



## **Antwort**

**der Landesregierung**

**auf die**

**Große Anfrage**

**der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

**Gesundheitssituation der MigrantInnen in Schleswig-Holstein**

Drucksache 15/ 880

Federführend ist das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz

## Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung der Landesregierung	Seite 3
2. Vorbemerkung der Frage stellenden Fraktion	Seite 10
3. Teil I - Fragen zur Gesundheitssituation allgemeiner Art	Seite 10
4. Teil II - Fragen zur interkulturellen Personalentwicklung in Einrichtungen des Gesundheitswesens	Seite 34
5. Teil III - Fragen zur Koordination des Gesundheitswesens	Seite 45
6. Zusammenfassende Schlussfolgerungen	Seite 48

## Vorbemerkung der Landesregierung

### 1 Wer sind Migrantinnen und Migranten?

Abbildung 1 zeigt die verschiedenen Formen der Zuwanderung nach Deutschland. Die größten Gruppen sind:

- Menschen, die als Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen angeworben worden sind, sowie ihre Familienangehörigen, die heute im Rahmen des Ehegatten- und Familiennachzugs nach Deutschland kommen, in erster Linie aus der Türkei
- Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen und ihre Familienangehörigen aus Ländern der Europäischen Union (EU-Binnenmigration)
- Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler, also Menschen deutscher Herkunft, die in den osteuropäischen Ländern gelebt haben. Sind die Personen vor dem 01.01.1993 aufgenommen worden, werden sie als Aussiedlerinnen und Aussiedler bezeichnet.
- Werkvertrags- und Saisonarbeitnehmerinnen und -nehmer, die heute überwiegend aus osteuropäischen Ländern kommen
- Asylsuchende aus aller Welt und Flüchtlinge, die im Rahmen der Genfer Flüchtlingskonvention aufgenommen werden.

Abbildung 1: Formen der Zuwanderung nach Deutschland



Quelle: Migrationsbericht 1999 (Die Größen der Figuren geben ungefähr die Größenverhältnisse der Zuwanderergruppen wieder.)

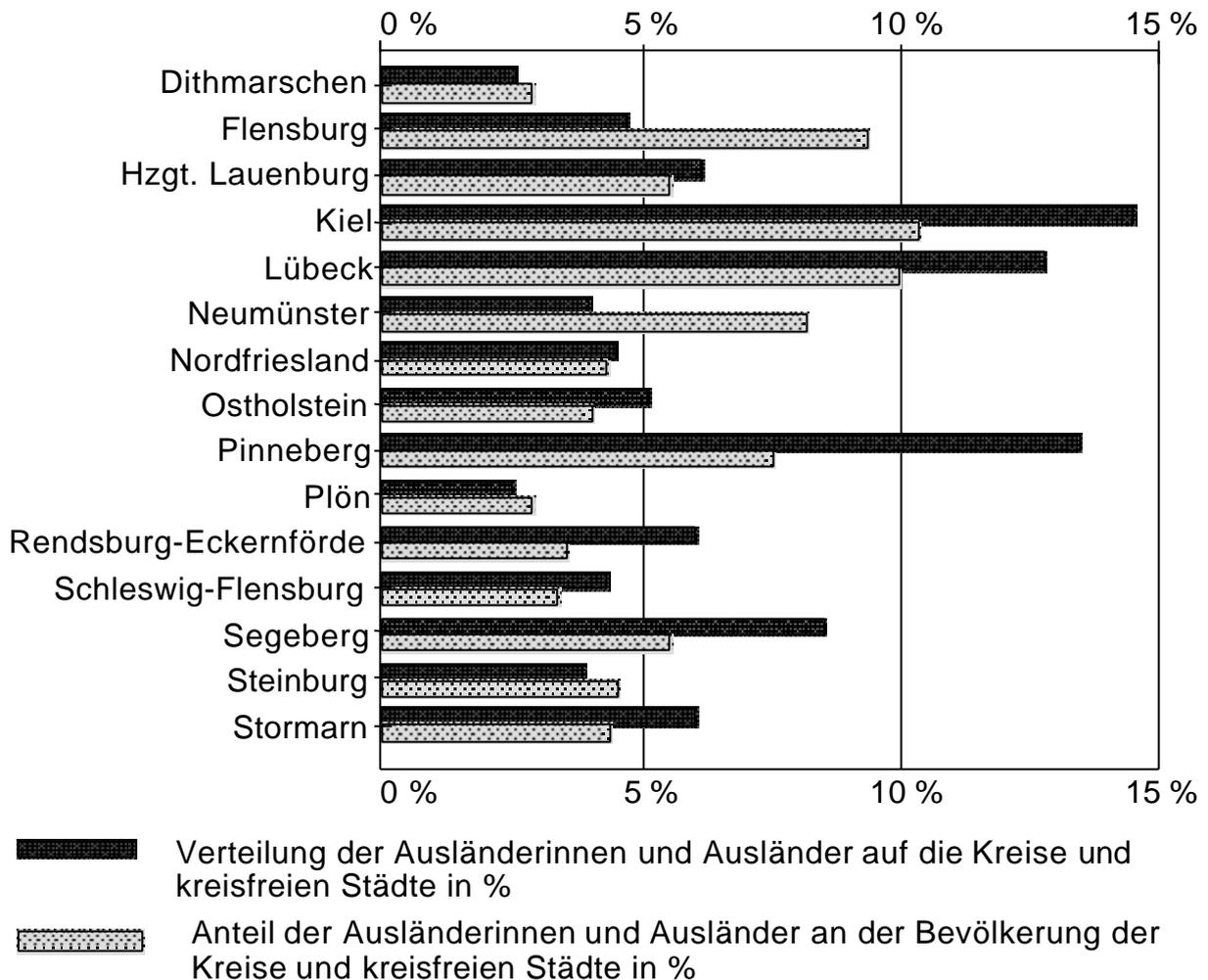
Bei der nachfolgenden Beantwortung der Großen Anfrage werden unter Migrantinnen und Migranten alle Zuwanderer und Zuwanderinnen einschließlich der Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler verstanden, auch wenn sie die deutsche Staatsangehörigkeit haben oder es sich bereits um die zweite oder dritte Generation handelt. Indessen ist es selten möglich, diese Gruppe insgesamt der einheimischen Bevölkerung gegenüber zu stellen. Bei den einzelnen Aussagen ist daher jeweils zu berücksichtigen, für welche Personengruppe statistische Daten vorliegen.

## 2 Überblick über die Zuwanderung nach Schleswig-Holstein

In Deutschland leben 7.318.628 Ausländerinnen und Ausländer (Stichtag 31.12.2001). In Schleswig-Holstein sind es 142.209 (Quelle: Ausländerzentralregister). Nach der monatlichen Asylstatistik zum selben Stichtag sind in Schleswig-Holstein 4.878 Asylbewerberinnen und –bewerber im Asylverfahren (für Deutschland liegen keine Gesamtzahlen vor). Der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer an der Bevölkerung Schleswig-Holsteins beträgt 5,5 %.

### Abbildung 2

Verteilung der ausländischen Bevölkerung auf die Kreise und kreisfreien Städte Schleswig-Holsteins



Wie Abbildung 2 zeigt, wohnen die in Schleswig-Holstein lebenden Ausländerinnen und Ausländer verstärkt in den Städten Kiel, Lübeck und im Kreis Pinneberg. Bezogen auf die jeweilige Gesamtbevölkerung haben Kiel, Lübeck, Flensburg und Neumünster einen höheren Ausländeranteil; der Kreis Pinneberg folgt an fünfter Stelle. Sowohl der Ausländeranteil an der Bevölkerung als auch der Anteil in Bezug auf die Ausländergesamtzahl in Schleswig-Holstein liegt in den Kreisen Dithmarschen, Nordfriesland, Plön, Schleswig-Flensburg und Stormarn unter 5%.

Die größte Ausländergruppe stellen auch in Schleswig-Holstein mit nahezu 30% die Türken. 53% von ihnen wohnen in Kiel, Lübeck oder im Kreis Pinneberg. Die anderen Ausländerinnen und Ausländer verteilen sich auf ein breites Spektrum von Herkunftsländern; die stärksten Anteile haben das ehemalige Jugoslawien mit 6,3%, gefolgt von Polen, der ehemaligen Sowjetunion und Dänemark. Die Anteile russisch- und polnischsprachiger Menschen würden sich aber verstärken, wenn man die Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler hinzuzählt.

Zwischen 1950 und 1999 sind 4 Millionen Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler nach Deutschland zugezogen, davon 60% in den Jahren nach 1988. Hiervon entfallen auf Schleswig-Holstein 3,3 % (bis zum 31.12.1991 waren es 1,8 %), so dass in den letzten 50 Jahren ca. 94.000 Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler nach Schleswig-Holstein gekommen sind, davon knapp 65.000 in den letzten 11 Jahren. (Beauftragter der Bundesregierung für Aussiedlerfragen, 2001). Da Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler in der Regel ohne Verzögerung die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten, sind sie in den Sozial- und Gesundheitsstatistiken nicht als gesonderte Gruppe zu identifizieren. Hinzu kommen knapp über 5.000 jüdische Emigrantinnen und Emigranten aus der ehemaligen Sowjetunion, die seit 1991 nach Schleswig-Holstein gekommen sind (Stand: 28.09.01; Bundesverwaltungsamt Köln).

Während die 60er Jahre durch die Zuwanderung von Arbeitskräften geprägt waren, herrschte in den 70er Jahren der Familiennachzug vor; in den 80er Jahren wuchs die Zahl der Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler, und die 90er Jahre sind das Jahrzehnt der Asylsuchenden und Flüchtlinge. Entsprechend ist die Einwanderungsbevölkerung heterogener geworden.

### **3 Methode**

Die Datenlage zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit ist generell nicht zufriedenstellend. Um Einzelbefunde bewerten zu können, wäre es zudem erforderlich, einen Vergleichsmaßstab zu haben.

Die deutsche Bevölkerung eignet sich als Vergleichsgruppe nur bedingt, denn sie ist hinsichtlich des sozialen Status und damit auch hinsichtlich der gesundheitlichen Risiken, die aus ungünstigen Arbeitsbedingungen, schlechterer Wohnsituation, niedrigerem Bildungsgrad und geringerem Einkommen resultieren, stärker differenziert als die Zuwandererinnen und Zuwanderer. Zwar sind es entgegen mancher in Deutschland bestehender Vorurteile nicht die "Ärmsten der Armen", die ihr Heimatland mit dem Ziel verlassen, ihre Lebensbedingungen zu verbessern. Aber es waren vor allem Arbeitsplätze ohne besondere Qualifikationsanforderungen, die in den 60er und 70er Jahren mit ausländischen Arbeitskräften besetzt wurden. In allen modernen Gesellschaften ist Migration ein konstitutives Merkmal für niedrigen sozialen Status; anders ausgedrückt: Moderne Unterschichten bestehen zu einem erheblichen Anteil aus Migrantinnen und Migranten. Ihre Gesundheit wird stärker von dieser sozialen Lage als von der lebensgeschichtlichen Tatsache der Migration beeinflusst. Flucht hingegen ist eine unabhängige Ursache gesundheitlicher Beeinträchtigung (SUNDQUIST, 1995).

Eine weitere Möglichkeit des Vergleichs wäre der mit der Gesundheitsversorgung in den Herkunftsländern der Migrantinnen und Migranten. Hier würde die Bundesrepublik in den meisten Fällen gut abschneiden. Im Hinblick auf die Arbeitsmigration hat ein solcher Vergleich jedoch noch weniger Sinn als der mit der deutschen Bevölkerung, denn die Gleichstellung im Zugang zu den Sozialversicherungssystemen entspricht unseren verfassungsrecht-

lichen Grundsätzen und dem gesellschaftlichen Selbstverständnis und war die wesentliche Forderung, die die Gewerkschaften in den 60er Jahren gestellt und durchgesetzt haben, bevor sie der Anwerbung von Arbeitskräften zustimmten.

Die Antworten auf die Fragen der Großen Anfrage stehen daher unter dem Vorbehalt einer unzureichenden und uneinheitlichen Datenlage; sie müssen zudem vor dem Hintergrund der genannten sozialen und ökonomischen Bedingungen bewertet werden.

Zur Beantwortung wurden folgende Methoden eingesetzt:

- Sichtung und Auswertung vorhandener Routinestatistiken (Routinestatistiken werden zu jeweils eigenen Zwecken angelegt. Sie sind nur selten so aufbereitet, dass problemlos andere Fragestellungen aus ihnen beantwortet werden könnten.)
- Auswertung von Dokumenten, z. B. Programmen, Tagungsberichten, Tätigkeitsberichten und ähnlichem. Die dort enthaltenen Selbstauskünfte der Trägerinstitutionen wurden nicht überprüft.
- Rückgriff auf Erkenntnisse von Behörden
- Schriftliche und mündliche Expertenbefragungen:
  - Befragung der leitenden Ärztinnen und Ärzte zur *Gesundheitssituation der Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein* (2001). Durchführung: U. Brucks, Universität Hamburg. Verteilte Fragebögen: 1.000; Rücklauf: 135 = 13,5%

Die Befragung steht unter dem methodischen Vorbehalt, dass Erfahrungswerte selbstverständlich kein zuverlässiges Bild geben können. Eine weitere Einschränkung ergibt sich dadurch, dass der Rücklauf der Fragebögen bei 13,5 % liegt. Diese geringe Rücklaufquote ist jedoch bei schriftlichen Befragungen ohne Erinnerung normal. Dennoch können die Erfahrungen, die die Ärztinnen und Ärzte aus Krankenhäusern und Kassenarztpraxen mitgeteilt haben, Tendenzen und Erkenntnislücken deutlich machen.

- Umfrage bei den Kreisen und kreisfreien Städten, den Wohlfahrtsverbänden, den Frauenfachberatungsstellen sowie weiteren Trägern zu ausgewählten Fragen der Großen Anfrage
- Bestandsaufnahme von Interkulturellen Aktivitäten in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie in Einrichtungen der pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung in den norddeutschen Bundesländern (1999). Durchführung: B. Didden-Zopfy, J. Angermüller, Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege. Angeschriebene Einrichtungen: 4.000; Rücklauf: 331 = 9% (lag bereits vor)

## Quellen

- Abschlussbericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 1999. Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Lübeck.
- Beauftragter der Bundesregierung für Aussiedlerfragen (Hrsg.) (2001). Info-Dienst Deutsche Aussiedler, Nr. 110. Bundesministerium des Innern, Referat SH II 4 – J. ([www.aussiedlerbeauftragter.de](http://www.aussiedlerbeauftragter.de))
- Berufsbildungsbericht (2000). Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Bonn.
- Bestandsaufnahme von Interkulturellen Aktivitäten in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie in Einrichtungen der pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung in den norddeutschen Bundesländern (1999). Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege (Hrsg.; bearbeitet von B. Didden-Zopfy, J. Angermüller). Kiel: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz.
- Brucks, U., Salisch, E.v. & Wahl, W.-B. (1987). Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und Patienten unter besonderer Berücksichtigung ausländischer Patienten. In: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Lebenslage und gesundheitliche Versorgung. Reihe Gesundheitsforschung Bd. 155. Bonn.
- Collatz, J., Kürsat-Ahlers, E. & Korporal, J. (Hrsg.) Gesundheit für Alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg: EB Verlag Rissen.
- Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg. Zwischenbilanz 1994 (1995). Herausgegeben von der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Freie und Hansestadt Hamburg.
- Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen (2000). Gesundheitsberichte NRW. Bearbeitet von C. Weilandt u. a., Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e. V. Herausgegeben vom Ministerium für Frauen, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Hackhausen, W. (2001). Nutzungsintensitäten der Rehabilitation von Migranten in der gesetzlichen Rentenversicherung. Verband der Rentenversicherungsträger (VDR). Frankfurt.
- Klocke, A. & Hurrelmann, K. (1996). Psychosoziales Wohlbefinden und Gesundheit der Jugendlichen nichtdeutscher Nationalität. In: Mänsel, J. & Klocke, A. (Hrsg.). Die Jugend von heute. Selbstanspruch, Stigma und Wirklichkeit (S. 193–208). Weinheim: Juventa.
- Landesregierung Schleswig-Holstein (2001; Entwurf). Konzept zur Integration von Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein. [www.schleswig-holstein.de/landsh/im](http://www.schleswig-holstein.de/landsh/im). Endgültige Beschlussfassung Frühjahr 2002.
- Lechner, I. & Mielck, A. (1998). Die Verkleinerung des "Healthy-Migrant-Effects": Entwicklung der Morbidität von ausländischen und deutschen Befragten im sozioökonomischen Panel 1984 - 1992. Gesundheitswesen 60, 12, 715–720.

- Migrationsbericht 1999. Zu- und Abwanderung nach und aus Deutschland. (von H. Lederer, R. Rau & S. Rühl). Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen.
- Mohammadzadeh, Z. (2000). Die Erstuntersuchung nach § 62 Asylverfahrensgesetz. In: Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.). Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt. Berlin/Bonn.
- Muluneh, A. & Waka, A. (2000). Afrikanische Communities in Deutschland. In: Aids und Migration (S. 133 – 176). Aids-Forum DAH, Bd. 41. Berlin: Deutsche Aids-Hilfe.
- Psychiatrieplan 2000. Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen. Herausgeber: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein. Kiel 1999.
- Refugio (Hrsg.) (2001). Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen. Tagungsdokumentation. Kiel: Refugio e. V., Oldenburger Str. 25, 24143 Kiel.
- Repräsentativuntersuchung 95: Situation der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen in der Bundesrepublik Deutschland. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Berlin 1996.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Kurzfassung. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Statistisches Taschenbuch Gesundheit. Herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit. Bonn, 2000.
- Verbundprojekt - Frauengesundheit in Deutschland. Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Senioren und Frauen, Berlin, 1999.

## **Vorbemerkung der Frage stellenden Fraktion**

### **Bündnis 90/Die Grünen**

In Schleswig-Holstein hat sich in den letzten Jahrzehnten ein unumkehrbarer Einwanderungsprozess vollzogen. Die ArbeitsmigrantInnen sowie ihre Familienangehörigen und ihre Nachfolgegeneration kommen seit den 50er Jahren in unser Land. Darüber hinaus haben MigrantInnen, die aus humanitären Gründen oder aufgrund fehlender Lebensperspektive in ihrer Heimat nach Schleswig-Holstein gekommen sind, ihren Lebensmittelpunkt hier gefunden. Des Weiteren leben viele Flüchtlinge und AussiedlerInnen in Schleswig-Holstein. Diese zugewanderten Menschen, ihre Angehörigen und ihre nachfolgenden Generationen, die zum großen Teil hier geboren sind, bereichern in kultureller und ökonomischer Hinsicht Schleswig-Holstein. Zurzeit leben ca. 142.300 Menschen ohne deutschen Pass in diesem Bundesland.

## **Teil I**

### **Fragen zur Gesundheitssituation allgemeiner Art**

#### **Frage 1**

**Gibt es nach Erkenntnissen der Landesregierung einen signifikanten Unterschied bezüglich des Gesundheitszustandes von MigrantInnen und Deutschen? Wenn ja: welchen? Wenn der Landesregierung keine Erkenntnisse vorliegen: warum nicht?**

#### **Antwort**

Die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten wird beeinflusst durch komplexe Wechselwirkungsprozesse verschiedener Faktoren des Lebens in der Fremde. Kulturspezifische Besonderheiten und soziale Bedingungen sowie fehlende oder mangelnde Sprachkenntnisse bzw. die Länge des Aufenthalts im Aufnahmeland spielen eine Rolle.

Erkenntnisse zum Gesundheitszustand sind nur unvollständig zu erhalten. Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler sowie die in ihren Aufnahmebe-scheid einbezogenen nichtdeutschen Ehegattinnen oder -gatten oder Ab-kömmlinge sind in der Regel mit der Aufnahme Deutsche im Sinne von Artikel 116 Abs. 1 GG (§ 4 Abs. 3 Satz 2 BVFG) und werden somit nicht geson-dert statistisch erfasst. In den Routinestatistiken der Gesetzlichen Kranken-versicherung sowie der Rentenversicherungsträger wird die Staatsangehö-

rigkeit der Versicherten nicht regelmäßig erhoben. In großen epidemiologischen Studien ist ausländische Staatsangehörigkeit ein Ausschlusskriterium bei der Stichprobenziehung, weil die Studien mit Fragebogen arbeiten und ein fehlender Rücklauf aufgrund von Sprachschwierigkeiten zu einer Verschlechterung der Studienqualität führen würde. Im Hinblick auf diese Begrenzungen der Datenlage können nur Teilaspekte der gesundheitlichen Situation von Migrantinnen und Migranten dargestellt werden.

### **Mütter- und Säuglingssterblichkeit**

1997 war die Rate der Müttersterbefälle von Ausländerinnen erstmals nicht höher als die der Deutschen. So starben 1997 laut Statistischem Bundesamt bei 100.000 Lebendgeburten 6,1 deutsche beziehungsweise 5,6 nicht-deutsche Mütter. Die Müttersterblichkeit von Ausländerinnen hat von 1995 bis 1997 abgenommen, die der Deutschen ist von 1995 bis 1997 leicht gestiegen.

Die Säuglingssterblichkeit lag dagegen in der ausländischen Bevölkerung höher. Von 1.000 lebendgeborenen ausländischen Kindern in Deutschland starben 1998 im Laufe des ersten Lebensjahres durchschnittlich 5,8 Kinder, bei deutschen waren es 4,5 Kinder. Auch bei den ausländischen Kindern ist jedoch ein positiver rückläufiger Trend erkennbar (Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2000, Tab. 5.5).

Tabelle I.1.1 zeigt die Anzahl der Geborenen und im 1. Lebensjahr Verstorbenen in Schleswig-Holstein. Demnach sind 1999 von 1.000 lebend geborenen deutschen Kindern 4 gestorben (Bundesdurchschnitt 4,5), bei den ausländischen Kindern sind es hingegen nur 0,9‰, also nur ein Fünftel der erwarteten Zahl. Wegen der kleinen Zahlen ist es nicht möglich, diesen Befund zu bewerten.

#### **Tabelle I.1.1**

Geborene und im 1. Lebensjahr Verstorbene in Schleswig-Holstein 1999

Geborene			Gestorbene		Quote je Tausend	
Gesamt	deutsch	nicht deutsch	deutsch	nicht deutsch	deutsch	nicht deutsch
27.351	23.998	3.353	95	3	4,0	0,9

### **Meldepflichtige ansteckende Krankheiten: Tuberkulose und AIDS**

In Deutschland setzte sich der rückläufige Trend bei Tuberkuloseerkrankungen der letzten Jahre sowohl für Deutsche als auch für Ausländerinnen und Ausländer 1998 fort. 10.440 Menschen erkrankten an einer aktiven Tuberkulose – darunter 3.291 (31,5%) Ausländerinnen und Ausländer. In Schleswig-Holstein entfielen 1997 32%, 1998 51% und 1999 45% der erfassten Erkrankungen an Tuberkulose auf Ausländerinnen und Ausländer. Auch hier sind die großen Schwankungen hauptsächlich durch die kleinen Zahlen zu erklären.

Ein Großteil der im Ausland geborenen Tuberkulosepatientinnen und -patienten stammte aus osteuropäischen Ländern und den Staaten der ehemaligen Sowjetunion. Trotz der teilweise lückenhaften Datenlage muss davon ausgegangen werden, dass sowohl die Verbreitung als auch der Anteil multiresistenter Tuberkulosen in Osteuropa und damit auch bei den aus dieser Region nach Deutschland kommenden Migrantinnen und Migranten in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben.

Seit 1982 werden die Berichte über AIDS-Erkrankungs- und Todesfälle von Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland am Robert-Koch-Institut zusammengetragen und ausgewertet. Von den bis 1998 gemeldeten 17.955 AIDS-Fällen entfielen 86,3% auf Deutsche. In dieser Zahl enthalten sind 11.350 Personen, die bis zum Stichtag 31.12.1998 infolge ihrer AIDS-Erkrankung verstorben sind. Von den 2.456 (13,7%) an AIDS erkrankten bzw. verstorbenen Ausländern stammten 55% aus Europa (einschl. der Türkei), aus Afrika stammten 19%, aus Nordamerika 11%, aus Asien 8% und aus Südamerika 6%. Daraus ist ersichtlich, dass besonders Afrikaner überrepräsentiert sind, denn ihr Anteil an der gesamten ausländischen Bevölkerung in der Bundesrepublik betrug 1997 nur 4,1%. Die absoluten Zahlen sind jedoch sehr gering. Von den 305.595 Afrikanerinnen und Afrikanern, die 1997 in Deutschland lebten, entfielen 6.821 auf Schleswig-Holstein (Mulleneh & Waka, 2000, S. 148f.). Geht man davon aus, dass für die AIDS-Erkrankten dieselben Relationen gelten, dann waren bis 1997 in Schleswig-Holstein 10 aus Afrika stammende Menschen an AIDS erkrankt.

### **GestationsDiabetesMellitus (GDM)**

Nach einer Kieler Untersuchung (2001) zur Früherkennung von Schwangerschaftsdiabetes (GDM), die von der Arbeitsgruppe zur besseren und flächendeckenden Schulung und Betreuung von Diabetikerinnen und Diabetikern unter der Leitung des MASGV veranlasst wurde, lag bei einem Kollektiv von 2000 Schwangeren in Schleswig-Holstein der Ausländerinnenanteil bei 9,8 %. Dies entspricht exakt den Angaben aus dem statistischen Jahrbuch und dem Anteil der ausländischen Frauen bei den Geburten. Davon waren 43 % Türkinnen.

Bei den deutschen Frauen lag in 12 % der Fälle ein GDM vor, bei den Frauen türkischer Herkunft in 19 % der Fälle. 13,9 % des Gesamtkollektivs hatten einen GDM.

Das Risiko sowohl der Mütter als auch der Kinder, später an einem Diabetes Mellitus zu erkranken, ist erhöht.

### **Schwerbehinderte**

Wie Tabelle I.1.2 zeigt, ist der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer an den Schwerbehinderten kontinuierlich angestiegen und lag 1999 in Schles-

wig-Holstein bereits bei 17%, was den Ausländeranteil (5,5 %) an der Bevölkerung deutlich übersteigt.

**Tabelle: I.1.2**

Anzahl der Schwerbehinderten mit Ausweis (Jahre, Nationalität, Grad der Behinderung > 50) in Schleswig-Holstein

	insgesamt	deutsch	nicht deutsch	Anteil der Ausländer und Ausländerinnen
1985	193.991	192.014	1.977	10 %
1987	172.219	170.400	1.819	10 %
1989	176.111	174.147	1.964	11 %
1991	180.155	178.041	2.114	12 %
1993	187.443	185.079	2.364	13 %
1995	192.853	190.258	2.595	14 %
1997	198.715	195.774	2.941	15 %
1999	207.573	204.165	3.408	17 %

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Statistik der Schwerbehinderten, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn, Copyright © 20. 09. 2001

**Ärztebefragung**

Die Befragung der Ärztinnen und Ärzte zur *Gesundheitssituation der Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein (2001)* in Krankenhäusern und ärztlichen Praxen zeigt folgende Tendenz:

Die Gesundheitssituation der Flüchtlinge und Asylsuchenden wird insgesamt am ungünstigsten beurteilt. Bei ihnen werden besonders selten Stoffwechselerkrankungen und Alkohol- bzw. Drogenprobleme beobachtet.

Bei allen Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund beobachten die Ärztinnen und Ärzte überdurchschnittlich häufig das Bild einer chronischen Überforderung, zusammengesetzt aus einer mangelnden Vorsorgeorientierung, einem schlechteren Allgemeinzustand, der sie vorgealtert erscheinen lässt, und einer depressiven Stimmungslage sowie chronischen Schmerzen.

Diese Angaben stehen unter dem auf Seite 7 beschriebenen methodischen Vorbehalt.

## Frage 2

**Wie hoch ist das Krankheitsrisiko von MigrantInnen im Säuglings- und Kindesalter, der jungen Generation (18 - 40 Jahre), der älteren Generation (40 - 65 Jahre), der Menschen im Rentenalter (über 65 Jahre) sowie der Frauen und Männer im Vergleich zu der deutschen Bevölkerung in Schleswig-Holstein?**

## Antwort

Grundsätzlich ist es nicht möglich, ein alters- oder geschlechtsbezogenes allgemeines Krankheitsrisiko zu beurteilen. Es lassen sich jeweils nur einzelne Erkrankungsrisiken vergleichen.

Im Hinblick auf **Zahngesundheit** von Kindern geben Studien Hinweise, dass die Zahngesundheit ausländischer Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren deutlich schlechter als die deutscher Kinder ist. Entsprechend ist auch das Ergebnis der Untersuchungen im Grundschulalter: nur 15% der Kinder ausländischer Herkunft haben ein naturgesundes Gebiss, bei deutschen sind es 28%. Behandlungsbedürftig waren 48% der Kinder ausländischer Herkunft gegenüber 37% deutscher Kinder.

Ein Indikator für eine weniger ausgeprägte Vorsorgeorientierung war auch die niedrigere **Impfquote** der ausländischen Kinder, insbesondere bei der Polio- und bei der Tuberkulose-Schutzimpfung. Seit Mitte der 80er Jahre war aber eine Angleichung zu beobachten, vor allem, weil die in Deutschland geborenen Kinder von vornherein in die Vorsorgeprogramme einbezogen sind (Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg, 1995, S. 19ff).

Bei den Einschulungsuntersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein (1999) wird nur nach Geburtsort innerhalb und außerhalb Deutschlands unterschieden. Dadurch wird der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund unterschätzt. Dennoch fällt auf, dass deutlich mehr Kinder, die nicht in Deutschland oder dem europäischen Ausland geboren wurden, in der Wiederholungsuntersuchung Z1 noch einmal **vom Schulbesuch zurückgestellt** wurden. Um die Ergebnisse aussagefähiger zu machen, wird künftig im schulärztlichen Dienst ergänzend zum Geburtsort die in der Familie gesprochene Muttersprache erfasst.

In schulärztlichen Untersuchungen anderer Länder (z. B. Hamburg 1995) fallen ausländische Mädchen durch einen höheren Anteil von **Übergewicht** auf. Nach Klocke und Hurrelmann (1996) sind jedoch die nichtdeutschen Mädchen mit ihrem Aussehen insgesamt zufriedener als die deutschen.

Eine Auswertung des sozioökonomischen Panel<sup>1</sup> zeigt, dass die ausländischen Befragten sich häufiger als die deutschen in ihren täglichen Aktivitäten durch Gesundheitsprobleme beeinträchtigt fühlten und dass sie häufiger an **chronischen Erkrankungen** leiden (Lechner & Mielck, 1998). Diese Tendenz wird zunehmen, denn die Zahl der Migrantinnen und Migranten über 60 Jahre wächst stetig und wird nach Vorausschätzungen 2010 1,3 Millionen und 2020 schon 2,4 Millionen Personen in Deutschland betragen.

Dies wird auch durch die Befunde zur Frühverrentung und zur Schwerbehinderung bestätigt. 55% der ausländischen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Vorruhestand geben an, dass ihr vorzeitiger Ausstieg aus dem Erwerbsleben gesundheitliche Gründe hatte. Bei den arbeitslosen Ausländerinnen und Ausländern ist der Anteil der über 45jährigen besonders hoch. In dieser Gruppe wiederum vermuten viele, dass sie aus gesundheitlichen und Altersgründen keine Arbeit mehr finden. Da sie überwiegend körperlich schwere und gering qualifizierte Arbeitsplätze innehatten, ist diese Vermutung wohl realitätsgerecht (Repräsentativuntersuchung 95, S. 109 ff).

Ein Indikator für gesundheitlichen Verschleiß ist die Beteiligung an Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung, die der Wiedergewinnung der Arbeitsfähigkeit dienen. Hier ist der Nutzungsgrad bei den ausländischen ebenso wie bei den deutschen Versicherten im fünften Lebensjahrzehnt am höchsten. Bei den Diagnosehauptgruppen stehen Erkrankungen von Skelett, Muskeln und Bindegewebe an erster Stelle und psychische Erkrankungen an zweiter Stelle, wobei türkische Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer besonders häufig wegen psychischer Erkrankungen Rehabilitationsmaßnahmen erhalten (Hackhausen, VDR, 2001).

### **Frage 3**

**Wie hoch ist die Anfälligkeit für psychosomatische und somatische Störungen von ausländischen Frauen im Vergleich zu deutschen Frauen in Schleswig-Holstein?**

### **Antwort**

Die Anfälligkeit für somatische Störungen ist bereits in der Frage 2 abgehandelt worden. Deshalb wird im Folgenden auf psychische und psychosomatische Störungen eingegangen.

---

<sup>1</sup> Das sozioökonomische Panel ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung privater Haushalte in Deutschland. Sie wird im jährlichen Rhythmus seit 1984 bei denselben Personen und Familien in der Bundesrepublik durchgeführt. Die Stichprobe umfasst Haushalte mit einem Haushaltsvorstand türkischer, spanischer, italienischer, griechischer und ehemals jugoslawischer Nationalität. In den Jahren 1994/95 wurde außerdem eine spezielle Stichprobe "neue Immigranten" gezogen. Einen jederzeit aktuellen Überblick bietet die SOEP-homepage (<http://www.diw.de/soep>). Sonderauswertungen sind allerdings recht aufwendig und daher oft verzögert. So bezieht sich die angegebene Arbeit von Lechner und Mielck auf Daten aus den Jahren 1992/93.

Der erste Bericht zur Frauengesundheit in Deutschland stellt fest, dass es im Rahmen der vorliegenden Daten nicht möglich war, die Gesundheit der Migrantinnen gesondert darzustellen: "Der Bericht zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland umfasst sehr viele Themenbereiche - aber er ist nicht umfassend. Zunächst einmal gab es die Vorgabe, dass dieser Bericht sich auf die erwachsenen Frauen, nicht auf Kinder und Jugendliche und nicht auf die alten Frauen konzentrieren sollte. Ein wichtiger Grund für die Ausparung einer Reihe von Themen war, dass in vielen Bereichen eine geschlechtsspezifische Forschung fehlt und deshalb nur unzureichend Daten und Forschungsergebnisse zur gesundheitlichen Situation von Frauen vorliegen. Das gilt besonders für einige Krankheitsbilder, für den Bereich der medizinischen Versorgung, für die Rehabilitation und für die Kosten und Leistungen im Gesundheitswesen. Weiterhin konnten wichtige Themen nicht aufgegriffen werden, weil sie im Rahmen der zur Verfügung stehenden Kapazitäten nicht zu bearbeiten waren. Ein dringender Bedarf nach Gesundheitsberichterstattung unter Berücksichtigung der Frauen, der hier nicht gedeckt werden konnte, besteht z. B. für die *Migrantinnen* oder zum Thema soziale und gesundheitliche Ungleichheit." (Verbundprojekt - Frauengesundheit in Deutschland, 1999, S. 12)

Die Frauenfachberatungsstellen und Frauenhäuser in Schleswig-Holstein gaben an, dass es aufgrund des sehr geringen Migrantinnenanteils (ca. 7 % des Klientels) schwierig sei, fundierte Aussagen zu treffen, jedoch davon auszugehen sei, dass besondere Problemlagen (Flucht, Unterbringung in Aufnahmelagern) auch die psychosoziale Belastung und folglich die Anfälligkeit für psychosomatische Erkrankungen erhöhen.

## **Frage 4**

**Gibt es Ergebnisse darüber, inwieweit Angebote und Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung genutzt werden?**

## **Antwort**

Es gibt keine Hinweise darauf, dass Migrantinnen und Migranten die Gesundheitsversorgung seltener nutzen als Deutsche, aber sie haben ein anderes Inanspruchnahmestandard. Ausländische Versicherte reagieren häufig erst auf aktuellen Leidensdruck. Wo dieser nicht gegeben ist, d. h. in der Prävention, aber auch in der Behandlung und Rehabilitation chronischer Erkrankungen, ist die Inanspruchnahme geringer. Die Forschung in den 80er Jahren hat sehr deutlich gezeigt, dass Vorsorgeuntersuchungen inklusive der Schwangerschaftsvorsorge relativ schlechter genutzt werden (Collatz u. a., 1985). Neuere Zahlen liegen für einzelne Länder vor und bestätigen diesen Befund auch für Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler. Bei der Krebsfrüherkennung, der Früherkennung von Herz-Kreislaufkrankheiten und von Diabetes, der Schwangerschafts- und Mutterschaftsvorsorge, prophy-

laktischen Zahnuntersuchungen, Schutzimpfungen und allgemeinen Check-ups ist die Beteiligungsquote niedriger. Die Aussagen beruhen auf eigenen Angaben der Befragten (Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen, 2000, S. 100 ff.). Auch bei den Rehabilitationsmaßnahmen ist der Nutzungsgrad bei den ausländischen Versicherten im Laufe der 90er Jahre zwar angestiegen, liegt aber immer noch unter dem der deutschen Rehabilitanden. Hinzu kommt, dass die Rehabilitation erst in einem fortgeschritteneren Stadium der Chronifizierung stattfindet und daher die Erfolgsquoten geringer sind (Hackhausen, 2001).

Sprachliche Verständigungsprobleme können die adäquate Nutzung erschweren bzw. negative Auswirkungen auf die Ergebnisse haben. Aus der Sicht der Ärztinnen und Ärzte, die den Fragebogen zur *Gesundheitssituation der Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein* (2001) beantwortet haben, werden besonders Diagnose und Aufklärung der Patientinnen und Patienten durch Sprachprobleme beeinträchtigt, während das therapeutische Ergebnis nicht so stark beeinflusst wird (vgl. Tabelle I. 4.1). Nur selten wird vermutet, dass das Vertrauensverhältnis leidet. Im übrigen wird problematisiert, dass häufig eine Therapie von Symptomen, nicht von zugrundeliegenden Krankheiten stattfindet, dass insgesamt der Zeitaufwand höher ist, dass Misstrauen und Angst zu beobachten sind. Auch wird vermerkt, dass sich oft hinter sprachlichen Verständigungsproblemen kulturelle Verständigungsschwierigkeiten verbergen.

**Tabelle I. 4.1**

Auswirkungen von sprachlichen Verständigungsproblemen auf die medizinische Versorgung aus der Erfahrung von Ärztinnen und Ärzten (N = 111; Antworten in %)

<i>Haben sprachliche Verständigungsprobleme nach Ihrer Erfahrung Auswirkungen . . .</i>	oft	manchmal	selten	nie
wichtige anamnestische Fakten werden verspätet bekannt	46	37	13	4
der diagnostische Aufwand erhöht sich	55	24	14	4
die Wünsche und Ziele der Patienten sind schwer zu erkennen	52	35	10	3
die Aufklärung über die geplante Therapie leidet	60	28	9	3
die Einigung auf das therapeutische Vorgehen ist aufwändig	61	23	13	2
therapeutische Maßnahmen werden von Patienten falsch angewendet	24	43	26	5
das therapeutische Ergebnis ist schlechter	21	35	35	8
das Vertrauensverhältnis leidet	14	28	41	16

## Frage 5

**Welche Zugangsbarrieren rechtlicher Natur gibt es für MigrantInnen bezüglich der bestehenden Regeleinrichtungen?**

### Antwort

Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler erhalten in der Regel bei ihrer Ankunft die deutsche Staatsbürgerschaft und haben daher keine Zugangsbarrieren rechtlicher Art zu den Einrichtungen des Gesundheitswesens. Ausländische Arbeitnehmer, Arbeitnehmerinnen und ihre Familienangehörigen sind im Regelfall Mitglieder der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung und haben dadurch den vollen Zugang zu den Regeleinrichtungen. Dies gilt auch im Falle von Arbeitslosigkeit.

Rechtliche Zugangsbarrieren zu den Einrichtungen des Gesundheitswesens können sich im Zusammenhang mit einem ungesicherten Aufenthaltsstatus ergeben. Durch das **Asylbewerberleistungsgesetz** (AsylbLG) sind die Gesundheitsversorgungsleistungen für Asylsuchende eingeschränkt worden. Danach können zur Behandlung *akuter Erkrankungen* und *Schmerzzustände* die folgenden *notwendigen* Leistungen gewährt werden:

- Erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln
- Sonstige Leistungen zur Linderung von Krankheiten
- Zahnersatz, soweit die Leistungsgewährung im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

Aus den gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen "akute Erkrankung", "Schmerzzustand" und "erforderliche Leistungen" wird deutlich, dass der Umfang der Krankenhilfe im Bereich des Asylbewerberleistungsgesetzes im Vergleich zu den entsprechenden Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes eingeschränkt ist.

§ 4 Abs. 1 AsylbLG zielt nicht darauf ab, den leistungsberechtigten Personen eine bestmögliche Versorgung zu gewähren, sondern plötzlich auftretende Erkrankungen und akute oder chronische Schmerzzustände in dem medizinisch notwendigen Umfang zu behandeln.

So können nach § 4 Abs. 1 AsylbLG beispielsweise grundsätzlich keine kieferorthopädische Behandlung oder Heil- und Genesungskuren zur Nachsorge akuter Erkrankungen bzw. Schmerzzustände gewährt werden. Im Bereich der Heil- und Hilfsmittel beschränkt sich der Leistungsanspruch ebenfalls auf Fälle der Akutversorgung. Zahnersatz kann nach § 4 Abs. 1 Satz 2 AsylbLG nur ausnahmsweise gewährt werden, soweit es im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

§ 4 Abs. 2 AsylbLG regelt die Leistungsgewährung bei Schwangerschaft und Geburt. Danach können folgende Leistungen erbracht werden: Ärztliche und pflegerische Hilfe, Hebammenhilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen einschließlich der Gewährung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln.

Mit dieser Vorschrift soll mit Hilfe der für die Schwangerschaft und Entbindung erforderlichen ärztlichen Hilfe und Betreuungsleistungen eine möglichst umfassende Versorgung während der Schwangerschaft sowie vor und nach der Geburt sichergestellt werden. Der Unterschied zu § 36b des Bundessozialhilfegesetzes besteht darin, dass Leistungsempfängerinnen und -empfänger nach dem Asylbewerberleistungsgesetz keinen Anspruch auf die Pflege in einer Anstalt oder einem Heim sowie auf häusliche Pflege und das Entbindungsgeld haben. Die einschränkende Tatbestandsmerkmale nach § 4 Abs. 1 AsylbLG (siehe oben) finden bei § 4 Abs. 2 AsylbLG keine Anwendung.

Nach § 4 Abs. 3 AsylbLG haben Leistungsempfängerinnen und -empfänger darüber hinaus Anspruch auf eine Teilnahme an amtlich empfohlenen Schutzimpfungen sowie medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen.

Weiterhin können die zuständigen Behörden nach § 6 Satz 1 AsylbLG Leistungen gewähren, wenn sie *im Einzelfall* zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind. Dabei handelt es sich um einzelfallbezogene Leistungen, die die Leistungen nach § 4 AsylbLG ergänzen. In Einzelfällen kann es sich

beispielsweise um orthopädische Hilfsmittel, Körperersatzstücke sowie Seh- und Hörhilfen handeln.

Leistungen der Eingliederungshilfe für Behinderte (§§ 39-47 Bundessozialhilfegesetz) können nach den Bestimmungen des Asylbewerberleistungsgesetzes grundsätzlich nicht gewährt werden.

Bei Personen, die die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 AsylbLG erfüllen (u. a. Bezug von Leistungen nach §§ 3 ff. über die Dauer von 36 Monaten), sind statt der §§ 4 und 6 AsylbLG die Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes entsprechend anzuwenden. Die medizinische Versorgung richtet sich in diesen Fällen nach §§ 36-38 Bundessozialhilfegesetz.

Das **Asylverfahrensgesetz** sieht eine Erstuntersuchung für Asylsuchende vor. Die Durchführungsverantwortung für die Erstuntersuchung haben die Länder. Hier besteht Handlungsspielraum für das Land bzw. die Gesundheitsämter, die Erstuntersuchung über den reinen Infektionsschutz hinaus zu nutzen. Insbesondere kann dieser erste Kontakt zwischen den Zuwandererinnen und Zuwanderern und dem Gesundheitssystem dazu dienen, die Migrantinnen und Migranten mit den Einrichtungen und der Funktionsweise der Gesundheitsversorgung in Deutschland bekannt zu machen. Wenn die Erstuntersuchung "vor Ort", d. h. in den Aufnahmeunterkünften in Form einer Sprechstunde durchgeführt wird, können wichtige gesundheitsfördernde Informationen über Hygiene, Ernährung, Impfungen und ähnliches gegeben werden (Mohammadzadeh 2000).

Dieser Handlungsspielraum wird in der Aufnahmeeinrichtung des Landes Schleswig-Holstein für Asylsuchende in Lübeck genutzt. Insbesondere hat sich im Fall des Verdachts von Traumatisierungen eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge, dem Landesamt für Ausländerangelegenheiten Schleswig-Holstein, dem Ärztlichen Dienst in der Aufnahmeeinrichtung und dem Verein Refugio entwickelt.

## **Frage 6**

**Wie viele ausländische Pflegekräfte (absolute und relative Zahlen) sind in schleswig-holsteinischen Krankenhäusern beschäftigt?**

## **Antwort**

Weder die Erhebungen der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein noch des Statistischen Landesamtes zu den Beschäftigten im Krankenhaus berücksichtigen das Merkmal Nationalität. Ersatzweise kann auf die Daten der Arbeitsverwaltung zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zurückgegriffen werden (vgl. Tabelle I.6.1).

In der Gruppe mit der Berufskennziffer (BKZ) 853 werden neben Krankenschwestern und -pflegern mit oder ohne Zusatzqualifikation auch Hebammen zusammengefasst.

Die BKZ 854 bezeichnet Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege, vor allem Krankenpflegehelferinnen und -helfer (KPH) mit einjähriger Ausbildung. Auffällig ist der höhere Ausländeranteil in den Helferberufen im Vergleich zu den Fachkräften: 3,1 % : 2,3 % (1998); 3,2 % : 2,1 % (1999).

Auffällig ist ferner, dass der Ausländeranteil in den Gesundheitsdienstberufen nur halb so hoch ist wie bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt. So lag der Ausländeranteil bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten 1998 bei 4,3 %, bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe bei 2,2 % (1999: 4,0 % : 1,9 %; 2000: 4,0 % : 2,0 %). Es ist zu vermuten, dass sich dies aus mangelnden Sprachkenntnissen erklärt, die den kommunikativen Arbeitsanteilen nicht genügen.

**Tabelle I.6.1**

Ausländische Krankenschwestern und -pfleger, ausländische Helferinnen und Helfer in der Pflege

Merkmal/ Beruf	BKZ	1998		1999		2000	
		insgesamt	%	insgesamt	%	insgesamt	%
<u>Krankenschwester. -pfleger</u> insgesamt	853	20.947	100	21.001	100	21.499	100
darunter Ausländerinnen und Ausländer		485	2,3	432	2,1	449	2,1
davon aus EU-Ländern		143	0,7	130	0,6	144	0,7
aus der Türkei		79	0,4	73	0,3	77	0,4
<u>Krankenpflegehelferinnen.</u> <u>-helfer insgesamt</u> <sup>1)</sup>	854	9857	100	10.067	100		
darunter Ausländerinnen und Ausländer		307	3,1	325	3,2		

<sup>1)</sup> Die Daten für die Krankenpflegehilfe liegen für das Jahr 2000 noch nicht vor. Außerdem ist in dieser Berufsgruppe eine Aufschlüsselung nach Herkunftsländern nicht möglich.

Quelle: Landearbeitsamt Nord - Referat Information, Controlling und Forschung

In Tabelle I.6.2 werden die Daten der Arbeitsverwaltung zu den sozialversicherungspflichtig beschäftigten Krankenpflegekräften (BKZ 853) und zu den Helferinnen und Helfern (BKZ 854) in Schleswig-Holstein insgesamt der Zahl der in Krankenhäusern Beschäftigten der entsprechenden Berufe laut Krankenhausstatistik gegenübergestellt.

Der Anteil der ausländischer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gemäß der Beschäftigtenstatistik wird dabei auf die Pflegekräfte in Krankenhäusern übertragen. Zwar wirft ein Vergleich von zwei völlig unterschiedlichen statis-

tischen Quellen methodische Probleme auf, gleichwohl kann mit aller Vorsicht daraus die Zahl der ausländischen Pflegekräfte (absolut und relativ) abgeleitet werden.

**Tabelle I. 6.2:**

Krankenpflegekräfte, Krankenpflegehelferinnen und -helfer in Schleswig-Holstein

Jahr	Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Krankenpflegekräfte (BKZ 853) davon Ausländerinnen und Ausländer (in Prozent)	Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Helfer in der Pflege (BKZ 853) davon Ausländerinnen und Ausländer (in Prozent)	in Krankenhäusern beschäftigte Krankenpflegekräfte  geschätzte absolute und relative Zahl der Ausländerinnen und Ausländer	in Krankenhäusern beschäftigte Helfer/innen mit oder ohne KPH-Ausbildung  geschätzte absolute und relative Zahl der Ausländerinnen und Ausländer
1998	20.947	9.857	ca. 12.500	ca. 1800
	485 (2,3 %)	307 (3,1 %)	288 (2,3 %)	56 (3,1 %)
1999	21.001	10.067	ca. 12.500	ca. 1700
	432 (2,1 %)	325 (3,2 %)	263 (2,1 %)	54 (3,2 %)

Quelle: Landearbeitsamt Nord - Referat Information, Controlling und Forschung  
Statistisches Landesamt; eigene Berechnungen durch MASGV

Im Bereich der *Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen* werden Daten zum Anteil ausländischer Auszubildender systematisch vom Statistischen Landesamt erfasst, wie Tabelle I.6.3 wiedergibt:

**Tabelle I.6.3**

Ausländerinnen und Ausländer unter den Auszubildenden der Gesundheitsfachberufe in Schleswig-Holstein

Schuljahr	Auszubildende an Schulen des Gesundheitswesens (in Klammern: Krankenpflege)	davon weiblich (in Klammern: Krankenpflege)	Ausländerinnen und Ausländer in absoluten Zahlen	davon weiblich	Ausländerinnen und Ausländer in Prozent der Auszubildenden	häufigste Herkunftsländer  (in Klammern: Zahl der Auszubildenden)
1998	4086 (2174)	3300 (1727)	98	82	2,4 %	Türkei (23) Polen (19) Russische Föderation (9)
1999	4019 (2207)	3274 (1804)	112	91	2,8 %	Türkei (27) Polen (19) Russische Föderation (11)
2000	3874 (2092)	3188 (1748)	103	85	2,7 %	Türkei (29) Polen (24) Russische Föderation (11)

Quelle: Statistisches Landesamt

Die Daten sind nicht eindeutig den einzelnen Ausbildungen zuzuordnen. Gleichwohl ist die Annahme plausibel, dass der Anteil ausländischer Auszu-

bildender in der Krankenpflege keinesfalls unterhalb des Durchschnitts aller Gesundheitsfachberufe liegt. Er liegt über dem Anteil bei den Beschäftigten, so dass im Trend eine Zunahme an Krankenpflegekräften mit Migrationshintergrund zu erwarten ist.

## Frage 7

**Werden im Gesundheitsbereich für MigrantInnen ausschließlich offiziell anerkannte DolmetscherInnen eingesetzt? Wenn nein: Welche Qualifikationen haben andere Personen, die für ähnliche Tätigkeiten wie die von DolmetscherInnen eingesetzt werden, vorzuweisen?**

## Antwort

Die Befragung zur *Gesundheitssituation der Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein* (2001) in Krankenhäusern und ärztlichen Praxen zeigt, dass der Einsatz von qualifizierten Dolmetscherinnen und Dolmetschern nicht die Regel ist. 49% der Antwortenden machen "nie" und 36% "selten" von dieser Möglichkeit Gebrauch. Am häufigsten ist das Dolmetschen durch Angehörige und Freundinnen und Freunde der Patientin oder des Patienten (vgl. Tabelle I. 7.1). Bei den sonst noch genutzten Möglichkeiten stehen eigene Sprachkenntnisse, auch solche einer dritten Sprache, sowie Hilfsmittel von Wörterbüchern bis zu "Händen und Füßen" im Vordergrund.

Immerhin halten 50% der Antwortenden diese Möglichkeiten insgesamt für ausreichend, aber 47% finden sie nicht ausreichend und 3% sind unsicher. Von denen, die mit den vorhandenen Möglichkeiten nicht zufrieden sind, würden 40% den Einsatz von qualifizierten Dolmetscherinnen und Dolmetschern gerne häufiger nutzen und 22% hätten gerne die Möglichkeit, an spezialisierte Dienste zu überweisen oder mit diesen zu kooperieren.

Für eine dieser spezialisierten Einrichtungen, die Segeberger Kliniken GmbH, macht der leitende Arzt der Psychosomatik darauf aufmerksam, dass die Klinik bilinguale psychotherapeutische Behandlung für türkischsprachige Patientinnen und Patienten seit Jahren anbietet; aber die Zuweisung akut behandlungsbedürftiger türkischer Migrantinnen und Migranten scheitert nicht selten daran, dass die Kassen einer Einzelfallregelung nicht zustimmen, wie sie für die Behandlung in einem Haus der Nicht-Akutversorgung erforderlich wäre.

Ein Bedarf ist aber speziell in der Psychiatrie und Psychotherapie vorhanden. Aus einer Umfrage in Einrichtungen der Psychiatrie im Jahre 1999 ergab sich Folgendes: Dolmetscherdienste werden besonders im Bereich der Diagnostik und der Therapie im engeren Sinne herangezogen. Das eigene Personal der Einrichtungen ist nur vereinzelt der nachgefragten Fremdsprache so mächtig, dass eine muttersprachliche Therapie möglich ist. Therapeutisch wichtig in der Psychiatrie ist jedoch auch das gesamte Umfeld und die Beteiligung an den Aktivitäten des Alltags. Hier ist eine durchgehende,

ständig verfügbare sprachliche Hilfe nicht gewährleistet. Die Hauptarbeit des Übersetzens tragen auch in der Psychiatrie die Angehörigen (Psychiatrieplan 2000, S. 50 f.).

**Tabelle I. 7.1**

Möglichkeiten der Verminderung sprachlicher Verständigungsprobleme (Ärztebefragung 2001; N = 113; Antworten in %)

<i>Welche Möglichkeiten nutzen Sie, sprachliche Verständigungsprobleme zu vermindern?</i>	oft	manchmal	selten	nie
Dolmetschen durch eigenes sprachkundiges Personal	28	24	13	35
Dolmetschen durch Angehörige / Freunde des Patienten	71	23	5	2
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	7	9	36	49
Überweisung an / Kooperation mit spezial. Einrichtungen / Diensten	3	11	32	54

Vereinzelt haben Krankenhäuser interne Dolmetscherlisten erstellt, in denen das eigene mehrsprachige Personal verzeichnet ist, das bei Bedarf auch von anderen Stationen des Hauses angefordert werden kann.

In der Erstaufnahmeeinrichtung für Asylsuchende des Landes in Lübeck und der Zugeordneten Gemeinschaftsunterkunft in Neumünster werden gerichtlich anerkannte Dolmetscherinnen und Dolmetscher in Ausnahmefällen bei komplexeren Krankheitsverläufen, sowie bei Vorbereitungen für Operationen, Vorbereitung zur psychotherapeutischen Behandlung bzw. Vorbereitung auf Behandlungen in Kliniken oder Krankenhäusern, eingesetzt. Zusätzlich wird auf vereidigte Dolmetscherinnen und Dolmetscher bei weiterbehandelnden Fachärztinnen und -ärzten zurückgegriffen. Ansonsten werden Bewohnerinnen und Bewohner der Landesunterkünfte gebeten, als Sprachmittlerinnen und Sprachmittler zu helfen. Diese Verfahrensweise, insbesondere der Hinweis auf die Möglichkeit einer Sprachvermittlung durch Verwandte, Bekannte oder sonstige nahestehende Personen, entspricht den Vorgaben des Asylbewerberleistungsgesetzes.

Problematisch hierbei ist aber, dass eine ausreichende Verschwiegenheit nicht immer gewährleistet ist. Um diesen Nachteil zu vermeiden, arbeitet das Landesamt für Ausländerangelegenheiten zur Zeit an einer Konzeption, sich künftig verstärkt externer Sprachmittlerinnen und Sprachmittler und Dolmetscherinnen und Dolmetscher zu bedienen. Zu diesem Zweck ist für das Jahr 2002 zusätzlich ein Betrag von 15.338,- € eingeplant.

## Frage 8

**Wie hat sich die Zahl der DolmetscherInnen in den letzten fünf Jahren entwickelt?**

### Antwort

Es gibt keine einheitliche und verbindliche Registrierung für Dolmetscherinnen und Dolmetscher sowie Übersetzerinnen und Übersetzer. Daher ist es nicht möglich, ihre Zahl anzugeben. Zudem sind Fachgebiete und Tätigkeitsfelder (z. B. nur Geschäftskunden) von Dolmetscherinnen und Dolmetschern und Übersetzerinnen und Übersetzern ganz unterschiedlich, so dass nicht primär ersichtlich ist, wer für das Gesundheits- und Sozialwesen spezialisiert ist. Im Integrationskonzept der Landesregierung ist vorgesehen, Fachdolmetscherdienste im Gesundheitsbereich zu fördern und die bei Gerichten ausliegenden Dolmetscherlisten im Hinblick auf fachmedizinische Kenntnisse zu ergänzen.

## Frage 9

**Gibt es in Schleswig-Holstein mehrsprachige Aufklärung und kulturspezifische Angebote und Beratung bezüglich des Zuganges im präventiven Bereich, in der Gesundheitsförderung, der Therapie sowie der Suchthilfe (z. B. Impfberatung, Zahnprophylaxe, Ernährungsberatung, Schwangerschaftsverhütung, psychiatrische Angebote)? Wenn nein: Sind diesbezüglich Projekte geplant?**

### Antwort

Das Netz von Beratungsstellen, Vereinen und anderen Organisationen, die allgemeine und themenbezogene Informationen und Aufklärung anbieten, ist beachtlich dicht. Trotz vielfältiger Aktivitäten ist es jedoch schwer einzuschätzen, wieweit Angebot und Bedarf übereinstimmen. Darüber könnten erst kommunale Gesundheitsberichte Aufschluss geben, die bisher nur von der Hansestadt Lübeck erstattet werden (vgl. Frage II.4).

Pro Familia verfügt über Informationsbroschüren zu den Themen **Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch (§ 219 StGB), Verhütung, Frauenarztbesuch** usw., die nicht nur bei den Pro Familia-Beratungsstellen, sondern über zahlreiche Frauenfachberatungsstellen erhältlich sind. Frauenhäuser informieren in eigenen Broschüren (in mehreren Sprachen) zum Thema Gewalt. Für Frauen und Mädchen gibt es in allen größeren Städten Vereine und Treffpunkte, die interkulturell ausgerichtet sind oder speziell von

und für Migrantinnen gegründet wurden und die sich mit gesundheitsrelevanten Themen, z. B. Ernährung, beschäftigen.

Über Pro Familia sind fremdsprachige Informationsmaterialien zu erhalten, die Jugendliche und junge Erwachsene zu den Themen **Empfängnisverhütung** und **AIDS-Prävention** durch die Verwendung von Präservativen informieren.

In verschiedenen Städten bieten Wohlfahrtsverbände oder Gesundheitsämter **Pflege- und Gesundheitswegweiser** für Migrantinnen und Migranten an. Der Diakonieverein Migration in Pinneberg hat außerdem Informationsblätter zur Pflegeversicherung in türkischer und russischer Sprache herausgegeben. Über das Internet lassen sich im [www.Arztindex.de](http://www.Arztindex.de) *Ärztinnen und Ärzte* mit speziellen sprachlichen Kenntnissen und interkulturellen Kompetenzen finden.

Die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein empfiehlt den Zahnärztinnen und Zahnärzten, die praktischen Unterweisungen in der **Zahnprophylaxe** durch Faltblätter und Broschüren zu unterstützen, die in dreizehn verschiedenen Sprachen vorliegen und sich an Kinder und Eltern richten.

**Impfungen** werden im Rahmen der Untersuchungen durch die Ärztlichen Dienste in den Landesunterkünften angeboten, hierbei werden die diesbezüglichen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO) zugrunde gelegt.

Von den Gesundheitsämtern werden Impfungen in Impfsprechstunden, bei der Mütterberatung oder anderen Gelegenheiten angeboten. Die Herausgabe eines neuen Faltblattes, das zu den Impfungen motivieren soll, wird zurzeit von der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in den häufigsten Sprachen erarbeitet und den Kreisen und kreisfreien Städten entsprechend dem Bedarf zur Verfügung gestellt. Gegebenenfalls können die Faltblätter in weitere Sprachen übersetzt werden. Außerdem werden von den Impfstoffherstellern ausführliche Informationen für Eltern zu Kinderimpfungen in türkisch, russisch, serbisch und kroatisch sowie für weitere Impfungen, z.B. die Hepatitis B-Schutzimpfung in türkisch angeboten.

Es ist vorgesehen, das Thema „Impfungen für Migrantinnen und Migranten“ in der Arbeitsgruppe des MASGV, die sich mit den Zielen und Strategien für Impfungen in Schleswig-Holstein befasst, auch unter Einbeziehung von Vertreterinnen oder Vertretern der Migrantinnen und Migranten weiter zu behandeln.

Im Bereich der **Psychiatrie, Psychotherapie und Suchthilfe** gibt es engagierte Einrichtungen mit spezialisierten Angeboten, z. B. die Abteilung Psychosomatische Medizin an der Segeberger Kliniken GmbH, die türkischsprachiges Fachpersonal beschäftigt, das Drogenberatungs- und Suchttherapiezentrum Horizon gGmbH Kiel oder die Drogenberatung Neumünster – Förderverein i-Punkt e. V., die ein muttersprachliches Angebot für russisch sprechende MigrantInnen und Migranten anbietet.

## Frage 10

**Gibt es gesundheitspolitische Leitlinien und Versorgungskonzepte?  
Wenn ja: Werden diese hinsichtlich ihrer interkulturellen Qualität überprüft und fortentwickelt?**

### Antwort

Die Herstellung von Chancengleichheit für Migrantinnen und Migranten beim Zugang zu allen Bereichen des Gesundheitswesens (insbesondere Behandlung, Rehabilitation, Pflege, einschließlich Gesundheitsförderung / Prävention) ist ein zentrales Anliegen des im November 2001 beschlossenen **Konzeptes der Landesregierung zur Integration von Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein<sup>2</sup>** (Integrationskonzept).

Es enthält Handlungsstrategien zum einen zur Förderung der Eigenständigkeit und der Selbsthilfepotenziale der Migrantinnen und Migranten im Hinblick auf die Orientierung und Nutzung des Gesundheitswesens, zum anderen zur Förderung der interkulturellen Fachkompetenz des Personals.

Ziel ist die interkulturelle Öffnung aller Einrichtungen des Gesundheitswesens. In diesem Zusammenhang sollen gesundheitspolitische Leitlinien und Versorgungskonzepte hinsichtlich ihrer interkulturellen Qualität überprüft werden.

Angesichts der demografischen und politischen Entwicklung ist Migration auch in Schleswig-Holstein zur Normalität geworden. Daher ist es wichtig, im Bereich Gesundheit keine Spezialangebote für Migrantinnen und Migranten zu schaffen, sondern vorhandene Angebote entsprechend zu ergänzen. Darauf wird auch in der Begründung zu § 8 Abs. 1 des zum 01.01.2002 in Kraft getretenen Gesundheitsdienstgesetzes (GDG) hingewiesen.

Sollte es in dem einen oder anderen Fall dennoch nötig sein, einzelne Projekte für spezielle Migrantengruppen zu initiieren, sollen diese möglichst frühzeitig und intensiv mit dem Regelsystem verknüpft und langfristig in dieses integriert werden.

---

<sup>2</sup> Nach einer umfangreichen Anhörung der Kommunen, Wohlfahrtsverbänden, Kammern, Migrantenorganisation u. a. ist die endgültige Beschlussfassung des Integrationskonzeptes der Landesregierung für das Frühjahr 2002 vorgesehen

## **Frage 11**

**Ist nach Erkenntnissen der Landesregierung die medizinische Versorgung von Flüchtlingen durch das Asylbewerberleistungsgesetz im Sinne der WHO ausreichend gewährleistet?**

### **Antwort**

1999 hat das Land für die Erstattung von Krankenhilfekosten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz annähernd 9.700.000 € aufgewendet. Im selben Jahr lebten in Schleswig-Holstein 9.100 Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, so dass im Mittel ein Betrag von 1.070 € pro Person für Krankenhilfe ausgegeben wurde.

Nach Einschätzung der Landesregierung ist die medizinische Versorgung der Flüchtlinge regelmäßig ausreichend gewährleistet. Konkrete Erhebungen über den medizinischen Versorgungsbedarf sind allerdings nicht durchgeführt worden. Die Fachkräfte in der Aufnahmeeinrichtung für Asylsuchende in Lübeck, in der Zugeordneten Gemeinschaftsunterkunft (ZGU) des Landes in Neumünster und auch in den Gemeinschaftsunterkünften der Kreise berichten von guter Zusammenarbeit und wenigen Konflikten hinsichtlich der Finanzierung von Leistungen im Einzelfall, die über die Akutversorgung hinausgehen (§ 6 AsylbLG), z. B. die Versorgung mit Prothesen bei Menschen, die Gliedmaßen verloren haben. Auf dem Gelände der ZGU ist eine Ärztin tätig, unterstützt durch zwei teilzeitbeschäftigte Arzthelferinnen. Im Zusammenhang mit der Aufnahme von Bürgerkriegsflüchtlingen aus dem Kosovo wurde in der ZGU Neumünster zusätzlich ein Psychologe eingesetzt. Dessen Beschäftigung endete zum Jahresende 2000. Die Stelle wurde mit Projektfördermitteln des Bundes finanziert. Akute psychotherapeutische Hilfe ist daher weiterhin ein Engpass hinsichtlich der geregelten Finanzierung (vgl. Frage 12). Verbesserungsmöglichkeiten sind auch in den Feldern Gesundheitsberatung, Hygiene, Ernährung zu sehen.

## **Frage 12**

**Welche Überlegungen gibt es seitens der Landesregierung, die Situation der traumatisierten Kriegs- und Folteropfer bezüglich einer psychotherapeutischen Betreuung auf einen der Versorgungsnotwendigkeit entsprechenden Standard zu heben?**

### **Antwort**

Schleswig-Holstein hat die Diskussion über PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung gemäß ICD 10) in die Innenministerkonferenz gebracht und

dadurch für die Gruppe der traumatisierten Flüchtlinge aus Bosnien und Herzegowina eine erweiterte Bleiberechtsregelung erreicht.

Dementsprechend fördern das Innenministerium und das MASGV im Rahmen ihrer Zuständigkeiten den Verein 'Refugio - Zentrum für Behandlung, Beratung und Psychotherapie von Folter-, Flucht- und Gewaltopfern in Schleswig-Holstein e. V.'. Ziel der Arbeit von *Refugio* ist es, ausländischen Opfern von Folter und Gewalt durch Erstberatung und Betreuung sowie Weiterleitung an behandelnde Stellen zu helfen, Wege zum Abbau post-traumatischer Belastungsstörungen zu finden. Zielgruppen der Beratung sind alle in Schleswig-Holstein lebenden ausländischen Opfer von Folter und Gewalt unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus, die durch Kriegserlebnisse, Vertreibung, Folter, Vergewaltigung oder durch Erfahrungen von Willkür und Gewalt traumatisiert wurden. In dem Verein arbeiten 50 Psychotherapeutinnen und -therapeuten (weitgehend ehrenamtlich) und 60 Dolmetscherinnen und Dolmetscher dezentral über ganz Schleswig-Holstein verteilt. *Refugio* arbeitet eng zusammen u. a. mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Kiel, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich seit 1996 entsprechend qualifiziert haben.

Die Beratung traumatisierter Personen durch *Refugio* e. V. wird vom Innenministerium seit 1998 mit einer jährlichen Zuwendung in Höhe von ca. 50.000 € unterstützt (2001 waren es ca. 69.500 €).

Qualifizierte Psychotherapie mit traumatisierten ausländischen Flüchtlingen ist ohne entsprechende Dolmetscherleistungen nicht möglich. Das MASGV fördert seit 2000 jährlich verschiedene Seminare für Dolmetscher und Dolmetscherinnen, die in der für alle Beteiligten belastenden Therapiesituation übersetzen. Ab 2002 fördert das MASGV zusätzlich *Refugio* e. V. mit einem Zuschuss von 24.542,- € für gesundheitsbezogene Dolmetscherleistungen bei der Psychotherapie. Darüber hinaus hat das MASGV – gemäß dem Integrationskonzept – bei der Ärztekammer und bei der Landeskonferenz der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen darauf hingewirkt, ab Herbst 2002 Fortbildungsveranstaltungen für ihre Mitglieder zum Thema "traumatisierte Flüchtlinge" anzubieten.

Die wichtigsten Schutz- und Therapiefaktoren sind die Familienzusammenführung und eine gesicherte soziale Situation (Ebner 2001, S. 251). Entsprechend dieser Erkenntnis weist P. Markowski-Bachmann, Leiterin der Migrationsarbeit des Deutschen Roten Kreuzes in Neumünster und zuständig für die Zugeordnete Gemeinschaftsunterkunft des Landes, darauf hin, dass die festen Strukturen der Gemeinschaftsunterkunft ein Stück Sicherheit für Menschen bieten nach dem Chaos, das sie erlebt haben (in *Refugio* 2001; S. 47). Bei der Verteilung der Asylsuchenden auf die Gemeinschaftsunterkünfte des Landes und der Kreise wird die Familienzusammenführung beachtet.

Hinsichtlich des quantitativen Bedarfs an psychotherapeutischer Hilfe zeigen die Wartelisten der entsprechenden Einrichtungen eine Deckungslücke.

Allein im Zeitraum April bis Dezember 1999 suchten 300 Flüchtlinge aus dem Kosovo die psychotherapeutische Beratungsstelle in der Zugeordnete Gemeinschaftsunterkunft des Landes in Neumünster auf. Etwa ein Drittel dieser Kontaktaufnahmen führte zu einer intensiveren psychotherapeutischen Betreuung, die über eine Projektförderung ermöglicht wurde.

Nach epidemiologischen Erkenntnissen leiden zwischen 5 und 30% der Opfer von Gewalt und Vertreibung an behandlungsbedürftigen posttraumatischen Störungen. Das Universitätsklinikum Kiel hat in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie eine Behandlungskapazität von 42 Plätzen. Die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die mit *Refugio* zusammenarbeiten, haben 2001 140 Menschen behandelt, wobei 60 Therapien bereits abgeschlossen sind. Etwa die Hälfte der Therapien wurde dabei ehrenamtlich durchgeführt. Zum Teil übernimmt das zuständige Sozialamt die Kosten (vgl. auch Antwort auf Frage I 5).

### **Frage 13**

**Welche Altenhilfeeinrichtungen mit multiethnischem Schwerpunkt und welche sozialen Versorgungseinrichtungen für ältere MigrantInnen gibt es in Schleswig-Holstein derzeit?**

### **Antwort**

1999 lebten insgesamt fast 26.000 Ausländerinnen und Ausländer in Schleswig-Holstein, die älter als 50 Jahre waren. Davon kamen 22.500 (= 87%) aus dem europäischen Ausland. Die größte Einzelgruppe der aus Europa stammenden Ausländerinnen und Ausländer sind mit 7.000 Personen (= 31%) die Türkinnen und Türken. Ihr Anteil an den über 65jährigen ist jedoch besonders klein (vgl. Tabelle I.13.1).

**Tabelle I.13.1**

Über 50 Jahre alte ausländische Einwohnerinnen und Einwohner Schleswig-Holstein 1999

	50 – 55	55 – 60	60 – 65	65 und mehr	insgesamt
ausländische Einwohner/innen	8.901	6.538	4.401	6.018	25.858
davon aus Europa	7.750	5.826	3.916	4.996	22.488
in % der ausl. Einwohner insgesamt	87	89	89	83	87
davon aus der Türkei	2.408	2.285	1.390	915	6.998
in % der europäischen Ausländer	31	39	35	18	31

Quelle: Statistische Berichte A I 4-j/99, Tab. 3

Die meisten Kreise und kreisfreien Städte führen keine nach Muttersprache oder Staatsangehörigkeit differenzierte Heimstatistik. Ausnahmen sind die Hansestadt Lübeck und der Kreis Segeberg. In Lübeck leben zur Zeit 16 ausländische Bewohnerinnen und Bewohner in den acht städtischen Pflegeheimen. Zugleich gibt es 40 ausländische Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die jedoch zur Hälfte über keine spezifische Ausbildung verfügen. Sie haben auch häufig eine andere Muttersprache als die Bewohnerinnen und Bewohner ausländischer Herkunft. In Einrichtungen der Altenpflege des Kreises Segeberg werden 4 Migrantinnen und Migranten betreut, die alle aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion stammen. Auch in den Alten- und Pflegeeinrichtungen des DRK leben bisher nur vereinzelt Migrantinnen und Migranten. Dabei handelt es sich fast ausschließlich um Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler.

Altenhilfeeinrichtungen und soziale Versorgungseinrichtungen für ältere Migrantinnen und Migranten sind daher ein Thema der Zukunft. Weder in den Kreisen noch in der Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände gibt es spezielle Altenhilfeeinrichtungen mit multiethnischem Schwerpunkt. Derzeit werden ältere Migrantinnen und Migranten in den vorhandenen Einrichtungen betreut, wobei diese sich bemühen, den besonderen Bedürfnissen der Migrantinnen und Migranten gerecht zu werden.

Auf den zukünftig wachsenden Bedarf an interkultureller Kompetenz in der Altenpflege bereiten die Wohlfahrtsverbände und der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe ihre Mitglieder durch Fortbildung und die Bevorzugung von entsprechend qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei Neueinstellungen vor (vgl. dazu unten Fragenkomplex II).

## Frage 14

**In welcher Weise werden bislang Hospize in Schleswig-Holstein für die Bedürfnisse von MigrantInnen geöffnet?**

### Antwort

In den beiden stationären Hospizen und den ambulanten Hospizinitiativen, die dem Hospizverband Schleswig-Holstein angehören, werden unheilbar erkrankte und sterbende Menschen unabhängig von Staatsangehörigkeit, Konfession und Weltanschauung betreut und begleitet. Im Bedarfsfall stellen sich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen auf die Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten ein.

Derzeit ist der Bedarf dafür gering, zumal die Hospize nur für eine sehr kleine Zahl Sterbender der Ort des Sterbens sind. Der größere Bedarf besteht auf Palliativ-Stationen, in Pflegeheimen und im Krankenhaus.

## Frage 15

**Werden Kommunen mit hohem AussiedlerInnenanteil durch das Projekt "Soziale Stadt" zur Wohnraummodernisierung und Wohnraumverbesserung gezielt gefördert und in das Projekt mit einbezogen?**

### Antwort

Die Auswahl der Gebiete, deren ganzheitliche Entwicklung u.a. mit Städtebauförderungsmitteln des Programms "Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf - die soziale Stadt" (*Soziale Stadt*) gefördert werden soll, erfolgt auf der Grundlage qualifizierter Aussagen der Kommunen zu sozialen Schieflagen in den Problemstadtteilen. Das Innenministerium hat hierzu einen Katalog von Kriterien vorgegeben, nach denen die Stadtteile untersucht werden. Dieser Katalog umfaßt neben den Anforderungen, die an das Gebiet gestellt werden (Eingangsvoraussetzungen), sogenannte Schlüssel- und Ergänzungskriterien.

Ein Kriterium von insgesamt fünf im Bereich der Schlüsselkriterien bezieht sich auf den Anteil der im Untersuchungsgebiet lebenden Migrantinnen und Migranten. Da Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler statistisch nicht erfasst werden, liegen exakte Zahlen nur zum Ausländeranteil in den Stadtteilen vor.

Zwar ist ein hoher Migrantenanteil nicht per se ein Indiz für eine soziale Schieflage, eindeutig ist jedoch, dass in den Stadtteilen, in denen unterdurchschnittliche Wohn- und Wohnumfeldqualität besteht, Migrantinnen und Migranten überdurchschnittlich vertreten sind. Alle Stadtteile, die bisher (Programmjahre 1999, 2000, 2001) in das Programm *Soziale Stadt* aufge-

nommen werden konnten, weisen einen hohen bis sehr hohen Migrantenanteil auf.

## **Frage 16**

**Gibt es Überlegungen, in die Vergaberichtlinien des Landes Kriterien wie konzeptionelle Öffnung für MigrantInnen, interkulturelle Kompetenz und Förderpläne zur Beschäftigung von MigrantInnen stärker einzubeziehen?**

## **Antwort**

In Schleswig-Holstein gibt es keine landeseigenen Vergaberichtlinien. Das Integrationskonzept der Landesregierung enthält jedoch zahlreiche Ansätze zur Förderung der Belange von Migrantinnen und Migranten auf allen Ebenen. Kriterien wie konzeptionelle Öffnung für Migrantinnen und Migranten und interkulturelle Kompetenz werden danach zukünftig bei der Förderung durch die Landesregierung eine Rolle spielen, wo immer dies zulässig und geboten ist.

Dies gilt ebenfalls für die Beschäftigung von Migrantinnen und Migranten. An dieser Stelle soll besonders auf das Gesundheitswesen eingegangen werden:

Es ist beabsichtigt, junge Migrantinnen und Migranten über die ethnischen Vereine, Initiativen und Migrationssozialberatungsstellen auf der Suche nach Praktikumsplätzen zu unterstützen und verstärkt zu Ausbildungen im Gesundheitsbereich zu motivieren.

Die Landesregierung wird alle Einrichtungen des Gesundheitswesens auffordern, bei Personaleinstellungen in ihrem Bereich dafür Sorge zu tragen, dass Migrantinnen und Migranten bei gleicher Qualifikation und entsprechendem Bedarf besonders berücksichtigt werden.

## Teil II

### Fragen zur interkulturellen Personalentwicklung in Einrichtungen des Gesundheitswesens

#### Frage 1

Inwieweit verfügen die Fachkräfte über spezifische Kenntnisse, die sie für die Arbeit mit MigrantInnen qualifizieren?

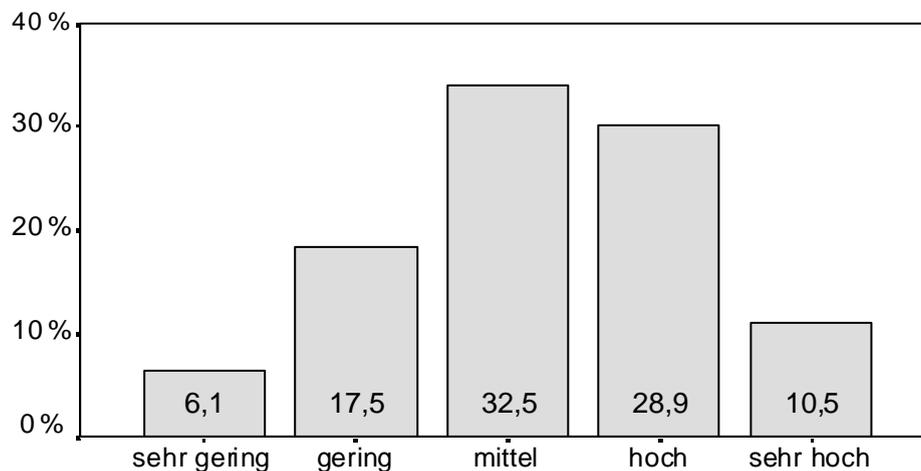
#### Antwort

In den Themenkatalogen für das Studium und die Prüfung in der Medizin und Zahnmedizin sowie in dem Rahmenlehrplan der Krankenpflegesschulen finden sich die Themen "Migration" und "Kommunikation mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten", allerdings an relativ untergeordneter Stelle. Es hängt also von der Aufgeschlossenheit der jeweiligen Lehrenden sowie der Prüferinnen und Prüfer ab, inwieweit die Studentinnen und Studenten bzw. Auszubildenden auf die Arbeit mit Migrantinnen und Migranten vorbereitet werden. Hingegen findet die Fort- und Weiterbildung zu der Thematik seit Jahren mit Regelmäßigkeit und hoher Beteiligung statt.

Die Expertenbefragung zur *Gesundheitssituation der Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein* (2001) in Krankenhäusern und ärztlichen Praxen zeigt, dass drei Viertel der antwortenden Ärztinnen und Ärzte einen mittleren bis sehr hohen Qualifikationsbedarf hinsichtlich der Betreuung von Migrantinnen und Migranten haben (vgl. Abbildung II.1.1).

#### Abbildung II.1.1

Wie hoch schätzen Sie Ihren Bedarf ein, Ihre Qualifikationen hinsichtlich der Betreuung von Migranten und Migrantinnen zu erweitern? (Ärztebefragung 2001; N = 109; Antworten in %)



Jedoch liegt der Bedarf weniger in der fachbezogenen Fortbildung: 38% haben daran bereits teilgenommen und 27% halten dies für nicht so wichtig. Gewünscht werden vielmehr der Kontakt mit kommunalen oder regionalen Einrichtungen für Migrantinnen und Migranten sowie fachspezifische Sprachkurse. Als "sehr" oder "ziemlich" schwierig sehen 81% der Antwortenden die Behandlung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen und 67% die Aufklärung bei schweren Krankheiten oder Eingriffen an. Auch die Behandlung von Flüchtlingen und Asylsuchenden empfinden 56% derjenigen, die damit zu tun haben, als "sehr" oder "ziemlich" schwierig.

Daher ist es bedarfsgerecht, wenn hier ein Schwerpunkt der Fortbildung liegt. Bezogen auf die psychische Betreuung und Therapie von Flüchtlingen und Asylsuchenden bietet *Refugio* Fortbildungen zum Erwerb interkultureller Kompetenz an, z. B. für niedergelassene Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Richterinnen, Richter, Rechtsanwältinnen, Rechtsanwälte, Sprachmittlerinnen und Sprachmittler.

Das schleswig-holsteinische Innenministerium hat zu dem Thema "post-traumatische Belastungsstörungen" 2001 mit einer Fachtagung von großer Resonanz einen wesentlichen Beitrag geleistet. Eine umfangreiche Tagungsdokumentation liegt vor (Refugio 2001).

Darüber hinaus wird das MASGV – gemäß dem Integrationskonzept – bei der Ärztekammer und bei der Landeskonferenz der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen darauf hin wirken, Fortbildungsveranstaltungen für ihre Mitglieder zum Thema "traumatisierte Flüchtlinge" anzubieten.

Über das weite Spektrum der Fortbildungen gibt auch die Antwort auf Frage II.11 Auskunft.

## **Frage 2**

**Inwieweit verfügen die Fachkräfte über aktive Kenntnisse in den Sprachen der großen Zuwanderergruppen?**

## **Antwort**

Die besten Sprachkenntnisse haben zweifellos zweisprachig aufgewachsene bzw. vor Beginn ihrer eigenen Ausbildung eingewanderte Fachkräfte. Der Hochschul- und Berufsbildungsstatistik ist jedoch die Nationalität der nicht-deutschen Studierenden bzw. Auszubildenden nicht zu entnehmen. Dennoch kann man zumindest für den Bereich der Auszubildenden unterstellen, dass sie in Deutschland aufgewachsen sind und zu den großen Zuwanderergruppen gehören.

Zwischen 1993 und 1998 schlossen 114 ausländische Studentinnen und Studenten ihr Medizinstudium in Schleswig-Holstein ab sowie 16 Studierende nichtdeutscher Herkunft ihr Zahnmedizinstudium. Von den 114 Arztpra-

ten bzw. Krankenhäusern, die die Expertenbefragung zur *Gesundheitssituation der Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein* (2001) in Krankenhäusern und ärztlichen Praxen beantwortet haben, haben 10 einen türkisch-, 23 einen russisch-, 12 einen polnisch- und 14 einen dänischsprachigen Arzt. 55 Ärzte sprechen eine andere Fremdsprache, zumeist englisch.

Größer als bei den Ärztinnen und Ärzten ist das fremdsprachige Potenzial in den Sprachen der großen Zuwanderergruppen bei dem Krankenpflegepersonal. In den 45 antwortenden Krankenhausabteilungen und Reha-Kliniken sind insgesamt 110 Krankenschwestern tätig, die türkisch, russisch, polnisch, serbisch, kroatisch oder dänisch sprechen. Wie in der Antwort zu Frage I.6 bereits dargestellt, besuchten in den Jahren 1998 bis 2000 79 türkisch-, 62 polnisch- und 31 russischsprachige Schülerinnen und Schüler die Schulen des Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein.

Die Berufe "Arzthelferin / Arzthelfer" und "Zahnarzthelferin / Zahnarzthelfer" gehören zu den meistgewählten der ausländischen Auszubildenden. 1998 waren 10,8% der auszubildenden Arzthelferinnen und Arzthelfer ausländischer Herkunft (in den alten Bundesländern); ihr Anteil bei den Zahnarzthelferinnen und -helfern betrug 11,3% (Berufsbildungsbericht 2000, S. 63).

Ein Medium für die Entwicklung aktiver Sprachkenntnisse sind entsprechende Fortbildungsveranstaltungen. Es werden in zahlreichen Krankenpflegesschulen und im Rahmen von Fortbildungen die bewährten Kurse "Türkisch am Krankenbett" angeboten. 50% der Ärztinnen und Ärzte, die die Befragung zur *Gesundheitssituation der Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein* (2001) beantwortet haben, haben bereits an fachspezifischen Sprachkursen teilgenommen, und weitere 32% halten dies für wichtig.

Dänisch für Krankenpflegeberufe war ein Element der modularen Zusatzqualifikation im Rahmen der Krankenpflegeausbildung, das vom MASGV mit ca. 3000 DM gefördert wurde. Für die modulare Zusatzqualifikation erhielt die Krankenpflegeschule des Westküstenklinikums Heide den Förderpreis der Robert-Bosch-Stiftung "Innovative Projekte in der Pflegeausbildung 2000".

Für den Kreis Stormarn wurde kürzlich ein Verzeichnis über Sprachkenntnisse in ambulanten und stationären Einrichtungen der Gesundheitshilfe erstellt (zu beziehen über das Gesundheitsamt des Kreises Stormarn). Auch der zukünftig im Internet zugängliche Gesundheitswegweiser [www.medfindex.de](http://www.medfindex.de), ein "Gesundheitssuchdienst" Schleswig-Holstein des Patientenombudsmannvereins, enthält Angaben über die aktiven Sprachkenntnisse der jeweiligen Einrichtung.

### Frage 3

**Inwieweit nutzen die Fachkräfte Möglichkeiten, um sprachliche, kulturelle und migrationsbedingte Kommunikationsprobleme mit den KlientInnen/KundInnen zu mildern?**

### Antwort

Die wichtigste Möglichkeit, sprachliche, kulturelle und migrationsbedingte Kommunikationsprobleme zu mildern, ist der Einsatz von Sprachmittlerinnen und Sprachmittlern. Dies sind zumeist Angehörige oder Freunde und Freundinnen des Patienten bzw. der Patientin. Aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte reichen diese Möglichkeiten oft aus. Dies ist in der Antwort zu Frage I.7 bereits genauer ausgeführt.

Die Ärztebefragung (2001) zeigt weiterhin, dass nur mit einem Teil der ausländischen Patientinnen und Patienten sprachliche Verständigungsprobleme bestehen. 109 Ärztinnen und Ärzte beantworteten die Frage, wie hoch sie den Anteil ihrer ausländischen Patientinnen und Patienten einschätzen, mit den sie sprachliche Verständigungsprobleme haben. Fast die Hälfte der Antwortenden hat mit höchstens 25% der Patientinnen und Patienten sprachliche Verständigungsprobleme. Nur knapp ein Fünftel berichtet, dass sie mit mehr als 75% der ausländischen Patientinnen und Patienten Verständigungsprobleme haben (vgl. Tabelle II.3.1).

In der Gruppe mit selteneren Verständigungsproblemen überwiegen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, während die Krankenhäuser häufiger auf Verständigungsprobleme treffen.

#### **Tabelle II.3.1**

Anteil der Patientinnen und Patienten ausländischer Herkunft, mit denen sprachliche Verständigungsprobleme bestehen (Ärztebefragung 2001; N = 109)

Sprachliche Verständigungsprobleme bestehen mit ... % der ausländischen Patientinnen und Patienten	Anteil der antwortenden Ärztinnen und Ärzte in % (N = 109)
0 - 25%	49,5
26 - 50%	18,3
51 - 75%	13,8
76 - 100%	18,3

Besonders die Ärztinnen und Ärzte, die häufig Verständigungsprobleme haben, sind mit ihren Möglichkeiten, diese Probleme zu vermindern, nicht zufrieden, und würden gerne mehr qualifizierte Dolmetscherinnen und Dol-

metscher einsetzen oder an spezialisierte Einrichtungen überweisen bzw. mit diesen kooperieren.

## **Frage 4**

**Inwieweit werden die Fragen zur gesundheitlichen Situation und Versorgung von MigrantInnen kontinuierlich in den verschiedenen Facharbeitsgruppen vor Ort diskutiert bzw. bei der kommunalen Gesundheitsberichterstattung berücksichtigt?**

## **Antwort**

Die Diskussion "vor Ort" hat interdisziplinären bzw. berufsübergreifenden Charakter. In den meisten Kreisen findet sie anlassbezogen statt und wird nicht dokumentiert. Im Kreis Stormarn gibt es seit November 1999 eine Arbeitsgruppe, die sich mit Frauenhandel und Zwangsprostitution beschäftigt. Ende 2000 wurde das Thema dieser Arbeitsgruppe auf "Migration und Gesundheit" erweitert. Auch die dortigen Arbeitsgruppen "Sucht" und "Migrationssozialberatung" beziehen die Gesundheitsberatung von Migrantinnen und Migranten in ihre Arbeit ein.

Das neue GDG § 6 Abs. 1 sieht künftig die Durchführung von kommunaler Gesundheitsberichterstattung verpflichtend und in regelmäßigen Abständen vor.

Eine kommunale Gesundheitsberichterstattung fertigt bisher nur die Hansestadt Lübeck an. Aus den jeweiligen Berichten werden hier in umfangreichen Beteiligungsverfahren, an denen auch Vertretungen der Migrantinnen und Migranten beteiligt sind, Handlungskonsequenzen erarbeitet. Beispielfhaft hervorzuhebende Aktivitäten sind die Einrichtung einer Gesundheitsprechstunde, die von einem russisch sprechenden Arzt in einer Sozialberatungsstelle durchgeführt wird, ein "türkischer Rat zur Suchtprävention" sowie die Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle, die viele ausländische Frauen berät. Vorbereitet wird ein „SeniorInnengesundheitsbericht“, in dem auch auf die Situation der älteren Migrantinnen und Migranten eingegangen wird.

## Frage 5

**Inwieweit thematisieren die Fachkräfte die Hintergründe für unter- bzw. überdurchschnittliche Inanspruchnahme vorhandener Angebote durch verschiedene MigrantInnengruppen?**

### Antwort

In der sozialmedizinischen Fachdiskussion wird die verspätete oder unterdurchschnittliche Inanspruchnahme von Präventionsangeboten seit langem ausführlich diskutiert. Neben den Gründen, die auf Seiten der Migrantinnen und Migranten liegen wie z. B. Informationsdefizite oder allgemeine Überforderung, die zur Vernachlässigung gesundheitsorientierter Aktivitäten führt, werden auch die Hindernisse diskutiert, die bei den Leistungserbringern liegen (Sachverständigenrat 2000/2001, S. 78 ff.). Bei ausländischen Patientinnen und Patienten fällt auf, dass häufig Medikamente das Gespräch ersetzen (Brucks u. a., 1987).

Bei der Einrichtung neuer Strukturen bzw. Beratungsangebote zeigt sich, dass zunächst kleinräumige Analysen (kommunale Gesundheitsberichterstattung) erforderlich sind, um den vorhandenen Bedarf kennenzulernen. Im Zuge solcher Analysen werden auch die Hintergründe unterdurchschnittlicher Inanspruchnahme deutlich und finden Eingang in die Fachdiskussion. Dies geschieht problemorientiert und kann daher nicht landesweit quantifiziert werden.

## Frage 6

**Inwieweit vertiefen und erweitern die Fachkräfte ihre interkulturellen Fachkompetenzen?**

### Antwort

Sowohl die Landesärztekammer als auch das Norddeutsche Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ) bieten regelmäßig die Möglichkeit zur fachlichen Fortbildung und zum Austausch an. Teilnehmerzahlen der verschiedenen Bildungsangebote liegen nicht vor. 38% der Ärztinnen und Ärzte, die die Fragen zur *Gesundheitssituation der Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein* (2001) beantwortet haben, haben an fachbezogener Fortbildung teilgenommen. Auf die Inhalte wird in der Antwort zu Frage II.11 genauer eingegangen.

In der pflegerischen Fachpresse sind die Themen Migration/ Gesundheit/ transkulturelle Pflege sehr präsent.

## **Frage 7**

**Inwieweit beteiligen sich die Fachkräfte aktiv am Abbau von Zugangsbarrieren und Versorgungslücken und an der Weiterentwicklung ihrer migrationsensiblen Handlungskompetenzen?**

### **Antwort**

In der Dokumentation: "Aus aller Welt – Eine norddeutsche Bestandsaufnahme interkultureller Aktivitäten im Gesundheits- und Pflegebereich" des NDZ sind für Schleswig-Holstein 27 Projekte verzeichnet, die sowohl dem Abbau von Versorgungslücken als auch der Entwicklung migrationsensibler Handlungskompetenz dienen. Seit Erscheinen der Dokumentation wurde das Projekt „integrativ-interkulturelle Arbeit“ der Segeberger Kliniken (Abteilung Psychosomatik) dahingehend erweitert, dass mittlerweile nicht nur von den Landesversicherungsanstalten, sondern von allen Rentenversicherungsträgern Zuweisungen erfolgen.

## **Frage 8**

**Inwieweit stehen die Fachkräfte in Kontakt mit kommunalen/regionalen Einrichtungen für MigrantInnen und nutzen sie den fachlichen Austausch?**

### **Antwort**

34% der Ärztinnen und Ärzte, die die Fragen zur *Gesundheitssituation der Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein* (2001) beantwortet haben, haben Kontakt mit kommunalen/regionalen Einrichtungen für Migrantinnen und Migranten und 38% nutzen den fachlichen Austausch in Arbeitskreisen oder Fachgesellschaften.

Die "Arbeitsgemeinschaft Transkulturelle Pflege" hat in Schleswig-Holstein 25 aktive Mitglieder, die als Multiplikatoren in Aus- und Fortbildung eine große Gruppe von Pflegenden erreichen.

## **Frage 9**

**Inwieweit sind die Fachkräfte informiert über Facharbeitskreise?**

### **Antwort**

Das NDZ fungiert entsprechend seinem Auftrag als Informations- und Kontaktstelle für Norddeutschland.

Man kann davon ausgehen, dass die Fachkräfte über die bestehenden Arbeitskreise informiert sind. Daraus ist noch nichts über ihre aktive Teilnahme zu entnehmen. In allen Gesundheitsberufen sind heute die Anforderungen sehr hoch, und es herrscht das Gefühl von Zeitknappheit. Daher kann es nicht gelingen, an allem teilzunehmen, was als durchaus wichtig und notwendig angesehen wird. Wie Tabelle II.9.1 zeigt, halten jeweils zwischen 20 und 40% der Ärztinnen und Ärzte, die die Fragen zur *Gesundheitssituation der Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein* (2001) beantwortet haben, die Aktivitäten, nach denen in der Großen Anfrage gefragt wurde, für wichtig, ohne dass sie bisher aktiv teilnehmen konnten.

**Tabelle II.9.1**

*Welche Möglichkeiten der Kompetenzentwicklung nutzen Sie bzw. Ihre Mitarbeiter/innen? (N = 113; Antworten in %)*

	bereits teilgenommen	wäre wichtig teilzunehmen	halte ich für nicht so wichtig
fachbezogene Fortbildung	38	25	27
fachspezifische Sprachkurse	49	32	7
fachlicher Austausch in Arbeitskreisen oder Fachgesellschaften	38	31	18
Kontakt mit kommunalen/ regionalen Einrichtungen für Migrantinnen und Migranten	34	40	17
Beteiligung an Forschung und Evaluation	54	20	12
Einführung von qualitätssichernden Maßnahmen	46	26	15

## Frage 10

**Inwieweit versorgen sich die Fachkräfte kontinuierlich mit aktueller Fachliteratur?**

### Antwort

Konkrete allgemeine Angaben liegen darüber nicht vor.

Pflegekräfte und Interessenten aus anderen Gesundheitsberufen können sich beim NDZ mit Literatur versorgen; für Aufsätze aus Fachzeitschriften besteht ein Kopierservice; Bücher können entliehen werden.

Das *Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt*, das alle Ärztinnen und Ärzte des Landes erhalten, enthält in der Regel redaktionelle Beiträge zum Thema Migration und Gesundheit, in dem auch auf Veranstaltungen, Neuerscheinungen u. ä. hingewiesen wird.



## Frage 11

**In welcher Weise wird zur Zeit die interkulturelle Kompetenz der Mitarbeiterinnen und die Kenntnis über Zusammenhänge zwischen Kultur und Gesundheit im Gesundheitswesen und in der Pflege- und Altenhilfe weitergebildet bzw. gefördert?**

### Antwort

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein führt regelmäßig Fachtagungen zum Thema "Migranten und Gesundheit in Schleswig-Holstein" durch, die gut besucht sind von Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus allen relevanten Einrichtungen und Berufsgruppen.

Diese Fachtagungen werden von der Arbeitsgruppe "Migration und Gesundheit" des migrations- und flüchtlingspolitischen *Runden Tisches* der Landesregierung konzipiert. Die AG nennt als Schwerpunkte ihrer Arbeit die Förderung der interkulturellen Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitswesens sowie die Vermittlung von Kenntnissen über Zusammenhänge zwischen Kultur und Gesundheit.

Die Arbeitsgruppe besteht aus Vertreterinnen und Vertretern des MASGV, Ärztekammer, Landesverband der AWO und *Refugio* e.V. Seit 2000 wurden in der Ärztekammer zwei Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt:

2000: "Ich bin krank und keiner versteht mich" – Migranten und Gesundheit in Schleswig-Holstein

2001: "Krankheitsbilder verschiedener Kulturen"

Die Veranstaltungen fanden große Resonanz und werden jährlich fortgesetzt. Für 2002 sind zwei Tagungen terminiert

Aspekte der interkulturellen Pflege sind seit 1997 ein ständiger Arbeitsschwerpunkt des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ), was sich in folgenden konkreten Aktivitäten niederschlägt:

- Durchführung der Norddeutschen Fachtagung: Alter und Krankheit in der Fremde am 20.11. 1997 in Hamburg inkl. Erstellung einer Tagungsdokumentation.
- Finanzielle und inhaltliche Beteiligung an der Fachtagung des Deutschen Berufsverbandes für Pflege (DBfK), Landesverband Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein: Vernetzung der transkulturellen Pflege in Deutschland am 6./7. 11. 1997. Diese Tagung war die erste nationale Zusammenkunft der in verschiedenen Regionen aktiven Arbeitskreise zur transkulturellen Pflege. Aus ihr erwuchs ein inzwischen verstetigter Austausch und die Gründung der nationalen "Arbeitsgemeinschaft Transkulturelle Pflege" in organisatorischer Verantwortung des DBfK-Landesverbandes.
- Erstellung der Dokumentation „Aus aller Welt – Eine norddeutsche Bestandsaufnahme interkultureller Aktivitäten im Gesundheits- und Pflegebereich“

Außerdem hat das MASGV gemeinsam mit dem Landesverband der AWO 2000 eine Fachtagung zum Thema "AIDS und Migration" durchgeführt. Zielgruppen waren Mitar-

beiterinnen und Mitarbeiter in den Migrationseinrichtungen, AIDS-Hilfen und Gesundheitsämtern.

## Teil III

### Fragen zur Koordination des Gesundheitswesens

#### Frage 1

**Verfügt die Landesregierung über eine Koordinationsstelle, die sich mit dem Thema Migration und Gesundheit beschäftigt? Wenn ja: Seit wann gibt es diese Stelle, wo ist sie angesiedelt, welche Ergebnisse hat diese Stelle bislang erbracht und was plant diese Stelle für die nächste Zeit?**

#### Antwort

Die Landesregierung verfügt über keine Koordinationsstelle, die sich mit dem Thema Migration und Gesundheit beschäftigt.

Seit Sommer 1999 wird in der Gesundheitsabteilung des MASGV der Aufgabenbereich "Migration und Gesundheitsförderung" von einer Referentin wahrgenommen. Dies ist entsprechend im Geschäftsverteilungsplan ausgewiesen.

Für das Haushaltsjahr 2001 standen für verschiedene Projekte 38.450 DM zur Verfügung. Zusätzlich wurden 16.000 DM für wissenschaftliche Beratung bei der Beantwortung dieser Großen Anfrage bereitgestellt. Für 2002 stehen im Landeshaushalt 39.625 € (= 77.500 DM) für "Migration und Gesundheitsförderung" zur Verfügung.

#### Frage 2

**Falls es eine Koordinationsstelle gibt: Arbeitet dieser Stelle eine Arbeitsgruppe oder ein Arbeitskreis zu? Wenn ja: Mit welchen Themen befasste bzw. befasst sich dieses Gremium und welche Organisationen bzw. Institutionen sind in ihr oder in ihm vertreten? Wie oft tagt diese Arbeitsgruppe oder dieser Arbeitskreis?**

#### Antwort

Angeschoben durch den migrations- und flüchtlingspolitischen *Runden Tisch* der Landesregierung wurde im Sommer 1999 eine Arbeitsgruppe "Migration und Gesundheit" bei der Ärztekammer eingerichtet (siehe auch Antwort zu II 11). In dieser Arbeitsgruppe werden gesundheitspolitische Anliegen der Landesregierung im Hinblick auf die Zielgruppe Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein bearbeitet.

Die Arbeitsgruppe hat sich zum Ziel gesetzt, Migrantinnen und Migranten stärker in die Gesundheitsförderung einzubeziehen. Langfristig ist beabsichtigt, Gesundheitsziele für diese Zielgruppe zu erarbeiten. Außerdem soll ein Kriterienkatalog für interkulturelle Kompetenzen erstellt werden.

Darüber hinaus werden alljährlich Fachtagungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten zum Thema Migration und Gesundheit konzipiert und durchgeführt, da eine ständige Weiterqualifizierung der Mitarbeiterschaft im Gesundheitswesen vorangetrieben werden soll (2000 und 2001 wurden je eine Fachtagung zum Thema "Ich bin krank und keiner versteht mich" sowie "Kulturspezifische Krankheitsbilder" angeboten). 2002 sind zwei Veranstaltungen terminiert.

Die Ärztekammer räumt den Mitgliedern der Arbeitsgruppe die Möglichkeit ein, in jeder Ausgabe des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes zum Thema Migration und Gesundheit einen redaktionellen Beitrag zu leisten, was auch regelmäßig wahrgenommen wird.

Die Arbeitsgruppe hat angeregt, dass der im Aufbau befindliche [www.medfindex.de](http://www.medfindex.de) das Thema Gesundheit und Migration besonders berücksichtigt. Der [www.medfindex.de](http://www.medfindex.de) ist ein "Gesundheitssuchdienst" des Patientenombudsmannvereins für Schleswig-Holstein. Über eine gemeinsame Homepage sollen alle Einrichtungen des Gesundheitswesens ihre Angebote einspeisen. Nutzerinnen und Nutzer sind Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten, Angehörige der Gesundheitsberufe, Krankenkassen usw. Alle Angebote im Gesundheitswesen sollen Hinweise auf muttersprachliche Kenntnisse und interkulturelle Kompetenzen der Beschäftigten im Gesundheitswesen enthalten, so dass auch Beratungsdienste für Migrantinnen und Migranten damit arbeiten können.

Für die Erarbeitung des "Konzeptes der Landesregierung zur Integration von Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein" wurde im März 2001 unter Federführung des MASGV eine Arbeitsgruppe zum Thema Gesundheit eingerichtet. Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren neben Migrantinnen und Migranten, medizinisches Fachpersonal mit praktischen Erfahrungen in der Migrationsarbeit, Vertreterinnen und Vertreter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Ärztekammer, der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung, der Wohlfahrtsverbände, des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe u.a..

Die Arbeitsgruppe hat einen umfangreichen Abschlussbericht vorgelegt, der Bestandteil des vom Kabinett beschlossenen Integrationskonzeptes ist.

Die zuständige Referentin im MASGV ist seit Sommer 1999 Mitglied im "Bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit" der Bundesausländerbeauftragten. Zentrales Anliegen des Bund-Ländergremiums ist es, die Chancengleichheit im Gesundheitswesen für die zugewanderte Bevölkerung zu forcieren. Gerade der öffentliche Gesundheitsdienst ist ein wesentlicher Faktor im Hinblick auf die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Unter dem Motto "Wir sind für alle da" wurde mit Beteiligung Schleswig-Holsteins in diesem Arbeitskreis

ein "Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt" erstellt. Die Gesundheitsämter des Landes werden darin für migrationsbedingte Aspekte von Gesundheit sensibilisiert.

### **Frage 3**

**Gibt es im Bereich des Gesundheitswesens für MigrantInnen Kooperationen mit anderen Stellen des Gesundheitswesens (beispielsweise mit Stellen auf kommunaler Ebene)? Wenn ja: Mit welchen Stellen findet eine Kooperation statt?**

### **Antwort**

Neben der institutionalisierten Kooperation im Rahmen der genannten Arbeitsgruppen gibt es Einzelaktivitäten zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein im Zusammenwirken zwischen verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens auf allen Ebenen.

## Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Auch für Schleswig-Holstein ist Zuwanderung eine Normalität. Schleswig-Holstein gehört jedoch zu den Ländern mit einem niedrigen Ausländeranteil an der Bevölkerung. In den ländlich geprägten Kreisen liegt dieser unter 5%, und auch in Kiel beträgt er nur knapp über 10%. Menschen mit Migrationserfahrung sind aber auch Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler, zumal die Jüngeren von ihnen oft nur schlecht deutsch sprechen. Sie stehen daher in der Gesundheitsversorgung vor ähnlichen Problemen wie die ausländischen Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen und deren Familienangehörige.

Bei der Beantwortung der Großen Anfrage zur Gesundheitssituation der Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein sind drei wichtige methodische Probleme deutlich geworden.

- Die Frage nach dem Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten lässt sich zurzeit nicht befriedigend beantworten, da hierfür wesentliche Voraussetzungen fehlen: Bisher gibt es keine einheitliche Definition, auf die man sich auf Bundesebene erst einvernehmlich verständigen müsste. Darüber hinaus ist die Datenlage zum Thema Migration und Gesundheit uneinheitlich. Es fehlen insbesondere Abstimmungen zwischen den Länder-, Bundes- und internationalen Statistiken. Die Statistiken zu den Bereichen Arbeit und Bildung sind z. B. deutlich besser verknüpft als zu den Bereichen Arbeit und Gesundheit.
- Auch die Frage, ob es Versorgungslücken gibt, ist erst nach einer sorgfältigen, kleinräumigen Bedarfsanalyse zu beantworten. Es ist generell von einer großen Heterogenität der Zuwanderinnen und Zuwanderer hinsichtlich Herkunftsland, Muttersprache, Aufenthaltsdauer und Aufenthaltsstatus auszugehen. Dementsprechend haben sich spezielle Problemlagen (z. B. Frühverrentung, posttraumatische Belastungsstörung) sowie Beratungsbedarfe (Dolmetscherdienste, psychosoziale Versorgung) differenziert. Gesundheitsversorgung kann nicht mehr auf **einen** Typus von Zuwanderung (z. B. Arbeitsmigrantinnen und -migranten und ihre Familien) zugeschnitten sein, sondern muss sich auf diese Vielzahl der Problemlagen beziehen und sie daher genauer und regional spezifisch kennen.
- Die aus akuten Problemsituationen entstandenen Lösungen – z. B. die schnell entwickelte psychosoziale Hilfe für Flüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien – sind Reaktionen auf einen sehr offenkundigen Beratungsbedarf. Andere Problemlagen, die weniger deutlich in Erscheinung treten, werden möglicherweise leichter übersehen bzw. zu spät erkannt. Auch gibt es möglicherweise Angebote, die ihre Adressaten nicht erreichen oder deren Bedürfnissen nicht entsprechen.

Ein erster Schritt sollen vier regionale Fallstudien sein, mit denen zu ermitteln ist, welche Daten bzw. welche genaueren Informationen fehlen. Dies entspricht im Übrigen den Forderungen des Integrationskonzeptes der Landesregierung. Der Auftrag für die Fallstudien ist bereits durch das MASGV erteilt worden.

Wenn auch die vorstehenden Antworten auf die Fragen der Großen Anfrage unter dem Vorbehalt einer unvollständigen und uneinheitlichen Datenlage stehen, lässt sich doch nach Auswertung der vorhandenen Datenquellen zusammenfassend feststellen, dass die ausländischen Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen und ihre Familienangehörigen sowie die Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler in der Regel in die Gesundheitsversorgung gut integriert sind. Sie suchen Ärztinnen und Ärzte genauso häufig auf wie einheimische Versicherte. Allerdings nutzen sie andere gesundheitliche Angebote nicht immer optimal. Besonders deutlich sind Defizite in Bezug auf Gesundheitsvorsorge und Prävention.

In dem Konzept der Landesregierung zur Integration von Migrantinnen und Migranten ist daher aufsuchende Gesundheitsberatung neben anderen als **eine** Strategie vorgesehen, damit gesundheitsfördernde Maßnahmen und Gesundheitsaufklärung Migrantinnen und Migranten besser erreichen. Zudem soll das mehrsprachige Informationsangebot in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens verstärkt werden. Eine wichtige Rolle kommt dabei den Gesundheitsämtern und der regionalen Sozialplanung zu.

Das Integrationskonzept der Landesregierung sieht außerdem vor, die Strategie der Integration der ausländischen Patientinnen und Patienten in die Regeleinrichtungen zu ergänzen und Dolmetscherdienste sowie spezialisierte Facheinrichtungen dann vorzusehen, wenn dadurch die Effektivität der Regeleinrichtungen unterstützt und gesteigert werden kann. Wichtig in diesem Zusammenhang ist eine kontinuierliche Qualitätssicherung von Angeboten und Einrichtungen.

Zugleich geht es darum, die Migrantinnen und Migranten, ihre Vereine und Organisationen aktiv zu beteiligen und insbesondere das Erlernen der deutschen Sprache mit Nachdruck zu fördern. Denn "Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen." (WHO, Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, 1986)

Besonders hohe Anforderungen an die Gesundheitsversorgung stellt die Gruppe der Asylsuchenden und Flüchtlinge, in deren Herkunftsländern Krieg herrscht oder die Opfer von Gewalt und Folter geworden sind.

Im Zusammenhang mit der Aufnahme der traumatisierten Flüchtlinge aus Bosnien und Herzegowina hat Schleswig-Holstein die Diskussion über die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSB) in die Innenministerkonferenz gebracht und dadurch für diese Gruppe eine erweiterte Bleiberechtsregelung erreicht. Der qualitative Standard bei der psychotherapeutischen Versorgung traumatisierter Kriegs- und Folteropfer in Schleswig-Holstein ist als hoch zu bezeichnen. Auch aus der Sicht auswärtiger Expertinnen und Experten ist die Befassung Schleswig-Holsteins mit der Problematik vorbildlich. Die hier gemachten Erfahrungen können Vorbildcharakter auch für andere Felder der Gesundheitsversorgung gewinnen, weil sie zeigen, dass die konsequente Hilfe für Menschen in Krisensituationen der schnellste Weg ist, diesen Menschen ihr Selbstbestimmungsrecht zurückzugeben und sie wieder unabhängig von fremder Hilfe zu machen.

Hinsichtlich der Qualifikation der Fachkräfte im Gesundheitswesen ist festzustellen, dass die Voraussetzungen für die Entwicklung interkultureller Kompetenz wie Fortbildungsangebote, Arbeitskreise und fachlicher Austausch vorhanden sind. Einschränkungen ergeben sich jedoch in der tatsächlichen Nutzung und Umsetzung dieser Möglichkeiten. Die Ärztinnen und Ärzte, die sich an der Befragung zur *Gesundheitssituation der Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein* (2001) beteiligt haben, fühlen sich im Alltag oft überfordert, ihre Kenntnisse zu aktualisieren und in der Praxis umzusetzen. Die Erfahrungsberichte der anderen Berufsgruppen und Einrichtungen bestätigen dies.

Deshalb setzt das Integrationskonzept der Landesregierung besonders an der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe an und fordert verbindliche Lehrinhalte zum Erwerb interkultureller Kompetenz.