

Universität Bielefeld | Postfach 10 01 31 | 33501 Bielefeld

**Prof. Dr. med. Oliver Razum**  
Dekan**Leiter AG 3 Epidemiologie &  
International Public Health**Raum: U6-118  
DW: 0521.106-3837  
Tel.: 0521.106-3838 (Sekretariat)

Bielefeld, 17.11.2015

Seite 1 von 3

**Redetext Integrationsgipfel, Kanzleramt Berlin, 17.11.2015*****Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen bleibt eine Herausforderung***

Sehr geehrte Frau Bundeskanzlerin Merkel, sehr geehrte Frau Staatsministerin Özoğuz, meine sehr verehrten Damen und Herren,

interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen, das bedeutet: Alle Menschen erhalten gleichen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung, und gleiche Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung. Was haben wir in den vergangenen Jahrzehnten in Deutschland erreicht? Und wo liegen Herausforderungen? Das möchte ich Ihnen in vier Punkten darlegen. Für drei davon haben wir durch wissenschaftliche Studien Evidenz geschaffen. Der vierte ist eine Erinnerung an die Politik.

1. Interkulturelle Öffnung im Gesundheitsbereich kann gelingen
2. Sie steht aber immer noch vor Herausforderungen
3. Es kommen neue Aspekte hinzu, und zwar bei der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden
4. Gesundheit von Flüchtlingen erfordert den Blick über den nationalen Tellerrand.

**1. Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen kann gelingen**

Die geburtshilfliche Versorgung in Berlin ist ein Musterbeispiel für gelingende interkulturelle Öffnung im Gesundheitsbereich. Das konnten wir an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld in einer Studie mit der Charité und der Alice Salomon Hochschule in Berlin zeigen. In Berlin haben in vielen Kliniken über die Hälfte der Schwangeren einen Migrationshintergrund.

Im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund finden wir bei den Migrantinnen: gleiche Teilnahme an der Schwangerenvorsorge sowie gleichermaßen gesunde Kinder und gesunde Mütter, unabhängig vom Migrationsstatus. Ein Erfolg der interkulturellen Öffnung!

Allerdings, und das ist wichtig: Die Gesundheit dieser Mütter und Kinder ist weiterhin stark vom Sozialstatus abhängig. Gute Bildung und ein ausreichendes Einkommen verbessern die Gesundheitschancen. Aber bei Bildung und Einkommen gibt es in Deutschland große Unterschiede, und das führt nachweislich zu gesundheitlichen Ungleichheiten. Diese Ungleichheiten können die Gesundheitsdienste nicht ausgleichen – hier ist die Sozialpolitik gefordert.

## **2. Interkulturelle Öffnung steht immer noch vor Herausforderungen**

Weniger positiv nämlich ist das Bild im Bereich der medizinischen Rehabilitation, wie wir in einer Studie der Universität Bielefeld zeigen konnten. Bei der Reha sehen sich die (meist älteren) Menschen mit Migrationshintergrund Zugangsbarrieren gegenüber. Und das, obwohl sie eigentlich einen großen Bedarf haben. Sie nutzen die Reha aber seltener als die nicht migrierte Bevölkerung. Und wenn es ihnen gelingt, eine Reha in Anspruch zu nehmen, dann sind die Erfolge der Maßnahmen im Durchschnitt geringer. In vielen Reha-Kliniken ist die interkulturelle Öffnung noch nicht weit genug vorangeschritten. Es bestehen nicht nur sprachliche Barrieren. Das Personal ist auf die neue Klientel nicht ausreichend vorbereitet. Eine Mitarbeiterin sagte uns, sie möchte am liebsten alles (ich zitiere) „so deutsch wie möglich“ machen. Das sage ich nicht, um das Personal schlecht zu machen. Ich möchte damit zeigen, dass wir den konstruktiven Umgang mit dem als „anders“ oder „fremd“ Empfundene(n) lernen müssen.

Das erfordert Anstrengungen von allen Beteiligten: Lernen aufseiten des Personals, Anpassen der angebotenen Reha-Formate, aber auch Kompromissbereitschaft bei den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Migrationshintergrund.

## **3. Gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen schafft weitere Herausforderungen**

Frau Bundeskanzlerin, Sie haben im Mai 2015 vor der Weltgesundheitsversammlung das Menschenrecht auf Gesundheit und gesundheitliche Versorgung für *alle* Menschen eingefordert. Das ist gut und richtig. Aber dieses Recht muss auch in Deutschland für *alle* gelten.

Momentan schränken wir den Zugang von Asylsuchenden zur Gesundheitsversorgung ein: In den ersten 15 Monaten erhalten sie nur eine Akutversorgung. Unsere Studie der Unis Heidelberg und Bielefeld zeigt: Eine eingeschränkte Gesundheitsversorgung ist nicht nur ethisch bedenklich. Sie ist auch teurer als der reguläre Zugang, wie er in Bremen, Hamburg und demnächst in Nordrhein-Westfalen von Anfang an gewährt wird. Herr Bundesminister Gröhe, sehr geehrte Ministerinnen und Minister der Länder, wir brauchen *jetzt* eine Gesundheitskarte für Asylsuchende, die ohne Wartezeiten den Zugang zur Regelversorgung gewährleistet. Auch das ist interkulturelle Öffnung im Gesundheitsbereich!

#### **4. Gesundheit von Flüchtlingen erfordert den Blick über den nationalen Tellerrand**

Das Recht auf Gesundheit und die Verantwortung für die Gesundheit anderer Menschen enden nicht an nationalen Grenzen – das ist ein weiterer Aspekt interkultureller Öffnung.

Die Bundesregierung hat 2013 ein Konzept für eine Globale Gesundheitspolitik vorgelegt. An einen Punkt daraus möchte ich konkret erinnern: die Selbstverpflichtung, humanitäre Hilfe zu leisten. Und auch die gilt nicht nur für andere Kontinente. Es darf nicht sein, dass im 21. Jahrhundert in Europa weiterhin schutzsuchende Menschen bei Bootsunglücken im Mittelmeer ertrinken oder demnächst im Winter vor Stacheldrahtzäunen stehen. Der Zusammenhang mit Gesundheit ist offensichtlich: Fluchtwege dürfen nicht zu Todesfallen werden.

Meine Damen und Herren, ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

#### **Literatur:**

Bozorgmehr K, Razum O. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. PLoS ONE. 2015;10(7):e0131483.

Bozorgmehr K, Razum O. EU's external borders: what is the role for global health law? The Lancet. 2015;385(9983):2147.

Bundesministerium für Gesundheit u.a. Globale Gesundheitspolitik gestalten - gemeinsam handeln - Verantwortung wahrnehmen. Konzept der Bundesregierung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit, 2013

David M, Borde T, Brenne S, Ramsauer B, Henrich W, Breckenkamp J, Razum O. Comparison of Perinatal Data of Immigrant Women of Turkish Origin and German Women - Results of a Prospective Study in Berlin. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2014;74(5):441-8.

Merkel A. Rede von Bundeskanzlerin Merkel zur Eröffnungssitzung der 68. Weltgesundheitsversammlung am 18. Mai 2015. Berlin: Bundesregierung; 2015.

Razum O, Bozorgmehr K. Disgrace at EU's external borders. Int J Public Health. 2015;60(5):515-6.

Schott T, Razum O, (Hg.). Migration und medizinische Rehabilitation. Weinheim: Beltz-Juventa; 2013.