

Tagungsdokumentation

Migration und Gesundheit

Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung

Migration und Gesundheit

Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung

Vorträge der Jahrestagung des Deutschen Ethikrates 2010

Herausgegeben vom Deutschen Ethikrat

Vorsitzender: Prof. Dr. Edzard Schmidt-Jortzig
Jägerstraße 22/23 • D-10117 Berlin
Telefon: +49/30/20370-242 • Telefax: +49/30/20370-252
E-Mail: kontakt@ethikrat.org
www.ethikrat.org

© 2010 Deutscher Ethikrat
Alle Rechte vorbehalten.
Eine Abdruckgenehmigung wird auf Anfrage gern erteilt.
Layout: Torsten Kulick
Umschlaggestaltung: BartosKersten Printmediendesign, Hamburg
Titelillustration: Manfred Bogner

ISBN 978-3-941957-15-2

INHALT

- Seite 7 >> Vorwort
- Seite 13 >> Maria Böhmer
Gesundheit als Ziel der Integrationspolitik
- Seite 21 >> Oliver Razum
Gesundheit von Migranten: Hintergründe
- Seite 29 >> Ilhan Ilkilic
Medizinethische Aspekte des interkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnisses
- Seite 41 >> Theda Borde
Frauengesundheit und Migration: Bedürfnisse – Versorgungsrealität –
Perspektiven
- Seite 53 >> Alain Di Gallo
Risiken und Chancen der Migration aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht
- Seite 59 >> Andreas Spickhoff
Spezielle Patientenrechte für Migranten? Juristische und rechtsethische
Überlegungen
- Seite 79 >> Bettina Schlemmer
„Migranten ohne Pass“ beim Arzt: Realität und politische Konsequenzen
- Seite 85 >> Ulrike Kostka
Die medizinische Versorgung von Migrantinnen und Migranten zwischen
Solidarität und Eigenverantwortung
- Seite 95 >> Autorinnen und Autoren
- Seite 97 >> Abbildungsnachweis

Vorwort

Mit seiner zweiten Jahrestagung wandte sich der Deutsche Ethikrat am 20. Mai 2010 einem Thema zu, das außerhalb des Bereichs der Biomedizin und der damit verbundenen bioethischen Fragestellungen liegt. Nach § 2 Abs. 1 des Gesetzes zur Einrichtung des Deutschen Ethikrates befasst sich der Rat zwar in erster Linie mit Problemen, die „im Zusammenhang mit der Forschung und den Entwicklungen insbesondere auf dem Gebiet der Lebenswissenschaften und ihrer Anwendung auf den Menschen“ stehen. Allerdings sieht der Deutsche Ethikrat in dem Wort *insbesondere* die Legitimation dafür, sich auch solchen ethischen Fragestellungen zuwenden zu können, die jenseits des Kontextes der biomedizinischen Forschung angesiedelt sind.

In Deutschland leben nach Angaben des Statistischen Bundesamtes rund 16 Millionen Menschen mit einem sogenannten „Migrationshintergrund“ (Mikrozensus 2009). In der abstrakten Sprache der Bevölkerungsstatistik sind Personen mit Migrationshintergrund „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“. Somit gehören auch Spätaussiedler und deren Kinder zu der tatsächlich sehr heterogenen Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund, von denen ein Drittel schon seit ihrer Geburt in Deutschland lebt.

Das Verständnis von Krankheit und Gesundheit ist kulturell unterschiedlich geprägt und kann Einfluss auf das Gesundheitsverhalten sowie auf medizinische Therapieentscheidungen haben. Für den Gesundheitszustand wie für die adäquate Nutzung

der bei uns zur Verfügung stehenden medizinischen Angebote sind weniger die Nationalität oder der Zeitpunkt der Zuwanderung entscheidend als vielmehr der soziale und kulturelle Kontext, in dem sich die Betroffenen bewegen, sowie Form und Verlauf der Interaktion, die sie mit dem deutschen Gesundheitssystem eingehen.

Längst nicht alle Schwierigkeiten und Missverständnisse, die dabei auftreten können, sind spezifisch für Migrantinnen und Migranten, denn Faktoren wie Lebensalter, Geschlecht, Bildung oder soziale Schichtzugehörigkeit überlagern die Frage der ethnischen Herkunft in komplexer und im Einzelfall überraschender Weise. Während im Arzt-Patienten-Gespräch eine deutsche Rechtsanwältin ihre diffusen Beschwerden im linken Oberbauch vielleicht in treffenderen Worten darzustellen vermag als ein aus Griechenland stammender Gastwirt, so könnte dieser doch jedenfalls dann im Erkenntnisvorteil sein, sobald die medizinische Zustandsbeschreibung *Splenomegalie* – eine krankhafte Vergrößerung der Milz – zur Sprache kommt. Auf der anderen Seite wird es für Patientinnen und Patienten mit geringen deutschen Sprachkenntnissen von essenzieller Bedeutung sein, dass sie etwa angesichts einer Krebsdiagnose über die vorgeschlagene mehrstufige Behandlung und über deren für ihr weiteres Leben einschneidende Folgen in ihrer Muttersprache aufgeklärt und beraten werden können.

Die sprachliche und kulturelle Vielfalt, der man heute in Deutschland sowohl aufseiten der Patientinnen und Patienten als auch zunehmend bei Ärztinnen, Ärzten und Pflegepersonal begegnet, stellt eine erhebliche Herausforderung, zugleich aber, sofern sie klug genutzt wird, eine Bereicherung dar. Denn die moderne Medizin ist keineswegs nur jene angewandte Naturwissenschaft mit einer weltweit nach identischen Standards forschenden und in internationalen Zeitschriften publizierenden *Scientific Community*, als die sie sich auf Fachkongressen gerne präsentiert. Die Heilkunde ist zugleich eingebunden in ein soziales Gefüge, das Gesundheit und Krankheit als normativ zu bestimmende Gegenstände und eben nicht bloß als objektiv vorgefundene biologische Phänomene erweist. Im Hinblick auf ihre subjektive Wahrnehmung, ihre verbale beziehungsweise nonverbale Darstellung, ihre professionelle Beschreibung und gegebenenfalls ihre therapeutische Beeinflussbarkeit sind Gesundheit und Krankheit als historisch wandelbare Erscheinungen aufzufassen, die kulturellen, sozialen und mentalen Einflüssen unterliegen.

Für die Medizin und die im Bereich der Medizin Tätigen jeglicher Nationalität ist es wichtig und lehrreich, sowohl die anthropologischen Gemeinsamkeiten wie die kultur- und persönlichkeitsbedingte Verschiedenartigkeit ihrer Patientinnen und Patienten zu erleben und zu respektieren. Dabei tauchen oftmals auch kritische Fragen zur konkreten Gestaltung des Miteinanderlebens in einer pluralen Gesellschaft auf. So fordern die einen volle Partizipation der Migrantinnen und Migranten sowie mehr Multikulturalität. Auf einer stärkeren Integration, Assimilation und Akzeptanz der hiesigen Traditionen beharren wiederum andere, die sich mitunter ähnlich

fremd in der eigenen Stadt fühlen wie die Zugewanderten. Die Notwendigkeit, Vorurteile abzubauen, wird auf beiden Seiten zwar gesehen, doch den ersten Schritt soll die jeweils andere Seite tun. Zudem macht es eine in Deutschland vorwiegend auf staatliche Interventionen ausgerichtete Mentalität den Menschen manchmal zu leicht, sich abzukapseln und darauf zu warten, dass jeweils „die anderen“ den nächsten Zug machen. Mehr Aktivität statt Reaktion, mehr Interesse statt Abgrenzung, mehr Offenheit und dialogische Kritikfähigkeit statt Verslossenheit und schweigsame Aggressivität – das sind jedenfalls Wünsche, die man an beide Seiten richten muss, an die Einheimischen wie an die Hinzugekommenen.

Der Deutsche Ethikrat hat mit seiner Jahrestagung unterschiedliche Facetten des Themas Migration und Gesundheit aus der spezifischen Perspektive der Ethik aufgezeigt, sie mit Expertinnen und Experten verschiedener Fachrichtungen und Praxisfelder diskutiert sowie die in der Regel vor allem sozialpolitisch analysierte Thematik als ethisch relevant dargestellt.

Zu Beginn beschrieb Staatsministerin Maria Böhmer, die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Gesundheit als Ziel der Integrationspolitik. Deutschland verstehe sich inzwischen nicht nur als Einwanderungs-, sondern auch als Integrationsland; der Handlungsbedarf im Bereich Migration und Gesundheit sei groß. Gesundheit und Pflege seien in dieser Legislaturperiode ein Schwerpunkt der Bundesregierung. Sie hob besonders die Notwendigkeit einer interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens und der Förderung interkultureller Kompetenz in den Ausbildungskonzepten der Gesundheitsberufe hervor. Die kulturelle Altenpflege sei ein zentrales Thema; ebenso wichtig sei jedoch die Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit. Außerdem müsse die Forschung zur Datenlage in der Gesundheits- und Pflegeberichterstattung gefördert werden, um zielgenauer vorgehen zu können, den Handlungsbedarf wirklich zu identifizieren und auch Lösungen zu entwickeln.

Das sich daran anschließende Spektrum der fachwissenschaftlichen Vorträge entfaltete sich ausgehend von den medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen über eine kulturwissenschaftlich geprägte Medizinethik hin zu spezifischen Gesundheitsproblemen von Frauen sowie von Kindern und Jugendlichen im Kontext der Migration. An die medizinischen und epidemiologisch fokussierten Referate schlossen sich juristische und rechtsethische Überlegungen an. So wurde die Frage untersucht, ob und inwieweit spezielle Rechte vor allem im Hinblick auf eine adäquate medizinische Aufklärung für Migrantinnen und Migranten zu fordern sind, damit diese ihre in der Menschenwürde und dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht begründete Selbstbestimmung innerhalb des Arzt-Patienten-Verhältnisses tatsächlich ausüben können. Einblick in ein spezielles Problem der Versorgungswirklichkeit bot sodann ein aus der ärztlichen Praxis schöpfender Beitrag über die besondere Situation von irregulär Zugewanderten und deren medizinische Versorgung.

Mit einem Vortrag über das Spannungsfeld zwischen Solidarität und Eigenverantwortung, das sich bei dem existenziellen Gut *Gesundheit* beziehungsweise seiner Wiederherstellung ergibt, wurden die Hörerinnen und Hörer schließlich in die soziale Dimension des Themas eingeführt: Welche Rechte und Pflichten ergeben sich angesichts der medizinischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten einerseits für die professionellen Akteure im Gesundheitswesen, die Organisationen, die Kostenträger, für die politische Gestaltung des Gesundheitssystems und für die aufnehmende Gesellschaft insgesamt? Welche eigenen Aktivitäten kann und darf man andererseits legitimerweise von den Migrantinnen und Migranten dabei erwarten?

Den Abschluss der Jahrestagung bildete eine Podiumsdiskussion, an der Stefanie Vogelsang, MdB und Mitglied des Gesundheitsausschusses, ehemalige Dezernentin für den Bereich Gesundheit in Neukölln, Hamit Ince, Oberarzt am Klinikum Warendorff und Vorsitzender der deutsch-türkischen Medizinergesellschaft, Yasemin Yadigaroglu, die sich als Sozialwissenschaftlerin für eine Aufklärung über Verwandtenehen engagiert, und Axel W. Bauer als Mitglied des Deutschen Ethikrates teilnahmen. Die Podiumsteilnehmer diskutierten und erweiterten die Fragestellungen der Tagung vor dem Hintergrund ihrer Praxiserfahrungen: Wie beurteilen Menschen mit Migrationshintergrund, hier ein Psychiater und eine Sozialwissenschaftlerin, die zwar selbst in Deutschland aufgewachsen sind, deren Vorfahren aber aus der Türkei kamen, den von ihnen miterlebten und aktiv gestalteten Prozess zunehmender Partizipation und Integration in das von der Familie zunächst wohl als fremd empfundene neue Heimatland? Wo zeigen sich hier gegenwärtig bemerkenswerte Fortschritte, Defizite oder gar Rückschritte und wo bestehen aktuelle, ethisch gerechtfertigte Erwartungen von Migrantinnen und Migranten an Politik und Gesellschaft, aber auch umgekehrt berechtigte Erwartungen von Gesellschaft und Politik an Migrantinnen und Migranten?

Selbstverständlich konnte die Tagung nicht alle Facetten des komplexen Zusammenhangs von Migration und Gesundheit in den Blick nehmen. Der Deutsche Ethikrat wollte indessen vor allem Öffentlichkeit und Politik für die ethischen Aspekte sensibilisieren, die mit dem Thema Migration und Gesundheit verbunden sind. Den Referentinnen und Referenten ist es gelungen, die unterschiedlichen Perspektiven der von ihnen repräsentierten Fachgebiete deutlich zu machen und sie im interdisziplinären Dialog aufeinander zu beziehen. Dafür danken wir allen Mitwirkenden recht herzlich.

Wenn es um ethische Fragen geht, sind inhaltliche Kontroversen nicht zu vermeiden. Meinungsverschiedenheiten sollten daher durchaus zugelassen werden, denn sie fördern eine ernsthafte ethische Argumentation. Als ein wichtiges Ergebnis der Jahrestagung lässt sich jedenfalls festhalten, dass auf den angesprochenen Ebenen ein differenzierter Umgang mit dem Phänomen Migration erforderlich ist,

der es ermöglicht, die Menschen als Individuen wahrzunehmen und dennoch ihre mit dem Migrationshintergrund verbundenen spezifischen Bedürfnisse adäquat zu berücksichtigen.

Der Deutsche Ethikrat hat einen Impuls gegeben, der nun gesellschaftliche und politische Wirkungen entfalten möge.

Axel W. Bauer
Mitglied des Deutschen Ethikrates

Gesundheit als Ziel der Integrationspolitik

Ich bin dem Deutschen Ethikrat für die Themen, die er bisher im Bereich der Biomedizin behandelt hat, außerordentlich verbunden. Aber als ich erfahren habe, dass der Ethikrat seine Jahrestagung 2010 dem Thema Migration und Gesundheit und der kulturellen Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung widmet, habe ich mich als Beauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration ganz besonders gefreut. Zum einen, weil der Handlungsbedarf in diesem Feld außerordentlich groß ist, und zum anderen, weil wir in dieser Legislaturperiode einen Schwerpunkt auf das Thema Gesundheit und Pflege im Bereich Migration setzen wollen. Ich bin deshalb sehr gespannt, welche Impulse von der heutigen Tagung ausgehen und wie sich die Diskussion weiterentwickelt.

Das Thema Gesundheit und Pflege mit Blick auf Migrantinnen und Migranten befindet sich in vielen Bereichen noch in der Anfangsphase. Hier gilt es die Chance zu nutzen, die Weichen richtig zu stellen. Es geht hierbei um die verschiedensten Fragestellungen und Themen.

Im Mittelpunkt steht die Verantwortung, die wir für alle Menschen in unserem Land haben, wenn es um Gesundheit und um gute medizinische Versorgung geht. Es geht nicht darum, ob jemand Mitglied in der einen oder anderen Krankenkasse ist oder wie die aktuelle Diskussion über das Gesundheitswesen läuft, sondern es geht darum, allen, die in unserem Land leben, die notwendige medizinische Hilfe und pflegerische Versorgung zuteilwerden zu lassen.

Mit Blick auf die immer größer werdende Gruppe der Migrantinnen und Migranten in Deutschland ist es hilfreich, sich zunächst einige Zahlen vor Augen zu führen:

Wir haben 15 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Das sind immerhin 20 Prozent der Bevölkerung. Die Gesamtbevölkerung wird älter und zunehmend weniger. Aber die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund steigt an. Diese Bevölkerungsgruppe ist jünger als der Durchschnitt. In der Altersgruppe unter sechs Jahren macht der Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund bereits ein Drittel aus. Diese Rahmendaten sind auch für das Thema Gesundheit und Pflege von Bedeutung.

Natürlich wissen wir, dass die Verteilung von Menschen mit Migrationshintergrund in den Regionen in Deutschland unterschiedlich ist. Es finden sich Unterschiede zwischen den Industrieregionen, den westlichen und östlichen Bundesländern, den ländlich geprägten Regionen und den großen Städten. Das Thema wird aber in zunehmendem Maße für alle wichtig.

Wir dürfen dabei nicht ausschließlich auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen schauen. Berücksichtigt werden muss auch die wachsende Gruppe derjenigen, die als Arbeitsmigrantinnen und -migranten vor 40 Jahren zu uns gekommen sind, die geblieben sind und die hier in Deutschland älter geworden sind. Im Jahr 2005 waren 1,2 Millionen Migrantinnen und Migranten älter als 64 Jahre. Bereits im Jahr 2008 war diese Zahl schon auf 1,4 Millionen angestiegen. Ein Blick auf die nachfolgenden Jahrgänge zeigt, dass diese Altersgruppe noch weiter anwachsen wird.

Aus integrationspolitischer Sicht ist es wichtig, dass wir uns nicht nur um die Integration der jüngeren und älteren Bevölkerungsgruppen kümmern, sondern an alle Altersgruppen denken. Deutschland versteht sich inzwischen als Integrationsland. Dieses Verständnis ist wichtig, wenn wir uns dem Thema Gesundheit und Pflege zuwenden.

Einige jüngere Untersuchungen haben festgestellt, dass Migrantinnen oder Migranten grundsätzlich nicht häufiger krank sind, als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Teilweise sind sogar Migrantinnen und Migranten, die beispielsweise aus den mediterranen Ländern neu zugewandert sind, aufgrund anderer Ernährungsgewohnheiten besser gegen bestimmte Erkrankungen geschützt als manche Menschen ohne Migrationshintergrund. Leider ändern diese Migrantinnen und Migranten im Laufe der Zeit ihre Ernährungsgewohnheiten und passen sie den hier vorherrschenden an, was dann einen negativen Einfluss auf ihre Gesundheitssituation hat.

Vor diesem Hintergrund habe ich großen Wert darauf gelegt, dass wir auch den Bereich Gesundheit und Pflege mit erfassen, als wir im vergangenen Jahr den ersten Integrationsindikatorenbericht vorgelegt haben. Dieser Bericht soll anhand von Indikatoren überprüfen, wie es um die Integration bestellt ist. Der Bericht wird regelmäßig alle zwei Jahre veröffentlicht. Derzeit sind wir dabei, die Indikatoren des ersten Berichts nochmals zu überprüfen.

Auffällig war schon beim ersten Integrationsindikatorenbericht das Ergebnis, dass Kinder mit Migrationshintergrund nicht nur seltener geimpft sind, sondern auch zu

einem sehr viel geringeren Teil alle angebotenen Früherkennungsuntersuchungen durchlaufen als Kinder ohne Migrationshintergrund. Das halte ich für ein besorgniserregendes Ergebnis, denn wir brauchen die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen, um entsprechend präventiv tätig werden zu können. Wir müssen hier nach den Gründen für die geringe Akzeptanz fragen und Lösungen entwickeln. Ein Grund sind sicherlich sprachliche Barrieren. Häufig ist es aber auch die Unkenntnis der Angebote und Möglichkeiten, die in unserem Land bestehen. Und es kommen kulturell unterschiedliche Auffassungen bezüglich der Bedeutung von Früherkennungsuntersuchungen hinzu.

In diesem Zusammenhang freut es mich ganz besonders, wenn neue Projekte aus der Taufe gehoben werden, die sich des Problems annehmen. Ich will zwei Beispiele nennen: Es gibt seit einiger Zeit ein Servicetelefon, mit dem eine Krankenkasse für ihren Kundenkreis Beratung in türkischer Sprache anbietet. Diese Krankenkasse hat erkannt, dass Migrantinnen und Migranten ein außerordentlich attraktiver Kundenstamm sind, der auch für die Zukunft interessant ist. Diese Krankenkasse hat aber auch erkannt, dass mangelnde Information und Aufklärung zu Versäumnissen führen können, die sich in entsprechenden Folgekosten niederschlagen. Das Servicetelefon in türkischer Sprache wendet sich an Eltern, um sie zu motivieren, ihre Kinder an Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen teilnehmen zu lassen. Ich halte das für ein vorbildliches Beispiel.

Mir wurde zudem signalisiert, dass man sich jetzt einem anderen Feld zuwenden will, und zwar dem Beipackzettel. Da mag jetzt manch einer schmunzeln. Ich gestehe, dass auch ich manchmal meine Schwierigkeiten habe, obwohl ich der deutschen Sprache sehr wohl mächtig bin, einen solchen Beipackzettel richtig zu verstehen. Was bedeutet dies aber für jemanden, der die deutsche Sprache vielleicht nur eingeschränkt beherrscht, vielleicht nur unsere Alltagssprache versteht, aber nicht bestimmte Fachbegriffe? An dieser Stelle sind entsprechende Hilfen erforderlich und gerade hier würde ich nicht das Ziel verfolgen, dass die Informationen ausschließlich in deutscher Sprache verfügbar sein sollten, auch wenn wir sonst auf die deutsche Sprache großen Wert legen. Wir müssen die Menschen dort abholen, wo sie stehen, und ihnen Unterstützung geben.

Ein anderes Beispiel, das bereits in großem Umfang umgesetzt wird, ist das mittlerweile fast bundesweit verbreitete Projekt „MiMi – Mit Migranten für Migranten“. Es wurde vom Ethno-Medizinischen Zentrum in Hannover initiiert. In diesem Projekt werden Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren ausgebildet. Sie stammen aus den unterschiedlichen Herkunftsgruppen und wollen anderen Menschen der gleichen Herkunftsgruppe, der gleichen Sprachgruppe im medizinischen und im pflegerischen Bereich zur Seite stehen. Sie informieren, sie klären auf, sie beraten, sie wollen Brückenbauer sein. Was ich dabei besonders beachtenswert finde, ist die Idee der Eigenverantwortung und Solidarität; die Idee, für andere Verantwortung

zu übernehmen. Sie warten nicht darauf, dass etwas für sie getan wird, sondern tun selbst etwas. Ich habe einmal eine Gruppe von Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren, die es inzwischen in großer Zahl gibt, kennengelernt. Sie strahlen eine riesige Begeisterung aus und man sieht, dass sie hier in der Tat vorankommen.

Ich möchte noch einmal zurückkommen auf das besondere Problem der älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Welchen Herausforderungen haben wir uns bei dieser Gruppe zu stellen? Natürlich ist es so, dass, wenn jemand älter wird, die Risiken für Krankheit und Pflegebedürftigkeit steigen. Dies ist sowohl bei der Bevölkerung ohne als auch mit Migrationshintergrund so.

Dies bringt aber für Migrantinnen und Migranten besondere Herausforderungen mit sich. Nehmen wir nur das Beispiel der demenziellen Erkrankungen, die häufig den Verlust der Zweitsprache, also der deutschen Sprache mit sich bringen.

Mir ist dieses Phänomen bereits vor Jahren begegnet, als ich noch nicht mit dem Thema Integration befasst war und das Thema noch lange nicht so auf der politischen Tagesordnung stand: Ich war in Schweden zu Besuch. Dort wurde mir von Deutschen berichtet, die lange in Schweden lebten, dann pflegebedürftig wurden und sich nicht mehr in Schwedisch verständigen konnten, sondern nur noch in Deutsch.

Daran habe ich mich erinnert, als wir uns der Frage zuwandten: Wie geht es im Bereich der Pflegeeinrichtungen weiter? Als ich neu im Amt war, ging es bei der ersten Tagung, an der ich teilgenommen habe, um die interkulturelle Öffnung im Bereich der Altenhilfe. Dieses Thema ist eines der zentralen Themen, mit denen wir uns befassen müssen.

Wir sehen uns vor die Situation gestellt, dass die Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund in den Pflegeeinrichtungen oder in der ambulanten Pflege zunimmt. Unsere Pflegeeinrichtungen müssen darauf eingestellt sein, auch diese Menschen angemessen zu versorgen und ein geeignetes Angebot bereitzuhalten.

Als ich mein Amt übernommen habe, habe ich im Bereich Migration und Gesundheit eine Situation angetroffen, für die ich sehr dankbar bin: Meine Vorgängerinnen hatten sich bereits dem Thema zugewandt. Im bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit finden sich viele Expertinnen und Experten zusammen. Ich habe diesen Arbeitskreis gerne weiter unterstützt und koordiniert.

Ich möchte einige Schwerpunkte nennen, die sich der Arbeitskreis vorgenommen hat und auch weiter vornehmen wird.

Die Gesundheitsberichterstattung: Die Datenlage in der Gesundheits- und Pflegeberichterstattung ist nach wie vor nicht befriedigend. Wir brauchen aber entsprechende Daten, um zielgenauer vorgehen zu können, um den Handlungsbedarf wirklich zu identifizieren und um Lösungen zu entwickeln. Ein Expertenworkshop, der vom Arbeitskreis durchgeführt wurde, hat gezeigt, dass es nach wie vor große Lücken gibt, auch wenn so manche Forschung weiter vorangetrieben wird. Deshalb

auch meine herzliche Bitte an Sie, hier noch einmal deutlich zu machen, wo Forschung notwendig ist. Gerade der Bundesgesundheitsminister, aber auch die Bundesforschungsministerin sind in diesem Feld aufgeschlossen, denn wir alle wissen: Hier tut es not voranzukommen.

Der Bereich Kinder- und Jugendgesundheit: Die Benachteiligung in diesem Feld rührt nicht so sehr daher, dass jemand aus einer Zuwanderungsfamilie stammt, sondern vielmehr daher, dass viele der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status stammen. In diesen Familien treffen wir zum Beispiel häufig auf Übergewichtigkeit, die aus Ernährungsfehlverhalten und mangelnder Bewegung resultiert. Es ist bekannt, dass hier die Ursachen für spätere chronische Krankheiten liegen, dass die Risiken für Herzinfarkt, für Schlaganfall, für Diabetes steigen. Wir werden später große Probleme zu bewältigen haben, wenn wir nicht schon bei den Kindern ansetzen und gezielt Angebote entwickeln. Deshalb haben wir in der letzten Legislaturperiode zu diesem Thema gemeinsam mit der damaligen Bundesgesundheitsministerin eine Tagung durchgeführt. Wir waren uns einig, dass die Prävention verstärkt werden muss und vor allem die Mütter erreicht werden müssen. Wir müssen sie aufklären, wir müssen sie mitnehmen. Ich habe selbst Projekte kennengelernt, die beispielsweise von der türkisch-deutschen Gesundheitsstiftung durchgeführt werden, z. B. in Schulen, in denen die Mütter mit großer Aufmerksamkeit – denn sie wollen für ihre Kinder das Beste – den Informationen folgten. Aber wenn ich mit den Müttern ins Gespräch kommen wollte, musste ich feststellen, dass wir hier sehr unterschiedliche Gruppen vorfinden: die einen, die perfekt Deutsch sprechen, manche sogar – ich nenne das, weil es meine Heimatregion ist – perfekt Pfälzisch, und andere, die einen zwar freundlich anschauen, aber mit unserer Sprache gar nicht vertraut sind.

Das führt mich zum dritten Punkt, der für diese Tagung von zentraler Bedeutung ist: die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens. Wir müssen alles daran setzen, dass Migrantinnen und Migranten genauso wie alle anderen den Zugang zu den Angeboten des Gesundheitswesens haben, dass die Hürden und Hemmnisse bei der gesundheitlichen Versorgung und Vorsorge überwunden werden. Und wir müssen dafür sorgen, dass die sprachlichen Hürden genommen werden. Dies alles gehört zur interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens. Es geht dabei auch um die ärztliche Aufklärungspflicht, die nicht allein damit erfüllt wird, dass man bei der sprachlichen Verständigung sogenannte Laienübersetzer, also Familienmitglieder oder Pflegekräfte oder den Kollegen, der in der entsprechenden Sprache zu Hause ist, hinzuzieht. Wir brauchen eine entsprechende sprachliche Verständigung, wir brauchen kompetente Sprachmittler. Und ich meine, dass die Sprachmittlung bei den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung verankert sein muss, sodass hier die medizinische Versorgung nicht an den mangelnden Verständigungsmöglichkeiten scheitert.

Die interkulturelle Öffnung der Einrichtungen des Gesundheitswesens muss aber weiter gehen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund können eine Brückenbauerfunktion wahrnehmen. Vorsicht ist jedoch angebracht, denn nicht alle verfügen automatisch über interkulturelle Kompetenz in der notwendigen Tiefe und Breite. Es müssen Angebote bereitgestellt werden, die diese Kenntnisse sowohl den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit als auch ohne Migrationshintergrund vermitteln. Ich spreche mich deshalb sehr dafür aus, dass wir in den Ausbildungsordnungen der medizinischen und der pflegerischen Berufe interkulturelle Kenntnisse als Standards verankern.

Der Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit hat Empfehlungen für den Umgang mit Patientinnen und Patienten im Krankenhaus entwickelt, die zur interkulturellen Öffnung beitragen sollen. Dazu gehören unter anderem Punkte wie der Aufbau eines Dolmetschernetzes, die Übersetzung relevanter Formulare und Merkblätter, die gezielte Einstellung von Personal mit Migrationshintergrund und die Verankerung interkultureller Themen in der Ausbildung, Fortbildung und in den Weiterbildungskonzepten.

Die Bundesregierung hat sich in dieser Legislaturperiode drei Schwerpunkte gesetzt, die für den Bereich Migration und Gesundheit noch einmal von besonderem Interesse sind:

1. Der Nationale Integrationsplan als Gesamtkonzept für Integration hat zwar bei seiner Erarbeitung in der letzten Legislaturperiode das Thema Gesundheit und Pflege nicht in der Tiefe behandelt, wie es eigentlich angezeigt gewesen wäre, in dieser Legislaturperiode jedoch werden wir bei der Weiterentwicklung des Nationalen Integrationsplans einen Schwerpunkt bei Gesundheit und Pflege setzen.
2. Wir wollen ein Anerkennungsgesetz für im Ausland erworbene Abschlüsse noch in diesem Jahr auf den Weg bringen. Hierzu gehören auch Abschlüsse im medizinischen und im Pflegebereich. Jeder kennt genügend Beispiele von Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland, die bei uns nicht die Chance erhalten, ihren Beruf auszuüben, da sie ihren Abschluss im Ausland erworben haben. Manche arbeiten dann hier als Pflegehilfskräfte oder Haushaltskräfte. Andere haben das Glück, in einem Krankenhaus tätig sein zu können, um sich zu qualifizieren. Aber Ärztinnen und Ärzte können in Deutschland nicht die Approbation erhalten, wenn sie nicht über einen deutschen Pass verfügen oder wenn sie nicht EU-Bürger sind. Dies gilt sogar dann, wenn sie vom ersten Semester an in Deutschland studiert und hier das Staatsexamen abgelegt haben. Ich halte dies für einen unhaltbaren Zustand: nicht nur, weil wir über Ärztemangel klagen, sondern auch, weil es um die Achtung und die Anerkennung von Potenzialen, von Qualifikationen und Lebensleistungen geht. Wir verschwenden damit in hohem Maße Ressourcen. Deshalb müssen wir alles daran setzen, dass

die Approbationsmöglichkeiten für Drittstaatsangehörige in Deutschland bald Realität sind.

3. Der nächste Punkt, der uns umtreibt und sehr bewegt, ist die medizinische Versorgung von Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus. Bei dem Thema Menschen ohne Papiere und deren gesundheitlicher Versorgung wird die ethische Dimension in besonderem Ausmaß deutlich. Die Verunsicherung ist groß: zum einen bei den Betroffenen selbst, aber auch bei den Ärztinnen und Ärzten und dem Pflege- und Verwaltungspersonal. Hier steht die Sorge im Vordergrund, dass die Betroffenen angesichts einer Meldepflicht entdeckt werden und dann damit rechnen müssen, das Land verlassen zu müssen. Die Folgen für die einzelnen Betroffenen sind bekannt: Ein oft schlechter gesundheitlicher Zustand, Vorsorgeuntersuchungen werden nicht in Anspruch genommen, zu späte Behandlung von akuten Krankheiten und daraus resultierende schwerwiegende Folgeerkrankungen, unnötige Ansteckungsrisiken für Dritte.

Wir haben uns diesem Dilemma zugewandt und versucht, einen ethisch verantwortbaren Weg zu finden. In den Verwaltungsvorschriften zum Aufenthaltsgesetz wurde klargestellt, dass für Ärztinnen und Ärzte und deren Helfer bis hin zur Krankenhausverwaltung keine Übermittlungspflicht der Daten von Patientinnen und Patienten an die Ausländerbehörde besteht. Und trotzdem haben die Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus nach wie vor Angst vor Entdeckung.

Auch wenn wir jetzt die sogenannte verlängerte Schweigepflicht haben, die gerade in Fällen akuter Erkrankung hilft, müssen wir uns diesem Thema weiter zuwenden, denn wir stoßen immer noch an Grenzen bei der ärztlichen Versorgung, wie zum Beispiel bei Vorsorgeuntersuchungen oder bei der Frage der Übernahme von Kosten. Auch hier müssen wir aufklären, denn viele wissen nicht, dass große Teile der hier lebenden Menschen ohne Papiere sehr wohl einen Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) haben; denn viele sind hier beschäftigt und erhalten ein Arbeitsentgelt. Und auch diejenigen, die nicht erwerbstätig sind, haben einen Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, die sie nur aus Angst vor Entdeckung nicht in Anspruch nehmen.

Ich weiß, dass die angesprochenen Punkte nur einen Teil des Bereichs abdecken. Die Fülle der Probleme, die im Themenfeld Integration und Gesundheit vor uns liegen, ist riesig. Ich sage Ihnen ausdrücklich Dank dafür, dass Sie sich des Themas annehmen, und ich hoffe, dass von dieser Tagung viele Anregungen und Impulse ausgehen, damit wir dieses Handlungsfeld gemeinsam angehen können.

Gesundheit von Migranten: Hintergründe

Einleitung

Wenn man über die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten nachdenkt, sind zunächst zwei Fragen zu klären: Gibt es Unterschiede in der Gesundheit im Vergleich zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und der Mehrheitsbevölkerung? Falls ja: Sind solche Unterschiede vorwiegend ein Problem der sozialen Schichtung? Es ist bekannt, dass sozioökonomische Benachteiligung krank macht, unabhängig davon, ob man einen Migrationshintergrund hat oder nicht. Da Migrantinnen und Migranten oft schlechter bezahlte Jobs oder eine weniger gute Ausbildung haben, könnte das eine gesundheitliche Benachteiligung erklären. Falls aber mehr dahinter steckt, stellt sich eine dritte Frage: Welche weiteren Faktoren gibt es, die die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten negativ beeinflussen?

Es ist schwierig, diese Fragen wissenschaftlich solide zu beantworten. Einen wichtigen Grund dafür nennt schon Frau Staatsministerin Böhmer in ihrem Beitrag: Die in Deutschland verfügbaren Daten zu Migration und Gesundheit sind noch immer unzureichend.

Das illustriere ich im Folgenden an zwei konkreten Beispielen. In Deutschland leben ungefähr sieben Millionen ausländische Staatsangehörige. Das sind etwa acht Prozent der Bevölkerung. 15 Millionen Menschen haben jedoch einen Migrationshintergrund. Darunter sind auch Menschen, die selbst nicht zugewandert sind, sondern Kinder von Migrantinnen und Migranten sind. Das ist nahezu ein Fünftel der Bevölkerung. In vielen Gesundheitsstatistiken aber ist das einzige Merkmal für den

Migrationshintergrund die Nationalität. Die sogenannte „zweite Generation“ der Migrantinnen und Migranten lässt sich daher in den Gesundheitsstatistiken oftmals nicht wiederfinden. Nationalität allein ist heute ein unzureichendes Merkmal für einen Migrationshintergrund: Es gibt zugewanderte Menschen aus der Türkei, die mittlerweile einen deutschen Pass haben, und es gibt zugewanderte Deutsche – die Aussiedler und Spätaussiedler –, die man anhand der Nationalität ebenfalls nicht als Migrantinnen und Migranten erkennen kann. Schließlich gibt es eine Gruppe von Migrantinnen und Migranten, die schon per Definition in keiner Statistik auftauchen, da sie keine Papiere besitzen, die sogenannten Irregulären oder „Illegalen“.

Seit 2008 ist der vom Robert Koch-Institut in Auftrag gegebene Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung zum Thema Migration und Gesundheit verfügbar, an dessen Erstellung die Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld in zentraler Rolle beteiligt war. Die Gesundheitsberichterstattung soll ein adäquates Bild vom Gesundheitszustand der Bevölkerung oder in diesem Fall von Bevölkerungsgruppen zeichnen, insbesondere zum Gesundheitsverhalten, zu Gesundheitsrisiken und zur Versorgungssituation. Die Ergebnisse sollen helfen, gesundheitliche Ungleichheiten zu erkennen und zu beheben. Die Gesundheitsberichterstattung stützt sich auf Routinedaten, die allerdings die genannten Schwächen im Bereich Gesundheit von Migrantinnen und Migranten aufweisen.

Beispiel Säuglingssterblichkeit – vermeidbare Ungleichheiten?

Das erste Beispiel, die Säuglingssterblichkeit bei Migrantinnen, stützt sich auf Daten der Gesundheitsberichterstattung. Die Säuglingssterblichkeit ist ein besonders sensibler Indikator für Ungleichheit, da sie weitestgehend vermeidbar ist. Eine Ungleichheit in der Säuglingssterblichkeit innerhalb einer Gesellschaft würde also eine Ungerechtigkeit darstellen. Zur Säuglingssterblichkeit zählen alle Todesfälle im ersten Lebensjahr; sie wird pro 1 000 Lebendgeborene ausgedrückt. In Deutschland sinkt die Säuglingssterblichkeit immer weiter: 1988 waren es noch 7,4 Todesfälle im ersten Lebensjahr pro 1 000 Lebendgeborene, 2004 nur noch 4,1. Bei diesem Indikator gab es 1988 noch deutliche Unterschiede zwischen der Mehrheitsbevölkerung und der ausländischen Bevölkerung – unter ausländischen Frauen war die Säuglingssterblichkeit deutlich höher. Dieser Unterschied hat sich für die Gruppe der Ausländerinnen, die sich bereits für längere Zeit in Deutschland aufhalten, seitdem verringert. Unter ausländischen Säuglingen hingegen, deren Mutter oder Vater sich weniger als acht Jahre rechtmäßig in Deutschland aufgehalten hat, ist die Säuglingssterblichkeit im Vergleich mehr als doppelt so hoch. Ein Rückgang ist kaum zu erkennen.

Aus dieser Statistik der Gesundheitsberichterstattung wird ersichtlich, dass es nicht *die* Migranten als einheitliche Bevölkerungsgruppe gibt. Innerhalb der Migrantenbevölkerung existieren verschiedenste Untergruppen, deren gesundheitliche Situation sehr heterogen ist. Zwar nimmt die Migrantenbevölkerung als Ganze an der positiven gesundheitlichen Entwicklung in Deutschland teil, wie beispielsweise am Rückgang der Säuglingssterblichkeit erkennbar ist; es gibt aber besonders gefährdete Untergruppen innerhalb der Migrantenbevölkerung, die unterdurchschnittlich oder in viel zu geringem Maße partizipieren. Ein besonders tragisches Beispiel dafür sind Mütter mit erst kurzem Aufenthalt in Deutschland. Sie haben ein überdurchschnittlich hohes Risiko, dass ihr Kind innerhalb des ersten Lebensjahres verstirbt.

Solche Ungleichheiten weisen auf Defizite hin, beispielsweise im Bereich der Prävention, der Schwangerenvorsorge und der Vorsorgeuntersuchungen für Säuglinge. Die Zielgruppe „Migranten“ ist sehr heterogen, worüber ein Merkmal wie Nationalität allein nicht hinwegtäuschen kann. Für Untersuchungen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund wäre es wichtig, zusätzlich Angaben zum sozioökonomischen und demografischen Hintergrund zu haben. Aber selbst dann lassen sich noch keine Aussagen über die Gefährdung von Neugeborenen und Säuglingen sogenannter irregulärer Migrantinnen und Migranten machen. Deren gesundheitliche Situation ist möglicherweise viel schlechter, sie erscheinen aber in keiner Statistik.

Beispiel Rehabilitation – gleiche Teilhabechancen und Erfolge?

Das zweite Beispiel, die Rehabilitation, wird auch als Tertiärprävention bezeichnet und zielt darauf, die Leistungsfähigkeit nach Eintritt einer Erkrankung wiederherzustellen und eine weitere Verschlimmerung zu vermeiden. Vorgestellt werden hier Ergebnisse aus dem Zwischenbericht einer Studie zur Rehabilitation von Migrantinnen und Migranten, durchgeführt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.¹

Zunächst stellt sich die Frage, ob Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung einen erhöhten Bedarf an Rehabilitation haben. In Deutschland gilt „Rehabilitation vor Rente“, das heißt, bevor jemand frühberentet wird, sollte der Versuch unternommen werden, ihn oder sie zu rehabilitieren und wieder ins Berufsleben zu integrieren.

Tatsächlich sind die Frühberentungsquoten von Ausländerinnen und Ausländern auffallend hoch. Unter den deutschen Männern nehmen etwa zwei Prozent der

¹ Razum et al. 2009.

55- bis 59-jährigen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten eine Frühberentung in Anspruch, hingegen sind es bei der ausländischen Bevölkerung, insbesondere bei der türkischen Bevölkerung, fast sechs Prozent der Männer dieser Altersgruppe. Bei den Frauen ist der entsprechende Unterschied noch viel stärker ausgeprägt. Es wird also deutlich, dass es in der ausländischen Bevölkerung einen großen Bedarf an Rehabilitation gibt und dass das System „Rehabilitation vor Rente“ in der Migrantenbevölkerung offenbar nicht so gut greift wie in der Mehrheitsbevölkerung.

Mögliche Gründe dafür können eine im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung geringere Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation oder ein geringerer Erfolg der Rehabilitation sein. An meiner Abteilung „Epidemiologie und International Public Health“ der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld haben wir dies anhand von Daten des sozioökonomischen Panels untersucht. Dieses Panel ist eine Haushaltsbefragung, die alljährlich immer wieder in den gleichen Haushalten durchgeführt wird. Wir haben ermittelt, ob ausländische Versicherte medizinische Rehabilitation weniger häufig in Anspruch nehmen als deutsche Versicherte. Weiter analysierten wir, ob ein solcher Befund allein auf soziale, demografische und gesundheitliche Unterschiede im Jahr vor der medizinischen Rehabilitation zurückzuführen ist oder ob es dafür noch andere, migrationsspezifische Gründe gibt.

Es zeigte sich, dass die Inanspruchnahme in der ausländischen Bevölkerung tatsächlich niedriger als in der deutschen Bevölkerung ist. Vergleicht man die Verteilung sozioökonomischer Faktoren zwischen beiden Gruppen, finden sich ausgeprägte Unterschiede. So ist beispielsweise der Anteil der Menschen mit niedriger Bildung in der ausländischen Bevölkerung höher als in der deutschen, ebenso der Anteil von Arbeitern. Erklärt das vielleicht einen Teil der Unterschiede in der Inanspruchnahme? Solche Unterschiede kann man mittels statistischer Verfahren ausgleichen.

Um Unterschiede zu quantifizieren, berechnet man das Chancenverhältnis zwischen Ausländerinnen und Ausländern einerseits und Deutschen andererseits, die im vorangegangenen Jahr eine Rehabilitation angetreten zu haben. Es beträgt 0,7, also mit anderen Worten: Die ausländischen Versicherten haben eine um 30 Prozent geringere Chance, eine Rehabilitation in Anspruch nehmen zu können. Wenn dann die Daten zu soziodemografischen Faktoren und zum Gesundheitszustand so aufbereitet werden, dass die Voraussetzungen in beiden Gruppen identisch sind, dann vergrößert sich dieser Unterschied sogar noch: Ausländische Versicherte haben eine um 40 Prozent geringere Chance, eine Rehabilitation in Anspruch nehmen zu können, verglichen mit Deutschen.

Ein Zwischenfazit: Der Rehabilitationsbedarf bei Ausländerinnen und Ausländern ist hoch. Das zeigen die Daten der Frühberentung. Die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation ist aber eindeutig geringer, als angesichts des Bedarfs zu erwarten wäre, und sie ist deutlich geringer als in der deutschen Mehrheitsbevölkerung.

Das macht es wahrscheinlich, dass Zugangsbarrieren bestehen, also Barrieren, die ausländischen Versicherten den Zugang zur Rehabilitation erschweren.

Es schließt sich die Frage an, ob sich die Ergebnisse der Rehabilitation bei ausländischen Rehabilitanden von denen der deutschen Rehabilitanden unterscheiden. Das haben wir anhand eines Datensatzes der Deutschen Rentenversicherung untersucht. Als Maß für den Erfolg der Rehabilitation zogen wir die Leistungsfähigkeit nach dem Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme bei Ausländerinnen und Ausländern einerseits sowie bei Deutschen andererseits heran. Auch hier ist zu klären, ob eventuell gefundene Unterschiede allein auf sozioökonomische und demografische Unterschiede zwischen den beiden Bevölkerungsgruppen zurückzuführen sind. Bleiben auch nach der Adjustierung (also nach der Berücksichtigung sozioökonomischer und demografischer Unterschiede) Unterschiede bestehen, so gibt es noch weitere Faktoren, die für unterschiedliche Erfolge der Rehabilitationsmaßnahmen verantwortlich sind.

Verglichen haben wir deutsche Rehabilitanden mit Rehabilitanden aus der Türkei, aus Ex-Jugoslawien und aus Südeuropa hinsichtlich des (negativen) Rehabilitationsergebnisses „Leistungsfähigkeit weniger als drei Stunden im letzten Beruf, der vor der Rehabilitationsmaßnahme ausgeübt wurde“. Auch hier konnten wir Unterschiede in Alter, Geschlecht, Familienstand, Erwerbsstatus, beruflicher Stellung und gesundheitlichen Voraussetzungen statistisch nachweisen, die die Menschen mitgebracht haben, bevor sie die Rehabilitation aufnahmen.

Eine Leistungsfähigkeit von weniger als drei Stunden, also einen fehlenden Erfolg der Rehabilitation, fanden wir bei 15,5 Prozent der deutschen Rehabilitanden, aber bei 21,6 Prozent der ausländischen Rehabilitanden. Auch hier sind wieder größere Unterschiede in den soziodemografischen Merkmalen ersichtlich, so zum Beispiel ein deutlich höherer Anteil von Arbeitslosen unter den ausländischen Rehabilitanden, ein sehr viel höherer Anteil von Menschen, die einer ungelernten Beschäftigung nachgingen, sowie ein viel höherer Anteil von Personen, die aufgrund ihrer Arbeitsbedingungen an Verschleißerkrankungen litten.

Auf der anderen Seite gibt es protektive Faktoren unter den ausländischen Rehabilitanden, beispielsweise einen höheren Anteil von Verheirateten, von denen man annimmt, dass sie eine stärkere soziale Unterstützung erfahren: Bei den deutschen Rehabilitanden sind es 60 Prozent, bei den türkischen Rehabilitanden aber über 80 Prozent. Aber auch in diesem Beispiel erklären die soziodemografischen Unterschiede die Unterschiede in den Rehabilitationsergebnissen nicht.

Betrachtet man das Chancenverhältnis, vergleicht also, um wie viel höher das Risiko der ausländischen Rehabilitanden ist, nach Abschluss der Rehabilitation eine Leistungsfähigkeit von weniger als drei Stunden im letzten Beruf zu erzielen, so liegt es vor der Adjustierung um 50 Prozent höher. Doch selbst wenn man alle Unterschiede in Soziodemografie und Gesundheitszustand ausgleicht, bleibt für ausländische

Rehabilitanden immer noch ein 20 Prozent höheres Risiko für fehlenden Erfolg der Rehabilitation.

Es gibt weitere Faktoren, die das schlechtere Ergebnis möglicherweise erklären. Frau Staatsministerin Böhmer weist in ihrem Beitrag auf Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache als einen ganz wichtigen Punkt hin. Im Bereich der Rehabilitation spielt verbale Kommunikation eine wichtige Rolle. Kulturelle Unterschiede können ebenfalls relevant sein. Bestimmte Maßnahmen wie beispielsweise gemeinsames Schwimmen stellen für deutsche Frauen kein großes Hindernis dar – in anderen Kulturen hingegen werden sie oft nicht akzeptiert. Das weist bereits darauf hin, dass manche Angebote im Rahmen der Rehabilitation nicht für alle Rehabilitanden gleichermaßen geeignet sind.

Hinzu kommt eine nicht immer migrantensensible Einstellung von Einrichtungen im Bereich der Rehabilitation. In den von uns geführten Interviews äußerten sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Rehabilitationskliniken nicht selten wie folgt: „Ja, es ist halt so, dass man schon einfach guckt, um sich auch selbst ein bisschen zu schützen und großen Frust zu ersparen, dass man sich eher an die interessierten Leute wendet. Ansonsten ist es eher so, dass die Migranten nebenbei mitlaufen.“ Oder: „Ja, im Grunde würde ich am liebsten nichts anders [als bei den Deutschen] machen, weil ich finde schon auch, dass die [Migranten] eine gewisse Bringpflicht haben, sich zu integrieren.“ Oder: „Ich würde eigentlich eher dafür plädieren, dass man versucht, mit den Leuten so deutsch wie möglich umzugehen.“ Hier werden Hindernisse für eine erfolgreiche Rehabilitation erkennbar, die nicht in der Person der Rehabilitanden zu suchen sind, sondern in der Struktur der Einrichtungen liegen.

Fazit

Das Beispiel Rehabilitation zeigt: Es gibt eine deutlich geringere Inanspruchnahme gesundheitlich-präventiver Leistungen bei Ausländerinnen und Ausländern im Vergleich mit der Mehrheitsbevölkerung in Deutschland. Werden bestehende Hindernisse beim Zugang zur Rehabilitation überwunden, so haben ausländische Rehabilitanden ein erhöhtes Risiko, am Schluss der Rehabilitation nicht wieder ihre volle Leistungsfähigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf zu erlangen. Die beobachteten Unterschiede sind nicht allein durch sozioökonomische und demografische Faktoren zu erklären oder durch berufliche oder gesundheitliche Vorbelastungen. Neben Zugangsbarrieren gibt es Wirksamkeitsbarrieren. Neben migrationsspezifischen Faktoren gehören dazu auch systembedingte Faktoren, also Faktoren, die in der Struktur der rehabilitativen Einrichtungen zu suchen sind.

Es gibt also eine Reihe von Herausforderungen: Migrantinnen und Migranten sind eine sehr heterogene Zielgruppe, die sozial und gesundheitlich sehr große

Unterschiede aufweist: Es gibt nicht *die* Migranten, und wir sollten nicht generalisieren. Wir benötigen daher in Deutschland bessere Daten zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten, Daten, die es ermöglichen, Interventionen gezielt zu planen und anschließend den Erfolg dieser Interventionen auszuwerten. Dies erfordert, Informationen nicht nur über den Migrationsstatus zu erheben, sondern auch über den sozioökonomischen Status. Gerade diese Informationen fehlen in den meisten deutschen Statistiken.

Die genannten Beispiele zeigen, dass es bei Migrantinnen und Migranten immer noch deutliche Defizite gibt im Bereich der Prävention, im Bereich der Schwangerenvorsorge, im Bereich der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder, aber auch im Bereich der Tertiärprävention, also der Rehabilitation. Es ist wichtig, die bereits von den Gesundheitsdiensten erzielten Verbesserungen anzuerkennen, ebenso die aktiven Leistungen der Migrantinnen und Migranten. Aber gerade im Bereich der Prävention mangelt es im deutschen Gesundheitssystem noch an *Diversity Management*, der Fähigkeit, mit einer Klientel umzugehen, die immer heterogener wird. *Diversity Management* nutzt nicht nur den Migrantinnen und Migranten, sondern letztlich allen Menschen in der Bevölkerung, denn wir alle haben unterschiedliche Vorstellungen, wie wir behandelt, versorgt, rehabilitiert oder gepflegt werden möchten.

Auch sollte das Verständnis von Prävention gerade im Zusammenhang mit Migration weit gefasst werden. Verhaltensprävention allein ist nicht genug: Es reicht nicht aus, Migrantinnen und Migranten zu sagen, sie sollten sich in dieser oder jener Beziehung förderlicher für ihre Gesundheit verhalten. Mindestens genauso wichtig ist es, auch Strukturen, die krank machen, zu verändern. Das ist eine weitere große Herausforderung, der wir uns stellen müssen.

Literatur

Brzoska, Patrick et al. (2010): Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. *European Journal of Epidemiology*, 25 (9), 651-660.

Razum, Oliver et al. (2009): Medizinische Rehabilitation für Personen mit Migrationshintergrund – Zwischenergebnisse eines Forschungsprojektes im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): *Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund*. Berlin, 36-52.

Razum, Oliver et al. (2008): *Migration und Gesundheit*. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

Medizinethische Aspekte des interkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnisses

Die Begegnungen von Ärzten* und Patienten aus unterschiedlichen Kulturkreisen gehören in wertpluralen Gesellschaften zum medizinischen Alltag. Kulturell geprägte Wertvorstellungen und Werthaltungen können in diesen Begegnungen zu einer unterschiedlichen Bestimmung der Schlüsselbegriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ führen, in deren Folge auch die Beurteilung von Krankheit, Leiden und Behandlungszielen unterschiedlich ausfallen kann.¹ Sowohl in deutschen Krankenhäusern als auch in niedergelassenen Praxen sind divergierende Wertauffassungen in interkulturellen Behandlungssituationen Auslöser für Entscheidungs- und Interessenkonflikte. Deswegen entstehen während der medizinischen Entscheidung und Handlung nicht selten ethische Fragen hinsichtlich der Interkulturalität und der kulturellen Differenz. Solche auf unterschiedliche Wertauffassungen zurückzuführenden Konflikte haben ein breiteres Spektrum und beinhalten abhängig von Kontext und Themenfeld verschiedene ethische Eigenschaften. Diese Herausforderung wird täglich im Rahmen der medizinischen Versorgung – vom Erstkontakt zwischen Arzt und Patient bis hin zur Krankenhausorganisation und zur Gesundheitspolitik – sichtbar.² Die momentane Situation führt häufig nicht nur zu einer suboptimalen Versorgung von Patienten, sondern sie hat gravierende negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden von Patienten sowie auf die professionelle Selbstwahrnehmung von ärztlichem und pflegerischem Personal.³

* Im Folgenden ist bei der allgemeinen Verwendung der männlichen Form auch die weibliche Form gemeint.

1 Vgl. Rothschuh 1975; Labisch/Paul 2000; Wieland 2005.

2 Braun 2004; Schlingensiepen 2004; Knipper/Bilgin 2010.

3 Westermillies 2004; Knipper/Akinci 2005.

In diesem Beitrag wird im Rahmen dieser Problembeschreibung zunächst das interkulturelle Arzt-Patienten-Verhältnis thematisiert. Anschließend werden die sprachlichen und kulturellen Barrieren in diesem Verhältnis dargestellt und die dadurch entstehenden ethischen Konflikte anhand von Fallbeispielen konkretisiert. Danach werden die ethisch angemessenen Umgangsweisen mit solchen Konflikten und die darin enthaltenen ethischen Fragen problematisiert.

Das interkulturelle Arzt-Patienten-Verhältnis

Das interkulturelle Arzt-Patienten-Verhältnis umfasst eine Begegnung, in der die Handelnden und ein von diesem Handeln betroffenes Subjekt als Angehörige unterschiedlicher Kulturkreise involviert sind. Dabei kommen Menschen mit ihren kulturell geprägten Werthaltungen im Rahmen einer medizinischen Versorgung zusammen. Von einem interkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnis kann jedoch erst die Rede sein, wenn der behandelnde Arzt und der behandelte Patient sich als Angehörige unterschiedlicher Kulturkreise verstehen. Das bedeutet, die Interkulturalität in einem Arzt-Patienten-Verhältnis darf nicht von außen bestimmt werden, sondern soll eher aus dem Kontext heraus entstehen.

Es ist sicherlich nicht berechtigt, ein interkulturelles Arzt-Patienten-Verhältnis allein aufgrund seiner Interkulturalität von vornherein als eine konfliktträchtige Beziehung zu bezeichnen. Solange es einen Konsens über die Ziele der medizinischen Interventionen und über die anzuwendenden medizinischen Maßnahmen zwischen Arzt und Patient gibt, kann in der Regel ein ethisch konfliktfreies Verhältnis erwartet werden. Ein konfliktloses und einvernehmliches Arzt-Patienten-Verhältnis in einem interkulturellen Kontext darf jedoch nicht zur Annahme führen, dass die gesetzten Ziele und dazugehörigen medizinischen Interventionen für die Beteiligten dieselben Sinndeutungen haben. Die unterschiedlichen Wissens- und Denksysteme sowie der asymmetrische Charakter des Arzt-Patienten-Verhältnisses führen zu einem differenzierten Erleben eines Krankheitszustandes und zu unterschiedlichen Sinndeutungen. Subjektive Interpretationssysteme über Ursachen und Entstehung von Krankheiten und deren Verlauf, Behandlungsmöglichkeiten und Erfolgsaussichten verursachen unterschiedliche Wahrnehmungen und Bewertungen des Krankseins.⁴

Diese Phänomene gehören zu den konstitutiven Eigenschaften eines jeden Arzt-Patienten-Verhältnisses und sind nicht exceptionell für ein interkulturelles Arzt-Patienten-Verhältnis.⁵ Kulturelle Prägungen verändern diese Phänomene viel mehr in ihrer Intensität und weniger in ihrem Wesen. Allein durch Interkulturalität

⁴ Paul 2006.

⁵ Hartmann 1984.

können die oben diskutierten konstitutionellen Eigenschaften eines Arzt-Patienten-Verhältnisses nicht *grundsätzlich* verändert werden. Kulturelle Prägungen können Charaktereigenschaften eines asymmetrischen Verhältnisses oder die unterschiedlichen Zugangsformen zum Kranksein nicht grundsätzlich, sondern vielmehr in ihrem Ausmaß verändern. Die Gründe liegen auf der Hand: Durch kulturelle Prägungen beeinflusste subjektive Interpretationssysteme und Deutungsmuster können die schon vorhandene Asymmetrie und Bewertungsdifferenz im Arzt-Patienten-Verhältnis verstärken, unter Umständen aber auch abschwächen. Zudem können die sprachlichen Barrieren zusätzliche Missverständnisse und Fehlinterpretationen entstehen lassen, die in dieser Form in intrakulturellen Arzt-Patienten-Beziehungen nicht oder selten vorkommen.⁶ An dieser Stelle soll auch die Bedeutung der situativen Gegebenheiten im konkreten Fall hervorgehoben werden. In diesem Zusammenhang kann eine Haltung zu und ein Entscheidungsprozess bei der Behandlung eines Knochenbruchs von kulturellen Phänomenen anders beeinflusst werden als eine Entscheidungsfindung für intensivmedizinische Maßnahmen am Lebensende.⁷

Barrieren im interkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnis

Eine gelungene Kommunikation ist nicht nur für die Vermittlung der Patientenbeschwerden, sondern auch für den Zugang zu Wertvorstellungen und Präferenzen eines Patienten unverzichtbar. In einem interkulturellen Kontext kann eine erforderliche Verständigung zwischen Arzt und Patient aus unterschiedlichen Gründen beeinträchtigt werden.⁸ Oft sind Patienten aus anderen Kulturkreisen der deutschen Sprache nicht mächtig und ein professioneller Dolmetscherdienst, der diese Problematik beheben könnte, steht nur in seltenen Fällen zur Verfügung.⁹ Häufig werden zusätzliche Untersuchungen durchgeführt, um die Kommunikationslücken auszugleichen, und diese führen zur „Überdiagnostik“. Die unzureichende Kommunikation führt nicht selten dazu, dass es auf Wunsch des Patienten oder durch ärztliche Überweisungen zu einer relativ hohen Anzahl von Arztwechseln (*doctor-hopping*) kommt.¹⁰

Aufgrund dieser Sachlage wird oft versucht, sprachliche Barrieren mithilfe von Familienangehörigen, Besuchern, medizinischem Personal oder sogar Reinigungspersonal zu überwinden. Diese Notlösungen beinhalten jedoch zahlreiche Probleme, auch ethischer Art. Fehlende Sprachkompetenz und mangelnde Neutralität während

6 Borde/David/Kentenich 2002.

7 Ilkilic 2008a; Ilkilic/Spielberger/Weber 2010.

8 Wegner 2008.

9 Barkowski 2008.

10 Ilkilic 2005.

der Dolmetschertätigkeit können zu Fehlübersetzungen oder Auslassungen führen. Ein Autoritätsverhältnis zwischen dem Patienten und den Dolmetschern gefährdet in vielen Fällen eine authentische Kommunikation. Nicht selten werden eine ungünstige Diagnose und Prognose dem Patienten von dolmetschenden Familienangehörigen vorenthalten, um das Wohlbefinden des Patienten nicht zu beeinträchtigen.¹¹ Da Übersetzungsschwierigkeiten nicht vom Arzt bemerkt und kontrolliert werden können, können auch eine erforderliche Patientenaufklärung und die damit verbundene selbstbestimmte Einwilligung des Patienten nicht angemessen gewährleistet werden.

Zusätzlich zu den dargestellten sprachlichen Barrieren gibt es weitere kulturelle Barrieren¹², die nicht nur den Zugang zu und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen beeinträchtigen, sondern auch solche, die die Entstehung unterschiedlicher Konflikte nach sich ziehen. Dazu gehören beispielsweise ein kulturell-religiös bedingtes Verständnis von Intimität und ein damit verbundenes Schamgefühl, aber auch religiöse Grundpflichten und Speisevorschriften.¹³

Bekanntermaßen ist das Schamgefühl ein kulturübergreifendes menschliches Gefühl, jedoch von unterschiedlicher Intensität und Ausprägung. In Kulturkreisen, in denen der körperliche Kontakt zwischen nicht verwandten Personen unterschiedlichen Geschlechts als Verletzung der Intimität verstanden wird, existiert eine größere Hemmschwelle bei der Behandlung durch das andere Geschlecht.¹⁴ Aufgrund dieses Intimitätsverständnisses entsteht der Wunsch, von gleichgeschlechtlichem Personal untersucht und behandelt zu werden. Die Praxisrealität im medizinischen Alltag lässt jedoch wenig Raum für die Berücksichtigung solcher Wünsche. Auch durch religiöse Grundpflichten und Speisevorschriften können während der medizinischen Behandlung Interessenkonflikte entstehen. Fasten und eine damit nicht vereinbare medizinische Medikation oder die Anwendung medizinischer Mittel, die von religiösen Speisevorschriften untersagt sind, wie aus dem Schwein gewonnene Präparate, Herzklappen oder Arzneibestandteile wie Gelatine, sind einige Beispiele dafür.¹⁵

An dieser Stelle soll hervorgehoben werden, dass beispielsweise im Islam für solche Situationen der ethische Grundsatz „Notlage hebt die Verbote auf“ gilt. Für einen Krankheitszustand bedeutet dies, dass die im Alltagsleben gültigen religiösen Regelungen ihre Gültigkeit verlieren oder durch eine Erleichterung teilweise und vorübergehend außer Kraft gesetzt werden können.¹⁶ In der Praxis existieren jedoch

11 Jotkowitz/Glick/Gezundheit 2006.

12 Hier werden sprachliche Barrieren selbstverständlich zur Kultur gehörend verstanden. Die separate Diskussion von sprachlichen und kulturellen Barrieren wird wegen der besseren Verständigung unternommen.

13 Ilkiliç 2007.

14 David/Ilkiliç 2010.

15 Ilkiliç 2002.

16 Atighetchi 2007.

ein unterschiedliches Verständnis und eine individuelle Interpretation solcher Prinzipien. Deswegen sollte ein ethischer Konfliktfall im interkulturellen Kontext immer situativ bewertet werden. Folgende Fallbeispiele konkretisieren einige durch religiöse Grundpflichten und Speisevorschriften bedingte Konflikte in der medizinischen Praxis.

Fallbeispiel 1: Eine muslimische Patientin auf der psychiatrischen Station in der Psychiatrie lehnte die Medikation ab, weil sie im Monat Ramadan nicht auf das Fasten verzichten wollte. Nachdem sie aber von einem Imam aufgeklärt wurde, hat sie sich mit der medikamentösen Therapie einverstanden erklärt.¹⁷

Fallbeispiel 2: Einem unfreiwillig kinderlosen muslimischen Mann wird zu Therapie zwecken von einem deutschen Urologen ein Präparat verabreicht. Als er feststellt, dass dieses aus dem Schweinepankreas gewonnen wird, bricht er die Therapie ab. Da sein Vertrauen verletzt wurde, geht er nicht mehr zu diesem Urologen.¹⁸

Ethische Fragen im interkulturellen Kontext

Die oben diskutierten Barrieren stellen nicht nur Hindernisse beim Zugang zu und bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen dar. Sie lassen auch ethische Fragen entstehen, die im interkulturellen Kontext mit zusätzlicher Komplexität behaftet sind. Eine wesentliche Herausforderung bei solchen Konflikten ist die Bestimmung der ethischen Implikationen von normativen Begriffen und ethischen Prinzipien wie Patientenautonomie, Familienautonomie, das beste Interesse des Patienten, Leidenslinderung und anderen. Deswegen stellt sich für einen ethisch angemessenen Umgang mit diesen Konflikten im interkulturellen Kontext berechtigterweise die Frage nach dem ethischen Stellenwert und der Implikationen dieser normativen Begriffe. Nun sollen diese komplexen ethischen Fragen anhand weiterer Fallbeispiele konkretisiert werden.¹⁹

Fallbeispiel 3: Das sechs Tage alte Kind türkisch-muslimischer Eltern leidet an einem Oto-palato-digitalen Syndrom (OPD) Typ II, einer sehr seltenen, genetisch bedingten Erkrankung mit schweren Organanomalien. Das Kind ist ohne intensive maschinelle Unterstützung nicht lebensfähig. Auch mit dem Einsatz von Geräten wäre das Kind voraussichtlich nur sehr kurze Zeit am Leben erhalten worden. Das medizinische Team schlägt den Verzicht auf maximale Therapie und eine Therapiebegrenzung vor. Die Eltern wünschen sich jedoch eine maximale Therapie. Sie

¹⁷ Ilkilic 2005.

¹⁸ Ebd.

¹⁹ Diese – in verkürzter Form dargestellten – Fallbeispiele werden hier nicht diskutiert. Sie dienen vielmehr der Veranschaulichung der ethischen Konflikte im interkulturellen Kontext. Vgl. für eine ausführliche Diskussion dieser Fälle die zu den Fallbeispielen angegebene Literatur.

betonen, dass diese Entscheidung aus ihrem islamischen Glauben stammt. Eine andere Entscheidung würden die Eltern im Jenseits vor Gott nicht verantworten.²⁰

Fallbeispiel 4: Bei einem 21-jährigen türkischen jungen Mann wurde ein bösartiger Krebs festgestellt. Der Gesundheitszustand des Patienten verschlechterte sich ständig, sodass der Tod immer wahrscheinlicher wurde. Der behandelnde Arzt informierte den Patienten mithilfe eines Dolmetschers über die infauste Prognose. Die Eltern des Patienten waren jedoch entschieden gegen diese Aufklärung. Nach zwei Tagen erlitt der Patient den Tod. Das Behandlungsteam wurde später von den Eltern beschuldigt, am Tod ihres Sohnes verantwortlich zu sein. Es hätte durch seine Aufklärung zur Verschlechterung des Krankheitszustandes beigetragen und somit den schnellen Tod ihres Kindes herbeigeführt.²¹

Fallbeispiel 5: Bei einem 55-jährigen türkischen Muslim kam es plötzlich zu einem Kreislaufstillstand. Es entwickelte sich später ein Mittelhirnsyndrom: fehlende Spontanatmung und keine Reaktion auf Reize. Dieses Bild änderte sich innerhalb von sechs Tagen unter Anwendung der üblichen Maßnahmen nicht. Der ärztliche Vorschlag gegenüber der Ehefrau und dem jüngeren Sohn, die Beatmung des Patienten mit Blick auf die Aussichtslosigkeit seines inkurablen Grundleidens zu beenden und das natürliche Ende abzuwarten, stieß auf Verständnis. Zu diesem Zeitpunkt erschien der älteste – auswärts wohnende – Sohn. Er verlangte die Fortsetzung aller therapeutischen Maßnahmen.²²

Das Anliegen der Familienangehörigen, dass der erwachsene Patient eine infauste Prognose nicht erfahren soll, der Wunsch der Eltern eines unheilbar kranken Kindes nach maximaler Therapie trotz medizinischer Aussichtslosigkeit oder ein Entscheidungskonflikt unter den Familienangehörigen im Entscheidungsprozess für einen nicht entscheidungsfähigen Patienten sind Konflikte, die auch in intrakulturellen Kontexten vorkommen. Im interkulturellen Kontext treten aber Haltungen und Argumente in den Vordergrund, die im Kulturkreis des Behandlungsteams nicht üblich sind und einen fremden Charakter haben. Diese Haltungen und Argumente sind entweder mit bestimmten religiösen Glaubensprinzipien verbunden oder rekurren auf eine kulturelle Praxis, die in dieser Form – hier nach Wertvorstellungen des Behandlungsteams – nicht nachvollziehbar oder außergewöhnlich sind.

Deswegen unterscheiden sich diese Konflikte von den intrakulturellen Konflikten dieser Art nicht *kategorisch*, sondern eher *graduell*. Unter *graduell* unterschiedlichen ethischen Konflikten im interkulturellen Kontext verstehe ich Konflikte, die zwar auch in einem intrakulturellen Kontext (das heißt, Arzt und Patient verstehen sich als Angehörige desselben Kulturkreises) vorkommen können, aber nicht als

20 Ilklic/Schmidtke 2007.

21 Ilklic 2008b.

22 Mohr/Bobbert 1999.

kulturelle Praxis gelten und durch die Interkulturalität eine gewisse neue ethische Dimension erlangen. Dabei ist nicht die Konfliktart von Belang, sondern die zum Entscheidungs- und Interessenkonflikt führende kulturspezifische Argumentation oder Haltung. Handelt es sich um ethisch exzeptionelle Konflikte, die für einen bestimmten Kulturkreis spezifisch sind, wie Ablehnung der Bluttransfusion bei Zeugen Jehovas, dann handelt es sich um sich *kategorisch* unterscheidende Konflikte im interkulturellen Kontext. Diese sind jedoch nicht Gegenstand dieses Beitrags.²³

Ethisch angemessener Umgang mit Konflikten im interkulturellen Kontext

Ein ethisch angemessener Umgang mit Konflikten im interkulturellen Kontext ist mit mehreren Fragen behaftet. Welcher Kulturbegriff und welche damit verbundene Einstellung eignen sich für das Verstehen, die Analyse und Operationalisierung solcher Probleme? Welcher ethische Ansatz oder welches Patientenautonomiekonzept ist für die Lösung solcher Konflikte geeignet? Wie soll gehandelt werden, wenn rechtliche Regelungen und berufliche Richtlinien mit der ethisch präferierten Handlung im Konflikt stehen?

Es dürfte klar sein, dass ein traditioneller beziehungsweise essenzialistischer Kulturbegriff, der die Kulturen als homogene und voneinander klar trennbare Einheiten (*Kultur als Container* oder *als Insel*) versteht, nicht in der Lage ist, solche Konflikte zu operationalisieren. „Das klassische Kulturmodell ist nicht nur deskriptiv falsch, sondern auch normativ gefährlich und unhaltbar. Der Abschied von diesem Konzept ist in jeder Hinsicht angezeigt“, so der deutsche Philosoph Wolfgang Welsch.²⁴ Es ist vielmehr ein Kulturbegriff zu präferieren, der die Kulturkreise als sich in einem stetigen Wandel befindliche heterogene Bevölkerungsgruppen versteht, die in einer stetigen Interaktion mit anderen Kulturkreisen stehen. Dabei gelten Sprache, Religion, Tradition, Sitten etc. als die kulturelle Praxis prägende Phänomene, die einen identitätsstiftenden Charakter haben. Sie beeinflussen unmittelbar die Wertvorstellungen und Werthaltungen dieser Menschen und haben somit eine normative Bedeutung und Funktion.

Für einen ethisch angemessenen Umgang mit diesen Konflikten der interkulturellen Praxis stellt sich auch die Frage nach einer angemessenen Anwendung der *Prima-facie*-Prinzipien wie Patientenautonomie, Fürsorge, Nicht-Schaden und anderen. Dabei denke ich *nicht nur* an die Prinzipienethik von Beauchamp und Childress²⁵, sondern auch an andere Ansätze in der klinischen Ethik, die – in welcher Form

23 Vgl. Hunger 2003.

24 Welsch 1999, 48.

25 Beauchamp/Childress 2009.

auch immer – mit diesen oder ähnlichen Prinzipien arbeiten.²⁶ Zur Frage, welche Patientenautonomie sich für eine wertplurale Gesellschaft eignet, gibt es bereits in der Fachwelt eine etablierte Diskussion. Diese soll anhand von zwei Protagonisten dieses Diskurses kurz skizziert werden.

Die US-amerikanische Medizinethikerin Ruth Macklin vertritt einen breiten Patientenautonomieansatz, dem ein anthropozentrisches und individualistisches Menschenbild zugrunde liegt.²⁷ Macklin vertritt die Meinung, dass die fundamentalen ethischen Prinzipien wie „Respekt vor der Person“ und „Respekt vor der Autonomie“ in der Lage sind, kulturelle Phänomene in der medizinischen Versorgung zu berücksichtigen und in ethisch angemessener Weise in den Entscheidungsprozess zu integrieren.²⁸ Dieses Konzept, dessen Kern das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen ist, beinhaltet zugleich einen universalen und kulturinvarianten Anspruch.²⁹ Es setzt zugleich eine gewisse Hierarchie der ethischen Prinzipien voraus, wonach der Patientenautonomie der höchste Rang zukommt. Der universale Einsatz dieses Ansatzes verlangt nicht nur eine kulturinvariante Anwendung der bereits dargestellten Überprüfungen, sondern auch die Gültigkeit der genannten Hierarchie unter den ethischen Prinzipien. An dieser Stelle darf jedoch kritisch gefragt werden, ob es realistisch ist, diese Hierarchie in allen Kulturkreisen vorauszusetzen.

Im Gegensatz zu Macklin bestreitet der chinesische Medizinethiker Ruiping Fan den universell verbindlichen Charakter der *Western bioethical principles*.³⁰ Für die Begründung seiner Position nimmt er das Autonomieprinzip als Beispiel und setzt sich mit zwei aus diesem Prinzip ableitbaren Bestimmungsformen, nämlich der Selbstbestimmung und der Familienbestimmung, auseinander. Aus dem westlichen Autonomieprinzip resultiert demnach die Selbstbestimmung, die von der Freiheit des Individuums und der subjektiven Bestimmbarkeit der moralischen Güter ausgeht. Dagegen lässt sich aus dem „ost-asiatischen Autonomieprinzip“ eine Familienbestimmung ableiten.³¹ Diese beiden Autonomiebegriffe lassen sich nach Fan keineswegs gleichsetzen und implizieren unterschiedliche moralische Handlungen.

Dieser normativ-relativistische oder partikularistische Ansatz verspricht eine bessere Berücksichtigung der kulturellen Phänomene in einer ethischen Urteilsfindung als ein universalistischer Ansatz. So gewinnt eine kulturelle Praxis, die aus den moralischen Wertvorstellungen ableitbar ist, einen notwendigen moralischen Wert. In diesem Konzept wird jedoch die Grenze zwischen einem kulturspezifischen „Istzustand“ und einem moralischen „Sollzustand“ verwischt. Deswegen kann es aus der ethischen Perspektive folgendermaßen kritisiert werden: Der gängigen und gültigen

26 Jonsen/Siegler/Winslade 2006.

27 Macklin 1999.

28 Macklin 1998a.

29 Macklin 1998b.

30 Fan 1997.

31 Fan/Tao 2004.

kulturellen Praxis eines Kulturkreises einen normativen Wert zuzuschreiben, wird als *kulturalistischer Fehlschluss* verstanden. Danach ist der moralische Wert einer Praxis intrinsisch und bedarf keiner zusätzlichen Begründung und Reflexion. Die Anwendung dieses Ansatzes in dem vorgeschlagenen Bewertungsprozess würde dann bedeuten, dass für jeden Patienten aus chinesisch-konfuzianischer Tradition die Familienautonomie einen zentralen Stellenwert hat und im Entscheidungsprozess, ohne die Betroffenen zu befragen, akzeptiert und integriert werden soll. Somit impliziert er einen *ethischen Paternalismus*, der aus guten Gründen in einer wertpluralen Gesellschaft nicht akzeptabel ist. Zudem setzt eine ethisch einwandfreie Anwendung dieses Ansatzes eine unrealistische moralische Homogenität einer Bevölkerungsgruppe voraus.

Aufgrund der hier vertretenen Argumente scheint eine unreflektierte Anwendung des konventionellen Patientenautonomiekonzepts im interkulturellen Kontext problematisch zu sein. Ebenso schwierig ist die unkritische Akzeptanz einer Entscheidungspraxis, die im Kulturkreis des Patienten als gängig gilt. Deswegen sollte zunächst geprüft werden, welches Patientenautonomiekonzept für den jeweiligen Patienten zutreffend ist. Erst nach einem kultursensiblen Kommunikationsprozess können der Stellenwert und die Implikationen der Patientenautonomie situativ konkretisiert werden. Der Ausgangspunkt ist dabei nicht ein möglichst breites Patientenautonomiekonzept als Handlungsgrundlage, durch das die kulturell geprägten Entscheidungsformen eine Anwendungsmöglichkeit finden können; vielmehr sollten die kulturell geprägten Wertvorstellungen und Werthaltungen des Patienten als Ausgangspunkt dienen, um daraus ein entsprechendes Patientenautonomiekonzept ableiten zu können. Die vorgeschlagene Vorgehensweise könnte einer unkritischen Übernahme einer kulturellen Praxis aus dem Kulturkreis des Patienten und damit der Gefahr eines kulturalistischen Fehlschlusses vorbeugen.

Es ist allerdings hervorzuheben, dass die Anwendung dieser Vorgehensweise nicht frei von Schwierigkeiten ist. Beispielsweise kann nicht von jedem Patienten erwartet werden, dass er reflektierte Aussagen über das eigene Patientenautonomieverständnis machen kann. Diese praktischen Probleme legitimieren jedoch keineswegs den Verzicht auf eine solche Vorgehensweise. Sicherlich erfordert eine solche Praxis eine gelungene und gut strukturierte Kommunikation, aber auch interkulturelle Kompetenzen des Behandlungsteams.

Interkulturelle Kompetenz im interkulturellen Kontext

Interkulturelle Kompetenz impliziert einige Fähigkeiten und Fertigkeiten, die zu einem besseren und ethisch vertretbaren Umgang mit interkulturellen Konflikten am Lebensende einen wichtigen Beitrag leisten können. In der Fachliteratur werden

zahlreiche Fähigkeiten in unterschiedlichen Lebensbereichen unter dem Begriff der interkulturellen Kompetenz thematisiert.³² Für einen interkulturellen Kontext in der Medizin scheinen folgende Fähigkeiten und Fertigkeiten elementar zu sein: Kulturwissen, kultursensible Kommunikation, Vermeidung von Stereotypisierung, Selbstreflexion und kritische Toleranz.

Interkulturelle Kompetenz ist von ihrem Wesen her nicht in der Lage die Funktion eines ethischen Ansatzes zu übernehmen. Die unter der interkulturellen Kompetenz subsumierten Fähigkeiten und Fertigkeiten dienen vielmehr einem besseren Verständnis des interkulturellen Konfliktes. Mithilfe dieser Kompetenz kann eine ethische Analyse besser geleistet werden.³³

Die Vermittlung der interkulturellen Kompetenz wurde trotz ihrer großen Bedeutung bisher in der Aus- und Fortbildung der Gesundheitsberufe in Deutschland nicht gebührend berücksichtigt. Sie wird entweder gar nicht, wie bei der Ausbildung der Medizinstudenten, oder unzureichend, wie bei der Ausbildung der Pflegekräfte, behandelt. Diese Situation führt sowohl zu Unsicherheit bei der ethischen Entscheidungsfindung des Behandlungsteams als auch zu einer suboptimalen Versorgung von Patienten. Um solche gravierenden negativen Auswirkungen zu verhindern und die professionelle Selbstwahrnehmung zu verbessern, sollten diese Themenbereiche ein fester Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen sein.³⁴

Zusammenfassung

Die sprachlichen und kulturellen Barrieren in der Gesundheitsversorgung einer wertpluralen Gesellschaft können nicht nur Zugang und Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen beeinträchtigen, sondern auch Probleme ethischer Art entstehen lassen.

Die Bewältigung der Sprachbarrieren durch „Zufallsdolmetscher“ ist oft kontraproduktiv und ethisch problematisch. Es gibt aus ethischer, juristischer, aber auch ökonomischer Sicht gute Gründe, professionelle Dolmetscherdienste im Gesundheitsdienst zu etablieren.

Interkulturelle Kompetenz und die darin enthaltenen Fähigkeiten, wie Kulturwissen, kultursensible Kommunikation, Vermeidung von Stereotypisierung, Selbstreflexion, kritische Toleranz, können bei der Überwindung der kulturellen Barrieren sowie bei der Lösung der kulturell geprägten ethischen Probleme einen wichtigen Beitrag leisten.

32 Bolten 2001.

33 Ilklic 2008c.

34 Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz 2010.

Interkulturelle Kompetenz kann bei Gesundheitsberufen nicht von vornherein vorausgesetzt werden. Sie sollte vielmehr während der medizinischen und pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung vermittelt und gefördert werden.

Die ethischen Konflikte im interkulturellen Kontext divergieren von üblichen Konflikten im intrakulturellen Kontext in der Regel *graduell* und nicht *kategorisch*.

Eine unreflektierte Anwendung der ethischen Prinzipien mit ihren konventionellen Implikationen ist oft nicht in der Lage, die ethischen Konflikte im interkulturellen Kontext in angemessener Form zu analysieren und zu lösen. Deswegen sollen ihre praktischen Implikationen reflektierend und kontextuell in einem kultursensiblen Kommunikationsprozess konkretisiert werden.

Literatur

Atighetchi, Dariusch (2007): *Islamic bioethics. Problems and perspectives*. Dordrecht.

Barkowski, Marja (2008): Mein Blut tut weh. Interkulturelle Implikationen beim Dolmetschen im Krankenhaus. *MDÜ Fachzeitschrift für Dolmetscher und Übersetzer*, 2/2008, 41-43.

Beauchamp, Tom L.; Childress, James F. (2009): *Principles of biomedical ethics*. Oxford et al.

Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2010): *Gesundheit und Gerechtigkeit. Ethische, soziale und rechtliche Herausforderungen*. Mainz.

Bolten, Jürgen (2001): *Interkulturelle Kompetenz*. Erfurt.

Borde, Theda; David, Matthias; Kentenich, Heribert (2002): Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus – eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. *Das Gesundheitswesen*, 64 (8/9), 476-485.

Braun, Günther E. (2004): *Ausländische Patienten für deutsche Krankenhäuser gewinnen. Strategien, Maßnahmen, Erfahrungen*. Neuwied; Köln; München.

David, Matthias; Ilkilic, Ilhan (2010): Religiöser Glaube – Islam. Mögliche Konflikte im klinisch-gynäkologischen Alltag. *Der Gynäkologe*, 43 (1), 53-57.

Fan, Ruiping (1997): Self-determination vs. family-determination: two incommensurable principles of autonomy: a report from East Asia. *Bioethics*, 11 (3-4), 309-322.

Fan, Ruiping; Tao, Julia (2004): Consent to medical treatment: the complex interplay of patients, families, and physicians. *Journal of Medicine and Philosophy*, 29 (2), 139-148.

Hartmann, Fritz (1984): *Patient, Arzt und Medizin. Beiträge zur ärztlichen Anthropologie*. Göttingen.

Hunger, Doreen (2003): *Wenn Zeugen Jehovas die Bluttransfusion verweigern. Ethische Standpunkte*. München.

Ilkilic, Ilhan (2008a): Die kultursensible und kultursensitive Patientenverfügung in einer wertpluralen Gesellschaft am Beispiel muslimischer Patienten. *Ethik in der Medizin*, 20 (3), 221-229.

Ilkilic, Ilhan (2008b): Medizinethische Entscheidungen am Lebensende in einer wertpluralen Gesellschaft am Beispiel muslimischer Patienten. *Zeitschrift für Evangelische Ethik*, 52 (1), 34-49.

Ilkilic, Ilhan (2008c): Kulturelle Aspekte bei ethischen Entscheidungen am Lebensende und interkulturelle Kompetenz. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51 (8), 857-864.

- Ilklic, Ilhan** (2007): Medizinethische Aspekte im Umgang mit muslimischen Patienten. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132 (30), 1587-1590.
- Ilklic, Ilhan** (2005): *Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe*. Bochum.
- Ilklic, Ilhan** (2002): *Der muslimische Patient. Medizinethische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft*. Münster; Hamburg; London.
- Ilklic, Ilhan; Schmidtke, Susanne** (2007): Medizinethische Aspekte der Kultur in der Neonatologie. *Pädiatrische Praxis*, 70 (4), 569-576.
- Ilklic, Ilhan; Spielberger, Jan; Weber, Martin** (2010): Kommentar I zum Fall: „Palliativmedizin im interkulturellen Kontext“. *Ethik in der Medizin*, 22 (1), 51-53.
- Jonsen, Albert R.; Siegler, Mark; Winslade, William J.** (2006): *Klinische Ethik. Eine praktische Hilfe zur ethischen Entscheidungsfindung*. Köln.
- Jotkowitz, Alan; Glick, Shimon; Gezundheit; Benjamin** (2006): Truth-telling in a culturally diverse world. *Cancer Investigation*, 24 (8): 786-789.
- Knipper, Michael; Akinci, Ahmet** (2005): Wahlfach „Migrantenmedizin“ – interdisziplinäre Aspekte der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 22 (4), Doc215.
- Knipper, Michael; Bilgin, Yasar** (2010): Migration und andere Hintergründe. *Deutsches Ärzteblatt*, 107 (3), A76-A79.
- Labisch, Alfons; Paul, Norbert** (2000): Medizin. In: Korff, Wilhelm et al. (Hrsg.) *Lexikon der Bioethik*, Bd. 2. Gütersloh, 630-642.
- Macklin, Ruth** (1999): *Against relativism. Cultural diversity and the search for ethical universals in medicine*. New York et al.
- Macklin, Ruth** (1998a): A defense of fundamental principles and human rights: a reply to Robert Baker. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 8 (4), 403-422.
- Macklin, Ruth** (1998b): Ethical relativism in a multicultural society. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 8 (1): 1-22.
- Mohr, Michael; Bobbert, Monica** (1999): Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen? Ein Fallbericht aus der Intensivmedizin. *Ethik in der Medizin*, 11 (2), 103-113.
- Paul, Norbert W.** (2006): Diagnose und Prognose. In: Schulz, Stefan et al. (Hrsg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*. Frankfurt am Main, 143-152.
- Rothschuh, Karl E.** (1975): *Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinnggebung*. Darmstadt.
- Schlingensiepen, Ilse** (2004): Türkische Patienten wüßten gerne mehr über das Gesundheitssystem. *Ärzte Zeitung*, vom 27.9.2004, 3.
- Wegner, Wolfgang** (2008): Interkulturelle Problematik des Arzt-Patienten-Gesprächs. *Der Klinikarzt*, 37 (1): 23-26.
- Welsch, Wolfgang** (1999): Transkulturalität. Zwischen Globalisierung und Partikularisierung. In: Drechsel, Paul et al. (Hrsg.): *Interkulturalität. Grundprobleme der Kulturbegegnung*. Mainz, 45-72.
- Westermilies, Inga** (2004): *Ärztliche Handlungsstrategien im Umgang mit ausländischen Patienten. Medizinisch-ethische Aspekte*. Münster.
- Wieland, Wolfgang** (2005): Thesen zum Krankheitsbegriff. In: Gethmann-Siefert, Annemarie (Hrsg.): *Der Begriff der Krankheit*. Hagen, 51-70.

Frauengesundheit und Migration: Bedürfnisse – Versorgungsrealität – Perspektiven

Spätestens seit der „Migrationshintergrund“ 2005 im Mikrozensus definiert wurde und nach den neuesten Zählungen feststeht, dass inzwischen 16 Millionen Menschen gezählt werden, die selbst seit 1950 aus dem Ausland zugewandert oder deren Nachkommen sind,¹ wird der Thematik der Migration und der Diversität der Bevölkerung in Deutschland in Medien, Politik und Wissenschaft deutlich mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Inzwischen ist allgemein anerkannt, dass die soziale, ethnische und kulturelle Vielfalt in allen europäischen Ländern zunimmt und dass Europa aus demografischen und ökonomischen Gründen auf Zuwanderung angewiesen ist. Integrationsdiskurse konzentrieren sich aber meist noch auf die einseitige Integrationsleistung der Zugewanderten, während die Herausforderungen einer Einwanderungsgesellschaft für die gesellschaftlichen Institutionen eher weniger thematisiert werden. Diskussionen und Konzepte konzentrieren sich dabei meist auf die kulturelle Differenz, soziale und strukturelle Faktoren bleiben hingegen ausgeblendet.

Während migrations- bzw. differenzensible Konzepte in den klassischen Einwanderländern auch im Gesundheitsbereich inzwischen zum Standard guter Praxis gehören, lassen sich in der Gesundheitsforschung und -versorgung in Deutschland nun auch verstärkte Bemühungen zur Verbesserung der Gesundheitschancen von Migrantinnen und Migranten beobachten. Dass sich der Deutsche Ethikrat mit dieser Veranstaltung zu Migration und Gesundheit den Herausforderungen der

¹ Statistisches Bundesamt 2010.

gesellschaftlichen Vielfalt für die medizinische Versorgung widmet, ist sehr zu begrüßen, denn bisher wurden ethische Fragen in diesem Kontext kaum beleuchtet.

Migrationsgeschehen und Heterogenität der Migrantinnen in Deutschland

Während die in den 1950er Jahren einsetzende Anwerbung von Gastarbeiterinnen und Gastarbeitern aus dem Ausland und die damit verknüpfte Familienzusammenführung und Niederlassung der Immigrantenfamilien aus den ehemaligen Anwerbeländern das Migrationsgeschehen nach Deutschland in den ersten Jahrzehnten prägte, zeichnen sich jetzt neue Migrationstrends ab. Migration ist ein globales Phänomen und auch die Migration von Menschen nach Deutschland ist gekennzeichnet durch

- » kurz- und langfristige Zuwanderung von qualifizierten und unqualifizierten Arbeitskräften,
- » Flucht- und Armutsmigration aufgrund von Krieg, Vertreibung und Verfolgung oder Armut,
- » Pendelmigration vor allem von Rentnerinnen und Rentnern, die sowohl im Herkunftsland als auch im Aufnahmeland leben,
- » Ost-West-Migration innerhalb der 25 EU-Staaten,
- » irreguläre Migration,
- » Transmigration von Menschen, die auf dem Weg in das eigentliche Zielland kurz- oder längerfristig im Transit in verschiedenen Ländern leben, sowie weiterhin
- » Familienzusammenführung (Nachzug von Familienangehörigen sowie Eheschließungen mit Partnerinnen bzw. Partnern aus dem Ausland).

Insgesamt ist weltweit eine Feminisierung der Migration zu beobachten, wobei der Anteil der „cosmobilen“ Frauen² aus verschiedenen Herkunftsländern steigt. Je nach Herkunftsregion und soziokulturellem Kontext lassen sich auch in Deutschland Geschlechtsspezifika beobachten, die sich in einem überproportionalen Frauenanteil bei Neuzuwanderungen aus Thailand, Kenia, Peru, Estland, der Ukraine, den Philippinen und der Russischen Föderation und einem überproportionalen Männeranteil bei Neuzuwanderungen aus Algerien, Ungarn, Irak, Kroatien, Libanon, Bosnien-Herzegowina, Tunesien abzeichnen. Bei den Zuzügen nach Deutschland schwankt der Anteil der Frauen jedoch seit 1994 zwischen 40 und 43 Prozent.³ Das Gesundheitswesen in Deutschland ist angesichts der demografischen Entwicklung

2 Rerrich 2006.

3 Nach Angaben des Migrationsberichts 2008 des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (Bundesministerium des Inneren 2010).

selbst auf die Zuwanderung von Fachkräften aus dem Ausland angewiesen und darüber hinaus gefordert, die Potenziale der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund auch als Fachkräfte für den Gesundheitsbereich zu nutzen.

Mit einem Anteil von 49,3 Prozent ist heute fast die Hälfte der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland weiblich. Eingeschlossen sind hier die inzwischen meist über 50-jährigen „Gastarbeiterinnen“ der ersten Anwerbungsphase, die älteren und jüngeren nachgezogenen Ehefrauen sowie die meist in Deutschland geborenen oder als Kinder zugezogenen Töchter aus Migrantenfamilien und weitere im Zuge der oben genannten Migrationsbewegungen zugewanderten Frauen. Allein die unterschiedlichen Migrationsmotive und -erfahrungen, Altersgruppen, Aufenthaltsdauer, Staatsangehörigkeiten, Herkunftsländer und ethnischen Gruppen weisen auf die außerordentliche Heterogenität der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland hin. Weitere Faktoren, die diese Heterogenität kennzeichnen, sind Aufenthaltsstatus, Sprachkenntnis, Bildungsgrad, soziale Lage und Erwerbssituation, Religion und jeweiliger Lebensstil.

Migration und Gesundheit – ethische Problemstellungen?

Verschiedene Studien zeigen bei Menschen mit Migrationshintergrund sowie Angehörigen ethnischer Minderheiten im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung höhere Gesundheitsrisiken und weisen auf einen insgesamt schlechteren objektiven und subjektiven Gesundheitsstatus im gesamten Lebenszyklus hin.⁴ Internationale Studien belegen den Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung und identifizieren neben sozioökonomischen Faktoren Migrationsfaktoren, kulturelle Faktoren, Rassismus und die selektive Wirkung der Gesundheitsversorgung als Wirkfaktoren für die „ethnische Verteilung“ von Gesundheit und Krankheit.⁵ Sie weisen auf konkreten Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung hin, um Versorgungskonzepte zu entwickeln, die den Differenzen innerhalb der Bevölkerung und den spezifischen Bedürfnissen besser gerecht werden und nicht im Gegenteil den Gesundheitsstatus und die Gesundheitschancen weiter negativ beeinflussen.

Vor dem Hintergrund der existierenden Regelungen, Gesetze und Konventionen wie

- » Artikel 11 der Europäischen Sozialcharta von 1961 zum Recht auf Gesundheitsschutz,

⁴ Razum et al. 2008.

⁵ Andrews/Jewson 1993.

- » Artikel 3 des Menschenrechtsübereinkommens zur Biomedizin von 1996 zum gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung,
- » Artikel 21 zur Anti-Diskriminierung und Artikel 22 zur kulturellen, religiösen und sprachlichen Vielfalt der Charta der Grundrechte der Europäischen Union von 2000 sowie
- » die Patientenrechte in Deutschland

geben Anlass, die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund sowie Angehörigen ethnischer Minderheiten vor dem Hintergrund der Versorgungsgerechtigkeit und aus ethischer Perspektive zu betrachten. Zentrale Spannungsfelder, die im Folgenden weiter ausgeführt werden, sind hier die Erreichbarkeit von Migrantinnen in Versorgungsforschung und -praxis, die Arzt-Patienten-Interaktion, die Patientenzufriedenheit, die Patienteninformation und -aufklärung, die Patientenautonomie sowie damit verbundene Fragen von Eigenverantwortung und Solidarität im Kontext von Gesundheit und Gesundheitsversorgung.

Erreichbarkeit in der Versorgungsforschung und -praxis

Migrantinnen und Migranten sowie Angehörige ethnischer Minderheiten gelten in der Gesundheitsforschung, bei Präventionsprogrammen und in der Gesundheitsförderung als „schwer erreichbare“ Zielgruppen und werden in der Gesundheitsversorgung oft als „schwierige Patienten“ wahrgenommen. In Patientenbefragungen der Versorgungsforschung und der Qualitätssicherung werden sie selten angemessen berücksichtigt und repräsentiert. So führen zum Beispiel vorab definierte Einschlusskriterien, wie gute Deutschkenntnisse, gute Lese- und Schreibfähigkeit und damit verbunden rein schriftliche Befragungen in deutscher Sprache dazu, dass ein Teil der Migranten und insbesondere Migrantinnen systematisch ausgeschlossen werden. Verzerrungseffekte und Wissenslücken, die durch die mangelhafte Repräsentation von Migrantinnen und Migranten in Befragungen und unangemessene Definitionen und Zuordnungen entstehen, haben häufig grobe Verallgemeinerungen, Mutmaßungen und Stereotypisierungen zur Folge und tragen wenig dazu bei, die Versorgungssituation der „schwer Erreichbaren“ nachhaltig zu verbessern.⁶ Vor allem in der englischsprachigen gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Literatur werden Fragen der Erreichbarkeit in Forschung und Praxis ausführlich diskutiert. Als Faktoren für den Ausschluss beziehungsweise als Barrieren für die Teilhabe werden niedriger sozioökonomischer Status, geringe Bildung, Migration, die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit und andere Faktoren einer von der

6 Brackertz 2007; Borde 2009.

Mehrheit differierender Lebensweise zusammengefasst. So wird für die Forschung die Problematik „versteckter Bevölkerungsgruppen“ und die daraus resultierende „soziale Unsichtbarkeit“ dieser Gruppen aufgezeigt.⁷ Die mangelnde Repräsentation in den Stichproben von Studien führt konsequenterweise zu „unterversorgten Gruppen“, bei denen allgemeine Versorgungsleistungen nicht oder nur unvollständig ankommen.⁸

Einblicke in die Versorgungsrealität

Am Beispiel einiger Ergebnisse unserer Studien zur Versorgungsforschung, in der Migrantinnen und einheimische deutsche Frauen befragt wurden, möchte ich einen Einblick in die Versorgungsrealität geben, spezifische Bedürfnisse von Migrantinnen sowie ethische Fragestellungen und Perspektiven aufzeigen. Die Beispiele konzentrieren sich auf die zentralen Spannungsfelder und basieren zum einen auf einer etwas älteren Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter Frauen im Krankenhaus, in der 268 Migrantinnen türkischer Herkunft und 320 einheimische deutsche Frauen in einer Berliner Frauenklinik befragt und zusätzlich Krankenakten der Patientinnen analysiert wurden.⁹ Zum anderen werden Ergebnisse unserer transkulturellen Studie zur Menopause vorgestellt, in der insgesamt 942 Berliner Frauen im Alter von 45 bis 60 Jahren befragt wurden, von denen 260 aus Korea, Japan und China und 264 aus der Türkei und 418 aus Deutschland stammten.¹⁰ Beide Studien zeigten, dass Migrantinnen auch auf dem Wege schriftlicher Befragungen erreichbar und gesprächsbereit sind, wenn innovative Zugangswege erschlossen, Befragungsinstrumente und -methodik den Voraussetzungen der Zielgruppen angepasst und mögliche Zugangsbarrieren seitens der Forschung reflektiert und überwunden werden. So setzten wir zum Beispiel bilinguale Fragebögen ein, ermöglichten bei Bedarf eine mündliche Befragung anhand von standardisierten Interviews durch sprachkundige Interviewerinnen und erreichten die Zielgruppen der Studie zur Menopause – die nicht stationär im Krankenhaus untergebracht waren – im „Schneeballsystem“ unter anderem über Migrantinneneinrichtungen, Sport- und Freizeittätten oder Arbeitsplätze.¹¹

7 Atkinson/Flint 2001.

8 Doherty/Stott/Kinder 2004.

9 Borde/David/Kentenich 2002.

10 Borde/Schalinski/David 2007.

11 Vgl. Borde 2009.

Gleich hohe Erwartungen – geringere Versorgungszufriedenheit

Die Berliner Frauenklinikstudie und die Wechseljahresstudie zeigten bei den befragten Migrantinnen und deutschen Frauen vergleichbare Erwartungen an die Behandlung und Beratung durch Ärztinnen und Ärzte sowie an eine gute Aufklärung und eine selbstbestimmte Behandlungsentscheidung. Dennoch zeigte sich bei den Migrantinnen eine deutlich geringere Beratungs- und Behandlungszufriedenheit, wobei sich Kommunikation, Information und Aufklärung sowie die psychosoziale Betreuung als Problemschwerpunkte herauskristallisierten und sich hier deutliche Mängel in der Versorgungsqualität abzeichneten.¹²

In den Patientenrechten in Deutschland wird konstatiert, dass eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verständigung eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg einer Behandlung ist, um das gemeinsame Ziel zu erreichen, einerseits Krankheiten vorzubeugen und andererseits Krankheiten zu erkennen, zu heilen oder zu lindern. Die Arzt-Patienten-Beziehung wird als Behandlungs- und Entscheidungspartnerschaft verstanden, wobei im persönlichen Gespräch ein größtmögliches Maß an Respekt, Vertrauen und Kooperation im Behandlungsverhältnis geschaffen werden soll.¹³ Unsere Studienergebnisse offenbarten jedoch, dass die Standards einer guten Kommunikation und Interaktion zwischen der Ärztin oder dem Arzt und der Patientin für den größten Teil der Migrantinnen nicht annähernd erreicht werden.

Auf der Grundlage vertiefender Interviews mit Studienteilnehmerinnen konnten typische Aussagen von Patientinnen türkischer Herkunft (Abb. 1) und – vorwiegend deutschen – Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften (Abb. 2) zur Problematik der Kommunikationssituation gefunden werden.

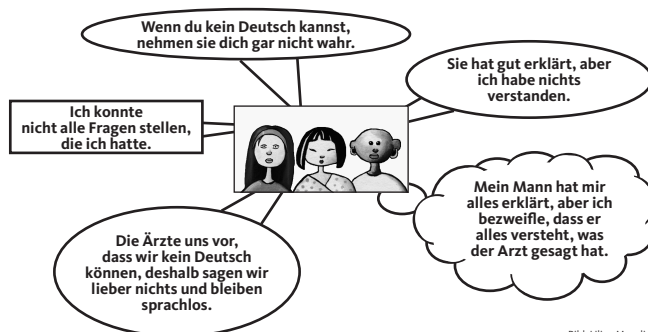


Bild: Lilian Mousli

Abb. 1: Kommunikationsprobleme aus der Perspektive nicht deutschsprachiger Patientinnen im Krankenhaus (Patientinneninterviews Frauenklinik)

¹² David/Borde 2001; Gebhardt 2008; Borde et al. 2008.

¹³ Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium der Justiz 2007.



Abb. 2: Kommunikationsprobleme aus der Perspektive des Arzt- und Pflegepersonals bei der Versorgung nicht deutschsprachiger Patientinnen im Krankenhaus (Mitarbeiterinterviews)

Insgesamt war festzustellen, dass die befragten Ärztinnen und Ärzte trotz hoher Ansprüche an die Kommunikation, Patienteninformation und -aufklärung mit ihrer eigenen Versorgungsleistung bei Patientinnen mit Migrationshintergrund unzufrieden waren. Eine Befragung von behandelnden Ärzten in drei Berliner Notfallambulanzen (Auswertung von Kurzfragebögen zu 2.429 Behandlungen) zeigte ebenfalls, dass die Mediziner mit der Arzt-Patienten-Beziehung bei Migrantinnen und Migranten deutlich unzufriedener waren als bei deutschen Patientinnen und Patienten. Als Gründe gaben sie vor allem sprachliche Kommunikationsprobleme sowie Divergenzen in der Einschätzung der Dringlichkeit der Behandlung an.¹⁴

Nach Patientenaufklärung weniger korrekte Angaben zu Diagnose und Therapie

Die aufgezeigten Kommunikationsprobleme schränkten die gewünschte und erforderliche Mitwirkung der Patientinnen bei der Behandlung beziehungsweise im Gesundungsprozess deutlich ein. Sprachliche und soziokulturelle Missverständnisse bei der Anamnese können zu einer falschen Diagnose führen, Misstrauen auslösen, die Therapietreue beeinträchtigen und schließlich Fehl-, Unter- und Überversorgungen einleiten. Da sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch die Patientinnen selbst sich meist auf die Übersetzungsfähigkeit von Familienangehörigen oder anderen Begleitpersonen oder zumindest für den medizinischen Kontext eingeschränkte

¹⁴ Babitsch et al. 2008.

Sprachkompetenzen der Patientin verlassen, erfolgt der Einsatz qualifizierter Dolmetscher im Versorgungsalltag eher selten.

Wie sehr diese Art der Patientenaufklärung im stationären Kontext Informationen verzerren und ins Gegenteil verkehren kann, zeigt eine Analyse des Patientinnenwissens im Vergleich zu den in der Patientenakte dokumentierten Fakten, die im Rahmen der Frauenklinikstudie durchgeführt wurde. Die deutschen und türkischen Patientinnen wurden sowohl *vor* als auch *nach* der Patientenaufklärung im Krankenhaus zu ihrer Diagnose und die geplante/durchgeführte Kliniktherapie befragt. Der Vergleich dieser Angaben mit den entsprechenden Daten aus der jeweiligen Patientenakte zeigte bei türkischen Migrantinnen deutlich weniger korrekte Angaben. Je geringer die deutschen Sprachkenntnisse und das gesundheitsrelevante Basiswissen der Patientinnen waren, desto geringer war der Anteil der Übereinstimmungen zwischen dem Wissen der Patientin und den in der Patientenakte dokumentierten Fakten zur Erkrankung und Behandlung. Während sich bei den deutschen Frauen zwischen den Befragungszeitpunkten am Aufnahmetag und am Tag vor der Klinikentlassung insgesamt ein leichter Wissenszuwachs erkennen ließ, nahm der Anteil der korrekten Angaben in diesem Zeitraum bei den Migrantinnen ab (Abb. 3).¹⁵ Dieser auch bei Migrantinnen mit guten Deutschkenntnissen zu beobachtende Informationsverlust im stationären Behandlungsprozess belegt deutliche Unterschiede in der Ergebnisqualität der Patientenaufklärung und zeigt, dass diese weder den Aufklärungsbedürfnissen von Migrantinnen noch der ärztlichen Aufklärungspflicht gerecht wird.

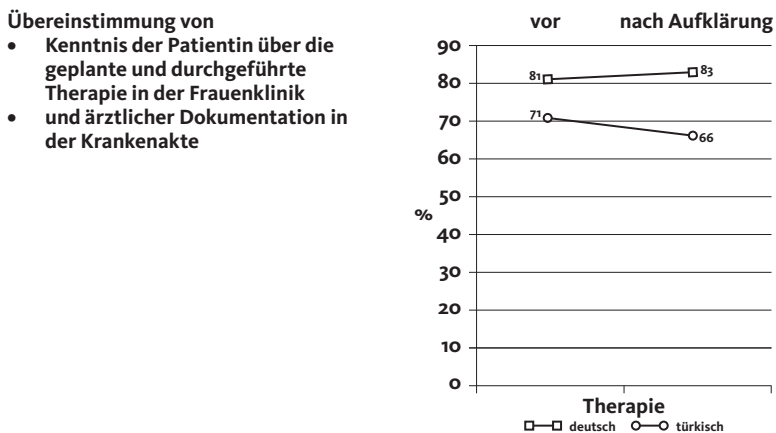


Abb. 3: Informationsverlagerung vor und nach der Patientenaufklärung nach Ethnizität (Prozentualer Anteil der Patientinnen mit korrekten Kenntnissen)

¹⁵ Pette/Borde/David 2004.

Auf Defizite bei der Information und Patientenaufklärung in der ambulanten medizinischen Versorgung weisen Ergebnisse unserer Befragung der 45- bis 60-jährigen Frauen in der Wechseljahresstudie hin. Die befragten deutschen, asiatischen und türkischen Frauen fühlten sich über Nutzen und Risiken einer Hormontherapie insgesamt schlecht informiert, wobei die Informiertheit mit zunehmendem Bildungsgrad anstieg. Nur 15 Prozent der befragten Migrantinnen aus der Türkei gegenüber 40 Prozent der Migrantinnen aus Asien und 47 Prozent der deutschen Frauen kannten die Risiken der menopausalen Hormontherapie, die erstmals 2002 durch eine Studie der *Women's Health Initiative*¹⁶ bekannt wurden. Ebenso war festzustellen, dass von den Frauen in der postmenopausalen Phase etwa die Hälfte der Frauen türkischer und deutscher Herkunft gegenüber 35 Prozent der asiatischen Migrantinnen bereits Erfahrungen mit der Anwendung der Hormontherapie hatten. Die frühere oder aktuelle Anwendungsrate der menopausalen Hormontherapie stand in engem Zusammenhang mit dem Grad der Beschwerden und dem Aufsuchen von Ärztinnen und Ärzten aufgrund dieser Symptome. Da die türkeistämmigen Migrantinnen einerseits eine deutlich stärkere Symptombelastung aufwiesen, andererseits Ärztinnen und Ärzte als die wichtigsten Ansprechpartner angaben und am wenigsten informiert waren, ist anzunehmen, dass die allgemeine Tendenz des Rückgangs der Medikalisierung der Wechseljahre durch die Hormontherapie seit 2002 und die informierte Entscheidung im Umgang mit Wechseljahressymptomen für sie ebenso wenig zutrifft wie für die unterste soziale Schicht der einheimischen deutschen Frauen.¹⁷ Zwar bieten unterschiedliche Bildungsvoraussetzungen und Deutschkenntnisse der beiden Migrantinnenkollektive eine Erklärung, aber keine Rechtfertigung für den unterschiedlichen Informations- und Aufklärungsgrad.

Schlussfolgerungen

Rechtliche, ökonomische und ethische Aspekte wirken im Kontext der medizinischen Versorgung von Migrantinnen zusammen. Patientenrechte, haftungsrechtliche Fragen und Gleichstellungsgebote beziehungsweise Anti-Diskriminierungsstrategien sind von ökonomischen Faktoren, die sich aus der Bedarfsgerechtigkeit der Angebote, Fragen der Fehl-, Über-, Unterversorgung und/oder -inanspruchnahme und der eingeschränkten Partizipation am Gesundheitsprozess ergeben, kaum zu trennen. Da Studien in der medizinischen Versorgung in der Regel von einer Ethikkommission genehmigt werden müssen, könnten ethische Fragestellungen und

¹⁶ Die *Women's Health Initiative* wurde 1991 von den US-amerikanischen *National Institutes of Health* initiiert. Ziel war es, Forschung zu den bedeutenden Gesundheitsproblemen von Frauen, beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs, durchzuführen.

¹⁷ Vgl. Du et al. 2007.

Perspektiven zum Beispiel mit Blick auf Versorgungsgerechtigkeit, Patientenrechte und Gleichbehandlung aller Menschen in der medizinischen Versorgung neue Perspektiven für die Sicherung der Qualität von Studien der Versorgungsforschung und für die Versorgungspraxis eröffnen.

Die im Deutschen Ärzteblatt unter dem Titel „Auch eine Bringschuld des Versorgungssystems“ diskutierten internationalen Studien,¹⁸ die Armut, hohes Alter und geringe Bildung als Hauptursachen für *Non-Compliance* identifizieren und fatale Folgen für das Individuum und die Gesellschaft aufzeigen, sollten im Kontext der Diskussion ethischer, rechtlicher, ökonomischer und qualitätsbezogener Fragen in der Gesundheitsversorgung zur Kenntnis genommen und in Bezug auf die Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland weitergeführt werden. Zum Wohl von Individuen und Gesellschaft sollten vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, die von Migration und Alterung gekennzeichnet ist, Diskussionen im Spannungsfeld von Solidarität und Eigenverantwortung die Frage einschließen, wie die Gesundheitsversorgung soziokulturellen Differenzen besser gerecht werden und unterschiedliche Voraussetzungen besser ausgleichen kann. In einem solidarisch organisierten Gesundheitssystem sollte es vor allem um Teilhabe, Inklusion und Versorgungsgerechtigkeit gehen. Voraussetzung dafür ist die Schaffung von Strukturen, die ermöglichen beziehungsweise sicherstellen, dass die Angebote für alle zugänglich und annehmbar sind, das Gesundheitspersonal für unterschiedliche Bedürfnisse einer diversen Bevölkerung qualifiziert und weitergebildet wird und die Patientinnen und Patienten (z.B. durch verständliche Information und Aufklärung, die Stärkung von Gesundheitskompetenzen und *Empowerment*) Eigenverantwortung übernehmen. Diese Fragen sind nicht nur aus menschenrechtlicher und ethischer Perspektive bedeutsam. Auch ökonomisch gesehen sind Politik, Gesundheitsinstitutionen und Hochschulen gefordert, die Zugänglichkeit, Erreichbarkeit, Verständlichkeit und Annehmbarkeit der Angebote so zu verbessern, dass eine Versorgung, Information und Aufklärung von gleich guter Qualität für alle in der Einwanderungsgesellschaft lebenden Menschen gleichermaßen ermöglicht wird.

Literatur

Andrews, Ahmed; Jewson, Nick (1993): Ethnicity and infant deaths: The implications of recent statistical evidence for materialist explanations. *Sociology of Health and Illness*, 15 (2), 137–156.

Atkinson, Rowland; Flint, John (2001): Accessing hidden and hard-to-reach populations: snowball research strategies. *Social Research Update*, 33. Online im Internet: <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU33.pdf> [16.9.2010].

¹⁸ Holst 2007.

- Babitsch, Birgit** et al. (2008): Doctor's perception of doctor-patient relationships in emergency departments: what roles do gender and ethnicity play? *BMC Health Services Research*, 8:82. Online im Internet: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-82.pdf> [16.9.2010].
- Borde, Theda** (2009): Migration und Gesundheitsförderung – Hard to reach? Neue Zugangswege für „schwer erreichbare“ Gruppen erschließen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Migration und Gesundheitsförderung. Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten*. Köln, 18-31.
- Borde, Theda**; David, Matthias; Kentenich, Heribert (2002): Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus – eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. *Das Gesundheitswesen*, 64 (8/9), 476-485.
- Borde, Theda**; Schalinski, Adelheid; David, Matthias (2007): *Vor und nach der Major-Deklaration 2003 – Anwendungsverhalten, Informiertheit und psychosoziale Daten zu Hormonersatztherapie und Wechseljahren bei chinesischen, japanischen, koreanischen und türkeistämmigen Migrantinnen im Vergleich zu deutschen Frauen in Berlin*. Schlussbericht zum Forschungsprojekt. Bundesministerium für Bildung und Forschung, Förderkennzeichen: 01 KH 04 03, Berlin.
- Borde, Theda** et al. (2008): Haben Kultur und Migration einen Einfluss auf den Umgang mit den Wechseljahren? In: David, Matthias; Borde, Theda (Hrsg.): *Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt*. Frankfurt am Main, 43-71.
- Brackertz, Nicola** (2007): *Who is hard to reach and why?* ISR Working Paper. Online im Internet: <http://www.sirs.net/publications/0701brackertz.pdf> [16.9.2010].
- Bundesministerium des Inneren** (Hrsg.) (2010): *Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2008*. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit**; Bundesministerium der Justiz (Hrsg.) (2007): *Patientenrechte in Deutschland. Leitfaden für Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte*. Berlin.
- David, Matthias**; Borde, Theda (2001): *Krank sein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus*. Frankfurt am Main.
- David, Matthias**; Schalinski, Adelheid; Borde, Theda (2008): Sozio-kulturelle Aspekte der Menopause und der menopausalen Hormontherapie. In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): *Hormontherapie bei (post-)menopausalen Frauen in Deutschland 2007. Studienergebnisse zu Nutzen, Risiken und Versorgungsrealität*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, 57-63.
- Doherty, Paul**; Stott, Alison; Kinder, Kay (2004): Delivering services to hard to reach families in On Track areas: definition, consultation and needs assessment. *Development and Practice Report*, 15. Online im Internet: <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/dpr15.pdf> [16.9.2010].
- Du, Yong** et al. (2007): Differences in menopausal hormone therapy use among women in Germany between 1998 and 2003. *BMC Women's Health*, 7:19. Online im Internet: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6874-7-19.pdf> [16.9.2010].
- Gebhardt, Janine** (2008): *Anspruch und Wirklichkeit – Information, Beratung und Begleitung von Frauen in den Wechseljahren im interkulturellen Kontext*. Bachelorarbeit an der Alice Salomon Hochschule Berlin.
- Holst, Jens** (2007): „Auch eine Bringschuld des Versorgungssystems“. *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (15), A996-A998.
- Pette, Matthias**; Borde, Theda; David, Matthias (2004): Kenntnis über die Diagnose und Therapie ihrer Erkrankung bei deutschen und türkischstämmigen Patientinnen vor und nach einem Krankenhausaufenthalt. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*, 5 (4), 330-337. Auch online im Internet: [http://www.artemisonline.net/published/volumes5/issue4/ErratumMPettes\(4\).pdf](http://www.artemisonline.net/published/volumes5/issue4/ErratumMPettes(4).pdf) [16.9.2010].

Razum, Oliver et al. (2008): *Migration und Gesundheit*. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

Rerrich, Maria S. (2006): *Die ganze Welt zu Hause. Cosmophile Putzfrauen in privaten Haushalten*. Hamburg.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010): *Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2009*. Wiesbaden.

Risiken und Chancen der Migration aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht

Leben bedeutet immer Auseinandersetzung mit Fremdem und mit der Differenzierung zwischen „fremd“ und „eigen“. Lebensvielfalt und Veränderungen wären weder kulturell, seelisch noch biologisch möglich, wenn wir alles Fremde abstießen. Bereits vor der Geburt, während der Schwangerschaft wächst ein genetisch fremdes Individuum im Körper der Mutter heran. Ihr Immunsystem, das sonst sehr genau zwischen „fremd“ und „eigen“ unterscheidet, lässt das zu. Auch die Migration fordert eine Balance zwischen „fremd“ und „eigen“, ein Gleichgewicht zwischen unterschiedlichen emotionalen, sozialen und kulturellen Bedürfnissen und Ansprüchen. Das Eigene gibt Vertrauen und verbindet, doch es erstarrt, wenn es sich nicht mit Fremdem und Neuem mischt.

Migration macht nicht krank, aber sie ist ein Risikofaktor. Neben den Erfahrungen im Ursprungsland und den Umständen der Auswanderung oder Flucht spielen auch soziale Faktoren im Immigrationsland eine wichtige Rolle dafür, wie die Migration erlebt und verarbeitet wird. Diese sozialen Faktoren werden manchmal unreflektiert kulturellen Differenzen zugeordnet:

- » Die soziale Stellung von Migrantenfamilien ist oft tiefer als im Heimatland, was besonders für die Väter, die die Familie traditionell nach außen vertreten, einen ausgeprägten Verlust von Selbstwert und Selbstverständnis bewirken kann.
- » Die Bildungssituation von vielen Erwachsenen und Kindern ist unbefriedigend, besonders die frühzeitige Selektion in den Schulen benachteiligt sie. In Basel werden Migrantenkinder überdurchschnittlich oft in Kleinklassen eingeschult und

Schultypen mit geringen Ansprüchen werden zweieinhalb Mal so häufig von ausländischen Kindern besucht wie von einheimischen Kindern.

- » Migrantenfamilien leben häufiger in finanzieller Not, engen Wohnverhältnissen, verkehrsbelasteter Umgebung.
- » Ihre Gesundheitssituation ist schlechter als diejenige der Einheimischen, zum Teil deshalb, weil der Zugang zur Gesundheitsversorgung erschwert ist.

Es gibt keine systematischen Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der Schweiz. Eine gute Übersicht zur Gesundheit der schweizerischen Migrationsbevölkerung wurde zwar 2006 im Bundesgesundheitsblatt publiziert,¹ aber sie erfasste keine Personen unter 15 Jahren und differenzierte die eingeschlossenen über 15-jährigen Adoleszenten nicht von der übrigen Stichprobe. Es gibt eine Studie, die zeigte, dass in Deutschland untersuchte Flüchtlingskinder häufiger an posttraumatischen Belastungsstörungen und an Depressionen litten als gleichaltrige einheimische Kinder. Die Migrationserfahrungen, die einzelne Familien machen, sind aber viel zu heterogen, um daraus allgemeingültige Schlüsse zu ziehen.

Kinder erleben die Migration anders als Erwachsene. Es ist nicht ihr Entscheid, das Herkunftsland – aus welchem Grund auch immer – zu verlassen. Es wird *über* sie, nur selten *mit* ihnen entschieden. Je jünger das Kind, umso stärker ist seine Abhängigkeit und umso belastender oder gar traumatisch erlebt es Trennungen oder den Verlust von Kontrolle und Integrität bei seinen Bezugspersonen. Andererseits sind die Flexibilität und die Fähigkeit, sich auf veränderte Lebensumstände einzustellen, zum Beispiel eine neue Sprache zu erlernen, im frühen Alter noch sehr groß.

Kinderpsychiatrie ist immer auch Familienpsychiatrie. Kinder identifizieren sich mit den Zielen und Ängsten ihrer Eltern, mit den Rollen, die ihnen innerhalb der Familie zugeschrieben werden. Gleichzeitig erfordern die Entwicklung der Autonomie und einer eigenständigen Identität aber auch Ablösung von diesen Zuschreibungen. Migration führt oft zur Veränderung familiärer Rollen und Hierarchien. Viele Kinder und Jugendliche beherrschen die neue Sprache besser als ihre Eltern und finden sich im Alltag oder im Umgang mit Behörden besser zurecht. Sie übernehmen dann Aufgaben, die einerseits nicht altersgemäß sind und andererseits die Eltern in ihrer Autorität beschneiden. Während es manchen Kindern gelingt, sich in beiden „Welten“ gut zu orientieren, versuchen die Eltern oft eher, die Stabilität der Familie zu retten, indem sie – im Sinne einer emotionalen Überlebensstrategie – am Herkömmlichen festhalten und sich gegen die neuen Einflüsse wehren. Familienregeln werden dann sehr strikt gehandhabt, was fast zwangsläufig zu Konflikten führt. Nicht alle Kinder schaffen den kulturellen Spagat leicht. Manche überfordern sich im Versuch,

¹ Weilandt 2006.

den widerstrebenden Anforderungen gerecht zu werden, und verlieren sich in den damit verbundenen Loyalitätskonflikten.

Nura, eine 16-jährige Jugendliche, wurde wegen wiederholter Ohnmachtsanfälle in unserer Klinik behandelt. In ihrem Zimmer hing die moderne Lederjacke neben einem traditionellen Gewand aus ihrer Heimat. Im Alltag mit den anderen Jugendlichen auf der Station trug Nura fast immer ihre Jacke, obwohl sie wusste, dass ihr Vater das nicht mochte. Wenn der Vater zu Besuch kam, zog sie jeweils das Gewand an. Der Vater sah zwar die Lederjacke hängen, nahm sie aber nicht zur Kenntnis. Scheinbar war nun alles in Ordnung, doch für Nura blieb eine Synthese unmöglich und die nicht zu vereinbarenden Gefühle fanden wohl Ausdruck im Konversions-symptom, in den Ohnmachtsanfällen.

Blerim, ein 11-jähriger Knabe, kam wegen ausgeprägter sozialer Ängstlichkeit in ambulante Therapie. Auch mit der Therapeutin sprach er kaum. Beide bedurften eines Übergangsmediums, um miteinander in einen Dialog zu kommen. Mit dem „Szeno“, einem standardisierten Baukasten, der in der Kinderpsychiatrie zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken verwendet wird, baute Blerim eine eindrückliche Szene. Sie stellte zwei klar voneinander getrennte Bereiche dar. Das Haus der Familie mit dem eingezäunten Garten und den Nutztieren, quasi eine kleine, sich selbst versorgende, gegen außen aber abgeschottete Welt, darum herum der Wald mit den wild lebenden Tieren. Die Szene spiegelte die Situation der Familie, die Abschottung der Eltern, die sich kaum integrierten und ihr Herkunftsland idealisierten. Blerim fühlte sich zu Hause durchaus getragen, konnte aber die Welt jenseits, die Schule, den Sportklub und seine beginnende Pubertät kaum erkunden. Sie blieben zu gefährlich. Blerim konnte nun nicht einfach den Zaun niederreißen, um in die Wildnis hinauszutreten. Das wäre für Knaben viel zu bedrohlich gewesen. Um im Bild zu bleiben: Der Fuchs, den Blerim im Wald aufgestellt hatte, würde sofort eindringen und die Hühner im Garten fressen. Es war die Aufgabe der Therapeutin, mit Blerim und seiner Familie vorsichtig nach Öffnungen zu suchen und die damit verbundene Angst auszuhalten.

Basel ist ein Stadtkanton, ähnlich dem Bundesland Berlin, nur viel kleiner mit seinen 190 000 Einwohnern. Die Agglomeration, die auch das grenznahe Deutschland und Frankreich einschließt, zählt etwa nochmals so viele Menschen. In der Stadt Basel leben rund 32 Prozent Ausländerinnen und Ausländer. Davon wurde die Hälfte in der Schweiz geboren und über ein Drittel lebt seit über 30 Jahren hier. Die Zahl der Ausländer lässt sich schwer mit anderen Ländern vergleichen und sagt nur bedingt etwas über die Bevölkerungsstruktur aus, weil die Schweiz eine relativ restriktive Einbürgerungspolitik betreibt. Die Schweiz ist traditionell ein Einwanderungsland und Basel durchaus ein kleiner Schmelztiegel. In der Mittelstufe, dem 5. bis 7. Schuljahr, werden 3 200 Kinder aus 60 Herkunftsländern mit über 40 Muttersprachen unterrichtet.

Seit 1999 besitzt Basel ein Integrationsleitbild.² Es wurde federführend von einer Ethnologin verfasst. Das Leitbild ist ein bewusst knapp gehaltenes Grundlagenpapier. Es vollzieht einen konsequenten Paradigmawechsel vom Defizit- zum Ressourcenansatz. Migration wird nicht primär mit Gefahr und Abhängigkeit verbunden, sondern explizit als Chance gesehen. Das Motto ist Fördern und Fordern und beinhaltet auch einen Integrationsdruck. Das Leitbild basiert auf drei Grundgedanken:

- » Aufbau auf dem vorhandenen Potenzial,
- » Integration als gesamtgesellschaftliches und gesamtstädtisches Anliegen,
- » Respekt für einen bewussten und sorgsamen Umgang mit Differenz.

Der Unterschied zwischen Potenzial- und Defizitansatz lässt sich an einem aktuellen Beispiel zeigen. In Basel werden rund 3 000 muslimische Kinder an den Schulen unterrichtet. Die Familien von neun Kindern verweigern gegenwärtig den gemischt geschlechtlichen Schwimmunterricht. Man kann nun diese neun Kinder als Zeichen der Integrationsschwierigkeiten muslimischer Familien bewerten oder den Standpunkt vertreten, dass fast alle Kinder den Schwimmunterricht besuchen und auch ihre Eltern darin ein Potenzial erkennen, das ihnen im Heimatland vielleicht noch völlig unmöglich erschienen wäre.

Ein Leitbild zeigt nur Grundsätze auf, es bedarf deshalb weiterer Strukturen zu seiner Umsetzung. Aus diesem Grund wurde in Basel ein Integrationsgesetz geschaffen, das seit dem 1. Januar 2008 wirksam ist. Es legt Regeln zum Integrationsprozess, aber auch zur Chancengleichheit und Bekämpfung von Diskriminierung fest.

In § 3 Abs. 3 steht: „Die Migrantinnen und Migranten sind verpflichtet, sich mit den hiesigen gesellschaftlichen Verhältnissen und Lebensbedingungen auseinanderzusetzen und sich die dafür notwendigen Sprachkenntnisse anzueignen.“³

In § 5 Abs. 2 steht: „Die Erteilung einer Aufenthaltsbewilligung kann zur Erreichung der Integrationsziele mit der Auflage verbunden werden, dass ein Sprach- oder Integrationskurs mit ernsthaftem Engagement absolviert wird.“⁴

Es bleibt also Interpretationsspielraum offen. Einigen ist das Gesetz zu streng, anderen zu unverbindlich. Aber es konnte mit ihm ein politischer Konsens gefunden werden. Ein Referendum gegen das Gesetz, für das 2 000 Unterschriften notwendig gewesen wären, kam nicht zustande. In Basel besteht heute die Möglichkeit, mit Ausländern aus Nicht-EU-Ländern eine Integrationsvereinbarung zu treffen. In ihr werden verbindliche Ziele vereinbart, deren Nichterfüllung als letzte Konsequenz

2 Leitbild und Handlungskonzept des Regierungsrates zur Integrationspolitik des Kantons Basel-Stadt, online im Internet: http://www.welcome-to-basel.bs.ch/leitbild_original.pdf [19.6.2010].

3 Gesetz über die Integration der Migrationsbevölkerung (Integrationsgesetz), online im Internet: http://www.welcome-to-basel.bs.ch/integrationsgesetz_publiziert.pdf [16.9.2010].

4 Ebd.

– wenn zusätzliche Faktoren, wie Kriminalität oder Sozialhilfebezug dazukommen – den Entzug der Aufenthaltsbewilligung zur Folge haben kann.

Abschließend wird anhand eines Fallbeispiels der Integrationsprozess einer Familie in Basel vorgestellt, an dem auch unsere kinder- und jugendpsychiatrische Klinik während mehrerer Jahre beteiligt war: Alyssa lebte mit ihren Eltern und ihren drei Geschwistern in einem politisch und militärisch umkämpften Gebiet im Nahen Osten. Als sie achtjährig war, musste die Familie vor den kriegesischen Wirren fliehen. Auf der Flucht wurde Alyssa für kurze Zeit von den Eltern getrennt. Schließlich fand sie ihre Familie wieder und gelangte auf Umwegen in die Schweiz. Alyssas Geschwister lebten sich hier in der Schule problemlos ein und lernten rasch Deutsch. Sie hingegen litt unter heftigen Angstattacken, getraute sich nicht, allein zu sein, und schreckte nachts häufig auf. Am meisten Sorge bereitete den Eltern, dass Alyssa sich wie ein kleines Kind verhielt und kaum noch ein Wort sprach. Sie wurde in eine heilpädagogische Sonderschule eingeteilt.

Der Kontakt mit unserer kinderpsychiatrischen Poliklinik erfolgte schließlich auf Vermittlung der Lehrerin. Für den Therapeuten stellte sich bei Alyssa die Frage, ob es sich bei ihrem sprachlichen, kognitiven und emotionalen Entwicklungsrückstand in erster Linie um eine Veranlagung handelte oder ob die Symptome hauptsächlich eine Reaktion auf die traumatischen Erlebnisse der Flucht darstellten. Mit anderen Worten: Hatte es Alyssa vielleicht vor Schrecken die Stimme verschlagen? Rückblickend betrachtet spielte wahrscheinlich beides eine Rolle. Die Eltern erzählten, dass sich Alyssa schon als kleines Kind langsamer und schwerfälliger als ihre Geschwister entwickelt hätte. Alyssa hatte aber auch als Einzige während der Flucht eine Trennung von ihrer Familie erlebt, und wahrscheinlich standen ihr weniger persönliche Ressourcen für die Verarbeitung dieser schrecklichen Erfahrung zur Verfügung. Entsprechend heftig war ihre traumatische Reaktion.

Im Verlaufe der folgenden Jahre machte Alyssa eine eindruckliche Entwicklung durch. Sie gewann an Selbstsicherheit, sprach wieder mehr und war weniger furchtsam. Auch in der Schule zeigte sie sozial und leistungsmäßig Fortschritte. Nachdem das Hadern der Eltern um Alyssas „Langsamkeit“ unsere Gespräche lange beherrscht hatte, rückten für die Familie jetzt auch anderen Themen in den Vordergrund. Die Familie erhielt eine Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz. Das brachte einerseits Sicherheit und Entlastung, bedeutete aber auch längerfristige Trennung und Abschied von der Heimat. Die Geschwister von Alyssa fanden sich bestens zurecht, der Vater arbeitete und lernte die Sprache, aber die Mutter verstand kaum ein Wort Deutsch und hatte Heimweh. Beschämt erzählte sie dem Therapeuten, dass ihre Kinder sie manchmal auslachen würden, wenn sie sich nicht getraue, jemanden außerhalb des Hauses anzusprechen oder um Rat zu fragen. Alyssa, die beim Gespräch dabei war, begann zu kichern. Die Mutter war jetzt in der Familie zur Trägerin der fehlenden Sprache geworden.

Der Therapeut empfahl der Mutter, einen Deutschkurs zu besuchen. Es gibt dafür gute niederschwellige Angebote in Basel. Der Vorschlag wurde vom Vater sofort mit der Begründung abgelehnt, seine Frau habe neben dem Haushalt und ihrer Tätigkeit als Reinigungskraft keine Zeit für einen solchen Kurs. So sehr er sich für die Bildung und Integration seiner Kinder engagierte, so strikt blieb seine traditionell, rückwärtsgewandte Ausrichtung in der Ehebeziehung.

Dieses Beispiel zeigt, wie komplex sich der Prozess der Integration einer Familie darstellen kann und welche Herausforderung, aber auch Chance es bedeutet, alle Ziele, Ansprüche und Wertvorstellungen miteinander zu vereinen. Der Therapeut pochte weiter auf die Sprache als Ressource und den Deutschkurs für die Mutter. Der Vater entgegnete, sie hätten vier Kinder, seien auf den Verdienst der Mutter angewiesen, um unabhängig zu bleiben und nicht auf staatliche Sozialhilfe angewiesen zu sein. Beides gute Argumente! Eine einfache Lösung bot sich nicht an. Aber die Familie und der Therapeut blieben weiter im Gespräch, forderten einander heraus und suchten gemeinsam nach einem Weg. Auch das ist ein Aspekt der Integration.

Literatur

- Adam, Hubertus** (2009): Seelische Probleme von Migrantenkindern und ihren Familien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58 (4), 244-262.
- Lanfranchi, Andrea** (2002): Zur psychosozialen Situation von Migrationsfamilien. In: Wanner, Philippe et al. (Hrsg.): *Familien und Migration. Beiträge zur Lage der Migrationsfamilien und Empfehlungen der Eidgenössischen Koordinationskommission für Familienfragen*. Bern, 77-97.
- Schepker, Renate** (2009): Beiträge aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Prävention und Integration bei Kindern in Zuwandererfamilien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58 (4), 263-277.
- Svejda-Hirsch, Lenka; Streb, Peter** (2009): Kulturwechsel und Erkrankung – von Unterschieden und Gemeinsamkeiten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 90 (41), 1585-1587.
- Weilandt, Caren** (2006): Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49 (9), 866-872.

Spezielle Patientenrechte für Migranten? Juristische und rechtsethische Überlegungen

Problemstellung: die Internationalisierung der medizinischen Behandlung und des Medizinrechts

Während die medizinische Wissenschaft seit jeher länderübergreifend verstanden worden ist, wurden die Juristerei und damit auch das Medizinrecht lange Zeit von einer zumeist nationalen Anschauung geprägt. Indes ist diese Haltung durch die zunehmende Internationalisierung und Europäisierung der Gesellschaft und des Rechts auch im Medizin- und Arztrecht überholt worden. Man spricht bereits vom sogenannten Patiententourismus und hält ganze Tagungen über dieses Problemfeld ab. Deutsche lassen sich im Urlaub zahnmedizinische Behandlungen zuteilwerden, und noch stärker treten die Kostengründe für die Verlagerung von medizinischen Maßnahmen ins Ausland im Bereich der kosmetischen Operationen in den Vordergrund. Auch nehmen emigrierte Deutsche natürlich oft medizinische Leistungen im Ausland in Anspruch.

Umgekehrt lassen sich in bestimmten Bereichen Ausländer* gezielt in Deutschland behandeln. Der Grund für die Einreise nach Deutschland zum Zwecke der medizinischen Behandlung liegt keineswegs allein in der Erschleichung von Sozialleistungen. Vielmehr stehen häufig unzureichende medizinische Ressourcen im Heimatland oder auch ganz einfach ein als unzureichend empfundenes Niveau der medizinischen Qualität hinter dem sogenannten Medizintourismus. Das gilt übrigens nicht

* Im Folgenden ist bei der allgemeinen Verwendung der männlichen Form auch die weibliche Form gemeint.

nur für Entwicklungs- oder Schwellenländer, sondern als Beispiele haben auch die nordischen Länder gedient. Vor allem aber nimmt die Zahl ausländischer Patienten im Inland ganz einfach ebenso zu wie die Zahl der im Inland lebenden Ausländer. Dieser Befund führt unmittelbar in unser Thema.

Überdies lässt sich die Internationalisierung auch beobachten, wenn man einen Blick auf die Behandlungsseite wirft. Gelegentlich werden Kapazitäten aus dem Ausland zum Zwecke der Lehre, der Fortbildung und der Demonstration oder ganz einfach deshalb im Inland tätig, weil sie vom Patienten herbeigerufen werden. Grenzüberschreitende Aspekte können schließlich die Telemedizin und vergleichbare Erscheinungen mit sich bringen, wenn etwa in Deutschland erhobene Befunde (aufgenommene Bilder) per E-Mail zu einem ausländischen Kollegen zum Zwecke der Erstellung einer Diagnose übermittelt werden. Vor allem aber ist die Abwanderung von deutschen Ärzten ins Ausland, zumeist aufgrund besserer Arbeitsbedingungen, längst ins allgemeine Bewusstsein gerückt. Quasi als Kompensation dafür werden zunehmend ausländische Ärzte in Deutschland eingestellt. Solche Migranten sind dann aber in erster Linie der Behandlungsseite zuzurechnen und übersteigen daher unser Thema.

Erstmals hat sich vor knapp zwei Jahren auch der für die Arzthaftung zuständige VI. Senat des Bundesgerichtshofs (BGH) mit einem auslandsbezogenen Sachverhalt beschäftigt. Es ging um ein sogenanntes Distanzdelikt, bei dem Handlungs- und Verletzungserfolgsort auseinanderfallen.¹ Ein Deutscher hatte sich zur Behandlung in die Schweiz begeben. Der dortige Arzt verschrieb Medikamente, wohl ohne den Patienten zureichend aufzuklären. Die Einnahme der Medikamente soll zu schweren Nebenwirkungen geführt haben. Der Patient verklagte den schweizerischen Arzt daraufhin vor deutschen Gerichten in Süddeutschland. Sowohl die Vorinstanzen² als auch der BGH bejahten die internationale Zuständigkeit deutscher Gerichte unter dem Aspekt der Tatortzuständigkeit (nach Art. 5 Nr. 3 Lugano-Übereinkommen über die gerichtliche Zuständigkeit und die Vollstreckung gerichtlicher Entscheidungen in Zivil- und Handelssachen). Als Tatort ist auch der Erfolgsort angesehen worden, an dem in das geschützte Rechtsgut, nämlich in die Gesundheit und die körperliche Unversehrtheit, eingegriffen wurde.

Der Fall zeigt plastisch, dass sich durchaus auch – selbst aus europäischer bzw. deutscher Sicht – ausländische Gerichte als zuständig ansehen dürfen, wenn zum Beispiel ein Patient in Deutschland von einem Arzt unzureichend aufgeklärt worden ist und wenn sich das Ergebnis der unzureichenden Aufklärung über eine Gesundheitsschädigung im Ausland realisiert. Man denke an in Deutschland lebende Gastarbeiter, die ein vom deutschen Arzt verordnetes Medikament während des Urlaubs

¹ BGH, NJW 2008, 2344.

² OLG Karlsruhe, GesR 2007, 316.

in ihrer Heimat einnehmen und – unzureichend aufgeklärt – Gesundheitsschäden erleiden. Zumindest aus der Sicht des europäisierten internationalen Privatrechts, das Auskunft darüber gibt, wessen Staates Recht in Fällen mit Auslandsbezug anzuwenden ist (vgl. Art. 3 EGBGB – Einführungsgesetz zum Bürgerlichen Gesetzbuche), ist freilich in derartigen Fällen trotz der Zuständigkeit (auch) ausländischer Gerichte in aller Regel deutsches Arztvertrags- und Arzthaftungsrecht anzuwenden. Demgemäß hat auch auf den deutsch-schweizerischen Fall im Ergebnis schweizerisches Arzthaftungsrecht zur Anwendung zu kommen. Das folgt aus Art. 4 Abs. 1 lit. b EG-Verordnung 593/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 17. Juni 2008 über das auf vertragliche Schuldverhältnisse anzuwendende Recht (Rom I-VO)³ und aus Art. 4 EG-Verordnung 864/2007 des europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Juli 2007 über das auf außervertragliche Schuldverhältnisse anzuwendende Recht (Rom II-VO).⁴

Wenigstens in aller Regel, so lässt sich festhalten, ist also deutsches Recht anzuwenden, wenn Patienten in deutschen Kliniken oder von deutschen Ärzten behandelt werden. Dabei kommt es nicht auf die Staatsangehörigkeit der Patienten an. Demgemäß konzentrieren sich die folgenden Ausführungen auf das deutsche Recht. Zudem geht es auch nicht um den sogenannten Patiententourismus, sondern vielmehr um spezifische Probleme von Migranten, die sich nun in Deutschland befinden, die also hier ihren gewöhnlichen Arbeits- bzw. Aufenthaltsort genommen haben.

Eine zweite thematische Eingrenzung ist notwendig. Als Phänomen ist zu beobachten, dass teilweise Eingriffe an Migranten durchgeführt werden, die sich mit unseren ethischen und rechtlichen Vorstellungen schwerlich vereinbaren lassen. Die vielfach diskutierten sogenannten Beschneidungen von Mädchen beziehungsweise jungen Frauen aus den einschlägigen Ländern Afrikas auch hier im Inland sind dafür ein eher trauriges Beispiel. Zurzeit wird rechtspolitisch über einen diesbezüglichen besonderen Straftatbestand diskutiert.⁵ Freilich sind solche Eingriffe schon aus standesrechtlichen Gründen untersagt. Ärzte in Deutschland, die sie dennoch vornehmen würden, würde das der Gefahr des Approbationsentzugs und der Strafbarkeit (auch nach bereits geltendem Recht) aussetzen. Demgemäß werden entsprechende Beschneidungen in Deutschland im Allgemeinen nicht von Ärzten durchgeführt, und man kann die betroffenen Jugendlichen auch kaum als Patienten im eigentlichen Sinne bezeichnen, jedenfalls sofern es um den eigentlichen Eingriff und nicht um die Behandlung der Folgen solcher Eingriffe geht.

Im Vordergrund der folgenden Ausführungen stehen vielmehr Patientenrechte im engeren Sinne, also zunächst einmal ein Anspruch auf Behandlung von Migranten überhaupt. Sodann wird insbesondere zu erörtern sein, wie das

3 ABl. EU L 177/6 vom 4.7.2008.

4 Näher Spickhoff 2009a.

5 Siehe Hahn 2010.

Selbstbestimmungsrecht ausländischer Patienten über das Mittel der Einwilligung nach Aufklärung sichergestellt werden kann, insbesondere im Hinblick auf sprachbedingte Verständigungsschwierigkeiten. Diese führen zu der weiteren Frage nach der Übernahme von Kosten für einen gegebenenfalls herbeizuziehenden Dolmetscher.

Um eine Antwort auf die Frage geben zu können, ob spezielle Patientenrechte für Migranten zu postulieren sind, ist es zunächst einmal erforderlich, gewissermaßen einen juristischen Befund zu erheben, also den Status quo im Hinblick auf die Patientenrechte von Migranten zu eruieren. Nur daraus kann sich ergeben, ob *de lege ferenda*⁶ korrigierende Maßnahmen des Gesetzgebers angezeigt sind. Derartige spezielle Patientenrechte für Migranten könnten etwa im Rahmen der Kodifikation eines Patientenrechtegesetzes, das vor Kurzem von der SPD-Bundestagsfraktion angeregt worden ist⁷ – ähnliche Überlegungen verfolgen dem Vernehmen nach auch andere politische Parteien –, berücksichtigt werden.

Bestandsaufnahme

Anspruch auf Behandlung

Wünscht ein Migrant eine medizinische Behandlung, so steht ihm dies zunächst einmal als gesetzlich versichertem Patienten im Rahmen der Vorschriften des allgemeinen Sozialrechts beziehungsweise des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung zu.

Im Falle einer akut notwendigen Krankenhausbehandlung ist überdies entschieden worden, dass auch ausländische Sozialhilfeempfänger (Asylbewerber) einen Anspruch auf Krankenhilfe haben. Dieser Anspruch kann, selbst wenn der Sozialhilfeträger die Kostenübernahme rechtswidrig ablehnt, vom Krankenhausträger im Wege der öffentlich-rechtlichen Geschäftsführung ohne Auftrag gegen den Sozialhilfeträger geltend gemacht werden. Demgegenüber entsteht in Fällen einer unaufschiebbaren Behandlung kein Anspruch des Krankenhausträgers beziehungsweise der Behandlungsseite auf Erstattung der Behandlungskosten gegen den Asylbewerber selbst, weder unter dem Gesichtspunkt eines stillschweigenden Vertragsschlusses durch Einwilligung in den Eingriff noch durch die fragliche Behandlung selbst (als „faktischer“ Vertrag) oder unter dem Aspekt einer Geschäftsführung ohne Auftrag.⁸ Überhaupt ist in unaufschiebbaren Situationen Hilfe zu leisten; anderenfalls droht eine Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323 c StGB – Strafgesetzbuch).

6 Aus dem Lateinischen: vom Standpunkt des zukünftigen Rechts aus.

7 BT-Drs. 17/907 (dort werden spezielle Patientenrechte für Migranten nicht gefordert, aber auch nicht diskutiert).

8 OLG Köln, VersR 1995, 1102.

Haben Migranten den Status von Privatpatienten, sind sie also nicht Zwangsmittglied einer gesetzlichen Krankenversicherung, so müssen sie wie jeder andere Patient auch einen privaten Behandlungsvertrag abschließen, der die Gebühren nach der Gebührenordnung für Ärzte beziehungsweise die allgemeinen Krankenhaustarife auslöst.

Der Patient hat bei alledem das Recht auf freie Arztwahl. Freilich braucht nicht jeder Mediziner jeden Patienten, ausgenommen im Notfall, zu akzeptieren. Indes besteht nach den Krankenhausgesetzen verschiedener Bundesländer Kontrahierungszwang, wengleich nicht in Bezug auf Wahlleistungen (wie etwa Chefarztbehandlung). Auch wo eine solche Abschlusspflicht der öffentlich-rechtlich organisierten Krankenhäuser nicht ausdrücklich geregelt ist, wird von ihr ausgegangen, weil es typischerweise um lebensnotwendige oder wenigstens lebenswichtige Leistungen geht.⁹

Allerdings besteht weder im privatärztlichen Bereich noch im System der gesetzlichen Krankenversicherung ein genereller Anspruch auf muttersprachliche Behandlung. Das ist in Bezug auf Psychotherapeuten explizit entschieden worden. Dabei soll es auch nicht auf die Anzahl der Versicherten einer bestimmten Herkunft und Sprache in der betreffenden Region ankommen. Angesichts der Vielzahl von Sprachen auf der Welt kann ein solcher Anspruch generell in der Tat nicht realisiert und angenommen werden, will man nicht das Finanzsystem der gesetzlichen Krankenversicherung sprengen. Eine Ungleichbehandlung der verschiedenen Ländergruppen in dem Sinne, dass insoweit einzelne Nationalitäten bevorzugt würden, ist – eher zweifelhaft – sogar mit Art. 3 Abs. 1 und 2 GG (Grundgesetz) als nicht vereinbar angesehen worden.¹⁰

Die Aufklärung der Patienten

Mit der letztgenannten Entscheidung, die freilich nicht nur die Aufklärung, sondern die Behandlung insgesamt zum Gegenstand hatte, ist ein Schritt in Richtung des nächsten wesentlichen und in der Gerichtspraxis besonders relevanten Bereichs gesetzt worden, nämlich zur Aufklärung der Patienten.¹¹

Nach zwar immer wieder ärztlicherseits und zum Teil auch in der juristischen Literatur bestrittener, aber ständiger Rechtsprechung bedarf jede – auch die *lege artis*¹² durchgeführte – invasive oder medikamentöse Maßnahme am Patienten dessen rechtfertigender Zustimmung.¹³ Die Einwilligung in eine medizinische Maßnahme

9 Vgl. Deutsch/Spickhoff 2008, Rn. 96.

10 SG Hamburg, Urteil vom 10.12.2003, Az. S 27 KA 251/01.

11 Eingehend dazu Muschner 2002, 50 ff. (Überblick zur Judikatur); Muschner 2003.

12 Aus dem Lateinischen: nach den Regeln der Kunst.

13 RGZ 88, 433 (436); BGHZ 29, 46; BGHZ 61, 118 (123); BGH, NJW 1980, 1905 (1906); Spickhoff, in: Soergel, BGB, 13. Aufl. 2005, § 823 Anh. I Rn. 52 m. w. N. Anders bei *lege artis* durchgeführten ärztlichen Heileingriffen z. B. Katzenmeier 2002, 112 ff., 356 ff., 494 ff.; Lillie, in: Leipziger Kommentar zum StGB, 11. Aufl. 2001, vor § 223 Rn. 3 ff.

kann der Patient jedoch nur geben, wenn er über ihren Sinn und Zweck aufgeklärt worden ist. Die Aufklärung geht also der Einwilligung voraus und füllt sie ihrem Inhalt nach aus. Bei alledem müssen Arzt und Patient zusammenwirken. Der Kranke hat den Mediziner über seine Beschwerden und seinen Zustand zu informieren. Der Arzt seinerseits muss den Patienten über die Krankheit und Behandlung, deren Aussichten und Gefahren ins Bild setzen.

Die juristische Grundlage der Einwilligung nach Aufklärung ist in Art. 2 Abs. 2 und Art. 1 GG zu sehen. Jedem Menschen, natürlich auch ausländischen Patienten, sind die freie Entfaltung der Persönlichkeit und die Menschenwürde garantiert. Das kommt in den strafrechtlich und haftungsrechtlich geschützten Rechtsgütern wie Körper, Gesundheit und Freiheit zum Ausdruck, deren Integrität Voraussetzung für die Entfaltung der Persönlichkeit ist. Diese Rechtsgüter stehen allerdings zur Disposition des Rechtsgutsträgers. Hinter den betreffenden Rechtsgütern verbirgt sich damit das Persönlichkeitsrecht des Patienten, der nach eigenem Belieben therapeutische Eingriffe erlauben, aber auch ablehnen kann.

Überdies hat die Aufklärungspflicht ihre Grundlage auch in der Ethik. Denn Information und Zustimmung des Patienten sind in erster Linie ethische Gebote. Der Kranke hat den moralischen Anspruch auf Selbstverwirklichung und Nicht-täuschung. Sozialethisch gesehen trifft den Arzt die Aufgabe, die Disposition des Patienten in dessen unter Umständen existenzieller Situation in Erfahrung zu bringen, wozu auch gehört zu ergründen, ob der Patient voll, beschränkt oder überhaupt nicht aufgeklärt werden will. Bei alledem kann jedes grobe Raster gegenüber den im Einzelnen sehr unterschiedlichen Patienten unethisch erscheinen: Der Feinfühlige wird die rücksichtslose Normalaufklärung als Übermaß empfinden, ebenso wie dem Wissbegierigen eine zurückhaltende Grundaufklärung nicht genügen wird, die ihm die Last weiterer Fragen zuschiebt, welche zu stellen er vielleicht nicht einmal in der Lage ist.¹⁴

Ethik und Recht bieten daher im Grundsatz – wenn man das Spektrum des (ärztlicherseits freilich unbeliebten) Verzichts auf die Aufklärung (Stichwort: Recht auf Nichtwissen)¹⁵ bis hin zum Patientenrecht auf volle Aufklärung bedenkt – auch für Migranten ein zureichendes Maß an Flexibilität. Das ist auch fraglos notwendig. Im Falle von ausländischen Patienten kommen unterschiedliche kulturelle Hintergründe hinzu, die im Aufklärungsgespräch zu berücksichtigen sind. Einerseits mag es sein, dass Migranten mit typischem kulturellen Hintergrund bestimmte Eingriffe generell ablehnen, vor allem aber ist es durchaus auch möglich, dass Migranten aufgrund ihrer Herkunft den außerordentlichen Umfang der Aufklärungspflichten nach deutschem Recht gar nicht kennen und deshalb nicht nur keine weitergehenden Fragen

¹⁴ Deutsch/Spickhoff 2008, Rn. 247 f.

¹⁵ Dazu etwa Duttge 2010.

an den Arzt stellen, sondern möglicherweise geradezu den (eventuell fälschlichen) Eindruck erwecken, sie legten auf eine umfassende Aufklärung keinen Wert.

Die umfassende Aufklärung umfasst nach deutschen Maßstäben der Rechtsprechung eine Aufklärung über die Diagnose, über den Verlauf der Krankheit, eine Aufklärung über mögliche Behandlungsalternativen, eine Aufklärung über Risiken und Medikamentenwirkungen, eine Aufklärung über das Risiko der Nichtbehandlung, auch eine Aufklärung über Sicherungsmaßnahmen, die der Patient selbst zu treffen hat, eventuell sogar eine Aufklärung über die unterschiedliche Qualität der Behandlung und die Übernahme der Kosten.¹⁶

Abgesehen von einem besonderen kulturellen Hintergrund ausländischer Patienten kann in besonderem Maße die Sprachbarriere hinzutreten. Anerkannt ist, dass die Behandlungsseite, also der behandelnde Arzt, über zureichende Deutschkenntnisse verfügen muss. Anderenfalls ist er nicht geeignet, ein Aufklärungsgespräch mit dem Patienten über die Risiken der durchzuführenden Behandlung zu führen. Die bloße Übergabe einer schriftlichen Informationsbroschüre reicht nicht aus.¹⁷ Anders liegt es nur, wenn im Ausnahmefall der (schlecht deutsch sprechende) Arzt und sein Patient dieselbe Sprache sprechen.

Im Übrigen hat auch der ausländische Patient grundsätzlich voll aufgeklärt zu werden. Nicht anders als im Falle deutscher Patienten entfällt die Aufklärungspflicht nur ausnahmsweise ganz oder teilweise dann, wenn der Patient nicht ansprechbar (z. B. bewusstlos) ist, oder wenn für die erforderliche Aufklärung im eben genannten Sinne keine Zeit mehr ist, etwa aufgrund der Unaufschiebbbarkeit der medizinischen Maßnahme. In derartigen Fällen kann, allgemeinen Grundsätzen entsprechend, den Umständen gemäß reduziert oder gar nicht aufgeklärt werden. Freilich können dabei deutschsprachige Patienten im zeitlichen Vorteil sein, insbesondere dann, wenn für die Aufklärung eines deutschsprachigen Patienten zwar noch genügend Zeit vorhanden ist, für einen der deutschen Sprache nicht zureichend mächtigen Patienten indes keine Person, die übersetzen kann, verfügbar ist, aber keine Zeit mehr besteht, eine solche Person noch rechtzeitig zu holen. Immerhin ist durch die Verbreitung von Gastärzten und Gastschwestern in deutschen Krankenhäusern insoweit manche Möglichkeit gegeben. Insbesondere empfiehlt es sich, Formulare in den Sprachen der größeren in Deutschland lebenden Ausländergruppen zu entwickeln, auch wenn selbst bei der Behandlung von ausländischen Patienten im Prinzip nicht die bloße Übergabe eines Aufklärungsformulars genügt,¹⁸ sieht man einmal von Eilfällen ab. In Eilfällen ist – soweit möglich – immerhin eine annäherungsweise Erklärung zu versuchen.

Außerhalb von Eilfällen bietet die veröffentlichte Rechtsprechung folgendes Bild: 1993 entschied das Oberlandesgericht (OLG) München, dass die Aufklärung

¹⁶ Siehe z. B. Spickhoff, in: Soergel, BGB, 13. Aufl. 2005, § 823 Anh. I Rn. 119 ff.

¹⁷ AG Leipzig, MedR 2003, 582 mit Anm. Mangelsdorf.

¹⁸ Ebd.

mithilfe einer die Aufklärung übersetzenden Krankenschwester genügt;¹⁹ es ging um die Gebärmutterentfernung wegen eines Karzinoms und die Aufklärung über die Gefahr einer Harnleiterverletzung. Im Falle einer Blinddarmoperation hat das OLG Karlsruhe vor mehr als 20 Jahren gemeint, es entspreche den Anforderungen an eine Aufklärung, wenn der Arzt aufgrund sprachlich bedingter Verständigungsschwierigkeiten des ausländischen Patienten seine Ausdrucksweise dessen Verständnisvermögen anpasst und den sicheren Eindruck hat, dass der Patient ihn verstanden habe.²⁰ Indes sollte eine derartige Einschränkung oder Reduktion der Aufklärungspflicht nur in Eilfällen angenommen werden. Demgemäß hat das OLG Stuttgart zu Recht judiziert, dass bei der Behandlung eines ausländischen Patienten der Arzt zum Aufklärungsgespräch eine sprachkundige Person hinzuziehen muss, wenn nicht ohne Weiteres sicher ist, dass der Patient die deutschen Erklärungen versteht. Allgemeinen Grundsätzen folgend, liegt für all dies die Beweislast beim Arzt.²¹ Ebenso sieht es im Ausgangspunkt das Kammergericht (KG), das hervorgehoben hat, der aufklärungspflichtige Arzt habe notfalls durch Beiziehung eines Sprachmittlers sicherzustellen, dass der ausländische Patient der Aufklärung sprachlich folgen kann.²² Nicht nur im Rahmen der Aufklärungspflichten, sondern auch im Kontext der Behandlung im engeren Sinn müsse der Arzt sich versichern, dass der Patient in der Lage ist, die für eine ordnungsgemäße Behandlung erforderlichen Angaben zu machen. Anderenfalls könne er die Behandlung ablehnen oder er habe für eine Sprachmittlung zu sorgen. Das KG hat dabei explizit seine frühere Rechtsprechung²³ aufgegeben, wonach der Arzt nicht die Pflicht habe, zur Anamnese bei einem ausländischen Patienten einen Dolmetscher hinzuzuziehen. Vielmehr muss auch nach der neuen Rechtsprechung des KG die Behandlungsseite darlegen und notfalls beweisen, dass der Patient ordnungsgemäß aufgeklärt worden ist. Dazu gehört der Beweis, dass der Aufgeklärte der Aufklärung auch sprachlich folgen konnte. Der Arzt muss sich also versichern, dass der Patient in der Lage ist, die für eine ordnungsgemäße Behandlung erforderlichen Angaben zu machen und der Aufklärung zu folgen. Anderenfalls muss er (außerhalb von Eilfällen) die Behandlung ablehnen oder für eine Sprachmittlung sorgen.

Allerdings steht ein in Deutschland aufgewachsener Ausländer, der die deutsche Sprache beherrscht, hinsichtlich der Aufklärung über einen medizinischen Eingriff gegebenenfalls einem Deutschen gleich, weil Deutsche gleichfalls nicht immer medizinische Fachausdrücke verstehen. Es kann also durchaus auch Sache des ausländischen Patienten sein, dem Arzt mitzuteilen, wenn er etwas nicht verstanden hat, und

19 OLG München, VersR 1993, 1488.

20 OLG Karlsruhe, VersR 1988, 93.

21 OLG Stuttgart, AHRs 1050/100.

22 KG, MedR 2009, 47 (Meniskusoperation).

23 KG, MedR 1999, 226.

um entsprechende Aufklärung zu bitten.²⁴ Allerdings besteht die Gefahr, eventuell die Mitwirkungsobliegenheit ausländischer Patienten im Übermaß zu betonen, die – wie eingangs erwähnt – vielleicht nicht einmal wissen, wie weit die Aufklärungspflichten nach deutschem Recht reichen – ein Kenntniserückstand, der zwar auch deutsche Patienten treffen kann, aufgrund des kulturellen Hintergrundes aber wohl typischerweise in weniger ausgeprägtem Maße.

Bei alledem kann der grundsätzlich dem Arzt obliegende Nachweis des Verständnisses der erfolgten Aufklärung eines fremdsprachlichen Patienten auch durch Art und Umfang von dessen eigenen Angaben zu Erkrankung und Vorerkrankungen geführt werden.²⁵ An den Nachweis des Verständnisses der erfolgten Aufklärung eines fremdsprachigen Patienten, welcher der Behandlungsseite obliegt, werden mithin in der Praxis keine überzogenen Anforderungen gestellt. So wurde eine Arzthaftungsklage wegen unzureichender Eingriffsaufklärung im Hinblick auf einen Schwangerschaftsabbruch abgewiesen, weil die türkische Patientin nach ihrem eigenen Vorbringen während des in Rede stehenden Arztgesprächs niemals den Einwand erhoben hatte, sie könne den Ausführungen bereits sprachlich nicht folgen. Zudem hat sie (bzw. ihr Anwalt) im Prozess weder vorgetragen, dass sie Schwierigkeiten gehabt hätte, ihr Anliegen gegenüber dem behandelnden Arzt zum Ausdruck zu bringen, noch, dass sie sich bei der Konsultierung anderer Ärzte einer dritten sprachkundigen Person bedient hätte.²⁶ Im Ergebnis ähnlich hat die Rechtsprechung im Rahmen der Beweiswürdigung bemerkt, allein der Hinweis eines Arztes, der Patient sei in der Lage gewesen, im Rahmen der Anamneseerhebung Fragen zu beantworten, reiche zum Beweis der ordnungsgemäßen Aufklärung zwar noch nicht aus; habe der Patient jedoch im Aufklärungsbogen, in den Aufnahmeuntersuchungen sowie im Aufklärungsgespräch den Eindruck erweckt, der deutschen Sprache hinreichend mächtig zu sein, könne es treuwidrig sein, wenn er im Prozess gleichwohl behauptet, die Sprache nicht ausreichend zu beherrschen.²⁷

Die Gerichte stehen, wie man auch an dieser Entscheidung erkennen kann, stets im Spannungsverhältnis zwischen dem Schutz der Patientenautonomie auch ausländischer Patienten einerseits und andererseits der nachträglichen Behauptung, die Aufklärung doch nicht verstanden zu haben, was den Verdacht eines unvermittelten sprachlichen Fähigkeitsabfalls erst im Prozess nähren mag.

Vorsichtiger ist die Rechtsprechung mit irreversiblen gynäkologischen Maßnahmen umgegangen. So hat das OLG München einen Fall zu entscheiden gehabt, in dem eine 23 Jahre alte Frau aus der Türkei einen Tag vor ihrer zweiten Entbindung mittels Kaiserschnitt plötzlich den Wunsch nach einer gleichzeitig durchzuführenden

24 So OLG Karlsruhe, MedR 2003, 104.

25 OLG Nürnberg, MedR 2003, 172.

26 OLG Frankfurt am Main, VersR 1994, 986.

27 KG, GesR 2004, 409.

Sterilisation äußerte.²⁸ Die Wirksamkeit ihrer Einwilligung in den entsprechenden Eingriff setze – so das OLG München mit Grund – eine eingehende, angesichts von Sprachschwierigkeiten verständliche Darstellung der Konsequenzen der Sterilisation einschließlich ihrer psychosozialen Folgen voraus. Daran fehle es bei einem bloß kurzen Gespräch über die Endgültigkeit der Maßnahme im Stil von „nix Baby mehr“ und einer anschließenden Illustration der Operationstechnik. Auch ist im Zusammenhang mit der Sterilisation einer sprachunkundigen Ausländerin hervorgehoben worden, eine unterschriebene Einverständniserklärung in die Durchführung dieser Maßnahme stelle keine wirksame Einwilligung in den Eingriff dar, wenn sich der Arzt zuvor keine Gewissheit über den Sterilisationswunsch der Patientin, etwa durch Rückfrage beim einweisenden Hausarzt oder durch Hinzuziehung eines Dolmetschers, verschafft habe. Die Patientin wollte sich in Wirklichkeit geradezu zur Ermittlung der Ursachen ihrer Kinderlosigkeit behandeln lassen.²⁹ Auch im Falle der Gebärmutterentfernung einer Italienerin, die der deutschen Sprache nur begrenzt mächtig war, genügte es zur ordnungsgemäßen Aufklärung über die Risiken dieses Eingriffs nicht, ihr einen Aufklärungs- und Anamnesebogen sowie eine 91 Seiten lange Schrift über Operationen in der Frauenheilkunde zu übergeben. Erforderlich wäre vielmehr ein zusätzliches Aufklärungsgespräch gewesen, das insbesondere durch einen im Umgang mit ausländischen Patienten versierten Arzt erfolgte.³⁰

Auch ausländischen Patientinnen ist gegebenenfalls nicht anders als im Falle der Behandlung von deutschen Patientinnen die Alternative zwischen Spontangeburt und Schnittentbindung zu erläutern. Im Eilfall lässt sich eine Schnittentbindung wegen Beckenendlage des Kindes allerdings bei nicht behebbaren sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten unter dem Aspekt der mutmaßlichen Einwilligung rechtfertigen.³¹ Selbst außerhalb von Eilfällen sind freilich auch bei der Entbindung ausländischer Patientinnen die mit der Entbindung befassten Hebammen und Frauenärzte nicht verpflichtet, Unterlagen anderer Krankenhäuser wegen früherer Geburten beizuziehen oder die Angaben der Eltern durch eine ergänzende Befragung unter Hinzuziehung eines Dolmetschers zu überprüfen. Das gilt jedenfalls, wenn die Behandelnden sich nach den Besonderheiten vorangegangener Entbindungen erkundigt und dabei Einzelheiten erfahren haben, die die Schlussfolgerung erlaubten, die Eltern hätten früher aufgetretene Komplikationen vollständig erwähnt, und wenn keine nennenswerten Verständigungsschwierigkeiten mit den ausländischen Eltern bestanden.³² Hier zeigt sich, dass eine unzureichende Aufklärung wegen fehlenden

28 OLG München, VersR 2002, 717.

29 OLG Düsseldorf, NJW 1990, 771.

30 OLG Nürnberg, VersR 1996, 372.

31 OLG Braunschweig, ZfSch 2003, 114 mit Anm. Diehl.

32 OLG Düsseldorf, ArztR 2001, 108.

Verschuldens der Ärzte nicht zur Haftung führen kann, wenn ganz einfach nicht erkennbar ist, dass der betreffende Patient oder die Patientin die Aufklärung nicht verstanden hat.³³

Insgesamt mag man zwar in den Nuancen die eine oder andere der referierten Entscheidungen kritisieren. Im Ganzen betrachtet kommt die Judikatur, die zur ärztlichen Aufklärung in Deutschland im internationalen Vergleich außerordentlich streng ist, aber durchaus zu angemessenen Ergebnissen im Einzelfall. Es ist nicht wahrscheinlich, dass durch gesetzgeberische Eingriffe in diesen sehr einzelfallbezogen zu beurteilenden Bereich den beteiligten Interessen besser Rechnung getragen werden könnte. Letztlich handelt es sich um das Problem der Beweiswürdigung, das durch eine generalisierende Regel des Gesetzgebers kaum sinnvoll zu Rechtsklarheit führen wird. Bezeichnend ist eben, dass die referierten Entscheidungen allesamt aus Tatsacheninstanzen stammen. Zudem ist noch einmal der zutreffende und allgemein geteilte Ausgangspunkt der Rechtsprechung hervorzuheben, dass auch im Falle der Aufklärung von ausländischen Patienten die Behandlungsseite die volle Beweislast für eine korrekte Aufklärung und die darauf beruhende Einwilligung trägt.

Dolmetscherkosten

Wie gezeigt, erlegt die deutsche Rechtsordnung der Behandlungsseite die Beweislast für die Einwilligung nach korrekter Aufklärung auf und verlangt hierbei (von den dargelegten Ausnahmen der unaufschiebbaren Behandlungen abgesehen), dass auch ausländische Patienten mit Verständnisschwierigkeiten gegebenenfalls in ihrer eigenen Sprache oder einer Sprache, die sie verstehen, aufgeklärt werden. Daraus ergibt sich zwanglos die Frage nach möglicherweise entstehenden Dolmetscherkosten. Denn nicht in allen Fällen steht Klinikpersonal oder stehen sonstige, vor allem zuverlässige und kostenlose Übersetzer zur Verfügung.³⁴

Von den Fällen des Kontrahierungszwangs abgesehen hat jeder Arzt freilich das aus der Vertragsfreiheit folgende Recht, die Behandlung von Patienten abzulehnen, mit denen er aufgrund sprachlich bedingter Verständigungsprobleme nicht oder nicht zureichend kommunizieren kann. Doch wie steht es, wenn die Behandlungsseite (Arzt, Krankenhausträger) aus ethischen oder sonstigen Gründen, gar infolge

33 Darauf weist mit Grund Muschner 2003, 828 f. hin.

34 Vgl. auch SG Hamburg, Urteil vom 10.12.2003, Az. S 27 KA 251/01, Rn. 29: „So, wie das System der gesetzlichen Krankenversicherungen durch die Beschränkung auf einen bestimmten Katalog von Behandlungsmethoden gekennzeichnet ist, erscheint die Verneinung eines Anspruchs auf muttersprachliche psychotherapeutische Behandlungen nicht systemwidrig, während die generelle Bejahung eines solchen Anspruchs schon angesichts der Vielzahl von Sprachen auf der Welt fernliegt [...], und das heißt: Die relativ vielen türkischsprachigen Migranten in Hamburg haben ebenso wenig einen Anspruch auf muttersprachliche psychotherapeutische Behandlung wie Angehörige anderer Sprachkreise [...]“

eines bestehenden Kontrahierungszwangs, mit dem fremdsprachigen Patienten einen medizinischen Behandlungsvertrag schließt?

Zur Beantwortung der damit aufgeworfenen Frage wird man sodann zwischen Sozialhilfeempfängern, gesetzlich versicherten Patienten und Privatpatienten zu unterscheiden haben.

a) Gesetzlich versicherte Patienten und Sozialhilfeempfänger

Für gesetzlich versicherte Patienten wird kaum infrage gestellt, dass anfallende Dolmetscherkosten stets vom Versicherten zu tragen sind, gleich, ob sich der Patient in der Ambulanz des Chefarztes oder auch vollstationär im Krankenhaus behandeln lässt.³⁵ Auf dieser Linie liegt eine Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG), in der es zwar nicht um fremdsprachliche Probleme, aber um den Ersatz von Kosten für einen Gebärdendolmetscher ging.³⁶ Gesetzlich Krankenversicherte – so das BSG – können auch dann, wenn eine Verständigung zwischen ihnen und dem Arzt nicht möglich ist, nicht verlangen, dass auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen zur ambulanten Untersuchung in der Behandlung ein Dolmetscher zugezogen wird. Man wird nicht fehlgehen in der Annahme, dass die parallele Frage für Patienten, die der deutschen Sprache nicht zureichend mächtig sind, in der Rechtsprechung kaum anders beantwortet werden würde. Allerdings hatte das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen als Vorinstanz gegenteilig entschieden. Die als Grundlagen herangezogenen §§ 27, 28 SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) verlangen eine „ärztliche Behandlung“ beziehungsweise „Tätigkeiten eines Arztes“. Die Tätigkeit von Hilfspersonen soll – so das BSG – nicht unter diese Tatbestandsvoraussetzungen fallen, solange die Fremdleistung nicht vom Arzt angeordnet oder von ihm zu verantworten ist, und diese Tätigkeit der ärztlichen Berufsausübung zuzurechnen ist. Die Tätigkeit von einem Dolmetscher könne der Arzt weder aufgrund seines ärztlichen Fachwissens leisten, noch kontrollieren und somit auch nicht verantworten. Auch liege keine Gesetzeslücke vor. Das Schrifttum ist dieser Entscheidung des BSG eher unkritisch gefolgt.³⁷

Aufwendungen für einen Gebärdendolmetscher sind übrigens auch im Bereich der beamtenrechtlichen Beihilfe nicht als erstattungsfähig angesehen worden,³⁸

35 Andreas 2001.

36 BSG, NJW 1996, 806.

37 Mrozynski, in: Wannagat, SGB, Loseblatt (2008), § 28 SGB V Rn. 20; Tollmann, in: Schlegel/Engelmann, juris Praxiskommentar SGB V, 2008, § 28 Rn. 44; Muschner 2002, 174; Andreas 2001, 207; Zipperer, in: GKV-Kommentar SGB V, Loseblatt (Februar 2010), § 28 Rn. 3; Wagner, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Bd. 1, Loseblatt (68. Erg.-Lfg. 2010), § 28 SGB V Rn. 7. Zum Teil wird auch – wenig überzeugend – zwischen (ersatzfähigen) „unmittelbaren“ und (nicht ersatzfähigen) „mittelbaren“ Hilfstätigkeiten unterschieden, wobei Dolmetschertätigkeiten dann als bloß mittelbare Hilfe eingeschätzt werden.

38 OVG Münster, NVwZ-RR 2008, 271.

wobei deutsche Beamte regelmäßig freilich nicht unter den hier zu erörternden Kreis von Migranten fallen.

Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hat demgegenüber Dolmetscherkosten immerhin als Teil der Krankenhilfe im Sozialhilferecht angesehen.³⁹ Die Sozialhilfe sei zwar nachrangig, sodass die Möglichkeiten einer unentgeltlichen Sprachvermittlung insbesondere durch Verwandte, Freunde oder sonst Nahestehende auszuschöpfen sei und sich die Hinzuziehung eines Berufsdolmetschers daher auf Ausnahmefälle beschränke. Wenn ein solcher Ausnahmefall vorliege, seien aber entsprechende Kosten der sprachlichen Hilfestellung nicht aus dem Leistungsrahmen der Krankenhilfe (nach dem seinerzeit noch anwendbaren Bundessozialhilfegesetz, heute SGB I) auszunehmen. Die Rechtslage sei insoweit vom SGB-V-Bereich zu unterscheiden. Auch sei dem Sozialhilferecht eine Begrenzung des Leistungsumfangs der Krankenhilfe dahin, dass diese nur in der Höhe gewährt werden kann, in der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht kommen, nicht zu entnehmen.⁴⁰ Denn während in der gesetzlichen Krankenversicherung Teilleistungen und damit ein dem Versicherten verbleibender Eigenanteil gerechtfertigt sein möge, ist im Sozialhilferecht die Hilfeleistung so zu bemessen, dass der Hilfebedürftige seinen notwendigen Bedarf tatsächlich in vollem Umfang befriedigen kann. Auf dieser Linie liegend hat auch das Oberverwaltungsgericht (OVG) Lüneburg entschieden, dass der Träger der Sozialhilfe verpflichtet ist, die Kosten für einen Fremdsprachendolmetscher zur Durchführung einer von der gesetzlichen Krankenkasse getragenen Psychotherapie zu tragen, auch wenn die Krankenkasse die Dolmetscherkosten nicht erstattet.⁴¹

b) Privat versicherte Patienten

Im Bereich der privaten Krankenversicherung versteht es sich an sich von selbst, dass Dolmetscherkosten nur dann von der privaten Krankenversicherung zu ersetzen sind, wenn entsprechender Versicherungsschutz besteht. Regelmäßig ist das nicht der Fall.⁴²

Als Ergebnis lässt sich daher festhalten, dass nach der aktuellen Rechtspraxis weder gesetzlich versicherte noch privat versicherte Patienten von der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung die Übernahme von Dolmetscherkosten verlangen können. Sie sind vielmehr prinzipiell selbst verpflichtet, für entsprechende Kosten

³⁹ BVerwG, NJW 1996, 3092.

⁴⁰ So auch BVerwGE 92, 336; BVerwGE 94, 211.

⁴¹ OVG Lüneburg, NdsRpfl 2002, 246.

⁴² Vgl. LG Köln, VersR 2008, 525 mit der lapidaren Bemerkung, eine entsprechende Anspruchsgrundlage sei weder aus Vertrag noch aus Gesetz ersichtlich.

aufzukommen. Lediglich wenn der Bereich der Sozialhilfe betreten ist, werden entsprechend Kosten übernommen.

Einwilligungsfähigkeit und Einwilligung ausländischer Patienten als Rechtfertigungsgrund im internationalen Haftungsrecht und im internationalen Strafrecht

Ein bislang kaum näher erörtertes Problem (auch) im internationalen Privatrecht der Arzthaftung kann sich aus dem unkoordinierten Zusammenspiel von den Anknüpfungsregeln des internationalen Privatrechts und des internationalen Strafrechts ergeben. Während die Regeln des internationalen Privatrechts ohne Weiteres ausländische Normen für anwendbar erklären können, befassen sich die §§ 3 ff. StGB mit der Anwendung des eigenen Strafrechts, wobei das Tatortprinzip (§ 3 StGB) dominiert. Sowohl die Verweisungen des internationalen Strafrechts⁴³ als auch diejenigen des internationalen Haftungsrechts⁴⁴ erfassen dabei nach jeweils allgemeiner Ansicht die Rechtfertigungsgründe. Eine Sonderanknüpfung von Rechtfertigungsgründen würde die jeweiligen Verweisungen in zu weitreichendem Maße zurückdrängen. Aber auch eine analoge Anwendung der Art. 7, 12 EGBGB in Bezug auf die bloße Einwilligungsfähigkeit an die Staatsangehörigkeit des Einwilligenden kommt weder aus der Sicht des internationalen Strafrechts noch aus der Perspektive des internationalen Privatrechts in Betracht. Zwar könnte sich der Täter im Falle einer analogen Anwendung von Art. 12 EGBGB (entspricht Art 11 EVÜ – Übereinkommen von Rom über das auf vertragliche Schuldverhältnisse anzuwendende Recht, kurz: Europäisches Schuldvertragsübereinkommen, und Art. 13 Rom I-VO) darauf berufen, auf die Regeln der Einwilligungsfähigkeit am Behandlungsort vertraut zu haben, vorausgesetzt freilich, die Behandlungsseite kannte die Einwilligungsunfähigkeit nicht oder sie war ihr zumindest infolge von Fahrlässigkeit nicht bekannt. Denn es bleibt die Frage, was gilt, wenn der Täter von der Einwilligungsunfähigkeit nach ausländischen, über die Regeln des internationalen Privatrechts berufenen Maßstäben wusste und diese von den Maßstäben am Behandlungsort abweichen.

Die Relevanz dieser Fragestellung ergibt sich sofort, wenn man sich vergegenwärtigt, dass insbesondere die Frage der Einwilligungsfähigkeit nicht nur in Deutschland,⁴⁵

43 Hierzu OLG Köln, MDR 1973, 688; Lackner/Kühl, StGB, 26. Aufl. 2007, vor §§ 3-7 Rn. 1.

44 Bereits RG, JW 1906, 297 (zur Notwehr); vgl. auch BGH, NJW 1964, 650 (651); Lüderitz, in: Soergel, BGB, 12. Aufl. 1996, Art. 38 EGBGB Rn. 94; Hohloch, in: Erman, BGB, 12. Aufl. 2008, Art. 40 EGBGB Rn. 60; Spickhoff, in: Bamberger/Roth, BGB, 2003, Art. 40 EGBGB Rn. 10 und Anh. zu Art. 42 EGBGB Rn. 106 zur Rom II-VO; Bar 1991, Rn. 714; Wagner, in: AnwaltKommentar BGB, Bd. 1, 2005, Art. 40 EGBGB Rn. 11; im Grundsatz auch Hoffmann, in: Staudinger, BGB, Neubearb. 2001, vor Art. 40 EGBGB Rn. 24.

45 Zum Streitstand siehe etwa Spickhoff, in: Soergel, BGB, 13. Aufl. 2005, § 823 Anh. I Rn. 106 ff.; Deutsch/Spickhoff 2008, Rn. 685 ff., 709 ff.

sondern auch in rechtsvergleichender Betrachtung durchaus uneinheitlich geregelt ist.⁴⁶ Ist nach den Regeln des internationalen Privatrechts auf den Vorgang einer medizinischen Behandlung daher etwa ausländisches (z. B. österreichisches) Recht anwendbar, das allein die Entscheidung des Minderjährigen für maßgeblich erachtet, während § 3 StGB auf deutsches Recht verweist, wonach möglicherweise allein die Entscheidung der Eltern maßgeblich ist oder diese wenigstens über das Sorgerecht eine bestimmende Einflussmöglichkeit erhalten, so kann sich die Gefahr eines Normenwiderspruchs ergeben. Im Extremfall verpflichten die über das internationale Privatrecht anwendbaren ausländischen Sachvorschriften den Arzt zu einem medizinischen Eingriff, der ihm nach den Regeln des internationalen Strafrechts als rechtswidrig untersagt ist.

Dass es bei dieser Konsequenz nicht sein Bewenden haben kann, versteht sich von selbst. Die Frage ist daher, wie die Rechtsordnung auf einen entsprechend drohenden Normenwiderspruch zu reagieren hat.⁴⁷ Strafgerichtliche oder zivilgerichtliche Entscheidungen fehlen bislang. Da sich das unkoordinierte Nebeneinander des (mittlerweile europäisierten) internationalen Privat- und des (einstweilen rein national geprägten, indes wohl europaweit vom Tatortprinzip dominierten)⁴⁸ internationalen Strafrechts auf der Ebene der Auslegung der jeweiligen Rechtsanwendungsbefehle ebenso wenig beheben lässt wie auf der Ebene der schlicht widersprüchlichen Ge- bzw. Verbote, bleibt nur folgender Lösungsweg: Indem das internationale Strafrecht das (typischerweise vom Tatort geprägte) deutsche Strafrecht einschließlich seiner Rechtfertigungsgründe für anwendbar erklärt, werden nach dem Prinzip der Einheit der Rechtsordnung (genauer: dem Prinzip der Widerspruchsfreiheit der Rechtsordnung) auch die Rechtfertigungsgründe des Zivilrechts mit berufen; nicht anders steht es umgekehrt aus zivilrechtlicher Perspektive.⁴⁹ Da die Regeln des internationalen Privatrechts nun freilich nicht die Rechtfertigungsgründe am Tatort, sondern in einem ausländischen Recht berufen, sollte sich der Delinquent aus strafrechtlicher Perspektive daher auch auf diese (dann ausländischen) Rechtfertigungsgründe (neben den deutschen) berufen können. Der in Österreich wohnhafte, aber vielleicht aufgrund eines Zufalls in Deutschland einen 14-jährigen Österreicher behandelnde Arzt kann sich also durchaus auf die nach österreichischem Recht, das dann international-privatrechtlich anzuwenden wäre, bestehende Einwilligungsfähigkeit seines Patienten berufen, ohne in Sorge davor geraten zu müssen, dass Staatsanwaltschaften oder Strafgerichte in Deutschland dieses Ergebnis nicht tolerierten.

46 Zu den unterschiedlichen Regelungen der Einwilligungsfähigkeit allein in Europa siehe Fischer/Lilie 1999, 38 f.

47 Näher zum Ganzen Spickhoff 2009b, 907 ff.

48 Ambos 2008, § 3 Rn. 4; Satzger 2008; Jescheck/Weigend 1996, § 18 II 1; Oehler 1983, 177 ff.

49 Siehe etwa Steffen, in: RGRK-BGB, 12. Aufl. 1989, § 823 Rn. 376; Fikentscher/Heinemann 2006, Rn. 640; im Prinzip ebenso, wenngleich weiter differenzierend Deutsch 1996, Rn. 261 f.

Allerdings ist in Bezug auf die ärztliche Aufklärungspflicht die Auffassung vertreten worden, sie richte sich selbst dann nach dem Recht des Behandlungsortes, wenn die Haftung einem anderen Recht unterliegt, und zwar insbesondere dann, wenn das Ortsrecht strengere Anforderungen aufstellt als das Haftungsstatut.⁵⁰ Dieses Ergebnis würde – jedenfalls in Bezug auf die Aufklärung – zu durchaus abweichenden Akzentuierungen führen, weil hierdurch zumindest partiell nicht das gewissermaßen rechtfertigungsfreundlichere, sondern das rechtfertigungsfeindlichere Statut zur Anwendung käme. Indes ist ohnedies sehr umstritten, ob örtliche Verhaltensregeln über die Teilnahme am allgemeinen Verkehr hinaus zu beachten sind und ob dies über streng territoriale Verkehrsregeln hinaus für allgemeine Verhaltensregeln gilt; richtigerweise ist das zu verneinen.⁵¹ Auf dieser Linie liegt es, wenn Art. 17 Rom II-VO eine (bloße) Berücksichtigung von Sicherheits- und Verhaltensregeln am Ort des haftungsbegründenden Ereignisses vorsieht. Zudem betreffen die Aufklärungspflichten kaum primär innerstaatliches, also gezielt nicht grenzüberschreitendes Verhalten.⁵² Denn die Aufklärungspflicht berührt nur das Verhältnis von Arzt und Patient. Ihre Erfüllung hat (anders als etwa Regeln des Straßenverkehrs) keine Auswirkungen auf unbeteiligte Dritte, auch nicht unter dem Aspekt der möglichen Verletzung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten.⁵³

Indes führt, wie bereits eingangs erwähnt, speziell im Falle der Behandlung von in Deutschland lebenden Migranten durch Ärzte in Deutschland das Kollisionsrecht regelhaft ebenso wie § 3 StGB zur Anwendbarkeit deutschen Rechts, sodass sich in derartigen Konstellationen die Frage kaum stellt. Zweifelhaft kann allenfalls sein, dass der Bundesgerichtshof in Zivilsachen – wohl im Unterschied zur strafgerichtlichen Linie⁵⁴ – urteilsfähigen und daher einwilligungsfähigen Minderjährigen lediglich ein Vetorecht gegen einen medizinischen Heileingriff zuerkennt, nicht aber den Minderjährigen allein entscheiden lässt.⁵⁵ Damit können umgekehrt aber auch diese – gegebenenfalls über die Regeln des internationalen Privatrechts nach ausländischem Recht – Sorgeberechtigten ihrerseits ein Veto gegen vom ausländischen Minderjährigen gewünschte medizinische Maßnahmen einlegen. Ebenso wie deutsche Eltern werden sie dies aber nur so lange tun können, als nicht ein Missbrauch des Sorgerechts vorliegt. Fremdes Recht, das einen solchen Missbrauch zulassen würde, müsste wegen Verstoßes gegen den *ordre public* (Art. 6 Satz 2 EGBGB in Verbindung mit Art. 1, 2 GG) abgewehrt werden.⁵⁶

50 Deutsch 1978, 130; ebenso im Falle der telemedizinischen Behandlung Hoppe 1998, 466.

51 Ebenso Stoll 1983, 177.

52 Ebenso Fischer 2006, 785.

53 Fischer 2006, 787 f.

54 Dazu etwa Lenckner, in: Schönke/Schröder, StGB, 27. Aufl. 2006, vor §§ 32 Rn. 42.

55 BGH, VersR 2007, 66 = FamRZ 2007, 130.

56 Die Rechtsprechung bejaht einen Verstoß gegen den *ordre public* sogar schon dann, wenn das Kindeswohl nicht zureichend geschützt wird; BGH, JZ 1993, 208 mit Anm. Spickhoff; Spickhoff 1989, 264 ff. m. w. N.

Damit lässt sich ein drohender Konflikt zwischen den Wertungen des internationalen Privat- und Strafrechts bei der Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit mit den herkömmlichen Mitteln der Rechtsdogmatik auf der Grundlage des geltenden Rechts in ausreichender Weise vermeiden.

Rechtspolitischer Handlungsbedarf

Unsere bisherigen Überlegungen haben ergeben: In Fällen der Arzthaftung mit Auslandsbezug sind in aller Regel Migranten zumindest von Rechts wegen in Deutschland medizinisch genauso gut zu behandeln und aufzuklären wie Deutsche. Spezielle Regeln für die Art und Weise oder den Umfang der Aufklärung von ausländischen Patienten, die der deutschen Sprache nicht zureichend mächtig sind, drängen sich nach dem Stand der praktizierten Rechtsprechung in Deutschland kaum auf. Das gilt auch für die Frage der Einwilligungsfähigkeit, wenn diese (ausnahmsweise) nach ausländischem Recht zu beurteilen wäre.

Damit verbleibt als eigentliche Frage diejenige nach der Übernahme von Dolmetscherkosten. Immerhin greift in Härtefällen auch hier, wie gesehen, die Sozialhilfe ein. Einen verfassungsrechtlich zwingenden Anspruch auf Übernahme von Dolmetscherkosten über die engen Grenzen des Sozialhilferechts hinaus wird man trotz des engen Bezugs der Aufklärung zum verfassungsrechtlich verankerten Persönlichkeitsrecht der Patienten wohl kaum konstruieren können. Eine Pflicht zur Vorhaltung von Dolmetschern in großen Krankenhäusern mit entsprechendem Einzugsbereich wird man gleichfalls nicht fordern dürfen.

Die rechtspolitische Frage ist gleichwohl, ob Dolmetscherkosten explizit in den Katalog der zu übernehmenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen aufgenommen werden sollten, also über den engen Bereich der Sozialhilfe hinaus. Anders als im Bereich der Sozialhilfe wird man dabei eine Subsidiarität der Hinzuziehung von Dolmetschern gegenüber angeblich sprachkundigen, zufällig greifbaren Personen (Klinikpersonal, Bekannte oder Angehörige der Patienten) nicht ohne Weiteres postulieren können. Für den Einsatz von Dolmetschern spricht im Zweifel deren größere und zuverlässigere Sprachkompetenz.

Die entgegenstehende Entscheidung des BSG erscheint ohnedies nicht überzeugend.⁵⁷ Ein Arzt kann im Rahmen der Anamnese und Aufklärung, die fraglos zu den ärztlichen Tätigkeiten gehören, einen Dolmetscher durchaus anweisen, seine Ausführungen zu übersetzen. Auch lassen sich Dolmetschertätigkeiten als Tätigkeiten von ärztlichen Hilfspersonen begreifen. Übrigens hat der BGH den Begriff

⁵⁷ BSG, NJW 1996, 806.

des (nach der Definition der Rechtsprechung gleichfalls weisungsabhängigen)⁵⁸ Verrichtungsgehilfen gemäß § 831 BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) im Arztrecht sehr viel großzügiger verstanden. Es ging um die Tätigkeit eines zum Notfalldienst eingesetzten Arztes, an den die zunächst vom Patienten angerufenen Ärzte per Anrufbeantworter weiterverwiesen hatten. Die erforderliche Weisungsabhängigkeit brauche – so der BGH – „nicht ins Einzelne zu gehen. Verrichtungsgehilfe kann vielmehr jemand auch dann sein, wenn er auf Grund eigener Sachkunde und Erfahrung zu handeln hat. Entscheidend ist nur, dass die Tätigkeit in einer organisatorisch abhängigen Stellung vorgenommen wird. Hierfür genügt es, dass der Geschäftsherr dem Gehilfen die Arbeit entziehen beziehungsweise diese beschränken sowie Zeit und Umfang seiner Tätigkeit bestimmen kann“.⁵⁹ Das könne sogar dann der Fall sein, wenn ein Arzt mit der Verwaltung der Praxis eines anderen Arztes während dessen vorübergehender Abwesenheit beauftragt ist, obwohl der vor Ort tätige Arzt nach eigener Entschließung und ärztlicher Erkenntnis handelt.

Nun werden die Begriffe der Tätigkeit von ärztlichen Hilfspersonen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und im Deliktsrecht gewiss von unterschiedlichen Zwecken getragen. Dennoch ließe sich schon nach geltendem Recht eine Dolmetschertätigkeit (in Übereinstimmung mit der Vorinstanz zur Entscheidung des BSG) als Hilfeleistung der ärztlichen Berufsausübung ansehen. Auch ohne verfassungsrechtlich zwingende Notwendigkeit, Dolmetscherkosten dem Bereich der Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zuzurechnen, ist zudem der besondere Grundrechtsbezug der ärztlichen Aufklärung zur Wahrnehmung des Selbstbestimmungsrechts der Patienten zu bedenken. Das und die größere Zuverlässigkeit von amtlich vereidigten Dolmetschern sprechen dafür, entsprechende Dolmetscherkosten in den Katalog der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung mit aufzunehmen. Vorauszusetzen dafür ist, dass ärztlicherseits Zweifel daran verbleiben, ob die Kommunikation, insbesondere die Aufklärung, ohne Verständigungsprobleme verlaufen ist. Jedenfalls würde dadurch das Patientenrecht der Migranten auf Selbstbestimmung besser abgesichert und effektiviert werden.

Gewiss sollten Migranten dazu angehalten werden, möglichst bald die inländische Sprache zureichend zu erlernen. Doch gerade das Umfeld medizinisch notwendig werdender Behandlungen, die oft in existenzielle Situationen führen, ist gewiss keine passende Gelegenheit, um entsprechenden Druck auf diese Personengruppe auszuüben.

58 BGHZ 103, 298 (303); BGHZ 45, 311 (313); Wagner, in: Münchener Kommentar zum BGB, 5. Aufl. 2009, § 831 Rn. 14; Krause, in: Soergel, BGB, 13. Aufl. 2005, § 831 Rn. 19.

59 BGH, NJW 2009, 1740.

Literatur

- Ambos, Kai** (2008): *Internationales Strafrecht. Strafanwendungsrecht, Völkerstrafrecht, Europäisches Strafrecht*. München.
- Andreas, Manfred** (2001): Wer trägt die Kosten für den Dolmetscher bei der Behandlung ausländischer Patienten? *Arztrecht*, 36 (8), 206.
- Bar, Christian von** (1991): *Internationales Privatrecht*. Bd. 2., Besonderer Teil. München.
- Deutsch, Erwin** (1996): *Allgemeines Haftungsrecht*. Köln et al.
- Deutsch, Erwin** (1978): Das internationale Privatrecht der Arzthaftung. In: Heldrich, Andreas et al. (Hrsg.): *Konflikt und Ordnung. Festschrift für Murad Ferid zum 70. Geburtstag*. München, 117-135.
- Deutsch, Erwin; Spickhoff, Andreas** (2008): *Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht*. Berlin; Heidelberg.
- Duttge, Gunnar** (2010): Das Recht auf Nichtwissen in der Medizin. *Datenschutz und Datensicherheit*, 34 (1), 34-38.
- Fikentscher, Wolfgang; Heinemann, Andreas** (2006): *Schuldrecht*. Berlin.
- Fischer, Gerfried** (2006): Ärztliche Verhaltenspflichten und anzuwendendes Recht bei grenzüberschreitender telemedizinischer Behandlung. In: Kern, Bernd-Rüdiger et al. (Hrsg.): *Humaniora. Medizin – Recht – Geschichte; Festschrift für Adolf Laufs zum 70. Geburtstag*. Berlin et al., 781-791.
- Fischer, Gerfried; Lilie, Hans** (1999): *Ärztliche Verantwortung im europäischen Rechtsvergleich*. Köln et al.
- Hahn, Jörg-Uwe** (2010): Genitalverstümmelung: Wirksamer Opferschutz durch einen eigenen Straftatbestand. *Zeitschrift für Rechtspolitik*, 43 (2), 37-40.
- Hoppe, Jürgen F.** (1998): Telemedizin und internationale Arzthaftung. *Medizinrecht*, 16 (10), 462-468.
- Jescheck, Hans-Heinrich; Weigend, Thomas** (1996): *Lehrbuch des Strafrechts. Allgemeiner Teil*. Berlin.
- Katzenmeier, Christian** (2002): *Arzthaftung*. Tübingen.
- Muschner, Jens** (2003): Haftungsrechtliche Besonderheiten bei der Aufklärung ausländischer Patienten. *Versicherungsrecht*, 54 (19), 826-833.
- Muschner, Jens** (2002): *Die haftungsrechtliche Stellung ausländischer Patienten und Medizinalpersonen in Fällen sprachbedingter Mißverständnisse*. Frankfurt am Main et al.
- Oehler, Dietrich** (1983): *Internationales Strafrecht*. Köln et al.
- Satzger, Helmut** (2008): *Internationales und Europäisches Strafrecht*. Baden-Baden.
- Spickhoff, Andreas** (2009a): Die Arzthaftung im europäischen internationalen Privat- und Prozessrecht. In: Greiner, Hans-Peter (Hrsg.): *Neminem Laedere. Aspekte des Haftungsrechts; Festschrift für Gerda Müller*. Köln, 287-309.
- Spickhoff, Andreas** (2009b): Die Einheit des Rechtswidrigkeitsurteils im Zusammenspiel von internationalem Privat- und Strafrecht. In: Ahrens, Hans-Jürgen et al. (Hrsg.): *Medizin und Haftung. Festschrift für Erwin Deutsch zum 80. Geburtstag*. Berlin; Heidelberg, 907-923.
- Spickhoff, Andreas** (1989): *Der ordre public im internationalen Privatrecht. Entwicklung – Struktur – Konkretisierung*. Neuwied; Frankfurt am Main.
- Stoll, Hans** (1983): Die Behandlung von Verhaltensnormen und Sicherheitsvorschriften. In: Caemmerer, Ernst von (Hrsg.): *Vorschläge und Gutachten zur Reform des deutschen internationalen Privatrechts der ausservertraglichen Schuldverhältnisse*. Tübingen, 160-180.

„Migranten ohne Pass“ beim Arzt: Realität und politische Konsequenzen

Die Malteser Migranten Medizin in München besteht seit 2006, sie ist eine von inzwischen elf Anlaufstellen des Malteser Hilfsdienstes in Deutschland für Menschen ohne Krankenversicherung.

Im März 2001 gab der Stadtrat der Landeshauptstadt München eine Studie in Auftrag, mit dem Ziel, mehr über das Leben von Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus zu erfahren. Dr. Philip Anderson, der bereits ähnliche Untersuchungen in London durchgeführt hatte, legte seine Ergebnisse im August 2003 vor. Es zeigte sich, dass Menschen ohne Aufenthaltsstatus teilweise unter menschenunwürdigen Lebensumständen lebten. Somit war diese Studie die Grundlage für die Notwendigkeit, humanitäre Standards im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten zum Beispiel im Bereich der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Daraus möchte ich zitieren: „Krankheit ist für einen Menschen in dieser Lebenssituation so etwas wie eine Folie, auf deren Hintergrund sich die bedrohliche Unsicherheit der eigenen Lage auf einmal in überdeutlicher Schärfe abzeichnet.“¹

Im Herbst 2005 wurden die Malteser vom Stadtrat beauftragt, nach dem Berliner Vorbild der Malteser Migranten Medizin eine Anlaufstelle zur medizinischen Versorgung für nicht krankenversicherte Menschen einzurichten. Diese Anlaufstelle wurde im Juli 2006 eröffnet und war nach Berlin und Köln die dritte in Deutschland. Generell behandeln und beraten wir Menschen, die keinen gültigen Aufenthaltsstatus haben oder aufgrund einer sozialen Notlage nicht krankenversichert sind.

¹ Anderson 2003, 34.

Einmal pro Woche bieten wir eine Sprechstunde an, in Kürze werden wir eine zweite einrichten. Da die Patientinnen und Patienten der Zielgruppen auch soziale und rechtliche Probleme haben, gehört auch eine Sozialpädagogin zu unserem Team.

Die Räumlichkeiten entsprechen denen einer normalen Arztpraxis. Behandlung und Beratung sind kostenlos und erfolgen unter Wahrung der Anonymität. Informationsmaterial über unsere Anlaufstelle liegt bei allen Sozialbehörden, karitativen Beratungsstellen und den fremdsprachigen Missionen aus. Außerdem finden die Patientinnen und Patienten unsere Adresse im Internet.

Zur Gewährung einer möglichst hochwertigen medizinischen Versorgung wurde ein Netzwerk von niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten aus allen Fachbereichen und mehreren Kliniken aufgebaut. Hierhin werden die Patientinnen und Patienten vermittelt, wenn wir sie nicht vor Ort behandeln können. So ist auch eine schnelle und unbürokratische Hilfe in Notfällen möglich.

Zu unserem Netzwerk gehören auch ehrenamtlich arbeitende Psychotherapeuten, Hebammen sowie ein Labor, das unentgeltlich Blutuntersuchungen vornimmt.

Besonders wichtig für unser Projekt ist die Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen in München, wie zum Beispiel der Caritas, der Diakonie, verschiedenen Frauen- und Schwangerenberatungsstellen, dem Gesundheitsamt, sowie dem Café 104. Dies ist eine Initiative engagierter Menschen, die seit 1998 ausländerrechtliche Beratung und eine Vermittlung medizinischer Versorgung für Menschen ohne Aufenthaltsstatus anbietet. Das Café 104 hat in Kooperation mit den Ärzten der Welt im Jahre 2006 ebenfalls eine Anlaufstelle für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz (*open med*) eröffnet.

Gute Kontakte bestehen auch zu den Behörden der Stadt: dem Sozialreferat und dem Amt für Migration und Wohnen. Hier hat die Landeshauptstadt eine Sonderstelle für die medizinische Versorgung nicht krankenversicherter Menschen eingerichtet. Sie verfügt über einen aus der Haushaltskasse der Stadt bereitgestellten Notfallfonds in Höhe von 100 000 Euro. Weiterhin haben wir Ansprechpartner in der Ausländerbehörde, die uns beraten, ohne dass wir die Namen unserer Patientinnen und Patienten nennen müssen.

Was wir zu Beginn unserer Tätigkeit nicht erwartet hätten, war die Tatsache, dass auch viele deutsche Staatsbürger unsere Hilfe benötigen. Die wirtschaftlichen Verhältnisse der letzten Jahre haben viele Selbstständige in soziale Not und Armut gebracht, sodass sie ihre Krankenversicherungsbeiträge nicht mehr bezahlen können.

Die größte Patientengruppe, die Hilfe in unserer Anlaufstelle sucht, sind Menschen mit Migrationshintergrund. Ein Teil davon sind EU-Bürger, die zu Beginn unserer Arbeit zum großen Teil noch ohne Aufenthaltsstatus waren, sich aber seit der EU-Osterweiterung legal in Deutschland aufhalten. Sie melden oft ein Gewerbe an, sind aber nicht verpflichtet, sich zu versichern. Weiterhin betreuen wir Migrantinnen

und Migranten, die ohne Arbeitserlaubnis arbeiten und ebenso in medizinische Notlagen kommen, in denen es unmöglich ist, sie in ihr Heimatland zurückzuschicken.

Zu den Hilfesuchenden gehören auch Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus. Sie besitzen keine nach deutschem Recht gültigen Papiere für den Aufenthalt in Deutschland. Anhand einiger beispielhafter Fälle aus meiner Praxis möchte ich von der Realität und der sich daraus ergebenden Problematik dieser Patientengruppe berichten.

Im Dezember 2006 stellte sich eine 26-jährige Togoletin in unserer Anlaufstelle vor, deren Touristenvisum schon längere Zeit abgelaufen war. Bei der körperlichen Untersuchung fiel ein Lymphknoten im Halsbereich auf. Weitere Symptome wiesen auf eine bösartige Erkrankung hin, sodass eine feingewebliche Untersuchung durch eine chirurgische Lymphknotenentfernung erfolgte. Der Verdacht bestätigte sich, die Patientin war an einem *Morbus Hodgkin* erkrankt. Da sich ihr Allgemeinzustand innerhalb weniger Tage zunehmend verschlechterte, wurde mit einem ärztlichen Attest, das die lebensbedrohliche Erkrankung beschrieb, bei der Ausländerbehörde eine Duldung für zwei Monate erwirkt. Duldung bedeutet: die vorübergehende Aussetzung der Abschiebung aufgrund eines Abschiebehindernisses. Im Falle unserer Patientin war das die lebensbedrohliche Erkrankung. Eine Duldung kann verlängert werden, nach Ablauf der Duldung besteht jedoch eine Pflicht zur Ausreise.

Wichtig für diese Patientin war, dass sie mit der Duldung einen Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten konnte.

Damit wiederum die Kostenübernahme im Krankenhaus gewährleistet war, wurde über eine Sonderstelle im Sozialreferat der Stadt ein Kontakt zum Sozialamt hergestellt, das die Krankenhauskosten übernahm. Somit stand der stationären Aufnahme und Einleitung der chemotherapeutischen Behandlung nichts mehr im Wege.

Bei der nächsten Patientin, von der ich berichten möchte, handelt es sich um eine 37-jährige Frau aus Ecuador. Sie war in Ecuador verheiratet und hat dort zwei Kinder. Die Patientin war mit einem Touristenvisum nach Deutschland eingereist und hatte nach dessen Ablauf wegen Arbeitslosigkeit in Ecuador begonnen, in einem Haushalt zu arbeiten. Sie berichtete uns von zwei Krampfanfällen mit Sprachstörungen und Erinnerungslücken. Ihre Zimmermitbewohnerin, die sie begleitete, konnte uns genauere Angaben dazu machen. Die Patientin hatte als Kind ein Schädelhirntrauma erlitten und einige Zeit im Koma gelegen. Sie wurde im weiteren Verlauf nach einer radiologischen Untersuchung des Kopfes zu einem Neurologen vermittelt, der eine antiepileptische Therapie einleitete. In unserer Anlaufstelle stellte sich die Patientin in regelmäßigen Abständen zur Kontrolle der Blutwerte vor. Sie erzählte uns, dass sie regelmäßig Geld nach Hause schickte, aber nicht mehr lange in Deutschland bleiben wolle. Sie war insgesamt psychisch sehr belastet: Einerseits litt sie unter der Angst vor Polizeikontrollen, andererseits unter der Trennung von ihrer Familie. Dass sie ihre Kinder nicht selbst versorgen konnte und anderen überlassen

musste, löste Schuldgefühle in ihr aus. Wir schlugen ihr die Rückkehrmöglichkeit mit *Coming Home* vor. *Coming Home* ist ein Projekt der Landeshauptstadt München, das unter anderem Menschen ohne Aufenthaltsstatus finanzielle Unterstützung anbietet, wenn sie sich bei der Ausländerbehörde zur Ausreise verpflichten und in ihr Heimatland zurückkehren. Die Patientin geriet circa zwei Monate vor ihrer beabsichtigten Rückkehr in eine Polizeikontrolle und kam in Abschiebehaft.

Etwa 30 Prozent unserer Patienten sind schwangere Frauen, ein großer Teil von ihnen hat keine Aufenthaltserlaubnis. Dazu nochmals ein Zitat aus der Studie von Dr. Anderson: „Erwartet eine Frau ohne Status ein Kind [...], hat die Schwangerschaft für die ‚illegalen‘ Frauen eine besondere Schwere.“²

In München wird schwangeren Frauen drei Monate vor der Geburt und drei Monate nach der Geburt von der Ausländerbehörde eine Duldung erteilt. Damit sind sie nach dem Asylbewerberleistungsgesetz bezugsberechtigt. Vielen Frauen, die unsere Hilfe suchen, ist diese Möglichkeit nicht bekannt, das heißt, sie kommen erst im achten oder neunten Schwangerschaftsmonat, einige von ihnen ohne jegliche Vorsorgeuntersuchung zu uns. Wir versuchen, eine umfassende Betreuung anzubieten, und vermitteln sie, bis die Duldung erwirkt werden kann, an einen Frauenarzt zur Vorsorgeuntersuchung.

Eine 26-jährige Südamerikanerin, deren Visum im Juni letzten Jahres abgelaufen war, kam im vierten Schwangerschaftsmonat in unsere Sprechstunde. Ihr Freund, ebenfalls Brasilianer, lebt seit 16 Jahren in Deutschland. Er besitzt eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis. Die Patientin wurde zu einem Frauenarzt vermittelt. Mittlerweile hat der Kindsvater eine notarielle Vaterschaft- und Sorgerechtsklärung vorgenommen. Es liegt jedoch im Ermessensbereich der Ausländerbehörde zu entscheiden, ob durch die notariellen Erklärungen ein Aufenthaltstitel nach der abgelaufenen Duldung erteilt wird beziehungsweise ob diese Erklärungen ausreichen, die Abschiebung bei einer Polizeikontrolle vor dem sechsten Schwangerschaftsmonat zu verhindern. Die berechtigte Angst der beiden Brasilianer bleibt, dass die Schwangere ohne Aufenthaltsstatus bis zum sechsten Monat nach einer Polizeikontrolle ausgewiesen wird. Um einen Aufenthaltstitel zu bekommen, müsste die Patientin den Kindsvater heiraten, der eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung hat.

In diesem Zusammenhang möchte ich auf die Problematik des Asylbewerberleistungsgesetzes hinweisen. Leistungsberechtigt sind Asylbewerber, Menschen mit Duldung sowie Menschen ohne Aufenthaltsstatus bei: akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen, Schwangerschaft und Geburt, amtlich empfohlenen Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen. Jedoch besteht von jeder öffentlichen Stelle, das heißt auch von jeder Sozialbehörde, bei der ein Krankenschein beantragt wird, eine Datenübermittlungspflicht an die Ausländerbehörde. Diese Datenübermittlungspflicht

2 Anderson 2003, 67.

ist nur im medizinischen Notfall aufgehoben, dann steht das Recht des Betroffenen über der Übermittlungspflicht.

Die Ärzteschaft wiederum und ihre Berufshelfer unterliegen der Schweigepflicht. Übermittelt ein Arzt oder eine Ärztin Daten von Patientinnen und Patienten ohne Aufenthaltsstatus an öffentliche Stellen (z. B. Sozialbehörden), dürfen diese sie ebenfalls nicht an die Ausländerbehörde übermitteln. Dies bezeichnet man als verlängerten Geheimnisschutz. Da die Abrechnungsstellen der Krankenhausverwaltungen im medizinischen Notfall zum schweigepflichtigen Personenkreis gehören, müssen Menschen ohne Aufenthaltsstatus in diesem Fall keine Angst vor Aufdeckung ihres Status beziehungsweise drohender Abschiebung haben.

Zusammenfassend gesagt, betreuen wir Menschen aus der Ersten bis Dritten Welt, die aus sozialer und politischer Not dringlich ärztliche Hilfe benötigen. Neben der menschlichen Notwendigkeit gibt es dafür auch eine gesellschaftspolitische Notwendigkeit. Das Krankheitsspektrum ist vielfältig und umfasst alle Bereiche der Medizin. Menschen ohne gültigen Aufenthaltstitel haben ein Recht auf eine medizinische Behandlung. Sie genießen in der Bundesrepublik Deutschland Grundrechte, können aber nicht in allen Belangen gleichberechtigt wie Bundesbürger behandelt werden. Nach der Neuregelung der Verwaltungsvorschriften im Jahre 2009 besteht – wie oben erwähnt – nur im medizinischen Notfall keine Datenübermittlungspflicht an die Ausländerbehörde. Es stellt sich deshalb die berechtigte Frage, ob auch bei einer akuten Erkrankung, bei der Behandlungsbedarf besteht, diese Datenübermittlungspflicht nochmals neu geregelt werden sollte. Zur Wahrung des Menschenrechtes auf Gesundheit wäre eine Erweiterung der rechtlichen Grenzen sinnvoll. Menschen ohne Aufenthaltsstatus wären damit im Erkrankungsfall nicht mehr der ständigen Angst vor Abschiebung ausgesetzt.

Literatur

Anderson, Philip (2003): *„Dass Sie uns nicht vergessen ...“: Menschen in der Illegalität in München*. München.

Die medizinische Versorgung von Migrantinnen und Migranten zwischen Solidarität und Eigenverantwortung

Die medizinische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund wurde bereits aus den unterschiedlichsten Perspektiven diskutiert. Ich möchte diese Thematik nun aus sozial- und politisch-ethischer Sicht beleuchten. Dabei werde ich selbst zwei Standpunkte einnehmen: als theologische Ethikerin und als Abteilungsleiterin für theologische und verbandliche Grundlagen im Deutschen Caritasverband. Mir geht es also um die Verbindung der ethischen Analyse und der konkreten Praxis auf verschiedenen Ebenen.

Mein Anliegen ist dabei, die medizinische Versorgung von Migrantinnen und Migranten aus einer mehrdimensionalen ethischen Perspektive zu betrachten und mich nicht nur auf eine rein sozialetische Betrachtung zu beschränken. Denn die sozialetische Perspektive steht in einem unmittelbaren Zusammenhang mit folgenden ethischen Reflexionsebenen und Akteuren: dem Individuum, den professionellen Akteuren, den relevanten organisationalen Akteuren, wie zum Beispiel den Krankenhäusern, Kostenträgern und sozialen Diensten, der Gesundheitssystemgestaltung sowie der gesellschaftlichen Ebene.¹ Die globale Ebene lasse ich aus Komplexitätsgründen weg.

Die mehrdimensionale ethische Perspektive soll dazu dienen, eine ethische Krioteriologie für eine milieu- und kultursensible Gestaltung des Gesundheitswesens zu entwickeln.²

¹ Zum Modell einer mehrdimensionalen Ethik siehe Kostka 2008.

² Die Migranten-Sinuumilieu-Studie zeigt die Heterogenität dieses Milieus. Vgl. Becker 2009; Sinus Sociovision 2008. Zum Zugang zu sozialen Diensten vgl. Vorhoff 2009. Weitere Informationen siehe auch online im Internet: <http://www.caritas.de/sinismigranten> [16.9.2010].

Vorbemerkungen

Genauso, wie in den letzten Jahren allgemein akzeptiert wurde, dass Deutschland ein Einwanderungsland ist, wurde in den letzten Jahrzehnten die fundamentale Bedeutung des Gutes Gesundheitsversorgung anerkannt. Gesundheitsversorgung ist ein existenzielles Gut. Es ist die Voraussetzung für die Entfaltung anderer grundlegender Fähigkeiten. Jedoch kann sich der Einzelne dieses Gut nicht selbst sicherstellen. Er ist auf die Gewährleistung durch die Gesellschaft angewiesen. Ohne an dieser Stelle auf die internationale Debatte über ein Menschenrecht auf Gesundheitsversorgung einzugehen, besteht aus meiner Sicht ein Menschenrecht auf Gesundheitsversorgung. Die entscheidende Frage ist, welcher Umfang an Gesundheitsversorgung dem Einzelnen zu gewähren ist. Diese Frage stellt sich gerade auch für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland.³

Gesundheit ist zugleich etwas, was nicht als das Fehlen von Krankheit definiert werden kann. Gesundheit ist ein umfassendes Phänomen, das weder rein durch medizinische Maßnahmen, noch durch soziale Umstände oder durch genetische Faktoren produziert werden kann. Entsprechend breit und vielfältig sind auch die unterschiedlichen Gesundheits- und auch Krankheitsbegriffe.⁴

Ähnliches gilt auch für das Phänomen Migration. Jede Definition von Migration ist begrenzt und deckt nur Facetten dieses Phänomens und vor allem der Lebenswirklichkeiten der Menschen ab. Umso interessanter ist es, dass das Thema Migration und Gesundheit so an öffentlichem und politischem Interesse gewonnen hat. Sicherlich ist dies auch ein Kennzeichen, dass die Herausforderungen rund um Integration und Migration mehr ins Bewusstsein der Öffentlichkeit und Politik gerückt sind. Bis jetzt ist jedoch das Bewusstsein nicht genügend ausgeprägt, dass Migration nicht nur ein spezifisches Zielgruppenthema ist, sondern ein grundsätzliches Merkmal unserer Gesellschaft. Denn immerhin haben fast 20 Prozent der Bevölkerung eine Migrationsgeschichte – jeder Fünfte unter uns.

Eigenverantwortung und Solidarität – diese Spannung wurde mir aufgegeben. Schauen wir im Folgenden auf die einzelnen Ebenen einer mehrdimensionalen ethischen Betrachtung.

Die individuelle ethische Perspektive

Ohne Gesundheitsversorgung geht nichts – wie wir aus vielen unterversorgten Ländern wissen. Das Gut Gesundheitsversorgung ist per se ein Gut, das Solidarität

³ Vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte 2008.

⁴ Vgl. Kostka 2000.

erfordert. Denn alleine kann ich es mir nicht sicherstellen – außer wenn ich zu den wenigen Milliardären zähle. Jedoch hat das Gut Gesundheitsversorgung nicht nur diese sozialetische Seite. Es hat auch eine individualetische Seite. Denn Gesundheit ist eng verbunden mit meiner eigenen Sicht auf meinen Leib, mit meiner Beziehung zu mir als Subjekt. In der Subjekthaftigkeit ist jeder von uns konfrontiert mit seinen eigenen leiblichen Grenzen – einschließlich des eigenen Beginns und Endes des Lebens. Grenzen meines Leibes, auch Krankheiten erfahre ich als Begrenzungen meiner Handlungs- und auch Entscheidungsfähigkeit. Gleichwohl erfährt jeder Mensch, dass er fähig ist, Einfluss auf seine Leiblichkeit und seine Gesundheit zu nehmen, zum Beispiel durch den Lebensstil, durch die eigene Sorge für den Leib – einschließlich der Seele. Aus der Beziehung des Subjektes zu sich selbst resultiert auch die Verantwortung für sich selbst. Meiner Meinung nach besser geeignet ist der Begriff der Selbstsorge.

Denn sie beschreibt diese Verantwortung gegenüber mir selbst als kontinuierlichen Prozess, der spätestens in der Aufmerksamkeit für mich selbst, für meine eigenen Bedürfnisse beginnt. Diese Selbstsorge kann ich weder an Ärzte, Gesundheitspolitiker oder die Gesellschaft delegieren. Gleichwohl ist die Selbstsorge etwas, was ich lernen muss, wozu jeder befähigt werden muss. Diese Befähigung beginnt im Elternhaus, findet statt im Kindergarten und in der Schule, in Peergroups, im Sportverein, in der Gemeinde und wird durch die Medien und gesellschaftliche Trends beeinflusst. Die Befähigung zur Selbstsorge ist ein entscheidender Faktor, um für die eigene Gesundheit und die Gesundheit anderer Verantwortung zu übernehmen. Befähigungsangebote müssen so angelegt sein, dass sie Menschen in ihrer kulturellen Vielfalt erreichen. Eltern-Kind-Angebote zum Beispiel sollten nicht nur in adretten Familienbildungsstätten stattfinden, sondern dort, wo sich Familien sowieso begegnen wie zum Beispiel im Kindergarten. Deswegen ist der Ausbau der Kindertageseinrichtungen zu Familienzentren ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Damit einhergehen sollte dabei auch die interkulturelle Öffnung dieser Einrichtungen.

Die persönliche Sicht auf Krankheit und Gesundheit wird auch durch kulturelle Faktoren geprägt. Jeder Mensch hat im Sinne seiner Selbstbestimmung ein Recht auf seine kulturelle Sicht auf Krankheit und Gesundheit. Dies gilt es zu respektieren. Gleichwohl endet dieses Recht natürlich dort, wo Rechte anderer Personen beginnen. Daraus ergibt sich auch die Pflicht, zum Beispiel mit Eltern zu arbeiten, wenn ihre kulturelle Sicht auf Krankheit und Gesundheit das Wohl ihres Kindes gefährdet.

Die professionsethische Ebene

Professionelle Akteure im Gesundheitswesen – damit meine ich zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte, Pflegende sowie Fachleute der sozialen Arbeit – haben jeden Tag

mit Menschen mit Migrationshintergrund zu tun. Für viele ist das keine Besonderheit, sondern Alltag. Für viele ist es selbstverständlich, dass diese Patienten nicht auf ihren Migrationshintergrund reduziert werden dürfen – auch nicht im Hinblick auf ihre Krankheit und Gesundheit. Michael Knipper und Yasar Bilgin stellen dazu fest: „Im medizinischen Kontext kann die Kategorie Migration überall dort sinnvoll verwendet werden, wo ein Zusammenhang zwischen besonderen Krankheitsrisiken, Versorgungsproblemen und/oder konkreten Aspekten des Migrationshintergrunds plausibel erscheint.“⁵ Eine stereotype Sichtweise auf den Patienten mit Migrationshintergrund als den Migranten widerspricht seiner Individualität und bedeutet einen ethisch nicht zu rechtfertigen Reduktionismus.

Geboten hingegen ist eine persönliche Zuwendung zum Patienten, die seine Kultur berücksichtigt, wie immer diese geprägt ist. Eine kultursensible Pflege und Medizin kann sich demnach nicht auf den Umgang mit Migrantinnen und Migranten beschränken, sondern muss die Kultur jeder Person oder Gruppe respektieren. Das kann auch eine Person sein, die aus weltanschaulichen Gründen Medikamente ablehnt, deren Entwicklung Tierversuche erfordert haben.

Professionelle Akteure im Gesundheitswesen müssen dementsprechend befähigt werden, eine solche kultursensible Pflege und Medizin durchzuführen und interkulturell sprachfähig zu werden. Gleichwohl gelten Patientenrechte nicht unbegrenzt. Auch die Patienten und ihre Angehörigen haben die Pflicht, dem anderen mit Respekt zu begegnen und seine Kultur zu respektieren. Wenn Patienten die Betreuung durch Pflegende oder Ärzte eines bestimmten Geschlechts ablehnen, besteht kein unbeschränkter Anspruch auf die Betreuung durch das gewünschte Geschlecht. Dieser muss ohne negative Folgen für die professionellen Akteure oder andere Patienten realisierbar sein.

Professionelle Akteure dürfen nicht rechtlich belangt werden, wenn sie Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus bei medizinischer Notwendigkeit helfen. Aus professionsethischer Sicht kann die Hilfe in Not nicht vom Aufenthaltsstatus abhängig gemacht werden. Hier ist die Verwaltungsvorschrift ein Schritt in die richtige Richtung.

Die organisationsethische Ebene

Krankenhäuser, Praxen und andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen müssen nach ihren Möglichkeiten die organisationalen Rahmenbedingungen sicherstellen, damit Menschen mit Migrationshintergrund den gleichen Zugang zu den Angeboten finden. Entscheidend ist dabei oft die Unterstützung bei Sprach- und

5 Knipper/Bilgin 2010, A78. Vgl. Knipper/Bilgin 2009.

Kommunikationsproblemen. Für viele Gesundheitseinrichtungen ist der Einsatz von Übersetzern – oft durch das eigene Personal – selbstverständlich. Sehr erfolgreich sind Modelle wie das in Mannheim praktizierte, wo neben Dolmetschern aus den eigenen Reihen auch Kulturdolmetscher im Krankenhaus eingesetzt werden. Die Theresienkrankenhaus und St. Hedwig-Klinik GmbH hat einen engen Kontakt zur Einsatzzentrale der Kulturdolmetscher des Caritasverbandes Mannheim. Die Kulturdolmetscher können jederzeit gegen Vergütung gerufen werden, um Menschen aus anderen Herkunftsländern bei Krankenhausaufenthalten zu begleiten. Die Qualifizierung von Menschen mit Migrationshintergrund zu Kulturdolmetschern oder auch Alltagsbegleitern für Pflegebedürftige kann auch ein wichtiger Schritt sein für den Zugang zum Ersten Arbeitsmarkt. Denn solche Personen werden zunehmend gerne von sozialen Einrichtungen und anderen Organisationen eingestellt. Es kann auch der Einstieg für einen sozialen Beruf sein. Wichtig ist es auch, Menschen mit Migrationshintergrund für die Berufe im Gesundheitswesen zu gewinnen.

Viele Gesundheitseinrichtungen sind jedoch überfordert, die notwendige Barrierefreiheit für Menschen aus verschiedenen Herkunftsländern allein herzustellen. Im Sinne des Patienten- und auch des Mitarbeiterwohls sind sie daher verpflichtet, sich eng mit Migrationsdiensten, anderen sozialen Diensten und Migrantenselbsthilfeorganisationen zu vernetzen. Für die sozialen Dienste, wie zum Beispiel die Migrationsdienste, die allgemeine Sozialberatung und die Erziehungsberatung, besteht gleichzeitig die Pflicht, auch gesundheitliche Belange der Klienten mit Migrationshintergrund wie auch bei anderen Klientengruppen in den Blick zu nehmen. Problematisch ist nach wie vor, dass Menschen mit Migrationshintergrund von sozialen Diensten häufig vorwiegend durch die „Migrationsbrille“ und zu wenig in ihrer individuellen Situation gesehen werden. Deshalb ist ein entscheidendes Ziel die interkulturelle Öffnung aller sozialen Dienste und nicht die alleinige Delegation an den Migrationsfachdienst. Dazu zählt auch, dass die sozialen Beratungsstellen Menschen aus anderen Ländern qualifiziert beraten können müssen, welche Rechte sie im Gesundheitswesen haben. Zum Teil besteht bei den Beratungsdiensten nicht immer ausreichend Kenntnis, welche Rechte zum Beispiel Bürger aus neuen EU-Ländern in Deutschland haben oder auch nicht. Hier besteht sicherlich noch Qualifizierungsbedarf auch angesichts einer nicht immer einfach zu durchschauenden Rechtslage.

Die Hilfe für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus darf für Gesundheitseinrichtungen nicht zum finanziellen Risiko werden. Ich halte das Nothilfegebot für die Menschen in Illegalität für nicht ausreichend. Ethisch geboten ist meiner Ansicht nach eine umfassendere und legale medizinische Versorgung, die auch präventiv wirkt – insbesondere für Kinder und Jugendliche.

Die Ebene der Gesundheitssystemgestaltung

Menschen mit Migrationshintergrund haben keinen Sonderstatus als Bürgerinnen und Bürger. Sie haben die gleichen Rechte und Pflichten wie jedermann. Dies bedeutet jedoch, dass ihr Zugang zum Gesundheitswesen genauso gesichert werden muss wie bei anderen Menschen. Oberstes Kriterium für das Gesundheitswesen ist dabei die Bedarfs- und Befähigungsgerechtigkeit und die selbstbestimmte Teilhabe von Bürgerinnen und Bürgern im Gesundheitswesen. Daraus zu schließen ist, dass für Menschen mit Migrationshintergrund keine Sonderversorgungsstrukturen im Gesundheitswesen zu schaffen sind. Dadurch würden Parallelwelten geschaffen werden mit der Gefahr der Gettoisierung und Benachteiligung.⁶ Die bestehenden Versorgungsstrukturen müssen die migrationsspezifischen Bedarfe berücksichtigen, soweit sie bezogen auf Krankheit und Gesundheit eine Rolle spielen. Menschen mit Migrationshintergrund müssen, soweit sie aufgrund ihrer persönlichen Situation nicht in der Lage sind, ihre Rechte im Gesundheitswesen zu kennen und zu nutzen, in der Wahrnehmung ihrer Rechte gestärkt werden. Angesichts von impliziten und noch immer von politischer Seite tabuisierten Rationierungsphänomenen im deutschen Gesundheitswesen besteht die Gefahr, dass Menschen mit eingeschränkten Zugangsmöglichkeiten aufgrund ihrer kommunikativen Möglichkeiten, ihres Bildungs- oder Gesundheitszustandes, besonders schnell zu Rationierungsopfern werden. Solchen Tendenzen sind durch eine Offenlegung von Rationierungserscheinungen und einer Enttabuisierung der Debatte entgegenzuwirken. Problematisch sehe ich in diesem Zusammenhang die Einrichtung von „Medizintafeln“, medizinischen Basisdiensten, da sie auf signifikante Versorgungslücken hinweisen. Der Deutsche Ethikrat sollte aus meiner Sicht für einen öffentlichen Diskurs beziehungsweise Konsultationsprozess zur zukünftigen Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen eintreten, wo auch Themen wie Rationierung und Prioritätensetzung nicht tabuisiert werden.⁷

Menschen mit Migrationshintergrund müssen die Möglichkeit zur Beteiligung an politischen Prozessen zur Gestaltung des Gesundheitswesens haben (Beteiligungsgerechtigkeit).

Die Priorität unseres nach wie vor stark kurativ ausgerichteten Gesundheitswesens sollte aus ethischer Sicht die Gesundheitsprävention sein. Einen umfassenden Ansatz dafür bietet die soziale Gesundheit. „Gesundheit und Krankheit sind danach nicht allein auf das Individuum zu beziehen, sondern ihre materiellen, kulturellen und gesellschaftlichen Ursachen und Rahmenbedingungen sind vorrangig zu betrachten.“⁸ Im Vordergrund der Prävention stehen dann nicht Raucherentwöhnungskurse, sondern

6 Vgl. Korzilius 2010.

7 Vgl. Lohmann/Preusker 2010. Sozialethische Reflexionen zum Thema Rationierung/Priorisierung siehe Amos international, Heft 2/2009; „Hauptsache gesund?“.

8 Fink 2009, 1.

die „Aktivierung der Ressourcen und sozialen Beziehungen im Sinne der Gesundheitsförderung sowie auf sozialer Unterstützung zur Alltagsbewältigung“⁹ im Sozialraum. Dabei geht es auch um die Stiftung von Solidarität im Nahraum zwischen Menschen unterschiedlicher Herkunft. Dies kann die nachbarschaftliche Unterstützung von pflegenden Angehörigen sein, die Organisation einer Kinderfreizeit mit vielen Bewegungsangeboten oder auch die Förderung des ehrenamtlichen Engagements im Stadtteil mit dem Ziel der Sinn- und Solidaritätsstiftung. Initiatoren können Vereine, Bürgerbüros, soziale Einrichtungen, Bildungseinrichtungen, Pfarrgemeinden, Migrantenselbstorganisationen und viele Akteure mehr sein. Gesundheitseinrichtungen können sich in solche Netzwerke einbringen und Räume sowie Fachkompetenz und Ansprechpartner zur Verfügung stellen. Eine solche Initiative für soziale Gesundheit kann gesundheitliche Problemlagen und Versorgungslücken aufdecken und niederschwellige Angebote schaffen. Solche Angebote sollten auf der Prioritätenliste der Kommunen und der anderen staatlichen Ebenen weit nach oben rücken. Für eine solche Prioritätensetzung sollte auch der Deutsche Ethikrat eintreten.

Die sozialetische Perspektive

Solidarität und Eigenverantwortung hängen eng zusammen. So, wie jeder Selbstsorge für seine Gesundheit wahrzunehmen hat, hat jeder auch die Pflicht, seinen Beitrag nach seinen Möglichkeiten für die solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung zu leisten. Nach unserem jetzigen Modell ist die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gekoppelt an die Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge. Eine hohe Arbeitslosigkeit belastet die GKV-Finanzierung. Das Risiko, arbeitslos zu sein, ist für gering qualifizierte Menschen viermal so hoch wie bei Akademikern. Jugendliche mit Migrationshintergrund verlassen proportional besonders häufig die Schule ohne Abschluss. Die Ursachen dafür sind vielfältig und häufig vor allem in Armut und Benachteiligung begründet. Die Risiken sind langfristig Arbeitslosigkeit und soziale Benachteiligung.

Investitionen in Bildungsgerechtigkeit sind eine Investition auch in die Finanzierungssysteme des Gesundheitswesens. Dies gilt auch für den Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Gesundheit. Die gesundheitlichen Belastungen von bildungsfernen Personen sind deutlich höher als bei bildungsnahen Personen. Deswegen sind bessere Bildungschancen ein wesentlicher Beitrag zur Gesundheit von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund.

Diese Zusammenhänge zeigen auch, dass das Thema Migration und Gesundheit nicht allein aus der Perspektive des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik

⁹ Fink 2009, 2.

gesehen werden kann. Das Gesundheitswesen könnte noch so gut mit Ressourcen ausgestattet werden, es wird diese Zusammenhänge zwischen Armut, Bildung, Gesundheit und Benachteiligung nur begrenzt verändern. Im Gegenteil: Das Gesundheitswesen und seine Akteure sind häufig Auffangbecken für soziale Nöte von Menschen, die auch durch eine oder im Zusammenhang mit einer Migrationsgeschichte ausgelöst sein können – sei es Einsamkeit, Arbeitslosigkeit, fehlende Beheimatung oder das Risiko, abgeschoben zu werden. Da hilft keine Medizin, sie kann höchstens Symptome lindern. Es besteht im Gegenteil sogar die Gefahr, dass solche Nöte medicalisiert werden. Deswegen zum Schluss mein Plädoyer für eine Demedikalisierung von Lebenslagen – auch eines Lebens mit Migrationsbiografie.

So wichtig das Thema Migration und Gesundheit ist, es darf nicht einseitig aus medizinischer Sicht betrachtet werden, sondern erfordert einen übergreifenden Ansatz im Sinne der Verhältnisprävention. Dazu braucht es eine Zusammenarbeit aller relevanten Ministerien, der Migrantenorganisationen, Wohlfahrtsverbände, Kirchen und anderen gesellschaftlichen Akteure. Solidarität und Eigenverantwortung lassen sich auch im Blick auf Migration und Gesundheit nicht gegeneinander ausspielen. Sie stehen in einer fruchtbaren Spannung. Zu beidem – Solidarität oder Selbstsorge – müssen Menschen befähigt werden. Dafür tragen wir alle Verantwortung!

Literatur

Becker, Thomas (2009): „Bestens ausgebildet, gut bezahlt“. Migranten in Deutschland. *Neue Caritas*, 110 (4), 9-12.

Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.) (2008): *Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – Ihr Recht auf Gesundheit. Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität*. Berlin.

Fink, Franz (2009): Zu sozialer Gesundheit gehört kultursensibles Handeln. *Neue Caritas – Migration und Integration*, 4/2009, 1-2.

Knipper, Michael; Bilgin, Yasar (2010): Migration und andere Hintergründe. *Deutsches Ärzteblatt*, 107 (3), A76-A79.

Knipper, Michael; Bilgin, Yasar (2009): *Migration und Gesundheit*. Sankt Augustin; Berlin.

Korzilius, Heike (2010): „Wir müssen die Patienten dort abholen, wo sie stehen“. *Deutsches Ärzteblatt*, 107 (3), A80.

Kostka, Ulrike (2008): *Gerechtigkeit im Gesundheitswesen und in der Transplantationsmedizin. Mehrdimensionale Handlungsfelder als systematische und normative Herausforderung für die Bioethik und theologische Ethik*. Basel.

Kostka, Ulrike (2000): *Der Mensch in Krankheit, Heilung und Gesundheit im Spiegel der modernen Medizin. Eine biblische und theologisch-ethische Reflexion*. Münster.

Lohmann, Heinz; Preusker, Uwe (Hrsg.) (2010): *Priorisierung statt Rationierung: Zukunftssicherung für das Gesundheitssystem*. Heidelberg et al.

Sinus Sociovision (Hrsg.) (2008): *Zentrale Ergebnisse der Sinus-Studie über Migranten-Milieus in Deutschland*. Online im Internet: http://www.sinus-institut.de/uploads/tx_mpdownloadcenter/MigrantenMilieus_Zentrale_Ergebnisse_09122008.pdf [20.5.2010].

Vorhoff, Karin (2009): Migranten suchen Kompetenz und Zugang. *Neue Caritas*, 110 (8), 26-29.

Autorinnen und Autoren

Maria Böhmer, geb. 1950, Staatsministerin Prof. Dr. phil., seit 2001 Professorin an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg, seit 2005 Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.

Theda Borde, geb. 1957, Prof. Dr. Dipl.-Pol. MPH, seit 2004 Professorin für medizinische/medizinsoziologische Grundlagen der sozialen Arbeit und Klinische Sozialarbeit an der Alice Salomon Hochschule Berlin, seit 2007 Mitglied und stellvertretende Vorsitzende im Verwaltungsausschuss der European Cooperation in Science and Technology (COST), seit 2010 Rektorin der Alice Salomon Hochschule Berlin.

Alain Di Gallo, geb. 1960, PD Dr. med. habil., Psychiater, seit 2007 leitender Arzt und stellvertretender Chefarzt an der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel.

Ilhan Ilklic, geb. 1967, Dr. med. (TR) Dr. phil., Medizinethiker, seit 2005 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universität Mainz.

Ulrike Kostka, geb. 1971, PD Dr. theol. habil., Moraltheologin, seit 2005 Privatdozentin im Fach Moralthologie an der Katholisch-Theologischen Fakultät in Münster, Leiterin der Abteilung verbandliche und theologische Grundlagen und des Präsidenten- und Vorstandsbüros des Deutschen Caritasverbandes in Freiburg.

Oliver Razum, geb. 1960, Prof. Dr. med., Gesundheitswissenschaftler, seit 2004 C4-Professur und Leiter der Abteilung Epidemiologie und International Public Health an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, seit 2006 auch Prodekan/Studiendekan der Fakultät.

Bettina Schlemmer, geb. 1955, Dr. med., Ärztin für Allgemeinmedizin, Leiterin der Malteser Migranten Medizin in München.

Andreas Spickhoff, geb. 1962, Prof. Dr. jur., Jurist, seit 2009 W3-Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Medizinrecht, Internationales Privatrecht und Rechtsvergleichung an der Georg-August-Universität Göttingen, seit 2010 Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Medizinrecht und Dekan der Juristischen Fakultät.

Abbildungsnachweis

- Seite 46: Kommunikationsprobleme aus der Perspektive nicht deutschsprachiger Patientinnen im Krankenhaus
- Seite 47: Kommunikationsprobleme aus der Perspektive des Arzt- und Pflegepersonals bei der Versorgung nicht deutschsprachiger Patientinnen im Krankenhaus
- Seite 48: Informationsverlagerung vor und nach der Patientenaufklärung nach Ethnizität