eines solchen kommunalen Gesundheitskonzepts. Sie erleichtern es Kölner Bürgerinnen und Bürgern mit Migrationshintergrund, Zugang zum deutschen Gesundheitssystem zu finden, sich in diesem System zu rechtzufinden und nach Bedarf seine Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Weitere zentrale Bausteine dieses anspruchsvollen Konzepts – um nur einige beispielhaft zu nennen – sind:

- Die Ausbildung von ehrenamtlichen – muttersprachlichen – Integrationslotsen zum Thema Gesundheit (auch dieser Baustein ist ansatzweise – in Gestalt befristeter Projekte in Trägerschaft von Caritas und Deutschen Rotem Kreuz - bereits realisiert).
- Die Verbreitung interkultureller Kompetenz (durch Aus- und Fortbildung) und die Implementierung interkultureller Arbeitskonzepte in all den Betrieben, Einrichtungen und Organisationen der Stadt, die mit Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung zu tun haben.
- Die Einrichtung dezentraler Anlaufstellen („Gesundheitsstützpunkte“) in den Stadtbezirken bzw. Sozialräumen, um Ratsuchenden den Zugang zum und die Orientierung im deutschen Gesundheitssystem zu erleichtern und so die Arbeit des Gesundheitszentrums für Migrantinnen und Migranten im ganzen Stadtgebiet flächendeckend zu ergänzen.
- Die Koordinierung all dieser Aktivitäten, um Versorgungslücken und Parallel- bzw. Doppelarbeit zu vermeiden und Synergie-Effekte sinnvoll zu nutzen.

Wichtig ist zu betonen, dass das „Kommunale Gesundheitskonzept für Menschen mit Migrationshintergrund in Köln“ nicht für sich allein steht, sondern dass es zugleich als Bestandteil in das umfassendere – 2011 veröffentlichte - gesamtstädtische „Konzept zur Stärkung der integrativen Stadtgesellschaft“ eingegangen ist.

Aber auch mit der Ausformulierung dieses ambitionierten konzeptionellen Ansatzes ist wieder nur ein – wichtiges und bedeutendes – Etappenziel erreicht.

- Zunächst und vordringlich wird es also darum gehen, das, was hier einvernehmlich zu Papier gebracht und beschlossen worden ist, Stück für Stück in die Realität umzusetzen.
- Zugleich geht die gesellschaftliche Entwicklung aber auch weiter und mit ihr verändern sich

auch die Herausforderungen, denen wir uns stellen müssen, d.h. die einmal erarbeiteten Konzepte sind Teil eines Prozesses und müssen kontinuierlich weiterentwickelt und der sich verändernden Realität angepasst werden.

Die heutige Fachtagung sehe ich als Teil dieses Prozesses mit ihrem Dreier-Schritt: Bilanzierung des Erreichten, Bestandsaufnahme der aktuellen Situation und Auseinandersetzung mit den Herausforderungen der Zukunft in Bezug auf die gesundheitliche Lage und Versorgung der Menschen mit Migrationshintergrund in unserer Stadt.

Noch einmal also:

Herzlich willkommen!

Ich wünsche der Tagung einen guten und ertragreichen Verlauf.

DIE VORTRÄGE

„20 Jahre AG Migration und Gesundheit in Köln - Bilanz und Ausblick“

Dr. Ali Kemal Gün, Vorsitzender der AG Migration und Gesundheit

Der Vortrag umfasst folgende Themen:

- 1) AG Migration und Gesundheit
- 2) Positive Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Köln
- 3) Zur Situation in Köln - Überangebot mit Defiziten
- 4) Die möglichen Folgen eines nicht-migranten-gerechten Versorgungs- bzw. Behandlungsansatzes
- 5) Inanspruchnahme-Verhalten der Migrantinnen und Migranten
- 6) Zugangsbarrieren zu den Regelversorgungseinrichtungen
- 7) Interkulturelle Öffnung der Gesundheitsdienste
- 8) Mögliche Herausforderungen für die Zukunft

1) AG Migration und Gesundheit

Am 9.11.1991 wurde aufgrund eines Ratsbeschlusses das Kölner Gesundheitsforum gegründet. Eine der insgesamt 6 Projektgruppen trug den Namen „Gesundheitsprobleme ausländischer Bürgerinnen und Bürger“. Bei der Gründungsversammlung wurde dieser Arbeitsgruppe allerhöchste Priorität eingeräumt. Diese Entscheidung wurde als politisches Signal verstanden, um auf die Probleme in der Gesundheitsversorgung der Migrantinnen und Migranten aufmerksam zu machen.

Entsprechend den von dem Gründungsausschuss des Gesundheitsforums formulierten Zielen hat die Projektgruppe konkrete und realisierbare Maßnahmen für die kommunale Gesundheitspolitik entwickelt.

Schon auf der 2. Plenumsitzung des Gesundheitsforums im Dezember 1993 hat die Projektgruppe folgende Forderung formuliert:

„Bei der Stellenbesetzung in gesundheitsbezogenen Einrichtungen sollte künftig darauf geachtet werden, verstärkt auch ausländische Fachkräfte zu berücksichtigen. Hier gibt es einen enormen Nachholbedarf ... Hier gilt es, die Entscheidungsträger zu sensibilisieren und darauf hinzuwirken, dass eine Quotenregelung, also eine Stellenbesetzung mit ausländischen Fachkräften entsprechend

dem Ausländeranteil in der Kölner Bevölkerung angestrebt wird. Dies ist ein kostenneutraler Beitrag zur Verbesserung der Angebotsstruktur für Ausländerinnen und Ausländer. Ergänzend hierzu schlagen wir vor, durch Weiterbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Gesundheitsdiensten deren Kompetenz im Umgang mit ausländischen Klientinnen und Klienten zu stärken“.

(Gün, 1995, Einleitung: Dokumentation der 1. Fachtagung)

Nach der Umwandlung des Gesundheitsforums in die Kommunale Gesundheitskonferenz Köln (KGK) wurde auch die Projektgruppe umbenannt in: „AG Migration und Gesundheit“.

Strukturell ist die „AG Migration und Gesundheit“ der KGK zugeordnet, wird von deren Geschäftsstelle betreut und arbeitet bei allen Themen, die dort behandelt werden, mit.

Einer der Gründe, weshalb wir bei der Umwandlung vom Gesundheitsforum zur KGK unsere Arbeit fortsetzen durften, ist, dass wir Querschnittsaufgaben leisten. Dabei geht es um die Berücksichtigung spezifischer Situationen der Migranten bei allen Themen, mit denen sich die KGK auseinandersetzt.

Mit Stolz kann gesagt werden, dass unsere AG sich als ein Facharbeitskreis versteht, der ge-

sundheitsbezogene Themen auf hohem Niveau begleitet. Betrachtet man die seit über 20 Jahren mit Entschlossenheit fortgesetzte Arbeit, so kann festgestellt werden, dass die Kontinuität ein Markenzeichen unserer Arbeit ist.

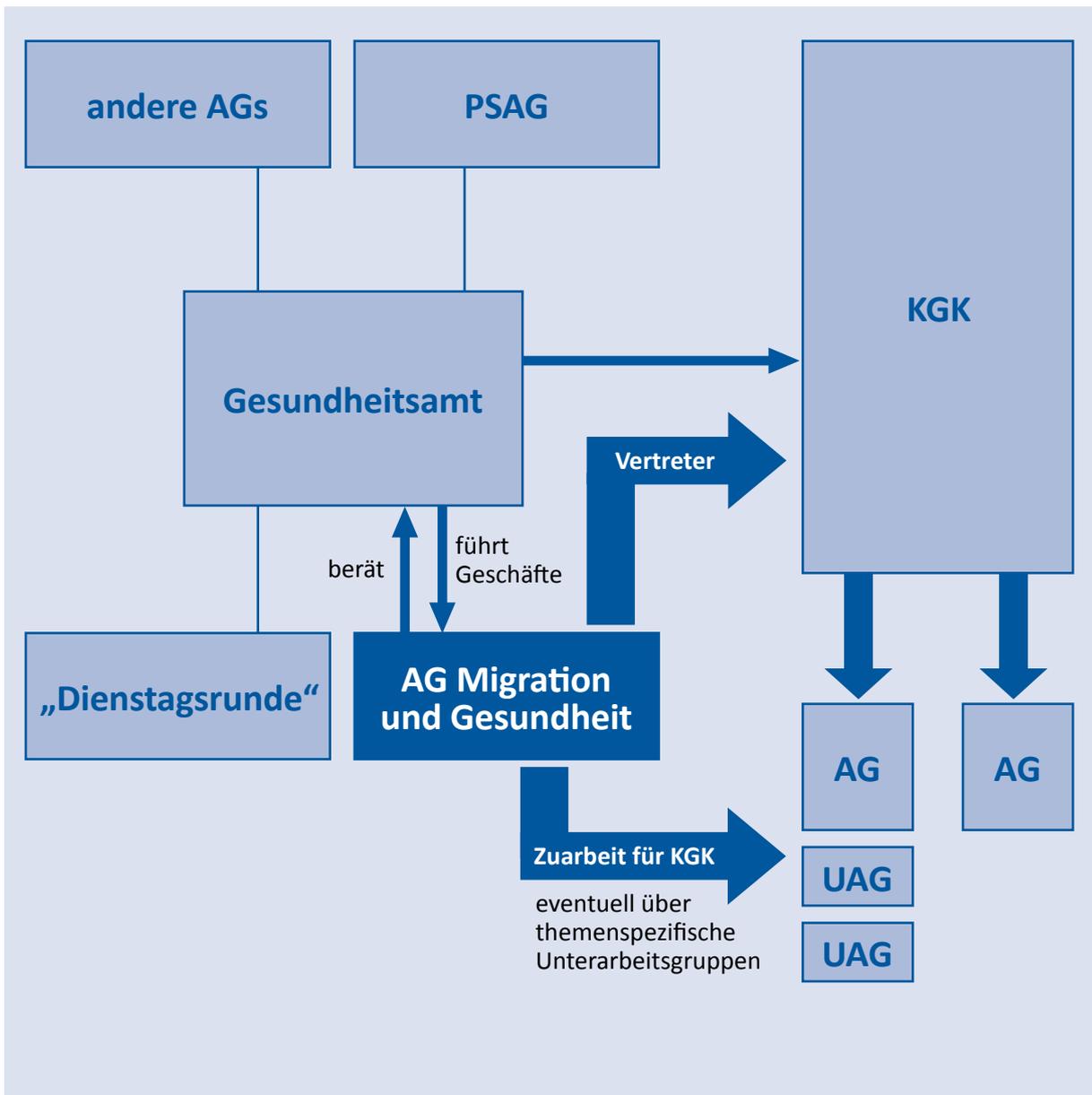
2) Positive Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Köln

Bereits seit Anfang der 90er Jahre gibt es in Köln positive Ansätze und Einzelmaßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Einige ausgewählte Beispiele dafür sind:

- In den Jahren 1995, 1997 und 1999 wurden drei Fachtagungen zum Thema "Migration und Gesundheit" mit unterschiedlichen Schwerpunkten durchgeführt und Resolutionen beschlos-

sen. Die Dokumentationen der Fachtagungen sind an alle Ratsfraktionen geschickt worden und es wurde darum gebeten, sich für die Umsetzung einzusetzen.

- In Köln erschien 1995 der erste "Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten" in Deutschland. Mittlerweile liegt die 8. Auflage vor (siehe Anhang 4)
- 1995 wurde das "Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten" eingerichtet. Es ist in der Zwischenzeit zu einem unverzichtbaren Bestandteil der Gesundheitsversorgung der Migrantinnen und Migranten geworden.
- Die Internationale Familienberatungsstelle des Caritasverbandes hat sich zum Ziel gesetzt, sich interkulturell zu öffnen und ihre Angebote an die Bedürfnisse der Migranten anzupassen.
- Die Drogenberatungsstelle der Caritas, das SPZ-Ehrenfeld und die Selbsthilfe-Kontaktstelle Köln (ehem. KISS) haben türkischsprachige Fachkräf-



te eingestellt. Auch das SPZ-Mülheim beschäftigt türkisch- und griechischsprachige Mitarbeiter.

- Die Selbsthilfe-Kontaktstelle hat mittlerweile (u.a. in Zusammenarbeit mit unserer Arbeitsgruppe) mehrere Selbsthilfegruppen in türkischer Sprache gegründet.
- Die PSAG hat eine Fachtagung zum Thema veranstaltet (25. und 26. September 2000) und mehrfach auf ihren Sitzungen das Thema Gesundheitsversorgung der Migranten behandelt. Dies blieb leider ohne konkrete Folgen.
- Es sind inzwischen zahlreiche ehrenamtliche Integrationslotsen (u.a. durch das DRK und im Rahmen des bundesweiten sog. MiMi-Projekts/ MiMi = Migranten für Migranten) im Bereich Gesundheit geschult worden, die bereits zahlreiche Informationsveranstaltungen zum Thema Gesundheit durchgeführt haben.
- Die Sozial-Betriebe-Köln (SBK) haben 2009 ein städtisches Senioren- und Behindertenzentrum in Köln-Mülheim (Tiefentalstraße) als integratives Pflegeheim für türkischsprachige, ältere Migranten eröffnet.
- Ein Vertreter der Migrantinnen und Migranten ist ständiges Mitglied der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK). Vertreter/innen der Migrantinnen und Migranten arbeiten in wichtigen thematisch orientierten Arbeitsgruppen der KGK (z.B. AG Krankenhausplanung) mit.
- Die Kommunale Gesundheitskonferenz Köln beauftragte die „AG Migration und Gesundheit“, ein „Kommunales Gesundheitskonzept für Menschen mit Migrationshintergrund in Köln“ zu erstellen. Dieses Konzept liegt seit 2010 vor, wurde Bestandteil des gesamtstädtischen „Konzepts zur Stärkung der integrativen Stadtgesellschaft“ und befindet sich derzeit in der Phase der Umsetzung.

3) Zur Situation in Köln - Überangebot mit Defiziten

Dass in der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten in Köln große Defizite bestehen, ist schon lange bekannt. Spätestens seit unserer ersten Fachtagung am 25. Oktober 1995 unter dem Motto „Gesundheitsversorgung der Migran-



Referent Dr. Ali Kemal Gün

tinnen und Migranten in Köln – Überangebot mit Defiziten“ müssten die Entscheidungsträger und politisch Verantwortlichen wissen, dass konkrete und realisierbare Maßnahmen für die kommunale Gesundheitspolitik zu entwickeln sind.

Auf dieser Fachtagung wurde festgestellt, dass in den Gesundheits- und Sozialdiensten bezüglich der Migrantinnen und Migranten sprach- und kulturbedingte Zugangsbarrieren existieren, die Gesundheits- und Sozialdienste über eine mangelnde Anzahl an ausländischen Fachkräften verfügen und in der psychosozialen Versorgung der Migrantinnen und Migranten große Defizite bestehen.

Auf der o.g. Fachtagung wurde folgende Abschlussresolution verabschiedet:

„Die Teilnehmer/innen der Fachtagung ‘Gesundheitsversorgung der Migrantinnen und Migranten in Köln` stellen fest, dass in unserer Stadt ein erhebliches Defizit im Bereich der Gesundheitsversorgung der Migrantinnen und Migranten besteht und fordern die Gesundheitsdienste auf, Maßnahmen zu ergreifen, um diese Versorgungsdefizite zu beheben bzw. die Regelversorgungseinrichtungen personell und strukturell für Migrantinnen und Migranten nutzbar zu machen und den leichteren Zugang zu ermöglichen.

Die Teilnehmer/innen sind der Ansicht, dass das migrantenspezifische Beratungs- und Therapieangebot in Köln extrem dünn ist und dringend erweitert werden muss.

Für Migrantinnen und Migranten muss die Möglichkeit geschaffen werden, in den jeweiligen Muttersprachen angemessene Hilfen vermittelt zu bekommen.

Aufgrund der Feststellung, dass ein erheblicher Teil der hier lebenden Flüchtlinge als Folge traumatischer Erlebnisse wie politische Verfolgung, Misshandlung und Folterung an psychischen oder psychosomatischen Beschwerden leidet, schlagen die Teilnehmer/innen vor, in den Gesundheitsdiensten angemessene Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten zu schaffen. Die Nachsorge nach einer stationären Behandlung - besonders bei alleinstehenden Flüchtlingen - muss gewährleistet werden. In Zukunft sollen in allen gesundheitsbezogenen Diensten die Stellen entsprechend dem Ausländeranteil mit ausländischen Fachkräften besetzt werden. Es soll also eine Quotenregelung geschaffen werden. Es wird festgestellt, daß im psychiatrisch / sozialpsychiatrischen, psycho- und soziotherapeutischen Bereich der Bedarf besonders groß ist.

Die Teilnehmer/innen fordern Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für alle Berufsgruppen, die mit ausländischem Klientel arbeiten. Die Qualifizierung und Sensibilisierung des deutschen Fachpersonals ist von großer Bedeutung.

Es ist eine möglichst breit angelegte Informations- und Aufklärungsarbeit notwendig. Hierzu sind besonders die Krankenkassen gefordert, dringend zu handeln. Sie sollen muttersprachliche Informationen herausgeben, damit die Migrantinnen und Migranten ihre Leistungen gleichberechtigt in Anspruch nehmen können. Die Krankenkassen müssen ihre Leistungen im Bereich der Prävention und Rehabilitation erweitern. Dafür müssen die gesetzlichen Grundlagen neu überdacht und revidiert werden.

Den Bedürfnissen der Betroffenen (Frauen, Mütter und Kinder) entsprechend sollen Angebote konzipiert und insbesondere in den Stadtteilen, in denen Migrantinnen und Migranten verhältnismäßig stark repräsentiert sind, angeboten werden.

Es sollen Maßnahmen für die Betreuung drogenabhängiger Jugendlicher ergriffen werden. Die ausländerrechtliche Benachteiligung der Drogenabhängigen muß beseitigt werden.

Angebote für die behinderten Migrantinnen und Migranten müssen in die städtische Programmplanung aufgenommen werden.

Besonders bei der Arbeit mit älteren Migrantinnen und Migranten müssen neue bedarfsorientierte Konzepte entwickelt und gefördert werden.

Es besteht ein dringender Handlungsbedarf, in verschiedenen Bereichen Selbsthilfegruppen anzuregen und zu organisieren bzw. die vorhandenen Selbsthilfegruppen für die Migrantinnen und Migranten zu öffnen.

Die Teilnehmer/innen der Fachtagung fordern die Entscheidungsträger auf, in Köln ein ethnomedizinisch orientiertes Gesundheits-, Beratungs- und Informationszentrum zu errichten, um die medizinisch - psychosoziale Versorgungssituation der Migrantinnen und Migranten zu verbessern und den Zugang zur Regelversorgung zu ermöglichen.“ (Dokumentation der Fachtagung, 1995, S. 118-120)

Die Bedeutung der Einstellung von mutter- und fremdsprachigem Fachpersonal wurde in den Abschlussresolutionen der darauf folgenden Fachtagungen und bei jeder Gelegenheit - unzählige Male von unterschiedlichen Fachkreisen - unermüdlich zur Sprache gebracht. Die in Gesundheits- und Sozialdiensten tätigen Professionellen wissen gemeinhin, wie wichtig die sprachlichen Kompetenzen in interkulturellen Überschneidungssituationen sind. Dennoch haben weder die Resolutionen oben erwähnter Fachtagungen noch alle anderen Appelle bisher zu einem erkennbaren Unterschied in der Ausstattung der gesundheitlichen Einrichtungen im Sinne einer interkulturell geöffneten Ausrichtung mit sprach- und kulturkompetentem Fachpersonal geführt.

Trotz vieler positiver Ansätze und Einzelmaßnahmen ist die Gesundheitsversorgung der Menschen mit Migrationshintergrund in Köln immer noch sehr defizitär. Die Situation hat sich seit 20 Jahren nicht sehr viel verbessert, sondern in einigen Bereichen sogar eher verschlechtert.

Einige ausgewählte Beispiele dafür sind:

- Wir haben es nicht geschafft, die Ergebnisse unserer Tagungen in den politischen Diskurs zu übersetzen und sie so umzusetzen. Trotz unserer Bemühungen haben wir keine spürbaren Ergebnisse erzielen können. Nach wie vor besteht ein enormer Nachholbedarf in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung der Migrantinnen und Migranten.
- Die Familienberatungsstelle der Stadt Köln hat die psychologische Beratungsstelle für türkische Familien ersatzlos abgeschafft und den seit 1979 existierenden Dienst zu einem Regeldienst für das jeweilige zuständige Einzugsge-

biet umgewandelt. Das Stundenvolumen der türkischsprachigen Mitarbeiter ist von 180 Wochenstunden auf 60 Stunden reduziert worden. In den letzten zwei Jahren wurde dieses zwar wieder aufgestockt, aber das zur Verfügung stehende Stundenvolumen ist fern jeglicher Realität, bezogen auf den demografischen Wandel und den Bedarf der Kölner Einwohner.

- Das neue Psychotherapeutengesetz hat das mutter- und fremdsprachige Angebot heruntergeschraubt und eher verschlechtert. Zurzeit stehen viel weniger mutter- und fremdsprachige Psychotherapeuten zur Verfügung als vor Inkrafttreten des Gesetzes.
- Das fremd- und muttersprachige kinder- und jugendpsychiatrische sowie psychotherapeutische Angebot ist in Köln extrem dünn. Die beiden einzigen türkischsprachigen Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen haben lange Wartezeiten.
- Die frühe Förderung für Kinder aus Migrantenfamilien in Köln ist sehr defizitär. Dies trifft sowohl auf die heilpädagogische Frühförderung (über den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst) wie auch auf die interdisziplinäre Frühförderung / Komplexleistungen (über den behandelnden Kinderarzt) zu. Häufig werden im Zentrum für Frühförderung und Frühbehandlung (ZFF) Fünfjährige vorgestellt, bei denen z.B. im U-Heft lange zuvor Entwicklungsverzögerungen festgestellt wurden und die Eltern weder in freie Praxen noch dem ZFF zugewiesen wurden. Häufig werden Kinder erst dann zugewiesen, wenn die Schuluntersuchungen im Kindergarten gelaufen sind. Das ist für die frühe Förderung der Kinder oft schon zu spät, da hier lediglich Kinder im Vorschulalter behandelt werden und fünfjährige Kinder damit nur kurz oder gar nicht die Möglichkeiten einer interdisziplinären Frühförderung in Anspruch nehmen können.
- Die neue kinder- und jugendpsychiatrische Klinik in Köln-Holweide mit 60 Betten hat weder in ihrem Konzept noch in ihrer Personalauswahl die demografische Struktur unserer Stadt berücksichtigt.
- Die Regeldienste sind in vielen Fällen nicht in der Lage, ihre Patienten mit Migrationshintergrund fachlich angemessen zu behandeln.
- Das Gesundheitszentrum für MigrantInnen hat enorme Schwierigkeiten, die Ratsuchenden in die Regeldienste weiterzuvermitteln, weil diese – aus vielfältigen Gründen - nicht in der Lage sind, die Patienten aufzunehmen und angemessen zu versorgen.
- Die Sektorisierung stellt für die Migrantinnen und Migranten einen Nachteil dar, denn nicht jede ambulante oder stationäre Einrichtung verfügt über erforderliche Ressourcen, um die Migranten zu behandeln.
- Unsere Stadt verfügt über keinen Leitfaden, an dem sich die Gesundheitsdienste, Entscheidungsträger und politisch Verantwortlichen orientieren können.
- Die Ergebnisse, der zu dem Thema veranstalteten Fachtagungen, Symposien, Diskussionsforen, Anregungen und Problemdarstellungen in unterschiedlichsten Arbeitskreisen usw. wurden nicht ausreichend berücksichtigt. Ob dies aus mangelndem Problembewusstsein heraus geschieht oder es vielleicht andere, tiefer liegende Gründe hat, gilt es zu analysieren.
- Es bestehen weiterhin sehr ernstzunehmende Zugangsbarrieren zu den Regeldiensten.
- Eine bewusste und konsequente interkulturelle Öffnung der Regeldienste ist eher die Ausnahme. In Köln ist mir kein einziger Regeldienst bekannt, der über eine Checkliste zur Überprüfung der interkulturellen Öffnung verfügt.
- Für die meisten Regeldienste zählen eine bedarfsgerechte Behandlung und ein Behandlungskonzept, zugeschnitten auf die spezifische Situation der zu behandelnden Klienten, nicht zu den Qualitätskriterien.
- Es fehlen auf die Lebenswirklichkeit der Migranten zugeschnittene Präventivmaßnahmen und bedarfsgerechte Angebote.
- Mit Ausnahme von einigen wenigen Regeldiensten sind sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich kaum strukturelle Maßnahmen erkennbar, sich auf die Anforderungen einer multikulturellen, multiethnischen und multireligiösen Zuwanderungsgesellschaft einzustellen. Dabei sind die Vorteile einer Einrichtung, die interkulturell geöffnet ist und über interkulturell kompetente Mitarbeiter verfügt, vielfach erwiesen.

In unserer Stadt gibt es immer noch keine fundierten Analysen, welche gesundheitsbezogenen Probleme die Einwohner mit Migrationshintergrund haben, welche Ressourcen diesbezüglich vorhanden sind und wie diese sinnvoll eingesetzt werden können.

Die Gründe dafür könnten sein:

- Man ist von den Vorteilen nicht überzeugt.
- Die Einrichtungen verfügen nicht über interkulturell kompetentes Fachpersonal (oder können sich dieses nicht leisten) und fühlen sich den Anforderungen nicht gewachsen.
- Unbewusst wirkende Abwehrmechanismen sorgen dafür, dass man sich so verhält, wie man sich verhält.

4) Die möglichen Folgen eines nicht-migrantengerechten Versorgungs- bzw. Behandlungsansatzes

Migranten nehmen bei psychischen Problemen häufig erst sehr spät fachliche Hilfe in Anspruch, da sie oftmals im Vorfeld versuchen, ihre Probleme im Familien-, Verwandten- oder Bekanntenkreis zu lösen. In der Primärversorgung werden ihre Probleme nicht bzw. sehr spät erkannt, die Erkrankungen haben oft bereits einen chronischen Verlauf angenommen, bevor professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird. Ärzte werden zwar häufig wegen somatoformen Störungen aufgesucht, psychische und psychosomatische Probleme bleiben dennoch meist unerkannt oder werden einfach nicht mitgeteilt. Nach dem Motto: „Wenn der eine nicht helfen konnte, kann es vielleicht der andere.“, werden häufig die Behandler gewechselt. So entstehen jahrelange Odysseen durch die medizinisch/therapeutischen Versorgungseinrichtungen. (vgl. Gün, 2007, S. 203 ff.)

Die Behandlung von Migranten ist aufgrund sprachlicher und kultureller Verständigungsbarrieren oft erschwert. Die Patienten werden häufig oberflächlich untersucht und schneller und öfter medikamentös behandelt. „Deutsche werden intensiver untersucht, Türken stärker therapiert (im Sinne von medikamentöser Therapie, d. Verf.) ... Türkische Patienten erhalten deutlich mehr Tabletten und Infusionen. Außerdem führten Sprach-

schwierigkeiten dazu, dass Türken über die Diagnose schlechter informiert sind“ (Wunderlich, 1997).

Wissenschaftliche Untersuchungen beschreiben bereits in den 80er Jahren ähnliche Problemlagen wie Wunderlich und spätere Untersuchungen in den 2000er Jahren.

„Die Gespräche mit türkischen Patienten sind trotz größerer Verständigungsschwierigkeiten im Durchschnitt kürzer als mit anderen Patienten und enden in achtzig Prozent der Fälle mit einer Medikamentenverordnung. Eine Gesundheitsberatung oder eine Besprechung der Krankheitsprognose findet kaum statt“ (Brucks, et al., 1985, S. 349).

Verschiedene Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass - insbesondere auf Fehldiagnosen bezogen - teilweise enorme Unterschiede in der Behandlung von deutschen Patienten und Migranten bestehen. Collatz stellt fest, dass Ärzte aus Unkenntnis über den kulturellen Hintergrund ihrer Patienten sehr oft falsche Diagnosen stellen, die zu erheblichen Zeitverlusten und hohen zusätzlichen Kosten führen (vgl. Collatz, 1989).

Gallisch zeigt diese Unterschiede am Beispiel einer internistischen Poliklinik: „Bei Nachuntersuchungen von herzerkrankten türkischen Patienten in einer internistischen Poliklinik waren die Klinikbefunde mit den Einweisungsdiagnosen nur zu rd. 35 % übereinstimmend, bei deutschen Patienten zu über 70 %“ (Gallisch 1989, zitiert nach Collatz 1992, S. 108).

Korporal beschreibt, dass besonders dort, wo die Verständigungsmöglichkeiten mangelhaft sind, ein erhöhter apparativ-diagnostischer Aufwand i. S. v. endoskopischen Untersuchungen und operativen Eingriffen betrieben und eine medikamentöse Behandlung bevorzugt wird: „... insbesondere dort, wo Probleme der sprachlichen Kommunikation mit einer Unsicherheit in Diagnose und Behandlung einhergehen und Arzneimittel diese ‚Lücke‘ ausfüllen sollen“ (Korporal, 1985, 214–215).

„Gespräche mit türkischen Patienten weisen häufiger als andere eine für den Beobachter wahrnehmbare Differenz in der Zieldefinition des Gespräches auf, das heißt, die Patienten lassen Erwartungen und Wünsche erkennen, auf die der Arzt nicht eingeht“ (Brucks, et al., 1985, S. 348).

Verlegenheitsdiagnosen wie *Gastarbeitersyndrom*, *Türkenbauch*, *Mittelmeer-Bauch*, *Türkenkrankheit*, *Türkische Kopfschmerzen*, *Anatolischer Kopfschmerz*, *Mediterrane Leidensäußerung*, *Morbus-Orientalis*, *Morbus-Bosporos*, *Entwurzelungssyndrom*, *Heimwehsyndrom*, *Mamma-mia-Syndrom* usw. sind entwertende Bezeichnungen für die Beschwerden von Migranten und weisen auf Unkenntnis, Hilflosigkeit und Stereotypbildung der Behandler hin. „Zudem werden ohne sprachliche und kulturelle Verständigung häufig beginnende, schwerwiegende organische Krankheiten leicht übersehen und andererseits psychiatrische und psychosomatische Krankheitsbilder rein somatisch diagnostiziert und therapiert, was die Chronifizierung der Beschwerden fördert. Die Folgen dieser Fehldiagnosen und –behandlungen sind verheerend“ (Zarifoğlu, 1992, S. 120).

In einer klinikinternen Pilotstudie auf zwei Stationen der psychosomatisch orientierten internistischen Abteilung der Universitätsklinik Heidelberg hat man die Interaktion zwischen deutschen Behandlern und türkischen Patienten beobachtet: „Nach Aussagen der Ärzte war diese Arzt-Patient-Interaktion weitgehend gekennzeichnet von der Unfähigkeit, die türkischen Patienten in ihrem Kranksein richtig zu begreifen und adäquat zu behandeln“ (Theilen, 1985, S. 293). „In nahezu allen Fällen hat vorher eine ausführliche Exploration (zur Lebenslage, zum Symptomverständnis, zu derzeitigen Belastungen) nicht stattgefunden. Es kann anhand einer großen Fallzahl nachgewiesen werden, dass eine ausführliche Exploration und Beschäftigung mit den türkischen Patienten vor der Diagnostik zwar momentan zeitintensiver ist, dass aber dadurch sowohl Überdiagnostizierung als auch eine große Anzahl sinnloser Krankenhausaufenthalte verhindert werden könnte“ (a.a.O., S. 299).

Folgendes Beispiel soll verdeutlichen, welche Folgen ein nicht auf die Situation und Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten zugeschnittenes Gesundheitsversorgungssystem für den betreffenden Patienten und für die Steuerzahler haben kann:

Lungenfunktionstest bei einer 71-jährigen Migrantin

Bei einer 71-jährigen Migrantin sollte ein operativer Eingriff vorgenommen werden. Die dafür notwendigen Werte des Lungenfunktionstests fielen schlecht aus. Durch die Aufmerksamkeit eines Angehörigen ordnete die behandelnde Ärztin

einen erneuten Lungenfunktionstest an. Diesmal war der Angehörige selbst dabei und beobachtete, dass die Patientin die Anweisungen überhaupt nicht verstand. Das Ergebnis war das Gleiche wie zwei Wochen zuvor. Auf Verlangen der Angehörigen wurde der Test noch einmal wiederholt. Diesmal instruierte der Angehörige die Patientin. Das Ergebnis war völlig anders. Die Patientin konnte operiert werden.

Was war passiert? Die für den Test zuständige Krankenschwester sprach Deutsch mit der Patientin, aber an der Stelle, wo sie tief ein- und ausatmen sollte, benutzte sie die türkischen Wörter für „ein“ und „aus“, die für sich aber keinen Sinn ergaben. Sie nahm an, dass die Patientin sie verstanden habe.

Somit konnte die Patientin erst zwei Wochen später operiert werden, d. h., sie wurde zwei Wochen lang unnötig stationär behandelt. Das machte einen Kostenfaktor von 7000 DM aus, der zur Zeit der stationären Unterbringung mit einem Tagespflegesatz von 500 DM berechnet wurde. Dieses Geld wäre nutzbringender angewandt worden, wenn die im Lungenfunktionslabor tätigen Krankenschwestern einfache Aufforderungen in der Sprache der Patientin gelernt hätten (vgl. Gün, 1998, S. 27).

5) Inanspruchnahme-Verhalten der Migrantinnen und Migranten

Mehrere Untersuchungen stellten fest, dass z.B. türkische Patienten seltener eine Empfehlung für die ambulante Psychotherapie bekommen als deutsche Patienten.

Viele Migranten meiden wegen sprachlicher Schwierigkeiten und insbesondere aufgrund von kulturell, religiös und ethnisch bedingten Vorerwartungen eine Behandlung bei deutschen Kollegen.

Fragt man den Patienten auf der einen und den Behandler auf der anderen Seite, so werden unterschiedliche Gründe sichtbar, die zum Entstehen dieser Situation beitragen:

- 1) Verständigungsschwierigkeiten sprachlicher, kultureller und religiöser Art
- 2) Schwierigkeiten beim Aufbau einer tragfähigen Behandler-Patient-Beziehung

- 3) Verhältnismäßig höherer Arbeitsaufwand für die Behandler
- 4) Mangelnde interkulturelle Kompetenz der Behandler bzw. des Behandlerteams
- 5) Fehlende strukturelle Rahmenbedingungen in der Versorgung und Behandlung der Migranten-PatientInnen in ihren (oft) spezifischen Problemlagen.

Dies hat zur Folge, dass Migranten-Patienten häufig von sich aus die Behandlung vorzeitig abbrechen bzw. aus der stationären Behandlung vergleichsweise früh entlassen werden.

Obwohl besonders in den letzten Jahren eine zunehmende Sensibilisierung zu verzeichnen ist und gute Ansätze erprobt werden, bestehen immer noch ernst zu nehmende Zugangsbarrieren zu den sozialen und auf Gesundheit bezogenen Diensten.

Im ambulanten Bereich meiden die Migranten-Patienten u.a. wegen sprachlicher Schwierigkeiten und insbesondere aufgrund von kulturell, religiös und ethnisch kontextualisierten Erwartungen eine Behandlung bei einheimischen BehandlerInnen. Die bestehenden Zulassungsbeschränkungen für ÄrztInnen und PsychologInnen sowie die Nichtberücksichtigung der sprachlichen und kulturellen Kompetenzen bei der Bedarfsplanung führen - insbesondere in Großstädten wie Köln, München, Hamburg und Berlin - zu einer drastischen Unterversorgung der Migranten-PatientInnen. (vgl. Gün, 1995, 55f; Gün, 2004; Gavranidou, 2006, 6f; Kommunales Gesundheitskonzept für Menschen mit Migrationshintergrund in Köln, 2008; Berliner Erklärung, 2008). Der Zustand im ambulanten Versorgungsbereich ist somit Ausdruck einer strukturellen Diskriminierung der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. (vgl. Gün, 2009, S. 119)

6) Zugangsbarrieren zu den Regelversorgungseinrichtungen

Nach Whitehead ist Chancengleichheit in der (Gesundheits-) Versorgung nur dann gegeben, wenn gleicher Zugang zu - und gleiche Inanspruchnahme von verfügbarer Versorgung bei gleichem Bedarf und gleicher Qualität für Einheimische und Zugewanderte gegeben ist (vgl. Whitehead, 1990, S. 11).

Eine Untersuchung der Verbraucherzentrale NRW im Bereich Krankenhäuser (Kai Helge Vogel) zeigt, dass die Strukturen unserer Regeldienste zu wenig auf die spezifischen Bedürfnisse von Zuwanderern ausgerichtet sind.

Es wurde eine anonyme telefonische Befragung von 35 Kliniken in 11 Städten durchgeführt, die einen überdurchschnittlichen Bevölkerungsanteil von Migrantinnen und Migranten aufweisen.

Dabei wurde ein fiktiver Fall geschildert, bei dem eine ältere türkische, nicht deutsch sprechende Patientin ins Krankenhaus eingewiesen werden sollte. Die Krankenhäuser wurden befragt, ob es einen internen oder externen Dolmetscherdienst gibt und wie der „generelle“ Umgang mit dem vorliegenden Problem aussieht?

Ein Krankenhaus gab an, einen externen Dolmetscherdienst zu nutzen. Vier Häuser gaben an, eine Liste zu führen, in der fremdsprachige Mitarbeiter aufgeführt sind. Ein konkreter Ansprechpartner konnte jedoch in keinem Fall genannt werden. 24 der befragten Einrichtungen wollten das Problem spontan lösen, u.a. durch Angehörige, andere Patienten oder Mitarbeiter. Sechs Häuser machten deutlich, dass der Patient allein für die Lösung seines Verständigungsproblems verantwortlich ist. In vier Fällen wurde hierbei eine Lösung durch die jeweilige Klinik als völlig unrealistisch ausgeschlossen.

Nach Vogel war sich die Mehrzahl der angesprochenen Mitarbeiter der Kliniken der Verständigungsproblematik zwar bewusst, konkrete und verbindliche Lösungsansätze existierten jedoch nur in einem Fall.

Aus den Ergebnissen dieser Untersuchung wurden folgende Schlussfolgerungen abgeleitet:

- a) Sprachliche Hürden erschweren den Kontakt zu den Versorgungseinrichtungen
- b) Sprachprobleme wirken sich auf jede Behandlungs-Maßnahme oder Untersuchung aus
 - Erschwerte Diagnostik und Therapie
 - Fehldiagnosen, Doppeluntersuchungen, usw.
 - Qualitativ schlechtere Gesundheitsversorgung
 - Unnötige finanzielle Mehrbelastung des öffentlichen Gesundheitssystems

Die Bundeskonferenz der Ausländerbeauftragten des Bundes, der Länder und der Gemeinden erklärte zum Thema „Migration und Gesundheit“:

„Jeder Mensch hat Anspruch auf bestmögliche medizinische Beratung und Versorgung, unabhängig von Herkunftssprache und -kultur. Für Migrantinnen und Migranten trifft dies oft nicht zu. Trotz inzwischen zahlreicher und verdienstvoller Initiativen und Modellversuche ist aber eine Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen auch heute eher die Ausnahme. Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland ist in seiner Regelversorgung immer noch unzureichend auf die Bedürfnisse von Migranten eingestellt. Sowohl auf Seiten des Gesundheitswesens als auch der Migranten gibt es spezifische Probleme und Missverständnisse.“ (Resolution: Bundeskonferenz der Ausländerbeauftragten 2002).

Auch die Arbeitsgruppe „Armut und Gesundheit“ beim Bundesministerium für Gesundheit fordert in ihrer Empfehlung an Bund, Länder, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Krankenkassen, Bundesärztekammer, Wohlfahrtsverbände etc.: „[...] Die vorhandenen Versorgungsstrukturen sind generell noch zu wenig patientenorientiert. Speziell stellt dies ein besonderes Problem dar, da Verständigungsschwierigkeiten sprachlicher und kultureller Art den Zugang zur Versorgung und Information stark behindern. Sprach- und Kulturbarrieren erschweren ebenfalls Anamnese, Diagnose, Therapie und Rehabilitation mit der Folge von Fehldiagnosen, Mehrfachuntersuchungen mit Drehtüreffekt und Chronifizierung von Erkrankungen.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2001, zitiert nach Wesselman 2004, S. 21-22)

Unterschiedliche Untersuchungen kommen zu dem Schluss, dass trotz über 50jähriger Migrationsgeschichte in Deutschland Zugangsbarrieren zu den Regelversorgungseinrichtungen bestehen.

Einige Zugangsbarrieren sind: Mangelnde Informationen über das bestehende Angebots- und Versorgungssystem; Sprach- und Verständnisbarrieren; fehlende mutter- bzw. fremdsprachige Fachkräfte; kulturelle und religiöse Hemmnisse; geschlechtsspezifische Hemmnisse; fehlendes interkulturelles Einfühlungsvermögen und mangelhafte interkulturelle Kompetenz der Fachkräfte; Misstrauen gegenüber den Repräsentanten der dominanten Mehrheitsgesellschaft auf Seiten der MigrantInnen und somit auch Skepsis und Misstrauen gegenüber den sozialen und therapeutischen Einrichtungen („Behördenimage“); nicht-ganzheitlicher Problemlösungsansatz; mangelnde Integration von beiden Seiten; zu sehr auf die Mit-

telschicht orientierter Therapie- und Beratungsansatz; fehlende Fachkenntnisse und Fähigkeiten der professionell Tätigen, mit spezifischen Problemlagen umzugehen; mangelndes Vertrauen in interkulturelle Verständigungsmöglichkeiten; fehlende bzw. unzureichende Vernetzung; Angst vor aufenthaltsrechtlichen bzw. ausländerrechtlichen Folgen oder Konsequenzen (z.B. bei dem Verstoß Drogenabhängiger gegen das Betäubungsmittelgesetz); politische Ignoranz bzgl. der bestehenden Probleme; fehlende finanzielle Mittel auf Seiten der Einrichtungen.

Diese Zugangsbarrieren haben zur Folge, dass Migranten und Migrantinnen die Angebote der Regelversorgungseinrichtungen nur bedingt in Anspruch nehmen.

Will man die Versorgung der Menschen mit Zuwanderungsgeschichte nachhaltig verbessern und die Strukturen der Regelversorgung an die demografische Entwicklung unserer Gesellschaft anpassen, so ist die Interkulturelle Öffnung eine zwingende Voraussetzung dafür.

7) Interkulturelle Öffnung der Gesundheitsdienste

Unter „Interkultureller Öffnung“ wird hier die Anpassung der Institutionen der Regeldienste an die Erfordernisse einer multikulturellen, multiethnischen und multireligiösen Gesellschaft verstanden. Dies setzt einen als Gesamtstrategie angelegten mittel- und langfristigen Prozess der Organisations- und Personalentwicklung voraus. Dabei geht es nicht darum, zum Abbau der einzelnen Zugangsbarrieren pragmatische, sachbezogene Lösungen zu finden, sondern die Entwicklung und Umsetzung eines generellen Veränderungsprozesses in die Wege zu leiten. Interkulturelle Öffnung muss zu einem unverzichtbaren Bestandteil der Organisationskultur werden und einen umfassenden strategischen Ansatz beinhalten.

Bellaart versteht Interkulturelle Öffnung als einen Prozess, bei dem die Institution sich zum Ziel setzt, sich in eine multikulturelle Institution zu verändern, in der es erstens als selbstverständlich gilt, auf ethnisch-kulturelle Verschiedenartigkeit Rücksicht zu nehmen und in der zweitens dieses Vorgehen alle Schichten und Facetten der Organisation mit einbezieht (vgl. Bellaart, 2002, S. 69).

Interkulturelle Öffnung kann also als ein bewusst gestalteter Prozess definiert werden, der den Menschen aus unterschiedlichen Kulturen, Ethnien und Religionen einen gleichberechtigten Zugang zu den von den Regeldiensten bereitgestellten Versorgungsleistungen ermöglicht und für eine gleichwertige Qualität in Behandlung, Beratung und Betreuung sorgt. „In einem Land mit gesetzlich geregelter Zuwanderung wie der Bundesrepublik Deutschland geht es nicht um die einseitige Anpassung der MigrantInnenpopulation an das Gesundheitssystem, sondern um die Öffnung und Qualifizierung des Systems in allen seinen Bereichen, wie z.B. im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, für die Bedürfnisse und psychohygienischen Erfordernisse der MigrantInnenpopulation. Es geht dabei um einen wechselseitigen Prozess des Kompetenzzuwachses und der Vertrauensbildung mit dem Ziel, MigrantInnen mit denselben hohen Qualitätsstandards und Heilerfolgen zu behandeln wie Einheimische.“ (Machleidt, 2002)

Die Interkulturelle Öffnung muss konsequent, unmissverständlich und bewusst betrieben und gefördert werden. Eine Institution ist nicht interkulturell ausgerichtet, nur weil sie eine oder mehrere Fachkräfte mit Migrationshintergrund beschäftigt. Es geht um einen Prozess, an dem alle Organisationsebenen beteiligt sein müssen. Die Interkulturelle Öffnung ist eine Führungsaufgabe. Die Leitungsebenen und -gremien sind in besonderem Maße angesprochen und für die Umsetzung der Öffnung verantwortlich. Wichtig dabei ist, dass die Interkulturelle Öffnung von der Führungsebene gewollt ist, sie auch als Führungsaufgabe angesehen wird („top down“) und zugleich auf allen Ebenen von den Beschäftigten mitgetragen wird („bottom up“). Alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sollten beteiligt werden. Die Interkulturelle Öffnung muss also sowohl ‚oben‘ gewollt als auch ‚unten‘ akzeptiert werden. Sie sollte ein Teil jeder ‚Unternehmenskultur‘ sein.

Die Interkulturelle Öffnung eines Gesundheitsdienstes zeichnet sich u.a. dadurch aus, dass die Rahmenbedingungen an ein interkulturell orientiertes Arbeitskonzept angepasst und dabei sprachliche, kulturelle, ethnische und religiöse Hintergründe der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden. Dies kann durch strukturelle Maßnahmen (organisatorisch, ablauftechnisch etc.), personelle Maßnahmen (Personalauswahl,

Zusammensetzung des Personals) und Maßnahmen der Fort-, Weiter- und Ausbildung erreicht werden.

Der Prozess der interkulturellen Öffnung eines Gesundheitsdienstes wird u.a. dadurch erkennbar, dass ausreichende Interkulturelle Kompetenz der Mitarbeiter vorhanden ist, das Thema ein fester Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildungscurricula ist, bilinguale Mitarbeiterschaft vorhanden ist und die Stelle eines – mit eindeutigen Kompetenzen befugten - Integrationsbeauftragten eingerichtet ist.

8) Mögliche Herausforderungen für die Zukunft

Die Erstellung des „Kommunales Gesundheitskonzepts für Menschen mit Migrationshintergrund in Köln“ und seine einstimmige Verabschiedung durch die Kommunale Gesundheitskonferenz im Jahr 2010 ist ein wichtiger Schritt nach vorne. Hier sind konkrete Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten formuliert. Zudem sind Operationalisierungen (i. S. v. „Die Umsetzung der Handlungsempfehlung lässt sich erkennen an ...“) festgelegt.

Die im Konzept enthaltenen Punkte sind:

1. Kölner Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten
2. Ehrenamtliche Integrationslotsen Gesundheit
3. Thema Gesundheit als Bestandteil der Integrationskurse des Bundes
4. Verbesserung der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten
5. Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation
6. Interkulturell orientierte Arbeitskonzepte in Einrichtungen der Krankenversorgung und der Pflege
7. Integration als Leitungsthema
8. Gesundheitsstützpunkte in den Kölner Stadtbezirken
9. Koordinierungsstelle „Gesundheit und Migration“ beim Gesundheitsamt

Dieses Konzept ist darüber hinaus ein fester Bestandteil des umfassenden gesamtstädtischen „Konzepts zur Förderung der integrativen Stadtgesellschaft“. Leider zieht sich die Umsetzung dieses unter Beteiligung von etwa 300 Fachkräften und Kennern der Problemlagen entwickelten Integrationskonzepts in die Länge. Dafür werden finanzielle Gründe ver-

antwortlich gemacht. Dabei sollte den politisch Verantwortlichen klar sein, dass Integration nicht zum „Null Tarif“ zu erreichen ist. Eine Investition in die Integration ist eine Investition in die Zukunft und mittel- und längerfristig sehr ökonomisch. Daher darf dieses Konzept nicht in den Schubladen verschwinden bzw. mit der Zeit im Papierkorb landen.

FAZIT

1. Die Umsetzung der im „Kommunalen Gesundheitskonzept für Menschen mit Migrationshintergrund in Köln“ festgelegten Ziele und Operationalisierungen ist von höchster Bedeutung.
2. Schrittweiser Abbau von bestehenden Zugangsbarrieren und Erhöhung des Inanspruchnahme-Verhaltens der Migrantinnen und Migranten.
3. Bewusste Entscheidung für eine interkulturelle Öffnung der Regeldienste (Stadtverwaltung und städtische Einrichtungen können dafür vorbildlich und beispielgebend sein).
4. Die Vermittlung von Interkultureller Kompetenz als ein verbindlicher Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildungscurricula für das gesamte Fachpersonal (Dabei kommt es auf die Implementierung interkultureller Kompetenzen in die Institutionsstrukturen an.).
5. Berücksichtigung der psychiatrisch/psychotherapeutischen Versorgung der Migranten bei der Bedarfsplanung.
6. Die Aufnahme der Schlüsselqualifikation „Interkulturelle Kompetenz“ in den Gegenstandskatalog zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der gesundheitsbezogenen Berufe.
7. Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung der Migranten durch Sonderbedarfszulassungen.
8. Die Aufnahme des Einsatzes von Dolmetschern in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Literaturhinweise zu Vortrag 1 siehe Anhang 1

„Migration und Gesundheit in NRW“

*Heike Reinecke, Ministerialrätin im Gesundheitsministerium NRW,
Referat Öffentlicher Gesundheitsdienst/Migration*

Das Thema Migration und Gesundheit ist inzwischen auf vielen Ebenen als Thema in unserer Gesellschaft angekommen. Oft geht es in Gesprächen und Veranstaltungen noch darum, für die Thematik zu sensibilisieren. Das ist hier in Köln nicht nötig; lange bevor das Thema ein Thema war, haben Sie schon an Lösungen gearbeitet – und so in vielen Bereichen Pionierarbeit geleistet.

Ich freue mich deshalb, bei Ihrer Jubiläumsveranstaltung dabei sein, die herzlichen Grüße der Landesregierung und persönlich von Frau Staatssekretärin Marlis Bredehorst überbringen zu dürfen, und einige Aspekte zum Thema aus Sicht des Landes beizutragen. Ich möchte Ihnen die Strukturen und bisherigen Aktivitäten des Landes, aber auch geplante Vorhaben und perspektivische Ziele vorstellen.

Integration ist und bleibt eine unserer wichtigsten Zukunftsaufgaben - allein schon, wenn man nur einen Blick in die Statistiken wirft. Bundesweit hat jeder 5. Mensch – in Nordrhein-Westfalen annähernd jeder 4. und hier in Köln jeder 3. Mensch – eine Zuwanderungsgeschichte, das heißt, ist entweder selbst eingewandert oder hat wenigstens ein Elternteil mit Migrationserfahrung. Von den unter 6-Jährigen haben fast 40 Prozent einen Migrationshintergrund. In manchen Städten wird bereits jedes 2. neugeborene Kind in eine Familie mit Zuwanderungsgeschichte hineingeboren.

Und die Zahl der älteren Migrantinnen und Migranten, die bei uns ihren Lebensabend verbringen, steigt. Wir müssen uns den damit verbundenen Herausforderungen in allen politischen und gesellschaftlichen Bereichen stellen – auch im Bereich der gesundheitlichen Versorgung.

Es gibt eine Vielzahl von Faktoren, die sich auf die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten auswirken. Die Gesundheitsdienste sind aufgerufen, sich der Vielfalt unserer Gesellschaft zu stellen. Aber nicht die Gesundheitsdienste oder die Ge-

sundheitspolitik allein tragen Verantwortung, sondern viele Politikbereiche sind gefordert.

Wie aber kann man einen solchen Prozess auf Landesebene organisieren? Es wird Sie nicht überraschen, wenn ich zunächst die Schaffung einer „angemessenen Organisation“ nenne. Zugegeben: Das klingt vielleicht erst einmal bürokratisch und wenig spannend - ist es aber nicht. „Politik“ und „Staat“ sind nach einem bestimmten System organisiert. Und zu diesem traditionellen System liegt die Herausforderung der Integration sozusagen „quer“ – was im Übrigen für viele der heutigen gesellschaftlichen Aufgaben gilt. Und selbst wenn wir die Aufgabe auf das Thema „Integration im Gesundheitsbereich“ einengen, sind mehr Stellen und Einrichtungen davon betroffen als nur ein Gesundheitsministerium – auch ein Integrationsministerium, ein Innenministerium, ein Kultusministerium, ein Sozial- oder ein Arbeitsministerium können berührt sein.

Zunächst ist also wichtig, die Zusammenarbeit all dieser Institutionen zu organisieren und dann in einem zweiten Schritt so etwas zu erzeugen wie das Verständnis von einer „gemeinsamen Aufgabe“. Ergebnisse solcher Diskussionsprozesse sind häufig Aktionspläne oder Rahmenkonzepte – wie auch hier in Köln das Gesundheitskonzept für Migranten. Solche Pläne und Konzepte haben aus meiner Sicht eine wichtige Bedeutung: Sie schaffen einen Rahmen und sie schaffen Bewusstsein. Und sie geben all denen, die sich um dieses Thema zu kümmern haben, eine bessere Argumentation und eine höhere Legitimation. Damit wird es dann auch möglich, sich besser – und hoffentlich erfolgreicher – im Wettbewerb um die stets knappen Finanzen zu behaupten.

Ausgehend von diesen Rahmenbedingungen wurde das Politikfeld „Integration“ in NRW organisiert: Mit der von allen Fraktionen im Landtag getragenen Integrationsoffensive wurde 2001 eine Handlungsplattform zur Erreichung integrationspoliti-

scher Ziele geschaffen – Integration ist inzwischen als gleichberechtigtes Arbeitsfeld in einem klassischen Ministerium verankert.

Integration wird aber deshalb nicht als Aufgabe nur eines einzelnen Ministeriums verstanden – jedes Ressort trägt in seinen Arbeitsbereichen eine eigenständige Verantwortung. Dennoch muss die Integrationspolitik koordiniert werden – dazu gibt es eine Interministerielle Arbeitsgruppe „Integration“, in der alle Ressorts mitarbeiten.

Ein Ergebnis ihrer Arbeit ist der „Aktionsplan Integration“ – natürlich auch mit einem Handlungsfeld Gesundheit, der demnächst fortgeschrieben werden soll. Ein weiterer wichtiger Meilenstein ist Anfang des Jahres mit der Verabschiedung des Teilhabe- und Integrationsgesetzes erfolgt. Es setzt verbindliche Normen für die Landesförderung von Integrationsangeboten und hat einen institutionellen Rahmen für die Integration und die Beteiligung von Menschen mit Zuwanderungshintergrund geschaffen.

Aber zurück zu unserem heutigen Thema: der Gesundheit – und den bisherigen Ansätzen und künftigen Vorhaben der Landesregierung. In der Gesundheitspolitik tritt die Landesregierung ein für eine flächendeckende, bedarfsgerechte und ohne Hürden zugängliche medizinische Versorgung für alle Menschen. Das bedeutet ganz klar: auch eine verbesserte gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Gelingen wird uns das nur in einem Klima, das von Respekt und Toleranz geprägt ist, wo Probleme nicht klein geredet werden, aber wo man sich Gedanken um konstruktive Lösungen macht.

Als für Migration und Gesundheit zuständiges Fachreferat in der Gesundheitsabteilung des Ministeriums kümmern wir uns darum, sowohl intern die anderen Fachbereiche der Gesundheitsabteilung als auch extern z.B. Institutionen des Gesundheitswesens für die Thematik zu sensibilisieren, zu beraten, Lösungsansätze zu entwickeln und/oder zu unterstützen, die dazu beitragen, mögliche Zugangsbarrieren für Menschen mit Migrationshintergrund abzubauen. Dabei wollen wir keine generelle „Sonderversorgung“ für Migrantinnen und Migranten, sondern möglichst eine Integration in die Strukturen und Angebote der Regelversorgung. Spezifische Angebote können dabei durchaus notwendig und sinnvoll sein, sollten aber nur als Brücken zum Regelsystem verstanden werden. Und im

Sinne einer zielgruppenspezifischen Ausrichtung sollte die Berücksichtigung der Belange von Migrantinnen und Migranten selbstverständlich schon bei der Konzipierung von Programmen und Maßnahmen berücksichtigt werden - und nicht erst im Nachhinein.

Die Grundrichtung lautet – ganz allgemein formuliert – die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. Konkrete Handlungsfelder hierzu sind unter anderem: die Überwindung von Sprach-/Kulturbarrieren, die Vermittlung interkultureller Kompetenz für Beschäftigte und die Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Zuwanderungshintergrund. Dazu haben wir bereits verschiedene Projekte gefördert oder initiiert – unter anderem den Aufbau eines klinikinternen Dolmetscherdienstes, den Ausbau des MiMi-Projektes zur Ausbildung von Gesundheitslotsen auch hier in Köln und ein regelmäßiges Fortbildungsangebot zur Vermittlung von interkultureller Kompetenz im Öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Akademie für den öffentlichen Gesundheitsdienst (AföG). Die Belange von Migrantinnen und Migranten sind inzwischen in verschiedene Konzepte und Initiativen des Gesundheitsministeriums integriert, zum Beispiel in die Landesinitiativen „Mutter und Kind“ und „Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ oder in die Landeskonzepte Sucht und HIV-Aids. Perspektivisch wollen wir die bisherigen Ansätze strukturieren und systematisieren, da wo möglich verbindlicher verankern und vor allem in ein Gesamtkonzept einfließen lassen.

Mit dem bereits erwähnten Integrationsgesetz sind auch Änderungen im Sinne einer interkulturellen Öffnung in verschiedenen Fachgesetzen mit Gesundheitsbezug vorgenommen: So ist im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG NRW) bei der Aufgabendefinition die Berücksichtigung von kulturellen Hintergründen noch einmal explizit erwähnt und damit verstärkt. Neu ist die Vorschrift, im Rahmen der Personalentwicklung in den Gesundheitsämtern die Vielfalt der Bevölkerung angemessen zu berücksichtigen und die interkulturelle Kompetenz der Mitarbeiter/innen zu fördern. Mit dem erwähnten Fortbildungsangebot bei der AföG haben wir damit nicht nur einseitig eine Erwartung in Richtung Kommunen formuliert, sondern bieten zugleich eine konkrete Unterstützung.

Die Berücksichtigung der besonderen Belange von Menschen mit Migrationshintergrund bzw. sozio-

kultureller Unterschiede ist im Zuge des Teilhabe- und Integrationsgesetzes auch im Kurortegesetz, im Landespflegegesetz, im Weiterbildungsgesetz für Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege und im Hebammengesetz verankert. Im Krankenhausgestaltungsgesetz ist bei der Pflege, Behandlung und Betreuung nun auch explizit den „weltanschaulichen, kulturellen und religiösen Belangen“ Rechnung zu tragen. Natürlich müssen diese Vorschriften, die in erster Linie programmatischen Charakter haben, mit Leben gefüllt werden. Deshalb haben wir aktuell ein Projekt zum „Kultursensiblen Krankenhaus“ mit einer Befragung bei allen Allgemeinkrankenhäusern in NRW gestartet, aus dessen Ergebnissen wir hoffentlich konkrete Handlungsempfehlungen und –ansätze ableiten können.

Neben der Fortsetzung des Fortbildungsangebotes zur Interkulturellen Kompetenz/Kommunikation planen wir zudem eine grundlegende Bestandsaufnahme, in welchem Umfang sich diese in den konkreten Aus-, Fort- und Weiterbildungscurricula der Gesundheits- und Pflegeberufe wiederfindet.

Ein weiteres wichtiges Thema ist die gesundheitliche Grundversorgung von Menschen, die als Flüchtlinge zu uns kommen – auch derjenigen, die ohne Papiere unter uns leben. Der Koalitionsvertrag sieht hierzu Ansätze vor: So will sich NRW für die Abschaffung des Asylbewerberleistungsgesetzes einsetzen und stellt die modellhafte Unterstützung von Maßnahmen zur Sicherung einer gesundheitlichen Grundversorgung von „Menschen ohne Papiere“ in Aussicht. Ein weiteres Handlungsfeld

ist die Armutsmigration von Menschen aus Südosteuropa, die nicht als Flüchtlinge, sondern im Rahmen der Freizügigkeit als EU-Bürgerinnen und -Bürger zu uns kommen und dennoch häufig keinen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung haben. Die Kommunen, die Ziel dieser Zuwanderung sind, bedürfen einer besonderen Unterstützung. Vor diesem Hintergrund bin ich natürlich auch auf die Diskussion im Workshop am Nachmittag gespannt.

Sie werden feststellen, dass viele Themen aber auch die strukturellen Grundlagen, die ich für die Landesebene skizziert habe, denen auf ihrer kommunalen Ebene entsprechen. Das ist gut so, weil wir damit Hand in Hand und umso effizienter arbeiten können. Die Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit der Kommunalen Gesundheitskonferenz Köln blickt inzwischen auf eine 20jährige überaus engagierte und erfolgreiche Arbeit zurück. Früher als viele andere Städte haben Sie die Notwendigkeit zum Handeln erkannt. Das von der AG erarbeitete Gesundheitskonzept für Menschen mit Migrationshintergrund hat Vorbildcharakter und findet hoffentlich viele Nachahmer landauf und landab. Getragen wird die Arbeit hier in Köln von einem gemeinsamen Grundverständnis, das sich in dem breiten Netzwerk aber auch in der Unterstützung durch Politik und Verwaltung der Stadt widerspiegelt.

Zum runden Jubiläum gratuliere ich allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit sehr herzlich und wünsche Ihnen eine weiterhin gute und erfolgreiche Arbeit.

Zur gesundheitlichen Lage der Migrantinnen und Migranten in Deutschland

PD Dr. Erika Sievers, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

Deutschland ist ein Einwanderungsland. Strukturelle Maßnahmen zur systematischen und zeitnahen Integration der Zuwanderer werden aber erst in den letzten Jahren verstärkt sichtbar. Die Vielfalt der Bevölkerung ist heute offenkundig: Unterschiedliche Facetten werden u.a. durch Herkunftsländer und -regionen, Nationalitäten, ethnische, religiöse und soziale Zugehörigkeit, Sprache, Alter, Aufenthaltsdauer und rechtlichen Status beschrieben. Diese Faktoren können Bedarfe in der Gestaltung medizinischer Versorgung unterschiedlich mit prägen.

Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Migranten wurden sowohl im Integrations- als auch im Gesundheitsbereich zu lange eher als ein Randthema behandelt. Tatsächlich macht jedoch das Ziel, allen einen effektiv gleichwertigen Zugang zu bedarfsgerechten Leistungen im Gesundheitswesen zu ermöglichen, die Interkulturelle Öffnung zu einem Qualitätsmerkmal in der medizinischen Versorgung.

Diversität der Bevölkerung – Herausforderung für das Gesundheitswesen?

2011 lebten in Deutschland fast 16 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund, davon waren über 7 Mio. Ausländer (1, 2)¹. In den alten Bundesländern und in Berlin lag ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung zwischen 11 und 26%, in den neuen Bundesländern durchgängig unter 5%. Für Kinder unter 10 Jahren liegen die Vergleichszahlen deutlich höher, bei über 20-40% bzw. unter 20%. Der Anteil der Kinder mit eigener Zuwanderungserfahrung ist erheblich geringer. Dies könnte eine Chance sein, die Zuwanderung junger Erwachsener auf kommunaler Ebene mit Informationen zur Prävention und reproduktiven Gesundheit zu verbinden. Sie wird jedoch bisher nicht systematisch genutzt.

In den letzten Jahren zeigt sich ein Rückgang der absoluten Zahlen für Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund in den Altersstufen bis 20 Jahren. Dadurch sinkt ihr relativer Anteil an der Gesamtzahl deutlich. Von besonderer Bedeutung für die Beurteilung länderspezifischer Bedarfslagen sind nicht nur die quantitativ unterschiedlichen Dimensionen des Themas „Migration“. Auch die Zuwanderungsprofile, die die Herkunftsländer der Migranten spiegeln, unterscheiden sich zwischen den Bundesländern und im Zeitverlauf. So ist der Anteil der türkischen Migranten in den alten Bundesländern und Berlin höher. Politische Entwicklungen wie z.B. die EU-Erweiterung oder die Anwerbung qualifizierter Fachkräfte führen erneut zu einem deutlichen Wandel des Zuwanderungsprofils in Deutschland (Siehe unten, Tab. 1).

Integration - Nationaler Aktionsplan und Integrationsindikatorenbericht

Der Nationale Aktionsplan Integration (4) wurde auf der Basis von 11 Dialogforen entwickelt. Unter diesen befindet sich jetzt auch das Thema Gesundheit und Pflege. Selbstverpflichtungen der Kommunalen Spitzenverbände, der Länder und des Bundes verdeutlichen den Handlungsbedarf in diesem Bereich. Die strategischen Ziele des Bundes sprechen einen wesentlichen Kernpunkt, die Verbesserung der Datenlage, an. Von der Qualität der Ergebnisse der Versorgungsforschung und der Gesundheitsberichterstattung auf allen föderalen Ebenen zu diesem Thema wird wiederum die Effizienz zu planender Maßnahmen abhängen.

Inzwischen ist 2011 der 2. Integrationsindikatorenbericht (5) erschienen, der sich im Gesundheitsbereich auf wenige Indikatoren beschränkt: Krankenquote, Impfraten, Teilnahme an Kindergesundheitsuntersuchungen, Übergewicht/Adipo-

¹ Die in Klammern angegebenen Ziffern beziehen sich auf Anmerkungen, die im Anhang 1 aufgeführt sind.

sitas sowie Mundgesundheit. Die Krankenquote gilt z.B. als Indikator für den allgemeinen Gesundheitszustand, sie wird im Mikrozensus erhoben (Erkrankungen in den letzten vier Wochen). Als „krank“ wird hier gewertet, wer seinen üblichen Tätigkeiten nicht mehr nachgehen konnte. In den Altersgruppen von 45 bis 65 Jahren (13,9 vs. 15,8%) und über 65 Jahren (22,1 vs. 23,6%) lagen die Krankenquoten 2009 jeweils etwas höher als bei den Personen ohne Migrationshintergrund (5).

Ein weiterer großer Schwerpunkt liegt in der Verbesserung von Zugängen zur Beschäftigung im Gesundheits- und Pflegesystem, zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie dem Abbau gesundheitlicher Risiken. Vor dem soziodemografischen Hintergrund vieler Migranten ist dies nicht nur ein Ziel der individuellen Verhaltensprävention, sondern auch der Verhältnisprävention. Sozialräumlich orientierte Gesundheitsberichterstattung und die Möglichkeiten sozialkompensatorischer Interventionen weisen deutlich auf die wichtige Rolle der Kommunen als Akteure in diesen Bereichen hin.

Interkulturelle Kommunikation

Gelungene Kommunikation ist eine wesentliche Bedingung für erfolgreiche Patientengespräche, Diagnostik und Therapie. Kann medizinischen Gesprächen über differenzierte Sachverhalte nicht gefolgt werden, können hieraus schwerwiegende

Konsequenzen erwachsen. Fehlende Information bei Arzt oder Patient und fehlendes (inter)kulturelles Verständnis können beispielsweise auf der Patientenseite zu mangelnder Compliance (Regelbefolgung) oder auf der Seite des medizinischen Personals zu Fehlbehandlungen führen.

Über das rein sprachliche Verständnis hinaus müssen kulturelle Unterschiede in den Blick genommen werden, insbesondere aber unterschiedliche Konzepte von Gesundheit und Krankheit. Dennoch wird dies im deutschen Gesundheitswesen nicht systematisch vorgehalten. Auf der einen Seite steht eine Vielfalt von Angeboten unterschiedlicher Qualität und Verfügbarkeit, auf der anderen - neben organisatorischen Faktoren - immer wieder das Problem der Finanzierung. Die Bedeutung dieses Themas wird durch die Diskussion in der Schweiz deutlich, wo u.a. auch Telefondolmetscher eingeführt wurden (6).

Situationsabhängig können – idealerweise zweisprachig - übersetzte Medien in der Kommunikation unterstützend sein. Inhalte sind bei zweisprachigen Texten auch für nachfolgende Behandler nachvollziehbar. Gleichzeitig sehen Patienten mit eingeschränkten Deutschkenntnissen die im Deutschen gebräuchlichen Ausdrücke für ihre Erkrankung. Eine audio-visuelle Gestaltung wäre entscheidend, wenn keine Alphabetisierung vorliegt.

Zwischenzeitlich sind diverse Internetangebote entstanden, die durch Verlinkung einen mehrsprachigen Zugang zum Gesundheitswesen er-

Herkunftsland	Insgesamt	%	weiblich	%
Polen	176 367	18,3	60 643	16,1
Rumänien	116 154	12	42 475	11,3
Bulgarien	58 504	6,1	20 247	5,4
Ungarn	53 892	5,6	15 922	4,2
Italien	42 167	4,4	15 918	4,2
Griechenland	34 109	3,5	14 649	3,9
Spanien	29 910	3,1	13 013	3,5
Türkei	25 414	2,6	9 687	2,6
Serbien	22 475	2,3	9 540	2,5
Vereinigte Staaten, USA	20 507	2,1	9 540	2,5
China	19 047	2	9 647	2,6
...
Insgesamt	965 908	100	377 107	100%

Tab. 1: Zuzüge von Ausländern nach Deutschland 2012 nach den häufigsten Herkunftsländern – Auszug 1-11 (3)

leichtern sollen. Leider verweisen sie teilweise auf nicht übersetzte Informationsangebote (z.B. als Basisvariante). Insgesamt ist das Bild hier noch lückenhaft und der Handlungsbedarf groß.

Kulturelle Kompetenz

Interkulturelle Herausforderungen werden im Versorgungsalltag eine zunehmende Bedeutung haben, kulturelle Kompetenz nimmt eine Schlüsselfunktion in der Kommunikation von Gesundheitsthemen ein (7). Bereits 2001 wurden z.B. in den USA nationale Standards für kulturell und sprachlich angemessene Gesundheitsversorgung definiert (8). Die Wertschätzung von kultureller Kompetenz als Standard und als Qualitätsmerkmal medizinischer Versorgung kann als ein entscheidender Schritt zur Interkulturellen Öffnung eines Gesundheitswesens angesehen werden.

Konkrete Empfehlungen – übertragen auf die Regelversorgung im Krankenhaus - liegen durch den Bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit vor (9), ähnliche Forderungen liegen von Fachgesellschaften vor (10). Diese sind z.B.

- Verbesserte Kommunikation, z.B. qualifizierte Dolmetscher, fremdsprachige Materialien, Informationsveranstaltungen für Patientengruppen;
- Eine Personalentwicklung, die die Diversität der Bevölkerung abbildet, einschließlich entsprechender Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter;
- Die Benennung verantwortlicher Migrations-/ Migrantinnen- oder Integrationsbeauftragter in entsprechenden Strukturen.

Ein Beispiel für ein evaluiertes Fortbildungskonzept zur Förderung Interkultureller Kompetenz ist MIKKI (Migration und Gesundheit, kulturelle Kompetenz im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf). Es umfasst drei Komponenten:

- Fortbildungen zu Fachthemen im Bereich „Migration und Kindergesundheit“;
- Integrierte Vorträge auf Fachveranstaltungen, die jeweils einen Bezug zum Thema „Migration“ aufzeigen;

- Fortbildungen zur Interkulturellen Kommunikation in einem dreistufigen Angebot (dezentrale Grund- und Aufbaukurse, zentrale Abschlusskurse).

Allein mit den Fortbildungen zur Interkulturellen Kommunikation konnten bereits über 1150 Teilnehmer mit dem Grundkurs erreicht werden.

Migration als Ressource ...oder Risiko im Kindes- und Jugendalter?

Kinder entscheiden selten selbst über Zeitpunkt, Ziel oder Dauer der Migration. Bewältigte schwierige Lebenssituationen können eine Ressource für die Zukunft sein. Bisher werden diese Ressourcen oft nicht in den Blick genommen, z.B. stabile Strukturen der Familien oder die Unterstützung auch durch den weiteren Familienkreis, ggf. über die Grenzen hinweg. Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI (Robert Koch Institut) (11) stellte darüber hinaus für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund u.a. günstigere Ergebnisse für das Stillen, Tabak- und Alkoholkonsum sowie atopische (allergische) Erkrankungen fest.

Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund erzielten aber auch schlechtere Ergebnisse in der Wahrnehmung von Präventionsmaßnahmen. Gesundheitliche Nachteile im KiGGS (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) bestanden hier im Bereich der Ernährung (Übergewicht, Adipositas), Sport, Bewegung, Schutzverhalten beim Fahrradverhalten und Inlineskaten, Mundgesundheitsverhalten sowie Früherkennungsmaßnahmen (11).

Altersphasenspezifische Ansätze

Die Befragung der BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) zur Jugendsexualität von 2010 (12) ergab, dass ca. 50% der Jugendlichen mit Migrationshintergrund im Elternhaus nicht zu Verhütungsfragen beraten wurde. Dies wurde vor allem durch die Herkunft aus Ländern erklärt, in denen die üblichen Verhütungsmethoden wenig verbreitet sind. Hier müssen interkulturelle Ansätze in der Sexualpädagogik ausgebaut werden. In deren Konzeption können auch unterschiedliche Altersstrukturen der Schwangeren von Bedeutung sein:

- Die altersspezifische Fruchtbarkeitsziffer ausländischer Frauen liegt zwischen dem Alter von 20 und 30 Jahren höher als bei deutschen Frauen und ist darüber vergleichbar (13).
- Auch innerhalb der Gruppe der Migrantinnen weist das Durchschnittsalter bei der Geburt des ersten Kindes eine erhebliche Spannweite von 22.2 Jahren (Herkunftsland Türkei) bis 25.2 Jahren (Herkunftsland Polen) aus (14).

Dies weist auch auf darüber hinausgehende mögliche Unterschiede der Zielgruppen hin, die sich z.B. aus der vorausgehenden Berufstätigkeit bzw. -ausbildung ergeben könnten.

Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit ist ein etablierter Indikator der Gesundheitsberichterstattung. Sie wurde in den letzten Jahrzehnten deutlich gesenkt. Werden im gleichen Gesundheitssystem jedoch Unterschiede erfasst, z.B. zwischen Regionen und Bevölkerungsgruppen, sind die Ursachen zu klären.

2011 lag die Säuglingssterblichkeit in Deutschland insgesamt bei 3,6 Sterbefällen je 1000 Lebendgeborenen (‰). Die Spannweite der Bundesländer reichte von 2,4‰ in Sachsen, bis zu 5,0‰ in Niedersachsen bzw. 6,8‰ in Bremen. Sie wird durch die Relation zu den Ergebnissen in Europa verdeutlicht (Abb.1). Während Sachsen dort seit Jahren mit an der Spitze steht, liegen die Ergebnisse in Deutschland im Mittelfeld.

Auch die Säuglingssterblichkeit deutscher und ausländischer Säuglinge unterscheidet sich mit 3,5‰ bzw. 6,5‰ deutlich (www.gbe-bund.de). Auch hier kann eine deutliche Senkung erreicht werden. Starben z.B. in NRW 2005 noch 13,4‰ der ausländischen Lebendgeborenen im ersten Lebensjahr, waren es 2011 noch 4,8‰ (15).

Auch in NRW bestehen größere Unterschiede im Bereich der Perinatalsterblichkeit (Totgeborene und Lebendgeborene Tag 0-6). Mit Fortschreiten der Schwangerschaft steigt die Wahrscheinlichkeit der Kontakte zum Gesundheitswesen. Daher weist dies auf initiale Informationsdefizite bzw. einen fehlenden effektiven Zugang zur Wahrneh-

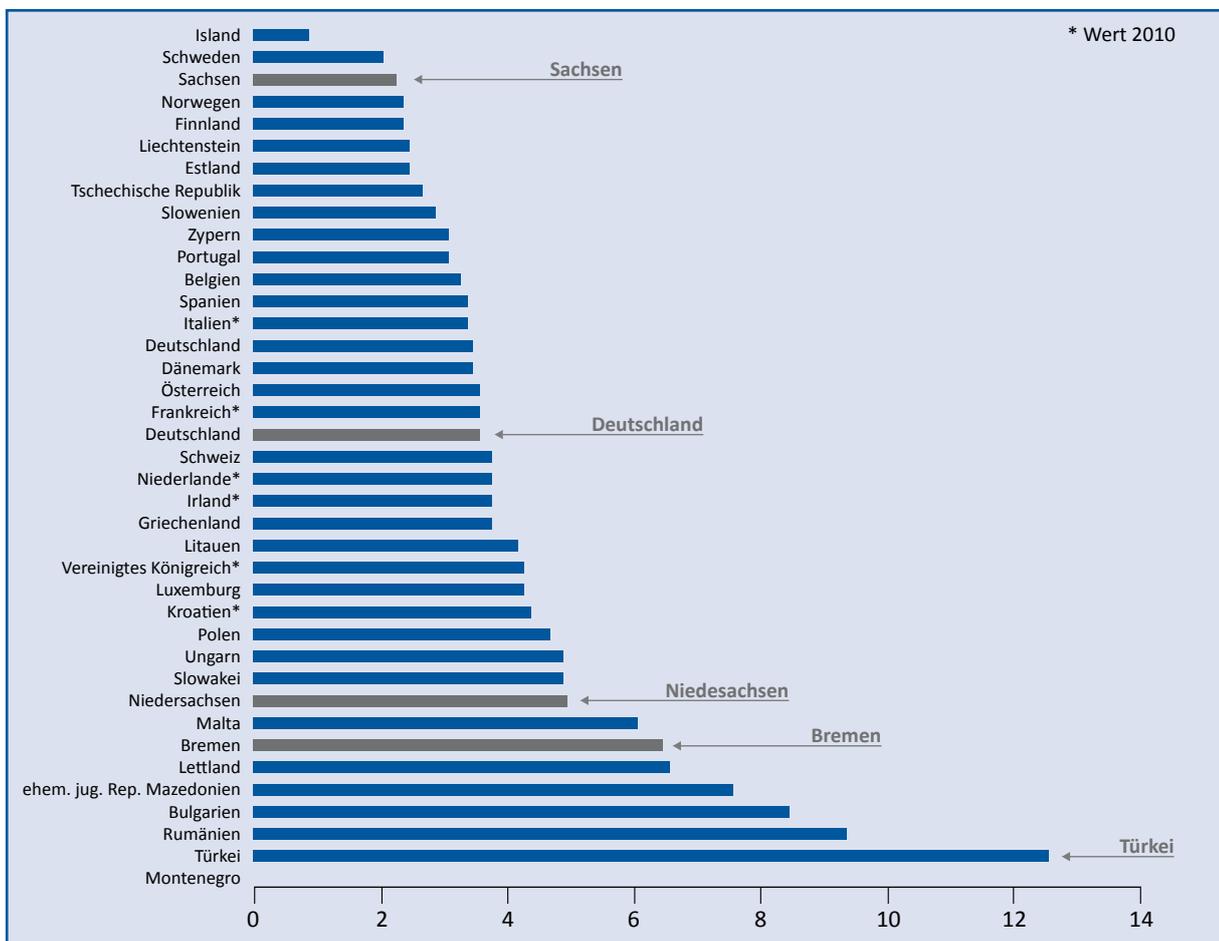


Abb. 1 Säuglingssterblichkeit in europäischen Staaten 2011 – Spannweite in deutschen Bundesländern (Quellen: Eurostat, Statistisches Bundesamt 2012)

mung von Präventionsmaßnahmen hin. Kommen Zuwanderinnen aus völlig anders strukturierten Gesundheitssystemen, kann die prä- und perinatale Gesundheitsversorgung eine Herausforderung darstellen. Bei aktueller Zuwanderungsgeschichte können Kenntnisse der medizinischen Prävention, des Screenings und der Behandlungsverfahren in Deutschland nicht vorausgesetzt werden.

Der Faktor Zeit ist hier von besonderer Bedeutung. Werden Präventionsmaßnahmen vor oder während der Schwangerschaft nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt (z.B. Folsäureprophylaxe oder Rötelnimpfung der Mutter), kann es heißen, dass diese Maßnahmen für das Kind effektiv nicht nachholbar sind. Tragisch wird dies, wenn das Kind dann betroffen ist und ggf. mit einer Fehlbildung geboren wird.

Förderung in der frühen Kindheit

In den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten werden verschiedene Problemlagen beobachtet, die gerade in Hinblick auf die Teilhabe von Kindern mit chronischen Erkrankungen sowie bei behinderten und bei durch Behinderung bedrohten Kindern auftreten können:

Die Akzeptanz von medizinischen Hilfsmitteln kann eingeschränkt sein (z.B. Brille, Hörgerät), wenn die Bedeutung für die Entwicklung oder den

schulischen Erfolg des Kindes nicht ausreichend verdeutlicht werden kann. Ein Erziehungsstil, der in den ersten Jahren eine abwartende Haltung in Bezug auf die Entwicklung in den Vordergrund stellt, kann Maßnahmen zur gezielten frühen Förderung entgegen stehen. Nicht zu unterschätzen ist das Problem, dass Familien mit Migrationshintergrund oft die Angebote der Eltern-Selbsthilfeorganisationen nicht ausreichend wahrnehmen. Das Elternnetzwerk hat daher einen neuen Schwerpunkt im Bereich Migration gesetzt.

Zuwandernde Kinder - Quereinstieg in Schule und Gesundheitswesen

Kinder können im Rahmen gezielter Arbeitsmigration ihrer Eltern, aber auch im Extremfall als unbegleitete, minderjährige Flüchtlinge (UMF) allein nach Deutschland finden. Dies zeigt die Spannweite, in der die Lebenssituation von über 68000 Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren 2011 bei der Zuwanderung nach Deutschland liegt. Dies entspricht mehr als 10% eines kompletten Jahrgangs der Geburten in Deutschland.

Für diese Kinder ist der erfolgreiche Quereinstieg in das Schul- und Gesundheitssystem besonders wichtig. Geringer vorausgehender Schulbesuch und teilweise fehlende Alphabetisierung zählen zu den Problemen im Bildungsbereich. Kinder-

Zugezogene ausländische Kinder und Jugendliche 2011		Minderjährige Flüchtlinge - Asylerstanträge		Unbegleitete Minderjährige	
Alter	N=	Alter	N=	Vorläufige Schutzmaßnahmen N=	Asylerstanträge, N=
> 1 bis 18 Jahre	60 776	unter 18 Jahre	16631* 36,4% aller Asylerstanträge insgesamt	3787**	2126*
davon		< 16 Jahre	13960*		
> 1 bis 12 Jahre	40 025	16 bis unter 18 Jahre	2671*		
12 bis 18 Jahre	20 751				
Quelle: Ausländerzentralregister		Quellen: * Drucksache 17/8577, Deutscher Bundestag; ** Bundesfachverband UMF 2012			

Tab. 2: Zuwanderung von Kindern und Jugendlichen nach Deutschland 2011

und Jugendgesundheitsdienste des öffentlichen Gesundheitsdienstes könnten durch Quereinsteiger-Untersuchungen analog zu den Schuleingangsuntersuchungen ggf. zeitnah gesundheitlichen Unterstützungsbedarf erfassen. Dies ist bisher jedoch nicht flächendeckend etabliert, ob anschließend eine volle medizinische Versorgung erfolgen kann, oft offen. Seit 2008 bestehen fachliche Empfehlungen zu Untersuchungen bei immigrierenden Kindern (16); diese Möglichkeiten sollten allen Kindern offen stehen.

Ältere Migranten in Deutschland

2010 waren bereits über 700 000 Ausländer in Deutschland über 65 Jahre alt, ihr Anteil hat sich unter den Ausländern auf rund 9 % erhöht (17). Diese Bevölkerungsgruppe ist durch ihre ethnischen, kulturellen und sozialen Hintergründe heterogen. Im Gegensatz zur Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund kann der überwiegende Teil der älteren Menschen mit Migrationshintergrund auf eigene Zuwanderungserfahrung blicken.

Negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand können z.B. die früheren Umstände der Migration, sowie frühere Lebens- und Arbeitsbedingungen in Deutschland haben. Zu diesen Faktoren zählen niedrige Einkommen, ungünstigere Wohnbedingungen und physisch belastende Arbeitsbedingungen. Auch bei vergleichbaren Krankheitsbildern können andere Häufigkeiten als bei deutschen Gleichaltrigen vorliegen. Möglicherweise wurde auch erst im Alter realisiert, dass ein ursprünglicher Rückkehrwunsch nicht umgesetzt werden kann. Besonders erschwerend ist, wenn keine sicheren Deutschkenntnisse vorliegen und auch kulturelle Schwierigkeiten bestehen, Leistungen des Gesundheitssystem und der Altenhilfe wahrzunehmen.

Pflegebedürftigkeit, Nachfrage von Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten

Die Zahl der pflegebedürftigen Personen mit Migrationshintergrund wird für 2009 auf 201.000 Personen geschätzt, d.h. 8,6% der Pflegebedürftigen.

Dies entspricht in etwa dem Anteil der Personen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung über 65 Jahren (8,7%). Handlungsempfehlungen zur interkulturellen Pflegeversorgung (18) zielen auf die allgemeine Integration von Migrantinnen und Migranten. Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung und die Überwindung von Sprachbarrieren sind generelle Strukturdefizite, die es zu ändern gilt. Dies ist für alle vulnerablen (gefährdeten) Gruppen von Bedeutung.

Auch hier ist die Stärkung der Prävention besonders wichtig, hierbei rücken im Alter stärker die sekundäre und tertiäre Prävention in den Vordergrund. Die Bedeutung geschlechtsspezifischer Angebote gilt hier in besonderer Weise, kulturelle Faktoren müssen verstärkt in die Pflege einbezogen werden.

Aktuelle Herausforderungen und Handlungsansätze

FLÜCHTLINGE, ASYLBEWERBER

Aktuell zeichnet sich nach einer längeren Phase der Stabilisierung ein erneuter Anstieg der Asylanträge ab. Die Empfehlungen des Bundesweiten Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit von 2012 (19) zeigen den Handlungsbedarf auf:

So wird empfohlen, allen Asylsuchenden eine allgemeinärztliche Untersuchung einschließlich einer evtl. notwendigen Grundversorgung anzubieten, die auch ggf. Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung erfasst. Bei Bedarf sollen weitergehende diagnostische und therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden und den Asylsuchenden der Zugang zu diesen Maßnahmen erleichtert werden. Die Einschränkung des § 4 Asylbewerberleistungsgesetz auf akute Krankheiten und Schmerzen soll im Zuge der fälligen Novellierung des Asylbewerberleistungsgesetzes wegfallen.

MENSCHEN OHNE REGULÄREN AUFENTHALTSSTATUS

Auch die Situation für Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus ist unbefriedigend. Hier ist durch die behördliche Meldepflicht nach dem Aufenthaltsgesetz sowie die Verpflichtung zum Datenabgleich mit der Ausländerbehörde nach Asylbewerberleistungsgesetz de facto eine Einlö-

sung ihres Rechtsanspruches nur eingeschränkt möglich. Die Empfehlungen des Bundesweiten Arbeitskreises sehen deutliche Änderungen vor:

„...Die Gewährung von Leistungen zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus soll nicht an eine Meldepflicht gekoppelt werden. Eine Änderung des §87 Abs. 2 AufenthG und des §11 Abs. AsylbLG dahingehend, dass Träger der Sozialhilfe von der behördlichen Übermittlungsfrist ausgenommen werden, ist daher erforderlich. Solange eine behördliche Meldepflicht nach §87 AufenthG besteht, sollen flächendeckend staatliche Lösungen zur Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthalt entwickelt und vorgehalten werden.“ (19)

Eine Duldung jeweils für den Zeitraum von drei Monaten vor dem errechneten Termin und nach der Geburt sollte grundsätzlich für schwangere Frauen ohne Aufenthaltsstatus geschaffen werden.

EU-BÜRGER OHNE AUSREICHENDEN KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ

Aus den neuen Beitrittsländern der EU kommen zunehmend Zuwanderer nach Deutschland (Tab. 1). Derzeit gestaltet sich die gesundheitliche Versorgung von EU-Bürgern schwierig, die in Deutschland ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz leben. Derzeit ist der Zugang zum Arbeitsmarkt für EU-Bürger aus Bulgarien und Rumänien eingeschränkt, im Krankheitsfall besteht oft nur Zugang zu unabweisbar gebotenen Leistungen, jedoch nicht zu Vorsorgeleistungen oder Prävention. Diese Einschränkungen sollten nach

den Empfehlungen des Bundesweiten Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit aufgehoben werden (19).

Perspektiven

Vielfältige Initiativen zur Förderung der Integration machen die systematische und sektorenübergreifende Vernetzung auf kommunaler Ebene besonders wichtig.

Im Gesundheitsbereich sollte die Diversität der Bevölkerung in Versorgungskonzepten und –strukturen abgebildet werden. Allen Bevölkerungsgruppen sollte ein effektiver Zugang zu Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung eröffnet werden.

Die Grundlage hierfür könnte eine sich ergänzende und verbundene Gesundheits- und Integrationsberichterstattung werden, die dort, wo sie besteht, auch besondere Bedarfe erfasst. Besonders verdeutlicht wird dies am Beispiel wandernder und junger Familien. Nur in wenigen Fällen ist hierbei eine besondere medizinische Versorgung erforderlich. Sie benötigen aber besondere Unterstützung zum Zeitpunkt der Zuwanderung: bei einem eingeschränkten rechtlichen Zugang zur medizinischen Versorgung oder bei chronischen Erkrankungen bzw. Behinderungen der Kinder oder Eltern. Dies setzt einen Schwerpunkt auf die effektive interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems.

Quellenangaben siehe Anhang 1



DIE WORKSHOPS

Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen

Leitung: Dr. Zimmerman/Dr. Mospanova,
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst beim Gesundheitsamt der Stadt Köln

ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

1. Installation von niederschweligen, aufsuchenden Angeboten für Arztkontakte

Ein erfolgreicher Zugang ist die direkte Ansprache und der zwischenmenschliche Kontakt (Face to Face).

Der Einsatz von Flyern als Infomaterial für Migrantinnen und Migranten ist nicht ausreichend.

Zur besseren Erreichbarkeit von Familien wurde darauf hingewiesen, dass niederschwellige Angebote in Form aufsuchender Arbeit einen besseren Zugang ermöglichen. So kann sich das Gesundheitssystem den Familien gegenüber, die den Kontakt mit Ärzten meiden und schwer erreichbar sind, öffnen. Hier wird die Art des Zugangs zu den Familien als entscheidender Aspekt zur Zusammenarbeit zwischen den Familien und dem Gesundheitssystem oder dem System der frühen Hilfen benannt, da so die vertrauensbildende Basis geschaffen wird, die einen günstigen Nährboden für die weitere Arbeit darstellt.

Um besser in Kontakt zu Flüchtlingskindern zu kommen ist es ratsam, innerhalb der Flüchtlingswohnheime eine Beratung für Mütter anzusiedeln. Dort können innerhalb eines niederschweligen Angebots Themen wie gesunde Kinderernährung oder Erziehung besprochen werden.

Zugehende und kultursensible Angebote im Sozialraum sind dann erfolgreich, wenn sie mit Migranten als Multiplikatoren vertrauensvoll organisiert werden.

So werden seit 2008 die Kinder-Willkommensbesuche bei allen Familien mit Neugeborenen durch

ca. 190 interkulturell geschulte, ehrenamtliche Mitarbeiterinnen mit und ohne Migrationshintergrund durchgeführt und sind Bestandteil des Kölner Frühwarnsystems.

2. Nachhaltige Begleitung von Schwangeren zur Prävention

Um bestehende und sich generationsweise wiederholende, ungünstige Lebensentwürfe von Familien und Erziehung aufzufangen, ist ein präventives und nachhaltigeres System erforderlich. Das bestehende System der frühen Hilfen und der Willkommensbesuche greift noch zu kurz. Als guter Schritt in die richtige Richtung wird die Begleitung der Frauen während der Schwangerschaft betrachtet, da zu diesem frühen Zeitpunkt bereits positive Ressourcen gestärkt werden können und bei Bedarf Unterstützung gegeben werden kann.

3. Einsatz eines Sprachmittlerpools

Innerhalb der unterschiedlichen Communities sind vielfältige Ressourcen vorhanden, um Migrantinnen und Migranten mit viel Können und Wissen als Mittler einzusetzen. Für ihren Einsatz und eine bedarfsgerechte Qualifikation ist leider keine nachhaltige Dauerfinanzierung vorhanden, sondern es sind nur befristete Möglichkeiten der Projektfinanzierung aus wechselnden Quellen gegeben (vgl. MiMi-Projekt oder DRK-Integrationslotsen).

Wichtig wäre es, ergänzend einen Dolmetscherpool für den Einsatz in den unterschiedlichen Bereichen finanzieren zu können, der einen unentgeltlichen Einsatz ermöglicht, wie z. B. im Zentrum für Folteropfer.

4. Ergänzung der in Familienzentren bestehenden Angebote

Insbesondere bietet es sich an, die bestehenden Angebote innerhalb der Familienzentren zu ergänzen. Die aktuelle Entwicklung im Bereich U3-Betreuung und Inklusion stellt eine besondere Herausforderung für die Einrichtungen dar. Größere Gruppen – besonders in Einrichtungen mit einem Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund von mehr als 60% - sind im Hinblick auf den Bildungsauftrag nicht zu verantworten. Im Gegenteil sind kleine Gruppen zu empfehlen, um Entwicklungsdefizite so früh wie möglich ausgleichen zu können. Zu beobachten ist auch ein Anstieg der Zahl von Erziehungsberechtigten, die psychisch belastet sind und keine größere Familie im Hintergrund haben, die die Situation mit auffängt, was die Elternarbeit erschwert.

Das Kölner Netzwerk "Gesundheitsfördernder Kindergarten" unterstützt darum im Auftrag der Kommunalen Gesundheitskonferenz mehr als 50 Einrichtungen z.B. zu Fragen der Gesundheitsförderung.

5. Gestaltung des öffentlichen Raums – Milieuvermischung

Wichtige Bausteine der Prävention sind Kitas und Familienzentren sowie – ergänzend - die Gestaltung des öffentlichen Raumes. So kann beispielsweise der Kumulation von sozialer Benachteiligung in bestimmten Stadtteilen entgegengewirkt werden, indem über die Stadtentwicklung eine Vermischung der Milieus stattfindet. Es kann sich keine dominante Hauptkultur entwickeln, sondern eher ein Voneinander-Lernen wird möglich.

6. Systemische statt punktueller Entwicklung im Schnittstellenbereich zwischen dem bestehenden Gesundheitssystem und den Bereichen Bildung, Frühe Hilfen, Förderung etc.

Es gibt bereits viele Konzepte - wie die Sprachförderung, das Integrationskonzept inklusive der Ressourcenbündelung oder auch die Gesundheitsstützpunkte. Wichtig für diese Systeme ist es, die gesundheitlichen und pädagogischen Aspekte

zusammen zu fügen und entsprechend Multiplikatoren zu schulen. Da bereits viele gute Angebote bestehen, sind punktuelle Veränderungen nicht erforderlich, sondern eine systemische Entwicklung ist vorrangig.

Ein Beispiel dafür ist die „Koordinationsstelle für Gesundheit von Migranten und Migrantinnen“ in Köln-Mülheim, bei der Multiplikatoren unterschiedlicher Bereiche (SPZ, Stadt Köln, Krankenkassen, Sozialraumkoordinatoren, Frühförderzentrum etc.) durch intensiven Austausch ein abgestimmtes Hand-in-Hand-Arbeiten ermöglichen. Die städtischen Jugend- und Familienberatungsstellen entwickeln außerdem einen Plan zur engeren, abgestimmten Zusammenarbeit. Für eine gute Zusammenarbeit der vernetzten Akteure braucht es eine Steuerung und Koordination.

Zur Kontaktaufnahme mit Zielgruppen unterschiedlicher kultureller Herkunft müssen außerdem die Ressourcen wie z.B. qualifizierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund erweitert und der Einsatz weiterer „Stadtteilmütter“ gefördert werden.

Die Anzahl von Kinderärzten in Köln ist insgesamt gemessen an der Bevölkerungszahl zwar ausreichend, jedoch sind mehrere Stadtteile mit besonderen Bedarfen unter- oder gar nicht versorgt. Das macht eine Vernetzung zwischen Gesundheitssystem und pädagogischen Bereichen nicht oder nur schwer möglich.

Um als Kinderarzt die Kinder möglichst früh zu erreichen, bieten sich Besuche in den Kindergärten und Kindertagestätten/Familienzentren an, um ergänzende Informationen über die Kinder zu erhalten. In diesem Zusammenhang wurde erläutert, dass die Schuleingangsuntersuchungen des schulärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes die einzige Schnittstelle im Gesundheitssystem ist, welche alle Kölner Kinder erreicht. Der schulärztliche Dienst diagnostiziert zwar nur, kann aber nachfolgende Behandlungen durch niedergelassene Kinder- und JugendärztInnen anregen und vermitteln. Für die Gruppe der zugewanderten Kinder und Jugendlichen gilt, dass die Kinder als Quereinsteiger vor dem Schulbesuch zum Arzt müssen. Werden zu diesem Zeitpunkt Hinweise für weitere Behandlungen deutlich, scheitert eine fortführende und langfristige Arbeit meist an einer fehlenden Vernetzung der Akteure.

Es wird empfohlen, die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen systematisch und anhand festgelegter Gesundheitsthemen zu erfassen und zu bewerten. Durch Ratsbeschluss vom 15.5.2007 wurde zudem der „Gesundheits-Check“ durch

den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes für 4-jährige Kinder in Kitas/Familienzentren eingeführt. Mangels Personal-Kapazität kann dieses Programm nicht lückenlos umgesetzt werden. Dies wäre jedoch dringend erforderlich.

Zum Abschluss des Workshops wurden aus der Diskussion folgende Forderungen zur Vorstellung im Plenum festgehalten:

- Installation von niederschweligen, aufsuchenden Angeboten für Arztkontakte
- Nachhaltige Begleitung von Schwangeren zur Prävention
- Einsatz eines Sprachmittlerpools
- Ergänzung der in den Familienzentren bestehenden Angebote
- Gestaltung des öffentlichen Raumes (Milieumischung)
- Systemische statt punktueller Entwicklung im Schnittstellenbereich zwischen dem bestehenden Gesundheitssystem und den Bereichen Bildung, Frühe Hilfen, Förderung etc.

WORKSHOP 2:

Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Köln

Leitung: Dr. Ali Kemal Gün, Psychologischer Psychotherapeut, Integrationsbeauftragter der LVR-Klinik Köln

Zu Beginn des Workshops formulierten die Teilnehmenden, auf Nachfragen von Dr. Gün, folgende Themen, Fragestellungen, Anliegen und Interessen:

- Wo kann ich Hilfe holen?
- Wie kann ich (als Diplompsychologe) selbst am besten helfen?
- Wo sind die Schnittstellen zwischen Jugendhilfe (Pädagogik) und Psychiatrie? Bei jugendlichen, traumatisierten Flüchtlingen erweisen sich häufig Probleme der Zuordnung als Hürde für die Hilfestellung.
- Wohin vermittelt die Familienberatung, wenn sich bei ratsuchenden Eltern (zusätzlicher oder ausschließlicher) Bedarf an psychiatrischen/psychotherapeutischen Hilfen zeigt?
- Vermittlung der psychisch erkrankten Eltern mit Migrationshintergrund.
- Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund.
- Wohin können psychisch erkrankte Menschen mit unzureichenden Deutschkenntnissen vermittelt werden?
- Zunehmender Bedarf von Menschen mit Alkoholproblemen aus den ehemaligen GUS-Staaten zeichnet sich ab. Es besteht in der Suchthilfe Bedarf an neuen, weiterführenden Angeboten in russischer Sprache, die auf diese Problemlage zugeschnitten sind.
- Es gibt Probleme bei der Kostenerstattung notwendiger Behandlungen durch die Krankenkassen.
- Von der Frauenberatung wird die Vernetzung der Beraterinnen und Psychotherapeutinnen gewünscht.
- Wie kann psychiatrische Behandlung für Personen ohne Versicherungsschutz (aus Rumänien, Bulgarien, EU-Ländern) sichergestellt werden? Behandlungsmöglichkeit bzw. Versorgungsbedarf der Papierlosen, (hier können ggf. Ergebnisse aus Workshop 3 herangezogen werden).
- Es fehlen Angebote psychologischer/psychiatrischer Hilfe auf der rechten Rheinseite Kölns.
- Es besteht Bedarf an Angehörigenberatung und Selbsthilfeangeboten für Personen mit Migrationshintergrund.
- Bei der gesetzlichen Betreuung zeigen sich Probleme bei der Zuordnung von Hilfen innerhalb der Stadt Köln.
- Es besteht eine zu lange Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz.
- Bei einem Modellprojekt traumatisierte Flüchtlinge wird Vernetzung gewünscht.
- Was passiert bei der Entlassung von Patientinnen und Patienten aus der Psychiatrie (insbesondere ohne Angehörige), wie wird der Anschluss geregelt?

Ausgehend von dem Thema des Workshops „Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Köln“ machte Dr. Gün folgende Ausführungen:

Die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung von Migrantinnen und Migranten beschäftigt uns seit der Gründung unserer „AG Migration und Gesundheit“ ununterbrochen. Leider haben wir immer noch keine zufriedenstellende Lösung für das Problem finden können. Im Gegenteil, das Problem erreicht immer gravierendere Dimensionen. Denn der Bedarf wird immer größer, die Anzahl der Kolleginnen und Kollegen, die für die Versorgung zur Verfügung stehen, bleibt konstant (niedrig) und die Wartezeiten werden immer länger.

Unsere Forderungen nach Sonderbedarfszulassungen für zumindest bestimmte/größere Migrantengruppen wurde vom Zulassungsausschuss der Kammer Psychotherapie bei der Kassenärztlichen Vereinigung überhaupt nicht berücksichtigt. Die Ablehnung dieser Forderungen wurde damit begründet, dass kein Bedarf bestehe.

Alle, die die Kölner Verhältnisse kennen, müssen wissen, dass diese Behauptung schlicht und einfach realitätsfern und falsch ist.

Im Folgenden werde ich zu unseren Anstrengungen berichten, wo wir uns auf verschiedenen Ebenen bemüht hatten, eine Verbesserung im Versorgungssystem für Migranten herbeizuführen. Die Situation hat sich seither in keiner Weise zum Guten verändert. Ebenso fand kein grundlegender Wandel in den Haltungen der Verantwortlichen statt.

Neues Psychotherapeutengesetz und psychotherapeutische Versorgung der Migrantinnen und Migranten

Um die Sachlage zu verdeutlichen, ist eine Auseinandersetzung mit den Entwicklungen seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes unumgänglich.

Nach Einführung des Heilberufsgesetzes von 1999 hat sich die psychotherapeutische Versorgung der Migrantinnen und Migranten erheblich verschlechtert. Das Gesetz brachte zwar für die Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten im Allgemeinen große Vorteile und bedeutete für diese Berufsgruppen einen sehr wichtigen Fortschritt, bewirkte aber gleichzeitig einen enormen Rückschlag für die Versorgung der Menschen mit Migrationshintergrund. Denn das Gesetz schloss ausländische Kolleginnen und Kollegen von der Approbation aus, wenn diese nicht aus den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum stammten. Gerade diese Kollegen nahmen aber in der Versorgung der Migrantinnen und Migranten eine sehr wichtige Rolle ein.

In der praktischen Ausübung hat das Gesetz dazu geführt, dass viele Kollegen, die bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes mit dem Kostenerstattungs-

verfahren gearbeitet hatten, keine Approbation bzw. Kassenzulassung mehr bekamen, weil sie die Voraussetzungen des Gesetzes aufgrund ihrer nationalen Zugehörigkeit nicht erfüllen konnten.

Der Vollständigkeit halber sollte hier erwähnt werden, dass das Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen (das sog. Anerkennungs-gesetz) Änderungen der Bundesärzteordnung mit sich bringt. Danach spielt für die Erteilung der Approbation die Staatsbürgerschaft des Arztes bzw. Psychotherapeuten keine Rolle mehr. Diese betreffen Ärzte und Psychotherapeuten, die ihre Ausbildung außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) oder der Schweiz absolviert haben und/oder die Staatsbürgerschaft eines Landes besitzen, das nicht zum EWR oder der Schweiz gehört. (<http://www.marburger-bund.de/mb-zeitung/mbz2012/mbz02-12/06.php>)

Schon im Mai 1999 wandte sich die AG Migration und Gesundheit (ehemals „Projektgruppe Gesundheitsprobleme ausländischer Bürgerinnen und Bürger“) mit einer „Stellungnahme über die Gesundheitsversorgung der Migrantinnen und Migranten“ an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Bezirksstelle Köln, und bat um einen erleichterten Zugang der Kolleginnen und Kollegen mit therapeutischer Kompetenz in den Sprachen der bevölkerungsreichsten Migrantengruppen in Bezug auf die Erteilung der Approbation und Zulassung. In diesem Schreiben wird folgendes festgestellt: *„Sprach- und kulturbedingte Zugangsbarrieren sowie unzureichende Kenntnisse über das deutsche Gesundheitssystem erschweren die Beziehung zwischen deutschen Psychotherapeuten/Ärzten und ausländischen Patienten. Nicht selten führt dies zu Fehleinschätzungen sozialer und gesundheitlicher Probleme bis hin zu Fehldiagnosen. Daraus resultieren für die Betroffenen oft jahrelange Odysseen durch die medizinisch-therapeutischen Versorgungseinrichtungen und für die Kassen „unnötige“ finanzielle Belastungen. Durch gezielte Verbesserung der Versorgungsstrukturen könnte dem entgegengewirkt werden. Das neue Psychotherapeutengesetz, das zur Verbesserung und Aufwertung der Berufsgruppe der Psychologen beiträgt, schließt leider diejenigen Kolleginnen und Kollegen aus, die nicht aus den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraumes kommen.“*

Dass die Versorgung der Menschen mit Migrationshintergrund bei der Bedarfsplanung nicht angemessen berücksichtigt worden war, hat sich ziemlich schnell herausgestellt. Nach etwa einem Jahr wandte sich eine approbierte Kollegin an den Vorsitzenden der AG Migration und Gesundheit und wies auf die Schwierigkeit hin, eine Zulassungserlaubnis zu bekommen. Auf ihren Wunsch wurde von dem Verfasser dieses Artikels eine Bestätigung geschrieben (17.04.2000). Daraus geht hervor, dass „die Gesundheitsversorgung der Migrantinnen und Migranten - zumindest in Bezug auf bestimmte Bereiche, wie psychotherapeutische Versorgung - defizitär ist“ und zumindest ein Teil der Migrantinnenpatienten „aufgrund der sprachlichen und kulturellen Barrieren nicht ohne weiteres zu den niedergelassenen, deutschen Kolleginnen und Kollegen überwiesen werden können und wir auf mutter- bzw. fremdsprachliche Kolleginnen und Kollegen sehr angewiesen sind.“

Die Entscheidungsträger wurden gebeten, „ernsthaft zu überlegen, wie die Niederlassungsbe-

schränkungen für die mutter- und fremdsprachlichen Therapeutinnen und Therapeuten möglichst reduziert werden können.“

Zwei Fallbeispiele aus dem türkisch-sprachigen Bereich

Anhand von zwei ausgewählten Fallbeispielen soll hier verdeutlicht werden, dass die vorhandene Versorgungsstruktur dem Versorgungsbedarf nicht entspricht. Einige Patientinnen und Patienten, die von ihren behandelnden Ärzten eine muttersprachliche Psychotherapieempfehlung bekommen haben, haben sich an ihre Krankenkassen gewandt und um Hilfe bei der Suche nach einer/m muttersprachigen Psychotherapeutin/en gebeten. Die Krankenkassen haben auf die zugelassenen Vertragstherapeuten hingewiesen und zwei bzw. drei Namen genannt, obwohl ihnen hätte bekannt sein müssen, dass diese Therapeuten über keine weiteren Kapazitäten verfügen.

FALLBEISPIEL 1

Frau A. ist seit Januar 1995 in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei einem einheimischen Arzt. Dieser stellte ihr am 24. Mai 2004 ein Attest zum Antrag auf Durchführung einer Paartherapie mit folgender Begründung aus: „Aufgrund der Erkrankung von Frau A. ist es in der Partnerschaft der Betroffenen zu erheblichen Spannungen gekommen. Um die Ehe zu retten und um eine psychische Stabilisierung für Frau A. herbeizuführen, ist eine Therapie, in die auch der Ehemann der Betroffenen einbezogen wird, aus fachärztlicher Sicht dringend erforderlich. Da Herr A. nur unvollkommen der deutschen Sprache mächtig ist, sollte diese Paartherapie in der türkischen Muttersprache des Paares durchgeführt werden. Wichtig ist ebenfalls, den kulturellen Hintergrund des Paares mit einzubeziehen. Die Kasse wird gebeten, dem Ehepaar A. einen muttersprachlichen Paartherapeuten zu benennen und die Kosten für das Verfahren zu übernehmen.“ (Dr. H.)

Frau A. stellte bei ihrer Krankenkasse (in der Anlage o.g. ärztliche Attest) einen Antrag auf Durchführung einer „Psychotherapie bei einem muttersprachlichen Therapeuten, der mit der türkischen bzw. kurdischen Sprache, Kultur, Familienstruktur, Sitten und Gebräuchen vertraut ist.“ Sie schrieb: „Da ich nach langem Bemühen bei keinem muttersprachlichen Psychotherapeuten einen Termin bekommen konnte, bitte ich Sie, mir einen zu nennen und dafür die Kosten zu übernehmen.“

Die Krankenkasse schreibt an Frau A. folgende Antwort:

„Sehr geehrte Frau A., eine Psychotherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Verordnung kann zu unseren Lasten durchgeführt werden, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Diese sind im Sozialgesetzbuch (SGB) V sowie in den Psychotherapie-Richtlinien geregelt. Hiernach sind psychotherapeutisch tätige Ärzte und

psychologische Psychotherapeuten zur Durchführung berechtigt, die bestimmte Voraussetzungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen und eine Zulassung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erhalten haben.

Beigefügt erhalten Sie eine Liste bzw. einen Auszug aus der Liste der Vertragstherapeuten, welche die o. g. Voraussetzungen erfüllen.

Wir bitten Sie, sich wegen einer Behandlung an einen dieser Vertragstherapeuten zu wenden.

Bei weiteren Fragen oder Problemen setzen Sie sich bitte erneut mit uns in Verbindung. Wir sind gerne weiter behilflich. Mit freundlichen Grüßen

Anlage

Liste der muttersprachlichen Therapeuten:

1. Aypar, Cengiz ...

2. Karacaoglan, Ismail-Hakki ...

In Köln gibt es keine weiteren muttersprachlichen (türkisch/kurdisch) Vertragstherapeuten.“

In dem Antwortbrief wurde mit keinem Wort auf den Wunsch der Patientin eingegangen. Die schriftliche Interaktion zwischen der Patientin und der Sachbearbeiterin der Krankenkasse ist durch ein völliges Missverständnis geprägt, wenn man der Sachbearbeiterin der Kasse nicht unterstellen möchte, dass sie bewusst das Anliegen der Patientin in ihren Antwortschreiben ignoriert hat. Die Patientin schrieb ja in ihrem Antrag, dass sie sich an die Krankenkasse wende, weil sie nach langen Bemühen keinen muttersprachlichen Psychotherapeuten habe finden können. Mehrfache Versuche der Patientin, bei den genannten Therapeuten einen Termin zu bekommen, waren aufgrund der vollkommen ausgelasteten Kapazität seitens der Therapeuten aussichtslos.

FALLBEISPIEL 2

Frau S.-Ö. leidet unter einer posttraumatischen Belastungsstörung. Ihr behandelnder Facharzt für Neurologie und Psychiatrie wies auf die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung hin: „Bei Frau S.-Ö. liegt eine schwere posttraumatische Belastungsstörung mit rezidivierenden depressiven Episoden vor. Neben der medikamentösen Therapie ist die Patientin dringend auf eine muttersprachliche Psychotherapie angewiesen, von daher bitte ich dringend um Bewilligung einer Psychotherapie nach dem Kostenersatzprinzip! Frau S.-Ö. ist durch die Erkrankung ganz erheblich eingeschränkt und braucht dringend eine psychotherapeutische Hilfe.“ (Dr. M.).

In der Kölner Region gibt es nur eine einzige muttersprachliche Traumatherapeutin, die bereit gewesen wäre, die Patientin zu übernehmen. Da sie aber keine Kassenzulassung hat und einer Erneuerung ihrer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung nicht stattgegeben wurde, hat die Krankenkasse den Antrag auf Kostenerstattung abgelehnt. Die Antwort dieser Krankenkasse lautet:

„Sehr geehrte Frau S.-Ö. Sie beantragen die Kostenübernahme für eine Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung. Ab dem 01.10.1999 haben die Versicherten die Möglichkeit, unter allen zugelassenen ärztlichen und nichtärztlichen psychotherapeutischen Leistungserbringern zu wählen. Voraussetzung für eine Kostenübernahme von Seiten der (Name der Krankenkasse) ist jedoch, dass beide von der Kassenärztlichen Vereinigung hierfür ermächtigt wurden. Entsprechende zugelassene Vertragstherapeuten können Ihnen von der Zentralen Informationsbörse Psychotherapie der Kassenärztlichen Vereinigung in Köln – ZIP, Telefon: 0221 – 77636711, Ihr Ansprechpartner: Herr D. benannt werden. Darüber hinaus können dort Therapieverfahren und Therapieschwerpunkte sowie Wartezeiten auf einen Therapieplatz oder Diagnostiktermine abgefragt werden. Um Ihnen behilflich zu sein, haben wir uns bereits Therapeuten benennen lassen, welche die Behandlung in Ihrer Muttersprache durchführen können.

Bitte setzen Sie sich mit den nachfolgend genannten Praxen in Verbindung, damit eine Terminvereinbarung erfolgen kann. Beachten Sie hierbei, dass in diesem besonderen Fall eine Wartezeit von bis zu 6 Monaten akzeptabel ist. Sollte Ihnen die Wartezeit nicht zusagen, besteht die Möglichkeit, sich deutschsprachige Therapeuten benennen zu lassen. Eine Behandlung ist dann unter Hinzuziehen eines Dolmetschers möglich. Bitte berücksichtigen Sie hierbei, dass die Kosten für die Dolmetschertätigkeit nicht zu Lasten der Krankenkasse abrechnungsfähig sind.

1. Ismail Karacaoblan ...
2. Zangiz Aypat ...
3. Dr. Yusuf Gökelman ...

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an uns.

Mit freundlichen Grüßen“, (Name der Krankenkasse)

Unabhängig davon, dass die Namen der Therapeuten nicht korrekt geschrieben sind, misst die Krankenkasse der Dringlichkeit der psychotherapeutischen Behandlungsbedürftigkeit seitens des behandelnden Arztes (s.o.) keinerlei Bedeutung bei und schlägt wie im Fall der Frau A. den gleichen Psychotherapeuten vor. Die Krankenkasse nimmt in Kauf, dass die Patientin 6 Monate auf den Therapieplatz warten muss und berücksichtigt nicht, ob die Patientin überhaupt in der Lage ist, den finanziellen Aufwand für Dolmetscherkosten zu übernehmen. Ferner wird in dem Antwortschreiben der Krankenkasse die Tatsache nicht wahrgenommen bzw. ignoriert, dass es sich bei der Patientin um eine schwere posttraumatische Belastungsstörung handelt und es werden Namen von drei muttersprachlichen Therapeuten genannt, die keine Traumatherapieausbildung haben.

Die Stellungnahmen der beiden Krankenkassen sind fern von jeglicher Realität. Denn Tatsache ist, dass die Beitrag zahlenden Ratsuchenden sich deswegen an ihre Krankenkassen gewandt haben, weil sie bei den genannten Vertragstherapeuten keine Termine bekommen haben. Die Wartezeiten bei einigen muttersprachlichen Therapeuten betragen zwei bis drei Jahre.

Frau Dr. Karacaoglan stellte am 30.05.2005 folgendes ärztliches Attest aus: „Herr C. stellte sich im April 2004 in der hiesigen Praxis vor. Der Patient sucht eine Psychotherapie in türkischer Sprache, da er der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtig ist. Aktuell beträgt die Wartezeit für einen Therapieplatz in türkischer Sprache in der hiesigen Praxis ca. 2 Jahre, so dass eine Psychotherapie von Herrn C. nicht angeboten werden kann.“ (Dr. med. Uta Karacaoglan)

Die Aussagen von Frau Dr. Karacaoglan im Mai 2005 wurden im November 2011 von der Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW bestätigt. In ihrer Stellungnahme zur Ablehnung des Petitionsausschusses des Deutschen Bundestages, eine kultursensible, muttersprachliche psychothe-

rapeutische Versorgung für Migranten in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen, sagte Frau Konitzer: „Diesen ablehnenden Beschluss bedauern wir sehr, da Migranten, die sprachlich nicht vollständig integriert sind, damit von der Regelversorgung ausgeschlossen bleiben. Migranten warten bei muttersprachlichen Psychotherapeuten bis zu zwei Jahren auf einen ersten Termin oder bekommen gar keine Behandlung.“

Im Kölner Stadtanzeiger war am 4. Mai 2004 zu lesen, dass „Wartezeiten bis zu drei Jahren keine Seltenheit“ seien. Im gleichen Artikel wurde der Verfasser dieses Artikels wie folgt zitiert: „Jeden Tag muss ich Landsleute abweisen und kann sie an keinen Therapeuten vermitteln, der ihre Spra-

che spricht.“ Und er prophezeit: „Wir werden in 40 Jahren immer noch dieselben Probleme haben, weil die Regelversorgungs-Einrichtungen, wie die Familienberatungsstelle nicht in der Lage sind, auf die spezifischen Bedürfnisse der Migranten einzugehen. Wir müssen uns alle mehr öffnen.“

Trotz mehreren, teilweise kontrovers geführten Diskussionen in unterschiedlichen Gremien (u.a. in der Kommunalen Gesundheitskonferenz) konnte keine Verbesserung der desaströsen Versorgungsstrukturen erreicht werden. Psychologische Psychotherapeuten, die bereit waren, die Versorgungslücke zumindest teilweise zu schließen, wurden nicht zugelassen.

Der Verlängerungsantrag einer Kollegin, die eine befristete Zulassung in Köln hatte, wurde nicht bewilligt. In dem Ablehnungsbescheid in der Ermächtigungssache dieser Kollegin stellt der Zulassungsausschuss folgendes fest: *„Einer Erneuerung der Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung konnte für weitere 2 Jahre nicht stattgegeben werden, da festgestellt wurde, dass die beantragten Leistungen im Planungsbereich von niedergelassenen psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringern insoweit erbracht und sichergestellt werden.“*

Die Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit brachte in einem Brief (23.06.2004) an den Berufungsausschuss für Ärzte – Psychotherapie – für den Bezirk der KV Nordrhein auf diese Entscheidung ihr Unverständnis zum Ausdruck.

Eine Kopie dieses Briefes wurde an insgesamt 27 Institutionen und Entscheidungsträger geschickt. Weder der Hauptadressat, der Berufungsausschuss, noch andere haben es für nötig gehalten, auf den Brief zu reagieren. Nur Frau Konitzer (Psychotherapeuten-Kammer NRW) und Frau Marlis Bredehorst (Dezernat V – Soziales, Senioren, Wohnen und Beschäftigungsförderung) haben geantwortet.

Auch der Rat der Stadt Köln beschäftigte sich mit der Frage der psychotherapeutischen Versorgung der Migrantinnen und Migranten.

Auf die Anfrage der PDS Gruppe vom 04.06.2004 die psychotherapeutische Versorgung der Migrantinnen und Migranten betreffend und die darin enthaltene Bitte um Auskunft, ob die Aussage der Experten zutrifft, dass nur zwei männliche, städti-

sche Psychotherapeuten für ca. 85000 bis 90000 türkischstämmige Einwanderer in Köln zuständig sind und die Zulassung von Psychotherapeuten mit Migrationshintergrund durch die kassenärztliche Vereinigung erschwert wird, wird wie folgt geantwortet:

„Die psychotherapeutische Versorgung wird in Köln sowohl von niedergelassenen ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten/innen als Krankenkassenleistung sichergestellt, als auch von Beratungsstellen in unterschiedlicher Trägerschaft geleistet. In Köln gibt es derzeit 633 niedergelassene Psychotherapeuten/innen. Davon sind 3 türkischstämmig bzw. türkischsprachig. Trotz dieser niedrigen Zahl ist die Kassenärztliche Vereinigung bei einer kürzlich durchgeführten Bedarfsumfrage bei den niedergelassenen Psychotherapeuten/innen zu dem Ergebnis gekommen, dass keine Notwendigkeit zum außerordentlichen Zulassen für fremdsprachliche Psychotherapeuten/innen besteht.“ (...)

In der Stellungnahme der Verwaltung wird die Anzahl der niedergelassenen ärztlichen und nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen in Köln mit 633 angegeben. Davon seien ca. 38 PsychotherapeutInnen in der Lage, Therapien in verschiedenen Sprachen durchzuführen.

Die Frage der PDS-Gruppe, was die Stadtverwaltung unternimmt, um die Anzahl der Psychotherapeuten mit Migrationshintergrund in ihrem Zuständigkeitsbereich zu erhöhen, wurde wie folgt beantwortet: *„Da die Entscheidung über eine Zulassung, wie oben dargestellt, bei der Kassenärztlichen Vereinigung liegt, hat die Verwaltung hier keinen Handlungsspielraum.“*

Derzeit werden im zukünftigen Entgeltsystem PEPP (**P**auschalisiertes **E**ntgeltsystem in der **P**sychiatrie und **P**sychosomatik) keine Dolmetscherkosten berücksichtigt, so dass auch für eine Therapie mit Übersetzung keine Kostenerstattung über die Krankenkasse möglich ist. Bisher sind alle Versuche fehlgeschlagen, auf kommunaler-, Landes- und Bundesebene eine Veränderung herbeizuführen, um die Versorgungssituation für Personen mit Migrationshintergrund entsprechend zu verbessern.

Ein überwiegender Teil der eingangs geäußerten Fragestellungen und Probleme ist auf das unzureichende psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungsangebot für Migrantinnen und Mig-

ranten zurückzuführen. Die Ursachen hierfür liegen in strukturellen Bedingungen begründet, denen auf politischer Ebene begegnet werden muss.

Fazit des Einführungs-Vortrags

Die extreme psychotherapeutische Unterversorgung der Migrantinnen und Migranten in Köln ist allseits bekannt. Der AK Migration und Gesundheit hat jede Gelegenheit genutzt, um auf dieses – inzwischen chronische - Problem aufmerksam zu machen und dafür vertretbare Lösungen zu entwickeln. In diesem Workshop wurde nur eine Auswahl dieser Bemühungen zusammengefasst dargestellt. Eine endgültige Lösung scheint in naher Zukunft nicht in Sicht zu sein. Weder die regionalen Verantwortlichen noch die Gesetzgeber zeigen Bereitschaft, das Problem anzunehmen

und entsprechende Schritte zu unternehmen. Am Beispiel dieses Problems wird deutlich, dass die vielschichtigen Integrationsbemühungen (von Seiten der Mehrheitsgesellschaft) in einigen Bereichen große Defizite aufweisen. Diese defizitären strukturellen Bedingungen stellen große Zugangsbarrieren dar. Zur Gewährleistung eines gleichberechtigten Zugangs und zur Verringerung von Zugangsbarrieren für Migranten sind weitreichende strukturelle Veränderungen erforderlich. In diesem Zusammenhang sind strategische und strukturelle Anpassungen der Versorgungsstrukturen an die Bedürfnisse der Menschen mit Migrationshintergrund und an den demografischen Wandel unserer Gesellschaft gefordert. Die konsequente Umsetzung des „Kommunalen Gesundheitskonzepts für Menschen mit Migrationshintergrund in Köln“ (siehe Anhang 3) könnte ein wichtiger Schritt in diese Richtung sein.

Als Fazit der Diskussion im Workshop werden folgende Kernsätze als Forderungen formuliert:

- Berücksichtigung der psychiatrisch/psychotherapeutischen Versorgung der Migranten bei der Bedarfsplanung und Bedarfsermittlung. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist damit beauftragt, noch im Jahr 2012 eine Reform der Bedarfsplanung vorzulegen. In Zukunft sollten sich die Berechnungen des Bedarfs an Ärzten und Psychotherapeuten (neben Alter, Geschlecht, sozialer Schicht, Morbidität der Bevölkerung) auch am Migrationshintergrund orientieren.
- Schaffung von gesetzlichen Rahmenbedingungen, um Interkulturelle Kompetenz in den Gegenstandskatalog zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der gesundheitsbezogenen Berufe aufzunehmen und Lehrpläne der entsprechenden Fakultäten im Hinblick auf kultursensitive Diagnostik und Behandlung neu zu definieren.
- Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung der Migranten durch Sonderbedarfszulassungen. Voraussetzung einer gelingenden Psychotherapie ist u. a. die sprachliche Verständigung. Daher sollte Migranten, die nicht hinreichend Deutsch sprechen, eine „muttersprachliche“ Psychotherapie angeboten werden. Um Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung sicherzustellen, soll die Versorgung gegebenenfalls durch lokale Sonderbedarfszulassungen gewährleistet werden. Dabei sollten die Sonderbedarfszulassungen an das Durchführen von Psychotherapien in der Muttersprache der Patienten geknüpft werden.
- Aufnahme des Einsatzes von Dolmetschern in die GKV-Leistung. Für seltene Sprachen sollte auf interkulturell kompetent ausgebildete qualifizierte Dolmetscher zurückgegriffen werden. Daher sollte der Einsatz von Dolmetschern in diesem Falle GKV-Leistung werden.

Gesundheitsversorgung von Menschen mit unklarem Versicherungsstatus

Leitung: Dr. Fabiola Olivera/Wolfgang Klier
Gesundheitsamt der Stadt Köln

IMPULSREFERAT (DR. FABIOLA OLIVEIRA)

Allgemeiner Hintergrund

Trotz der allgemeinen Versicherungspflicht haben zahlreiche Menschen in Deutschland nur einen eingeschränkten Zugang zu ärztlicher Versorgung. Betroffen sind nicht nur Papierlose, sondern auch viele Personen aus der erweiterten Europäischen Union, die zeitweilig in Deutschland leben.

Der Oberbürgermeister | Stadt Köln

Migrantinnen und Migranten ohne Zugang zu medizinischer Versorgung

Wer und Warum?

- rigide europäische Asylpolitik
- EU-Erweiterung
 - Freizügigkeit ohne soziale Rechte
 - Versicherungspflicht als rein theoretisches Konstrukt
- Zuwanderungsrecht entspricht nicht
 - der Lebenswirklichkeit globalisierter Lebensläufe und Familien

⇒ mehr Pendelmigration
⇒ mehr statuslose Menschen
⇒ Vielfalt „neuer“ Migrantenpopulationen mit unsicherer Lebenssituation

Beratungstelle zu STD einschließlich Aids | Folie 2

Das Zuwanderungsrecht entspricht nicht der Lebenswirklichkeit globalisierter Lebensläufe und Familien. Die Vielfalt neuer Migrantenpopulationen mit unsicherer Lebenssituation nimmt stetig zu. Beratungsstellen berichten von einer wachsenden Zahl statusloser Menschen. Durch die EU-Erweiterung genießen zwar immer mehr Personen Freizügigkeit, haben jedoch keine oder nur sehr eingeschränkte soziale Rechte in anderen EU-Staaten. Für viele von ihnen stellt die Versicherungspflicht ein rein theoretisches Konstrukt dar.

Infektionsschutzgesetz

Laut Infektionsschutzgesetz ist Prävention eine öffentliche Aufgabe. Nach § 19 des Infektionsschutzgesetzes soll bei sexuell übertragbaren Infektionen und Tuberkulose der öffentliche Gesundheitsdienst Beratung und Untersuchung anbieten oder diese in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen sicherstellen.

Für Personen, deren Lebensumstände eine erhöhte Ansteckungsgefahr für sich oder andere mit

sich bringen, soll dies auch aufsuchend angeboten werden und im Einzelfall die ambulante Behandlung durch einen Arzt des Gesundheitsamtes umfassen. Im Falle von sexuell übertragbaren Krankheiten (STD = sexually transmitted disease/AIDS) heißt es ausdrücklich, dass diese Angebote anonym in Anspruch genommen werden können.

Durch aufsuchende Präventionsarbeit und ein anonymes Angebot soll also für schwer erreichbare und besonders vulnerable (gefährdete) Gruppen der Zugang zu

Beratung und medizinischer Versorgung (Untersuchung und Behandlung) eröffnet werden. Menschen ohne Versicherung sind dafür eine wichtige Zielgruppe.

Gesundheitsamt als Ort der Versorgung

Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung (KV) geschieht insgesamt durch Laien- und Selbstbehandlung, Community-

Netze, philanthropische Netze, private Bezahlung, den öffentlichen Gesundheitsdienst und spezielle Einrichtungen (Non Governmental Organizations, abgekürzt NGOs). Unter den Gesundheitsproblemen dieser - meist jungen - Menschen haben unterschiedliche Aspekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (STD, Schwangerschaft, Empfängnisverhütung) oft eine große Bedeutung. Hinzu kommen Arbeitsunfälle, chronische Verschleißerkrankungen, Folgen suboptimaler Lebensbedingungen (Fehlernährung, Infektionskrankheiten, psychische/psychosomatische Erkrankungen), schwere allgemeine Erkrankungen und Zahnprobleme.

In Köln besteht ein gutes Netzwerk zur Versorgung nicht versicherter Migrantinnen und Migranten, in dem das Gesundheitsamt und die Malteser Migranten-Medizin die wichtigsten Anlaufstellen sind. Hinzu kommt ein Netz von privaten Arztpraxen, die sich bereit erklärt haben, Patientinnen und Patienten unentgeltlich zu versorgen. Nach wie vor schwierig ist die Situation bei der stationären Versorgung: Hier trägt in Einzelfällen das Projekt „Armenbett“ die Kosten und sorgt für eine Klärung der aufenthalts- und sozialrechtlichen Situation. Eine befriedigende Regelung für Zuwandererinnen und Zuwanderer aus den neuen EU-Ländern ist auf kommunaler Ebene jedoch nicht möglich.

STD-Sprechstunde im Gesundheitsamt

Die Beratungsstelle zu STD einschl. HIV/AIDS im Gesundheitsamt hat insgesamt 11 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (3 Ärztinnen, 4 Arzthelferinnen und 7 SozialarbeiterInnen). Sie bietet im

Rahmen ihrer Sprechstunde kostenlos und anonym fachärztliche Versorgung an. Das Angebot umfasst neben der Beratung die klinische- und Labor-Diagnostik sexuell übertragbarer Infektionen nach Stand der Wissenschaft, Beratung im Bereich der Familienplanung und Empfängnisverhütung, Krebsfrüherkennung mittels Zytologie und Kolposkopie sowie Therapie durch Sofortbehandlung, Rezept auf öffentliche Kosten oder Privat Rezept.

Die meisten Klienten sind Migranten. Für die Mehrzahl der betreuten Migrantinnen und Migranten stellt diese Sprechstunde den primären Zugang zu ärztlicher Versorgung in Deutschland dar.

Seit dem Jahre 2002 werden von allen Konsultationen in der STD-Sprechstunde des Gesundheitsamtes Köln anonymisiert soziodemografische Basisdaten und Informationen zu Versicherungsstatus, Herkunftsland, Anlass der Konsultation, durchgeführte ärztliche Leistungen und Diagnosen erhoben.

Diese Daten zeigen, dass pro Quartal etwa 350 Personen (500-600 Kontakte) in die STD-Sprechstunde kommen. Von diesen sind fast 60% neue Patientinnen und Patienten, etwa 85% Migranten und Migrantinnen, $\frac{1}{3}$ sind nicht versichert und ca. 60% in der Sexarbeit tätig. Ungefähr $\frac{2}{3}$ der Klientel sind Frauen.

Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund stieg von 66% im Jahr 2002 auf 83% im Jahr 2010 und der Anteil der nicht-krankenversicherten Personen von 45% (2002) auf 67% (2010). Etwa die Hälfte der betreuten Migrant/innen war jemals in der Sexarbeit tätig. Der Anteil der betreuten Personen aus der Subsahara-Region sank von etwa 20% (2002) auf unter 10% (2010), während der Anteil der Patient/innen aus Zentraleuropa von 18% auf 50% zunahm, insbesondere aus Bulgarien und Rumänien. Mit der Veränderung der Klientel veränderten sich auch die Krankheitsbilder: So stieg die Rate positiver Gonorrhoe-Kulturen von unter 2% auf 6%, fortgeschrittene Aids Erkrankungen werden dagegen in den letzten Jahren deutlich seltener festgestellt.

Der Oberbürgermeister Stadt Köln

Wer kommt in die STD-Sprechstunde?

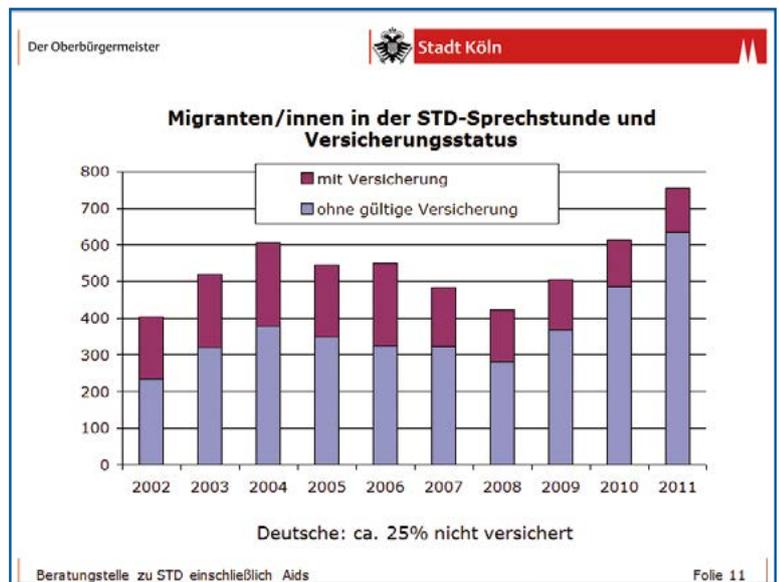
pro Quartal ca. 350 Personen, Tendenz steigend

- fast 60% sind neue Patientinnen und Patienten
- >85% MigrantInnen
- >75% nicht versichert
- 50 bis 60% waren/sind in der Sexarbeit tätig
- 70 bis 80% Frauen
- ca. 500 bis 600 Kontakte

Beratungsstelle zu STD einschließlich Aids
Folie 7

Herausforderungen der STD-Sprechstunde

An die STD-Sprechstunde stellen sich unterschiedliche, teilweise sogar sich widersprechende Herausforderungen: der gesetzliche Auftrag im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes, die Sicherung der medizinischen Fachlichkeit bei begrenzten Ressourcen und Erwartungen von Seiten der Klienten, die oft weit über diesen Rahmen hinausgehen. Neben der immer wieder schwierigen Auseinandersetzung mit dramatischen Einzelfällen ist der berufliche Alltag geprägt von der hohen Fluktuation der Klientel, einer großen Sprachenvielfalt, rasch wechselnden epidemiologischen Voraussetzungen und immer neuen Problemkonstellationen. Zusätzlich benötigt eine zunehmende Anzahl von Menschen ohne legale Lebens- und Arbeitsplatzperspektiven eine dauerhafte ärztliche Betreuung. Insbesondere durch die EU-Ost-Erweiterung wächst die Diskrepanz zwischen Ressourcen und Anforderungen. Vor diesem Hintergrund entstehen komplexe Fragen der ärztlichen Ethik (missed opportunities etc.) und stellen die Mitarbeiterinnen in der Sprechstunde täglich vor neue Herausforderungen.



Der Oberbürgermeister  Stadt Köln

Gesundheitsversorgung als öffentliche Aufgabe

- Zugang zu Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht.
 - WHO, Alma Ata-Deklaration, § 1, 1978
 - UN-Sozialpakt, Artikel 12, 1973
 - Weltbevölkerungskonferenz, Kairo-Deklaration, 1994
- Menschenrecht auf Gesundheitsversorgung als moralischer, ethischer und politischer Imperativ.
 - Armando de Negri, Brasilien
- Weniger soziale Ungleichheit bedeutet mehr Gesundheit und Zufriedenheit für alle.
 - Wilkinson & Pickett, Gleichheit ist Glück

Beratungstelle zu STD einschließlich Aids Folie 19

In der sich an das Impulsreferat anschließenden Diskussion werden folgende Punkte angesprochen:

- Wie ist die Situation in anderen Städten in Deutschland? Gibt es Vorbilder bzw. Beispiele guter Praxis? In Bremen wurde eine sog. „humanitäre Sprechstunde“ eingerichtet und es gibt eine Clearingstelle, an die sich Hilfesuchende wenden können.
In München ist das Problem als solches anerkannt. Man stellt den Status der Betroffenen fest und sucht gemeinsam mit ihnen Wege aus der Illegalität.
In Frankfurt werden Krankenhausaufenthalte von der öffentlichen Hand finanziert.
- Die hohe Zahl von Zuwanderern aus Bulgarien/Rumänien wirft in aller Deutlichkeit ein Licht auf die Problematik, dass in unserem Land und in

unserer Stadt Menschen - und zwar keineswegs nur Zuwanderer! - in großer Zahl ohne klaren Versicherungsstatus bzw. völlig ohne Krankenversicherungsschutz leben. Das bedeutet, dass hier ein genereller Regelungsbedarf besteht.

- Zur Situation von Asylbewerbern und geduldeten Flüchtlingen: Hier gibt es auf der einen Seite die Aussage, dass diese keinen Anspruch auf Heilbehandlung, sondern nur auf akute Notfallversorgung (z.B. Schmerzbehandlung) haben. Auf der anderen Seite steht lt. Sozialamt auch Asylbewerbern und geduldeten Flüchtlingen „im Normalfall“ pro Quartal ein Krankenschein zu; von Zuzahlungen sind sie befreit. Bei längerer Aufenthaltsdauer erhalten sie eine Versicherungskarte (bzw. ein Dokument mit entsprechender Wirkung).

- Für Kinder gibt es die Möglichkeit, beim Gesundheitsamt (Kinder- und Jugendgesundheitsdienst) kostenlos ärztliche Dienste wie Diagnostik – allerdings ohne apparative Unterstützung –, Impfungen und U-Untersuchungen in Anspruch zu nehmen.
- Der Slogan „Kölner lassen keinen allein“ wird in vielen Einzelfällen – mit viel persönlichem Einsatz, großer Kreativität und oft am Rande oder jenseits der Legalität und unter Überschreitung der Grenzen der eigenen Fachlichkeit - praktiziert. Insgesamt betrachtet, ist dies jedoch nur der berühmte „Tropfen auf den heißen Stein“. Aus Sicht des ärztlichen Berufsethos ist dies äußerst problematisch und nicht zu verantworten. Das Angebotsspektrum ist zwangsläufig intransparent, auch spezialisierte Beratungsstellen wissen häufig nicht mehr weiter. Es ist oft purer Zufall, wer welche Schleichwege findet und auf diese Weise in den Genuss der benötigten Hilfe kommt. Insgesamt muss man von einer hohen Dunkelziffer von Menschen ausgehen, die unversorgt bleiben.
- Wäre eine Clearingstelle (als Anlaufpunkt, Beratungsstelle und Wegweiser) ein Ausweg? Auf der einen Seite könnte dies zu einer fachlichen Bündelung und damit einhergehend zu einer Qualitätsverbesserung der Hilfsangebote führen, da eine größere Transparenz den Zugang zu Hilfeangeboten erleichtert. Auf der anderen Seite besteht unter den gegebenen Umständen, d.h. bei Fehlen einer allgemeingültigen und flächendeckenden Regelung für alle, jedoch das Risiko, dass eine solche Art von Transparenz die vorhandenen „kreativen“, oft am Rand der Legalität operierenden Hilfsangebote in Frage stellt und die Helfer/innen in Gefahr bringt. Dennoch ist aktuell ein solcher Wegweiser für Köln und das Kölner Umland in Vorbereitung.
- Unter Kostengesichtspunkten sind aufwändige Einzelfalllösungen – die oft auch noch (zu) spät greifen – teurer als allgemein gültige Regelungen, die allen zugutekommen und auch Prävention einschließen.
- Könnte eine Lösung darin bestehen, dass Krankenversicherungen von sich aus dem in Frage kommenden Personenkreis einen Versicherungsschutz anbieten? Eine entsprechende Anfrage liegt bei den Privaten und Gesetzlichen Krankenversicherungen auf Landesebene vor – speziell im Hinblick auf Fälle von Prostitution unter Menschen aus Bulgarien/Rumänien. Die Problematik besteht darin, dass Versicherungsbeiträge nicht rückwirkend geleistet werden können und oft fehlende Nachweise für frühere Versicherungszeiten einen Hinderungsgrund für den Abschluss einer Versicherung darstellen.

Zusammenfassend ergeben sich aus der Diskussion folgende Schlussfolgerungen bzw. Forderungen:

- Gesundheitsversorgung als Menschenrecht: Jeder Mensch hat einen Anspruch auf Gesundheitsversorgung – unabhängig von Status, Herkunft, (Aufenthalts-) Ort. Es darf keine Unterscheidung zwischen Menschen unterschiedlicher Herkunft gemacht werden – auch nicht zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund.
- Es muss eine einfache, (bundesweit) flächendeckende und für alle gleichermaßen gültige Lösung geben, damit - bei unterschiedlichen Regelungen – die Probleme sich nicht lokal ballen. Im Bild ausgedrückt: Übersichtliche, geradlinige Straßen bauen ist besser als den Versuch zu machen, eine Ansammlung der unterschiedlichsten „Schleichwege“ zu veröffentlichen und „transparent“ zu machen.
- Finanziert werden könnte eine solche Lösung durch Einsparung von bislang an anderer Stelle - z.B. durch unterschiedlichste, aufwändige, oft zu spät oder gar nicht mehr greifende Einzellösungen – verschwendeten Ressourcen (ein mögliches Modell für eine solche Lösung könnte eine Schweizer Studie zur Bildung eines bundesweiten Pools zur Finanzierung von Gesundheitskosten sein).

Gesundheitliche Versorgung von älteren Migrantinnen und Migranten

Leitung: Dr. Murat Ozankan, Oberarzt,
LVR-Klinik Langenfeld

IMPULSREFERAT (DR. MURAT OZANKAN):

In Deutschland alt zu werden war ursprünglich nicht Teil der Lebensplanung der Mehrheit älterer Migrantinnen und Migranten. Der Lebensabend sollte im Herkunftsland verbracht werden, nachdem man sich mit den im Ausland erwirtschafteten finanziellen Mitteln die dortige Existenz gesichert hatte. Der Aufenthalt in Deutschland war als Provisorium geplant, entsprechend wurde das Leben gestaltet. Im Alter müssen viele Migrantinnen und Migranten feststellen, dass ihre Kinder und Enkelkinder ihr Sozialverhalten und ihre Lebensentwürfe an der deutschen Gesellschaft orientieren und keine Rückkehrabsichten haben. Die Familie, die nun in Deutschland ihren Lebensmittelpunkt hat, die besseren Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung in der BRD sowie die Entfremdung von dem Herkunftsland führt bei den meisten älteren Migrantinnen und Migranten zum Verzicht einer Rückkehr in die Herkunftsländer.

Besonderheiten des Alterns in der Migration

Zwar gelten auch für die älteren Migrantinnen und Migranten generelle Umstände und Zusammenhänge beim Prozess des Alterns, die auch auf die deutsche ältere Bevölkerung zutreffen. Dennoch sind eine Reihe wesentlicher Aspekte festzustellen, die wichtige Ungleichheitsfaktoren bedeuten, wie Einkommen, Wohnungsqualität, Gesundheit, psychischer Status, Bildung etc.

Es gibt noch wenige Untersuchungen über die Auswirkung der sozialen Lebensumstände auf die psychische Gesundheit der älteren Migrantinnen und Migranten. Ihr allgemeiner Gesundheitszustand ist häufiger als bei deutschen Senioren beeinträchtigt,

vor allem durch psychische bzw. psychosomatische Belastungen und durch körperliche Erkrankungen (Dietzel-Papakyriakou 1993; Uske/Heveling-Fischell/Mathejczyk 2001). Die Erwartungshaltungen der Migrantinnen und Migranten, die sie an soziale und gesundheitliche Versorgung stellen decken sich oft nicht mit den vorhandenen Angeboten.

Eine große psychische Belastung stellt für ältere Migrantinnen und Migranten die oftmals vorhandene Diskrepanz zwischen Idealvorstellung und Realität dar. Der besondere familiäre Zusammenhalt funktioniert zwar noch recht gut und wird weiterhin als kultureller Wert betont und als positiver Orientierungspunkt beibehalten. Doch die Großfamilie, in der die alte Mutter noch selbstverständlich eine wichtige Rolle im Haus und bei der Kindererziehung spielt und der Großvater an wichtigen Familienentscheidungen maßgebend beteiligt ist, bleibt zwar als Idealbild erhalten, tatsächlich existiert diese jedoch nicht mehr allzu häufig.

Zugangsbarrieren der Migrantinnen und Migranten zur Kranken- und Altenhilfe

Hinzu kommt, dass durch die wachsende Zahl älterer Migrantinnen und Migranten und deren kultureller Unterschiede das System der Altenhilfe in Deutschland vor großen Herausforderungen bei der Betreuung der speziellen Zielgruppen steht, auf die es bisher nur unzureichend vorbereitet erscheint.

- Die mangelnden Deutschkenntnisse der älteren Migrantinnen und Migranten sind ein zentrales Hindernis beim Umgang mit der Mehrheitsgesellschaft. Betroffen sind davon natürlich in erster Linie die sozialen Kontakte zur deutschen Bevölkerung, aber auch der Umgang mit der Gesundheitsversorgung ist hierdurch in beson-

derer Weise behindert. Am stärksten betroffen von diesen Zugangsschwierigkeiten ist wiederum die Gruppe der türkischen Migranten. Hierfür werden eine Reihe von Gründen genannt:

- Aufgrund der geplanten und vermeintlich nur aufgeschobenen Rückkehr erschien ein Erlernen der deutschen Sprache als nicht unbedingt notwendig.
 - Durch die große ethnische Infrastruktur sind Deutschkenntnisse bei türkischen Migrantinnen und Migranten für den Alltag nicht unbedingt zwingend erforderlich.
 - Am Arbeitsplatz wurde oft nur ein sehr rudimentäres Deutsch erlernt. Der Austritt aus dem Berufsleben reduziert die Zahl der Kontakte weiter.
 - Die schlechteren Sprachkenntnisse bei Frauen sind mit der geringer ausgeprägten Berufstätigkeit zu erklären.
- Unkenntnis über die Angebote, Dienste und Einrichtungen
 - „Die Illusion der Rückkehr“ ist zwar eine Art Überlebensstrategie. Die Realität steht dem aber meist entgegen.
 - Angst vor deutschen Institutionen aufgrund falscher Vorstellungen
 - Angst vor ausländerrechtlichen Konsequenzen bei Inanspruchnahme von Sozialleistungen
 - Kein direkt erlebtes Bild vom Altwerden
 - Die entstandenen ethnischen Kolonien mit ihren ausgeprägten religiösen Netzwerken begünstigen den Rückzug
 - und unterschiedliche Sicht- und Umgangsweisen bezogen auf Alter und Krankheit spielen eine wichtige Rolle. Dies trifft ganz besonders auf psychiatrische Störungen zu, die seltener als Krankheit erkannt und respektiert werden.

Kultursensible psychiatrische Versorgungskonzepte, bzw. -angebote in Deutschland

Die Interkulturelle Öffnung der Sozial- und Gesundheitseinrichtungen macht eine interkulturelle Sensibilisierung und Qualifizierung der Mitarbeiter notwendig. Eine Sensibilisierung der

Träger von Sozial- und Gesundheitseinrichtungen und der dort tätigen Führungskräfte ist ebenso bedeutsam wie die konkrete Durchführung von Schulungen für Pflege- und Betreuungspersonal.

- Die 2002 unter Leitung des Referats Transkulturelle Psychiatrie der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) erstellten „Sonnenberger Leitlinien“ bilden die Grundlage für eine nationale Initiative zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und zur Integration von Migrantinnen mit psychischen Erkrankungen in die bundesdeutsche Gesellschaft. Es geht dabei nicht um die einseitige Anpassung der Migrantinnen und Migranten an das Gesundheitssystem, sondern um die Öffnung und Qualifizierung des Systems für die Bedürfnisse und psychohygienischen Erfordernisse der Migrantinnen und Migranten. Die Leitlinien beinhalten Forderungen
 - nach Erleichterung des Zugangs zu Regelangeboten
 - zum Aufbau multikultureller Therapeuten-teams
 - zum Einsatz von psychologisch geschulten Fachdolmetschern
 - zur transkulturellen Aus-, Fort- und Weiterbildung
 - zur Bildung von kulturspezifischen Selbsthilfegruppen
- Auch in der Altenhilfe sind Standards entwickelt worden. Das 2002 vorgestellte „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ soll konkrete Schritte zur kultursensiblen Altenhilfe und -pflege unterstützen und die Partizipation älterer Migrantinnen und Migranten an Altenhilfestrukturen fördern.
- Ein bedeutender Schritt für eine kultursensible Altenhilfe wurde 2002 durch die Neuregelung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Altenpfleger erreicht: Die neue Ausbildungsordnung sieht vor, ethnien-spezifische und interkulturelle Aspekte sowie Glaubens- und Lebensfragen in die Pflege zu integrieren.
- 2004 hat die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration in Zusammenarbeit mit den Trägern der Wohlfahrtspflege, Kuratorium Deutsche Altershilfe und 60 weiteren Verbänden die Kampagne für eine

kultursensible Altenhilfe „Aufeinander zugehen – voneinander lernen“ auf den Weg gebracht.

- Mit der zentralen „Informations- und Kontaktstelle für die Arbeit mit Älteren Migranten“ (IKoM), ist eine strukturbildende und vernetzende Einrichtung entstanden. IKoM bietet einen Überblick über die vorhandenen Fachkenntnisse der Altenhilfe für Migrantinnen und Migranten. Die Kontaktdatenbank enthält Informationen über Projekte und Angebote in ganz Deutschland und die Literaturdatenbank ermöglicht einen Überblick über Veröffentlichungen zum Thema.

Kultursensible psychiatrische Versorgung in der Migrantenambulanz Langenfeld

In der täglichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten müssen wir immer wieder erfahren, dass die Zugangsbarrieren der bestehenden Angebote so hoch sind, dass diese Gruppe durch die Maschen der Versorgungsnetze fällt (Ozankan, Atik, 2007). Eine der Folgen sind Chronifizierungen – unserer Meinung nach ein zu hoher Preis für die Integration. Unser Angebot in der Migrantenambulanz der LVR-Klinik Langenfeld zur Überwindung von Zugangsbarrieren des öffentlichen Gesundheitsdienstes hat im März 2004 durch die Einstellung von Fachpersonal mit direkten oder indirekten Migrationserfahrungen, die sowohl die Kultur, die Systeme und Sprache Deutschlands als auch ihres Herkunftslandes kennen, begonnen. Unser Behandlungsangebot richtet sich vorrangig an türkisch- und seit April 2007 auch russischsprachige Patienten. Andere Nationalitäten bilden kein Ausschlusskriterium, ca. 10% der Patienten kommen aus Marokko, Iran, Polen, Griechenland und dem ehemaligen Jugoslawien.

In unserer Arbeit bewegen wir uns in Netzwerken. Unsere fachübergreifenden Kooperationspartner, mit denen wir regelmäßig im „Face to Face“ Kontakt stehen, sind u.a. niedergelassene türkisch- und russischsprachige ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen, der Arbeitskreis türkischsprachiger Psychotherapeuten, Sozialpsychiatrische Zentren, Arbeiterwohlfahrt - internationale Beratungs- und Betreuungszentren für Migranten, Caritasverband - internationaler Sozialdienst, Therapiezentrum für Folteropfer, etc.

Mit dem bestehenden Angebot konnte eine deutliche Reduzierung der Schwellenangst erreicht werden, nicht selten kamen Patienten aus anderen Bundesländern. Wichtige Schwerpunkte der Migrantenambulanz sind die Behandlung der Altersdepressionen und beginnende Demenzen.

Dementielle Erkrankungen bei Migrantinnen und Migranten

Zum Stichtag 31.12.2006 lebten in Deutschland laut statistischem Bundesamt rund 7,3 Millionen Ausländer und damit 8,8% der Gesamtbevölkerung. Die Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund beträgt jedoch mit 15,2 Millionen Menschen 19,2% der Gesamtbevölkerung. Nach Angaben des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik NRW hat sich die Zahl der über 65jährigen Migrantinnen und Migranten in Nordrhein Westfalen von 55.104 (1993) auf 148.959 (2007) erhöht (IKoM, 2004, Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen 2008b). Aufgrund dieser Entwicklung muss mit einem deutlichen Anstieg der Demenzerkrankungen auch bei Migrantinnen und Migranten gerechnet werden. Aufgrund der häufig schlechteren Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie den Begleiterscheinungen einer Migrationsbiografie wird geschätzt, dass Alterungsprozesse bei den Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Deutschen ca. 5-10 Jahre früher einsetzen (Jonas, 2007).

Im Gegensatz zur zunehmenden Bedeutung dementieller Erkrankungen unter den Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund - insbesondere aus der Türkei und der ehemaligen Sowjetunion - gibt es bisher kaum Angebote zur Diagnostik von Demenz, die sowohl sprachlich als auch kulturell auf die Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten eingehen.

Dies ist insbesondere deshalb ein Problem, da die Krankheit im Lebensumfeld dieser Gruppen häufig falsch interpretiert, nicht erkannt oder tabuisiert wird. Kultur- und sprachensible Untersuchungs- und Versorgungsangebote sind vor diesem Hintergrund besonders wichtig, bestehen jedoch so gut wie gar nicht. Insbesondere fehlt ein Screening-Instrument für kognitive Störungen bei Migrantinnen und Migranten, die die deutsche Sprache nicht oder nur sehr schlecht beherrschen.

Kulturfaire Screening-Verfahren zur Erfassung kognitiver Beeinträchtigungen

In Deutschland werden Demenzen verschiedener Ätiologie in frühen Stadien neben einer ausführlichen neurologischen und psychiatrischen Untersuchung auch anhand der Durchführung von psychometrischen Tests nachgewiesen, welche meist aus standardisierten Fragen und Aufgaben bestehen, die der Arzt dem Patienten vorlegt. In der Regel werden für das Instruktionsverständnis und die Durchführung deutsche Sprachkenntnisse vorausgesetzt und die Items sind oft bildungsabhängig. Es sei nur an den Mini-Mental-Status-Test erinnert, bei dem die Probanden lesen und schreiben - oder das jeweilige Bundesland benennen müssen. Für ältere türkische Migrantinnen und Migranten gilt: Sie sind oft funktionale Analphabeten, sie weisen eine geringe Bildung auf und haben nur geringe Deutschkenntnisse. Häufig gibt es religiöse oder magische Krankheitsvorstellungen, wie z.B. der böse Blick, Besessenheit von Geistern oder das Wirken von Dschinns, die aus rauchlosem Feuer bestehen und dem Menschen Schaden zufügen sollen (Sure 15,27). Auch besteht bis dato keine ADL (activities of daily living), die den Le-

bensgewohnheiten und - umständen älterer türkischer Migrantinnen und Migranten gerecht wird.

Transkulturelles Assessment mentaler Leistungen (TRAKULA/EASY)

Mit TRAKULA (Transkulturelles Assessment) soll ein psychometrisches Screeninginstrument zur Erfassung von Hirnleistungsstörungen bei Migrantinnen und Migranten, die mit Rudimenten der deutschen Sprache auskommen müssen, entwickelt werden. Derzeit existiert im deutschsprachigen Raum kein solches Instrument, und in einem ersten Schritt soll aufbauend auf einem bereits durchgeführten Pilotprojekt eine Validierung an demenzkranken, türkischen Migrantinnen und Migranten durchgeführt werden. Die durchweg sprachfrei gehaltenen Subtests lassen sich nach entsprechender Normierung auf Menschen mit einer anderen Zuwanderungsgeschichte übertragen und sind auch für Menschen mit funktionalem Analphabetismus (Illetrismus) geeignet, dessen Häufigkeit bei deutschen Erwachsenen mit etwa 7 % angegeben wird. TRAKULA besteht aus 7 nonverbalen Untertests, die folgende kognitive Domänen erfassen (s. Tabelle 1):

	Domänen	Umsetzung
1.	Visuelle Wahrnehmung und figuales Kurzzeitgedächtnis Wiedererkennen (Rekognition mit unmittelbarem Abruf)	Figuren-Rekognitionstest Uhren-Zuordnungsaufgabe
2.	Prüfung des figuralen Kurz- und Langzeitgedächtnis (direkter und verzögerter Abruf)	Paar-Assoziationslernen I & II
3.	Überprüfung der Arbeitsgedächtniskapazität (Merkfähigkeit) bei steigender Anzahl von Farb-Figur-Paaren	Figur-Farbe-Test
4.	Teilaspekt des induktiven (schlussfolgernden) Denkens und semantischen Gedächtnis (Wissen über Fakten und Kategorien)	Zuordnungsaufgabe (Konzeptlernen)
5.	Exekutive Funktionen Aufmerksamkeit und Inhibition	Labyrinth-Test
6.	Konzentration und geteilte Aufmerksamkeit (Denkschnelligkeit)	Symboltest

Damit das Instruktionsverständnis gegeben ist, gibt es zu jedem Subtest eine Demonstration des Tests und ein Probeitem für alle Items. Das Pilotprojekt ist abgeschlossen. Aktuell erfolgt mit einer überarbeiteten Fassung eine Validierung an 200 demenzen türkischen Mitbewohnern. Es ist sowohl ein Screening als auch eine ausführliche Testbatterie geplant.

Das im März 2010 erschienene Screening-Verfahren **EASY** (Kessler, Kalbe, Ozankan, Baller, Kaesberg) besteht aus den Subtests „Figuren-Wiedererkennen“, „Labyrinth“ und „Objekt-Symbol-Test“. Die Durchführungsdauer beträgt ca. 10 Minuten.

Literaturhinweise: siehe Anhang 1

In der sich an das Impulsreferat **anschließenden Diskussion** werden folgende Punkte angesprochen:

Herr Dr. Ozankan berichtete, mit welcher Klientel er zu tun hat, gab einen Überblick über seine Arbeit in der Migrantenambulanz und machte eine Einführung in das Thema Demenzerkrankung. Sein Vortrag war sehr informativ und detailliert. Leider blieb danach wenig Zeit für Diskussionen. Dennoch wurde der Wunsch nach Austausch geäußert, so dass eine kurze Vorstellungsrunde mit Namen und Institution stattgefunden hat. Anwesend waren 15 Teilnehmerinnen und ein Teilnehmer aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen und Institutionen, wie z.B. aus einer psychosomatischen Klinik, einer Beratungsstelle für Senioren, dem Interkulturellen Dienst, dem Rat der Stadt Köln, dem Interkulturellen Forum für Senioren, der Selbsthilfe-Kontaktstelle Köln. Des Weiteren war eine Ehrenamtliche und eine gesetzliche Betreuerin mit anwesend, die keiner festen Einrichtung zugeordnet werden konnte.

Es wurden viele Fragen zur Diagnostik gestellt. Danach erzählten die TeilnehmerInnen von ihren Erfahrungen und teilten ihre Gedanken zum Thema mit. Folgende Aussagen und Empfindungen einzelner Personen sind angesprochen wurden:

- Eine gesetzliche Betreuung musste an einen Muttersprachler abgegeben werden, da der Betreuende aufgrund der Demenz seine Deutschkenntnisse verloren hat. Mehr türkischsprachige Betreuer wären wünschenswert.
- Verwundert wurde festgestellt, dass es auch 50jährige Migranten gibt, die Analphabeten oder ohne Deutschkenntnisse sind, also nicht nur die erste Generation der Gastarbeiter betroffen ist.

- AWO: Möchte bald Demenzcafé gründen.
- Ungeklärte Frage: Was passiert, wenn jemand Demenz in der „Fremde“ hat?
- Schulung von Migranten in den Angeboten der Altenhilfe. Es gibt noch viel Informationsdefizit über Demenz.
- Kultursensible Altenhilfe: Die Themen Schamgefühl/Tabu müssen angesprochen werden.
- Migranten finden sich im deutschen Angebot nicht wieder.
- Es wird bemängelt, dass es keine Tagesklinik für Migranten gibt, sondern nur die Möglichkeit der ambulanten Behandlung.
- DITIB (Türkisch Islamische Union der Anstalt für Religion e.V.) ist eine wichtige Anlaufstelle für viele türkischsprachige Migranten.
- Unkenntnis/Unwissenheit über die gesundheitliche Versorgung in Deutschland nicht nur bei Migranten der ersten Generation.
- Projekte wie MiMi sollten weiter gefördert werden.
- Berufsnetzwerke sollten gebildet werden.
- Nachsorge, damit die Patienten „zu Hause“ nicht alleine gelassen werden.
- Für Krankenkassen: Immer muttersprachliche Therapie aufschreiben.

Es wurde angemerkt, dass nicht genügend Zeit zum Austausch vorhanden war. Der Workshop bot aber eine gute Gelegenheit, sich mit anderen Einrichtungen zu vernetzen. Daher tauschten einige Teilnehmer die Kontaktdaten aus.

Als Fazit des Workshops wurden folgende Kernsätze als Forderungen formuliert:

- Ältere MigrantInnen gehören zu den Bevölkerungsgruppen, die von besonderen gesundheitlichen Belastungen und Risiken betroffen sind.
- Zukünftig muss es daher Ziel sein, Methoden und Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention stärker auf die Bedürfnisse und Lebensumstände älterer Menschen mit Migrationshintergrund zuzuschneiden. Dabei gilt es, insbesondere auch die sozialen Netzwerke und ihre gesundheitsfördernden Potenziale in den Blick zu nehmen. Generell sollten die Ressourcen und Potenziale der älteren MigrantInnen gestärkt- und ihre Mitgestaltung und Eigeninitiative im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention unterstützt werden.
- Eine vielversprechende Strategie wäre zudem, die Stärkung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und Sozialräume auszuweiten, indem zum Beispiel Begegnungsstätten oder Treffpunkte älterer MigrantInnen, die sich im Bereich der Gesundheitsförderung engagieren, verstärkt finanziell unterstützt werden.
- Grundsätzlich muss es darum gehen, Konzepte der Gesundheitsförderung und Primärprävention im Sinne eines umfassenden Gesundheitsverständnisses weiterzuentwickeln. Dies bedeutet, dass bei der Entwicklung und Umsetzung von Angeboten physische, psychische und soziale Aspekte von Gesundheit gleichermaßen berücksichtigt werden.

PRÄSENTATION DER ERGEBNISSE DER WORKSHOPS IM ABSCHLUSSPLENUM:

Workshop 1: Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen

1. Installation von niederschweligen aufsuchenden Angeboten für Arztkontakte
2. Nachhaltige Begleitung von Schwangeren zur Prävention
3. Einsatz eines Sprachmittlerpools
4. Ergänzung der in den Familienzentren bestehenden Angebote
5. Gestaltung des öffentlichen Raumes (Milieuvermischung)
6. Systemische statt punktueller Entwicklung zwischen den Schnittstellenbereichen des bestehenden Gesundheitssystems und den Bereichen der Bildung, Frühe Hilfen, Förderung etc.

Workshop 2: Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Köln

1. Berücksichtigung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Migrantinnen und Migranten bei der Bedarfsplanung und Bedarfsermittlung
2. Interkulturelle Kompetenz im Gegenstandskatalog zur Ausbildungs- und Prüfungsordnung der gesundheitsbezogenen Berufe
3. Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung der Migrantinnen und Migranten durch Sonderbedarfszulassungen
4. Dolmetscherkosten als Krankenkassenleistung

Workshop 3: Gesundheitsversorgung von Menschen mit unklarem Versicherungsstatus

Grundsätzlich hat jeder Mensch einen Anspruch auf Gesundheitsversorgung unabhängig von Herkunft, Status und Aufenthaltsort (vgl. Grundgesetz, Art. 2 und 3)

1. Clearingstelle für Transparenz
2. Sammeln von guten Beispielen
3. Einfache, (bundesweit) flächendeckende und für alle gleichermaßen gültige Versorgungslösung
4. Finanzierung durch Einsparungen an anderer Stelle (z.B. Verzicht auf kostspielige Einzelfall-Lösungen und/oder Finanzierungspool)

Workshop 4: Gesundheitliche Versorgung von älteren Migrantinnen und Migranten

1. Stärkere Anpassung von Methoden und Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention auf die Bedürfnisse und Lebensumstände älterer Menschen mit Migrationshintergrund
2. Stärkung der sozialen Netzwerke und ihrer gesundheitsfördernden Potenziale
3. Stärkung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, z.B. Ausweitung und finanzielle Förderung der Sozialräume, Begegnungsstätten oder Treffpunkte älterer MigrantInnen
4. Weiterentwicklung von Konzepten der Gesundheitsförderung und Primärprävention im Sinne eines umfassenden Gesundheitsverständnisses
5. Berücksichtigung der physischen, psychischen und sozialen Aspekte von Gesundheit bei der Entwicklung und Umsetzung von Angeboten

ANHANG

Literaturangaben zu Vortrag 1 (Dr. Ali Kemal Gün)

Bellaart, H. (2002): Interkulturelle Ausrichtung der Verwaltung in den Niederlanden – Beispiel Jugendhilfe. In: Friedrich-Ebert-Stiftung. Dokumentation der Fachkonferenz „Interkulturelle Öffnung der Verwaltung – Zuwanderungsland Deutschland in der Praxis“ in Berlin vom 23./24. Mai 2002.

Berliner Erklärung, (2008): Berliner Erklärung: Zur Notlage bei der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund. Berliner Initiative: Psychologische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund in Berlin. Oktober 2008.

Brucks, U., Salisch, E., Wahl, W. (1985): „Wir sind seelisch krank, automatisch – und körperlich auch“. Zum Krankheitsverständnis türkischer Arbeiter. In: Collatz, J., Kürsat-Ahlers, E., Korporeal, J. (Hrsg.). Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. ebv-Rissen. Hamburg.

Collatz, J. (1989): Brennpunkte sozialer Ungleichheit bei der medizinischen Versorgung ausländischer Arbeitnehmer und Flüchtlinge in der Bundesrepublik Deutschland, In: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 11/12, 682–697.

Collatz, J., Brandt, A., Salman, R. & Timme, S. (Hrsg.) (1992): Was macht Migranten in Deutschland krank? ebv-Rissen. Hamburg.

Gavranidou, M. (2006): Einführung. In: Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.). Interkulturelle Öffnung von psychiatrischen Einrichtungen. Dokumentation des Fachtags vom 2. Juli 2004.

Gün, A. K. (1995): „Gesundheitsversorgung der Migrantinnen/Migranten in Köln, Ergebnisse eines im Gesundheitsamt durchgeführten Modellprojektes“. In: Dokumentation der Fachtagung des Kölner Gesundheitsforums – Projektgruppe „Gesundheitsprobleme ausländischer Bürgerinnen und Bürger“. Gesundheitsversorgung der Migrantinnen und Migranten in Köln – Überangebot mit Defiziten – Köln.

Gün, A. K. (1998): Interkulturelle Öffnung am Beispiel der Gesundheitsversorgung der Migrantinnen und Migranten in der Stadt Köln. In: Kölner Antidiskriminierungsbüro. Dokumentation 1997/1998. Öffentlichkeit gegen Gewalt e.V. (Hrsg.).

Gün, A. K. (2004): „Psychotherapeutische Versorgung im Versorgungsgebiet Köln“. Brief an „Berufungsausschuss für Ärzte -Psychotherapie- für den Bezirk der KV Nordrhein“, 23.06.2004

Gün, A., K. (2007): Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie. Gegenseitiges Verstehen zwischen einheimischen Therapeuten und türkeistämmigen Klienten. Freiburg im Breisgau. Lambertus-Verlag.

Gün, A. K. (2009): „Interkulturelle Öffnung in den Institutionen der Gesundheitsdienste“. In: Erim, Y., Klinische Interkulturelle Psychotherapie, Ein Lehr- und Praxisbuch. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart. S.: 118 – 134

Korporeal, J. (1985): Arzneimittelverordnungen, physikalische Therapie, Heilverfahren und Rehabilitation bei Arbeitsmigranten. Ergebnisse offener Interviews mit Ärzten und Sozialarbeitern. In: Collatz, J., Kürsat-Ahlers, E., Korporeal, J. (Hrsg.). Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. ebv-Verlag Rissen. Hamburg.

Machleidt, W. (2002): Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. Der Nervenarzt 2002, 73: 1208-1209

Theilen, I. (1985): Überwindung der Sprachlosigkeit türkischer Patienten in der Bundesrepublik: Versuch einer ganzheitlichen Medizin mit türkischen Patienten als Beitrag zur transkulturellen Therapie. In: Collatz, J., Kürsat-Ahlers, E., Korporeal, J. (Hrsg.). Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. ebv-Rissen. Hamburg.

Zarifoglu, F. (1992): Ein kurzes Resümee über die soziokulturellen Aspekte von psychischen Erkrankungen bei Migranten aus dem Nahen und Mittleren Osten sowie ihre psychosoziale Versorgung in Deutschland. In: Collatz, J., Brandt, A., Salman, R. & Timme, S. (Hrsg.). Was macht Migranten in Deutschland krank? ebv-Rissen. Hamburg.

Wesselman, E. & Lindemeyer, T. & Lorenz, A. L. (2004): Wenn wir uns nicht verstehen, verstehen wir nichts. Übersetzen im Krankenhaus. Der Klinikinterne Dolmetscherdienst. Mabuse-Verlag.

Whitehead, M. (1990): The Concepts and Principles of Equity in Health. World Health

Organisation, Regional Office for Europa, Copenhagen. In: Interkulturelle Kompetenz im Gesundheits- und Sozialwesen. Curriculum für eine berufsbegleitende Weiterbildung/Zusatzqualifikation. Rosendahl, C., & Borde, T. Evangelische Fachhochschule Hannover, Institut für praxisbezogene Forschung. Frühjahr 2002.

Wunderlich, U. (1997): Ergebnisse einer Untersuchung am Institut der Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität zu Köln. In: Kölner Stadtanzeiger. 1./2. Februar 1997

Quellenangaben zu Vortrag 3 (PD Dr. Erika Sievers)

1. **Statisches Bundesamt.** Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ausländische Bevölkerung 2011, Ergebnisse des Ausländerzentralregisters, Fachserie 1, Reihe 2, Wiesbaden 2012, online: www.destatis.de
2. **Statistisches Bundesamt,** Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2011, Fachserie 1, Reihe 2.2, Wiesbaden 2012, online: www.destatis.de
3. **Statistisches Bundesamt,** Wanderungen 2012, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit -Vorläufige Wanderungsergebnisse, Wiesbaden, 2013, online: www.destatis.de
4. **Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.** Nationaler Aktionsplan Integration, Berlin 2011 online: http://www.bundesregierung.de/Webs/Breg/DE/Bundesregierung/BeauftragtefuerIntegration/nap/nationaler-aktionsplan/_node.html
5. **Engels D, Köller R, Koopmans R, Höhne J.** 2. Integrationsindikatorenbericht, erstellt für die Beauftragten der Bundesregierung für Migration und Flüchtlinge und Integration. Köln 2011. online: http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2012/01/2012-01-12-integrationsbericht.pdf?__blob=publicationFile
6. **Bundesamt für Gesundheit,** Sprachliche Brücken zur Genesung - Interkulturelles Übersetzen im Gesundheitswesen der Schweiz, Bern 2011; online: <http://www.bag.admin.ch>
7. **Deardorff, DK.** Interkulturelle Kompetenz – Schlüsselkompetenz des 21. Jahrhunderts? Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2006
8. **U.S. Department of Health and Human Services,** OPHS Office of Minority Health, National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care, 2001 Washington, D.C.
9. **Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit.** Kompetente Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Krankenhaus benötigt eine(n) Migrations-/Migranten/- oder Integrationsbeauftragte(n). Berlin, 2009, online: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/IB/Artikel/Themen/Gesellschaft/Gesundheit/2009-09-01-empfehlungen-arbeitskreis-gesundheit.html>
10. **DGSPJ, Fachausschuss Transkulturelle Pädiatrie,** Positionspapier: Transkulturelle Pädiatrie – aktuelle Perspektiven und Handlungsoptionen, Mannheim 2009, online: http://www.neuropaediatrie.com/fileadmin/user_upload/Inf.AErzte/Positionspapier.TPDGSPJM.pdf
11. **Robert Koch Institut.** Kinder- und Jugendgesundheitsurvey 2003-2006 (KIGGS). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland, Berlin 2008, online: http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reJBwqKp45Pii/PDF/23Ydv84JGTBo6_07.pdf
12. **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.** Repräsentativbefragungen Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Jugendsexualität. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern – aktueller Schwerpunkt Migration. Köln, 2010
13. **Pöttsch O;** Annahmen zur Geburtenentwicklung in der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik 2010, online: www.destatis.de
14. **Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend,** Monitor Familienforschung. Ehe, Familie, Werte. Migrantinnen in Deutschland, Berlin 2010
15. **Landeszentrum Gesundheit NRW,** Säuglingssterblichkeit in NRW 2012, Bielefeld 2013, online: http://www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/gesundheitberichtedaten/nrw-kurz-und-informativ/12-11_saeuglingssterblichkeit_in_nrw_nrw-kurz-und-informativ_lzg-nrw.pdf
16. **Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen, Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin.** Medizinische Maßnahmen bei immigrierenden Kindern und Jugendlichen. online: <http://dakj.de/media/stellungnahmen/infektionskrankheiten-impffragen/2008-massnahmen-immigrierende-kinder-jugendliche.pdf>
17. **Schimany P, Rühl S, Kohls M.** Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Forschungsbericht 18, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg 2012, online: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb18-aelttere-migranten.pdf?__blob=publicationFile
18. **Kohls, M.** Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg 2012
19. **Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit.** Positionspapier. Berlin 2012, online: http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/IB/2012-04-05-positionspapier-arbeitskreis-migration-gesundheit.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Literaturverzeichnis zum Impulsreferat in Workshop 4 (Dr. Murat Ozankan)

Dietzel-Papakyriakou, Maria (1993): Ältere ausländische Menschen in der Bundesrepublik Deutschland, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. (Hrsg.): Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung – III. Aspekte der Lebensbedingungen ausgewählter Bevölkerungsgruppen, S. 1-154

Informations- und Kontaktstelle für die Arbeit mit älteren Migrantinnen und Migranten IKoM (2004). Demenz und Migration-Newsletter 4/04, Duisburg.

Jonas I (2007). Vergessen in der zweiten Heimat. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hrsg.) (2007). Demenz und Migration. ProAlter e-Paper 2/07.

Kessler J, Semer S., Kalbe E, Brand M (2005). TRAKULA: Transkulturelles Assessment mentaler Leistungen bei türkischen Mitbürgern. 78. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Aktuelle Neurologie 32 (Suppl. 4), S166.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (2007). Demenz und Migration. ProAlter e-Paper 2/07.

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (2008). Ausländische Bevölkerung in NRW – Ergebnisse des Ausländerzentralregisters –. Abgerufen am 21.07.2008. http://www.lids.nrw.de/statistik/datenangebot/daten/b/struktur/r311ausl_azr.html

Müller K. (2008). Assessmentinstrumente: Übersetzung und kultursensible Anpassung. In DeSS-orientiert: Demenz weltweit – eine Krankheit im Spiegel der Kulturen (S. 31-39). Stuttgart: Demenz Support gGmbH.

Ozankan, M., Atik, Z. (2007) Bedeutung und Angebotsstruktur von kultureller Kompetenz in der Versorgung am Beispiel der Migrantinnen und Migrantenambulanz der Rheinischen Kliniken Langenfeld. In Migration und psychische Gesundheit. Borde, T., David, M., Mabuse Verlag, S. 171-193.

Stiftung Zentrum für Türkeistudien (2007). Perspektiven des Zusammenlebens: Die Integration türkisch-stämmiger Migrantinnen und Migranten in Nordrhein-Westfalen - Ergebnisse der achten Mehrthemenbefragung

Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten – 20 Jahre AG Migration und Gesundheit in Köln

Anmeldung:
Per E-Mail: Petra.Bölter@stadt-koeln.de
Fax: 0221 / 221-22755
Tel. 0221 / 221-24018

Ich interessiere mich für folgenden Workshop:

- Workshop 1:
Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen
- Workshop 2:
Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Köln
- Workshop 3:
Gesundheitsversorgung von Menschen mit unklarem Versicherungsstatus
- Workshop 4:
Gesundheitliche Versorgung von älteren Migrantinnen und Migranten

Die Teilnahme ist kostenfrei.

Veranstaltungsort:

AOK Rheinland / Hamburg -
Clarimedis-Haus
Domstraße 49-53
50668 Köln (Nähe Hauptbahnhof)



Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln

Die Linien 5, 12, 16, 18 halten an der Haltestelle Breslauer. Zusätzlich zu den genannten KVB-Linien verkehrt an der Haltestelle Dom/Hbf die Buslinie 132. Aus Richtung Neusser Straße/Gürtel halten die Linien 6, 12, 18 und aus Richtung Slybstraße die Linien 15, 16 und 19 an der Haltestelle Ebertplatz. Außerdem verkehren am Ebertplatz die Buslinien 134 und 148.

Fachtagung:

Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten – 20 Jahre AG Migration und Gesundheit in Köln

Termin:
Montag, 25. Juni 2012
9:30 – 16:00 Uhr



Veranstalter:
AG Migration und Gesundheit
der Kommunalen Gesundheitskonferenz Köln

mit freundlicher Unterstützung
der AOK Rheinland/Hamburg



Einladung

Jeder 3. Kölner Einwohner hat einen Migrationshintergrund. Über 180 Nationalitäten leben in Köln und machen unsere Stadt zu einem Ort mit reicher multikultureller, multiethnischer und multireligiöser Vielfalt.

Köln hat ein breites Spektrum an gesundheitsbezogenen Angeboten, aber Sprachbarrieren und unzureichende Kenntnisse über die Funktionsweise des deutschen Gesundheitswesens erschweren oft den Zugang zu präventiven, kurativen und rehabilitativen Leistungsangeboten, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Aber auch mangelhafte Kenntnisse des fremden kulturellen Hintergrundes belasten die Beziehung zwischen Ärzten / Psychologen / Therapeuten und Migrantinnen und Migranten und führen zu Fehleinschätzungen sozialer und gesundheitlicher Probleme bis hin zu Fehldiagnosen.

Vor nunmehr 20 Jahren – also rund 10 Jahre vor dem Start der Kommunalen Gesundheitskonferenz – hat die Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit ihre Arbeit aufgenommen. Sie beschäftigt sich seitdem engagiert und beharrlich mit den beschriebenen Problemen, zeigt Lösungswege auf und formuliert Handlungsempfehlungen.

Die Fachtagung anlässlich des Jubiläums bietet einen Rückblick auf die Anfänge, versucht eine Bilanz des Erreichten und setzt sich mit möglichen Zukunftsherausforderungen auseinander. Wir laden Sie herzlich zur Teilnahme und Mitwirkung an der Fachtagung ein.

Henriette Reker, Gesundheitsdezernentin
Dr. Ali Kemal Gün, AG-Vorsitzender

Tagungsprogramm:

- 9:30 Uhr**
Eröffnung
Henriette Reker, Gesundheitsdezernentin
- 9:45 Uhr**
Grüßwort
Bürgermeisterin Elfi Scho-Antwerpes
- 10:00 Uhr**
Vortrag 1: 20 Jahre AG Migration und Gesundheit in Köln – Bilanz und Ausblick
Dr. Ali Kemal Gün,
Integrationsbeauftragter der LVR-Klinik, Köln
- 10:45 Uhr**
Vortrag 2: Migration und Gesundheit in NRW
Ministerialrätin Heike Reinecke,
Gesundheitsministerium NRW,
Referat Öffentlicher Gesundheitsdienst/Migration
- 11:30 Uhr** Kaffeepause
- 11:45 Uhr**
Vortrag 3: Zur gesundheitlichen Lage der Migrantinnen und Migranten in Deutschland
PD Dr. Erika Sievers, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen,
Düsseldorf
- 12:30 - 13:30 Uhr** Mittagspause

Workshops:

- Workshop 1:** Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen
Dr. Martin Zimmermann/
Dr. Valeria Mospanova,
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst beim Gesundheitsamt
- Workshop 2:** Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Köln
Dr. Ali Kemal Gün,
Psychologischer Psychotherapeut
- Workshop 3:** Gesundheitsversorgung von Menschen mit unklarem Versicherungsstatus
Dr. Fabiola Oliveira / Wolfgang Klier,
Gesundheitsamt
- Workshop 4:** Gesundheitliche Versorgung von älteren Migrantinnen und Migranten
Dr. Murat Ozankan, Oberarzt,
LVR-Klinik Langenfeld
- 15:30 Uhr**
Abschlussplenum
Moderation: Amd Henze,
stellvertr. Auslandschef des WDR

Kommunales Gesundheitskonzept für Menschen mit Migrationshintergrund in Köln

Stand: 21.Juni 2010

Inhalt:

Einleitung	2
Handlungsempfehlungen	
1. Kölner Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten	4
2. Ehrenamtliche Integrationslotsen Gesundheit	4
3. Thema Gesundheit als Bestandteil der Integrationskurse des Bundes	5
4. Verbesserung der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung von Migranten/innen	5
5. Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation	6
6. Interkulturell orientierte Arbeitskonzepte in Einrichtungen der Krankenversorgung und der Pflege	7
7. Integration als Leitungsthema	7
8. Gesundheitsstützpunkte in den Kölner Stadtbezirken	8
9. Koordinierungsstelle „Gesundheit und Migration“ beim Gesundheitsamt	9
Beteiligte	10

AG Migration und Gesundheit der Kommunalen Gesundheitskonferenz Köln

REDAKTION:

Dr. Ali Kemal Gün, Migrationsbeauftragter der LVR-Klinik Köln, Vorsitzender der AG Migration und Gesundheit

Wolfgang Klier, Gesundheitsamt der Stadt Köln, Geschäftsstelle Kommunale Gesundheitskonferenz

Monika Knepper, Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Köln, Fachbereich Integration

Sonja Pyro, Stadt Köln, Interkultureller Dienst Ehrenfeld/Lindenthal

Bernd Taschenmacher, Stadt Köln, Amt für Soziales und Senioren

Arif Ünal, Leiter des Gesundheitszentrums für Migranten/innen

Einleitung

Mit etwa einer Million Einwohnern zählt Köln zu den größten Städten Deutschlands. Durch Großbetriebe wie Ford und KHD kamen in den 50er und 60er Jahren tausende Arbeitnehmer aus Anwerbestaaten nach Köln. Durch Familiennachzug, Flüchtlinge, Bürgerkriegsflüchtlinge, Kontingentflüchtlinge und Spätaussiedler ist die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund stetig gewachsen. Heute wird davon ausgegangen, dass in **Köln knapp jeder dritte Einwohner**¹ einen Migrationshintergrund hat. Bei den unter 18jährigen beträgt dieser Anteil sogar nahezu 48 %.

Diese Menschen sind – das belegen mehrere Studien auf internationaler und nationaler Ebene - **gegenüber Deutschen erhöhten Erkrankungsrisiken ausgesetzt**.² Zudem bestehen zusätzliche psychosoziale Faktoren, die bei Migranten/innen krankheitsfördernde bzw. krankheitsbegünstigende Wirkungen haben.³

Zwar kann davon ausgegangen werden, dass **Gesundheit generell – ebenso wie Bildung - in einem engen Zusammenhang mit sozialer Herkunft und Lebenslage** steht. Belastende Lebensbedingungen durch niedriges Einkommen, schlechten Zugang zur Bildung, mangelhafte Wohnsituation oder Arbeitslosigkeit haben Auswirkungen auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten. Sozial benachteiligten Menschen fehlt es an Möglichkeiten, Belastungen zu bewältigen und ihre Gesundheit zu fördern. Sie sterben früher, werden häufiger krank oder erkranken schwerer. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sind weniger eingeübt und ärztliche Versorgung wird weniger effektiv genutzt, auch Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen werden seltener in Anspruch genommen.

Es ist jedoch erwiesen, dass **Menschen mit Migrationshintergrund** darüber hinaus „..... im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung ohne Migrationshintergrund erhöhte Gesundheitsrisiken aufweisen [können]. Dabei ist es nicht die Migration als solche, die krank macht. Es sind vielmehr die Gründe und Umstände einer Migration sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, die zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen können. Menschen mit Migrationshintergrund haben überdurchschnittlich häufig einen niedrigen sozioökonomischen

Status, gehen einer die Gesundheit gefährdenden beruflichen Tätigkeit nach oder sind arbeitslos oder leben in einer ungünstigen Wohnsituation.“⁴

Zusätzlich erschweren ihnen Sprachbarrieren und unzureichende Kenntnisse über die Funktionsweise des deutschen Gesundheitswesens, aber auch strukturelle Einschränkungen (z.B. verminderte Versorgungsansprüche aufgrund des Asylbewerberleistungsgesetzes) zusätzlich den Zugang zu präventiven, kurativen und rehabilitativen Leistungsangeboten des Gesundheitssystems sowohl im somatischen als auch im psychischen Bereich. Schwierigkeiten in der sprachlichen Verständigung können zudem dazu führen, dass Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund ihre Beschwerden nicht präzise und umfassend schildern können. Nicht nur Sprachbarrieren, sondern auch mangelhafte Kenntnisse des fremden kulturellen Hintergrundes – auf beiden Seiten – belasten die Beziehung zwischen deutschen Ärzten/innen, Psychologen/innen und Therapeuten/innen und Patienten/innen mit Migrationshintergrund und können zu Fehleinschätzungen sozialer und gesundheitlicher Probleme bis hin zu Fehldiagnosen führen. Nicht selten resultieren für die Betroffenen daraus jahrelange Odysseen durch die medizinischen Versorgungseinrichtungen.⁵ Auf der anderen Seite gibt es zahlreiche sichtbare und unsichtbare Zugangsbarrieren auf Seiten der Gesundheitseinrichtungen, die die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen durch Menschen mit Migrationshintergrund erschweren. Ohne die Beseitigung solcher Hemmschwellen ist die Integration dieser Menschen in die gesundheitliche Regelversorgung nicht möglich.

Trotz viel versprechender struktureller Ansätze und Einzelmaßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Köln - Durchführung mehrerer Fachtagungen zum Thema,⁶ Herausgabe des „Kölner Gesundheitswegweisers für Migrantinnen und Migranten“; Einrichtung eines „Gesundheitszentrums für Migrantinnen und Migranten“, permanente Mitwirkung von Migranten/innen-Vertretern in den einschlägigen gesundheitsbezogenen städtischen Gremien, Studie „Menschen ohne Papiere in Köln“,⁷ Tätigkeit der beim Gesundheitsamt angesiedelten „Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten einschließlich Aids“⁸, - ist davon auszugehen, dass die **gesundheitliche Lage und die Gesundheitsver-**

¹ 2007 lebten in Köln 328.811 Menschen mit Migrationshintergrund, das entspricht einem prozentualen Anteil von 32 % an der Gesamtbevölkerung der Stadt, bei den unter 18jährigen sind dies 75.599 von 158.385 (= 47,73 %). Quelle: Stadt Köln – Amt für Stadtentwicklung und Statistik.

² - Migration und Gesundheit – Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut, Berlin 2008
- Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder- und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland – Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut, Berlin 2008

- Mengistu, D., Public Health für Migranten. Konzepte für die Gesundheitsfürsorge auf kommunaler Ebene, in: Hegemann T., Lenk-Neumann B. (Hrsg.), Interkulturelle Beratung. Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung, Verlag für Wissenschaft und Bildung, Amand Aglaster, 2002.

³ Gün, A.K., Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie. Gegenseitiges Verstehen zwischen einheimischen Therapeuten und türkeistämmigen Klienten, Freiburg im Breisgau, 2007

⁴ Zitat aus Migration und Gesundheit – Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut, Berlin 2008, Seite 129, Hervorhebungen von der Redaktion

⁵ Gün, A.K., Vorwort zum Kölner Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten, Köln 2007

⁶ 1) Gesundheitsversorgung der Migrantinnen/Migranten in Köln – Überangebot mit Defiziten (Dokumentation der 1. Fachtagung des Kölner Gesundheitsforums, Projektgruppe „Gesundheitsprobleme ausländischer Bürgerinnen und Bürger“ vom 25. Oktober 1995, Köln)

2) Sucht und Migration (Dokumentation der 2. Fachtagung vom 08. Oktober 1997, Köln)

3) Alte Fremde – fremd auch im Alter ? (Dokumentation der 3. Fachtagung vom 10. Nov. 1999, Köln)

⁷ Quelle: <http://www.kmii-koeln.de/XE3system/uploads/Studie%20Menschen%20ohne%20Papiere%20in%20K%C3%B6ln.pdf>

Auf der Grundlage dieser im Auftrag des Rates der Stadt Köln erstellten Studie wurden vom „Runden Tisch für Flüchtlingsfragen“ Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere entwickelt.

sorgung der Menschen mit Migrationshintergrund in Köln insgesamt immer noch defizitär ist.

Das vorliegende Kommunale Gesundheitskonzept für Menschen mit Migrationshintergrund in Köln setzt an den beschriebenen Problemen und Defiziten an und gibt konkrete Handlungsempfehlungen in Bezug auf die **Interkulturelle Öffnung⁹ der gesundheitlichen Regeldienste** in Köln. Zugleich leistet es einen Beitrag zu einer generellen Verbesserung der **Gesundheitsversorgung sozial benachteiligter Menschen** in der Stadt. Zwar wendet sich das Konzept vorrangig an Menschen mit belastenden Lebensbedingungen, es kommt aber letztlich allen Bürgerinnen und Bürgern Kölns zugute.

Ein System der Gesundheitsversorgung und –vorsorge, das auf diese Weise – in Anlehnung an das **Konzept des „Diversity Management“¹⁰** – flexibel und differenziert auf die unterschiedlichen Bedürfnisse verschiedener Bevölkerungsgruppen eingeht, arbeitet **effektiver und damit letztendlich kostengünstiger**. Insofern ist das Kommunale Gesundheitskonzept für Menschen mit Migrationshintergrund nicht nur für die Betroffenen von Vorteil, sondern auch für die Unternehmer- und Anbieterseite attraktiv.

Das Kommunale Gesundheitskonzept bzw. die darin ausformulierten Handlungsempfehlungen wurden von der **AG Migration und Gesundheit im Auftrag der Kommunalen Gesundheitskonferenz Köln** in einem interdisziplinären und interkulturellen Team von Fachleuten aus den Bereichen Gesundheit, Soziales, Kinder und Jugend unter Mitwirkung von Mitarbeitern/innen der Stadtverwaltung erarbeitet. Dabei wurden die Leitlinien aus dem **EU-Gesundheitsprogramm¹¹** und die **EU-Dienstleistungs-Richtlinie¹²** ebenso berücksichtigt wie die Philosophie des Diversity Management.

Die **Umsetzung der Handlungsempfehlungen** soll schrittweise erfolgen unter Berücksichtigung folgender Gesichtspunkte:

- Erhöhung der Problemlösequalität durch Umdenken (phantasievolle Lösungen müssen nicht unbedingt Geld kosten).

- Optimale Nutzung der vorhandenen Diversität der Belegschaft und gezielter Aufbau von Diversität durch heterogene Rekrutierung
- Kurz- bzw. mittelfristige Realisierbarkeit

Das vorliegende „Kommunale Gesundheitskonzept für Menschen mit Migrationshintergrund in Köln“ ist keineswegs vollständig und abgeschlossen. Es enthält vielmehr diejenigen Punkte aus einer umfassenderen Liste von Problemen und Aufgaben, die der AG Migration und Gesundheit zum jetzigen Zeitpunkt und unter den genannten Gesichtspunkten als vorrangig erschienen. Veränderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen und neue Entwicklungen im Gesundheitswesen können die **Ergänzung und Weiterentwicklung der Handlungsempfehlungen** erforderlich machen. Insofern markiert die Vorlage des Konzeptes den **Beginn eines Prozesses**, der die Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Köln zum Ziel hat. Die aufgeführten Handlungsempfehlungen wurden unter den Gesichtspunkten (a) Wichtigkeit/Dringlichkeit (b) Durchsetzbarkeit/Realisierbarkeit und (c) Finanzierbarkeit zusammen gestellt, wobei die Einschätzung einer leichteren Durchsetzbarkeit und niedriger Kosten – und damit die Wahrscheinlichkeit einer schnelleren Umsetzung der Handlungsempfehlung – eher zu einem vorderen Platz in der Reihenfolge der Nennung führte. Von der Dringlichkeit der Umsetzung wird bei allen Empfehlungen gleichermaßen ausgegangen.

Die Beteiligten bemühen sich um die Umsetzung der nachfolgenden Handlungsempfehlungen im Rahmen ihrer Möglichkeiten. Eine Verpflichtung zur Umsetzung der Empfehlungen besteht nicht. Aus den nachfolgenden Handlungsempfehlungen lassen sich entsprechend durch niemanden rechtliche Ansprüche herleiten.

Das „Kommunale Gesundheitskonzept für Menschen mit Migrationshintergrund in Köln“ ist **Bestandteil des umfassenderen gesamtstädtischen Integrationskonzepts für Menschen mit Migrationshintergrund in Köln.¹³**

⁸ In 2008 (1.-3. Quartal) waren rd. 76 % der Klientel dieser Beratungsstelle, die ärztlich betreut wurden, Menschen mit Migrationshintergrund.

⁹ Unter „Interkultureller Öffnung“ wird hier ein Prozess der Organisationsentwicklung verstanden, der die Zugangsbarrieren für Menschen mit Migrationshintergrund beseitigt und ihnen das breite Spektrum aller öffentlichen Einrichtungen erschließt. Dieser Prozess führt darüber hinaus zu einer sukzessiven Erhöhung des Anteils von Beschäftigten mit Migrationshintergrund in den öffentlichen Einrichtungen entsprechend ihrem Anteil an der Bevölkerung. Die „Interkulturelle Öffnung ist keine Aufgabe allein für die sozialen Dienste, sondern eine Herausforderung für die gesamte Gesellschaft. [...] Die Interkulturelle Öffnung ist eine Führungsaufgabe. Die Leitungsebenen und –gremien sind in besonderem Maße angesprochen und für die Umsetzung der Öffnung verantwortlich. [...] Die Interkulturelle Öffnung muss sowohl ‚oben‘ gewollt als auch ‚unten‘ akzeptiert werden. Sie sollte ein Teil jeder ‚Unternehmenskultur‘ sein.“ Vgl. C. Schmalz-Jacobsen, Empfehlungen zur interkulturellen Öffnung sozialer Dienste, Mitteilungen der Beauftragten der Bundesregierung für Belange der Ausländer, Nr.5, Bonn, Dez. 1994, S. 9.

¹⁰ Bei der Philosophie des Diversity Management handelt es sich um ein umfassendes erfolgreiches Management-Konzept, welches in den USA entwickelt wurde und das dort mittlerweile in 90 % der führenden Unternehmen implementiert wurde. **Im Zuge der Internationalisierung wird auch in Europa Diversity Management immer mehr zum Qualitätsstandard**, weil es sowohl den Unternehmern als auch den Bürgern nutzt. Es ist ein Konzept der Unternehmensführung, das die Heterogenität der Beschäftigten anerkennt, achtet und zum Vorteil aller nutzbar macht. Dabei handelt es sich nicht um die bloße Umsetzung von Antidiskriminierungsvorschriften. **Vielmehr steht die Erkenntnis dahinter, dass Unternehmen –insbesondere in einer globalisierten Welt - nur konkurrenzfähig sind, wenn die Vielfalt der Gesellschaft sich in der Vielfalt der Belegschaft spiegelt, um das jeweilige Produkt (seien es Autos oder Lebensmittel oder auch ein „Produkt“ wie Gesundheit) anwenderfreundlich entwickeln und zielgruppengerecht vermarkten zu können.** (Quelle: www.equal.de)

Als erste deutsche Stadt ist die Stadt Koeln am 6.2.07 der Initiative deutscher Unternehmen „Diversity als Chance“ beigetreten und hat die „Charta der Vielfalt“ unterschrieben. Seit Dezember 2006 haben nunmehr weit über 300 Unternehmen dieses grundlegende Bekenntnis zu Fairness und Wertschätzung unterzeichnet und entsprechende Maßnahmen eingeleitet (Quelle: www.charta-der-vielfalt.de).

¹¹ Quelle: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/pgm2008_2013_de.htm

¹² Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt vom 12. Dezember 2006

¹³ Vgl. Protokoll der 14. Sitzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz Köln vom 18.06.2007, TOP 4.4 und Anlage 6 zum Protokoll der 16. Sitzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz Köln vom 02.06.2008

Handlungsempfehlung Nr. 1

Kölner Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten

ZIEL

Der „Kölner Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten“ wird kontinuierlich aktualisiert und weiterentwickelt. Die dafür erforderlichen finanziellen Ressourcen werden von der Stadt Köln zur Verfügung gestellt.

OPERATIONALISIERUNG

Die Umsetzung der Handlungsempfehlung lässt sich erkennen an:

- Die Aktualisierung des seit 1995 herausgegebenen „Kölner Gesundheitswegweisers für Migrantinnen und Migranten“ wird fortgesetzt.
- Es wird eine vollständige Gesundheitslandkarte/ Gesundheitskataster für die Stadt Köln erstellt, in die möglichst alle Anbieter einbezogen sind, um so das Gesamtangebot von Gesundheitsleistungen für Menschen mit Migrationshintergrund in Köln transparenter zu machen.

- Dafür werden verbindliche institutionelle, personelle und finanzielle Rahmenbedingungen geschaffen.
- Die für die Aktualisierung und Weiterentwicklung benötigten Finanzmittel werden im Haushaltsplan der Stadt Köln fest verankert. Die Höhe der Mittel wird von Zeit zu Zeit bedarfsgerecht angepasst.
- Der Wegweiser wird Online unter www.stadt-koeln.de und in Papierform veröffentlicht. Es wird festgelegt, in welchen zeitlichen Abständen diese beiden Veröffentlichungsformen aktualisiert werden sollen.
- Der/die für die Aktualisierung verantwortliche Redakteur/in arbeitet eng mit der Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit zusammen und berücksichtigt die Vorschläge dieser Arbeitsgruppe.
- Der Wegweiser wird in Absprache bzw. mit Genehmigung der AG Migration und Gesundheit veröffentlicht.
- Sowohl die Multiplikatoren als auch die Nutzer werden regelmäßig auf die Existenz des Gesundheitswegweisers hingewiesen und über die Möglichkeiten des Zugangs bzw. des Bezugs informiert (Öffentlichkeitsarbeit).

Handlungsempfehlung Nr. 2

Ehrenamtliche Integrationslotsen Gesundheit

ZIEL

In Köln werden in ausreichender Zahl ehrenamtlich tätige, muttersprachliche Zuwanderer als Integrationslotsen Gesundheit qualifiziert und eingesetzt, die den Mitgliedern ihrer jeweiligen Community helfen, das deutsche Gesundheitssystem zu verstehen und zu nutzen (hier insbesondere die Angebote zur Früherkennung und Vorsorge) und dadurch dazu beitragen, den Gesundheitsstatus von Menschen mit Migrationshintergrund in Köln zu verbessern.

OPERATIONALISIERUNG

- Die ehrenamtlichen Integrationslotsen Gesundheit werden eingesetzt, um sprachliche und/oder kulturelle Brücken zwischen den Patienten/innen mit Migrationshintergrund und den Gesundheitsdiensten zu bauen. Sie sind als Gesundheitsmediatoren tätig und leisten Aufklärungsarbeit in ihrer jeweiligen Community.
- Ein oder mehrere Träger aquirieren und qualifizieren fortlaufend (2x jährlich) geeignete ehrenamtliche Integrationslotsen Gesundheit in möglichst vielen

Sprachen. Die Ausbildung erfolgt nach einem einheitlichen Curriculum. Die Integrationslotsen erhalten eine kontinuierliche fachliche Begleitung und werden regelmäßig fortgebildet.

- Bei einem oder mehreren Trägern werden Anlauf- und Vermittlungsstellen eingerichtet, die alle eingehenden Anfragen und Aufträge koordinieren und verteilen.
- Das Dienstleistungsangebot der Integrationslotsen Gesundheit und der zentralen Koordinierungsstelle wird durch kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit in den Krankenhäusern, bei den Krankenkassen, den Niedergelassenen Ärzten/innen, den Pflegediensten und in den verschiedenen Communities bekannt gemacht. Zugleich wird in den Communities, in Bürgerämtern, Geschäften usw. dafür geworben, dass sich Muttersprachler/innen als ehrenamtliche Integrationslotsen Gesundheit engagieren.
- Die erforderlichen Finanzmittel für Organisation, Aus- und Fortbildung, pauschale Kostenerstattung für die ehrenamtlichen Gesundheitslotsen und Öffentlichkeitsarbeit werden gemeinsam von der Stadt Köln und den Krankenkassen (§ 20 SGB V) zur Verfügung gestellt

Handlungsempfehlung Nr. 3

Thema Gesundheit als Bestandteil der Integrationskurse des Bundes

ZIEL

Der Integrationskurs des Bundes nach § 43 des Aufenthaltsgesetz vermittelt ausreichende Kenntnisse über den Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung und insbesondere zu präventiven Angeboten.

Integrationskursträger und Fachorganisationen aus dem Bereich Gesundheit und Migration in Köln kooperieren und stellen damit sicher, dass den Kursteilnehmern/innen stets aktuelle lokale Informationen zu den Gesundheitsdiensten und zum Kölner Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten vermittelt werden.

OPERATIONALISIERUNG

Die Umsetzung der Handlungsempfehlung lässt sich erkennen an:

- Der Integrationskurs des Bundes – der derzeit aus einem Sprachkurs (600 Unterrichtseinheiten) und einem Orientierungskurs (45 Unterrichtseinheiten) besteht – wird vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge im Teil Orientierungskurs, Lernziel Sozialsysteme (3 Unterrichtseinheiten) um 3 zusätzliche Unterrichtseinheiten (mit den Themen Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung und Gesundheitsvorsorge) erweitert. Das Curriculum wird entsprechend ergänzt.
- Der Integrationsrat der Stadt Köln beschließt, beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge die Erweiterung des Orientierungskurses für Zuwanderer um das Lernziel Gesundheit um 3 Unterrichtseinheiten auf insgesamt 48 Unterrichtseinheiten zu erwirken. Als Grundlage für diesen Beschluss kann auf das EU-Gesundheitsaktionsprogramm 2008-2013 verwie-

sen werden, das der Rat der Europäischen Union am 10.10.2007 beschlossen hat und das am 1.1.2008 in Kraft getreten ist.

Die Ziele des Programms sind:

- Besserer Gesundheitsschutz der Bürger
- Gesundheitsförderung, einschließlich des Abbaus von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung
- Schaffung und Verbreitung von gesundheitlichen Informationen (http://ec.europa.eu/health/ph_overview/pgm2008_2013_de.htm)

- Den Integrationskursträgern steht ausreichend aktuelles Informationsmaterial (mehrsprachig !) zu den Kölner Gesundheitsberatungs- und Hilfsangeboten zur Verfügung.

Fachdienste der Stadt Köln, der freien Verbände und der Migrantenorganisationen stellen durch Kooperation die Aktualität des Materials sicher, wirken an der Fortschreibung der Unterrichtseinheit Gesundheit im Curriculum mit und vermitteln bei Bedarf auch Fachreferenten/innen.

- Nach erfolgter Erweiterung des Orientierungskurses wird in einem Treffen aller Kölner Integrationskursträger und interessierter Kooperationspartner festgelegt, welche Informationsmaterialien im Kurs verwendet werden und wer für die Aktualisierung zuständig ist. Eine Liste von lokalen Fachreferenten zum Thema Gesundheit und Migration wird für die Integrationskursträger erstellt. In einem regelmäßigen Dialog – mind. 1x jährlich – werden Erfahrungen mit dem Lernmodul Gesundheit ausgetauscht und gemeinsam Anregungen zur Fortschreibung des Curriculums an das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) weitergegeben.
- Im Sprachkurs Teil B finden verstärkt Sprachübungen zum Thema Gesundheit statt.

Handlungsempfehlung Nr. 4

Verbesserung der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung von Migranten/innen

ZIEL

Verbesserung der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund unter besonderer Berücksichtigung gesundheits-spezifischer interkultureller, Zielgruppen orientierter und bedarfsgerechter Handlungsstrategien.

OPERATIONALISIERUNG

Die Umsetzung der Handlungsempfehlung lässt sich erkennen an:

- Es wird nach Stadtteilen und unter Berücksichtigung der zu erwartenden demografischen Entwicklungen analysiert, welcher spezifische Beratungs- und Versorgungsbedarf in Köln besteht und entsprechende Maßnahmen in die Wege geleitet.
- Es wird geprüft, welche Handlungsstrategien die medizinische und psychotherapeutische Versorgung verbessern können. Solche die bereits verfügbar sind, sollen bekannt und den Erfordernissen entsprechend zugänglich gemacht werden. Notwendige Entwicklungen sollen im Rahmen der kommunalen

- Möglichkeiten veranlasst, falls erforderlich überregionale Unterstützung (z. B. BZgA) gesucht werden.
- Es werden Maßnahmen entwickelt, die zu einer besseren Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen führen, die von Migranten nachweislich nicht entsprechend genutzt werden, wie:
 - Vorsorgeuntersuchungen, insbesondere bei Schwangeren
 - Kinder-Früherkennungsuntersuchungen und Jugendgesundheitsuntersuchung
 - Impfungen
 - Psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten
 - Um die Kompetenz im Umgang mit spezifischen Gesundheitsproblemen von Migranten zu verbessern, soll auf vorhandene Angebote zur ärztlichen und psychotherapeutischen Fortbildung systematisch hingewiesen und zusätzliche Angebote bedarfsgerecht entwickelt werden. Die mit Fort- und Weiterbildungsfragen befassten Gremien der Ärztekammer Nordrhein, der Psychotherapeutenkammer NRW und der Kassenärztlicher Vereinigung Nordrhein werden diesbezüglich um Unterstützung gebeten.
 - Durch geeignete Maßnahmen stellen Krankenkassen und Pflegekassen sicher, dass Menschen mit Migrationshintergrund Zugang zu notwendigen Leistungen der Wiederherstellung der körperlichen und seelischen Gesundheit bekommen und diese auch in Anspruch nehmen können. Die Krankenkassen und Pflegekassen tragen im Rahmen der Aufklärungs-, Beratungs- und Auskunftspflicht nach §§ 13 ff SGB I Sorge, dass jeder Versicherte über seine Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch aufzuklären und zu beraten ist.
- Etwaige Lösungsansätze, die eine Änderung approbations- und vertragsarztrechtlicher sowie sozialrechtlicher Regelungen präferieren, berühren sämtlich die Bundesgesetzgebung, in Teilen auch EU-Recht. Sie wären somit nur sehr langfristig, nach intensiver gesellschaftlicher Thematisierung, politischer Meinungsbildung und aufwendigen Gesetzgebungsverfahren zu realisieren. Angesichts dieser ausgesprochen fraglichen Prognose soll sich die vorliegende Empfehlung auf solche Ansätze konzentrieren, die kurz- bis mittelfristig und in der Zuständigkeit der Konferenzmitglieder umgesetzt werden können.

Handlungsempfehlung Nr. 5

Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation

ZIEL

Interkulturelle Kompetenz wird als Schlüsselqualifikation in die Aus- und Fortbildungspläne für die Mitarbeiter/innen und Führungskräfte von allen Institutionen und Organisationen aufgenommen, die im Gesundheitsbereich tätig sind.

OPERATIONALISIERUNG

- Interkulturelle Kompetenz wird als Set von Fähigkeiten verstanden, die es Mitarbeitern/innen ermöglichen, in einer kulturellen Grenzsituation unabhängig, kultursensibel und wirkungsvoll zu handeln. Darum nehmen alle Träger und Einrichtungen im Gesundheitsbereich den Erwerb interkultureller Kompetenz in ihre internen Fortbildungsprogramme auf.
- Interkulturelle Kompetenz ist nicht angeboren, sondern muss erworben werden. Bedarfsweise werden Mitarbeiter/innen mit oder ohne Migrationshintergrund in allen Teilbereichen, wie Methodenkompetenz, selbstreflexive Kompetenzen, soziale Kompetenzen und normative Kompetenzen geschult und fortgebildet.
- Jeder Träger und jede Einrichtung nimmt die interkulturellen Kompetenzen ihrer Mitarbeiter/innen in den Katalog der eigenen Qualitätskriterien auf und macht das Vorhandensein dieser Kompetenzen im erforderlichen Umfang sowohl nach Innen als auch nach Außen sichtbar.
- Interkulturelle Kompetenz wird bei der öffentlichen Förderung unter die Förderkriterien aufgenommen
- Zur Motivation für die MitarbeiterInnen in entsprechenden Arbeitsfeldern werden interkulturelle Kompetenz bei der Beurteilung und Beförderung berücksichtigt.
- Bei der Vermittlung interkultureller Kompetenz werden Mindeststandards entwickeln, die je nach Träger/Einrichtungstyp/Tätigkeitsfeld modifiziert werden können.

Handlungsempfehlung Nr. 6

Interkulturell orientierte Arbeitskonzepte in Einrichtungen der Krankenversorgung und Pflege

ZIEL

Die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund werden in ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen der Krankenversorgung und der Pflege angemessen berücksichtigt.

Das heißt im Einzelnen:

Bei den strukturellen und personellen Rahmenbedingungen der Einrichtung sind interkulturell orientierten Arbeitskonzepten Rechnung zu tragen.

Die Einrichtung berücksichtigt die Tatsache, dass ihre potentielle Patienten/innen aus Ländern mit verschiedenen kulturellen Hintergründen stammen, in angemessenem Umfang durch

- strukturelle Maßnahmen (organisatorisch, ablauftechnisch, ..)
- personelle Maßnahmen (Personalauswahl, Zusammensetzung des Personals)
- Maßnahmen der Aus- und Fortbildung

Die weltanschauliche Ausrichtung des Trägers der Einrichtung muss davon unberührt bleiben.

OPERATIONALISIERUNG

Die Umsetzung der Handlungsempfehlung lässt sich konkret zum Beispiel an folgenden Dingen erkennen:

- Die Mitarbeiter/innen der Einrichtung kennen die

Probleme, die sich im Umgang zwischen Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen ergeben können und sind darin geschult, damit konstruktiv umzugehen (interkulturelle Kompetenz).

- Die Einrichtung ist darauf eingerichtet, auf spezielle Anforderungen, die sich aus den unterschiedlichen kulturellen Hintergründen der Patienten/innen ergeben (z.B. religiös bedingte Ernährungsvorschriften, im Bedarfsfall auf Wunsch des Patienten/der Patientin bzw. deren Angehörigen seelsorgerische Betreuung durch Geistliche mit der eigenen Religionszugehörigkeit; spezielle kulturell bedingte Kommunikationsbedürfnisse wie z.B. hohe Besuchshäufigkeit, große Besucherzahl; muttersprachliche Sprechstunde und Freizeitangebote), angemessen einzugehen.
- Informationsblätter/Merkblätter, Formulare, Wegweiser, Türaufschriften usw. sind mehrsprachig.
- Im Bedarfsfall – insbesondere bei den selteneren Sprachen – werden Dolmetscherdienste in Anspruch genommen.
- Die Vermittlung von „Interkultureller Kompetenz“ ist Bestandteil aller Aus- und Fortbildungspläne für das gesamte Personal der Einrichtung (Ärzte/innen, Pfleger/innen, Therapeuten/innen, Verwaltungsmitarbeiter/innen). In den entsprechenden Aus- und Fortbildungsveranstaltungen wird „Interkulturelle Kompetenz“ theoretisch und praktisch vermittelt.

Handlungsempfehlung Nr. 7

Integration als Leitungsthema

ZIEL

Die Berücksichtigung der interkulturellen Belange an den ambulanten, teilstationären, stationären Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens wird von der jeweiligen Führungsebene organisatorisch eingebracht und laufend thematisiert.

OPERATIONALISIERUNG

Die Umsetzung dieser Handlungsempfehlung lässt sich z.B. an folgenden Dingen erkennen:

- Der Träger erarbeitet ein Konzept, in dem die Standards für Integration der Migranten/innen (Patienten/innen und Mitarbeiter/innen) und Interkulturalität beschrieben sind und Vereinbarungen über deren Umsetzung verbindlich getroffen sind. Entsprechende Konzepte werden auch auf Stations- bzw. Abteilungsebene entwickelt.
- Bei der Personalauswahl in allen Bereichen werden mutter- und fremdsprachliche Kompetenzen be-

rücksichtigt. Das Vorhandensein von interkultureller Kompetenz ist ein Einstellungskriterium bei allen Personalauswahlverfahren..

- Alle Mitarbeiter/innen der Einrichtung verfügen über interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation; das wird erreicht durch entsprechende Personalauswahl, durch Vermittlung dieser Schlüsselqualifikation bei der Ausbildung des Personalnachwuchses und bei der Fortbildung des vorhandenen Personals.
- Es existiert eine Übersicht über die mutter- und fremdsprachlichen Kompetenzen, die beim in der Einrichtung beschäftigten Personal vorhanden sind; diese Liste steht allen Abteilungen bzw. Stationen zur Verfügung, damit jederzeit auf diese Kompetenzen zurückgegriffen werden kann (betriebsinterner Übersetzer- bzw. Dolmetscherdienst).
- Für die zahlenmäßig bedeutsamen Patienten/innen-Gruppen mit Migrationshintergrund liegen die relevanten, in der Einrichtung verwendeten Formulare, Informationsbroschüren und Aufklärungstexte in muttersprachlicher Übersetzung vor. Im Bedarfsfall – insbesondere bei selteneren Sprachen – werden

professionelle Dolmetscherdienste (Fachdolmetscher mit Zusatzqualifikation für den Gesundheitssektor) hinzugezogen.

- Der/die Integrationsbeauftragte bietet regelmäßig eine Sprechstunde für interkulturelle Fragen ein, die für Mitarbeiter/innen und Patienten/innen offen steht. Die Beratung und Information in interkulturellen Fragen wird unterstützt durch ein Medienzentrum, das Bücher und Fachzeitschriften umfasst und Interessierten den Zugang zu einschlägigen elektronischen Informationsquellen (Internetzugang) ermöglicht.
- Es gibt einen träger- bzw. einrichtungsinternen Arbeitskreis („Qualitätszirkel Integration“) als Teil des

Qualitätsmanagements der Einrichtung, der sich aus unterschiedlichen Berufsgruppen (z.B. Ärzte/innen, Psychologen/innen, Sozialarbeiter/innen, Pflegepersonal) zusammensetzt und die Aufgabe hat, die Umsetzung der erklärten Integrationsziele an Hand einer Checkliste zur Überprüfung der Interkulturalität kontinuierlich zu überwachen und zu evaluieren.

- Die professionellen Qualitäts-Zertifizierer werden angeregt, definierte Standards für interkulturelle Öffnung und interkulturelle Kompetenz zum festen Bestandteil der von ihnen entwickelten Qualitätssicherungssysteme zu machen und diese Standards zum selbstverständlichen Bestandteil des Zertifizierungsprozesses zu machen.

Handlungsempfehlung Nr. 8

Gesundheitsstützpunkte in den Kölner Stadtbezirken

ZIEL

In den 9 Kölner Stadtbezirken werden Gesundheitsstützpunkte als wohnortnahe und niedrigschwelliges Beratungs- und Serviceangebot für die Menschen des Stadtbezirkes eingerichtet. Die Bedürfnisse und Belange von Menschen mit Migrationshintergrund werden besonders berücksichtigt durch u.a. muttersprachliches/fremdsprachliches Personal mit nachweislicher interkultureller Kompetenz.

OPERATIONALISIERUNG

- Die Gesundheitsstützpunkte befinden sich in den Bürgerämtern und sind somit ein Serviceangebot, welches schnell allen Bürgern des Stadtbezirkes bekannt wird und niederschwellig zugänglich ist.
- Die Gesundheitsstützpunkte sind personell besetzt mit einem/r Mitarbeiter/in des Gesundheitsamtes (Sozialarbeiter/in, med. Fachpersonal, Gesundheitsfachwirt o.ä.). Interkulturelle Kompetenz und Mehrsprachigkeit sind zwingende Auswahlkriterien. Die Gesundheitsstützpunkte kooperieren eng - idealtypischerweise auch räumlich - mit den im Stadtbezirk im Gesundheitswesen tätigen freien Trägern, wie z.B. Integrationsagentur Gesundheit des DRK, Diakonie, Caritas u.a.
- Die Mitarbeiter/innen der Gesundheitsstützpunkte sind besonders befähigt, mit allen Diensten und Institutionen des Gesundheitswesens zu kooperieren, Synergieeffekte zu schaffen und Vernetzungen herzustellen. Sie helfen so, Fragen zu Gesundheit, Krankenversicherung, (inter)nationalem Versicherungsrecht, Patientenrecht u.a. zu klären.
- Die Bürger/innen können mit allen diesbezüglichen Fragen zunächst den Gesundheitsstützpunkt ansteuern. Von dort erfolgt entweder die Klärung/Bedienung der Problematik oder die kompetente Vermittlung an entsprechende Fachdienste. Die Gesundheitsstützpunkte sind Zulieferer der Regelsysteme.
- Die Mitarbeiter/innen der Gesundheitsstützpunkte nehmen die Fragen und Bedürfnisse der Menschen im Stadtbezirk auf und entwickeln daraus bedarfsgerechte Angebote wie z.B.:
Durchführung von Informationsveranstaltungen und Seminaren mit Ärzten oder Apothekern zu speziellen gesundheitlichen Fragen und Vorsorgefragen wie Impfung, Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern, Reiseapotheke und Impfungen für Fernreisen, Sucht, Depression, Altersdemenz...
Gegebenenfalls Durchführung von medizinischen Behandlungen, Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen durch Ärzte/innen des Gesundheitsamtes.
- Zum Auftrag der Gesundheitsstützpunkte gehört auch, dafür Sorge zu tragen, dass alle Menschen im Stadtbezirk ungehinderten Zugang zur medizinischen Regelversorgung haben. Hierzu gehört die Beratung und qualifizierte Weitervermittlung oder die Veranlassung der Behandlung von nicht krankenversicherten Bürgern. Eine anonyme Telefonberatung zu allen diesbezüglichen Fragen wird angeboten.
- Zielgruppe der Gesundheitsstützpunkte sind alle Bürgerinnen und Bürger, die im Stadtbezirk wohnen, bzw. ihren gewöhnlichen Aufenthalt dort begründen. Die Bedürfnisse und Belange von Menschen mit Migrationshintergrund werden anhand der beschriebenen Einstellungsvoraussetzungen besonders berücksichtigt.

Handlungsempfehlung Nr. 9

Koordinierungsstelle „Gesundheit und Migration“

ZIEL

Im Gesundheitsamt der Stadt Köln wird eine Koordinierungsstelle „Gesundheit und Migration“ eingerichtet, die die Umsetzung des „Kommunalen Gesundheitskonzeptes für Menschen mit Migrationshintergrund in Köln“ und dessen praktische Auswirkungen (Entwicklungen und Veränderungen) steuert und überwacht und die Ergebnisse und Konsequenzen dokumentiert und veröffentlicht.

OPERATIONALISIERUNG

Die Umsetzung dieser Handlungsempfehlung lässt sich z.B. an folgenden Dingen erkennen:

- Das „Kommunale Gesundheitskonzept für Menschen mit Migrationshintergrund“ ist integraler Bestandteil eines umfassenden gesamtstädtischen Integrationskonzeptes der Stadt Köln. Die Stadt bekennt sich offensiv und selbstbewusst zur multiethnischen und multikulturellen Zusammensetzung ihrer Bürgerschaft.
- Die Umsetzung des „Kommunalen Gesundheitskonzeptes für Menschen mit Migrationshintergrund“ ist eine fachübergreifende Querschnittsaufgabe. Die Koordinierungsstelle „Gesundheit und Migration“ ist deshalb Ämter- und Institutionen-übergreifend tätig. Sie ist unter fachlichen Gesichtspunkten beim Gesundheitsamt angesiedelt. Die Koordinierungsstelle verfügt über - der Aufgabe entsprechend - qualifiziertes, d.h. wissenschaftlich geschultes - Personal.
- Die Koordinierungsstelle legt Standards bzw. Erfolgskriterien fest, die die praktische Umsetzung des

„Kommunalen Gesundheitskonzeptes für Menschen mit Migrationshintergrund in Köln“ beschreiben (Kriterienkatalog/Checkliste der Interkulturalität). Der Kriterienkatalog formuliert auf der einen Seite allgemein verbindliche grundsätzliche Anforderungen, lässt auf der anderen Seite aber auch Raum für – je nach Institution bzw. Praxisfeld – unterschiedliche Formen und Ausprägungen der Realisierung (z.B. sind die Anforderungen an eine migranten/innengerechte Arbeit unterschiedlich, je nachdem, ob es sich um den psychiatrisch/psychotherapeutischen oder um den somatischen Bereich der Gesundheitsversorgung handelt).

- Die Koordinierungsstelle informiert, berät und unterstützt die im Gesundheitsbereich in Köln tätigen Institutionen und Organisationen bei der Bestandsaufnahme (Ist-Soll-Vergleich in Bezug auf die vorliegenden Handlungsempfehlungen, Aufdecken von Defiziten, Beschreibung von Handlungsbedarf) und bei der schrittweisen Umsetzung des „Kommunalen Handlungskonzeptes für Menschen mit Migrationshintergrund“.
- Die Koordinierungsstelle überprüft im Austausch und in Kooperation mit den betroffenen Einrichtungen und Dienstleistungsanbietern den Grad der Umsetzung dieser Handlungsempfehlungen. Die Ergebnisse der Evaluation werden im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung dokumentiert und der Kommunalen Gesundheitskonferenz und den einschlägigen Ausschüssen des Rates (Gesundheit, Jugend, Soziales) vorgestellt. Darüber hinaus werden sie der kommunalen, regionalen und allgemeinen Öffentlichkeit werden auf der Internetseite der Stadt Köln zugänglich gemacht.

Beteiligte

An der Entstehung dieser Handlungsempfehlungen haben mitgewirkt:

Die Mitglieder der AG Migration und Gesundheit:

Kadri Akkaya, Stadt Köln - Interkulturelles Referat

Dr. Jochen Anthes, vormals Stadt Köln, Gesundheitsamt - Gesundheitsberichterstattung

Dr. Metin Bagli, Apotheker

Dr. Herbert Berger, Stadt Köln, Gesundheitsamt – Abteilungsleiter Psychiatrie- und Suchtkoordination, Gesundheitsberichterstattung und -aufklärung

Brigitte Brand-Wilhelmy, Caritas Köln – Therapiezentrum für Folteropfer

Erdal Cenan, Projektleiter Dersim-Gemeinde e.V., Köln

Claudia de Fries, Diakonie Michaelshoven – Soziale Dienste

Martina Domke, Diakonisches Werk Köln

Alaaddin Erden, Sozialdienst Katholische Männer (SKM)

Dr. Ali Kemal Gün, Migrationsbeauftragter der LVR-Klinik Köln, Vorsitzender der AG Migration und Gesundheit

Regina Hochdörfer, Phoenix e.V. (Selbsthilfeorganisation für russischsprachige Migranten in Köln und NRW)

Dr. Johannes Johannsen, Rheinische Kliniken Köln – Chefarzt Gerontopsychiatrie

Marlis Klein, Seniorenvertretung

Wolfgang Klier, Stadt Köln, Gesundheitsamt – Geschäftsstelle Kommunale Gesundheitskonferenz Köln

Monika Knepper, Deutsches Rotes Kreuz

Ceyda Kutlu, Kölner Verein e.V. - Betreutes Wohnen Köln-Mülheim

Sergio Mancini, Caritas Köln – Internationale Familienberatung

Öznur Naz, Selbsthilfe-Kontaktstelle Köln

Heidrun Nitschke, Stadt Köln, Gesundheitsamt - Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten (STD) einschließlich Aids

Franjo Obradovic, Caritas Köln – Internationale Familienberatung

Sonja Pyro, Stadt Köln – Interkultureller Dienst Lindenthal/Ehrenfeld

Nadja Rüttermann, Stadt Köln - Wohnungsversorgungsbetriebe

Regina Steinfeld, Stadt Köln

Bernd Taschenmacher, Stadt Köln, Amt für Soziales und Senioren

Arif Ünal, Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten in Köln

Hamidye Ünal, Caritas Flüchtlingsberatung Köln – Therapiezentrum für Folteropfer

Redaktion:

Dr. Ali Kemal Gün, Migrationsbeauftragter der LVR-Klinik Köln, Vorsitzender der AG Migration und Gesundheit

Wolfgang Klier, Gesundheitsamt der Stadt Köln, Geschäftsstelle Kommunale Gesundheitskonferenz

Monika Knepper, Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Köln, Fachstelle Migration

Sonja Pyro, Stadt Köln, Interkultureller Dienst Ehrenfeld/Lindenthal

Bernd Taschenmacher, Stadt Köln, Sozialamt

Arif Ünal, Leiter des Gesundheitszentrums für Migranten/innen

Ansprechpartner/innen

Dr. Ali Kemal Gün, Migrationsbeauftragter der Rheinischen Kliniken Köln, Vorsitzender der AG Migration und Gesundheit, Tel. 0221/8993-211,

Wolfgang Klier, Gesundheitsamt der Stadt Köln, Geschäftsstelle Kommunale Gesundheitskonferenz

Beratung

Dr. Peter Röhrig, ConsultContor - Beratung

KÖLNER
GESUNDHEITSWEGWEISER
FÜR MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN

AKTUALISIERTE AUSGABE

STAND: April 2013

HERAUSGEBER:

KOMMUNALE GESUNDHEITSKONFERENZ KÖLN
ARBEITSGRUPPE MIGRATION UND GESUNDHEIT

Vorwort

Liebe Leserinnen, lieber Leser, wir sind sehr erfreut, Ihnen die neueste – die achte - Ausgabe des „Kölner Gesundheitswegweisers für Migrantinnen und Migranten“ vorlegen zu können. Um die Nutzbarkeit des Gesundheitswegweisers noch zu verbessern, haben wir uns im Inneren des Heftes für eine neue Gliederung und ein neues Layout entschieden. Inzwischen sind mehrere Städte unserem Beispiel gefolgt und haben vergleichbare Veröffentlichungen gemacht. Sehr viele Nachfragen haben uns veranlasst, den mittlerweile vergriffenen Wegweiser aktualisiert herauszubringen. Es ist festzustellen, dass die Brisanz und Komplexität der Migrationsproblematik je nach Kulturkreis, Nationalität, Anlass der Migration, Migrantengeneration und Grad der Anpassung an die Kultur des Aufnahmelandes differieren. Dies gilt insbesondere für das Gesundheitsversorgungssystem. So bedeutet es doch beispielsweise einen erheblichen Unterschied, ob ein Migrant aus der Oberschicht eines europäischen Industrielandes Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen muss oder ob z.B. eine aus dem afrikanischen Kulturkreis stammende Migrantin medizinischer / psychologischer Betreuung bedarf.

Etwa jeder dritte Kölner Einwohner hat einen Migrationshintergrund. Über 150 Nationalitäten sind in Köln vertreten. Damit lebt in unserer Stadt eine multikulturelle, multiethnische und multireligiöse Vielfalt.

Sprachbarrieren und unzureichende Kenntnisse über die Funktionsweise des deutschen Gesundheitswesens erschweren den Zugang zu präventiven, kurativen und rehabilitativen Leistungsangeboten sowohl im somatischen als auch im psychischen Bereich. Schwierigkeiten in der sprachlichen Verständigung können zudem dazu führen, dass Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund ihre Beschwerden nicht umfassend schildern können. Nicht nur Sprachbarrieren, sondern auch mangelhafte Kenntnisse des fremden kulturellen Hintergrundes belasten die Beziehung zwischen deutschen Ärzten/Psychologen/Therapeuten und Migrantinnen und Migranten und führen zu Fehleinschätzungen sozialer und gesundheitlicher Probleme bis hin zu Fehldiagnosen. Nicht selten resultieren für die Betroffenen daraus jahrelange Odysseen durch die medizinischen Versorgungseinrichtungen.

Mit der Herausgabe des Gesundheitswegweisers beabsichtigen wir:

- eine praktische Hilfestellung für solche Patientinnen und Patienten zu leisten, die mit dem deutschen Gesundheitsversorgungssystem Probleme haben
- die Anbieter von Gesundheitsleistungen transparenter machen
- mit einer dadurch erreichten verbesserten Behandlung einen Beitrag zur gegenseitigen Integration zu leisten.

Wir sind uns bewusst, dass der vorliegende Gesundheitswegweiser nicht vollständig ist und in gedruckter Form auch schnell an Aktualität verlieren kann. Dennoch haben wir uns entschieden, auch weiterhin eine Printversion des Gesundheitswegweisers heraus zu geben, weil die Nachfrage danach sehr groß ist. Falls Sie Ergänzungs- und Veränderungsvorschläge zu dieser 7. Auflage haben, teilen Sie uns diese bitte schriftlich mit. Sie können hierzu die vorbereitete letzte Seite des Wegweisers benutzen. Für diejenigen unter Ihnen, die lieber auf elektronische Medien zurückgreifen, stellen wir den Gesundheitswegweiser zusätzlich ins Internet (www.drk-koeln.de). Dies Internet-Version bietet größere Aktualität: sie wird periodisch (= vierteljährlich) aktualisiert.

An dieser Stelle möchten wir der LVR-Klinik Köln, der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, dem Apothekerverband Köln, der Kontaktstelle für Selbsthilfe Köln, der Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Mittelrhein e.V und dem Deutschen Roten Kreuz (DRK) für ihre freundliche Unterstützung herzlich danken, welche die Herausgabe ermöglicht hat.

Besonderer Dank gilt dem Team der DRK-Integrationsagentur Gesundheit, das die umfangreichen Redaktionsarbeiten übernommen hat.

Wir hoffen, dass auch diese 8. Ausgabe des Gesundheitswegweisers für alle Beteiligten zur guten und praktischen Hilfe wird.

Dr. Ali Kemal Gün

*(Dipl.-Psych./Psychologischer Psychotherapeut)
Vorsitzender der AG Migration und Gesundheit*

Inhalt

1. Niedergelassene Ärzte und Zahnärzte	6		
Afghanisch (Dari / Pashtu)	6	3.4 Krankengymnastik	35
Arabisch	6	3.5 Heilpraktiker/innen	35
Armenisch	6	4. Kliniken / Fachkliniken / Tageskliniken	36
Azarbaidshansisch	6	4.1 Kliniken	36
Bengali	6	4.2 Fachkliniken	38
Bosnisch	6	4.3 Tageskliniken	39
Bulgarisch	7	5. Gerontopsychiatrische Zentren und Demenz	40
Chinesisch	7	6. Sozialpsychiatrische Zentren (SPZ)	41
Englisch	7	7. Ambulante Pflegedienste / Wohngruppen	41
Französisch	16	8. Beratungsstellen	44
Französisch (Fortsetzung)	17	8.1 Gesundheitszentrum für Migranten und Migrantinnen	44
Französisch (Fortsetzung)	18	8.2 Flüchtlingsberatung	44
Französisch (Fortsetzung)	19	8.3 Gesundheitsladen Köln / Unabhängige Patientenberatung	44
Französisch (Fortsetzung)	20	8.4 Ernährungsberatung	45
Griechisch	20	8.5 Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen	45
Hebräisch	20	8.6 Frauenberatungsstellen	45
Indisch (Hindi / Kannada / Punjabi)	20	8.7 Kinder- Jugend und Familienberatung	46
Indonesisch	21	8.8 Drogenabhängige und Angehörige	47
Italienisch	21	8.9 Sexuell übertragbare Erkrankungen (STD) / HIV	48
Kurdisch	22	8.10 Sozialberatung	48
Malayisch	22	8.11 Schuldner- und Insolvenzberatung	50
Niederländisch	22	8.12 Fachdienste für Migration und Integration	50
Persisch	22	8.13 Servicestelle für Antidiskriminierungsarbeit	53
Polnisch	23	8.14 Flüchtlinge	53
Portugiesisch	24	9. Selbsthilfegruppen	53
Rumänisch	24	Englisch	55
Russisch	25	Französisch	55
Slowakisch	26	Italienisch	55
Slowenisch	26	Portugiesisch	55
Spanisch	26	Spanisch	55
Tamil	28	Türkisch	55
Tschechisch	28	10. Apotheken	56
Türkisch	28	Stadtbezirk 1: Innenstadt	56
Ungarisch	30	Stadtbezirk 2: Rodenkirchen	57
Ukrainisch	30	Stadtbezirk 3: Lindenthal	57
Urdu	30	Stadtbezirk 4: Ehrenfeld	58
Vietnamesisch	30	Stadtbezirk 5: Nippes	58
		Stadtbezirk 6: Chorweiler	59
2. Psychiatrie/ Psychotherapie/ Neurologie	31	Stadtbezirk 7: Porz	59
2.1 Ärztliche Psychotherapie	31	Stadtbezirk 8: Kalk	60
2.2 Psychologische Psychotherapie für Erwachsene	32	Stadtbezirk 9: Mülheim	61
2.3 Psychologische Psychotherapie für Kinder und Jugendliche	33		
3. Logopädie/Hebammen/Ergotherapie/ Krankengymnastik/ Heilpraktiker/innen	34		
3.1 Logopädische Praxen / Sprachtherapie	34		
3.2 Hebammen	34		
3.3 Ergotherapie	35		

Der kostenlose Bezug dieser Broschüre ist möglich über:



Stadt Köln
Gesundheitsamt Neumark 15-21
50667 Köln
Tel. 0221/22123539 oder 0221/22124578
www.stadt-koeln.de

Online: www.drk-koeln.de

Redaktion und Layout:

Deutsches Rotes Kreuz
Kreisverband Köln e.V.
Integrationsagentur-Gesundheit
Oskar-Jäger-Str. 101-103
50825 Köln
Tel. 0221/5487222
integrationsagenturgesundheit@drk-koeln.de

Druck:

Caritas Werkstätten Köln
Frohnhofstr. 41
50827 Köln
Tel. 0221/597010
frohnhof@caritas-werkstaetten-koeln.de

BUNDESÄRZTEKAMMER

Bekanntmachungen

Stellungnahme

der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin
und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer

„Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund“

Vorwort

Trotz der gesetzlichen Pflicht zur Krankenversicherung in Deutschland wenden sich immer wieder Menschen ohne regulären Versicherungsschutz an Ärzte zur medizinischen Hilfe. Dies betrifft häufig Personen mit Migrationshintergrund. Die Situation stellt Ärzte vor ernsthafte ethische Konflikte: Medizinisch gebotene Therapien drohen aus Versicherungsgründen zu unterbleiben oder aus Gründen, die mit dem Aufenthaltsstatus der Patienten zusammenhängen; die ärztliche Schweigepflicht kann nicht immer eingehalten werden. Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer

mer (ZEKO) hat dieses Thema aufgegriffen, um einerseits die Sachlage zu analysieren und andererseits Empfehlungen zur Veränderung von Zuständen auszusprechen, die aus ärztlicher Sicht höchst bedenklich sind.



Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing
Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission
bei der Bundesärztekammer

1. Einführung

Ärzte werden immer wieder von Patienten aufgesucht, die nicht regulär krankenversichert sind, entweder weil sie keinen gesicherten Aufenthaltsstatus haben (sogenannte Sans Papiers) oder weil sie Asylsuchende oder EU-Bürger sind, deren Krankenversicherung in ihrem Heimatland unzureichend oder gar nicht vorhanden ist. Oft scheitern in diesen Fällen selbst bei ernsthaften Erkrankungen *lege artis* indizierte Behandlungen an verschiedenen Hürden, die teils rechtlicher, teils bürokratischer oder finanzieller Natur sind. Die Folgen sind aus ärztlicher Perspektive häufig fatal: Eigentlich behandelbare Erkrankungen werden verschleppt und chronifiziert; Kinder erhalten nicht die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und Therapien. Aus ärztlicher Perspektive ist besonders bedenklich, dass die ärztliche Schweigepflicht durch bestimmte aufenthaltsrechtliche Regelungen ausgehebelt wird und medizinisch nicht fachkundige Sachbearbeiter *de facto* über die Notwendigkeit medizinischer Maßnahmen entscheiden. Ein zusätzliches Konfliktpotenzial erwächst daraus, dass zwar eine medizinische Akutversorgung vorgenommen wird, notwendige Anschlussbehandlungen aber nicht mehr finanziert werden. Ärzte geraten infolge dessen in ethische und humanitäre Konflikte. Die vorliegende Stellungnahme der ZEKO will diese Probleme aufzeigen und Empfehlungen zur Abhilfe geben.

2. Status quo und ethische Probleme

2.1 Betroffene Personengruppen und Problembereiche

Bei der Darstellung von medizinischen Versorgungsproblemen von nicht regulär gesetzlich krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund, die ihre Behandlung nicht selbst finanzie-

ren können, müssen bestimmte Gruppen unterschieden werden: Personen, die unter das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) fallen (mit oder ohne gesicherten Aufenthaltsstatus) sowie andere Migranten ohne ausreichenden Versicherungsschutz.

a) Patienten, deren Aufenthaltsstatus geklärt ist, können die nach dem AsylbLG gewährten Leistungen in Anspruch nehmen. Dazu zählten 2009 circa 35 000 asylsuchende Menschen (und ihre Kinder) sowie circa 50 000 Menschen mit Duldungsstatus in Deutschland bei verschiedenen Formen der Aufenthaltserlaubnis, z. B. Personen, die aufgrund ihrer Erkrankung nicht abgeschoben werden können.

b) Auch den Patienten, die keinen gesicherten Aufenthaltsstatus haben (die sogenannten ausreisepflichtigen Ausländer, „Sans Papiers“), stehen gleichwohl die Leistungen nach dem AsylbLG im Prinzip zu. Dazu zählen Touristen ohne Visum, „untergetauchte“ Personen im Abschiebungsverfahren, abgelehnte Asylbewerber, Staatenlose, Kinder von Eltern ohne gesicherten Aufenthalt oder unbegleitete Kinder, die sich ohne gültige Aufenthaltspapiere in Deutschland aufhalten. Insgesamt betrifft dies nach Schätzungen circa 200 000 bis 600 000 in Deutschland lebende Menschen. Aufgrund des geltenden Aufenthaltsgesetzes müssen diese Patienten befürchten, dass sie abgeschoben werden, wenn sie oder ihre Kinder ärztlich behandelt werden. Insofern steht ihnen *de jure* zwar eine Behandlung nach AsylbLG zu, *de facto* können sie diese aber zumeist nicht in Anspruch nehmen.

c) Patienten, die Staatsangehörige eines Mitgliedstaats der Europäischen Union sind und damit unter die Freizügigkeits-Richtlinie 2004/38/EG der EU fallen, besitzen häufig keinen zureichenden Versicherungsschutz, wenn sie nicht fest angestellt oder

wenn sie nur geringfügig beschäftigt sind.¹ Bei ihnen ist oft ungeklärt, welche Sozialversicherung zuständig ist; so wird z. B. bei arbeitssuchenden EU-Bürgern der Bezug von Sozialhilfe oder Arbeitslosengeld II vielfach mit Hinweis auf den Aufenthaltsstatus (z. B. Aufenthaltsrecht nur zur Arbeitssuche) abgelehnt. Manche in Deutschland lebende EU-Bürger sind deshalb faktisch so schlecht gestellt wie Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus aus Nicht-EU-Ländern, die unmittelbar auf der Basis des AsylbLG versorgt werden.

Eine adäquate Erfassung der derzeitigen medizinischen Versorgungsprobleme hat jedoch nicht nur zwischen unterschiedlichen Personengruppen zu differenzieren, sondern zusätzlich auch mehrere die Versorgung betreffende Problemfelder voneinander zu unterscheiden: Einige dieser Probleme betreffen den rechtlichen oder faktischen Zugang zu medizinischen Leistungen, andere den Umfang oder das Niveau der jeweils gewährten Leistungen oder deren Finanzierung (i. S. einer Kostenübernahme durch Dritte). Wieder anderer Art sind Sprach- und Informationsprobleme sowie prozedurale Inkonsistenzen in der Koordination der unterschiedlichen Verfahrensschritte und Behörden, die an einer geordneten Krankenversorgung für den jeweils speziellen Personenkreis beteiligt sind.

Die ZEKO ist sich bewusst, dass sie diese vielschichtigen Probleme in dieser Stellungnahme nicht umfassend analysieren kann, zumal dabei neben medizinethischen auch ausländerrechtliche, sozialversicherungspraktische und sozialpolitische Fragestellungen zu berücksichtigen wären, die nicht in ihre Zuständigkeit fallen. Es sollen aber einige für das ethische Selbstverständnis der Ärzteschaft besonders drängende Probleme benannt und Lösungen aufgezeigt werden.

2.2 Entscheidung über den Zugang zu medizinischen Leistungen und damit de facto über die Behandlungsbedürftigkeit durch medizinisch nicht fachkundige Personen

Das AsylbLG ist seit 1993 in Kraft. Es legt für die oben genannten Anspruchsberechtigten den Leistungsumfang für die Behandlung von Krankheiten in § 4 und § 6 fest. Danach ist gemäß § 4 die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung zu gewährleisten, soweit es sich um „akute Erkrankungen oder Schmerzzustände“ handelt. Auch sind alle regulären Leistungen der Schwangerenvorsorge, Schutzimpfungen und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen sicherzustellen. Darüber hinaus können nach § 6 „sonstige Leistungen“, „die zur Sicherung (...) der Gesundheit unerlässlich sind“, gewährt werden, jedoch nach *Einzelfallprüfung* oder wenn sie die besonderen Bedürfnisse von Kindern, Folter- oder Gewaltopfern betreffen. § 6 umfasst auch die notwendige Behandlung chronischer Krankheiten und Behinderungen inklusive notwendiger psychotherapeutischer Behandlungen von Psychotraumata; er ist jedoch lediglich als *Ermessensregel* ausgestaltet.

Diese Leistungen werden zwar der Theorie nach zugesichert, in der Praxis muss aber, wenn kein Notfall vorliegt, beim Sozialamt vor der Behandlung ein Krankenschein beantragt werden, der oft verweigert wird. Die Einzelfallprüfung wird dabei in der Regel durch *medizinisch nicht fachkundige Personen* durchgeführt, z. B. in Sozialämtern durch Sozialarbeiter. Die Tatsache,

dass medizinisch nicht sachkundige Personen im Rahmen einer Entscheidung über die Kostenübernahme de facto die Behandlungsbedürftigkeit bejahen oder verneinen, führt zu erheblicher gesundheitlicher Gefährdung von Patienten.² In manchen Asylbewerberheimen entscheidet die Heimleitung, ob ein Arzt gerufen wird. Die Gefahr, dass gesundheitliche Risiken falsch eingeschätzt werden, ist hoch, gerade auch bei kranken Kindern. Eigentlich notwendige Behandlungen, die einer Chronifizierung von Krankheitszuständen vorbeugen könnten, werden ggf. unterlassen, was nicht selten irreparable Folgeschäden sowie spätere kostenintensive Behandlungen nach sich zieht.

Bei der Einführung des AsylbLG galten diese Zugangs- und Leistungsbeschränkungen für die Dauer eines Jahres, ab dem zweiten Jahr wurden die vollen Leistungen analog zu Sozialgesetzbuch (SGB) V gewährt; seitdem wurde das AsylbLG jedoch schrittweise verschärft, zuletzt 2007, und die Leistungsbeschränkung auf mindestens vier Jahre verlängert. Schon 2005 zählte Deutschland zur Minderheit der EU-Staaten, welche die Behandlung von Asylbewerbern und ihren Kindern nicht an den Standards ihrer Staatsbürger ausrichten.³ Mittlerweile schränkt Deutschland diese Leistungen von allen EU-Ländern zeitlich am längsten ein.

2.3 Aushebelung der ärztlichen Schweigepflicht

Für Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere, die auch unter das AsylbLG fallen, besteht ein gesondertes Problem, welches bereits der 109. Deutsche Ärztetag 2006 behandelt hat⁴ und ebenso ein Papier der Bundesärztekammer⁵ aufgreift. Im Rahmen des behördlichen Verfahrens zur Beantragung des Krankenscheins kann es dazu kommen, dass die ärztliche Schweigepflicht de facto ausgehebelt wird. 2010 wurde zwar durch die Allgemeine Verwaltungsvorschrift des Bundesinnenministeriums zum AufenthG⁶ klargestellt, dass bei Notfällen der sogenannte *verlängerte Geheimnisschutz* greift; die die Behandlungskosten erstattenden Behörden sind in diesen Fällen an die ärztliche Schweigepflicht gebunden. Dieser Umstand ist jedoch weithin unbekannt, weshalb Patienten sogar in Notfällen damit rechnen müssen, nachträglich gemeldet und gegebenenfalls ausgewiesen zu werden. Der verlängerte Geheimnisschutz läuft zudem dann ins Leere, wenn ein Krankenschein für planbare

¹Vgl. Classen G (2011): Das Asylbewerberleistungsgesetz und das Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum. Stellungnahme zur Anhörung am 7. 2. 2011 im Ausschuss für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages (www.proasyl.de/fileadmin/fmdam/q_PUBLIKATIONEN/2011/11_02_08_B_PA_ASYLbLG-3.pdf, last access 18. 1. 2013, S. 42–44); Vgl. Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin (2011): Probleme bei der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere, (www.mediburo.de/attachment/39b520617b75d0e45fa5eb4f5da202aa/5a1300fdcd85efbea64ec90e612291b1/ZEK018_7_2011.pdf, last access 18. 1. 2013). Vgl. Mylius M et al (Hrsg.) (2011): Medizin für „Menschen ohne Papiere“ Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems, 1. Auflage. V&R uni-press. Göttingen, persönliche Mitteilung des Präsidenten des BVKJ, Dr. W. Hartmann, vom 5. Mai 2011.

²Vgl. Norredam M et al. (2005): Access to health care for asylum seekers in the European Union—a comparative study of country policies. *European Journal of Public Health* Vol. 16, No. 3, 285–9.

³Entschließung des 109. Deutschen Ärztetages 2006 (Drucksache VII-11): Unzureichende medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.3920.3977.3964.3967, last access 18. 1. 2013).

⁴Vgl. Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Berlin und unter Mitwirkung des Büros für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin (2012): Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis (www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=1.6.37.8822 Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis, last access 18. 1. 2013).

⁵Allgemeine Verwaltungsvorschrift des Bundesinnenministeriums zum AufenthG, Rn 88.2.3, 88.2.4.

¹Über die Anzahl der Betroffenen liegen keine exakten Daten vor, weil sie nicht in gleicher Weise wie Asylbewerber registriert werden. Zu den EU-Bürgern vergleiche Frings D (2012): Grundsicherungsleistungen für Unionsbürger unter dem Einfluss der VO (EG) Nr. 833/2004. *Zeitschrift für Arbeitsrecht* 9, S. 317–27.

stationäre Behandlungen auch lebensbedrohlicher Erkrankungen (wie Herzoperationen, Krebsoperationen oder Chemotherapie) notwendig ist, weil dieser zunächst beim Sozialamt zu beantragen ist. Das Sozialamt seinerseits ist in diesem Fall nämlich nicht nur berechtigt, sondern gesetzlich verpflichtet, unverzüglich die Ausländerbehörde bzw. Polizei zu informieren (§ 87 AufenthG). Damit wird die ärztliche *Schweigepflicht* ausgehebelt. Für viele Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere und deren Kinder in Deutschland besteht deswegen faktisch keine reguläre Behandlungsmöglichkeit. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wird durch die Meldepflicht des Sozialamts schwerwiegend gestört. Das Bemühen um notwendige medizinische Behandlungen wird für den Patienten zur existenziellen Gefahr. Dies ist besonders dramatisch, wenn Kinder die ihnen zustehenden Leistungen nicht erhalten, weil sich ihre Eltern aus Angst vor Entdeckung von Ärzten und Behörden fernhalten. Wie der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte der ZEKO mitgeteilt hat, bestehen insbesondere große Probleme bei den notwendigen Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen. Dies gefährdet nicht nur die Kinder selbst, sondern ggf. auch Dritte.

Da es sich bei der ärztlichen Schweigepflicht nicht um eine unbedeutende akzidentelle Bestimmung, sondern um ein wesentliches und unverzichtbares Element jeder vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung handelt, muss aus ethischer Perspektive sichergestellt sein, dass nicht ausgerechnet diejenigen Patienten dieses Schutzes beraubt werden, die aufgrund ihrer prekären Lebenssituation ohnehin in mehrfacher Hinsicht besonders vulnerabel sind.

2.4 Probleme der Kostenübernahme

Da die Erbringung ärztlicher Behandlungen *lege artis* nicht nur eine krankheitsbezogene, sondern auch eine ökonomische Dimension hat, stellen sich im Fall der ärztlichen Versorgung nicht regulär krankenversicherter Personen sowohl für niedergelassene Ärzte als auch für Kliniken zwangsläufig Fragen der (Re-)Finanzierung. Diese Leistungen werden bislang oftmals aus humanitären Gründen unentgeltlich erbracht. Damit wird jedoch ein gesamtgesellschaftliches Problem auf dem Rücken einiger weniger, besonders engagierter Ärzte und medizinischer Einrichtungen ausgetragen. Da aber auch deren Kapazitäten beschränkt sind, werden Ärzte nicht selten vor die Wahl gestellt, entweder Patienten abzuweisen, selbst wenn diese ernsthaft erkrankt sind, oder aber gravierende finanzielle Nachteile in Kauf zu nehmen.

3. Rechtliche Rahmenbedingungen

3.1 Vorgaben des Internationalen Rechts und des Rechts der Europäischen Union

Nach internationalem Recht (Genfer Flüchtlingskonvention, GFK) sind Flüchtlinge, die politisches Asyl im Sinne von Art. 1 GFK genießen, bezüglich Fürsorge- und Sozialleistungen den Staatsbürgern der vertragsschließenden Staaten bzw. Mitgliedstaaten gleichzustellen. Für Asylbewerber und subsidiär Schutzbedürftige dürfen Vertragsstaaten die Sozialleistungen auf Kernleistungen beschränken. Nach Art. 15 RL 2003/9/EG müssen Asylbewerber „die erforderliche medizinische Versorgung, die zumindest die Notversorgung und die unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten umfasst“, erhalten.⁷ Den besonderen Bedürfnissen von Kindern, Folteropfern und weiteren „be-

sonders schutzbedürftigen“ Asylsuchenden ist speziell Rechnung zu tragen.

3.2 Verfassungsrechtliche Vorgaben

Es gibt mittlerweile eine reichhaltige Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu der Frage, ob personenbezogene Differenzierungen bei Sozialleistungen verfassungsrechtlich zulässig sind, zuletzt im Juli 2012 dazu, ob die derzeitige Festlegung der Deckung des materiellen Bedarfs von Personen, die unter das AsylbLG fallen, verfassungsgemäß ist. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Leistungen, die das Existenzminimum sichern, und sonstigen Sozialleistungen:

a) Ungleichbehandlungen bei der Gewährung sozialer Leistungen, die das Existenzminimum sichern, prüft das Bundesverfassungsgericht stets am Maßstab der in Art. 1 Abs. 1 GG garantierten Menschenwürde in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG.⁸ Das Grundrecht „umfasst sowohl die physische Existenz des Menschen als auch die Sicherung der Möglichkeit zur Pflege zwischenmenschlicher Beziehungen und ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben“. Es „steht deutschen und ausländischen Staatsangehörigen, die sich in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, gleichermaßen zu“.⁹ Differenzierungen, die allein am Aufenthaltsstatus anknüpfen, sind unzulässig. Zulässig sind sie nur, wenn der „Bedarf an existenznotwendigen Leistungen von dem anderer Bedürftiger signifikant abweicht und dies folgerichtig in einem inhaltlich transparenten Verfahren anhand des tatsächlichen Bedarfs gerade dieser Gruppe belegt werden kann“.¹⁰ Das BVerfG schließt daher im Sinne des unten weiter ausgeführten Differenzargumentes aus, bei sozialen Leistungen, die das Existenzminimum sichern, nur aufgrund des Aufenthaltsstatus von einer geringeren normativen Verpflichtung auszugehen. Eine Ausrichtung des grundgesetzlich gewährleisteten Existenzminimums an den Gegebenheiten des Heimatlandes ist insoweit ebenfalls ausgeschlossen.¹¹ Kein rechtfertigender Grund ist auch die migrationspolitische Erwägung, die Leistungen niedrig zu halten, um keine Anreize für Wanderungsbewegungen zu setzen: „Die in Art. 1 Abs. 1 GG garantierte Menschenwürde ist migrationspolitisch nicht zu relativieren.“¹² Erstmals hat das Bundesverfassungsgericht den Gesetzgeber nach diesen Maßstäben in der konkreten Ausgestaltung des Existenzminimums von Personen, die unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen (§ 1 AsylbLG), korrigiert und zu konkreten Verbesserungen verpflichtet.

b) Bereits zuvor hat das Bundesverfassungsgericht in mehreren Entscheidungen sozialrechtliche Ungleichbehandlungen, die nicht das Existenzminimum betreffen, für verfassungswidrig erklärt. Allerdings hat es nicht den strengen, unverfügbaren Menschenwürdegrundsatz herangezogen, sondern den allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG), der anders als die Menschenwürde auch für personale Differenzierungen grundsätzlich

⁷Richtlinie 2004/83/EG des Rates vom 29. 4. 2004 über Mindestnormen für die Anerkennung und den Status von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlose als Flüchtlinge oder als Personen, die anderweitig internationalen Schutz benötigen, und über den Inhalt des zu gewährenden Schutzes, ABl. 2004, 304/12. Die am 13. 12. 2011 verabschiedete Neufassung der Richtlinie 2011/95/EU erlangt erst am 21. 12. 2013 direkte Bindungskraft, sollten die Mitglieder diese nicht oder nicht ausreichend umsetzen.

⁸BVerfG, 1 BvL 10/10 und 1 BvL 2/11 vom 18. 7. 2012, Rn. 88ff.; zuvor bereits BVerfGE 125, 175(222) ff.

⁹BVerfG, 1 BvL 10/10 und 1 BvL 2/11 vom 18. 7. 2012, Leitsatz 2.

¹⁰BVerfG, 1 BvL 10/10 und 1 BvL 2/11 vom 18. 7. 2012, Leitsatz 3.

¹¹BVerfG, 1 BvL 10/10 und 1 BvL 2/11 vom 18. 7. 2012, Rn. 93.

¹²BVerfG, 1 BvL 10/10 und 1 BvL 2/11 vom 18. 7. 2012, Rn. 121.

offen ist.¹³ Auch hier gilt aber, dass sich der Gesetzgeber für die Differenzierungen – aufgrund des Aufenthaltsstatus – rechtfertigen muss. Das ist ihm in keinem der vier vom Bundesverfassungsgericht entschiedenen Fälle gelungen. So hat das BVerfG die Nichtgewährung von Kindergeld an Ausländer, die nur über eine ausländerrechtliche Aufenthaltserlaubnis (§§ 30–33 AuslG a. F.) verfügten, ebenso für verfassungswidrig erklärt wie den Ausschluss vom Erziehungsgeld.¹⁴ Auch Differenzierungen nach dem Aufenthaltsstatus beim bayerischen Landeserziehungsgeld hat es für verfassungswidrig erklärt.¹⁵ Schließlich hat es mit Art. 3 Abs. 1 GG für unvereinbar erklärt, dass ein Schmerzensgeldanspruch (§ 253 Abs. 2 BGB) nach § 7 Abs. 1 S. 1 AsylbLG auf den Leistungsanspruch angerechnet wurde.¹⁶ Das BVerfG hat die genannten sozialrechtlichen Bestimmungen also für verfassungswidrig erklärt, obwohl sie für die Existenzsicherung nicht erforderlich waren.

c) Bislang liegt keine Entscheidung dazu vor, ob und inwieweit Differenzierungen bei Gesundheitsleistungen zulässig sind. Nicht rechtlich geklärt ist daher insbesondere, ob die aktuelle Rechtsprechung zu monetären Sozialleistungen auf Gesundheitsleistungen übertragbar ist. Es liegt jedoch nahe, dass wegen der existenziellen Bedeutung von Krankheit noch strengere Maßstäbe angewandt werden müssen. Ohnehin ist nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts unklar, ob und wie bei Gesundheitsleistungen eine Unterscheidung zwischen für die Existenz erforderlichen und sonstigen Leistungen begründbar und praktisch durchführbar ist. Da der Leistungskatalog des SGB V definitionsgemäß nur aus Leistungen besteht, die „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (§ 12 Abs. 1 S. 1 SGB V), besteht nach Art. 3 Abs. 1 I. V. m. Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG eine Pflicht zur Begründung, warum eine Leistung zwar generell, aber nicht für einen unter das AsylbLG fallenden Patienten notwendig sein soll. Aus dem allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) folgt damit eine hohe Begründungslast für Differenzierungen.

4. Ethische Argumente

Das Genfer Gelöbnis von 1948, welches der (Muster-)Berufsordnung der Bundesärztekammer vorangestellt ist, verpflichtet Ärzte, die Erhaltung der Gesundheit ihrer Patienten jederzeit als höchstes Gebot zu achten und sich in ihren ärztlichen Pflichten ihrem Patienten gegenüber unter anderem nicht durch ethnische Herkunft, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit oder soziale Stellung beeinflussen zu lassen. Der Weltärztebund (World Medical Association, WMA) hat die Geltung dieser Grundsätze erstmals 1998, zuletzt erweitert 2010, auch für Patienten bekräftigt, die als Flüchtlinge, Asylbewerber, abgelehnte Asylbewerber oder Migranten ohne gültige Aufenthaltspapiere um eine Behandlung nachsuchen. Er stellt fest, dass alle Patienten das Recht haben, eine adäquate, nicht diskriminierende medizinische Be-

handlung zu erhalten, unabhängig von ihrem rechtlichen Status.¹⁷ Der Weltärztebund beklagt, dass in vielen Ländern nationale Gesetze und Praktiken der Durchsetzung dieser fundamentalen Rechte entgegenstehen.

Die (Muster-)Berufsordnung der Bundesärztekammer greift diese Grundsätze des Weltärztebundes auf. Sie bekräftigt die Aufgabe von Ärzten, ihre Patienten weder abhängig von „Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung“ zu behandeln. In § 2 Satz 1 ist festgehalten: „Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.“

Zur Rechtfertigung, warum Flüchtlingen oder „Sans Papiers“ eine Behandlung *lege artis* dennoch verweigert werden kann, werden zumeist zwei Argumente vorgebracht: die sogenannte *welfare magnets thesis* und das sogenannte Differenzargument.¹⁸

Die „welfare magnets thesis“

Die „welfare magnets thesis“ besagt, dass Kranke durch gute Sozialleistungen veranlasst sein könnten, legal oder illegal nach Deutschland einzureisen, um hier behandelt zu werden. Tatsächlich kommt es vor, dass beispielsweise EU-Bürger aus ökonomisch schlechter gestellten Ländern nur zum Zweck der Behandlung einreisen, ohne ausreichend versichert zu sein. Diese Situation verlangt eine auf Solidarität und Gerechtigkeit beruhende gesamteuropäische Lösung, um den gezielten Missbrauch von Sozialleistungen wirksam zu verhindern.

Solange jedoch solche internationalen Vereinbarungen nicht vorliegen, werden Ärzte genötigt, einen behandlungsbedürftigen Kranken abzuweisen und ohne Hilfe zu lassen, was dem ärztlichen Ethos widerspricht, oder die Kosten selbst zu tragen.

Wesentlich häufiger wird ohnehin der umgekehrte Effekt sein.¹⁹ Die Strapazen einer Flucht aus dem Heimatland oder der ihr vorangegangenen Ereignisse lassen einen Migranten krank werden. Bleibt ein Patient tatsächlich unbehandelt, kann dies oft zu einer Verschlimmerung der Erkrankung mit steigenden Folgekosten führen. Sind solche Personen zu krank, um ausgewiesen zu werden (Reiseunfähigkeit), oder ist im Heimatland die Versorgung nicht sichergestellt, kann ohnehin eine Duldung aus humanitären Gründen erwirkt werden. Dabei ist auch zu bedenken, dass Asylbewerber in Deutschland im Unterschied zu anderen Ländern keine regulären Arbeitsverhältnisse eingehen dürfen und folglich keine Beiträge zur Krankenversicherung zahlen können. Der nicht unberechtigten Sorge des Missbrauchs solidarischer Leistungen kann man zudem den empirisch gut belegten „healthy migrant effect“²⁰ entgegenhalten: Migranten sind eher selten krank, weil sie ihre Familien im Heimatland, sei es durch legale oder illegale Arbeit, mit versorgen müssen.

¹³BVerfGE 116, 229 (239); ferner BSG, NWz-RR 2009, S. 638 (640).

¹⁴BVerfGE 111, 160 (169ff.); 111, 176 (183ff.).

¹⁵BVerfG 7.2.2012; 1 BvL 14/07.

¹⁶BVerfGE 116, 229 (240). BVerfGE 116, 229. Mittlerweile regelt daher § 7 Abs. 5 AsylbLG die Nichtberücksichtigung des Schmerzensgeldes als Einkommen ausdrücklich.

¹⁷„Physicians have a duty to provide appropriate medical care regardless of the civil or political status of the patient, and governments should not deny patients the right to receive such care, nor should they interfere with physicians' obligation to administer treatment on the basis of clinical need alone.“ (WMA Statement on Medical Care for Refugees); WMA Statement on Medical Care for Refugees, including Asylum Seekers, Refused Asylum Seekers and Undocumented Migrants, and Internally Displaced Persons (www.wma.net/en/30publications/10policies/m10/WMA, last access 18. 1. 2013).

¹⁸Vergleich zur folgenden Argumentation auch Fisch A (2011): Menschenrechte von Sans Papiers verpflichten – wen? Ethische und politische Reflexionen. In: Mylius et al., op. cit., S. 33–62; Kingreen T (2010): Soziale Rechte und Migration. Schriftenreihe der Juristischen Studiengesellschaft. Regensburg e.V., Bd. 31 Baden-Baden.

¹⁹Lindert J, v. Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brähler E (2009): Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.04.032.

²⁰Kibele E, Scholz R, Shkolnikov VM (2008): Low Migrant Mortality in Germany for men aged 65 and older: fact or artifact? *European Journal of Epidemiology*. DOI: 10.1007/s10654-008-9247-1Weber.

Das Differenzargument

Das Differenzargument bezieht sich auf die Ansprüche von Individuen gegenüber einem Staatswesen und beruht darauf, dass Staaten den Zugang zum Staatsgebiet selbst beschränken dürfen (Recht *auf* Aufenthalt). Es sei deshalb gerechtfertigt, Patienten eine bestimmte Behandlung vorzuenthalten, wenn diese sich nur zeitweise in Deutschland aufhalten oder gar ausreisepflichtig sind und sich den Behörden entziehen. Allerdings sind *innerhalb* des Staatsgebietes (Recht *im* Aufenthalt) Differenzierungen/Beschneidungen von Rechten, wie bereits oben dargelegt, zwar durchaus prinzipiell möglich, jedoch grundsätzlich rechtfertigungsbedürftig. Die Begründungslast liegt dabei aufseiten derer, die eine Ungleichbehandlung fordern, und ist beim existenziellen Gut Gesundheit besonders hoch. Die solidarische Gemeinschaft umfasst wegen des hohen Gutes Gesundheit auch jene vulnerablen Personen, von denen ein Beitrag aufgrund ihrer besonders prekären Lebenssituation nicht erwartet werden kann.

5. Empfehlungen

Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer spricht deshalb folgende Empfehlungen aus:

- Grundlage des ärztlichen Ethos ist der Dienst am notleidenden Menschen, unabhängig von dessen sozialen Status, seiner ethnischen Zugehörigkeit oder Nationalität. Ärzte sollten an der Erfüllung dieser moralischen Pflicht nicht systematisch gehindert werden. Dazu gehört es, die Bedingungen für ein vertrauensvolles Arzt-Patient-Verhältnis zu bewahren und eine Behandlung *lege artis* nicht zu behindern.

- Bürokratische Hürden, die kranken Personen den Zugang zu den ihnen nach AsylbLG zustehenden Behandlungen erschweren oder unmöglich machen, sind zu beseitigen. Notwendige, medizinisch indizierte Behandlungen, für die es im Prinzip eine Finanzierungsmöglichkeit gibt, dürfen nicht deshalb unterlassen werden, weil dem Patienten eine Ausweisung droht. Entscheidungen müssen transparent und für alle Beteiligten nachvollziehbar getroffen werden.

- Besonders bedenklich ist, dass Kindern und Jugendlichen medizinische Versorgung vorenthalten wird. Es ist sicherzustellen, dass alle Kinder von nicht oder nicht ausreichend krankenversicherten Migranten die notwendigen Vorsorgemaßnahmen und Behandlungen erhalten. Das Verfahren muss erkennbar so gestaltet sein, dass es Eltern möglich ist, ihre Kinder Ärzten vorzustellen, ohne dabei Gefahr zu laufen, ausgewiesen zu werden.

- Die ärztliche Schweigepflicht ist ein hohes Gut und darf nicht durch das Verfahren der Zuteilung von Leistungen untergraben werden. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient muss explizit und verlässlich geschützt werden.

- Es ist aus ethischer Sicht im hohen Maße bedenklich, dass im jetzigen System Entscheidungen über die Behandlungsbedürftigkeit von Patienten de facto von medizinisch nicht Fachkundigen gefällt werden. Die individuelle Entscheidung über die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung muss beim Arzt verbleiben.

- Das ökonomische Risiko bei der Behandlung von kranken Migranten ohne ausreichenden Versicherungsschutz tragen derzeit oft gerade solche Ärzte (oder Krankenhäuser), die sich unter großem persönlichem Einsatz für diese Patientengruppe engagieren. Hier ist dringend Abhilfe zu schaffen.

- Die Situation nicht hinreichend versicherter EU-Bürger verlangt dringend nach einer auf Solidarität und Gerechtigkeit

beruhenden EU-weiten Lösung. Die ZEKO fordert die Bundesregierung auf, die notwendigen Anstrengungen dahingehend zu unternehmen. Bis dahin muss auch diesen Patienten medizinische Hilfe *lege artis* zustehen.

- Wenn eine Priorisierung von Maßnahmen aus ökonomischen Gründen für unverzichtbar angesehen wird, so muss diese anhand von ethisch ausgewiesenen Kriterien transparent und für alle Beteiligten nachvollziehbar umgesetzt und auf Maßnahmen geringer Priorität beschränkt werden (siehe die Erklärung der ZEKO „Priorisierung medizinischer Leistungen im System der GKV“ von 2007).

Mitglieder der Zentralen Ethikkommission

Prof. Dr. phil. D. Birnbacher, Düsseldorf
 Prof. Dr. theol. F.-J. Bormann, Tübingen
 Prof. Dr. theol. P. Dabrock, Erlangen
 Frau Prof. Dr. rer. nat. Dr. phil. S. Graumann, Bochum
 Prof. Dr. med. W. Henn, Homburg
 Prof. Dr. jur. F. Hufen, Mainz
 Frau PD Dr. med. Dipl.-Soz. T. Krones, Zürich (federführend)
 Dr. phil. D. Lanzerath, Bonn
 Prof. Dr. jur. V. Lipp, Göttingen
 Prof. Dr. rer. pol. R. Rosenbrock, Berlin
 Frau Prof. Dr. med. R.-K. Schmutzler, Köln
 Dr. med. J. Schuster, Würzburg
 Prof. Dr. jur. J. Taupitz, Mannheim
 Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. M. Volkenandt, München
 Frau Prof. Dr. med. C. Wiesemann, Göttingen (federführend)
 Prof. Dr. med. Dr. phil. U. Wiesing, Tübingen (Vorsitzender)

externe Arbeitskreismitglieder

Dr. med. Dr. phil. I. Ilklic M.A., Mainz
 Frau Dr. phil. M. Rabe, Berlin
 Prof. Dr. jur. T. Kingreen, Regensburg

externe Sachverständige

G. Classen, Flüchtlingsrat Berlin e.V.
 Dr. B. Bartholome, Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin

Korrespondenzadresse

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer
 Herbert-Lewin-Platz 1
 10623 Berlin

Selbsthilfegruppen

In einer Selbsthilfegruppe treffen sich Menschen, die an der gleichen Krankheit leiden oder sich in einer ähnlichen Lebenssituation befinden. Dort sprechen sie über ihre Probleme und Sorgen und tauschen Informationen und Erfahrungen aus. Sie entlasten und ermutigen sich gegenseitig und helfen, soziale Isolierung und Einsamkeit zu verringern. Selbsthilfegruppen werden nicht professionell geleitet.

Die Selbsthilfe-Kontaktstelle Köln informiert, berät und vermittelt selbsthilfeinteressierte Menschen, hilft bei der Gründung von neuen Gruppen, unterstützt und vernetzt Selbsthilfegruppen, leistet eine umfassende Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Selbsthilfe und stellt Kontakte zwischen Selbsthilfegruppen und professionellen Fachleuten her (z.B. Ärzten, Therapeuten und Medien).

Für türkischsprachige Migrantinnen und Migranten bietet die Selbsthilfe-Kontaktstelle Köln ein muttersprachliches Angebot, ist aber grundsätzlich offen für alle Selbsthilfe-Interessierte, egal welcher Herkunft und Sprache.

Die Selbsthilfe-Kontaktstelle Köln arbeitet im bundesweiten Projekt „Migration und Selbsthilfe“ des Netzwerks Selbsthilfe Bremen Nordniedersachsen e.V. mit. Das Ziel ist fremdsprachige Paten zu gewinnen und auszubilden, um gezielt auf Interessierte anderer Communities zuzugehen.

Fremdsprachige Selbsthilfegruppen in Köln

Englisch: Anonyme Alkoholiker, baraka (Homo- und Bisexuelle mit Migrationshintergrund)

Persisch: Narcotics Anonymous, baraka (Homo- und Bisexuelle mit Migrationshintergrund)

Polnisch: Anonyme Alkoholiker, baraka (Homo- und Bisexuelle mit Migrationshintergrund)

Russisch: Depressionsgruppe für Frauen ab 50,

Türkisch: Alleinerziehende Frauengruppe, baraka (Homo- und Bisexuelle mit Migrationshintergrund),
Depressionsgruppe, Imar-Bank-Off-Shore-Geschädigte, Krebsgruppe

Fremdsprachige Gruppengründungswünsche

Bei der Selbsthilfe-Kontaktstelle Köln haben sich Menschen gemeldet, die zu bestimmten Themen eine Selbsthilfegruppe suchen oder mit Gleichbetroffenen in Kontakt treten möchten. Bei Bedarf vermittelt sie die gewünschten Kontakte oder nimmt Interessierte in eine Warteliste auf. Zurzeit werden zur Gründung neuer Selbsthilfegruppen Personen gesucht, die Interesse an folgenden Gruppen haben:

Türkisch: Alkoholabhängigkeit, Angehörige von Drogenabhängigen, Angehörige von Spielsüchtigen, Kinder mit Behinderungen und ihre Familien (Spielgruppe), Epilepsie, Polio/ Kinderlähmung, Psychose, Spielsucht, Trauer

Eine Liste von Selbsthilfegruppen, die ihre Informationsmaterialien auch in anderen Sprachen anbieten, können Sie auf unserer Internetseite herunterladen: <http://www.selbsthilfekoeln.de>

Kontakt:

Selbsthilfe-Kontaktstelle Köln
Marsilstein 4-6
50676 Köln (zwischen Neumarkt und Rudolfplatz)
Telefonische Beratung: 0221/ 95 15 42- 16
Mo + Do 9-12.30 Uhr, Mi 14-17.30 Uhr
Internet: www.selbsthilfekoeln.de und www.selbsthilfenetz.de

Ansprechpartnerin für Selbsthilfe und Migration:

Öznur Naz
Telefon: 0221/ 95 15 42- 56
Mo - Do 9-16.00 Uhr, Fr 9-12.30 Uhr

Herausgeber: AG Migration und Gesundheit der Kommunalen Gesundheitskonferenz Köln
Redaktion: Dr. Ali Kemal Gün, Wolfgang Klier, Monika Knepper
Layout: Adrian Brachman

Mit finanzieller Unterstützung durch

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



LVR 
Qualität für Menschen
LVR-Klinik Köln

 **Deutsches
Rotes
Kreuz**
Kreisverband Köln e. V.

