

Begutachtung im interkulturellen Feld

Zur Lage der Migranten und zur Qualität ihrer sozialgerichtlichen und sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland

herausgegeben von

Jürgen Collatz, Winfried Hackhausen & Ramazan Salman

1999

VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung

Inhalt

Migration und Begutachtung. Vorwort Winfried Hackhausen	7
Einleitung und Überblick Jürgen Collatz	9
Zur Lage von Migranten und zur Auswirkung auf die sozialen Sicherungssysteme	
Auswirkungen der Migration auf die sozialen Sicherungssysteme Frank Schulz-Nieswandt	15
Aufenthalts- und sozialrechtliche Voraussetzungen für die medizinische Begutachtung von Migranten Klaus Sieveking	29
Unterschiedliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei deutschen und ausländischen Frauen . Die Probleme von Migrantinnen in der Frauenheilkunde M. David, E. Yüksel, G. Pette und H. Kentenich	39
Spezielle Gesundheitsgefährdung und frühzeitige Alterungsprozesse bei Migranten Yasar Bilgin	53
Qualitäten und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen und in der sozialmedizinischen Begutachtung	
Qualitätsmanagement in der sozialmedizinischen Begutachtung. Überlegungen zu Entwicklungsperspektiven in der Sozialmedizin, Prävention und Rehabilitation – mit einem Exkurs über die Begutachtung von Arbeitsmigranten Winfried Hackhausen	57
Unbewußtheit im gutachterlichen Prozeß, transkulturell wie intrakulturell. Beobachtungen und Überlegungen aus medizinischer, psychologischer und juristischer Sicht Hans Pfefferer-Wolf & Dirk Fabricius	87
Aufgabenfelder des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich Migration und Gesundheit Norbert Schmacke	95
Gesundheitssicherung von MigrantInnen durch den ÖGD Zahra Mohammadzadeh, Heinz-Jochen Zenker	103
Psychosoziale Desintegration und Bewertung der Leistungsfähigkeit Siegfried Köhler	113

Interkulturelle Aspekte sozialgerichtlicher und sozialmedizinischer Begutachtung

Kulturelle Aspekte der Begutachtung	
– der Stellenwert soziokultureller Hintergründe in Begutachtungsprozessen	
Günsel Koptagel-Ilal	131
Der fremde Gutachter	
Tilman B. R. Kluge	137
Rechtskonflikte und forensische Begutachtung im Strafverfahren mit ausländischen Beteiligten aus psychologischer Sicht – Erste Ergebnisse eines explorativen Forschungsprojektes	
Karen Jahn	143
Transkulturelle Begutachtung	
Beispiele ethnokultureller Bewältigungsstrategien in der Migration. – Kasuistiken	
Soner Tuna	153
Muttersprachliche Begutachtung der Gastarbeiter aus dem einstigen Jugoslawien	
Ein Erfahrungsbericht	
Stella Sprung-Gather	169
Phänomene interkultureller Kommunikation im Begutachtungsprozeß	
Soner Tuna, Ramazan Salman	179
Anamneseleitfaden für Minoritäten in Sozialgerichtsverfahren	
am Beispiel türkischstämmiger Probanden	
Eckhardt Koch	189
Heimweh, Anamnese und Körperbefunde zwischen Kulturen	
Mathias Wiezoreck	209
Beurteilungsrisiken bei der kinder- und jugendpsychiatrischen Begutachtung von Migrantenkindern und -jugendlichen	
Rainer Georg Siefen	213
Die Begutachtung psychischer Störungen nach politischer Haft in der DDR	
Doris Denis, Michael Bauer, Stefan Priebe	221
Posttraumatische Belastungsstörung	
– Bedeutung in der Begutachtung im interkulturellen Feld	
Meryem Schouler-Ocak	233
Begutachtung im Rahmen des Anerkennungsverfahrens als Asylant	
Zur Frage nach posttraumatischer Belastungsstörung am Beispiel zweier Kasuistiken.	
Thomas Heise, Wielant Machleidt	243
Statt einer Zusammenfassung	
Von der Notwendigkeit einer interkulturellen Perspektive in der ärztlichen Begutachtung	
Hans Pfefferer-Wolf	259
Die Autoren	265

Aufgabenfelder des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich Migration und Gesundheit

NORBERT SCHMACKE

Der Autor stellt dar, daß der öffentliche Gesundheitsdienst wichtige Funktionen bei der Normalisierung der Migrationsthematik übernehmen kann.

1. Aufgabenzuweisung und Public Health-Orientierung: zwei Seiten des Prinzips „Öffentlichkeit“

Eine Annäherung an die Frage, wie der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) im Bereich des Aufgabenfeldes Migration und Gesundheit positioniert ist, muß sinnvollerweise zwei verschiedene Perspektiven beinhalten. Zum einen geht es um die Beschreibung der momentan auf Grund rechtlicher Normen wahrgenommenen Aufgaben (Beispiel: Asylbewerberleistungsgesetz). Zum anderen gilt es zu reflektieren, in welcher Weise der ÖGD sein bevölkerungsbezogenes Leistungsprofil für die verschiedenen Gruppen von Migrantinnen und Migranten über gegebene Rechtsnormen hinaus heute selber definieren kann und ob es so etwas wie ein Public Health-Leitbild in diesem Feld gibt. Diese Fragen lassen sich nicht beantworten, ohne die Einbindung des ÖGD in den dreigliedrigen Verwaltungsaufbau (Bund, Länder, Gemeinden) zu berücksichtigen (BRAND u. SCHMACKE, 1998). Hierbei interessiert nicht allein der Aspekt, daß entsprechend politischer und parlamentarischer Mehrheitsentscheidung konkrete Aufträge an die Institutionen des ÖGD erteilt werden (konkret: Kanon von Bundes- und Landesgesetzen sowie Erlasse). Vielmehr muß weiter berücksichtigt werden, daß der ÖGD dem jeweiligen politischen und öffentlichen Kräftespiel ausgesetzt ist und insoweit immer auch Spiegelbild der jeweiligen gesellschaftlichen Verhältnisse ist. Dies ist keine akademische Überlegung: welche Felder innerhalb des ÖGD mit angemessen wirkenden Mitteln ausgestattet werden, hängt nicht zuletzt auch eng mit der Wertschätzung der verschiedenen Aufgaben auf der politischen Entscheidungsebene von Bund, Ländern und Kommunen zusammen. Das Thema Migration und Gesundheit rangiert gerade in Zeiten deutlicher Mittelverknappung der öffentlichen Haushalte dabei sicher nicht in den oberen Rängen, wobei sich negativ auswirkt, daß Zuwanderung in Deutschland bis heute grundsätzlich nicht als eine vorrangig zu lösende Aufgabe begriffen wird (diesen Kontext beleuchtet HOHMANN, 1997). Schließlich macht sich auch hier bemerkbar, daß sich grundgesetzlich geregelte Prinzipien wie die Allzuständigkeit der Gemeinden und das Sozialstaatsgebot im kommunalen Raum hart an den fiskalischen Verteilungskämpfen zwischen Bund, Ländern und Gemeinden reiben (SCHMACKE, 1998). Ein gewisser Fortschritt ist andererseits darin zu sehen, daß die neueren Landesgesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst dem ÖGD Aufgaben der Erstellung prioritärer Gesundheitsziele und der Koordinierung von Versorgungsfragen im Rahmen moderner Gesundheitsberichterstattung in das Aufgabenbuch geschrieben haben. Damit wird – prinzipiell jedenfalls – auch das insgesamt im Gesundheitswesen defizitär besetzte Themenfeld Migration und Gesundheit innerhalb der Fachverwaltung und der Kommunen neu zum Diskussionsgegenstand.

2. Focus Zuwanderung neuen Typs: Aufgabenzuweisung an den ÖGD

Auf der kommunalen Ebene wendet der ÖGD im Feld Migration und Gesundheit heute seine Ressourcen ganz überwiegend für die Untersuchung und z. T. auch die Beratung von Zuwanderern (Asylsuchende, Bürgerkriegsflüchtlinge) auf. Die mit der Arbeitsmigration zusammenhängenden Probleme spielen bis auf wenige Ausnahmen praktisch keine Rolle im Alltag der Gesundheitsämter. Man muß davon sprechen, daß es ein globales Konzept für die im Kontext von Migration auftauchenden gesundheitlichen Fragen im ÖGD nicht gibt. Es dominieren zwei Handlungsmuster:

- Screeninguntersuchungen auf dem Boden des Asylverfahrensgesetzes unmittelbar nach Einreise,
- von anderen Behörden in Auftrag gegebene individualmedizinische Gutachten.

Zur Frage der Kostenübernahme von medizinischen Leistungen:

Der Gesetzgeber hat im Asylbewerberleistungsgesetz deutlich abgesenkte Maßstäbe bis zum Entscheid über die Aufenthaltsgenehmigung verfügt, wonach eine bundesdeutschen Standards entsprechende Basisversorgung nicht möglich ist. Es ist kein Wunder, daß Betroffene und ihre behandelnden Ärzte sich häufig gegen diese Standardeinschränkung zur Wehr setzen; als ärztlicher Gutachter wird dann das Gesundheitsamt eingeschaltet.

Zur Frage der Zumutbarkeit der zugewiesenen Wohnunterkunft

Asylsuchende sind verpflichtet, in Gemeinschaftsunterkünften zu leben. Ausnahmen auf Grund angegebener gesundheitlicher Beeinträchtigungen bedürfen wieder amtsärztlicher Begutachtung. Zur Frage der Gesundheitsverträglichkeit der Gemeinschaftsverpflegung:

Asylsuchende sind aus vielerlei Gründen häufig mit der angebotenen Verpflegung nicht zufrieden und klagen in diesem Zusammenhang immer wieder auch über gesundheitliche Probleme. Die Ausnahme von der Gemeinschaftsverpflegung läuft wieder häufig über das amtsärztliche Gutachten, das die Notwendigkeit besonderer Verpflegung bescheinigen soll.

Zur Frage der Zumutbarkeit des zugewiesenen Wohnorts

Da das Recht auf freie Wahl des Wohnorts für Asylsuchende eingeschränkt ist, machen immer wieder Betroffene geltend, daß sie aus gesundheitlichen Gründen in eine andere Gemeinde ziehen wollen (z. B. wegen der Unterstützung von bzw. durch Familienangehörige). Auch hier folgt in der Regel das amtsärztliche Gutachten.

Zur Frage des Bleiberechts

Sowohl nach negativem Bescheid eines Asylantrags als auch nach Auslaufen einer befristeten Aufenthaltserlaubnis wird in bestimmten Situationen geltend gemacht, es bestünden im Zusammenhang mit der Rückkehr gesundheitliche Risiken – bis hin zur Bedrohung durch Folter oder Hinrichtung. Dieser Zusammenhang wird von den Ausländerbehörden in die Frage nach der Reisefähigkeit gekleidet, es folgt das amtsärztliche Gutachten (SCHMACKE, 1993).

Diese Arbeitsfelder der Gesundheitsämter sind bislang nur ansatzweise empirisch untersucht worden. Gleichwohl ergeben sich bei qualitativer Betrachtung folgende Schlußfolgerungen, wenn man die zugewiesenen Aufgaben unter dem Aspekt Qualitätssicherung und Public Health-Orientierung beleuchtet:

- Im Umgang mit Asylsuchenden und Bürgerkriegsflüchtlingen kommt dem ÖGD qua gesetzlicher Regelungen die Aufgabe zu, Sondermaßstäbe durchzusetzen, statt einer Integrationspolitik folgen zu können. Auch wenn man konzidiert, daß auch alle expliziten Einwanderungsländer mit Ausschlußkriterien für Aufnahme und Leistungsgewährung arbeiten, entstehen hier immer wieder systematisch Konflikte zwischen den Qualitätsanforderungen an eine gute gesundheitliche Versorgung und dem förmlichen Auftrag der Leistungsbegrenzung.
- Wenn man heute generell davon ausgeht, daß eine kompetente Gesundheitsberichterstattung Basisvoraussetzung zur Steuerung von Leistungen im Gesundheitswesen ist, so muß festgestellt werden, daß dem ÖGD die erforderlichen Routinen zur Erstellung einer problemorientierten Beschreibung des Gesundheitszustandes von Zuwanderern fehlen. Diese Feststellung bleibt auch dann richtig, wenn man berücksichtigt, daß einzelne Gesundheitsämter begonnen haben, im Rahmen der Erstuntersuchung wichtige Grunddaten über die Gesundheit der Zuwanderer zu erheben (s. v. a. MOHAMMADZADEH, 1995). Die Gesundheitsberichterstattung in Deutschland ist zur Zeit weder auf Bundes-, noch Landes- noch kommunaler Ebene in der Lage, die Spezifika der Migrationsproblematik darzustellen bzw. von den ermittelten Durchschnittswerten bei der Mortalitäts- und Morbiditätsstatistik abzugrenzen. Einzelne regionale Berichte heben sich positiv von diesem Trend ab (z.B. für Hamburg HÖLDKE, 1996). Die Gesundheitswissenschaften (Public Health) haben erst jüngst begonnen, Migration als Schwerpunkt zu betrachten (BERG, 1998). Vorliegende Problemabschätzungen (so COLLATZ zu Deutschland, 1994, so Gesundheitsamt Bremen, 1997, im europäischen Vergleich) sind noch in keiner Weise adäquat rezipiert worden.
- Es kann nicht verwundern, daß im Rahmen der Unterbringung in Gemeinschaftseinrichtungen Probleme auftauchen, die der Gesundheit abträglich sein können. Am offenkundigsten sind die bei Überbelegung regelhaft auftretenden Probleme von Aggression, Zerstörung und Brandgefahr. Ähnlich offensichtlich sind Probleme, die durch Einweisung von Menschen völlig unterschiedlicher ethnischer Herkunft in dieselbe Unterkunft entstehen. Häufig sind im Sinne des uralten Crowding-Problems Hygiene- und Innenraumluftprobleme, die einen Aufenthalt zu einem gesundheitlichen Risiko werden lassen können (von Infektionskrankheiten über Schimmelpilz an den Wänden bis zu Raumluftbelastungen durch versprühte Insektizide). Weniger offenkundig sind die psychischen Auswirkungen der „Zwangsgemeinschaft“ für diejenigen, die sich in einer labilen seelischen Situation befinden. All dies gibt Anlaß, über Wohn-Standards systematisch nachzudenken (hierzu nach wie vor singulär: SENATOR FÜR GESUNDHEIT, JUGEND UND SOZIALES BREMEN, Bremen 1993).
- Gemeinschaftsverpflegung als obligatorischer Standard erzeugt nach allen internationalen Erfahrungen ernährungsphysiologische und psychosoziale Konflikte, die bei der Asylpolitik teils nicht mitberechnet, teils wohl auch bewußt einkalkuliert werden. Hierbei geht es zum einen um Unverträglichkeiten bei ungewohnter Kost, wenn Lieferanten oder Großküchen der Vielzahl ethnischer Bedürfnisse nicht Rechnung tragen. Bei extremer Durchfechtung des Prinzips von Gemeinschaftsverpflegung wird es für die Eltern bereits zum Problem, die für Säuglinge geeignete Ernährungsform und -rhythmik einzuhalten. Ein derartiges Verbot von

Selbstversorgung wird regelhaft unterlaufen, weil die Menschen derartige sinnwidrige Auflagen nicht verstehen können. Vermutlich sind nicht wenige der Zimmerbrände im Gemeinschaftsunterkünften in diesem Kontext zu sehen: das Verbot wird mit primitiven Mitteln umgangen, Sicherheitsmaßstäbe für Herdplatten spielen dabei keine Rolle. Zum anderen wird landauf, landab immer wieder über die schlechte Qualität der Gemeinschaftsverpflegung generell geklagt, was bei den zugrundeliegenden ökonomischen Bedingungen nicht unbedingt verwundert. Viel weniger bedacht wird die Tatsache, daß ein striktes Verbot von Selbstverpflegung nicht zuletzt den Entzug eines menschlichen Urbedürfnisses darstellt, nämlich die Möglichkeit, sich selber und die seinen verköstigen und damit auch psychoemotional versorgen zu können. Es darf unterstellt werden, daß diese negativen Konsequenzen den Verantwortlichen nicht immer bewußt sind. Lockerungen des Prinzips führen zu höherer Zufriedenheit auf allen Seiten; insofern dürfen die „Ausnahmen von der Regel“, die sich immer häufiger antreffen lassen, als Ermutigung gewertet werden, auch in diesem Feld Normalität einkehren zu lassen.

- Für die Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern stellen die individualmedizinischen Gutachten immer auch eine besondere Herausforderung dar, weil die zum medizinischen Alltag gehörenden Verständigungsprobleme hier häufig in derart massiver Form auftreten, daß eine lege artis durchgeführte Untersuchung und Begutachtung mehr als erschwert wird. Dolmetscherdienste werden bislang nur selten in Anspruch genommen, erst im Falle der Auseinandersetzung vor den Verwaltungsgerichten wird dies anders gehandhabt. Da die rechtlichen Rahmenbedingungen derartiger amtsärztlicher Begutachtung die ohnehin dem Begutachtungsprozeß eigene asymmetrische Kommunikation noch deutlich verstärken, gilt es hier vorrangig nach Abhilfe zu suchen (SCHMACKE, 1997).
- Auch wenn unterstellt werden darf, daß im Ernstfall in Deutschland niemand medizinisch unversorgt bleibt, muß die im Asylbewerberleistungsgesetz getroffene Einschränkung im Falle der medizinischen Behandlung erstaunen. Es ist aus ärztlicher Sicht nicht möglich, und es ist ethisch sicher auch nicht statthaft, die Behandlung auf akute Erkrankungen, Schmerzzustände und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen zu beschränken. Auch hier wird die Begutachtung der Frage, ob weitergehende medizinische Maßnahmen zwingend erforderlich sind, für die Amtsärzte durch den rechtlichen Rahmen massiv belastet.
- Der ÖGD weist deutliche Defizite in der konzeptionellen Bearbeitung des Feldes Migration und Gesundheit auf. Längst nicht alle Möglichkeiten institutionenspezifischer Zugänge zu dem Feld werden genutzt. So könnte der ÖGD nicht zuletzt in seinem eigenen Arbeitsalltag eine Menge Innovation leisten, wenn er in den Kindertagesheimen, in den Schulen, beim Impfen, bei der Aids-Beratung und in der gesamten Öffentlichkeitsarbeit stärker als bisher berücksichtigen würde, daß Deutschland längst ein interkulturell geprägtes Land geworden ist. MOHAMMADZADEH (1998) hat durch eine empirische Erhebung im Bremer Gesundheitsamt gezeigt, wie die Migrationsproblematik in einzelnen Abteilungen konkret aufgenommen wird und welche Entwicklungsmöglichkeiten denkbar sind.
- Last not least: die Defizite im ÖGD spiegeln ein gutes Stück weit auch die Defizite im Gesundheitswesen allgemein wider. Es mangelt auch 50 Jahre nach Beginn der letzten großen Arbeitsmigrationsphase in Deutschland nach wie vor an einer „Kultur“ des Lebens mit Zuwanderern. Immer noch werden Sprachbarrieren in Arztpraxis und Krankenhaus als unvermeidliches Randproblem abgetan, das allein die Zuwanderer durch Spracherwerb lösen müßten. Immer noch fehlt die wissenschaftliche und gesellschaftspolitische Beachtung von

Zuwanderung als einem normalen Phänomen der Menschheitsgeschichte, das unterschiedlich stark problembehaftet sein mag, aber nicht durch Abwarten vergeht.

3. Die Erinnerung an die Neighborhood Health Center Bewegung in den USA durch George Rosen

Ein Blick in die Geschichte soll zeigen, daß – als Reaktion auf eine große Migrationswelle, aber nicht nur auf Migrantinnen und Migranten abzielend – in den USA um die Jahrhundertwende und etwa bis 1920 dauernd in zahlreichen Großstädten Gesundheitszentren gegründet wurden, deren Selbstverständnis und Aufgabenprofil sehr modern wirken, ohne mit dieser Bewertung die gewaltigen Veränderungen in Gesellschaft und Medizin seit dieser Epoche beiseite schieben zu wollen. Der Medizinhistoriker und Public Health-Experte GEORGE ROSEN hat in seiner Analyse von 1971 folgende Stärken der Zentren herausgearbeitet:

- Die Health Centers waren für umschriebene Wohnquartiere zuständig. Die dort arbeitenden Gesundheitsfachberufe (Ärzte, Krankenschwestern, Gesundheitsinspektoren, Lebensmittelkontrolleure) kannten sich in ihrer Region gut aus.
- Die Bevölkerung wurde in die Planung der Zentren aktiv mit einbezogen, so daß sie das Angebot tatsächlich als ihnen zugehörig betrachteten.
- Die Zentren waren bemüht, auf die vorhandenen Sprachbarrieren einzugehen.
- Medizinisch-kurative, präventive und sozialdienstliche Angebote wurden unter einem Dach angeboten.
- Die Angebotsstruktur (vor allem Schwangerenbetreuung, Schulgesundheit, Tuberkulosefürsorge, Geschlechtskrankenberatung, Zahnpflege, Sozialhilfe) ging auf vorhandene regionale Spezifika angemessen ein.

Dieses Element einer integrierten Gesundheitsversorgung konnte sich in den USA nicht halten, nicht zuletzt, weil der medizinische Fortschritt derartige ganzheitliche Angebote überflüssig zu machen schien – eine Fehleinschätzung, auf die ROSEN schon in seinem Artikel 1971 hinwies.

4. Spezifische und allgemeine Schlußfolgerungen aus der Betrachtung von Migration und Gesundheit

Da gelegentlich darauf hingewiesen wird, daß die Beschäftigung mit den gesundheitlichen Problemen von Migrantinnen und Migranten eine besondere Herausforderung darstelle, die auf Grund fehlender Ressourcen nicht rascher als es geschehe beantwortet werden könne, soll pointiert dargelegt werden, daß nicht alle Anforderungen tatsächlich migrationsspezifisch sind und daß von der schärferen Focussierung des Themas Migration und Gesundheit auch die Versorgung der Gesamtbevölkerung profitieren könnte:

- Die Verständigungsschwierigkeiten zwischen Migrantinnen und Migranten und deutschsprachigen Therapeutinnen und Therapeuten verweisen nicht allein auf unmittelbare Übersetzungsprobleme, sondern auch auf grundlegende Kommunikationsdefizite. Unterschiedliche Sprachcodes erschweren auch bei gleicher Muttersprache die Gestaltung einer symmetrischen Kommunikation. Würde dies Gegenstand angewandter Forschung, so würden davon alle Bevölkerungsgruppen profitieren. Und es würde vermutlich die Einsicht wachsen, daß im

Gesundheitswesen der Einsatz bilingual versierter Therapeutinnen und Therapeuten viele der unlösbar erscheinenden Probleme deutlich abmildern würde.

- Hinter den zum Teil massiven migrationsspezifischen Verständigungsprobleme stecken auch Grundprobleme einer eindimensionalen Medizin, die – gestützt auf die enormen Fortschritte einer naturwissenschaftlich-technisch fundierten Akutmedizin – von einem einfachen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang des Krankheitsprozesses ausgeht und mit einer hierarchisch strukturierten Beziehung zwischen Experten und Laien operiert. Auch hierfür gilt: wäre sich die Medizin der Vielschichtigkeit der diagnostischen und therapeutischen Herausforderungen wirklich bewußt, so wäre auch mehr Platz für die oft als „unverständlich“ bezeichneten Probleme von Zuwanderinnen und Zuwanderern.
- Bezogen auf den ÖGD verweisen die Defizite an migrationsspezifischen Leistungen auch darauf, daß die Umorientierung der Dienstleistung „öffentliche Gesundheit“ in Richtung problemorientierter Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung generell noch fortentwickelt werden muß. Dies ist in Zeiten knapper Kassen und zum Teil drastischer Stellenstreichungen sicher alles andere als einfach; umgekehrt kann der ÖGD längerfristig aber an Ansehen und Unterstützung gewinnen, wenn er insbesondere in den Kommunen zur Lösung vorrangiger Probleme auch außerhalb seines bisherigen Aufgabenspektrums beiträgt. In diesem Zusammenhang muß darauf hingewiesen werden, daß die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen mit der Einrichtung des bundesweiten Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit entscheidende Unterstützung zur Entwicklung praxisorientierter Angebote auf kommunaler Ebene leistet.

5. Schlußbetrachtung

Es ist zu hoffen, daß die Beschäftigung mit dem Thema Migration und Gesundheit allmählich die Normalität gewinnt, die einem De-Facto-Einwanderungsland angemessen ist. Zu allen Zeiten hat es in allen Gesellschaften oft über Generationen währende Schwierigkeiten in der Akzeptanz von Menschen fremder Kulturen gegeben. Der hohe Entwicklungsstand unserer Gesellschaft sollte dafür garantieren, daß tatsächlich auftauchende Probleme (z.B. Kommunikationsprobleme, Aggressivität und Angst vor Überfremdung) von Seiten der öffentlichen Dienstleister professionell bearbeitet werden. Dabei erweist sich die Analyse des tatsächlichen Bedarfs als unverzichtbar: Eine in das örtliche Geschehen gut integrierte Gesundheitsberichterstattung ist insoweit auch hier die Voraussetzung zur Lösung von Problemen. Wer nicht vollständig auf Ausgrenzung oder Schaffung von Spezialangeboten abzielen will, der wird entdecken, daß auch im Bereich des Gesundheitswesens bei einem gewachsenen Anteil von Ausländerinnen und Ausländern personelle Ressourcen brachliegen, die zum allseitigen Vorteil genutzt werden müssen. So können z.B. bilinguale Angebote für die wichtigsten Ethnien schon kurzfristig die bessere Lösung gegenüber Ausgrenzung und Spezialangeboten sein. Bezogen auf die Gesundheitsämter wird gern das Bild vom Anwalt der gesundheitlichen Belange der Bevölkerung verwendet, weil der ÖGD von Haus aus keinen eigenen ökonomischen Interessen verpflichtet und qua Gesetz auf Chancengleichheit hin orientiert ist. Es gilt, diesen hohen Anspruch im Alltag mit Leben zu erfüllen – eine Anforderung nicht nur für die Akteure des Systems selber, sondern auch für Politik und gesellschaftliche Gruppierungen, die das Gesundheitswesen und den ÖGD dabei unterstützen müssen, die mit der Migration verbundenen gesundheitlichen Probleme kompetent behandeln zu können. Dann könn-

te sich eher als heute vielleicht angenommen das Klima im Feld Migration und Gesundheit wandeln: wir würden nicht mehr über Belastungen sprechen, sondern über eine Bereicherung unseres unweigerlich dem kontinuierlichen Wandel unterworfenen Kulturraums.

Zitierte und weiterführende Literatur

- BERG G. Migranten. In: SCHWARTZ F. W. u. a. Das Public Health Buch: 549–556. Urban und Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1998.
- BRAND H., SCHMACKE N. Der öffentliche Gesundheitsdienst. In: SCHWARTZ F. W. u. a. Das Public Health Buch: 259–268. Urban und Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1998.
- COLLATZ J. Zur Realität von Krankheit und Krankheitsversorgung von Migranten in Deutschland. Jahrbuch für Kritische Medizin Band 23: 101–132. Argument, Hamburg, 1994.
- DAVID M., BORDE T., KENTENICH H. (Hrsg.). Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Mabuse, Frankfurt, 1998.
- GESUNDHEITSAMT BREMEN. Asylum Seekers / Refugees and Health in the Nineties. Proceedings of an Expert Meeting in Bremen. Eigendruck, Bremen, 1997.
- HOHMANN H. G. Gewollte Entmündigung. Die Versorgung von Asylbewerbern durch den Staat. Gesundheitsrelevante Aspekte aus der Praxis. In: Jahrbuch für kritische Medizin Band 26: 7–22. Argument, Hamburg, 1997.
- HÖLDKE B. Die Rolle der Gesundheitsberichterstattung für kommunale Gesundheitsförderung durch das Gesundheits- und Umweltamt. N. v. Magisterarbeit im Ergänzungsstudiengang Public Health an der Medizinischen Hochschule Hannover. Hannover, 5. 1. 1996.
- JUNGHANS TH. Asylsuchende und Flüchtlinge. Gesundheitsversorgung einer komplexen Minderheit. Sozial- und Präventivmedizin: 11–17, 1998.
- MOHAMMADZADEH Z. Die Gesundheitliche Lage und Versorgung der Flüchtlinge in Bremen. IKO, Frankfurt, 1993.
- MOHAMMADZADEH Z. Das Bremer Erstuntersuchungsprogramm für Asylsuchende, Teil I und II. Das Gesundheitswesen, 57: 457–461 und 462–466, 1995.
- MOHAMMADZADEH Z. Umfrage zur gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten (Erhebung der dokumentierten diesbezüglichen Leistungen des Gesundheitsamtes Bremen). N. v. Ms., 1998.
- ROSEN G. The First Neighborhood Health Center Movement – its Rise and Fall. American Journal of Public Health, 61: 1620–1637, 1971.
- SCHMACKE N. Reisefähigkeit von Asylsuchenden – Zur Konstituierung und Bedeutung eines sozialmedizinischen Gutachtenbegriffs. Zeitschrift für Sozialreform, 38: 442–449, 1993.
- SCHMACKE N. Öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstaat und kommunale Selbstverwaltung. Perspektiven der Gesundheitsämter auf dem Weg ins 21. Jahrhundert. Berichte und Materialien, Band 11. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf, 1996 (2. Aufl.).
- SCHMACKE, N. Das öffentliche Gesundheitswesen. Institution oder Gestaltungsprinzip im gegliederten Gesundheitssystem? Überlegungen zu einem kontinuierlichen Auftrag an Politik und Wissenschaft. In: FERBER C. v., WOLTERS P. Kommunale Gesundheitspolitik als Gegenstand der Public Health Forschung. Nordrhein-westfälischer Forschungsverbund Public Health, (Eigendruck): 5–12. Verbundtag 1996, Universität Bielefeld.
- SCHMACKE, N. Die Herausforderung des Public-Health-Konzeptes für die Gesundheitsämter. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 5: 56–62. 1997.
- SCHMACKE N. Medizinische Begutachtung von MigrantInnen: Ein Beispiel der doppelten Sprachlosigkeit. Zeitschrift für Sozialreform, 43: 276–286. 1997.
- SCHMACKE, N. Gesundheitsförderung durch kommunale Gesundheitszentren. Eine Hommage an GEORGE ROSEN anlässlich seines 20. Todestages. In: HEINEMANN H. (Hrsg.). Die Ottawa Frage. Was wird in zehn Jahren von den Ideen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung übrig sein?: 39–47. VAS, Frankfurt, 1997.
- SCHMACKE N. Öffentlicher Gesundheitsdienst: Entwicklungen und Perspektiven. Ein Beitrag zur Wiederentdeckung der Kommune in der Gesundheitspolitik. In: Handbuch Kommunale Politik. Raabe, Düsseldorf, 1998 (i. E.).

SENATOR FÜR GESUNDHEIT, JUGEND UND SOZIALES BREMEN. Unterbringung von Zuwanderern in Bremen (Positionspapier zu Standards der Wohnsituation, n. v.). Bremen, 1993.