

MEDIZINISCHE BETREUUNG VON MIGRANTEN

VORTRAG AUF DEM 10. SYMPOSIUM INTERNATIONALE GESUNDHEIT – REISE- UND IMPFMEDIZIN 2005, 22. BIS 23. APRIL 2005 IM AUSWÄRTIGEN AMT

12% der Bevölkerung in Deutschland stammen aus dem Ausland. Die Frage nach einer effektiven Gesundheitsversorgung von Migranten stellt sich besonders in Großstädten wie Frankfurt oder Berlin. Mitunter kommt dort ein Drittel der Patienten aus dem Ausland (Deutsches Ärzteblatt, 11. März 2005).

Soweit zu den Zahlen. Die Migranten zeichnen sich durch eine hohe Heterogenität aus, sie kommen aus einer Vielzahl von Kulturen. Während in den 60er Jahren fast ausschließlich Menschen aus der Türkei, aus Griechenland, Jugoslawien und Italien kamen, kommen jetzt Asylbewerber aus Afrika und Asien, viele von Ihnen – und das ist ein großes Problem – illegal. Eines ist klar: Migranten sind in unserem Gesundheitssystem benachteiligt. Dieses hat zwei Gründe: die Migranten kommen eventuell mit Krankheiten, auf die man hier nicht eingestellt ist. Migration und Herkunft aus einer anderen Kultur sind bei uns möglicherweise krankmachende Faktoren.

Importierte Krankheiten

Die Gesundheitsprobleme von Migranten in Deutschland sind folgende:

- Infektionskrankheiten mit Folgekrankheiten (z. B. chronische Hepatitis, Tuberkulose) durch höhere Prävalenzen in den Herkunftsländern
- Chronische Krankheiten durch unzureichende medizinische Versorgung in den Herkunftsländern
- Genetisch vererbare Krankheiten mit höherer Prävalenz in den Herkunftsländern (z. B. Hämoglobinopathien)

So wurde im Jahre 2001 in der Zeitschrift „Chest“, eine Untersuchung an somalischen Immigranten publiziert – diese hatten eine Tuberkuloseinzidenz von 170 auf 100.000, bei weißen US-Amerikanern liegt die Inzidenz im Vergleich dazu bei 2,5 auf 100.000. Das Tuberkulose-Risiko bei Neuankömmlingen ist jedoch nicht nur durch die Herkunft aus armen Ländern be-

dingt, es kann genau so eine Funktion des momentanen Aufenthaltsortes sein: Immigranten müssen oft auch im Aufnahmeland unter schlechten Bedingungen leben.

Man muss sich darüber klar sein, dass Immigranten andere Krankheiten importieren als Reisende, dieses ist bei der Differenzialdiagnose zu berücksichtigen. Bei unklaren Symptomen sollte man Immigranten aus Tropen und Subtropen deshalb an einen Tropenmediziner überweisen. So wird häufig das Familiäre Mittelmeerfieber bei Immigranten aus den Vorderen Orient lange Zeit nicht diagnostiziert. Zu beachten sind auch genetische Unterschiede im Stoffwechsel: So ist bei der Therapie eines Bluthochdrucks daran zu denken, dass Afrikaner im Allgemeinen niedrigere Plasminogen- und Angiotensin II-Spiegel haben als andere ethnische Gruppen, ACE-Hemmer sind deshalb weniger effektiv.

Man muss auch beachten, dass Infektionskrankheiten bei Bewohnern endemischer Gebiete einen anderen Verlauf nehmen können. Dies ist dadurch bedingt, dass Bewohner von Endemiegebieten eine Immunität entwickelt haben, so ist z. B. die Malaria in Afrika südlich der Sahara typischerweise eine Kinderkrankheit, ältere Kinder entwickeln eine Teilimmunität, die bedingt, dass Plasmodien im Blut zirkulieren können, ohne dass Krankheitssymptome auftreten. Wer Immigranten betreut, benötigt also Kenntnisse über die Krankheiten im Herkunftsland der Immigranten – bei Herkunft aus den Tropen heißt das: tropenmedizinische Kenntnisse.

Krankheiten durch die Migration

Natürlich beinhaltet die ärztliche Versorgung von Migranten noch anderes. Mehr als andere Bevölkerungsgruppen sind Migranten Belastungen ausgesetzt, die zu Krankheiten führen können:

- Flucht vor Hunger, Folter und Krieg ist eine elementare Maßnahme des Lebens- und Gesundheitsschutzes – überspitzt ausgedrückt: Flucht ist Prävention. Seelische und körperliche Traumatisierungen, Heimatverlust und Verlust von Angehörigen sind eventuell zu bedenken.
- Einwanderer stellen für die einheimische Bevölkerung immer eine potentielle Bedrohung ihrer Arbeitsstellen und ihres Reichtums dar. Die Folge ist eine Marginalisierung – die Verbannung in Berufe und Lebensbedingungen, die die Einwanderer einem höheren Risiko für gesundheitliche Probleme aussetzen als die einheimische Bevölkerung. So findet man z.B.: eine erhöhte Totgeburtlichkeit, Frühsterblichkeit und Säuglingssterblichkeit von Kindern mit Eltern ausländischer Staatsangehörigkeit; höhere

Sterberaten ausländischer Kleinkinder – höhere Müttersterblichkeit bei Ausländerinnen im Vergleich zu deutschen Frauen.

Verständigungs- und Verständnisprobleme

Man muss allgemein feststellen, dass sprachliche und interkulturelle Missverständnisse im Arzt-Patienten-Verhältnis an der Tagesordnung sind. Die Begegnung mit fremden Wertorientierungen, Rollenausprägungen und Verhaltensformen erzeugen zuweilen auch Hilflosigkeit oder auch Widerstand und Ablehnung auf der Seite der Gesundheitsanbieter. Krankheit ist, auch, ein kulturelles Konstrukt, das im Bedeutungssystem einer Kultur kodiert wird. Menschen aus anderen Kulturen können eine andere Krankheitstaxonomie oder Nosologie haben. Wie ein Kranker sich im Zustand eines Krankseins verhält, kann dementsprechend von Gesellschaft zu Gesellschaft äußerst verschieden sein. Die Probleme der sprachlichen Kommunikation liegen auf der Hand, Stichwort „Compliance„: Wie kann jemand kooperieren, der wenig versteht?

Folgerungen

Welche Folgerungen sind zu ziehen? Grundsätzlich können Migranten von einer größeren Transparenz und einer vereinfachten Zugänglichkeit der Angebote profitieren. Eine weitere Forderung an die Politiker wären der Aufbau, Ausbau und die Qualitätssicherung von Dolmetscherdiensten. An die Tropenmediziner wäre die Forderung gerichtet, sich auch grundlegende Kenntnisse in der Kulturanthropologie anzueignen.

Prof. Dr. G.D. Burchard
Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin
Bernhard-Nocht-Str. 74
20359 Hamburg
e-mail: gerd.burchard@bni-hamburg.de