



Dokumentation der Konferenz
am 21. April 2015

Gesundheitsversorgung und Pflege in der Einwanderungs- gesellschaft

gute gesellschaft –
soziale demokratie
#2017plus

**FRIEDRICH
EBERT**
STIFTUNG

gute gesellschaft – soziale demokratie #2017 plus

EIN PROJEKT DER FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG
IN DEN JAHREN 2015 BIS 2017

Was macht eine Gute Gesellschaft aus? Wir verstehen darunter soziale Gerechtigkeit, ökologische Nachhaltigkeit, eine innovative und erfolgreiche Wirtschaft und eine Demokratie, an der die Bürgerinnen und Bürger aktiv mitwirken. Diese Gesellschaft wird getragen von den Grundwerten der Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität.

Wir brauchen neue Ideen und Konzepte, um die Gute Gesellschaft nicht zur Utopie werden zu lassen. Deswegen entwickelt die Friedrich-Ebert-Stiftung konkrete Handlungsempfehlungen für die Politik der kommenden Jahre. Folgende Themenbereiche stehen dabei im Mittelpunkt:

- Debatte um Grundwerte: Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität;
- Demokratie und demokratische Teilhabe;
- Neues Wachstum und gestaltende Wirtschafts- und Finanzpolitik;
- Gute Arbeit und sozialer Fortschritt.

Eine Gute Gesellschaft entsteht nicht von selbst, sie muss kontinuierlich unter Mitwirkung von uns allen gestaltet werden. Für dieses Projekt nutzt die Friedrich-Ebert-Stiftung ihr weltweites Netzwerk, um die deutsche, europäische und internationale Perspektive miteinander zu verbinden. In zahlreichen Veröffentlichungen und Veranstaltungen in den Jahren 2015 bis 2017 wird sich die Stiftung dem Thema kontinuierlich widmen, um die Gute Gesellschaft zukunftsfähig zu machen.

Weitere Informationen zum Projekt erhalten Sie hier:

www.fes-2017plus.de

Der Veranstalter

Die Friedrich-Ebert-Stiftung ist eine gemeinnützige politische Stiftung, die den Werten der Sozialen Demokratie verpflichtet ist. Zu Ihren Aufgaben gehören die politische Bildungs- und Beratungsarbeit, die Demokratieförderung in Deutschland und über 100 Ländern weltweit sowie ein Stipendienprogramm.

Fragen der Migrations- und Integrationspolitik werden in den Abteilungen Wirtschafts- und Sozialpolitik, Gesprächskreis Migration und Integration, sowie Politischer Dialog, Referat Forum Berlin, bearbeitet. Informationen zu den jeweiligen inhaltlichen Schwerpunkten sowie den künftigen Aktivitäten finden Sie auf: www.fes.de/wiso/content/migration-integration.php oder www.fes-forumberlin.de

Kontakt

Dr. Dietmar Molthagen, Friedrich-Ebert-Stiftung, Forum Berlin, Arbeitsbereich Integration und Teilhabe, Hiroshimastr. 17, 10785 Berlin, Tel.: 030/ 269 35 7322, Fax: 030 / 269 35 9240, Mail: dietmar.molthagen@fes.de

Dokumentation der Konferenz
am 21. April 2015 in der
Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin

Gesundheitsversorgung und Pflege in der Einwanderungs- gesellschaft

- 3 **Einleitung**
- 4 Zusammenfassung des Vortrags von Prof. Dr. Oliver Razum
**GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DER EINWANDERUNGSGESELLSCHAFT –
EINE BESTANDSAUFNAHME**
- 6 Aydan Özoğuz
**POLITISCHER HANDLUNGSBEDARF FÜR EINE INTERKULTURELLE
GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND**
- 9 Zusammenfassung des Vortrags von Prof. Dr. Allan Krasnik
**AKTUELLE HERAUSFORDERUNGEN UND DEREN LÖSUNG IN
SKANDINAVISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMEN**
- 11 **PODIUMSDISKUSSION**
mit den Vortragenden
- 12 **FORUM 1 KULTURSENSIBLE PFLEGE – WAS IST SEIT DEM
MEMORANDUM VON 2002 GESCHEHEN?**
- 15 **FORUM 2 SPRACHE- UND SPRACHMITTLUNG ALS
SCHLÜSSEL FÜR GELINGENDE BEHANDLUNGEN**
- 18 **FORUM 1 WIE GELINGT INTERKULTURELLE ÖFFNUNG
IM GESUNDHEITSSYSTEM?**
- 20 **FORUM 1 WIE KANN DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG VON FLÜCHTLINGEN
UND ASYLBEWERBER_INNEN VERBESSERT WERDEN?**
- 23 Abschließende Podiumsdiskussion
**EIN GESUNDHEITS- UND PFLEGESYSTEM FÜR ALLE:
POLITISCHER UND GESELLSCHAFTLICHER HANDLUNGSBEDARF**
- 25 **VERANSTALTUNGSPROGRAMM**

Einleitung

Deutschland ist ein Einwanderungsland. Diese Erkenntnis hat sich zwar erst sehr spät durchgesetzt, ist aber mittlerweile unumstritten. Doch die gleichberechtigte Teilhabe aller am politischen Diskurs, am gesellschaftlichen Leben und am Sozialstaat zu gewährleisten, ist eine nach wie vor aktuelle politische Aufgabe. Wenn heute rund 20 Prozent der Bevölkerung eine familiäre Einwanderungsgeschichte haben, verändert diese Tatsache gesellschaftliche Systeme und Rahmenbedingungen. Dies gilt auch für das Gesundheits- und Pflegesystem. Erstens wird der Bevölkerungsteil mit Migrationsgeschichte aufgrund der demografischen Entwicklung in Zukunft mehr medizinische und pflegerische Leistungen in Anspruch nehmen. Zweitens stellt sich die Aufgabe der interkulturellen Öffnung von Gesundheits- und Pflegeinstitutionen, die ihre Angebote auf die zunehmende kulturelle und ethnische Vielfalt der Bevölkerung ausrichten müssen, was Folgen hat sowohl für die Aus- und Weiterbildung von Fachpersonal als auch für Abläufe und Denkprozesse in den Institutionen des Gesundheitssektors. Außerdem ist drittens zu überprüfen, welche Barrieren Bürgerinnen und Bürgern mit Migrationsgeschichte den Zugang zu medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen erschweren, die nachweislich in geringerem Umfang genutzt werden als von der Bevölkerung ohne Migrationsgeschichte. Hinzu kommt viertens als aktuelle Herausforderung die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen und anderen Neueinwanderern, was neben rechtlich-administrativen Herausforderungen den Fokus auf bestehende Sprachbarrieren sowie fehlendes Wissen um Ansprüche und Verwaltungsvorgänge richtet.

Diesen Herausforderungen widmete sich die Fachtagung „Gesundheitsversorgung und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft“ zu der die Friedrich-Ebert-Stiftung am 21. April 2015 eingeladen hatte. Expert_innen aus Politik, Wissenschaft, Gesundheitssektor sowie der Zivilgesellschaft haben in nationaler und internationaler Perspektive über Wege zu einer besseren Gesundheitsversorgung für Patient_innen mit Migrationsgeschichte, eine Verringerung von Teilhabebarrrieren und Wege zur Bewältigung aktueller Herausforderungen diskutiert. Die Ergebnisse dieser Tagung zu einem zentralen Zukunftsthemas des Sozialstaats werden in dieser Dokumentation zusammengefasst und der weiteren Diskussion zugänglich gemacht.

DR. DIETMAR MOLTHAGEN

Friedrich-Ebert-Stiftung, Forum Berlin,
Arbeitsbereich Integration und Teilhabe

GÜNTHER SCHULTZE

Friedrich-Ebert-Stiftung, Abteilung Wirtschafts-
und Sozialpolitik, Leiter Gesprächskreis Migration
und Integration



Zusammenfassung des Vortrags

GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DER EINWANDERUNGSGESELLSCHAFT – EINE BESTANDSAUFNAHME

Referent

Prof. Dr. Oliver Razum

Dekan der Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld

Ein steigender Anteil der Menschen, die in Deutschland Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen, haben einen Migrationshintergrund. Betrachtet man die Gesundheitsversorgung dieser Patientengruppe, so zeigen sich Licht und Schatten.

Prof. Razum begann seine Ausführungen mit einem Positivbeispiel: Die Studie „Perinatale Gesundheit und Migration in Berlin“ (2011/2012) von M. David und T. Borde hat nachgewiesen, dass Schwangere insbesondere der zweiten und dritten Generation gleich gute und teilweise bessere Gesundheitsmerkmale aufweisen als Patientinnen ohne Migrationshintergrund. In dieser Studie zur medizinischen Versorgung und dem Gesundheitszustand von Schwangeren und jungen Müttern zeigten sich zudem keine Benachteiligung bezüglich der Behandlungsqualität. Razum schließt seine Betrachtung der erwähnten Studie mit dem Fazit, dass Frauen mit Migrationshintergrund in Städten mit hohem Migrantenanteil – wie das Beispiel Berlin zeigt – von den medizinischen Angeboten gut erreicht werden.

Eine Ausnahme von diesem Befund sind lediglich kleine, vulnerable Gruppen von Frauen mit kurzer Aufenthaltsdauer in Deutschland. Außerdem zeigte sich, dass nichtmedizinische Zusatzangebote weniger wahrgenommen wurden.

Der letztgenannte Befund verweist darauf, dass von einer umfassenden interkulturellen Öffnung der Institutionen des Gesundheitswesens nicht gesprochen werden kann. Dies lässt sich u.a. am Beispiel der Rehabilitation belegen. Trotz der überdurchschnittlich hohen Bedarfe der alternden Migrantenbevölkerung ist die Teilhabe dieser Personen an Rehabilitationsmaßnahmen unterproportional. Sie haben eine zu 40 Prozent geringere Chance, entsprechende Maßnahmen überhaupt zu erhalten. Wenn diese Barriere überwunden wird und eine Reha-Maßnahme stattfindet, besteht ein zu 30 Prozent höheres Risiko, nicht wieder in den Beruf zurückkehren zu können – also des Scheiterns der Rehabilitation. Bei der Frage nach den Gründen für diese Ergebnisse sind Verständigungsprobleme und kulturelle Unterschiede sicherlich eine Erklärung. Umfragen bei in Reha-Einrichtungen beschäftigtem Personal deuten außerdem darauf hin, dass Mitarbeiter_innen oft noch nicht ausreichend auf den Umgang mit der zunehmenden kulturellen Vielfalt unter den Patient_innen vorbereitet sind.

Bei prognostizierten Flüchtlingszahlen von ca. 300.000 oder mehr pro Jahr ist die Gesundheitssicherung von Flüchtlingen eine dringliche Herausforderung. Aktuell ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung für bis zu 15 Monate eingeschränkt. Nach § 4 AsylbLG ist die Leistungsgewährung auf „akute Erkrankungen und Schmerzzustände“ begrenzt. Zudem gilt, dass vor einem Arztbesuch eine Genehmigung vom Sozialamt einzuholen ist. So sollen Anreize zur Migration nach Deutschland vermieden und Kosten gesenkt werden. Evidenz, dass die eingeschränkten Leistungen dem Ziel der Kosteneinsparung nachkommen, gibt es jedoch nicht. Durch die ethisch fragwürdige Aufschiebung von Behandlungen und Verschleppung von Krankheiten ist eher das Gegenteil zu vermuten. In Bremen und Hamburg funktioniert hingegen schon seit 2005 ein Modellprojekt der AOK mit den Städten, bei dem Asylbewerber_innen Gesundheitskarten äquivalent zu GKV-Versicherten erhalten.

Auch bei Menschen ohne Papiere Deutschland kommt Deutschland seiner menschenrechtlichen Verantwortung noch nicht nach, diesen Personen einen Zugang zur medizinischen Versorgung ermöglichen.

Hinweis

Ein inhaltlich ähnlicher Vortrag von Prof. Razum kann nachgelesen werden unter:

<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/IB/Artikel/Gesundheit/Themenjahr-2015/2015-06-02-rede-razum.html>



Gekürzte Schriftform der am 21.4.2015 gehaltenen Rede

POLITISCHER HANDLUNGSBEDARF FÜR EINE INTERKULTURELLE GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

Referentin

Staatsministerin Aydan Özoğuz

MdB, Beauftragte der Bundesregierung für
Migration, Flüchtlinge und Integration

Bisher stand das Thema „Gesundheit und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft“ selten im Fokus der migrationspolitischen Debatten. Jedoch ist es von zentraler Bedeutung für das Zusammenleben in der Einwanderungsgesellschaft. Denn ein Gefühl von Zugehörigkeit kann sich nur einstellen, wenn Vertrauen besteht, dass die sozialstaatlichen Sicherungssysteme für jeden gelten. Migrant_innen beanspruchen zu Recht die Sicherheit, bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit ebenso gut unterstützt und versorgt zu werden, wie Bürger_innen ohne Migrationshintergrund. Deswegen ist es richtig, gesellschaftliche Institutionen auch im Gesundheitssystem auf den Prüfstand zu stellen und danach zu fragen, ob sie auf die Bedürfnisse aller Menschen in unserem Land eingehen können.

FÜNF THEMENBEREICHE

Damit gleichberechtigte Teilhabe auch in Arztpraxen, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen Realität wird, wurde seitens der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration für das Jahr 2015 der Schwerpunkt *Gesundheit und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft* gesetzt. Fünf Themenbereiche stehen dabei im Mittelpunkt:

- 1 **MANGELNDE SPRACHMITTLUNG**
Fehlende Deutschkenntnisse behindern die Behandlung, führen zu Unter-, Über- und Fehlversorgung. Im schlimmsten Fall erhält ein Patient keine Behandlung, weil der Arzt die Mitwirkungsmöglichkeit des Patienten nicht erkennen kann.
- 2 **ZU WENIG PRÄVENTION**
Einwanderer nehmen deutlich seltener Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Das betrifft ganz besonders Einwanderer mit kurzen Aufenthaltszeiten.
- 3 **SELTENER REHA-MASSNAHMEN**
Ausländische Beschäftigte nehmen zweieinhalb Mal so selten Reha-Maßnahmen in Anspruch. Weil die Maßnahmen einfach nicht bekannt sind.
- 4 **HÄUFIGE BERUFSKRANKHEITEN UND ARBEITSUNFÄLLE**
Beschäftigte mit ausländischer Staatsangehörigkeit, insbesondere türkische Beschäftigte, sind überdurchschnittlich häufig davon betroffen. Die Ursachen sind z.B. gefährdende Arbeitsbedingungen, Tätigkeiten mit hohen Verletzungsrisiken und möglicherweise auch sprachliche Verständigungsprobleme.
- 5 **AUSSCHLUSS VON VERSORGUNG**
Viele Ausländer sind von regulärer Versorgung ausgeschlossen. Denn sie sind nicht in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung bzw. sie können ihr nicht beitreten. Dies betrifft Menschen, die in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität in Deutschland leben. Und auch bestimmte Gruppen von EU-Bürger_innen, die trotz ihres legalen Aufenthalts nach den geltenden Regeln nicht in einer Krankenversicherung aufgenommen werden.

GESUNDHEITSVERSORGUNG FÜR ALLE

Asylsuchende und Geduldete erhalten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nur eine eingeschränkte Gesundheitsversorgung sind in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland. In manchen Bundesländern erhalten sie nur eine minimale Notfallversorgung, nach der beispielsweise Zähne gezogen statt plombiert werden. Häufig bleiben Erkrankungen unerkannt und werden verschleppt oder chronisch, was wiederum später eine kostspielige Nach- bzw. Notfallversorgung erfordert. Einzelne tragische Geschehnisse in Flüchtlingsunterkünften zeigen, dass diese geringe medizinische Versorgung sogar zu schweren Schädigungen oder einem Todesfall führen kann, weil Pförtner oder Verwaltungsangestellte nicht wissen (können), welche medizinische Hilfe nötig ist. Wiederum in einigen Regionen werden sie sogar dazu angehalten, möglichst keine Kosten für Notarzteinsätze zu verursachen. Diese Erfahrungen zeigen, dass bei der Ausgestaltung des Gesundheitssystems in der Einwanderungsgesellschaft Handlungsbedarf besteht.



Es muss sichergestellt sein, dass alle Menschen – egal welcher Herkunft – gleichermaßen vom hohen Standard unseres Gesundheitswesens profitieren. Es gibt rund zehn Millionen Kranken- und Pflegeversicherte mit Einwanderungsgeschichte. Viele finden sich im Gesundheitswesen gut zurecht, aber allein sprachliche Barrieren berichten rund 20 Prozent von ihnen über Verständigungsprobleme - mit dem Arzt, dem Pflegepersonal oder bei Informationsangeboten. Vor allem Neuzuwanderer und ältere Menschen stehen sprachlich vor großen Schwierigkeiten. Wenn sich aber Patient und Arzt nicht verstehen, entstehen Probleme, wie viele Praxisbeispiele in den vergangenen Jahren gezeigt haben (vgl. Broschüre „Das kultursensible Krankenhaus“, hrsg. von der Beauftragten der Bundesregierung).

Neue Einwanderer müssen in unser Gesundheitswesen integriert werden. Allein im letzten Jahr sind 1,2 Mio. Menschen nach Deutschland eingewandert. Die wirtschaftliche Attrak-

tivität Deutschlands sowie die die derzeit weltweiten dramatischen Flüchtlingsbewegungen werden dazu führen, dass der Zuzug nach Deutschland auch in den kommenden Jahren anhalten wird. Die bereits erwähnte, mehr als einjährig eingeschränkte Gesundheitsversorgung für Asylsuchende und geduldete Ausländer_innen muss angesichts dessen verkürzt werden. Langjährige Erfahrungen in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen mit der Gewährung von Gesundheitsversicherungskarten für diese Einwanderergruppen haben sich bewährt und sollten auch in anderen Bundesländern umgesetzt werden. Diese Chipkarten ermöglichen Arztbesuche ohne vorherige Beantragung eines Krankenscheins beim Sozialamt und sind damit ein wichtiger Beitrag für mehr Gleichberechtigung in der Gesundheitsversorgung.

ALTERN IN DER EINWANDERUNGSGESELLSCHAFT

Es wird mehr ältere Menschen mit Einwanderungsgeschichte geben. 2012 lebten 1,58 Mio. Migrant_innen in Deutschland, die 65 Jahre und älter sind. Diese Zahl wird sich bis 2030 auf 2,8 Mio. erhöhen, so dass mehr kulturell und sprachlich passende Pflegeangebote nötig sein werden, ebenso wie mehr ambulante und stationäre Angebote für diese Patientengruppe sowie Unterstützungsmöglichkeiten zur Selbsthilfe sowie für Angehörige.



Auch heute noch versuchen viele Familien mit Einwanderungsgeschichte, die Pflege der Großeltern ohne ambulante oder stationäre Unterstützung zu meistern, weil die Kosten der Pflege das Einkommen vieler Familien mit Einwanderungsgeschichte übersteigen. Außerdem sind ihnen die Zugänge zu den Leistungen gar nicht bekannt, auf die möglicherweise ein Anspruch besteht, wie in den Pflegestufen geregelt. Menschen mit Einwanderungsgeschichte benötigen deshalb Informationen und ggf. sachkundige Begleitung. Das Bundesgesundheitsministerium plant für 2016 ein Modellprojekt zur Information und Beratung von Pflegebedürftigen mit Einwanderungsgeschichte sowie ihrer Angehörigen. Das Amt der Bundesintegrationsbeauftragten ergänzt dies mit einem Ratgeber speziell für türkischstämmige Familien, die demente Angehörige versorgen.

Ein weiterer Aspekt in Bezug auf die Versorgung älterer Migrant_innen sind die sogenannten Ruhestandspendler. Diese Personengruppe lebt im Alter mehrere Monate im Jahr

außerhalb Deutschlands und andere wieder hierzulande. Die regelmäßige Grenzüberschreitung führt zu diversen Problemen bei pflegerischen und medizinischen Kassenleistungen. Schon innerhalb der EU funktioniert die Zusammenarbeit der Krankenkassen nicht immer zufriedenstellend. Erst recht gilt dies, wenn in ein Land außerhalb der EU gependelt wird, wie beispielsweise die Türkei. Handlungsbedarf im Gesundheitswesen besteht aber auch beim medizinischen und pflegerischen Personal. Generell besteht der Bedarf, mehr junge Menschen für eine Ausbildung in diesem Sektor zu gewinnen. Gleichzeitig besteht ein großes Potential von jungen Menschen mit Einwanderungsgeschichte, die einen Ausbildungsplatz suchen, aber in der Praxis oft vor realen oder befürchteten Hindernissen stehen. Um diese zu überwinden sollte Mehrsprachigkeit stärker als Ressource verstanden und im Gesundheitswesen genutzt werden. Allerdings können und dürfen sprachlich-kulturelle Kompetenzen keine fachliche Qualifikation ersetzen. Denn ein Migrationshintergrund ist weder Garant für perfekte Mehrsprachigkeit, noch für Kultursensibilität.

GESETZGEBUNG

Ein abschließender Blick auf die Gesetzgebung, in der erste Verbesserungen bereits erreicht worden sind: Im Dezember 2014 hat die Bundesregierung das Präventionsgesetz und das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen. In diesem Gesetz sind migrationsrelevante Aspekte berücksichtigt worden. Der Gesetzgeber hat Migrant_innen als Zielgruppe von Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung explizit aufgenommen. Bei der Besetzung der Nationalen Präventionskonferenz werden deshalb nun auch fachlich kompetente Migrant*innenorganisationen berücksichtigt. Darüber hinaus soll der geplante Innovationsfonds der Krankenkassen auch Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungseffizienz bei Personen mit Migrationshintergrund prüfen.

Das sind erste, kleine Erfolge. Die gemeinsame Aufgabe bleibt es, eine sprachlich, kulturell und religiös vielfältige Gesellschaft gerecht zu gestalten. Das Gesundheits- und Pflegewesen ist dabei zentral.



Zusammenfassung des Vortrags

AKTUELLE HERAUSFORDERUNGEN UND DEREN LÖSUNG IN SKANDINAVISCHEN GESUNDHEITS- SYSTEMEN

Referent

Prof. Dr. Prof. Allan Krasnik

Universität Kopenhagen und President of the EUPHA Section
on Migrant and Ethnic Minority Health

Im Vergleich der skandinavischen Länder Schweden, Norwegen und Dänemark zeigen sich signifikante Unterschiede in der Migrationsstruktur der Bevölkerung. Schweden, seit jeher Verfechter eines Wohlfahrtsstaates mit weitgehend offenen Grenzen, hat mit einem Anteil von 15,4 Prozent im Ausland geborener Menschen, den höchsten Migrationsbevölkerungsanteil. Beachtlich ist dabei, dass von diesen Migrant_innen rund zwei Drittel aus nicht EU-Ländern stammen. In Norwegen ist die steigende Migrationsfreundlichkeit eher auf den neu erworbenen Ressourcenreichtum zurückzuführen, aufgrund dessen ausländische Arbeitskräfte benötigt werden. Dänemark verfolgt hingegen eine protektive Migrationspolitik und ist im Ergebnis das einzige der drei Länder, in dem der Migrationsanteil in der Bevölkerung unter dem EU Durchschnitt liegt.

GESUNDHEITZUSTAND VON MIGRANT_INNEN

Bei Migrant_innen ist jedoch zu beobachten, dass in den Einwanderungsprozessen der vergangenen Jahrzehnten häufig ein niedrigerer sozio-ökonomischer Status vorliegt, der oft mit einem schlechteren Gesundheitszustand einhergeht. Diese sozio-ökonomischen Nachteile vererben sich zudem in nicht wenigen Fällen bis in die zweite oder dritte Migrantengeneration. Die aktuell zu beobachtende Einwanderung hochgebildeter Arbeitnehmer_innen geht allerdings mit einem durchschnittlich besseren Gesundheitszustand einher. Krasnik folgert: "The diversity in migrants is also reflected in health outcomes, which can be better as well as worse than those of the majority population." Schweden und Norwegen weisen deutlich höhere Beschäftigungsraten für Migrant_innen als Dänemark aus. Der gesundheitlichen Versorgung schreiben die nordischen Länder als ausgeprägte Wohlfahrtsstaaten grundsätzlich einen hohen Status zu. Es hat den Stellenwert eines universellen Menschenrechtes. Dabei bewerten Migrant_innen in Dänemark ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter, als Migrant_innen in den beiden anderen skandinavischen Ländern. Der Zusammenhang von Gesundheit und Integrationspolitik ist daher zu erkennen. So ist beispielsweise die Lebenserwartung von Migrant_innen in der ersten Migrantengeneration höher als die der Heimatbevölkerung, nimmt aber in der zweiten Generation deutlich ab und ist dann geringer als die der Heimatbevölkerung. Eine Untersuchung in Norwegen ergab darüber hinaus, dass der Anteil von Patient_innen mit psychischen Erkrankungen signifikant höher unter Einwanderern von außerhalb Europas ist (24 Prozent) sowie unter Flüchtlingen (31 Prozent).

HOHE UNZUFRIEDENHEIT

Studien haben zudem eine geringe Zufriedenheit der Patient_innen mit Migrationshintergrund mit den medizinischen Leistungen gezeigt. Hauptkritikpunkte der Befragten waren:

- Sprachbarrieren
- Unterschiede in dem Verständnis von Krankheit und Gesundheit
- geringe interkulturelle Kompetenz unter den Mitarbeiter_innen im Gesundheitssektor
- unterschiedliche Erwartungen auf beiden Seiten.

Vergleicht man Integrationspolitik und Gesundheitsstatus in den drei Ländern sowie in Deutschland, zeigt sich, dass Migrant_innen dort einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen, wo eine nur schwache Integrationspolitik betrieben wird.

Der gesetzlich bereitgestellte Umfang an medizinischen Leistungen ist dem der Bundesrepublik Deutschland ähnlich. Anerkannte Flüchtlinge und Migrant_innen mit einem legalen Aufenthaltstaus haben die gleichen Rechte, wie die jeweiligen Staatsbürger_innen. Für Asylbewerber_innen

sind die Leistungen in Dänemark jedoch auf notwendige, dringende und schmerzlindernde Maßnahmen beschränkt. Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere haben lediglich das Recht auf eine Notfallversorgung. Migrant_innen nehmen EU-weit – aber auch in Skandinavien – überproportional häufig Notfallversorgungsmaßnahmen wahr und deutlich seltener die reguläre Versorgung. Für aufenthaltsrechtlich legale Migrant_innen sind es vor allem Sprach- und Kommunikationsbarrieren die Letzteres verhindern. Asylbewerber_innen und illegalisierten Menschen fehlen, ähnlich wie in Deutschland, zusätzlich die gesetzliche Berechtigung.

STRATEGIEN IN DEN SKANDINAVISCHEN LÄNDERN

In Schweden und Dänemark lässt sich für die geschilderten Problematiken keine staatliche Strategie erkennen. In Dänemark gibt es lediglich einzelne lokale Initiativen, wie z.B. Einrichtungen des Dänischen Roten Kreuzes, in denen auf freiwilliger Basis Menschen mit illegalem Aufenthaltsstatus behandelt werden.

Im norwegischen Parlament hingegen, wurde kürzlich eine nationale Strategie zur Bekämpfung von existierenden Gesundheitsunterschieden in der Bevölkerung formuliert. Ziel ist es, die Barrieren von Migrant_innen bei der Wahrnehmung von Gesundheitsleistungen zu identifizieren und abzubauen. Dazu wurden Maßnahmen formuliert, die einen Perspektivwechsel bedeuten: Leistungserbringer sollen künftig für verschiedene kulturelle Bedürfnisse geschult werden und eine Grundkommunikation mit nicht norwegisch sprechenden Menschen vorhalten und/oder Dolmetschangebote bereit halten.

Die Wege, die in der Gesundheitsversorgung von Migrant_innen bestritten werden, hängen letztlich davon ab, wie Gesellschaften grundsätzlich Flüchtlings- und Migrationsbewegungen einstufen – nämlich entweder als Gefahr oder als Chance.



PODIUMSDISKUSSION

mit den Vortragenden

Referent_innen

Staatsministerin **Aydan Özoğuz**, MdB

Prof. Dr. **Oliver Razum**, Universität Bielefeld

Prof. Dr. Prof. **Allan Krasnik**, Universität Kopenhagen

Moderation

Pitt von Bebenburg, Journalist bei der Frankfurter Rundschau

Der Grund warum auch die skandinavischen Staaten Asylbewerber_innen und illegalisierten Menschen nur eingeschränkte Gesundheitsleistungen zur Verfügung stellen, erklärt Prof. Krasnik mit der Sorge der Staaten, andernfalls zu attraktiv für Migrant_innen zu werden. Zudem ergänzt er, dass Migrant_innen im Gesundheitssystem theoretisch Übersetzer zuzustehen, praktisch diese aber nur selten genutzt werden können. Die Qualität der Gesundheitsversorgung und anderer Sozialleistungen sind in Skandinavien in der Praxis von kommunaler Politik und Verwaltung abhängig – ebenso wie in Deutschland.

Staatsministerin Özoğuz plädiert bezüglich der Kostenfrage zwischen Bund, Ländern und Kommunen für eine Schlüsselberechnung. Mit dieser müsse errechnet werden, was für die Aufnahme eines Flüchtlings benötigt wird und dieser Betrag muss dann auch zur Verfügung stehen. Als Maßnahme, die die unmittelbaren Herausforderungen zu bewältigen helfen soll, hat die Bundesregierung den Kommunen zuletzt eine halbe Milliarde Euro zur Verfügung gestellt. Außerdem stehen fünf Milliarden Euro bereit, um finanzschwache Kommunen – unabhängig von Flüchtlingsfragen – zu unterstützen.

Prof. Razum verweist auf die Notwendigkeit neue Forschungen anzuregen. So muss z.B. berücksichtigt werden,

dass in der EU viele Menschen innerhalb eines Jahres in verschiedenen Ländern leben. Es müsse erforscht werden, wie Krankenkassen sowie Leistungserbringer in Zukunft auf diese Prozesse reagieren können.

Frau Özoğuz betont abschließend, dass Migrant_innen, die hier sind und bleiben werden, schneller und aktiver integriert werden müssen – sowohl im Hinblick auf Gleichberechtigung im Gesundheitssektor als auch in Bezug auf andere Aspekte des gesellschaftlichen Lebens.





FORUM 1 KULTURSENSIBLE PFLEGE – WAS IST SEIT DEM MEMORANDUM VON 2002 GESCHEHEN?

Referentinnen

Anna L. Vey, DRK, Mitglied im Forum für eine kultursensible Altenhilfe

Dr. Elke Olbermann, Geschäftsführerin des Instituts für Gerontologie an der TU Dortmund

Moderation

Günther Schulze, Friedrich-Ebert-Stiftung, Leiter des Gesprächskreises Migration und Integration



Bereits im Jahr 2002 veröffentlichte ein Arbeitskreis unterschiedlicher Institutionen, Verbände und Einzelpersonen ein Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe. Darin wurden Politik und Gesellschaft aufgefordert, allen in Deutschland lebenden alten Menschen den Zugang zu Institutionen der Altenhilfe zu ermöglichen, weil die Pluralität der Einwanderungsgesellschaft sich auch in den sozialen Diensten widerspiegeln müsse. Dies erfordere eine Interkulturelle Öffnung der Einrichtungen. Dieses Forum zog eine Bilanz, wie weit dieser Prozess fortgeschritten ist.

Eingeleitet wurde es durch Elke Olbermann, die die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen für das Gesundheits- und Pflegesystem in einer alternden Einwanderungsgesellschaft darstellte:

DEMOGRAFISCHE ASPEKTE UND LEBENSLAGEN

Nicht nur die Bevölkerung insgesamt sondern auch die Migrantenbevölkerung wird älter. Der Anteil der 65jährigen und älteren Personen mit Migrationshintergrund wird von ca. 1,4 Millionen (8,4 Prozent) im Jahr 2007 auf ca. 3,6 Millionen (15,1 Prozent) im Jahr 2032 ansteigen.

Hinzu kommt, dass die Lebenssituation älterer Migrant_innen in besonderer Weise durch Faktoren sozialer Ungleichheit geprägt ist: zum Beispiel ist ihr Armutsrisiko höher und sie sind häufiger belastenden Arbeits- und Lebensbedingungen ausgesetzt. Ältere Zugewanderte sind mithin eine Bevölkerungsgruppe mit besonders hohen gesundheitlichen Belastungen und Risiken. Allerdings fehlen noch belastbare empirische Daten zu ihrem objektiven Gesundheitszustand.

PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT UND PFLEGERISCHE VERSORGUNG BEI PERSONEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND.

Auch die Datenlage zur Pflegebedürftigkeit ist unzureichend, weil in der Pflegestatistik nicht nach Migrationshintergrund unterschieden wird. 2009 gab es nach Schätzungen ca. 200.000 Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund. Diese Zahl wird in Zukunft deutlich steigen.

Pflegebedürftige Migrant_innen sind durchschnittlich jünger und seltener alleinehend als die Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund. Außerdem sind sie schlechter über die Leistungen der Pflegeversicherung informiert.

Pflegebedürftige Migrant_innen erhoffen sich in erster Linie Unterstützung durch die eigene Familie. Allerdings nehmen auch in Migrantenfamilien, ebenso wie in der Gesellschaft insgesamt, die Potenziale und Ressourcen ab, um eine adäquate Pflege anbieten zu können. Umso wichtiger ist es, bestehende Zugangsbarrieren zu den Pflege- und Gesundheitseinrichtungen abzubauen.

Es besteht erheblicher Handlungsbedarf im Gesundheits und Pflegesystem, um Benachteiligungen abzubauen. Die Interkulturelle Öffnung der Regeleinrichtungen ist eine vordringliche Aufgabe. Daneben kann es sinnvoll sein, zielgruppenspezifische Angebote, etwa für einzelne Ethnien, anzubieten. Weiterhin ist auch eine stärkere Vernetzung mit anderen Bereichen der kommunalen Daseinsvorsorge erforderlich. Die Migrantencommunities und Migrantenorganisationen sind hierbei wichtige Kooperationspartner.

MEMORANDUM ZUR KULTURSENSIBLEN PFLEGE

Diese Forderungen sind auch zentraler Bestandteil des Memorandums zur kultursensiblen Altenpflege. Anna L. Vey stellte kurz die sieben Marksteine des Memorandums dar:

1. Bestehende Barrieren zwischen den Institutionen der Altenhilfe und zugewanderten Seniorinnen und Senioren können über zugehende und partizipative Ansätze überwunden werden.
2. Kultursensible Pflege trägt dazu bei, dass eine pflegebedürftige Person entsprechend ihrer individuellen Werte, kulturellen und religiösen Prägungen und Bedürfnisse leben kann.
3. Der Prozess der Interkulturellen Öffnung ist kein Zusatzangebot, sondern betrifft die ganze Organisation und erfordert einen transparenten langfristigen Entwicklungsprozess auf allen Ebenen.
4. Eine Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe ist eine Aufgabe der Personal- und Teamentwicklung. Ein Team, das sich aus Menschen verschiedener Herkunft zusammensetzt, braucht Anstöße und Begleitung für einen bewussten Teamfindungsprozess, um sich zu einem interkulturell kompetenten Team zu entwickeln.
5. Die Institutionen der Aus-, Fort- und Weiterbildung sind aufgefordert, das Thema kultursensible Pflege als Querschnittsthema zu verankern.
6. Institutionen und Verbände, die sich auf den Weg der Interkulturellen Öffnung der ambulanten und stationären Altenpflege und Altenarbeit begeben, brauchen politische, fachliche sowie finanzielle Unterstützung.
7. Die Selbstorganisationen der Migrantinnen und Migranten sind als Potenzial und Ressource anzuerkennen und bei politischen Entscheidungen sowie der Verteilung von Geldern zu berücksichtigen.

Das Memorandum wurde inzwischen von über 300 Einrichtungen, Einzelpersonen und Organisationen unterzeichnet. 2006 wurde das Forum für kultursensible Altenhilfe gegründet. Der Koordinierungsgruppe gehören z.B. an: DRK, AWO, Caritas Frankfurt, Diakonie und die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Das Memorandum hat wesentlich dazu beigetragen, Politik und die Gesundheits-, Alten- und Pflegereinrichtungen für das Thema zu sensibilisieren. Beispiele dafür sind:

- Der nationale Aktionsplan Integration greift das Thema auf.
- Das Forum war bei der Erarbeitung der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftigen Menschen beteiligt.
- Kommunale Konzepte greifen die Inhalte des Memorandums auf
- Wissenschaftliche Definitionen beziehen sich auf die durch das Memorandum gesetzten Standards.

- Kultursensible Pflege ist Teil der Ausbildung zur Altenpfleger_in geworden. Hierzu wurden vom Arbeitskreis eigene Lern-Materialien entwickelt.

Viel zu tun bleibt jedoch noch auf dem Weg hin zu einer Interkulturellen Öffnung der Einrichtungen. Vor allem die in Punkt sechs geforderte Unterstützung dieser Prozesse durch externe fachliche und finanzielle Unterstützung findet kaum statt. Die Pflegekassen z.B. beteiligen sich nicht an der Förderung. Gefordert wurde eine Art „IKÖ-BAFÖG“ von staatlicher Seite.

In der anschließenden Diskussionsrunde wurden u.a. folgende weiteren Forderungen formuliert:

- Bessere Verzahnung von ehrenamtlichem Engagement und professioneller Hilfe ist notwendig.
- Alternative Wohnformen sind auch für ältere Migrant_innen sinnvoll.
- Migrant*innenorganisationen sind noch stärker in Betreuungskonzepte einzubeziehen.
- Die Interessen und Wünsche älterer Migrant_innen hinsichtlich ihrer Lebensgestaltung sollten intensiver erforscht werden.
- Die Information und Beratung der älteren Menschen mit Migrationshintergrund sollten zielgruppenadäquater erfolgen. Hierbei sind insbesondere die familiären Strukturen zu berücksichtigen.



FORUM 2 SPRACHE- UND SPRACHMITTLUNG ALS SCHLÜSSEL FÜR GELINGENDE BEHANDLUNGEN

Referent_innen

Niels-Jens Albrecht, Leiter der Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für medizinische Soziologie, Migration und Gesundheit

Elena Kromm-Kostjuk, Ethno-Medizinisches e.V., Hannover

Moderation

Prof. Dr. Reinhold Roski, Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin, Studiengang Wirtschaftskommunikation



DIE BEDEUTUNG DER SPRACHE

Niels-Jens Albrecht betonte zu Beginn seiner Ausführungen, dass die Sprache in der Medizin das entscheidende Werkzeug ist zur Gewährleistung einer reibungslosen Kommunikation zwischen Ärzt_innen und Patient_innen und damit einer erfolgreichen Behandlung. Deshalb hat man am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) eine Befragung der Ärzt_innen zu dieser Thematik durchgeführt in deren Ergebnissen sich ein deutlicher Wunsch nach professionellen Dolmetscherdiensten am Klinikum äußerte. Diese sind ein geeignetes Mittel zur Verhinderung einer Fehlinformation der Patient_innen sowie Fehldiagnosen der Ärzt_innen, Mehrfachuntersuchungen oder Therapiewiederholungen, verlängerter Verweildauer und unnötig hoher Behandlungskosten.

Da die Kosten aber in der Regel durch den Auftraggeber getragen werden müssen, hat das UKE sich entschlossen, diese Kosten selbst zu übernehmen. Auch aufgrund von dadurch neu hinzugewonnenen und teilweise zahlungskräftigen ausländischen Patient_innen hat das Programm mittlerweile sogar Gewinne erwirtschaftet. Medizinische Dolmetscher_innen können also gar ein Geschäftsmodell für Kliniken darstellen.

Grundvoraussetzung für das Gelingen eines Dolmetscherprogramms ist aber das Vertrauen in dessen Funktionsweise. Daher müssen die Dolmetscher_innen, die in den Kliniken zum Einsatz kommen über die übliche Qualifikation der sprachlichen Übersetzer_innen hinaus weitere Kompetenzen besitzen, die die Qualität der Arbeit gewährleisten. Dazu gehören neben medizinischem Basiswissen auch Kenntnisse der medizinischen Terminologie in der Muttersprache der Patient_innen, das Wissen um Behandlungen in speziellen

Fällen und Weitervermittlung dieses Wissens an die Patient_innen, Kenntnisse der administrativen Struktur eines Krankenhauses und nicht zuletzt Empathie. Darüber hinaus werden von den Dolmetscher_innen auch kulturelle Kompetenzen gefordert wie etwa der Ausgleich möglicher Missverständnisse zwischen Ärzt_in und Patient_in, das Bereitstellen von Informationen über den kulturellen Hintergrund und den sozialen Status der Patient_innen sowie die Vermittlung bei kulturell bedingten Konflikten.

Albrecht betont seine guten Erfahrungen mit den Sprach- und Integrationsmittlern aus dem sog. SprInt-Netzwerk, das sich ausgehend von der Diakonie in Wuppertal entwickelt hat. Seit 2007 werden „Sprach und Integrationsmittler“ für das Gesundheits- und Sozialsystem in einer 18 monatigen und etwa 2000 Unterrichtseinheiten umfassenden Ausbildung gefördert, um das geforderte Kompetenzprofil erfüllen zu können. Deren Arbeit wird überdies durch eine Qualitätssicherungskommission (QSK) gesichert. Äußerst kritisch sind Modelle, wie sie u.a. in Berlin zunehmend genutzt würden, bei denen lediglich kurz instruierte und kaum geeignete Dolmetscher_innen zu sehr geringen Löhnen eingestellt werden. Dies bestätigen weitere Teilnehmer_innen des Forums.

VERSTÄNDIGUNGSHÜRDEN

Elena Kromm-Kostjuk kritisiert ebenfalls, dass in der sozialen und gesundheitlichen Versorgung eine mangelhafte Ausstattung mit sprachlichen Übersetzungsmöglichkeiten herrsche. Es gibt weder ein flächendeckendes Netz von Dolmetscher_innen noch ausreichende Finanzierungsmodelle

für Dolmetscherdienste wodurch Migrant_innen noch immer gezwungen sind, die Verständigung selbst zu organisieren – oft durch Familienangehörige. Im Ergebnis besteht eben kein gleicher Zugang zu medizinischer Versorgung. Ferner sind auch die sozialen und medizinischen Fachkräfte dadurch nicht in der Lage ihren Auftrag gleichwertig auszuführen.

Abhilfe kann durch Gemeindedolmetscher geschaffen werden. Diese bieten die Möglichkeit, sprachliche und kulturelle Barrieren zwischen Klient_innen und Mitarbeiter_innen zu überwinden und damit Folgekosten zu verhindern und eine bessere Akzeptanz und breitere Inanspruchnahme der Versorgungsangebote durch Migrant_innen zu gewährleisten.

Die Gemeindedolmetscher_innen sind dabei in der Regel Muttersprachler, die in Lehrgängen von 60–80 Std. durch geschulte Dolmetscher_innen trainiert werden und so je nach Bedarf für öffentliche Dienstleister tätig sein können. Die Vorteile der Gemeindedolmetscher_innen liegen im einheitlichen Qualitätsmanagement, der zentralen Vermittlungsagentur und der transparenten Honorargestaltung. Wobei die Bezahlung nach dem Prinzip erfolgt, dass derjenige der den Dolmetscher_in in Anspruch nimmt, diesen auch bezahlt. Weitere Vorteile der Gemeindedolmetscher_innen sind:

- Sie besitzen Sprachkompetenz in beiden Sprachen.
- Sie beherrschen Dolmetsch-Methodik.
- Sie haben selbst einen Migrationshintergrund und sind in sozialer Kommunikation ausgebildet.
- Sie sind geschult in Gesprächsführung, Terminologie des Gesundheits- und Sozialwesens und im Umgang mit kulturellen Hintergründen und Rechtsfragen.
- Sie können kulturelle Hintergründe vermitteln.
- Und schließlich sind sie unparteilich und neutral.

Entscheidend für die Dolmetscher_innen ist aber auch die professionelle Distanz zu den Klient_innen, um eine unverfälschte Vermittlung zu erzielen und keine Befangenheit oder seelische Verwicklung der Dolmetscher_innen zu riskieren, wie es bei übersetzenden Familienangehörigen oft der Fall ist. Dieser Aspekt wurde später kontrovers diskutiert, da nicht zuletzt oft die Patientin bzw. der Patient selbst eine ihm bekannte Person als Übersetzer_in wünsche.

Die Abwicklung eines Dolmetscherauftrags und dessen Logistik kann bei den Gemeindedolmetscher_innen zentral erfolgen. So übernimmt das Ethno-Medizinische Zentrum (EMZ) die Vermittlung des Auftrags und kann dadurch Einfluss auf eine bedarfsorientierte Auswahl (hinsichtlich gewünschter Sprache/Dialekt, Geschlecht etc.) der Dolmetscher_innen nehmen und diese dann über den Auftrag und dessen Eigenheiten in Kenntnis setzen. Das EMZ bietet den Dolmetscher_innen zur optimierten Gestaltung ihres Auftrags ein kurzes Vor- und zur Aufarbeitung des Auftrages ein Nachgespräch. Nach dessen Ausführung stellt der/die Dolmetscher_in dann seine Rechnung an das EMZ, das diese an den Auftraggeber weiter leitet.



FORUM 3 WIE GELINGT INTERKULTURELLE ÖFFNUNG IM GESUNDHEITSSYSTEM?

Referent_innen

Prof. Dr. Eckhardt Koch, Migrationsbeauftragter der Vitos Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, Marburg

Martha Neüff, Verband für interkulturelle Wohlfahrtspflege

Moderation

Dr. Dietmar Molthagen, Friedrich-Ebert-Stiftung,
Forum Berlin

WISSENSLÜCKEN UND FORSCHUNGSBEDARF

Prof. Koch begann seinen Vortrag mit dem Hinweis auf Wissenslücken und Forschungsbedarf: Um diesen zu decken haben die Vitos Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Marburg anhand einer Studie ermittelt, wie hoch der Migrantenanteil auf den verschiedenen Stationen liegt. Die Kliniken in Marburg stellten dabei u.a. fest, dass die Möglichkeiten der Rehabilitation von Migrant_innen kaum genutzt werden. Die Erhebung zeigte auch, wie wenig die Kinder- und Jugendpsychiatrie von Migrant_innen genutzt wird (mit 14 Prozent entspricht sie nicht dem Bevölkerungsanteil). Oder, dass der Anteil von Abhängigkeitserkrankungen etwa bei russischstämmigen Migrant_innen relativ hoch ist.

Solche Studien müssten vermehrt durchgeführt werden, um Barrieren für Migrant_innen im Gesundheitswesen systematisch zu erfassen. Zudem könnten dadurch Migrant_innen in ihrer Heterogenität wahrgenommen werden. Außerdem gibt es bislang keine Indikatoren, die Aussagen über eine gelungene interkulturelle Öffnung machen. Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf erarbeitet momentan solche Indikatoren.

HERAUSFORDERUNGEN UND HINDERNISSE

Ein Prozess der interkulturellen Öffnung wird immer auf Hindernisse treffen. Allgemeine Gründe, wie ohnehin bestehende Überlastung der Mitarbeiterschaft, können ebenso zur Herausforderung werden wie Vorbehalte gegenüber dem interkulturellen Ziel, die unter Klinik-Mitarbeiter_innen genauso weit verbreitet sind wie in der Bevölkerung insgesamt. Oft bleiben zudem die Ansätze der interkulturellen Öffnung zu „wolkig“ und werden nicht konsequent umgesetzt.

Die interkulturelle Öffnung der Kliniken wird durch Menschen behindert, die fest daran glauben, dass alles gut läuft, wie es ist. Die interkulturelle Öffnung bezieht sich nicht nur auf die Patient_innen, sondern auch auf die Mitarbeiterschaft der Einrichtung, die ihre Einstellungen verändern muss.

Hindernisse bestehen aber auch auf der Nachfrageseite. So gebe es Berührungängste von Migrant_innen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Präventionsangebote werden von Migrant_innen seltener genutzt und ihre Gespräche mit den Ärzt_innen sind meist kürzer als mit deutschen Patient_innen. Die Situation von Migrant_innen mit Behinderungen wurde bislang völlig vernachlässigt. Die Bedeutung der Sprache wurde auch von Koch betont: Den Kliniken mangelt es an qualifizierten Dolmetscher_innen. Im Klinikalltag werden zu wenige eingesetzt, wofür die Kosten der Hauptgrund sind.

Die Zusammenarbeit mit Migranten-Selbstorganisationen scheitert oft an einem Ungleichgewicht der Akteure. Projekte werden Migrantenorganisationen gerne übergestülpt und die ehrenamtlichen Mitarbeiter_innen haben kaum Zeit, sich angemessen zu engagieren. Problematisch ist häufig auch die völlig unterschiedliche Herangehensweise der Akteure.

BEST-PRACTICE / WORST-PRACTICE

Für eine kompetente Versorgung von Migrant_innen ist ein Migrations- oder Integrationsbeauftragter empfehlenswert, der sich der Aufgabe annimmt. Diese Aufgabe sollte einer hauptamtlichen Kraft zumindest als Stellenanteil übertragen werden. Die Vitos Kliniken etwa sehen dafür einen Stellenanteil von 0,1 vor, andere Kliniken stellen bis zu einer halben Stelle dafür zur Verfügung.

In Marburg gibt es zudem eine regelmäßig tagende Arbeitsgruppe, die sich mit Integration beschäftigt und beispielsweise ein mehrsprachiges Willkommensplakat für Migrant_innen entworfen hat. Entsprechende Umfragen werden in der AG diskutiert, Weiterbildungsangebote entwickelt und kommuniziert. Nicht zuletzt die Spitze des Vitos-Konzerns treibt die interkulturelle Öffnung voran, wodurch die Mitarbeiter_innen motiviert werden, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen.

HANDLUNGSBEDARF UND EMPFEHLUNGEN

- Minderung der migrantischen Berührungängste vor physischer und psychischer Krankheit durch Aufklärung und Absenken von bestehenden Behandlungshürden

- Jede Klinik sollte ihre Bedarfe bezüglich Patient_innen mit Migrationshintergrund ermitteln.
- Aufbau eines Dolmetscher-Netzes, beispielsweise auch durch Fortbildungen für Klinik-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die dolmetschen wollen.
- Übersetzung der Klinik-Formulare in die wichtigsten Sprachen.
- Die Etablierung von Selbsthilfegruppen
- interkulturelle Schulungen für das Personal (die langfristig entlastend wirken!)

Martha Neüff betonte in ihrem Beitrag, dass Migrantenselbstorganisationen (MSO) das Vertrauen ihrer Communities haben. Deshalb können sie als Vermittler zwischen den Migrant_innen und den Organisationen des Gesundheitswesens agieren und etwa Patient_innen über ihre Ansprüche aufklären und kulturelle Barrieren zwischen Arzt und Patient überwinden helfen. Für diese Zusammenarbeit muss aber eine Basis auf Augenhöhe geschaffen werden.

Beim Übersetzen von Informationen aus dem Gesundheitssektor könnten die MSO eine tragende Rolle spielen. Dann dürfe man aber nicht nur als Lückenfüller, sondern als echter Partner begriffen werden.

Eine weitere Forderung des Verbands für interkulturelle Wohlfahrtspflege ist die Aufnahme interkultureller Lerninhalte in die Ausbildung der Ärzt_innen und des Pflegepersonals. Gerade hierbei wäre eine Zusammenarbeit der Ausbildungsstätten mit den Migrantenorganisationen denkbar.

Zudem warf Neüff eine verpflichtende Quote für Migrant_innen im Gesundheitswesen in die Diskussion, die eine interkulturelle Öffnung vorantreiben könne. Gleichzeitig sollten ausländische Abschlüsse von Ärzt_innen und Pflegepersonal in Deutschland leichter anerkannt bzw. durch gezielte Zusatzschulungen leichter ergänzt werden.

In der Diskussion wurde deutlich, dass sich die interkulturelle Öffnung in der Ausbildung der pflegerischen Berufe bereits besser durchgesetzt hat als bei Ärzt_innen. Zudem wurde mehrfach gefordert, Haupt- und Ehrenamt bei Gesundheitsversorgung und Pflege besser miteinander zu koordinieren. Als konkrete Anregung wurde vorgeschlagen, in den IT-Systemen von Kliniken Informationen zu Migrationshintergrund, möglichen Dolmetscher_innen, ggf. vorhandene Verbindungen zu einer MSO, eventuell aufgetretenen Missverständnissen in der Krankengeschichte o.ä. zu hinterlegen, um den Informationsfluss zu verbessern.



FORUM 4 WIE KANN DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG VON FLÜCHTLINGEN UND ASYLBEWERBER_INNEN VERBESSERT WERDEN?

Referent_innen

Georg Classen, Flüchtlingsrat Berlin

Dr. Thea Jordan, Ärztin und Mitglied im Ausschuss für Menschenrechtsfragen der Ärztekammer Berlin

Moderation

Robin Heber, Friedrich-Ebert-Stiftung

RECHTSGRUNDLAGE

In den ersten 15 Monaten ihres Aufenthaltes ist das medizinische Leistungsspektrum für Asylbewerber_innen eingeschränkt und nicht auf dem Niveau GKV-versicherter Personen. Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) werden Asylbewerber_innen nach §§ 4 und 6 des AsylbLG nur bei „akuten Krankheiten und Schmerzzuständen“ behandelt. Erst nach den 15 Monaten greift § 2 AsylbLG in Verbindung mit § 264 Abs 2 SGB V: Eine Krankenkasse nach Wahl übernimmt die Krankenbehandlungskosten und die Flüchtlinge erhalten eine GKV-chip-Karte inklusive einem GKV-äquivalenten und somit uneingeschränkten Behandlungsumfang.

Ergänzende Leistungen nach § 6 des AsylbLG, die zur Sicherung der Gesundheit unerlässliche Behandlungen abdecken sollen, werden nur als Ermessensleistung gewährt. Es besteht also kein automatischer Anspruch. Zudem gilt nach § 4 Abs. 3 AsylbLG, dass die Betroffenen beim Sozialamt einen Krankenschein beantragen müssen, wenn sie behandelt werden möchten, da dieser die Erstattungsgrundlage für die Ärztinnen und Ärzte darstellt. Die Paragraphen 4 und 6 AsylbLG gelten darüber hinaus formal auch für die Personengruppe der ausreisepflichtigen Menschen. Diese umfasst Menschen in Duldung bzw. Menschen ohne Papiere.

BÜROKRATISCHE PROBLEMLAGEN

In seinem Vortrag stellt Georg Classen klar, dass Asylbewerber_innen und geduldete Menschen bei Krankheit enorme Schwierigkeiten haben eine Behandlung zu erhalten. Die Kritik Classens zielt auf den sehr ungenauen Wortlaut bezüglich des Leistungsumfanges ab, der Interpretationsspielräume bietet und daher zwischen Behörden und Bundesländern unterschiedlich ausgelegt wird. Besonders die Differenzierung zwischen akut und chronisch erkrankt steht im Mittelpunkt der Auslegungsproblematiken, so dass § 4 des AsylbLG keine inhaltliche Unmissverständlichkeit bietet. Dies wiederum verstößt laut Classen gegen das Bestimmtheitsgebot der Gesetzgebung und führt zu bürokratischen Hürden. Die Regelung der Krankenscheingewährung verstärkt die Willkür bei der Gewährung von Leistungen und führt in der Realität dazu, dass medizinisch nicht fachkundige Personen Gesundheitsleistungen ge- oder verwehren.

Frau Dr. Jordan berichtet von ihren Erfahrungen als ehrenamtlich tätige Ärztin in Flüchtlingseinrichtungen Berlins. Sie bestätigt, dass Krankenbehandlungen regulär erst in Notfällen geleistet werden. Bei chronischen Krankheitsbildern ist die medizinische Versorgung nicht ausreichend gewährleistet und Hilfsmittel werden oftmals verwehrt. Besonders schwer wiegt, dass traumatisierte Menschen mit psychologischen Problemen, beispielsweise aus Bürgerkriegsländern, keine angemessene psychotherapeutische Behandlungen bekommen.

Im Alltag der ehrenamtlich tätigen Mediziner behindern vor Allem eingeschränkte Ressourcen sowie sprachliche Barrieren die notdürftig geleisteten psychologischen und medizinischen Behandlungen. Die Hinzuziehung von Dolmetscher_innen scheitert an der Finanzierung.

Die gesundheitliche Lage für Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere ist noch deutlich prekärer. Sie meiden

Einrichtungen der Sozialämter oder der medizinischer Versorgung aus Furcht, hierbei gemäß § 87 Abs. 2 AufenthG gemeldet und dadurch letztlich abgeschoben zu werden. Die Meldepflicht in § 87 Abs. 2 AufenthG ist für diese Menschen also eine zusätzliche Hürde, die der medizinischen Versorgung im Wege steht.



Das sogenannte „Bremer Modell“ stellt eine Chance für die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen dar. Mit diesem Modell, welches in den Stadtstaaten Bremen und Hamburg angewandt wird, konnte eine Angleichung an das GKV-Versorgungsniveau hergestellt werden. Asylbewerber_innen erhalten hier mit Beginn des Aufenthalts eine GKV-äquivalente chip-Karte der AOK Bremen. Grundlage ist ein Vertrag zwischen der AOK Bremen und den Sozialbehörden der Städte Bremen und Hamburg, gemäß § 264 Abs. 1 SGB V. Die AOK Bremen übernimmt die Rechnungen der ärztlichen Behandlungen und bekommt diese zuzüglich einer pauschalen Verwaltungsgebühr wiederum vom Sozialamt erstattet. Die Leistungen werden zwar nach §§ 4 und 6 AsylbLG gewährt, sollen aber den Versorgungsstandard GKV-Versicherter umfassen.

Das Ziel des „Bremer Modells“ ist die Reduzierung des Verwaltungsaufwandes bei den Sozialämtern und behördlichen Abrechnungsstellen, verbunden mit der Senkung administrativer Kosten sowie der Nutzung der Kompetenzen der Krankenkassen und die Vermeidung der Stigmatisierung der Geflüchteten. Nach ersten Auswertungen ist das Modell ein voller Erfolg, da neben der verbesserten Gesundheitsversorgung für die betroffenen Personen, die Verwaltungskosten deutlich reduziert werden konnten – bei gleich bleibenden Behandlungskosten.

FORDERUNGEN

Classen fordert in Bezug auf die strukturellen Mängel bei der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen die Abschaffung des § 4 AsylbLG und langfristig eine GKV-Pflichtversicherung nach § 5 SGB V. Kurzfristig sollte die 15 monatige Einschränkung des Behandlungsumfanges aufgehoben werden, um eine Gleichstellung der Asylbewerber_innen zu erzeugen. Dies

könnte erreicht werden indem § 2 AsylbLG durch § 1 AsylbLG in Verbindung mit § 264 Abs. 2 SGB V ersetzt werden würde: Die Übernahme der Krankenbehandlungskosten, inkl. der Bereitstellung einer GKV-chip-Karte sowie des GKV-äquivalenten Leistungsumfangs vom ersten Tag an. Die bundesweite Einführung von Versichertenkarten wie in Bremen und Hamburg würde ebenfalls eine Gleichstellung mit GKV-Versicherten gewährleisten.

Alternativ sollte zumindest dafür gesorgt werden, dass Papierkrankenscheine quartalsweise vorab erteilt werden, damit Krankenscheine nicht mehr durch Sozialamtsmitarbeiter_innen verwehrt werden können. Zudem spricht sich Classen für die Sicherstellung eines sofortigen Übergangs anerkannter Flüchtlinge ins SGB II/ XII aus, was oftmals noch großen Zeitverzögerungen unterliege.

Die Ausweitung des „Bremer Modells“ wird momentan in einer Bund-Länder AG beim Bundesgesundheitsministerium diskutiert. Widerstand einzelner Länder müsse aber noch überwunden werden. Frau Dr. Jordan betont, dass eine gute medizinische Versorgung die Integration der Asylbewerber_innen erst ermögliche. Eine Integration kann nicht gelingen, wenn die Personen krank sind.

Für Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere fordert Frau Dr. Jordan die Abschaffung der Meldepflicht nach § 87 AufenthG, um diesen Personen die Furcht zu nehmen, sich im Krankheitsfall bei Sozialämtern einen Krankenschein ausstellen zu lassen und Ärzt_innen und Kliniken aufzusuchen. Übergangsweise würde die Einführung sogenannter anonymisierter Krankenscheine helfen. Ärztlich geleitete Stellen oder Stellen des öffentlichen Gesundheitswesens könnten zur Ausgabe dieser befugt werden. Die Identität der Menschen würde so geschützt werden und eine reibungslose medizinische Versorgung und Abrechnung wäre gewährleistet.

GESUNDHEITSVERSORGUNG FÜR FLÜCHTLINGE AUSBAUEN

In den Diskussionsbeiträgen wurde auf die Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes eingegangen. Aufgrund personeller Überforderungen sei dieser schlichtweg nicht in der Lage bei der Wahrung der medizinischen Versorgung der diskutierten Gruppen Abhilfe zu schaffen. Zudem wurde bemängelt, dass psychotherapeutische Zentren zur Behandlung von traumatisierten Asylbewerber_innen zum Teil mit nicht zugelassenen Psychotherapeut_innen arbeiten.

Bezüglich der flächendeckenden Ausweitung des „Bremer Modells“ wurden auf mögliche Problematiken bei der Umsetzung eingegangen. Es wurde bemängelt, dass einige Kommunen diese unbedingt einsetzen wollen, jedoch keine kooperationswillige Krankenkasse finden. Darauf entgegnete ein Vertreter der AOK Nord-Ost, dass sein Landesverband die Kooperationen gemäß § 264 Abs. 1 SGB V explizit durchführen möchte und die Bereitstellung der GKV-chip-Karten und Behandlungsübernahmen durch ihre Krankenkassen aus humanitären Gründen als selbstverständlich ansehe. Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Kooperationen zwischen Krankenkassen und Kommunen seien aus seiner Sicht nicht pauschal bei den Krankenkassen zu suchen.

Er weist zudem daraufhin, dass man entsprechende Rahmenbedingungen bundesweit erstellen könnte, womit Verträge zwischen Kommunen und Krankenkassen erleichtert würden.

Auch Pflegeeinrichtungen haben mit pflegebedürftigen Flüchtlingen zu tun. § 6 AsylbLG umfasst zwar offiziell ambulante und stationäre Pflegeleistungen, in der Praxis kommt es jedoch häufig zu großen Verzögerungen bei der Begutachtung durch die Landesgesundheitsämter. Pflegedienste haben daher oftmals Finanzierungsengpässe, da keine Bewilligungen vorhanden sind. Die Pflege ist so unter Umständen gefährdet.



Darüber hinaus wurde in der Diskussion hinterfragt, ob die bedingungslose Aufnahme von Flüchtlingen in die gesetzliche Regelversorgung derzeit politisch nicht durchsetzbar sei. Classen stellt dabei klar, dass dieses Thema durchaus in der AsylbLG-Novelle vergangenen Jahres diskutiert wurde, letztlich aber nicht umgesetzt worden ist. Außerhalb des „Machbaren“ seien diese Forderungen aber keinesfalls. Nach Classen dürfe eine Lösung der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge und Asylbewerber_innen nicht auf Landes- oder Kommunalebene ausgehandelt werden, sondern müsse durch den Bund vorgegeben werden.

Die Passivität des Staates führt letztlich dazu, dass die gesundheitliche Versorgung für Asylbewerber_innen zum Teil sowie für Papierlose fast ausschließlich auf zivilgesellschaftliches Engagement abgewälzt wird und der Staat sich seiner Verantwortung entzieht.



Abschließende Podiumsdiskussion

EIN GESUNDHEITS- UND PFLEGESYSTEM FÜR ALLE: POLITISCHER UND GESELLSCHAFTLICHER HANDLUNGSBEDARF

Podiumsgäste

Niels-Jens Albrecht, Leiter der Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Günter Burkhardt, Geschäftsführer PRO ASYL

Viktor Ostrowski, Projekt PHOENIX Köln und Mitglied im Vorstand des Bundesverbands russisch-sprachiger Eltern

Mechthild Rawert, MdB, Mitglied im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags

Moderation

Pitt von Bebenburg, Journalist bei der Frankfurter Rundschau

Die Abschlussrunde hatte die Aufgabe, einerseits Best-Practice Beispiele zu benennen und andererseits Herausforderungen und Handlungsempfehlungen an die Politik und relevante Institutionen zu adressieren.

SPRACHMITTLUNG

Es besteht auf dem Podium Einigkeit, dass das Thema der Sprachmittlung eine zentrale Herausforderung sowohl für eine gute medizinische Versorgung von Migrant_innen als auch für das Gelingen der interkulturellen Öffnung des deutschen Gesundheitswesens ist. Es kommt die Frage auf, wie lange es dauern wird und was es braucht, um einen erfolgreichen Dolmetscherdienst, wie er im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf existiert, flächendeckend zu implementieren. Niels-Jens Albrecht, Leiter der Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit an dieser Klinik, betont dabei, dass die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens ein langfristiges Generationenvorhaben sei, bei dem vor Allem politischer Wille gefragt ist. Dieser fehle zurzeit auch Thema der Sprach-

mittlung. Allein in Berlin gäbe es jährlich rund 35.000 Eingriffe, die ohne Einwilligung erfolgen, weil eine Verständigung nicht möglich ist. An vielen Kliniken gibt es also noch einen großen Nach- und Handlungsbedarf.

Der Erfolg am Klinikum Hamburg-Eppendorf basiert auf einer simplen aber strikt formulierten Verfahrensanweisung, die im Qualitätsmanagement festgehalten wurde. Das Personal muss sich an diese halten und steht bei Komplikationen der Behandlung wegen einer fehlenden Hinzuziehung eines/einer Dolmetscher_in in der Erklärungs- und Verantwortungspflicht. Auch die Stadt München ist ein Best-Practice Beispiel, da hier der politische Wille der Kommunalpolitik vorhanden war, in Kliniken funktionierende Dolmetscherdienste vorzuhalten. Des Weiteren berichtet Herr Albrecht über das „SprInt“-Projekt, in dem unter der Leitung der Diakonie Wuppertal Sprach und Integrationsmittler, ausgebildet werden, die dann in der Gesundheitsversorgung eingesetzt werden können. Für die Kommunen entstehen dabei keine Kosten, da Ausbildungskosten von den Jobcentern und Einsatzkosten in der Regel von den Kund_innen selbst getragen werden. Eine Ausweitung des Projekt wird derzeit angestrebt.

POTENZIALE VON MSO

Das Podium diskutierte auch die Potenziale von Migrantenselbstorganisationen (MSO). Diese gründen sich häufig aufgrund eigener schlechter Erfahrungen und zielen darauf ab, durch Hilfe zur Selbsthilfe andere Menschen in schweren Situationen zu unterstützen. Viktor Ostrowski hat mit seinem Projekt in Kooperation mit der Diakonie Köln ein Wohnungs- haus für russischsprachige Demenzkranke gestaltet. Hierbei wurden Familien überzeugt, ihre Angehörigen in diesem Haus leben zu lassen sowie ehrenamtliche Betreuer_innen und Sprachmittler_innen bereitgestellt. Des Weiteren konnten inzwischen Vereinen und Initiativen aus 15 Kommunen gewonnen werden, das Thema Pflege ebenfalls explizit zum Schwerpunktthema ihrer Arbeit zu machen.



Migrantenselbstorganisationen wollen sich dabei professionalisieren und sich im Wettbewerb um Qualität in der kultursensiblen Pflege und Gesundheitsversorgung beweisen. Wenn Pflegekräfte beispielsweise Demenzkranke mit einigen wenigen Alltagsbegriffen in der jeweiligen Muttersprache begegnen, kann dies sehr positiv auf die Patient_innen wirken. Dies heißt aber nicht pauschal, dass Sprache allein

die interkulturelle Kompetenz ausmacht. Hierzu erklärt Herr Albrecht, dass die Pflege der Humanmedizin bezüglich der Aufnahme interkultureller Kompetenzen in der Ausbildung weit voraus sei. Auch hier besteht daher politischer Handlungsbedarf, die Curricula entsprechend zu reformieren.

GESUNDHEITSVERSORGUNG VON FLÜCHTLINGEN

Günter Burkhardt von PRO ASYL fordert – wie schon im Fachforum 4 – das Asylbewerberleistungsgesetz zu reformieren, um dieses Sondergesetz langfristig unnötig zu machen. Dies würde auch Vorteile für die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen haben. Die Gesellschaft hat in einem Lernprozess erkannt, dass Flüchtlinge kommen und bleiben, was sich z.B. in einer Lockerungen der Arbeitserlaubnis von Asylbewerber_innen widerspiegelt. Für ihn ist unverständlich, dass bei der Novellierung des gesamten AsylbLG, im November 2014, nicht auch die Gesundheitsversorgung verbessert wurde. Er unterstellt der Politik, dass die Gesundheitsversorgung mit den zweimaligen Unterstützungszahlungen des Bundes an die Kommunen quasi verkauft worden sei. Mechthild Rawert erklärt dazu, dass für die Lösung der drängenden Fragen der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge keine Einigung unter den Koalitionspartnern gefunden werden konnte.



Günter Burkhardt stellt abschließend klar, dass Formulierungen zur Gesundheitsversorgung von Asylbewerber_innen und illegalisierten Menschen, im Gegensatz zur kultursensiblen Pflege und Gesundheitsversorgung von hier langjährig ansässigen Migrant_innen, noch keinen Eingang in die Sozialgesetzgebung gefunden haben. Dies sei aber notwendig.

VERANSTALTUNGSPROGRAMM

Dienstag, 21. April 2015

11.30 Uhr BEGRÜSSUNG	Dr. Dietmar Molthagen Friedrich-Ebert-Stiftung, Forum Berlin
11.40 Uhr VORTRAG	GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DER EINWANDERUNGSGESELLSCHAFT – EINE BESTANDSAUFNAHME Prof. Dr. Oliver Razum Dekan der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
12.00 Uhr VORTRAG	POLITISCHER HANDLUNGSBEDARF FÜR EINE INTERKULTURELLE GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND Staatsministerin Aydan Özoğuz MdB, Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration
12.20 Uhr VORTRAG	AKTUELLE HERAUSFORDERUNGEN UND DEREN LÖSUNG IN SKANDINAVISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMEN Prof. Dr. Prof. Allan Krasnik Universität Kopenhagen und President of the EUPHA Section on Migrant and Ethnic Minority Health
12.40 Uhr RÜCKFRAGEN / DISKUSSION	mit Staatsministerin Aydan Özoğuz , MdB Prof. Dr. Oliver Razum , Universität Bielefeld Prof. Dr. Prof. Allan Krasnik , Universität Kopenhagen Moderation: Pitt von Bebenburg , Journalist bei der <i>Frankfurter Rundschau</i>
13.30 Uhr	Mittagspause
14.30 Uhr FACHFOREN (Fortführung auf Folgeseite)	Parallel tagend FORUM 1 KULTURSENSIBLE PFLEGE – WAS IST SEIT DEM MEMORANDUM VON 2002 GESCHEHEN? Impulse von Anna L. Vey , DRK, Mitglied im Forum für eine kultursensible Altenhilfe Dr. Elke Olbermann , Geschäftsführerin des Instituts für Gerontologie an der TU Dortmund Moderation Günther Schultze , Friedrich-Ebert-Stiftung, Leiter des Gesprächskreises Migration und Integration

14.30 Uhr
FACHFOREN (Fortführung)

Parallel tagend

**FORUM 2 SPRACHE UND SPRACHMITTLUNG ALS
SCHLÜSSEL FÜR GELINGENDE BEHANDLUNGEN?**

Impulse von

Niels-Jens Albrecht, Leiter der Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit am
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Elena Kromm-Kostjuk, Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. Hannover

Moderation

Prof. Dr. Reinhold Roski, Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin,
Studiengang Wirtschaftskommunikation

Parallel tagend

**FORUM 3 WIE GELINGT DIE INTERKULTURELLE ÖFFNUNG
IM GESUNDHEITSSYSTEM?**

Impulse von

Prof. Dr. Eckhardt Koch, Migrationsbeauftragter der Vitos Kliniken für
Psychiatrie und Psychotherapie, Marburg

Martha Neüff, Verband für interkulturelle Wohlfahrtspflege

Moderation

Dr. Dietmar Molthagen, Friedrich-Ebert-Stiftung, Forum Berlin

Parallel tagend

**FORUM 4 WIE KANN DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG VON
FLÜCHTLINGEN UND ASYLBEWERBER_INNEN VERBESSERT WERDEN?**

Impulse von

Dr. Thea Jordan, Ärztin und Mitglied im Ausschuss für
Menschenrechtsfragen der Ärztekammer Berlin

Georg Classen, Flüchtlingsrat Berlin

Moderation

Robin Heber, Friedrich-Ebert-Stiftung

16.00 Uhr

Kaffeepause

16.15 Uhr
DISKUSSIONSRUNDE

**EIN GESUNDHEITS- UND PFLEGSYSTEM FÜR ALLE:
POLITISCHER UND GESELLSCHAFTLICHER HANDLUNGSBEDARF**

Diskussion mit

Niels-Jens Albrecht, Leiter der Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit am
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Günter Burkhardt, Geschäftsführer PRO ASYL

Viktor Ostrowski, Projekt PHOENIX Köln und Mitglied im Vorstand des
Bundesverbands russischsprachiger Eltern

Mechthild Rawert, MdB, Mitglied im Gesundheitsausschuss des
Deutschen Bundestags

Moderation

Pitt von Bebenburg, Journalist bei der *Frankfurter Rundschau*

17.30 Uhr

Ende der Veranstaltung

Impressum:

© 2015

Friedrich-Ebert-Stiftung

Herausgegeben von: Friedrich-Ebert-Stiftung,
Forum Berlin / Politischer Dialog
Hiroshimastr. 17, 10785 Berlin

ISBN: 978-3-95861-227-3

Autor_innen:

Robin Heber (Zusammenfassung der Vorträge und
Podiumsdiskussionen, Forum 4)

Charlotte Sauter und Günther Schultze (Forum 1)

Jasper Schulte (Forum 2)

Antje Stiebitz (Forum 3)

Friedrich Gröschner (Forum 4)

Redaktionelle Bearbeitung:

Dr. Dietmar Molthagen, Günther Schultze

Titelmotiv: © picture alliance / dpa – Carsten Rehder

Veranstaltungsfotos: © Jens Schicke

Gestaltung: www.stetzer.net

