

Nachgefragt

Seit 1994 gibt es den bundesweiten Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“. Koordiniert wird er vom Arbeitsstab der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Dieser Arbeitskreis hat jetzt ein neues Positionspapier vorgelegt. Im Fokus steht – der Name des Arbeitskreises legt es nahe – die gesundheitliche Situation und Versorgung von Migranten. Stärker als bisher soll sich der Blick auf die Gesundheitsförderung richten. Das Ziel ist klar und in einer pluralistischen demokratischen Gesellschaft unstrittig: Gleiche Gesundheitschancen für alle! Es zu erreichen, ist allerdings schwierig. Rechtliche Fragen spielen hier eine Rolle, aber natürlich auch finanzielle Aspekte. Hinzu kommt: Es gibt, kulturell bedingt, ganz unterschiedliche Konzepte von Krankheit, Gesundheit, Behandlung und Pflege. Ein Interview mit der Integrationsbeauftragten Maria Böhmer.

BP: Frau Professor Böhmer, wo sehen Sie den größten Handlungsbedarf im Hinblick auf eine bessere gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund?

M. Böhmer: Aus der Forschung wissen wir, dass Migrantinnen und Migranten an den gleichen

erkrankungspflichtig oder anderweitig krankenversichert sind, müssen seit dem 1. Januar 2009 eine private Krankenversicherung abschließen. Beim Basistarif besteht ein Kontrahierungszwang (Abschlusszwang). Dieser Tarif übersteigt nicht die Kosten einer gesetzlichen Krankenversicherung

fördert werden; Migrantenorganisationen und interkulturelle Gesundheitsorganisationen, die Brückenbauer und interkulturelle Öffner sein können, sollen stärker einbezogen werden.

Wir können aber auch schon auf viele erfolgreiche Projekte wie zum Beispiel das Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe und den Schulungskoffer des Forums für eine kultursensible Altenhilfe zurückgreifen.

BP: Rechtliche Fragen spielen eine große Rolle bei der gesundheitlichen Versorgung. Das betrifft vor allem Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus. Aus Angst vor Abschiebung gehen sie nicht zum Arzt. Wie sehen Sie das Problem von Schweigepflicht versus Meldepflicht?

M. Böhmer: Menschen ohne Aufenthaltstitel haben in der Regel Ansprüche auf Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz oder nach dem Sozialgesetzbuch V. Die Inanspruchnahme dieser Rechte scheitert jedoch in der Praxis an den bestehenden Datenübermittlungspflichten. Nur bei einer Behandlung im Krankenhaus, das heißt bei akuten Erkrankungen, in Notfällen, greift der verlängerte Geheimnisschutz und ermöglicht den Betroffenen eine Behandlung, ohne die Gefahr einer Abschiebung. Mein Hauptanliegen ist derzeit, den betroffenen Kindern und Jugendlichen eine bessere Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen. Es muss möglich sein, dass sie Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig wahrnehmen und ge-

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund... sind in höherem Maße und früher als Senioren ohne Migrationshintergrund von altersbedingten Erkrankungen betroffen.

Krankheiten leiden wie Menschen ohne Migrationshintergrund. Aber die Häufigkeiten sind unterschiedlich, zum Beispiel bei Erkrankungen des Halte- und Bewegungsapparates, des Herzkreislauf-Systems, bei Übergewicht oder einigen chronischen Erkrankungen. Hinzu kommen eine teilweise höhere Belastung aufgrund ihrer Erwerbsbiographie, sozialer Benachteiligung und Bildungsferne sowie, insbesondere bei Flüchtlingen, eine migrationsbedingt höhere psychosomatische Belastung.

Eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung von Migranten ist noch nicht überall erreicht. Im Nationalen Aktionsplan Integration haben wir deshalb erstmals ein Dialogforum „Gesundheit und Pflege“ eingerichtet, in dem nachprüfbar Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu gesundheitlicher und pflegerischer Vorsorge, Prävention und Versorgung beschlossen wurden. Denn Integration bedeutet gleiche Teilhabe – auch an der gesundheitlichen Versorgung.

BP: Viele Probleme sind bekannt, andere sind neu. Ein Beispiel: Heute reisen EU-Bürger, insbesondere aus den neuen Beitrittsländern, ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz nach Deutschland ein und bleiben hier. Wer keine entsprechende Beschäftigung findet, erhält im Krankheitsfall meist nur Leistungen nach SGB XII. Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen gehören nicht dazu. Eine Versorgungslücke?

M. Böhmer: Grundsätzlich besteht hier keine Versorgungslücke. Personen, die in Deutschland ihren Wohnsitz nehmen und erwerbstätig sind, sind automatisch gesetzlich krankenversichert. Personen, die ihren Wohnsitz in Deutschland haben und nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder nicht versiche-

und erlaubt keine Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse.

Besteht ein Krankenversicherungsvertrag im Herkunftsland mit einem in der Europäischen Union oder im Europäischen Wirtschaftsraum zugelassenen Unternehmen, so ist dieser Krankenversicherungsschutz in aller Regel ausreichend und genügt der Versicherungspflicht.

BP: Ein anderes wichtiges und zugleich relativ neues Thema sind ältere Migranten. Erreichen sie die Angebote unseres Gesundheitssystems? Und sind es überhaupt die richtigen Angebote?

M. Böhmer: Ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind eine sehr heterogene und schnell wachsende Gruppe. Sie sind in höherem Maße und früher als Senioren ohne Migrationshintergrund von altersbedingten Erkrankungen betroffen. Die Lebenslage älterer Migranten ist häufig von ei-

Mein Appell richtet sich aber auch an den öffentlichen Gesundheitsdienst, der sein Versorgungsangebot für Kinder von Menschen ohne Aufenthaltsstatus erweitern sollte.

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

Im Dialogforum „Gesundheit und Pflege“ des Nationalen Aktionsplans Integration sind deshalb auch folgende vorrangige Maßnahmen vereinbart worden: Die kultursensible Versorgung in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie die interkulturelle Ausrichtung der Pflegestützpunkte sollen ge-

impft werden können. Um dies zu erreichen, müssen wir die Datenübermittlungspflicht, ähnlich wie bei der Beschulung von Minderjährigen ohne regulären Aufenthaltstitel, ändern. Mein Appell richtet sich aber auch an den öffentlichen Gesundheitsdienst, der sein Versorgungsangebot für Kinder von Menschen ohne Aufenthaltsstatus erweitern sollte. Es geht hierbei nicht nur um die individuelle sondern auch um die öffentliche Gesundheit.

Ich bin froh, dass wir in dieser Legislaturperiode Fortschritte für Kinder und Jugendliche beim Besuch eines Kindergartens oder beim Schulbesuch erzielen konn-



Foto: Bundeskanzleramt

Maria Böhmer, Pädagogik-Professorin und Vorsitzende der Frauen-Union, ist seit November 2005 Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Ihr Dienstsitz als Staatsministerin ist das Kanzleramt.

ten. Das sollte auch im Gesundheitsbereich möglich sein!

BP: Viel wird geredet über Kommunikationsprobleme bei der Behandlung und Beratung von Migranten. Sprach- und Integrationsmittler leisten hier unbestritten wertvolle Dienste. Oft scheitert ihr Einsatz jedoch am Geld. Warum ist es bislang noch nicht gelungen, die Sprachmittlung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen aufzunehmen?

M. Böhmer: Es ist unumstritten und zeigt sich auch im europäischen Vergleich, dass sprachliche und die damit einhergehende kulturelle Verständigung die Grundlage für eine erfolgreiche

Was kann und muss Ihrer Meinung nach auf diesem Gebiet getan werden?

M. Böhmer: Die interkulturelle Öffnung hat viele Facetten. Die Grundlage ist, Interkulturalität zu einem Querschnittsthema zu machen und in allen Arbeits- und Organisationsbereichen strukturell einzubauen. Konkret heißt dies zum Beispiel, Sprach- und Kulturmittler bereit zu halten sowie mehrsprachiges Fachpersonal, insbesondere auch Menschen mit Migrationshintergrund, einzustellen. Bei Informationsmaterial sollten Mehrsprachigkeit, Vorbilder mit Migrationshintergrund in Bildern und Texten und Zugangsmöglichkeiten der Zielgruppe

Wir müssen zu einer Regelung kommen, die in allen Bereichen des Gesundheitswesens den Einsatz von Sprachmittlern ermöglicht, wenn dies die Voraussetzung für eine medizinische Behandlung ist.

Prävention und medizinische Versorgung sind. Falschbehandlung oder unterbliebene Behandlung aufgrund von sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten sind letztlich kostspieliger für das Gesundheitswesen als eine frühzeitige Einbindung von Sprach- und Kulturmittlern. Die Praxis der in Deutschland laufenden Projekte bestätigt dies. Eine in der Schweiz durchgeführte Studie hat Kosten und Nutzen fachlich qualifizierter Dolmetscher und Sprachmittler berechnet und daraufhin den Beruf „Interkulturelle/r Übersetzer/in“ eingerichtet.

In Deutschland können die Kosten für den Einsatz von Sprachmittlern in Krankenhäusern über die Fallpauschalen abgerechnet werden. Schwieriger ist es bei niedergelassenen Ärzten oder in Gesundheitsämtern. Wir müssen deshalb zu einer Regelung kommen, die in allen Bereichen des Gesundheitswesens den Einsatz von Sprachmittlern ermöglicht, wenn dies die Voraussetzung für eine medizinische Behandlung ist. Wie das Beispiel Schweiz bestätigt, ist dies eine Investition in das Gesundheitswesen, die sich lohnt.

BP: Stichwort: interkulturelle Öffnung der Gesundheitsdienste.

berücksichtigt werden. Interkulturelle Kompetenz muss Eingang in die Curricula der Aus- und Fortbildung sowie in der Qualitätskontrolle finden. Bei größeren Einrichtungen des Gesundheitswesens kann auch die Berufung eines eigenen Integrationsbeauftragten sinnvoll sein.

BP: Abschließend die Frage: Welche Chancen sehen Sie für die gesundheitspolitische Umsetzung der Empfehlungen des Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“?

M. Böhmer: Der bundesweite Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“ hat über viele Jahre wichtige Anregungen für das Gesundheitswesen gegeben. In den Fachtagungen und Publikationen wurden Themen oft erstmals systematisch aufbereitet und einem breiten Fachpublikum zugänglich gemacht. Diese Anregungsfunktion wird auch das in Kürze erscheinende Positionspapier des Arbeitskreises haben. Für die gesundheitspolitische Umsetzung brauchen wir weiterhin viele Mitstreiter in Bund, Land und Kommunen sowie in den Einrichtungen des Gesundheitswesens.

BP: Frau Böhmer, vielen Dank für das Interview!

Interview: Ellen Steinbach