

Hessischer Landtag  
Enquetekommission  
Migration und Integration in Hessen  
Postfach 3240  
65022 Wiesbaden

## **Enquetekommission "Migration und Integration in Hessen" (EKM) – Sitzung 08.04.11/ Anhörung zum Thema "Gesundheit und Pflege"**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender Banzer,

zu den vorgelegten Fragen möchten wir folgendes ausführen:

### **1. Inwieweit unterscheiden sich Erkrankungen und deren medizinische Versorgung von Menschen ohne Migrationshintergrund von jenen mit Migrationshintergrund?**

Eine Hypothese lautet, dass Menschen – vor allem Frauen – aus dem Mittelmeerraum schmerzempfindlicher sind bzw. ihre Schmerzen im Vergleich zu den Europäern intensiver äußern. Im deutschsprachigen Raum wird dies als „Mittelmeer-Syndrom“ bezeichnet. Zugewanderte sind keine homogene Gruppe, vielmehr ist bei Migrant/innen, abgesehen von ihren Herkunftsländern, auch eine große Heterogenität in der Sozialisation (Aufwachsen auf dem Land, in der Stadt, verschiedene Schichten usw.) festzustellen. Es bestehen Unterschiede bei den Kenntnissen der deutschen Sprache und verschiedene, kaum klar unterscheidbare Graduierungen der Integration.

Möglicherweise werden Beschwerden und Schmerzen verschieden geschildert und anders mitgeteilt, ihre Wahrnehmung ist bei Menschen ohne Migrationshintergrund von jenen mit Migrationshintergrund jedoch kaum anders, denn die Schwelle ab welcher Schmerz empfunden wird, ist bei allen Menschen nahezu gleich.

Bei Migrant/innen der sog. „1. Generation“ ist es während ihres Arbeitslebens allerdings oftmals zur Kumulation von gesundheitlichen Belastungsfak-

toren gekommen, wie Tätigkeiten in Akkord oder Schichtarbeit, häufige und viele Überstunden, körperlich schwere Arbeit verbunden mit weiteren Risikofaktoren (z.B. Belastung durch chemische Stoffe, starken Lärm und/oder Hitze), die sich in entsprechenden Krankheitsbildern äußert.

- 2. Gibt es Gesundheitsrisiken und Erkrankungen von denen Menschen mit Migrationshintergrund, Flüchtlinge und Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus stärker betroffen sind als jene ohne Migrationsgeschichte?**
- 6. Wie beurteilen sie Zugang und Kenntnisstand von Flüchtlingen sowie Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus über das deutsche Gesundheitssystem? Ist dies ausreichend?**

Die Fragen 2. und 6. sollen aufgrund ihres inneren Zusammenhangs an dieser Stelle gemeinsam beantwortet werden.

EU-Bürger/innen aus den Beitrittsländern (z. B. aus Bulgarien oder Rumänien) erhalten nach der Einreise eine Freizügigkeitsbescheinigung, einige Personen halten sich auch einfach „ohne Registrierung“ berechtigterweise in Deutschland auf. Allerdings besitzen EU-Staatsangehörige aus den Beitrittsländern noch keinen uneingeschränkten Zugang zum Arbeitsmarkt. Während des Aufenthaltes kann es dazu kommen, dass sie auf Sozialleistungen angewiesen sind. Da EU-Staatsangehörige jedoch keinen Anspruch auf Sozialleistungen besitzen, wenn sie überhaupt noch nicht in Deutschland gearbeitet haben, ergeben sich Probleme im Hinblick auf den Zugang zur Krankenversicherung bzw. ihrer

Behandlung und Versorgung im Krankheitsfall. Frauen sind oftmals betroffen, z.B. wenn sie schwanger sind oder gerade entbunden haben.

Unionsbürger sind andererseits aufgrund ihrer Staatsangehörigkeit bzw. des Status als EU-Bürger/in zunächst auch nicht ausreisepflichtig und erhalten demnach auch keine Duldung. Selbst wenn sie aber eine Duldung erhalten würden, wäre die Gewähr von Leistungen etwa nach dem AsylBewLG nicht möglich (vgl. Schlechterstellungsverbot nach Art. 12 EG-Vertrag).

Letztlich kommt in derartigen Fällen nur die Gewährung von Leistungen gemäß SGB II oder SGB XII nach Ermessen in Betracht, wofür sich letztlich oftmals weder die Job-Center noch die Sozialämter zuständig fühlen.

Zwangsläufig zieht der fehlende Zugang zur Krankenversicherung bzw. zum Gesundheitssystem Gesundheitsrisiken nach sich. Eine besondere Problemlage besteht für Menschen mit EU-Migrationshintergrund, wenn sie den folgenden Gruppen angehören:

- EU-Staatsangehörige ohne Arbeitnehmerstatus, die akut und schwer erkranken und deshalb nicht ausreisefähig sind und deshalb keine Gewährung von Sozialleistungen einschließlich evtl. erforderlicher Krankenhilfe erfolgt,
- Akut erkrankte Kinder aus EU-Staaten, die nicht krankenversichert und deren Eltern nicht in der Lage sind, die Behandlung zu finanzieren,
- Frauen mit EU-Staatsangehörigkeit im Zeitraum zwei Monate vor dem Geburtstermin und bis zum Alter von sechs Monaten des neugeborenen Kindes, wenn die betroffenen Frauen bisher weder in Deutschland gearbeitet haben, noch als Familienangehö-

rige bleibeberechtigt sind und deshalb keine Gewährung von Sozialleistungen einschließlich evtl. erforderlicher Krankenhilfe erfolgt.

Menschen, die gänzlich ohne eine gültige Aufenthaltsgenehmigung in Deutschland -als illegalisierte Migrant/innen oder so genannte Papierlose ("Sans Papiers") – leben, passen nicht in das Kategoriensystem der verschiedenen Migrant/innengruppen. Ohne Aufenthaltsstatus bzw. behördliche Meldung und ohne die Möglichkeit, zu geregelten Verfahren Zugang zu finden, leben sie im Untergrund. Die Schätzungen über die Zahl der Menschen ohne Aufenthaltsstatus für Deutschland belaufen sich auf bis zu einer Million Menschen.

Sie befinden sich in einer rechtlosen Situation und arbeiten vor allem auf dem Bau und in der Landwirtschaft, Frauen vor allem im Gaststätten- und Hotelgewerbe sowie in privaten Haushalten. Aufgrund der unangemeldeten Beschäftigungsverhältnisse haben die Betroffenen jedoch keine Chance sozialversicherungspflichtig tätig zu werden. Damit ist für sie auch die Aufnahme in einer gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Sie haben keine Möglichkeit, auf diesem Weg Gesundheitsleistungen zu erhalten. Einen Krankenschein zu bekommen, wäre für sie zwar durch eine Meldung beim Sozialamt möglich. Dies hätte jedoch zur Folge, dass die Ausländerbehörde von ihrem Aufenthalt ohne die erforderliche Genehmigung in Deutschland Kenntnis erlangt und der Aufenthalt beendet werden muss. Den Betroffenen droht dann die Abschiebung. Auch für Menschen ohne Aufenthaltsstatus müssen soziale Mindeststandards gewährleistet und zugänglich sein. Die medizinische Grundversorgung ist ein Menschenrecht, das unabhängig vom Aufenthaltsstatus gewährleistet sein muss.

Mitunter gibt es Einrichtungen, bei der Menschen ohne Papiere anonym und ohne Risiko einer Meldung an die Ausländerbehörde eine medizinische Versorgung erhalten können, z. B. die humanitäre Sprechstunde des Stadtgesundheitsamtes Frankfurt (Afrika- und Roma-Sprechstunde) oder Medinetz Mainz, Medizinische Vermittlungsstelle für Flüchtlinge, Migrant/innen und Menschen ohne Papiere. Von dort aus erfolgt die Vermittlung an Ärztinnen und Ärzte, die sich bereit erklärt haben, Flüchtlinge und Migrant/innen anonym und kostenlos bzw. kostengünstig zu behandeln.

Im Infobrief Nr. 4 (2010/2011) von Medinetz Mainz wird mitgeteilt, dass 15 Patient/innen keine Aufenthaltsgenehmigung besaßen und 29 Personen die rumänische oder bulgarische Staatsbürgerschaft hatten (und damit der Europäischen Union angehörten).

### **3. Wie beurteilen Sie Nutzung und Kenntnisstand über das deutsche Gesundheitssystem von Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere hinsichtlich möglicherweise mangelnder Sprachkompetenz?**

Ausreichende Deutsch-Sprachkenntnisse stellen die grundlegende Basis für Teilhabe und die Wahrnehmung von Chancen dar. Allerdings verfügen insbesondere Neuzuwanderer/innen aus den unterschiedlichsten Gründen mitunter nicht schon nach kurzer Zeit über umfassende Sprachkenntnisse, so dass sie dann keinen hinreichenden Zugang zum Gesundheitssystem finden.

Oft sind die Sprach- und Ausdrucksbarrieren -trotz Dolmetscher- so groß, dass häufig die Einbeziehung eines Arztes aus demselben Kulturkreis des Migranten sinnvoll ist. Dies gilt insbesondere bei psychischen Störungen. Der/die Arzt/Ärztin oder Therapeut/in ist zudem beeinflusst durch seinen eigenen sozialen und kulturellen Hintergrund, subjektive Werturteile und Wahrnehmungen. Daher ist es wünschenswert, dass zumindest oder möglichst ein mehrsprachiger und/oder kultursensibler Umgang angestrebt wird.

Zudem müssen Informationen zu mehrsprachigen Ärzt/innen und/oder deren Personal niedrigschwellig zugänglich sein. Damit ein mehrsprachiges Angebot aber überhaupt zur Verfügung steht, muss Mehrsprachigkeit Wertschätzung erfahren und positiv gewürdigt werden. Dazu gehört, dass Mehrsprachigkeit von Ärzten/innen und/oder medizinischem Personal als zusätzliche Qualifikation auch von der hessischen Landespolitik gebührend anerkannt wird.

**4. Inwieweit wird man im deutschen Gesundheits- und Pflegewesen, den besonderen Bedürfnisse von Ausländern bzw. von Menschen mit Migrationshintergrund gerecht?**

**5. Inwiefern unterscheiden sich Nutzung und Nachfrage der ambulanten und stationären Pflege durch Menschen mit und ohne Migrationshintergrund?**

Auch diese beiden Fragen sollen aufgrund ihres inneren Zusammenhangs an dieser Stelle gemeinsam beantwortet werden.

Der Anteil von älteren Zuwanderinnen und Zuwanderern steigt. Gleichzeitig ist festzustellen, dass viele von ihnen keinen (ausreichenden) Zugang zu den Angeboten für Seniorinnen und Senioren, zu Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen finden, beziehungsweise das vielfältige Informationsmaterial zum bestehenden Alten- und Pflegeangebot nicht ausreichend nutzen können, da es sich vorrangig an deutsche Seniorinnen und Senioren richtet.

Ältere Migrant/innen blieben bisher bei Pflegebedürftigkeit eher in der Familie, als in ein Pflegeheim umziehen. Jedoch ändern sich auch in Familien mit Migrationshintergrund die familiären Strukturen. Da auch bei Migrant/innen der Anteil der Hochbetagten ansteigt, ist zu erwarten, dass krankheitsbedingter Hilfe- und Pflegebedarf weiter zunehmen und die Nachfrage von Altenheimplätzen für zugewanderte Senior/innen insbesondere in Balgungszentren weiter ansteigen werden. Deshalb sollte auch in Einrichtungen der Altenpflege die Berücksichtigung religiöser Gebote und Vorgaben (z.B. Gebetsräume) vorgesehen werden. Aber auch für diejenigen, die nicht in einem Altenheim leben, sich jedoch im Rentenalter befinden, gibt es kaum altersgruppenspezifische Angebote für Begegnung und Austausch, Sport oder Sprachförderung. Erfreulicherweise ist festzustellen, dass die hessische Landespolitik in der Vergangenheit das Thema „kultursensible Altenhilfe“ immer wieder aufgegriffen und thematisiert hat. Zahlreiche Kooperationsmaßnahmen und Pilotprojekte zeugen davon, dass Problembewusstsein und der Wille zur deutlichen Verbesserung der Situation von alten Menschen mit Migrationshintergrund vorhanden sind. Dieser Weg muss auch zukünftig und unter Berücksichtigung der Religionssensibilität konsequent beschritten werden. Nur so ist es möglich, dass gewonnene Erkenntnisse institutionalisiert und allgemein verbindlich umgesetzt werden.

Die Seniorenpolitik sollte umfassend neu ausgerichtet werden und das bestehende Altenhilfssystem sollte sich auch an der Lebenswirklichkeit der Seniorinnen und Senioren nicht-deutscher Herkunft orientieren. Damit könnte eine Verbesserung der derzeitigen Situation erreicht werden. Dies setzt zunächst eine umfassende Bestandsaufnahme zur Situation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in Hessen voraus.

Hierzu gehört auch die Stärkung und Förderung der interkulturellen und interreligiösen Kompetenz von Altenpflegepersonal eine Weiterführung und den Ausbau von Projekten zur kultur- und religionssensiblen Arbeitsweise in der Seniorenarbeit und der Pflege sowie die Überleitung solcher Projekte in den Regelbetrieb.

Künftige Aufgaben und die konkrete Umsetzung der entsprechenden Zielvereinbarungen sollten interdisziplinär und in Kontakt mit dem Landespflegeausschuss erörtert werden. Dem Landespflegeausschuss soll auch ein/eine Vertreter/in der agah angehören.

Ferner sollte eine intensive Unterstützung der Kommunen hinsichtlich der interkulturellen und interreligiösen Öffnung ihrer Senioren- und Pflegeangebote erfolgen und eine finanzielle Förderung muttersprachlicher Beratungsstellen für ältere Menschen mit Migrationshintergrund und eine zielgerichtete Aufklärungs- und Informationsarbeit (insbesondere auch zum Thema „Ambulante Pflege“) sicher gestellt werden.

Im Bereich der Pflege stellt sich außerdem die Frage nach der Geltendmachung von Ansprüchen bei Inanspruchnahme von Pflegeleistungen im Herkunftsland. Es sollte möglich sein, Ansprüche aus der Pflegeversicherung zu realisieren, auch wenn die Pflege im Herkunftsland (hier insbesondere Nicht-EU-Staaten) erfolgt. Das Land Hessen ist hier gefordert, initiativ zu werden.

Wir würden uns freuen, wenn unsere Anregungen Berücksichtigung finden.

Mit freundlichen Grüßen

Corrado Di Benedetto  
(Vorsitzender)