

Deutscher Ethikrat - Jahrestagung 20.05.2010

Migration und Gesundheit.

Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung

# Frauengesundheit und Migration

**Bedürfnisse**

**Versorgungsrealität**

**Perspektiven**



**Prof. Dr. Theda Borde, MPH**

# Migration und soziokulturelle Vielfalt

## Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitsversorgung

➤ **Zunehmende soziale, ethnische und kulturelle Vielfalt**  
Bevölkerung mit Migrationshintergrund

➤ **Neue Migrationstrends innerhalb und nach Europa**

- qualifizierte + unqualifizierte Arbeitsmigration
- Familienzusammenführung
- Flüchtlinge
- irreguläre Migration



- Feminisierung der Migration
- Transmigration
- Pendelmigration
- Ost-West Migration innerhalb d. EU

## Geschlechtsstruktur



**49,3% der Bevölkerung mit Migrationshintergrund  
in Deutschland sind weiblich**

**40% - 43% bei den Zuzügen seit 1994**

### **Geschlechtsspezifische Zuwanderung nach Herkunftsländern** (Migrationsbericht 2008)

**mehr Frauen** aus

Thailand

Kenia

Peru

Estland

Ukraine

Philippinen

Russische Föderation

**mehr Männer** aus

Algerien

Ungarn

Irak

Kroatien

Libanon

Bosnien-Herzegowina

Tunesien

EFMA/WHO-Treffen

MBZ Nr. 7/18. Mai 2007

# Migration von Patienten und Ärzten

## Erfahrungsaustausch mit Ärzteverbänden aus 45 Mitgliedsländern

Von Ruth Wichmann

halb der Europäischen Union als auch um den Zuzug von Ärzten

von medizinischem Personal war. Kund ein Drittel der im Nationalen Gesundheitsdienst (NHS) tätigen

und bessere A aber auch Bün die Förderung



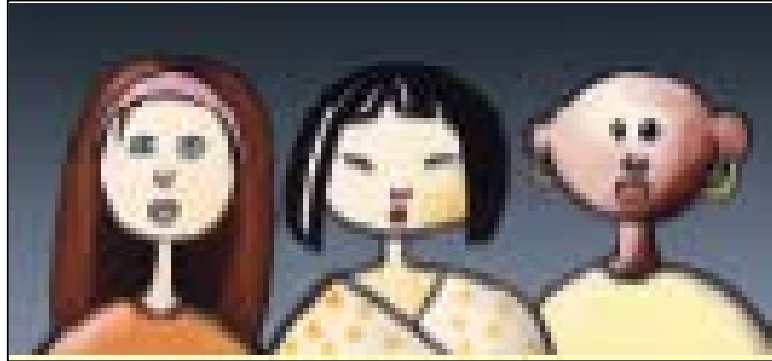
GLOBALISIERUNG MEDIZINISCHER LEISTUNGEN

## Risiken und Nebenwirkungen des Medizintourismus

res um 30 Prozent auf 55 000 gestiegen. 75 Prozent der Patienten stammten aus den USA.

Arnold Milstein und Mark Smith veröffentlichten kürzlich im New England Journal of Medicine einen Artikel mit der Überschrift: „Ameri-“

## Heterogenität der Migrantinnen in Deutschland nimmt zu



Alter

Ethnizität

Bildungsgrad

Sprachkenntnisse

Gesundheitswissen

Herkunftsland

Migrationsmotive

Migrationserfahrung

Lebensstil

Religion

Soziale Lage

Erwerbssituation

Aufenthaltsstatus

Aufenthaltsdauer

## Erklärungskonzepte für die „ethnische Verteilung“ von Gesundheit und Krankheit“

- Biologische/ genetische Faktoren
- Materielle / sozioökonomische Faktoren
- Kulturelle Faktoren
- Migrationsfaktoren
- Rassismus
- **Selektive Wirkung der Gesundheitsversorgung**

(Andrews and Jewson 1993, Smaje 1996)

## Regelungen zur Gesundheitsversorgung

Europäische Sozialcharta (1961)

*Artikel 11: Recht auf Gesundheit*

Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin (1996)

*Artikel 3: Gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung*

Charta der Grundrechte der Europäischen Union (2000)

*Artikel 21: Anti-Diskriminierung*

*Artikel 22: Kulturelle, religiöse und sprachliche Vielfalt*

Patientenrechte in Deutschland

*Information und Aufklärungspflicht*

*Selbst- und Mitbestimmung bei medizinischen Maßnahmen*

*Eigenverantwortung*

## Zentrale Spannungsfelder

1. Erreichbarkeit von Migrantinnen in Versorgungsforschung und -praxis
2. Patientinnenerwartungen und -zufriedenheit
3. Kommunikation, Arzt/Ärztin-Patientin-Interaktion
4. Patientenaufklärung und Information



# 1. Erreichbarkeit von Migrantinnen

Gravierende Unterrepräsentation von Menschen mit Migrationshintergrund und insbesondere von Migrantinnen in Befragungen

z.B. in der Versorgungsforschung und Qualitätssicherung

„hard to reach“ => systematischer Ausschluss

Folgen:

- Verzerrungseffekte
- defizitäre Versorgungskonzepte und -strategien
- Re-Konstruktion von Fremdheit, kultureller Differenz und Exklusion

(vgl. Brackerts 2007, Borde 2009)

# Forschungsdefizite - Versorgungsdefizite

**Forschung**

*„Versteckte Bevölkerungsgruppen“*



**Gesellschaft  
Institutionen**

*„soziale Unsichtbarkeit“*



**Praxis**

*„unterversorgte Gruppen“*

(Atkinson u. Flint 2001, Doherty et al. 2004)

# Versorgungsrealität

## Ergebnisse aus zwei Berliner Vergleichsstudien

Analyse der Versorgungssituation  
gynäkologisch erkrankter Frauen deutscher  
und türkischer Herkunft im Krankenhaus

Borde, David, Kentenich 2001 (BMBF)

Befragung von 268 Migrantinnen türkischer Herkunft und  
von 320 deutschen Frauen)

Analyse der Krankenakten der befragten Patientinnen



Transkulturelle Aspekte der Menopause und Anwendung der  
Hormontherapie

Borde, Schalinski, Boral, David 2007 (BMBF)

Befragung von 942 Frauen der Altersgruppe 45-60 Jahre

260 Migrantinnen aus Korea, Japan u. China, 264 aus der Türkei sowie 416 deutsche Frauen

## Migrantinnen sind in Befragungen erreichbar und gesprächsbereit

durch

- innovative Zugangswege zu bisher kaum erreichten Gruppen
- Anpassung der Befragungsmethoden und –instrumente
- Überwindung der eigenen Zugangsbarrieren

z.B.

- Verteilung über „Schneeballsystem“
- Bilinguale Fragebögen
- Option mündliche Abfrage (standardisierte Interviews) durch sprachkundige Interviewerinnen



## 2. Patientinnenerwartungen und -zufriedenheit

Berliner Frauenklinikstudie (2001) u. Wechseljahresstudie (2007) zeigen:

- **ähnliche Behandlungserwartungen** bei Migrantinnen und deutschen Frauen
- **gleich hohe Erwartungen** an Beratung durch (Frauen)arzt/-in sowie an Aufklärung für eine **selbstbestimmte Behandlungsentscheidung**
- Jedoch deutlich **geringere Beratungs- und Behandlungszufriedenheit** bei den befragten Migrantinnen.  
Problemschwerpunkte:  
**Information, Aufklärung und psychosoziale Betreuung**

Borde u. David 2001, Borde et al. 2002, Borde et al 2007, Gebhardt 2008)

### 3. Kommunikation

(...) Patient und Arzt haben das gemeinsame Ziel, Krankheiten vorzubeugen, zu erkennen, zu heilen oder zu lindern.

Eine vertrauensvolle Verständigung zwischen Arzt und Patient ist eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg einer Behandlung.

Die Chancen, die eine Patienten-Arztbeziehung bietet, wenn sie als eine echte Behandlungs- und Entscheidungspartnerschaft verstanden wird, sollten deshalb konsequent genutzt werden.

Dem persönlichen Gespräch zwischen Patient und Arzt kommt deshalb eine besondere Bedeutung zu, weil sich dadurch ein größtmögliches Maß an Respekt, Vertrauen und Kooperation im Behandlungsverhältnis schaffen lässt.

Patientenrechte in Deutschland

(Leitfaden für Patienten und Ärzte des BfMG und des BfM 2003)

# Typische Aussagen nicht (gut) deutschsprachiger Migrantinnen

Wenn du kein Deutsch kannst,  
nehmen sie dich gar nicht wahr.

Sie hat sehr gut erklärt,  
aber ich habe nichts  
verstanden.

Ich konnte  
nicht alle Fragen stellen,  
die ich hatte.



Mein Mann hat mir alles  
erklärt, aber ich  
bezweifle, dass er alles  
versteht, was der Arzt  
gesagt hat.

Die Ärzte werfen uns vor, dass  
wir kein Deutsch können.  
Deshalb sagen wir lieber nichts  
und bleiben sprachlos.

# Typische Aussagen von Ärzten/-innen und Pflegekräften zur Versorgung von Migrantinnen

Zeitmangel zwingt uns dazu unbefriedigende Lösungen zu akzeptieren.

Für Patientenorientierung gibt es keine wirkliche Anerkennung.

Gute Informationsvermittlung oder Patientenaufklärung ist reine Privatsache, die keinen - außer die Patientin - interessiert.



Der Einsatz professioneller Dolmetscher nimmt zu viel Zeit in Anspruch.

Wo kein Widerstand ist, wird weniger gemacht. Und Ausländerinnen sind meistens weniger kritisch.

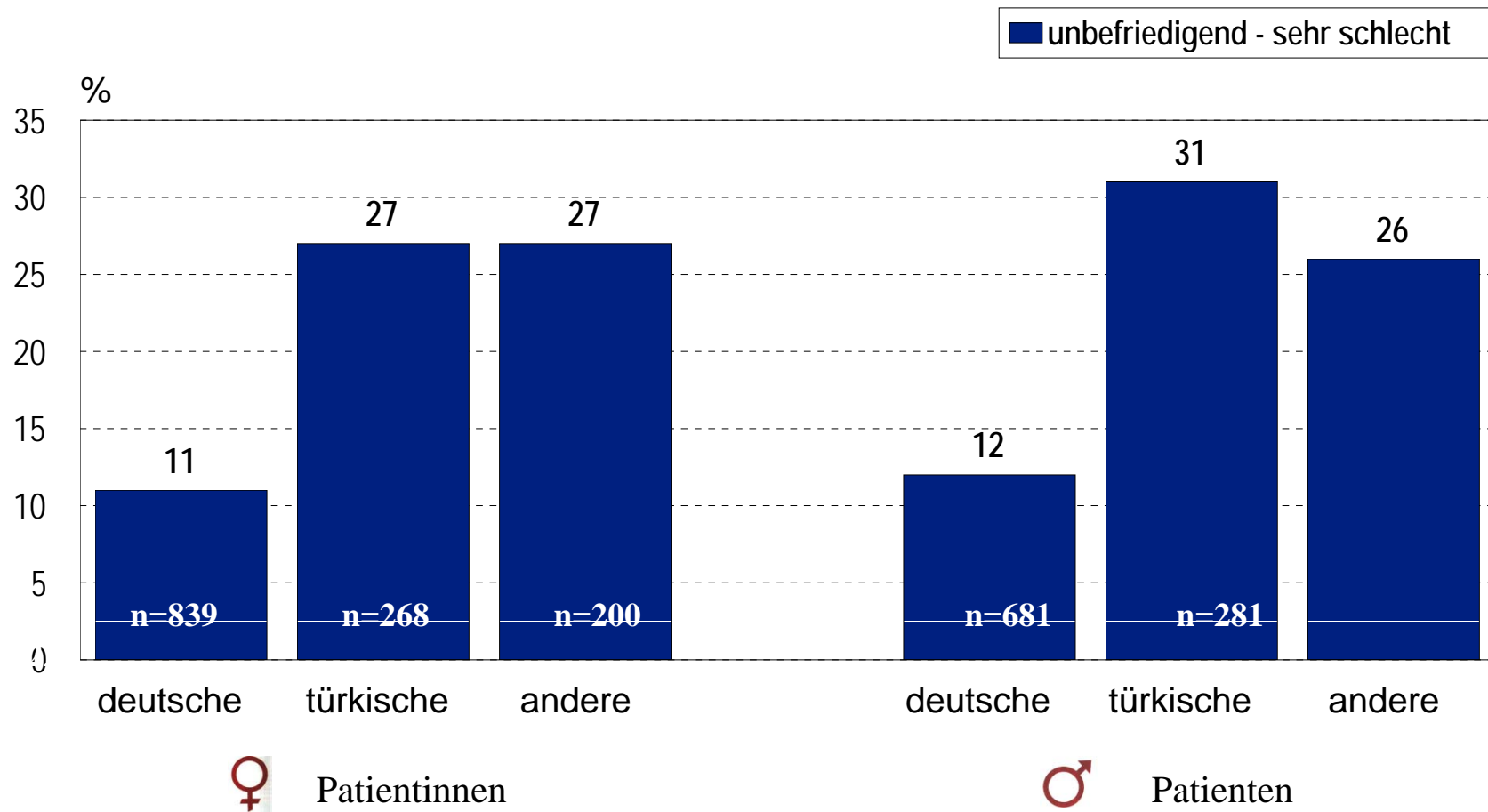
Die strukturellen Bedingungen und organisatorische Probleme sind für eine gute Arzt-Patient-Beziehung kontraproduktiv.

Frauenklinikstudie:  
Mitarbeiter/-inneninterviews



# Bewertung d. sprachlichen Verständigung mit Patienten/-innen durch Ärzte und Ärztinnen in Berliner Rettungsstellen

(Babitsch, Braun et al 2008)



Kurzfragebögen „Kommunikation“ für behandelnde Ärzte/innen der Rettungsstellen (n= 2470)

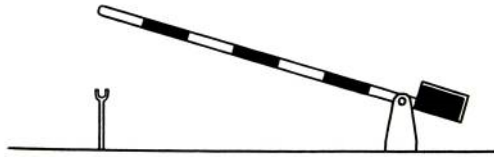


Abb. 250  
Schanke.

## Zugangsbarrieren

### *„weniger schwierige“*

höhere soziale Schicht  
höherer Bildungsgrad  
gute Deutschkenntnisse  
2. und 3. Migrantengeneration  
jüngere Migrantinnen  
Patientinnen türkischer Herkunft  
in diese Gesellschaft Integrierte

### *„schwierige“ Patientinnen*

Analphabetinnen  
untere soziale Schicht  
geringe Bildung  
geringe Deutschkenntnisse  
1. Migrantengeneration (ältere)  
Migrantinnen anderer Nationalität  
„Verweigerung der Anpassung“

## 4. Patientenaufklärung und Information

Der Patient hat Anspruch auf angemessene Aufklärung und Beratung sowie auf eine sorgfältige und qualifizierte Behandlung. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen sind mit dem Patienten abzustimmen. Jede Behandlung erfordert die Mitwirkung des Patienten.

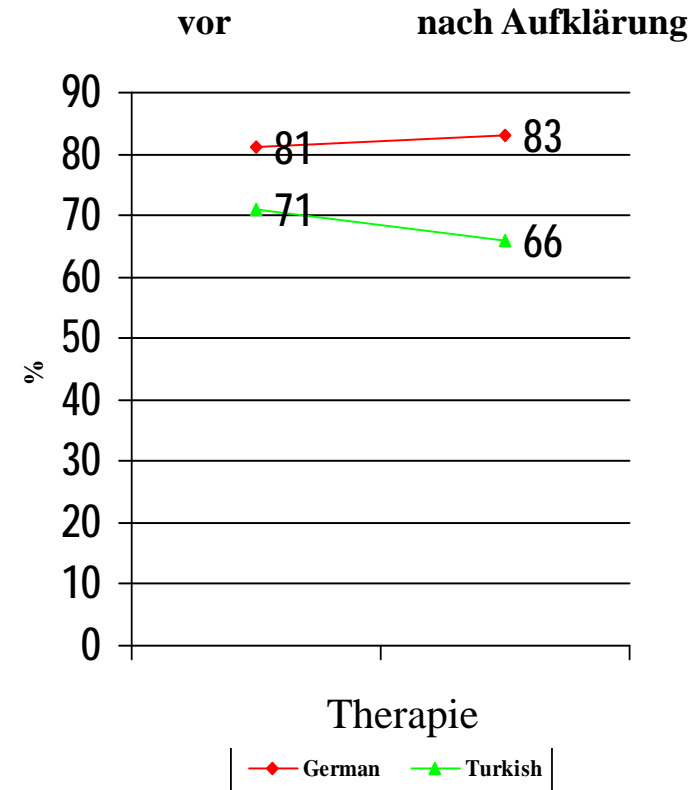
Patientenrechte in Deutschland

(Leitfaden für Patienten und Ärzte des BMG und des BMJ 2003)

## Übereinstimmung von

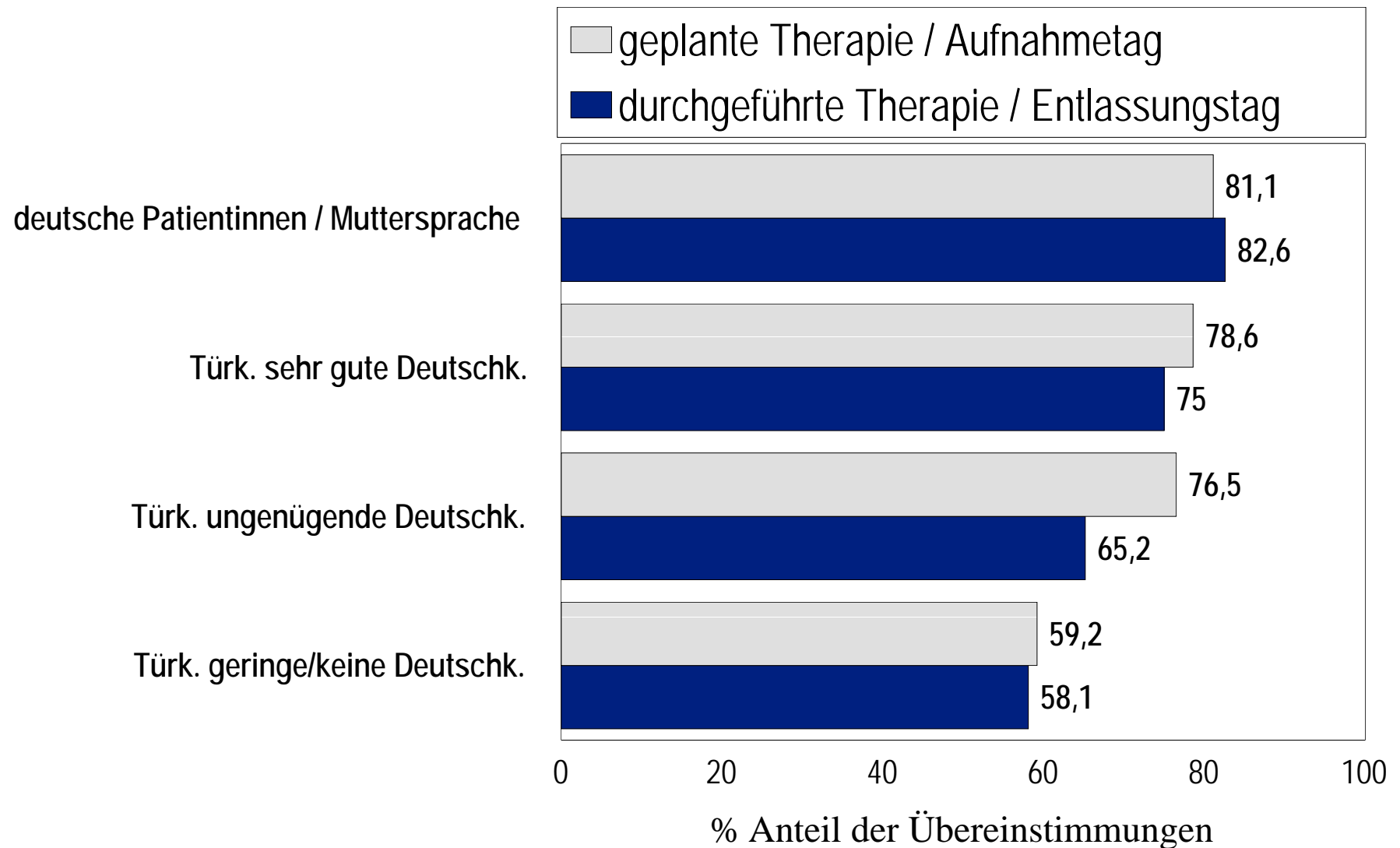
- **Kenntnis der Patientin über die geplante und durchgeführte Therapie in der Frauenklinik**
- **und ärztlicher Dokumentation in der Krankenakte**

Prozentualer Anteil der Pat. mit korrekten Kenntnissen



Frauenklinikstudie (Pette, Borde & David 2004)

# Übereinstimmung Patientinnenwissen mit ärztlich dokumentierter Kliniktherapie nach Deutschkenntnissen der Patientin



# Soziodemographische Daten

## Teilnehmerinnen der Wechseljahresstudie

**Studienstandort: Berlin**  
**Alter der Frauen: 45-60 Jahre**

(Borde, Schalinski, David 2007, Borde 2009)

<i>Bildung / Arbeit</i>	<b>Einheimische deutsche Frauen</b>  (N=418) %	<b>Migrantinnen aus der Türkei</b>  (N=264) %	<b>Migrantinnen aus Japan, Korea u. China</b> (N= 260) %
<b>höhere Schulbildung</b>	<b>46,5</b>	<b>10,8</b>	<b>66,8</b>
<b>kein Schulabschluss</b>	<b>2,9</b>	<b>63,1</b>	<b>0,8</b>
<b>derzeit berufstätig</b>	<b>75,5</b>	<b>35</b>	<b>64,9</b>
<b>gute Deutschkenntnisse</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>49,1</b>

## **Symptomwahrnehmung, Information und Anwendung der menopausalen Hormontherapie**

Vergleich zeigte

### ***bei Migrantinnen aus den asiatischen Ländern***

- geringste Symptombelastung sowie frühere/aktuelle Nutzung der HT

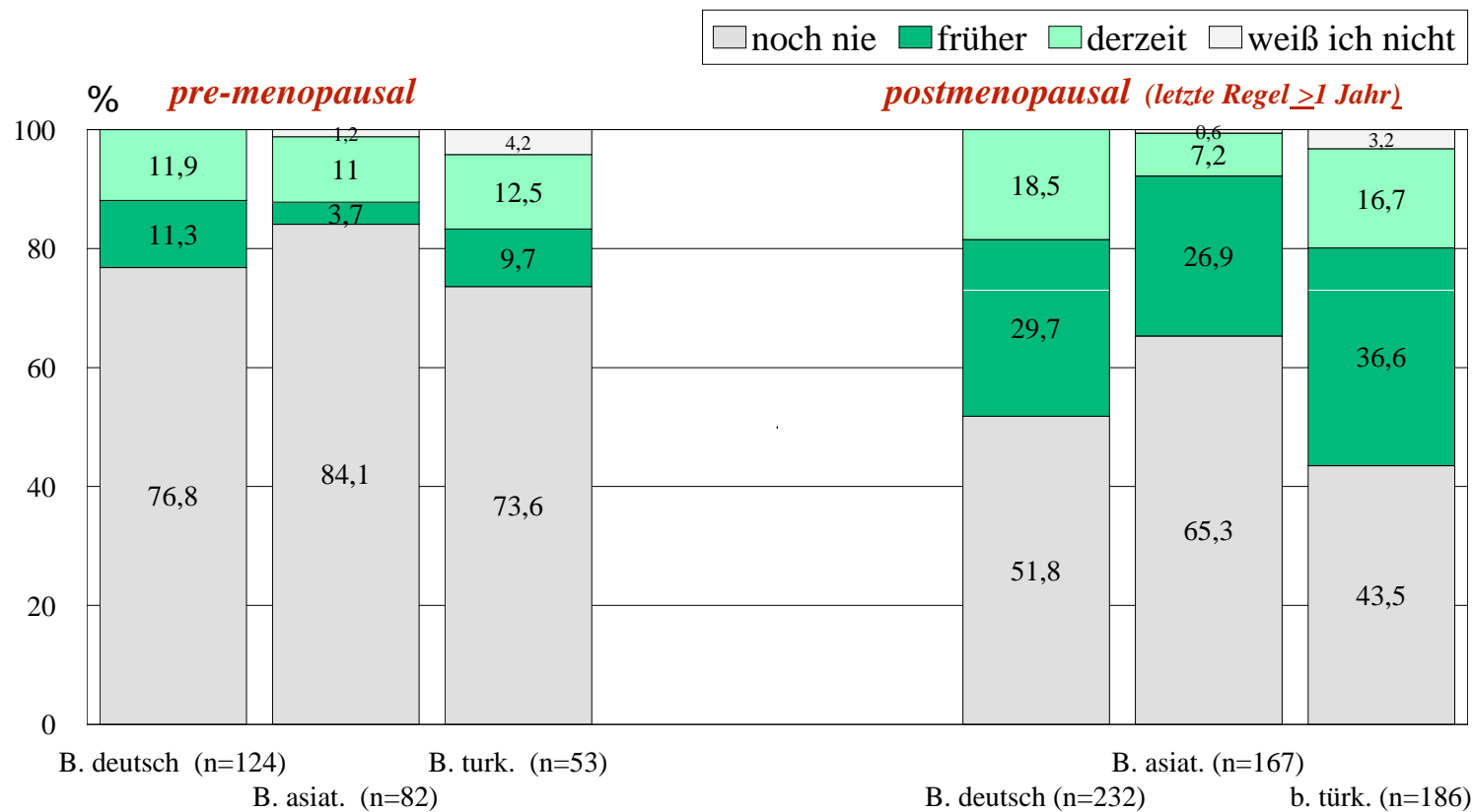
### ***bei Migrantinnen türkischer Herkunft***

- deutlich stärkere Wechseljahressymptome und –belastung
- Ärzte/-innen sind die wichtigste Informationsquelle
- die Risiken der menopausalen Hormontherapie kaum bekannt
- mehr frühere Nutzung der Hormontherapie (vor WHI-Studie)

Jedoch keine Unterschiede

zwischen den deutschen Frauen und Migrantinnen aus der Türkei  
bei der **aktuellen Anwendung der Hormontherapie**

Stichprobe in Berlin



$p < .05$



# Zentrale Problembereiche

1. Kommunikation, Information u. Aufklärung  
Informationsverlust nach Aufklärung, Zufallsdolmetscher, Basiswissen ...
2. Rechtliche Aspekte  
Patientenrechte, Arzthaftungsrecht, Gleichstellung
3. Ökonomische Aspekte  
Fehl-, Über,- Unterversorgung bzw. -inanspruchnahme, Bedarfsgerechtigkeit, Partizipation am Gesundheitsprozess (compliance)...
4. Ethische Probleme  
Versorgungsauftrag, Gleichbehandlung, Gesundheitsgerechtigkeit, informierte Einwilligung...

**Eigenverantwortung vs. Solidarität?**

# Wird die Gesundheitsversorgung Differenzen gerecht ?

Therapietreue

## „Auch eine Bringschuld des Versorgungssystems“

Internationale Studien zeigen, dass Armut, hohes Alter und geringe Bildung die Hauptursachen für Non-Compliance sind – mit fatalen Folgen für das Individuum und die Gesellschaft.

*Dr. med. Dr. PH Jens Holst*



Literatur im Internet:  
[www.aerzteblatt.de/lit1507](http://www.aerzteblatt.de/lit1507)

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 104 | Heft 15 | 13. April 2007

# Differenzensible Ansätze

## Perspektiven auf verschiedenen Ebenen

### **gesamtgesellschaftlich, politisch**

- sozialer Zusammenhalt, Inklusion, Partizipation
- Versorgungsgerechtigkeit



### **Institutionen des Gesundheitswesens**

- Differenzsensibilität
- Zugänglichkeit und Annehmbarkeit der Angebote sichern
- Qualifizierung des Personals für Zukunftsaufgaben
- Eigenverantwortung ermöglichen durch verständliche Aufklärung

### **Migrantinnen**

- Stärkung der Gesundheitskompetenzen
- Patientenschulung, Gesundheitsförderung
- Empowerment
- Selbstorganisation

**Recommendation Rec(2006)18 of the Committee of Ministers to member states on health services in a multicultural society**

*(Adopted by the Committee of Ministers on 8<sup>th</sup> November 2006 at the 979<sup>th</sup> meeting of the Ministers' Deputies)*



- Anti-Diskriminierungspolitik und Verpflichtung zur Respektierung der Menschen- und Patientenrechte
- Sicherung der Versorgungsqualität (gleichberechtigter Zugang zur Gesundheitsversorgung von gleich guter Qualität)
- Verbesserung der Kommunikation und Information
- Patientenschulung, Stärkung der Partizipationsmöglichkeiten
- Entwicklung einer Wissensbasis über die soziale und gesundheitliche Lage multikultureller Bevölkerungen

<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1062769&BackC>