

2000

Joachim Gardemann
Wolfgang Müller
Angelika Remmers
(Hrsg.)

**Migration und Gesundheit:
Perspektiven für Gesundheitssysteme
und öffentliches Gesundheitswesen**
Tagungsdokumentation und Handbuch

Arbeitstagung „Migration und Gesundheit: Perspektiven für
Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen“
23. bis 25. März 2000, Hilden

WHO Regionalbüro für Europa und
Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf
in Zusammenarbeit mit dem Bundesweiten Arbeitskreis
Migration und öffentliche Gesundheit

Die Veranstaltung wurde vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des
Kooperationsprogramms der Bundesrepublik Deutschland mit der WHO finanziell gefördert.

Berichte & Materialien Band 17

Migration und Gesundheit: Die Perspektive der Gesetzlichen Krankenversicherung

Norbert Schmacke
AOK-Bundesverband
Kortrijker Str. 1
53177 Bonn

Migration gehört zu den gesellschaftlichen Themen, die ihren Platz in der Rang- und Werteskala zu allen Zeiten hart erkämpfen müssen. Die offizielle Regierungspolitik hatte Zuwanderung bis zum Regierungswechsel Ende 1998 nicht als ein der Gesellschaft zugehöriges Thema verstanden und im offenkundigen Widerspruch zur systematischen mit der Gastarbeitergeneration amtlich geförderten Arbeitsmarkt- und Wirtschaftspolitik als flüchtiges Phänomen missverstanden und dethematisiert. Auch die Zuwanderungsbewegung neuen Typs und die Asylproblematik konnte die Bundespolitik bis dahin nicht dazu bewegen, eine moderne Zuwanderungspolitik als Teil der Gesellschaftspolitik zu entwickeln und hierzu öffentliche Diskurse zu initiieren. So kann es nicht verwundern, dass das Thema Migration und Gesundheit es besonders schwer hatte und hat, angemessenen Raum in der öffentlichen Debatte zu finden. Wo die stets vorhandene diffuse Angst vor Zuwanderern sich zudem mit der Frage von importierter Krankheitslast verbindet, da fällt es besonders schwer, den Blick freizubekommen für ein realistisches Abwägen von Chancen und Risiken, die nun einmal mit Zuwanderungsprozessen unweigerlich verbunden sind. Alle Staaten haben zu allen Zeiten aus diesen Gründen darüber nachgedacht, wie die mit Zuwanderung in Zusammenhang gebrachten Risiken durch chronische Krankheiten und Infektionen begrenzt werden können; demgegenüber tun sich offenbar Zuwanderungsländer wesentlich schwerer, eine auf Integration und Förderung gesunder Ressourcen der Einwanderer abzielende umfassende Gesundheitspolitik zu entwickeln, welche den Fakt der Zuwanderung zur Kenntnis nimmt und die unweigerlichen Akkulturationsprobleme zu bewältigen hilft. Die Chancen für die Migrantinnen und Migranten, den Zugang zum landestypischen Gesundheitswesen und die Auseinandersetzung mit anderen kulturellen Mustern des Umgangs mit Krankheit und Gesundheit erleichtert zu bekommen, hängt auch stark davon ab, ob das jeweilige Zuwanderungsland eine gute Tradition in Public Health hat, in einer populationsbezogenen Betrachtung von Gesundheitsproblemen, vor allem in der Entwicklung von Programmen für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Entsprechend günstige Ausgangsbedingungen hatte das deutsche Gesundheitswesen weder zum Zeitpunkt der so genannten Gastarbeitermigration noch zu Beginn der neueren Zuwanderungswellen aus Armuts- und Bürgerkriegsregionen vorzu-

weisen. Das Thema „sozialer Gradient“ stand ebenfalls nicht für die „eigene“ Bevölkerung auf der Tagesordnung. Das gern als pluralistisch bezeichnete Gesundheitswesen war schlicht auf eine klassische Herausforderung wie Migration nicht vorbereitet – und zeigte zunächst genau so wenig wie alle anderen gesellschaftlichen Bereiche Bereitschaft, die offenkundigen Defizite in gemeinsamer Anstrengung aller Akteure auszugleichen. Dies ist eine Feststellung, die alle verantwortlichen Akteure und Bereiche einschließt; das kurative Versorgungssystem gleichermaßen wie komplementäre soziale Dienste und den öffentlichen Gesundheitsdienst. Wenn dies nicht eine resignative oder nach Entschuldigung klingende Äußerung sein soll, so stellt sich die Frage nach den Voraussetzungen einer zukunftsweisenden Gesundheitspolitik, welche die Migrationsfrage nicht länger als vorübergehendes oder randständiges Phänomen sondern als Daueraufgabe begreift.

Die Logik von Systemen: prägende Themen und Zielpunkte

Der Schlüssel zum Erfolg, so die erste These, ist die Beantwortung der Frage: Wie funktionieren Systeme? Bezüglich der GKV sollen nachfolgend einige der gegenwärtig bestimmenden Faktoren aufgelistet werden:

- Der Leistungskatalog der GKV ist letztlich ein Ergebnis gesellschaftlicher Aushandlungsprozesse, die sich in Entscheidungen des Bundesgesetzgebers (SGB V), nachfolgenden Verhandlungen zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen und der Rechtssprechung der Sozialgerichte niederschlagen. Dies klingt trivial, markiert aber stets den Korridor, in dem wünschenswerte Veränderungen Platz finden. Beispielhaft hierfür ist der schwere Stand, den Prävention und Gesundheitsförderung neben der hervorragend ausgebauten kurativen Versorgung bis heute haben.
- Die sozialpolitische und ökonomische Wahrnehmung der GKV in der Politik ist Akteuren in der Versorgung, die von inhaltlichen Zielen der Patientenversorgung geleitet werden, oft schwer verständlich. Dass z.B. seit einigen Jahren quer über die Parteien hinweg das Thema „Stabilhalten oder Absenken der Lohnnebenkosten“ handlungsleitend geworden ist, muss unbeschadet der eigenen Bewertung dieses Themas ins Kalkül gezogen werden, wenn über Spielräume für neue Leistungen nachgedacht wird.
- In allen entwickelten Gesundheitssystemen werden Diskussionen um die Definition und die Begrenzung der zur Verfügung stehenden Budgets geführt. Diese Diskussion hat in Deutschland erst begonnen, von einer souveränen Auseinandersetzung mit dem Kosten-Nutzen-Thema sind wir mit Sicherheit weit entfernt. Die Forderung nach neuen Leistungen bleibt deshalb vor allem dann ungehört, wenn sie gedanklich neben den bestehenden Leistungskatalog gesetzt und damit in die Kategorie „zusätzliche Belastung“ eingeordnet werden. Innerhalb der bestehenden Schieflage zwischen Feldern der Unter- und Überversorgung haben es Ansätze von komplementären Angeboten für Mi-

grantinnen und Migranten insoweit besonders schwer, auf einen der ersten Listenplätze in der öffentlichen Wahrnehmung zu gelangen.

- Wenn die Frage des Gesamtbudgets für das Gesundheitswesen von Hauptakteuren wie den Vertragsärzten in die Richtung gelenkt werden kann, dass Rationalisierungsreserven angeblich völlig ausgeschöpft seien, und wenn dies auch von namhaften Gesundheitsökonominnen der Politik nahe gebracht wird, dann sinkt die Bereitschaft zur qualitativen Erweiterung der Leistungsangebote noch weiter ab. Selbst im Falle, dass die Antworten differenzierter ausfallen, wird der Druck auf den Nachweis einer akzeptablen Kosten-Nutzen-Relation für neue Dienstleistungen im Gesundheitswesen unvermeidlich zunehmen: eine schwierige Ausgangssituation für den Bereich Migration und Gesundheit, in welchem gesundheitsökonomische Analysen bislang kaum vorliegen und die zur Verfügung stehende empirische gesundheitswissenschaftliche Basis insgesamt als dünn bezeichnet werden muss (ein *circulus vitiosus* von mangelnder Aufmerksamkeit, unzureichenden Forschungsmitteln und geringem Ertrag).
- Die Aufmerksamkeit in der Gesundheitspolitik könnten in den kommenden Jahren stark auf grundlegende ordnungspolitische Fragen verlagert werden, nämlich auf die Frage, inwieweit es geboten erscheint, aus dem jetzigen Leistungskatalog der GKV so genannte Wahlleistungen herauszunehmen und der individuellen Versicherungsbereitschaft anheim zu stellen und über die Kassenbeiträge dann eine so genannte Grundversorgung zu finanzieren. Wird dieses Thema mächtig genug, drohen unterentwickelte Felder der Versorgung vollends aus dem Blickfeld der politischen Debatte zu geraten.
- Ebenso ist unschwer vorherzusehen, dass bei der hohen Dichte an Vertragsärzten und Krankenhausbetten unter den Bedingungen der gesetzlich geregelten Beitragssatzstabilität die Verteilungskämpfe zwischen den Leistungsanbietern erheblich schärfer werden. Solange es zwischen den wichtigen Interessengruppen im Gesundheitswesen keine Verständigung darüber gibt, wie unter den heutigen ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen der Leistungsbedarf auf Seiten der Versicherten und die Leistungsdichte im professionellen System in ein gesellschaftlich verträgliches Verhältnis zueinander gebracht werden können, werden es qualitativ neue Ansätze von Versorgung zunächst einmal extrem schwer haben.
- Unstrittig dürfte abschließend sein, dass die Zeiten des beliebigen Anbaus neuer Leistungssegmente im Gesundheitswesen vorbei sind. Die Agenda wird bestimmt werden von Themen wie Verdrängungswettbewerb, Substitution kostenintensiver Leistungen und Heben ökonomischer Potenziale. Damit wächst der Legitimationsdruck auf jede Form von medizinischer und psychosozialer Versorgung. Dies ist Chance und Gefahr zugleich. Chance, weil Qualitätssicherung gesetzlich fixiertes Gebot dieser neuen Zeit geworden ist und damit über Evaluation und Bewertung bisherige Beliebigkeiten ausgehebelt

werden können. Gefahr insofern, als auch künftig komplexe und gesellschaftlich weniger akzeptierte Leistungssegmente große Probleme haben werden, Fürsprecher in der Politik und Mittel für das Erbringen der erforderlichen Qualitätsnormen zu finden.

Leistungen der Krankenkassen: Zugangswege zu den Versicherten

Mit der Zunahme von Versicherten ausländischer Herkunft, beginnend mit der Arbeitsmigration, haben die Krankenkassen bislang im wesentlichen zwei Zugangswege entwickelt, um den Bedürfnissen dieser Versichertengruppen gerecht werden und die eigenen Angebote und gesundheitsbezogenen Vorstellungen bekannt zu machen.

Erstens kristallisierte sich über längere Erfahrungszeiträume hinweg heraus, dass die Beschäftigung von fremdsprachenkundigen, am besten bilingualen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als stabilster Zugangsweg gelten kann, Sprach- und Verständigungsprobleme abzumildern. Derart sprachlich und kulturell befähigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fungieren in vielfacher Funktion:

- Als genereller Ansprechpartner in Sachen Gesundheit und Krankheit
- Als Berater zu den Leistungsansprüchen gegenüber der eigenen Kasse
- Als Lotse durch die Gesundheits-, Sozial- und Arbeitsverwaltung
- Als Fallmanager
- Als De-Facto-Sozialarbeiter.

So hat z.B. die AOK-Hamburg ein Verzeichnis von Mitarbeitern erstellt, die über Fremdsprachenkenntnisse verfügen. Gibt es Verständigungsschwierigkeiten in der Kundenbetreuung, kann der entsprechende Ansprechpartner der Kasse sich an einen fremdsprachenkundigen Mitarbeiter wenden. Dies kann entweder in Form einer telefonischen Beratung oder eines persönlichen Gesprächs geschehen. Teil dieses Angebots ist u.a. auch die Übersetzung medizinischer Anweisungen. Dieses Angebot wird nach aktueller Auskunft der AOK-Hamburg v.a. von Versicherten mit türkischer, persischer und griechischer Nationalität genutzt.

Zweitens entwickelten Kassen – vor allem in den Ballungs- und Industriezentren – spezifische Angebote der Gesundheitsförderung für Versicherte, bei denen Deutsch als Zweitsprache fungiert. Dabei handelte es sich in der Regel um

- Ernährungsberatung
- Angebote für Bewegung und Gewichtsreduktion
- Familienberatung

So hatte z.B. die Berliner AOK ein breites Kursangebot für türkische Versicherte entwickelt, und zwar in Zusammenarbeit mit der Berliner Gesellschaft Türki-

scher Mediziner e.V. Dies umfasste Gesundheitsberatung für Familien mit Kindern, Beratung für Familien mit sexuellen Problemen, Ernährungsberatung, wirbelsäulenschützende Gymnastik für Frauen, (speziell auch für Mütter behinderter Kinder), Stressbewältigung, „Bauch-weg-Kurs“ für Männer. Auch im Bereich der Pflegeversicherung wurden Angebote entwickelt, so in Hamburg Kurse für pflegende Angehörige in türkischer Sprache.

Durch den ursprünglichen §20 SGB V erhielten diese Ansätze Auftrieb, ehe die Rücknahme der Gesundheitsförderungsprogramme in der Seehofer-Ära es den Kassen deutlich erschwerte bis unmöglich machte, alle nicht unmittelbar krankheitenbezogenen Ansätze weiterzufinanzieren. Dieser Abbruch einer hoch innovativen Phase der Gesundheitsförderung (trotz aller Unzulänglichkeiten, die mit dem Kampfbegriff „Bauchtanz“ völlig unzulässig skandalisiert wurden) bedeutete gerade für die migrationspezifischen Ansätze einen schweren Rückschlag.

Die Problematik der Übernahme von Dolmetscherkosten

Nicht zu lösen ist bis heute im Verantwortungsbereich der GKV das Problem kompetenter Fremdsprachenübersetzung für die konkrete, einzelne Untersuchungs- und Behandlungssituationen im ambulanten Bereich. Die Finanzierung von Dolmetscherleistungen stellt sich dabei für den stationären und den ambulanten Bereich verschieden dar. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hatte bereits 1963 in seiner damaligen Zuständigkeit für die gesetzliche Krankenversicherung die Frage verneint, ob die Krankenkassen für die ambulante ärztliche Versorgung Übersetzungskosten übernehmen müssten. Gleichzeitig wurde davon ausgegangen, dass Dolmetscherkosten bei einer Krankenhausbehandlung im Rahmen des Pflegesatzes als abgegolten anzusehen sind. Das Bundessozialgericht ist dieser Auffassung gefolgt, wobei es sich von dem Grundsatz hat leiten lassen, dass der Arzt die Hilfestellung anderer Personen zu Lasten der Krankenkassen nur dann in Anspruch nehmen darf, wenn die Voraussetzungen des §28 Abs. 1 Satz 2 SGB V erfüllt sind. Danach gehört zur ärztlichen Behandlung die Hilfeleistung von Personen, die vom Vertragsarzt angeordnet oder von ihm zu verantworten ist. Gesetzgeber und Bundessozialgericht gehen dabei übereinstimmend davon aus, dass es sich um Tätigkeiten handeln muss, die innerhalb des Bereichs liegen, der der ärztlichen Berufsausübung zuzurechnen ist. Dabei wird im §28 SGB V vorausgesetzt, dass der Arzt in der Lage ist, hinzugezogene Tätigkeiten aufgrund seines Fachwissens überwachen und leiten zu können. Dies wird für Dolmetscherleistungen bis heute ausgeschlossen, zuletzt übrigens vom Bundessozialgericht 1995 in einem Verfahren zur Übernahme von Kosten für einen Gebärdensprache-Dolmetscher. Das BSG hat in diesem Zusammenhang festgestellt, dass aus dem Fehlen einer gesetzlichen Regelung zur Kostenübernahme von Dolmetscherleistungen nicht der Schluss gezogen werden darf, dass insoweit eine Gesetzeslücke besteht, die im Wege der Rechtssprechung geschlossen werden könnte. Es ist die Frage, wie an diesem Punkt die gesundheitswissenschaftliche und fachliche Diskussion um den Stellenwert von Übersetzung und

kompetenter Kommunikation für eine qualifizierte medizinische Versorgung mit der juristischen Perspektive zueinander kommen können. Möglicherweise ist auch dies nur möglich, wenn gesamtgesellschaftlich wirklich eine neue Ära der Wahrnehmung des Migrationsthemas begonnen hat.

Entwicklungschancen in und mit der GKV: der Rollenwechsel vom Payer zum Player

In dem Maße, wie die Krankenkassen die Aufgabe übernehmen, das Versorgungssystem von der Prävention bis zur Rehabilitation aktiv mitzugestalten, wandelt sich der Blickwinkel auf das Feld der Versicherten und der Gesundheitsfachberufe grundlegend. Für das Thema „Migration und Gesundheit“ werden damit – zumindest in der längerfristigen Perspektive – folgende Trends bedeutsam:

- Krankenkassen analysieren das Wechselverhalten der Versicherten
- Kundenbefragungen werden immer selbstverständlicher eingesetzt
- Kostenanalyse interessieren zunehmend unter dem Aspekt der sektorenübergreifenden Patientenkonten (Gesamtkosten in der Langzeitperspektive)
- Qualitätssicherung wird verbindlicher Bestandteil jedweder Verträge mit Leistungsanbietern
- Kosten-Nutzen-Analysen werden in den nächsten Jahren den Beigeschmack des Besonderen verlieren
- Der Ansatz der Versorgungsforschung tritt neben die klassische klinisch orientierte Forschung
- Allgemeinmedizin resp. primärärztliche Versorgung gewinnen wieder an gesellschaftlicher Akzeptanz

Es kann an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass im National Health Service in Großbritannien seit dem letzten Wechsel zur Labour-Regierung das Thema Patientenbefragung einen hohen Stellenwert im Rahmen der Qualitätssicherung erhalten hat. 1998 wurde erstmals flächendeckend eine entsprechende Befragung zu den Erfahrungen der Patienten im ambulanten medizinischen Bereich durchgeführt. Dabei wurden die Ergebnisse nach ethnischer Zugehörigkeit aufgeschlüsselt; es zeigte sich, dass es in vielen wichtigen Sektoren der ambulanten Versorgung (z.B. zum Thema Aufklärung) bei insgesamt hohem Zufriedenheitsniveau deutliche Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen verschiedener ethnischer Herkunft gibt, die nun Anlass zur Entwicklung von Abhilfemassnahmen werden sollen. Auch in Großbritannien gibt es bis heute keine befriedigenden Lösungen für die Übersetzung in die und aus den wichtigsten Sprachen von Zuwanderern im Kontext der ambulanten medizinischen Versorgung.

Die AOK Rheinland/Regionaldirektion Essen führte gemeinsam mit den Kliniken Essen-Mitte im Jahr 1999 eine Befragung von türkischen Bürgern zu Schlüsselfragen von Gesundheit und Krankheit (Schwerpunkt Krankenhausversorgung) durch. Diese Befragung kann insofern als zukunftsweisend gelten, als zum einen die Bedürfnisse an die Krankenkassen selbst wie an eine qualifizierte stationäre Versorgung aus Betroffenenperspektive ermittelt wurden. Dabei wurde v.a. ermittelt, dass es einen großen Bedarf an muttersprachlicher Beratung wohnortnah durch die Krankenkasse gibt, und dass für die stationäre Versorgung die Verständlichkeit der Informationen zur Behandlung besonders hoch bewertet wurden. Zwei Drittel der Befragten (v.a. Frauen, ältere Versicherte und Versicherte mit noch kurzer Aufenthaltsdauer) legten Wert auf muttersprachliche Betreuung. AOK wie Kliniken arbeiten im Gefolge dieser Erhebung an Projekten zur Verbesserung von Information, Beratung und Betreuung.

Migrationspezifische Ansätze, die auf die Beseitigung offensichtlicher Defizite in Prävention, Kuration und Rehabilitation abzielen, werden umso erfolgreicher sein, je mehr sie Teil aktueller „Trends“ werden und nicht als „Extralösung“ in der Schublade „wünschenswert aber unbezahlbar“ abgelegt werden können. Von grundsätzlicher Bedeutung ist aber auch die Frage, inwieweit kompensatorische Ansätze der Migrationspolitik von einem realistischen Bild der Migration ausgehen oder – im schlechtesten Falle – dem Defizitmodell sozialer Intervention verhaftet bleiben, das es nicht nur schwer hat, gesellschaftliche Akzeptanz zu erlangen, sondern ungewollt sogar zu einer völlig unnötigen Dramatisierung eines „normalen“ gesellschaftlichen Prozesses, nämlich der Einwanderung, beitragen kann. Dies würde für die ganz ohne Frage zentrale Problematik der Sprachbarrieren bedeuten, die Förderung der Sprachkompetenzen der Zuwanderer als gesellschaftliche Daueraufgabe einzufordern. Das Übersetzungsproblem ist natürlich nicht mit Intensivierung der Sprachförderung zu lösen; aber längst nicht alle Möglichkeiten, das Zeitintervall für den Erwerb der Zweitsprache Deutsch abzukürzen, werden mit langem Atem ausgeschöpft. Migrantinnen und Migranten sind weiter nicht von Haus aus „das Problem“, sie sind immer auch „Teil der Lösung“. Das Gesundheitswesen kann insbesondere weit konsequenter als bisher die Potenziale bilingualer Bürger heben und einsetzen: die berühmte interkulturelle Öffnung der Regeldienste kann auch von den Krankenkassen deutlicher als bisher gefordert werden. Und wo komplizierte Finanzierungsregelungen anstehen – und das Dolmetscherproblem ist ein solches, da von einem Basisangebot in den wichtigsten Sprachen Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Länder und Bund gleichermaßen profitieren könnten – führt vermutlich der Weg über Mischfonds weiter als die schlichte Suche nach einem bereitwilligen Zahler. Wenn sich diese Gesellschaft jetzt Schritt für Schritt zu ihrem Zuwanderungsstatus bekennt, dann müssen Gespräche über gemeinsame Finanzierungen von Dienstleistungen wie derartiger Basis-Dolmetsch-Angeboten, die in mehreren Sektoren gleichermaßen zum Einsatz kommen können, aufgenommen werden. Es sollte in einer Dienstleistungsgesellschaft in Zeiten der Globalisierung nicht nur normal sein, dass sich

Mittelstand und Industrie darum kümmern, wie sie in fremder ethnischer Umgebung in allen Kontinenten der Welt erfolgreich investieren können. Es sollte auch „normal“ werden, die internen Verständigungs- und Befremdungsprobleme gemeinschaftlich besser zu lösen als bisher.

Migration als Lernfeld: Normalisierung statt Besonderung

Damit bin ich zum Schluss bei der Frage angelangt, ob es ein zukunftsweisendes Konzept geben kann, die mit Migration unweigerlich verbundenen gesundheitlichen Fragestellungen souveräner zu beantworten als dies bisher in Deutschland der Fall ist. Eine Patentantwort gibt es natürlich nicht, insbesondere wenn man sich der Tatsache bewusst ist, dass Migrantinnen und Migranten offenbar im Laufe der Geschichte in fast stereotyper Weise mit Abgrenzungsneigungen und Ausgrenzungspraktiken unterschiedlicher Härte konfrontiert wurden. Vielleicht kann es gleichwohl gelingen, die Migration im gesundheitlichen Feld aus der reinen Belastungsbetrachtung herauszuholen und sie als wichtiges Lernfeld für die Gesellschaft insgesamt zu sehen. Dies soll abschließend thesenartig vertreten werden:

- Migration ist ein „Sonderfall“ des Themas „Soziale Lage und Gesundheit“. Das Verständnis für sozial determinierte Handicaps und deren Überwindung ist zumindest in Grenzen erlernbar. So sollte sich das know how wirksamer Aufklärungsprogramme für Zuwanderer ebenso auf vorhandene pädagogische und sozialwissenschaftliche Konzepte stützen wie die Evaluation derartiger Ansätze der generellen Prävention zugute kommen kann.
- Migration kann zeigen, wie wichtig sowohl auf der Seite der Patienten wie der Ärzte/Heilberufe die sozialen Kompetenzen sind, um erfolgreich untersuchen und behandeln zu können. Auch hier verweist das Thema Migration nur darauf, wie sehr generell der Weg zum Erfolg über kompetente Kommunikation organisiert werden kann.
- Dass dabei Bildung der wichtigste einzelne Faktor ist, der Gesundheitschancen fördert, ist wiederum im Kern unabhängig vom Thema ethnische Zugehörigkeit: Sprachkompetenz (nicht nur im Sinne der Überwindung von unmittelbaren Sprachbarrieren) und kommunikative Kompetenz sind in hohem Maße Voraussetzung für die Teilhabe an Gesundheit und sollten insofern immer wieder auf Platz eins einer gemeinsamen Bildungs- und Gesundheitspolitik gesetzt werden.
- Die Erfahrungen mit den gesundheitlichen Problemen von Migrantinnen und Migranten zeigen weiter, wie wichtig die Nutzung und Förderung von Laienpotenzialen ist: wenn die Fachberufe meinen, ohne Laienaktivitäten auskommen zu können, erleben sie notwendigerweise Enttäuschungen und landen immer wieder bei irrationalen Forderungen an den Ausbau der Expertensysteme.

- Erfolgreiche Prävention, Beratung und Unterstützung von Migrantinnen und Migranten in gesundheitlichen Fragen fußt in vielen Ländern primär auf der Arbeit von nichtärztlichen Fachberufen. Es macht nachdenklich, wie artzentriert das Gesundheitssystem in Deutschland insgesamt nach wie vor ist.
- Die nicht zu leugnenden Versorgungsprobleme im Feld Migration und Gesundheit könnten schließlich auch ein weiterer Anstoß sein, das Defizit an Nutzenbewertungen in unserem Gesundheitswesen anzusprechen. Überall werden neue Herausforderungen beschworen, manche sprechen bereits von Rationierungszwängen: dazu steht in krassem Widerspruch, dass es einen erheblichen Mangel an Studien im Bereich der Versorgungsforschung und der Ressourcensteuerung im Gesundheitswesen gibt.

Persönliche Bilanz: über Zeitverzögerungen und den richtigen Zeitpunkt

Vermutlich ist es so, dass sich die Zeiträume, in denen Migrantinnen und Migranten im jeweiligen Zuwanderungsland so gut zurecht finden, dass verbleibende Probleme als „normal“ betrachtet werden können, nicht beliebig verkürzen lassen. Lernen – auf beiden Seiten – unterliegt schwer durchschaubaren Eigengesetzen und ist nicht allein durch Vermehrung der Kraftanstrengungen zu beschleunigen. Gleichwohl macht es einen gravierenden Unterschied, ob ein Land mit nennenswerter Zuwanderung sich zu diesem gesellschaftlichen Prozess bekennt und angemessene rechtliche und kulturelle Normen entwickelt oder nicht.

Migration wird nach wie vor überwiegend als Belastung wahrgenommen, für das Zuwanderungsland und für die Zuwanderer selber. Dass Migration wohl eher ein Wechselspiel von Stärkung und Schwächung gesellschaftlicher wie individueller Potenziale darstellt, wird kaum thematisiert. Im extremen Fall wird dann im Zuwanderungsland Migration als Überlastung gesehen, und die Zuwanderer können entweder ausschließlich als nicht integrationsfähige oder in der anderen Extrembetrachtung als vorrangig hilfsbedürftige Menschen wahrgenommen werden: keine dieser Zuordnungen erleichtert das aufgeklärte Umgehen mit den unweigerlich mit Migration verbundenen Problemen. Die Menschheitsgeschichte ist eine Geschichte der Wanderungsbewegungen, und Einwanderungsländer haben immer auch von diesen Bewegungen profitiert.

Viele vermeintlich migrationspezifische Fragen verweisen auf das generelle Thema sozialer Chancengleichheit. Je geübter eine Gesellschaft und ihr Gesundheitswesen sind, sich hierauf insgesamt einzustellen, umso leichter werden es auch Zuwanderer haben.

Im Vordergrund der Migrationsdebatte steht aus nachvollziehbaren Gründen das Sprachproblem. Hier werden zum einen unrealistische Erwartungen geweckt, was das Tempo des Zweitspracherwerbs anbelangt, insbesondere was ein vertieftes Sprachverständnis anbelangt. Dies befreit aber die Gesellschaft nicht, ihre Kurs- und Bildungsangebote dem Bedarf anzupassen. Kompetente Übersetzung bleibt gerade auch im Gesundheitsbereich ein Dauerthema, wobei man die Erwartun-

gen an die Leistungsfähigkeit von Übersetzung per se auch nicht überziehen sollte. Dies ist, anders betrachtet, wiederum keine Entschuldigung dafür, keine Konzepte zu haben. Die seit einigen Jahren in Deutschland aufgenommene Idee der interkulturellen Öffnung der Regelangebote weist vermutlich in eine besonders bedeutsame Richtung und muss die als kompensatorische Leistung erforderlichen kompetenten Dolmetscherdienste um eine systematische Antwort ergänzen.

Wenn man an die Liste der langanhaltenden Versäumnisse und Defizite in unserem Gesundheitswesen denkt – ich nenne stellvertretend die ausstehende Reform des Medizinstudiums, die Vernachlässigung der Allgemeinmedizin und das weitgehende Fehlen von Kosten-Nutzen-Analysen –, dann spricht dies dafür, dass Systeme offenbar ein extremes Beharrungsvermögen haben und der Zeitpunkt für grundlegende Neuerungen kaum prognostizierbar ist. Auch der „richtige Zeitpunkt“ für einen Wandel in der Thematik Migration und Gesundheit ist deshalb nicht fixierbar. Nachdem die bisherigen Zuwanderungsphasen der Nachkriegszeit es nicht vermocht haben, eine realistische Gesellschaftspolitik zu fördern, wird vielleicht tatsächlich noch in dieser Legislaturperiode mit Hilfe des Umwegs der Diskussion über indische Computerspezialisten doch jetzt mit größerer Ernsthaftigkeit darüber nachgedacht, wie wir Zuwanderern den Umgang mit ihren Gesundheits- und Krankheitsproblemen erleichtern können und dabei ihre eigenen Ressourcen besser nutzen – ob sie vorübergehend in Deutschland leben oder ob Deutschland auf Dauer ihr neuer Lebensraum geworden ist.