Dokumentation der Fachtagung

Frauen - Migration - Gesundheit

22. Mai 2003

Arbeitskreis Migration und Gesundheit
Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis

Herausgeber:

Referat Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung
Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis / Heidelberg

Veranstalter:

Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis
-Referat Gesundheitsförderung-
Kurfürstenanlage 38 – 40
69115 Heidelberg
Tel. (06221) 522-1826

Mitveranstalter: Internationales Frauenzentrum Heidelberg e. V.

Arbeitskreis Migration und Gesundheit
Kontakt: Christine Köhl Tel. (06221) 522-1825 Fax (06221) 522-1840
e-mail: Christine.Koehl@Rhein-Neckar-Kreis.de

In Zusammenarbeit mit:

- Amt für Umweltschutz, Energie und Gesundheitsförderung, Stadt Heidelberg
- Ausländerrat Heidelberg
- Caritasverband Heidelberg e. V. und Caritasverband Rhein-Neckar-Kreis e. V.

Herstellung / Druck:

Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis 1. Auflage September 2003

Schutzgebühr 6 Euro

Inhaltsverzeichnis

Vorwort Seite 5

Begrüßung
Prof. Dr. Martin Klett, Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis Seite 6
Dörthe Domzig, Amt für die Gleichstellung von Frau und Mann der Stadt Heidelberg Seite 7

Tagungsprogramm Seite 10

I. VORTRÄGE

1. Migrantinnen in Deutschland: Gesundheitliche und psychosoziale Situation und Versorgung Seite 12
Johanna Marie Körber, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

2. Patientinnenerwartungen und –zufriedenheit im interkulturellen Vergleich Seite 21
Dr. Theda Borde, Universitätsklinikum Charité, Berlin

3. Frauenhandel und Zwangsprostitution Seite 37
Jae-Soon Joo-Schauen, agisra Köln e. V.

4.1 Internationales Frauenzentrum: Eine Antwort auf gesundheitliche Bedürfnisse der Migrantinnen in der Region Seite 42
Sara Gaviglio, Internationales Frauenzentrum Heidelberg e. V.

4.2 Migrantenseelen Seite 45
Gülten Öz, Internationales Frauenzentrum Heidelberg e. V.

II. WORKSHOPS

1. Ausländerrechtliche Fragen Seite 50
Safiye Yüksek-Biçer, Anwältin Heidelberg

2. Frauenhandel und Zwangsprostitution Seite 51
Jae Soon Joo-Schauen, agisra Köln

3. Sprachliche Verständigung und Dolmetscherdienst Seite 52
Dr. R. Avila, Ladenburg

4. Flüchtlinge Seite 60
Rosemarie Sontheim, Flüchtlingsberatung Stadt Heidelberg

5. Begegnung/Kommunikation mit Migrantinnen im hiesigen Gesundheitssystem – Geht es nur um die Sprache? Seite 64
Dr. med. Semra Serdaroglu-Baloch, Dipl. Psych. Andrea Dondelinger, Internat. Frauenzentrum Heidelberg e. V.

6. Begegnen – Verstehen – Handeln – Interkulturelles Lernen als Zukunftsaufgabe Seite 65
Carolina Butto, Projektleiterin QUASIE, vhs Heidelberg

III. ANHANG

Literaturempfehlungen Seite 66

Vorwort

Heidelberg, September 2003

Sehr geehrte Damen und Herren,

Frauen sind in ihrem Gesundheitsverhalten „kulturunabhängiger“ als die männliche Bevölkerung. Das hat eine WHO-Studie gezeigt. Aber bei Migrantinnen erweist sich nicht-deutsche Herkunft und weibliches Geschlecht im Sinne einer doppelten Benachteiligung als besonderes Gesundheitsrisiko!

Migrantinnen gehören überwiegend zum einkommensschwächsten Teil der Bevölkerung. Neben den daraus resultierenden Abhängigkeiten gehören Sprach- und Kommunikationsbarrieren zu ihren alltäglichen Erfahrungen. Der u. a. durch mangelnde Information erschwerte Zugang zu Institutionen des Gesundheitssystems führt zu Versorgungsdefiziten in Vorsorge, Diagnostik, Therapie, Pflege und Rehabilitation.

Obwohl die Sensibilität im Umgang mit dem Thema Migration und Gesundheit in den vergangenen Jahren zugenommen hat, konnten integrative Konzepte und Handlungsansätze konnten nur in wenigen Fällen implementiert bzw. strukturell verankert werden. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), wie andere Institutionen des Gesundheitswesens auch, erweisen sich vor allem im Umgang mit Sprachbarrieren als überfordert. Eine sogenannte Kulturalisierung oder Ethnisierung läuft Gefahr, Migranten auf deren Herkunftskultur zu reduzieren und innerhalb dieser kulturellen Zuschreibung erstens zu problematisieren und zweitens mit einem eigens konstruierten Krankheitskonzept in Verbindung zu bringen, das dem jeweiligen Individuum nicht gerecht werden kann. In Deutschland verhindert die Herkunftskultur (wie im übrigen auch die soziale Schicht; in diesem Fall als Kombination beider Variablen potenziert) mehr als in vergleichbaren Einwanderungsländern den beruflichen und sozialen Aufstieg und die gleichberechtigte Teilnahme am öffentlichen Leben.

Eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Migrant/-innen erfordert daher ihre Gleichstellung im Sinne gesundheitlicher, sozialer und rechtlicher Partizipation.

In einigen Institutionen und Verwaltungen bemüht man sich in den letzten Jahren verstärkt um den Erwerb interkultureller Kompetenz. Die bisherigen Erfahrungen haben aber gezeigt, dass eine Fortbildung einzelner Mitarbeiter nicht ausreicht. Vielmehr geht es darum, interkulturelle Kompetenz in den internen Strukturen der Verwaltung zu verankern und in das allgemeine Verwaltungshandeln wie Planung, Steuerung, Außendarstellung usw. zu integrieren. Auf eine solche Ausrichtung der Verwaltung zielt Interkulturelle Öffnung – ein Konzept, das Organisationen in die Lage versetzen soll, ihre Angebote und Leistungen an eine durch Einwanderung veränderte soziale Umwelt anzupassen.
Lassen Sie uns im Interesse einer gleichberechtigten Gesundheitsversorgung *aller* gesellschaftlichen Gruppen diesen Prozess der Interkulturellen Öffnung gemeinsam gestalten!

Christine Köhl

Begrüßung
Prof. Dr. Martin Klett

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Auseinandersetzung mit dem Thema „Migration und Gesundheit“ kann im Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg auf eine nunmehr 10-jährige Tradition zurückblicken. Umso mehr freuen wir uns, Ihnen auch in diesem Jahr eine Fachtagung anbieten zu können: Unter dem Titel „Frauen – Migration – Gesundheit“ werden wir uns heute mit der spezifischen Gesundheitssituation und Versorgungsfragen von Frauen und Mädchen mit Migrationshintergrund befassen.
Konzipiert und organisiert hat die heutige Tagung Frau Christine Köhl, die für unser Gesundheitsamt kenntnisreich und mit Erfolg den Bereich Migration und Gesundheit vertritt. Das Internationale Frauenzentrum Heidelberg e. V. trägt als Mitveranstalter und langjähriger Kooperationspartner zum Erfolg der heutigen Veranstaltung bei. An der Planung beteiligt waren ferner die Mitglieder des Arbeitskreises „Migration und Gesundheit“, dem Persönlichkeiten aus verschiedenen Institutionen in Heidelberg und dem Rhein-Neckar-Kreis angehören. Nicht zuletzt möchte ich den tatkräftigen Einsatz der vielen ehrenamtlichen Helfer/-innen loben, die heute für einen reibungslosen Ablauf und nicht zuletzt Ihr leibliches Wohl sorgen werden.
Ohne die finanzielle und ideelle Unterstützung durch die Caritasverbände Heidelberg e. V. und Rhein-Neckar-Kreis e. V., das Amt für Umweltschutz, Energie und Gesundheitsförderung der Stadt Heidelberg sowie des Ausländerrates der Stadt Heidelberg wäre die Tagung in dieser Form nicht möglich gewesen. Ihnen allen gilt mein ausdrücklicher Dank!

Migrantinnen in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis sind eine heterogene Gruppe, deren Lebensbedingungen sich durch vielerlei Faktoren voneinander unterscheiden. Die drei wichtigsten Aspekte möchte ich beispielhaft herausgreifen:

1. die Verständigungsschwierigkeiten in Klinik und Praxis
2. die interkulturelle Kompetenz des medizinisch-pflegerischen Personals
3. die psychologischen und mentalen Faktoren von Krankheit und Gesundheit.

Hieraus ergeben sich für Frauen vor allem Probleme bei der Information und Wahrnehmung spezifisch auf Schwanger- und Mutterschaft ausgerichteter Angebote. Die Statistik zeigt, dass die Zahl der Komplikationen bei Zuwandererfrauen größer ist als bei der Normalbevölkerung. Ursächlich sind mangelnde Aufklärung Kenntnisse über unser Gesundheitssystem. Der durch Integration erreichbare Zugang zur Information und medizinischen Kommunikation ist daher nachhaltig zu verbessern.

Der größte Versorgungsengpass für Migrantinnen in Heidelberg und Rhein-Neckar-Kreis besteht in der psychotherapeutischen Behandlung. Besonders schwierig gestaltet sich die Nachsorge nach stationärer psychiatrischer Behandlung. Eine größere Zahl muttersprachlicher Therapeutinnen sowie Interkulturelle Öffnung der Regeldienste wären neben der Intensivierung von Integration vorrangige Ziele.
Interkulturelle Öffnung schließt folgerichtig den externen Austausch von Erfahrungen und Anregungen ein und ist im Interesse eines verbesserten Zugangs zu unseren Gesundheitseinrichtungen sowie einer verbesserten Versorgung der Migrant/-innen unverzichtbar. Wir würden uns freuen, heute zusammen mit den hier versammelten Expert/-innen ein Stück weiter auf diesem Weg zu gehen.

Begrüßung

Dörthe Domzig

Allen, die an der Verwirklichung dieser Fachtagung mitgewirkt haben, ein herzliches Dankeschön dafür, dass dieses Thema aufgegriffen wird, ein so anregendes Programm vorgelegt und eine so breite Kooperation zustande gebracht wurde. Denn das Thema hat es nicht nur in sich, es hat auch eine größere Aufmerksamkeit nötig.

Bekanntlich sind es die einfachen Fragen, die besonders schwierig zu beantworten sind. Die einfache und kluge Frage der heutigen Veranstaltung heißt: Was ist geeignet, die Gesundheit von Migrantinnen zu stärken?

Diese Frage veranlasst jede Person, die sich von ihr sozusagen „an die Hand nehmen lässt“, unwillkürlich sofort dazu, sich in die vielfältigen Lebenslagen der 11.785 ausländischen Frauen in Heidelberg, der 25.995 Migrantinnen im Rhein-Neckar-Kreis oder der rund 3,3 Mio. Migrantinnen in Deutschland hineinzuversetzen, die sich auf den Weg gemacht haben, bei uns eine neue Heimat zu finden.

Keine Frage, mit Sprachkursen oder Dolmetscherinnen allein werden wir nicht sehr viel ausrichten können.

Nicht, dass wir ohne sie auskommen wollten, denn wie sollen sie in einem fremden Land Arzt oder Ärztin das genaue Auftreten ihrer Schmerzen in Zeichensprache erklären, ohne Fehldiagnosen oder falsche Behandlungen zu riskieren. Wie sollen sie die bei uns seit kurzem vorhandenen Hilfen des Platzverweisverfahrens bei Gewalt in Beziehungen nutzen, wenn sie die Sprache nicht oder kaum verstehen und sich selbst nur unzureichend verständlich machen können. Sicher, dass Sprachproblem muss gelöst werden – und da sind vielfältige Wege einzuschlagen.

Doch wie viele Frauen sind nach Deutschland gekommen, weil die Flucht vor Massenvergewaltigung oder Witwentötung, vor Genitalverstümmelung oder angedrohter Todesstrafen wegen Ehebruches oder Homosexualität, die Flucht vor Zwangsheirat, Zwangsprostitution oder anderer privater, vielleicht auch politischer Verfolgung der eigenen Person oder der ihrer Familie die einzige Überlebens- oder menschenwürdige Lebenschance war.

Wie schnell übersteigen da die Anforderung an die neue Lebenssituation die eigenen oder die wiedergewonnenen Ressourcen für ein gutes Leben:

- Da sind zum einen möglicherweise traumatische Erfahrungen zu verarbeiten.
- Da sind Trennungen und Verluste zu verkraften, die emotional nachhaltig stark belasten und die eigenen Möglichkeiten einschränken.
- Da kommt es vielleicht für alle Familienmitglieder jeder Generation andauernd zur Notwendigkeit, Trennungen und Loyalitätsprobleme zu bewältigen, wenn auf Migration Remigration, Binnenmigration und Pendelwanderung folgen.
- Da sind u. U. Entwurzelungsempfindungen aufzufangen, die das Leben und die Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen immer wieder schwer beeinträchtigen.

Und dann stellt sich die Frage nach den tatsächlichen Lebensbedingungen in der neuen Heimat, sei es für die, die gerade erst gekommen sind oder für die, die schon seit einigen Generationen hier leben.

- Wie sehen die Wohnverhältnisse aus?
- Wie die Bildungs- und Ausbildungsmöglichkeiten?
- Wie stabil und förderlich sind die sozialen Netze?
- Welche einengenden oder befreienden Möglichkeiten ergeben sich durch Unterschiede in den Vorstellungen von einem Frauenleben in der alten und in der neuen Heimat?
- Welche durch Unterschiede in den Rollen der Männer im Herkunftsland und dem Aufnahmeland?
- Wie groß sind die Möglichkeiten, alte soziale Netze zu halten und neue aufzubauen?
- Wer hat eine Arbeit und wie gesund lässt es sich damit leben?
- Wer kann sich nicht nur gleichberechtigte Teilhabe, sondern auch politische Mitbestimmung sichern?

Sie haben es schon geahnt: Die Tagungsfrage ist nicht mit wenigen Sätzen zu beantworten und verlangt Kompetenzen, auf vielfältigste Ansatzpunkte angemessen einzugehen, die auf sehr unterschiedlichen Ebenen liegen und ganz und gar nicht ausschließlich in der kurativen Medizin.

Bei allem, was in diesen Zusammenhängen nicht nur zu diskutieren, sondern auch praktisch zu bewältigen ist, bei allem spielt etwas eine stets präsente und außerordentlich problematische Rolle: die Bilder und Stereotype in unserer Kultur über die „fremde Frau“. Die Hürde für soziale Zugehörigkeit und Teilhabe ist in diesem Fall doppelt hoch.

Wie jede Frau muss sich die fremde Frau bereits damit auseinandersetzen, dass sie in der öffentlichen Meinung gern als das „ganz Andere“, als das „grundsätzlich Gegensätzliche“ zum Mann betrachtet und behandelt wird – selbstverständlich unter Einschluss der Behauptung eines Über- und Unterordnungsverhältnisses zwischen den Geschlechtern.

Die vordergründig deutlichen anatomischen Unterschiede zwischen Frauen und Männern bieten ideale Ansatzpunkte, um recht zwanglos ein komplexes System von polarisierten Gegensätzlichkeiten zwischen *den* Frauen und *den* Männern aufzusetzen - die es bei genauer Betrachtung nur im Modell des Klischees gibt.

Dieses Prinzip (ich nenne es mal den Geschlechtsrollenfundamentalismus) lässt sich mühelos durch alle Lebensbereiche „Durchbuchstabieren“ [1] und hervorragend – vom spielerischen Umgang mit politischer Symbolik bis zur Verabschiedung einklagbarer Gesetzesnormen – einsetzen, wenn wir im banalen Alltag immer wieder neu unsere praktischen Lebensmöglichkeiten aushandeln.

In dem Maße, wie die traditionellen sozialen Geschlechtsrollenmuster greifen, müssen sich Frauen damit auseinandersetzen,

- dass sie als die nicht von vornherein dazugehörenden bzw. gleichwertigen betrachtet werden,

- dass ihnen Neigungen, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten unterstellt und zunächst zugewiesen werden, die für Männer von vornherein gar nicht vorgesehen sind.
- und dass die Möglichkeiten, die sozialen Attribute und Privilegien, die in unserer Gesellschaft überhaupt zu verteilen sind, ihnen nicht zuverlässig durch Leistung und Verdienst zukommen, weil für sie eigentlich anderes vorgesehen ist.

Die typischen gesellschaftlichen Erwartungen an die fremde Frau verschärfen diese bereits vorhandenen Zuschreibungen.

Möglicherweise vordergründig wahrnehmbare Unterschiede (Aussehen oder Habitus) werden zum Anlass genommen, um Migrantinnen in der Sackgasse der Andersartigkeit festzuhalten. Ganz unabhängig davon, wie sich die Frauen wirklich fühlen oder tatsächlich leben, greifen in der öffentlichen Wahrnehmung von Frauen ausländischer Herkunft nicht selten Stereotype, die von den Attributen „defizitär", „rückständig" und „untergeordnet" geprägt sind. Diese sozialen Konstruktionen begleiten Migrantinnen in allen Alltagssituationen. Solche Stereotype behindern nicht nur ihre soziale Integration, sondern beeinträchtigen auch emotionales und gesundheitliches Wohlbefinden.

Keine Frage, hier steckt ein Auftrag für alle drin, die die gesundheitliche Lage von Migrantinnen verbessern wollen. Aber wir brauchen nicht erst ExpertInnen im Gesundheitswesen zu sein, um hier Abhilfe zu schaffen.

Ich empfehle an diese Stelle die Einsicht von Francis Picabia (Paris):
„Der Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung ändern kann"

Lassen wir uns also davon anregen, vom Fremden zu lernen. Lassen wir uns dazu anregen, die realen Menschen nicht mit den Klischees über sie zu verwechseln. Lassen wir uns dazu anregen, das uns Fremde in uns selbst anzunehmen und die ganze fülle des Lebens zu leben: Damit sind wir nicht nur hilfreich für andere, sondern auch für uns selbst.

Ich wünsche Ihnen allen eine anregende Fachtagung und viele Impulse für eine gute weitere Zusammenarbeit.

---

[1] Von Dietmar Schirmer zusammengetragene Beispiele für den totalisierenden Effekt dieses kulturellen codes im Überblick:
Körper: (männl.) mobil, belastbar, geschlossen, kraftvoll (weibl.) immobil, wenig belastbar, offen, anmutig, **Physische Grunderfahrung:** (männl.) draußen, hell, fest, oben, hart (weibl.) drinnen, dunkel, flüssig, unten, weich **Selbst und Gesellschaft:** (männl.) autonom, öffentlich, prinzipiengeleitet, linear, geschichtlich, aggressiv, autoritär (weibl.) heteronom, privat, kontextgeleitet, zirkulär, ahistorisch, duldend, fürsorglich **Ökonomie:** (männl.) produktiv, besitzend, bezahlt (weibl.) reproduktiv, abhängig, unbezahlt **Staat, Politik, Recht:** (männl.) Vollmitgliedschaft, Rechte, Träger des Staates, „Vaterland", Soldat (weibl.) Ausschluss bzw. Teilmitgliedschaft, Bedürfnisse, Getragene, „Muttererde", Mutter.

Tagungsprogramm

9.30 Uhr	**Begrüßung** Prof. Klett, Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg Dörte Domzig, Amt für die Gleichstellung von Frau und Mann der Stadt Heidelberg Yeo-Kyu Kang, Ausländerrat der Stadt Heidelberg
9.45 Uhr	**Migrantinnen in Deutschland: Gesundheitliche und psychosoziale Situation und Versorgung** Johanna Marie Körber, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
10.15 Uhr	**Patientinnenerwartungen und –zufriedenheit im interkulturellen Vergleich** Dr. Theda Borde, Universitätsklinikum Charité, Berlin
11.00 Uhr	**Pause**
11.15 Uhr	**Frauenhandel und Zwangsprostitution** Jae-Soon Joo-Schauen, agisra Köln e. V.
11.45 Uhr	**Podium**
12.30 Uhr	**Mittagessen**
13.30 Uhr	**Internationales Frauenzentrum: Eine Antwort auf gesundheitliche Bedürfnisse der Migrantinnen in der Region** Sara Gaviglio, Gülten Öz Internationales Frauenzentrum Heidelberg e. V.
14.15 Uhr	**Workshops** Vertiefung der Tagungsthemen
15.45 Uhr	**Pause**
16.00 Uhr	**Abschlußpodium**

Workshops

1. **Ausländerrechtliche Fragen**
   Safiye Yüksek-Biçer, Anwältin, Heidelberg

2. **Frauenhandel und Zwangsprostitution**
   Jae Soon Joo-Schauen, agisra Köln

3. **Sprachliche Verständigung und Dolmetscherdienst**
   Dr. Avila, Übersetzer u. Dozent, Ladenburg

4. **Flüchtlinge**
   Rosemarie Sontheim, Flüchtlingsberatung Stadt Heidelberg

5 **Begegnung/Kommunikation mit Migrantinnen im hiesigen Gesundheitssystem - Geht es nur um die Sprache?**
   Dr. Semra Serdaroglu-Baloch, Internationales Frauenzentrum Heidelberg e. V.

5. **Begegnen - Verstehen - Handeln - Interkulturelles Lernen als Zukunftsaufgabe**
   Carolina Butto, Projektleiterin QUASIE, vhs Heidelberg

Vortrag 1

Migrantinnen in Deutschland: Gesundheitliche und psychosoziale Situation und Versorgung

Johanna Marie Körber

Dies ist ein ausgesprochen vielschichtiges Thema. Ich möchte mich angesichts der Zeitvorgabe auf einige ausgewählte Schwerpunkte beschränken, die einen gewissen Einblick in dieses Gebiet geben können.

1. **Säuglingssterblichkeit**
   Säuglingssterblichkeit ist im Zeitverlauf und im internationalen Vergleich ein wichtiger Indikator für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung, mithin auch für den der Migrantinnen in Deutschland. Daher möchte ich hierzu einige Daten vorlegen.

2. **Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen**
   Als Beispiel für die medizinische Versorgung möchte ich Daten zur Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen durch Migrantinnen präsentieren.

3. **Schwangerschaftsabbruch bei verheirateten Migrantinnen**
   Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg hat im Jahr 2000 Daten zu „Motiven bei verheirateten Frauen für einen Schwangerschaftsabbruch“ vorgelegt. Die Untersuchung hat auch überraschende Ergebnisse über die Situation von verheirateten Migrantinnen, die einen Schwangerschaftsabbruch erwägen, gebracht.

4. **Psychosoziale Situation**
   Die psychosoziale Situation von Migrantinnen wird anhand von vier Schwerpunkten dargestellt: Sprache, Arbeit, Wohnen und familiäre Situation.

5. **Psychosoziale Versorgung von Migrantinnen**
   Hier wird auf die Gründe für die mangelnde Akzeptanz von Beratungsstellen durch Migrantinnen eingegangen. Außerdem soll das unterschiedliche Therapieverständnis bei MigrantInnen und deutschen TherapeutInnen zur Sprache kommen.

1. Säuglingssterblichkeit

Wie zu Beginn erläutert, ist die Säuglingssterblichkeit im Zeitverlauf und im internationalen Vergleich ein wichtiger Indikator für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung. Daher kann dieser Indikator auch eine Aussage über den Gesundheitszustand von Migrantinnen in Deutschland machen.

Ursachen der Säuglingssterblichkeit sind vielfältig und hängen unter anderem mit folgenden Faktoren zusammen:

- Alter der Mutter
- Soziale Lage der Mutter
- Stellung der Mutter in der Familie
- Einkommen der Familie
- Ausbildungsgrad der Mutter
- Gesundheitsverhalten der Mutter
- Möglichkeit zur und Inanspruchnahme von gesundheitlicher Vorsorge
- Möglichkeit zur Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung

Quelle: Wissenschaftliches Institut der Ärzte in Deutschland (WIAD): Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfahlen. Im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfahlen (Hrsg.), August 2000

Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene nach Staatsangehörigkeit innerhalb Deutschlands

	1995	**1996**	**1997**
Deutsche	5,5	4,9	5,2
G. I. P. S.°	4,6	3,7	4,4
Ehem. Jugoslawien	4,5	3,1	4,4
Türkei	9,1	6,8	7,9
Übriges Ausland	7,0	7,9	7,2
Übrige EU*	8,5	7,2	6,1

LDS NRW 1990 – 1997, Berechnungen des WIAD/Raumbezug NRW
° G.= Griechenland, I = Italien, P = Portugal, S = Spanien
*sehr kleine Fallzahlen

Säuglingssterblichkeit ist im Zeitverlauf und im internationalen Vergleich ein wichtiger Indikator für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung.

Quelle: Wissenschaftliches Institut der Ärzte in Deutschland (WIAD):Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), August 2000

Ein Blick über den „deutschen Tellerrand“ hinaus zeigt, dass die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in Deutschland für alle Migrantinnen als günstig bezeichnet werden kann:

Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene nach Staatsangehörigkeit innerhalb den USA

	1995	**1996**	**1997**
Alle Ethnien (USA)	7,6	7,3	7,2
Weiße (USA)	6,3	6,1	6,0
Schwarze (USA)	15,1	14,7	14,2

Quelle: National Vital Statistics Report, Vol. 50, No. 15, September 16, 2002, Tabelle 34, S. 100

2. Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen

Als Beispiel für die medizinische Versorgung sollen Daten zur Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen durch Migrantinnen dienen.

Anzahl der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen nach Nationalitätengruppen

	Deutsche	**Mittlerer Osten inkl. Türkei**	**Mittelmeerländer**	**Osteuropa**
1 - 5	***1,7 %***	***4,5 %***	***5,1 %***	***6,9 %***
6 - 10	37,3 %	50,7 %	47,7 %	47,8 %
11 - 15	54,3 %	39,6 %	41,0 %	39,0 %
(6 - 15)	***(91,6 %)***	***(90,3 %)***	***(88,7 %)***	***(86,8 %)***
über 15	5,2 %	3,2 %	3,2 %	3,3 %
Rest	1,5 %	2,0 %	3,0 %	3,0 %
	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Mittelmeerländer = Griechenland, Italien, Portugal, Spanien, Ehem. Jugoslawien, Israel, Malta

Mittlerer Osten inkl. Türkei, Afghanistan, Pakistan und Nordafrika

Ausschnitt aus Tab. 4.7 : Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe (Stand 1997), Berechnungen des WIAD, Raumbezug NRW

Quelle: Wissenschaftliches Institut der Ärzte in Deutschland (WIAD):Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), August 2000

Zeitpunkt der Wahrnehmung der 1. Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung nach Nationalitätengruppen aus der Perinatalerhebung der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe (Stand 1997)

	Deutsche	Mittlerer Osten inkl. Türkei	Mittelmeerländer	Osteuropa
	%	%	%	%
Vor der 13. SW	92,0	82,5	79,8	69,6
Nach der 13. SW	8,0	17,5	20,2	30,4
	100,0	100,0	100,0	100,0

Mittelmeerländer = Griechenland, Italien, Portugal, Spanien,
Ehem. Jugoslawien, Israel, Malta)

Mittlerer Osten inkl. Türkei, Afghanistan, Pakistan und Nordafrika

Quelle: Ausschnitt aus Tab. 4.6: Wissenschaftliches Institut der Ärzte in Deutschland (WIAD):Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), August 2000

3. Schwangerschaftsabbruch bei verheirateten Migrantinnen

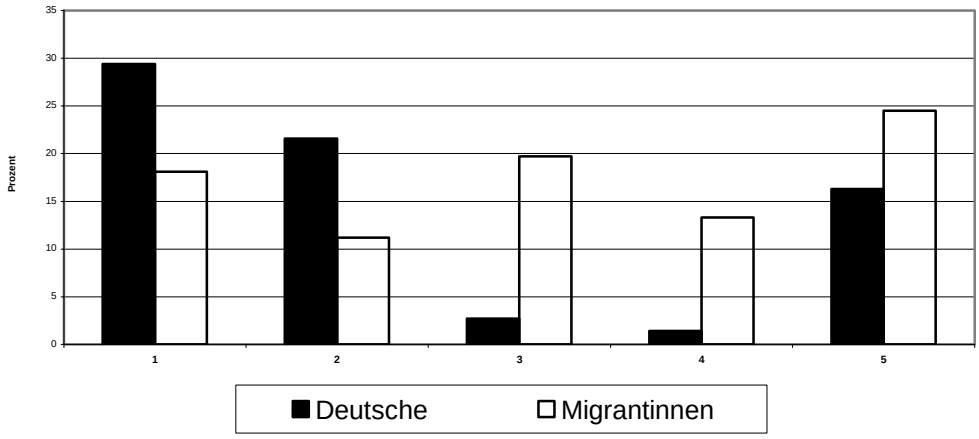
Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg hat im Jahr 2000 Daten zu „Motiven bei verheirateten Frauen für einen Schwangerschaftsabbruch“ vorgelegt. Die Untersuchung hat auch überraschende Ergebnisse über die Situation von verheirateten Migrantinnen, die einen Schwangerschaftsabbruch erwägen, gebracht.

Erhebung: Motive bei *verheirateten* Frauen für einen Schwangerschaftsabbruch

Fünf Beratungsstellen wirkten mit, und zwar die Beratungsstellen in den Gesundheitsämtern der Landkreise: Böblingen, Reutlingen, Rems-Murr-Kreis, Tuttlingen sowie die Beratungsstelle der Landeshauptstadt Stuttgart.

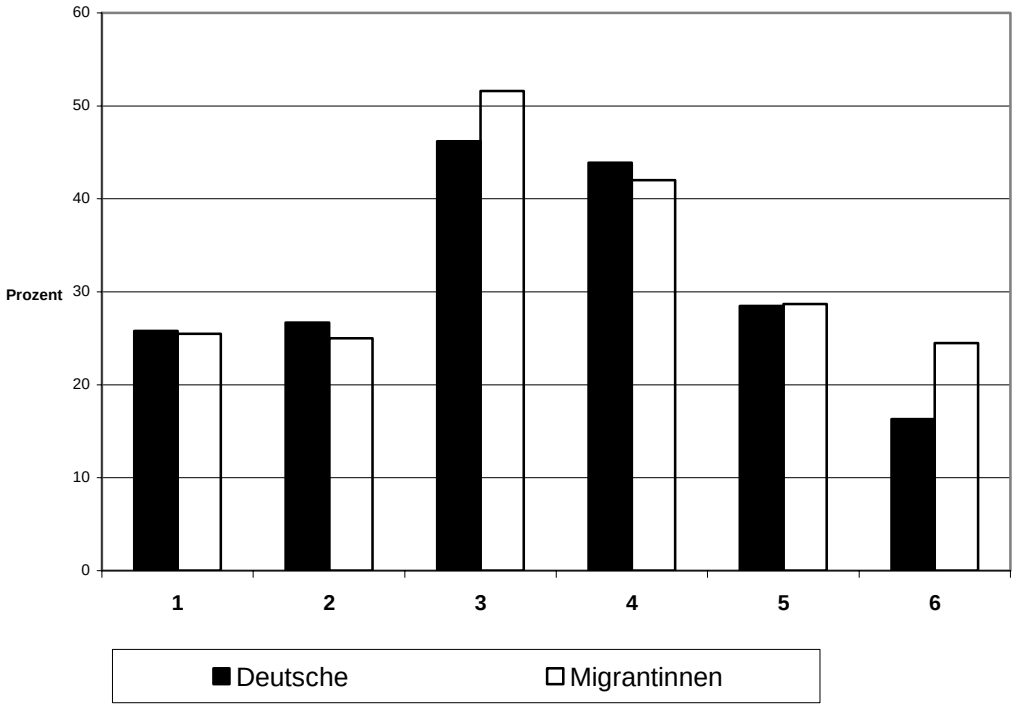
Insgesamt wurden 409 verheiratete Frauen erreicht, und zwar mit folgenden Nationalitäten:
54 % Deutsche, davon
42 % autochthone Bevölkerung und 12 % Spätaussiedlerinnen
14 % Türkinnen sowie
32 % Frauen anderer Nationalität.

Unterschiede zwischen verheirateten deutschen Frauen und verheirateten Migrantinnen bezüglich der Motive für einen Schwangerschaftsabbruch



1 = fühlt sich zu alt, 2 = berufstätig/will weiterarbeiten
3 = Probleme als Ausländerin, 4 = Gefahr der Abschiebung
5 = Zukunftsangst/emotional

Besonders häufig genannte Gründe von Migrantinnen und deutschen Frauen für einen Schwangerschaftsabbruch



1 = Beziehungsprobleme Ehe/Partnerschaft, 2 = physische Probleme,
3 = Überforderung/Erschöpfung, 4 = genug vorhandene Kinder,
5 = Lebensphase Erziehung abgeschlossen, 6 = Zukunftsangst/emotional

4. Psychosoziale Situation

Die psychosoziale Situation von Migrantinnen wird anhand von vier Schwerpunkten werden dargestellt: Sprache, Arbeit, Wohnen und familiäre Situation.

Psychische Belastungen von Migrantinnen und ihre Folgen

Stressoren, die zu psychischen Belastungen führen können:
- Sprachliche Probleme
- Arbeitsbedingungen
- Wohnsituation
- Probleme in den Familien

Treten mehrere Stressoren gemeinsam auf, kann dies zu psychischen Störungen oder zu psychosomatischen Erkrankungen führen.

Sprachliche Probleme

Sprachliche Probleme können sowohl Ursache psychischer Probleme sein als auch zu deren Verschärfung beitragen:

Sprachliche Probleme als Ursache psychischer Störungen
Unterschiedliche sprachliche Kompetenzen von Kindern und Eltern können zur Verwischung der Generationengrenzen führen und dadurch selbst zur Entwicklung psychischer Probleme beitragen.

Sprachliche Probleme als Verschärfung psychischer Störungen
Bei psychischen Erkrankungen und ihrer Behandlung stellen die sprachlichen Probleme ein besonders gravierendes Problem dar,
- da die diagnostischen Möglichkeiten häufig eine sprachliche Verständigung voraussetzen,
- da der Behandlungsprozess i. d. R. sehr stark auf sprachlicher Kommunikation basiert.

Arbeitsbedingungen im Aufnahmeland

Auswirkungen auf die (psychische) Gesundheit können haben
- Arbeitszeitstruktur und technische Anforderungen am Arbeitsplatz (z. B. Schichtarbeit / Fließbandarbeit)
- Erhöhtes Risiko, arbeitslos zu werden, da die Arbeitsplätze oft konjunkturabhängig sind.

Arbeitslosigkeit im Bundesgebiet West im Jahr 1998: Arbeitslosenquote insgesamt im Bundesgebiet West: 10,5 %, Ausländer 19,6 %
Arbeitslosigkeit ist einer der wichtigsten **Desintegrationsfaktoren**.

Quelle: Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin + Bonn, Februar 2000

Wohnsituation

Probleme sind
- Wohngebiete meist wenig attraktiv
- häufige Diskriminierung bei der Wohnungsvergabe

Aber: Wohnungszufriedenheit laut MARPLAN-Studie
67,5 % der Befragten sind sehr zufrieden oder zufrieden
26,8 % sind nicht ganz zufrieden
4,0 % sind sehr unzufrieden.

Folge: Der hohe Anteil an Befragten, die eine Wohnung oder ein Haus gemietet oder gekauft haben und der hohe Grad an Zufriedenheit sind Indikatoren für eine **gelungene Integration.**

Quelle: Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin + Bonn, Februar 2000

Einflussfaktoren auf die familiäre Situation

- Unterschiedliche Lebensplanung der verschiedenen Migrantengenerationen (Rückkehr vs. Daueraufenthalt)
- Normen- und Rollenkonflikte zwischen den Ehepartnern und zwischen den Generationen
- Aufweichung familiärer Bindungen durch Individualisierung und Singularisierung (Entfremdung durch langjährige Trennungen und anderweitige Bindungen)
- Erschöpfung familiärer Ressourcen im Hinblick auf Erziehung der Kinder sowie Krankheit, Pflege und Versorgung älterer Familienmitglieder

Folgen von psychischen Belastungen

Treten mehrere Belastungen auf, was häufig der Fall ist,
- können sich individuelle und/oder innerfamiliäre Konflikte entwickeln,
- können psychische Störungen oder psychosomatische Erkrankungen entstehen

ABER:
Sind die sozialen Rahmenbedingungen positiv und verfügt ein Mensch über günstige individuelle psychische Voraussetzungen, dann leistet Migration einen wesentlichen Beitrag zum geistigen und psychischen Wachstum.

6. Psychosozialen Versorgung von Migrantinnen

Schwierigkeiten von psychosozialen Beratungsstellen:

Image von Beratungsstellen/Angst vor juristischen Konsequenzen
Viele Migrantinnen haben negative Erfahrungen mit Behörden gemacht. Daher werden auch Beratungsstellen, Gesundheitsämter u. ä. Einrichtungen nicht genutzt. Bestimmte Institutionen, z. B. Suchtberatungsstellen, werden auch aus Angst vor ausländerrechtlichen Folgen (z. B. Abschiebung) nicht aufgesucht.

Mittelschichtsorientierung
Angebote der Beratungsstellen sind in der Regel sowohl inhaltlich als auch methodisch an der deutschen Mittelschicht orientiert. Vor allem Migranten, die keine gute Schulbildung haben, können diese nicht nutzen. Häufig haben Migranten auch Ressentiments gegen verbale Methoden, insbesondere selbstreflexive psychologische Verfahren.

Segmentiertes Versorgungssystem
Das deutsche Versorgungssystem setzt in seiner Komplexität ein hohes Maß an Kenntnissen voraus. Gerade im psychosozialen Bereich gibt es ganz verschiedene Angebote: Beratung von konfessionellen, staatlichen und privaten Anbietern. verschiedenste Therapieformen angeboten von Psychotherapeuten, Psychiatern, Therapeuten, Heilpraktikern usw.
Nicht nur für Migranten ist dieses System oft undurchschaubar.

Das unterschiedliche Therapieverständnis von Klient (Emigrant) und Therapeut (deutsch)

Thematik	Klient (Emigrant)	Therapeut (deutsch)
Befriedigung des Hilfsbedürfnisses	Umgehende Hilfe durch eine Autorität	Aufschieben, Mobilisierung eigener Ressourcen
(Selbst-)Bewertung und Ort der Identität	soziale Gruppe als Ort der Identität und Bewertung (soziales Ansehen)	Autonomie, Selbstverantwortung, innere Bewertung
Therapeutische Beziehung	Familiäres Autoritätsverhältnis	sachlich, kameradschaftliche Arbeitsbeziehung
Lokalisation von Problemen und Konflikten	außen, besonders in zwischenmenschlichen Beziehungen	innerhalb der Person (Psyche)

Prof. Dr. W. Pfeiffer zitiert nach Kaya D.: Ansätze und Erfahrungen einer Langzeittherapieeinrichtung für drogenabhängige junge Männer ausländischer Herkunft in: Salman R., Tuna S., Lessing A. (Hrsg.) Handbuch Interkulturelle Suchthilfe, Gießen, Psychosozial-Verlag, 1999

	Migrations-dynamik	Kulturelle Dimension
Interkulturelle Kompetenz	• Verhältnis Mehr-heitsgesellschaft/ Minderheiten • Erfahrungen von Diskriminierung, Aus- und Abgrenzungen • Migrationsdynamik: Hintergründe, Verläufe, aktuelle Belastungsfaktoren, Rückkehrgedanke	• Sprache • Religion • kulturelle Wert-orientierung • soziokulturelle Alltagspraxis

Beziehung

Berater - Ratsuchender

	Psychologische Dimension	Soziale Dimension
Psychosoziale Kompetenz	• Persönlichkeitsstruktur • Familiendynamik • Psychodynamik im Lebenszyklus • Formen und Funktion von psychischen Störungen und Krankheiten	• Soziale Lage • Einkommen • Wohnverhältnisse • Soziale Netzwerke im Lebensumfeld

Modell von Kunze, 1988

Vortrag 2

Patientinnenerwartungen und –zufriedenheit im interkulturellen Vergleich
Ergebnisse der Berliner Migrantinnenstudie

Theda Borde

Die Entwicklung der Berliner Bevölkerung wurde in den letzten 40 Jahren ähnlich wie in anderen deutschen Großstädten und industriellen Ballungsräumen durch Zuwanderung von Menschen aus dem Ausland geprägt. Derzeit beträgt der Ausländeranteil in Deutschland ca. 9 % und schwankt in Großstädten beispielsweise zwischen
ca. 30 % in Frankfurt/M. und etwa 3 % in Dresden. In einigen westlichen Stadtbezirken Berlins machen Migranten ca. 30 % der Wohnbevölkerung aus. Dementsprechend hoch ist auch der Anteil ausländischer Patientinnen in der im Berliner Bezirk Wedding gelegenen Frauenklinik, in der unsere Public Health-Studie zur „Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter deutscher und türkischsprachiger Patientinnen“ (Borde, David und Kentenich, BMBF 1996 - 1999) durchgeführt wurde.

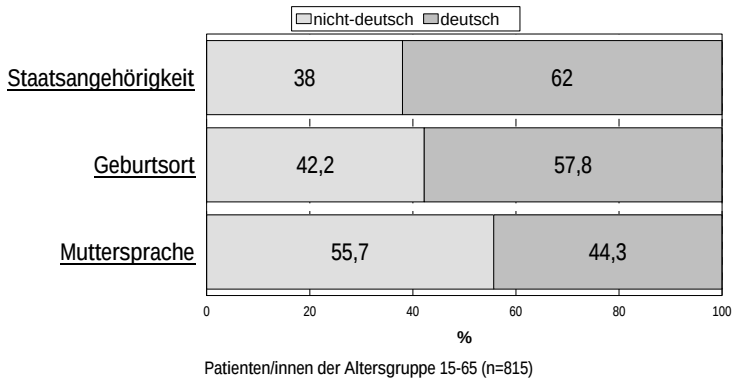
In der Untersuchung ging es u. a. um die Frage, ggf. vorhandene Unterschiede bei den Erwartungen an die Klinik vor allem aber bei der Patientenzufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Versorgung zwischen deutschen Frauen und Immigrantinnen aufzudecken und zu interpretieren. Die Untersuchung konzentrierte sich auf Migrantinnen auf aus der Türkei, da diese in der Frauenklinik des Virchow-Klinikums die größte Migrantinnengruppe darstellen.
Bisherige Publikationen zur Patientenzufriedenheit im Krankenhaus aus dem deutschsprachigen Raum beschränkten sich zumeist auf deutsche Patientinnen und Patienten. Aus methodisch-konzeptionellen Gründen sind nicht-deutschsprechende Patienten/innen mit Migrationshintergrund meist nicht berücksichtigt bzw. ignoriert und als zu vernachlässigende Größe behandelt worden. Über die Einstellungen, spezifische Erwartungen, die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit von Migrantinnen und Migranten als Patienten liegen kaum Kenntnisse vor, so dass auch die Wissensbasis für die Entwicklung adäquater Versorgungskonzepte für sie fehlt.

Auf der Basis der Erfahrungen aus der Frauengesundheitsforschung zeigen Fuchs u. Maschewsky-Schneider (2000:40), dass migrationsspezifische Aspekte in verschiedenen Phasen des Forschungsprozesses (von der Forschungsfrage über das Studiendesign, die Datensammlung und die Datenanalyse bis zu den Schlussfolgerungen) berücksichtig werden müssen, wenn Migrantinnen und Migranten in Untersuchungen angemessen repräsentiert sein sollen.

Nicht nur für Studien, statistische Erhebungen oder die Gesundheitsberichterstattung sondern auch für die Versorgung und die Gesundheitsplanung ergibt sich zunächst die Frage, wer als Migrantin oder Migrant definiert wird. Am Beispiel unserer aktuellen Untersuchung zur „Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen“ (Borde, David, Kentenich BMBF / Spitzenverbände der Krankenkassen 2001-2003) möchte

ich aufzeigen, wie sich je nach Definition recht unterschiedliche Zahlen ergeben können, die dann wiederum Auswirkungen auf die Ergebnisse haben. Aus der Patientenbefragung, in die 815 Patientinnen und Patienten von drei Berliner Notfallambulanzen (Altersgruppe 15 - 65) einbezogen wurden, standen Daten zur Staatsangehörigkeit, zum Geburtsort und zur selbst genannten Muttersprache zur Verfügung. Geht man von der Staatsangehörigkeit aus, so lag der Migrantenanteil bei 38 %, nach Geburtsort im Ausland bei 42,2 % und nach von den Patienten/innen angegebener Muttersprache bei 55,7 % (Abb. 1).

Abb. 1: Verschiedene Kategorien zur Definition kultureller Vielfalt am Beispiel der Berliner Notfallambulanzstudie (Borde& David 2001-2003)



Vorhandene große Datensätze, die Aufschlüsse über die gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland zulassen, differenzieren meist nur nach Staatsangehörigkeit. Problematisch ist dabei, dass Aussiedler/innen und eingebürgerte Migranten/innen in diesem Konzept nicht erfasst sind, obwohl deren Biographie und Lebenslage durch Migration maßgeblich geprägt ist.

Zur Methodik der Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter Frauen

Das Untersuchungskollektiv der Studie umfasste Patientinnen der gynäkologischen Stationen der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Virchow-Klinikums, Universitätsklinikum Charité in Berlin, die sich dort zwischen April 1996 und Juli 1999 in stationärer Behandlung befanden und entweder deutscher oder türkischer und kurdischer Herkunft waren. Die Stichproben wurden konsekutiv gewonnen. Neben der Ethnizität waren weitere Einschlusskriterien das Lebensalter der Patientinnen (15 - 75 Jahre), ein mindestens 3-tägiger stationärer Aufenthalt sowie eine schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie.
Die Patientinnen erhielten am Aufnahmetag (T1) ein 27-seitiges Fragebogenpaket mit Fragen zu soziodemographischen und migrationsbezogenen Daten, psychischen Befindlichkeit, Verständnis der medizinischen Aufklärung, Kontakten zu niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen, Gesundheitswissen sowie den Erwartungen der Patientinnen an die stationäre Versorgung. Am Ende ihres Klinikaufenthaltes (T2) füllten die Frauen nochmals einen 5-seitigen Fragebogen aus,

der sich auf ihre Zufriedenheit in der Klinik konzentrierte. Um Migrantinnen in der Untersuchung angemessen repräsentieren zu können, war - wie eine eigene qualitative Pilotstudie zeigte - sowohl bei der Gestaltung des Fragebogens als auch bei der Durchführung der Befragung die Berücksichtigung der Sprachkenntnisse, der Lese- uns Schreibkundigkeit sowie spezifischer soziokultureller Hintergründe der Patientinnen notwendig. Im Rahmen des Projekts wurde der Fragebogen vom Deutschen ins Türkische übertragen. Die Bedeutungsäquivalenz der übersetzten Befragungsinstrumente wurde durch die Rückübersetzung der türkischen Fragebogenversion in die deutsche Sprache gewährleistet. Patientinnen mit geringem Alphabetisierungsgrad wurden durch die mündliche Abfrage des Fragebogens in die Studie einbezogen werden (näheres zur Methodik und zu weiteren Ergebnissen der Studie vgl. David, Borde 2001).
Der Fragebogenteil zu Patientinnenerwartungen und -zufriedenheit basiert auf einem in der Ambulanzerhebung eines WHO-Projekts in Wien verwendeten Untersuchungsinstrument (Wimmer-Puchinger 1994). Während die Erwartungen mit der Frage: „*Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Versorgungsaspekte?*“ anhand von insgesamt 38 Variablen detailliert erfasst werden, erfolgt die Beurteilung zusammenfassend in Bezug auf die Kernbereiche medizinische Versorgung, Pflege, Aufklärung, psychosoziale Betreuung, Unterbringung, Verpflegung und Tagesablauf. Auf der Grundlage der Erkenntnisse aus der qualitativen Pilotstudie wurde der Fragebogen um den Themenbereich Berücksichtigung migrantinnenspezifischer Versorgungsaspekte ergänzt. Dazu wurden bei den Erwartungen im Einzelnen die Bedeutung des Einsatzes qualifizierter Dolmetscher, der Akzeptanz kultureller Besonderheiten und der Beachtung islamischer Verpflegungsregeln erfragt. Die Patientinnen bewerteten die einzelnen Versorgungsbereiche auf dem Fragebogen anhand einer 5-stufigen Skala, die in Bezug auf die Erwartungen zu einzelnen Aspekte von 1 = gar nicht wichtig bis 5 = sehr wichtig und in Bezug auf die Zufriedenheit von 1 = gar nicht zufrieden bis 5 = sehr zufrieden reichte.
In die statistische Auswertung wurden soziodemographische und migrationsbezogene Daten einbezogen. Unterschiede in den Merkmalsausprägungen wurden anhand des Variabilitätskoeffizienten nach Pearson (Chi^2-Test) mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS auf Signifikanz geprüft. Bei einem Signifikanzniveau von $p<.05$ wurden die festgestellten Unterschiede als statistisch relevant angenommen.

Ergebnisse

Rücklauf der Fragebögen

Insgesamt wurden in die Studie 320 deutsche und 262 Frauen türkischer Herkunft einbezogen, die während des 1½-jährigen Erhebungszeitraums Patientinnen der gynäkologischen Stationen der Frauenklinik des Virchow-Klinikums waren. In beiden Vergleichskollektiven konnte eine Rücklaufquote von ca. 95 % erreicht werden. Begünstigt wurde dies zum einen durch den Befragungszeitpunkt noch während des stationären Aufenthalts, die direkte persönliche Ansprache der Patientinnen die Kontaktpflege zwischen den beiden Befragungszeitpunkten am Aufnahmetag und am Tag vor der Klinikentlassung. Darüber hinaus war die Anpassung der Befragungsmethoden an die Zielgruppe der türkischsprachigen Migrantinnen (Fragebögen in der Muttersprache, türkische Sprachkenntnisse der Interviewerin, mündlicher Abfragemodus bei nicht alphabetisierten Frauen) für die hohe Rücklaufquote im Migrantinnenkollektiv ausschlaggebend.

Unterschiedliche Lebenslagen

Die soziodemographische Altersverteilung zwischen Immigranten und Deutschen in der Bundesrepublik Deutschland spiegelt sich auch unter den Patientinnen der Frauenklinik wieder. So lag der Altersmedian im deutschen Patientinnenkollektiv (41 Jahre) deutlich höher als im türkischen (30 Jahre). Korrespondierend mit den Unterschieden beim Lebensalter der beiden Vergleichsgruppen, ergeben sich ebenfalls Unterschiede im Spektrum der stationär behandelten Erkrankung. So wurden altersabhängig erheblich mehr Migrantinnen aufgrund einer Schwangerschaftsstörung und deutlich mehr deutsche Frauen wegen eines Krebsleidens stationär behandelt. Der Anteil der gutartig gynäkologisch erkrankten Patientinnen lag in der deutschen Studiengruppe bei 62,2 % gegenüber 53,4 % in der türkischen.
Deutliche Unterschiede zeigten sich auch bezüglich des Erwerbsstatus der einheimischen und zugewanderten Patientinnen, wobei der Anteil der Nichterwerbstätigen in der türkischen Gruppe fast doppelt so hoch war. Bedingt durch die Migration sind bei Frauen türkischer Herkunft sowohl deutsche als auch türkische Bildungsabschlüsse zu verzeichnen. Fast 10% der befragten Frauen türkischer Herkunft hatten nie eine Schule besucht, höhere Bildungsabschlüsse waren bei deutschen Patientinnen dreimal häufiger.
Auch beim Familienstand zeigten sich Unterschiede, wobei die Immigrantinnen wesentlich häufiger verheiratet waren als die deutsche Vergleichsgruppe und im Durchschnitt mehr Kinder hatten.
Die Heterogenität des türkischen Patientinnenkollektivs zeigt sich auch bei der Aufenthaltsdauer in Deutschland und dem Migrationsstatus der wiederum die deutschen Sprachkenntnisse beeinflusst. Jeweils ein Drittel der türkischsprachigen Patientinnen gab an, die deutsche Sprache ‚gut/sehr gut', ‚einigermaßen gut' oder ‚kaum/gar nicht' zu beherrschen. Anhand der von den Patientinnen gewählten Version des Fragebogens (deutsch- oder türkischsprachig) und des Bearbeitungsmodus konnten zusätzlich Rückschlüsse auf Sprachpräferenz und -kompetenz sowie Lese- und Schreibfähigkeit in der einen oder anderen Sprache gezogen werden. Der größte Teil der Patientinnen türkischer Herkunft (61,4%) zog die türkischsprachige Version vor. Während 32 % der befragten Immigrantinnen lese- und schreibtechnische Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens benötigten, waren es bei den deutschen nur 4 von 320 Frauen (Tab. 1).

Tab. 1: Vergleich soziodemographischer Daten der befragten Patientinnen

		Patientinnen türk. Herkunft	deutsche Patientinnen
Lebensalter		%	%
p<.05	<30 Jahre	14,7	48,5
	30-50 Jahre	57,5	40,5
	>50 Jahre	27,8	11,0
Schweregrad der gyn. Erkrankung	Schwangerschafts-störung	39,7	4,7
p<0.5	Gyn. Gutartig	53,4	62,2
	Gyn. Bösartig	6,9	33,1
Bildungsgrad	Nie eine Schule besucht	10,2	0
p<.05	Ohne Abschluss/ Grundschule	39,7	5,1
	Haupt- und Realabschluss	37,9	52,7
	Fach-, Abitur, Hochschulabschluss	12,2	42,2
Erwerbsstatus	Untere Erwerbs-gruppe	22,4	14,4
p<.05	Mittlere Erwerbs-gruppe	6	23,8
	Höhere Erwerbs-gruppe	0.8	17,1
	Haufrau	38,8	9,4
	Arbeitslos	14,8	11,7
	Rente	6	14,5
	Sonstige	11,2	9,1
Familienstand	Ledig	4,6	29
p<.05	Verheiratet	89,4	49,6
	Geschieden	4,2	16,7
	Verwitwet	1,9	4,7
	Kinderzahl (Mittelwerte)	2,4	1,8

Patientinnenerwartungen an die stationäre Versorgung

Unabhängig von der Ethnizität hatten alle befragten Patientinnen hohe Erwartungen an die fachliche Kompetenz und Qualifikation der Ärzte und Pflegekräfte, sorgfältige Untersuchung und Behandlung, Ehrlichkeit bei der Aufklärung, größtmögliche Sicherheit, Hygiene und eine moderne medizinische Einrichtung. Ebenso bedeutsam waren für beide Vergleichsgruppen soziale und kommunikative Fähigkeiten des Klinikpersonals, was sich in hohen Patientinnenerwartungen an verständliche Informationen über die medizinische Maßnahme, freundliche und geduldige Erklärungen, Informationen und Beratung durch die Ärztinnen und Ärzte, Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit sowie ausreichender Zeit des Personals für die Patientinnen ausdrückte. Neben diesen universellen Patientinnenerwartungen, denen generell hohe Wichtigkeit beigemessen wurden, hoben die Migrantinnen darüber hinaus die Bedeutung guter sprachlicher Verständigungsmöglichkeiten, der Akzeptanz kultureller Besonderheiten und der Gleichbehandlung mit deutschen Patientinnen als wichtige Kriterien einer gutem stationären Versorgung hervor (Tab. 2).

Tab. 2: Erwartungen an die stationäre Versorgung - Rangliste der türkischen Patientinnengruppe im Vergleich zur Bewertung der deutschen Patientinnen	**Wichtig / sehr wichtig Zusammengefasst in %**	
	türk. Pat. (n=255)	**Dtsch. Pat. (n=316)**
1. sorgfältige Untersuchung und Behandlung	98,1	98,7
2. gute Ausbildung und Kompetenz der Ärzte	97,6	98,7
3. Hygiene	97,2	94,2
4. freundliche und geduldige Erklärungen, Information und Beratung	95,7	92,1
5. freundliche und geduldige Zuwendung des Pflegepersonals	95,6	91,3
6. Ehrlichkeit bei der Aufklärung	95,2	96,2
7. verständliche Informationen über die med. Maßnahme	94,9	93,3
8. freundliches und hilfsbereites Pflegepersonal	93,6	93,3
9. kein Zeitdruck beim Pflegepersonal	92	89,4
10. größtmögliche Sicherheit	91,9	94,9
11. fachkundiges Pflegepersonal	89,2	93,2
12. individuelle Betreuung d. Patientinnen	87,7	87,9
13. Betreuung, Trost und Stützung bei Schwierigkeiten	**87**	76,5
14. gesundes Essen	**86,4**	74,3
15. maßvoller Einsatz von Medikamenten	86,2	89,6
16. moderne medizinische Einrichtung	86,0	**93,9**
17. professionelle psychologische Betreuung	**81,3**	71,3
18. hohe Mitbestimmung	**81,2**	75,1
19. Einsatz qualifizierter Dolmetscher bei Sprachproblemen	**80,6**	39,8
20. Professionelle Unterstützung in sozialen Angelegenheit	**77,9**	68,3

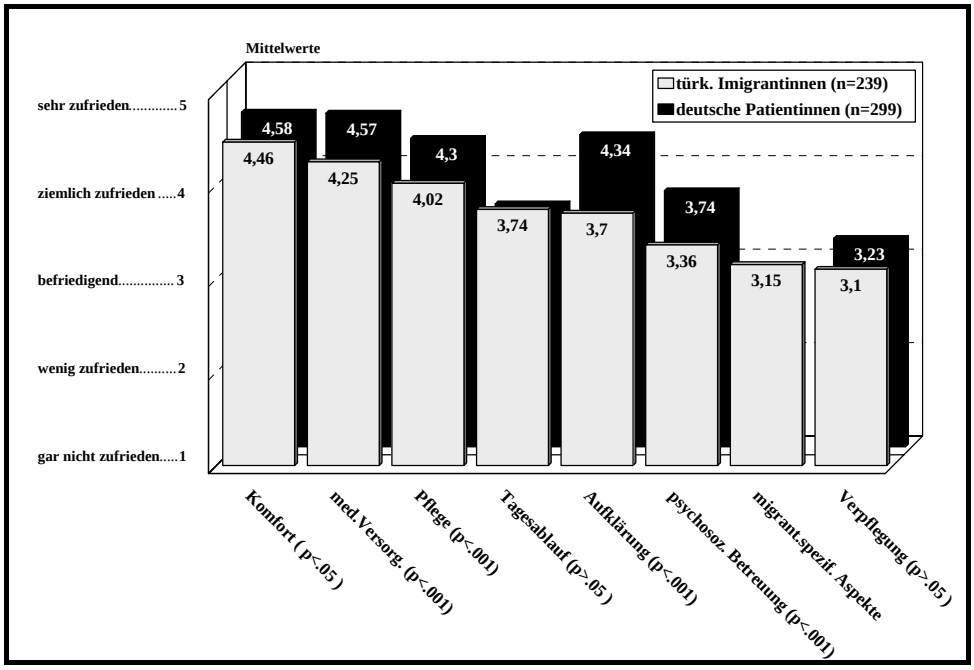
21.	sanitäre Einrichtungen im Raum (Dusche, WC)	77,9	78,0
22.	Berücksichtigung kultureller Besonderheiten	**73,6**	35,1
23.	achten auf islamische Regeln bei der Zubereitung der Mahlzeiten	**70,2**	16,9
24.	guter Informationsfluss zwischen verschiedenen Bereichen der Klinik	68,0	72,1
25.	Sorgfalt bei der Zusammenlegung von Patientinnen	60,1	66,7
26.	mehrere Menüs zur Auswahl	56,6	51,5
27.	freie Besuchszeiten	53,8	**60,6**
28.	Nähe zum Wohnort	**45,6**	20,5
29.	auch Speisen aus anderen Ländern zur Auswahl	**44,3**	24,6
30.	angenehmer Aufenthaltsraum, Cafe	**37,0**	16,6
31.	individuelle Weck- und Schlafzeiten	**32,4**	24,2
32.	festgelegte Besuchszeiten	**31,1**	15,9
33.	Zimmernachbarin gleicher Nationalität	14,5	**27,8**

(Zahlen in **Fettdruck** - statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen $p<.05$)

Patientinnenzufriedenheit im interkulturellen Vergleich

Die Skalenauswertung der am Tag vor der Entlassung aus der Klinik erhobenen Patientenzufriedenheit ergab, dass die Migrantinnen tendenziell bezüglich aller abgefragten Versorgungsaspekte mit Ausnahme des Tagesablaufs unzufriedener waren als die deutschen Patientinnen. Wesentlich größere Unzufriedenheit ($p<.05$) zeigte sich bei den Immigrantinnen im Vergleich zu den deutschen Frauen in Bezug auf die ärztliche Information und Aufklärung, die psychosoziale Betreuung, die medizinische Versorgung und die Pflege. Immigrantinnen und deutsche Patientinnen platzierten die Unterbringung in den komfortabel eingerichteten Patientinnenzimmern der Anfang der 90er Jahre neu gebauten Universitätsfrauenklinik der Charité Campus Virchow-Klinikum auf den ersten Platz der Rangliste von acht verschiedenen Versorgungsaspekten, während die Verpflegung am untersten Ende angesiedelt wurde. Während alle Patientinnen der türkischsprachigen Gruppe die Frage nach der Berücksichtigung kultureller Besonderheiten vollständig beantworteten, wurde dieser Aspekt von zwei Drittel der deutschen Patientinnen ignoriert. Auffällig ist, der hohe Anteil unzufriedener Immigrantinnen mit der Verpflegung und der Berücksichtigung migrantenspezifischer Bedürfnisse (ca. 34 %) sowie mit der psychosozialen Betreuung in der Klinik (ca. 26 %) und der Aufklärung (17,5 %) (Abb. 2).

Abb. 2
Patientinnenzufriedenheit mit verschiedenen Versorgungsaspekten im Vergleich



Zufriedenheit mit ärztlicher Information und Patientinnenaufklärung

Da die Differenzen in der Bewertung der ärztlichen Information und Aufklärung zwischen den Untersuchungskollektiven im Vergleich zu allen anderen abgefragten Versorgungsaspekten am gravierendsten waren, drängt sich die Frage nach dem Einfluss der deutschen Sprachkenntnisse der Frauen türkischer Herkunft auf ihre Zufriedenheit als Patientinnen auf. Denn die Informationsvermittlung in der Klinik geschieht in der Regel in deutscher Sprache, obwohl nur etwa ein Drittel der befragten Immigrantinnen ihre eigenen Deutschkenntnisse als ‚gut/sehr gut' einschätzten (Tab. 3).

Tab. 3: Zufriedenheit mit der ärztlichen Information und Aufklärung

		sehr zufrieden / zufrieden in %	einigermaßen zufrieden in %	unzufrieden in %
Ethnizität p<.001				
	Dtsch. Patientinnen (n=297)	85,8	10,9	3,3
	türk. Patientinnen (n=234)	60,7	21,8	17,5
Immigrantinnen nach Deutschkenntnissen p<.05				
	Gering (n=74)	49,9	23,0	27,1
	Einigermaßen (n=70)	65,7	22,9	11,4
	gut/sehr gut (n=85)	64,7	21,2	14,1

Die Patientinnenzufriedenheit mit der Aufklärung nahm zwar korrespondierend mit besseren deutschen Sprachkenntnissen der Patientinnen zu, dennoch sind Deutschkenntnisse nicht allein ausschlaggebend. Denn in der Gruppe der gut deutsch sprechenden Immigrantinnen war der Anteil der mit der Aufklärung unzufriedenen Patientinnen fast fünfmal so hoch wie im Gesamtkollektiv der deutschen Patientinnen.
Da der Bildungsgrad der Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft deutlich differierte, wurde eine gesonderte Analyse zum Einfluss des Bildungsgrades auf die Zufriedenheit mit der Aufklärung in der Klinik für beide Vergleichskollektive vorgenommen. Innerhalb der deutschen Patientinnengruppe ließen sich auf dieser Grundlage nur geringfügige Unterschiede feststellen, während innerhalb des Migrantinnenkollektivs deutlich wurde, dass Patientinnen mit höheren Bildungsabschlüssen wesentlich zufriedener mit der Aufklärung waren, als Frauen mit geringer oder ohne Schulbildung. Vergleicht man allerdings die Zufriedenheit mit der Aufklärung bei Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft mit mittleren Bildungsabschlüssen (d. h. in Deutschland erworbenem Haupt- oder Realschulabschluss) gesondert, wird eine deutlich höhere Unzufriedenheit bei den Immigrantinnen erkennbar (Tab. 4).

Tab. 4: Zufriedenheit mit der ärztlichen Information und Aufklärung nach Bildungsgrad

	Sehr zufrieden / zufrieden in %	**Einiger-maßen zufrieden in %**	**unzufrieden in %**
Patientinnen türkischer Herkunft p<.05			
keine Schule (n= 25)	36	40	24
5-jährige Grundschule /kein Abschluss (n= 29)	58,6	20,7	20,7
Haupt-/Real-/Berufschulabschluss (n=152)	63,2	21,7	15,1
Fach-, Abitur, Hochschulabschluss (n= 28)	71,5	7,1	21,4
deutsche Patientinnen p>.05			
kein Abschluss (n= 12)	75	25	0
Haupt-/Real-/Berufschulabschluss (n=154)	84,4	12,3	3,3
Fach-, Abitur, Hochschulabschluss (n=124)	87,9	8,1	4,0

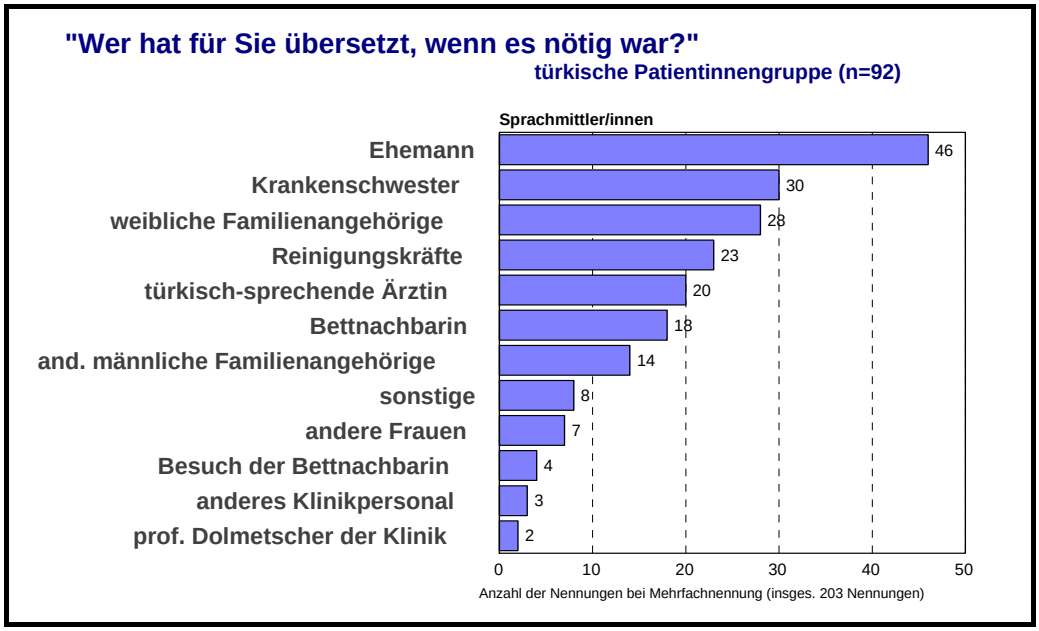
Ungelöste Kommunikationsprobleme zwischen Klinikpersonal und Migrantinnen

Während alle Patientinnenerwartungen und -wünsche, die sich auf die ärztlichen Informationen und die medizinische Aufklärung beziehen, von beiden Vergleichs-kollektiven auf den vorderen 10 Plätzen der Rangliste platziert wurden, erweisen sich diese hohen Erwartungen für die türkische Patientinnengruppe in der Konfrontation mit der Versorgungswirklichkeit im Krankenhaus als unrealistisch. Denn vergleicht man die Aussagen beider Patientinnenkollektive zu ihrem Verständnis der ärztlichen Aufklärung, so ist zu erkennen, dass zwar ca. 95 % der einheimischen Patientinnen aber nur ca. 66 % der befragten Migrantinnen angaben, die medizinische Aufklärung gut verstanden zu haben.
Vor allem Sprachprobleme standen der Kommunikation und damit der Informationsvermittlung und dem Verständnis der Aufklärung im Wege, denn je geringer die deutschen Sprachkenntnisse der befragten Immigrantinnen waren, um so geringer war der Anteil der Frauen, der Unklarheiten mit einer gezielten Nachfrage oder der Initiierung eines weiteren Gesprächs aus dem Weg räumen konnte. Allerdings waren offensichtlich nicht nur Sprachprobleme ein Hinderungsgrund, denn im Vergleich zur deutschen Patientinnengruppe (86,5 %) gaben nur 76,7 % der Immigrantinnen mit guten und sehr guten deutschen Sprachkenntnissen an, bei Verständnis-schwierigkeiten nachgefragt zu haben.

Ad-hoc Arrangements zur Überwindung von sprachlichen Verständigungs-problemen reichen nicht aus

Während 80,6 % aller befragten Migrantinnen die Relevanz des Einsatzes qualifizierter Dolmetscher/innen bei Sprachproblemen hervorhoben, gaben 40,4 % dieser Gruppe an, während des Klinikaufenthalts selbst einen Dolmetscher benötigt zu haben, da ihre Kompetenz in der deutschen Sprache für die Kommunikation mit dem Klinikpersonal nicht ausgereichte. In der Konfrontation mit der Realität auf der Station wurden die hohen Erwartungen an den Einsatz einer/es qualifizierten Dolmetschers/in allerdings enttäuscht. In der Frauenklinik waren Patientinnen mit sprachlichen Verständigungsproblemen häufig sich selbst überlassen oder dazu gezwungen, sich selbst um Hilfe zu bemühen.
Das gleiche Problem ergibt sich auch für die mit der Patientinnenaufklärung beauftragten ärztlichen Mitarbeiter/innen, die allerdings den in der Klinik beschäftigten Dolmetscher für die türkische und serbokroatische Sprache einbestellen oder auf externe Dolmetscher/innen zurückgreifen könnten, wobei die Kosten hierfür über den Pflegesatz abgedeckt wären. Während des Studienzeitraum machte aber kaum eine Ärztin oder ein Arzt davon Gebrauch, da - so die Begründung - der Einsatz von Dolmetschern/innen mit einem zu großen organisatorischen und zeitlichen Aufwand verbunden sei. Die tägliche Praxis der Sprachvermittlung für nicht-deutschsprachige Patientinnen wird in der Regel spontan organisiert und von eher zufällig anwesenden Laien geleistet. Beim Einsatz dieser „Zufallsdolmetscher“, handelt es sich um individuelle Notlösungen, die sowohl für die Patientinnen als auch für die Mitarbeiter/innen unbefriedigend bleiben. Die Befragung der Patientinnen türkischer Herkunft ergab, dass vor allem die Ehemänner und andere Familienangehörige aber auch bilinguales Klinikpersonal unterstützend eingreifen, um medizinische Informationen zu vermitteln oder zu übersetzen. (Abb.3)

Abb. 3:



In einer solchen Sprachvermittlungskonstellation kann der Patientinnenanspruch auf korrekte Information über die Erkrankung und die medizinische Therapie kaum kontrolliert werden. Denn, was bleibt übrig von einer ärztlichen Information über die Vorgehensweise bei der Entfernung der Gebärmutter, wenn Ehemänner, Kinder, Söhne, Schwiegersöhne oder gar der Besuch der Bettnachbarin übersetzt? Auch mit der Übersetzung der Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung sind Angehörige überfordert, da sie nie eine neutrale Position einnehmen können.

Der Einsatz von Klinikpersonal, das eigentlich für andere Aufgaben zuständig ist, bringt ebenfalls Probleme mit sich. Denn wer garantiert die Qualität der Übersetzung durch eine wohlwollende bilinguale Reinigungskraft, die gerade im Zimmer oder im Flur zu tun hat? Wie verhält es sich mit der Schweigepflicht? Auch eine Pflegekraft mit den gesuchten Sprachkenntnissen ist in erster Linie für ihren Beruf und nicht als Dolmetscherin qualifiziert und erhält in der Regel weder eine zeitliche Freistellung noch eine Anerkennung für diese zusätzliche Tätigkeit.

Meist sind mehrere Personen, die in unterschiedlicher Beziehung zur Patientin stehen, zu verschiedenen Zeitpunkten an der Sprachvermittlung beteiligt. Die „Zufallsdolmetscher/innen“ bringen ebenso wie die Patientin selbst verschiedenartige Voraussetzungen für das Verständnis der ärztlichen Information und der medizinischen Aufklärung mit. Das Verständnis medizinischer Fachbegriffe, das Wissen des/der Sprachvermittlers/in über Anatomie und Körperfunktionen, die Übersetzungs- und Vermittlungsfähigkeit der einzelnen zum Dolmetschen herangezogenen Laien variiert erheblich und beeinflusst die Informationsvermittlung und damit auch das Verständnis der ärztlichen Aufklärung für die Patientin. In der Gynäkologie werden relevante Informationen darüber hinaus bei der Vermittlung durch Angehörige oder Bekannte wahrscheinlich häufig durch Schamgefühle und Tabus verzerrt und reduziert. Manches bleibt gänzlich unausgesprochen oder wird auf einen Pauschalbegriff reduziert. Viele Fragen der Patientinnen können so gar nicht erst zu Worten formuliert werden.

Unsere Untersuchung ergab, dass die befragten Migrantinnen auch am Tag ihrer Entlassung aus der Klinik im Vergleich zu den deutschen Patientinnen wesentlich weniger über ihre aktuelle Gesundheitsstörung und die in der Klinik erhaltene

Therapie wussten. So konnten 51,9 % der deutschen aber nur 28,6 % der türkischen Frauen detaillierte Angaben über die erhaltene medizinische Maßnahme machen. Sehr pauschale und ungenaue Angaben bzgl. der Gesundheitsstörung (wie: Frauenkrankheit) und der Therapie (wie: Operation) dagegen fanden sich bei ca. 20 % der befragten Migrantinnen gegenüber ca. 7 % der deutschen Frauen.

Basiswissen über den weiblichen Zyklus und Anatomie des weiblichen Körpers

Neben ungelösten sprachlichen Kommunikationsproblemen wirkte sich auch der Wissensstand über den weiblichen Zyklus und Anatomie des weiblichen Körpers als Einflussfaktor auf das Verständnis der medizinischen Aufklärung aus, denn Ärztinnen und Ärzte gehen in der Regel von einem einheitlichen Basiswissen aus und setzen ihre Aufklärung dort an. Wirkliche Mitbestimmungsmöglichkeiten z. B. bei der Einwilligung zu einer Operationen oder in anderen Entscheidungsprozessen und die Mitwirkung der Patientin als Koproduzentin von Gesundheit sind erst dann gegeben, wenn die medizinische Aufklärung sich am individuellen Kenntnisstand einer Patientin orientiert und die Behandlungsmaßnahmen nach einer ausreichenden Erklärung für sie nachvollziehbar werden.
Im Fragebogen waren gezielte Fragen zu Themenbereichen, die für das Verständnis einer stationären gynäkologischen Therapie relevant sind, enthalten, um das tatsächliche Wissen der Frauen über Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane und ihrer Funktionen sowie Verhütung von Geschlechtskrankheiten und spezifische Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Frauen zu erforschen. Während in der qualitativen Untersuchung dem Laienwissen der Patientinnen über gesundheitliche Risikofaktoren und Protektivfaktoren nachgegangen wurde und hier für beide Vergleichsgruppen umfangreiche Kenntnisse festgestellt wurden (vgl. Borde 2002) zeigte sich im „Wissensquiz“ zum weiblichen Körper bei den befragten Migrantinnen ein deutlich geringeres Wissen. Insgesamt hatten 61,5 % der Patientinnen türkischer Herkunft gegenüber 15 % der deutschen Patientinnen nur geringe Basiskenntnisse über das in der medizinischen Aufklärung vorausgesetzte Wissen.

Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Themenkomplexe, die anhand der einzelnen Fragen erfasst wurden und stellt die Ergebnisse im Vergleich der beiden untersuchten Patientinnengruppen gegenüber.

Tab. 4: Wissen über Funktionen der weiblichen Geschlechtsorgane, Verhütung von Geschlechtskrankheiten und Früherkennungsuntersuchungen in der Gynäkologie

	Richtige Antwort in %		falsche Antworten in %		weiß ich nicht in %	
	Dtsch. (n=320)	Türkisch (n=262)	Dtsch. (n=320)	türkisch (n=262)	Dtsch. (n=320)	türkisch (n=262)
Zusammenhang zwischen Hormonen und Monatsblutung	39,5	12,8	46,8	42,5	13,7	44,7
Unfruchtbare Tag im Zyklus	44,8	22,7	35,9	41,8	17,4	35,5
Vorgang des Eisprungs	51,6	17,8	35,3	35,3	13,1	54,2
Veränderung der Körpertemperatur nach dem Eisprung	56,2	26,5	21,3	14,5	22,5	59,0
Untersuchung zu Zell-veränderungen des Muttermundes und Scheide	51,6	18,4	17,4	18,4	26.5	63,2
Mammographie	69,3	33,5	34,7	20,3	6,0	46,2
Übertragung von Geschlechtskrankheiten	88,7	65,5	10,4	17,3	0,9	17,2
Verhütung von Geschlechtskrankheiten	90,3	43,4	8,2	32,8	1,6	23,8

Das Antwortverhalten bzw. der Anteil der richtigen Antworten ermöglicht Aufschlüsse über den Schwierigkeitsgrad der Fragen bzw. der Vertrautheit der Frauen mit den unterschiedlichen Themenbereichen. Fragen zur Verhütung sexuell übertragbaren Krankheiten bereiten - möglicherweise aufgrund intensiver Kampagnen zur Aids-prävention - in beiden Kollektiven weniger Schwierigkeiten. Mehr Unkenntnis herrschte dagegen hinsichtlich frauenspezifischer Krebsfüherkennungs-untersuchungen und des weiblichen Zyklusgeschehens. Auch im deutschen Patientinnenkollektiv kannten weniger als die Hälfte der Patientinnen sich mit unfruchtbaren Tagen im Zyklus oder mit dem Einfluss von Hormonen auf die Menstruation aus.
Bei der Beantwortung aller Fragen wiesen Frauen des deutschen Vergleichs-kollektivs entscheidend mehr richtige Antworten auf. Patientinnen türkischer Herkunft wählen bei allen Variablen wesentlich häufiger die Antwortmöglichkeit „weiß ich nicht“.

Ungleiche Voraussetzungen - unterschiedliche Bedürfnisse

Die anfangs in der Stichprobenbeschreibung aufgezeigten soziodemographischen Unterschiede in den beiden Vergleichsgruppen wirken sich direkt auf den Kenntnisstand der Patientinnen über Gesundheitsvorsorge und Funktionen des weiblichen Körpers aus. Erst eine tiefergehende Analyse der Daten, unter Berücksichtigung dieser Parameter - die sich nicht auf den Vergleich zwischen

„deutsch“ und „türkisch“ beschränkt - offenbart ein klareres Bild über grundlegende Ursachen für Zugangsbarrieren zu Information und Wissen und damit auch Einschränkungen der Partizipationsmöglichkeiten. Betrachtet man den Kenntnisstand einzelner Untergruppen isoliert, so werden signifikante Unterschiede in Bezug auf den Bildungsgrad und dem Ort der Schulbildung deutlich. Im türkischen Patientinnenkollektiv sind darüber hinaus auch Faktoren wie: deutsche Sprachkenntnisse und Migrationsstatus für den Grad an Wissen über Gesundheit und Körpervorgänge von Bedeutung. Keine statistisch signifikanten Unterschiede wiesen nur die Altersgruppen auf.

Tabelle 5 gibt einen Überblick über den Anteil der Patientinnen mit „geringem Wissen“ über Gesundheit und Körpervorgänge in den verglichenen Unterkollektiven der Studie.

Tab. 5: Patientinnengruppen mit geringem Wissen

Unterkollektive	**Anteil der Patinnen mit geringen Kenntnissen in %**	
Ethnizität p=,000	Türkisches Patientinnenkollektiv (n=262)	61,5
	Deutsches Patientinnenkollektiv (n=320)	15,0
Altersgruppen p=,080	<30 Jahre alt (n=174)	41,4
	30-50 Jahre alt (n=290)	31,7
	>50 Jahre alt (n=118)	38,1
Bildungsgrad p=,000	Abitur/ lise/ Universität (n=163)	10,4
	Haupt-/ Real-/ Berufsschulabschluss (n=263)	28,9
	ilk okul[1]/ ohne Schulabschluß (n=120)	75,0
	nie eine Schule besucht (n=27)	85,1
Ort der Schulbildung p=,000	Schule in Deutschland (n=415)	21,4
	Schule in der Türkei (n=131)	71,8
Migrationsstatus p=,000	2. Migrantinnengeneration (n=109)	46,8
	Sonstige (Studentinnen / Flüchtlinge) (n=15)	46,7
	1. Migrantinnengeneration (n=82)	76,8
	Nachgezogene Ehefrauen (n=49)	77,6

Die schlechtesten Bedingungen, sich Wissen über komplizierte körperliche Vorgänge und Kenntnisse zur Gesundheitsvorsorge zu verschaffen, haben sowohl Frauen, die nicht ausreichend alphabetisiert wurden, als auch solche, die nur die Schule in der Türkei besucht haben. Deutsche Sprachkenntnisse scheinen sich auch bei den nicht ausreichend alphabetisierten Frauen positiv auf die Erweiterung der Wissensquellen auszuwirken. Während sich die Kenntnisse der Migrantinnen, die deutsche Sprache auch schriftlich gut beherrschen, an die des deutschen Kollektivs annähern, so ist der Anteil an Patientinnen, die nur geringe Kenntnisse hat, mit 32,5 % dennoch doppelt so hoch wie im deutschen Vergleichskollektiv (15 %).
Ein ähnliches Bild ergibt sich bei einem Blick auf den Migrationsstatus der Patientinnen. Während über die Hälfte der Patientinnen, die der zweiten Migrantinnengeneration zugerechnet wurden, über mindestens „einigermaßen gute“ Kenntnisse verfügten, lag dieser Anteil bei der ersten Migrantinnengeneration sowie bei den

[1] ilk okul = 5-jährige Grundschule in der Türkei

(vom Alter her eher mit der 2. Generation vergleichbaren) nachgezogenen Ehefrauen nur bei ca. 23 %. Auffällig war, dass auch junge Frauen, die in der Türkei eine *Lise*-Abschluss an einer türkischen Schule erworben hatten, nur über geringe Kenntnisse über den weiblichen Körper verfügten. Der gesamte Bereich der Sexualaufklärung ist offenbar aus der Schulbildung in der Türkei mehr oder weniger ausgeklammert.

Zusammenfassung

Die Zufriedenheit der befragten deutschen Patientinnen war hinsichtlich fast aller Versorgungsbereiche auch nach Berücksichtigung verschiedener Strukturunterschiede (Alter, Bildungsgrad, deutsche Sprachkenntnisse) deutlich größer als die der Migrantinnen. Jeweils ca. ein Drittel der befragten Patientinnen türkischer Herkunft waren mit der Qualität des Essens, der Berücksichtigung migrantinnenspezifischer Bedürfnisse in der Klinik und der psychosoziale Betreuung in der Klinik unzufrieden. Mit der medizinischen Aufklärung waren Patientinnen türkischer Herkunft fünfmal häufiger unzufrieden (17,5 vs. 3,3 %) als die Frauen der deutschen Vergleichsgruppe. Innerhalb des Migrantinnenkollektivs wiesen Patientinnen mit schlechteren Bildungsvoraussetzungen und geringeren deutschen Sprachkenntnissen signifikant höhere Unzufriedenheitswerte insbesondere hinsichtlich der Berücksichtigung migrantinnenspezifischer Versorgungsbedürfnisse und der medizinischen Aufklärung auf.

Höhere Erwartungen in Bezug auf die Informationen und Mitbestimmung stehen möglicherweise im Zusammenhang mit der Tatsache, dass diese für Migrantinnen vergleichsweise schwieriger zu erreichen sind. Bei einer genaueren Analyse des Meinungsbildes der befragten Migrantinnen hinsichtlich ärztlicher Information und Aufklärung zeigt sich zwar eine Korrelation zwischen besseren deutschen Sprachkenntnissen und höherer Zufriedenheit, dennoch ist die Unzufriedenheit mit diesem Versorgungsaspekt unter den türkischen Patientinnen fünfmal höher als bei der deutschen Vergleichsgruppe. Es ist anzunehmen, dass der Mangel an Dolmetschern, türkischsprechendem Personal und / oder türkischsprachigen Informationsmaterialien hier eine große Rolle spielt.

Zudem haben Ergebnisse unserer Studie gezeigt, dass bei vielen Patientinnen türkischer Herkunft das Basiswissen, auf dem die Aufklärungsgespräche wie auch die vorhandenen Aufklärungs- und Informationsmaterialien in der Klinik aufbauen, in wesentlich geringerem Maße vorhanden ist (David, Borde 2001). Die Ergebnisse zur Patientinnenzufriedenheit mit der Aufklärung lassen den Schluss zu, dass die derzeit praktizierte Art der Vermittlung medizinischer Informationen vor allem den Patientinnen nützt, die ohnehin gut aufgeklärt und informiert sind, während Frauen, die mehr Aufklärungsbedarf haben, mit den gängigen Methoden nicht adäquat erreicht werden. Eine angemessene gesundheitliche Aufklärung muß sich am Wissenstand der Patientin orientieren und darauf aufzubauen.

Schlussfolgerungen

- Überprüfung des vorhandenen Angebots und Entwicklung von bedarfsorientierten Versorgungskonzepten und Sicherung der Versorgungsqualität für alle Patienten/innen

- Sensibilisierung der Mitarbeiter/innen und der Klinikleitungen für die Notwendigkeit der interkulturellen Öffnung der Versorgungsangebote und –strukturen
- Weiterbildung der Mitarbeiter/innen zur Verbesserung interkultureller Kompetenzen sowie entsprechende Berücksichtigung von geschlechts- und migrationsspezifischen Aspekten in der Ausbildung von Fachkräften des Gesundheits- und Sozialwesens
- Verfügbarkeit und Einsatz qualifizierter Dolmetscher/innen
- Sicherung einer psychosozialen Betreuung und Beratung der Patientinnen während des stationären Aufenthalts (Angebote in relevanten Fremdsprachen und Kooperation mit migrantinnenspezifischen Einrichtungen)
- Entwicklung von bedarfsgerechten Informationsangeboten und Aufklärungsformen für Patientinnen mit besonderem Aufklärungsbedarf (Berücksichtigung von Sprachkompetenz, Bildungssituation, Alphabetisierungsgrad d. Patientinnen)
- Entwicklung von adäquaten Aufklärungsmaterialien für Migrantinnen zur Verbesserung der Partizipations- und Mitbestimmungsmöglichkeiten (zweisprachige Informationsblätter, Einsatz von Video, Bildmaterial, CD-Rom)
- Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung für Migrantinnen

Weiterführende Literatur

Borde, T.: Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie. Dissertation. Technische Universität Berlin, Fakultät VIII – Wirtschaft und Management 2002

Borde, T., David, M., Kentenich, H: Auch Migrantinnen sind erreichbar und gesprächsbereit. Überwindbare Zugangsbarrieren bei Patientenbefragungen. In: Satzinger, W., A. Trojan, P. Kellermann-Mühlhoff (Hrsg.) Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik Band 15. Asgard-Verlag: Sankt Augustin 2001: 229-242

David, M, Borde, T.: Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. Mabuse Verlag: Frankfurt/Main (2001)

Maschewsky-Schneider, U., Fuchs, J.: Brauchen wir in der Forschung zu Migration und Gesundheit besondere methodische Zugangsweisen? Was wir aus der Frauenforschung lernen können. In: Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt/M. 2000

Wimmer-Puchinger, B.: Erwartungen an die Geburtshilfe aus der Sicht der Frauen. Gynäkol. Geburtshilfliche Rundschau 34, 1994: 117-122

Vortrag 3

Frauenhandel und Zwangsprostitution

Jae-Soon Joo-Schauen

agisra Köln
(Arbeitsgemeinschaft gegen internationale sexuelle und rassistische Ausbeutung)
agisra Köln ist eine Informations- und Beratungsstelle in Köln für Migrantinnen und Flüchtlingsfrauen. Migrierte Frauen können bei agisra konkrete psychosoziale Unterstützung, Krisenintervention, Begleitung und Therapie erhalten. Ferner setzt sich agisra für die rechtliche Verbesserung der Migrantinnen ein, um wie alle deutsche Frauen ihre Menschrechte genießen zu können.

Frauenhandel und Zwangsprostitution
Frauenhandel ist die wirtschaftliche und psychologische Ausbeutung der Arbeitskraft von Frauen unter Zwang oder Freiheitsentzug und ohne ihre Beteiligung am wirtschaftlichen Ertrag ihrer Arbeitsleistung.

Frauen stellen den größten Anteil innerhalb der Migrations- und Fluchtbewegungen dar. Sie verlassen ihr Land, um ihre wirtschaftliche und gesellschaftliche Situation zu verbessern, und um ihr Leben zu retten.
IOM (Internationale Organisation zur Migration) schätzt, dass über 500 000 Frauen und Kindern über informelle Vermittlung nach Westeuropa gelangen und Opfer von Menschenhandel werden.
Sie werden häufig mit falschen Versprechen für einen gut bezahlten Job in einem Café oder im Haushaltbereich gelockt. Manche Frauen werden sogar entführt und verkauft, ohne dass sie selbst davon erfahren. Sie werden zur Prostitution oder/und in Hausarbeit unter ständiger Kontrolle gezwungen und erhalten keinen Lohn dafür. Bei einer polizeilichen Razzia erleben solche Frauen einen Schock, weil sie in der Regel wie eine Täterin behandelt werden. Sie besitzen weder eine gültige Aufenthaltserlaubnis noch eine Arbeitserlaubnis. In dieser Situation müssen Frauen der Polizei deutlich machen, dass sie nicht freiwillig, sondern unter Zwang arbeiten. Dann können sie als Opfer von Menschenhandel behandelt und anschließend an einer spezialisierte Beratungsstelle vermittelt werden.
Diese Kehrtwendung fällt in der Regel sehr schwer, weil sie erst vom Täter Drohungen erhalten haben und ihre Erfahrung mit der Polizei in ihrem Herkunftsland auch nicht positiv ist.

Nach gesetzlichen Regelungen werden Opfer von Frauenhandel nicht als Opfer von Kriminalität unterstützt, sondern vielmehr als Zeugin zwecks Ermittlung in einer Straftat behandelt. Opferzeuginnen können zur Bekämpfung des Menschenhandels hier geduldet werden. Sie erhalten auch keine Aufenthaltserlaubnis, wenn sie bei ihrer Rückkehr in ihrem Herkunftsland Repressalien erwarten.

Beispiel
Eine junge Frau M. wurde von einem Bekannten angesprochen, ob sie eine Arbeit in Deutschland annehmen will. Sie suchte gerade Arbeit und fand das Arbeitsangebot attraktiv. Frau M. kam mit dem Bekannten nach Deutschland und wurde in einem

Haus unter ständiger Kontrolle untergebracht. Ein Tag später kam Frau A., eine Landsfrau, hinzu. Frau A. wurde von einem Bekannten entführt, der vorgab, eine Spritztour mit ihr machen zu wollen. Einen Tag später erhielten die beiden Frauen Anweisungen, Freier sexuell zu bedienen. Sie lehnten sie ab und erhielten daraufhin Drohungen und schließlich Schläge. Frau A. wurde vergewaltigt, um sie gefügig zu machen. Sie, beide Frauen, wurden zu verschiedenen private Wohnungen gefahren und gezwungen, sich zu prostituieren.
Sie wussten nicht, wie sie sich aus dieser Zwangssituation befreien konnten. Frau A. war sehr stark verängstigt durch die ständigen Drohungen von Zuhältern und Schlägen. Falls sie zur Polizei gehen würden, würden sie sofort verhaftet und bestraft. Niemand würde ihnen glauben, dass sie zur Prostitution gezwungen wurden und helfen. Und ihre Familien würden einen hohen Preis als Rache zahlen.
Frau M. hielt die Situation nicht aus und versuchte, ihre Flucht zu organisieren. Es gelang ihr, eine junge Frau für diesen Zweck zu gewinnen. Diese Frau hatte sie zuvor für die Zuhälter gedolmetscht. Sie sprang aus dem ersten Stock eines Hauses und fuhr mit der Dolmetscherin, die mit einem Auto auf sie wartete, zur Polizei. Durch ihren Bericht aufmerksam geworden, ging die Polizei zu dem Haus, holte Frau A. heraus und nahm die Täter fest.
Frau M. ist außerordentlich mutig und hatte Glück, eine Helferin zu finden.

Auch junge Frauen, die ursprünglich als Au Pair vermittelt, in einen Haushalt kamen, und ebenso Ehefrauen, die zu ihrem Gatten kommen, können Opfer eines solchen Verbrechens werden. Diese Frauen leben mit dem Täter/Zuhälter zusammen. Bei Ablehnung der Anweisungen, besonders des Ehemannes, besteht die Gefahr, schnell ausgewiesen zu werden. Manche Männer sind darauf spezialisiert, Frauen aus dem Ausland zu heiraten und sie in die Sexarbeit zu schicken. Sie kassieren die Löhne, und halten die Frauen unter Zwang fest. Bevor die Ehefrau eine eigenständige Aufenthaltserlaubnis erhält, lassen sich solche Männer von ihrer Frau scheiden.

Definition des Menschenhandels nach dem StrafGesetzBuch und Beschluss von Vereinten Nationen in Palermo

Menschenhandel und schwerer Menschenhandel sind im Strafgesetzbuch §180b und §181 festgelegt. Diese Paragrafen besagen, dass Menschenhandel vorliegt, wenn sich eine Person unter Zwang, durch List und durch Ausnutzung ihrer besonderen Hilflosigkeit in einem fremden Land aufhält, zum Zweck der Prostitution bestimmt und ausgebeutet wird oder zu sexuellen Handlungen gebracht wird.
Hier ist besonders hervorzuheben, dass es sich um einen Menschenhandel handelt, wenn alle oben genannten Aspekte zutreffen. Während viele Fachberatungsstellen den Begriff Frauenhandel statt Menschenhandel anwenden, weil der Frauenhandel eine erweiterte Definition ist. Zum Beispiel dazu gehört Zwangsdienstbarkeit. Auf die Unterschiede gehe ich später ein.

Dies ist die Definition vom deutschen Strafgesetz. Es gibt aber keine einheitliche internationale Definition des Menschenhandels. Da Menschenhandel kein nationale, sondern grenzüberschreitende organisierte Kriminalität ist, braucht Frau eine einheitliche Definition des Begriffes und Zusammenarbeit der Aktivitäten. Also bemühen sich EU und die Vereinten Nationen gemeinsam, sie zu bekämpfen.

Die Generalversammlung der Vereinten Nationen hat am 9. Dez. ´98 in Palermo beschlossen, ein umfassendes internationales Übereinkommen gegen die

transnational organisierte Kriminalität auszuarbeiten und unter anderem die Ausarbeitung einer internationalen Übereinkunft zur Bekämpfung des Frauen- und Kinderhandels zu erörtern.

Sie haben den Begriff „Menschenhandel“ zu dem Menschenhandelsbegriff vom deutschen Strafgesetz erweitert: Zwangsarbeit oder Zwangsdienstbarkeit, Sklaverei oder sklavenähnliche Praktiken, Leibeigenschaft oder die Entnahme von Körperorganen gehören zum Straftatbestand des Menschenhandels.

Diese erweiterte Definition muss möglichst schnell in das deutsche Strafgesetz aufgenommen werden. Viele Fachberatungsstellen wie agisra fordern dies von der Bundesregierung, weil unsere Erfahrungen diese Definition widerspiegeln.
Wir beobachten, dass das Phänomen des Menschenhandels nicht auf Ausbeutung mit Zwangsprostitution begrenzt ist, sondern viel weitgehender zu beobachten ist.

Frauenhandel versus Menschenhandel
Über 95% der Opfer von Menschenhandel sind Frauen. Die Tätigkeit im informellen Sektor, wie in der Unterhaltungsbranche, Haushalt und Gastronomie, ist typische Frauenarbeit, wo Frauen mit ihrem Körper und ihren Reproduzierfähigkeiten eingesetzt werden. Daher ist der Begriff Frauenhandel ein angemessener Ausdruck. Wenn die Definition in das deutsche Strafgesetz integriert wird, könnte die Unterscheidung zwischen Frauenhandel und Menschenhandel überflüssig sein. Aber solange überwiegend Frauen von Menschenhandel betroffen werden, ist der Ausdruck Frauenhandel als ein politischer Kampf zu betrachten.

Wie schwierig die Bekämpfung des Frauenhandels ist, zeigt folgendes Beispiel:
Eine Frau bekam ein Jobangebot über ein Vermittlungsagentur und kam über ein anderes Land zu einer Diplomatenfamilie nach Deutschland. Sie hatte bereits Erfahrung, in einem Haushalt im Ausland zu arbeiten. Ihr Pass wurde vor der Einreise nach Deutschland abgenommen, und sie erhielt als Erklärung, dass dies notwendig sei, weil sie später gemeinsam mit ihnen nach Deutschland einreisen würde. Man erklärte ihr, die Familie werde schon alle Formalitäten insoweit erledigen. Sie arbeitete in einem großen Haushalt des Diplomaten in Deutschland. Ihre Arbeitzeit war von morgens früh 6 Uhr bis Mitternacht, ohne Pause. Sie wurde streng überwacht, so dass es ihr unmöglich war, zu einem früheren Zeitpunkt wegzulaufen. Sie hat mehrfach nach ihrem Lohn gefragt, weil sie ihn dringend nach Hause schicken musste. Zuhause warteten ihre zwei Schulkinder und ihr Mann auf ihre Überweisung. Sie konnte schließlich in einem günstigen Moment fliehen und Hilfe bei einem Nachbarn erhalten.
Die Schwierigkeiten mit den Behörden fingen an. Der angeklagte Diplomat schilderte eine andere Version, woraufhin das Ausländeramt ihr nicht glaubte und sie in Abschiebehaft unterbringen ließ. Mit der Hilfe eines Rechtsanwalts kam sie einen Monat später raus. Der Rechtsanwalt erstatte eine Strafanzeige gegen den Diplomaten wegen Freiheitsberaubung und vorenthaltenen Lohn. Die Strafanzeige lautet nicht Menschenhandel, weil es sich nicht um sexuelle Ausbeutung handelt. Der Rechtsanwalt will sie nicht weiter vertreten, weil sie das Honorar nicht zahlen konnte. Jetzt vertritt sie eine andere Rechtsanwältin, um ihren Lohn und eine Entschädigung zu erlangen.

Da der Täter einen Diplomatenstatus besitzt, ist es besonders schwierig Sanktionen zu verhängen.

Es gab immer wieder Fälle, in denen Frauen von Diplomaten ausgebeutet wurden, aber Abhängigkeit und kaum vorhandene rechtliche Möglichkeiten verhindern es Frauen für ihre Rechte kämpfen.

Erlasse über Aufenthaltsregelung u. a.
Wenn es feststeht, dass es sich um ein Opfer von Menschenhandel handelt, gibt es einige Erlasse zur Regelung des Aufenthaltsstatus und Kosten.
Frauen sollen zuerst eine vierwöchige Duldung erhalten, unabhängig davon, ob sie bereit zur Zeuginnenaussage sind. Wer Zeuginnenaussage macht, kann solange bleiben, bis das Verfahren rechtsgültig abgeschlossen ist.

Dieser Erlass wurde vom NRW-Ministerium am 11. 4. 1994 erteilt, und andere Bundesländer folgten ihm nach.
Die Erfahrung von vielen Fachberatungsstellen zeigt, dass dieser Erlass immer noch nicht voll angewandt wird. Viele Frauen werden trotz ihrer Aussage zur Zwangsprostitution in die Abschiebehaft transportiert. Durch Einmischung von agisra konnten einige Frauen aus der Haft entlassen werden, aber bei manchen kommt die Hilfe zu spät. Sie sind bereits abgeschoben. Die meisten Frauen in dieser Situation erfahren von der Möglichkeit der "freiwilligen" Ausreise nicht, und werden statt dessen abgeschoben.

Frauen, die als Zeugin aussagen, werden von Täterkreisen gesucht, um sie zu überzeugen, ihre Aussage zurückzunehmen. Daher ist anonyme, sichere Unterkunft sehr wichtig. Frauen leiden an Drohungen und Repressalien. Nicht selten machen sie ihre Aussage rückgängig aus Angst. Frauen, die durch sexualisierte Gewalt traumatisiert sind, leiden an posttraumatischen Störungen und brauchen dringende Therapie. Die Erfahrung, der Selbstbestimmung beraubt zu werden, prägt sich in ihrem Selbstbild stark ein. Es ist daher wichtig, Frauen, insbesondere traumatisierten Frauen, zu vermitteln, dass sie alleine die Entscheidung treffen können, ob sie angesichts ihrer rechtlichen Lage aussagen wollen.

Nach langjährigen Forderung von Beratungsstellen können Frauen, die Opfer von Frauenhandel sind, seit zwei Jahren eine Arbeitserlaubnis erhalten. Es ist ein kleiner Erfolg, dass die Frauen ihre Wartezeit auf das Gerichtsverfahren durch Erwerbstätigkeit oder Ausbildung nutzen können. Viele von ihnen machen hiervon Gebrauch, vor allem besuchen sie Deutschkurse.

Das Asylbewerberleistungsgesetz regelt die Kosten für die von Frauenhandel betroffenen Frauen. Viele Frauen leiden infolge der früheren Behandlungen wie Erpressung, Vergewaltigung unter Angst. Da aber nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nur die Behandlung akuter Erkrankungen gewährt wird, werden den Frauen rehabilitierende Maßnahmen nicht gewährt. Psychotherapeutische Behandlung z. B. wird nicht bewilligt.

Probleme der Zuständigkeit der Kosten
Das Kommunale Sozialamt streitet häufig ab, die Kosten der Unterkunft und Hilfe zum Leben für die vom Frauenhandel Betroffenen zu übernehmen. Sie wurde von einer anderen Kommune aufgegriffen, und diese Kommune soll die Kosten übernehmen. Wir Beraterinnen stehen zwischen beiden Kommunen, die sich gegenseitig die Verantwortung zuschieben. Wir haben uns deswegen einmal an das

Landesministerium gewandt und erhielten zur Antwort: Da das Landesministerium keine Anweisung an die Kommune geben kann, sollen wir uns an das Verwaltungsgericht wenden.
Seit langem fordern wir von der Landes- und Bundesregierung einheitliche Regelung der Kosten, insbesondere für Jugendliche, bisher noch ohne Erfolg.

Vortrag 4.1

Internationales Frauenzentrum: Eine Antwort auf gesundheitliche Bedürfnisse der Migrantinnen in der Region.

Sara Gaviglio

Ich möchte diesen Vortrag beginnen mit der Erzählung einer Geschichte, die meiner Familie und mir vor vielen Jahren passiert ist. Es handelt sich um unseren ersten Kontakt mit einem Gesundheitssystem, das uns damals fremd war. Vor 18 Jahren hatten wir uns aus Arbeitsgründen in den USA niedergelassen. Am zweiten Abend unseres Aufenthalts zeigte meine damals 18 Monate alte Tochter, die sehr sensibel auf Wetteränderungen war, eine spasmobronchiale Reaktion, die unbedingt behandelt werden mußte. Wir hatten noch keinen Wagen und wohnten von der Stadt zu abgelegen, um einen Arzt zu erreichen. Mein damals argentinisch-denkendes Kulturgehirn sagte dann: „Rufen wir den Health Care Center an, sie sollen uns einen Kinderarzt schicken, was in Argentinien (unserer Heimat) sehr üblich ist.“ Was wir noch nicht wußten, war, dass in N.Y. nur in extremen Notfällen Ärzte die Praxis verlassen, und dass Patienten nur bei Lebensgefahr einen Arzt zu Hause verlangen. Ein paar Minuten später hatten wir nicht nur einen Rettungswagen, sondern auch die Feuerwehr zu Hause. Das Rettungsteam untersuchte meine Tochter, die von solcher Aufregung wieder gut atmen konnte, brachte uns mit dem Rettungswagen in die Klinik, wo die kleine Lucrecia die benötigte Behandlung bekam. Eine halbe Stunde später schickten sie uns mit einem Taxi nach Hause.
Es ist eine für uns sehr aufregende und für die Krankenkasse sehr teure Angelegenheit gewesen. Aber es ist nur ein Beispiel für die vielen Erfahrungen, die Migranten durchmachen, wenn sie das fremde System noch nicht kennen, und wenn Fachleute die Regeln und Modalitäten des Systems als universelle Selbstverständlichkeiten sehen.

Wahrscheinlich haben Sie sich schon gefragt, warum ich mit dieser Geschichte anfange, wenn es meine Absicht in diesem Saal ist, Ihnen die Arbeit des Internationalen Frauenzentrums vorzustellen. Und doch hat beides viel miteinander zu tun. Eine der wichtigsten Funktionen, die wir täglich übernehmen, ist, die „Selbstverständlichkeiten“ von eingewanderten Klienten und den in Gesundheitswesen tätigen Fachkräfte einander näher zu bringen Brücken zu schlagen, beide Seiten zu einer nötigen Bewegung aufeinander zu stimulieren. Eine Bewegung, die Immigranten zu einem besseren Verständnis dieser Gesellschaft, besonders des Gesundheitswesens, führt und die bei den im Gesundheitswesen beschäftigten Fachkräften Neugier auf und Sensibilität für die Besonderheiten und Bedürfnisse unserer Klientinnen weckt.

Aber was ist das Internationale Frauenzentrum? Es ist eine sozialmedizinische und psychosoziale Beratungsstelle für Migrantinnen und ihre Familien. Das Zentrum ist vor 12 Jahren als ein Verein von einer Gruppe von Fachfrauen gegründet worden, von denen die Mehrheit selbst eingewanderte Frauen sind. Sie hatten in ihrer professionellen und persönlichen Erfahrung wahrgenommen, dass es eine große Lücke in der Gesundheitsversorgung der Migrantinnen der Region gab.

Ihre Beobachtungen zeigten ihnen, dass viele eingewanderte Frauen es sehr schwer hatten. Flüchtlinge, Arbeitsmigrantinnen, ausländische Studentinnen etc. mit körperlichen, psychosomatischen und sozialen Problemen stießen auf Hindernissen wenn es darum ging, die notwendige Versorgung oder Beratungsangebote zu bekommen. Oft blieben sie davon ausgeschlossen. Sie irrten durch Praxen, Kliniken, Ämter, mit widersprüchlichen Diagnosen, während sich ihre Probleme chronifizierten. Mangelnde Sprachkompetenzen, Unkenntnis über die Hilfsmöglichkeiten und Spielregeln der Gesellschaft, differierende kulturelle Vorstellungen und schwierige Migrationserfahrungen auf der einen Seite, und auf der anderen ein Gesundheitswesen, das zu oft unvorbereitet ist, um Individuen mit solchen Eigenschaften zu helfen, waren und sind immer noch die Gründe des Ausschlusses.

Aber diese Gruppe von Fachfrauen sah noch etwas anderes. Sie erkannten, dass sie selbst als eingewanderte Frauen die Bedürfnisse der Migrantinnen hautnah kannten und gut definieren konnten. Sie selber waren eine Ressource, um mit dem Schließen der Lücke in der Gesundheitsversorgung der Migrantinnen zu beginnen. Als interkulturelles und interprofessionelles Team hatten sie große Chancen, anderen Frauen und ihren Familien helfen zu können.

Vor diesem Hintergrund, gründeten sie 1991 das Internationale Frauenzentrum. Eine Einrichtung, die die Aufgabe hat, flexible Beratungsangebote für die spezifischen Lebenssituationen von Migrantinnen zu schaffen, und für sie eine Brücke zu den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens zu sein. Das Zentrum sollte die Besonderheit haben, im Gegensatz zu der bis dahin gewohnten Beratungspraxis, nicht nationen- orientiert zu arbeiten, sondern ein überkulturelles Angebot zu machen.

1978 hatte sich die WHO in ihrer Alma-Ata Deklaration das Ziel „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ gesetzt. Diese Idee „Gesundheit für alle“ nahm das Internationale Frauenzentrum als Herausforderung für seine Arbeit an. Unabhängig von Sprache und kultureller Zugehörigkeit sollten Migrantinnen die Möglichkeit haben, ein qualitativ angemessenes Beratungsangebot wahrnehmen zu können.
Das Zentrum machte sich außerdem die Gesundheitsdefinition der WHO zu eigen: „Gesundheit ist das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden und nicht nur die Abwesenheit von Krankheiten.“ Diese Definition führte und führt immer noch zu einer ganzheitlichen Betrachtung der Klientinnen, die uns erlaubt sie in ihrer bio-psycho-sozialen Komplexität zu verstehen und ihnen zu helfen. In Alma-Ata wurde auch eine Strategie entwickelt, um dieses Ziel („Gesundheit für alle“) zu erreichen: die Primäre Gesundheitsversorgung.
Die Primäre Gesundheitsversorgung wird als die erste Kontaktebene der nationalen Gesundheitswesen definiert. Sie bietet Grundversorgung und sichert Individuen, Familien und Gemeinden den Zugang zu Gesundheitssektoren von höherer Komplexität.
Die wichtigste Botschaft von Alma-Ata ist wahrscheinlich die Betonung der Notwendigkeit, allen Gruppen der Gesellschaft den Zugang zu den Gesundheitsmaßnahmen zu sichern und die Betonung des Rechtes, an der Planung der Gesundheitspolitik mitzuwirken.

Das Internationale Frauenzentrum versteht sich als ein Glied der primären Gesundheitsversorgung, das sich schwerpunktmäßig um die Belange der Migrantinnen aus Heidelberg und Umgebung kümmert. Als solches ist das IFZ häufig

die erste Kontaktebene der Migrantinnen mit dem Gesundheitswesen. Es hat bestimmte Aufgaben der Grundversorgung übernommen: es hat sich als anerkannte Schwangerschaftskonflikt-, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstelle institutionalisiert. (Darüber wird meine Kollegin im Anschluß ausführlicher berichten). Darüber hinaus spielt das Zentrum eine vermittelnde und vernetzende Rolle beim Kontakt der Klientinnen mit anderen Einrichtungen des Gesundheitssystems und anderen Institutionen der Gesellschaft. Es ist auch eine Informationsquelle für Fachleute, die Fragen in Zusammenhang mit der Behandlung oder Begleitung von Migranten haben.

Um eingewanderten Klientinnen den Zugang zu einem qualitativ angemessenen Angebot zu sichern, und um die Sprach- und Kulturbarriere zu überwinden, haben wir bestimmte Strukturen geschaffen: Ein internationales und interdisziplinäres Team von Fachfrauen, die in verschiedenen Sprachen beraten, die Migrationserfahrungen gemacht haben und sich mit verschiedenen Kulturen auseinandergesetzt haben. Ein Dolmetscherdienst, der uns zur Seite steht, wenn es nötig ist. Integrationskurse, die den Klientinnen helfen, ihre interkulturellen und sprachlichen Kompetenzen zu verbessern und Gesundheitsgesprächskreise in Deutsch und Muttersprache zu führen.

Diese Strukturen sind sehr hilfreich; nur mit viel Mühe, Kreativität, Zeit und mit der Unterstützung vieler Menschen haben wir sie entwickeln können. Sie erlaubten uns zum Beispiel letztes Jahr, Kontakt mit Frauen und Familien aus 65 verschiedenen Ländern der Welt und in 17 Sprachen aufzunehmen.

Trotzdem sind die genannten Strukturen des IFZ nur ein Teil der Bedingungen, die den Kontakt mit den zu uns kommenden Frauen ermöglichen. Unsere Erfahrung zeigt uns, dass eine offene, neugierige und respektvolle Haltung der Klientin gegenüber, der andere wichtige Teil ist. Eine Haltung, die auf der einen Seite die menschlichen, universellen Grundbedürfnisse wahrnimmt und auf der anderen Seite die Klientin als Individuum und gleichwertiges Gegenüber anerkennt.
Denn nur so kann Kommunikation entstehen.
Wenn wir die Grundbedürfnisse der eingewanderten Klientin anschauen, können wir uns mit ihr identifizieren: sie braucht Essen, ein Dach über dem Kopf, Respekt, Anerkennung und Zuwendung. Das kennen wir alle. Wenn wir aber genauer hinschauen wollen, wie diese Bedürfnisse in dieser bestimmten Person im Rahmen ihrer individuellen Geschichte, Kultur und Migrationserfahrung wirken, um ihr dann helfen zu können, müssen wir ihr mit respektvollem Interesse und Neugier begegnen. Denn nur die Ratsuchende kann uns diese Information geben. Obwohl diese Haltung in jeder Beratungssituation nötig ist, ist sie in der Beratung von Personen anderer Kulturen besonders wichtig. Denn sie erlaubt uns gleichzeitig Vorurteile und Verallgemeinerungen zu vermeiden und eine positive Beziehung zu entwickeln.

Ich möchte jetzt meinen Vortrag mit einem Satz abschließen, der mit Sicherheit Ihnen allen bekannt ist. Trotzdem mache ich das, weil es für mich von großer Bedeutung ist.

Voraussetzungen für die Kommunikation mit Menschen anderer Kulturen sind zum einen die Akzeptanz der Unterschiede. Ebenso wichtig ist das Bewußtsein darüber, dass wir alle in einer bestimmten Kultur aufgewachsen sind - manche von uns auch

in mehreren – und dass diese Kultur unser Verhalten, die Regeln, die wir befolgen und unsere Art die Welt zu sehen ständig prägt.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit und darf jetzt das Wort an meine Kollegin weitergeben, die Ihnen die Angebote des Zentrums darstellen wird.

Vortrag 4.2
Migrantenseelen

Gülten Oz

Beratungsangebot im internationalen Frauenzentrum.

Bevor ich auf unsere Beratungsangebote eingehe, erscheint es mir zunächst notwendig, einen Überblick über die Lebenssituation von Migrantinnen zu verschaffen.

Wie bereits von meiner Kollegin auch erwähnt wurde, steht Migrantinnen aufgrund der universellen Menschenrechte eine medizinische und psychosoziale Versorgung zu, die ihre Würde anerkennt und ihr Leben und ihre Gesundheit schützt.
Migrantinnen haben seit Jahrzehnten ihren Lebensmittelpunkt in Deutschland. Hier arbeiten und tragen sie zum Wohlstand der bundesrepublikanischen Gesellschaft bei, sorgen für Gaumenfreude und das leibliche Wohl. Sie sind treibende und verändernde Kraft der hiesigen Gesellschaft.
Die Lebenssituation von Migrantinnen ist ebenso unterschiedlich wie die Hintergründe der Migration. Es gibt sehr unterschiedliche Migrantinnenbilder, Biographien und Lebensvorstellungen, die von mehreren Faktoren abhängen, z. B. von dem Alter, dem Bildungsgrad, dem sozialen Status hier wie im Herkunftsland, der rechtlichen Lage, und einiges andere mehr.
In der Beratung bringen Frauen selten nur ein Problem mit. Sie sind so vielfältig, wie diese Frauen und ihr Leben auch. Die von den Migrantinnen geäußerten Beschwerden sind in erster Linie psychosozialer und psychosomatischer Art, unter anderem nervöse Unruhe, Kopfschmerzen, Erschöpfungszustände, Angst und Depressionssymptomatik. Dabei sind gesundheitliche Probleme immer und daher auch die von Migrantinnen sehr stark mit sozialen Problemen verflochten; geringes Einkommen, schlechtere Wohnverhältnisse, migrationsbedingte Veränderungen, Gewalt, Verständnisschwierigkeiten, Ausländerfeindlichkeit, Zukunftsängste und Aufenthaltsstatus des Einzelnen.
Besonders hervorzuheben ist die Situation von Flüchtlings- und illegalisierten Frauen. Flüchtlingsfrauen weisen zum Teil ähnliche Problemlagen auf wie Migrantinnen aber zum größten Teil haben sie andere Formen der Gewalt erlebt und haben die schwächste rechtliche Stellung im Bezug auf Zugang zum Gesundheitssystem. Mit der Einführung des Asylbewerberleistungsgesetzes seit 1993 hat sich die Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge in Deutschland drastisch verschlechtert. So haben etwa Flüchtlinge mit einem eingeschränkten Aufenthaltsstatus keine Versorgung bei chronischen Erkrankungen, nur noch

Akutbehandlung und somit sind sie von einem Teil der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen. Davon betroffen sind in Heidelberg ca. 130 Flüchtlingsfrauen.
Illegalisierte Frauen können nicht einmal in akuten Situationen mit medizinischer Versorgung rechnen. Ausnahmen gibt es nur in gravierenden Fällen, z. B. bei Infektionskrankheiten.

Teamarbeit und Struktur

Eine wichtige Grundlage für die Arbeit im IFZ ist die interkulturelle und interdisziplinäre Besetzung des Teams und das besteht aus einer Ärztin, einer Psychologin, einer Pädagogin und einer Sozialpädagogin. Diese Beraterinnen kommen aus unterschiedlichen Sprachräumen und beraten in fünf Sprachen. (Deutsch, Türkisch, Spanisch, Englisch und Französisch).

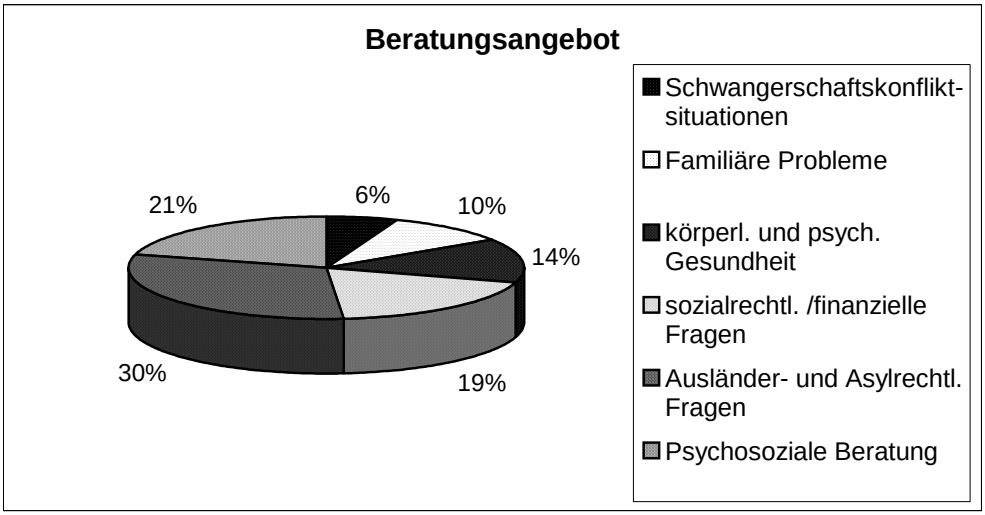
Dabei spielt die muttersprachliche Beratung eine wichtige Rolle. Die Muttersprache erfüllt mehrere wichtige Funktionen, sowohl auf der Sachinformationsebene als auch auf der Ebene der Selbstoffenbarung. Diese Funktionen kann die Muttersprache aber nur erfüllen, wenn die Beraterin auch über das kulturelle Hintergrundwissen verfügt. Und die gemeinsame Erfahrungsbasis in der Migration wirkt ebenso vertrauensbildend wie die Sprachgemeinschaft.

Um das Sprachangebot des Teams zu erweitern, und eine angemessene Qualität der Beratungen zu sichern, hat das IFZ im Jahr 1998 gemeinsam mit Studentinnen verschiedener Muttersprachen einen Dolmetscherdienst organisiert. Sie werden von uns fortgebildet, in den Methoden des Dolmetschens in Beratungssituationen. Das durch die Dolmetscherinnen aufgestellte aktuelle Sprachangebot des Zentrums besteht aus dreizehn Sprachen.

Beratungsangebot

Vor diesem Hintergrund bieten wir eingewanderten Frauen und Mädchen Schwangerschaftskonfliktberatung sowie eine Ehe-, Familien- und Lebensberatung, eine auf sie zugeschnittene Beratung, die wichtige Faktoren wie Kultur und Sprache miteinbeziehen.

Wir bieten Beratungen in den folgenden Themen:



Im Rahmen der Schwangerschaftskonfliktberatung:

- Familienplanung und Empfängnisverhütung
- Sexualberatung
- Vorgeburtliche Beratung
- Soziale und sozialrechtliche Beratung während der Schwangerschaft und nach der Geburt
- Gemäss § 219 StGB bei Schwangerschaftskonflikt
- Nach einem Schwangerschaftsabbruch

Im Rahmen der Ehe-, Familien- und Lebensberatung:

- Schwierigkeiten in der Familie oder Partnerschaft
- bei Generationskonflikten
- bei unerfüllten Kinderwunsch
- bikulturelle Paarberatung
- Gewalt an Frauen
- Rechtsberatung, insbesondere Ausländergesetz
- Migration und Gesundheit
- Sozialberatung

Im Rahmen der Schwangerschaftskonflikt und Ehe-, Familien- und Lebensberatung kommen Frauen, Familien, Paaren und Mädchen zu uns, z. B. mit folgenden Anliegen:

Im Bereich der SKB § 219:

Ausländische Studentinnen und Asylbewerberinnen, die kaum finanzielle Unterstützung während und nach der Schwangerschaft bekommen.

Im Rahmen der EFL:

Junge Migrantinnen der zweiten Generation mit ihrer spezifischen konflikthaften familiären Situation. Oft begleiten wir die Mädchen und jungen Frauen nach einem Selbstmordversuch. In diesem Prozess arbeiten wir eng mit der psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg zusammen.

Viele ältere Migrantinnen mit ihren psychosomatischen Beschwerden. Hierunter sind vor allem Frauen aus der Türkei zu finden.

Frauen, die mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus mit einem gewalttätigen Ehemann in einem Abhängigkeitsverhältnis leben. Die Auswirkungen des Ausländergesetzes § 19 auf die Lebenssituation dieser Migrantinnen sind bundesweit bekannt.

Unsere Hilfe suchen auch Migrantinnen, die sich seit kurzer Zeit in Deutschland aufhalten und allgemeine Aufklärung über das Deutsche Gesundheitswesen, Schulsystem und Arbeitsmöglichkeiten benötigen.

Wegen der ganzen Breite des Problemkomplexes von ratsuchenden Frauen müssen wir erst einmal diese sortieren und durchgehen. Oft sind mehrere Gespräche nötig, wenn für die Lösung eines komplexen Problems verschiedene Fachbereiche einbezogen werden müssen.
Wenn es um medizinische Probleme geht, beraten wir Frauen und nehmen, wenn nötig, Kontakt mit einer Klinik oder Praxis auf, oft werden die Frauen aber auch von Kliniken oder Praxen zu uns geschickt, um eine weitere Betreuung zu gestalten.
In rechtlichen Fragen bieten wir eine Rechtsberatung durch eine Anwältin an und arbeiten mit Rechtsanwältinnen, und anderen zuständigen Stellen zusammen.

Wir verfügen über eine Reihe von ergänzenden Angeboten, die der psychosozialen Problembearbeitung förderlich sind:

- Gruppenangebote
- Gesundheitsgesprächskreise als Prävention
- Integrationskurse
- Veranstaltungsreihen, die sich an alle interessierten Frauen richten

Wegen unserer vielfältigen Angebote kommen nicht nur Migrantinnen zu uns, die konkrete Einzelfallhilfe nachfragen. Die Mischung von Deutschen und Migrantinnen ist auch für die soziale Integration der oft sehr isolierten Klientinnen von Nutzen.

Nicht zu übersehen sind unsere Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzungsaktivitäten:

Tagungen und Veranstaltungen im Bereich der sozialmedizinischen, psychosozialen und pädagogischen Belange der Migration Vernetzung mit Frauenprojekten aus der Region und aus verschiedenen Ländern und regelmässige Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen.

In den zwölf Jahren unserer Existenz nahm die Zahl der ratsuchenden Frauen ständig zu. Der grösste Teil der Frauen kommen zu uns aus Vorderasien, dem Nahen und Mittleren Osten und sind am stärksten durch Türkinnen und Kurdinnen vertreten. Das Alter der Klientinnen liegt zwischen 14 und 74 Jahren. (s. Tabelle 2)

Es muss hier erwähnt werden, dass wir im Stadtzentrum mit öffentlichen Verkehrsmöglichkeiten für die Klientinnen gut erreichbar sind.

Herkunft	**Anzahl der Besucherinnen**
Vorderasien, naher und mittlerer Osten	275
Deutschland	135 (davon 56 eingebürgerte Frauen und Aussiedler)
Osteuropa	85
Afrika	63
Asien	44
Nordamerika	42
Süd- und Zentralamerika	33
Westeuropa (außer Deutschland)	24

Abschliessend möchten wir aufgrund unserer zwölfjährigen Erfahrung notwendige Strukturveränderungen erwähnen.

- Feste Rahmenbedingungen, um überhaupt Arbeit mit Migrantinnen leisten zu können.

- Eine menschenwürdige und zeitgemässe Versorgung.

Es ist bekannt, dass aufgrund des Fehlens des Dolmetscherangebotes oder zu hohen Kosten, das Dolmetschen oft von Verwandten und vor allem von Kindern übernommen wird. Zahlreiche Fälle zeigen uns die negativen Folgen solcher Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Klienten und Fachleuten. Da Heidelberg eine Universitätsstadt ist, bietet sich auch die Möglichkeit, ausländische Studentinnen aus den verschiedensten Disziplinen für dieser Arbeit zu interessieren.

Wir plädieren für die Ausbildung und Beschäftigung von mehr muttersprachlichen Fachkräften im gesundheitlichen und psychosozialen Bereich, entsprechende interkulturelle Fortbildungen für medizinisches Fachpersonal, also Öffnung der Regeldienste und Integration statt Delegation.

Durch derartige Veränderungen im Gesundheitswesen könnte der Benachteiligung von Migrantinnen in der Gesundheitsversorgung entgegengewirkt und ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung ihrer Gesundheit geleistet werden.

Wir hoffen, dass in Zukunft eine Versorgungsstruktur entsteht, die bessere Bedingungen erbringt, sowohl für Migrantinnen, die Hilfe in Anspruch nehmen als auch für die Menschen, die in den Versorgungseinrichtungen arbeiten.

Unser Ziel muss Konvivenz der verschiedenen Kulturen und Völker sein in der Erkenntnis, dass wir einander brauchen und voneinander lernen können.

Workshop 1

Ausländerrechtliche Fragen

Safiye Yüksek-Biçer, Anwältin, Heidelberg

Das Ausländerrecht ist eine heftig umstrittene, sehr komplex und unübersichtlich geregelte Rechtsmaterie, die natürlich Auswirkungen auf die anwaltliche Beratungspraxis hat.

Die ausländerrechtlichen Vorschriften sollen gewährleisten, dass die Zuwanderung politisch gesteuert werden kann.

Die strikte Einhaltung der entsprechenden Vorschriften in der Verwaltungspraxis ist daher vorgeschrieben, bzw. politisch erwünscht. Dies führt oft dazu, dass Einzelfälle bzw. das persönliche Schicksal Einzelner bei behördlichen/gerichtlichen Entscheidungen kaum Berücksichtigung finden.

Die Betroffenen empfinden die ausländerrechtlichen Konsequenzen als unmenschlich und bedrohlich. Sie haben Zukunfts- und Existenzängste, die so weit gehen, dass es zu depressiven Verstimmungen und psychischen Erkrankungen kommt. Ganz besonders davon betroffen sind Frauen, die im Rahmen des Familiennachzugs in das Bundesgebiet geholt werden und noch kein eigenständiges - von der Ehe unabhängiges - Aufenthaltsrecht haben.

In der Fremde sind sie - oft wegen finanzieller Abhängigkeit vom Ehemann und mangelnder Sprachkenntnisse - ihrem Schicksal überlassen und über Jahre hinweg physischer und psychischer Gewalt und Erniedrigungen ausgesetzt. Nur wenige Frauen schaffen es, sich aus dieser ausweglosen Situation zu befreien.

Einzelheiten, insbesondere zu dem eigenständigen Aufenthaltsrecht ausländischer Frauen, werden im Rahmen des Workshops erörtert.

Workshop 2

Frauenhandel und Zwangsprostitution

Jae Soon Joo-Schauen

- Im Workshop wurde das gleichnamige Thema des Vormittags vertieft -

Workshop 3

Sprachliche Verständigung und Dolmetscherdienst (mit Impulsreferat)

Dr. R. Avila, Ladenburg

Sprachliche Verständigung und Dolmetscherdienst
1. Bedarf

Gäbe es Bedarf – zumindest potentiell – für einen Dolmetscherdienst im Gesundheits- und Sozialwesen in unserer Region?

Um diese Frage zu beantworten, könnten wir einen Vergleich anstellen – zwischen ausgewählten Städten (oder Regionen) die bereits einen funktionierenden Dolmetscherdienst haben, und unserer Region. Ich habe im ersten Fall den Großraum Hannover (Ethno-Medizinisches Zentrum), sowie die Städte Hamburg (Universitätsklinikum Eppendorf), Berlin (Gemeindedolmetscherdienst) und München (Bayerisches Zentrum für Transkulturelle Medizin) gewählt. Maßgeblich für diese Einschätzung ist: Wie groß ist der Einzugsgebiet der jeweiligen Institution mit Dolmetscherdienst (Anzahl Gesamtbevölkerung) und wie hoch ist der Anteil an MigrantInnen dort?

	Gesamtbevölkerung	**MigrantInnenanteil**
Hannover	523.116 (Großraum Hannover ca. 1,1 Mio.)	15,1%
Hamburg	1.715.400	19,4%
Berlin	3.382.200	14,3%
München	1.264.309	22,8%

(Quelle:Statistikamt der jeweiligen Stadt, R. Salman, EMZ)

Wie man anhand dieser Zusammenstellung sieht, haben diese Städte (bzw. Region) mindestens 1,1 Mio. EinwohnerInnen (Großraum Hannover, Einzugsbereich des Ethno-Medizinischen Zentrums) und einen MigrantInnenanteil von mindestens (ca.) 14% (Berlin insgesamt: 14,3%, in einzelnen Bezirken [Neuordnung der Bezirke!] viel höher: Kreuzberg: 32,32%, Mitte >90%).

Wie sieht es in unserer Region aus?

	Gesamtbevölkerung	**MigrantInnenanzahl**	**MigrantInnenanteil**
Heidelberg	140.259	22.749	16,2%
Mannheim	306.729	66.554	21,7%
RNK	524.028	52.806	10,1%
Gesamt	**971.016**	**142.109**	**14,6%**

(Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Bd 566. Daten zur ausländischen Bevölkerung. Stuttgart 2002)

Nehmen wir die beiden Stadtkreise Heidelberg und Mannheim und den Landkreis Rhein-Neckar-Kreis zusammen, hätten wir hier knapp eine Mio. Menschen Gesamtbevölkerung mit einem MigrantInnenanteil von 14,6%. Interessant dabei ist, dass die Anzahl von MigrantInnen in dieser Region die Gesamtbevölkerungszahl Heidelbergs übersteigt; dass Heidelberg, was den MigrantInnenanteil angeht, höher liegt als Hannover und Hamburg, und dass Mannheim in dieser Hinsicht im Bereich Münchens liegt.

Das heißt: vor allem, wenn wir die Stadt Ludwigshafen (oder den Bereich Südhessen) dazu nähmen, hätten wir theoretisch gut das Bedarfspotential (nach den Maßstäben Bevölkerungsumfang und MigrantInnenanteil) für einen funktionierenden Dolmetscherdienst in unserer Region.

2. Wo liegen die Probleme?

Die Probleme liegen in erster Linie bei der Frage der *Finanzierung*, die aber engstens mit der *Rechtslage* verbunden ist.

Die Institutionen, die zur Finanzierung eines Dolmetscherdienstes der hier postulierten Art in Frage kommen, sind bekanntlich je nach Personen- bzw. sozialen Gruppe der Erkrankten oder Betroffenen unterschiedlich: für ArbeitnehmerInnen oder Arbeitslose, die Krankenkassen; im Falle von AsylbewerberInnen oder sonstigen SozialhilfeempfängerInnen, sind es die Kommunen (genauer: Sozialämter). In beiden Fällen können es auch das Krankenhaus, sogar der/die behandelnde Arzt/Ärztin sein.

Wie stellt sich nun die Situation aus der Sicht dieser Personen und Institutionen dar?

Im Falle der ÄrztInnen können wir davon ausgehen, daß sie keine Finanzierungslösung für einen Dolmetscherdienst unterstützen werden, die auf Kosten ihrer Honorare geht (wie es nach geltender Rechtslage der Fall ist). Es kann also kein Finanzierungsmodell für einen Dolmetscherdienst geben, das auf Kosten der Arzthonorare geht.

Ebenso unbillig ist es, dass die Kosten von Dolmetscherleistungen von den MigrantInnen selbst getragen werden müssen, insbesondere dann, wenn diese SozialhilfeempfängerInnen sind.

Es kommen also praktisch nur die Krankenkassen und die Sozialämter und, je nach Fall, die Kliniken, als Finanzierungsquelle für Dolmetscherleistungen in Betracht. Wie stehen diese Institutionen nach geltender Rechtslage dazu?

Krankenkassen

Entscheidung in einer Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen (23. u. 24. August 1989): Grundsatz bleibt unverändert: Dolmetscherkosten werden von den Krankenkassen nicht getragen.

§ 19 SGB V: „Geschäftssprache“ sei Deutsch; daher sind alle Anträge auf Deutsch zu stellen. AntragsstellerInnen haben Übersetzungskosten zu tragen (manche Kassen übernehmen Übersetzungskosten als eine „besondere Dienstleistung“).

Die Krankenkassen werden keine Kosten übernehmen, sofern sie nicht ausdrücklich gesetzlich dazu verpflichtet sind (s. auch Urteil BSG 1 RK 20/94).

Sozialamt

§ 12 BSHG:
Grundsätzlich keine Übernahme von Dolmetscherkosten, da sie nicht zum „notwendigen Lebensunterhalt“ zu rechnen sind.

§ 27 Abs. 2 BSHG:
Im Falle von Behinderung oder Krankheit („besondere Lebenslagen“) können als *Ermessensentscheidung* im Einzelfall Dolmetscherkosten übernommen werden, insbesondere wenn dies höhere Folgekosten vermeiden hilft.

Sozialamt: § 27 Abs. 2 BSHG: Wichtig wäre es, nachweisen zu können, daß die Heranziehung von DolmetscherInnen Folgekosten sparen hilft (s. u.: Universitäts-Kinderklinik Freiburg).

Krankenhilfe

§ 37 BSHG:
Analog der Regelung bei Krankenkassen (SGB V), keine Übernahme von Dolmetscherkosten.

Ambulante medizinische Versorgung, psychosoziale Beratung: Keine Kostenübernahme.

Im Falle der ambulanten medizinischen Versorgung und der psychosozialen Beratung wäre eine gesetzliche Regelung dringend geboten und wäre v. a. für ältere MigrantInnen wichtig: s. K. Weber, Ambulante nervenärztliche Versorgung von MigrantInnen und Migranten, in J. Gardemann et al., Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Düsseldorf 2000, S. 49-56.

Stationäre medizinische Versorgung

Regelung über die Fallpauschale oder “Pflegesatzrelevanz“: Vielleicht der Grund, weshalb viele der bisherigen Dolmetscherdienste an Kliniken angeschlossen sind (Grundlage für das UKE/Einrichtungen im Einzugsbereich des EMZ Hannover, etc.?).

3. Rechtslage (Auswahl an einschlägigen Gerichtsurteilen)

OLG Düsseldorf (Az.: 8U 60/88)	Vor schwerwiegenden Eingriffen, die die Zustimmung der/des PatientIn erfordern, ist für Menschen, die die deutsche Sprache nicht (ausreichend) beherrschen, ein(e) DolmetscherIn heranzuziehen. (Problem: Wer zahlt, läßt das Urteil offen.)

In diesem Fall handelt es sich um eine MigrantIn, die von einem Klinikarzt einer Operation unterzogen wurde, bei der sie sterilisiert wurde, obwohl dies weder ihrem Wünsch entsprach, noch durch die Diagnose ihres Hausarztes, der sie zum Klinikarzt überwiesen hat, gedeckt wurde. Obwohl es nicht sicher war, dass die Frau seine Ausführungen verstand, verzichtete der Klinikarzt auf die Hinzuziehung eines/r DolmetscherIn und verließ sich auf mündliche Verständigung und Zeichnungen. Das Urteil ist ein Berufungsurteil, das das Schmerzensgeld, das von der ersten Instanz der Migrantin zugesprochen wurde (DM 20 000) noch erhöhte (auf DM 35 000).

Bundessozialgericht (Az.: 1 RK 20/94)	Psychosozialer Bereich: Bei ambulanter Versorgung müssen die Krankenkassen keine Dolmetscherkosten übernehmen.
Bundesverwaltungsgericht (Az.: 5 C 20/95)	Krankenhilfe nach §37 BSHG umfaßt auch die Übernahme von Kosten, sprachlicher Hilfeleistungen durch eine Begleitperson, wenn und soweit der Anspruch auf Krankenhilfe ohne sprachliche Hilfestellung nicht erfüllt werden kann.

Zu BSG 1 RK 20/94: 1. Krankenkassen müssen keine Kosten übernehmen, sofern sie nicht ausdrücklich gesetzlich dazu verpflichtet sind (s. u., § 9 (1) SGB IX?); 2. ÄrztInnen bekommen, wenn sie andere Personen hinzuziehen, nur die Leistungen vergütet, die sie aufgrund ihrer beruflichen Ausbildung auch beurteilen können. Dazu zählt Dolmetschen ausdrücklich nicht.

Resumé:

Die deutsche Sozialgesetzgebung ist äußerst umfangreich, kompliziert und *intransparent*. Allein die Textausgabe des Sozialgesetzbuchs (SGB) umfaßt mittlererweile 11 „Bücher“, davon etliche mehrbändig, die zusammen einige Regalmeter füllen. Es ist nicht einmal möglich, aus der einschlägigen Sekundärliteratur sich ein zutreffendes Bild des Inhalts der einzelnen SGB-“Bücher“ zu machen, denn verschiedene Quellen machen auch voneinander abweichende Angaben über den Inhalt der einzelnen „Bücher“. Es scheint so zu sein, daß auch die Rechte von und Leistungen für unterschiedliche soziale Gruppen sehr unterschiedlich geregelt werden.
Hinzu kommen die einschlägigen Spezialgesetze (BSHG, AsylBLG, etc.), Durchführungsverordnungen zu den Gesetzen, EU-Richtlinien, u. a., die das ganze Gebiet äußerst unübersichtlich machen. Allein die Rechtslage wäre ein Gegenstand für eine eigene kompetente Expertenberatung, evtl. einer eigenen Fachtagung.

4. „Impuls“: Wie können wir bereits heute mit dieser Situation umgehen? (Vorlage für die Diskussion)

Was das Sozialamt angeht: Das Urteil BVerwG 5C 20/95 gibt eine Argumentationshilfe gegenüber dem Sozialamt für diejenigen, die Sozialhilfe beziehen (hilft aber evtl. nur SozialhilfeempfängerInnen weiter. Was ist mit den anderen?).

„Kultur im Land“ (SWR2, 9.04.03):
Gehörlose hätten einen Rechtsanspruch auf die Hinzuziehung eines Gebärdendolmetschers im Beruf, bei Behörden und beim Arzt; Beleg: §9 SGB IX (durch Bundestag und Bundesrat anerkannt).
§9 Abs. 1 i. V. m. §33 SGB I sieht recht großzügig aus; §9 Abs. 2 (SGB IX): wieder Ermessensentscheidung?

Es müßte mit JuristInnen, die auf das SGB spezialisiert sind, beraten werden, inwieweit diese – recht großzügig anmutende – Bestimmung wirklich eine tragfähige Grundlage für die Heranziehung von DolmetscherInnen analog *auch für andere Personenkreise* bildet (Argumentation analog § 37 BSHG?). Auch macht z. B. Abs. 2 wieder eine *Ermessensentscheidung* daraus?

Universitäts-Kinderklinik, Freiburg:

Behandlungsteam von 20 MuttersprachlerInnen und Deutschen zur ausschließlichen Betreuung von Migrantenkindern:
Durchschnittliche Behandlungsdauer von Migrantenkindern bei Aufnahme der Arbeit: **22 Tage**; in wenigen Jahren verkürzt auf: durchschnittlich **9,4 Tage**.

(E. Zimmermann in *Curare* 9, H. 2, 1968, S. 218, Abschlussdiskussion)

Dies ist ein Beispiel für die Art von Informationen, die wir brauchen, um den Sozialämtern (und Krankenkassen) gegenüber argumentieren zu können, daß die Heranziehung von DolmetscherInnen unnötige Kosten sparen hilft (nach § 27 Abs. 2 BSHG; aber auch hier muß der Frage nachgegangen werden: bleibt die Kostenübernahme auch dann eine Ermessensentscheidung, wenn der Nachweis der kostensparenden Wirkung von Dolmetscherleistungen gelingt?).

5. „Impuls“: Was brauchen wir? Welches Ziel verfolgen wir? (Vorlage für die Diskussion)

Ziel:
Die (auch schrittweise) Einrichtung eines Dolmetscherdienstes, dessen Finanzierung ausreichend und gesichert ist, und der in der Lage ist, den Bedarf an kompetentem und kultursensiblem Dolmetschen und Übersetzen für die medizinischen und psychosozialen Einrichtungen der Region zu decken.

Der Sinn hinter diesem Ziel ist natürlich die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und der sozialen Hilfe und Beratung von MigrantInnen, die der deutschen Sprache nicht oder nicht ausreichend mächtig sind. Ein

Dolmetscherdienst der hier geforderten Art muss grundsätzlich *allen* Personen und Institutionen offenstehen, die seine Hilfe brauchen oder wollen.

Wie können wir dieses Ziel erreichen?

Erfolgreiche Dolmetscherdienste wurden vom Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover beraten. Welche Ratschläge erteilt das Ethno-Medizinische Zentrum (R. Salman)?:

Ein Dolmetscherdienst:
muss kommunal sein; am besten zentral von einer einzigen Einrichtung organisiert werden und für andere Einrichtungen zur Verfügung stehen; RNK: am günstigsten wäre eine Lösung über das Gesundheitsamt;

Es muß eine zuverlässige, ausreichende Finanzierung gewährleistet sein;
Der Dienst des EMZ kostete („Hausnummer“, 2001) für einen Einzugsbereich von 1,1 Mio. EW (Großraum Hannover) ca. EUR 52.000,- (DM 100.000,-)/Jahr.

Qualität:
Am besten **Mindeststandards** festlegen.
Wie könnten solche Mindeststandards aussehen?:
Wer braucht welches Qualifikationsniveau?

Soziale Dienste:

Für Beratung, Information und Orientierung zur Lösung „alltäglicher“ Probleme sind die Fähigkeiten „sprachkompetenter“ MuttersprachlerInnen oft ausreichend;
LaiendolmetscherInnen mit Kenntnissen in Gesundheits- und Sozialwesen, Recht und Ethik, Übersetzungstechniken und Fachterminologien („Gemeinde-dolmetscherInnen“) könnten hier gute Dienste leisten; bei besonderem Bedarf FachdolmetscherInnen.

Medizinische Diagnose und Behandlung:

Terminologisch sichere, wie kultursensible DolmetscherInnen müssen nicht nur die Begriffe und Konzepte übersetzen, sondern auch den jeweiligen kulturellen Hintergrund und Kontext von „Gesundheit“/“Krankheit“ dem jeweils anderen Gesprächspartner vermitteln können;

Getreue Übersetzung ohne unzulässige eigene Interpretationen; keine selbständigen Dialoge mit PatientInnen;

FachdolmetscherInnen unterliegen der Schweigepflicht;

Sachkenntnis, Distanz und Neutralität; Fortbildung, Qualitätssicherung, Supervision und Konfliktberatung;

FachdolmetscherIn unerlässlich bei der Aufklärung und Einholung der Einwilligung von PatientInnen vor Eingriffen, die dies erfordern (OLG Düsseldorf, Az. 8U 60/88).

Psychologische/Psychiatrische Diagnose und Behandlung

Höchste Anforderungen an Können, Einfühlungsvermögen und Ethik;

Hier gelten die gleichen Anforderungen wie für medizinische Diagnose und Behandlung, aber zusätzlich:
Spezielle Ausbildung, Supervision und Anleitung; Abgrenzung, Neutralität; Unterscheidung von erwünschten und unerwünschten „ko-therapeutischen“ Rollen; Umgang mit der eigenen Übertragungsproblematik. etc.

6. „Impuls“: Entwurf eines Aktionsplans (Vorlage für die Diskussion)

Was ist bis jetzt gemacht worden? Die Arbeiten von Fr. Geiger und Fr. Flassak, 1993ff.

Juni 1993 - Februar 1994: Lösungen erwogen:

1. ÄrztInnenverzeichnis mit Angabe von Fremdsprachenkenntnissen im Branchenbuch
2. Verbundmodell im Gesundheitswesen
3. Curriculumerweiterung am „Dolmetscher-Institut“ (IÜD) der Universität Heidelberg
4. Personelle Ausstattung eines Dolmetscherdienstes mit ausländischen MedizinstudentInnen
5. Information über bestehende Dienste/Konzepte, Erfahrungen über die Arbeit von Dolmetscherdiensten sammeln; Bedarf ermitteln
6. Gespräch mit KrankenkassenvertreterInnen (Klärung der Kosten)
7. Dolmetscherdienst in jeder Veranstaltung thematisieren
8. Aufruf zur Bildung einer Unterarbeitsgruppe „Dolmetscherdienst“

Realisiert 1993-1998

1993 Fragebogenaktion unter niedergelassenen ÄrztInnen (ca. 40% derjenigen, die antworteten meinten, daß ein Dolmetscherdienst eine „wesentliche Verbesserung“ der medizinischen Versorgung von MigrantInnen wäre)
Liste von ÄrztInnen mit Fremdsprachenkenntnissen zusammengestellt
Drei Veranstaltungen bzw. Tagungen (1994, 1996, 1998)
Aktionsplanentwurf (Vorlage für die Diskussion)

Kurzfristig

Mehr Information über Modelle (Details der Finanzierung, der Ausbildung, Erfahrungen, etc.), evtl. Besuche vor Ort;
Informationen über EU-Programme (Möglichkeiten zusätzlicher Finanzierung wie die Gemeinschafts-Initiative EQUAL, z. B.), EU-Gesetze und Gesetzesvorhaben (Was kommt auf uns zu?);
Überzeugungsarbeit unter KollegInnen durch ÄrztInnen die mit unserer Infomappe ausgestattet sind.

Kurz- bis Mittelfristig

Bedarfsermittlung (Fragebogenaktion wiederholen - oder Interviews als Dipl.-/M.A.-Arbeit?);
Information und Beratung durch JuristInnen (Überblick über die Sozialgesetzgebung; Möglichkeiten des Umgangs mit dem Problem der Finanzierung; Vorschläge für Gesetzesänderungen);
Überzeugungsarbeit bei Kommunen, Krankenkassen, dem Gesetzgeber (Land und Bund) [bis langfristig];
(Fragebogenaktion wiederholen? Gespräch mit KrankenkassenvertreterInnen zur Information über Honorarabrechnungsmodi, heutiger Stand, etc.?).

Verhandlungen mit Instituten der Universität

Wer betreibt fachliche Ausbildung (Methoden, Inhalte, Umgang mit PatientInnen, ÄrztInnen und sich selbst)?
Wer betreibt Qualitätskontrolle, Supervision, Konfliktberatung?
Wer koordiniert die Arbeit der DolmetscherInnen, sucht neue MitarbeiterInnen und verwaltet den Dienst (Privatfirma, öffentliches Amt oder öffentlich-rechtliche Organisation)?

Konkrete „vor-Ort"-Schätzung der Kosten, die eingespart werden könnten, wenn bessere Verständigung vermehrten Diagnoseaufwand/Fehldiagnosen vermeiden hilft u./o. die Liegedauer verkürzt;
Schätzung der Kosten für die Einrichtung und den Betrieb eines Dolmetscherdienstes (schrittweises Vorgehen).

Mittelfristig

Konkrete Planung der Einrichtung eines Dolmetscherdienstes
evtl. schrittweises Vorgehen. Ausrichtung zunächst nach der Institution/dem Bereich mit dem größten Bedarf und günstigsten Finanzierungsmöglichkeiten: Erweiterung des Angebots (Anzahl Sprachen und Fachgebiete, sonstige Fähigkeiten des Personals, etc.).
(siehe Ratschläge EMZ Hannover/R. Salman).

Mittel- bis Langfristig

Fortsetzung der Überzeugungsarbeiten
Gründungsphase

Maßgeblich für den Erfolg

Welche Ressourcen und welche Unterstützung werden von wem/von welchen Institutionen zur Verfügung gestellt bzw. gewährt?

Workshop 4

Workshop „Flüchtlinge“

Rosemarie Sontheim

Die gesundheitliche Situation von Asylbewerber/-innen und Defacto-Flüchtlingen und Versorgung im Krankheitsfalle

Laut WHO ist Gesundheit das umfassende körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden und um dies zu erlangen ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen, sowie ihre Umwelt meistern, bzw. verändern können. Betrachten wir uns die Lebensbedingungen, die Flüchtlinge in der BRD vorfinden, ist das Erlangen/die Erhaltung von Gesundheit fast unmöglich.
Gehen wir weiterhin davon aus, „dass Flucht krank macht“, d. h. Beeinträchtigungen durch die Erfahrungen/Lebensbedingungen im Herkunftsland (Krieg, Unterdrückung, Armut), auf dem Fluchtwege, sowie im Aufnahmeland, so können wir große Defizite in der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen annehmen.

Rechtliche, materielle und soziale Situation von Flüchtlingen

Flüchtlinge stellen ihre Asylanträge in den Landesaufnahmestellen und werden nach der ersten Anhörung beim Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge und Feststellung der Beachtlichkeit des Asylantrags, bzw. von Abschiebehindernissen, nach festgelegten Aufnahmequoten an die Kommunen und Landkreise zugewiesen.
Seit Einführung des Flüchtlingsaufnahmegesetzes (FLÜAG) und des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylblG) sind die Kommunen und Landkreise an die engen gesetzlichen Vorgaben bei der Unterbringung und Versorgung von Flüchtlingen gebunden. Zugewiesene Asylbewerber/-innen müssen in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht und mit Sachleistungen versorgt werden. Konkret bedeutet dies, mehrere Menschen mit z. T. unterschiedlicher Nationalität müssen sich ein Zimmer teilen, sanitäre Anlagen und Kochgelegenheit sind gemeinschaftlich zu nutzen. Die Flüchtlinge erhalten für mindestens 3 Jahre Leistungen gem. § 3 Asylblg. Diese beinhalten z. B.: Ernährung, hauswirtschaftl. Anteile, Köperpflege/Reinigung, Kleidung und für den persönlichen Bedarf einen Barbetrag von 42 Euro.
Diese Lebensbedingungen, gekoppelt an die permanente Bedrohung abgeschoben zu werden, beschleunigen oder begünstigen die Entstehung von Krankheit und vermindern Heilungschancen.

Medizinische Versorgung von Flüchtlingen

Im Krankheitsfalle/Gesundheitvorsorge erhalten Flüchtlinge Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz gem. §§ 4 und 6. Trotz aller Einschränkungen bietet auch das AsylblG einen konkreten Leistungskatalog, sowie einen gewissen Ermessensspielraum. Bei der medizinischen Versorgung liegt es letztlich am

Leistungsgewährer (Kommune), wie der geringe Spielraum zu Gunsten der Flüchtlinge genutzt werden kann und der Begriff „lebensnotwendige Leistungen“ definiert wird.

Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG)

§ 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt

Auffällig ist eine deutliche leistungsrechtliche Schlechterstellung im Vergleich zu Sozialhilfeempfängern im Bereich Krankheit, im Bereich Geburt und Schwangerschaft Unterschiede nicht so gravierend, freie Arztwahl eingeschränkt, ausnahmslos Sachleistungen.

Krankheit

Akute Erkrankungen

Kein umfassender Anspruch auf Behandlung einer Krankheit, aber Anspruch auf Veranlassung einer ärztlichen oder zahnärztlichen Untersuchung.
Ein unvermittelt auftretender, schnell und heftig verlaufender regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der aus medizinischen Gründen der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung bedarf – Gegensatz chronische Erkrankung.
Schmerzzustände - kann auch im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen sein - , Regelfall bei Zahnbehandlung, - kann auch seelische Leiden – Kurzzeittherapie umfassen.

Leistungen:

- Tätigkeit eines Arztes
- Krankenhausbehandlung
- Zahnärztliche Behandlung, im Sinne der Behebung akuter Schmerzzustände
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmittel, keine Bagatellarzneimittel

Ob Behandlung nötig, „unter medizinischen Gesichtspunkten“ zu entscheiden.

- Gesundheitsamt – Votum bindend

Wenn Behandlung nicht eindeutig indiziert ist oder langfristige Behandlung geboten – keine Leistungspflicht.

Sonstige Leistungen:

- Wissenschaftlich anerkannte Heilweisen
- Heil- und Hilfsmittel (in der Regel nur akut), keine Brillen, Hörgeräte, Prothesen
- Fahrtkosten – Bus, Taxi, Krankenwagen
- Behandlungszentrum für Folteropfer
- Häusliche Krankenpflege (wenn keine Verwandten)
- Heil- und Genesungskuren nur AHB nach schwerer OP

- Sprachmittlerdienste – Ausnahme, z. B.: Psychotherapie
- Zuweisung einer Einzelunterkunft

Keine Leistungen:

- Heilpädagogisch-ergotherapeutische orientierte Frühförderung
- Heilpraktiker
- Kieferorthopädische Behandlung
- Früherkennung von Krankheiten (Ausnahmen möglich)
- Hilfsmittel wie Brillen, Hörgeräte, Prothesen (Ausnahmen möglich)
- Heil- und Genesungskuren Zahnersatz (Ausnahmen möglich)

Schwangerschaft und Geburt

Möglichst umfassende und wirksame während der Schwangerschaft, bei und nach der Geburt:

- Hilfen zur Feststellung einer Schwangerschaft
- Untersuchungen zu Schwangerschaftsvorsorge
- Hilfen während der Schwangerschaft
- Hilfen nach der Entbindung
- Krankenhauspflege oder häusliche Pflege
- Freie Wahl der Hebamme

Schwangerschaftsabbruch – ja

Keine Leistungen:

- Mutterschafts- und Entbindungsgeld
- Keine Verhütungsmittel (Hilfe für Familienplanung)
- Keine Eingliederungshilfe für Behinderte (wenn, dann Ausnahme § 6)
- In-Vitro-Fertilisation

Hinweis!! In Einzelfällen können ausnahmsweise Leistungen aus der **Bundesstiftung „Mutter und Kind-Schutz des ungeborenen Lebens“** gewährt werden

Sicherstellung ärztlicher und zahnärztlicher Versorgung

Amtlich empfohlene Schutzimpfungen. Medizinisch gebotene Vorsorge-untersuchungen (Krebs, Kinder, Schwangerschaft)

§ 6 Sonstige Leistungen

Grundsätzlich sind Leistungen nach § 6 Einzelfallentscheidungen, denen eine konkretindividuelle Bedarfsfeststellung vorausgehen muss.

Im Bereich Krankheit/Gesundheit können folgende Leistungen möglich sein:

Ernährung:

- Altersbedingter Ernährungsmehrbedarf (Zugehörigkeit zu einer bestimmten Altersgruppe ist nicht ausreichend – Unterschied zum BSHG)
- Krankenkost (z. B.: Diabetes mellitus), bei zwingend medizinischen Gründen und zwar die tatsächlichen Mehrkosten
- Religiösen Bedürfnissen ist Rechnung zu tragen
- Schwangerschaftsbedingter Mehrbedarf nach 12. Schwangerschaftswoche (20 % des Regelsatzes)

Da diese Leistungen in der Regel ebenfalls als Sachleistungen gewährt werden (veränderte Zusammenstellung der Lebensmittelpakete), ist die tatsächliche Deckung des Bedarfs häufig unzureichend.

Kinder:

- Rechtzeitig vor der Geburt – Erstlingsausstattung (6. – 8. Monat)
- Umstandskleidung
- Bademantel (in Gemeinschaftsunterkünften, bei Krankenhausaufenthalt)
- Hygienemittel für Wöchnerinnen
- Krankheitsbedingter Sonderbedarf für Kinder (s. o.)

Sicherung der Gesundheit:

- Arzneimittel bei chronischen Erkrankungen
- Pflegesachleistungen
- Psychotherapeutische Behandlung

Diese Leistungen sind im Ausnahmefall möglich, wenn ein Facharzt nachvollziehbar und schlüssig attestiert, dass die Maßnahme unerlässlich und sachgerecht ist und gleichwertige, kostengünstigere Maßnahme nicht zur Verfügung stehen.

Ideen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung
(außerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen)

1. Für neuankommende Flüchtlinge, Angebot eines Erstuntersuchungs- und –Beratungsprogramms, eingeschlossener Kenntnisvermittlung über Aufbau und Zugangswege zur hiesigen Gesundheitsversorgung
2. aufsuchende Gesundheitshilfe, -beratung
3. fremdsprachige Gesundheitsinformationen
4. muttersprachliches Fachpersonal, Förderung von interkultureller Kompetenz bei Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Gesundheitswesens, Finanzierung von Dolmetschern
5. für Traumatisierte – Zugang zu Therapieplätzen mit spezieller Fachqualifikation

Workshop 5

Begegnung/Kommunikation mit Migrantinnen im hiesigen Gesundheitssystem – Geht es nur um die Sprache?

Dr. med. Semra Serdaroglu-Baloch, Dipl. Psych. Andrea Dondelinger,
Internationales Frauenzentrum Heidelberg e. V.

In der langjährigen Arbeit mit Migrantinnen hat uns immer wieder die Frage bewegt, welche Faktoren ausschlaggebend für eine gelungene Kommunikation sind.

Vor diesem Hintergrund haben wir den Workshop-Titel als Frage formuliert, weil wir die Auffassung vertreten, dass für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung nicht ausschließlich Sprache und Kulturverständnis wichtig sind.

Vielmehr unterstützen wir die Position von Giselind Berg, die sagt:

„Eine grundsätzliche Voraussetzung in der Arzt-Patienten-Interaktion ist die Anerkennung des Fremden als ein gleichwertiges Gegenüber."

Während des Workshops möchten wir mit den TeilnehmerInnen Erfahrungen austauschen und mögliche Schwierigkeiten im Umgang mit Migrantinnen zusammentragen. Im Anschluss soll gemeinsam überlegt werden, wie wir das Ziel einer gelungenen Interaktion erreichen können, gleichermaßen zum Wohle der Patientinnen sowie der Fachkräfte im Gesundheitswesen.

Workshop 6

Workshop Begegnen - Verstehen - Handeln
Interkulturelles Lernen als Zukunftsaufgabe

Carolina Butto, Soziologin M. A.

Die Begegnung mit Menschen anderer Kulturen ist für uns häufig durch zwiespältige Gefühle geprägt. Einerseits begegnen wir dem Fremden mit Faszination, andererseits verunsichert das Unbekannte und Andersartige. Als Reisende sind wir oft von fremden Kulturen begeistert, aber auch unsicher, wenn sich Fremde in der uns als Einheimischen vertreten Umgebung anders verhalten. In dieser Begegnung verbirgt sich jedoch die Möglichkeit des Dialogs und gegenseitigen Lernens:

Wie sehen wir diese Menschen? Wie werden wir von Ihnen gesehen?

Wer zukunftsorientiert handeln will - dies gilt für Einzelpersonen, Firmen und Institutionen - muss Zugangsmöglichkeiten zu den unterschiedlichen Teilkulturen der eigenen, aber auch der anderen Gesellschaften Europas und der Welt schaffen.

Interkulturelles Lernen bedeutet in diesem Zusammenhang das Überschreiten von Grenzen und die Fokussierung auf produktive Unterschiedlichkeit. Es bedeutet **nicht** die Auflösung von Kontextgrenzen, vielmehr umfasst dieses Thema eine große Vielfalt an Aktivitäten, u. a. das Kennenlernen fremder Kulturen , die Reflexion der eigenen Geschichte und die Gestaltung des Zusammenlebens im Alltag.

Im Verlauf dieses Workshops werden zunächst einige Begriffe (**Kultur, Identität, Lernen, etc.)** definiert. Darauf aufbauend werden folgende Aspekte thematisiert:

- Erlernen alternativer Verhaltensweisen im Umgang mit Angehörigen anderer Kulturen durch praktische Übungen
- Aufzeigen und Erlernen unterschiedlicher Wert- und Glaubenssysteme, Sprach- und Denkmuster sowie verschiedener Arten der Kommunikation
- Förderung gegenseitigen Kennenlernens (insbesondere von Lebens-situationen, -weisen, -perspektiven)
- Gemeinsames Lesen verbindet - Literatur anderer Länder

Eingeladen sind alle Personen, die bereit sind, von anderen Kulturen zu lernen. Dieser Workshop will Brücken zwischen Wissenschaft und Alltag bauen, praktische Möglichkeiten aufzeigen und multikulturelles Zusammenleben hier und jetzt fördern.

Literaturempfehlungen

Barwig, Klaus; Hinz-Rommel, Wolfgang: **Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste**. Lambertus, 1998.

Becker, Charlotte et. al.: **Frauen handel(n) in Deutschland.** KOK (Hrsg.) - Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im Migrationsprozess e. V., 2001.

Bielefeld, Uli (Hrsg.): **Das Eigene und das Fremde: Neuer Rassismus in der Alten Welt?** Junius, Hamburg, 1992.

Borde, Theda & David, Matthias (Hrsg.): **Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen**. Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, 2003.

Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (Hrsg.): **Asylpraxis - Traumatisierte Flüchtlinge.** Schriftenreihe des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge Band 7, Nürnberg, 2002.

Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit: **Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt.** Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, 2000.

Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit: **Gesunde Integration.** Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin.

David, Matthias; Borde, Theda: **Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus.** Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2001.

David, Matthias; Borde, Theda; Kentenich, Heribert: **Migration, Frauen, Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext.** Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2000.

Dettmers, Ch., Albrecht, N.-J., Weiller, C.: **Gesundheit – Migration – Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben der Nervenheilkunde**. Hippocampus-Verlag, Bad Honnef, 2002.

Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen: **Bericht über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland.** 2002.

Eschenröder, Christof T. (Hrsg.): **EMDR. Eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen.** Tübingen: DGVT, 1997.

Friedrich Ebert-Stiftung: **Osteuropas verkaufte Frauen.** Wege zur effektiven Bekämpfung des Menschenhandels, 1999.

Friedrich Ebert-Stiftung: **Von Förderprogrammen zu Mainstreamingstrategien - Migrant/Innen als Kunden und Beschäftigte des öffentlichen Dienstes.** Gesprächskreis Migration und Integration, 2003.

Friedrich-Ebert-Stiftung: **Interkulturelle Öffnung der Verwaltung - Zuwanderungsland Deutschland in der Praxis.** Dokumentation einer Fachkonferenz, 2002.

Gardemann, Joachim, Müller, Wolfgang, Remmers, Angelika (Hrsg.): **Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen.** Tagungsdokumentation und Handbuch, 23. bis 25.03.2000, Hilden. Berichte und Materialien Band 17, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, 2000.

Hau, Petrus: **Frauen und Migration**. Lucius & Lucius: Stuttgart, 2003.

Haumersen, Petra; Liebe, Frank: **Multi-Kulti: Konflikte konstruktiv.** Trainingshandbuch zur interkulturellen Arbeit. Verlag an der Ruhr, Mühlheim, 1999.

Hegemann, Thomas und Salman, Ramazan (Hrsg.): **Transkulturelle Psychiatrie -** Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie-Verlag: Bonn, 2001.

Hegemann, Thomas; Lenk-Neumann, Britta (Hrsg.): **Interkulturelle Beratung: Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung**. Forum Migration, Gesundheit, Integration Band 2, Verlag für Wissenschaft und Bildung: Berlin, 2002.

Hinz-Rommel, Wolfgang: **Interkulturelle Kompetenz: Ein neues Anforderungsprofil für die soziale Arbeit.** Waxmann Verlag, Münster, 1994.

Ilkilic, Ilhan: **Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten.** Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe. IZEW (Interfakultäres Zentrum für Ethik in den Wissenschaften), 2003.

Köhl, Christine: **Check-Liste interkulturell.** Gesundheitsämter auf dem Weg zur Interkulturellen Öffnung. Unveröffentlichtes Dokument, zu beziehen beim Gesundheitsamt RNK, Heidelberg 2002.

Krones, Tanja: **Interkulturelle Depressionsforschung in Deutschland**. Tectum-Verlag, 2001.

Niesner, Elivra & Jones-Pauly, Christine: **Frauenhandel in Europa – Strafverfolgung und Opferschutz im europäischen Vergleich**. Eine Studie des Frankfurter Instituts für Frauenforschung (FIF). Bielefeld, 2001.

Pourgholam-Ernst, Azra: **Das Gesundheitserleben von Frauen aus verschiedenen Kulturen**. Telos. Münster, 2002.

Ramazan, Salman; Wöhler, Ulrich: **Rechtliche Betreuung von Migranten. Stand, Konzeption und Grundlegung transkultureller Betreuungsarbeit.** Hannover, 2001.

Riehle, Eckhardt: **Interkulturelle Kompetenz in der Verwaltung? Kommunikationsprobleme zwischen Migranten und Behörden**. Westerwaldverlag Ingrid Göhrlich, 2001.

Rohr, Elisabeth und Jansen, Mechthild: **Grenzgängerinnen: Frauen auf der Flucht, im Exil und in der Migration**. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2002.

Roth, Klaus (Hrsg.): **Mit der Differenz leben.** Europäische Ethnologie und Interkulturelle Kommunikation. ISBN: 3-89325-425-0, Waxmann, 1996.

Schlippe von, Arist, El Hachimi, Mohammed, Jürgens, Gesa: **Multikulturelle systemische Praxis.** Ein Reiseführer für Beratung, Therapie und Supervision. Carl-Auer-Systeme Verlag, 2003.

Singer, Mona: **Fremd. Bestimmung. Zur kulturellen Verortung von Identität.** Tübingen: edition diskord, 1997.

Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.): **FrauenGesundheit.** Zur gesundheitlichen Situation der Frauen in Baden-Württemberg, 2000.

Sozialreferat / Sozialplanung der Landeshauptstadt München (Hrsg.), Uschi Sorg **Erfolgreiche Kommunikation in der interkulturellen Verwaltungspraxis.** 2002.

Sozialreferat / Sozialplanung der Landeshauptstadt München (Hrsg.), Galina Koptelzewa: **Erfolgreiche Kommunikation mit Menschen anderer Kulturen - ein Praxishandbuch für SozialpädagogInnen.** 2003.

Sozialreferat / Sozialplanung der Landeshauptstadt München (Hrsg.), Galina Koptelzewa: **Alternative Gesprächsstrategien mit MigrantInnen im Bereich soziale Dienste.** 2002.

Sozialreferat / Sozialplanung der Landeshauptstadt München (Hrsg.): **Offen für Qualität - Interkulturell orientiertes Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Migrationssozialarbeit.** 2003.

Weilandt, Caren et al. (WIAD): **Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW**. 2003.

Weiss, R.: **Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Übersicht zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten.** 2003.