



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

April 2017, 17. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Petra Plunger*, Institut für Palliative Care und OrganisationsEthik der Universität Klagenfurt 2

Drei Fragen an

Stefan Huster, Institut für Sozial- und Gesundheitsrecht an der Ruhr-Universität Bochum 3

Buchtipps

von *Tobias Neisecke*, Integrativthemenbeauftragter eHealth im Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg 4

WIDO

Krankenhaus-Report 2017

Mindestmengen stärken die Versorgungsqualität 5

Pflege-Report 2017

Demenzkranke erhalten oft Psychopharmaka 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Migration

Die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland

Laura Frank, Alexander Rommel, Thomas Lampert, Robert Koch-Institut, Berlin 7

Die Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund

Hürrem Tezcan-Güntekin und Jürgen Breckenkamp, Universität Bielefeld 15

Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation für Gesundheitsberufe

Ilhan Ilklic, Universität Istanbul 24

STUDIE IM FOKUS

Übersversorgung ist in vielen Ländern ein Problem 31

SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte 32

Liebe Leserinnen und Leser,

erinnern Sie sich noch an Ihre Studentenzzeit? Wenig Geld, kaum Besitztümer, aber jede Menge Sozialkontakte und viele wilde Theorien darüber, was die Welt im Innersten zusammenhält – so war das bei mir. Ich lebte die meiste Zeit in einem heruntergekommenen Altbau, ohne Dusche und mit Klo im Hausflur. An die Wohnungstür hatte ich eine vergrößerte Kopie einer Max-Ernst-Lithografie von zwei sich schüttelnden Händen geklebt. Darunter stand handschriftlich der Spruch: *The other is not completely opaque to me, because I am not quite transparent to myself*. Den hatte ich während meines Studienjahres in Großbritannien in einem Philosophieseminar aufgeschnappt. Er stammte von Levinas oder Merleau-Ponty oder irgendeinem anderen Franzosen. Ich fand es damals charmant, mir vorzustellen, dass ich Andere genau deswegen recht gut verstehen kann, weil ich mich selbst nicht durchschaue.

Gerade in Zeiten, in denen manche Menschen wieder Andere offen auszugrenzen versuchen, tun meiner Ansicht nach zwei Dinge not. Zum einen ist das der Kampf gegen die eigenen, in der Regel völlig unberechtigten Überlegenheitsfantasien – siehe meinen Türspruch. Zum anderen ist es ein nüchterner, aber intensiver Blick auf die Fakten. Voller Freude kann ich sagen, dass alle Analyseautoren in dieser Ausgabe hier Großes geleistet haben, und das bei einem Thema, bei dem es genau um den Umgang mit dem Andersartigen geht. In diesem Heft erhalten Sie dezidierte Antworten auf drei immer wichtiger werdende gesundheitspolitische Fragen: 1) Wie unterscheiden sich Migranten von Nicht-Migranten gesundheitlich? 2) Wie sieht die Pflege von Migranten aus beziehungsweise wie soll sie aussehen? 3) Welche Fähigkeiten müssen Menschen in Gesundheitsberufen haben, um mit Migranten erfolgreich umgehen zu können? Wie jemand in unserem Analysen-Review-Board so schön formulierte: „Das ist das Gegenteil von postfaktisch!“

Viel Vergnügen beim Lesen wünscht Ihnen

Medizinstudium**Masterplan 2020 beschlossen**

Nach rund zwei Jahre dauernden Verhandlungen haben die Gesundheits- und Kultusminister von Bund und Ländern Eckpunkte für eine umfassende Reform des Medizinstudiums verabschiedet. Die Lehre soll sich demnach stärker an der Vermittlung arztbezogener Fähigkeiten, insbesondere für das Arzt-Patienten-Gespräch, ausrichten. Gleichzeitig soll die Fähigkeit zum wissenschaftlichen Arbeiten stärker in den Fokus rücken. Gestärkt wird auch die Rolle der Allgemeinmedizin, die künftig ab dem

ersten Semester das ganze Studium über gelehrt und Prüfungsfach im Staatsexamen werden soll. Zusätzlich ist für das praktische Jahr ein Pflichtquartal in der ambulanten Versorgung vorgesehen. Die Länder sollen künftig im Rahmen einer Landarztquote bis zu zehn Prozent der Studienplätze an Bewerber vergeben können, die sich verpflichten, nach Studienabschluss für bis zu zehn Jahre in unterversorgten Regionen zu praktizieren. Die Umsetzung des Masterplans steht jedoch unter dem Vorbehalt der Finanzierung. ■

Mehr Informationen:

www.bmbf.de/de/masterplan-medizinstudium-2020-4024.html

Pflegerecherche**Bundesweite Datenbank erleichtert Recherche**

Mit einer neuen, kostenlos zugänglichen Online-Datenbank ermöglicht das Zentrum für Qualität (ZQP) in der Pflege seit diesem Frühjahr die systematische Suche nach wissenschaftlichen Studien zur Pflege und Versorgung älterer Menschen. Die Datenbank, die bereits über 900 laufende und abgeschlossene Forschungsprojekte aus ganz Deutschland umfasst, soll als offene Plattform den Austausch und den Dialog fördern. ■

Mehr Informationen:

www.zqp.de/forschungsdatenbank

ZEITSCHRIFTENSCHAU

Arzneimitteltherapie bei Demenz

In einem Review auf der Basis von 16 eingeschlossenen Studien wurden Themenfelder identifiziert, die Menschen mit Demenz, pflegende Angehörige und professionelle Pflegekräfte in Heimen bei der Arzneimitteltherapie vor Herausforderungen stellen. Neben dem Beschaffen und Gebrauchsfertigmachen der Medikamente, der Unterstützung bei der Einnahme und dem Umgang mit komplexen Therapieschemata und Bedarfsmedikation wie etwa Schmerzmitteln zählen dazu auch die Auswirkungen, die die Verantwortung für die Arzneimitteltherapie auf die Lebensqualität der betreuenden Angehörigen hat, ethische Herausforderungen für die Pflegekräfte, Fragen der Patientenautonomie, die Bedeutung der Betreuungsbeziehung und das Zusammenspiel von informeller und formeller Versorgung. Die Autoren empfehlen, die Kommunikation zwischen betreuenden Angehörigen, Pharmazeuten und anderen Gesundheitsberufen zu verbessern und maßgeschneiderte, situationsbezogene Unterstützung anzubieten, etwa in Form eines *medication review* (Medikationsüberprüfung) durch Pharmazeutinnen und Pharmazeuten. ■

Int J Pharm 2016;512(2):396–404

Pflegende Angehörige unterstützen

In der pflegewissenschaftlichen Diskussion sind die Bedürfnisse pflegender Angehöriger schon länger ein Thema, in der Sozialpharmazie fanden die

Fragestellungen bisher wenig Niederschlag. In einem Brief an den Herausgeber plädieren die Autoren dafür, dass die Gesundheitsberufe ihre Unterstützung pflegender Angehöriger erweitern sollten. So könnten etwa Apothekerinnen und Apotheker nicht nur Arzneimittelberatung anbieten, sondern pflegenden Angehörigen auch gezielt passende Unterstützungsangebote vermitteln. Dafür müssten sie sich über lokale und regionale Angebote informieren und im Idealfall vernetzt mit diesen zusammenarbeiten. ■

Res Soc Adm Pharm 2017;13:254–256

Mehr als nur Arzneimittellieferanten

Menschen mit Demenz haben ein höheres Risiko einer fehlerhaften Arzneimitteltherapie. Pflegende Angehörige nehmen Pharmazeuten jedoch vorwiegend als Arzneimittellieferanten und nicht als Berater wahr, so das Ergebnis einer qualitativen Studie in Großbritannien. Vertreter anderer Gesundheitsberufe hingegen zählen die Beratung zur Arzneimitteltherapie zu den Kernaufgaben von Pharmazeuten. Die befragten Apotheker gaben an, dass der Zugang zu patientenbezogenen Daten ihnen die gezielte Unterstützung betroffener Familien erleichtern würde. Hilfreich wäre es demnach auch, wenn Pharmazeuten Hausbesuche machten, sich auf das Thema Demenz spezialisierten und als zentrale Akteure in Behandlungspfaden eingebunden würden. ■

Health Expect 2017; 1–14;doi: 10.1111/x.12534



Von

**Dr.in Mag.a pharm.
Petra Plunger MPH,**

Wissenschaftliche
Mitarbeiterin am Institut
für Palliative Care und
OrganisationsEthik, IFF
Alpen-Adria-Universität
Klagenfurt

Adresse:

Schottenfeldgasse
29/1/4
A-1070 Wien
Telefon:
0043 522 4000 211
petra.plunger@
aau.at
[www.uni-klu.ac.at/
pallorg](http://www.uni-klu.ac.at/pallorg)

Gesundheitsförderung Empfehlungen für einen gesunden Lebensstil

Um Kommunikation und Kompetenzen im Bereich der Ernährungskommunikation zu bündeln, hat am 1. Februar 2017 in Bonn das neue Bundeszentrum für Ernährung (BZfE) seine Arbeit aufgenommen. Ein Schwerpunkt soll die Förderung eines gesunden Lebensstils bei Schwangeren und jungen Familien sein, um so frühzeitig die Weichen für ein gesundes Aufwachsen zu stellen. ■

Mehr Informationen:

www.bzfe.de

Digitalisierung Werkzeugkasten für die Forschung

Unter dem Namen „ToolPool Gesundheitsforschung“ bündelt ein neues Internetportal vorhandene IT-Werkzeuge für die medizinische Forschung und macht dafür neben Software-Werkzeugen und eServices auch Schulungs- und Beratungsangebote, Konzepte und Arbeitspapiere verfügbar. Betreiber des fachlich moderierten und redaktionell betreuten Portals ist der Verein „Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e.V.“. ■

Mehr Informationen:

www.toolpool-gesundheitsforschung.de

Forschungsförderung DFG unterstützt Grundlagenforschung

Für das Jahr 2018 richtet die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) 17 neue Schwerpunktprogramme (SPP) ein; darin sollen die wissenschaftlichen Grundlagen besonders aktueller oder sich gerade bildender Forschungsgebiete untersucht werden. Zu den

interdisziplinär ausgelegten Programmen zählen auch fünf SPP zu lebenswissenschaftlichen Themen, unter anderem zu gen- und zellbasierten Therapieansätzen

in der Augenheilkunde und zu Interaktionen von Tumorzellen innerhalb des Knochenmilieus. ■

Mehr Informationen:

www.dfg.de

DREI FRAGEN AN ...



Die Wissenschaft hat eine Bringschuld

... Professor Dr. jur. Stefan Huster, Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie sowie Direktor des Instituts für Sozial- und Gesundheitsrecht (ISGR) an der Ruhr-Universität Bochum

Forschungsschwerpunkte:

Krankenversicherungs- und Gesundheitsrecht, verfassungsrechtliche und rechtsphilosophische Grundlagenfragen der Gesundheitsversorgung und -fürsorge

Jahresetat:

circa 400.000 Euro,
circa 75.000 Euro
Drittmittel

Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:

1 Universitätsprofessor,
1 Post-Doktorand,
4 wissenschaftliche Mitarbeiter/
Doktoranden,
1 Verwaltungsangestellte,
6 studentische Hilfskräfte

Adresse:

Lehrstuhl für Öffentliches Recht,
Sozial- und Gesundheitsrecht
und Rechtsphilosophie und
Institut für Sozial- und
Gesundheitsrecht
Ruhr-Universität Bochum
GC 7/135
44780 Bochum
Telefon: 0234 32 22239
Fax: 0234 32 14271
stefan.huster@rub.de
www.ruhr-uni-bochum.de/oer2

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Sowohl der Lehrstuhl als auch das Institut beschäftigen sich umfassend mit dem Krankenversicherungs- und Gesundheitsrecht aus öffentlich-rechtlicher Perspektive. Die Themen sind vielgestaltig; sie reichen von den Rechtsgrundlagen der Selektivverträge über juristische Fragen der Nutzenbewertung von Arzneimitteln bis zur Public-Health-Politik als Rechtsproblem. Im Fokus stehen dabei stets die verfassungsrechtlichen Vorgaben und die rechtsphilosophischen Grundfragen der Gesundheitsversorgung und -fürsorge, etwa der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Lehrstuhl und Institut waren und sind an interdisziplinären Forschungsprojekten beteiligt, die in der Regel über Drittmittel finanziert werden. Bei diesen Projekten arbeiten wir mit Wissenschaftlern verschiedener Disziplinen, insbesondere mit Medizinern, Gesundheitsökonomern und Medizinethikern, zusammen.

Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Die Wissenschaft kann der Politik die Entscheidungen nicht abnehmen. Sie kann aber die Voraussetzungen und Konsequenzen dieser Entscheidungen analysieren und darstellen. Wenn die Politik dies dann zur Kenntnis nimmt, schadet das gewiss nicht. Allerdings ist meines Erachtens auch die Wissenschaft in einer Bringschuld, ihre Ergebnisse in einer der Politik zugänglichen Form aufzubereiten und zu präsentieren.

Studium I

Duale Ausbildung für Pflegefachkräfte

An der Hochschule Niederrhein startet zum Sommersemester 2018 ein neuer Bachelor-Studiengang Pflege. Dieser wird zunächst ausschließlich dual angeboten. Studienvoraussetzung ist ein Ausbildungsvertrag für eine Berufsausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger bei einer kooperierenden Einrichtung in der Region. Diese starten mit ihrer Ausbildung bereits im September 2017, zum Sommersemester kommen dann berufsbegleitende Kurse an der Hochschule dazu. ■

Mehr Informationen:
www.hs-niederrhein.de

Studium II

Experten für das Immunsystem

Das menschliche Immunsystem steht im Mittelpunkt des neuen Masterstudiengangs „Medical Immunosciences and Infection“, den die Universität Bonn zum Wintersemester 2017/2018 anbietet. Er richtet sich an Absolventen von Bachelor-Studiengängen auf Gebieten wie Molekularer Medizin, Biochemie, Biotechnologie, Chemie oder Biologie und soll sie für die internationale Forschung auf dem Gebiet der Immunologie und Infektiologie qualifizieren. Unterrichtssprache ist Englisch. ■

Mehr Informationen:
www.uni-bonn.de > Studium > Vor dem Studium > Studienangebot > M. Immunosciences and Infection

Studium III

Bachelorstudium Evidenzbasierte Pflege

Im Department für Angewandte Gesundheitswissenschaften der Hochschule für Gesundheit wird ein berufsbegleitender Bachelor-Studiengang mit dem Titel „Evidenzbasierung pflegerischen Handelns“ ab dem Wintersemester 2017/2018 angeboten. Das Teilzeitstudienangebot richtet sich an examinierte Pflegekräfte, die sich im Rahmen ihrer beruflichen Pflegepraxis fachlich weiterentwickeln wollen. Bewerbungen sind ab Ende Mai online möglich. ■

Mehr Informationen:
www.hs-gesundheit.de > Pflegewissenschaft > Studiengang Evidenzbasierung pflegerischen Handelns

BUCHTIPPS

Zum Thema eHealth



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von **Tobias Neisecke, Integrativthemenbeauftragter eHealth im Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg**

ZukunftsAgentur Brandenburg
Steinstraße 104–106
14480 Potsdam
Telefon: 0331 20029254
tobias.neisecke@zab-brandenburg.de
www.healthcapital.de

Autoren/Titel	Inhalt
<p><i>Florian Fischer, Alexander Krämer (Hrsg.)</i></p> <p>eHealth in Deutschland Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen</p>	<p>eHealth ist ein Feld, das sich rasant weiterentwickelt. Den Herausgebern dieses Buches ist eine nahezu vollständige und abwechslungsreiche Momentaufnahme des Status quo in Deutschland gelungen. Dabei haben sie nicht nur klassische Themen wie Rahmenbedingungen, Anforderungen, Perspektiven, Finanzierung und Evaluation abgearbeitet, sondern mit dem Stichwort Gesundheitskommunikation auch einen eigenen, unverbrauchten Schwerpunkt gesetzt. (Springer Verlag, 2016)</p>
<p><i>Stiftung Münch (Hrsg.)</i></p> <p>Die elektronische Patientenakte Fundament einer effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung</p>	<p>Mit sicherem Gespür für das richtige Thema zum richtigen Zeitpunkt hat das Team des Instituts für angewandte Versorgungsforschung (inav) um Professor Volker Amelung die aktuelle Evidenzlage zu elektronischen Patientenakten untersucht. Die Autoren arbeiten mehrere internationale use cases (Anwendungsfälle) prägnant auf, stellen die Ergebnisse in den Kontext zum deutschen Gesundheitssystem und leiten daraus entsprechende Handlungsempfehlungen ab. (medhochzwei Verlag 2016)</p>
<p><i>Andréa Belliger, David J. Krieger</i></p> <p>Gesundheit 2.0 Das ePatienten-Handbuch</p>	<p>Die inspirierenden Texte des Amerikaners Dave DeBronkart alias „ePatient Dave“ und des niederländischen Arztes und Health-2.0-Vordenkers Lucien Engelen wurden in diesem Band erstmals in deutscher Sprache verfügbar gemacht. Die Vision eines durch Techno-</p>

Foto: Nico Schneider

Krankenhaus-Report 2017

Mindestmengen stärken die Versorgungsqualität

„Zukunft gestalten“ heißt der Schwerpunkt des Krankenhaus-Reports 2017. Jenseits der aktuellen Debatten um das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) werden dabei offene Fragen der stationären Versorgung analysiert. Dazu gehört das Thema Mindestmengen.

Übung macht den Meister – das gilt auch für die stationäre Versorgung. Je häufiger ein Eingriff in einem Krankenhaus durchgeführt wird, desto besser ist das Behandlungsergebnis. Dieser Zusammenhang ist für viele Indikationen belegt, etwa für Operationen an der Bauchspeicheldrüse. Hier beträgt in Deutschland die Sterblichkeit innerhalb eines Jahres rund 20 Prozent. Dabei hat das Fünftel der Patienten, das in Krankenhäusern mit den niedrigsten Fallzahlen versorgt wird, eine um mehr als 70 Prozent erhöhte Sterblichkeit gegenüber dem Fünftel, das in Häusern mit den höchsten Fallzahlen versorgt wird. Dennoch wird das Instrumentarium der Mindestmengen in Deutschland nur zögerlich genutzt. Lediglich für sieben Indikationen, darunter Knie-Totalendoprothesen und komplexe Eingriffe an Bauchspeicheldrüse oder Speiseröhre, gibt es festgelegte Mindestmengen. Doch selbst diese werden oft nicht eingehalten. Bei Operationen an der Bauchspeicheldrüse blieb 2014 fast die Hälfte der Kliniken unterhalb der Mindestmenge. Bei Eingriffen an der Speiseröhre erreichten fast drei Viertel den Grenzwert nicht. Dabei ist die Sterblichkeitsrate in Krankenhäusern, die diese Vorgaben einhalten, deutlich niedriger.

Im internationalen Vergleich sind deutsche Mindestmengen sehr niedrig angesetzt. Bei Eingriffen an Bauchspeicheldrüse und Speiseröhre etwa sind es nur zehn pro Jahr. Die medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland fordern höhere Werte. Wie es auch anders geht, zeigen die Niederlande. Operationen an Bauchspeicheldrüse und Speiseröhre finden dort überwiegend in Behandlungszentren statt, zugleich sind die Mindestmengen dort höher als in Deutschland. Die Sterblichkeit bei beiden Eingriffen ging durch die zentralisierte Behandlung stark zurück. In der Regel verfügen solche Zentren über

deutlich bessere Voraussetzungen als kleine Einheiten. Die umfassende strukturelle Ausstattung für die Behandlung ist dort eher vorhanden, die Operateure sind spezialisiert und haben mehr Erfahrung. Eine routinierte Prozesskette und ein eingespieltes Team gewährleisten, dass bei Komplikationen schnell und adäquat gehandelt werden kann. Die durch Mindestmengen angestrebte Qualitätsverbesserung lässt sich so leichter erreichen.

Um die Versorgung zu verbessern, kommt es laut Krankenhaus-Report 2017 darauf an, die bestehenden Mindestmengen umzusetzen und ihre Höhe zu überprüfen. Zudem sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) von den durch das KHSG erleichterten Festlegungsmöglichkeiten für weitere Mindestmengen Gebrauch machen. ■



Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten. Stuttgart: Schattauer 2017; 471 Seiten, 59,99 Euro, ISBN 978-3-7945-3229-2



Jürgen Klauber, Geschäftsführer des WIDO und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports

„Zahlreiche Studien belegen den Zusammenhang zwischen Eingriffshäufigkeit und Qualität. Die Versorgung in Zentren mit größeren Fallzahlen und entsprechender Erfahrung bietet Patienten klare Vorteile. Mindestmengen dürfen deshalb nicht durch Ausnahmen verwässert werden.“

Aktuell gültiger Mindestmengenkatalog (GBA-Mindestmengenregelungen)

Prozedur/Leistung	Mindestmenge pro Krankenhaus und Jahr
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50
Nierentransplantation	25
Stammzelltransplantation	25
Lebertransplantation	20
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (vor GBA-Beschluss vom 19.1.2012 Mindestmenge auf 30 festgelegt)	14
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10
Koronarchirurgische Eingriffe (Aufnahme in den Katalog erfolgt vorerst ohne Festlegung einer konkreten Mindestmenge)	ohne

Quelle: Krankenhaus-Report 2017; Grafik: G+G Wissenschaft 2017

WIDO-TICKER: Informationen zum Praktikantenprogramm des WIDO unter www.wido.de +++ Bestellung von Einzelexemplaren von GGW unter www.wido.de +++ Direktbestellungen von WIDO-Publikationen unter Telefon 030 34646-2393, Fax 030 34646-2144



Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): *Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen.* Stuttgart: Schattauer 2017; 324 Seiten, 54,99 Euro, ISBN 978-3-7945-3244-5

Pflege-Report 2017

Demenzkranke erhalten oft Psychopharmaka

Pflegebedürftigkeit ist vielfältig und führt zu ganz unterschiedlichen Versorgungsbedarfen. Ihnen widmet sich der Pflege-Report 2017. Im Fokus der 20 Fachbeiträge stehen dabei Fragen der Unter- und Fehlversorgung, ihre Ursachen sowie gezielte Lösungsoptionen.

Der Pflege-Report 2017 befasst sich unter anderem mit den Einflussfaktoren der Pflegebedürftigkeit, den Pflegebedarfen von Kindern, Menschen mit Behinderung und beatmeten Pflegebedürftigen. Neben diesem Versorgungsbedarf spezifischer Personengruppen werden unter anderem die ärztliche Versorgung, die Versorgung im Akutkrankenhaus, Versorgungs-

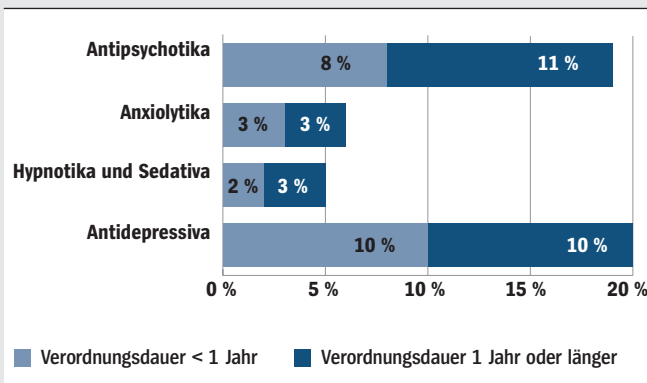
übergänge im Anschluss daran, Rehabilitationspotenziale oder auch die Palliativversorgung Pflegebedürftiger analysiert und bewertet. Einen weiteren Schwerpunkt des Pflege-Reports 2017 stellen psychische und Verhaltensstörungen dar, die im Zusammenhang mit einer Demenz auftreten. Deren Symptome lassen sich mit nicht medikamentösen Ansätzen oder mit Psychopharmaka behandeln. Letztere sollten jedoch vor allem bei leichten bis mittelschweren Symptomen nicht die erste Therapiewahl sein. Entgegen entsprechenden Leitlinienempfehlungen gibt es aber dennoch hohe und vor allem dauerhafte Verordnungsraten von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen (siehe Abbildung und

ten). Im europäischen Vergleich liegt Deutschland hier unter den Spitzenreitern.

Im Rahmen eines europäischen Projekts wurde der Gebrauch von Neuroleptika bei insgesamt 791 Bewohnern mit mittelgradiger und schwerer Demenz in Altenheimen erhoben. Während 54 Prozent der spanischen und 47 Prozent der deutschen Heimbewohner mit Demenz Neuroleptika erhalten, sind es nur 12 Prozent in Schweden und 30 Prozent in Finnland. Zudem erhielt rund jeder vierte der Heimbewohner in Deutschland mehr als zwei potenziell inadäquate Medikamente für Ältere. In der Studie ging dies im Zeitverlauf über drei Monate signifikant oft mit einer erhöhten Rate an Krankenhausaufnahmen und Stürzen einher.

Eine Befragung zeigte ferner: Pflegekräfte im Heim kennen zwar das hohe Potenzial nicht medikamentöser Alternativen zur Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen bei Demenz und setzen sich auch bei Zeitdruck dafür ein. Gleichzeitig jedoch sehen die befragten Pflegekräfte die hohen Raten von Psychopharmakaverordnungen eher unkritisch. Dies lässt den Schluss zu, dass neben den Ärzten auch alle anderen beteiligten Berufsgruppen für den sachgerechten Umgang mit Psychopharmaka zu sensibilisieren sind. ■

Psychopharmaka-Verordnungen für ältere Pflegebedürftige



Fast jeder fünfte pflegebedürftige Mensch über 65 Jahre nahm 2015 Antipsychotika ein, rund jeder zweite davon ein Jahr oder länger.

Quelle: IOK-Daten 2015; Grafik: G+G Wissenschaft 2017

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: +++ Helmut Schröder: „Prävalenzabschätzungen basierend auf GKV-Abrechnungsdaten am Beispiel Diabetes“, Nationaler Expertenworkshop des Robert Koch-Instituts (RKI), Berlin, 3/17 **+++ Antje Schwinger:** „Herausforderndes Verhalten: Die Sicht der Pflege auf nicht medikamentöse und medikamentöse Ansätze“, Deutscher Pfl egetag, Berlin, 3/17 **+++ Irene Langner:** „Pharmakotherapieberatung seitens der Krankenkassen“, Arbeitsgemeinschaft Generika des Bundesverbandes der Arzneimittelhersteller e. V., Berlin, 4/17 **+++ Markus Meyer:** „Unternehmenskultur und Gesundheit“, Messe „Corporate Health Convention“, Stuttgart, 5/17 **+++ Qualität im Krankenhaus – SIQ! Kongress 2017, Berlin, 5/17: Dr. Elke Jeschke:** „Qualitätsindikatoren in der Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz“; **Christian Günster:** „Aktueller Stand der QSR-Indikatoren“ **+++**

Die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland

von Laura Frank¹, Alexander Rommel², Thomas Lampert³

ABSTRACT

In Deutschland haben rund 21 Prozent der Bevölkerung einen Migrationshintergrund. Diese Menschen sind eine in sich heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Gesundheitsressourcen und -risiken. Ihr Gesundheitszustand entspricht in etwa dem der Menschen ohne Migrationshintergrund. Jedoch können einzelne Erkrankungen je nach Herkunftsland oder Migrationserfahrung häufiger oder seltener auftreten. Um Aussagen zur Gesundheitssituation bei Menschen mit Migrationshintergrund machen zu können, ist eine differenzierte Betrachtung notwendig.

Schlüsselwörter: Migranten, Migrationshintergrund, Infektionserkrankungen, nicht übertragbare Erkrankungen, Gesundheitsverhalten, Gesundheitsversorgung

In Germany, about 21 percent of the population have a migration background. These people are a heterogeneous group with different health resources and risks. Their health situation is roughly the same as that of the people without a migration background. However, certain diseases occur more or less frequently, depending on the country of origin or the migration experience. In order to make statements on the health situation of people with a migration background, a differentiated view is necessary.

Keywords: migrants, migration background, infectious diseases, non-communicable diseases, health behaviour, health care

1 Einleitung

Menschen mit Migrationshintergrund sind eine große und wachsende Gruppe in Deutschland. In den Jahren 2015 und 2016 stellten zudem mehr als eine Million Menschen einen Asylantrag in Deutschland (BAMF 2016). Unabhängig von den Ursachen der Auswanderung ist die Migrationserfahrung ein Lebensereignis, das die Gesundheit von Menschen nachhaltig beeinflussen kann. Zwar eröffnet Migration in vielen Fällen neue Lebenschancen, sie kann aber auch gesundheitliche Belastungen nach sich ziehen (Kirkcaldy et al. 2006). Dennoch sind Menschen mit Migrationshintergrund nicht grundsätzlich kränker als Menschen ohne Migrationshintergrund (Razum et al. 2008). Da häufig zunächst besonders die jungen und gesunden Menschen auswandern, verfügen sie auch oft über große gesundheitsförderliche Ressourcen, sodass zum Beispiel die Sterblichkeit geringer ist als bei Personen ohne Migrationshintergrund (*healthy migrant effect*) (Razum 2009; Kohls 2008).

Jedoch verringern sich mit längerer Aufenthaltsdauer nach und nach die Vorteile in Bezug auf die Mortalität (Kohls 2008).

Die Gesundheit von Zuwanderern wird sowohl durch das Herkunftsland als auch das Zuwanderungsland geprägt. Die Bedeutung der Lebensbedingungen im Herkunftsland (hygienische Verhältnisse, Gesundheitsversorgung etc.) nimmt mit längerer Aufenthaltsdauer ab. Jedoch können zum Beispiel Kriegs- und Gewalterfahrungen oder im Herkunftsland erworbene Infektionen die gesundheitliche Lage auch nach der Einwanderung noch beeinflussen. Im Herkunftsland wiederum können veränderte Lebensbedingungen und Verhaltensweisen einen Einfluss auf die Gesundheit ausüben. Aufgrund der Heterogenität dieser Personengruppe hinsichtlich Herkunftsland, Migrationsgrund, Aufenthaltsdauer sowie ethnischen und kulturellen Hintergrunds sind auch die Gesundheitsprobleme verschiedenartig. Im Vordergrund stehen ähnliche Krankhei-

¹ Dipl.-Ernähr. Laura Frank, Robert Koch-Institut, Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring · Postfach 650261 · 13302 Berlin
Telefon: 030 187543249 · E-Mail: frankl@rki.de

² Alexander Rommel, M. A., Robert Koch-Institut, Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring · Postfach 650261 · 13302 Berlin
Telefon: 030 187543490 · E-Mail: rommela@rki.de

³ PD Dr. PH Thomas Lampert, Robert Koch-Institut, Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring · Postfach 650261 · 13302 Berlin
Telefon: 030 187543304 · E-Mail: lampertt@rki.de

ten wie in der gleichaltrigen deutschen Bevölkerung, zum Teil jedoch mit unterschiedlichen Häufigkeiten nach Herkunftsland und Migrationserfahrung (*Robert Koch-Institut 2008*).

Um Aussagen zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund machen zu können, müssen diese anhand eines definierten Merkmals klar identifizierbar sein. In vielen Routinedaten und amtlichen Statistiken wird nur die Staatsangehörigkeit als Differenzierungsmerkmal genutzt, mit der jedoch lediglich ein Teil der Menschen mit Migrationshintergrund erfasst wird. In Befragungssurveys wie den Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) werden hingegen Definitionen angewendet, die das eigene Geburtsland oder das der Eltern berücksichtigen, sodass in Deutschland Geborene unabhängig von ihrer aktuellen Staatsangehörigkeit identifiziert werden können (*Robert Koch-Institut 2008*).

Insgesamt ist die Datenlage durchaus unzureichend, da sich viele Analysen nur auf einzelne Gesundheitsoutcomes oder spezielle Gruppen konzentrieren (*Robert Koch-Institut 2015*). Weiterhin zeigen die bisherigen Erfahrungen, dass es schwierig ist, Menschen mit Migrationshintergrund ausreichend in die Gesundheitssurveys einzubinden (*Sass et al. 2015; Rommel et al. 2015*). Auch zur gesundheitlichen Lage von Asylsuchenden gibt es bislang kaum belastbare Daten (*Frank et al. 2017*). Aufgrund der sich verändernden Bevölkerungsstruktur in Deutschland wird zukünftig der Bedarf an verlässlichen Informationen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund weiter zunehmen.

Dieser Beitrag hat das Ziel, in Fortführung des Kapitels „Migration“ im Bericht „Gesundheit in Deutschland“ des RKI (*Robert Koch-Institut 2015; Rommel und Ellert 2016*) einen Überblick über die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland zu geben. Zunächst wird erklärt, welche Personen zur Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund gehören und wie sich diese in Deutschland zusammensetzt. Danach wird die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund im Hinblick auf übertragbare und nicht übertragbare Erkrankungen, das Risiko- und Gesundheitsverhalten sowie die Versorgung beschrieben.

2 Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland

Das Statistische Bundesamt definiert Menschen mit Migrationshintergrund folgendermaßen: „Eine Person hat dann einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren

ist“ (*Statistisches Bundesamt 2017*). Im Gegensatz zu anderen Statistiken, die häufig nur das Merkmal Staatsangehörigkeit erfassen, umfasst diese Definition zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländer, zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-)Aussiedler sowie die als Deutsche geborenen Nachkommen dieser Gruppen. Damit wird berücksichtigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufig dauerhaft in Deutschland leben und der Migrationshintergrund über mehrere Generationen hinweg prägend sein kann. Seit der Basiserhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) 2003–2006 wird eine ähnliche Definition auch in den Studien des Gesundheitsmonitorings am RKI angewandt (*Schenk et al. 2008*).

Im Jahr 2015 lebten 17,1 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland (*Statistisches Bundesamt 2017*). Dies entspricht einem Bevölkerungsanteil von 21,0 Prozent. Rund ein Drittel der Menschen mit Migrationshintergrund ist in Deutschland geboren und hat keine eigene Migrationserfahrung (5,7 Millionen oder 7,0 Prozent der Bevölkerung) (Abbildung 1).

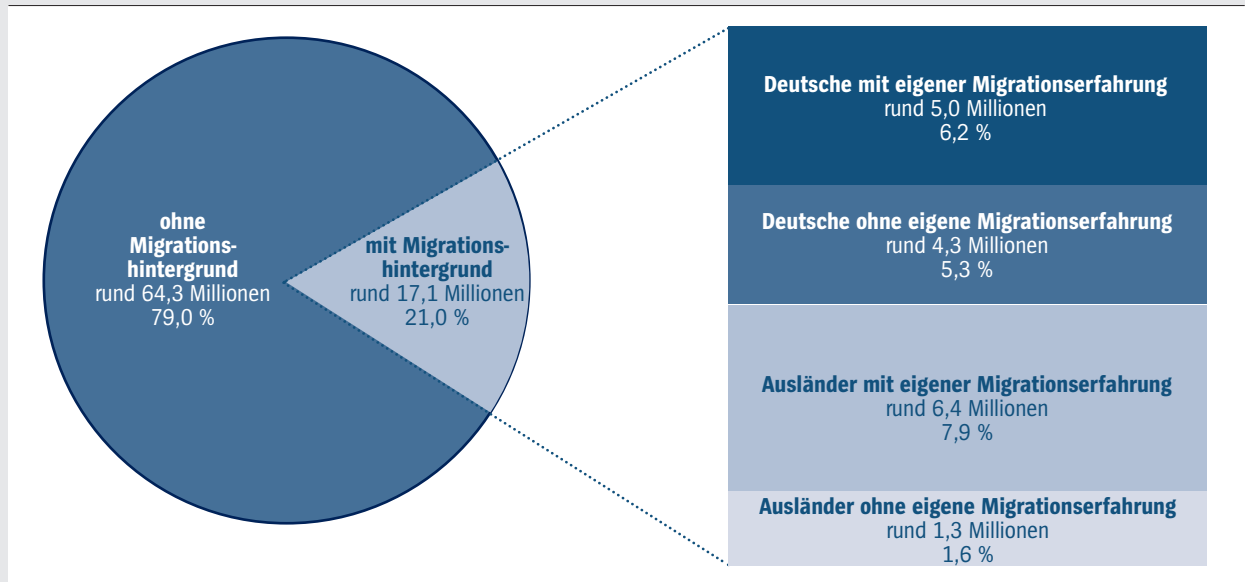
Menschen mit Migrationshintergrund sind eine sehr heterogene Gruppe mit unterschiedlicher kultureller, ethnischer oder sozialer Herkunft. Die drei häufigsten Herkunftsländer sind die Türkei (16,7 Prozent), Polen (9,9 Prozent) und die Russische Föderation (7,1 Prozent) (*Statistisches Bundesamt 2017*). Weitere wichtige Herkunftsländer sind Italien, Griechenland, Rumänien und Spanien. In den vergangenen beiden Jahren migrierten nach Angaben des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) jedoch besonders viele Menschen aus Syrien nach Deutschland (*BAMF 2016*). Etwa ein Fünftel aller Menschen mit Migrationshintergrund gehört zur Gruppe der Spätaussiedler. Diese Menschen sind Nachkommen deutscher Auswanderer aus verschiedenen Ländern Osteuropas und Asiens, die vor allem in den 1990er-Jahren nach dem Bundesvertriebenengesetz in Deutschland eingebürgert wurden (*Statistisches Bundesamt 2017*).

3 Übertragbare Erkrankungen

Menschen mit Migrationshintergrund können im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund eine erhöhte Prävalenz bei bestimmten Infektionskrankheiten aufweisen. Darunter sind Erkrankungen, die in den jeweiligen Herkunftsländern häufiger vorkommen als in den Zielländern oder die in den Herkunftsländern noch nicht ausreichend durch präventive Maßnahmen wie Impfungen zurückgedrängt sind. Häufig kann jedoch bei neu gemeldeten Erkrankungsfällen nicht geklärt werden, ob die Infektion in den Herkunftsländern oder nach der Einwanderung erfolgt ist.

ABBILDUNG 1

Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland nach Migrationshintergrund



In Deutschland hat gut jeder Fünfte einen Migrationshintergrund. Von allen Personen mit Migrationshintergrund sind zwei Drittel selbst eingewandert und ein Drittel in Deutschland geboren; mehr als die Hälfte sind Deutsche.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2015 (Statistisches Bundesamt 2017); Grafik: G+G Wissenschaft 2017

Grundsätzlich kann das Infektionsrisiko auch nach der Einwanderung, beispielsweise durch die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften, erhöht bleiben (Kühne und Gilsdorf 2016).

Meldepflichtige Neuerkrankungen werden durch das RKI systematisch registriert. Jedoch wird nur bei ausgewählten Infektionserkrankungen das Herkunftsland in den Meldedaten erfasst (Kuehne et al. 2015). Im Jahr 2015 wurde bei rund 42 Prozent der gemeldeten HIV-Neudiagnosen ein nicht deutsches Herkunftsland angegeben. Den größten Anteil stellten hierbei Personen aus Subsahara-Afrika (16 Prozent) (Bremer et al. 2016). Weiterhin entfielen im Jahr 2015 von allen registrierten Tuberkuloseerkrankungen 65,9 Prozent auf Personen mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit. Die Inzidenz (Neuerkrankungsrate) für Tuberkulose war bei nicht deutschen Personen mit 50,3 pro 100.000 Einwohner 20-mal so hoch wie die Inzidenz bei Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit (2,5 pro 100.000 Einwohner) (RKI 2016 a). Wie in den Vorjahren zeigt die altersspezifische Verteilung, dass Tuberkuloseerkrankungen bei ausländischen Staatsangehörigen verstärkt in der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen vorkommen und einen weiteren, wenn auch deutlich geringeren Höhepunkt bei den über 80-Jährigen aufweisen. In der Bevölkerung mit deutscher Staatsangehörigkeit

konzentrieren sie sich dagegen bei älteren Menschen. Die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede bei nicht deutschen Personen finden sich im Alter zwischen 15 und 29 Jahren mit deutlich höheren Inzidenzen bei den Männern. Insgesamt ist ein Anstieg der Tuberkuloseinzidenz in den vergangenen Jahren bei Personen mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit zu sehen (Robert Koch-Institut 2016 a). Weiterhin zeigen Studien, dass Menschen mit Migrationshintergrund eine höhere Prävalenz von Hepatitis B (Heidrich et al. 2014) und C haben (Robert Koch-Institut 2016 b).

4 Nicht übertragbare chronische Erkrankungen

Nach Ergebnissen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) des RKI geben Frauen und Männer mit Migrationshintergrund ähnlich häufig an, an einer chronischen Erkrankung zu leiden wie Menschen ohne Migrationshintergrund (Rommel et al. 2015). Vergleiche zu einzelnen chronischen Erkrankungen beruhen häufig nur auf regionalen Studien oder Teilgruppen. So belegen Analysen mit Krebsregisterdaten, dass die Krebsmorbidity und -sterblich-

keit, von wenigen Krebslokalisationen abgesehen, unter Aussiedlern sowie unter Menschen mit türkischem Migrationshintergrund geringer ausfällt als unter Menschen ohne Migrationshintergrund (Ronellenfitch et al. 2009; Arnold et al. 2010; Spallek et al. 2012).

Im Hinblick auf die Erkrankungshäufigkeit des Diabetes mellitus Typ 2 liegen keine verlässlichen Zahlen für Menschen mit Migrationshintergrund vor. Es gibt Hinweise darauf, dass die Prävalenz insbesondere bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund über dem Niveau der Allgemeinbevölkerung liegt (Icks et al. 2011). Weiterhin erkrankten türkische Frauen häufiger an Schwangerschaftsdiabetes (Reeske et al. 2012). Für die ebenfalls mit dem Lebensstil assoziierten Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigte sich in der Gruppe der Aussiedler eine geringere Mortalität (Ronellenfitch et al. 2006).

In Studien zur psychischen Gesundheit wurden für Depressionen sowie psychosomatische Erkrankungen zumeist höhere Erkrankungsraten bei Menschen mit Migrationshintergrund berichtet (Rommel et al. 2015; Bermejo et al. 2010; Aichberger et al. 2012; Sahyazici und Huxhold 2012; Schouler-Ocak et al. 2015). Die Datenlage ist jedoch neben methodischen Schwierigkeiten von teils widersprüchlichen Ergebnissen gekennzeichnet (Lindert et al. 2008; Glaesmer et al. 2009). Zudem gibt es Hinweise darauf, dass eine schlechtere psychische Gesundheit bei Menschen mit Migrationshintergrund stark durch deren im Mittel niedrigeren Sozialstatus mitbedingt ist (Sahyazici und Huxhold 2012). In der DEGS1-Studie wurden höhere Werte für eine depressive Symptomatik nach Kontrolle für Alter und Sozialstatus nur bei Männern mit Migrationshintergrund gefunden (Rommel et al. 2015).

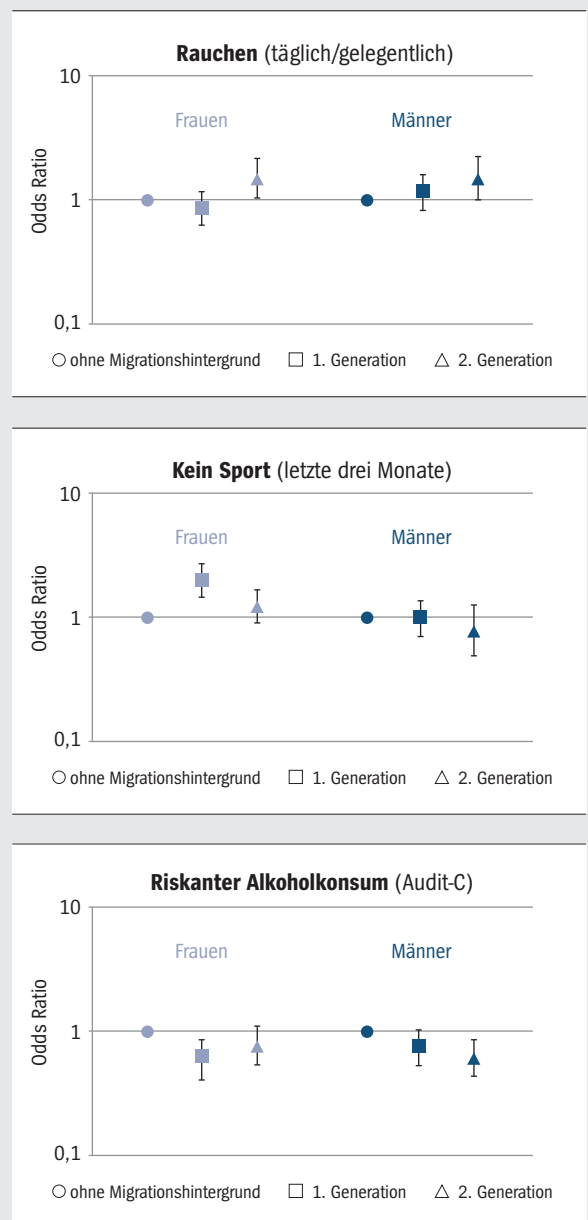
5 Risiko- und Gesundheitsverhalten

Für das Entstehen vieler chronischer Erkrankungen spielen das Gesundheitsverhalten und verhaltensassoziierte Risiken eine große Rolle. Für Menschen mit Migrationshintergrund zeigen sich hier spezifische Risiken und Ressourcen. Repräsentative Daten zur Adipositasprävalenz liegen im Mikrozensus vor: Die Anteile von stark übergewichtigen (adipösen) Erwachsenen unterscheiden sich nur wenig bei Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. 13,4 Prozent der Frauen ohne Migrationshintergrund und 15,3 Prozent der Frauen mit Migrationshintergrund sind gemäß Selbstangaben zu Körpergröße und -gewicht adipös. Bei Männern betragen die entsprechenden Anteile 15,4 Prozent und 14,8 Prozent (Statistisches Bundesamt 2013).

Bei Kindern und Jugendlichen ist die Adipositasprävalenz bei Jungen wie Mädchen mit Migrationshintergrund deutlich

ABBILDUNG 2

Zusammenhang von Migrationshintergrund und Indikatoren des Gesundheitsverhaltens bei Frauen und Männern in der DEGS1-Studie



Unter Kontrolle von Alter und Sozialstatus zeigen sich folgende Unterschiede bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund: mehr Raucher in der zweiten Generation, mehr körperlich inaktive Frauen in der ersten Generation und insgesamt geringerer Alkoholkonsum.

höher als bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (Schenk et al. 2008). Vor allem bei türkischstämmigen Kindern und Jugendlichen sind vergleichsweise hohe Prävalenzen zu finden. Darüber hinaus kommen Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund häufiger vor, wenn die Eltern bereits länger in Deutschland leben. Eine Mischung der Ernährungsgewohnheiten des Herkunfts- und des Aufnahmelandes wird hierfür verantwortlich gemacht. Über die Zeit werden mitgebrachte Ernährungsmuster durch neue Verhaltensroutinen ergänzt (Ünal 2011; Winkler 2003). Ergebnisse der KiGGS-Studie belegen, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund eine weniger gesunde Ernährung aufweisen als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. Besonders der Konsum von Softdrinks und Snacks ist in Familien mit türkischem Migrationshintergrund weit verbreitet (Kleiser et al. 2010).

Der Konsum von Alkohol und illegalen Drogen ist in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach vorliegenden Informationen weniger verbreitet als unter Personen ohne Migrationshintergrund (Robert Koch-Institut 2008; Walter et al. 2007; Schenk et al. 2008; Boos-Nünning et al. 2002). Im Hinblick auf den Alkoholkonsum zeigen dies ebenfalls Ergebnisse der DEGS1-Studie, auch unter Kontrolle von Alter und Sozialstatus. Eine Ausnahme stellen Frauen der zweiten Generation dar, die sich beim Alkoholkonsum überwiegend nicht mehr von Frauen ohne Migrationshintergrund unterscheiden (Abbildung 2). Des Weiteren sind insbesondere Frauen der ersten Generation im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund häufiger körperlich inaktiv. Bei Männern wurde kein Unterschied gefunden (Abbildung 2). Weiterhin zeigen sich kaum Unterschiede im Rauchverhalten unter Kontrolle von Alter und Sozialstatus. Lediglich Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten Generation rauchen tendenziell etwas häufiger als Frauen ohne Migrationshintergrund (Abbildung 2) (Rommel et al. 2015). Bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist der Tabakkonsum niedriger. Besonders Kinder und Jugendliche mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund rauchen seltener als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund (Schenk et al. 2008).

6 Gesundheitliche Versorgung

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung kann aufgrund von Sprachbarrieren, Informationslücken, kulturellen Unterschieden im Gesundheits- und Krankheitsverständnis, Angst vor aufenthaltsrechtlichen Folgen und Diskriminierungserfahrungen erschwert sein (Razum et al. 2004; Penka et al. 2012; Maier et al. 2015). Um Zugangsbarrieren zu reduzieren und eine adäquate Versorgung der Menschen mit Migrati-

onshintergrund zu gewährleisten, wird daher eine interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems gefordert (Razum et al. 2004; Penka et al. 2012; Schouler-Ocak 2015). Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wird die pflegerische Versorgung viel diskutiert. Es gibt Hinweise darauf, dass Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund häufiger institutionelle Pflegearrangements vermeiden (Okken et al. 2008; Kohls 2012). Bisweilen wird kritisiert, dass das System der pflegerischen Versorgung auf die Zunahme Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund nicht hinreichend vorbereitet sei (Ulusoy und Gräfel 2010; Zeman 2012).

Auch in der Inanspruchnahme von präventiven Leistungen zeigen sich Unterschiede bei Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung oder Gesundheits-Check-ups werden von Menschen mit Migrationshintergrund seltener wahrgenommen (Rommel et al. 2015; Aparicio et al. 2005). Allerdings zeigen Auswertungen der DEGS1-Studie, dass die Empfehlungen zur Krebsvorsorge unter Menschen mit Migrationshintergrund auch weniger bekannt sind (Rommel et al. 2015). Des Weiteren zeigen Auswertungen der KiGGS-Studie, dass Früherkennungsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter (U-Untersuchungen) sowie die Zahnvorsorge von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit Migrationshintergrund weniger stark in Anspruch genommen werden als von Familien ohne Migrationshintergrund (Schenk et al. 2008). Mit längerer Aufenthaltsdauer der Eltern in Deutschland nimmt die Inanspruchnahme von Früherkennungen hingegen zu. Bei den Schutzimpfungen zeigen sich ähnliche Zusammenhänge: Impfücken bestehen vor allem in Familien, die vergleichsweise kurz in Deutschland leben oder weniger gut integriert sind (Schenk et al. 2008).

Weiterhin werden rehabilitative Versorgungsangebote von Menschen mit Migrationshintergrund seltener in Anspruch genommen (Brzoska und Razum 2015). Obwohl in der Geburtshilfe geringere Inanspruchnahmen von Vorsorgeuntersuchungen bei Müttern mit Migrationshintergrund gefunden wurden, bestehen offenbar keine Unterschiede in Bezug auf Ergebnisindikatoren wie Totgeburten, Frühgeburten oder Fehlbildungen (Spallek et al. 2013).

7 Fazit

Die bisherigen Ausführungen haben deutlich gemacht, dass Menschen mit Migrationshintergrund nicht grundsätzlich kränker oder gesünder sind als Menschen ohne Migrationshintergrund. Zur Beschreibung der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund ist neben der Berücksichtigung von soziodemografischen Faktoren auch eine differenzierte Betrachtung nach Herkunftsland, Aufenthaltsdauer

und Migrationsgründen notwendig. Dies wird jedoch erschwert durch die noch unzureichende Datenlage. In den bisherigen Datenquellen wird häufig die Staatsangehörigkeit als Differenzierungsmerkmal verwendet. Die Definition des Migrationshintergrundes, die beispielsweise nach erster und zweiter Generation differenzieren lässt, wird zunehmend in Befragungsdaten angewendet. Darüber hinaus stellen die häufig fehlenden soziodemografischen Informationen eine weitere Einschränkung dar. Daher können auch im vorliegenden Beitrag immer nur Teilaspekte der gesundheitlichen Lage dargestellt werden, die sich nicht für die Gesamtheit der Personen mit Migrationshintergrund verallgemeinern lassen.

Hinzu kommt, dass für wichtige Teilbereiche und Untergruppen Daten gänzlich fehlen. Insbesondere zur gesundheitlichen Lage von Asylsuchenden liegen bislang nur wenig belastbare Informationen vor (Frank et al. 2017). Daher zielen aktuell zahlreiche Initiativen darauf ab, die Datenlage in Deutschland zu verbessern. Ein Beispiel ist die vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Dateninitiative „Gesundheit und medizinische Versorgung von Asylsuchenden und Geflüchteten“, die unter der Leitung des Universitätsklinikums Heidelberg in Zusammenarbeit mit der Universität Bielefeld sowie mit Gesundheitsämtern an verschiedenen Standorten in Deutschland und dem RKI eine *sentinel surveillance* zum Gesundheitszustand und zu den gesundheitlichen Bedarfen Asylsuchender und Flüchtlinge in Deutschland aufbaut. Darüber hinaus unternimmt das RKI derzeit verstärkte Maßnahmen, um die teils lückenhafte Informationsgrundlage zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland zu verbessern (Frank et al. 2017). Im Zentrum des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts steht dabei die Erweiterung des Gesundheitsmonitorings des RKI. Die Einbeziehung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Migrationshintergrund in die Gesundheitssurveys des RKI soll verstärkt werden, indem Zugangswege und Rekrutierungsmaßnahmen, aber auch die Inhalte und die Erhebungsinstrumente überprüft und weiterentwickelt werden. Letztendlich soll das Berichtskonzept der Gesundheitsberichterstattung am RKI ausgebaut werden. Die aufgeführten Initiativen werden die Informationsgrundlage zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland insgesamt deutlich verbessern und somit als verlässliche Grundlage für Entscheidungen der Gesundheitspolitik zur Verfügung stehen.

Literatur

- Aichberger MC, Neuner B, Hapke U et al. (2012):** Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisse einer bevölkerungsbasierten Querschnittstudie. *Psychiatrische Praxis*, Band 39, Heft 3, 116–121
- Aparicio ML, Döring A, Mielck A, Holle R (2005):** Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten: eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000. *Sozial- und Präventivmedizin*, Band 50, Heft 2, 107–118
- Arnold M, Razum O, Coebergh JW (2010):** Cancer Risk Diversity in Non-western Migrants to Europe: An Overview of the Literature. *European Journal of Cancer*, Band 46, Heft 14, 2647–2659
- Bermejo I, Mayninger E, Kriston L, Härter M (2010):** Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis*, Band 37, Heft 5, 225–232
- Boos-Nünning U, Siefen RG, Kirkcaldy B et al. (2002):** Migration und Sucht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos, 9–84
- Bremer V, Gunsenheimer-Bartmeyer B, Marcus U (2016):** HIV-Diagnosen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland 2015. *Epidemiologisches Bulletin*, Heft 38
- Brzoska P, Razum O (2015):** Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Band 58, Heft 6, 553–559
- BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) (2016):** Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe Dezember 2016; www.bamf.de/Shared-Docs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-dezember-2016.html?nn=7952222
- Frank L, Yesil-Jürgens R, Razum O et al. (2017):** Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, Jg. 2, Ausgabe 1, 24–47
- Glaesmer H, Wittig U, Brähler E et al. (2009):** Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung? *Psychiatrische Praxis*, Band 36, Heft 1, 16–22
- Heidrich B, Cetindere A, Beyaz M et al. (2014):** High Prevalence of Hepatitis Markers in Immigrant Populations: a Prospective Screening Approach in a Real-world Setting. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, Band 26, Heft 10, 1090–1097
- Icks A, Kulzer B, Razum O (2011):** Diabetes bei Migranten. In: *diabetesDE (Hrsg.): Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2011*. Mainz: Kirchheim
- Kirkcaldy B, Wittig U, Furnham A et al. (2006):** Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Band 49, Heft 9, 873–883
- Kleiser C, Mensink GBM, Neuhauser H et al. (2010):** Food Intake of Young People with a Migration Background Living in Germany. *Public Health Nutrition*, Band 13, Heft 3, 324–330

- Kohls M (2008):** Leben Migranten wirklich länger? Eine empirische Analyse der Mortalität von Migranten in Deutschland; www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp16-leben-Migranten-laenger.html
- Kohls M (2012):** Leben ältere Migranten länger? In: Baykara-Krumme H, Schimany P, Motel-Klingebiel A (Hrsg.): Viele Welten des Alterns. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 201–222
- Kuehne A, Fiebig L, Jansen K et al. (2015):** Migrationshintergrund in der infektionsepidemiologischen Surveillance in Deutschland: Analysen am Beispiel Tuberkulose, HIV und Syphilis. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 58, Heft 6, 560–568
- Kühne A und Gilsdorf A (2016):** Ausbrüche von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende 2004–2014 in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 59, Heft 5, 570–577
- Lindert J, Brähler E, Wittig U et al. (2008):** Depressivität, Angst und posttraumatische Belastungsstörung bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen. Systematische Übersichtsarbeit zu Originalstudien. Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie, Band 58, Heft 3/4, 109–122
- Maier I, Kriston L, Harter M et al. (2015):** Psychometrische Überprüfung eines Fragebogens zur Erfassung der Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Personen mit Migrationshintergrund. Gesundheitswesen, Band 77, Heft 10, 749–756
- Okken PK, Spallek J, Razum O (2008):** Pflege türkischer Migranten. In: Bauer U, Büscher A (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 396–422
- Penka S, Schouler-Ocak M, Heinz A, Kluge U (2012):** Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. Mögliche Barrieren und Handlungsempfehlungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 55, Heft 9, 1168–1175
- Razum O (2009):** Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In: Richter M und Hurrelmann K (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 267–282
- Razum O, Geiger I, Zeeb H, Ronellenfitsch U (2004):** Gesundheitsversorgung von Migranten. Deutsches Ärzteblatt, Band 101, Heft 43, 2439–2443
- Razum O, Zeeb H, Schenk L (2008):** Migration und Gesundheit: Ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken. Deutsches Ärzteblatt, Band 105, Heft 47, 2520–2522
- Reeske A, Zeeb H, Razum O, Spallek J (2012):** Unterschiede in der Gestationsdiabetesinzidenz im Vergleich zwischen türkischstämmigen und deutschen Frauen: Eine Analyse von Abrechnungsdaten der AOK Berlin, 2005–2007. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Band 72, Heft 4, 305–310
- Robert Koch-Institut (2008):** Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut
- Robert Koch-Institut (2015):** Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Gemeinsam getragen von RKI und Destatis: Gesundheit in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut
- Robert Koch-Institut (2016 a):** Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2015. Berlin: Robert Koch-Institut
- Robert Koch-Institut (2016 b):** Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland: Hepatitis C im Jahr 2015. Epidemiologisches Bulletin, Heft 29, 255–265
- Rommel A, Ellert U (2016):** Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Internistische Praxis, Band 57, Heft 1, 121–136
- Rommel A, Saß AC, Born S, Ellert U (2015):** Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 58, Heft 6, 543–552
- Ronellenfitsch U, Kyobutungi C, Becher H, Razum O (2006):** All-cause and Cardiovascular Mortality among Ethnic German Immigrants from the Former Soviet Union: a Cohort Study. BMC Public Health, Band 6, 16
- Ronellenfitsch U, Kyobutungi C, Ott JJ et al. (2009):** Stomach Cancer Mortality in Two Large Cohorts of Migrants from the Former Soviet Union Israel and Germany: Are there Implications for Prevention? European Journal of Gastroenterology & Hepatology, Band 21, Heft 4, 409–416
- Sahyazici F, Huxhold O (2012):** Depressive Symptome bei älteren türkischen Migrantinnen und Migranten. In: Baykara-Krumme H, Schimany P und Motel-Klingebiel A (Hrsg.): Viele Welten des Alterns. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 181–200
- Sass AC, Grune B, Brettschneider AK et al. (2015):** Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 58, Heft 6, 533–542
- Schenk L, Neuhauser H, Ellert U (2008):** Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut
- Schouler-Ocak M (2015):** Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Nervenarzt, Band 86, Heft 11, 1320–1325
- Schouler-Ocak M, Aichberger MC, Penka S et al. (2015):** Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 58, Heft 6, 527–532
- Spallek J, Arnold M, Razum O et al. (2012):** Cancer Mortality Patterns among Turkish Immigrants in Four European Countries and in Turkey. European Journal of Epidemiology, Band 27, Heft 12, 915–921
- Spallek J, Lehnhardt J, Reeske A et al. (2013):** Perinatal Outcomes of Immigrant Women of Turkish, Middle Eastern and North African Origin in Berlin, Germany: a Comparison of Two Time Periods. Archives of Gynecology and Obstetrics, Band 289, Heft 3, 505–512
- Statistisches Bundesamt (2013):** Bevölkerung nach Migrationshintergrund, Body-Mass-Index, Rauchverhalten, gesundheitlich bedingten Erwerbsunterbrechungen und Armutsgefährdungsquote. Daten aus dem Mikrozensus 2005 und 2009 (Sonderauswertung). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Statistisches Bundesamt (2017): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2015. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden: Destatis

Ulusoy N, Gräbel E (2010): Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege – ein Überblick. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 43, Heft 5, 330–338

Ünal A (2011): Warum sind türkische Kinder oft so dick? Ernährung bei Familien mit Migrationshintergrund. MMW-Fortschritte der Medizin, Band 153, Heft 43, 50–52

Walter U, Krauth C, Kurtz V et al. (2007): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten unter besonderer Berücksichtigung von Sucht. Der Nervenarzt, Band 78, Heft 9, 1058–1061

Winkler G (2003): Ernährungssituation von Migranten in Deutschland – was ist bekannt? Teil 2: Ernährungsverhalten. Ernährungs-Umschau, Heft 50, 219–221

Zeman P (2012): Ältere Migrantinnen und Migranten in der Altenhilfe und kommunalen Alterspolitik. In: Baykara-Krumme H, Schimany P, Motel-Klingebiel A (Hrsg.): Viele Welten des Alterns. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 449–465

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 22. März 2017)

DIE AUTOREN



Laura Frank, Dipl.-Ernähr., M.Sc. Epidemiology,

Jahrgang 1982, studierte Ernährungswissenschaften an der Universität Potsdam (2004 bis 2010) und machte ihren Master of Science in Epidemiologie an der Berlin School of Public Health an der Charité Berlin (2010 bis 2013). Von 2010 bis 2015 war sie Doktorandin am Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke in der Abteilung Molekulare Epidemiologie. Seit 2015 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Robert Koch-Institut im Fachgebiet „Soziale Determinanten der Gesundheit“. Ihr Themenschwerpunkt ist Migration und Gesundheit.



Alexander Rommel, M. A.,

Jahrgang 1972, studierte Soziologie, Politische Wissenschaft und Philosophie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Ab 1999 war er wissenschaftlicher Mitarbeiter und Projektleiter am Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) in den Bereichen Gesundheitsberichterstattung, Surveyforschung und Versorgungsforschung. Seit 2012 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Robert Koch-Institut im Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung. Er forscht und arbeitet als Berichterstatter zu Themen der gesundheitlichen Versorgung, Pflege sowie zu Migration und Gesundheit.



PD Dr. Thomas Lampert, Dipl.-Soz.,

Jahrgang 1970, studierte Soziologie, Psychologie und Statistik an der Freien Universität Berlin, promovierte an der Technischen Universität (TU) Berlin und habilitierte an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. Er war wissenschaftlicher Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung (1996 bis 1999) und am Institut für Gesundheitswissenschaften/Public Health der TU Berlin (1999 bis 2002). Seit 2002 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Robert Koch-Institut, seit 2007 stellvertretender Leiter des Fachgebiets Gesundheitsberichterstattung und seit 2015 Fachgebietsleiter „Soziale Determinanten der Gesundheit“.

Die Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund

von Hürrem Tezcan-Güntekin¹ und Jürgen Breckenkamp²

ABSTRACT

Die Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund wird in den kommenden Jahren ansteigen. Dies wird mit veränderten Herausforderungen für die Altenpflege einhergehen. Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund werden zumeist in der Häuslichkeit gepflegt. Durch die geringe Inanspruchnahme unterstützender Pflegeleistungen kommt es zu Belastungen der pflegenden Angehörigen. Künftig müssen Pflegeleistungen und -angebote so gestaltet werden, dass Menschen mit unterschiedlichen Diversitätsmerkmalen – von denen der Migrationshintergrund nur eines darstellt – Zugang zu den Angeboten finden und diese nutzen können.

Schlüsselwörter: ältere Migranten, Pflegesituation, Pflegebedürfnisse, diversitätssensible Pflege, Pflegebegutachtung

The number of people with a migration background is constantly growing. In the next few years this will also have an impact on geriatric care. Elderly people with a migration background who are in need of care usually continue to live at home and not in nursing homes. Relatives providing care make use of professional help considerably less often. This sometimes leads to excessive stress on them. There is thus a need to diversify care services and make them more accessible for all people in a demographically changing society.

Keywords: elderly migrants, care situation, need of care, diversity-sensitive care, care assessment

1 Einleitung: demografische Entwicklungen

In den 1960er- und 1970er-Jahren sind im Rahmen der Anwerbeabkommen Menschen nach Deutschland migriert, die meist nach einigen Jahren Arbeitsaufenthalt in ihre Herkunftsländer zurückkehren sollten. Aber nur wenige haben dies tatsächlich getan. Die damals migrierten Menschen sind inzwischen überwiegend in einem Alter, in dem Pflegebedürftigkeit wahrscheinlicher wird.

Die Zahl der älteren Migranten steigt: Waren 1970 noch 1,9 Prozent der Menschen mit Migrationshintergrund 60 Jahre und älter, waren es 2011 schon 10,1 Prozent. Prognosen zufolge wird dieser Anteil im Jahr 2030 etwa 24 Prozent be-

tragen, sodass jede vierte Person mit Migrationshintergrund 60 Jahre und älter sein wird (*BMFSFJ 2000*). Die Fluchtmigration der vergangenen Jahre ist in diesen Vorausberechnungen noch nicht berücksichtigt. Sie wird den prozentualen Anteil der älteren Menschen mit Migrationshintergrund an der Migrationsbevölkerung wahrscheinlich verringern.

Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund – hier wird die Definition aus dem Mikrozensus zugrunde gelegt – und einer Pflegebedürftigkeit wird in amtlichen Statistiken nicht erfasst; Schätzungen zufolge entspricht er in etwa dem Anteil der Pflegebedürftigen in der autochthonen Bevölkerung. In naher Zukunft ist somit durch die demografische Alterung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund auch ein Anstieg der Pflegebedürftigen in dieser Bevölkerungsgruppe zu erwarten.

¹ Dr. phil. Hürrem Tezcan-Güntekin, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 3 – Epidemiologie & International Public Health, Universität Bielefeld, Postfach 10 01 31 · 33501 Bielefeld · Telefon: 0521 1062539 · E-Mail: huerrem.tezcan@uni-bielefeld.de

² Dr. PH Jürgen Breckenkamp, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 3 – Epidemiologie & International Public Health, Universität Bielefeld, Postfach 10 01 31 · 33501 Bielefeld · Telefon: 0521 1063803 · E-Mail: juergen.breckenkamp@uni-bielefeld.de

Vorausberechnungen besagen, dass im Jahr 2030 die Zahl pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund stark angestiegen sein wird (siehe Abbildung 1). Unter der Voraussetzung, dass die Pflegequoten bei Menschen mit Migrationshintergrund den Quoten in der autochthonen Bevölkerung gleichen und diese sich künftig konstant entwickeln, steigt die Zahl damit auf 187 Prozent des Ausgangswertes von 2013 (257.200 Personen) an (FES 2015). Was bedeutet das für die pflegerische Versorgung dieser sehr heterogenen Bevölkerungsgruppe?

Neben dem als sehr wahrscheinlich zu betrachtenden demografischen Wandel, der eine hohe Zahl an älteren Menschen mit Migrationshintergrund zur Folge haben wird, birgt die Zukunft einige Unsicherheiten. Wie wird sich die Flucht-migration auf Bedarfe in der pflegerischen Versorgung auswirken? Wie werden sich Haltungen von Menschen mit Migrationshintergrund gegenüber außerfamiliärer pflegerischer Unterstützung durch intergenerative Entwicklungen ändern? Und wie werden Einrichtungen der Altenhilfe auf diese Herausforderungen vorbereitet sein? Unsicherheit für die künftige Planung der Altenhilfe birgt auch der Faktor, dass Statistiken den Migrationshintergrund nicht erheben und somit belastbare Daten fehlen, die für die Bestimmung von Bedarfen notwendig sind (vergleiche Tabelle 1).

Die oben formulierten Fragen werden auf Basis der Ergebnisse vorliegender Studien diskutiert. Es wird aufgezeigt, welche Fragen adressiert werden müssten, um verlässliche Erkenntnisse zu erlangen. Den Akteuren sollen so bessere Planungs- und Handlungsgrundlagen zur Verfügung gestellt werden, die es ermöglichen, die Pflegesituation von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern.

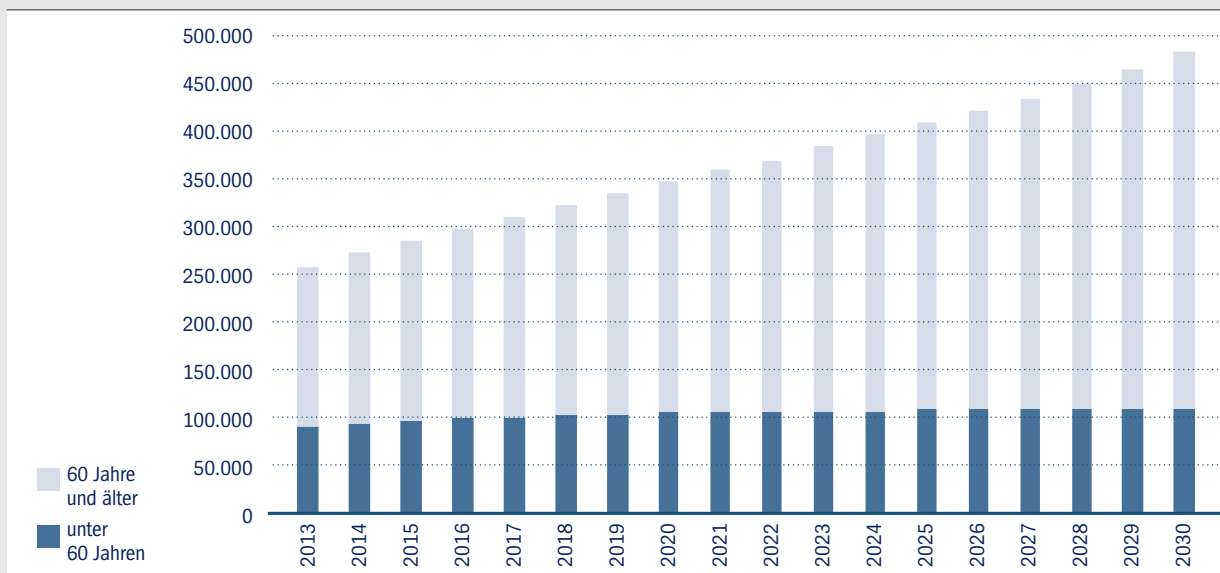
2 Pflegesituation von Menschen mit Migrationshintergrund

In vielen Merkmalen gleicht sich die Pflege von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Pflegebedürftige sind eine vulnerable Gruppe, unter anderem weil sie auf die Unterstützung anderer Menschen angewiesen sind, und möchten zumeist in ihrem Zuhause verbleiben.

Menschen mit Migrationshintergrund werden durchschnittlich um etwa zehn Jahre früher pflegebedürftig (62,1 Jahre) als Menschen aus der autochthonen Bevölkerung (72,7 Jahre) (BMG 2011). Das ist teilweise durch die oft geringere berufliche Qualifikation und damit einhergehend durch Arbeitsbiografien mit körperlich schweren Be-

ABBILDUNG 1

Anzahl pflegebedürftiger Migranten 2013 bis 2030



Die Anzahl pflegebedürftiger Migranten wird in den nächsten Jahren stark steigen. Das betrifft vor allem diejenigen Migranten, die 60 Jahre und älter sind. Wie immer bei Prognosen mussten in der Berechnung Annahmen gemacht werden. Da keine Daten zu Pflegequoten (gemeint ist damit der Anteil der Pflegebedürftigen an der Population) bei Migranten vorlagen, wurden für die Berechnung die Pflegequoten der Gesamtbevölkerung zugrunde gelegt.

TABELLE 1

Migrationsstatus wird in offiziellen Statistiken und Berichten nahezu nie erhoben

Datenquellen	Datenhalter/ verantwortlich für Zusammenstellung	Gesetzliche Grundlage	Migrationspezifische Merkmale	PBE-Daten einsehbar
Bundesstatistik zu Pfleger- und Gesundheitsberufen	Länder, Bund	Sekundärstatistik	Keine	Zweijährlich veröffentlicht in der Bundesstatistik zu Gesundheitsberufen
Berichterstattung zur Entwicklung der Pflegerversicherung	Länder, Bund	§ 10 SGB XI, Berichtverantwortlicher: BMG – berichtet wird alle drei Jahre	Keine in Bezug auf in Deutschland lebende Migranten; nur Aussagen zu Begutachtungen in EU- und EWR-Staaten	Veröffentlichung: BMG
Bericht des MDS zur Qualität in der ambulanten Versorgung 2004, 2007	MDS	§ 118 Abs. 4 SGB XI	Keine	MDS, dreijährlich
Pflegerbericht- erstattung des MDS	MDS	§ 53 a Satz 1 SGB XI	Keine	MDS-Veröffentlichungen
Bericht entsprechend der Pflegerstatistik- Verordnung	Land, Bund	§ 109 (seit 1999) SGB IX	Keine	Statistisches Bundesamt, BMG
Gesundheitsbericht- erstattung des Bundes, Themenschwerpunkt Pfleger	Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt	Zusammenstellung und Diskussion Primär- und Sekundärstatistiken	Keine	Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt Gesundheitsberichterstattung

Im Rahmen der Pflegerversicherung betreute Menschen werden in Statistiken und Berichten weitgehend nach Alter, Geschlecht, Pflegerstufe und Art der Pflegerleistung erfasst, nicht jedoch nach ihrem Migrationsstatus. Auch die Statistik zu Pfleger- und Gesundheitsberufen enthält keine Hinweise, in welchen Sektoren und mit welchem Ausbildungsniveau Menschen mit Migrationshintergrund beschäftigt sind.

lastungen begründet. Der Anteil von Pflegerbedürftigen unter 60 Jahren liegt in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund mit 29 Prozent höher als mit 13,5 Prozent in der autochthonen Bevölkerung (BMG 2011, 60; Statistisches Bundesamt 2013). Das bedeutet, dass auch die pflegerischen und lebensweltlichen Bedürfnisse junger Pflegerbedürftiger fokussiert werden sollten.

Pflegerbedürftige mit Migrationshintergrund haben häufiger eine höhere Pflegerstufe (15 Prozent versus neun Prozent in der autochthonen Bevölkerung) (Kohls 2012; BMG 2011). Und das, obwohl die Pflegerbegutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund als Barriere wahrgenommen wird (Kurt und Tezcan-Güntekin 2017, Glodny und Yilmaz-Aslan 2014). In dieser Bevölkerungsgruppe findet man häufiger

eine ausschließlich häusliche Pfleger, die durch Angehörige geleistet wird. Nach Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung liegt der Anteil der durch Angehörige gepflegten türkeistämmigen Menschen bei 98 Prozent (Okken et al. 2008; vergleiche auch Tabelle 2). Die Pfleger eines Angehörigen mit oft hohem Pflegerbedarf innerhalb der Familie und ohne Inanspruchnahme professioneller Hilfen führt zu hohen Belastungen der Familien.

Aufgrund der Sachlage ist es wünschenswert, dass amtliche Statistiken wie die Pflegerstatistik den Migrationshintergrund erfassen. Dies würde belastbare Aussagen zur Pflegerbedürftigkeit sowie zur Inanspruchnahme und eine verlässlichere Prognose des zukünftigen Pflegerbedarfs von Migranten ermöglichen.

TABELLE 2

Von türkeistämmigen und nicht türkeistämmigen Menschen beantragte Pflegeleistungen in Westfalen-Lippe im Vergleich (2001 bis 2005)

Leistungen der Pflegeversicherung	Türkeistämmige Pflegebedürftige	Nicht türkeistämmige Pflegebedürftige
Geldleistungen	91 %	42 %
Ambulante Sach- und Kombileistungen	7 %	29 %
Vollstationäre Pflege	2 %	29 %

Türkeistämmige Pflegebedürftige bevorzugen häusliche Pflege durch Angehörige. Das zeigt sich auch darin, dass nur zwei Prozent vollstationäre Pflege beantragen.

Quelle: Ökten 2007 & 2008, Tezcan-Güntekin et al. 2015; G+G Wissenschaft 2017

3 Erwartungen an die Pflegesituation

Die Gestaltung des Pflegesettings wird durch Pflegeerwartungen aus unterschiedlichen Perspektiven beeinflusst. Pflegeerwartungen unterscheiden sich von Pflegebedürfnissen dadurch, dass sich die Erwartungen an einen bestimmten Adressaten richten. Bislang liegen nur wenige Studien zu Pflegeerwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund vor, die sich zumeist auf türkeistämmige Menschen oder Menschen aus der ehemaligen Sowjetunion beziehungsweise Aussiedler und Spätaussiedler beziehen (vergleiche *Tezcan-Güntekin et al. 2015*). Laut einer Studie des Bundesministeriums für Gesundheit äußern 75 Prozent der Pflegebedürftigen mit und 66 Prozent ohne Migrationshintergrund den Wunsch, nicht von einer fremden Person gepflegt zu werden (*BMG 2011*). Gleichzeitig möchten Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund ihren Kindern nicht zur Last fallen und können sich daher vorstellen, im Alter von den Kindern getrennt zu leben (*Zimmermann 2010*).

Auch Angehörige haben bestimmte Erwartungen an die Pflegesituation, wenn ein Familienmitglied pflegebedürftig wird. In einer Studie (*Carnein und Baykara-Krumme 2013*) wurden türkeistämmige Menschen der ersten und zweiten Einwanderergeneration befragt. Der globalen Aussage, dass Kinder ihre Eltern pflegen sollten, stimmten sowohl die Befragten der ersten als auch der zweiten Migrantengeneration in hohem Maß zu. Wurde die Bereitschaft erfragt, die Pflege der Eltern zu übernehmen, nahm die Zustimmung in beiden Gruppen ab. Die Bereitschaft der Pflegeübernahme sank mit einer höheren Bildung sowie einer geringen Einbindung in religiöse Netzwerke. Innerhalb der Befragten der türkeistämmigen Gruppe (erste und zweite Generation) unterscheiden sich die Antworten

nicht sehr stark. Etwa zehn Prozent der türkeistämmigen Befragten lehnen die Verantwortungsübernahme ab oder sind unsicher darüber, aber 44 Prozent stimmen der Übernahme der Verantwortung für die Eltern vorbehaltlos zu. Das Gefühl, entsprechende Verantwortung übernehmen zu müssen oder zu wollen, ist in der Gruppe der Türkeistämmigen dieser Studie zufolge erheblich höher als in der autochthonen Bevölkerung. In der autochthonen Vergleichsgruppe lehnt ein Fünftel der Befragten ab, Verantwortung für die Eltern zu übernehmen, und knapp ein Fünftel stimmt der Verantwortungsübernahme vorbehaltlos zu.

Etwa 80 Prozent der türkeistämmigen Befragten und rund 40 Prozent der autochthonen Befragten sind der Meinung, dass erwachsene Kinder ihre pflegebedürftigen Eltern bei sich zu Hause aufnehmen sollten (*Carnein und Baykara-Krumme 2013*). Selbst in der autochthonen Bevölkerung, der eher ein individualistisches Familiengefüge zugeschrieben wird, wird diese Meinung noch häufig vertreten.

Einer Studie (*FES 2015*) mit 78 älteren Migranten, überwiegend aus der ehemaligen Sowjetunion (70 Prozent) und der Türkei (22 Prozent), zufolge haben sich drei Viertel der Befragten bereits mit einer künftigen pflegerischen Versorgung auseinandergesetzt. Mehr als die Hälfte wünscht sich, zu Hause gepflegt zu werden. Über ein Drittel der Befragten könnte sich die Nutzung ambulanter Dienste gut vorstellen, würde sich aber primär die Pflege durch Angehörige wünschen. Ein weiteres Drittel kann sich die Nutzung ambulanter Pflegedienste nicht vorstellen. In Bezug auf stationäre Pflege zeichnen sich insbesondere bei den befragten Türkei- und Russischstämmigen wesentliche Unterschiede ab: Nur etwa jeder zehnte Befragte aus der ehemaligen Sowjetunion kann sich stationäre Pflege

vorstellen, jeder Dritte würde sie nur im Notfall nutzen und etwas weniger als die Hälfte können sich dies gar nicht vorstellen. Bei den türkeistämmigen Befragten ist die Ablehnung stationärer Pflege geringer: Fast die Hälfte der Befragten kann sich die Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung vorstellen, fast ein Fünftel würde stationäre Pflege im Notfall annehmen und knapp ein Drittel lehnt diese ab. Begründet wird die Ablehnung mit der Angst vor dem Verlust der Autonomie. Diese Studie hat erstmals aufgezeigt, dass vor allem in der türkeistämmigen Bevölkerung die Ablehnung der stationären Pflege geringer ist als bislang angenommen, ausgehend von der derzeitigen Nutzung (vgl. *Okken et al. 2008; Ulusoy und Gräßel 2010*). Die quantitativ angelegte Studie von Schenk (*2014 b*) weist ebenfalls darauf hin, dass die Haltung gegenüber professioneller Pflege einem Wandel unterliegt: Von den 194 befragten türkeistämmigen Migranten zwischen 59 und 88 Jahren stimmte die Mehrzahl (89 Prozent) der allgemeinen Aussage zu, dass ältere Menschen durch professionelle Pflegekräfte versorgt werden sollten. 22 Prozent könnten sich selbst vorstellen, stationäre Altenpflegeeinrichtungen zu nutzen. Der Wunsch nach Angehörigenpflege ist jedoch weiterhin hoch: 46 Prozent gaben an, dass sie von ihrem Ehepartner versorgt werden möchten, jeweils knapp ein Drittel bevorzugt die Pflege durch die Tochter oder den Sohn. Auch wenn die Pflegeerwartungen sich primär an die Angehörigen richten, könnten 74 Prozent der Befragten sich die Nutzung professioneller ambulanter Pflege vorstellen, nur 16 Prozent lehnen ambulante und 58 Prozent der Befragten stationäre Pflege kategorisch ab. Dies deutet darauf hin, dass auch die türkeistämmige Bevölkerung, in der die Pflege derzeit noch zu 98 Prozent ausschließlich durch Angehörige erfolgt, künftig ambulanter und auch stationären Angeboten gegenüber offener ist und sich die Inanspruchnahme professioneller Leistungen voraussichtlich erhöhen wird.

Die berichteten Ergebnisse sollten durch weitere Studien validiert werden. Dabei ist das Augenmerk nicht nur auf die größten Migrantengruppen zu richten, sondern auch auf Migranten aus den aktuellen Fluchtländern. Es ist zu erwarten, dass der Pflegebedarf in den kommenden Jahren durch die sich ändernde Migranten-Population beeinflusst wird und mit neuen Herausforderungen einhergeht.

4 Pflegebedürfnisse

Türkeistämmige Menschen erwarten von den pflegenden Personen in erster Linie einen respektvollen und freundlichen Umgang. Bei russischstämmigen Menschen ist das Bedürfnis nach muttersprachlichen Pflegepersonen groß. Im Falle stationärer Pflege werden von beiden Gruppen der Wunsch

nach einem Einzelzimmer mit persönlichen Möbeln und die Möglichkeit, selbst zu kochen, genannt (*FES 2015*).

Vor allem türkeistämmigen Frauen (79 Prozent), aber auch vielen Männern (40 Prozent) ist gleichgeschlechtliche Pflege wichtig (*Giese et al. 2015*). Etwa die Hälfte der Befragten nahm die Möglichkeiten zum Gebet als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ wahr und gab an, dass es „ziemlich“ oder „äußerst“ schwierig sei, islamische Gebote einzuhalten (fast alle der 121 Befragten gaben an, dass der Glaube ihnen „ziemlich“ oder „äußerst“ wichtig sei), da das Essen im Krankenhaus nicht den religiösen Vorgaben entspreche. Limitierende Faktoren sind, dass die Erhebung in nur einem Krankenhaus erfolgte und sich auf die bislang im Kontext interkultureller Öffnung diskutierten Themen wie gleichgeschlechtliche Pflege, Essenspräferenzen und Möglichkeiten der Ausübung von Gebeten beschränkt. Weitere relevante Bedürfnisse vieler Menschen im Zusammenhang mit personenzentrierter Pflege wurden in dieser Studie nicht erfragt.

Nicht nur die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen, sondern auch die der pflegenden Angehörigen sind aufgrund des hohen Anteils an häuslich gepflegten Menschen von Bedeutung. Insbesondere die Pflege von demenzerkrankten Angehörigen geht mit hohen Anforderungen an die Pflegenden einher. Nach qualitativen Studien sind die Angehörigen stark belastet und wünschen sich Verständnis für ihre Situation (*Dibelius 2015; Tezcan-Güntekin und Razum 2017*). Türkeistämmige pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz äußern zum Teil den Wunsch nach alternativen Wohnformen. Hierzu gehören Demenz-WGs, die eine muttersprachliche Ansprache der Bewohner gewährleisten, auch wenn sie die Muttersprache nicht vollkommen beherrschen, sondern einige Sätze in unterschiedlichen Sprachen sprechen können und diese in die Kommunikation im Alltag integrieren. Auch das Mehrgenerationenwohnen ist eine Betreuungsform, die den Bedürfnissen mancher pflegender Angehöriger entsprechen würde. Hierbei steht im Vordergrund, der beziehungsweise dem zu pflegenden Angehörigen gleichzeitig nahe und weiterhin berufstätig zu sein und Raum für das eigene Leben zu haben. Ein zusätzliches häufiges Bedürfnis ist die flexiblere Gestaltung der Nutzung von Pflegeleistungen mit der Begründung, dass die vorhandenen nicht zu den alltäglichen Erfordernissen im Pflegesetting passen, insbesondere bei hoher Pflegebedürftigkeit (*Tezcan-Güntekin und Razum 2017*). Eine gesellschaftliche Sensibilisierung für das Thema „Demenz und Pflege“ könnte das Erleben der Pflegesituation durch die Angehörigen verbessern.

Differenzierte Erhebungen zu den Bedürfnissen und Erwartungen der Menschen mit unterschiedlichen Diversitätsmerkmalen fehlen bisher weitgehend. Der Migrationshintergrund ist nur ein Diversitätsmerkmal, das Menschen und ihre Bedürfnisse prägt. Um pflegerische Bedürfnisse verstehen

zu können, genügt es daher nicht, Erkenntnisse über „die Bedürfnisse“ einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu gewinnen. Vielmehr können Menschen aus unterschiedlichen Gründen heterogene Bedürfnisse in Bezug auf Pflege haben. In weiteren Studien zu den Bedürfnissen sollten Pflegebedürftige in eigenen Worten und möglichst in der Muttersprache ausdrücken können, was ihnen bei der pflegerischen Versorgung wichtig ist. Diese Erkenntnisse sollen nicht dazu dienen, für bestimmte Migrantengruppen spezielle Dienste und Angebote zu entwickeln und anzubieten. Vielmehr soll die Vielfalt der Bedürfnisse auch innerhalb von vermeintlich einheitlichen Bevölkerungsgruppen deutlich werden. Ziel führend wäre es, diese Erkenntnisse zukünftig in die Neugestaltung des Curriculums der Pflegefachberufe im Rahmen der generalistischen Ausbildung einzubeziehen und auf die bislang oft übliche Kategorisierung in Migranten- und Glaubensgruppen zu verzichten.

Für die Weiterentwicklung einer diversitätssensiblen Versorgung in der pflegerischen Praxis ist ein starker Theorie-Praxis-Transfer notwendig, um die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Heterogenität der Bedürfnisse in die pflegerische Praxis einzubeziehen. Hier kommt der wissenschaftlichen Weiterbildung von Pflegefachpersonen, die über die Vermittlung kommunikationstheoretischer Modelle hinausgeht, eine zentrale Rolle zu.

5 Zugänge zu Leistungen der Pflegeversicherung verbessern

Es existieren unterschiedliche Barrieren beim Zugang von Menschen mit Migrationshintergrund zu Pflegeleistungen, beispielsweise sprachliche, kulturelle oder institutionelle Hürden. Auch sind Diskriminierungen in der Biografie, Scham, fehlende Nutzerorientierung von Angeboten oder finanzielle Gründe weitere Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme. Im Folgenden werden drei Barrieren des Zugangs zu Pflegeleistungen dargestellt und mögliche Lösungsansätze diskutiert.

Hürde 1: Zugang Pflegeberatung

Den Zugang zur Pflegeberatung in Pflegestützpunkten fokussierte eine Studie zu russischstämmigen Menschen in Bremen, in der überwiegend ältere Menschen befragt wurden. Pflegestützpunkte sind vernetzte Beratungsstellen in Kommunen, die Pflegebedürftigen und Angehörigen den Zugang zu weiteren Unterstützungsangeboten erleichtern. Doch die Scheu, vorhandene Pflegestützpunkte aufzusuchen, ist groß. Scham ist einer der Gründe, weshalb ein Drittel der russischstämmigen Menschen den Pflegestützpunkt im Quartier nicht aufsucht, aber auch Unwissenheit darüber, wofür ein

Pflegestützpunkt zuständig ist, spielt eine Rolle (Mayer und Becker 2011).

Der Zugang türkei- und russischstämmiger Menschen zur unabhängigen Patientenberatung wurde in einer qualitativen Studie des Instituts für Pflegewissenschaft untersucht. Datengrundlage sind Interviews mit Experten und Nutzern der Beratungsstelle. Demnach nehmen eher Frauen die Beratung in Anspruch, die schon länger in Deutschland leben. Häufig werde die Beraterin als jemand „Fremdes“ wahrgenommen und es wird vermieden, Persönliches zu besprechen. Zudem fehle es insbesondere Migranten der ersten Einwanderergeneration an schriftsprachlicher Kompetenz und dem Wissen um die eigenen Rechte – ähnlich wie beim Zugang zur Gesundheitsversorgung (Horn und Schaeffer 2013).

Lösungsansätze: Empfehlungen aus dieser Studie sind, neben muttersprachlicher Beratung mehr Zeit für die Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund vorzusehen und dadurch die Möglichkeit eines Vertrauensaufbaus zu schaffen. Hierzu gehört biografische Arbeit mit den Klienten, um vorherige diskriminierende oder schlechte Erfahrungen mit Institutionen „auszubessern“. Eine zentrale Lage der Beratungsstelle, flexible Termine und zugehende Strukturen sind neben der Öffentlichkeitsarbeit für eine heterogene Zielgruppe Möglichkeiten, den Zugang zur Beratung für Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern (Horn und Schaeffer 2013).

Hürde 2: Sprach- und Wissensdefizite

Sprachdefizite sind vor allem in der ersten Migrantengeneration eine Barriere, die eine Inanspruchnahme von gesundheitlichen und pflegerischen Angeboten einschränken. Die eigene Kompetenz in der deutschen Sprache wird beispielsweise in der RAM-Studie des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge von mehr als der Hälfte der befragten türkeistämmigen Menschen als „schlecht“ bis „sehr schlecht“ wahrgenommen (BAMF 2008). Auch in der Pflegeberatung stellen sprachliche Defizite eine Hürde dar: Vier Fünftel der Befragten der Studie von Mayer und Becker (2011) geben Sprachdefizite als Hürde zur Nutzung an. Die Health Literacy, auch Gesundheitskompetenz genannt, wird bei über 65-jährigen Migranten mit 81 Prozent häufiger als problematisch oder inadäquat eingeschätzt als mit 64 Prozent in der gleichaltrigen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (Quenzel 2015).

Während sich nach quantitativen Erhebungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zwei Drittel der Befragten mit und ohne Migrationshintergrund gut über die Pflegeversicherung informiert fühlen (BMG 2011), zeigen qualitative, in der Muttersprache geführte Studien deutliche Wissens- und Informationsdefizite zu den Pflegeleistungen

auf (Kronenthaler 2016; Schenk 2014 a). Dies kann wahrscheinlich darauf zurückgeführt werden, dass die Befragung des BMG (2011) nicht in der Muttersprache erfolgte und die 120 Menschen mit Migrationshintergrund (Gesamtstichprobe: 1.500), die in dieser Studie erreicht worden sind, durch die besseren Sprachkompetenzen auch einen vergleichbaren Informationsgrad wie die autochthone Bevölkerung haben. In der Muttersprache geführte Studien mit quantitativen Ansätzen bestätigen die Ergebnisse der qualitativen Studien: Nur 16 Prozent der befragten türkeistämmigen Menschen gaben an, „gut“ oder „sehr gut“ über das Thema Pflege informiert zu sein, etwa die Hälfte der Befragten schätzte das eigene Wissen als „schlecht“ und „sehr schlecht“ ein (Schenk 2014 b). Bei 70 Prozent der Befragten fehlte Wissen zu Leistungen der Pflegeversicherung, bei 72 Prozent zur Beantragung einer Pflegestufe und bei 73 Prozent darüber, dass es Entlastungsangebote für pflegende Angehörige gibt (Schenk 2014 b). Bei russischstämmigen Menschen könnte die geringe Inanspruchnahme auf fehlendes Wissen zur Kostenübernahme der Pflegeleistungen zurückzuführen sein, da in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion Gesundheitsdienste aus Kostengründen selten genutzt werden (Horn und Schaeffer 2013; Wittig et al. 2004).

Lösungsansätze: Informationen zur Pflegeversicherung sollten in möglichst vielen Sprachen online und als Broschüre zur Verfügung stehen. Öffentlichkeitsveranstaltungen dazu sollten in unterschiedlichen Sprachen oder mit der Möglichkeit einer Übersetzung durchgeführt werden. Eine Möglichkeit wäre es auch, Online-Tools im Sinne eines E-Learnings in unterschiedlichen Sprachen anzufertigen, auf die verwiesen werden kann, da viele Menschen auch für ihre Angehörigen online Gesundheitsinformationen recherchieren (Fox und Brenner 2012).

Studien zu Wissen und Gesundheitskompetenzen von Menschen mit Migrationshintergrund sollten die Möglichkeit bieten, in der Muttersprache oder unter Einsatz von Dolmetschern zu antworten.

Hürde 3: Pflegebegutachtung

Die Pflegebegutachtung stellt die Familien, aber auch die Gutachter vor besondere Herausforderungen sprachlicher und kultureller Art (Kurt und Tezcan-Güntekin 2017). Familien mit Migrationshintergrund wissen wenig über die Praxis der Pflegebegutachtung und sind nicht gut darauf vorbereitet. Beispielsweise nehmen türkeistämmige Familien die Begutachtung als Besuch wahr und versuchen, sich und ihr Wohnumfeld in gutem Zustand zu präsentieren, um Scham zu vermeiden. Reagieren Gutachter auf das – möglicherweise kulturell bedingte – Handeln der Betroffenen nicht kultursensibel, kann die Bewertung der beobachteten und begutachteten Pflegesituation von dem pflegerischen Alltag

stark abweichen. Dies führt dazu, dass der Pflegebedarf von Pflegebedürftigen falsch eingeschätzt und dementsprechend eine inadäquate Pflegestufe bewilligt wird (Kurt und Tezcan-Güntekin 2017). Sprachprobleme können ein weiterer Grund dafür sein, dass die eigene Situation nicht angemessen dargestellt wird (Glodny und Yilmaz-Aslan 2014).

Lösungsansätze: Gutachter sollten – sowohl bei Menschen mit als auch ohne Migrationshintergrund – Sensibilität für die Familienkultur mitbringen und die Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Lebenswelt der Pflegebedürftigen kontextualisiert wahrnehmen. Empirische Ergebnisse zeigen auf, dass nicht ein kulturspezifischer, sondern ein kultursensibler Umgang zu einer der Realität entsprechenden Begutachtung beitragen kann. Gutachter sollten entsprechend sensibilisiert werden und ihre eigene Kulturgebundenheit kontinuierlich reflektieren, um auf unterschiedliche Diversitätsmerkmale in einer vielfältigen Gesellschaft reagieren zu können und damit die Gefahr einer Benachteiligung von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund zu verringern (Kurt und Tezcan-Güntekin 2017).

6 Ein Blick nach vorn

Sektoren- und professionsübergreifende Ansätze würden aufgrund eines verbesserten Schnittstellenmanagements eine bessere Versorgung ermöglichen und die pflegerischen Versorgungssysteme auf eine steigende Zahl von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund vorbereiten. Hierzu gehören interprofessionelle Handlungsansätze von Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzten sowie in therapeutischen Berufen.

Nur die Einnahme der Perspektive der jeweils anderen Profession kann Hierarchien verringern und die Kommunikation verbessern. Das Verstehen der jeweils „fremden“ Handlungsfelder kann eine gelingende Zusammenarbeit professioneller begünstigen (WHO 2010). Vulnerable Personen – zu denen Menschen mit Migrationshintergrund gehören können – neigen dazu, insbesondere an interprofessionellen und intersektionalen Schnittstellen (Krankenhaus – Häuslichkeit oder ärztliche Betreuung – therapeutische oder pflegerische Versorgung) aus dem gesundheitlichen und pflegerischen System zu fallen. Interprofessionelle Zusammenarbeit kann diese Gefahr verringern.

Ein anderer Punkt, an dem nicht nur die Professionellen im Gesundheits- und Pflegesystem ansetzen sollten, ist der reflexive Umgang mit dem „Ich“ und „den Anderen“. Das *othering* meint, dass nur die Unterschiede zwischen der eigenen Person und anderen Menschen, zum Beispiel den Menschen mit Migrationshintergrund, gesehen und als „anders-

artig“ wahrgenommen werden (Grove und Zwi 2005). Dies erzeugt eine distanzierte Haltung und Verallgemeinerung von Menschen und ihrer Situation beziehungsweise ihren Bedürfnissen. Ziel sollte sein, Gemeinsamkeiten und Individualitäten im Sinne von Diversität zu denken. Menschen haben unterschiedlichste Diversitätsmerkmale, die ihre Bedürfnisse, Lebensformen und so weiter ausmachen, Migrationshintergrund oder Herkunft ist nur eines davon. Es gibt Merkmale, in denen Gemeinsames gesehen und gefördert werden kann. Es sollte versucht werden, Unterschiede auch als mögliche Ressource zu verstehen. Die Veränderung der eigenen Haltung durch eine Sensibilisierung für Diversität kann auf individueller, institutioneller sowie struktureller Ebene dazu dienen, individuelle Bedürfnisse wahrzunehmen und einer vielfältigen Gesellschaft auch im Kontext pflegerischer Versorgung durch personenzentrierte Ansätze gerecht zu werden.

Literatur

- BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) (2008):** Sprachliche Integration von Migranten in Deutschland. Working Paper 14 aus der Reihe Integrationsreport, Teil 2; www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp14-sprachliche-integration.pdf?__blob=publicationFile
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2000):** Sechster Familienbericht: Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen – Belastungen – Herausforderungen und Stellungnahme der Bundesregierung. Deutscher Bundestag. Drucksache 14/4357
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2011):** Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. TNS Infratest Sozialforschung, München
- Carnein M, Baykara-Krumme H (2013):** Einstellungen zur familialen Solidarität im Alter: Eine vergleichende Analyse mit türkischen Migranten und Deutschen. Zeitschrift für Familienforschung, Band 25, Heft 1, 29–52
- Dibelius O (2015):** Expertinnen über die Lebenswelten demenziell erkrankter Migrantinnen und Migranten. In: Dibelius O, Feldhaus-Plumin E, Piechotta-Henze G (Hrsg.): Lebenswelten von Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz. Göttingen: Hogrefe, 115–134
- FES (Friedrich-Ebert-Stiftung) (2015):** Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland, <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/11612.pdf>
- Fox S, Brenner J (2012):** Family Caregivers Online. Pew Research Centre; www.pewinternet.org/files/old-media//Files/Reports/2012/PIP_Family_Caregivers_Online.pdf
- Giese A, Uyar M, Henning BF, Uslucan HH et al. (2015):** Wie schätzen stationäre Patienten mit türkischem Migrationshintergrund die Kultursensibilität in einem deutschen Krankenhaus der Maximalversorgung ein? Deutsche Medizinische Wochenschrift, Vol. 140, Ausgabe 2, 14–20
- Glodny S, Yilmaz-Aslan Y (2014):** Epidemiologische Aspekte zur Pflegesituation von Migrantinnen und Migranten. In: Gaertner T, Gansweid B, Gerber H et al. (Hrsg.): Die Pflegeversicherung. Berlin: De Gruyter, 248–254
- Grove NJ, Zwi AB (2006):** Our Health and Theirs: Forced Migration, Othering and Public Health. Social Science and Medicine, Vol. 62, No. 8, 1931–1942
- Horn A, Schaeffer D (2013):** Evaluation der Patienteninformation und -beratung für türkisch- und russischsprachige Migrantinnen und Migranten. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld; www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-150.pdf
- Kohls M (2012):** Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.); www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf?__blob=publicationFile
- Kronenthaler A (2016):** Ergebnisse des BMBF-geförderten Projektes Caremi. Posterpräsentation bei der Veranstaltung „Alter und Migration“ der LAGES in Stuttgart am 23. September 2016; www.caremi.de/Ergebnisposter-CarEMI-de.pdf
- Kurt M, Tezcan-Güntekin H (2017):** Begutachtung von Pflegebedürftigkeit im kulturellen Kontext. In: Meißner A (Hrsg.): Begutachtung und Pflegebedürftigkeit. Göttingen: Hogrefe
- Mayer O, Becker I (2011):** Pflegeberatung von russischsprachigen Migranten aus der GUS. Hamburg: Diplomica Verlag
- Okken PK, (2007):** Inanspruchnahme von Hilfen zur Pflege durch türkische Migrantinnen und Migranten – eine empirische Analyse der Begutachtungen der Pflegeversicherung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Westfalen-Lippe. Diplomarbeit, Fachhochschule Vechta
- Okken PK, Spallek J, Razum O (2008):** Pflege türkischer Migranten. In: Bauer U, Büscher A (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 369–422
- Quenzel G, Schaeffer D, Messer M, Vogt D (2015):** Gesundheitskompetenz bildungsferner Jugendlicher. Bundesgesundheitsblatt, Band 59, Ausgabe 9, 951–957
- Schenk L (2014 a):** Rekonstruktion der Vorstellungen vom Altern und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund. Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.); www.zqp.de → Projekte → Migration und Pflege → Pflegevorstellungen von Migranten
- Schenk L (2014 b):** Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migranten und Migrantinnen in Berlin. Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.); www.zqp.de → Projekte → Migration und Pflege → Pflegesituation von Migranten
- Schimany P et al. (2012):** Ältere Migrantinnen und Migranten – Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven, Forschungsbericht 18 des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge, 249; www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb18-aelttere-migranten.pdf?__blob=publicationFile

Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse; www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile

Tezcan-Güntekin H, Breckenkamp J, Razum O (2015): Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (Hrsg.); www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/IB/Artikel/Integrationsgipfel/Integrationsgipfel-2015/2015-11-16-svr-studie.pdf?__blob=publicationFile&v

Tezcan-Güntekin H, Razum O (erscheint voraussichtlich 2017): Empowering Self-Management-Competencies of Turkish Family Caregivers of People with Dementia (Stärkung der Selbstmanagement-Kompetenzen pflegender Angehöriger von türkeistämmigen Menschen mit Demenz)

Ulusoy N, Gräbel E (2010): Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege – Ein Überblick. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 43, Heft 5, 330–338

WHO (2010): Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice; apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?ua

Wittig U, Merbach M, Siefen RG, Bräher E (2004): Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland. Das Gesundheitswesen, Jg. 66, Heft 2, 85–92

Zimmermann HP (2010): Kulturelle Plastizität des Alters. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Altersbilder in der Gesellschaft. 86–112

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 22. März 2017)

DIE AUTOREN



Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin,

Jahrgang 1977, studierte von 1997 bis 2005 Soziologie und Erziehungswissenschaften an der Technischen Universität Berlin und promovierte 2011 an der Universität Bielefeld. Derzeit schließt sie ihre zweite Promotion ab. In den vergangenen Jahren war sie am Institut für Neurowissenschaften am Forschungszentrum Jülich, am Institut für Gerontologie in Dortmund und am Institut für Geschichte und Ethik in der Medizin an der Universität Tübingen tätig. Seit 2013 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Demenz und Migration, transnationale Versorgung, diversitätssensible Pflege sowie Selbstmanagement pflegender Angehöriger.



Dr. Jürgen Breckenkamp,

Jahrgang 1958, studierte von 1990 bis 1994 Gesundheitswissenschaften, promovierte 1998 (Dr. PH) und machte 2001 bis 2003 den Master of Science in Epidemiologie an der Universität Bielefeld. Von 1994 bis 2001 arbeitete er im Institut für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik der Universität Bielefeld, von 2001 bis 2002 im Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Dezernat 2.3 „Gesundheitsindikatoren und -daten (Iögd)“, Bielefeld, und seitdem in der Arbeitsgruppe Epidemiologie und International Public Health an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Sein Themenschwerpunkt ist Migration und Gesundheit.

Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation für Gesundheitsberufe

von Ilhan Ilkilic¹

ABSTRACT

Interkulturelle Behandlungssituationen werden in Deutschland in der Ausbildung von Pflegekräften wenig und in der Ausbildung von Medizinerinnen gar nicht thematisiert – und das, obwohl sie immer häufiger werden und interkulturelle Kompetenz entscheidend für das Behandlungsergebnis sein kann. Interkulturelle Kompetenz beinhaltet interkulturelle Kommunikation, Kulturwissen, die Vermeidung von Stereotypisierung und kritische Toleranz. Sie sollte im Rahmen der Ausbildung der Gesundheitsberufe vermittelt werden.

Schlüsselwörter: interkulturelle Kompetenz, Curriculum, Medizinstudium

Medical education in Germany concentrates on treating patients with specific diseases. The fact that these patients might have a different cultural background is rarely discussed, although intercultural misunderstandings can influence the outcome of health interventions considerably. Intercultural competence consists of intercultural communication, general knowledge about different cultures, avoiding stereotypes and tolerance. It should be part of the education of both doctors and paramedics.

Keywords: intercultural competence, curriculum, medical education

1 Einleitung

In Deutschland leben etwa 17,1 Millionen Personen mit Migrationshintergrund, die 21 Prozent der Bevölkerung ausmachen (Statistisches Bundesamt 2017, 7). Berücksichtigt man die Alterung innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe, so ist absehbar, dass die Kontakte dieser Menschen mit dem Gesundheitssystem und mit den in den Gesundheitsberufen Tätigen kontinuierlich zunehmen werden. Der Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund ist in der Regel von einer erheblichen Unsicherheit geprägt, wie täglich im Rahmen der medizinischen Versorgung – vom Erstkontakt zwischen Arzt und Patient bis hin zur Krankenhausorganisation und zur Gesundheitspolitik – sichtbar wird (Braun 2004; Schlingensiepen 2004; Ilkilic 2006 und 2005). Die momentane Situation führt häufig nicht nur zu einer suboptimalen medizinischen Versorgung, sondern hat auch gravierende negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden von Patienten sowie auf die

professionelle Selbstwahrnehmung von ärztlichem und pflegerischem Personal (Westermilies 2004; Knipper und Akinci 2005).

Die Frage, wie eine kultursensible und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund etabliert werden kann, beinhaltet viele Facetten, darunter das Problem einer angemessenen Implementierung relevanter Themen in Aus-, Weiter- und Fortbildung für Gesundheitsberufe. Es ist mit Bedauern festzustellen, dass Themen und Probleme interkultureller Behandlungssituationen im aktuellen Curriculum der angehenden Mediziner nicht vorkommen. In der Ausbildung der Pflegeberufe werden diese Themen zwar berücksichtigt; ob diese Thematisierung den realen Bedarf abdeckt, bleibt jedoch offen. Diese wohlbekannten Defizite in der Ausbildung der Gesundheitsberufe erzeugen Unsicherheiten und Frustration bei den Betroffenen und führen zu Versorgungsdefiziten innerhalb des Gesundheitssystems.

¹ Prof. Dr. (TR) Dr. phil. et med. habil. Ilhan Ilkilic M.A., Istanbul Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı · Hulusi Behçet Kütüphanesi Kat 2
34093 Istanbul/Çapa, Türkei · Telefon: +90 (0) 212 414 22 86 · E-Mail: ilhan.ilkilic@istanbul.edu.tr

Für eine praktische und ethische Berufsorientierung in interkulturellen Behandlungssituationen ist der Begriff der interkulturellen Kompetenz vielversprechend. In diesem Beitrag wird interkulturelle Kompetenz mit den ihr zugrunde liegenden Fähigkeiten und Fertigkeiten problematisiert, deren Stärken und Grenzen kritisch reflektiert werden.

2 Der Begriff der interkulturellen Kompetenz

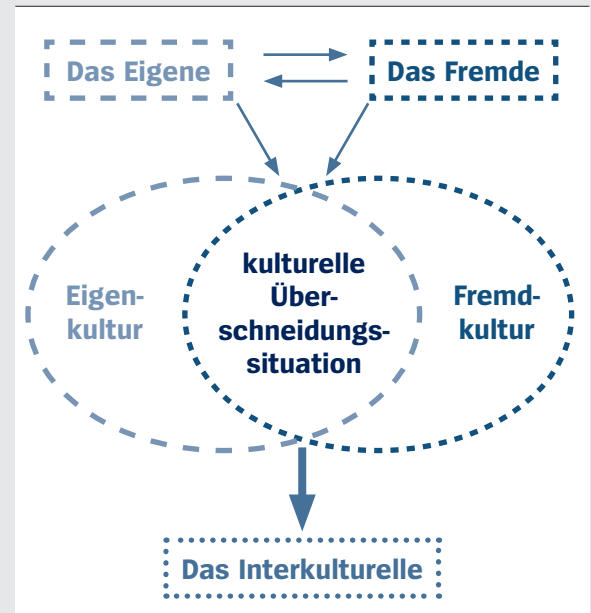
Seit den 1990er-Jahren ist der Begriff „interkulturelle Kompetenz“ immer häufiger Gegenstand zahlreicher wissenschaftlicher Disziplinen und Forschungen (vergleiche zur Begriffsgeschichte der Kompetenz beziehungsweise interkulturellen Kompetenz *Straub 2007, 36–39*). Vor allem in den vergangenen Jahren erlangte er in der Fachwelt und im beruflichen Alltag eine besondere Anerkennung und wurde in einem Thesenpapier der Bertelsmann-Stiftung als Schlüsselkompetenz des 21. Jahrhunderts bezeichnet (*Bertelsmann Stiftung 2006*). Im Rahmen dieser Kompetenz werden je nach Disziplin und professionellen Handlungsfeldern bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten in den Vordergrund gestellt und deren Bedeutung und Funktion in entsprechenden Beziehungsgeflechten erklärt (*Hyun 2008; Fox 2005; Bolten 2001*).

Trotz der enormen Popularität dieses Begriffs in Berufswelt und Wissenschaft kann nicht von einer einheitlichen Definition oder einem konsensuellen Inhalt die Rede sein (*Straub 2007, 44 ff.*). Zudem werden in Fachliteratur und Berufswelt zahlreiche Synonyme für dasselbe Konzept benutzt, wie etwa interkulturelle Handlungskompetenz, interkulturelle Kommunikationsfähigkeit und dergleichen, die eine trennscharfe Verwendung beeinträchtigen (*Straub 2007; Thomas 2003 a*). Trotz dieser Sachlage gibt es Definitionen, die wesentliche zentrale Eigenschaften der interkulturellen Kompetenz beinhalten, wozu etwa die Aussage des Sozialpsychologen Alexander Thomas gehört: „Interkulturelle Kompetenz zeigt sich in der Fähigkeit, kulturelle Bedingungen und Einflussfaktoren im Wahrnehmen, Urteilen, Empfinden und Handeln bei sich selbst und bei anderen Personen zu erfassen, zu respektieren, zu würdigen und produktiv zu nutzen im Sinne einer wechselseitigen Anpassung, von Toleranz gegenüber Inkompatibilitäten und einer Entwicklung hin zu synergieträchtigen Formen der Zusammenarbeit, des Zusammenlebens und handlungswirksamer Orientierungsmuster in Bezug auf Weltinterpretation und Weltgestaltung“ (*Thomas 2003 b, 143; Abbildung 1*).

Die unter dem Begriff „interkulturelle Kompetenz“ aufgezählten Fähigkeiten und Fertigkeiten unterscheiden sich dabei je nach Anforderungen des jeweiligen Handlungsfelds voneinander. Der Kommunikationswissenschaftler Jürgen

ABBILDUNG 1

Das Interkulturelle als Schnittmenge



Das Selbst und das Andere begegnen sich auch als Mitglieder bestimmter Kulturen. Will man miteinander in Verbindung treten, gilt es, Gemeinsamkeiten wahrzunehmen. So entsteht das Interkulturelle.

Bolten geht von einem sehr umfassenden Begriff aus und sieht die interkulturelle Kompetenz nicht als einen eigenständigen Kompetenzbereich an, „sondern vielmehr als Fähigkeit, individuelle, soziale, fachliche und strategische Teilkompetenzen in ihrer bestmöglichen Verknüpfung auf interkulturelle Handlungskontexte beziehen zu können“ (*Bolten 2001, 87; vergleiche Abbildung 2*).

Im Rahmen der Ausbildung der Gesundheitsberufe sollen unter dem Begriff der interkulturellen Kompetenz Fähigkeiten und Fertigkeiten verstanden werden, die das Wahrnehmen von potenziellen Konflikten fördern und das Verstehen ihrer Hintergründe im interkulturellen Kontext erleichtern und somit eine ethisch angemessene und bedarfsgerechte Handlungsorientierung ermöglichen. An dieser Stelle soll betont werden, dass für die Anwendungsformen der interkulturellen Kompetenz stets der hier präferierte offene und erweiterte Kulturbegriff als Grundlage dienen soll. Essentialistische Kulturkonzepte und ihre pragmatischen Anwendungsformen in den Einsatzbereichen der interkulturellen Kompetenz sind aus berechtigten Gründen abzulehnen. Hinsichtlich dieser Begriffsbestimmung sollen hier nun Fähig-

keiten und Fertigkeiten wie interkulturelle Kommunikation, Kulturwissen, Vermeidung von Stereotypisierung und kritische Toleranz diskutiert und ihre möglichen Funktionen, Grenzen sowie Beiträge zur Suche nach ethisch angemessener Entscheidung und Haltung im interkulturellen Kontext dargestellt werden.

2.1 Interkulturelle Kommunikation

Unter interkultureller Kommunikation werden hier verbale, nonverbale und paraverbale Kommunikationsformen im Rahmen einer interkulturellen Gesundheitsversorgung verstanden (vergleiche dazu *Riedel 2001; Dreißig 2005; Fischer und Grothe 2007*). Nach Kommunikationswissenschaftler Gerhard Maletzke sprechen wir über interkulturelle Interaktion und Kommunikation, „wenn die Begegnungspartner verschiedenen Kulturen angehören und wenn sich die Partner der Tatsache bewusst sind, dass der jeweils andere ‚anders‘ ist, wenn man sich also wechselseitig als ‚fremd‘ erlebt“ (*Maletzke 1996, 37*). In der Fachliteratur werden zwei Formen, nämlich interkulturelle Kommunikation im engeren Sinne und im weitgefassten Sinne, voneinander unterschieden (*Broszinsky-Schwabe 2011, 36*). Die erste Version beinhaltet alle Verständigungsformen zwischen Personen, die sich als Angehörige unterschiedlicher Kulturkreise verstehen, wobei die weitgefasste Version dieses Begriffs darüber hinaus auch Kommunikationsformen mittels unterschiedlicher Medien wie Film, Fernsehen, Radio, Internet und andere umfasst (*Hinenkamp 1994, 5; Lüsebrink 2005, 8; Broszinsky-Schwabe 2011, 36*).

Sofern in einem interkulturellen Kommunikationsprozess eine Dolmetschertätigkeit erforderlich ist, kommt dem Dolmetscher eine besonders verantwortungsvolle Funktion zu. Schließlich hängt die Qualität der Verständigung von seiner Leistung ab, an die sich diverse Herausforderungen stellen. Zunächst ist diese Tätigkeit mit den bekannten semantischen und linguistischen Schwierigkeiten eines jeden Dolmetschereinsatzes behaftet. Darüber hinaus verlangen die Kommunikationsbarrieren in einem ethischen Konflikt jedoch zusätzlich Sensibilität bei der Vermittlung fremder Überzeugungen und ihrer Begründungen zwischen den Interaktionsparteien sowie eine angemessene Weitergabe moralisch relevanter Begriffe und Inhalte. Deswegen erfordert die Dolmetschertätigkeit im Rahmen eines Konflikts zusätzlich zur notwendigen Sprachkompetenz auch kulturelle Sensibilität und ein nicht geringes Maß an Kulturwissen.

Eine weitere Herausforderung für eine kultursensible Kommunikation besteht auf der nonverbalen Ebene, die eine angemessene und richtige Interpretation von Gesten, Mimik und Körperhaltung des Patienten beinhaltet (*Anderßen 2002; Kumbier und Friedemann 2006; Moosmüller 2009*). Diese können dem Behandlungsteam wichtige Anhaltspunkte bezüglich der Einstellung des Patienten zu bestimmten

Themen und Handlungen liefern (*Bezuidenhout und Borry 2009*). Eine adäquate Sinndeutung und zweckdienliche Integration dieser Botschaften erfordern wiederum eine sensible Einstellung, ausreichendes Wissen über die Bedeutung dieser Haltungen und genügende Erfahrung.

Mittlerweile gibt es eine umfangreiche Literatur und zahlreiche Fortbildungsangebote zu diesen Themenbereichen (*Barkowski 2008; Wegner 2008*). Dort werden die Bedeutungen bestimmter Gesten und mimischer Ausdrücke beschrieben und dazu bestimmte Vorgehensweisen empfohlen. Es muss jedoch betont werden, dass diese Informationen und Tipps nicht unreflektiert eingesetzt werden sollten, sondern stets einer kritischen Überprüfung und Verifizierung durch verbale Kommunikation bedürfen: Gerade in einer Diaspora-Situation sind auch Haltungen, die innerhalb eines Kulturkreises als typisch angesehen werden, im Rahmen der Kommunikation offen für Modifikationen durch die umgebende Kultur. Daher ist ein kritischer Umgang mit den angebotenen Informationen und Empfehlungen ein wesentlicher Bestandteil der interkulturellen Kommunikation.

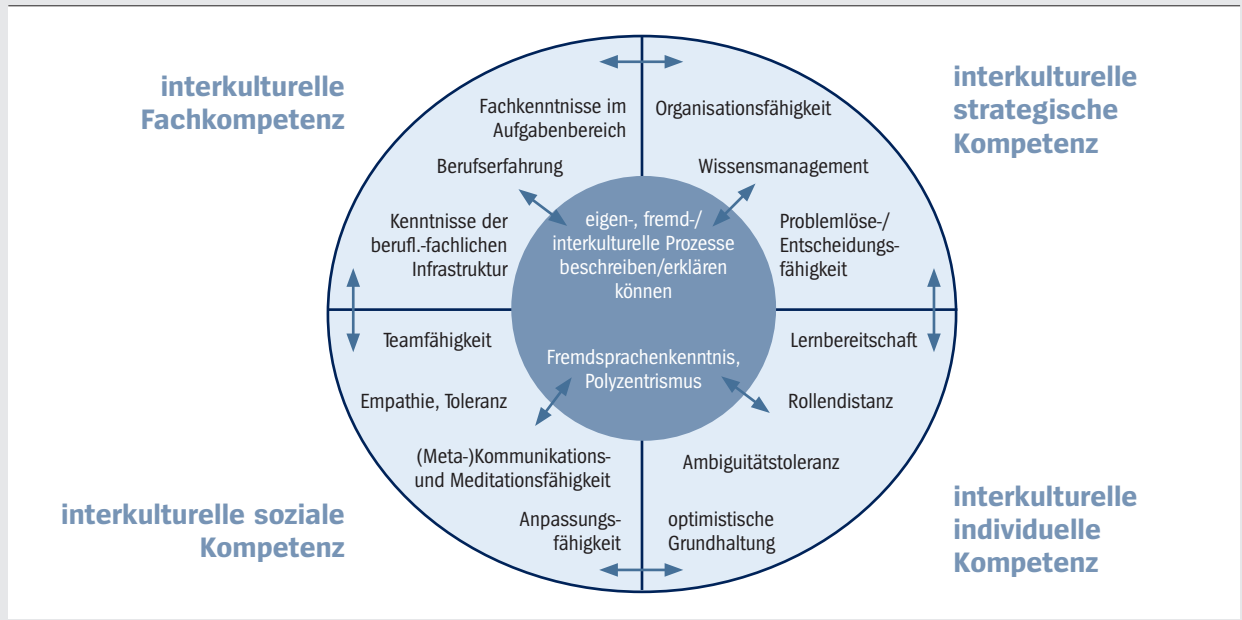
2.2 Kulturwissen

Kulturwissen beinhaltet in diesem Zusammenhang Kenntnisse über Praktiken, Haltungen und Einstellungsformen von Menschen aus anderen Kulturkreisen in ihrem Umgang mit Krankheit, Gesundheit und Lebensende. Dieses Wissen können Angehörige der Gesundheitsberufe aus unterschiedlichen Quellen schöpfen. Dazu gehören Broschüren, Bücher, aber auch Wissensportale im Internet ebenso wie Selbstaussagen von Patienten oder ihren Angehörigen über ihre jeweilige kulturelle Praxis sowie individuell gesammelte Erfahrungen im In- und Ausland. Für eine effektive Nutzung dieser Informationen sind jedoch einige Punkte zu beachten.

Sachgerecht aufbereitete Bücher, Broschüren und Wissensportale im Internet informieren den Leser nicht nur über kulturspezifische Haltungen, sondern auch über Hintergründe dieser Entscheidungen und Handlungen. In diesem Zusammenhang ist das Wissensportal „Kultur und Gesundheit“ – www.kultur-gesundheit.de – zu erwähnen. Das Portal wurde im Rahmen eines Forschungsprojekts aufbereitet und ist seit September 2007 online. Alle diese Informationen unterstützen dabei ein besseres Verstehen solcher Entscheidungen und Haltungen in interkulturellen Begegnungen und ermöglichen den in Gesundheitsberufen tätigen Menschen eine Orientierung im medizinischen Alltag. Für ein besseres Verstehen eines interkulturellen Konflikts können auch die individuellen Erfahrungen des Behandlungsteams – falls ausreichend vorhanden – hilfreich sein. Es ist in der medizinischen Praxis nicht selten, dass allein der fremdartige Charakter eines Konflikts für das Behandlungsteam eine wesentliche

ABBILDUNG 2

Interkulturelle Kompetenz als Zusammenwirken verschiedener Kompetenzen



Interkulturelle Kompetenz ist laut Bolten „das erfolgreiche ganzheitliche Zusammenspiel von individuellem, sozialem, fachlichem und strategischem Handeln in interkulturellen Kontexten“. Dazu gehören auch Sprachkenntnisse, Ausdrucksfähigkeit und Offenheit für fremde Kulturen (= Polyzentrismus).

Quelle: Bolten 2001; Grafik: G+G Wissenschaft 2017

Herausforderung darstellt. Unter den Informationsquellen kommt den Eigenangaben des betroffenen Patienten und/oder seiner Angehörigen eine besondere Bedeutung zu, die hier hervorgehoben werden sollte. Eine solche Mitteilung hat nicht nur informativen Charakter, sondern erlaubt auch die Eruiierung individueller Überzeugungen und Stellenwertzuschreibungen des Betroffenen. Deswegen müssen solche Auskünfte bei ihrer Bewertung und Integration in den Entscheidungsprozess einen höheren Stellenwert erhalten als das durch Erfahrung und Informationsbroschüren erlangte Wissen.

Bei der Umsetzung solcher Kulturinformationen ist jedoch aus den genannten Gründen Vorsicht geboten, da eine unmittelbare Anwendung der erworbenen Kenntnisse – wie schon dargestellt – mit einer Reihe von Hindernissen behaftet sein kann. Deswegen sollten zunächst Bedeutung und Stellenwert dieser Auskünfte kontextbezogen konkretisiert und überprüft werden. Nur dadurch können sie angemessen in ethisch rechtfertigbarer Weise in den Entscheidungsprozess einbezogen werden. Es darf nicht vergessen werden, dass jede einzelne Entscheidung und Handlung in den Gesundheitsberufen zugleich situativ ist (Paul 2006, 137 ff.).

2.3 Vermeidung von Stereotypisierung

In den Sozialwissenschaften geht die Geschichte des Begriffs Stereotyp bis in die 20er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts zurück (vergleiche dazu Petersen und Six-Materna 2006, 430–436). Nach Walter Lippmann, der diesen Ausdruck eingeführt hat, helfen Stereotype dem Individuum, seine Lebenswelt aufzuarbeiten und zu bewältigen, indem sie komplexe Wahrnehmungen und Vorstellungen kategorisieren und standardisieren (Lippmann 1922, 81 ff.). Deswegen betrachtet man Stereotypisierung als eine pragmatische Kategorisierungs- und Orientierungshilfe für das Individuum, das in einer Welt unendlicher Reizvielfalt lebt (Jonas und Mast 2007, 69 ff.). Allerdings beinhaltet dieser Begriff zwei Eigenschaften unterschiedlichen Charakters: Einerseits ermöglicht er eine notwendige und hilfreiche mentale Kategorisierung, andererseits verursacht er ungerechtfertigte Generalisierung anhand von Informationen anderer oder aufgrund unzureichender Eigenerfahrungen (Heringer 2004, 199 ff.). Für die Entstehung von Stereotypen wurden in den Sozialwissenschaften unterschiedliche Prozesse verantwortlich gemacht. Dazu gehören Intergruppenbeziehungen, Schichtzugehörigkeit, Bezugsgruppen und Sozialisationsformen

(Jonas und Mast 2007, 70 ff.). Hans Jürgen Heringer betont die Notwendigkeit des Stereotyps für die Erlangung jeglicher Erkenntnis und spricht von vier Verfahren beim Entstehen eines Stereotyps, nämlich Kategorisierung, Selektion, Generalisierung und Stereotypisierung (Heringer 2004, 200 ff.). Die Aktivierung eines Stereotyps im sozialen Leben geschieht oft spontan und unbewusst. Auch wenn Stereotype und Vorurteile im medizinischen Alltag eine soziale Realität sind, so gibt es gute Gründe und wirksame Methoden, die Stereotype im Berufsalltag zu entschärfen (Jonas und Mast 2007, 75 f.).

Kulturelle Praxis und Wertvorstellungen eines Kulturkreises sind in einer globalen Welt häufig von einem Grad an Heterogenität gekennzeichnet, der auch im Rahmen der Gesundheitsversorgung in vieler Hinsicht feststellbar ist (Giger 2006; Volker 2005). Von daher darf die Kulturzugehörigkeit einer Person nicht dazu führen, dass sie von vornherein mit bestimmten Verhaltensmustern und Wertvorstellungen identifiziert wird (Kreß 2004). Die Verknennung dieser Realität kann im medizinischen Alltag Pauschalisierungen und somit auch eine ungerechtfertigte Routinebehandlung von Menschen eines Kulturkreises veranlassen. Dagegen soll die Vermeidung von Stereotypisierung dazu führen, dass innerhalb eines Kulturkreises vorhandene Differenzen nicht als unwesentlich bewertet werden und somit auch die mit kulturellen Wertvorstellungen verbundenen Handlungsunterschiede besser und gerechter in der medizinischen Praxis aufgehoben sind.

2.4 Kritische Toleranz

Die Geschichte des Toleranz-Begriffs lässt sich bis in die Antike zurückverfolgen, mit zahlreichen Diskursen zu Themenbereichen wie Religionsfreiheit, Meinungsfreiheit und Menschenrechten (vergleiche zur Begriffsgeschichte der Toleranz Schlüter und Grötter 1998, 1251 ff.; Forst 2006, 530 ff.). Aufgrund globaler Entwicklungen und starker Migrationsbewegungen ist der Toleranzbegriff in den vergangenen Jahren in politisch-gesellschaftlichen Debatten und in der Fachwelt von besonderer Aktualität (Rorty 1988; Höffe 2000; Ricoeur 2000; Nussbaum 2000; Sen 2007). Unter Toleranz versteht man „das Dulden von Überzeugungen, Handlungen oder Praktiken, die einerseits negativ bewertet, andererseits aber nicht vollkommen abgelehnt beziehungsweise eingeschränkt abgelehnt werden“ (Forst 2006, 529). Der Philosoph Rainer Forst unterstreicht drei wichtige Komponenten des Toleranzbegriffs. Einerseits setzt dieser Begriff voraus, dass die Praktiken oder Überzeugungen des Anderen als falsch oder schlecht beurteilt werden (Ablehnungs-Komponente), andererseits werden sie trotz dieser negativen Beurteilung akzeptiert (Akzeptanz-Komponente). Die dritte Komponente markiert wiederum die Grenze der Toleranz und konkretisiert die Gründe für eine Ablehnung (Zurückweisungs-Komponente) (Forst 2006, 529 ff.). Das unverkennbare Paradox

der Toleranz, nämlich die Akzeptanz einer abgelehnten Position oder Haltung, wurde wiederholt in Fachdiskussionen hervorgehoben, was einige Philosophen zu einem expliziten Plädoyer für das Nicht-Tolerieren der Intoleranz veranlasst hat (Hare 1964, 157 ff.).

Durch Anerkennung und Toleranz werden für Entscheidungen und Handlungen von Patienten aus einem anderen Kulturkreis Räume geschaffen, in denen die jeweilige Person sich entfalten kann. Die anerkennende und tolerante Einstellung gründet sich hierbei in erster Linie auf die Würde und Freiheit des Menschen; auf der gesellschaftlichen Ebene treten dagegen die Gleichberechtigung der Kulturen und damit verbundene Implikationen in den Vordergrund (Stenger 2006; Ilkilić 2016). Danach ist jede Kultur gleichwertig, keine ist wertvoller als die andere, und die zu den kulturellen Prägungen gehörenden lebensweltlichen Handlungsmuster lassen sich aus der Perspektive einer anderen Kultur nicht objektiv bewerten (Braun et al. 2000, 6).

Eine tolerante Einstellung bei Entscheidungen und Handlungen seitens der Gesundheitsberufe kann eine konstruktive professionelle Öffnung gegenüber fremdartig anmutenden Entscheidungen und Haltungen fördern und eine bessere Berücksichtigung der Präferenzen und Entscheidungen von Menschen aus anderen Kulturkreisen in der interkulturellen Gesundheitsversorgung unterstützen. In einem interkulturellen Setting medizinischer Praxis müssen jedoch Ausmaß und Grenzen dieser Toleranz präzisiert werden. Eine deutliche Grenze stellt dabei die Gefahr einer Verletzung der Menschenrechte dar (Baker 1998; Tröhler und Reiter-Theil 1997, 312 ff.; Bielefeldt 1998; Mall 1999; Klein 2004; Kruij 2006; Kruij und Vögele 2006). Vor allem die kulturell bedingten Wünsche der Patientenangehörigen oder der sorgeberechtigten Eltern dürfen nicht so weit gehen, dass dadurch elementare Menschenrechte verletzt werden.

3 Fazit

Interkulturelle Behandlungssituationen, die in ihrer Komplexität von einem nicht unerheblichen Konfliktpotenzial gekennzeichnet sind, erfordern zusätzliche Kompetenzen bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe. Interkulturelle Kommunikation, Kulturwissen, Vermeidung von Stereotypisierung und Toleranz wurden oben unter dem Begriff der interkulturellen Kompetenz als elementare Fähigkeiten und Fertigkeiten dargestellt. Auch wenn interkulturelle Kompetenz nicht die Lösung aller Probleme und Konflikte erreichen kann, so erscheint sie doch unverzichtbar für eine interkulturelle Öffnung im Gesundheitssystem. Deswegen sollte ihre Vermittlung ein fester Bestandteil der Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Gesundheitsberufen sein.

Literatur

- Andersen PA, Hecht ML, Hoobler GD, Smallwood M (2002):** Non-verbal Communication Across Cultures. In: Gudykunst WB, Mody B (Hrsg.): Handbook of International and Intercultural Communication. Thousand Oaks: Sage Publications, 89–106
- Baker R (1998):** Transcultural Medical Ethics and Human Rights. In: Tröhler U, Reiter-Theil S, Herych E: Ethics Codes in Medicine: Foundations and Achievements of Codification since 1947. Ahnts, Vermont: Ashgate, 312–331
- Barkowski M (2008):** Mein Blut tut weh. Interkulturelle Implikationen beim Dolmetschen im Krankenhaus. In: MDÜ Fachzeitschrift für Dolmetscher und Übersetzer, Jg. 54, Heft 2, 41–43
- Bertelsmann Stiftung, Fondazione Cariplo (2006):** Interkulturelle Kompetenz – Die Schlüsselkompetenz im 21. Jahrhundert? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Bezuidenhout L, Borry P (2009):** Examining the Role of Informal Interpretation in Medical Interviews. In: Journal of Medical Ethics, Vol. 35, No. 3, 159–162
- Bielefeldt H (1998):** Philosophie der Menschenrechte. Grundlagen eines weltweiten Freiheitsethos. Darmstadt: Primus Verlag
- Bolten J (2001):** Interkulturelle Kompetenz. Erfurt: Landeszentrale für politische Bildung
- Braun GE (2004):** Ausländische Patienten für deutsche Krankenhäuser gewinnen: Strategien, Maßnahmen, Erfahrungen. Neuwied: Luchterhand
- Braun KL, Pietsch JH, Blanchette PL (2000):** An Introduction to Culture and its Influence on End-of-Life Decision Making. In: Braun KL, Pietsch JH, Blanchette PL (Hrsg.): Cultural Issues in End-of-Life Decision Making. Thousand Oaks: Sage Publications, 1–9
- Broszinsky-Schwabe E (2011):** Interkulturelle Kommunikation. Missverständnisse – Verständigung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Dreißig V (2005):** Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. Bielefeld: Transcript
- Fischer C, Grothe J (2007):** Interkulturelle Kommunikation in der Gesundheitsversorgung: Konturen eines Praxis- und Forschungsfeldes. In: Handlung, Kultur, Interpretation, Jg. 16, Heft 2, 219–263
- Forst R (2006):** Toleranz. In: Düwell M, Hübenthal C, Werner MH (Hrsg.): Handbuch Ethik. Stuttgart: J. B. Metzler, 529–534
- Fox RC (2005):** Cultural Competence and the Culture of Medicine. In: New England Journal of Medicine, Vol. 353, No. 13, 1316–1319
- Giger JN, Davidhizar RE, Fordham P (2006):** Multi-Cultural and Multi-Ethnic Considerations and Advanced Directives: Developing Cultural Competency. In: Journal of Cultural Diversity, Vol. 13, No. 1, 3–9
- Hare R M (1964):** Freedom and Reason. Oxford: Clarendon Press
- Heringer HJ (2004):** Interkulturelle Kommunikation. Tübingen: A. Francke Verlag
- Hinnenkamp V (1994):** Interkulturelle Kommunikation. Heidelberg: Julius Groos Verlag
- Höffe O (2000):** Toleranz: Zur politischen Legitimation der Moderne. In: Forst R (Hrsg.): Toleranz. Philosophische Grundlagen und gesellschaftliche Praxis einer umstrittenen Tugend. Frankfurt a. Main: Campus Verlag, 60–76
- Hyun I (2008):** Clinical Cultural Competence and the Threat of Ethical Relativism. In: Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, Vol. 17, No. 2, 154–163
- Ilklic I (2005):** Gesundheitsverständnis und Gesundheitsmündigkeit in der islamischen Tradition. Medizinethische Materialien, Heft 152, 3. Auflage. Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik
- Ilklic I (2006):** Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe. Medizinethische Materialien, Heft 160, 6. Auflage. Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik
- Ilklic I (2016):** Menschenwürde und ethische Bewertung von Entscheidungen am Lebensende am Beispiel innerislamischer Positionen. Zeitschrift für Evangelische Ethik, Jg. 60, Heft 2, 88–101
- Jonas K, Mast MS (2007):** Stereotyp und Vorurteil. In: Straub J, Weidemann A, Weidemann D (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Stuttgart: J. B. Metzler, 69–76
- Klein E, Menke C (Hrsg.) (2004):** Menschenrechte und Bioethik. Berlin: Berliner Wissenschaftsverlag
- Knipper M, Akinci A (2005):** Wahlfach „Migrantenmedizin“ – Interdisziplinäre Aspekte der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, Jg. 22, Heft 4, 1–5
- Kreß H (2004):** Selbstbestimmung am Lebensende. In: Ethik in der Medizin, Jg. 16, Heft 3, 291–297
- Kruij G (2006):** Impliziert die Anerkennung des Anderen die Billigung unmoralischer Handlungen? In: Kruij G, Vögele W (Hrsg.): Schatten der Differenz. Das Paradigma der Anerkennung und die Realität gesellschaftlicher Konflikte. Münster: Lit Verlag, 303–321
- Kruij G, Vögele W (Hrsg.) (2006):** Schatten der Differenz. Das Paradigma der Anerkennung und die Realität gesellschaftlicher Konflikte. Münster: Lit Verlag
- Kumbier DS, v. Thun F (2006):** Interkulturelle Kommunikation: Methoden, Modelle, Beispiele. Hamburg: Rowohlt
- Lippmann W (1922):** Public Opinion. London: G. Allen & Unwin
- Lüsebrink HJ (2005):** Interkulturelle Kommunikation. Interaktion – Fremdwahrnehmung – Kulturtransfer. Stuttgart: J. B. Metzler
- Maletzke G (1996):** Interkulturelle Kommunikation. Zur Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Mall RA (1999):** Interkulturelle Philosophie und die Diskussion um die Menschenrechte. In: Cesana A (Hrsg.): Interkulturalität – Grundprobleme der Kulturbegegnung. Mainz: Johannes Gutenberg-Universität, 119–143
- Moosmüller A (2009):** Interkulturelle Kommunikation: quo vadis? In: Otten M, Scheitza A, Cnyrim A (Hrsg.): Interkulturelle Kompetenz im Wandel. Berlin: Iko-Verlag, 41–56
- Nussbaum MC (2000):** Toleranz, Mitleid und Gnade. In: Forst R (Hrsg.): Toleranz. Philosophische Grundlagen und gesellschaftliche Praxis einer umstrittenen Tugend. Frankfurt a. Main: Campus Verlag, 144–161

Paul NW (2006): Gesundheit und Krankheit. In: Schulz S, Steigleder K, Heiner Fangerau H, Paul NW (Hrsg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 131–142

Petersen LE, Six-Materna I (2006): Stereotype. In: Bierhoff HW, Frey D (Hrsg.): Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie. Göttingen: Hogrefe

Ricœur P (2000): Toleranz, Intoleranz und das Nicht-Tolerierbare. In: Forst R (Hrsg.): Toleranz. Philosophische Grundlagen und gesellschaftliche Praxis einer umstrittenen Tugend. Frankfurt a. Main: Campus Verlag, 26–44

Riedel S (2001): „Auch für Sie muss alles verstanden sein“: grenz(en)überschreitende Arzt-Patient-Kommunikation, Fallstudien zur interkulturellen Kommunikation Deutschland–Dänemark. Flensburger Papiere zur Mehrsprachigkeit und Kulturreichhaltigkeit im Unterricht, Nr. 27

Rorty R (1988): Solidarität oder Objektivität. Stuttgart: Reclam

Schlingensiepen I (2004): Türkische Patienten wüssten gerne mehr über das Gesundheitssystem. Ärzte Zeitung, Nr. 173 vom 27.9.2004, 3

Schlüter G, Grötzer R (1998): Toleranz. In: Ritter J, Gründer K (Hrsg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 10. Basel: Schwabe, 1251–1262

Sen AK (2007): Die Identitätsfalle: Warum es keinen Krieg der Kulturen gibt. München: C. H. Beck

Statistisches Bundesamt (2017): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2015. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Stenger G (2006): Philosophie der Interkulturalität. Erfahrung und Welten. Eine phänomenologische Studie. Freiburg: Verlag Karl Alber

Straub J (2007): Kompetenz. In: Straub J, Weidemann A, Weidemann D (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Stuttgart: J. B. Metzler, 35–46

Thomas A (2003 a): Interkulturelle Wahrnehmung, Kommunikation und Kooperation. In: Thomas A, Kamhuber S, Schroll-Machel S (Hrsg.): Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation. Band 2: Länder, Kulturen und interkulturelle Berufstätigkeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 94–116

Thomas A (2003 b): Interkulturelle Kompetenz – Grundlagen, Probleme und Konzepte. Erwägen – Wissen – Ethik, Jg. 14, Heft 1, 137–221

Tröhler U, Reiter-Theil S (Hrsg.) (1997): Ethik und Medizin 1947–1997. Was leistet die Kodifizierung von Ethik? Göttingen: Wallstein

Volker DL (2005): Control and End-of-Life Care: Does Ethnicity Matter? In: The American journal of hospice & palliative care, Vol. 22, No. 6, 442–446

Wegner W (2008): Interkulturelle Problematik des Arzt-Patienten-Gesprächs: Die beste Lösung ist die Schulung der eigenen Kommunikationsfähigkeiten. In: Klinikarzt, Jg. 37, Heft 1, 34–37

Westermilies I (2004): Ärztliche Handlungsstrategien im Umgang mit ausländischen Patienten: Medizinisch-ethische Aspekte. Münster: Lit Verlag

Diese Arbeit ist unter anderem während der Forschungstätigkeiten im Rahmen der Mercator-Fellowship im Graduiertenkolleg „Life Sciences – Life Writing“ an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz entstanden.

DER AUTOR



Prof. Dr. (TR) Dr. phil. et med. habil. İlhan İlkilic M.A.,

Jahrgang 1967, studierte in Istanbul Humanmedizin sowie anschließend Philosophie, Islamwissenschaften und Orientalische Philologie in Bochum und Tübingen. Er war Gastwissenschaftler an der Georgetown University und an der Duke University und lehrte als Gastprofessor an der Universität Frankfurt. 2012 wurde er in den Deutschen Ethikrat berufen, seit 2016 ist er Mitglied der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. Er ist derzeit Direktor des Instituts für Gesundheitswissenschaften und Direktor des Lehrstuhls für Medizingeschichte und Ethik der Medizinischen Fakultät der Universität Istanbul.

Überversorgung ist in vielen Ländern ein Problem

von Christiane Roick*

Wenn medizinische Leistungen erbracht werden, obwohl wissenschaftlich erwiesen ist, dass sie für die individuelle Situation unwirksam sind, spricht man von Überversorgung. Diese kann Patienten körperlich und psychisch schaden und führt zu einer Fehlallokation finanzieller und personeller Ressourcen in der Gesundheitsversorgung. In den USA entfallen sechs bis acht Prozent der Gesundheitsausgaben auf derartige Leistungen. Überversorgung ist jedoch nicht nur in den USA, sondern weltweit ein Thema.

1 Was ist das Problem?

Überversorgung ist schwer zu quantifizieren. Neben Maßnahmen, die gänzlich unwirksam sind oder für alle Patienten ein so hohes Schadenspotenzial haben, dass sie nicht eingesetzt werden sollten, zählen dazu auch solche, deren Nutzen für die meisten Patienten sehr gering ist oder deren Nutzen-Risiko-Relation je nach Patient stark variiert. Um Überversorgung direkt messen zu können, muss Evidenz zur Nutzen-Risiko-Relation in der Zielpopulation vorliegen. Da diese oft fehlt, misst man Überversorgung auch indirekt über regionale Unterschiede bei der Erbringung medizinischer Maßnahmen. Dabei sind aber Unterschiede der Bevölkerungsstruktur und der Krankheitsprävalenz zu berücksichtigen; Variationen des ärztlichen Praxisstils können das Ergebnis verzerren.

2 Wie wurde untersucht?

Ein internationales Autorenteam hat die weltweite Bedeutung der Überversorgung auf Basis bislang verfügbarer Daten dargestellt. Dazu wurden fünf systematische Reviews herangezogen; zusätzlich wurde strukturiert nach wissenschaftlicher und grauer Literatur zum Thema gesucht.

3 Was ist rausgekommen?

Direkte Messungen zeigen hohe Überversorgungsraten etwa bei Gebärmutterentfernungen (Schweiz 13, USA 16 bis 70 Prozent), perkutanen koronaren Interventionen (Italien 22, USA 12 Prozent) und Kniegelenktotalendoprothesen (USA 34, Spanien 26 Prozent). Bei sieben Prozent der letztgenannten treten schwere unerwünschte Ereignisse auf. Allein in den USA erleiden daher jährlich 14.000 Patienten körperliche Schäden durch unangemessene Eingriffe am Knie oder an der Hüfte. Hinzu kommen seelische Belastungen, die selten erfasst werden, aber ebenfalls häufig vorkommen dürften. Auch Ausweitungen von Krankheitsdefinitionen, die bei zehn von 16 US-amerikanischen Leitlinien festgestellt wurden, können eine Überversorgung verursachen. So werden zum Beispiel aufgrund einer Absenkung der Cholesteroll-Grenzwerte mehr Menschen als bisher als krank eingestuft und bekommen Lipidsenker, obwohl deren Nutzen für sie nicht hinreichend belegt ist. Das Ausmaß von Überversorgung ist in den USA besonders hoch; 42 Prozent der Medicare-Anspruchsberechtigten erhielten mindestens eine von 26 Behandlungen von zielgruppenspezifisch geringem medizinischem Wert.

4 Wie gut ist die Studie?

Die Arbeit zeigt an zahlreichen Beispielen, dass Überversorgung in vielen Ländern der Welt ein Problem ist. Obwohl dies Gesundheitspolitikern, Klinikern und der Öffentlichkeit zunehmend bewusst wird, führt es nicht automatisch zu einem angemesseneren Versorgungsangebot. So ist die CT- oder MRT-Bildgebung trotz lange bekannter Überversorgungsproblematik in den USA von 1996 bis 2010 jährlich um acht bis zehn Prozent gestiegen. Deshalb wurden in den Industrieländern verschiedene Initiativen gegen Überversorgung gegründet, etwa die Klugentscheiden-Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Die Arbeit zeigt auch, dass bislang oft unklar ist, wie vollständig und verlässlich die vorhandenen Daten zum Ausmaß von Überversorgung sind. Daher liegt eine wesentliche künftige Herausforderung bei der Bekämpfung von Überversorgung in deren genauer Messung.

Quelle: Brownlee S et al.: Evidence for Overuse of Medical Services around the World. *Lancet* 2017, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)

* PD Dr. med. Christiane Roick, MPH, Stellv. Leiterin des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: christiane.roick@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

Das Ärzte viel Gutes tun, trifft sicherlich zu, aber sie erbringen auch überflüssige und schädliche Leistungen in erheblichem Umfang, und zwar, wie Brownlee et al. in der bisher umfassendsten Studie zur Überversorgung zeigen, weltweit. Die Erkenntnis ist nicht neu, neu ist vielmehr die Aufmerksamkeit, die sie erhält. Kein Gesundheitssystem gewährleistet Patienten derzeit eine Versorgung, die ihrem Bedarf und ihren Präferenzen gerecht wird. Die Gründe dafür sind vielfältig. Ein entscheidender Hebel zur Verbesserung ist die Befähigung der Patienten zu informierten Entscheidungen. Neu ist auch, dass es aufseiten der Ärzte eine internationale wachsende Bewegung gibt, die daran arbeitet, die Überversorgung zurückzudrängen.

Prof. Dr. med. David Klempner

Professor für Sozialmedizin und Public Health an der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg



KÖPFE

Dr. med. Dagmar Lüthmann ist die neue Erste Vorsitzende des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. Sie folgt auf **Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser**. Diese und **Prof. Dr. med. Andreas Sönnichsen** wurden zu Stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Lüthmann ist oberärztliche Koordinatorin Forschung und Stellvertreterin des Direktors des Instituts für Allgemeinmedizin am Zentrum für Psychosoziale Medizin im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Prof. Dr. med. Monika Kadmon, derzeit kommissarische Dekanin an der Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften der Universität Oldenburg, leitet ab Mai als Gründungsdekanin den Aufbau der neuen Augsburger Fakultät für Medizin. Kadmon schloss ihr Medizinstudium 1996 als Fachärztin für Allgemeinchirurgie ab, erwarb 2008 an der Universität Bern den „Master of Medical Education“ und habilitierte 2010 im Fach Chirurgie an der Universität Heidelberg.

Prof. Dr. med. Hugo Katus, der Ärztliche Direktor der Universitätsklinik für Kardiologie, Angiologie und Pneumologie Heidelberg, ist zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie gewählt worden. Nach Medizinstudium und Promotion in Heidelberg wechselte er 1978 für zwei Jahre an die Harvard Medical School, bevor er nach Heidelberg zurückkehrte und dort 1987 für das Fach Innere Medizin habilitierte. Der Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie lehrte von 1996 bis 2002 am Universitätsklinikum Lübeck und übernahm dann in Heidelberg die ärztliche Leitung der Klinik Innere Medizin III. Unter Katus' Ägide wurde 2004 am Universitätsklinikum Heidelberg die erste Chest Pain Unit in Deutschland eröffnet.

Prof. Dr. med. Christian Drosten hat eine Professur für Virologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin angetreten und zeitgleich die Leitung des dortigen Instituts für Virologie

übernommen. Drosten schloss 2000 das Medizinstudium ab und promovierte am Institut für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie in Frankfurt am Main. Nach der Weiterbildung zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie am Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin in Hamburg leitete er ab 2007 als Gründungsdirektor das Institut für Virologie am Universitätsklinikum Bonn.

Prof. Dr. rer. medic. Markus Zimmermann, seit 2016 Professor für pflegerische Versorgungsforschung an der Hochschule für Gesundheit (hsg), verantwortet dort als Gründungsdekan den Aufbau des Departments Pflegewissenschaft. Zuvor war er von 2011 bis 2015 Professor für Pflege und Studiengangsleiter im Modellstudiengang Pflege sowie ab 2012 Dekan des Fachbereichs Gesundheits- und Wirtschaftswissenschaften an der Mathias-Hochschule in Rheine.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
Tagung „Demenz als Thema für Planer, Architekten, Pflegende und Krankenhäuser“	Gestaltung von Wohn- und Lebensumfeldern; Demenzpatienten im Krankenhaus	27.–28.4.2017 Witten-Herdecke	Universität Witten/Herdecke Alfred-Herrhausen-Straße 50 58448 Witten	www.uni-wh.de/aktuelles E-Mail: claudia.kuhr@uni-wh.de Telefon: 02302 926-360
123. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) „Versorgung der Zukunft“	Integrierte Versorgung, Digital Health, individuelle Pharmakotherapie, Diabetologie	29.4.–2.5.2017 Mannheim	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) Irenenstraße 1 65189 Wiesbaden	www.dgim2017.de > Teilnehmer > Registrierung; E-Mail: alexander.rossnagel@mcon-mannheim.de ; Telefon: 0621 4106-343
12. Jahrestagung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (APS) „Darüber müssen wir reden“	Sichere Patientenkommunikation, Kommunikation im Gesundheitswesen	4.–5.5.2017 Berlin	Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. Am Zirkus 2 10117 Berlin	www.aps-jahrestagung.de > Anmeldung E-Mail: info@rrc-congress.de Telefon: 030 723933-0
International Conference on Integrated Care „Building a Platform for Integrated Care“	Gesundheitsförderung, sektorenübergreifende Versorgung, chronische Erkrankungen, Geriatrie	8.–10.5.2017 Dublin	International Foundation for Integrated Care; Wolfson College, Linton Rd, Oxford OX2 6UD, Großbritannien	https://integratedcarefoundation.org/events/icic17 > Registration E-Mail: ICIC17@abbey.ie Telefon: +353 16486100
5. DNVF-Forum Versorgungsforschung „Quality Improvement im Gesundheitswesen von morgen“	Neue Instrumente und Ansätze zur Beschreibung von Qualität	10.5.2017 Berlin	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. c/o Universität Köln – IMVR Eupener Straße 129; 50933 Köln	nur online: www.netzwerk-versorgungsforschung.de > DNVF-Forum VF > 5. DNVF-Forum VF > Anmeldung
Fachkonferenz: Pflegepersonal im Krankenhaus. Personaluntergrenzen trotz Personalmangel und Unterfinanzierung	Personalsituation in der pflegerischen Patientenversorgung, Neuerungen beim DRG-System	29.6.2017 Bonn	Agentur WOK GmbH Fachbereich WOKwissen Palisadenstraße 48 10243 Berlin	www.wokwissen.de > Pflegepersonal-im-krankenhaus E-Mail: info@wokwissen.de Telefon: 030 498550-77

Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber.

G+G Wissenschaft (GGW)

GGW ist eine Verlagsbeilage von *Gesundheit und Gesellschaft*
Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Verantwortliche Redakteure:

Ines Körver (KomPart),
Prof. Dr. Klaus Jacobs, Sabine Schulze (WIdO)
Red.-Mitglieder: Dr. Silke Heller-Jung, Annegret Himrich; **Grafik:** Geertje Steglich (KomPart)

Anschrift der Redaktion:

Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-201, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@kompart.de