

**Gesundheit und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft**

# Bundeskonzferenz

der Integrationsbeauftragten von Bund, Ländern und Kommunen



# 2015



## **Tagungsdokumentation**

Bundeskonzferenz der Integrationsbeauftragten von Bund, Ländern und  
Kommunen am 27. und 28. April 2015 in Mainz

## Foren zum Themenblock Gesundheit und Pflege

### **Forum 1: Prävention in der Praxis: Erfahrungen und Erwartungen**

Referenten: Hr. Ramazan Salman, Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.

Hr. Behrouz Asadi, Malteser Werke gGmbH

### **Zusammenfassung der Vorträge**

#### **Hr. Ramazan Salman**

Um den Zugang von Migrantinnen und Migranten zu Präventionsangeboten und Gesundheitsdiensten zu fördern, hat es sich bewährt, sie über die vorhandenen Angebote, Einrichtungen und gesunde Lebensweisen kultursensibel und in der Muttersprache zu informieren. Dies schließt auch Informationen über Ausbildungsmöglichkeiten und das Berufsspektrum des Gesundheitswesens mit ein, da Migrantinnen und Migranten hier als Beschäftigte zum Teil unterrepräsentiert sind. Hierbei haben sich Mediatoren- und Lotsenprogramme, muttersprachliche Informationsmedien sowie mehrsprachige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bzw. die interkulturelle Kompetenzschulungen für das Fachpersonal als nachhaltige Vorgehensweisen erwiesen. Besonders gute Ergebnisse wurden erzielt, wenn die Zusammenarbeit von Integrationsbeauftragten, Gesundheitsdiensten und Krankenkassen die Ausgangslage von Maßnahmen bildete.

In den 1990er Jahren waren Gesundheitslotsen in der sozialen Arbeit und der Gesundheitsförderung kaum bekannt. Nahezu alle Integrationsprobleme sollten allein durch An- und Begleitung von Migrantinnen und Migranten gelöst werden. Alternativ zu diesem Ansatz entwickelte das Ethno-Medizinische Zentrum (EMZ) das erste Integrationsprojekt mit Lotsen bzw. Mediatoren mit Migranten für Migranten in Deutschland. In dem Pilotprojekt „Muttersprachliche AIDS-Präventionsmediatoren für ethnisch-kulturelle Minderheiten“, das zugleich den Beginn der AIDS/HIV-Prävention für Migrantinnen und Migranten in Deutschland darstellte, erarbeitete das EMZ ein Konzept, wie Migrantinnen und Migranten, die in Gesundheitsfragen geschult sind, einen erfolgreichen und effizienten Zugang zu ihrer Community finden können. Ebenso wurde ein Konzept für die Durchführung von Infoveranstaltungen erarbeitet. Die AIDS/HIV-Thematik eignete sich zu diesem Probelauf ausdrücklich, da seinerzeit AIDS/HIV als eine der bedrohlichsten sozial-gesundheitlichen Herausforderungen erachtet wurde und Migrantinnen und Migranten kaum über Erkrankungswege und Präventionsmöglichkeiten informiert waren.

Das realisierte Konzept erwies sich als überaus effektiv. Die Menschen trugen ihre Erfahrung in ihre Communities hinein. Viele luden das EMZ ein und schon bald wurde aus einzelnen Infoveranstaltungen eine große mehrsprachige Kampagne. Dabei waren zum ersten Mal Migrantinnen und Migranten die zentralen Akteure ihrer eigenen Integration. Soziale „High Potentials“, die späteren Mediatoren und Lotsen, engagierten sich bürgerschaftlich und motivierten zur Eigenverantwortung.

Ausgehend von diesem kleinen Modellprojekt entstand das umfassende Projekt „MiMi – Mit Migranten Für Migranten“, das das EMZ seit 2004 gemeinsam mit Krankenkassen und Landesregierungen in Niedersachsen, Bayern, Hamburg, Schleswig-Holstein, Hessen und Nordrhein-Westfalen an 61 Standorten in Deutschland implementierte. Seit 2009 wurde es auch in sieben europäische Länder exportiert. Bundes- und Landesregierungen in Deutschland und Österreich, Stiftungen, Krankenkassen, Verbände und Unternehmen kooperieren innerhalb dieser Maßnahmen und sorgen für die Finanzierung. Bisher nahmen über 80.000 Migrantinnen und Migranten an den über 7.000 Veranstaltungen teil.

Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass Lotsen- bzw. Mediatorenprogramme ein bewährtes Mittel zur Beteiligung von Migrantinnen und Migranten an Integrationsprozessen darstellen. Sie beziehen die Menschen als verantwortliche Partner ein, legen ihre Ressourcen frei und motivieren zu mehr Eigenverantwortung und Selbsthilfe.

Die MiMi-Programme werden auf Bedürfnisse und Ausgangslagen von städtischen und ländlichen Kommunen zugeschnitten, mit den örtlichen Verantwortungsträgern abgestimmt und unter Beteiligung von Fachdiensten, Wohlfahrtsverbänden und zivilgesellschaftlichen Organisationen umgesetzt. Mediatoren, thematische Aktivitätsfelder und lokale Koordinatoren werden dabei stets gemeinsam ausgewählt.

An der Finanzierung und in Qualitätszirkeln beteiligen sich öffentliche Zuwendungsgeber, ebenso Landesregierungen oder Stadtverwaltungen, Krankenkassen oder private Unternehmen. Das manifestiert gemeinsame gesellschaftliche Interessen und führt zu geteilter Verantwortung. So werden aus ganzheitlichen Integrationsansätzen heraus Wirkungsketten möglich. Hierbei werden stets einheitliche Instrumente (z.B. zur Evaluation der Kampagne und ihrer Infoveranstaltungen), Strategien, Materialien und Kostenkalkulationen verwendet, woraus Nachhaltigkeit, Wiederholbarkeit und Kostenersparnis erwächst. Dabei steigt die Effizienz, wenn Programmroutinen eingehalten werden.

Es schält sich immer mehr heraus, dass Gesundheitsförderung und Prävention gesamtgesellschaftliche Herausforderungen bilden, die nicht allein vom Gesundheitswesen und den Sozialleistungsträgern zu bewältigen sind. Somit wird es wesentlich sein,

entsprechende interdisziplinäre und intersektorale Vernetzungsstrukturen zu schaffen, zu nutzen und auszubauen. Anzustrebende projektbezogene Kooperationen verschiedener Handlungsträger dienen zugleich der Effektivitätssteigerung einer Maßnahme und bilden zeichenhaft die Notwendigkeit des themenorientierten Zusammenwirkens ab.

Für Integrationsbeauftragte bieten sich hier weitreichende Handlungsfelder und umfangreiche Kooperationsmöglichkeiten mit Gesundheitsdiensten, Gesundheitsbehörden, Krankenhäusern und Krankenkassen an. Sie sind prädestiniert, als kommunikative Brücken zwischen Migrantinnen und Migranten und dem Gesundheitswesen zu fungieren und so für gerechte Gesundheitschancen und besseren Zugang zum Gesundheitssystem zu sorgen.

---

### **Hr. Behrouz Asadi**

Die Malteser Werke haben das Ziel, im Rahmen der Gesundheitsprävention Menschen mit Einwanderungsgeschichte zu erreichen. Dabei werden Mediatoren, die als Brückenbauer und Katalysatoren eine wichtige Rolle spielen, gewonnen: in Zusammenarbeit mit Kommunen und durch Veranstaltungen wie Gesundheits- und Tupperpartys. Bisher wurden 100 Mediatoren im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung in verschiedenen Modulen geschult und zertifiziert.

Ein weiteres Ziel ist, Kultursensibilität in medizinischen Einrichtungen herzustellen. Auch werden Menschen mit Einwanderungsgeschichte für den Arbeitsmarkt in der Kultursensiblen Pflege geschult. Sehr wichtig ist es schließlich, Flüchtlinge für das Thema Gesundheit zu sensibilisieren.

Durch die Vermittlung von Mediatoren, die den jeweiligen Ämtern zur Verfügung stehen, werden die Betroffenen begleitet und unterstützt (z.B. Übersetzen und Dolmetschen). Außerdem wird bestimmten Krankheiten wie Adipositas, Diabetes, Demenz und seelischen Belastungen entgegengewirkt. Dies findet in verschiedenen Sprachen statt (Türkisch, Russisch und Englisch). Dazu wurde auch ein Flyer erstellt, ebenfalls in verschiedenen Sprachen.

Ein Fünftel der Menschen in Deutschland hat einen Migrationshintergrund. In Rheinland-Pfalz sind es 18%. Allein aufgrund dieser Tatsache sollte die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Einwanderungsgeschichte gesellschaftlich und individuell berücksichtigt werden. Alle Menschen sollten vom Gesundheitssystem gleich behandelt werden. Wenn wir die Selbstbestimmung und die kulturelle Sicht auf Gesundheit und Krankheit akzeptieren, dann ist es wichtig, auf Kulturen sensibel zu reagieren und die

Weltanschauung jeder Art im gesamten Kontext zu berücksichtigen. Damit ist auch die Befähigung von professionellen Akteuren zum sensiblen Umgang mit verschiedenen Kulturen gemeint.

Eine weitere Motivation ist die Beteiligungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen. Dabei geht es nicht um Sonderstrukturen für Menschen mit Einwanderungsgeschichte, aber es ist wichtig, dass ihnen Informationen vermittelt werden, damit sie wissen, welche Möglichkeiten sie in Anspruch nehmen können. Das bedeutet Chancengleichheit. Sprachliche Barrieren sind beispielsweise immer ein Problem, auch wenn die Ausgangsposition dieselbe ist. Bei der Prävention existiert etwa immer noch ein deutliches Defizit. Beispiel: Trotz des Besitzes von Gesundheitskarten ist vielen Menschen mit Einwanderungsgeschichte nicht bewusst, welche Leistungen sie damit in Anspruch nehmen können. Die Krankenkassen haben dies noch nicht anerkannt. Es muss ein Anliegen sein, dies zu ändern.

## **Forum 2: Interkulturelle Öffnung im Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie der ambulanten und stationären Versorgung**

Referenten: Hr. Dr. Hans Wolter, Gesundheitsamt Frankfurt am Main

Fr. Heike Reinecke, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

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

### **Zusammenfassung der Vorträge**

#### **Hr. Dr. Hans Wolter**

Interkulturelle Öffnung im Öffentlichen Gesundheitsdienst lässt sich für die Bundesrepublik Deutschland ansatzweise flächendeckend definieren. Zu Grunde liegt dem eine Entwicklung, die sich an Publikationen der Bundesregierung ablesen lässt (z.B: „Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt“, „Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis“, Tagungsdokumentationen „Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung“ und „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Familien mit Migrationshintergrund“, Praxisratgeber „Das Kultursensible Krankenhaus“).

Die Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind durchaus überschaubar mit rund 400 kommunalen bzw. regionalen Gesundheitsämtern (z.T. mit anderen Be-

zeichnungen), den Landesgesundheitsämtern, -zentralen und -instituten, dem Robert-Koch-Institut und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als nachgeordnete Behörden des Bundesgesundheitsministeriums. Einheitlich organisiert ist seit Langem der Infektionsschutz in Deutschland durch das entsprechende Bundesgesetz. Hingegen nicht der Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung, der für die Entwicklung interkultureller Qualität in den Gesundheitsdiensten entscheidend ist. Es bleibt abzuwarten, ob oder wann das Präventionsgesetz Prozesse und Strukturen auf lokaler und regionaler Ebene beeinflussen kann. Grundsätzlich wird der Kernbereich des Präventionsgesetzes, also Primärprävention und die Gesundheitsförderung, die Steuerung und Qualität der interkulturellen Öffnung der Gesundheitsdienste berühren. Ob er ihn beeinflussen wird, ohne dafür konkrete Instrumentarien bereitzustellen, bleibt nach den bisherigen Entwürfen des neuen Bundesgesetzes (April 2015) zumindest fraglich.

Interkulturelle Öffnung als modellhaftes Handeln von Organisationen der Daseinsvorsorge geht seit rund 25 Jahren vor allem von den Großstädten aus, die seit den 1950er Jahren durch die Arbeitsmigration geprägt sind. Gerade die Gesundheitsämter im kommunalen Bereich haben durch spezifische Aufgaben, wie der bis in die 1990er Jahre geltenden Kontrollfunktionen, neue Möglichkeiten der Betreuung und Beratung von Menschen mit unterschiedlichen kulturellen und religiösen Hintergründen gesucht.

Der Ausbau und die Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Dienste führte z.B. in Köln zur Gründung des Gesundheitszentrums für Migrantinnen und Migranten, das heute eines der fünf Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration (SPKoM) im Rheinland ist, die für die gemeindepsychiatrische Versorgung von Migrantinnen und Migranten zuständig sind.

In der gesundheitlichen Aufklärung der öffentlichen Gesundheitsdienste werden neben Themen wie Kindergesundheit, Mundgesundheit und Ernährung Fragen der sexuellen Gesundheit prioritär bearbeitet. In Berlin wurden die Aufgaben im Bereich sexuelle Gesundheit (STI/HIV) und Familienplanung regionalisiert. Neben dem Zentrum im Gesundheitsamt von Friedrichshain-Kreuzberg führen weitere überregional tätige Zentren (Charlottenburg-Wilmersdorf, Marzahn-Hellersdorf, Mitte und Steglitz-Zehlendorf) die entsprechenden Beratungen und Untersuchungen in fünf Sprachen durch.

Pionierarbeit für mehrsprachige Informationen als Einladung zur Nutzung der Gesundheitsdienste hat zum Beispiel das Dortmunder Gesundheitsamt geleistet, wo schon frühzeitig aufwendige kommunale „Gesundheitswegweiser für Migranten“ erschienen.

Die „Erregersteckbriefe“ enthalten die wichtigsten Informationen zu einzelnen Krankheitserregern bei Menschen in englischer, französischer, russischer, türkischer, arabischer und deutscher Sprache und sind ein gemeinsames Projekt von BZgA und dem Bundesverband des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Sie können im Internet abgerufen werden.

Der Dolmetscherdienst Bremen koordiniert den Einsatz der Dolmetscherinnen und Dolmetscher für den Gesundheitsbereich. Über eine zentrale Telefonnummer wird der Kontakt zwischen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Dolmetschern organisiert. Der Dienst ist aus einer gemeinsamen Initiative des Gesundheitsamtes, Refugio e. V., des Psychosozialen Zentrums für Flüchtlinge und Folterüberlebende sowie des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales entstanden.

Die Versorgung von Papierlosen und Nicht-Krankenversicherten ist seit 2003 Aufgabe der „Internationalen Humanitären Sprechstunde“ des Gesundheitsamtes in Frankfurt am Main. Das Angebot besteht inzwischen an vier Tagen pro Woche zu festen Zeiten. Es wurde in Zusammenarbeit mit Migrantenvereinen wie Maisha e. V. und der Selbsthilfegruppe afrikanischer Frauen in Deutschland als ärztliches Versorgungsangebot entwickelt und wird von migrantischen Vereinen bis heute im Hinblick auf die rechtliche und soziale Betreuung der Patienten direkt unterstützt.

Sowohl im Frankfurter Gesundheitsamt als auch im Münchner Gesundheitsreferat wurden bereits vor über zehn Jahren „Fachstellen für Migration und Gesundheit“ eingerichtet, die mit hauptamtlichem Personal ausgestattet sind.

Die Entwicklungen und Fortschritte in den großstädtisch und migrantisch geprägten Kommunen, die hier nur eine beispielhafte Erwähnung finden können, haben Vorbildcharakter für die interkulturelle Öffnung der Öffentlichen Gesundheitsdienste. Durch sie werden die Fachplanungen der Ministerien und Landesbehörden zumindest mit beeinflusst, die eine Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten in den genannten und weiteren Bereichen sicherstellen müssen. Nach wie vor ist der Stand der interkulturellen Öffnung der Öffentlichen Gesundheitsdienste durch ein Stadt-Land-Gefälle gekennzeichnet. Interkulturelle Fortbildungsangebote und konkrete Modellprojekte zur gesundheitlichen Versorgung auch in Landkreisen und kleineren Kommunen unter Einbeziehung von Migrantinnen und Migranten können dazu beitragen, dieses Gefälle zu überwinden.

---

### **Fr. Heike Reinecke**

Es gibt eine Vielzahl von Faktoren, die sich auf die Gesundheit von Menschen mit Einwanderungsgeschichte auswirken und deshalb sind mehr Bereiche als nur die Gesundheitspolitik gefordert. Wichtig ist es deshalb, die Zusammenarbeit zu organisieren und das Verständnis von einer gemeinsamen Aufgabe zu entwickeln. Am Anfang stehen meistens Aktionspläne oder Rahmenkonzepte, die eine wichtige Bedeutung haben: Sie geben einen Rahmen und schaffen Bewusstsein. In Nordrhein-Westfalen hat der Prozess mit einer Entschließung der Landesgesundheitskonferenz, einer parteiübergreifenden Integrationsoffensive des Landtags und später, als Ergebnis der Zusammenarbeit aller Ministerien, einem „Aktionsplan Integration“ begonnen. Inzwischen ist mit dem „Gesetz zur Förderung der Teilhabe und Integration“ ein klarer institutioneller Rahmen für die Integration und die Beteiligung von Menschen mit Einwanderungsgeschichte geschaffen. Zugleich wurden mit dem Gesetz auch spezielle Regelungen in zahlreichen Landesgesetzen mit Gesundheits- und Pflegebezug verankert. Flankiert werden diese zum Teil eher appellativen Vorschriften durch zahlreiche Maßnahmen und Projekte, die den Prozess der interkulturellen Öffnung der Gesundheitsdienste unterstützen und begleiten.

---

### **PD. Dr. Erika Sievers**

Jährlich wandern über 100.000 Kinder und Jugendliche aus dem Ausland nach Deutschland zu, über 6.000 davon waren 2013 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Auch die gesundheitliche Versorgung dieser Kinder ist vor dem Hintergrund des Anspruches der UN-Kinderrechtskonvention zu sehen, der sich auch Deutschland verpflichtet hat.

Die interkulturelle Öffnung aller Sektoren medizinischer Fachgebiete ist notwendig, in Schwangerschaft sowie Kindes- und Jugendalter besonders dringlich:

1. *Zeit zählt.* Präventionsmaßnahmen in Schwangerschaft und früher Kindheit sind oft nur in begrenzten Zeitfenstern sinnvoll. Betroffene können diese später nicht oder nur eingeschränkt wahrnehmen. Sie sind meist individuell umzusetzen, ihr Verständnis ist für die Umsetzung entscheidend.
2. *Kinder sind keine kleinen Erwachsenen.* Notwendige Entwicklungsaufgaben stellen besondere Herausforderungen an eine angemessene Unterbringung, Entwicklungsmöglichkeiten und -förderung, Bildung sowie Gesundheitsversorgung.
3. Von grundlegender Bedeutung ist beim *Seiteneinstieg älterer zuwandernder Kinder ins deutsche Schulsystem* die Einführung bzw. Umsetzung schulärztlicher ...



„Seiteneinsteiger-Untersuchungen“ – vergleichbar zu den Schuleingangsuntersuchungen bei der Einschulung aller Kinder.

Der eigentliche Bedarf an mehr Kultursensibilität in der medizinischen Versorgung ist nicht neu. Mit zunehmender Zuwanderung hat sich jedoch die Wahrnehmung der Handlungsbedarfe geändert. Beispiele sind der Aufbau multikultureller Teams, passgenaue Aus-, Fort- und Weiterbildung, die Bereitstellung mehrsprachiger Informationsmaterialien und Sicherung der mehrsprachigen Kommunikation mit abgestuften Konzepten zum Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern. Für das Gelingen der interkulturellen Öffnung pädiatrischer Institutionen ist es wichtig, dass diese in ihren Angeboten und Strukturen die Diversität der Bevölkerung abbilden.

### **Forum 3: Kultursensible Pflege**

Referenten: Fr. Dr. Elke Olbermann, Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V. /  
Institut für Gerontologie an der TU Dortmund  
Hr. Karim Elkhawaga, Ambulanter Dienst Gesundheitspflege Mainz  
Fr. Dr. Claudia Kaiser, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-  
Organisationen (BAGSO) e. V.

### **Zusammenfassung der Vorträge**

#### **Fr. Dr. Elke Olbermann**

Modellrechnungen zufolge wird die Zahl der 65jährigen und älteren Menschen mit Einwanderungsgeschichte von derzeit ca. 1,5 Millionen bis zum Jahr 2032 auf ca. 3,6 Millionen steigen. Prekäre Lebenslagen (wie z.B. niedrige Einkommen, schlecht ausgestattete Wohnungen, geringe Deutschkenntnisse) schlagen sich häufig in gesundheitlichen Belastungen und Gefährdungen nieder und können zu einem erhöhten Risiko für (frühere) Pflegebedürftigkeit führen. Zukünftig ist daher mit einem deutlich steigenden Pflegebedarf bei älteren Menschen mit Einwanderungsgeschichte zu rechnen. Dies stellt sowohl die familiären als auch die außerfamiliären (haupt- und ehrenamtlichen) Unterstützungsstrukturen vor besondere Herausforderungen.

Pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten werden noch häufiger als pflegebedürftige Einheimische ausschließlich im häuslich-familiären Kontext gepflegt. Die Übernahme der Pflege durch die Familie ist in vielen Migrantengruppen eine Norm mit hoher Verbindlichkeit. Gleichzeitig wird die familiäre Pflegepflicht teilweise sowohl von der Eltern- als auch der Kindergeneration kritisch hinterfragt. Zu den problematisch gesehe-

nen Aspekten gehört z.B. die Notwendigkeit der Kinder, ihre Arbeitstätigkeit für die Übernahme der Pflege der Eltern aufzugeben. Bei der Elterngeneration spielt dabei die Einstellung, nicht „zur Last fallen“ zu wollen, eine nicht unerhebliche Rolle. Besondere Herausforderungen ergeben sich auch daraus, dass in Migrantenfamilien bislang nur wenige Erfahrungen in der Pflege von älteren Familienangehörigen vorliegen, was mit vielfältigen Unsicherheiten und einem hohen Informationsbedarf einhergeht. Geringe materielle Ressourcen und spezifische sprachliche, soziale und kulturelle Barrieren erschweren die Inanspruchnahme von Regeldiensten der Altenhilfe und -pflege und erhöhen das Belastungsrisiko für die pflegenden Angehörigen sowie das Risiko einer unzureichenden Versorgung der Pflegebedürftigen mit Einwanderungsgeschichte.

Insgesamt ist über die konkrete Gestaltung und das Erleben der Pflegesituation von in Deutschland lebenden Migrantenfamilien wenig bekannt. Das Thema der interkulturellen Öffnung im Bereich der Altenhilfe und -pflege wird zwar bereits seit Anfang der 1990er Jahre diskutiert, aber über den aktuellen Stand der Umsetzung liegen ebenfalls keine fundierten Erkenntnisse vor. Insofern besteht weiterhin erheblicher Handlungsbedarf, um Benachteiligungen älterer Migrantinnen und Migranten entgegenzuwirken und eine gleichberechtigte Teilhabe sowie eine selbstbestimmte Lebensgestaltung im Alter, auch bei Pflegebedürftigkeit, zu fördern. Folgende Maßnahmen erscheinen dabei zielführend:

- Untersuchungen, die die häusliche Pflegearrangements von Migrantinnen und Migranten umfassend beleuchten und tiefergehende Einblicke in die Pflegesituation sowohl aus Sicht der Pflegebedürftigen als auch der pflegenden Angehörigen ermöglichen (dabei Pflege von Menschen mit und ohne Demenz einbeziehen und nicht nur die zahlenmäßig größten Gruppen aus der Türkei und der ehemaligen Sowjetunion, sondern auch kleinere Migrantengruppen berücksichtigen).
- Systematische und anwendungsorientierte Aufbereitung der bisherigen Erkenntnisse und Erfahrungen zur kultursensiblen Pflege in Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege.
- Förderung der inter- bzw. transkulturellen Kompetenz von Fachkräften des Gesundheits- und Sozialwesens durch entsprechende Qualifizierungs-, Weiterbildungs- und Supervisionsmaßnahmen.
- Entwicklung von wirksamen Strategien zum Abbau von Zugangsbarrieren zu pflegebezogenen Informationen und Unterstützungsangeboten.

- Entwicklung und Bereitstellung bedarfsgerechter Angebote einer migrationssensiblen familienorientierten Pflegeberatung und -begleitung.
- Stärkung der Prävention und Rehabilitation sowie die Erschließung von Zugängen zu gesundheitsfördernden Angeboten auch für ältere Migrantinnen und Migranten.

---

### **Hr. Karim Elkhawaga**

Kultursensible Pflege ist möglich und in eine Haltung eingebettet. Es gibt die Erwartung von Menschen mit Einwanderungsgeschichte, dass die Pflege im Alter durch Familienangehörige geleistet werden kann. Es zeichnet sich ab, dass hier künftig Überforderungen von Familienangehörigen eintreten. Eine mögliche Antwort ist die Entwicklung neuer Formen kultursensibler kombinierter Pflegearrangements, in denen neben informellen und professionellen pflegerischen Kompetenzen auch Kompetenzen im professionellen Umgang mit kultureller Verschiedenheit enthalten sind. Kultursensible Pflege umfasst eine gezielte Strukturentwicklung. Kultursensibilität kann definiert werden als aufmerksame Haltung, die auf dem Verständnis anderer Kulturen und Religionen beruht:

- Kultursensible Pflege erfordert eine interkulturelle Öffnung der Organisation.
- In der Kultursensiblen Pflege geht es nicht um eine einheitliche Gruppe von Menschen mit homogenen Merkmalen. Vielmehr besteht die Verpflichtung darin, mit einer nicht zu vereinfachenden Vielfalt angemessen umzugehen.
- Kultursensible Pflege ist eine Haltung, Selbstverständliches in Frage zu stellen.

Das Konzept der kultursensiblen Pflege ist Herausforderung und Chance zugleich. Es ist eine Herausforderung, weil wir uns der unterschweligen Angst vor Fremden stellen müssen. Neuere Ergebnisse der Forschung verweisen auf eine große Bedeutung des lokalen Nahraumes für alltägliche Lebensvollzüge und Einstellungen älterer Menschen mit Einwanderungsgeschichte. Zwei Details sind wichtig:

1. Die lokalen Netzwerke von Menschen mit Einwanderungsgeschichte wurden bisher nicht ausreichend gewürdigt. Die bestehenden ehrenamtlichen Netzwerke von Menschen mit Einwanderungsgeschichte werden verkannt.
2. Barrieren in der Nutzung entlastender Pflegeangebote für pflegende Angehörige sollten abgebaut werden.

Der Abbau von Barrieren erfordert lokale Lösungen, dabei gibt es keine Patentrezepte. Die Chancen kultursensibler Pflege bestehen zum einen in einer gleichwertigen Behandlung. Und das ist etwas anderes als Gleichbehandlung. Die Organisation reagiert

auf Veränderungen in der Zusammensetzung der Klienten und ist zugleich in der Lage, durch die Beschäftigung von Menschen mit Einwanderungsgeschichte Potenziale zu entfalten, die andernfalls brachliegen würden. Wir dürfen nicht vergessen, dass kultursensible Pflege den Kern pflegerischer Fachkompetenz selbst verändert. Die Pflegekammer bietet Möglichkeiten, dies anzugehen, weil eine ihrer Aufgaben im Aufbau einer eigenen Wissenskultur bestehen wird.

---

**Fr. Dr. Claudia Kaiser**

Die Zahl der über 65jährigen Menschen mit Einwanderungsgeschichte betrug 2012 etwa 1,6 Millionen. Einige von Ihnen sind pflegebedürftig oder leiden an einer demenziellen Erkrankung. Bei Demenzkranken kann eine Therapie in aller Regel nur (noch) in der Muttersprache erfolgen, da erlernte Fremdsprachenkenntnisse krankheitsbedingt schnell verloren gehen. Nach wie vor fehlen in Deutschland, mit wenigen Ausnahmen, Therapie-, Wohn- und Versorgungskonzepte, die auf die Bedürfnisse demenzkranker Migrantinnen und Migranten zugeschnitten sind. Das Wissen über die Erkrankung, über Diagnose- und Therapiemöglichkeiten sowie über Beratungs- und Entlastungsangebote ist in den Familien häufig noch kaum verbreitet. In der Folge sind die betroffenen Familien häufig mit der Versorgung und Betreuung ihrer Angehörigen allein gelassen und besonders belastet.

Für einen gelungenen Transfer von Maßnahmen für Demenzkranke in die Migrantenvölkerung ist die aktive Einbeziehung der älteren Menschen mit Einwanderungsgeschichte und ihrer Angehörigen unabdingbar. Migrantenselbstorganisationen können dabei eine wichtige Rolle übernehmen, indem sie gemeinsam mit Akteuren der kommunalen Altenhilfe zielgruppenorientierte Angebote für demenzkranke Migrantinnen und Migranten entwickeln und diese, wenn möglich selbstständig oder in Kooperation mit etablierten Akteuren, übernehmen. Für diese Aufgaben müssen sie jedoch befähigt und qualifiziert werden.

Das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Zeitraum von 2013 bis 2015 geförderte Projekt NASCH DOM verfolgt folgende Hauptziele:

- Ermöglichung einer gleichberechtigten und bedarfsgerechten Teilhabe demenzkranker Menschen mit Einwanderungsgeschichte und ihrer Familien an den Versorgungsstandards für Demenzkranke.
- Verbesserung der Situation der von Demenz betroffenen Familien, insbesondere der pflegenden Frauen, durch Beratung und Entlastung, die zu einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie führen können.

- Stärkung und Förderung der Kooperation von Migrantenorganisationen der Russischsprachigen mit den bestehenden Akteuren der Seniorenarbeit und Pflege bundesweit und in einzelnen Kommunen.
- Einbindung von russischsprachigen Ehrenamtlichen in die Versorgungskonzepte, um die in der russischsprachigen Community vorhandenen Potenziale besser zu nutzen und sichtbar zu machen.
- Eröffnung neuer Beschäftigungsfelder für Migrantenselbstorganisationen im Bereich Pflege und Demenz durch Qualifizierung und Professionalisierung.

Das Projekt ist konsequent partnerschaftlich ausgerichtet. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. bringt ihre Fachkenntnisse in den Themenfeldern Gesundheit und Pflege sowie ihre Kontakte in der Seniorenarbeit und Altenhilfe ein. Das Kultur- und Integrationszentrum PHOENIX-Köln e. V. steuert seine langjährigen Erfahrungen in der Integrationsarbeit und die vielfältigen bundesweiten Kontakte zu Migrantenorganisationen der Russischsprachigen bei.

Die Projektbausteine sind:

1. Bundesweite Vernetzung, Information und Öffentlichkeitsarbeit, u.a:
  - Zweisprachige Homepage ([www.naschdom.de](http://www.naschdom.de)) u.a. mit Sammlung von fremdsprachigem Material zum Themenbereich Pflege und Demenz
  - Eintägiger Expertenworkshop zum Thema Demenz und Migration am 15.01.2014
  - Berichte in Fachmedien und Präsentation auf Fachveranstaltungen und Messen
2. Qualifizierung von Multiplikatoren aus Migrantenorganisationen

Es wurde eine zentrale vierteilige Schulungsreihe für Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus 16 verschiedenen Migrantenorganisationen der Russischsprachigen aus sieben Bundesländern durchgeführt:

- Wo stehen die Migrantenselbstorganisationen im Bereich der Seniorenarbeit und was wollen sie beim Thema Demenz und Migration erreichen?
- Welche Angebote können langfristig und nachhaltig aufgebaut werden? Welche „Töpfe“ stehen hierfür zur Verfügung?
- Welches Know-how ist für die Umsetzung von Angeboten vor Ort erforderlich?
- Fachlicher Input und hoher Praxisanteil durch Einbindung von Referentinnen und Referenten mit Praxiserfahrung, z.T. zweisprachige Referentinnen und Referenten

- Intensiver Austausch zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern

Ziel ist, dass bis zum Ende der Projektlaufzeit mindestens fünf der teilnehmenden Migrantenorganisationen in ihren Kommunen Angebote für Demenzkranke und ihre Angehörige aufgebaut und durchgeführt haben. Dabei erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Unterstützung durch das Projektteam, z.B. bei der Vernetzung und Konzeption oder der Suche nach Finanzierungsmöglichkeiten. Fünf der teilnehmenden Vereine haben sich in der Förderrunde 2014 erfolgreich als Träger einer Lokalen Allianz für Menschen mit Demenz beworben und führen im zweijährigen Zeitraum unterschiedliche Aktivitäten für Demenzkranke und ihre Angehörige durch.

#### **Forum 4: Sprachmittlung im Gesundheitswesen**

Referenten: Fr. Sabine Oldag, Gemeindedolmetschdienst Berlin / Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

Fr. Varinia Fernanda Morales, bikup – Internationale Gesellschaft für Bildung, Kultur und Partizipation gGmbH

#### **Zusammenfassung der Vorträge**

##### **Fr. Sabine Oldag**

Zwischen 2005 und 2007 wurde der Gemeindedolmetschdienst Berlin als Angebot für Krankenhäuser, Gesundheitseinrichtungen, Jugend-, Sozial- und Bildungseinrichtungen etabliert.

Qualifizierungsinhalte:

- Aufbau/Struktur des Gesundheits- und Sozialwesens
- Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundlagen
- Entsprechende Terminologiearbeit/Fachvokabular
- Dolmetsch- und Kommunikationstechniken
- Interkulturelle Kommunikation
- Reflexionskompetenzen
- Migrationssoziologie
- Rechtliche Grundlagen

#### Kompetenzprofil:

- Fachspezifisches Dolmetschen für inhaltlich komplexe Sachverhalte (Fachtermini) im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen
- Soziokulturelle Vermittlung zwischen deutschen „Fachkulturen“ und den Herkunftskulturen der Menschen mit Einwanderungsgeschichte
- Analysieren von Gesprächssituationen und angemessene Intervention bei Kommunikationsstörungen
- Ausführliches Kontextwissen im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen
- Verantwortung für korrektes Dolmetschen, insbes. in komplexen und „schwierigen“ Situationen
- Interkulturelle Kommunikationskompetenz
- Wahrung des Berufsgeheimnisses durch Schweigepflicht
- Hohe Reflexionsfähigkeit und Rollenklarheit
- Konsekutiv- und Flüsterdolmetschen
- Empathiefähigkeit; Umgang mit belastenden Situationen
- Krisen- und Konfliktmanagement
- Kenntnisse rechtlicher Grundlagen
- Neutralität bzw. Unparteilichkeit

#### Wann wird qualifizierte Sprach- und Kulturmittlung benötigt?

- allgemein: Situationen, in denen es um Fachlichkeit geht, wenn folgenreiche Entscheidungen getroffen werden!
- Diagnosen müssen auf exakten Informationen gründen (Fachtermini)
- Rechtssicherheit bei Patientenaufklärung (Einwilligung nach erfolgter Aufklärung)
- Gutachterliche Tätigkeit: mögliche negative Rechtsfolgen aufgrund fehlerhafter Gutachten
- Einbeziehung bei komplexen und schwierigen Gesprächsthemen und -situationen
- Wahrung des Berufsgeheimnisses, Einhalten der Schweigepflicht
- Neutralität/Überparteilichkeit
- Fachkraft für Verständigung!

#### Leistungen des Gemeindedolmetschdienstes:

- Kompetenter Vermittlungsdienst

- Vermittlung von qualifizierten, muttersprachigen Gemeindedolmetschenden auf Honorarbasis
- Angebot qualifizierter schriftlicher Übersetzungen, z.B. für Dokumente, Flyer, Websites
- Telefonisches Dolmetschen
- Qualitätssicherung durch Fort- und Weiterbildungsangebote, Supervision und Coaching
- Langjährige Expertise

---

### **Fr. Varinia Fernanda Morales**

Bei wachsenden Patientenzahlen und höherem Mitarbeiteranteil mit Einwanderungsgeschichte wird das Gesundheitswesen unausweichlich mit steigenden Herausforderungen aufgrund unterschiedlicher Herkunft, Sprache, Kultur sowie Gesundheits- und Krankheitsverhalten konfrontiert. Jede fehlende oder mangelhafte Verständigung bei der medizinischen Beratung, Versorgung, Diagnostik und Behandlung erhöht das Risiko von Fehlbehandlungen und kann schwerwiegende gesundheitliche Folgen für die Patienten und haftungsrechtliche Konsequenzen für die behandelnden Ärzte haben. Um fremdsprachigen Patienten den barrierefreien Zugang zum Gesundheitssystem zu ermöglichen, ist eine unmissverständliche Kommunikation von Nöten. Der Einsatz von Sprach- und Integrationsmittlern im Gesundheitswesen, die professionell dolmetschen und bei Bedarf soziokulturell vermitteln, hat sich bundesweit sehr erfolgreich bewährt.

Die Fortbildung zum Sprach- und Integrationsmittler richtet sich nach bundesweit einheitlichen Ausbildungskriterien und Qualitätsstandards, die in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgruppe „Etablierung des Berufsbildes Sprach- und Integrationsmittler“ unter Leitung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales entwickelt wurden. Im Rahmen dieser Bundesarbeitsgruppe hat eine Expertengruppe das Curriculum zum Sprach- und Integrationsmittler entwickelt, welches zur Prüfung beim Bundesinstitut für Berufsbildung in Bonn eingereicht wurde. Dieses Curriculum wurde 2008 geprüft und positiv beschieden. Seit 2009 wird diese Fortbildung mit einer Stundenzahl von ca. 1920 UE bundesweit angeboten. bikup gGmbH ist der erfahrenste Bildungsträger bei der Umsetzung der einjährigen Vollzeitfortbildung und hat im März 2015 den 18. Lehrgang in Köln gestartet.

Die Sprach- und Integrationsmittler haben ein breites Tätigkeitsfeld. Sie können in allen Einrichtungen der Regeldienste und Öffentlichen Verwaltung zum Einsatz kommen, die versorgend, beratend oder präventiv tätig sind und zu deren Klientel Migrantinnen und



Migranten sowie Flüchtlinge zählen. Ca. 70% der bei bikup zertifizierten Sprach- und Integrationsmittler befinden sich in Festanstellung. Der überwiegende Teil der restlichen 30% arbeitet selbstständig und wird über den *Sprachmittlerpool NRW* (über 80 Sprachen und Dialekte stehen zur Verfügung) im Bereich Gesundheit wie auch Soziales vermittelt. Das Gesundheitswesen hat in den letzten zwei Jahren eine immense Steigerung bei der Inanspruchnahme dieser medizinisch kultursensiblen Dolmetscher und Vermittler erlebt. Die Kliniken zahlen die Einsätze bisher aus ihrem laufenden Budget. Es gibt jedoch auch Kooperationsvereinbarungen zwischen bikup und Verbänden, wie z.B. mit dem Landschaftsverband Rheinland und den neun LVR-Kliniken, die seit 2013 flächendeckend Gelder zur Verfügung gestellt haben, um den Einsatz von professionellen Sprach- und Integrationsmittlern hausintern zu beanspruchen. Diese Kooperationen weiten sich derzeit auch auf Städte aus, wie z.B. die Stadt Leverkusen, die ebenfalls die Einsatzkosten für fremdsprachige Patienten vollständig übernimmt.

Um die medizinische Versorgung von Migrantinnen und Migranten sowie Flüchtlingen mit qualifizierten Dolmetschern und professionellen Sprach- und Integrationsmittlern zu gewährleisten, ist die bundesweite Initiative „Sprachmittlung im Gesundheitswesen“ (Initiatoren bikup gGmbH und der Berufsverband professioneller Dolmetscher und Übersetzer in Deutschland) entstanden, die sich für eine gesetzliche Regelung von Sprachmittlung im Gesundheitswesen einsetzt, um die Übernahme der anfallenden Kosten nachhaltig zu klären.

## **Foren zum Themenblock Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden und Menschen in prekären Aufenthaltssituationen**

### **Forum 1: Akute und chronische Krankheiten – Rechtsprobleme bei der Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz: Erhalten Asylbewerber in der Praxis die notwendige medizinische Versorgung**

Referenten: Fr. Tina Heidger, Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e. V. / Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge

Hr. Florian Wilksch, Friedrich-Schiller-Universität Jena

### **Zusammenfassung der Vorträge**

#### **Hr. Florian Wilksch**

Ein Rechtsanspruch auf Krankenbehandlung besteht für Asylbewerber (und ihnen nach § 1 Abs. 1 AsylbLG gleichgestellten Gruppen) in den ersten 15 Monaten des Aufenthalts in der Bundesrepublik nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen (§ 4 Abs. 1 AsylbLG). Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen damit insbesondere chronische Erkrankungen vom Behandlungsanspruch ausgeschlossen werden. Deren Behandlung sei regelmäßig langwierig und könne während des Aufenthalts des Betroffenen nicht beendet werden. Deshalb bedürften auch Akutzustände einer chronischen Erkrankung allein einer Symptombehandlung. Darüber hinausgehende Krankenbehandlungsleistungen können nach § 6 AsylbLG gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind oder den Bedürfnissen besonders vulnerabler Flüchtlingsgruppen Rechnung tragen. Dabei handelt es sich um Ermessensleistungen, über deren Maß die zuständige Behörde befindet. Damit fällt die Entscheidung über Gesundheitsleistungen oft in die Hände medizinisch nicht oder nur unzureichend ausgebildeten Personals. Nicht zuletzt die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer weist darauf hin, dass dies zur „erheblichen gesundheitlichen Gefährdung von Patienten“ führen könne.

Die Versorgungssituation der Asylbewerber ist mit höherrangigem Recht nicht vereinbar. Das in Art. 25 Abs. 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte begründete und unter anderem durch Art. 15 des Internationalen Paktes für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Art. 24 der UN-Kinderrechtskonvention und Art. 25 der UN-Behindertenrechtskonvention konkretisierte Recht auf ein Höchstmaß an individuell erreichbarer Gesundheit für jedermann, unabhängig von Nationalität und Aufenthaltssta-

tus, wird durch die bloß basale Versorgung nicht sichergestellt. Auch das verfassungsrechtlich verbürgte Recht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums erlaubt keine migrationspolitisch motivierten Differenzierungen und Beschränkungen. Die vom Gesetzgeber nicht stichhaltig begründete und auch nicht begründbare Abweichung von der Regelversorgung auf Krankenversicherungsniveau der Empfängerinnen und Empfänger allgemeiner Fürsorgeleistungen (SGB II und SGB XII) nach unten indiziert daher die Verfassungswidrigkeit der §§ 4, 6 AsylbLG. Eine Reform ist unumgänglich. Sie wird auch durch die Neufassung der EU-Aufnahmerichtlinie gefordert, deren Umsetzungsfrist am 20. Juli 2015 endet.

Einen ersten Schritt haben die Stadtstaaten Bremen und Hamburg bereits durch die Einführung der „Gesundheitskarte“ für Asylbewerber unternommen. Mit dieser von einer Krankenkasse ausgestellten Chipkarte können die Leistungsberechtigten zumindest prozedural diskriminierungsfrei Krankenbehandlungsleistungen in Anspruch nehmen. Die materiellen Leistungsbeschränkungen bleiben jedoch auch in diesem Modell aufrechterhalten. Die Verwirklichung des Menschenrechts auf Gesundheit bedarf indessen eines umfassenden Anspruchs auf Krankenbehandlung und damit zumindest der leistungsrechtlichen Gleichstellung der Asylbewerber mit den übrigen Empfängerinnen und Empfängern von Fürsorgeleistungen. Daneben fehlt es noch immer an einer interessengerechten Lösung für den verlängerten Geheimnisschutz der Menschen ohne legalen Aufenthalt. Auch insoweit besteht auf Bundes- und Länder- ebenso wie auf kommunaler Ebene ein dringender Handlungsbedarf

---

**Fr. Tina Heidger**

Medizinische Versorgung für Asylbewerber benötigt:

- Gleichbehandlung von Anfang an
- Diskriminierungsfreien Zugang
- verständliche Aufklärung und Information
- Deutschkurse für alle von Anfang an
- Hilfe zur Selbsthilfe durch Haupt- und Ehrenamtliche (Ehrenamt braucht Hauptamt)
- Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten z.B. durch Dolmetscherinnen und Dolmetscher
- planvolles, koordiniertes und nachvollziehbares Vorgehen der Hilfeleistungen

## **Forum 2: Gesundheitskarte für Leistungsberechtigte nach Asylbewerberleistungsgesetz**

Referent: Hr. Frank Burmester, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg

### **Zusammenfassung des Vortrags**

#### **Hr. Frank Burmester**

Die Freie und Hansestadt Hamburg hat zum 1. Juli 2012 eine wesentliche Neuerung im Bereich der medizinischen Versorgung von Ausländerinnen und Ausländern eingeführt: die Übertragung der medizinischen Versorgung von Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), die Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt bzw. sonstige Leistungen zur Sicherung der Gesundheit nach §§ 4 und 6 AsylbLG haben (Grundleistungsberechtigte), auf eine Krankenkasse. Dieses Modell ist, mit Ausnahme von Bremen, bundesweit einzigartig.

Insgesamt zieht die Freie und Hansestadt Hamburg hinsichtlich der Umstellung eine positive Bilanz. Durch das Modell der Betreuung der Grundleistungsberechtigten über eine Krankenkasse konnten insbesondere Bürokratie und Versorgungsstrukturen abgebaut und Einsparungen bei Personal, Software und Räumlichkeiten realisiert werden. Zudem ermöglicht die Gesundheitskarte den Grundleistungsberechtigten ein Stück Normalität im Alltag. Sie müssen für einen Arztbesuch keine Behandlungsscheine mehr einzeln beantragen und können beim Arzt wie jeder gesetzlich Versicherte eine Gesundheitskarte vorlegen. Für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen besteht der Vorteil, dass sie das in der gesetzlichen Krankenversicherung übliche Abrechnungsverfahren verwenden können.

### **Forum 3: Gesundheitsversorgung von Ausländerinnen und Ausländern in prekären Lebenssituationen**

Referenten: Hr. Prof. Dr. Gerhard Trabert, Armut und Gesundheit in Deutschland e. V.  
Fr. Andrea Niethammer, Flüchtlingszentrum Hamburg / Zentrale Information und Beratung für Flüchtlinge gGmbH

#### **Zusammenfassung der Vorträge**

##### **Hr. Prof. Dr. Gerhard Trabert**

Bei der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Einwanderungsgeschichte muss zwischen verschiedenen Gruppen unterschieden werden. Es gibt die Menschen, die offiziell mit einem Migrationshintergrund in Deutschland leben und beruflich integriert sind. Des Weiteren gibt es die Gruppe der legal in Deutschland sich aufhaltenden Menschen, die im Rahmen der europäischen Freizügigkeitsrichtlinie, aber ohne sozialversicherungsrechtliche Arbeit bei uns leben. Es gibt die zunehmende Personengruppe der Asylbewerber sowie die Gruppe der Flüchtlinge, insbesondere aus Kriegsregionen wie Syrien, die aufgrund der Verpflichtungserklärungsregelung zu Verwandten in Deutschland einreisen dürfen. Und es gibt die Gruppe der papierlosen Menschen, die illegalisiert in Deutschland leben.

##### Menschen mit Migrationshintergrund beruflich / gesellschaftlich integriert:

Bei Menschen mit einem Migrationshintergrund ist eine erhöhte Erkrankungsprävalenz festzustellen. Ein kultursensibles und transkulturelles Vorgehen bei medizinischem Handeln muss stärker realisiert werden. Eine muttersprachliche Kommunikation ist diesbezüglich ein wichtiger Mosaikstein.

##### Menschen, hauptsächlich aus Osteuropa stammend, im Rahmen der Freizügigkeitsvereinbarung legal in Deutschland lebend, allerdings ohne Versicherungsschutz:

Zunehmend werden Gesundheitsversorgungslücken hinsichtlich Patienten aus EU-Mitgliedsländern, die unter die Freizügigkeitsrichtlinie 2004/38/EG der EU fallen und keinen ausreichenden bzw. keinen Versicherungsschutz besitzen, deutlich. Eine adäquate ärztliche Versorgung ist in Deutschland nicht vorhanden. Selbst die ärztliche Betreuung von schwangeren Frauen und die Entbindung (Geburt) sind nicht strukturell geregelt und entsprechende medizinische Dienstleistungen müssen von den Betroffenen selbst bezahlt werden. Dies ist für die betroffenen Menschen häufig nicht leistbar.

### Asylbewerber:

Eine weitere Personengruppe, die keinen adäquaten Zugang zu einer medizinischen Versorgung hat, sind Asylbewerber. Hier muss die Entscheidung über die Notwendigkeit einer ärztlichen Untersuchung und Behandlung bei Ärztinnen und Ärzten verbleiben. Die Praxis, eine Genehmigung, die Ausstellung eines Krankenbehandlungsscheines, durch eine nicht medizinisch kompetente Person einholen zu müssen, ist abzulehnen. Eine diesbezügliche Forderung lautet deshalb: Ausstellung einer Krankenversicherungskarte für jeden Asylbewerber!! In Hamburg, Rostock und Bremen wurde dies, durch Verträge mit den Krankenkassen, schon eingeführt (gemäß § 264 Abs.1 SGB V). Die Erfahrungen sind sehr positiv. Bürokratie und Bevormundung werden abgebaut und die notwendige medizinische Hilfe kann schnell erfolgen. Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) §§ 4 wird eine medizinische Versorgung / Krankenhilfe nur bei akuten Erkrankungen und akuten oder chronischen Schmerzzuständen gewährt. In der Praxis ist die Unterscheidung zwischen chronischen und akuten Krankheiten häufig schwierig. Bei chronischen Erkrankungen ohne Schmerzen besteht in der Regel kein Anspruch auf Behandlung. Muss ich als Ärztin oder Arzt bei einer Bluthochdruckerkrankung oder der Zuckerkrankheit erst warten, bis es zu einer akuten Notsituation kommt, um behandeln zu dürfen?!

### Flüchtlinge aus Kriegsregionen (Verpflichtungserklärungsvereinbarung):

Die deutsche Regierung betont immer wieder, dass Deutschland im Vergleich mit anderen europäischen Ländern sehr viele Flüchtlinge durch die Kontingentregelung bzw. das Verpflichtungserklärungsverfahren, aufnehmen würde. Der Skandal ist hierbei diese Verpflichtungserklärung. Darin verpflichtet sich ein Angehöriger oder auch ein nicht verwandter Unterstützer, für sämtliche Lebensunterhaltskosten des betreffenden Flüchtlings finanziell und persönlich aufzukommen. Dies bedeutet, den Lebensunterhalt, die Wohnraummiete und in zahlreichen Bundesländern auch die Krankenbehandlungskosten zu übernehmen.

### Papierlose (illegalisierte) Menschen:

Weiterhin ist die gesundheitliche Versorgung illegalisierten Menschen, sogenannter „Papierloser“, ein nicht strukturell gelöstes Problem. Deshalb wurde der sogenannte *Nothelferparagraf* eingeführt (01.03.2015): Das medizinische Personal ist zu einer Behandlung verpflichtet und die versorgenden Einrichtungen können auch im Nach-

hinein, aber zeitnah, gemäß Paragraph 6 a AsylbLG, ohne Angaben zur Person eine Kostenerstattung beim zuständigen Sozialamt beantragen.

Insbesondere bei Migrantinnen und Migranten sowie Asylbewerbern stellen psychische Folgen, ausgelöst durch traumatisierende Erlebnisse wie Krieg, Verfolgung, Flucht, Folter oder sexuellen Missbrauch, ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für Depressionen, Suizidalität und eine posttraumatische Belastungsstörung dar. Diese werden häufig nicht erkannt und anerkannt und dann noch verschärft, aufgrund der repressiven ablehnenden Behandlung in den Zufluchtsländern. Die notwendige psychologische bzw. psychiatrische adäquate Versorgung ist nicht gewährleistet. Wartezeiten von sechs Monaten und mehr bis zur Konsultation eines Facharztes sind gängige Praxis.

Im Mai 2013 eröffnete der Verein Armut und Gesundheit in Deutschland eine Medizinische Ambulanz ohne Grenzen für sozial benachteiligte Menschen. Die Medizinische Ambulanz beinhaltet ein medizinisch interdisziplinäres als auch multidisziplinäres Angebot. Dies bedeutet, dass es Sprechstunden und Gesundheitsberatungsangebote von verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen als auch nicht medizinischen Fachgruppen, im Sinne eines biopsychosozialen Behandlungskonzeptes, gibt. Innerhalb des medizinischen Bereichs werden u.a. allgemeinärztliche, internistische, kinderärztliche, chirurgische, gynäkologische, zahnärztliche und psychiatrische Sprechstunden angeboten. Darüber hinaus finden insbesondere krankenschwängerische, sozialpädagogische sowie sozialarbeiterische Sprechstunden statt. Die Besetzung der Sprechstunden wird einerseits durch festangestellte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewährleistet. Andererseits werden die Sprechstunden durch ehrenamtliche, teilweise pensionierte Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter angeboten. Sämtliche Gesundheitsversorgungs- und Beratungsleistungen sind kostenfrei. Gerade die Sozialarbeit leistet hier einen wichtigen Integrations- und Inklusionsbeitrag.

#### Fazit:

Wir verstecken uns wieder hinter Gesetzen, Vorschriften und Bestimmungen und sehen nicht mehr das individuelle Leid, dass wir durch die Verwirklichung dieser ungerechten Bestimmungen schaffen. Pierre Abbé, französischer Geistlicher, der u.a. die Emmaus-Bewegung gründete, sagte einmal: „Habe Respekt vor Gesetzen, wenn diese respektvoll in der Anwendung für die Menschen sich zeigen.“ Zahlreiche gesetzliche Bestimmungen im Kontext der Asyl- und Flüchtlingspolitik tun dies eindeutig nicht. Wir sollten uns alle empören, wie mit ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern, mit Asylbe-

werben, mit Flüchtlingen in unserer Gesellschaft umgegangen wird. Fangen wir an uns konstruktiv und konsequent zu empören, in Solidarität und Beteiligung.

---

**Fr. Andrea Niethammer**

Die Clearingstelle zur medizinischen Versorgung von Ausländerinnen und Ausländern ist ein Teil der Beratungsstelle Flüchtlingszentrums in Hamburg. Die Trägerin des Flüchtlingszentrums ist die Zentrale Information und Beratung für Flüchtlinge gGmbH, eine Gesellschaft der Hamburger Landesverbände der Arbeiterwohlfahrt, der Caritas und des Deutschen Roten Kreuzes.

Nach dreijähriger Projektlaufzeit wurde das Projekt Clearingstelle ab 2015 verstetigt. Projektziel ist die medizinische Versorgung. Zielgruppe der Clearingstelle sind Ausländerinnen und Ausländer ohne Krankenversicherungsschutz.

Menschen ohne Papiere können nach durchgeführtem Clearingverfahren aus einem Fonds der Freien und Hansestadt Hamburg (500.000 € jährlich) zum 1,0 fachen Satz GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) medizinische Versorgung erhalten. Im Clearingverfahren wird unter anderem geprüft, ob eine Integration in die Regelsysteme möglich ist. Der Leistungsumfang ist auf die §§ 4 und 6 AsylbLG beschränkt. Die Kosten von Eilfällen werden nicht übernommen.

Für die medizinische Versorgung von Unionsbürgerinnen und Unionsbürgern gibt es seit 2015 eine Vereinbarung zwischen der Freien und Hansestadt Hamburg, der Zentralen Information und Beratung für Flüchtlinge gGmbH, der Ev. Auslandsberatungsstelle e. V. und der Fachstelle Zuwanderung Osteuropa des Diakonischen Werks Hamburg. Ausgangspunkt der Beratung der Unionsbürgerinnen und Unionsbürger ist die Verpflichtung zum Krankenversicherungsschutz. Nach Durchführung des Clearingverfahrens wird eine Anzeige zur Versicherung bei einer Krankenkasse gemacht und zur weiteren Realisierung des Krankenversicherungsschutzes an die kooperierende Beratungsstelle verwiesen. Bei dringendem und unabweisbarem Bedarf an medizinische Behandlung besteht die Möglichkeit, an das zuständige Grundsicherungsamt einen Antrag auf vorläufige Leistungen nach § 23 SGB XII zu stellen.

Der Clearingstelle steht ein Netzwerk von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung, die bereit sind, Klienten zu den vorhandenen Konditionen zu behandeln. Zu drei Hamburger Behörden bestehen Hotlines, um die Arbeit der Clearingstelle zu unterstützen. Die Arbeit der Clearingstelle wird durch einen Beirat begleitet. Die Clearingstelle ist mit den Beratungs- und Anlaufstellen der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten in Hamburg vernetzt.