



Konrad
Adenauer
Stiftung

MIGRATION UND GESUNDHEIT

MICHAEL KNIPPER | YASAR BILGIN

ISBN 978-3-940955-55-5



INHALT

5	EINLEITUNG: DIE GESUNDHEITLICHE SITUATION VON MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND IN DEUTSCHLAND	
11	1. MIGRATION UND GESUNDHEIT: ZUR EINFÜHRUNG	
16	2. GRUNDLAGEN UND GRUNDBEGRIFFE	
	2.1 Migration.....	16
	2.2 Migrationshintergrund	19
	2.3 Kultur	21
28	3. MIGRATION UND KRANKHEIT: AKTUELLER KENNTNISSTAND UND OFFENE FRAGEN	
	3.1 Macht Migration krank?.....	28
	3.2 Studientypen	31
	3.2.1 Gesundheitsberichterstattung: „Migranten als Kollektiv innerhalb der gesamten Wohnbevölkerung in Deutschland.....	32
	3.2.2 Auf spezifische Migrantengruppen bezogene Studien	32
	3.2.3 Erkrankungsbezogene Studien	32
	3.2.4 Versorgungsforschung	33
	3.3 Migration und Krankheit: Exemplarische Darstellung spezifischer Erkenntnisse.....	33
	3.3.1 Die Gesundheitssituation von Migranten in Deutschland	34
	3.3.1.1 Allgemeine Morbidität und der „Healthy-Migrant-Effect“.....	34
	3.3.1.2 Beispiel: Kindergesundheit	36
	3.3.2 Krankheitshäufigkeiten bei verschiedenen Migrantengruppen	41
	3.3.2.1 Türkischstämmige Bevölkerung	41
	3.3.2.2 Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion	43
	3.3.3 Konkrete Erkrankungen im Einzelnen.....	44
	3.3.3.1 Genetisch bedingte und Erkrankungen mit regional gehäufterem Vorkommen.....	44
	3.3.3.2 Spezifische Infektionskrankheiten.....	45
	3.3.3.3 Krebserkrankungen	48
	3.3.3.4 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	50
	3.3.3.5 Psychosomatik und psychische Störungen.....	52
	3.4 Zusammenfassung und Diskussion.....	58

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung ist ohne Zustimmung der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.
unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Einspeicherung in und Verarbeitung durch
elektronische Systeme.

© 2009, Konrad-Adenauer-Stiftung e.V., Sankt Augustin/Berlin

Gestaltung: SWITSCH Kommunikationsdesign, Köln.
Printed in Germany.
Gedruckt mit finanzieller Unterstützung der Bundesrepublik Deutschland.

ISBN 978-3-940955-55-5

63	4. MIGRATION IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEM	
	4.1 <i>Migranten als Patienten im deutschen Gesundheitssystem</i>	63
	4.1.1 <i>Zur Versorgungssituation von Migranten</i>	65
	4.1.2 <i>Sprache und Kommunikation</i>	70
	4.1.3 <i>Kultur und interkulturelle Kompetenz</i>	73
	4.1.3.1 <i>Kultur und Stereotypie</i>	74
	4.1.3.2 <i>Religion</i>	75
	4.1.3.3 <i>Interkulturelle Kompetenz</i>	76
	4.2 <i>Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund im deutschen Gesundheitssystem</i>	78
	4.3 <i>Ethik und Recht</i>	81
86	5. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KONSEQUENZEN	
	5.1 <i>Medizin, Migration und Gesundheitsversorgung in einer globalisierten Welt</i>	86
	5.1.1 <i>„Migration“: Eine ambivalente Kategorie</i>	86
	5.1.2 <i>Migration und strukturelle Aspekte der Gesundheitsversorgung</i>	89
	5.2 <i>Handlungsempfehlungen</i>	91
98	6. ANHANG	
	6.1 <i>Literaturverzeichnis</i>	98
	6.2 <i>Relevante Institutionen und Einrichtungen</i>	128
133	DIE AUTOREN	
133	ANSPRECHPARTNER IN DER KONRAD-ADENAUER-STIFTUNG	

EINLEITUNG: DIE GESUNDHEITLICHE SITUATION VON MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND IN DEUTSCHLAND

Der Gesundheitszustand der Menschen mit Migrationshintergrund entspricht in etwa demjenigen der Menschen ohne Migrationshintergrund. Einige Untersuchungen kommen sogar zu dem Ergebnis, dass in Bezug auf bestimmte weit verbreitete Erkrankungen die Morbidität bei Menschen mit Migrationshintergrund geringer ist. Dies ist eine der wichtigen Aussagen der vorliegenden Studie.

Gleichzeitig weist die Studie auf Defizite hin. So gibt es z. B. erhebliche Hindernisse beim Zugang zum Gesundheitssystem in Deutschland mit dem Risiko von Mangel- und Fehlversorgung. Die gesundheitliche Versorgung für alle Menschen mit Migrationshintergrund auf einem qualitativ hohen Niveau sicher zu stellen, ist daher eine wichtige sozialpolitische Aufgabe.

Die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund ist heterogen, nicht nur im Hinblick auf Herkunft und Ethnizität, sondern auch bezüglich ihrer sozialen Milieus und damit verbunden ihrer kulturellen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Teilhabe. Dementsprechend unterschiedlich können der gesundheitliche Zustand sowie die Erwartungen und Bedürfnisse an das Gesundheitssystem sein.

Trotz der Fülle an wissenschaftlicher Literatur zum Thema „Migration und Gesundheit“ gibt es viele offene Fragen. Weitere Forschungsarbeit ist dringend notwendig, um zu belastbaren Aussagen zu kommen, die die notwendige Differenzierung innerhalb der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigen. Insbesondere wird an sich widersprechenden Forschungsergebnissen deutlich, dass „Migration“ für medizinische Zwecke ein schwierig zu erfassendes und oft unzureichendes Kriterium ist. Pauschale Aussagen zu Migration und Gesundheit sind in der Regel nicht zielführend, decken Sachverhalte nicht auf, sondern verschleiern sie eher und verleiten zu Vorurteilen.

ZUGANGSHINDERNISSE UND VERSORGUNGSMÄNGEL

Viele Menschen mit Migrationshintergrund finden im Vergleich zur übrigen Bevölkerung einen schlechteren Zugang zum Gesundheitssystem. Ein erstes Indiz dafür ist die geringere Nutzung von Angeboten zur gesundheitlichen Prävention und zur Vorsorge. Die Durchimpfungsrate ist niedriger, die kindlichen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen werden weniger wahrgenommen, und auch Erwachsene nehmen Präventions- und Vorsorgeangebote seltener in Anspruch. Auffällig ist auch, dass z. B. die Notfallambulanz von Menschen mit Migrationshintergrund häufiger als von der übrigen Bevölkerung beansprucht wird, was auf eine geringe Kenntnis der regulären Angebote des Gesundheitssystems hindeuten könnte. Insgesamt scheint das Wissen über das deutsche Gesundheitssystem bei Menschen mit Migrationshintergrund gering zu sein. Zielgruppenspezifische Informationen über die Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung, eine intensive gesundheitliche Aufklärung sowie konkrete Hilfen beim Zugang zum Gesundheitssystem könnten Abhilfe schaffen.

Auch mangelnde Kommunikationsfähigkeit und Sprachkenntnisse – sowohl auf Seiten der Patienten als auch auf Seiten der Ärzte und des Pflegepersonals – wirken als Zugangshindernisse zur Gesundheitsversorgung. Dolmetscherdienste, wie sie bereits in einigen Krankenhäusern angeboten werden, stellen ein wichtiges Hilfsangebot dar. Das Netz von Ärzten, die die jeweilige Sprache der zu behandelnden Menschen mit Migrationshintergrund beherrschen, ist sehr lückenhaft. Es dichter zu knüpfen, würde die medizinische Versorgung wesentlich verbessern. Schließlich ist die Förderung der Deutschkenntnisse von Menschen mit Migrationshintergrund eine vordringliche Aufgabe – nicht nur für eine gelingende gesellschaftliche Partizipation, sondern auch für eine optimale gesundheitliche Versorgung.

Kommunikations- und Verständnisprobleme zwischen Arzt und Patient können ihre Ursache auch in unterschiedlichen Werthaltungen haben, die verschiedenen Auffassungen von Gesundheit und Krankheit zugrunde liegen. Selbstverständlich prägt die Kultur, in der Menschen leben, das Werte- und Orientierungssystem, einschließlich der Bewertung von Gesundheit und Krankheit. Dies gilt für die Menschen, die schon immer in Deutschland leben; dies gilt auch für Menschen aus dem Ausland; je größer die kulturellen Unterschiede zwischen Herkunftsland und Einwanderungs-

land, desto erheblicher können die Verständigungsprobleme bei der gesundheitlichen Versorgung sein. Dies gilt für Patienten, genauso wie für Ärzte und Pflegepersonal. „Kulturelle Hintergründe“ als Begründung für Probleme im Arzt-Patient-Verhältnis erstarren allerdings leicht zu Stereotypen mit geringem Erklärungswert, die nicht zu einer Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient führen, sondern sie eher erschweren. Eine „fremde Kultur“ alleine reicht in den meisten Fällen nicht aus, um Kommunikationsprobleme zu erklären und Lösungsansätze zu finden. Hinzukommen muss stets eine Berücksichtigung der individuellen Werthaltungen und Einstellungen von Patienten, die trotz gleicher „Kultur“ zum Beispiel durch die Zugehörigkeit zu verschiedenen sozialen Milieus unterschiedlich geprägt sein können. Ärzte und Pflegepersonal müssen daher stärker als bisher in ihrer Aus- und Weiterbildung diesbezüglich geschult werden, mit dem Ziel eines respektvollen Verständnisses auch von als fremd empfundenen Sichtweisen von Gesundheit und Krankheit.

Bei Menschen mit Migrationshintergrund scheinen Versorgungsmängel häufiger als bei der übrigen Bevölkerung aufzutreten. Fehldiagnosen, Endlosdiagnostik, komplexe „Patientenkarrieren“ und Verzögerungen bei Diagnose und Therapie sind offensichtlich Folge erheblicher kommunikativer Probleme. Dies führt zu deutlichen gesundheitlichen Nachteilen für die betroffenen Patienten und nicht zuletzt auch zu sozioökonomischen Lasten der Solidargemeinschaft.

Schwierige Arzt-Patienten-Verhältnisse, Kommunikationsprobleme, mangelndes Verständnis und Versorgungsmängel sind aber nicht nur Phänomene, die ausschließlich für Migranten zutreffen, sondern sie finden sich auch bei vielen Patienten ohne Migrationshintergrund. Besonders ausgeprägt sind die Probleme in sozialen Milieus mit einem geringen Bildungsniveau. Eine bessere, zielgruppenspezifische Informationsvermittlung könnte zu einer Verbesserung beitragen.

Gesundheitliche Angebote müssen so gestaltet werden, dass sie auch von Menschen aus prekären sozialen Milieus, egal ob mit oder ohne Migrationshintergrund, verständlich und annehmbar sind. Dies gilt besonders für die gesundheitliche Aufklärung und für Präventionsmaßnahmen, aber auch für einen leichten Zugang zum Gesundheitssystem, der als erstes verständliche Informationen über seine Funktionsweise erfordert. Dies trifft besonders auch für die Behandlung chronisch Kranker zu, die

nicht nur über lange Zeiträume erfolgen muss, sondern oft auch eine nachhaltige Änderung der Lebensweise erfordert, und daher besondere Anforderung an Information und Aufklärung stellt, um eine angemessene *Compliance* zu sichern.

MENSCHEN OHNE GESICHERTEN AUFENTHALTSSTATUS

Flüchtlinge, die unter das Asylbewerbergesetz fallen und Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus befinden sich in einer besonders schwierigen gesundheitlichen Versorgungssituation. Für Asylbewerber ist die medizinische Versorgung gesetzlich geregelt, allerdings auf die „Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ begrenzt. Die Abgrenzung zwischen „akut“ und „nicht akut“ ist aus medizinischer Sicht sehr problematisch und kann einer aus humanitärer und medizinischer Sicht gebotenen gesundheitlichen Versorgung entgegenstehen.

Fehlende Krankenversicherungen erschweren den Zugang von Menschen ohne Aufenthaltserlaubnis zum Gesundheitssystem, ebenso wie die Angst vor Abschiebung. Ärzte unterliegen selbstverständlich auch in diesen Fällen der Schweigepflicht; für Sozialämter und Krankenhausverwaltungen besteht jedoch eine Meldepflicht. Aus humanitären Gründen sollte diese Meldepflicht entfallen, so dass die gesundheitliche Versorgung der betroffenen Menschen uneingeschränkt sichergestellt werden kann. Ärzten, die Menschen ohne Aufenthaltserlaubnis behandeln, droht außerdem eine Anklage wegen „Beihilfe zum illegalen Aufenthalt“. Hier muss Rechtssicherheit geschaffen und die Strafandrohung beseitigt werden.

DER GESUNDHEITZUSTAND DES BEVÖLKERUNGSANTEILS MIT MIGRATIONSHINTERGRUND

Der Gesundheitszustand der Bevölkerungsteile mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland unterscheidet sich nicht wesentlich. Auch bei Betrachtung der größten Migrantengruppen, nämlich der Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion und der in Deutschland lebenden türkischstämmigen Bevölkerungsgruppe lässt sich kein grundsätzlich schlechterer Gesundheitszustand erkennen. Ganz im Gegenteil: Die Morbidität ist vielfach geringer. Die Gründe für diesen so genannten „healthy-migrant-effect“ sind noch nicht zufriedenstellend untersucht. Er kann eventuell damit erklärt werden, dass vor allem junge und gesunde Menschen ihre Heimat verlassen und nach Deutschland kommen; im Laufe der Generationen geht dieser „healthy-migrant-effect“ verloren.

Kinder mit Migrationshintergrund in Deutschland leiden seltener an Bronchitis, Allergien, Asthma, Magen-Darm-Infektionen und Mittelohrentzündungen und häufiger an Anämie, Tuberkulose, Karies und Übergewicht. Auch psychosomatische und psychische Erkrankungen treten vergleichsweise häufig auf. Die Ursachen dafür scheinen weniger migrations-, sondern eher milieuspezifisch zu sein. Die Lebensumstände der Kinder haben einen größeren Einfluss auf ihre Gesundheit als die alleinige Tatsache des Migrationshintergrundes. Dies wird besonders bei den häufig auftretenden psychosomatischen und psychischen Erkrankungen deutlich: fehlende bzw. schwächere „psychosoziale Schutzfaktoren“ (z. B. positives Familienklima, emotionale Stabilität, unterstützendes soziales Umfeld usw.) werden dafür als Ursache genannt.

Auch im Erwachsenenalter werden Menschen mit Migrationshintergrund von bestimmten Erkrankungen anders betroffen als der Bevölkerungsdurchschnitt in Deutschland: Türkischstämmige Menschen leiden häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Hepatitis. Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion sterben im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt seltener an Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen – obwohl die Risikofaktoren, wie Übergewicht, Bewegungsmangel, hohe Blutfettwerte etc., häufiger anzutreffen sind. Beide Gruppen haben ein erhöhtes Risiko für Lungen- und Magenkrebs sowie für chronische Magen-erkrankungen. Die Erklärung dieser Befunde ist schwierig. Hinzu kommt, dass sich die Ergebnisse verschiedener Studien teilweise widersprechen. Weitere Forschung ist dringend notwendig.

Einige genetisch bedingte Erkrankungen, wie etwa Sichelzellanämie, das Familiäre Mittelmeerfieber und seltene Stoffwechselerkrankungen treten – entsprechend ihrer Verbreitung in den Herkunftsländern – auch bei einigen Migrantengruppen in Deutschland häufiger auf. Entsprechendes gilt auch für Infektionskrankheiten, wie *Helicobacter pylori*, Tuberkulose und HIV/AIDS.

Psychosomatische und psychische Störungen sind im Durchschnitt bei Menschen mit Migrationshintergrund häufiger zu finden als in der übrigen Bevölkerung. Dazu tragen sicherlich die soziokulturelle Entwurzelung und schwierige Lebensumstände im Gastland bei (etwa Erfahrungen mangelnder sozialer, kultureller und wirtschaftlicher Teilhabe, von Identitätskonflikten, mangelnder Unterstützung und Diskriminierung). Besonders Asylsuchende leiden aufgrund ihrer belastenden Erfahrungen als Flücht-

linge besonders häufig an psychischen Störungen (posttraumatische Belastungsstörung).

Auf das vom Durchschnitt abweichende Krankheitsmuster bei Menschen mit Migrationshintergrund muss sich die medizinische Versorgung einstellen. Darüber hinaus könnten insbesondere psychosomatische und psychischen Erkrankungen durch eine verbesserte Lebenssituation – eine gelingende Integration – wirkungsvoll begegnet werden.

DIE VORLIEGENDE STUDIE

Zum Thema „Migration und Gesundheit“ gibt es eine Fülle von Untersuchungen, die in der nachfolgenden sekundäranalytischen Studie von Dr. Michael Knipper und Dr. Yasar Bilgin, beide Universität Gießen, ausgewertet und zusammengefasst wurden. Ziel war es, eine Zwischenbilanz zu ziehen und die Ergebnisse insbesondere im Hinblick auf den gesellschaftlichen und politischen Handlungsbedarf darzustellen. Dabei orientiert sich die Studie nicht an politischen, sondern ausschließlich an medizinischen Kriterien. Dargestellt sind also die Herausforderungen und möglichen Lösungsansätze aus medizinischer und ärztlicher Sicht.

Unser Dank gilt den beiden Autoren für ihr großes Engagement, das in der umfangreichen und detaillierten Auswertung ihren Niederschlag gefunden hat.

Berlin, im Januar 2009

*Dr. Norbert Arnold
Leiter Team Gesellschaftspolitik
Hauptabteilung Politik und Beratung
Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.*

1. MIGRATION UND GESUNDHEIT: ZUR EINFÜHRUNG

Im Zuge der seit einigen Jahren auch in Deutschland zunehmenden Aufmerksamkeit für die Themen „Zuwanderung“ und „Integration“ von Menschen mit „Migrationshintergrund“ erfahren inzwischen auch Fragen nach dem Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit steigende Beachtung. Zwar sind die damit verbundenen Tatsachen und Herausforderungen, wie etwa die Betreuung von ausländischen Patienten oder Flüchtlingen im hiesigen Gesundheitswesen, keineswegs neu. So wurde bereits in den 1970er und 1980er Jahren in einigen medizinischen Fachdisziplinen wie Gynäkologie, Innere Medizin, Psychosomatik und Psychiatrie über Fragen im Zusammenhang mit Krankheit und der medizinischen Versorgung von „Gastarbeitern“ und ihren Familien diskutiert [vgl. 19, 20, 24, 49, 63, 76, 79, 90, 96, 104, 108, 175, 200, 219, 220, 221, 224]. Auch in einzelnen Bereichen, wie der Medizinethnologie, den Pflegewissenschaften und der transkulturellen Psychiatrie, wird das Thema „Migration“ bereits seit Jahrzehnten bearbeitet [vgl. 2, 80, 94, 95, 98, 122, 133, 145, 242, 239, 261, 264]. Aber erst seit vergleichsweise kurzer Zeit lässt sich auch in der breiteren medizinischen und gesundheitspolitischen Fachöffentlichkeit ein stärkeres Interesse an dieser Thematik feststellen. Systematische Forschungsprojekte und methodische Debatten zur gezielten Erfassung des komplexen Phänomens „Migration“, etwa in der Epidemiologie, werden in Deutschland – abgesehen von wenigen Ausnahmen – erst seit wenigen

Jahren durchgeführt [vgl. 14, 44, 165, 190, 192, 215, 258, 259, 260; zum Kinder-und-Jugend-Survey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts (2007): vgl. 116, 213]. Erst innerhalb der letzten Dekade hat die Zahl einschlägiger Fachpublikationen, wissenschaftlicher Veranstaltungen und gesundheitspolitischer Initiativen stark zugenommen [allein in 2008 erschienen u.a.: Studien des Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: 136, 137; eine umfassende Publikation des Robert-Koch-Instituts Berlin: 196, ein Themenschwerpunkt zu „Migration und Gesundheit“ der Zeitschrift *Psychotherapie/Psychosomatik/Medizinische Psychologie* (Jahrgang 58, Heft 03/04 vom März 2008), vgl. 129 (Editorial)].

Thematisch fällt unter das Oberthema „Migration und Gesundheit“ eine Vielzahl verschiedener Fragestellungen und Probleme: Neben medizinischen Fragen im engeren Sinne (z. B. Krankheit als Folge von Migration oder unterschiedliche Krankheitshäufigkeiten bei spezifischen Migrantengruppen) sind auch solche Fragen relevant, die sich eher auf die sozio-kulturellen, administrativen und ökonomischen Ebenen der Gesundheitsversorgung beziehen (Zugang zu Präventions- und Versorgungsleistungen, interkulturelle Zusammenarbeit und Kommunikation, etc.). Die Wahrnehmung und Beurteilung der mit dem Faktor „Migration“ identifizierten Probleme ist dabei sehr stark abhängig von der konkreten Perspektive, aus der sie betrachtet werden: Sowohl der Fokus als auch die Art und Weise, wie eine Problemstellung definiert und schließlich bearbeitet wird, sind stark geprägt vom professionellen, wissenschaftlichen, sozialen und politischen Kontext. Vorwissen, Erwartungshaltungen und Interessen sowie ethisch-moralische und nicht zuletzt auch politische Grundeinstellungen, die nicht immer explizit reflektiert werden, sind hier von großer Relevanz. Zwei Beispiele aus unterschiedlichen Bereichen können die Situation illustrieren.

BEISPIEL 1:

„KULTURSPECIFISCHE KRANKHEITSVORSTELLUNGEN“

Ein viel diskutiertes Thema innerhalb der breiten medizinischen Fachöffentlichkeit (ärztlicher Dienst, Pflege, Sozialdienste, etc.) ist die Frage nach der Bedeutung „kulturspezifischer“ Krankheitsvorstellungen [vgl. Vertiefung des Themas in Kap. 4.1.3; zum Kulturbegriff vgl. Kap. 2.3], Erwartungen und Wertpräferenzen aufseiten von „Migranten“. Diese werden oft als Ursache für Probleme der Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen medizinischem Personal und „fremden“ Patienten ange-

führt. Große Hoffnungen werden dabei mit einer Förderung der „interkulturellen Kompetenz“ aufseiten des medizinischen Personals verbunden, insbesondere gelten Kenntnisse über den „kulturellen Hintergrund“ der Patienten als hilfreich. Es sind bereits Fachbücher mit entsprechenden länderspezifischen Angaben auf dem Markt. Andererseits haben empirische Studien gezeigt, dass die Ursachen für mangelhafte Kommunikation und Kooperation in der Regel nicht auf „kulturspezifischen“ Vorstellungen und Verhaltensweisen etc. aufseiten der Patienten beruhen, sondern vor allem auf Faktoren wie Zeitmangel und allgemeinen Kommunikationsdefiziten innerhalb des primär von administrativen Vorgaben und einem organbezogenen Menschenbild geprägten Krankenhausalltags. Diese Faktoren sind ebenso für einheimische Patienten relevant, werden durch migrationsassoziierte Aspekte wie Sprachprobleme, mangelhafte Kenntnisse des deutschen Gesundheitswesens und soziale Unsicherheit auf Seiten der Patienten sowie kulturelle Stereotypen aufseiten des Personals nur verstärkt. Das konkrete Krankheitsverständnis des Patienten ist hier nur ein Faktor unter vielen, und ist ferner nicht durch die Herkunft eines Menschen determiniert. Fortbildungsangebote, die allein die „Kultur“ der Migranten in den Mittelpunkt stellen, werden dieser Problematik nicht gerecht. Fehleinschätzungen dieser Art basieren auf nicht reflektierten Erwartungshaltungen und individuellen Vorerfahrungen („*anecdotal evidence*“), sowie einem missverständlichen Gebrauch der in diesem Fall grundlegenden Kategorie „Kultur“.

BEISPIEL 2: DAS „GASTARBEITERULKUS“

In den 1970er Jahren wurde unter dem Schlagwort „Gastarbeiterulkus“ ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Geschwüren in Magen und Zwölffingerdarm sowie dem Migrationshintergrund der Patienten diskutiert [vgl. 87, 97, 108, 226]. Denn „Gastarbeiter“ litten unverhältnismäßig häufig unter dieser Erkrankung, und insbesondere psychosomatische Krankheitstheorien (chronische psychische Belastung durch das Leben in der Fremde) boten plausible Erklärungsmodelle an. Mit der Entdeckung einer bakteriellen Ursache (*Helicobacter pylori*) und der Entwicklung entsprechender Therapieansätze (Antibiotika) in den 1980er Jahren geriet das migrationsbezogene psychosomatische Deutungsmuster jedoch weitgehend in den Hintergrund, obgleich der Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und Magen-Darm-Erkrankungen nicht widerlegt wurde. Diese im Deutschen Ärzteblatt (2001 [153]) als „Helicobacterisierung psychosomatischer Konzepte“ bezeichnete Entwicklung hat

zu einer – nicht nur bei Migranten relevanten – Reduktion der ärztlichen Aufmerksamkeit für die psychosozialen Dimensionen von Ulkuserkrankungen geführt. Die therapeutischen Erfolge der auf das Infektionsmodell gestützten Therapie sind zwar erheblich und rechtfertigen ohne Frage ihren Status als Standardtherapie, aber das gilt keineswegs für 100 Prozent der Fälle, zumal erneute Erkrankungen nach Therapie (Rezidive) nicht selten sind.

Vor dem Hintergrund dieser Komplexität und Dynamik muss sich jeder Versuch einer zusammenfassenden Darstellung der aktuellen Diskussionen und Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit zunächst um eine Klärung der zentralen Begriffe bemühen. Außerdem ist eine Bestimmung und gegebenenfalls Abgrenzung der jeweils eingenommenen Perspektive notwendig, vor allem im Hinblick auf eine Bewertung der in diesem Zusammenhang diskutierten Herausforderungen für Medizin, Gesundheitswesen und Politik. Denn „Migration“ ist ein vielschichtiges soziokulturelles Phänomen, dessen Auswirkungen auf den Bereich von Medizin und Gesundheit selten so spezifisch sind, wie eine oberflächliche und möglicherweise von zugespitzten Debatten auf politisch-gesellschaftlichem Niveau geprägte Betrachtung zu suggerieren scheint.

Die *Leitfrage* der vorliegenden Studie ist dementsprechend folgende: Wie weit sind die mit dem Faktor „Migration“ assoziierten Phänomene tatsächlich *migrationspezifisch* – im Hinblick entweder auf einen identifizierbaren Migrationsprozess (z. B. Einreise nach Deutschland als ehemaliger „Gastarbeiter“) oder auf die Zugehörigkeit zu einer mit „Migration“ bzw. einem „Migrationshintergrund“ identifizierten, sozialen Gruppe. Nur unter der Prämisse einer behutsamen und an möglichst differenzierten Erkenntnissen interessierten Verwendung kann die Kategorie „Migration“ in einem Bereich wie der Medizin überhaupt fruchtbare Wirkungen entfalten. Ansonsten ist die Gefahr von pauschalen Urteilen und Stereotypen größer als der potenzielle Gewinn, den die explizite Aufmerksamkeit für die besonderen Belange, Probleme und teilweise existentiellen Nöte, aber auch Ressourcen, Erfahrungen und Kenntnisse von Menschen mit Migrationshintergrund beizutragen vermag.

LEITFRAGE ZUM ZUSAMMENHANG ZWISCHEN MIGRATION UND GESUNDHEIT:

Wie weit sind die mit dem Faktor „Migration“ assoziierten Phänomene tatsächlich *migrationspezifisch* – entweder im Hinblick auf einen konkreten *Migrationsprozess* oder auf die *Zugehörigkeit zu einer mit „Migration“ identifizierten sozialen Gruppe?*

Entsprechend dem spezifischen Charakter des Gegenstandes vereint die vorliegende Studie die medizinische mit einer sozial- und kulturwissenschaftlichen Sichtweise. Denn die Bedeutung des soziokulturellen Phänomens „Migration“ für die Medizin kann nur aus dieser explizit *interdisziplinären Perspektive* erfasst und bewertet werden. Der *normative Bezugsrahmen* für die vorliegenden Ausführungen entspricht dabei ausdrücklich den Werten und moralischen Standards, die innerhalb der Medizin Gültigkeit besitzen, basierend auf den in den entsprechenden Dokumenten der Weltgesundheitsorganisation (WHO), des Weltärztebundes (WMA) und der Bundesärztekammer (BÄK) kodifizierten Prinzipien der medizinischen Ethik [vgl. 88, 249, 251, 254].

Der Aufbau dieser Studie gliedert sich wie folgt: Das an diese Einleitung anschließende zweite Kapitel ist den konzeptuellen und begrifflichen Grundlagen des Themas gewidmet (Migration, Migrationshintergrund, Kultur und Ethnizität), wobei diese insbesondere im Hinblick auf ihre Anwendung im Bereich von Medizin und Gesundheitsversorgung konturiert werden. Im dritten Kapitel wird die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Migration und Krankheit am Beispiel verschiedener wissenschaftlicher Zugangsweisen zu dieser Thematik (z. B. bevölkerungsweiter- bzw. gruppenbezogener Studien) sowie konkreter Erkrankungen erörtert. Die Darstellung hat dabei ausdrücklich *exemplarischen Charakter* und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Das vierte Kapitel ist der Situation von Migranten im deutschen Gesundheitssystem gewidmet (sowohl als Patienten als auch als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) und fokussiert dementsprechend die sozialen, kulturellen und/oder politischen Ebenen der Thematik sowie relevante Fragen aus den Bereichen Ethik und Recht. Im Kapitel Fünf werden schließlich die zentralen Argumente und Schlussfolgerungen der Studie in prägnanter Form zusammengefasst. Im Anhang finden sich das Literatur- und Quellenverzeichnis und eine Liste von Einrichtungen und Arbeitsgruppen, die sich in Deutschland mit der Thematik „Migration und Gesundheit“ befassen.

2. GRUNDLAGEN UND GRUNDBEGRIFFE

In diesem Kapitel werden Definitionen grundlegender Begriffe erörtert und gleichzeitig geprüft, welche Relevanz diesen im Bereich von Medizin und Gesundheit zukommt bzw. unter bestimmten Umständen zukommen kann. Außerdem wird auf gegebenenfalls beachtenswerte Unterschiede zu ihrer Verwendung in anderen Kontexten, insbesondere im politisch-gesellschaftlichen Bereich, hingewiesen.

2.1 MIGRATION

Im soziologischen Sprachgebrauch bezieht sich „Migration“ (*lat. migratio* – Wanderung) allgemein auf Wanderungsbewegungen von Einzelnen oder sozialen Gruppen, die zu einem mehr oder weniger dauerhaften Ortswechsel führen (theoretischen Schlüsselbegriffe wie „Migration“ und „Kultur“, sowie davon abgeleitete Ausdrücke, wie „z. B. „Migrationshintergrund“, werden in der vorliegenden Studie immer dann in „Anführungszeichen“ gesetzt, wenn die Bedeutung des Begriffs im konkreten Textzusammenhang nach Ansicht der Autoren besondere Aufmerksamkeit verdient). Aus einer historischen Perspektive wird dabei deutlich, dass es sich hier um ein „*Konstituens* der *Conditio humana* wie Geburt, Vermehrung, Krankheit und Tod“ handelt, welches als soziales Phänomen „so alt [ist] wie die Menschheitsgeschichte“ [11: 20]. Allerdings sind sowohl Ausmaß, Wege und Ursa-

chen, als auch die zeitgenössischen Bewertungen von Migrationsbewegungen insbesondere in den Aufnahmeländern vielfältig und starken Wandlungen unterworfen. Im Hinblick auf die aktuelle Situation in Europa ist neben einem gewissen Anstieg (zuletzt vor allem in Folge von Familiennachzug und Arbeitsmigration bei weiterer Abnahme der Zahl von Asylbewerbern) seit Ende des Kalten Krieges eine deutliche Diversifizierung der Herkunftsländer von Immigration festzustellen: Die Anzahl der Immigranten aus den für die einzelnen Industrienationen „klassischen“ Herkunftsländern (das sind zum Beispiel in Großbritannien und Frankreich die ehemaligen Kolonien in Süd-Ost-Asien bzw. Nordafrika, für Deutschland sind es die Länder des Mittelmeerraums [vgl. 228, sowie 50, 173]) nimmt gegenüber anderen Ländern, z. B. Osteuropas und Asiens, Afrikas und Lateinamerikas, ab. Gleichzeitig leben zunehmend mehr Menschen in „transnationalen“, grenzüberschreitenden sozialen Beziehungen mit teilweise wechselnden Lebensmittelpunkten und entwickeln dabei eine komplexe soziokulturelle Identität, die durchaus verschiedene nationale oder ethnische Elemente beinhalten kann [vgl. 154, 186]. Dies bleibt auch für den Umgang mit Krankheit und Gesundheit nicht ohne Folgen [vgl. 68].

In Bezug auf die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit erscheinen folgende Erläuterungen und Konkretisierungen angebracht:

- (i) Aus der Anerkennung von Migration als historisch keineswegs außergewöhnlichem sozialen Prozess resultiert eine gewisse Relativierung der diesem Phänomen zuzumessenden Bedeutung, sowohl im Hinblick auf soziale als auch auf medizinische Fragen und Problemstellungen: Migration ist nicht stets und nicht notwendig Ursache von Problemen, besonderen Belastungen oder Konflikten. Pointiert ausgedrückt: Migration ist keine „Krankheit“ und ist nicht „pathologisch“. Ein Zusammenhang mit Krankheitsphänomen kann bestehen, ist aber stets aufmerksam und differenziert zu erörtern, bzw. auf eine methodisch adäquate Art zu untersuchen (vgl. Kap. 3.2).
- (ii) Es ist notwendig, zwischen Migration als biografischem Prozess im Leben eines Individuums, und als sozialem, politischem und kulturellem Phänomen bei sozialen Gruppen bzw. auf gesellschaftlicher Ebene zu differenzieren. In der Biografie eines individuellen Menschen kann Migration beispielsweise mit traumatischen Erfahrungen verbunden

sein, die zur Ausbildung psychosomatischer oder psychiatrischer Krankheit führen können (vgl. Kap. 3.3.3.5). Im Hinblick auf „Migranten“ als soziale Gruppe hingegen stellen sich Fragen zu gruppenspezifischen Krankheitsrisiken und -häufigkeiten, wobei nicht alle Angehörigen der entsprechenden Gruppen gleichermaßen betroffen sind bzw. betroffen sein müssen. Auf gesellschaftlicher Ebene ist schließlich der Einfluss öffentlicher Debatten zum Themenbereich „Migration“ und der unter anderem über die Medien kommunizierten Bilder und Vorstellungen von „Migranten“ allgemein oder spezifischen Migranten-Gruppen zu bedenken (z. B. Asylbewerber, Flüchtlinge oder Menschen mit spezifischer Herkunft oder Religionszugehörigkeit). Zwar ist hier kein direkter Einfluss auf Fragen von Krankheit oder Gesundheit nachweisbar, ein indirekter Einfluss zum Beispiel auf die Beziehung zwischen medizinischem Personal und Patienten kann jedoch keineswegs ausgeschlossen werden und ist folglich ebenfalls zu berücksichtigen.

- (iii) Im Hinblick auf konkrete Fragen zu Krankheit und Gesundheit muss „Migration“ als Prozess mit verschiedenen Phasen begriffen werden, der mit dem Eintreffen im Aufnahmeland nicht abgeschlossen ist. In einer groben Einteilung können drei Phasen unterschieden werden: (1.) die Entscheidungs- und gegebenenfalls Vorbereitungsphase im Herkunftsland, (2.) der Migrationsprozess selbst („*migratio*“) und (3.) die Phase von Ankunft, Neuorientierung und gesellschaftlicher Eingliederung im Aufnahmeland. Jede dieser Phasen *kann* für die Entstehung, den Verlauf sowie den soziokulturellen Umgang mit Krankheit von Bedeutung sein.
- (iv) Im Rahmen oder auch als Folge von Migration *kann* es schließlich zur Ausbildung von Lebensverhältnissen kommen, die im Vergleich mit der einheimischen Mehrheitsgesellschaft als „unorthodox“ bezeichnet werden können – etwa der alltägliche Gebrauch von zwei oder mehr Sprachen, die Identifikation mit und das phasenweise Leben in mehr als einem Heimatland, oder ein Erwerbsleben auf einem professionell wesentlich niedrigeren Niveau als es der eigenen Ausbildung entsprechen würde – zum Beispiel als Akademiker im Gebäudereiniger-Handwerk. Extremfälle sind schließlich Menschen mit nicht oder nur kurzfristig gesichertem Aufenthaltstitel, von denen eine nicht bekannte Zahl teilweise über Jahre in der Illegalität lebt. Derartige Lebensverhältnisse sind aus einer Außenperspektive kaum

adäquat zu begreifen und zu bewerten, etwa im Hinblick auf psychosoziale Folgen oder etwaige Gründe für eine mangelhafte Nutzung bestehender Angebote zur Gesundheitsversorgung oder Prävention. Ferner können sie unter Umständen mit den Institutionen und sozial-administrativen Systemen des Aufnahmelandes, wie etwa dem deutschen Gesundheitswesen, kollidieren. Denn solche Institutionen basieren auf spezifischen sozialen, ökonomischen, juristischen und kulturellen Prämissen (z. B. stabile Lebens- und Arbeitsverhältnisse, geregelter Aufenthaltsstatus, Vertrauen in staatliche und medizinische Institutionen, etc.), deren Bedeutung und Eigenarten oftmals erst im Konfliktfall offenbar werden.

2.2 MIGRATIONSHINTERGRUND

Welche Personenkreise werden überhaupt als „Migranten“ identifiziert? Noch bis zum Jahr 2004 wurden in der Bundesrepublik allein Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit offiziell in diesem Sinne erfasst. Nicht eingeschlossen wurden dadurch beispielsweise Aussiedler und Spätaussiedler aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion, die automatisch die deutsche Staatsangehörigkeit erhielten, sowie eingebürgerte Ausländer. Im Jahr 2005 führte das Statistische Bundesamt im Rahmen des Mikrozensus die Kategorie „Migrationshintergrund“ ein, der neben in Deutschland lebenden Ausländern auch Eingebürgerte und deren Kinder, Spätaussiedler, Kinder binationaler Ehen und verschiedene weitere, mit dem Phänomen „Migration“ assoziierbare Bevölkerungsgruppen in diese Kategorie aufnimmt [229: 73-79]. Nach dieser Zählung machen Menschen mit Migrationshintergrund etwa 19 Prozent der in Deutschland lebenden Bevölkerung aus. Diese Zahl setzt sich aus neun Prozent Ausländern und zehn Prozent Deutschen mit Migrationshintergrund zusammen.

Eine klare Abgrenzung zwischen der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund ist auch nach expliziter Auffassung des Statistischen Bundesamtes faktisch nicht möglich [229: 73], auch wenn die Begriffe und vor allem detaillierte Zahlen dies suggerieren mögen. Gleichzeitig ist festzustellen, dass es sich um eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe handelt, und dass nicht alle Menschen, die inzwischen statistisch unter diese Kategorie fallen, sich selbst mit einem Status als „Migrant“ identifizieren.

Im Hinblick auf den Themenkreis Medizin und Gesundheitsversorgung sind hier folgende Punkte hervorzuheben:

- (i) Bei Begriffen wie „Migrant/in“ und „Migrationshintergrund“ oder auch „Ausländer“ handelt es sich um statistische bzw. juristisch-administrative Kategorien. Die Anwendung im Bereich der Medizin, zum Beispiel in epidemiologischen Studien zur vergleichenden Messung von Krankheitshäufigkeiten oder -risiken ist mit erheblichen methodischen und theoretischen Problemen verbunden. Wenn zum Beispiel die Häufigkeit einer Krankheit bei der deutsch- und der türkischstämmigen Bevölkerung verglichen werden soll, stellt sich die Frage nach den Unterscheidungskriterien: Staatsangehörigkeit, „Abstammung“, türkisch klingender Nachname? Und wie verhält es sich bei Eingebürgerten? Wie sind Studienergebnisse zu bewerten, wenn beispielsweise Geschwister mit gleicher Migrationsbiografie unterschiedlichen Studiengruppen zugeordnet werden, weil manche sich für die Einbürgerung entschlossen haben und als „Deutsche“ gezählt werden, andere jedoch nicht?
- (ii) Die Heterogenität der Bevölkerung mit Migrationshintergrund fordert für Aussagen zu „migrationsspezifischen“ Problemen ein hohes Maß an Differenziertheit – zum einen im Hinblick auf die genaue Art des Migrationshintergrundes und zum anderen in Bezug auf die für die entsprechende Gruppe oder das Individuum relevanten sozialen und ökonomischen Faktoren, juristische Aspekte und gegebenenfalls die individuelle Biografie. Eine auch für den medizinischen Bereich interessante Definition sozialer Milieus von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland hat die unter anderem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Milieustudie *Lebenswelten von Migranten* von Sinus Sociovision hervorgebracht [vgl. 225].
- (iii) Offizielle Statistiken erfassen in der Regel allein die sich legal in einem Land befindenden Bevölkerungsanteile. Europaweit ist aber in den letzten Jahren der Anteil so genannter „illegaler“ Einwanderer stark angestiegen. Schätzungen zufolge leben allein in Deutschland 500.000 bis 1,5 Millionen „Menschen ohne Papiere“ [vgl. 6, 22, 39, 180, 237, 245]. In medizinischer Hinsicht ist diese Gruppe bedeutsam, da sie keinen geregelten Zugang zu medizinischer Versorgung besitzt. Sowohl für die Betroffenen als auch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitssystem sowie die Fragen der öffentlichen

Gesundheit (z. B. Kontrolle von Infektionskrankheiten) stellt diese Situation eine erhebliche Herausforderung dar (vgl. Kap. 4.1.1).

2.3 KULTUR

Der Begriff „Kultur“ ist nicht selbsterklärend, sondern mit vielfältigen Bedeutungen, Vorstellungen und oftmals nicht reflektierten Werturteilen verbunden. Im Hinblick auf die Erklärung und Deutung unterschiedlicher Denk- und Verhaltensweisen sowie Wertpräferenzen, zum Beispiel gegenüber Krankheit, Medizin oder Tod, ist daher die Art, *wie* dieser Begriff jeweils verstanden und verwendet wird, von entscheidender Bedeutung. Denn der Gebrauch der Kategorien „Kultur“ und „Ethnizität“ kann das differenzierte Verstehen von auf den ersten Blick „fremdartig“ und gegebenenfalls auch problematisch erscheinenden Verhaltensweisen sowohl fördern als auch verhindern. Aufgrund seiner Ambivalenz und der Gefahr von kulturellen Stereotypen wird die Brauchbarkeit des Begriffs „Kultur“ in Fachdisziplinen wie Ethnologie, Kultur- und Sozialanthropologie kontrovers diskutiert. Dabei können *idealtypisch* zwei Kulturdefinitionen unterschieden werden, die im Folgenden in ihren Grundzügen charakterisiert werden sollen [vgl. 134, 252, sowie jüngst: 124]:

Der *essentialistische Kulturbegriff* geht von „Kultur“ als einer historisch statischen Größe aus. Danach umfasst die Kultur von den Sitten und Bräuchen über Religion, Kunst und soziale Organisation bis hin zu grundlegenden moralischen Orientierungen und „typischen“ Persönlichkeitsmerkmalen („Mentalität“) all jene Aspekte, die einen Menschen als Mitglied einer spezifischen Gesellschaft auszeichnen. Kultur besitzt nach diesem Verständnis einen geradezu „wesenhaften“ Charakter, der objektiv bestimmt werden kann – unabhängig sowohl vom situativen Kontext als auch von der Perspektive des Betrachters. Dieser Kulturbegriff basiert auf ethnologischen Theorien des 19. Jahrhunderts (daher auch bezeichnet als „klassischer Kulturbegriff“ [vgl. 252]), als sich die Völkerkunde um eine möglichst umfassende Dokumentation der „Kulturen“ der Welt bemühte. Dabei war die Abgrenzung zwischen kulturellen und biologischen Erklärungsansätzen zum Beispiel im Hinblick auf intellektuelle Fähigkeiten oder „Temperament“ bei Menschen aus unterschiedlichen „Kulturen“ nicht immer eindeutig. Kulturelle Eigenschaften wurden als quasi natürliche und unwandelbare Merkmale angesehen, kulturelle (ethnische) Grenzen als natürliche und unveränderliche Kategorien. Mit diesem Kulturverständnis ist ferner die Auffassung assoziiert, dass „Kul-

turen“ an einen jeweils spezifischen geographischen Raum und eine bestimmte Sprache gebunden seien. Diese Annahme hat sich jedoch für ein differenziertes Verständnis der vielschichtigen sozialen Realität menschlicher Gesellschaften in Vergangenheit und Gegenwart als ungeeignet erwiesen. Die Berliner Ethnologin M. Knecht bemerkt dazu treffend: Die „Annahme [...], dass ein bewohntes Gebiet, eine gesprochene Sprache und geteilte Wertvorstellung und Orientierungsmodelle im Regelfall deckungsgleich sind, hat sich als viel zu simples Modell erwiesen, um kulturelle Dynamiken und Verflechtungszusammenhänge in Gegenwartsgesellschaften angemessen zu theoretisieren“ [124: 172-173, vgl. auch 186.]

Alternativ wird „Kultur“ in den einschlägigen Fachdisziplinen heute *als analytischer Begriff* benutzt, der je nach Fragestellung unterschiedliche Bedeutungen erhalten kann. In der Regel basieren aktuelle ethnologische bzw. kulturanthropologische Definitionen des Kulturbegriffs dabei indirekt auf der von Ernst Cassirer (1874-1945) formulierten philosophisch-anthropologischen Prämisse, dass die Sinneswahrnehmung des Menschen über „symbolische Formen“ vermittelt wird [46, vgl. auch 205]: Jede sinnliche Erfahrung und ihre kognitive Verarbeitung wird durch einen individuellen „WahrnehmungsfILTER“ geformt, welcher auf den gesammelten Vorerfahrungen des einzelnen Menschen basiert. Die in der eigenen sozialen Gruppe oder Gesellschaft alltäglichen, und als „normal“ und möglicherweise „richtig“ bzw. moralisch „gut“ angesehenen Denk- und Verhaltensweisen, Normen und Werte fließen maßgeblich in das Repertoire von für den Einzelnen relevanten, symbolischen Wahrnehmungsmustern ein. Gleichzeitig werden auch individuelle biografische Erlebnisse (z. B. im Kontext von Migration) aufgenommen, sowie aktuelle Lebensumstände und Erfahrungen innerhalb spezifischer sozialer Gruppen (z. B. als Angehöriger einer ethnischen Minderheit oder einer spezifischen Berufsgruppe mit ausgeprägter Gruppenidentität). Anknüpfend an Cassirer formulierte der Kulturanthropologe Clifford Geertz (1926-2006) schließlich eine sehr einflussreiche Definition von Kultur als „ineinander greifende Systeme auslegbarer Zeichen“. In expliziter Ablehnung essentialistischer Vorstellungen stellt Geertz fest, dass Kultur keine „Instanz“ sei, „der gesellschaftliche Ereignisse, Verhaltensweisen, Institutionen oder Prozesse kausal zugeordnet werden könnten.“ Vielmehr versteht er Kultur als „Kontext“, als „Rahmen“, in dem diese „verständlich“ gemacht werden können [83: 21]. Ein konkretes Beispiel aus aktuellen Debatten innerhalb der Medizin kann die Unterschiede zwischen den beiden hier idealtypisch voneinander abgegrenzten Kulturbegriffen illustrieren.

Beispiel: Der „türkische Patient“ (1)

Aufgrund ihres großen Anteils an der in Deutschland lebenden Bevölkerung sind Menschen türkischer Herkunft auch im Krankenhaus eine der wichtigsten Patientengruppen „mit Migrationshintergrund“. Die Bedeutung ihrer „Kultur“ für die Medizin wird dabei häufig im Sinne eines essentialistischen Kulturverständnisses zu begreifen versucht. Als Beispiel sei ein Beitrag aus dem *Deutschen Ärzteblatt* zitiert (2003): „Für türkische Patienten sind mithin nicht die objektiven Kriterien der westlichen Schulmedizin über Art, Umfang und Schweregrad der Krankheit entscheidend. Wichtiger ist für sie, wie und warum sie von der Krankheit betroffen sind (...)“. Weiterhin wird ausgesagt, dass „auch Türken in Deutschland noch immer Formen der traditionellen Medizin anhängen“ und ein „mystisches Medizinverständnis“ besäßen [257].

Die „Türken“ werden in diesem Zitat als homogene Gemeinschaft mit einheitlicher „kultureller Prägung“ dargestellt, ohne Differenzierung nach sozialen, regionalen oder biografischen Faktoren, sowie ohne Berücksichtigung des konkreten Migrationshintergrundes und der aktuellen Lebensverhältnisse. Welchen Wert haben derartige Aussagen aber vor dem Hintergrund der realen Lebenswirklichkeit von Menschen türkischer Herkunft in Deutschland? Darüber hinaus wird in derartigen Aussagen der konkrete Kontext außer Acht gelassen, der für die Deutung und den Umgang mit Krankheit nicht nur bei Menschen mit Migrationshintergrund von entscheidender Bedeutung ist: Auch „deutsche“ Patienten fragen, z. B. im Falle von Krankheiten, die als existentielle Bedrohung empfunden werden, nach Gründen jenseits biomedizinischer Erklärungsmodelle. Fragen nach Sinn, nach transzendentalen Ursachen und gegebenenfalls auch Schuld sind nicht allein für türkischstämmige Patienten relevant, genau wie auch ein eher „sachlicher“ Umgang mit Krankheit nicht von der (deutschen) Staatsbürgerschaft abhängt. Die dichotome Gegenüberstellung zwischen „dem“ Krankheitsverständnis zum Beispiel deutscher und türkischer Patienten wird den Angehörigen weder der einen noch der anderen Gruppe gerecht!

Der stereotype Charakter von Aussagen auf der Basis eines essentialistischen Kulturverständnisses ist relativ leicht zu erfassen und zu kritisieren. Schwieriger ist dagegen der Schritt von der Kritik zu einer positiven Verwendung des Kulturbegriffs, jenseits sowohl von kulturellen Stereotypen als auch von einer Haltung, die kulturelle Vielfalt und Differenz

schlicht ausblendet. Dazu hat es sich bewährt, in dem oben skizzierten Kulturverständnis nach Cassirer und Geertz verschiedene, die konkrete Analyse leitende Dimensionen zu unterscheiden. Damit wird die Aufmerksamkeit auf jeweils unterschiedliche Aspekte des ansonsten in seiner Komplexität und Dynamik kaum zu erfassenden Phänomens „Kultur“ gelenkt [vgl. 252]:

- *„Kultur“ auf der Ebene des Individuums:* Das vom Individuum verinnerlichte Repertoire an Denk- und Handlungsmodellen, Wahrnehmungsmustern und moralischen Werten, die im Laufe des Lebens erworben und weiterentwickelt werden, einschließlich der religiösen Orientierung.
- *„Kultur“ auf der Ebene des sozialen Kollektivs:* Hier bezieht sich dieser Begriff auf die in einer sozialen Gruppe verfügbaren und gemeinsam akzeptierten Normen, sozialen Klassifikationen, Weltdeutungsmuster und Identität stiftenden Symbole, die von ihren Mitgliedern als gültig anerkannt und in sozialen Aushandlungsprozessen fortlaufend neu definiert werden.
- *„Kultur“ als sozialer Abschließungsprozess:* Der dritte Aspekt umfasst schließlich das soziokulturelle Phänomen der *Ethnizität*: Die Identifikation mit einer „kulturell“ definierten sozialen Gruppe impliziert gleichzeitig auch die Abgrenzung von anderen Gruppen. Oft werden ethnisch definierte Gruppen dabei als „historische Abstammungsgemeinschaften“ verstanden, obgleich die Ausbildung ethnischer Grenzen und Identität primär auf sozialen und politischen Faktoren und nicht auf kulturellen Unterschieden oder gar biologischen Faktoren im Sinne des in Deutschland diskreditierten Rassebegriffs beruhen. Ethnische Identität (sowohl das Selbstbild als auch die Identifikation eines Gegenübers als „ethnisch“ fremd) entsteht immer innerhalb sozialer Prozesse und ist daher stark kontextgebunden, was insbesondere bei „Migranten“ relevant ist: So berichten viele türkischstämmige Jugendliche aller sozialer Schichten, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind (die sog. „dritte Generation“), dass sie in Deutschland in der Regel als „Türken“ wahrgenommen werden, während sie in der Heimat der Eltern oder Großeltern die „Deutschen“ sind.

Anknüpfend an das obige Beispiel kann mit Hilfe dieses Kulturbegriffs das für einheimisches Personal möglicherweise befremdlich erscheinende

Krankheitsverhalten einzelner türkischstämmiger Patienten und/oder ihrer Angehöriger folgendermaßen analysiert werden:

Beispiel: Der „türkische Patient“ (2)

Ein türkisch-muslimischer Patient, der seit vielen Jahren an Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) leidet und zur Kontrolle des Blutzuckerspiegels regelmäßig über den Tag verteilt Nahrung zu sich nehmen muss, verweigert dies mit Beginn des Ramadan aufgrund seiner religiösen Verpflichtung zum Fasten. Aus medizinischer Perspektive ist dies mit erheblichen Gefahren verbunden, zumal sich der Allgemeinzustand des Patienten zuletzt aufgrund von Folgeerkrankungen des Diabetes verschlechtert hat (Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Für besonderes Erstaunen sorgt dabei die Tatsache, dass der Mann bisher als sehr kooperativ bekannt war, als „gut integriert“ und „nicht besonders religiös“ gilt. Schließlich ist auch aus früheren Jahren eine entsprechende „Verweigerungshaltung“ niemandem erinnerlich.

Eine kurze Betrachtung dieser Situation auf der Basis des oben beschriebenen Kulturbegriffs führt zu folgender Deutung: Bei dem Patienten hat eine Verschiebung persönlicher Prioritäten und damit auch eine Neubewertung seiner Krankheit und ihrer Risiken stattgefunden. Für den vormals wenig religiösen Mensch gewinnt der Glaube „plötzlich“ an Bedeutung, was in diesem Fall offenbar mit dem subjektiven Eindruck des näher kommenden Todes zusammenhängt. Medizinische Aspekte verlieren für ihn demgegenüber an Relevanz. Eine derartige Verschiebung persönlicher Prioritäten ist jedoch keineswegs spezifisch für eine „Kultur“ oder Religion. Im Hinblick auf Möglichkeiten für die weitere Zusammenarbeit des medizinischen Personals mit dem zum Fasten entschlossenen Patienten ist es nun sinnvoll, neben der individuellen auch die Ebene des sozialen Kollektivs zu betrachten, also in diesem Fall insbesondere den vom Patienten praktizierten Islam. Hier zeigen sich schnell folgende Handlungsoptionen: Nach verbreiteter Auffassung islamischer Theologen sind Kranke von der Fastenpflicht befreit, und es können ihnen sogar – am besten in Absprache mit einem Vorbeter – alternative religiöse Übungen angeboten werden [vgl. 109]. Der Patient kann also die ärztlichen Anweisung und seine religiöse Orientierung konfliktfrei miteinander verbinden. Voraussetzung ist allerdings, dass seine initiale Verweigerung von medizinisch für notwendig befundenen Maßnahmen nicht im Sinne der verbreiteten Stereotypen über ethnisch fremde Patienten gedeutet wird.

Das hier dargestellte Beispiel verweist schließlich auf eine weitere, für eine fruchtbare Anwendung überaus wichtige Dimension des Kulturbegriffs: Eine hilfreiche Wirkung hat dieser vor allem als *Frage*. Denn als analytischer Begriff ist „Kultur“ vor allem ein „Mittel zum Zweck“ eines besseren und differenzierteren Verständnisses *fremd* erscheinender Lebensformen, Sinngebungen und Handlungsweisen – zum Beispiel eines türkischen Patienten mit Diabetes mellitus im Fastenmonat Ramadan. Die wissenschaftliche Ethnologie spricht hier auch von „Fremdheit“ als „methodischem Prinzip“: der ethnologisch geschulte Blick ermöglicht eine „distanzierte Sicht“ selbst auf die „eigenen sozialen Institutionen, Normen und Werte, Gewohnheiten und kulturellen Selbstverständlichkeiten“, die auf diese Weise analysiert werden können als seien sie „fremd“, wie „aus der Sicht eines von außen kommenden Beobachters“ [134: 94f]. Im Idealfall regt der fragende Charakter des Kulturbegriffs empirische Forschungsprojekte mit vorwiegend qualitativen Methoden an. Generalisierende Aussagen über spezifische „Kulturen“ und dichotome Gegenüberstellungen zwischen beispielsweise dem Krankheitsverständnis von deutschen Patienten und Migranten werden auf diese Weise regelmäßig empirisch widerlegt. Selbst die Bedeutung von Kultur als Erklärungsmodell zum Beispiel für Probleme in der Interaktion zwischen medizinischem Personal und Patienten mit Migrationshintergrund wird oftmals zugunsten anderer Faktoren reduziert (z. B. institutionelle Rahmenbedingungen, Zeit, habitualisierte Interaktions- und Kommunikationsformen im Krankenhaus etc.) [zu methodischen Fragen vgl. 127, sowie 100: 265-271, 148 und 182; als Beispiele für konkrete Forschungen in diesem Bereich vgl. 57, 64, 68, 107, 202, 262; zur Diskussion um den Kulturbegriff im Bereich Migration und Medizin vgl. 124, 241].

Aber auch unterhalb der professionellen Forschungsebene kann der fragende Charakter des Kulturbegriffs sinnvoll und ohne großen Aufwand angewandt werden, etwa im Sinne eines genaueren Hinschauens und behutsam respektvollen Nachfragens, sobald kulturelle Differenz wahrgenommen wird und in der Sicht der Handelnden ein Problem darzustellen scheint. Der Blick auf die „fremde Kultur“ hat dabei jedoch stets eine deutliche Skepsis gegenüber Stereotypen (z. B. „die“ Türken/Ausländer/Migranten/Deutschen/etc.) und die Reflexion über die im konkreten Einzelfall relevanten Aspekte der „eigenen Kultur“ einzuschließen (z. B. Wertpräferenzen und professionelle Handlungsgewohnheiten, aber auch: Auffassungen über und Vorerfahrungen mit Angehörigen der konkret als „fremd“ identifizierten sozialen Gruppe). Auf diese Weise ließ sich

zum Beispiel auch das in der Kasuistik dargestellte Problem des zum Fasten entschlossenen, muslimischen Diabetikers relativ unkompliziert lösen: Ein etwas genauerer Blick auf die relevanten Glaubensprinzipien des Islam und eine freundliche Frage nach der Meinung des Vorbeters der von dem Patienten besuchten Moschee ermöglichten eine für alle Beteiligten zufrieden stellende Lösung des auf den ersten Blick so schwierig erscheinenden Konflikts.

3. MIGRATION UND KRANKHEIT: AKTUELLER KENNNTNISSTAND UND OFFENE FRAGEN

Sind Migranten häufiger, seltener oder „anders“ krank als die Mitglieder der einheimischen Bevölkerung? Gibt es besondere, möglicherweise typische Probleme bei der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund? Gibt es spezifische Erkrankungen und/oder Herausforderungen bei einzelnen Migrantengruppen? Wo besteht welcher Handlungsbedarf?

Antworten auf die zentralen Fragen zum Zusammenhang zwischen Migration und Medizin sind in der Regel nicht eindeutig und Studien zu dieser Thematik sind nicht einfach zu interpretieren. Aus diesem Grund werden im Folgenden der exemplarischen Darstellung konkreter Ergebnisse zunächst einige grundlegende Erläuterungen als Hilfestellung zum Verständnis und zur Interpretation der in diesem Bereich zur Anwendung kommenden Untersuchungsansätze vorangestellt.

3.1 MACHT MIGRATION KRANK?

Macht Migration krank? Der Zusammenhang zwischen den beiden gleichermaßen komplexen Phänomenen „Migration“ und „Krankheit“ wird zwar „oft postuliert“, wie Autoren aus dem Berliner Robert-Koch-Institut (RKI) es ausdrückten

[215: 279], ist wissenschaftlich aber schwer zu erfassen [vgl. 115, 247, 250]. Zum einen ist die epidemiologische Datenlage bisher unzureichend [vgl. 44, 136, 137, 156, 189, 196, 259, 260]. Zum anderen bleibt die Aussage rein statistisch erfasster Zusammenhänge ohne Analyse der zugrunde liegenden Bedingungen und krankheitsauslösenden Mechanismen unbefriedigend, und Studien zum Zusammenhang zwischen Migration und Krankheit bzw. Gesundheit sind daher oft eine Art „Black-Box-Epidemiologie“: die Ursachen für die erhobenen Befunde bleiben im Dunkeln und die Ergebnisse werden allein mit dem unbestimmten Faktor „Migration“ assoziiert [115: 934, sowie 18].

Vor diesem Hintergrund ist es wenig überraschend, dass sich in der wissenschaftlichen Literatur sehr unterschiedliche und teilweise sogar widersprüchliche Aussagen finden. Allein schon die Heterogenität der in Deutschland lebenden Bevölkerung mit Migrationshintergrund, die darüber hinaus nur artifiziell, nach explizit zu statistischen Zwecken gewählten Kriterien (vgl. Kap. 2), von der weiteren Bevölkerung abgegrenzt werden kann, macht die Annahme *einheitlicher* oder für diesen Personenkreis *spezifischer* Krankheitsrisiken oder -häufigkeiten wenig plausibel.

Außerdem ist auch der zweite Schlüsselbegriff dieser Art von Fragestellung (Krankheit) alles andere als eindeutig: Zum einen muss zwischen der *subjektiven* Wahrnehmung von Krankheit (oder auch Gesundheit) auf Seiten der Patienten/Betroffenen und den aus einer wissenschaftlichen Perspektive als *objektiv* bezeichneten Krankheitszeichen bzw. -einheiten unterschieden werden. Darüber hinaus sind auch diese nicht stets so eindeutig abgrenzbar und ursächlich definiert wie etwa im Falle der klar über spezifische Krankheitserreger identifizierten Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose oder HIV/AIDS). Zum Beispiel ist die sehr bedeutsame Gruppe der mit erhöhtem Blutdruck einhergehenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen ursächlich mit einer Vielzahl unterschiedlicher Risikofaktoren assoziiert. Im Hinblick auf einen etwaigen Zusammenhang mit dem Migrationshintergrund eines Patienten oder einer sozialen Gruppe kommt im Fall der Herz-Kreislauf-Erkrankungen somit eine große Zahl möglicherweise ursächlicher Faktoren ins Spiel, die sowohl die Herkunft und genetische Faktoren umfasst als auch die Lebenssituation vor, während und vor allem im Anschluss an die Migration, also im Aufnahmeland. Es ist wenig überraschend, dass sich diese Situation im Falle psychischer, psychosomatischer und psychiatrischer Erkrankungen noch weitaus schwieriger darstellt.

Neben den mit einer spezifischen Krankheitseinheit (z. B. Herzinfarkt) oder Erkrankungsgruppe (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) assoziierten Risikofaktoren sind gerade bei Menschen mit einer Migrationsbiografie außerdem die sozialen, rechtlichen, ökonomischen, administrativen und nicht zuletzt auch kulturellen Aspekte der *Gesundheitsversorgung* relevant für Morbidität, Mortalität und Verlauf von Erkrankungen. Fragestellungen dieser Art werden im Rahmen der so genannten Versorgungsforschung untersucht, der daher im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Migration, Krankheit und Gesundheit eine besondere Bedeutung zukommt.

Für Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Migration und Krankheit können die folgenden allgemeinen Prämissen benannt werden, die auch bei der Interpretation von Studienergebnissen zu berücksichtigen sind:

- In jedem Fall müssen die *genaue Zielgruppe* (Studienpopulation) sowie der konkret zugrunde gelegte *Migrationsbegriff* [vgl. Kap. 2 sowie 215] und die *Fragestellung* definiert werden. Letztere umfasst sowohl die untersuchten Themen (z. B. spezifische Erkrankungen oder Krankheitsindikatoren wie Laborparameter) als auch die gegebenenfalls im Rahmen einer Studie zu überprüfende Hypothese und die theoretischen Vorannahmen, auf der ein Untersuchungsansatz basiert. Insbesondere wenn ein kausales Verhältnis zwischen Migration und Krankheit vermutet wird, ist das theoretische Modell zu erläutern, mit dessen Hilfe dieser Zusammenhang erklärt werden soll. Statistische Korrelationen allein lassen keine kausalen Schlüsse zu („black box“)!
- Die *Datenerhebung* ist bei migrationsbezogenen Studien in besonderem Maße problembehaftet. Denn gerade gering „integrierte“ Individuen oder soziale Gruppen sind bei der Datenerhebung besonders schwer zu erreichen, etwa aufgrund von sozialer Unsicherheit und/oder subjektiv empfundener oder tatsächlicher Isolation im Aufnahmeland. Ferner stellen Aspekte wie Sprach- und Kommunikationsprobleme die Verlässlichkeit der Antworten auf Untersuchungsfragen möglicherweise in Frage [vgl. 213, 214].
- Für die *Interpretation* migrationsbezogener Studienergebnisse ist in der Regel ein Vergleich mit anderen Bevölkerungsgruppen (insbesondere „ohne Migrationshintergrund“) hilfreich, wobei je nach Fragestellung zu

klären ist, welches Vergleichskollektiv sinnvollerweise heranzuziehen ist (z. B. Bevölkerung im Ursprungsland oder in der Aufnahmegesellschaft). Darüber hinaus ist es geboten, Studienergebnisse nach weiteren Kriterien zu differenzieren, denn die interne soziale, ökonomische und kulturelle Heterogenität ist selbst bei solchen Migrantengruppen sehr groß, die aus der Außenperspektive als relativ homogen wahrgenommen werden.

- Vorstellungen schließlich, die biologische – z. B. genetisch fixierte – Gemeinsamkeiten unter Migranten voraussetzen bzw. vermuten, müssen sich zum einen um eine sorgfältige Eingrenzung der biologischen Merkmale bemühen und zum zweiten erläutern, wie diese mit den stets sozial definierten Kategorien „Migrationshintergrund“, „Ethnizität“, „Volkszugehörigkeit“ oder auch „Staatsbürgerschaft“ korrelieren sollen. Auch wenn in Deutschland der international nach wie vor durchaus verbreitete Begriff „Rasse“ kaum noch Verwendung findet, ist in solchen Fällen eine klare Abgrenzung gegenüber verwandten Erklärungsmustern vonnöten, die ebenfalls auf nicht ausreichend reflektierten, biologistischen Vorstellungen basieren. Als Hinweis auf die grundlegende Problematik begrifflicher Kategorien zur Differenzierung „ethnisch“ oder über „Abstammung“ definierte Bevölkerungsgruppen in medizinischen Studien sei hier auf eine eindeutige Stellungnahme der Redaktion des international renommierten Fachmagazins *Nature* aus dem Jahre 2000 verweisen: „*The laudable objective to find means to improve the health conditions (...) for specific populations must not be compromised by the use of race or ethnicity as pseudo-biological variables*“ [168: 98].

3.2 STUDIENTYPEN

Entsprechend den unterschiedlichen Fragestellungen, Zielsetzungen und -populationen werden verschiedene Arten von Studien zum Zusammenhang zwischen Migration und Krankheit oder auch Gesundheit durchgeführt. Die im Folgenden dargestellte Übersicht dient der Orientierung und insbesondere der besseren Interpretation von bisher vorliegenden Studienergebnissen. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass es sich nicht um eine vollständige Aufzählung handelt, und dass selbstverständlich Überschneidungen, Übergänge und Variationen möglich sind.

3.2.1 Gesundheitsberichterstattung: „Migranten“ als Kollektiv innerhalb der gesamten Wohnbevölkerung in Deutschland

In Studien über den Gesundheitszustand der in Deutschland lebenden Bevölkerung wird der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in der Regel nicht ausreichend differenziert erfasst. Methodische Anpassungen der Gesundheitsberichterstattung sind notwendig, wozu unter anderem die Verwendung eines differenzierten und für Studienzwecke operationalisierbaren Migrantenbegriffs zählt. Da außerdem die üblichen Verfahren zur Erhebung krankheits- oder gesundheitsbezogener Daten (Fragebögen, Telefoninterviews) für manche Zielgruppen mit Migrationshintergrund aus unterschiedlichen Gründen ungeeignet sind, kann die Anwendung besonderer Untersuchungstechniken erforderlich werden [zur Notwendigkeit einer migrantensensiblen Gesundheitsberichterstattung sowie zu den methodischen Fragen im Detail vgl. 44, 192, 194, 208, 213, 214, 215].

3.2.2 Auf spezifische Migrantengruppen bezogene Studien

Eine große Anzahl epidemiologischer Untersuchungen fokussiert nicht die Gesamtbevölkerung, sondern spezifische Kollektive (oder „Kohorten“), die zum Beispiel über ihre Nationalität oder die Art des Migrationshintergrundes identifiziert werden (z. B. „Arbeitsmigranten“, Einreise im Rahmen des „Familiennachzugs“, Flüchtlinge, Menschen ohne legalen Aufenthaltstitel). Bei der Interpretation derartiger Studien ist ausdrücklich zu bedenken, dass statistische Korrelationen noch keine kausale Erklärung beinhalten („black box“)! Ferner sind Vergleiche mit anderen Gruppen (mit oder ohne Migrationshintergrund) notwendig, vor allem Differenzierungen innerhalb der Kohorte (nach sozioökonomischen Aspekten, Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer etc.). Generalisierende Aussagen, z. B. über Krankheitshäufigkeiten innerhalb „nationaler“ Gruppen, sind ob der inneren Heterogenität dieser Kohorten in der Regel sehr problematisch.

3.2.3 Erkrankungsbezogene Studien

Auch die Untersuchung spezifischer Erkrankungen verlangt nach einer sinnvollen Eingrenzung der Studienpopulation sowie nach einem Vergleich mit anderen Bevölkerungsgruppen. Besondere statistische Instrumente können Aufschluss geben über weitere Ursachen für scheinbar

allein mit dem Faktor „Migration“ assoziierte Befunde, indem verschiedene Variablen einbezogen werden (z. B. sozioökonomischer Art). Auch mit derartigen Methoden liefert die Statistik zwar keine kausalen Erklärungen, ist aber in der Lage, das Ursachengeflecht komplexer Erkrankungen (wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) differenziert zu erfassen und unter Bezugnahme auf ein entsprechendes Krankheitsmodell auch plausibel zu deuten.

Gerade bei Menschen, deren Lebensumstände sich von denen der Mehrheitsbevölkerung deutlich unterscheiden (z. B. Leben in vergleichsweise großen, familiären Gruppen oder in sozialer Isolation, Ernährungsgewohnheiten, Leben in Sammelunterkünften, etc.), können allerdings unerwartete oder ungewöhnliche Risikofaktoren vorliegen, die erst durch gezielte qualitative Studien herausgearbeitet werden können. Statistiken, die diesem Problem nicht Rechnung tragen und schlicht Untersuchungskriterien aus Studien zur „Mehrheitsgesellschaft“ auf einzelne Migrantengruppen übertragen, sind für die im spezifischen Kontext relevanten Aspekte möglicherweise blind.

3.2.4 Versorgungsforschung

Eine andere Perspektive als alle bisher geschilderten Forschungsansätze nimmt die Versorgungsforschung ein: Gegenstand dieser Art von Untersuchungen sind die Arbeitsprozesse und Handlungsabläufe im Gesundheitssystem, die unter Alltagsbedingungen in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit von Individuen und sozialen Gruppen untersucht werden [vgl. 40]. Auf die Versorgungsforschung wird in Kapitel 4 gesondert eingegangen.

3.3 MIGRATION UND KRANKHEIT: EXEMPLARISCHE DARSTELLUNG SPEZIFISCHER ERKENNTNISSE

Im Folgenden werden *exemplarisch* aktuelle Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen Migration und Krankheit dargestellt. Aufgrund der Vielschichtigkeit der Thematik unterscheidet die Darstellung systematisch zwischen verschiedenen Untersuchungsperspektiven: Zunächst wird der Frage nach der allgemeinen Morbidität bei Migranten nachgegangen (Leitfrage: Ist der Gesundheitszustand von Migranten besser oder schlechter als derjenige von Nicht-Migranten?) und am Beispiel der Kindergesundheit vertieft. Im Anschluss werden Krankheitshäufigkeiten

bei verschiedenen, nach dem Kriterium ihrer Herkunft unterschiedenen Migrantengruppen dargestellt. Im dritten Teil werden schließlich verschiedene Krankheitsgruppen im Einzelnen untersucht, wobei es sich auch hier nicht um eine vollständige oder gar erschöpfende Darstellung handelt. Es werden insbesondere solche Erkrankungen behandelt, für die zum einen ein relevanter Zusammenhang (quantitativ oder im Hinblick auf die Erkrankungsursachen) mit dem Phänomen „Migration“ besteht, und zum Zweiten auch ausreichend Informationen (Studienergebnisse) vorliegen. Detaillierte Zahlenangaben (Krankheitshäufigkeiten etc.) werden dabei nur in jenen Fällen genannt, wo diese methodisch als sicher und zuverlässig sowie aussagekräftig im Sinne der jeweils behandelten Fragestellung beurteilt werden. Für Details wird auf die jeweils genannten Originalpublikationen verwiesen.

3.3.1 Die Gesundheitssituation von Migranten in Deutschland

3.3.1.1 Allgemeine Morbidität und der „Healthy-Migrant-Effect“

Der Gesundheitszustand der in Deutschland lebenden Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist nicht grundsätzlich besser oder schlechter als derjenige der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Auch wenn die Kategorie enger gefasst wird, auf Ausländer oder die zahlenmäßig größten Migrantengruppen in der Bundesrepublik (ehemalige „Gastarbeiter“ aus dem Mittelmeerraum, Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion), so zeigt sich kein einheitliches und erst recht kein grundsätzlich negatives Bild. Viele Studien beschreiben den Gesundheitszustand von Migranten im statistischen Mittel sogar als besser bzw. die Sterblichkeit (Mortalität) im Vergleich mit der ortsansässigen Bevölkerung als geringer. In der Epidemiologie spricht man in diesem Zusammenhang vom so genannten „*Healthy-Migrant-Effect*“ [vgl. 17, 101, 136, 137, 152, 190, 193, 197].

Der Befund vergleichsweise besserer Gesundheitsdaten von Migranten gegenüber der einheimischen Bevölkerung wirft für die epidemiologische Forschung eine Reihe von Fragen auf, sowohl im Hinblick auf die Interpretation derartiger Studienergebnisse als auch bezüglich der Forschungsmethodik. Teilweise geben sogar die Titel entsprechender Publikationen dem Erstaunen der Autoren und ihren Zweifeln an derartigen Studienergebnissen in ungewöhnlicher Deutlichkeit Ausdruck: So fragte eine Untersuchung zur Kindergesundheit im Jahre 2001: „*Warum ist Mehmet*

gesünder als Maximilian?“ [101]. Eine aktuelle Untersuchung aus dem Bundesamt für Migration (veröffentlicht: 2008) ist mit der Frage überschrieben: „*Leben Migranten wirklich länger?*“ [137]. Ansätze zur Erklärung und Bewertung des „Healthy-Migrant-Effect“ können in den folgenden Punkten zusammengefasst werden:

- *Guter Gesundheitszustand als Voraussetzung für Migration:* Es sind in der Regel eher junge, gesunde und leistungsfähige Menschen, die ihr Land verlassen und überhaupt in der Lage sind, den Emigrationsprozess zu meistern. Im Falle der seit dem ersten Anwerbeabkommen mit Italien (1955) in die Bundesrepublik eingereisten „Gastarbeiter“ trugen außerdem das vergleichsweise junge Alter sowie die in den Anwerbeländern durchgeführten Gesundheitsprüfungen der potenziellen Migranten dazu bei, dass die Ankommenden einen überdurchschnittlich guten Gesundheitszustand zeigten.
- *Demografie und Re-Emigration:* Die vergleichsweise geringere Morbidität kann zum Teil mit der demografischen Struktur der Bevölkerung mit Migrationshintergrund begründet werden: der Anteil älterer Personen (> 40jährige) ist vergleichsweise geringer in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund [229: 79]. Dadurch sind in diesem Kollektiv die altersassoziierten Erkrankungen seltener (dazu zählen unter anderem Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus etc.) und die allgemeine Sterblichkeit (Mortalität) ist geringer. Ein weiterer Faktor, der hier eine gewisse Bedeutung erlangen kann, ist die teilweise oder dauerhafte Re-Emigration von älteren und erkrankten Einwanderern in ihr ursprüngliches Heimatland. Der *Healthy-Migrant-Effect* ist folglich zumindest teilweise ein statistisches Artefakt: Migranten sind nicht „gesünder“, sondern die Erkrankten werden aufgrund demografischer und soziologischer Faktoren vergleichsweise schlechter erfasst.
- *Veränderung des Healthy-Migrant-Effect im Zeitverlauf:* Mit Dauer des Aufenthaltes in Deutschland nimmt der „*Healthy-Migrant-Effect*“ jedoch ab, das Erkrankungsrisiko der Immigranten passt sich dem der einheimischen Bevölkerung an. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich hier jedoch ein durchaus heterogenes Bild: Vor allem für mit Lebensalter, Lebensstil (z. B. Ernährung, Nikotinkonsum) und Umwelteinflüssen assoziierte Erkrankungen wie Diabetes mellitus und einige Krebserkrankungen zeigt sich eine Angleichung der Krankheitsrisiken, zum Teil sogar eine Zunahme über das Niveau bei der Bevölkerung ohne Migra-

tionshintergrund hinaus. So ist Diabetes mellitus unter türkischen Migranten heute signifikant häufiger anzutreffen als im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung in Deutschland, ferner nehmen Krebserkrankungen in diesem Kollektiv offenbar zu, während sie bevölkerungsweit abnehmen. Bei Aussiedlern und Spätaussiedlern wiederum haben Studien eine in den Augen der Autoren „überraschend“ niedrige Gesamtsterblichkeit sowohl im Vergleich zur Herkunftsregion als auch zur Situation in Deutschland festgestellt, andererseits jedoch ein erhöhtes Risiko für einige Krebserkrankungen (vor allem Lungen- und Magenkrebs bei Männern als Folge von Rauchen) und für so genannte „externe Todesursachen“ (Unfälle, Selbsttötung) [17].

- *Heterogenität der Migranten*: Sowohl die Gesamtbevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland, als auch die üblicherweise nach „Herkunft“ (Nationalität, „Abstammung“ etc.) differenzierten Migrantengruppen sind in sich außerordentlich heterogen. Es ist daher fraglich, in wie weit derart grob gefasste Kategorien wie „Migrationshintergrund“ (einschließlich üblicher Differenzierungen wie „türkische Abstammung“, „Aussiedler“, etc.) überhaupt sinnvolle epidemiologische Aussagen zulassen – sowohl im Vergleich zur Gesamtbevölkerung als auch im Hinblick auf Untergruppen innerhalb des jeweils untersuchten Migrantenkollektivs. Als Beispiel sei hier die Frage der Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei türkischen Migranten (mit und ohne deutsche Staatsangehörigkeit) genannt: Für das Gesamtkollektiv wurde ein in diesem Ausmaß „unerwarteter“ *„Healthy-Migrant-Effect“* beschrieben, der über Dekaden anhalte und sogar auf die zweite Generation weitergegeben würde [193: 297]. Dieser sehr erfreuliche Allgemeinbefund kontrastiert jedoch mit der Beobachtung anderer Studien, die ein um etwa zehn Jahre niedrigeres Durchschnittsalter „türkischer“ Herzinfarktpatienten beschreiben [19, 20]. Offensichtlich wird das Hochrisiko-Kollektiv junger türkischstämmiger Männer von epidemiologischen Untersuchungen zur Gesamtgruppe der etwa 1,7 Millionen türkischen Migranten in Deutschland nicht erfasst.

3.3.1.2 Beispiel: Kindergesundheit

Die Problematik bevölkerungsweiter epidemiologischer Studien zum Zusammenhang von Krankheit und Migration lässt sich exemplarisch auch am Thema Kindergesundheit aufzeigen. Kinder sind ein besonders vulnerabler Teil einer Bevölkerung, und daher gilt die Gesundheit von

Kindern weltweit als sensibler Indikator für die allgemeine Gesundheitssituation innerhalb eines Landes oder einer sozialen Gruppe sowie für deren soziale und ökonomische Lage.

Blickt man nun auf den aktuellen Stand der Erkenntnis zur gesundheitlichen Situation von Kindern mit Migrationshintergrund in Deutschland, so zeigt sich ein keineswegs eindeutiges und oft sogar widersprüchliches Bild. Bevölkerungsweite Studien, wie der jüngste *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey* (KIGGS) des Robert-Koch-Instituts, RKI, (Untersuchungszeitraum 2003-2006), weisen für Migrantenkinder einen bezüglich vieler somatischer Erkrankungen wie Bronchitis, Allergien und Asthma, Magen-Darm-Infektionen oder Mittelohrentzündung vergleichsweise besseren Gesundheitszustand aus als für Kinder ohne Migrationshintergrund. Ein im allgemeinen Durchschnitt erhöhtes Gesundheitsrisiko für Kinder mit Migrationshintergrund wird allein für Anämien (Blutarmut), Tuberkulose, Karies, Adipositas (Übergewicht), Verletzungen (zum Beispiel infolge einer geringeren Nutzung von Schutzhelmen und Protektoren beim Fahrradfahren und Inlineskaten) sowie für „Schmerzen“ beschrieben [vgl.: 23, 112, 116, 216 sowie die ausführliche Darstellung und Diskussion der aktuellen Erkenntnislage in: 196]. Der letztgenannte Punkt (Schmerz) kann unter anderem mit einer hohen Infektionsrate mit *Helicobacter pylori* sowie mit psychosozialen Problemen der betroffenen Kinder assoziiert sein. Ferner können auch hier methodische Probleme bei der Datenerhebung zu einer verstärkten Nennung der grundlegenden Symptomkategorie „Schmerz“, z. B. bei Elternbefragungen, führen. Bei allen hier genannten Punkten ist außerdem auf die erheblichen Unterschiede innerhalb der in Deutschland lebenden Kinder mit Migrationshintergrund hinzuweisen, die sich nicht allein in „nationalen“ oder mit der „Abstammung“ assoziierten Kategorien erfassen lassen. Eine jüngst erschienene Publikation des Berliner Robert-Koch-Instituts illustriert diese Problematik mit einem Beispiel zum Thema „Übergewicht“: Im deutschlandweiten Vergleich weisen Migrantenkinder italienischer Abstammung hier die geringste Häufigkeit auf; unter Vorschulkindern in Stuttgart sind aber gerade italienischstämmige Jungen besonders häufig übergewichtig [196: 80].

Aufgrund der vergleichsweise geringen Häufigkeit zum Beispiel von allergischen Erkrankungen und Asthma wird auch in der kinderärztlichen Fachliteratur ein *„Healthy-Migrant-Effect“* diskutiert. Die mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland beobachtete Anpassung der Erkan-

kungshäufigkeiten (z. B. bei Allergien) an die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund wird dabei teilweise als Folge der „kulturellen Adaptation“ gedeutet [z. B. 23: 294]. Gerade am Beispiel der Allergieproblematik lässt sich jedoch zeigen, dass dieser eher vage Verweis auf den Aspekt der „Kultur“ den epidemiologischen Befund und die im Verlauf des Migrationsprozesses zu beobachtenden Veränderungsprozesse bei Migranten nur unzureichend erklären kann. Im Folgenden sollen daher zwei etwas konkretere Erklärungsansätze diskutiert werden, wobei der eine auf die medizinische Seite (Allergieentstehung) fokussiert, der zweite dagegen die Datengrundlage entsprechender epidemiologischer Studien in den Blick nimmt und dabei auch einige sehr spezifische „kulturelle“ Aspekte beleuchtet.

Zum Einen kann der Befund seltener Allergien bei Migrantenkindern auf der Basis einer neuartigen Sicht auf die Entstehungsbedingungen von Allergien interpretiert werden, wonach die Entstehung von Allergien mit einer geringen Häufigkeit von Infekten und seltenerem Kontakt mit Infektionserregern im Kindesalter assoziiert wird („Hygiene-Hypothese“ [vgl. 240, sowie 10]). Die Zunahme von Allergien in den Industrienationen wäre demnach eine Folge der Abnahmen von Infektionserkrankungen bzw. Kontakten mit Krankheitserregern bei Kindern. Veränderte Lebensbedingungen, z. B. in Folge von Migration aus einem strukturschwachen, ländlichen Lebensumfeld im Herkunftsland in ein städtisches Lebensumfeld, können hier einen Erklärungsansatz bieten, ebenso wie das Aufwachsen in kinderreichen sozialen Milieus und Großfamilien im Unterschied zu Kindern aus Kleinfamilien. Mit der „Hygiene-Hypothese“ wird inzwischen auch der heute nicht mehr vorhandene Unterschied zwischen Ost- und Westdeutschland interpretiert, der in den 1990er Jahren noch eine wesentlich geringere Allergiehäufigkeit in den neuen Bundesländern zeigte.

Zum Zweiten kann die augenscheinlich geringere Zahl von Allergien bei „Migrantenkindern“ aber auch auf einem methodischen Problem der Datenerhebung beruhen, wäre demnach also ein fehlerhafter Befund (methodisches Artefakt, vgl. 3.3.1.1): Die Autoren der KiGGS-Studie des RKI geben selbst zu bedenken, dass die Wahrnehmung und Beurteilung von Krankheitszeichen gerade im Falle von Allergie und Asthma individuell sowie abhängig vom sozioökonomischen und kulturellen Hintergrund sehr unterschiedlich ist [vgl. 116: 696]. Während diesem Thema und möglichen Allergie-Symptomen in manchen sozialen Milieus (wie in

manchen Kreisen der deutschsprachigen Mittel- und Oberschicht) eine sehr hohe Aufmerksamkeit geschenkt wird, scheint diese in anderen sozialen Gruppen, insbesondere in Unterschichtenmilieus, weniger stark ausgeprägt zu sein. An diesem Punkt kann es nun durchaus sinnvoll sein, mittels eines analytischen Kulturbegriffs die spezifischen Denk- und Wahrnehmungsmuster herauszuarbeiten, die zu einer vergleichsweise höheren oder auch geringeren Aufmerksamkeit für auf Allergien hinweisende Symptome führen. Denn jenseits der im engsten Sinne medizinisch-wissenschaftlichen Definition ist der Begriff „Allergie“ mit weiteren („populären“) Bedeutungen aufgeladen, die für medizinische Laien oftmals von höchster Relevanz sind [zur wechsellvollen Bedeutung des Allergiebegriffs vgl. 113]. Die Leitfrage nach den mit dem Begriff „Allergie“ assoziierten Vorstellungen, Werten und Handlungsweisen bleibt dabei jedoch nicht auf eine „kulturell“ definierte Gruppe beschränkt, sondern richtet sich unabhängig von ethnischen Kategorien auf alle Eltern, die im Rahmen einer epidemiologischen Studie zu Allergieverkrankungen der Kinder befragt bzw. deren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen untersucht werden. Sowohl eine im Vergleich zur eng gefassten, medizinischen Definition „höhere“ als auch eine „niedrigere“ Neigung, entsprechende Beschwerden bei Befragungen (wie dem KiGGS) zu benennen und deshalb zum Arzt zu gehen, können aus dieser Sicht als „kulturell“ beeinflusst interpretiert werden. In beiden Fällen schlagen sich derart „kulturbedingte“ Unterschiede auch in Studien nieder und sind bei der Interpretation von Ergebnissen (sowie der Planung von Interventionen) zu berücksichtigen.

Eine teilweise geringere Symptomaufmerksamkeit und seltenerer Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems (z. B. Arztbesuche) können auch für die im KiGGS dokumentierte geringere Häufigkeit von Scharlach und Masern, Windpocken, Pseudokrapp, Magen-Darm-Infekten und anderen akuten Erkrankungen bei Migrantenkindern sowie bei chronischen Krankheiten, wie kindlicher Migräne oder Wirbelsäulenverkrümmung, verantwortlich sein. Für die Verteilung vieler anderer Erkrankungen konnte jedoch auch mit dem sehr differenzierten, methodischen Instrumentarium des KiGGS kein Zusammenhang mit dem „Migrationshintergrund“ der Kinder festgestellt werden.

Anders als bei den somatischen Erkrankungen stellt sich die Situation jedoch offenbar im psychosozialen Bereich dar, sowohl was die psychische Entwicklung als auch was das Vorliegen psychosozial bedingter

Erkrankungen und Störungen angeht. Kinderärzte berichten, dass unter Kindern mit psychosomatischen Beschwerden solche mit Migrationshintergrund überrepräsentiert sind [23]. Diese Beschwerden äußern sich klinisch, nach Angaben des Leiters des Sozialpädiatrischen Zentrums der Universität Ulm, in „Angstzuständen und depressiven Verstimmungen“, sowie in „anhänglichem und abhängigem Verhalten, Schlafstörungen und Alpträumen, schmerzlich wiederkehrenden Erinnerungen, Regression (Sprache, Sauberkeit), verminderten Schulleistungen“ und anderen „Verhaltensproblemen“ [23: 294]. Der KIGGS führte zu ähnlichen Befunden: Bei Essstörungen zeigen Jugendliche mit Migrationshintergrund gegenüber Nicht-Migranten eine um 50 Prozent erhöhte Quote, und sie waren außerdem deutlich häufiger von Verhaltensauffälligkeiten (Hyperaktivität, Probleme im psychosozialen Verhalten) betroffen [vgl. 105, 106]. Zur Erklärung dieser zunächst rein deskriptiven Aussagen wurden im KIGGS ferner die so genannten „psychosozialen Schutzfaktoren“ untersucht, also jene sozialen und familiären Ressourcen, die eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen fördern (z. B. positives Familienklima, emotionale Stabilität, Unterstützung aus dem sozialen Umfeld, [vgl. 70]). Es zeigte sich, dass unter Kindern mit Migrationshintergrund ein vergleichsweise größerer Prozentsatz über schwächere oder schwach ausgeprägte Schutzfaktoren verfügt. Zum Teil war dieser Befund – wie auch bei Kindern ohne Migrationshintergrund – mit einem niedrigen sozioökonomischen Status der betroffenen Familien korreliert. Zusätzlich werden jedoch als migrationspezifische Aspekte ein vergleichsweise stärker ausgeprägte familiäre Zusammenhalt diskutiert (als besonders stark ausgeprägter Schutzfaktor der sozioökonomische Nachteile zum Teil auszugleichen in der Lage ist), sowie als besonders belastender Aspekt die Erfahrung von Ablehnung und sozialer Ausgrenzung durch Nicht-Migranten [vgl. 70, 196].

Welche Konsequenzen sind aus der beschriebenen Gesundheitssituation von Kindern mit Migrationshintergrund zu ziehen? Zwei Punkte erschienen essentiell: Zum einen muss der epidemiologische Kenntnisstand verbessert werden, wobei insbesondere eine sozialraumbezogene, auf die spezifischen lokalen Kontexte (kommunale oder regionale Ebene) und lokal formulierte Fragestellungen fokussierte Gesundheitsberichterstattung hilfreich wäre, um entsprechend angepasste Präventions- und Versorgungsinitiativen entwickeln zu können. Zum anderen zeigen insbesondere die besorgniserregenden Daten zur psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, dass die medizi-

nischen Befunde oft nur Symptome von tiefer liegenden Problemen sozialer und gesellschaftlicher Art sind. Die zentrale Frage lautet, wie die psychosozialen Schutzfaktoren von Migrantenkindern ihrer individuellen Situation und Familienbiografie entsprechend erhalten bzw. gefördert werden können. Ein Aspekt ist dabei die Förderung der Sprachentwicklung in mehr als einer Sprache, wobei die Beherrschung der Muttersprache stets Voraussetzung für das Erlernen der Zweitsprache ist (z. B. Deutsch, wobei die Konstellation auch anders gelagert sein kann, etwa bei Kindern aus binationalen Ehen oder Migranten der dritten oder weiterer Generationen mit nicht-deutscher Identität und Deutsch als Muttersprache). Weitere Aspekte sind unter anderem stabile Lebensverhältnisse für die Eltern (ökonomisch, rechtlich) und soziale Akzeptanz im gesellschaftlichen Umfeld.

3.3.2 Krankheitshäufigkeiten bei verschiedenen Migrantengruppen

Exemplarisch werden im Folgenden Forschungsergebnisse zu den zahlenmäßig größten, über ihre Herkunft definierten Migrantengruppen in Deutschland dargestellt: Die türkischstämmige Bevölkerung sowie Ausländer aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion.

3.3.2.1 Türkischstämmige Bevölkerung

Bei der türkischstämmigen Bevölkerung wird seit den 1980er Jahren eine im Vergleich mit der einheimischen Bevölkerung erhöhte Morbidität (Krankheitshäufigkeit) in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Virushepatitis beobachtet. So gibt es Hinweise, dass in Deutschland lebende, türkischstämmige Männer im Durchschnitt in deutlich jüngeren Jahren einen Herzinfarkt erleiden als der Durchschnitt der Gesamtbevölkerung, mit einem Altersunterschied von etwa zehn Jahren [vgl. 19]. Auch die relative Häufigkeit von Herzerkrankungen unter der türkischstämmigen Bevölkerung wird als höher beschrieben [vgl. 19, 20, 63, 183], was unter anderem mit pathologischen Blutcholesterinwerten und Rauchverhalten erklärt wird. Als ursächlich für die pathologischen Blutfettwerte sind dabei sowohl genetische Faktoren als auch das Ernährungsverhalten vieler türkischstämmiger Mitbürger verantwortlich, die sich in Deutschland offenbar eine cholesterinreichere Kost leisten können (Zunahme des Fleischkonsums) als in ihrem Heimatland. Von anderen Autoren werden diese epidemiologischen Befunde allerdings bestritten und gerade für türkischstämmige Migranten ein besonders

deutlicher „Healthy-Migrant-Effect“ beschrieben [vgl. 191, 195]. Die Unstimmigkeiten sind dabei zum Teil auf unterschiedliche methodische Ansätze und Studienpopulationen zurückzuführen und insgesamt ist der Erkenntnisstand zu dieser und vergleichbaren Fragestellungen nicht nur in Deutschland bisher unzureichend [vgl. 59, 120, sowie Kap 3.3.1.1 („Healthy-Migrant-Effect“) und Kap. 3.3.3.4 (Diskussion möglicher Zusammenhänge zwischen Migration und Herz-Kreislauf-Erkrankungen)].

Anders stellt sich die Situation im Falle des Diabetes mellitus dar. In Deutschland wie auch in anderen europäischen Ländern zeigt sich, dass die türkischstämmige Bevölkerung stärker von dieser Erkrankung betroffen ist als die einheimische, wobei oft Frauen wiederum stärker belastet sind als Männer [vgl. 59, 149, 246]. Zur Erklärung werden in der Regel Ernährungsumstellungen und Veränderungen der Lebensweise angeführt, bei Immigranten aus landwirtschaftlich geprägten Regionen in städtische Lebensumfelder zum Beispiel kommt es zu einer geringeren körperlichen Aktivität in Verbindung mit einer weniger vielseitigen, aber dafür kohlenhydratreicheren Kost. Als konkrete Folge wird etwa beobachtet, dass türkische Migrantinnen mit Diabetes mellitus Typ 2 (nicht Insulin-pflichtig) bei längeren Aufenthalten in der Herkunftsregion trotz geringerer medizinischer Betreuung bessere Blutwerte entwickeln als in Deutschland. Um Folgeerkrankungen und Komplikationen des Diabetes mellitus zu vermeiden, sind an die Lebenswirklichkeit (Sprache, Sozialstruktur, Ernährungsgewohnheiten, etc.) der Patientinnen und Patienten angepasste Schulungen und eine entsprechende medizinische Betreuung unabdingbar. Gerade notwendige Veränderungen im Lebensstil (Ernährung, Bewegung) müssen adäquat kommuniziert werden und im Alltag der Betroffenen realisierbar sein. Hier besteht großer Bedarf an entsprechend motiviertem und ausgebildetem Fachpersonal.

Im Hinblick auf durch Viren verursachte Leberentzündungen (Virus-Hepatitis) ist schließlich bekannt, dass die sehr hohe Verbreitung der mit einem erheblichen Risiko von Komplikationen (Leberzirrhose, Krebs) verbundenen Hepatitis B in der Türkei (in Teilen Ost-Anatoliens liegt der Bevölkerungsanteil infizierter Menschen bei etwa 50 Prozent) sich in ebenfalls hohen Zahlen bei der nach Deutschland emigrierten, türkischstämmigen Bevölkerung niederschlägt (ca. 39 Prozent gegenüber ca. zehn Prozent bei der nicht immigrierten Bevölkerung, [nach 1]).

3.3.2.2 Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion

Bei Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion ergab eine 2007 veröffentlichte, für diese Gruppe repräsentative Studie ein von den Autoren selbst als „überraschend“ beurteiltes Bild [vgl. 17]: Die allgemeine Mortalität stellte sich als niedriger heraus als die der in Deutschland lebenden Gesamtbevölkerung. Insbesondere bei häufigen Krebserkrankungen (mit Ausnahme von Lungenkrebs bei Männern) lag die Mortalität niedriger, und dasselbe Ergebnis fand sich auch für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Der zweite Befund ist besonders überraschend, denn einige der üblichen Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wie eine Erhöhung von Blutfetten (Cholesterinspiegel), Adipositas (Übergewicht), geringe körperliche Aktivität und Rauchen, wurden in stärkerem Ausmaß gefunden. Zur Erklärung wird von den Autoren auf nicht näher bezeichnete „genetische oder Bevölkerungsgruppen-inhärente“ Faktoren verwiesen [17: A1659], die allerdings nur durch sehr viel differenziertere Forschungsansätze herausgearbeitet werden können. Auch hier besteht zum Beispiel die Möglichkeit, dass Erkrankungsrisiken innerhalb der großen und heterogenen Gruppe der Aussiedler sehr unterschiedlich verteilt sind und mit Studien, die auf die Gesamtgruppe fokussieren, nicht ausreichend differenziert erfasst werden können (vgl. 3.3.1.1).

Während sich also die allgemeine Mortalität bei Aussiedlern in der Gesamtschau eher als vergleichsweise gering darstellt, zeigte sich im Bereich der nicht-natürlichen Todesursachen ein genau gegenteiliges Bild: Die Zahl der Suizide ist höher als unter der weiteren Bevölkerung, als weit auffälliger schätzen die Autoren jedoch die hohe Zahl der Todesfälle infolge von Drogenmissbrauch ein. Allerdings dokumentieren Studien, die sich explizit mit Jugendlichen befassen, dass junge Aussiedler nicht generell einen höheren Alkohol- und Drogenkonsum zeigen als andere, sondern dass es sich hier um kleine Gruppen innerhalb des sehr heterogenen, großen Kollektivs der jungen Menschen mit familiärem Hintergrund als Aussiedler handelt [vgl. 27]. Zwei Faktoren scheinen das Suchtverhalten dieser Jugendlichen zu fördern: die sozioökonomischen Lebensbedingungen und die Aufenthaltsdauer in Deutschland. Jugendliche, die selbst nach Deutschland immigriert sind, scheinen signifikant seltener von diesen Problemen betroffen zu sein als Jugendliche aus Aussiedlerfamilien, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind. Erklärungen für diesen Befund stehen noch aus und verweisen auf den großen Forschungsbedarf in diesem Feld, wobei insbesondere die sozio-

kulturelle und ökonomische Situation jugendlicher Aussiedler der zweiten Generation in Deutschland zu berücksichtigen wäre. Dasselbe gilt jedoch auch mit Blick auf psychische Störungen bei Aussiedlern allgemein, vor allem jedoch bei Spätaussiedlern mit Einreise in den 1990er Jahren: Sie werden in einer umfassenden Übersichtsstudie inzwischen explizit als „Risikogruppe für psychische Erkrankungen“ [139, vgl. auch 140, 253] bezeichnet, unter anderem aufgrund unerwarteter Schwierigkeiten bei der Integration dieser „ethnisch“ deutschen, mit hohen Erwartungen ins Land gekommenen Migrantengruppe.

Im Hinblick auf die gesundheitspolitische Bedeutung dieser Befunde sind auch hier vor allem die folgenden zwei Punkte zu nennen: Erstens ist es notwendig, dass die epidemiologischen Erkenntnisse vertieft werden, und die Forschung stärker auf konkrete soziale Gruppen unterhalb der großen Kategorien „Migrant“ oder „Aussiedler“ fokussiert, um die Heterogenität dieser sozialen Gruppen zu berücksichtigen und insbesondere den Spezifika einzelner sozial, regional oder über andere Kriterien (z. B. Alter, Aufenthaltsdauer in Deutschland) charakterisierten Gruppen gerecht werden zu können. Zweitens verweisen auch hier viele der medizinischen (psychosozialen) Befunde auf tiefer liegende soziokulturelle Probleme bei der Integration gerade junger Aussiedler, die nicht allein durch medizinische oder gesundheitspolitische Maßnahmen gelöst werden können.

3.3.3 Konkrete Erkrankungen im Einzelnen

Exemplarisch werden im Folgenden verschiedene Gruppen von Erkrankungen dargestellt, wobei sich der Zusammenhang mit dem Phänomen „Migration“ jeweils unterschiedlich darstellt.

3.3.3.1 Genetisch bedingte und Erkrankungen mit regional gehäuftem Vorkommen

Am einfachsten stellt sich die Situation bei Erkrankungen mit einer klar regional gebundenen Verbreitung außerhalb Deutschlands dar, die als Folge von Migration dann auch im hiesigen Gesundheitssystem beobachtet werden.

Unter den genetisch bedingten Erkrankungen mit regionaler Häufigkeit außerhalb Mitteleuropas sind verschiedene Bluterkrankungen zu nennen (z. B. *Sichelzellenanämie*, *Thalassämie*), wie auch das so genannte

Familiäre Mittelmeerfieber oder seltene Stoffwechselkrankheiten wie der *Morbus Gaucher* [vgl. 56, 230, 232, 235, 265]. Diese werden in der Regel autosomal-rezessiv vererbt, so dass es neben Menschen mit den jeweiligen Erkrankungen symptomfreie Träger der entsprechenden genetischen Merkmale gibt. Die genannten Bluterkrankungen *Sichelzellenanämie* und *Thalassämie* führen zu chronischer Blutarmut und basieren auf Veränderungen des roten Blutfarbstoffs (Hämoglobinopathien), der Menschen in den Tropen einen gewissen Schutz vor Malariaerkrankungen bietet (Erkrankungen verlaufen weniger dramatisch). Beim so genannten *Familiären Mittelmeerfieber* handelt es sich um eine genetisch determinierte Erkrankung, die sich in unklaren Fieberschüben äußert und bei Menschen aus dem Mittelmeerraum statistisch gesehen häufiger vorkommt als bei Bewohnern anderer Regionen. Die genetische Ursache ist geklärt und kann diagnostisch nachgewiesen werden [vgl. 235]. Die Herausforderung für die Klinik besteht in der Gefahr von Fehldiagnosen auf Grund der symptomatischen Ähnlichkeit mit anderen fieberhaften Erkrankungen von Malaria bis zum rheumatischen Formenkreis. *Morbus Gaucher* ist eine Erbkrankheit und die häufigste unter den Fettstoffwechselstörungen. Sie tritt insbesondere häufig bei aschkenasischen Juden auf, aber auch in der türkischen und Teilen der arabischen Bevölkerung. Durch einen Enzymmangel können zuckerhaltige Fettstoffe nicht abgebaut werden, so dass sie sich in verschiedenen Zellen des Körpers als Speichersubstanz anreichern und unterschiedliche und zum Teil lebensbedrohliche Symptome hervorrufen können, denen jedoch durch gezielte Therapie (z. B. Enzym-ersatztherapie) vorgebeugt werden kann.

Für *klassische Tropenkrankheiten* wie Malaria oder Denguefieber sowie neu auftretende Erkrankungen wie SARS besteht dagegen kein Zusammenhang mit dem Phänomen Migration, da deren globale Verbreitung vor allem durch internationalen Tourismus und Geschäftsreisen erfolgt.

3.3.3.2 Spezifische Infektionskrankheiten

Komplizierter ist die Situation bei Infektionskrankheiten mit starker sozioökonomischer Komponente wie *Helicobacter-pylori-Infektionen* (HP), *Tuberkulose* (Tbc) und *HIV/AIDS*. Hier sind jeweils konkrete, biologisch definierte Krankheitserreger bekannt und können am individuellen Patienten erfolgreich behandelt (HP, Tbc) bzw. dauerhaft kontrolliert (HIV) werden. Sowohl die Verbreitung dieser Erkrankungen als auch die langwierige (Tbc) bzw. dauerhafte (HIV/AIDS) Therapie werden jedoch

stark von sozialen, kulturellen und ökonomischen Faktoren beeinflusst, sowie im Falle von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus auch von den rechtlichen Rahmenbedingungen.

Helicobacter pylori (HP) wurde bereits im einleitenden Kapitel als Beispiel für die Theoriegeleitetheit medizinischer Diagnosen genannt: Seit dem Wechsel von einer psychosomatischen zu einer infektiologischen Interpretation von Magenerkrankungen bei Migranten (in Folge der Anerkennung von *Helicobacter pylori* als bei Magenentzündungen gehäuft vorkommendem „Krankheitserreger“) wurde die psychosoziale Dimension des „Migrantenerkrankung“ stark vernachlässigt. Gleichzeitig wurde die auf der Infektions-Hypothese basierende Sichtweise gerade auch mit Blick auf „Migranten“ von der Beobachtung gestützt, dass *Helicobacter pylori* in Migrantenkollektiven (und vor allem bei Kindern) in wesentlich größerer Häufigkeit gefunden wurde als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund [vgl. 138, 177, 184, 211, 222, 223, 236]. Verschiedene Untersuchungen in Deutschland haben Unterschiede in der Infektionsrate bei deutschen Schülern und solchen ausländischer (meist türkischer) Herkunft von bis zu 5 Prozent zu 60 Prozent beschrieben [vgl. 211]. Allerdings ist bis heute noch nicht abschließend geklärt, wie und unter welchen Bedingungen *Helicobacter pylori* übertragen wird, was die Interpretation aller statistischen Daten erheblich erschwert. Wie kommen diese ganz erheblichen Unterschiede zwischen einheimischen und Migrantenkindern zustande? Liegt bei derartig eindrucksvollen Zahlen ein Zusammenhang mit der Abstammung, der Nationalität oder Ethnizität nicht auf der Hand?

Hier hat es sich als hilfreich erwiesen, die unmittelbar mit dem Phänomen „Migration“ assoziierten Aspekte mit anderen Einflussfaktoren in Beziehung zu setzen (z. B. sozioökonomischer Art), sowie die Ergebnisse deutscher Studien mit solchen in anderen Ländern, darunter auch den Entwicklungsländern. Aus dieser Perspektive relativiert sich die Bedeutung des Aspekts „Migration“ deutlich. Es zeigt sich vor allem, dass die hohen Infektionsraten nicht spezifisch für bestimmte Nationalitäten oder „Volkgruppen“ sind, sondern dass hier Faktoren relevant sind, die in manchen Kreisen („Milieus“, vgl. Kap. 2) mit Migrationshintergrund bedeutsam sind, aber auch in anderen sozialen Gruppen [vgl. 222]. Einen Einfluss auf die frühkindliche starke Verbreitung haben vor allem sozioökonomische und Lebensstilfaktoren wie beengte Wohnverhältnisse mit engem persönlichem Kontakt zwischen Geschwistern und die Zahl der in

einem Haushalt lebenden Personen. Denn offenbar erfolgt die Keimübertragung vor allem innerhalb des familiären Umfeldes, etwa über gemeinsam genutztes Spielzeug, Geschirr etc. Welche Schlüsse lassen sich aus diesen Daten ziehen? Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass hohe *Helicobacter-pylori*-Infektionsraten nicht spezifisch sind für „Migranten“, sondern primär durch sozioökonomische Faktoren bedingt sind, die *auch* bei Migranten vorkommen. Darüber hinaus darf die mangelnde Evidenz für einen spezifischen Migrationszusammenhang der HP-Infektion nicht dazu führen, beim einzelnen Patienten (Kindern und Erwachsenen) die mit HP assoziierten Beschwerden (Magenerkrankungen) nicht *auch* vor dem Migrationshintergrund zu interpretieren. Der Keim (HP) mag nicht spezifisch mit Migration im Zusammenhang stehen, die Beschwerden aufgrund der bei dieser Art von Erkrankungen häufigen psychosomatischen Zusammenhänge allerdings schon.

Weitere Infektionserkrankungen, die in komplexer Weise mit dem Phänomen „Migration“ in Zusammenhang stehen, sind Tuberkulose und HIV/AIDS [vgl. 45]. Im Hinblick auf *Tuberkulose* (Tbc) ist vor allem der folgende Aspekt von Bedeutung: Tbc ist die klassische Erkrankung der Armut. Ihre Häufigkeit und Verbreitung ist dementsprechend eng assoziiert mit der sozioökonomischen Situation einer Gesellschaft oder sozialen Gruppe. Prekäre Lebensumstände wie in Sammelunterkünften (Flüchtlinge), schlechte Ernährung und mangelhafter Zugang zur Gesundheitsversorgung sind typische Risikofaktoren für Tbc. Insbesondere der Zugang zu medizinischer Diagnostik und die Möglichkeit zur konsequenten Durchführung der über mehrere Monate notwendigen medikamentösen Therapie sind Grundbedingungen für eine erfolgreiche Bekämpfung von Tbc und für die Prävention weiterer Ausbreitung.

Bezüglich *HIV/AIDS* spiegelt sich in Deutschland das Bild der globalen Pandemie wider [vgl. 238]: Besonders von HIV/AIDS betroffen sind Menschen aus den Hochrisikogebieten der Welt, also aus dem südlichen Afrika sowie Osteuropa, West- und Zentralasien. Ähnlich wie im Fall von Tbc ist zur Therapie und Prävention von HIV/AIDS ein ungehinderter Zugang zu Diagnostik, lebenslanger Therapie und notwendigen medizinischen Kontrollen unabdingbar. Dies ist besonders wichtig, weil unkontrollierte Therapieunterbrechungen ein erhebliches Risiko von Resistenzbildung gegen die verwendeten Medikamente bergen. Außerdem stellen Patienten unter Therapie (also mit niedriger „Viruslast“, das heißt, mit sehr wenigen bzw. keinen im Körper mehr zirkulierenden HI-Viren) ein

geringeres Ansteckungsrisiko für andere Menschen dar. Aus medizinischer Sicht ist ein freier Zugang von Menschen mit HIV/AIDS zu Diagnostik und Therapie daher sowohl im Hinblick auf den einzelnen Patienten, als auch aus der Perspektive von Prävention und Öffentlicher Gesundheit unabdingbar – selbst wenn z. B. ausländerrechtliche Regelungen dem entgegen stehen, da es sich um Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus handelt.

Infektionskrankheiten wie HP, vor allem aber Tbc und HIV/AIDS, weisen mit besonderer Deutlichkeit auf die Relevanz soziokultureller und rechtlicher Dimensionen des komplexen Phänomens „Migration“ für die Entwicklung, Ausbreitung und Behandlung von Erkrankungen hin. Die im konkreten Fall gebotenen Lösungsansätze sind dabei so unterschiedlich wie die Lebenssituationen der betroffenen Menschen, wobei grundsätzlich die folgenden zwei Punkte Beachtung finden müssen: Zum einen ist stets die *reale* Lebenssituation der konkret betroffenen Individuen bzw. sozialen Gruppen zu berücksichtigen, einschließlich der aktuellen sozialen, ökonomischen und ausländerrechtlichen Situation, der weiteren Lebensplanung der Betroffenen und ihrer tatsächlich bestehenden Handlungsoptionen. Generalisierende Aussagen über z. B. durch Nationalität, Herkunft oder den ausländerrechtlichen Status definierte Migrantengruppen ohne empirisch gewonnene Kenntnisse und direkten Kontakt zur Zielgruppe sind dabei stets mit Skepsis zu beurteilen. Zum zweiten sind klar und explizit Prioritäten zu setzen im Sinne der medizinisch notwendigen Maßnahmen – auch und vor allem gegenüber ausländerrechtlichen und administrativen Vorgaben, die einer regelmäßigen medizinischen Behandlung gegebenenfalls entgegenstehen. Auch nicht direkt mit der medizinischen Behandlung betraute Institutionen wie Behörden und Verwaltungseinrichtungen stehen hier in der Verantwortung, die ihnen gegebene Handlungsspielräume im Sinne des Patientenwohls zu nutzen.

3.3.3.3 Krebserkrankungen

Im Hinblick auf Krebserkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund zeigt sich in Deutschland ebenso wie auf internationaler Ebene ein insgesamt heterogenes Bild, in dem sich jedoch einige allgemeine Trends beobachten lassen [171, 172, 227, 231, 243, 260]. So ist auch hier im allgemeinen Vergleich von Migranten mit Nicht-Migranten eine Art „*Healthy-Migrant-Effect*“ zu beobachten (vgl. 3.3.1.1): Die Gesamthäufigkeit von Krebserkrankungen wird in vielen Studien als geringer

angegeben, in Deutschland zum Beispiel bei Aussiedlern aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion und der türkischstämmigen Bevölkerung, in Dänemark bzw. den Niederlanden bei Migranten aus dem Mittleren Osten und Nord-Afrika. Gleichzeitig passt sich das Risiko mit Dauer des Aufenthaltes im Zielland der Migration häufig dem der dort lebenden, nicht immigrierten Bevölkerung an. Keine Unterschiede gibt es dagegen bei Migranten, die zwischen den westeuropäischen Ländern ihren Aufenthalt wechseln.

Zur Interpretation dieser Beobachtungen sind die folgenden Aspekte zu beachten: Das Durchschnittsalter vieler Migrantengruppen (z. B. der in Deutschland lebenden, türkischstämmigen Bevölkerung) ist vergleichsweise niedriger als das der Gesamtbevölkerung, und das allgemeine Risiko für Tumorerkrankungen nimmt mit dem Alter zu. Daher sind nicht nach Lebensalter differenzierte Durchschnittszahlen der Krebserkrankungen bei Migranten vielfach geringer. Mit einer Erhöhung des Durchschnittsalters ist jedoch in Zukunft auch mit einer Erhöhung der Erkrankungsraten von Migranten in Deutschland zu rechnen. Darüber hinaus ist das allgemeine Krebsrisiko in vielen Herkunftsländern internationaler Migration vergleichsweise niedriger, und Emigranten übernehmen oft erst sehr langsam das Risikoprofil des Ziellandes. Die genauen Ursachen für diese Art der Morbiditätsanpassung sind auch für Tumorkrankheiten komplex, zumal nicht nur zwischen Erkrankungen mit zum Teil sehr unterschiedlichen und vielfältigen Ursachen zu differenzieren ist, sondern auch zwischen verschiedenen Ländern und Regionen sowie sozialen (bzw. ethnischen) Gruppen und Migrationsbiografien. Für manche Krebsarten sind allerdings relativ klare Aussagen möglich, aufgrund einer deutlichen Korrelation mit Lebensstil-assoziierten Risikofaktoren (z. B. Lebens- und Genussmittelkonsum): Für die beiden großen, in Deutschland lebenden Migrantengruppen werden etwa ein erhöhte Risiko für Lungenkrebs durch Rauchen im jungen Erwachsenenalter beschrieben, sowie von Magenkrebs durch Alkoholkonsum und chronische Magenerkrankungen (z. B. assoziiert mit dem Magenkeim *Helicobacter pylori*). Gerade bei Aussiedlern sind beide Tumorarten vergleichsweise häufig, im Gegensatz zum oben genannten, allgemein geringeren Krebsrisiko. Insgesamt ist die Datenlage allerdings bisher sehr lückenhaft und es besteht auch ein erheblicher Forschungsbedarf [vgl. für aktuellen Überblick: 260].

3.3.3.4 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Mehrfach wurde in der vorliegenden Studie bereits auf das Thema der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund hingewiesen. Gerade aufgrund der oben benannten Unklarheiten und offenbaren Widersprüche zwischen verschiedenen Studien, aber auch wegen der großen klinischen Bedeutung dieser Erkrankungsgruppe, soll diese hier nun etwas ausführlicher diskutiert werden. Denn nach Angaben der WHO gehen etwa 50 Prozent der Todesfälle innerhalb der Europäischen Union auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurück.

Ausgangspunkt der Untersuchungen, die auf ein signifikant jüngeres Durchschnittsalter, z. B. von türkischstämmigen Herzinfarktpatienten, hinweisen, waren klinische Erfahrungen mit diesem Patientenkollektiv. Studien einer Gießener Arbeitsgruppe hatten etwa gezeigt, dass unter den türkischstämmigen Infarktpatienten die Zahl der jungen Menschen überproportional hoch und das Risiko im Vergleich mit der einheimischen Bevölkerung signifikant erhöht war [19]. Das Durchschnittsalter der türkischstämmigen Patienten lag mit 47 Jahren um etwa zehn Jahre unterhalb des Durchschnittsalters der nicht-türkischen Patienten [19: 354]. Derartige Studien fokussierten Menschen, die bereits erkrankt waren bzw. mit bekannten Risikofaktoren. In Studien dagegen, mit denen die gesamte türkischstämmige Bevölkerung (bzw. türkischstämmige Männer) in Deutschland auf die Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen untersucht wurde, konnten diese Befunde nicht bestätigt werden [vgl. 191, 195]. Es wurden weder eine höhere Erkrankungsrate noch ein niedrigeres Durchschnittsalter der Infarktpatienten gefunden. Vollständig auflösen lässt sich dieser Widerspruch nicht, aber unter der plausiblen Voraussetzung, dass nicht Nationalität oder Abstammung ursächlich mit dem Herz-Kreislauf-Risiko in Zusammenhang stehen, sondern andere Faktoren, ist es denkbar, dass das Kollektiv der tatsächlich von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffenen männlichen Patienten türkischer Herkunft (also die Patienten etwa der „Gießen-Studie“) im Gesamtkollektiv aller türkischstämmigen Migranten statistisch „verschwindet“. Dennoch ist es sowohl für den klinischen Alltag als auch im Hinblick auf Prävention sinnvoll zu wissen, dass unter türkischen Männern offenbar ein Kollektiv mit erheblich erhöhtem Herzinfarktrisiko existiert, und dass selbst bei jüngeren Patienten mit einer vielleicht nicht ganz „klassischen“ Symptomatik auch mit der Möglichkeit eines – im Hinblick auf Alter, Beschwerdebild etc. eher „unwahrscheinlichen“ – Herzinfarktes gerechnet werden muss.

Dieses Argument wird schließlich noch bedeutsamer, wenn bedacht wird, dass bei türkischstämmigen Patienten die Rate der Fehldiagnosen bei Krankenhauseinweisungen z.T. signifikant höher ist als bei einheimischen Patienten. Gerade männliche Patienten aus dem Mittelmeerraum mit Schmerzsymptomatik werden in deutschen Krankenhäusern oftmals in ihrer Beschwerdepräsentation nicht ernst genommen, da ein „übertriebenes“ Schmerzverhalten vermutet wird, welches allerdings jeder empirischen oder pathophysiologischen Grundlage vollständig entbehrt [vgl. 74, 125]. Im Klinikjargon etablierte Ausdrücke wie „Morbus mediterraneus“ oder „transalpines Syndrom“ sind in diesem Zusammenhang als abwertende, kulturelle Stereotypen im Kleid pseudowissenschaftlicher Fachausdrücke zu beurteilen.

Das Problem, die vorliegenden Daten zur Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei „Migranten“ adäquat zu interpretieren, weist jedoch noch auf einen weiteren, höchst interessanten und für das Thema „Migration und Medizin“ relevanten und vielleicht sogar „typischen“ Problembereich hin: Das am Beispiel von Menschen in stabilen sozioökonomischen Verhältnissen in den westlichen Industrienationen entwickelte Verständnis von komplexen Krankheitsbildern (wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen) ist möglicherweise „unpassend“ für das Verständnis derselben Erkrankungen im Kontext von Migration und/oder in sich radikal verändernden Gesellschaften. Diese Frage soll im Folgenden am Beispiel der Herz-Kreislauf-Erkrankungen erörtert werden.

Das individuelle Risiko z. B. für einen Herzinfarkt wird bekanntlich von einer Vielzahl verschiedener Faktoren beeinflusst. Die bekanntesten Risikofaktoren sind hoher Blutdruck, Rauchen und der Blutfettspiegel (u.a. Cholesterin), Übergewicht und mangelhafte körperliche Aktivität. In jüngster Zeit hat sich allerdings gezeigt, dass sich die Verbreitung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit Hilfe dieser „klassischen“ Risikofaktoren nicht mehr ausreichend erklären lässt. Anders ausgedrückt: Unerwartete epidemiologische Beobachtungen führen dazu, nach anderen, bisher nicht in Betracht gezogenen Einflussfaktoren Ausschau zu halten. Auslöser ist die so genannte „Mortalitätskrise in Osteuropa“ [209] seit den 1990er Jahren, wo sich ein unerwartet starkes Ansteigen der Herz-Kreislauf-bedingten Mortalität in Ländern der ehemaligen Sowjetunion und Osteuropas zeigte. Und das, obgleich sich die „klassischen Risikofaktoren“ kaum anders darstellten als etwa in Westeuropa [vgl. 146, 176]. Auch die zunächst vermuteten genetischen Faktoren sowie „spezifische“

Verhaltensweisen, wie etwa der vermeintlich für Osteuropa und vor allem Russland „typische“, episodenhaft exzessive Konsum von hochprozentigen Spirituosen, konnten nicht als maßgebliche Risikofaktoren bestätigt werden [209: 43]. Der zeitliche Zusammenhang mit den großen politisch-gesellschaftlichen, sozialen und ökonomischen Veränderungen in diesen Ländern führte schließlich zu Erklärungsansätzen, die vor allem die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und als mittelbare Konsequenz davon für das Individuum psychosoziale Faktoren fokussieren, wie sie auch im Migrationskontext Relevanz besitzen. Inzwischen werden Punkte wie die subjektive Wahrnehmung von Kontrollverlust über die eigene Lebenssituation, soziale Isolation und mangelhafte gesellschaftliche Partizipation, Arbeitslosigkeit und das Gefühl von Perspektivlosigkeit als Risikofaktoren für Herzkrankungen angesehen, wie auch gesteigerter regelmäßiger Alkoholkonsum und eine Ernährungsumstellung, allerdings jenseits der Cholesterinproblematik (weniger frische, an Vitaminen und Antioxidantien reiche Lebensmittel) [vgl. 159, 176]. Ein weiterer Faktor sind institutionelle Mängel in der medizinischen Versorgung.

Eine einfache Übertragung dieser Erkenntnisse auf die Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland ist zwar nicht möglich, aber die Berücksichtigung psychosozialer Risikofaktoren bietet sicher hilfreiche Ansätze für Forschung, Prävention und Therapie. Und ohne direkte Bezugnahme auf die hier angeschnittenen epidemiologischen Fragen scheinen erste Studienergebnisse aus der experimentellen psychosomatischen Forschung diesen Ansatz grundsätzlich zu bestätigen [vgl. 26]. Gleichzeitig wird hier deutlich, dass die Herkunft und angenommene genetische Grundlagen als alleinige Erklärungsfaktoren oft zweifelhaft sind. Bemerkenswert ist etwa der Befund, dass Menschen aus Osteuropa und Russland in Deutschland (Aussiedler, s.o.) ein vergleichsweise geringes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigen, während im gleichen Zeitraum in den Herkunftsländern eine überproportionale Zunahme des Risikos festgestellt wurde. In den Ländern, die zwischenzeitlich in die EU eingetreten sind, scheint sich die Situation übrigens inzwischen wieder zu verbessern [209].

3.3.3.5 Psychosomatik und psychische Störungen

Ein Themenbereich mit besonderer Relevanz im Zusammenhang von Migration ist schließlich derjenige der psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen. Bereits mehrfach wurde die Bedeutung psycho-

sozialer Faktoren für die Entstehung und den Verlauf von Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund angesprochen, zuletzt mit Blick auf die Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Auch auf die besorgniserregenden Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys des Robert-Koch-Instituts (KiGGS) wurde oben bereits hingewiesen (vgl. Kap. 3.3.1.2).

Die allgemeine Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund ist schwer zu quantifizieren und die Studienlage ist unbefriedigend [vgl. 7, 156]. Klare Aussagen etwa zur Häufigkeit von Depressionen und Demenzen bei Migranten bzw. einzelnen Migranten-Gruppen sind nicht verfügbar, denn neben den bereits genannten allgemeinen methodischen Schwierigkeiten werden die epidemiologischen Forschungen zu psychischen Erkrankungen bei Migranten durch besondere Probleme mit den für derartige Studien unverzichtbaren Krankheitskategorien erschwert. Denn diese basieren – bei allen theoretischen Unterschieden – weitgehend auf einem innerhalb der westlichen Industrienationen entwickelten Verständnis von psychischer Krankheit bzw. Gesundheit, in welchem Phänomene wie Migration, ethnisch-kulturelle Vielfalt oder die in der Gegenwart zunehmend wichtiger werdenden „transnationalen“ Lebenswelten und Identitäten in der Regel nicht vorgesehen sind. Diese Einschränkung gilt auch für den wegen seiner Forschungsreisen nach Asien oft als „Vorreiter“ einer „transkulturellen Psychiatrie“ betrachteten deutschen Psychiater Emil Kraepelin (1856-1926). Denn dessen Forschungen suchten nicht nach Wegen zur wissenschaftlichen Erfassung der Vielfalt psychischer Reaktionsformen und Einsichten in ihre komplexen soziokulturellen Dimensionen, sondern im Gegenteil um die Bestätigung der vermeintlich „objektiven“ Kategorien der von Kraepelin auf der Basis eines primär biologistisch-naturwissenschaftlich orientierten Krankheitsverständnisses geprägten psychiatrischen Krankheitslehre [203, 204, 206].

Die psychosoziale Dynamik individueller Migrationsprozesse und die vielfältigen Ursachen, Entwicklungsformen und Ausdrucksweisen psychischer Erkrankung bei Menschen mit Migrationsbiografie können von den üblichen diagnostischen Kategorien unter Umständen nicht adäquat erfasst werden. Ferner fördern Sprach- und Kommunikationsprobleme sowie Unkenntnis und kulturelle Stereotypen Missverständnisse und folglich Fehldiagnosen.

Ein wichtiges Beispiel für diese Problematik ist die weltweit maßgebliche psychiatrische Kategorie zur Erfassung von psychischen Traumata zum Beispiel bei Opfern von Naturkatastrophen, schweren Verkehrsunfällen oder Terroranschlägen, „PTBS“ („Posttraumatische Belastungsstörung“): Per Definition der PTBS werden Traumata hier ausschließlich als punktuelle Ereignisse, mit definiertem Anfang und Ende der traumatisierenden Belastung verstanden [vgl. 21]. Eine Sequenz von traumatisierenden Ereignissen, wie sie etwa bei Kindern bestehen, die zunächst von ihren Eltern getrennt werden, dann als Kindersoldaten missbraucht werden und schließlich – wenn sie Glück haben – aus dieser Situation befreit in einem fremden Land mit fremder Sprache und unsicherer Zukunft als Flüchtlinge oder Asylbewerber leben, kann mit einer derartigen Kategorie nicht adäquat erfasst werden. Dasselbe gilt für die psychischen, sozialen und auch somatischen Ausdrucksformen von Trauer, Angst oder Panik bei Menschen aus nicht westlichen Gesellschaften mit oder ohne Migrationsbiografie. Im Folgenden werden schwerpunktmäßig die Teilbereiche Psychosomatik sowie die psychischen Folgen von Traumatisierungen behandelt, da hier ein besonders deutlicher Zusammenhang mit Migrationsphänomenen besteht. Für weitere Themen (z. B. Depressivität, Demenz, Schizophrenie) muss an dieser Stelle auf die Spezialliteratur verwiesen werden [vgl. 8, 35, 156, 157].

Als *psychosomatische Beschwerden* werden Erkrankungen bezeichnet, bei denen psychische Beschwerden Ausdruck in körperlichen Symptomen wie Rücken- Gelenk- und Muskelschmerzen, Magen-Darm-Erkrankungen äußern, ohne dass organpathologische Ursachen vorliegen („Somatisierung“). Eine Differenzierung von Depressionen als manifester psychischer Erkrankung ist dabei teilweise schwierig. Es gibt Hinweise, dass psychosomatische Beschwerden bei Menschen mit Migrationshintergrund offenbar häufiger anzutreffen sind als bei Nicht-Migranten, wobei auch hier grundsätzliche Verallgemeinerungen zu vermeiden sind [vgl. 8, 156, 157]. Allerdings wurde bereits in ersten Studien mit „Gastarbeitern“ in der Bundesrepublik aus den 1970er Jahren ein erhöhtes Vorkommen von psychosomatischen Beschwerden verzeichnet [vgl. 20, 24, 79, 96, 200]. Zur Erklärung wurden damals unter anderem psychosoziale Belastungen infolge einerseits der soziokulturellen „Entwurzelung“ als Folge der Trennung von der Heimat und dem zurückgebliebenen sozialen Umfeld, andererseits die soziale Isolierung im „Gastland“ und Schwierigkeiten bei der „Akkulturation“ in einer Gesellschaft mit fremder Sprache, fremdem Kommunikations- und Wertesystem diskutiert. Bei einer rückblickenden

Betrachtung der Debatten in den 1970er Jahre wird dabei deutlich, dass von den „Gastarbeitern“ zum Beispiel aus der Türkei keine „Integration“ in die deutsche Gesellschaft erwartet wurde, sondern allenfalls eine „partielle Anpassung“ für die Dauer des Gastaufenthaltes [vgl. 96, 200]. Dies schien auch aus ärztlicher Sicht geboten, um die krankmachenden Folgen einer „Entwurzelung“ zu vermeiden, zumal die „sprachliche und kulturelle Barriere zwischen der Bevölkerung und den Gastarbeitern“ als „relativ hoch“ angesehen wurde [96: 269]. Von anderer Seite wurde dagegen bereits zu dieser Zeit darauf hingewiesen, dass aufgrund einer derartigen Situation auf Dauer erhebliche soziale und vor allem auch psychische Probleme für die „Gastarbeiter“ zu erwarten sein würden, unter denen insbesondere deren in Deutschland geborene Kinder zu leiden hätten [200].

Inzwischen konnten in der Forschung verschiedene Faktoren identifiziert werden, die eine Entwicklung psychischer und vor allem psychosomatischer Störungen im Kontext von Migration fördern und hier zumindest kurz skizziert werden sollen [vgl. 7, 130, 228]. Allerdings gilt auch hier, dass Migration nicht grundsätzlich ein Risikofaktor für Krankheit ist, und gerade psychische Erkrankungen immer aus einem komplexen und sehr dynamischen Zusammenwirken individuell-biografischer (einschließlich genetischer) und äußerer Faktoren resultieren. Unter den vom Individuum unabhängigen Faktoren scheint bei Migranten nun vor allem der Lebenssituation im Aufnahmeland eine maßgebliche Bedeutung zuzukommen: Die Erfahrung von Unsicherheit und subjektiv empfundenen Assimilationsdruck, Identitätskonflikte, soziokulturelle Isolation und mangelhafte soziale Unterstützung wirken als Belastung für die psychische Gesundheit, wie auch die Konfrontation mit Vorurteilen und Diskriminierung und fehlender oder nicht adäquater Zugang zur Gesundheitsversorgung. Auf der Versorgungsebene ist derzeit ein großer Bedarf an einer fachgerechten psychosomatischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund zu verzeichnen, der unter anderem muttersprachliche Angebote in den innerhalb der Migrantengruppen in Deutschland häufigsten Sprachen beinhalten sollte. Denn selbst Menschen, die Deutsch als Zweitsprache im Alltag sehr gut beherrschen, bedienen sich zum Ausdruck essentieller Erlebnisse und Empfindungen oft eher der Muttersprache. Darüber hinaus wird eine adäquate medizinische Versorgung dieser Patientengruppe von weit verbreiteten Stereotypen über Patienten vor allem aus dem Mittelmeerraum behindert, deren möglicherweise „diffus“ erscheinenden Schmerzschilderungen als „kulturbedingte“ Über-

treibungen und Ausdruck eines – im Vergleich mit der zur Norm erhobenen, eigenen Sichtweise – weniger „rationalen“ Krankheitsverständnisses missverstanden werden [vgl. z. B. 257]. Auch die Vorstellung, dass psychische Erkrankungen in den Herkunftsländern der ehemaligen Gastarbeiter stärker tabuisiert seien als in Deutschland, ist in dieser Allgemeinheit weder zutreffend noch hilfreich. Zumal die Praxis eine andere Sprache spricht: In der Psychosomatischen Universitätsklinik Gießen stieg die Zahl der türkischstämmigen Patienten in kurzer Zeit um das Zehnfache an, nachdem eine Ärztin mit türkischer Muttersprache eingestellt worden war [vgl. auch 131]. Diese Entwicklung basierte nicht etwa auf einer plötzlich gestiegenen Inzidenz der Erkrankungen, sondern auf der Verfügbarkeit des therapeutischen Angebots.

Ein fließender Übergang besteht schließlich zwischen psychosomatischen Beschwerden und dem Bereich der *psychischen Störungen* im engeren Sinne. Besondere Bedeutung im Migrationskontext besitzen dabei die psychischen Folgen von *Traumatisierungen* vor und während des Migrationsprozesses. In wohl keinem Bereich der Medizin besteht eine so deutliche Beziehung zwischen Krankheit und Migration wie hier, denn ein großer Teil der Flüchtlinge, die nach Europa kommen, hat in ihren Heimatländern politische Verfolgung und sogar Folter erlebt, sowie andere traumatisierende Ereignisse etwa als Opfer von Kriegen. Bei mehr als der Hälfte (im Durchschnitt etwa 50-70 Prozent) muss dementsprechend mit dem Vorliegen von posttraumatischen oder anderen psychischen Störungen gerechnet werden [vgl. 21, 58, 77, 151, 155, 157, 210, 233, 234]. Trennungssituationen, Unsicherheit und Angst sowie die Erfahrung von (teilweise sexueller) Gewalt auf der Flucht, Ohnmacht und das Gefühl des Ausgeliefertseins sowie die erzwungene Passivität in der Exilsituation können ebenfalls traumatisierende Wirkungen entfalten. Allerdings reagiert jeder Mensch unterschiedlich auf derartige Belastungen und zeigt eine jeweils individuelle „Resilienz“ (in etwa: Widerstandsfähigkeit, [vgl. 248]) sowie ein individuelles Symptombild. Beharrliches Schweigen kann hier ebenso Symptom sein wie ausführliche und mehr oder weniger kohärente und emotionale Schilderungen des Erlebten oder anderer, individuell und situationsabhängig ausgesprochen unterschiedlicher Inhalte.

Grundlage für Diagnostik und Therapie von Traumatisierungen ist heutzutage der Krankheitsbegriff der *„Posttraumatischen Belastungsstörung“* (PTBS, nach der internationalen Klassifizierung der Krankheiten,

„ICD-10“: F43.1). Dieser versteht eine „PTBS“ als „verzögerte (...) Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“ Zu den Krankheitszeichen gehören per Definition „das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen, Träumen oder Alpträumen (...) vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit.“ Daneben finden sich Gleichgültigkeit, Teilnahmslosigkeit sowie Übererregtheit, übermäßige Schreckhaftigkeit und Schlafstörung, sowie Suizidgedanken. Zum Syndrom gehört außerdem die Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Weiter heißt es in der Definition nach ICD-10: „Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden“. Therapeutisch stehen verschiedene Maßnahmen sowohl medikamentöser Behandlung als auch (teilweise stationärer) Psychotherapie zur Verfügung, wobei die Möglichkeit für eine erfolgreiche Behandlung zunächst von der Schaffung einer als sicher und stabil empfundenen Lebenssituation der Betroffenen abhängt. Dies ist gerade bei Menschen „mit Migrationshintergrund“, die in Deutschland oft als Asylbewerber oder Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltstitel leben, schwierig.

Im Zusammenhang mit Migration besitzt das Konzept der PTBS allerdings den bereits oben angesprochenen, ganz erheblichen Mangel: Traumatisierung wird hier als „punktueller Erfahrung“ [21] begriffen, wie etwa bei Opfern einer Naturkatastrophe, eines Terroranschlags oder eines Kriegseinsatzes. Ein derartiges Verständnis von Traumatisierung ist jedoch nicht in der Lage, den prozesshaften Charakter von Traumatisierungen etwa bei Flüchtlingen adäquat zu begreifen, sowie den Einfluss späterer Ereignisse – nach Beendigung des Ursprungstraumas – auf die Verarbeitung der belastenden Erfahrungen. Ein wesentlich besseres Verständnis bieten demgegenüber Ansätze wie das Konzept der „sequentiellen Traumatisierung“, welches der deutsch-niederländische Kinderpsychiater Hans Keilson (* 1909) bei seiner Arbeit mit jüdischen Kindern in der Nachkriegszeit entwickelte [119]: Keilson stellte fest, dass die psychische Gesundheit dieser aus den NS-Konzentrationslagern geflüchteten Kinder wesentlich davon abhing, wie sie in den Niederlanden aufgenommen worden waren. Die Art und Weise ihrer Behandlung im Exil war für ihren Gesundheitszustand bedeutsamer als die ursprünglichen Traumatisierungen

während der Verfolgung im nationalsozialistischen Deutschland [vgl. 21, 77]. Dieses, inzwischen von anderen Autoren fortentwickelte, Modell vermittelt ein wesentlich differenzierteres Verständnis von Traumatisierungsprozessen sowie den Möglichkeiten und Bedingungen ihrer psychischen Verarbeitung, als das vergleichsweise statische Konzept der PTBS. Dies gilt vor allem im Hinblick auf Migrationszusammenhänge. Es bietet eine differenziertere Grundlage für therapeutische und präventive Interventionen, beinhaltet aber gleichzeitig auch eine vergleichsweise stärkere Verantwortung für die mit den betroffenen Menschen befassten Ärzte, Therapeuten und Institutionen. Ein weiteres Problem des PTBS-Konzepts liegt in der mangelhaften Offenheit für soziokulturell bedingte Unterschiede zum Beispiel in der psychischen Verarbeitung von Traumatisierungen und der Symptombildung. Auch für die Arbeit mit traumatisierten Kindern ist dieses Traumakonzept problematisch [vgl. 201].

Die diagnostische Beurteilung möglicherweise traumatisierter Patienten erfordert hohe und spezialisierte ärztliche Kompetenz und Erfahrung sowie großes Verantwortungsbewusstsein aller mit der Betreuung der betroffenen Individuen betrauten Personen (vgl. Kap. 4.3). Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben besteht die Gefahr, dass die Patienten anstelle von Hilfe genau das Gegenteil erfahren: fortgesetzte Traumatisierungen.

3.4 ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Wie weit sind die mit dem Faktor „Migration“ assoziierten Phänomene tatsächlich *migrationsspezifisch* – entweder im Hinblick auf einen konkreten *Migrationsprozess* oder die *Zugehörigkeit zu einer mit „Migration“ identifizierten sozialen Gruppe*? Im Hinblick auf die Leitfrage der hier vorliegenden Studie (vgl. Kapitel 1) kann Folgendes festgestellt werden:

1. Der „Migrationshintergrund“ eines Menschen ist a priori keine Krankheitsursache und nicht notwendig oder unmittelbar mit besonderen Krankheitsrisiken assoziiert. Bei einem individuellen Patienten handelt es sich hier um einen mehr oder weniger bedeutsamen biografischen Faktor neben anderen. Für soziale Gruppen, die entweder passiv über ihren Migrationshintergrund definiert werden oder sich selbst aktiv darüber definieren, gilt in der Regel, dass sie in sich sehr *heterogen* sind – selbst wenn dies aus einer Außenansicht nicht wahrgenommen werden sollte.

2. Ob ein augenscheinlich zunächst plausibel erscheinender Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und Krankheit besteht, muss in jedem Einzelfall mit einer der Fragestellung angemessenen Herangehensweise untersucht werden. Forschungsansätze im Sinne einer „Black-Box-Epidemiologie“ sind wenig hilfreich.
3. Ein deutlicher Zusammenhang zwischen Migration und Krankheit besteht jedoch in den folgenden Bereichen:
 - Im Bereich der somatischen Erkrankungen sind genetisch determinierte Krankheitsbilder (z. B. einige Bluterkrankungen, M. Gaucher) bzw. Risikofaktoren bei multifaktoriell verursachten Erkrankungen (z. B. Cholesterinwerte bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen) von Bedeutung.
 - Die Verbreitung, Ausprägung und der Verlauf wichtiger chronischer Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus) und von Infektionskrankheiten wie Tbc und HIV/AIDS sowie die Möglichkeiten erfolgreicher Prävention und Therapie werden maßgeblich von den Lebensverhältnissen der betroffenen Menschen und ihrem Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung beeinflusst. Diese grundsätzliche Tatsache gewinnt in Kombination mit dem Faktor „Migration“ aufgrund der komplexen Lebenssituation mancher Migrantengruppen in Deutschland zum Teil erheblich an Bedeutung.
 - Eine besonders enge Beziehung zwischen Migration und Krankheit besteht im Bereich der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, wobei in Fällen von vorangegangener Traumatisierung insbesondere die Lebensbedingungen im Zielland der Migration bedeutsam sind für die Entstehung, Ausprägung und/oder den Verlauf psychischer Störungen. Aber auch unabhängig von Traumatisierungen sind die Lebensverhältnisse als „Migrant“ (selbst ohne eigene Migrationserfahrung, vgl. z. B. Situation von Aussiedlern der zweiten Generation, Kap. 3.3.2.2) bedeutsam für die Entwicklung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Gerade ein eindimensionaler Anpassungsprozess an die aufnehmende Gesellschaft ohne Möglichkeit zur Integration der vielfältigen Aspekte einer mehr als ein „Heimatland“ und mehr als eine Sprache umfassenden Identität, birgt offenbar ein hohes Krankheitsrisiko: zum einen über die psychische Belastung an sich, und zum anderen über eine mögliche Verringe-

rung der psychosozialen Schutzfaktoren. Auf der symptomatischen Ebene ist das Spektrum der daraus folgenden somatischen Erkrankungen bzw. Beschwerden möglicherweise weiter zu fassen als derzeit üblich und hat auch Krankheitsbilder mit vermeintlich klarer organischer Grundlage zu berücksichtigen, wie Helicobacter-assoziierte Magenkrankheiten und Herzkreislauf-Erkrankungen. Der Faktor „Migration“ verweist eindrucksvoll auf die Vielschichtigkeit von Krankheitsprozessen und die Notwendigkeit, weder die somatische noch die psychische Dimension von Krankheit zu vernachlässigen.

4. Für die medizinische Forschung sind Migration und die damit zusammenhängenden soziokulturellen und demografischen Phänomene wie etwa die Ausbildung von transnationalen Sozialräumen und Identitäten, aber auch von vielfältigen und zum Teil kaum miteinander verbundenen sozialen Milieus, eine schwierige, aber gleichzeitig auch interessante Herausforderung. Im Bereich der Epidemiologie wird Migration bisher meistens noch nicht angemessen wahrgenommen und gilt sogar als „Störfaktor“ [115: 933] für die Forschung. Gleichzeitig stellt sich die Kategorie „Migration“ (selbst in Untergliederung z. B. nach „Volksgruppen“) oft als zu grob und damit ungeeignet für aussagekräftige, epidemiologische Studien dar. Die zunehmende Bedeutung von Migration in einer globalisierten Welt, der sich kein Land und keine Gesellschaft zu entziehen vermag, verlangt jedoch, sich dieser Herausforderung ernsthaft zu stellen. Im Hinblick auf die stets geforderte „interdisziplinäre“ Zusammenarbeit vor allem zwischen Kulturwissenschaften und Medizin besteht hier noch erheblicher Handlungsbedarf.
5. Zusammenfassend kann für die Bedeutung des Faktors „Migration“ für die medizinische Forschung und Praxis das Folgende festgestellt werden: Als leicht verfügbare Antwort auf mit „Migranten“ assoziierte Fragestellungen ist der Verweis auf den Faktor Migration in der Regel ungeeignet und muss grundsätzlich skeptisch betrachtet werden, zumal der Übergang zur Stereotypie und zu nicht angebrachten Verallgemeinerungen bei derartigen „Antworten“ fließend ist. Eine hilfreiche und das Verstehen (unter Umständen sogar das Verständnis) fördernde Wirkung entfaltet der Migrationsbegriff dagegen vor allem als „Frage“: Wenn ein Zusammenhang mit „Migration“ angenommen wird oder plausibel erscheint, sollte das der Anfang und nicht das Ende des Nachdenkens und Nachforschens zu diesem Thema, Problem oder der Situation eines spezifischen Patienten sein. Der Faktor „Migration“

kann aus solch einer Perspektive eine besonders hilfreiche Wirkung entfalten, wenn er als „Marker“ für die oft – aber eben nicht stets – mit Migrationsprozessen im Bereich der Medizin zusammenhängenden Aspekte wahrgenommen wird (z. B. soziokulturelle Aspekte, im Vergleich mit der einheimischen Bevölkerung unorthodoxe Lebensverhältnisse, potenzielles Vorliegen seltener genetischer Erkrankungen wie FMF, potenzielles Vorliegen von Traumatisierungen, vermeidbare Kommunikationsprobleme etc.). Auf diese, ursprünglich von der *American Medical Association* für den verwandten Faktor „Ethnizität“ vorgeschlagene Art und Weise kann eine Erhöhung der notwendigen Sensibilität mit der Vermeidung von Stereotypen und unangebrachten Verallgemeinerungen verbunden werden [118].

6. Konkreter Handlungsbedarf besteht auf mehreren Ebenen, wobei hier explizit darauf hingewiesen sei, dass bereits in den 1970er Jahren differenzierte und im Grundsatz bis heute aktuelle Vorschläge erarbeitet und publiziert wurden [vgl. 49, 200], die allerdings weitgehend ohne Konsequenz geblieben sind.
 - *Forschung*: Wünschenswert ist die Förderung einer sozialraumbezogenen, auf konkrete regionale und/oder soziale Kontexte bezogenen epidemiologischen Forschung, die sich an der lokalen Bevölkerungsstruktur und den vor Ort relevanten Fragestellungen orientiert. Dabei sind sowohl die Perspektiven der Betroffenen (Migranten) als die der im medizinischen und sozialen Bereich tätigen Akteure zu berücksichtigen (z. B. Migrationsdienste der Wohlfahrtsverbände, humanitäre Organisationen). Ferner wäre es wünschenswert, wenn migrationsbezogene Forschung auch auf überregionaler Ebene weniger stark auf die im gesellschaftlichen und politischen Kontext etablierten Kategorien und davon abgeleiteten Dichotomien fokussiert würde, deren Nutzen für medizinische Forschung durchaus fragwürdig ist (z. B. „Migranten“ versus einheimische Bevölkerung, Menschen „mit“ und „ohne“ Migrationshintergrund, nach „Herkunft“ definierte Kohorten). Gerade die Debatte um den so genannten „Healthy-Migrant-Effect“ zeigt die Notwendigkeit möglichst präziser und an konkreten Fragestellungen orientierter Forschung.
 - *Politik und Gesellschaft*: Aus medizinischer Sicht ist eine Integrationspolitik zu fordern, die im Sinne der betroffenen Menschen Rahmenbedingungen für eine möglichst konfliktfreie Integration der aus

dem Migrationsstatus bzw. der individuellen Migrationserfahrung erwachsenen Vielfalt soziokultureller Erfahrungen, Bedürfnisse und Orientierungen im Alltagsleben erlaubt, etwa im Sinne von Mehrsprachigkeit [vgl. dazu aus pädiatrischer Sicht z. B. 112] oder einer trans- oder multinationalen Identität. Des Weiteren ist an die Notwendigkeit zu erinnern, dass nicht nur das medizinische Personal, sondern alle direkt oder indirekt mit der gesundheitlichen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund betrauten Akteure (z. B. in Behörden, Verwaltungen, Krankenkassen etc.) in der Verantwortung stehen, ihre stets gegebenen Handlungsspielräume im Sinne einer Förderung der Gesundheit der betroffenen Menschen zu nutzen. Im Konfliktfall sollten alle Beteiligten zu einer expliziten Reflexion sowohl über die moralische als auch die medizinische Dimension der verschiedenen Handlungsoptionen bereit und in der Lage sein.

- *Gesundheitsbereich*: Der konkrete Handlungsbedarf im Gesundheitsbereich wird ausführlich im nachfolgenden Kapitel 4 behandelt. An dieser Stelle sei daher allein auf die Notwendigkeit einer gezielten Ergänzung medizinischer Fachkenntnis durch sozial- und kulturwissenschaftliche Kompetenzen hingewiesen. Dabei kommt es jedoch nicht vordringlich auf den Erwerb von Faktenkenntnissen an, sondern auf methodische und theoretische Fähigkeiten, etwa zur Bewertung und quellenkritischen Analyse von wissenschaftlichen Studienergebnissen und zentralen Begrifflichkeiten im Themenkomplex „Migration und Gesundheit“, oder zur systematischen Reflexion über die sozialen, kulturellen und moralischen Dimensionen von professionellem Handeln (nicht nur) mit „Migranten“ im Bereich der Medizin.

4. MIGRANTEN IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEM

Menschen mit Migrationshintergrund sind im deutschen Gesundheitssystem sowohl als Patienten als auch als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen vertreten. In diesem Kapitel wird zunächst die Situation der Patienten betrachtet, anschließend die des Personals. Es folgen Erörterungen zu den Themenfeldern Ethik und Recht und eine abschließende Zusammenfassung und Diskussion der grundlegenden Punkte. Dabei sei eingangs dieses Kapitels erneut auf den exemplarischen Charakter der hier behandelten Punkte hingewiesen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit der Darstellung.

4.1 MIGRANTEN ALS PATIENTEN IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEM

Alle gesetzlich oder privat Versicherten haben in Deutschland den gleichen Anspruch auf eine medizinische Grundversorgung. Im Alltag bestehen jedoch erhebliche Defizite, wobei auch hier Differenzierungen vonnöten sind und die Fragen der migrationsbezogenen Spezifität der jeweils beschriebenen Probleme sowie der Ursachen und Verantwortlichkeiten sehr aufmerksam geprüft werden müssen. Eine weitere, im deutschen Gesundheitssystem sehr bedeutende Patientengruppe sind darüber hinaus Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, von denen viele (allerdings

nicht alle) als Ausländer auf sehr unterschiedlichen Wegen und aus unterschiedlichen Gründen nach Deutschland gekommen sind. Viele dieser Menschen besitzen außerdem keinen gesicherten Aufenthaltsstatus, was ihren Zugang zu medizinischer Versorgung zusätzlich erheblich erschwert. Schätzungen der OECD zufolge bewegt sich die Gesamtzahl der Ausländer ohne legalen Aufenthaltstitel in mitteleuropäischen Staaten bei etwa einem Prozent der Bevölkerung, in Deutschland also ca. 800.000 Menschen [173: 44f.; in anderen Quellen wird eine Zahl zwischen 500.000 und 1,5 Millionen Menschen angegeben, vgl. 22, 39, 47, 237].

Neben Ausländern ohne geregelten Aufenthaltsstatus besitzen außerdem eine unbekannte Zahl von legal in Deutschland lebenden Ausländern (z. B. aus Ländern der EU-Ost-Erweiterung) sowie Deutsche keinen Krankenversicherungsschutz. Nach Angaben des Malteser Hilfsdienstes, der seit 2001 in Berlin und anderen deutschen Städten (Köln, München, Hannover, Darmstadt) Ambulanzen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz eingerichtet hat, lag der Anteil der dort behandelten EU-Bürger bei ca. 20 Prozent (2007). Deutsche Patienten ohne Versicherungsschutz machen derzeit etwa acht Prozent der Patienten dieser humanitären Einrichtung in Berlin aus. 2004 lag die Zahl der deutschen Patienten bei vier Prozent, 2006 bei zehn Prozent [161-163, für weitere Informationen auch zur Situation in anderen Städten vgl. 164].

Im Hinblick auf die medizinische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund sind also neben den im vorangegangenen Kapitel drei behandelten medizinischen Fragen im engeren Sinne vor allem strukturelle und rechtliche Gesichtspunkte von Bedeutung. Darüber hinaus sind soziale und kulturelle Aspekte relevant. Im Einzelnen werden in diesem Kapitel dazu die folgenden Punkte behandelt: Zunächst werden exemplarisch einige Ergebnisse der migrationsbezogenen Versorgungsforschung referiert und mögliche Gründe für die dabei zutage tretenden Zugangshindernisse und Versorgungsmängel diskutiert. In eigenen Unterkapiteln werden anschließend die Themenbereiche „Sprache und Kommunikation“ und „interkulturelle Kompetenz“ behandelt, wobei am Beispiel Islam auch auf das Verhältnis von Religion und Medizin eingegangen wird.

4.1.1 Zur Versorgungssituation von Migranten

Einen adäquaten Zugang zu den hier behandelten Fragestellungen bietet die Versorgungsforschung: Gegenstand der Versorgungsforschung sind, ganz allgemein, die Institutionen, Arbeitsprozesse und Handlungsabläufe im Gesundheitssystem, sowie ihre sozioökonomischen Rahmenbedingungen in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit von Individuen und sozialen Gruppen [vgl. 40, 178]. Unter Alltagsbedingungen werden zum Beispiel Zugangsvoraussetzungen oder -hindernisse zur Gesundheitsversorgung untersucht, die Inanspruchnahme der verschiedenen Glieder des Gesundheitssystems oder Einflussfaktoren auf die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung. Gerade im Hinblick auf Bevölkerungsgruppen, die unter anderen (und teilweise besonders instabilen) sozialen und rechtlichen Bedingungen leben als die Mehrheitsgesellschaft oder deren Mitglieder teilweise andere (und sehr verschiedene) Vorkenntnisse, Erwartungen und Erfahrungen im Hinblick auf medizinische Institutionen besitzen, eröffnen sich auf diese Weise Einblicke von hoher praktischer Relevanz. Trotz der Heterogenität der betroffenen Patientengruppen lassen sich dabei zwei zentrale Ergebnisse der bisher durchgeführten Studien identifizieren, die damit auf besondere Problembereiche in der Gesundheitsversorgung für „Migranten“ hinweisen: Zum einen bestehen *Zugangshindernisse* zu den Leistungen des Gesundheitssystems, und zum zweiten vielfältige *Versorgungsmängel* [vgl. 15, 23, 30, 35, 84, 99, 112, 117, 156, 169, 189, 198, 217, 247].

Konkrete Hinweise auf *Zugangshindernisse* bei legal in Deutschland lebenden, krankenversicherten Migranten sind beispielsweise die durch die KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts dokumentierte, geringere Nutzung von kindlichen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und von Fachärzten sowie teilweise ein geringerer Durchimpfungsgrad, was jedoch auch mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status korrelierte [vgl. 117, 181]. Andererseits fand sich keine seltenere Nutzung von Kinder- oder Frauenärzten durch Migrantenkinder bzw. Mädchen und junge Frauen. Auch andere vom deutschen Gesundheitssystem angebotene Maßnahmen zur Krankheitsprävention und Frühdiagnostik im Bereich der Erwachsenenmedizin werden von den hier lebenden Migranten kaum in Anspruch genommen. Im Hinblick auf die kurative Versorgung gibt es bisher vor allem indirekte Hinweise auf Zugangsbarrieren. Zum einen lässt sich aus der überproportional häufigen Nutzung von Notfallambulanzen durch Migranten ein mangelhafter Zugang zu den

regulären Angeboten des Gesundheitssystems ablesen [vgl. 28] bzw. ein mangelndes (bzw. dem komplexen System nicht entsprechendes) Verständnis des Gesundheitssystems in Deutschland. Zum anderen zeigt sich aber zum Beispiel in der internistischen und psychosomatisch bzw. psychiatrischen Versorgung, dass Zentren, die wie etwa am Klinikum Marburg-Süd (Psychiatrie) oder am Universitätsklinikum Klinikum Gießen (Innere Medizin) ambulante und stationäre Versorgung in türkischer Sprache anbieten, eine Sogwirkung entwickeln, die weit über die Region in die gesamte Bundesrepublik ausstrahlt [vgl. 131].

Die Zugangshindernisse resultieren unter anderem aus einem vergleichsweise schlechteren Kenntnisstand von Migranten über die Charakteristika des deutschen Gesundheitswesens. Die vom Gesetzgeber und den verantwortlichen Institutionen vorgesehenen spezifischen Zuständigkeiten, Aufgaben und Grenzen der einzelnen Einrichtungen sind nicht selbsterklärend und mit den Systemen anderer europäischer und außereuropäischer Länder nur sehr eingeschränkt zu vergleichen. Ein den Möglichkeiten des Systems entsprechendes Nutzerverhalten basiert somit neben dem Versicherungsschutz auf Kenntnissen, die bereits bei der einheimischen Bevölkerung nicht unbedingt vorausgesetzt werden können. Hinzu kommt, dass bei Zugewanderten die Vorstellungen von der Funktionsweise des medizinischen Versorgungssystems von den spezifischen Vorerfahrungen zum Beispiel im Herkunftsland abhängen und entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen auf die Situation im Aufnahmeland zunächst übertragen werden [vgl. z. B. 25]. Verständigungsprobleme etwa aufgrund von Sprachschwierigkeiten auf Seiten von Migranten und/oder mangelhafter Kommunikationsfähigkeit bzw. -bereitschaft auf Seiten des medizinischen Personals sind ebenfalls ein bedeutsamer, die Partizipation „fremder“ Patienten im Gesundheitssystem beeinträchtigender Faktor (vgl. unten: „Sprache und Kommunikation“). Informationsvermittlung und Gesundheitsaufklärung erfolgen bisher nahezu ausschließlich in deutscher Sprache und entsprechen oft nicht der Lebenswirklichkeit gerade von Zuwanderern der ersten Generation. Folglich werden diese Menschen auch nicht erreicht. Erfolgreicher sind demgegenüber Zielgruppenorientierte Maßnahmen in Zusammenarbeit zum Beispiel mit lokalen Moscheevereinen, um gezielt die Mitglieder muslimischer Gemeinschaften anzusprechen [vgl. 12]. Schließlich werden „kulturelle“ Barrieren genannt, insbesondere im Sinne von kulturspezifischen Krankheitsvorstellungen oder einer Präferenz für „traditionelle Medizin“ als Ursachen für eine ablehnende Haltung gegenüber schulmedizinischen Leistungen [vgl. 189,

257]. Die Belege für entsprechende Angaben sind jedoch in der Regel eher schwach und nicht durch methodisch angemessene, empirische Untersuchungen erhärtet. Zu fordern sind hier zum einen die Verwendung eines angemessenen Kulturbegriffs der nicht allein die „Traditionen“ und habitualisierte Denk- und Handlungsmuster auf Seiten der „Fremden“ fokussiert (vgl. Kap. 2, sowie [241]), und zum anderen eine stärkere Anwendung adäquater Forschungsmethoden, insbesondere von medizinethnologischen oder -soziologischen Untersuchungen auf Basis qualitativer Methoden [vgl. 64, 100, 127, 148, 182, 202]. Diese erlauben ein differenziertes Verständnis konkreter Situationen jenseits stereotyper Erklärungsmuster über „fremde“ soziale Gruppen.

Die bei Migranten beobachteten *Versorgungsmängel* sind sowohl in medizinischer als auch ökonomischer Hinsicht außerordentlich besorgniserregend. In einer Literaturübersicht nennt Geiger [vgl. 84] folgende Beispiele: eine vermehrte Zahl an Fehldiagnosen bei Patienten mit Migrationshintergrund [vgl. auch 19, 20] sowie Phänomene, die mit Begriffen bezeichnet werden wie „Endlosdiagnostik“, „Drehtüreffekte“ oder auch „Polypragmasie“ (von gr. *pragma*: Handlung und *poly*: unbestimmtes Zahlwort, „viel“). Damit wird im Klinikalltag das nicht nur bei Patienten mit Migrationshintergrund bekannte Phänomen der Anwendung einer Vielzahl unangemessener diagnostischer und therapeutischer Handlungen sowie die Verschreibung von Medikamenten ohne sachliche Rechtfertigung bezeichnet. Bei vielen Patienten, die etwa in der türkischsprachigen internistischen Ambulanz des Universitätsklinikums Gießen betreut werden, kann eine äußerst komplexe „Patientenkarriere“ mit Konsultationen vieler verschiedener Ärzte sowie die Ausführung einer großen Anzahl an aufwendigen diagnostischen Verfahren rekonstruiert werden, die jedoch weder eine genaue Diagnose brachte, noch eine den Patienten zufrieden stellende Lösung bzw. Therapie. Die Gründe für die Polypragmasie können vielfältig sein, im Zusammenhang mit Migranten kann dies zumindest zum Teil als Ausdruck von Hilflosigkeit und Kommunikationsproblemen gedeutet werden, die von den behandelnden Ärzten mehr oder weniger bewusst auf diese Weise zu kompensieren versucht werden. So wird zum Teil auch die etwa in einer schwedischen Studie festgestellte, erhöhte Verordnungsrate von Schlaf- und Beruhigungsmitteln für Migranten erklärt [vgl. 103]. Daneben können jedoch auch psychosomatische Beschwerdebilder, die als solche nicht erkannt werden, eine derartige Dynamik auslösen bzw. fördern. Ein bekanntes (migrationsunabhängiges) Beispiel wäre hier etwa das Phänomen der „Herzneurose“. Gerade in

diesem Bereich besteht jedoch noch ein erheblicher Forschungsbedarf insbesondere für erklärende (und nicht allein beschreibende oder quantifizierende) Untersuchungen mit Hilfe qualitativer Methoden.

Weitere Beispiele für Versorgungsmängel, die gehäuft bei Patienten mit Migrationshintergrund vorkommen und nicht nur in Deutschland dokumentiert werden, sind zum Beispiel Verzögerungen bei der Diagnostik von Krebserkrankungen [172], in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen [vgl. 8, 35, 156, 247] sowie in der Geburtshilfe [vgl. 31, 33, 34, 55, 199], wobei es hier offenbar langsam zu einem Ausgleich der lange bestehenden Mängel etwa bei den Mutter und Kind betreffenden Komplikationsraten kommt [vgl. 31]. Des Weiteren besteht gerade bei der Betreuung von chronisch kranken Patienten, die etwa aufgrund eines Diabetes mellitus nicht nur regelmäßig Medikamente einnehmen, sondern darüber hinaus ihren Lebens- und unter Umständen auch den Ernährungsstil sehr stark modifizieren und nach medizinischen Kriterien disziplinieren müssen, ein erheblicher Nachholbedarf an Zielgruppen-orientierten Maßnahmen (z. B. muttersprachliche Schulungen und Betreuung). Neben individuellen Problemen für die Betroffenen ergeben sich aus der Fehlversorgung auch erhebliche ökonomische Belastungen für das Gesundheitssystem.

Eine besondere Versorgungssituation besteht bei Migranten, die als Flüchtlinge unter das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) fallen, sowie bei Menschen ohne legalen Aufenthaltstitel. Für Asylbewerber sind die Zugangsbarrieren zur medizinischen Versorgung dezidiert im §4 AsylbLG („Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt“) festgelegt [vgl. 43, sowie: 48, 86]. Allein die „Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ (§4 (1) AsylbLG) sowie die notwendigen medizinischen Hilfen bei „werdenden Müttern und Wöchnerinnen“ wird gewährt (§4 (2) AsylbLG). Vor dem Hintergrund des spezifischen Anwendungsbereichs des AsylbLG mag diese Regelung zunächst schlüssig erscheinen: Es soll die Leistungen für Ausländer für den befristeten Zeitraum zwischen Einreise und Entscheid über Anerkennung oder Ablehnung des Asylantrags regeln und den betroffenen Menschen medizinische Hilfe für alle in dieser Zeit auftretenden Gesundheitsprobleme garantieren. Abgesehen von der in der Realität aus unterschiedlichen Gründen teilweise extrem langen zeitlichen Ausdehnung von Asylverfahren (nicht selten ziehen sich die Verfahren über Jahre hin), und sogar unabhängig von politischen und/oder humanitären Erwägungen, ist diese Regelung aus

medizinischer Sicht jedoch hoch problematisch. Denn die aus juristischer Perspektive möglicherweise plausibel erscheinende Unterscheidung zwischen akuten und nicht akuten Erkrankungen ist medizinisch nicht haltbar. Der Übergang ist fließend, wodurch sich ein erheblicher Interpretationsspielraum mit für die betroffenen Menschen unter Umständen fatalen Auswirkungen ergibt. Ferner wird die Entscheidung über eine Zulassung oder Verweigerung medizinischer Hilfsleistungen nicht von Ärzten getroffen, sondern von medizinisch nicht kompetentem Personal der Sozialämter. Zwei Beispielfälle wurden zuletzt im *Deutschen Ärzteblatt* dokumentiert [86]: Einem Flüchtling aus Syrien, der als Jugendlicher ein Bein durch eine Landmine verlor, wird eine neue Prothese verweigert, obgleich die alte Prothese defekt ist, erhebliche Schmerzen am Beinstumpf verursacht und seine Bewegungsfreiheit stark einschränkt. Der Antrag wurde vom zuständigen Sozialamt mit der Begründung abgelehnt, dass das Ende des Asylverfahrens abzuwarten sei. Mit einer vergleichbaren Begründung wurde einer Afrikanerin verweigert, durch Folter im Heimatland verursachte Verbrennungswunden und eine Fraktur am rechten Arm behandeln zu lassen: Die Verletzungen seien nicht akut, sondern bereits vor einem halben Jahr aufgetreten und könnten nach dem erwarteten Abschluss des Verfahrens im Heimatland behandelt werden.

Darüber hinaus ist für die Situation bei Flüchtlingen die besondere Komplexität medizinischer Fragen aufgrund möglicher Traumatisierungen im Herkunftsland oder auf der Flucht anzuerkennen [vgl. Kap. 3.3.3.5 sowie: 21, 52, 58, 157, 201]. Bei Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung schließlich zum einen aus ökonomischen Gründen beschnitten (kein Krankenversicherungsschutz) und zum anderen aufgrund aufenthaltsrechtlicher Regelungen, da Patienten aus Angst vor Abschiebung den Kontakt mit medizinischen Einrichtungen nach Möglichkeit vermeiden [vgl. 6, 39, 47, 60, 91, 164, 180, 218, 237, 245]. Grundsätzlich haben Menschen ohne legalen Aufenthaltstitel in Deutschland zwar Anspruch auf medizinische Leistungen nach dem AsylbLG [22]. Nach §87 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) haben „öffentliche Stellen“ jedoch die Pflicht, Informationen über den fehlenden rechtmäßigen Status eines Ausländers an die Ausländerbehörden zu übermitteln. Der Antrag eines Patienten ohne Aufenthaltstitel auf Kostenübernahme für medizinische Leistungen nach AsylbLG verpflichtet das zuständige Sozialamt folglich zur Meldung an die Ausländerbehörde. Auch ein öffentliches Krankenhaus ist unter gewissen Umständen über-

mittlungspflichtig, wenn es „im Rahmen seiner Aufgabenwahrnehmung“ [22: 29] vom ungeklärten Aufenthaltstitel eines Patienten erfährt, wobei hier vor allem Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Bereichen Verwaltung und Abrechnung betroffen sind. Das medizinische Personal ist von der Übermittlungspflicht hingegen stets ausgenommen. Die unmittelbar mit der Patientenversorgung betrauten Berufsgruppen sehen sich einem anderen, ausländerrechtlichen Problem gegenüber: Nach §96 AufenthG kann die medizinische Betreuung von „illegalen Patienten“ als strafbare Handlung im Sinne einer „Beihilfe zum illegalen Aufenthalt“ gewertet werden. Zwar weist das Bundesministerium des Inneren in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die „Gefahr der Strafbarkeit von Helfern [nach §96 AufenthG] überschätzt“ werde, da „Verurteilungen von Personen, die aus humanitärer Motivation Hilfe geleistet hätten, nicht bekannt“ seien [22:15]. An der Praxis der Gesundheitsversorgung geht eine derartige Beurteilung jedoch vorbei, da sowohl die im Gesetz enthaltene Strafandrohung und die Bewertung medizinischer Hilfe als illegal, als auch die immer wieder wegen medizinischer Hilfe für „illegal aufhältige Migranten“ eingeleiteten Ermittlungsverfahren, eine große abschreckende Wirkung besitzen. Die komplizierte Rechtslage sowohl zur Übermittlungspflicht (§87 AufenthG), die nach Angaben des Bundesinnenministeriums außerdem europaweit allein in Deutschland besteht [22:36], als auch zur potenziellen Strafbarkeit medizinischer Handlungen nach §96 AufenthG fördern Unsicherheit sowohl bei den Patienten als auch bei den Leistungserbringern und stellen folglich ein erhebliches Hindernis für die medizinische Versorgung der betroffenen Personengruppe dar (Einblicke in die Alltagsrealität der Betroffenen vermitteln z. B. [39, 47, 57, 237]).

4.1.2 Sprache und Kommunikation

Als wichtiger Grund für die skizzierten Versorgungsmängel sowie für die vielfach berichteten Frustrationen von Patienten und Personal bei der medizinischen Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund werden häufig sprachliche Kommunikationsprobleme angeführt [vgl. 99, 122, 189, 257]. In der Tat liegen derartige Probleme auf der Hand, wenn Patienten keine oder nur sehr geringe Kenntnisse der deutschen Sprache besitzen. Situationen dieser Art gehören in deutschen Kliniken und Arztpraxen zum Alltag. Dennoch sind sie nicht die Regel, und das Thema Sprache und Kommunikation bei Patienten mit Migrationshintergrund ist komplexer als eine einfache Frage der Deutschkenntnisse auf Seiten der Patienten. Folgende Punkte sind hier zu beachten: Zum einen werden

Mängel in der Arzt-Patienten-Kommunikation nicht allein bei Patienten mit mangelhaften Deutschkenntnissen beobachtet. Dies ist ein grundlegendes und im medizinischen Alltag sehr verbreitetes Problem, welches auch einheimische Patienten betrifft und unter diesen vor allem chronisch Kranke, ältere Patienten sowie solche mit unklaren Beschwerden oder mit schlechter Prognose nach Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten. Zum anderen klagen auch Migranten mit guten deutschen Sprachkenntnissen über Kommunikationsprobleme, etwa im Sinne einer ungeduldigen oder gar abweisenden Behandlung von Seiten des Personals, wenn es ihnen nicht gelingt, kurz und prägnant die aus der professionellen Sicht „wesentlichen“ Informationen zu formulieren. Andere wiederum würden trotz guter Deutschkenntnisse aus medizinischer Hinsicht von muttersprachlichen Angeboten stark profitieren, zum Beispiel beim Vorliegen psychosomatischer Erkrankungen sowie bei chronischen Krankheiten oder bei Diagnosen mit schlechter bzw. lebensbedrohlicher Prognose. Denn gerade emotional sehr stark besetzte Themen wie Sterben und Tod sind oft in der Muttersprache besser auszudrücken als in einer Fremdsprache. Auch im Hinblick auf Sprache und Kommunikation ist also sehr genau zu analysieren, welche Probleme und Herausforderungen migrationsspezifisch sind und bei welchen es sich eher um Variationen eines in der medizinischen Versorgung allgemein sehr verbreiteten Problems handelt.

Sprache und Kommunikation sind zentrale Instrumente ärztlichen und medizinischen Handelns allgemein. Auch wenn vielfach der nackte Austausch sachlicher Informationen im Mittelpunkt zu stehen scheint, hat Kommunikation in der Medizin stets auch eine soziale Komponente. Die Begriffe und Informationen, die ein Patient bzw. seine Angehörigen erhalten, werden stets vor dem Hintergrund der individuellen Situation (geprägt z. B. durch Schmerzen, Angst, Sorgen etc.), Vorerfahrungen mit vergleichbaren Situationen, vorhandenen Wissensbeständen über den Körper, Krankheiten und Therapieverfahren sowie mit Blick auf soziale Beziehungen und unter Bezug auf kulturell und/oder religiös vermittelte Wertvorstellungen und Präferenzen gedeutet. Gleichzeitig beeinflussen psychische und soziale Faktoren die Sprache von Patienten und Angehörigen insbesondere in dem Moment, wo Fragen etwa über Krankheit, Therapie oder Prognose gestellt werden können. Diese hier nur ansatzweise skizzierte Komplexität der Kommunikationssituation zwischen Arzt und Patient, für die außerdem in der Regel nur ein sehr enges Zeitbudget zur Verfügung steht, beeinflusst auch – aber eben nicht nur – die Kom-

munikation mit „Migranten“. Auf der anderen Seite werden mangelhafte Deutschkenntnisse im medizinischen Alltag als fast gleichbedeutend mit besonderen „Schwierigkeiten“ wahrgenommen und als Hauptursache der festgestellten Probleme angesehen [vgl. 64]. Darüber hinaus ist aus medizinsoziologischen Studien bekannt, dass verschiedene soziale Faktoren (z. B. Ethnizität, sozialer Status) die Qualität der Kommunikation von Ärzten mit Patienten negativ beeinflussen können [vgl. 188, auch 114]. Gerade die soziokulturelle Dimension und die große Bedeutung psychischer Faktoren eröffnen jedoch auch besondere Handlungsspielräume. Im Folgenden werden die verschiedenen Handlungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten systematisch skizziert [vgl. 3, 4, 64, 122, 179, 212].

Um zumindest einen basalen Informationsaustausch gewährleisten zu können, ist bei manchen Patienten das Hinzuziehen eines Dolmetschers notwendig und sogar rechtlich geboten, etwa zur Aufklärung von Patienten über Operationen als Grundlage ihres dafür unverzichtbaren informierten Einverständnisses. Häufig wird in derartigen Fällen improvisiert, indem Angehörige oder nicht weiter qualifiziertes Personal mit gleicher Muttersprache um Hilfe gebeten werden. Oft werden auch Kinder hinzugezogen. All diese Improvisationen sind im Endeffekt allerdings höchst problematisch, sowohl aufgrund der mangelnden Kompetenz der Übersetzenden für medizinische Sachverhalte als auch wegen der völlig fehlenden Kontrollmöglichkeiten bezüglich Übersetzungsqualität, Zuverlässigkeit und Vertraulichkeit (Was wurde überhaupt übersetzt? Wird sich der Übersetzer an die Schweigepflicht halten?). Auch ist die soziale Problematik zu berücksichtigen, vor allem etwa wenn Kinder und minderjährige Angehörige intime Details und höchst belastende Informationen von ihren Eltern übersetzen oder diesen vermitteln sollen [vgl. Beispiele bei 109]. Dies kann im Endeffekt zu schweren Belastungen für alle Beteiligten in der ohnehin bereits extrem belasteten Krankheitssituationen führen. Abhilfe kann in vielen Fällen allein durch den Einsatz qualifizierter Dolmetscher erfolgen, ein Angebot, das an verschiedenen großen und einigen wenigen kleineren Kliniken bereits besteht (z. B. an Universitätskliniken in Hamburg und Gießen oder am Krankenhaus München-Schwabing). Kommunal orientierte Dolmetscherzentren werden z. B. vom Bayerischen Zentrum für Transkulturelle Medizin e.V. in München angeboten, oder vom Ethnomedizinischen Zentrum e.V. in Hannover [vgl. 212]. Gerade in Kliniken bietet es sich an, die muttersprachlichen Kompetenzen des Personals zu nutzen, indem Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Dolmetschern fortgebildet und nach Möglichkeit anschließend betreut und

supervidiert werden. Einwände bezüglich der aufzuwendenden Finanzmittel greifen dabei vor allem aus zwei Gründen zu kurz: Zum einen wird die rechtliche Verpflichtung, das informierte Einverständnis der Patienten zu ermöglichen, durch betriebswirtschaftliche Argumente nicht abgeschwächt. Zum Zweiten kann eine adäquate Kommunikation durch qualifizierte Dolmetscher eine kostenintensive Fehlversorgung vermeiden.

Nicht in jeder mit Sprachproblemen belasteten Situation muss jedoch auf Dolmetscher zurückgegriffen werden. Denn Kommunikationssituationen können von den Beteiligten aktiv gestaltet werden. Insbesondere die oben genannten soziokulturellen und psychischen Dimensionen von Sprache und Kommunikation können genutzt werden, vorhandene sprachliche Ressourcen auf Seiten des Patienten zu aktivieren, etwa durch eine behutsame, respektvolle Gesprächseröffnung, ein kommunikationsförderndes Setting und einen dem sprachlichen Niveau des Patienten angepassten Sprachstil. Wiederholt zeigt sich, dass auf diese Weise mit Patienten, die auf den ersten Blick kaum der deutschen Sprache mächtig sind, sinnvolle und für die therapeutische Beziehung hilfreiche Gespräche möglich sind.

Für besonders anspruchsvolle Gesprächssituationen ist es schließlich wünschenswert, dass je nach Gegenstand mehrsprachiges ärztliches und nichtärztliches Personal (Pflege, Diätberatung etc.) zur Verfügung steht, zum Beispiel für psychotherapeutische Beratung und Therapie oder für die Betreuung und gegebenenfalls Fortbildung chronisch Kranker, z. B. mit Diabetes mellitus. Denn bei Erkrankungen, deren Bedeutung tief in die Alltagswelt der Patienten hinein reicht (Ernährung, Bewegung etc.), sind Erklärungen und eine Betreuung in einer dieser Lebenswelt unmittelbar entsprechenden Sprache unverzichtbar.

4.1.3 Kultur und interkulturelle Kompetenz

Als Zugangsbarrieren für die Gesundheitsversorgung von Migranten werden vielfach kulturelle Aspekte angeführt, insbesondere „kulturspezifische“ Konzepte von Krankheit und Gesundheit auf Seiten der als „fremd“ empfundenen Patienten. Vor dem Hintergrund der in Kapitel zwei eingeführten Unterscheidung zwischen einem „essentialistischen“ Verständnis von „Kultur“ auf der einen, und „Kultur“ als analytischem Begriff auf der anderen Seite, ergeben sich dazu die folgenden Überlegungen:

4.1.3.1 Kultur und Stereotypie

Verweise auf „kulturspezifische“ Erkankungskonzepte und/oder „typische“ Verhaltensweisen im Krankheitsfall basieren in der Regel auf einem unreflektierten Kulturverständnis, welches von einer herkunftsbezogenen kulturellen „Prägung“ der Menschen ausgeht, die auch durch Migrationserfahrungen oder andere biografische Faktoren kaum Änderungen unterliege. Diese Kulturvorstellung äußert sich etwa in stereotypen Aussagen über das „mystische Medizinverständnis“ zum Beispiel „türkischer Patienten“ [257] oder die vermeintlich „ganzheitliche Wahrnehmung von Krankheit“ und einer „ganzheitlichen Präsentation von Symptomen“ bei Patienten aus dem Mittelmeerraum [189]. Auch Lehrbücher, die das „notwendige Hintergrundwissen“ zur Betreuung von Menschen aus „fremden Kulturen“ anhand von Länderlisten vermitteln [2] oder nach regionalen Schwerpunkten organisierte Fortbildungsveranstaltungen rekurrieren auf einen Kulturbegriff, der ein differenziertes Verständnis der kulturellen Dimensionen von Krankheit und Medizin – und damit der individuellen Situation eines Patienten – eher behindert als fördert. Ferner kann ein statisches Kulturverständnis der Dynamik gerade von Migrationsprozessen und den komplexen „transnationalen“ Lebenswelten nicht gerecht werden. Auch die etwa durch die „Sinus-Studie“ [225] sehr plastisch herausgearbeiteten, vielfältigen soziokulturellen „Milieus“ von „Migranten“ in Deutschland können auf diese Weise keine Berücksichtigung finden. Der Verweis auf „Kultur“ beinhaltet zudem, wenn er aus dieser Perspektive heraus vorgenommen wird, die Gefahr der unreflektierten „Kulturalisierung“ [241]: einer in der Regel auf kulturellen Vorurteilen fußenden, eindimensionalen Erklärung auffälliger Beobachtungen mit der angenommenen „Kultur“ eines als fremd empfundenen Menschen. Andere Aspekte des jeweils betrachteten Problems oder Sachverhalts geraten dabei aus dem Blick bzw. werden nicht in die Betrachtungen mit einbezogen.

Im eingangs beschriebenen Beispiel des diabetischen Patienten (vgl. Kap. 2) würde ein solches nicht reflektiertes Verständnis von Kultur vor allem auf die Aspekte „muslimische Religion“ und „türkische Abstammung“ des Patienten fokussieren, ohne Berücksichtigung der konkreten, lebensgeschichtlichen Situation und der sich aus einer differenzierteren Sicht ergebenden Handlungsmöglichkeiten für die interkulturelle Zusammenarbeit. Darüber hinaus birgt etwa die Vorstellung von einer bei Patienten aus dem Mittelmeerraum generell vorliegenden „ganzheitlichen“

Krankheitsauffassung und von einem entsprechend „unspezifischen“ Symptomausdruck mit beispielsweise multiplen Schmerzen die Gefahr, dass eine gerade bei Menschen mit Migrationshintergrund oft vorliegende, psychosomatische Problematik übersehen wird (vgl. Kap. 3).

4.1.3.2 Religion

Die Religion eines Patienten ist ein oftmals sehr wichtiger Aspekt im vielschichtigen Repertoire symbolischer Wahrnehmungsmuster, Wertorientierungen, Normen und Wissensbestände, aus dem ein Mensch seine soziale Identität und die grundlegenden Orientierungen für sein alltägliches Denken und Handeln zieht. Gerade im Hinblick auf die grundlegenden Fragen der menschlichen Existenz und damit verbundene biografische Ereignisse (u.a. Krankheit, Tod) steht jenseits ethnischer und nationaler Grenzen die große Bedeutung von Religion außer Frage. Die historisch enge Beziehung zwischen Religion bzw. religiösen Institutionen und medizinischer Fürsorge ist einer der in diesem Zusammenhang relevanten Aspekte. Bedeutsamer für den konkreten medizinischen Alltag der Gegenwart ist jedoch, die religiöse Orientierung gerade von „fremden“ Patienten nicht als „Problem“, sondern als wichtige Ressource der interkulturellen bzw. interethnischen Zusammenarbeit anzusehen: Ebenso wie bei christlichen Patienten sind Religion und der Kontakt zu Geistlichen eine enorm wichtige Quelle seelischer Kraft, Motivation und Trost. Bei Patienten mit einer als „fremd“ empfundenen Religion bietet darüber hinaus das aktive Angebot, einen entsprechenden Geistlichen zu konsultieren und in die Betreuung eines Patienten einzubeziehen, eine hervorragende Möglichkeit, den emotionalen und sozialen Kontext der therapeutischen Beziehung durch ein kleines, aber wirkmächtiges Zeichen des Respekts zu verbessern. Darüber hinaus können die im Hinblick auf islamische Patienten nicht selten beschriebenen Konflikte zwischen religiösen Verpflichtungen einerseits, und medizinischen Notwendigkeiten andererseits, (vgl. das Beispiel des muslimischen Diabetikers), in Kommunikation mit einem vom Patienten akzeptierten Geistlichen oftmals überraschend unkompliziert gelöst werden [vgl. 109, 255, 256]. Ferner bietet die Kooperation mit religiösen Gemeinschaften (z. B. Moscheevereinen) wichtige Handlungsmöglichkeiten zum Beispiel für Zielgruppenorientierte Projekte und Initiativen in den Bereichen Gesundheitsaufklärung und Prävention [12]. Ein gewisses Grundwissen um die „fremde“ Religion des Islam und z. B. über Literatur oder bestenfalls persönliche Kontakte erlangte Einblicke in die „fremde“ Lebenswelt der muslimischen

Bevölkerung in Deutschland kann hier eine für den medizinischen Alltag sehr hilfreiche Wirkung entfalten [vgl. 109, 110, 244, 255]. Auch die Aufnahme entsprechender Inhalte in die medizinische Ausbildung hat sich dort, wo dies bereits geschieht, bewährt [vgl. 126].

4.1.3.3 Interkulturelle Kompetenz

Gerade vor dem Hintergrund der wachsenden kulturellen, ethnischen und religiösen Vielfalt der in Deutschland lebenden Menschen ist es notwendig, „Kultur“ als *analytischen Begriff* zu nutzen: als „Mittel zum Zweck“ einer besseren Erfassung der soziokulturellen Realität. Denn kulturell und ethnisch beeinflusste Verhaltensweisen und gegebenenfalls Problemkonstellationen sollen weder verschwiegen noch dramatisiert, sondern vor allem möglichst differenziert verstanden werden. Für eine fruchtbare Anwendung ist daher der *respektvoll fragende Charakter* des Kulturbegriffs zu berücksichtigen, der stets nach empirischer Forschung (in der wissenschaftlichen Anwendung) oder zumindest einem „genaueren Hinschauen“ verlangt – bei gleichzeitiger Skepsis gegenüber generalisierenden Aussagen zu ethnischen Gruppen („die Türken“, „die Deutschen“ etc.). Ferner beinhaltet der Blick auf die „fremde“ immer auch eine Reflexion über die „eigene“ Kultur, etwa über die als handlungsleitend anerkannten bzw. unbewusst verinnerlichte Werte, Normen und Prioritäten. In diese Kategorie fallen auch das Krankheitsverständnis und die Handlungsprioritäten von medizinischem Personal, einschließlich seiner Erwartungen vom „guten“ Patienten [vgl. 64]. Neben den explizit anerkannten Werten (wie dem Anspruch, sowohl patientenzentriert als auch den zunehmend enger gefassten ökonomischen Maßstäben entsprechend zu handeln) sind dabei auch unbewusste Vorstellungen, Auffassungen und Empfindungen (zum Beispiel gegenüber „fremden“ Menschen verschiedener Herkunft) relevant und müssen, so weit es geht, aktiv reflektiert werden. Außerhalb Deutschlands werden gerade zu diesem Thema relevante und gleichzeitig in ihrer Aussage irritierende Forschungen vorgenommen, in den wichtigsten medizinischen Fachzeitschriften publiziert und zur Diskussion gestellt. So hat zum Beispiel eine aufwendige Untersuchung der mit dem Islam assoziierten Vorstellungen und oft implizit verbundenen Werturteile in den wichtigsten, englischsprachigen medizinischen Fachzeitschriften (Untersuchungszeitraum: 1966-2005) gezeigt, dass die islamische Religion eines Patienten von den Autoren medizinischer Publikationen signifikant häufig mit Vorurteilen bezüglich höherem Krankheitsrisiko oder dem negativem Einfluss von „Traditionen“ assoziiert

wurde [147]. Auch fand sich, dass der Islam generell als „Problem“ für eine auf der modernen Medizin basierende Gesundheitsversorgung bewertet wurde. Beeinflussen derartige Werturteile auch die konkrete Gesundheitsversorgung? Die Auswertung demographischer Daten aus dem US-Bundesstaat Kalifornien zeigte eine signifikant erhöhte Rate von Geburtskomplikationen bei Schwangeren mit arabischem Namen nach dem 11. September 2001 [150]. Ein weiteres Beispiel sind statistische Untersuchungen bei kardiologischen Patienten in den USA aus denen hervorging, dass die Zeit von der Einlieferung eines akut herzkranken Menschen bis zur medikamentösen Therapie oder der Anlage eines Herzkatheters bei afroamerikanischen Patienten signifikant länger dauerte als bei weißen, und zwar unabhängig von weiteren sozioökonomischen Daten oder dem Vorhandensein einer Krankenversicherung [vgl. 36, 142]. Das in den Diskussionen der Befunde zunächst angeführte Argument, dies sei dem spezifischen Krankheitsverständnis der schwarzen Patienten und kulturell bedingten Vorbehalten gegenüber schulmedizinischen Interventionen geschuldet, konnte nicht bestätigt werden. Bedeutsamer war offenbar die Haltung der Ärzte und des Personals gegenüber dieser Patientengruppe. Eine vergleichbare Interpretation ergab auch die kritische Überprüfung des in Deutschland bei Patienten aus dem Mittelmeerraum oft vermuteten, vermeintlich stärker ausgeprägten Schmerzempfindens („Morbus Mediterraneus“): eine biomedizinische Ursache konnte bisher nicht erhärtet werden. Die verbreitete Wahrnehmung dieser Verhaltensweise bei Patienten aus dem Mittelmeerraum ist eher auf spezifische Vorannahmen und entsprechende Verhaltensweisen auf Seiten des Personals zurückzuführen [74, 125, vgl. auch 207].

In den Pflegewissenschaften, wo die Beschäftigung mit dem Themenfeld „interkulturelle Kompetenz“ auch in Deutschland bereits eine vergleichsweise lange Tradition besitzt [vgl. 80, 94, 95, 132, 239, 255, 261], wird die kulturspezifische Perspektive inzwischen zum Teil explizit im Sinne eines allgemein personenbezogenen Ansatzes definiert [vgl. 262, 263]. Damit wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass Kultur kein ethnisch spezifisches, sondern ein Phänomen von allgemeiner Relevanz darstellt, und eine explizite Berücksichtigung von „Kultur“ in der medizinischen Versorgung Möglichkeiten zu einer stärker am Individuum orientierten Gesundheitsversorgung eröffnet – einschließlich des möglicherweise vorhandenen Migrationshintergrundes eines Patienten.

Zusammengefasst beinhaltet der Begriff „interkulturelle Kompetenz“ in der Gesundheitsversorgung vor allem Sensibilität für die im Einzelfall relevanten soziokulturellen Aspekte von Krankheit, medizinisch-therapeutischen Maßnahmen und insbesondere der sozialen Interaktion zwischen medizinischem Fachpersonal und Patienten bei augenscheinlich bestehenden kulturellen und/oder ethischen Unterschieden. Die Wahrnehmung und Bewertung kultureller Differenz ist dabei stets abhängig vom situativen Kontext und von subjektiven Voraussetzungen auf beiden Seiten (Identität, Vorerfahrungen, Interessen etc.). Eine zweite grundlegende Qualität interkultureller Kompetenz liegt folglich in der Fähigkeit zur expliziten Reflexion über die Bedeutung dieser Aspekte für das eigene professionelle Handeln. Kenntnisse über „fremde Kulturen“ sind dabei insoweit sinnvoll, wie sie zum Nachdenken und im konkreten Einzelfall zu respektvollem Nachfragen Anlass geben und mit der notwendigen Skepsis gegenüber Verallgemeinerungen und Stereotypen einhergehen. Wichtiger sind ein grundlegendes Verständnis der zentralen Begrifflichkeiten (z. B. Migration, Kultur; vgl. Kap. 2) und ihrer Bedeutung im Bereich der Medizin, auf der Basis theoretischer Einsichten, Debatten und Kritik aus den relevanten Sozial- und Kulturwissenschaften [vgl. 100, 124, 205, 241].

Da Migranten außerdem als Angehörige sozialer und ethnischer Minderheiten auch im Bereich der Gesundheitsversorgung besonders anfällig sind für Ausgrenzung und Benachteiligung, sind ferner moralische Sensibilität und eine explizite Aufmerksamkeit für die ethischen Dimensionen interkultureller Zusammenarbeit in der Medizin von großer Relevanz. Nicht umfassendes Faktenwissen, welches im Sinne einer Festplatten-Metapher vom Nutzer im Bedarfsfall „abgerufen“ wird, sondern die so genannten „soft skills“ wie Reflexions- und Kommunikationskompetenz sowie Empathie und die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel sind die zentralen Aspekte von „interkultureller Kompetenz“ in der Medizin.

4.2 MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER MIT MIGRATIONSHINTERGRUND IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEM

In allen Bereichen des Gesundheitssystems sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund vertreten. Ihre spezifischen Kompetenzen – vor allem sprachlicher und kultureller Art – sind wichtige Ressourcen im Gesundheitssystem. Bisher ist jedoch der Anteil beispiels-

weise von Ärzten nicht-deutscher Abstammung noch sehr gering, insbesondere im niedergelassenen Bereich. Als Beispiel sei die Situation in Hessen skizziert: Hier stellt die türkischstämmige Bevölkerung mit annähernd 300.000 Menschen die größte Gruppe ausländischer Herkunft dar. Für eine muttersprachliche Versorgung stehen jedoch derzeit nur 36 niedergelassene türkische Ärzte zur Verfügung, wobei die ohnehin sehr schlechte Quote gerade bei Fachärzten noch ungünstiger ist. So gibt es beispielsweise hessenweit nur einen türkischsprachigen Gastroenterologen (in Frankfurt), einen Kardiologen (in Kassel), einen Orthopäden mit Sitz in Bad Homburg sowie einen Facharzt für Psychiatrie in Frankfurt. In ganz Hessen findet sich kein niedergelassener türkischer Neurologe, kein Urologe, kein Dermatologe. Dennoch hält es die kassenärztliche Vereinigung Hessen nicht für notwendig, in Gebieten mit hohem Migrantenanteil zusätzliche Kassenzulassungen für z. B. türkische Ärzte einzurichten. Hier muss die Politik einwirken und dafür Sorge tragen, dass die gesetzlich verankerte Versorgung aller Patienten tatsächlich gewährleistet ist. Dabei geht es explizit nicht um die Schaffung von Parallelstrukturen im Gesundheitswesen, sondern um die konkrete Hilfe, Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zur medizinischen Versorgung zu erleichtern.

Für ausländische Ärzte aus Nicht-EU-Ländern wie der Türkei ist die Ausübung ihres Berufs in Deutschland trotz des Bedarfs (allgemeiner Ärztemangel sowie Bedarf an mehrsprachigem ärztlichem Personal) an mehrere Bedingungen geknüpft [Auskunft des Prüfungsamts für Heilberufe in Frankfurt/Main, vom Juni 2008]. Diese werden von den Antragstellern häufig als unbegründet hart empfunden, und die Entscheidung über die Anerkennung der beruflichen Qualifikation ist an ein im Einzelfall kompliziertes Verfahren geknüpft: Die Zulassung zur Ausübung des ärztlichen Berufs ist in Deutschland durch die Bundesärzteordnung (BÄO) geregelt. Grundsätzlich wird die Erteilung der Approbation nach §3 der BÄO geregelt und ist an die deutsche oder eine EU-Staatsbürgerschaft geknüpft (BÄO §3, Absatz 1, Satz 1, Nr. 4). Dies gilt auch für Nicht-EU-Ausländer, die ihr Medizinstudium in Deutschland durchgeführt und erfolgreich abgeschlossen haben. Ausländer aus Nicht-EU-Mitgliedstaaten können folglich die Approbation als Arzt in Deutschland nicht erhalten, selbst bei Studium und erfolgreichem Studienabschluss in Deutschland. Allerdings ist die Ausübung des ärztlichen Berufs nach §2 (Absatz 2) der BÄO auch aufgrund einer Erlaubnis zulässig, die Nicht-EU-Bürgern ausgestellt werden kann (Details regelt §10 BÄO). Sie ist jedoch an einen sicheren Auf-

enthaltstitel gebunden. Eine Ausbildung im Ausland muss in jedem Fall als der deutschen Ausbildung medizinisch gleichwertig anerkannt sein, was im Falle von Mitgliedstaaten der EU grundsätzlich zutrifft (gemäß den EU-Rahmenrichtlinien sind dies 5.500 Stunden und sechs Jahre Ausbildung, Details regelt auch hier §3 BÄO).

Ärzte aus Nicht-EU-Ländern, die ihre Ausbildung im Heimatland absolviert haben, müssen zur Erlangung der deutschen Approbation also zwei Bedingungen erfüllen: Nachweis der EU-Gleichwertigkeit ihrer Ausbildung sowie den Besitz der deutschen Staatsbürgerschaft oder die eines EU-Mitgliedslands (Einbürgerung). §10 BÄO regelt schließlich die Möglichkeiten, ohne deutsche Approbation in Deutschland den Beruf als Arzt auszuüben, wobei die ärztliche Tätigkeit in diesem Fall örtlich und zeitlich begrenzt ist. Wenn die vom Antragsteller vorgelegten Zeugnisse dokumentieren, dass der EU-Ausbildungsstandard gegeben ist und z. B. ein Teil der Ausbildung (Facharztausbildung) in Deutschland erfolgte, kann auf die Gleichwertigkeitsprüfung verzichtet werden. Die Beurteilung der Gleichwertigkeit der Ausbildung, und damit die Zulassung zur ärztlichen Tätigkeit, wird in den einzelnen Bundesländern von unterschiedlichen Behörden erteilt. In Hessen ist derzeit das Hessische Landesprüfungsamt für Heilberufe (LPA) zuständig. Das Prüfungsamt entscheidet aufgrund der vom Antragsteller vorgelegten Unterlagen, ob Gleichwertigkeit bescheinigt werden kann, oder eine Gleichwertigkeitsprüfung durch ein von der Landesärztekammer bestelltes, ärztliches Gremium zu erfolgen hat. Aufgrund dieser Verfahrensweise liegt die Entscheidung, ob Gleichwertigkeit vorliegt oder nicht, im Wesentlichen in der Hand des Landesprüfungsamts. Die konkreten Entscheidungskriterien sind vielen Antragstellern nicht klar ersichtlich und die Entscheidungsgrundlage nicht immer nachvollziehbar. Hier besteht Handlungsbedarf im Sinne der Schaffung einer transparenten und zumindest im Hinblick auf Entscheidungskriterien und Verfahrensfragen bundeseinheitlichen Regelung, die es auch ausländischen Ärzten aus Nicht-EU-Ländern bei entsprechender Qualifikation erlaubt, die ärztliche Approbation in Deutschland zu erlangen.

Auch im Hinblick auf die Pflege und medizinische Assistenzberufe wäre es wünschenswert, mehr qualifizierte Fachkräfte mit Migrationshintergrund auszubilden – vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung insbesondere im Bereich der Altenpflege [zur Situation älterer Migranten vgl. z. B. 167]. Hierfür gilt es, bei den Institutionen, die für die jeweilige

Ausbildung verantwortlich sind, ein entsprechendes Bewusstsein zu schaffen. Schon jetzt herrscht in diesen Berufen ein Mangel an bilingualem Personal und die Bewerber-Situation ist äußerst ungünstig. Daher sollten Jugendliche gezielt über diese Berufe informiert und dabei gestärkt und unterstützt werden, sich für eine Ausbildung im medizinischen und Pflege-Bereich zu entscheiden.

4.3 ETHIK UND RECHT

Manche Bereiche der medizinischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund beinhalten Herausforderungen für die medizinische Ethik, die im Folgenden in Grundzügen dargestellt werden sollen. Zum Teil kommt es dabei auch zu Konflikten zwischen Grundpositionen der ärztlichen Ethik und einigen juristischen Regelungen, vor allem des Ausländerrechts. Um die hier relevanten ethischen Grundsätze und ihre Bedeutung für die Medizin adäquat einschätzen und gegenüber den in Rede stehenden rechtlichen Regelungen abwägen zu können, sind einige grundlegende Anmerkungen zu den „vielen Bedeutungen des ‚Ethischen‘ in der Medizin“ [37] angebracht. Denn der Begriff „Ethik“ wird derzeit auf sehr verschiedene Arten und mit sehr unterschiedlichen Bedeutungen verwendet.

Eine Bedeutung des Ethischen in der Medizin bezieht sich auf die so genannte *Bioethik*, die in der Regel als Teilgebiet der philosophischen Ethik verstanden wird und sich primär mit normativen Fragestellungen befasst, die aus den Entwicklungen der biomedizinischen Wissenschaften und den immer weiter reichenden Handlungsmöglichkeiten der Medizin vor allem in den westlichen Industrienationen entstehen [vgl. 65]. Die Themengebiete umfassen zum Beispiel die Frage nach der ethischen Zulässigkeit von modernen Verfahren der Reproduktionsmedizin. Problemstellungen aus dem Themenbereich Migration spielen in bioethischen Diskursen eine vergleichsweise geringe Rolle. Allerdings führt die zunehmende Bedeutung religiöser Vielfalt in Deutschland zu Fragen nach der Bewertung umstrittener medizinischer Verfahren der modernen Medizin, etwa durch den Islam [vgl. 66, 67, 109, 110, vgl. auch 72, 73].

Ein weiterer Bereich der medizinischen Ethik befasst sich mit der *Zulässigkeit von medizinischer Forschung* an Menschen, etwa zur Prüfung von Medikamenten in klinischen Studien. Die Beurteilung obliegt Ethikkommissionen der forschenden Institutionen. Das Thema Migration ist auch

hier bisher nicht von großer Relevanz, zumal in Deutschland offenbar bisher nicht versucht wurde, Medikamente oder andere Therapieverfahren spezifisch für „ethnisch“ definierte Gruppen zu entwickeln (anders in den USA).

Eine weit größere Bedeutung als in den bisher genannten Bereichen hat das Thema Migration schließlich im Hinblick auf ethische Fragen im klinischen Alltag (*klinische Ethik*) [vgl. 102, 125]. Die Probleme liegen hier allerdings nicht auf einer abstrakten philosophischen Ebene, da es nicht um Fragen nach neu zu begründenden oder zu beurteilenden normativen Standards geht, wie etwa in der Bioethik. Die Probleme liegen hier eher im „traditionellen“ Bereich der ärztlichen Ethik. Sie betreffen die Umsetzung der grundlegenden Prinzipien medizinischen Handelns unter Alltagsbedingungen und im Geflecht vielfältiger Interessen und subjektiv empfundener oder realer Zwänge. Aufgrund fremder Lebenswelten und als fremd wahrgenommenen Verhaltensweisen, der religiösen Orientierung und des oft in weite soziale Bezüge eingeordneten Umgangs mit Krankheit, kann es zu Konflikten zwischen zum Beispiel den Erwartungen und Handlungsprioritäten des medizinischen Personals auf der einen und manchen Patienten mit Migrationshintergrund auf der anderen Seite kommen. In solchen Situationen ist stets die Gefahr gegeben, dass allgemein bekannte Problemkonstellationen vor dem Hintergrund der „ethnischen“ Identität des Patienten als „Migrant“ als „migrations-“ oder „kulturspezifisch“ und damit genuin „anders“ bewertet werden als vergleichbare Situationen bei einheimischen Patienten. Denn unterschiedliche Perspektiven und damit auch Bewertungen von Krankheitsereignissen, Therapiezielen und -maßnahmen sind nicht abhängig von Ethnizität oder Migrationshintergrund. In derartigen Fällen ist „interkulturelle Kompetenz“ besonders gefordert, wobei neben der differenzierten Reflexion über die eigenen Werte und Handlungsziele insbesondere an die „respektvoll fragende“ Dimension des analytischen Kulturbegriffs zu erinnern ist.

Ein weiterer, medizinethisch relevanter Punkt berührt die grundlegende Verpflichtung ärztlichen Handelns auf die Gesundheit und das Wohl des einzelnen Menschen, für den eine Ärztin oder ein Arzt in der Ausübung ihres/seines Berufes Verantwortung übernimmt. Dieses, bereits im „Hippokratischen Eid“ angelegte Prinzip ist die unverzichtbare Grundlage für das Vertrauen des Patienten in jede Ärztin und jeden Arzt [vgl. 88]. Allerdings zeigt die historische Erfahrung nicht nur aus der Zeit des

Nationalsozialismus eindrücklich, dass Ärztinnen und Ärzte in verschiedenen Kontexten durchaus in der Lage sind, freiwillig oder unter Druck dieses Prinzip aufzugeben, insbesondere bei Patienten aus den so genannten „vulnerablen“ – also „verletzlichen“, weil sozial ausgegrenzten oder gar verfolgten – Gruppen, wie etwa ethnischen und sozialen Minderheiten. Aus diesem Grund wurde 1948 vom Weltärztebund eine „moderne“ Form des „Hippokratischen Eides“ verabschiedet, das „Genfer Gelöbnis“. Dieses bildet bis heute die normative Grundlage ärztlichen Handelns und ist den Berufsordnungen für Ärzte der Landesärztekammern als Präambel vorangestellt. Zwei Punkte sind dazu im Kontext der medizinischen Versorgung von Migranten besonders relevant und sollen hier hervorgehoben werden: Zum einen beinhaltet das Genfer Gelöbnis (im Gegensatz etwa zum Hippokratischen Eid) eine klare Hierarchie der für den Arzt/die Ärztin relevanten Werte, an deren Spitze der „Dienst“ an der „Menschlichkeit“, die „Gewissenhaftigkeit“ der Berufsausübung sowie die „Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit“ der Patienten stehen. Zum Zweiten wird explizit jede Diskriminierung nach „Religion, Nationalität, Rasse (...)“ ausgeschlossen. Im Bereich der Pflege ist dieses Prinzip in dem vom Deutschen Berufsverband für Pflegenden anerkannten Ethikodekodex des *International Council of Nurses* enthalten.

In der Regel werden ethische Prinzipien wie die genannten nicht in Frage gestellt und als „selbstverständlich“ vorausgesetzt. Im Kontext der medizinischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund kann es jedoch zu Konflikten zwischen diesen grundlegenden Prinzipien ärztlichen Handelns und gesetzlichen Regelungen wie etwa dem Aufenthaltsgesetz (AufenthG, Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet) und damit verbundenen Maßnahmen der Ausländerbehörden und des Bundesgrenzschutzes kommen (vgl. Kap. 4.1.1): Denn nach §87 AufenthG besteht eine Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen (öffentliche Krankenhäuser, Sozialämter) von Informationen über sich illegal in Deutschland aufhaltende Ausländer. Darüber hinaus kann medizinische Hilfe für diese Menschen nach §96 AufenthG als Straftatbestand der „Beihilfe zum illegalen Aufenthalt“ interpretiert und verfolgt werden. Der Forderung der Bundesärztekammer, diese Paragraphen zu ändern, um Rechtssicherheit für Ärzte zu schaffen, die ihrer berufsethischen Verpflichtung nachkommen und Menschen unabhängig vom Kriterium des Aufenthaltsstatus zu behandeln, wurde von politischer Seite bisher jedoch nicht entsprochen. Zuletzt stellte Bundesinnenminister Dr. Wolfgang Schäuble in einem Brief

vom 10. August 2007 [42:5] an den Präsidenten der Bundesärztekammer, Professor Jörg-Dieter Hoppe, zwar fest, dass die medizinische Behandlung eines sich illegal in Deutschland aufhaltenden Ausländers keinen der nach dem AufenthG vorgesehenen Straftatbestände erfüllen würde [vgl. auch 22]. Die Praxis zeigt jedoch, dass Staatsanwaltschaften und Ausländerbehörden diese Auffassung entweder nicht teilen oder nicht zur Kenntnis nehmen. Seit dem Schreiben des Bundesinnenministers an den Präsidenten der Bundesärztekammer sind wiederholt Ermittlungsverfahren gegen Ärzte eingeleitet worden, die den obersten ethischen Prinzipien ihres Berufsstandes entsprechend handelten.

Ein weiteres Konfliktfeld, in dem neben Menschlichkeit und Patientenwohl insbesondere das Prinzip der Gewissenhaftigkeit unter Druck gerät, besteht bei der Betreuung und insbesondere Begutachtung von Ausländern die zur Rückführung anstehen [58, 82, 88, 141]. Im vorangegangenen, den medizinischen Fragen im engeren Sinne gewidmeten Kapitel drei, wurde auf die Problematik der psychischen Folgen von Traumatisierungen bei Flüchtlingen hingewiesen (Kap. 3.3.3.5). Dabei wurde zum einen festgestellt, dass das Nicht-Erinnern von traumatischen Ereignissen sowie widersprüchliche Darstellungen des Erlebten zum weltweit anerkannten Kanon der Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung gehören. Darüber hinaus wurde auf die medizinische Bedeutung einer als sicher empfundenen und von weiteren Belastungen freien Exilsituation verwiesen. Vor diesem Hintergrund ist aus ärztlicher Sicht eine Behandlung von Asylbewerbern zu fordern, die die medizinischen Erkenntnisse im Sinne der Betroffenen anerkennt und eine qualifizierte ärztliche Betreuung dieser Menschen ermöglicht. Ferner besteht bei der gutachterlichen Tätigkeit von Ärzten die professionelle Pflicht zur „gewissenhaften“ Ausführung der ärztlichen Tätigkeit, was bei zur Rückführung anstehenden Ausländern eine differenzierte und auf neue Informationen adäquat reagierende Begutachtung nicht allein der Flugtauglichkeit, sondern auch die Berücksichtigung zielstaatsbezogener Abschiebehindernisse erfordert. Gerade die Komplexität der Symptomatik von psychisch-reaktiven Traumafolgen erfordert dabei ein hohes Maß an sehr spezifischer, medizinischer Fachkompetenz von den die Begutachtung durchführenden Ärzten. Nur entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte sind in der Lage, einen präzisen psychischen Befund zu erheben, der unter anderem auch eine sachgerechte Differenzierung zwischen tatsächlich vorliegenden, psychischen Störungen und willentlich beeinflussten Symptomen („Simulation“) erlaubt. Um die Zahl qualifizierter ärztlicher Gutachter zu erhöhen, hat die

Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern ein entsprechendes Fortbildungscurriculum entwickelt, so dass inzwischen ausreichend entsprechend ausgebildete Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen [vgl. 41, 51, 52]. Es stimmt allerdings nachdenklich, dass eine 2004 von einer Arbeitsgruppe von Ländervertretern und Bundesärztekammer entwickelte Handreichung zu Fragen der ärztlichen Mitwirkung bei Rückführungsfragen, die sowohl ausländerrechtlichen Bestimmungen und medizinischen Fragen gerecht wird, als auch der ethischen Verantwortung, stets im Sinne des Patienten zu handeln, bisher allein durch das Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen umgesetzt wird [vgl. 88].

5. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KONSEQUENZEN

Aus der in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Analyse des Themenbereichs „Migration und Gesundheit“ ergeben sich insbesondere die folgenden, zusammenfassenden Schlussfolgerungen, denen am Ende konkrete Handlungsempfehlungen angeschlossen werden:

5.1 MEDIZIN, MIGRATION UND GESUNDHEITSVERSORGUNG IN EINER GLOBALISIERTEN WELT

Migration, ethnisch-kulturelle Vielfalt und die zunehmende Bedeutung transnationaler Lebenswelten und Identitäten sind als gesellschaftliche Realität am Beginn des 21. Jahrhunderts auch im Bereich der Medizin und der Gesundheitsversorgungssysteme anzuerkennen. Für ein differenziertes Verständnis der sich aus dieser Situation ergebenden Herausforderungen und Perspektiven für die medizinische Praxis sowie für Wissenschaft und Forschung, Aus- und Weiterbildung, Prävention und Politik sind vor allem die folgenden Punkte von grundlegender Bedeutung.

5.1.1 „Migration“: Eine ambivalente Kategorie

Die Frage, ob die mit dieser Entwicklung verbundenen Herausforderungen im Sinne aller Beteiligten – mit und ohne „Migrationshintergrund“ – angemessen gemeistert werden

können, hängt wesentlich von einer differenzierten Analyse und einer von kurzfristigen – politischen, gesellschaftlichen oder ökonomischen – Interessen unabhängigen Bewertung der gegenwärtigen Situation ab. Vor dem Hintergrund, dass Migration und Zuwanderung keine neuartigen und keine vorübergehenden Erscheinungen in Deutschland sind und in Zukunft, etwa im Rahmen der fortschreitenden europäischen Integration, eher noch an Bedeutung zunehmen werden, folgt die Notwendigkeit einer systematischen Beschäftigung mit diesem Themenkomplex, einschließlich der historischen und globalen Dimensionen der Thematik. Die starke Präsenz der Themen „Integration“ und „Zuwanderung“ in der öffentlichen Wahrnehmung ist in dieser Hinsicht als ambivalent zu beurteilen: Zum einen erhalten bisher wenig beachtete Themen wie die Notwendigkeit einer an die gesellschaftliche Realität in Deutschland angepassten Gesundheitsberichterstattung endlich breitere Aufmerksamkeit und institutionelle Förderung. Zum anderen besteht jedoch die Gefahr, die mit der Gesundheitsversorgung von „Migranten“ identifizierten Probleme oder Herausforderungen *allein* vor dem Hintergrund des „Migrationsstatus“ eines Individuums oder einer sozialen Gruppe zu betrachten und damit andere – sehr grundlegende – Aspekte aus dem Blick zu verlieren bzw. gar nicht erst in den Blick zu nehmen. Drei Beispiele mögen dieses Problem illustrieren:

- Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde mehrfach darauf hingewiesen (etwa im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Migration und Krankheit in Kap. 3 und Problemen der medizinischen Versorgung in Kap. 4), dass der Faktor „Migration“ nur ein Aspekt in der Biografie eines Individuums ist, und dass über ihren spezifischen Migrationshintergrund klassifizierte Personenkreise sehr heterogen sind und nicht klar von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund abgegrenzt werden können. Auf der anderen Seite besteht derzeit jedoch sowohl von politischer als auch von medizinischer Seite eine große Nachfrage nach zum Beispiel epidemiologischen Informationen über „Migranten in Deutschland“ im Allgemeinen oder über einzelne, in der Regel nach Kriterien wie „Herkunft“ oder „Abstammung“ klassifizierte Migranten-Gruppen. Fragestellungen dieser Art sind ohne Zweifel legitim, führen aber nur selten zu befriedigenden Ergebnissen. Für medizinische Themen erweisen sich im politischen und gesellschaftlichen Kontext plausible und nützliche Kategorien (z. B. „Migrationshintergrund“, Staatsbürgerschaft) offenbar als problembehaftet und dem spezifischen Gegenstand nicht in jedem Fall angemessen.

- Die Beurteilung von Maßnahmen und Initiativen im Gesundheitsbereich aus einer an den aktuellen politischen Debatten um „Integration“ orientierten Perspektive kann zu Irritationen über die spezifischen, im Gesundheitsbereich geltenden normativen Maßstäbe führen. Ein Beispiel ist hier etwa das Thema „deutsche Sprachkenntnisse“ bei Migranten: Projekte wie die Einrichtung von Dolmetscherdiensten in Krankenhäusern, Sprachkursen für medizinisches Personal (z. B. „Türkisch am Krankenbett“) oder entsprechende Lehrveranstaltungen für Medizinstudierende werden nicht selten unkritisch im Sinne der auf gesellschaftspolitischer Ebene wichtigen Diskussion um Integration durch Spracherwerb beurteilt und zum Teil heftig kritisiert. Hauptkritikpunkt ist, dass auf diese Weise „falsche“ Anreize für Migranten mit schlechten deutschen Sprachkenntnissen gesetzt würden und entsprechende Projekte daher der Integration von Migranten nicht zuträglich seien. Derartige Argumentationsmuster verkennen, dass die Qualität der medizinischen Versorgung nach den allgemein anerkannten ethischen und juristischen Standards nicht abhängig gemacht werden darf von den individuellen Deutschkenntnissen eines Patienten.
- Die Konjunktur des Themenbereichs Migration und Integration fördert neben den aus vieler Hinsicht notwendigen Analysen, Debatten und Initiativen auch die Entwicklung und Verbreitung von Stereotypen über die im Fokus stehenden Bevölkerungsgruppen. Dies ist kein absichtsvoll beförderter Prozess, sondern eine „Begleiterscheinung“, die unter anderem durch eine nicht immer differenzierte Berichterstattung in den Massenmedien sowie durch ebenfalls nicht stets an Differenzierung, sondern im Gegenteil an Zuspitzung interessierten Beiträgen im politischen Raum unterstützt wird. So werden Kommunikationsprobleme mit Patienten mit Migrationshintergrund oftmals einseitig (und in vielen Fällen tatsachenwidrig) auf mangelhafte Deutschkenntnisse der Migranten zurückgeführt, strukturelle Probleme (z. B. Zeit, situativer Kontext, Kommunikationsstil des medizinischen Personals, vgl. unten: Kap. 5.1.2) werden dagegen ausgeblendet. Ein anderes Beispiel betrifft die vermeintlich „kulturspezifischen“ Krankheitsvorstellungen oder Verhaltensweisen im Krankheitsfall zur Erklärung von Problemen bei der medizinischen Versorgung von Migranten, wobei entsprechende Aussagen sich in der Regel einseitig auf die „Kultur“ der als „fremd“ empfundenen Menschen beziehen und nicht durch adäquate Forschungsergebnisse gestützt werden. Bei „Migranten“ erscheint als „besonders“ (exotisch), was auch bei Menschen ohne Migrationshintergrund bekannt

und verbreitet ist (z. B. subjektive Wahrnehmung von Krankheit, Sprechen in Metaphern, Nutzung von „traditioneller“ oder „alternativer“ Medizin [vgl. zum letzten Punkt: 13]). Andere Aspekte sozialer, biografischer, medizinischer oder auch rechtlicher Art geraten dagegen aus dem Blick (z. B. Traumatisierungen, Aufenthaltsstatus etc.). In der Ethnologie wird daher von „Kultur“ als Argumentationsstrategie gesprochen, die im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung von Migranten benutzt werde, um von anderen Fragen „abzulenken“ [170, 241].

Die starke Präsenz der sozialen Kategorie „Migrant“ und verwandter Formen wie „Menschen mit Migrationshintergrund“ suggeriert Einheitlichkeit, wo vor allem Differenzierung vonnöten wäre. Denn das womöglich wichtigste Merkmal, welches „die“ Migranten von Nicht-Migranten unterscheidet, ist schließlich die besondere Heterogenität dieser etwa 19 Prozent der in Deutschland lebenden Bevölkerung umfassenden Gruppe.

5.1.2 Migration und strukturelle Aspekte der Gesundheitsversorgung

Wird das Thema „Migration und Medizin“ jedoch aus einer etwas größeren Distanz betrachtet, unter Einschluss einer historischen Perspektive, die sowohl den Blick in die Vergangenheit als auch eine Prognose für die Zukunft beinhaltet, und unter Einschluss globaler Bezüge, dann erscheinen viele Aspekte der Thematik in einem durchaus veränderten Licht. Insbesondere wird deutlich, dass es sich bei den derzeit vor allem mit dem Thema „Migration“ identifizierten Problemen und Herausforderungen im Kern um Variationen struktureller Probleme der „modernen“ Medizin und Gesundheitsversorgung handelt, von denen im Endeffekt Menschen mit und ohne Migrationshintergrund gleichermaßen betroffen sind: Der Zusammenhang zwischen *sozialem* Status und Gesundheit etwa ist eine historische Konstante in der Medizin, wobei neben ökonomischen Dimension (z. B. Armut als Gesundheitsrisiko) insbesondere Phänomene wie soziale Ausgrenzung von Angehörigen ethnischer Minderheiten und anderer „vulnerabler“ Gruppen von Bedeutung sind (z. B. Nichtsesshafte). Soziokulturelle Differenz ist außerdem ein wichtiger Faktor in der professionellen Beziehung zwischen medizinischem Personal und Patient, deren möglicherweise negative Auswirkungen z. B. auf den Kommunikationsstil und den Umgang mit Angehörigen entsprechender sozialer Gruppen stets aufs Neue reflektiert und durch adäquates professionelles Handeln vermieden werden müssen.

Die immer stärkere Ausrichtung medizinischen Handelns und medizinischer Institutionen an administrativen und ökonomischen Vorgaben ist ein weiterer Punkt: Die Möglichkeiten für eine individuell gestaltete therapeutische Beziehung werden zunehmend beschnitten, der Zeitrahmen für ärztliches und vor allem pflegerisches Handeln immer enger gefasst und zunehmend stärker nach primär betriebswirtschaftlichen Kriterien bemessen. Mit dem „Menschen“ hinter der administrativ erfassten „Krankheit“ verschwindet allerdings nicht nur der Migrationshintergrund mancher Patienten aus dem Blick. Eine den individuellen Bedürfnissen, Problemen, Ressourcen und der Lebenssituation der Patienten gerecht werdende Gesundheitsversorgung ist auf diese Weise kaum noch zu realisieren. Besonders stark betroffen sind auch von derartigen Entwicklungen in der Regel die Angehörigen „vulnerabler“ Gruppen.

5.1.3 Medizin und globaler Wandel

Bezüglich der Bereiche medizinische Forschung, Prävention sowie Aus- und Weiterbildung gerät ein anderer Aspekt in den Mittelpunkt: Im Kontext von Migration und Globalisierung wird deutlich, wie sehr die Definition medizinischer Probleme und Fragestellungen an ein statisches, raum- und geschichtsloses Verständnis von Medizin und Krankheit gebunden war und weitgehend noch gebunden ist. „Krankheiten“ werden nach in der „westlichen“ Medizintradition entstandenen, global einheitlichen Kriterienkatalogen klassifiziert und definiert sowie nach weitgehend ähnlichen und in der Regel ebenfalls in den westlichen Industrienationen entwickelten Schemata diagnostiziert und therapiert. Faktoren wie Migration, soziokultureller Wandel und transnationale Lebenswelten finden als Einflussgrößen in Krankheitskonzepten und Versorgungssystemen allenfalls marginale Berücksichtigung und werden in der Epidemiologie sogar ganz offen als „Störfaktoren“ bezeichnet [115].

Krankheiten und Epidemien in sozial instabilen bzw. sich sehr schnell wandelnden Gesellschaften (wie in Osteuropa oder in vielen Entwicklungsländern) sowie bei Migranten können mit derartigen Ansätzen oft nur schwer beschrieben oder gar verstanden werden. Ferner werden auch Gesellschaften wie Deutschland im Kontext der Globalisierung zunehmend „unübersichtlicher“, wovon unter anderem Medizin und Gesundheitsversorgung betroffen sind. Prozesse wie Migration und soziokultureller Wandel sind für die medizinische (z. B. epidemiologische) Forschung bisher aber nur schwer erfassbar, unter anderem aufgrund der Komplexi-

tät der diversen und teilweise sogar unbekanntem Einflussfaktoren. Diese Themen in die medizinische Forschung, Aus- und Weiterbildung sowie in zielgruppenorientierte Präventionsstrategien zu integrieren, ist eine enorme Herausforderung für die Zukunft. Für Deutschland bietet das Themenfeld „Migration“ dazu ein ebenso interessantes wie relevantes Feld, das aber im konventionellen Kanon medizinischer Disziplinen nicht institutionell verankert ist. Gerade im internationalen Maßstab zeigt sich, dass Deutschland in diesem Bereich einen erheblichen Nachholbedarf hat. So ist z. B. das im europäischen und nordamerikanischen Ausland breit akademisch institutionalisierte Fach der „Medical Anthropology“ an deutschen Universitäten bisher kaum vertreten. Wissenschaftlern in Deutschland bieten sich in diesem Bereich bisher nur sehr geringe berufliche Perspektiven.

5.2 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Konkrete Maßnahmen, um den Herausforderungen durch Migration und ethnisch-kulturelle Vielfalt im Gesundheitswesen zu begegnen, werden oft als Strategien oder Projekte zur „interkulturellen Öffnung“ des Gesundheitswesens bezeichnet [vgl. 5, 14, 15, 84, 85, 92]. Dieser Ausdruck verweist auf die Notwendigkeit, Strukturen und institutionelle Handlungsabläufe im Gesundheitswesen für das Phänomen der ethnisch-kulturellen Vielfalt innerhalb der in Deutschland lebenden Bevölkerung zu „öffnen“. Voraussetzung ist allerdings, dass Initiativen zur „interkulturellen Öffnung“ mehr als punktuelle Maßnahmen umfassen. Zum Beispiel ist die Einrichtung eines Gebetsraums für muslimische Patienten in einer Klinik an sich zwar ein sinnvolles Projekt. Wenn gleichzeitig aber kaum Zugang zu Dolmetschern besteht oder das Personal unter Zeitbedingungen arbeiten muss, die eine individuelle Betreuung und empathische Kommunikation mit Patienten mit geringen Deutschkenntnissen ausschließen, ist die Einzelmaßnahme eher als symbolischer Akt zu bewerten, der nicht den Kriterien einer ernsthaften Strategie zur interkulturellen Öffnung einer medizinischen Einrichtung entspricht. Grundsätzlich sind stets der lokale Bedarf und lokale Handlungsmöglichkeiten für eine integrierte Strategie zu prüfen. Die Definition der konkreten Prioritäten sollte dabei unter der Maßgabe der bestmöglichen medizinischen Betreuung der Bevölkerung im Einzugsbereich der Einrichtung und in Absprache mit den Zielgruppen erfolgen.

Von verschiedenen Institutionen wurden bereits Handlungsempfehlungen erarbeitet und publiziert [vgl. 29, 60, 160, 166]. Aus der Sicht der Autoren der vorliegenden Studie besitzen die folgenden Punkte Priorität, wobei neben konkreten Maßnahmen unter Rückgriff auf Ausführungen im vorangegangenen Kapitel auch unverzichtbare theoretische Punkte angesprochen werden:

- Eine sinnvolle Verwendung des konkreten *Schlüsselbegriffs* „Migration“: Es ist unverzichtbar, dass die Schlüsselbegriffe „Migration“ und „Kultur“ in einer dem Themenbereich entsprechend reflektierten, verantwortungsvollen Art und Weise verwendet werden.

Nicht zuletzt im Hinblick auf die oben angesprochene Ambivalenz der aktuellen Konjunktur des Begriffs „Migration“ sei hier daher an die in Kap. 1 vorgestellte Leitfrage der vorliegenden Studie erinnert: Wie weit sind die mit dem Faktor „Migration“ assoziierten Phänomene tatsächlich *migrationspezifisch* – entweder im Hinblick auf einen konkreten Migrationsprozess oder auf die *Zugehörigkeit zu einer mit „Migration“ identifizierten sozialen Gruppe*?

Im medizinischen Alltag kann es ferner sinnvoll sein, den Begriff „Migration“ als *Marker* zu verwenden (vgl. Kap. 3, sowie [118]), für die möglicherweise zu erwartenden, besonderen Probleme eines Patienten oder innerhalb einer sozialen Gruppe. Ziel ist die Erhöhung der notwendigen Sensibilität für eine dem Individuum bzw. dem betroffenen Kollektiv gerecht werdende Gesundheitsversorgung. Jenseits von Stereotypen kann auf diese Weise zum Beispiel die Aufmerksamkeit für psychosomatische Beschwerdebilder bei Patienten mit Migrationsbiografie erhöht werden, ebenso wie für die oft zunächst widersprüchlich erscheinenden Beschwerdebilder von Menschen mit erlittenen Traumatisierungen oder für in Deutschland seltene Erkrankungen mit genetischer Ursache (z. B. Familiäres Mittelmeerfieber).

- Anerkennung und Nutzung adäquater *wissenschaftlicher Kompetenz*: Das soziokulturelle Phänomen Migration konfrontiert Medizin und Gesundheitsversorgung mit Fragestellungen und Problemen, die mit den in der Medizin ansonsten dominierenden, naturwissenschaftlich orientierten Forschungsansätzen nicht adäquat erfasst werden können. So ist eine breitere Anerkennung und Nutzung der wissenschaftlichen Kompetenz von Geistes- und Kulturwissenschaften essentiell. Insbe-

sondere im Hinblick auf eine inhaltliche Beschäftigung mit den Perspektiven, Methoden und Erkenntnismöglichkeiten zum Beispiel der Ethnologie besteht erheblicher Nachholbedarf. An Stelle einer fruchtbaren, interdisziplinären Kooperation sehen sich die Sozial- und Kulturwissenschaften derzeit allerdings noch in einem „regelrechten Abwehrkampf gegen naive, utilitaristische und reduktionistische Kulturkonzepte“ [124: 170] im Bereich der Medizin involviert.

Im Spannungsfeld von Medizin, Recht und Politik wird aber auch medizinische Fachkompetenz nicht stets in dem Maße anerkannt und genutzt, wie es dem Gegenstand – der medizinischen Versorgung von kranken Menschen – angebracht wäre. Insbesondere im Hinblick auf traumatisierte Flüchtlinge, Asylbewerber und Fragen zur Rückführung/Abschiebung von Ausländern werden medizinisch relevante Entscheidungen von nicht qualifiziertem Personal getroffen (z. B. in Sozialämtern bezüglich Leistungen nach dem AsylBwLG, vgl. Kap. 4). Und zur Prüfung der Glaubhaftigkeit der von einem Flüchtling vorgebrachten Angaben hinsichtlich des Vorliegens einer traumatischen Erkrankung vertrauen manche Juristen eher den eigenen, „alltagspsychologischen Schlüssen“ [58: 21] als fachärztlichen Gutachten. Gerade weil das Symptombild traumatischer Erkrankungen ausgesprochen vielgestaltig und folglich sehr schwer adäquat zu beurteilen ist, ist in diesem sensiblen Bereich ein hohes Maß an spezifischer ärztlicher Kompetenz und Erfahrung zu fordern [41, 51, 52]. Auch Vorwürfe der „Simulation“ von Symptomen durch Patienten oder von „Gefälligkeitsgutachten“ durch Ärzte können stichhaltig allein durch von den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften als für diese Aufgabe qualifiziert anerkannte, ärztliche oder psychologische Gutachter geprüft und bewertet werden.

- Förderung der medizinischen *Aus- und Weiterbildung*: Voraussetzung für das Gelingen jeder Initiative zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund ist eine entsprechende Aus- und Weiterbildung der mit der Umsetzung betrauten Menschen. Neben dem medizinischen Personal sind dabei auch alle weiteren Berufsgruppen zu involvieren, einschließlich des administrativen Personals.

Die notwendigen Ausbildungsinhalte umfassen grundsätzlich die Themenfelder, die auch in der vorliegenden Studie dargestellt werden,

wobei stets eine Anpassung an die spezifischen Bedürfnisse und Anforderungen der einzelnen Berufsgruppen besteht. Ein zentrales Element jedes Lehrangebots ist dabei das Thema „interkulturelle Kompetenz“ in dem in Kapitel 4 (4.1.3.3) skizzierten Sinne: Anstelle von „Faktenwissen“ über „fremde Kulturen“ sollten vor allem Reflexions- und Kommunikationskompetenz sowie die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel vermittelt werden. Dazu sind innovative didaktische Konzepte notwendig, um zum Beispiel über Praktika, Besuche bei Sozialdiensten oder geeignete Medien (Literatur, Film) Einblicke in die „fremden“ Lebenswelten von Migrantengruppen zu vermitteln. Eine fachwissenschaftlich fundierte Darstellung und Verwendung der theoretischen Grundlagen und -begriffe (aus Medizin und Kulturwissenschaften!) muss gewährleistet sein. Einen unverzichtbaren Bestandteil jedes Aus- und/oder Weiterbildungsprogramms bilden ferner die rechtlichen und ethischen Aspekte der Thematik, angepasst an die spezifischen Tätigkeitsfelder und die Kompetenzbereiche der verschiedenen mit der medizinischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund direkt oder indirekt betrauten Berufsgruppen (einschließlich Verwaltung und Behörden). Das gemeinsame Ziel entsprechender Kurrikula ist die Förderung von individueller Handlungskompetenz in ethischer Verantwortung.

In der Pflegewissenschaft und -ausbildung (einschließlich Altenpflege) sind entsprechende Inhalte in Deutschland bereits wesentlich breiter etabliert als im Bereich der ärztlichen Ausbildung. Allein an der Universität Gießen wird eine solche Lehrveranstaltung für Medizinstudierende bisher kontinuierlich angeboten [126]. Auf internationaler Ebene dagegen sind interkulturelle Themen bereits in wesentlich stärkerem Ausmaß institutionalisiert [vgl. 9, 61, 62, 78, 158, 185, 187].

- Zielgruppen- und sozialraumorientierte Angebote und Initiativen: In allen Bereichen des medizinischen Versorgungssystems sind zielgruppen- und sozialraumorientierte Angebote und Initiativen notwendig, um Zugangshindernisse und Versorgungsmängel abzubauen. Weder im Bereich der klinischen Medizin oder der ambulanten (hausärztlichen) Versorgung, noch in den Bereichen Altenpflege oder Hospiz kann derzeit – trotz vielfältiger Initiativen auf lokaler Ebene – von einer befriedigenden Situation gesprochen werden.

Voraussetzung für derartige Projekte ist stets eine an den spezifischen Zielgruppen oder der lokalen/regionalen/kommunalen Situation orien-

tierte Bedarfserhebung. Hier besteht ein weites Handlungsfeld zum Beispiel für kommunale Gesundheitsämter und andere lokal oder regional tätige Institutionen [vgl. 14, 15]. Ferner ist die Zusammenarbeit zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst und Migranten-Organisationen (z. B. religiöse Gemeinschaften) und Sozialverbänden (Migrationsdienste) sinnvoll, sowohl zur Bedarfserhebung als auch zur Ausarbeitung konkreter Initiativen.

Konkrete, zielgruppenorientierte Initiativen umfassen zum Beispiel: Präventionsstrategien und Aufklärungskampagnen zu besonderen Risikofaktoren (z. B. Rauchen) oder zur Früherkennung von Erkrankungen (Darmkrebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen), Informationsangebote über die Funktionsweise des Gesundheitssystems und das spezifische Leistungsangebot der diversen Einrichtungen (in idealer Form als lokaler „Gesundheitswegweiser“), Betreuungsangebote für chronisch Kranke (z. B. Diabetes mellitus, HIV/AIDS). In all diesen Bereichen ist es dabei nötig, sozial, sprachlich und kulturell auf die Zielgruppen einzugehen, und zwar auf der Basis von möglichst gut begründetem Wissen über die Lebensverhältnisse und Wünsche/Handlungsprioritäten sowie die realen Handlungsoptionen der Betroffenen [vgl. z. B. 12, 174]. Darüber hinaus ist es sinnvoll, entsprechende Angebote kontinuierlich zu überprüfen und nach sinnvollen Maßstäben zu evaluieren, unter expliziter Berücksichtigung der Perspektive der Betroffenen.

Zu den zielgruppenorientierten Angeboten gehört außerdem die *flächendeckende Einführung adäquater Dolmetscherdienste*, angepasst an die lokalen Bedürfnisse und mit gesicherter Finanzierung. Ferner müssen muttersprachliche Angebote gerade im Bereich der psychiatrischen, psychosozialen und psychosomatischen Versorgung eingerichtet werden, wobei auf das große Potential der in Deutschland ausgebildeten ausländischen Fachkräfte oder solcher mit Migrationshintergrund hingewiesen sei.

- *Abbau von rechtlichen Zugangsbarrieren*: Einschlägige Regelungen im Aufenthaltsgesetz (AufenthG) sowie im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBwLG) stellen rechtliche Zugangsbarrieren dar, mit teilweise dramatischen Konsequenzen für die betroffenen Menschen (vgl. Kap. 4). Aus medizinischen wie humanitären Erwägungen ist zu fordern, dass die entsprechenden Zugangshindernisse abgebaut werden, insbesondere die europaweit einzigartige Übermittlungspflicht nach § 87 AufenthG

