

**Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie
der Freien Universität Berlin**

HIV, Migration und interkulturelles Handeln

*Epidemiologische, versorgungsstrukturelle und psychologische Aspekte
der gesundheitlichen Lage und der ambulanten medizinischen Versorgung
HIV-positiver Migranten in Berlin*

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Philosophie (Dr. phil.)

vorgelegt von
Dipl.-Psych.
Klaus Jansen

Berlin, 2014

Erstgutachter

Prof. Dr. Dieter Kleiber

Zweitgutachterin

Prof. Dr. Anna Auckenthaler

Tag der Disputation

10.7.2014

Erklärung

Hiermit versichere ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation „HIV, Migration und interkulturelles Handeln - Epidemiologische, versorgungsstrukturelle und psychologische Aspekte der gesundheitlichen Lage und der ambulanten medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten in Berlin“ selbstständig verfasst und dabei keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe.

Diese Arbeit wurde nicht an anderer Stelle als Abschlussarbeit eingereicht.

Berlin, im Juli 2014

Danksagung

Zunächst bedanke ich mich bei den engagierten Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern aus den befragten Praxen der Regel- und der HIV-Schwerpunktversorgung sowie bei den befragten Expertinnen für deren Bereitschaft zur Teilnahme an dieser Studie.

Herzlich danken möchte ich Prof. Dr. Dieter Kleiber, der mir als Betreuer dieser Arbeit für Fragen, fachlichen Austausch und für Diskussionen zur Verfügung stand und mein großes Interesse für Public Health geweckt hat.

Mein Dank gilt ebenso der Zweitgutachterin Prof. Dr. Anna Auckenthaler und den Mitgliedern meiner Promotionskommission.

Ich bedanke mich bei Dr. Osamah Hamouda, Christian Kollan, Dr. Uli Marcus vom Robert Koch-Institut für die Bereitstellung des umfangreichen Datensatzes der HIV-Neudiagnosen aus Deutschland, sowie allen weiteren Kollegen am Robert Koch-Institut, mit denen ich die Inhalte und statistischen Aspekte dieser Arbeit diskutieren konnte.

Meiner Kollegin Claudia Santos-Hövenner sowie den Mitgliedern des Arbeitskreises Migration des LaBAS e.V. danke ich für anregende Diskussionen zum Thema HIV und Migration.

Mein großer Dank gilt meiner Familie und meinen Freunden für Ihre Geduld, ihr Verständnis und ihre kontinuierliche Unterstützung während der Erstellung dieser Arbeit. Dies gilt in besonderem Maße für meinen Mann, Klaus Lange, für seine sehr hilfreiche, immer geduldige und großzügige Unterstützung und Motivation.

Zusammenfassung

Hintergrund

HIV/AIDS ist eine Erkrankung mit hoher Morbidität und Mortalität. HIV/AIDS ist nicht heilbar, es besteht die Notwendigkeit zu einer lebenslangen antiretroviralen Therapie. Migranten¹ gelten in Deutschland als eine wichtige Betroffenengruppe im Kontext von HIV/AIDS und zugleich als unterrepräsentiert in der deutschen HIV-Schwerpunktversorgung.

Migranten machen mit annähernd 20% einen erheblichen Anteil der Bevölkerung in Deutschland aus. Sie sind sozialstrukturell schlechter gestellt als der nicht-migrantische Teil der Bevölkerung. Daten zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von Migranten in Deutschland sind lückenhaft, vorhandene Daten ergeben ein uneinheitliches Bild. Morbidität und Mortalität liegen je nach Indikation höher, aber auch niedriger als für die nicht-migrantische Bevölkerung, zudem werden Unterschiede zwischen Migrantengruppen beschrieben. Häufig wird eine Über-, Unter- und Fehlversorgung von Migranten im deutschen Gesundheitssystem festgestellt.

Modelle zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit benennen verschiedene Wirkungsfaktoren und –ebenen im Verlauf des Migrationsprozesses. Als generelle Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem für Migranten werden kulturell differente subjektive Krankheitstheorien und damit differente Deutungen von Krankheitssymptomen, Sprachbarrieren, materielle und rechtliche Restriktionen sowie direkte gesundheitliche Folgen des Migrationsprozesses beschrieben.

Das Konzept der „interkulturellen Öffnung“ von Einrichtungen des Gesundheitswesens als Ansatz zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Migranten wurde intensiv diskutiert. Psychologische Modelle interkulturellen Handelns im Zusammenhang mit Ansätzen zur Analyse von Arzt-Patient-Interaktionen können Grundlage zur Herausarbeitung spezifischer interkultureller Kompetenzen für eine gelungene Arzt-Patient-Interaktion im Kontext der medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten sein.

Zum Ausmaß, den Bedingungen und der Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten in Deutschland mit seinem spezifischen gesundheitlichen Versorgungssystem liegen kaum Daten vor. Dies gilt insbesondere für Aspekte interkulturellen Handelns in der Versorgung dieser Klientel. In der vorliegenden Studie wurden diese Fragen am Beispiel von ambulanten medizinischen Versorgungseinrichtungen im Land Berlin betrachtet. Auf Grundlage der Studiendaten wurden Ansätze für eine verbesserte medizinische Versorgung HIV-positiver Migranten in Deutschland erarbeitet.

Methoden

Eine epidemiologische Analyse der zwischen von 2001 bis 2012 an das Robert Koch-Institut gemeldeten HIV-Neudiagnosen wurde mithilfe von deskriptiven statistischen Verfahren durchgeführt.

Im Rahmen einer standardisierten Fragebogenerhebung wurden die Praxen der Regelversorgung ($N_1= 841$) in den drei ausländerreichsten Berliner Bezirken Kreuzberg, Neukölln und Wedding sowie alle HIV-Schwerpunktpraxen in Berlin ($N_2= 28$) befragt. Mit Hilfe von 60 Items wurden Daten zur Struktur der Praxen, zur Zusammensetzung von deren migrantischer

¹ Der besseren Lesbarkeit halber wird in dieser Arbeit zur gleichzeitigen Bezeichnung männlicher und weiblicher Personen nur die männliche Form verwendet, gemeint sind aber, wenn nicht anders gekennzeichnet, immer beide Geschlechter.

Klientel, zu Art und Ausmaß in den Praxen vorhandener interkultureller Kompetenzen, zu Kommunikation und zu Interaktion mit HIV-positiven Migranten, zu deren subjektiven Krankheitskonzepten sowie zu besonderen Versorgungsbedarfen von HIV-positiven Migranten erhoben.

Die Daten zu Art und Ausmaß der in den Praxen gegebenen interkulturellen Kompetenzen wurden mithilfe eines neu konstruierten „interkulturellen Index“ aggregiert, der aus den zwei Achsen „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ (drei Subskalen) und „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ (zwei Subskalen) besteht.

Zur Analyse der Daten aus der Fragebogenerhebung wurden deskriptiv-statistische Verfahren sowie Verfahren zum Messen von Zusammenhängen bezüglich der in den befragten Praxen gemessenen interkulturellen Kompetenzen und der dortigen Versorgungslage HIV-positiver Migranten eingesetzt.

Ergänzend zur Fragebogenerhebung wurden vier Experten-Interviews mit professionell mit der Versorgung HIV-positiver Migranten beschäftigten Personen aus den Bereichen Medizin, juristische Beratung und Sozialberatung geführt und nach der von Meuser und Nagel für Experten-Interviews entwickelten Methodik ausgewertet.

Ergebnisse

Die epidemiologische Analyse ergab für Deutschland einen Anteil von 30,1% der HIV-Neudiagnosen, die bei Personen mit Herkunft außerhalb Deutschlands gestellt wurden (Berlin: 23,3%). Diese wiesen ein jüngeres Durchschnittsalter und einen höheren Frauenanteil als die deutscher Personen auf, ebenso unterschied sich die Zusammensetzung der Transmissionsrisiken für HIV. Häufigste Herkunftsregion nicht-deutscher Personen war Subsahara-Afrika, mit Unterschieden nach Geschlecht. 39,0% der HIV-Neudiagnosen bei Personen nicht-deutscher Herkunft wurden in Deutschland erworben (Berlin: 59,8%), mit Unterschieden nach Herkunftsregion und Geschlecht. HIV-Neudiagnosen von Personen deutscher und nicht-deutscher Herkunft unterschieden sich kaum nach dem Stadium der Erkrankung bei Diagnosestellung.

Die Responderraten der Fragebogenerhebung betragen 12,0% für die Praxen der Regelversorgung und 25/28 für die HIV-Schwerpunktpraxen. Da alle HIV-Schwerpunktpraxen mit Kontakt zu HIV-positiver migrantischer Klientel einen vollständig ausgefüllten Fragebogen einsandten, konnte eine Vollerhebung zu in dieser Versorgungsart betreuten HIV-positiven Migranten in Berlin erreicht werden.

Praxen der Regelversorgung hatten Kontakt zu 46 HIV-positive Migranten, die vollständig zur Behandlung in die HIV-Schwerpunktversorgung verwiesen wurden. 17/25 der HIV-Schwerpunktpraxen betreuten insgesamt 909 HIV-positive Migranten, hiervon 80,0% Männer und 48,5% jünger als 30 Jahre. 11,9% der HIV-positiven Migranten besaßen keine Krankenversicherung, 9,0% verfügten über keinen Aufenthaltsstatus. Annähernd alle HIV-Schwerpunktpraxen betreuten HIV-positive Migranten länger als 12 Monate (96,1%).

6/17 HIV-Schwerpunktpraxen, die HIV-positive Migranten betreuten, wiesen auf dem interkulturellen Index gute bis sehr gute interkulturelle Kompetenzen auf, ebenfalls 6/17 geringe bis nicht vorhandene. Interkulturelle Kompetenzen auf der Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ des interkulturellen Index waren dabei insgesamt stärker ausgeprägt als solche auf der Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“. Praxen der Regelversorgung erhielten auf beiden Achsen sowie dem interkulturellen Index insgesamt schlechtere Bewertungen. Nach Gewichtung der gemessenen interkulturellen Kompetenzen der HIV-Schwerpunktpraxen anhand der Anzahl der in den Praxen betreuten HIV-positiven

Migranten ergab sich ein Anteil von 67,4% aller Migranten, die in Praxen mit sehr hohen oder hohen interkulturellen Kompetenzen betreut wurden.

Die Analyse von Kommunikationsbarrieren in der Versorgung HIV-positiver Migranten ergab die höchsten Schwierigkeiten bezüglich schichtspezifischer Unterschiede, fehlender Sprachkenntnisse und kultureller Unterschiede. Divergente Krankheitskonzepte, die Unkenntnis relevanter Ereignissen des Migrationsgeschehens, medizinische Fachsprache sowie ein unterschiedliches Geschlecht wurden ebenfalls als problematische Faktoren bewertet, wenn auch weniger ausgeprägt. Bei 89,1% der von den HIV-Schwerpunktpraxen betreuten Migranten kam es zum Einsatz von Übersetzungen, auch medialen Hilfsmitteln wurde ein hoher Wert zur Verbesserung der Interaktion beigemessen, mit geringen Unterschieden bezüglich des Einsatzes bei Migranten generell, bei solchen mit anderem Krankheitsverständnis sowie bei solchen mit schlechten Deutschkenntnissen. Das Ausmaß von Interaktionsproblemen aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten korrelierte kaum mit dem Geschlecht der HIV-positiven Migranten, aber stark mit einer kürzeren Aufenthaltsdauer und einem geringeren Bildungsstand. Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Interaktion bezüglich HIV/AIDS und anderer Beschwerden wurden für Migranten ohne Deutschkenntnisse deutlich höher bewertet als für solche mit Deutschkenntnissen. Behandlungsverläufe von Migranten mit Deutschkenntnissen wurden kaum schlechter bewertet als die von deutschen HIV-Patienten, die von Migranten ohne Deutschkenntnisse als etwas schlechter.

Aus den Experten-Interviews wurde eine generelle Unterrepräsentierung von Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung deutlich, auf die Behandlung von Migranten spezialisierte HIV-Schwerpunktpraxen seien nicht vorhanden. Insbesondere für illegalisierte Migranten und/oder solche ohne Krankenversicherung sei die Möglichkeit einer Kostenübernahme wichtig, aber zumeist nicht gegeben. Gerade für diese Gruppe, aber grundsätzlich für alle HIV-positiven Migranten sei eine grundsätzlich sichere Lebenssituation die zentrale Grundlage für eine angemessene medizinische Behandlung. Wissen zu HIV/AIDS sei bei Migranten unterschiedlich, aber generell schlecht ausgeprägt. Kulturellen Differenzen wurde eine hohe Bedeutung für eine suboptimale Behandlung von zumindest einigen Subpopulationen von HIV-positiven Migranten beigemessen (z.B. solchen aus Subsahara-Afrika), dabei dürften schicht- und geschlechtsspezifische Unterschiede allerdings nicht „kulturalisiert“ werden. Die Expertinnen maßen möglichst umfangreichen interkulturellen Kompetenzen in den behandelnden Einrichtungen eine hohe Bedeutung zur Verbesserung der Situation bei, insbesondere Offenheit gegenüber unterschiedlichen Krankheitstheorien sowie ausreichenden Sprachkenntnissen. Eine möglichst umfangreiche Vernetzung zwischen psychosozialer Beratung, juristischen Experten und medizinischer Versorgung sei wichtig für eine Verbesserung der Versorgung HIV-positiver Migranten in Deutschland.

Auf Grundlage der Studiendaten und des psychologischen Modells des adaptiven Oszillierens von Demorgon und Molz wurde ein Modell für gelingendes interkulturelles Handeln in der medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten unter den Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems entwickelt.

Schlussfolgerungen

HIV-positive Migranten stellen in Deutschland aus epidemiologischer Sicht eine wichtige Personengruppe dar. Der Bedarf für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung von HIV-positiven Migranten in Deutschland ist daher hoch.

Möglichst umfangreiche interkulturelle Kompetenzen in den HIV-Schwerpunktpraxen sind auf struktureller wie individueller Ebene vor dem Hintergrund der Studiendaten eine zentrale Voraussetzung für eine angemessene medizinische Betreuung HIV-positiver Migranten in

Deutschland. Das in dieser Studie entwickelte Modell interkulturellen Handelns in der medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten kann zur Evaluation des gegebenen Ausmaßes interkultureller Kompetenzen in medizinischen Versorgungseinrichtungen dienen und deren systematischen Erwerb unterstützen.

Abstract

Background

HIV/AIDS is characterised by a high morbidity and mortality. There is no cure so far, HIV-positive patients have to be treated with antiretroviral drugs lifelong. Migrants are considered to be an important group in terms of the epidemiology of HIV/AIDS in Germany. At the same time, migrants are assumed to be underrepresented within German medical care institutions specialised in the treatment of HIV/AIDS.

Migrants account for almost 20% of the German population and therewith represent a distinct proportion of it. In general, migrants have a worse sociostructural status than the nonmigrant part of the population. Data on the state of health and use of medical care of migrants in Germany are scarce, the resulting image is ambiguous. Depending on the specific indication, increased or decreased morbidity and mortality are reported compared to the nonmigrant population. Furthermore, varieties between subpopulations of migrants exist. Frequently, overuse, underuse and misuse in the medical care of migrants are observed in Germany.

Models conceptualising the impact of migration on health quote various influencing factors over the whole course of the migration process. Culturally differing subjective concepts of illness and therewith differing interpretations of symptoms, language barriers, material and legal restrictions as well as direct effects of the migration process itself are considered as general entry barriers to the health care system for migrants.

The concept of “intercultural opening” of institutions of the health care system to improve medical care of migrants was discussed intensely in Germany. Psychological models of intercultural interaction combined with approaches to explain doctor-patient-interactions can serve as a basic principle to elaborate cultural competences being specific for the context of a sound doctor-patient-relationship in the context of medical care for HIV-positive migrants.

Data on the extent, the conditions and the quality of ambulant medical care for HIV-positive migrants in Germany considering its specific health care structures are missing. This applies especially for aspects of intercultural interaction in medical care of these clients. This study addressed these questions using the example of ambulant medical care institutions in the federal state of Berlin. On basis of the study data, approaches for an improved medical care of HIV-positive clients in Germany were compiled.

Methods

An epidemiological analysis of the statutory reports of newly diagnosed HIV-infections in Germany between 2001 and 2012 was conducted using descriptive statistical methods.

On basis of standardised questionnaires, practices of standard medical care ($N_1=841$) located in the three districts Kreuzberg, Neukölln and Wedding of Berlin, having the highest number of migrants living in, as well as all practices specialised in the treatment of HIV/AIDS in Berlin ($N_2=28$) were surveyed. Using 60 items, data were gathered on practice characteristics, on the composition of their migrant clients, on the kind and extent of intercultural competences

given at the practices, on communication and interaction with HIV-positive patients, on the subjective concepts of illness of the treated migrants as well as on specific needs of medical care for HIV-positive migrants.

Data on the kind and extent of intercultural competences present at the practices were aggregated on basis of a newly designed “intercultural index”, structured by the two axes “structural conditions of intercultural competence” (three subscales) and “intercultural competences in the medical consultation process” (two subscales).

To analyse the data of the standardised survey, descriptive statistical methods were used as well as methods to describe correlations regarding the measured intercultural competences given at the surveyed practices and the situation of medical care of HIV-positive patients treated there.

Complementing the standardised survey, four expert interviews were conducted with professionals in the field of medical care, legal and psychosocial counselling of HIV-positive migrants. The interviews were analysed on basis of Meuser and Nagel’s method for expert interviews.

Results

The epidemiological analysis of reports of newly diagnosed HIV-infections in Germany resulted in a proportion of 30.1% reports of persons originating from countries other than Germany (Berlin: 23.3%). These had a lower mean age and a higher proportion of women than people originating from Germany. There were also differences in the distribution of risks of transmission of HIV. Most frequent region of origin of non-German persons was Subsaharan Africa, with differences by gender. 39.0% of newly diagnosed HIV-infections of persons originating from outside Germany were acquired in Germany (Berlin: 59.8%), with differences by region of origin and gender. HIV-diagnoses differed little concerning the state of disease at diagnosis.

The response rates of the standardised survey were 12.0% concerning practices of standard medical care and 25/28 of practices specialised in the treatment of HIV/AIDS. As all of the latter having contact to HIV-positive migrants sent in a completed questionnaire, a full survey regarding HIV-positive migrants treated in this type of medical institution in Berlin could be achieved.

Practices of standard medical care reported contact to 46 HIV-positive migrants. These were referred to practices specialised in the treatment of HIV/AIDS entirely. 17/25 of the practices specialised in treatment of HIV/AIDS cared for a total of 909 HIV-positive migrants, of those 80.0% men and 48.5% being younger than 30 years. 11.9% of HIV-positive migrants had no health insurance, 9.0% had no regular residence permit. Almost all such practices (96.1%) treated HIV-positive migrants for longer than 12 month.

6/17 of practices specialised in treatment of HIV/AIDS treating HIV-positive migrants were rated as having very high or high intercultural competences, another 6/17 of practices had low or no intercultural competences. Intercultural competences measured on the axis “structural conditions of intercultural competence” of the intercultural index were generally more pronounced than those of the axis “intercultural competences in the medical consultation process”. Practices of standard medical care achieved worse scores on both axes on as well as on the intercultural index in total. The intercultural competences measured in practices specialised in HIV treatment were weighted on basis of the number of HIV-positive migrants treated in the respective institution. This weighting resulted in a proportion of 67.4% of HIV-positive migrants treated by practices having very high or high intercultural competences.

The analysis of communicational barriers in the scope of medical treatment of HIV-positive migrants showed the highest difficulties regarding differences in social classes of patient and doctor, lacking language competences as well as cultural differences. Different concepts of illness, lack of knowledge on relevant events in the context of migration, medical terminology as well as a different gender of migrant patient and doctor were rated as factors also worsening communication, even though less pronounced. Regarding the treatment of 89.1% of migrants treated by specialised practices, translations were performed. Also medial tools were rated as important to improve the interaction between migrant and doctor, with only marginal differences concerning their use with migrants in general, migrants having a difference concept of illness as well as migrants lacking German language skills. The extent of interaction problems did correlate lowly with the gender of the HIV-positive migrants, but strongly with a shorter duration of stay in Germany and a lower degree of education. Difficulties concerning the doctor-patient-interaction as to HIV/AIDS and other medical conditions were rated distinctly higher regarding migrants without German language skills than regarding those having such skills. The course of treatment of HIV-positive migrants having German language skills was reported as nearly equal to those of nonmigrant HIV-patients. Those of migrants without German language skills were reported as slightly worse.

The expert interviews showed a general underrepresentation of migrants within the medical care system specialised in treatment of HIV/AIDS in Germany. There were no practices specialised in the treatment of HIV-positive migrants. Particularly as to migrants having no legal residence permit and/or no health insurance, the possibility of cost absorption was highly needed, but not given. Especially concerning these groups of patients, but basically concerning all HIV-positive migrants, stable life conditions would be the central basis for adequate medical care. Cultural differences were reported as being of high impact for a suboptimal treatment of several subpopulations of HIV-positive migrants (e.g. those originating from Sub-Saharan Africa). In this context it was pointed out as important not to “culturalise” class and gender specific differences. The experts gave a high weight to most extensive intercultural competences to improve the medical care of HIV-positive migrants. In particular, sensitivity as to differing concepts of illness as well as sufficient language skills were named in this regard. Also, a high degree of networking between psychosocial counseling, legal expertise and medical care would be important to enhance the medical treatment of HIV-positive migrants in Germany.

On basis of the study data and the psychological model of adaptive oscillation of Demorgon and Molz, a model for successful intercultural interaction in the context of medical care for HIV-positive migrants under the conditions of the German health care system was developed.

Conclusions

Migrants were an important group in terms of the epidemiology of HIV/AIDS in Germany. Hence, there is a distinct need for high standard medical care for HIV-positive migrants in Germany.

Before the background of the study results, comprehensive intercultural competences on structural and individual level at practices specialised in the treatment of HIV/AIDS are a crucial precondition to assure adequate medical care of HIV-positive migrants in Germany. The elaborated model of intercultural interaction in medical care for HIV-positive migrants can be used to evaluate the given extent of intercultural competences in medical care institutions in the scope of HIV/AIDS treatment and can support a systematic acquisition of those.

Inhalt

DANKSAGUNG	II
ZUSAMMENFASSUNG	III
EINLEITUNG	1
1 MIGRATION UND GESUNDHEIT: STRUKTURELLE BEDINGUNGEN UND GESUNDHEITLICHE LAGE VON MIGRANTEN IN DEUTSCHLAND	7
1.1 Wer ist Migrant?	7
1.2 Migrationsgeschehen, Demographie und Sozialstruktur von Migranten in Deutschland	10
1.2.1 Das Migrationsgeschehen in Deutschland	13
1.2.2 Demographische und sozialstrukturelle Daten von Migranten in Deutschland	17
1.2.3 Demographische Daten zur Situation von Migranten in Berlin	27
1.3 Die gesundheitliche Lage von Migranten in Deutschland	30
1.3.1 Datengrundlagen zur gesundheitlichen Lage von Migranten in Deutschland	30
1.3.2 Daten zur gesundheitlichen Lage von Migranten in Deutschland	32
1.4 Die gesundheitliche Versorgung von Migranten in Deutschland	43
1.4.1 Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem für Migranten	44
1.4.1.1 Versicherungsstatus und Illegalität	44
1.4.1.2 Kulturelle Differenz	45
1.4.1.3 Sprache und Kommunikation	47
1.4.1.4 Mobilität	49
1.4.1.5 Soziale Lage	50
1.4.2 Umfang und Qualität der medizinischen Versorgung von Migranten	51
1.4.3 Inanspruchnahmeverhalten von gesundheitlichen Leistungen durch Migranten	55
1.5 HIV/AIDS und Migration in Deutschland	56
1.5.1 Epidemiologische Daten zu HIV/AIDS bei Migranten in Deutschland und Berlin	56
1.5.2 Daten zur medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten in Deutschland	58
1.5.3 Die HIV-Infektion und deren Therapie	60
2 ANSÄTZE ZUR ANALYSE UND OPTIMIERUNG DER GESUNDHEITLICHEN SITUATION VON MIGRANTEN	64
2.1 Erklärungsmodelle zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit	64
2.2 Psychologische Modelle interkulturellen Handelns	67
2.3 Interkulturelle Kompetenz in der Arzt-Patient-Beziehung	75
2.4 Ansätze für eine verbesserte Gesundheitsversorgung von Migranten auf struktureller Ebene	81
2.4.1 Zielgruppenspezifische Ansätze	81
2.4.2 Interkulturelle Öffnung	83
2.5 Forschungsdefizite und Entwicklung der Fragestellung	87
3 KONZEPTION UND DURCHFÜHRUNG DER EMPIRISCHEN STUDIE	90
3.1 Studiendesign	90

3.2 Studienpopulation/Stichprobe	91
3.3 Erhebungsinstrumente	91
3.3.1 Fragebogen-Erhebung	91
3.3.2 Experteninterviews	93
3.4 Auswertungsmethoden	94
3.4.1 Interkultureller Index	94
3.4.1.1 Adaptive Achse „Strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“	95
3.4.1.2 Adaptive Achse „Interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“	98
3.4.1.3 Aggregationsschema für den interkulturellen Index	100
3.4.2 Weitere Verfahren	103
3.4.2.1 Quantitative Verfahren	103
3.4.2.2 Qualitative Verfahren	105
3.5 Ethik/Datenschutz	106
4 ERGEBNISSE DER STUDIE	107
4.1 Epidemiologische Daten zu Migration und HIV/AIDS in Deutschland und Berlin	107
4.1.1 Epidemiologische Situation von HIV bei Migranten in Deutschland	107
4.1.2 Epidemiologische Situation von HIV bei Migranten in Berlin	114
4.2 Ergebnisse der Fragebogen-Untersuchung	118
4.2.1 Responder-Verhalten	118
4.2.2 Ambulante medizinische Versorgungslage HIV-positiver Migranten in Berlin	118
4.2.2.1 Regelversorgung	118
4.2.2.2 HIV-Schwerpunktversorgung	121
4.2.3 Interkulturelle Kompetenzen in der Berliner HIV-Versorgungslandschaft	126
4.2.3.1 Ausprägung der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ in der Regelversorgung	127
4.2.3.2 Ausprägung der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ in der Regelversorgung	129
4.2.3.3 Ausprägung des interkulturellen Index in der Regelversorgung	131
4.2.3.4 Ausprägung der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ in der HIV-Schwerpunktversorgung	132
4.2.3.5 Ausprägung der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ in der HIV-Schwerpunktversorgung	135
4.2.3.6 Ausprägung des interkulturellen Index in der HIV-Schwerpunktversorgung	136
4.2.4 Kommunikation und Interaktion mit HIV-positiven Migranten	139
4.2.4.1 Kommunikationsbarrieren in der Versorgung HIV-positiver Migranten	140
4.2.4.2 Ansätze zur Überwindung von Kommunikationsbarrieren	146
4.2.4.3 Übersetzung im Rahmen der Versorgung HIV-positiver Migranten	148
4.2.4.4 Arzt-Patient-Interaktion und Behandlungsverlauf	151
4.2.4.5 Besondere Anforderungen und Best-Practice-Ansätze im Rahmen der ambulanten medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten	159
4.3 Ergebnisse aus den Experten-Interviews	164
4.3.1 Beschreibung der Interviewpartnerinnen	164
4.3.2 Ergebnisse der Experten-Interviews	166
4.3.2.1 Versorgungslage von HIV-positiven Migranten in Berlin	166
4.3.2.2 Versorgungsstrukturen für HIV-positiv Migranten in Berlin	167
4.3.2.3 Rechtliche Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung von HIV-positiven Migranten	169
4.3.2.4 Strukturelle Probleme in der Versorgung von HIV-positiven Migranten	170
4.3.2.5 Illegalität in der medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten	171
4.3.2.6 Kulturelle Besonderheiten HIV-positiver Migranten mit Relevanz für deren medizinische Versorgung	173
4.3.2.7 Wissen von HIV-positiven Migranten zu HIV und zum medizinischen Versorgungssystem	174
4.3.2.8 Kompetenzen und Defizite bezüglich Sprache und Lösungsansätze	175

4.3.2.9	Bedeutung interkultureller Kompetenz im Arzt-Patient-Verhältnis / Umgang mit interkulturellen Unterschieden in der medizinischen Praxis	176
4.3.2.10	Verbesserungswünsche / Voraussetzungen auf struktureller Ebene für eine gute medizinische Versorgung HIV-positiver Migranten	177
5	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	179
5.1	Epidemiologie von HIV/AIDS bei Migranten in Deutschland und Berlin	179
5.2	Bestand und Bedarf interkultureller Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten in Berlin	187
5.3	Die Lage der ambulanten medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten in Berlin und Entwicklungsbedarfe in deren Versorgung	195
5.3.1	Charakteristika der in Berlin medizinisch versorgten HIV-positiven Migranten	195
5.3.2	Kommunikations- und Interaktionsbarrieren sowie Best Practice-Ansätze im Rahmen der medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten in Berlin	203
5.4	Ein Modell interkulturellen Handelns in der medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten in Deutschland und Berlin	215
5.5	Reflektion des methodischen Vorgehens	225
5.6	Empfehlungen und Ausblick	227
6	GLOSSAR	234
7	TABELLENVERZEICHNIS	236
8	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	238
	LITERATUR	241
	ANHANG	267
	Fragebögen	268
	Leitfäden Experten-Interviews	288
	Auswertung Experten-Interviews	295
	Lebenslauf und Publikationen	334

Einleitung

Ende des Jahres 2012 lebten weltweit nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation 35,3 Millionen HIV-positive Personen, 2,3 Millionen Menschen infizierten sich 2012 neu mit HIV, 1,6 Millionen starben in diesem Jahr an AIDS-assoziierten Erkrankungen (World Health Organisation, 2013, S. A15, A27, A45). HIV führt global zu einer der höchsten Krankheitslasten. Dies gilt im Hinblick auf die Prävalenz dieser Infektionskrankheit, auf die Schwere des unbehandelt immer letal endenden Erkrankungsverlaufs, der oftmals mit zahlreichen schweren Komorbiditäten einhergeht (Hoffmann, 2013b) wie auch den mit der HIV-Infektion oftmals einhergehenden massiven Verlusten an Lebensqualität. Die Kosten für die hochaktive antiretrovirale Therapie sind aufgrund der zumindest in westlichen Ländern hohen Medikamentenpreise und der notwendigen lebenslangen Behandlung überaus hoch (HAART, Hoffmann, 2013c). Darüber hinaus kommt es in der Folge der Infektion in einigen Weltregionen (Subsahara-Afrika, Teile Süd- und Südostasiens) zu für die dortigen Volkswirtschaften relevanten Ausfälle von Arbeitskapazitäten im gewerblichen wie im privaten Bereich (World Health Organisation, 2010c, 2011, 2012, 2013).

HIV tritt in unterschiedlichen Weltregionen mit sehr unterschiedlicher Prävalenz auf. Weltregionen mit einer hohen Zahl von über einer Million mit HIV lebenden Personen sind Subsahara-Afrika, Süd- und Südostasien, Latein-Amerika, Osteuropa und Zentralasien sowie Nordamerika (World Health Organisation, 2013, S. A22-A27). HIV-positive Migranten gelten dabei weltweit aufgrund ihrer oftmals prekären Lebensverhältnisse als besonders vulnerable Gruppe im Hinblick auf die Epidemiologie, die Prävention wie auch die medizinische Versorgung im Kontext von HIV/AIDS (Cargill & Stone, 2005; European Centre for Disease Prevention and Control, 2009a, 2009b, 2010b, 2011c, 2012c, 2013; World Health Organisation, 2013).

Die epidemiologische Situation von HIV in Europa stellt sich regional sehr unterschiedlich dar. Gegenüber vergleichsweise niedrigeren Inzidenzen im Jahr 2011 in den WHO-Euro-Regionen² Westeuropa (7,6 Fälle/100.000 Einwohner) und Zentraleuropa (1,6 Fälle) wies die Region Osteuropa eine deutlich höhere Inzidenz auf (22,4 Fälle; European Centre for Disease Prevention and Control, 2012b, S. 1). Besonders betroffen waren hier Russland (44,1 Fälle), die Ukraine (38,0 Fälle) und Estland (27,3 Fälle; ebd.). Während für West- und Zentraleuropa seit 2004 annähernd stabile Inzidenzen vorlagen, stieg die Inzidenz in diesem Zeitraum in Osteuropa stetig an (ebd., S. 11). Im Gegensatz zur globalen Situation mit einer hohen Anzahl von HIV-Infektionen in der Allgemeinbevölkerung ist die Epidemiologie von HIV in Europa vorwiegend durch Infektionen bei Personen aus bestimmten Gruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko bestimmt. Auch hier gab es regionale Unterschiede: während in West- und Zentraleuropa ähnlich hohe Anteile von HIV-Neudiagnosen³ gemeldet wurden, die durch heterosexuelle Kontakte (Westeuropa: 38,9%, Zentraleuropa: 34,4%) sowie durch sexuelle Kontakte zwischen Männern (MSM) übertragen wurden (Westeuropa: 33,9%, Zentraleuropa: 29,4%),

² Die WHO-Euro-Region besteht aus 53 Staaten. Sie ist unterteilt in drei Regionen, zu denen zur bisherigen HIV-Surveillance die folgenden Staaten Daten gemeldet haben: Westeuropa (Andorra, Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Island, Irland, Israel, Italien, Luxemburg, Malta, Monaco, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, San Marino, Spanien, Schweden, Schweiz), Zentraleuropa (Albanien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Kroatien, Montenegro, Polen, Republik Mazedonien, Rumänien, Serbien, Slowakische Republik, Slowenien, Tschechische Republik, Türkei, Ungarn, Zypern) und Osteuropa (Armenien, Aserbeidschan, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Moldau, Russland, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan, Weißrussland; European Centre for Disease Prevention and Control, 2011a; European Centre for Disease Prevention and Control, 2012b, S. 80).

³ Aufgrund des zum Teil sehr langdauernden asymptomatischen Verlaufs der HIV-Infektion und einer oftmals erst späteren Testung wird im Meldewesen von HIV zwischen HIV-Neuinfektionen und HIV-Neudiagnosen unterschieden (Kap. 1.5.1).

wurde der überwiegende Anteil von HIV-Infektionen in Osteuropa als durch intravenösen Drogengebrauch akquirierte Infektionen übermittelt (55,0%, ebd., S. 34f.).

Auch die Versorgungssituation von HIV-positiven Personen unterscheidet sich in Europa deutlich. Während in den Ländern in Westeuropa und überwiegend auch in Zentraleuropa eine breite medizinische Versorgung mit antiretroviraler Therapie gegeben ist, ist diese für Länder in Osteuropa nach wie vor nur in beschränktem Umfang gegeben, auch dies ein Faktor für eine höhere Zahl von Neuinfektionen und höheren HIV-assoziierten Morbiditäts- und Mortalitätsraten in dieser Region (European Centre for Disease Prevention and Control, 2012a, 2012b; World Health Organisation, 2010b, 2010c, 2011, 2012, 2013). Nicht zuletzt existieren in Europa Unterschiede im Hinblick auf eine grundsätzlich diskriminierungsfreie und damit effektive Zugänglichkeit der medizinischen Versorgung für alle HIV-positiven Personen. Dies gilt ebenso für die Durchführung zielgruppenorientierter und akzeptierender Präventionsmaßnahmen für die Allgemeinbevölkerung wie auch für alle Gruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko, die in westeuropäischen und einigen zentraleuropäischen Ländern seit längerer Zeit und mit höherem Aufwand umgesetzt werden als in den meisten osteuropäischen Ländern. Nicht hinreichende Maßnahmen in diesen beiden Feldern stellen bedeutsame Hindernisse in der Bekämpfung von HIV dar (European Centre for Disease Prevention and Control, 2006, 2012a; World Health Organisation, 2010c, 2012, 2013). HIV war und bleibt damit in Europa ein Thema mit hoher Public Health-Relevanz, die auch auf höchster politischer Ebene erkannt und in den letzten Jahren mehrfach adressiert wurde (AIDS & Mobility, 2012; Bundesministerium für Gesundheit, 2007; Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2007; European Centre for Disease Prevention and Control, 2010a; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2004; United Nations (UN), 2011; World Health Organisation, 2011). Die gesundheitliche Lage und Versorgung HIV-positiver Migranten in Europa findet dabei aufgrund der besonderen Vulnerabilität dieser Gruppe besondere Beachtung als eines der wichtigsten Felder der HIV-Prävention und -Versorgung in Europa (European Centre for Disease Prevention and Control, 2006, 2009a, 2010a, 2010b, 2011b, 2011c, 2012c, 2013).

Deutschland wies im Jahr 2010 nach Schätzungen der WHO mit 3,5 Fällen/100.000 Einwohner im Vergleich zum Durchschnitt der gesamten WHO-Euro-Region (7,6 Fälle, ohne Russland) wie auch im Vergleich zu anderen westeuropäischen Staaten (Frankreich: 6,3 Fälle; Großbritannien: 10,0 Fälle; Italien: 5,8 Fälle; Spanien: 8,4 Fälle) eine niedrige HIV-Inzidenz auf (European Centre for Disease Prevention and Control, 2011a, 2012b, S. 22f.). Ende 2012 lebten in Deutschland nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts (RKI) 78.000 Personen mit HIV (Robert Koch-Institut, 2012e, S. 467), dies entsprach einer HIV-Prävalenz von 0,1%. Dominantes Infektionsrisiko in Deutschland ist seit Bestehen der Epidemie Sex unter Männern (Robert Koch-Institut, 2013a). Als ein Grund für die vergleichsweise niedrige HIV-Inzidenz und -Prävalenz in Deutschland gilt unter anderem die sehr frühe Umsetzung innovativer und effektiver Präventionsmaßnahmen bereits zu Beginn der Epidemie in den 1980er Jahren. Als bewährtes und international anerkanntes Modell wurden und werden breite Präventionskampagnen für die Allgemeinbevölkerung durchgeführt, die durch hochspezifische Präventionskampagnen für Gruppen mit einem erhöhtem Infektionsrisiko für HIV ergänzt werden (Pott, 2007). Letztere bedienen sich explizit der unterschiedlichen Codes und Sprache dieser Gruppen, etwa von Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), intravenös Drogengebrauchenden, Sexarbeitern und Sexarbeiterinnen, Personen mit einer Herkunft aus einem Hochprävalenzland für HIV (HPL) und andere. Ein weiterer Unterschied zwischen Deutschland und anderen west- und südeuropäischen Staaten mit höheren HIV-Inzidenzen und -Prävalenzen ist, dass Deutschland keine ausgeprägte Kolonialgeschichte in Ländern mit hoher HIV-Prävalenz hatte. Damit fand eine starke Einwanderung aus diesen Ländern, wie sie für

verschiedene andere europäische Staaten typisch ist, nicht statt. Migranten⁴ unterschiedlicher Migrationsgenerationen aus Hochprävalenzländern machten in diesen anderen Staaten zum Teil einen hohen Anteil der dort lebenden HIV-positiven Personen aus (European Centre for Disease Prevention and Control, 2010b, 2012b, 2013). Trotz dieser Besonderheiten zeigte eine genauere Analyse der HIV-Neudiagnosen aus dem Jahr 2010, dass in Deutschland 27,8% Meldungen mit Angabe eines Herkunftslandes bei Personen mit Herkunft außerhalb von Deutschland gestellt wurden, mit Dominanz einer Herkunft aus Subsahara-Afrika (Robert Koch-Institut, 2012d, S. 20). Insgesamt sind aktuell zur Situation HIV-positiver Migranten in einem weiteren begrifflichen Sinn (Kap. 1.1) keine detaillierten Analysen epidemiologischer Daten verfügbar, insbesondere für eine regionalspezifische Analyse zur epidemiologischen Situation von HIV in Berlin oder anderen Bundesländern.

Primär- und sekundärpräventiven Maßnahmen im Kontext von HIV, die sich an Migranten richten, kommt in Deutschland vor dem Hintergrund der dargestellten Situation eine besondere Bedeutung zu (European Centre for Disease Prevention and Control, 2009a, 2010b, 2011c, 2012c, 2013; Robert Koch-Institut, 2010a, 2012d; Santos-Hövenner & von Unger, 2012; VIA Berlin/Brandenburg e.V., 2000; Wiessner, 2010). Kulturelle Differenzen, Sprachbarrieren, kulturell divergente subjektive Krankheitstheorien, materielle oder rechtliche Restriktionen (zum Beispiel eine fehlende Krankenversicherung oder ein illegalisierter Aufenthaltsstatus) wirken aber als Barrieren, die den Zugang zum Versorgungssystem ebenso erschweren können wie die Kommunikation und Interaktion zwischen Arzt und migrantischem Patient im Kontext von Diagnostik und Behandlung nach erfolgreich absolviertem Zugang zum Versorgungssystem (AIDS & Mobility, 2012; Borde, 1999, 2009; Borde, Braun & David, 2005; Brucks & Wahl, 2003; Classen, 2011; Collatz, 1999; Deininger & Brandt, 2005; Faltermaier, 2005b; Geiger & Razum, 2006; Kluge, 2011; Kluge & Kassim, 2006; Penka, Schouler-Ocak, Heinz & Kluge, 2012; Richter & Hurrelmann, 2009; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001; Schmitt, 2006; Spallek & Razum, 2007; Waller, 2008; Wiedl & Marschalk, 2005).

Studien zur medizinischen und psychosozialen Lage und Versorgung von Migranten in Deutschland außerhalb des Kontexts der HIV-Versorgung kennzeichneten diese im Vergleich zu nicht-migrantischen Personen auch im Hinblick auf deren Erkrankungsspektrum als Personengruppe mit besonderen Problemlagen und zeigten eine häufigere Über-, Unter- und Fehlversorgung und eine zum Teil suboptimale Behandlungscompliance (Berens, Spallek & Razum, 2008; Cai, Poethko-Muller, Hamouda & Radun, 2011; Kohls, 2010, 2011; Korporal & Dangel, 2004; Krämer & Baune, 2004; Penka, Schouler-Ocak et al., 2012; Razum, 2008, 2009; Robert Koch-Institut, 2012a; Weilandt, Rommel & Raven, 2003; Zeeb, Braune, Vollmer, Cremer & Krämer, 2004; Zeeb, Razum, Blettner & Stegmaier, 2002).⁵ Ein unterschiedliches Erkrankungsspektrum kann dabei in Einflüssen im Herkunftsland, in Bedingungen des Migrationsprozesses selbst sowie in verschiedensten Ausprägungen von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Einwanderungsdeutschland von Migranten begründet sein (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012a; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001; Schenk, 2007; Spallek & Razum, 2008).

Die sogenannte „interkulturelle Öffnung“ von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und die dabei umzusetzende Aneignung interkultureller Kompetenzen auf struktureller und indivi-

⁴ Für eine ausführliche Diskussion des Migranten-Begriffs s. Kap. 1.1.

⁵ Dies gilt auch für den internationalen Kontext (European Centre for Disease Prevention and Control, 2009b; World Health Organisation, 2008, 2010a, 2010b). Aufgrund der sehr nationalspezifischen Bedingungen insbesondere der jeweiligen konkreten Versorgungssysteme wird in dieser Arbeit ganz überwiegend die gesundheitliche Situation von Migranten in Deutschland betrachtet.

dueller Ebene werden als Lösungsansätze für eine verbesserte gesundheitliche Versorgung von Migranten in Deutschland diskutiert (Auernheimer, 2008; Barwig & Hinz-Rommel, 1995; Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012a; Borde, 2009; Bundesarbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, 2000; Bundesregierung Deutschland, 2007; Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, 2003, 2009; Domenig, 2011; Dreyer & Höbner, 2011; Gaitanides, 2008; Handschuck & Schröer, 2008; Hinz-Rommel, 1998; Koray, 2000; Leenen, 2005; Lenthe, 2010; Mösko, Gil-Martinez & Schulz, 2012; Muthny & Bermejo, 2008; Peintinger, 2011; Penka, Kluge, Vardar, Borde & Ingleby, 2012; Penka, Schouler-Ocak et al., 2012; Pochanke-Alff, 1997b; Rathje, 2006; Rommelpacher & Kollak, 2008; Schröer, 2002; Seidel, 2011; Straub, Weidemann & Weidemann, 2007; Thomas, Kammhuber & Schmid, 2005; Veneto-Scheib, 1998).

Ansätze zur interkulturellen Öffnung, die dazu beitragen, die beschriebenen Barrieren zu überwinden, und die vor allem in Großstädten zunehmend unverzichtbar werden, werden auf dem Gebiet der psychosozialen HIV/AIDS-Versorgung seit einigen Jahren propagiert und pilotiert (AIDS & Mobility, 2012, 1998, 2000; Deutsche AIDS-Hilfe, 2000; Göttke, 2009; Mohammadzadeh, 2001; Rosenbrock, 2010; VIA Berlin/Brandenburg e.V., 2000; Wiessner, 2010). Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung von Einrichtungen sind dabei in ihrer Gesamtheit grundsätzlich eher für größere Institutionen geeignet, da viele strukturelle Elemente adressiert werden, die eher in Einrichtungen mit einer gewissen Mitarbeiterzahl und Ausstattung vorhanden und damit einer interkulturellen Öffnung überhaupt zugänglich sind (Borde & David, 2004; Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, 2009; Mösko et al., 2012; Penka, Kluge et al., 2012; Penka, Schouler-Ocak et al., 2012). Solche strukturellen Elemente können von - in der Regel deutlich kleineren - medizinischen Versorgungseinrichtungen wie niedergelassenen HIV-Schwerpunktpraxen, die in Berlin den weit überwiegenden Anteil von HIV-positiven Personen medizinisch betreuen, nur schwer oder gar nicht umgesetzt werden. Für den Bereich der medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten unter den spezifischen Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems existieren daher aktuell nur wenige konkrete Ansätze, detailliert ausformulierte Konzepte gibt es kaum (VIA Berlin/Brandenburg e.V., 2000; Wiessner, 2010). Dennoch ist anzunehmen, dass sich in den versorgenden HIV-Schwerpunktpraxen durch die praktische Beschäftigung mit an HIV/AIDS erkrankten Migranten bedeutsame Kenntnisse zu notwendigen interkulturellen Kompetenzen auf der Ebene des individuellen Arzt-Patient-Verhältnisses entwickelt haben, die den Spezifika der medizinischen Versorgung im Kontext von HIV/AIDS versuchen, Rechnung zu tragen.

Vor dem dargestellten komplexen Hintergrund beschäftigt sich die vorliegende Studie mit der gesundheitlichen Lage und Versorgung HIV-positiver Migranten in Berlin, unter besonderer Berücksichtigung psychologischer Konzepte interkulturellen Handelns. In einem explorativen Ansatz wurden hierfür Daten und methodische Ansätze aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen wie der Epidemiologie, der Bevölkerungswissenschaft, der Versorgungsforschung und der Psychologie angewendet und miteinander verschränkt, um zur Verbesserung der medizinischen Versorgung dieser Personengruppe beizutragen. Dafür wurden Ärzte der Regel- und der HIV-Schwerpunktversorgung in Berlin befragt. Im Rahmen einer standardisiert durchgeführten Fragebogenerhebung wurden Erfahrungen in der Versorgung HIV-positiver Migranten, mögliche Versorgungsprobleme und praktizierte Lösungsansätze interkulturellen Handelns erfasst. Die Auswertung der erhobenen Daten geschah unter dem Gesichtspunkt, Hinweise darauf zu erlangen, wie notwendige interkulturelle Kompetenzen gestärkt und die HIV-bezogene medizinische Versorgung von Migranten unter den spezifischen Bedingungen der deutschen Gesundheitsversorgung verbessert werden kann. Zusätzlich wurden eine Reihe

von Experten-Interviews mit Mitarbeitern aus medizinischen, psychosozialen und juristischen Beratungs- und Betreuungseinrichtungen für HIV-positive Migranten durchgeführt und ausgewertet.

In **Kapitel 1** werden strukturelle Bedingungen der gesundheitlichen Lage von Migranten in Deutschland sowie entsprechende Daten vorgestellt. Hierzu wird zunächst vor dem Hintergrund der existierenden umfangreichen begrifflichen Debatten eine Definition von „Migrant“ erarbeitet, die den methodischen und inhaltlichen Spezifika zur Erhebung und Interpretation der Daten zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von HIV-positiven Migranten im Rahmen dieser Studie möglichst weit Rechnung trägt, wie auch die vergleichende Beurteilung der Qualität und der Anwendbarkeit von existierenden Datenaggregaten aus den Bevölkerungs- und Gesundheitswissenschaften erlaubt. Um ein ausreichendes, evidenzbasiertes Verständnis der gesundheitlichen Lage und Versorgung von HIV-positiven Migranten in Deutschland und Berlin sowie diesbezüglicher wichtiger Einflussfaktoren zu ermöglichen, werden zunächst grundlegende Bedingungen des Migrationsgeschehens in Deutschland seit dem zweiten Weltkrieg beschrieben, die die aktuelle Lebenssituation von Migranten in Deutschland bestimmen. Darauf aufbauend werden Daten zur gesundheitlichen Lage von Migranten in Deutschland berichtet. Zur Darstellung von Bedingungen und Ausmaß der gesundheitlichen Versorgung von Migranten werden zum einen wichtige migrationsspezifische Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem, zum anderen vorhandene Studiendaten zu Umfang und Qualität gesundheitlicher Leistungen für Migranten wie auch zu deren Inanspruchnahmeverhalten durch diese Gruppe dargestellt. Ein letzter Abschnitt widmet sich epidemiologischen Daten zu HIV bei Migranten in Deutschland, zu deren Versorgungssituation wie auch zu den Besonderheiten des Erkrankungsverlaufs von HIV und dessen spezifischer Therapie, die es bei der Analyse von Versorgungsprozessen HIV-positiver Migranten zu berücksichtigen gilt.

Kapitel 2 zeigt verschiedene Ansätze zur Analyse und Optimierung der gesundheitlichen Situation von Migranten in Deutschland auf. Hierzu werden verschiedene Erklärungsmodelle zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit auf deren Anwendbarkeit auf die deutsche medizinische Versorgungssituation hin beleuchtet. Anschließend werden psychologische Modelle diskutiert, die auf Grundlage verschiedener wissenschaftlicher Ansätze interkulturelles Handeln konzeptualisieren. Diese werden anhand von Modellen zur interkulturellen Kompetenz in Richtung auf konkrete Kommunikations- und Interaktionssituationen in der Arzt-Patient-Beziehung und damit auf ihr Optimierungspotential für die Gesundheitsversorgung von Migranten auf individueller Ebene hin spezifiziert. Besondere Bedeutung für diese Studie erlangt dabei das Konzept des „adaptiven Oszillierens“. Zur Einschätzung der Relevanz solcher Verbesserungsmaßnahmen auf struktureller Ebene werden im Anschluss zielgruppenspezifische Ansätze und solche zur sogenannten „interkulturellen Öffnung“ von Einrichtungen erörtert. Abschließend werden auf Grundlage der bis dahin dargestellten Daten und Konzepte bestehende Forschungsdefizite benannt und die Fragestellung dieser Studie im Detail entwickelt.

Angaben zum Studiendesign, zur Studienpopulation und zur Stichprobe sowie zu den entwickelten Erhebungsinstrumenten dieser Studie finden sich in **Kapitel 3**. Besondere Berücksichtigung in der Darstellung der eingesetzten Auswertungsmethoden findet dabei die Beschreibung des für diese Studie eigens entwickelten „interkulturellen Index“. Mit dessen Hilfe wurden die in den befragten Praxen der Regel- und der HIV-Schwerpunktversorgung vorhandenen interkulturellen Kompetenzen gemessen, die für die medizinische Versorgung HIV-positiver Migranten relevant erschienen. Der interkulturelle Index misst diese Kompetenzen auf zwei „adaptiven Achsen“, deren eine „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ abbildet, deren andere in Ergänzung hierzu „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“. Zusätzlich werden weitere angewendete quantitative und qualitative Verfahren dargestellt sowie Angaben zu Ethik und Datenschutz gemacht.

Die detaillierte Darstellung der Ergebnisse dieser Studie erfolgt in **Kapitel 4**. Zunächst wird dort eine differenzierte migrationsspezifische Analyse der HIV-Melddaten für Deutschland und Berlin vorgestellt. Darauf folgen die Ergebnisse aus der Fragebogenuntersuchung. Diese untergliedern sich in Daten zum Responder-Verhalten, zur ambulanten medizinischen Versorgungslage von HIV-positiven Migranten in Berlin, zum Ausmaß interkultureller Kompetenzen in der Berliner HIV-Versorgungslandschaft sowie zu Kommunikation und Interaktion mit HIV-positiven Migranten in den befragten Einrichtungen. Die Ergebnisse werden dabei jeweils spezifisch für die befragten Praxen der Regel- und der HIV-Schwerpunktversorgung getrennt beschrieben. Zuletzt folgen die Ergebnisse aus den Experten-Interviews, die die Versorgungslage HIV-positiver Migranten in Berlin, entsprechende rechtliche Rahmenbedingungen, Felder und Ausmaß von Wissen zu HIV bei HIV-positiven Migranten und die Bedeutung sprachlicher Defizite sowie interkultureller Kompetenzen für deren Versorgung beleuchten.

In **Kapitel 5** werden die Ergebnisse dieser Studie Disziplinen- und Methoden-übergreifend diskutiert. Nach einer Einschätzung der Daten zur epidemiologischen Lage von HIV/AIDS bei Migranten in Deutschland und Berlin erfolgt eine Diskussion der in der ambulanten medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten in Berlin vorhandenen und benötigten interkulturellen Kompetenzen. Darauf aufbauend wird die konkrete medizinische Versorgungslage dieser Personengruppe beleuchtet. Hierfür werden zunächst die Charakteristika der in den befragten Praxen versorgten HIV-positiven Migranten untersucht, im Anschluss daran das Ausmaß und die Bedeutung von Kommunikations- und Interaktionsbarrieren wie auch von in den Praxen vorhandenen Best-Practice-Ansätze für deren medizinische Betreuung. Diese Ergebnisse werden, wo es geeignet erschien, jeweils mit den in den befragten Praxen vorhandenen interkulturellen Kompetenzen in Beziehung gesetzt. Als Ergebnis wird ein Modell interkulturellen Handelns entworfen, das auf den diskutierten psychologischen und gesundheitswissenschaftlichen Modellen wie auch auf den konkreten Studiendaten beruht und Bedingungen und Lösungsansätze für eine verbesserte medizinische Versorgung von HIV-positiven Migranten in Deutschland und Berlin konzeptualisiert. Abschließend erfolgt eine Reflektion des methodischen Vorgehens sowie die Formulierung von Empfehlungen und weiteren Forschungsbedarfen auf Grundlage der Ergebnisse dieser Studie.

1 Migration und Gesundheit: strukturelle Bedingungen und gesundheitliche Lage von Migranten in Deutschland

1.1 Wer ist Migrant?

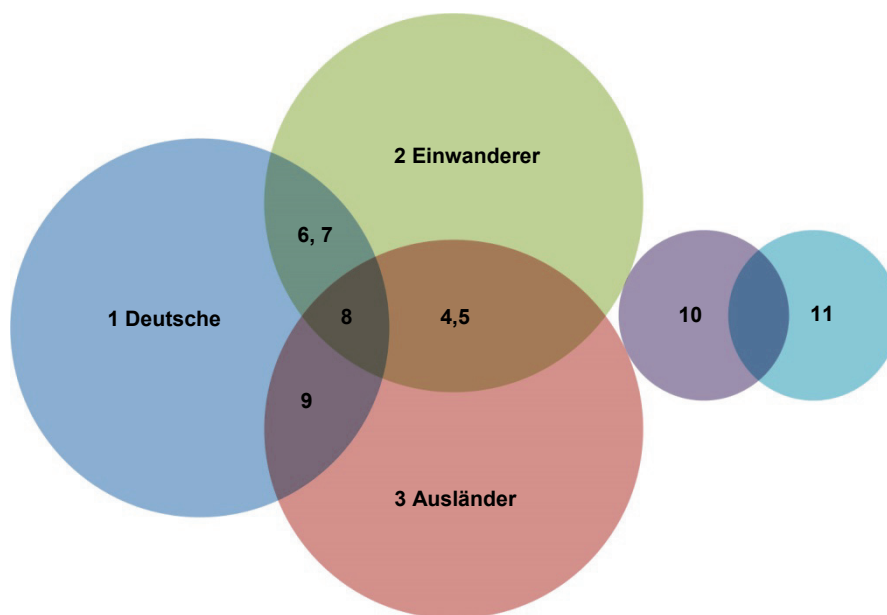
In Deutschland leben nach aktuellen Schätzungen etwa 7,2 Millionen Personen nicht-deutscher Nationalität sowie weitere 8,8 Millionen Deutsche mit Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt, 2012b, S. 32). Aus den besonderen Umständen von Migrationsprozessen können sich spezifische Gesundheitsrisiken und -lagen ergeben, die das Gesundheitssystem vor besondere Herausforderungen stellen (Kap. 1.3-1.5, 2.1-2.4). Doch wer sind „Menschen mit Migrationshintergrund“ oder „Migranten“? Hat Migration einen Einfluss auf Krankheitsrisiken und die Wahrscheinlichkeit, Zugang zu geeigneter Versorgung zu erhalten? Was macht diese Gruppe aus und wie lassen sich deren Besonderheiten für eine wissenschaftliche Analyse fassen?

Migration findet aufgrund vielfältiger Beweggründe, aus verschiedensten Ländern und unter sehr unterschiedlichen strukturellen, rechtlichen und zeitlichen Gegebenheiten statt. Durch diese heterogenen Rahmenbedingungen stellen Migranten eine uneinheitliche Gruppe dar. Ihre soziale, wirtschaftliche und juristische Lage unterscheidet sich häufig deutlich untereinander, ebenso wie ihre hier besonders im Blickfeld stehende gesundheitliche Lage und Versorgung. Ohne klare Definition des Begriffs „Migrant“ sind daher sowohl gesundheitsbezogene Daten aus der amtlichen Statistik als auch Ergebnisse spezifischer Studien nur schwer zu interpretieren und zu vergleichen. Um Artefakte bei der gesundheitswissenschaftlichen Forschung im Bereich Migration zu vermeiden, sollte daher immer eine dem jeweiligen Gegenstand angemessenen Definition gefunden werden. Nur auf diese Weise lassen sich die zum Teil migrationsspezifischen, zum Teil auch nur vermittelt mit dem Migrationshintergrund zusammenhängenden und ebenso für Teile der nicht-migrantischen Bevölkerung geltenden Einflüsse auf die gesundheitliche Lage sowie auf die Inanspruchnahme und Wirkung gesundheitlicher Versorgung herausarbeiten. Am Anfang dieser Studie steht daher zunächst die Erarbeitung einer Definition, die den Besonderheiten des Forschungsfeldes „HIV/AIDS und Migration“ Rechnung trägt.⁶

Wenn auch bisher noch keine verbindliche Definition von Migrant existiert, gab es hierzu in den letzten Jahren doch eine ausführliche Diskussion, auch in den Gesundheitswissenschaften (Borde & David, 2003; Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, 2003; Jöckel et al., 1998; Maschewsky-Schneider & Fuchs, 2000; Razum, 2000, 2008; Schenk, 2002; Schenk, Bau, Borte et al., 2006), in deren Rahmen wichtige migrationsspezifische Einflüsse auf die gesundheitliche Lage und Versorgung von Migranten wie auch Ansätze für eine angemessene methodische Umsetzung aufgezeigt wurden (Kap. 1.3-1.4).

Nach der Definition des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge wird von Migration gesprochen, „[...] wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt räumlich verlegt. Von internationaler Migration spricht man dann, wenn dies über Staatsgrenzen hinweg geschieht.“ (Bundesministerium des Inneren, 2008, S. 12). Eine Übersicht über die daraus resultierenden unterschiedlichen Personengruppen unter besonderer Berücksichtigung der Nationalität und des Aufenthaltsstatus findet sich in Abbildung 1. Die dargestellte Struktur ist in dieser Arbeit Grundlage für die Analyse der gesundheitlichen Lage und Versorgung HIV-positiver Migranten in Deutschland (Kap. 1.5.1, 4.1, 5.1).

⁶ Diese Definition erhebt dabei keinen Anspruch auf Endgültigkeit. Auch nur für den beschränkten Bereich der gesundheitlichen Versorgung existiert bisher keine allgemein akzeptierte Definition, wengleich sich viele der Definitionen in diesem Bereich ähneln.



Legende:

1. Deutsche lt. Staatsangehörigkeit, mit deutschen Eltern
2. Einwanderer, ausländische Staatsangehörigkeit, gemeldet
3. Ausländer lt. Staatsangehörigkeit, in Deutschland geboren (nicht migriert), gemeldet
4. Ausländer lt. Staatsangehörigkeit, für begrenzten Zeitraum zugewandert, gemeldet
5. Ausländer lt. Staatsangehörigkeit, Lebensmittelpunkt in Deutschland, gemeldet
6. Einwanderer, deutsche Staatsangehörigkeit, angenommen
7. Ethnisch deutsche Einwanderer („(Spät-) Aussiedler“) mit deutscher Staatsangehörigkeit
8. Einwanderer, doppelte Staatsbürgerschaft
9. Ausländer, doppelte Staatsbürgerschaft, in Deutschland geboren (nicht migriert)
10. Flüchtlinge (Asylbewerber)
11. Einwanderer, ausländische Staatsangehörigkeit, nicht gemeldet („Illegale“)

blau unterlegt: als „ausländische Nationalität“ in der amtlichen Statistik erfasst

Abbildung 1

Gemeinsamkeiten und Differenzen zwischen den Definitionen von „Migrant“ als Zuwanderer, der nicht in Deutschland geboren ist, und „Ausländer“ als Person mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit; modifiziert nach Razum (2000) und Schmitt (2006).

Der insbesondere in der amtlichen Statistik häufig genutzte und juristisch definierte Begriff „Ausländer“ meint alle in Deutschland lebenden Menschen, die Nicht-Deutsche nach Artikel 116 Abs. 1 GG sind, das heißt, die keine deutsche Staatsbürgerschaft besitzen (Statistisches Bundesamt, 2009b). In epidemiologischer Hinsicht können auf der Basis der Variable „Nationalität“ bedingt Aussagen zum rechtlichen Aufenthaltsstatus der betreffenden Gruppe, der ethnischen Herkunft sowie dem gesellschaftlichen, ökonomischen und gesundheitlichen Entwicklungsstand gemacht werden (Jöckel et al., 1998). Die Bezeichnung „Ausländer“ umfasst dabei allerdings keine Personen, die die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, aber trotzdem über einen Migrationshintergrund verfügen, der den Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems⁷ unter Umständen erschwert (Kap. 1.4), wie Aussiedler, Eingebürgerte oder Kinder mit doppelter Staatsbürgerschaft. Gleiches gilt für Personen, die sich nach einer Migration

⁷ In dieser Arbeit meint der Begriff „Gesundheitssystem“ nicht nur Einrichtungen der medizinischen Versorgung im engeren Sinne, sondern auch alle Personen und Institutionen, die sich mit Gesundheitsprävention im weiteren Sinne, also auf primärer (Verhinderung eines erstmaligen Auftretens einer Krankheit oder Störung), sekundärer (Behandlung sich bereits manifestierender Krankheiten und Störungen) und tertiärer (Hilfestellung bei der Wiedereingliederung einer genesenden Person) Ebene (Bastine, 1998, Kap. 7.1) befassen, im somatischen wie im psychosozialen Bereich.

„illegal“ in Deutschland aufhalten.⁸ Ein weiteres Problem dieses Begriffs besteht darin, dass die für eine Betrachtung der gesundheitlichen Versorgung von Migranten zum Teil wichtige Stratifizierung von „Ausländern“ derselben Nationalität nach zum Beispiel ethnischen Untergruppen nicht möglich ist. Gerade wenn der kulturelle Hintergrund für das Nutzungsverhalten von Migranten gegenüber dem deutschen Gesundheitssystem eine Rolle spielt, ist der Bezug auf die Variable „Nationalität“ zu ungenau.⁹

Mit „Migrant“ werden häufig Einwanderer bezeichnet, das heißt Personen, die nicht in Deutschland geboren und nach Deutschland eingewandert sind. Eine solche Kategorie umfasst dabei alle oben benannten Einwanderergruppen in der amtlichen Statistik mit Ausnahme der Asylbewerber, die unter Umständen keine Aufenthaltsgenehmigung erlangen werden und daher nicht dieser Kategorie subsummiert werden. Abbildung 1 zeigt, dass sich die solcherart definierten Einteilungen „Ausländer“ und „Migrant“ zwar überschneiden, aber keinesfalls identisch sind (Razum, 2000).¹⁰ Dies gilt insbesondere, da viele Umstände, die eine migrationsbedingte Verschlechterung des Gesundheitszustands nach sich ziehen oder den Zugang zum Gesundheitssystem erschweren, darüber nicht erfasst werden können.

Die ausländer- und aufenthaltsrechtliche Gesetzgebung in Deutschland wurde in den letzten Jahren reformiert (Einführung eines neuen Staatsangehörigkeitsgesetzes zum 1.1.2000, Außerkrafttreten des Ausländergesetzes und Einführung des neuen Zuwanderungsgesetzes zum 1.1.2005). Insbesondere die Reform grundlegender Regelungen im Rahmen des neu eingeführten Staatsangehörigkeitsgesetzes bewirkte in den ersten Jahren nach dessen Einführung eine verstärkte Einbürgerung von Personen mit Migrationshintergrund, deren Eltern nach Deutschland migriert waren, die selbst aber bereits mit ausländischer Nationalität in Deutschland geboren wurden (Kap. 1.2.1, 1.2.2). Hierdurch wurde die Aussagekraft einer Definition von „Migranten“ als nicht-deutsche Einwanderer weiter vermindert (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2009).

Ein „Migrationshintergrund“ kann aufgrund eines eigenen Wanderungsprozesses, aber ebenso ausschließlich vermittelt durch die noch prägende Migrationserfahrung einer vorangegangenen Generation vorhanden sein. Für Untersuchungen zu den Auswirkungen von Migration im gesundheitlichen Bereich wird daher mittlerweile einem erweiterten Migrationsbegriff der Vorzug gegeben, der ebenfalls Personen umfasst, deren Eltern migriert sind (Razum, 2008; Schenk, 2002; Schenk et al., 2006). Seit kurzem trägt diesem Umstand auch die amtliche Statistik Rechnung (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2008). Das Statistische Bundesamt führte im Rahmen des Mikrozensus im Jahr 2005 einen neuen Themenkomplex „Migration und Integration“ ein, was einen wichtigen Fortschritt für die deutsche Bevölkerungs- und Sozialstatistik bedeutete (MZG 2005, Kap. 1.2). Im Rahmen

⁸ Im Bericht über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland des Jahres 2002 werden Personen, die sich ohne gültige Papiere in Deutschland aufhalten, als „illegale“ [sic] Ausländer“ bezeichnet und die durch diese juristische Definition verbundenen Schwierigkeiten eindeutig benannt. Dabei handelt es sich vorwiegend um die Bereiche abhängige Beschäftigung, staatliche Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt und die Beschulung an öffentlichen Schulen (Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, 2002). Die Problematik der gesundheitlichen Versorgung dieser Personengruppe wird an anderer Stelle (Kap. 1.4.1.1) ausführlich abgehandelt.

⁹ Erinnert sei an dieser Stelle etwa an die sehr bedeutsame Unterscheidung zwischen Kurden und Türken, die beide der Nationalität „türkisch“ untergeordnet werden, Personen aus diesen beiden Gruppen aber durchaus eine andere Migrationsgeschichte und in der Folge auch andere Bedingungen bezüglich der Nutzung des deutschen Gesundheitssystems aufweisen können.

¹⁰ Personen, die im Rahmen eines Aufnahmeverfahrens als deutsche Volkszugehörige vor dem 1. Januar 1993 nach Deutschland übergesiedelt sind, werden als Aussiedler bezeichnet: Alle nach diesem Zeitpunkt Zugewanderten als Spätaussiedler. Gesetzliche Grundlage hierfür sind das Bundesvertriebenengesetz und im Anschluss das Kriegsfolgenbereinigungsgesetz (KfbG) vom 21. Dezember 1992 (Münz, Seifert & Ulrich, 2001).

der Operationalisierung des Mikrozensus wurde der Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ verwendet für

„die ausländische Bevölkerung – unabhängig davon, ob sie im Inland oder im Ausland geboren wurde – sowie alle Zugewanderten unabhängig von ihrer Nationalität. Daneben zählen zu den Personen mit Migrationshintergrund auch die in Deutschland geborenen eingebürgerten Ausländer sowie eine Reihe von in Deutschland Geborenen mit deutscher Staatsangehörigkeit, bei denen sich der Migrationshintergrund aus dem Migrationsstatus der Eltern ableitet. Zu den letzteren gehören die deutschen Kinder (Nachkommen der ersten Generation) von Spätaussiedlern und Eingebürgerten und zwar auch dann, wenn nur ein Elternteil diese Bedingungen erfüllt, während der andere keinen Migrationshintergrund aufweist. Außerdem gehören zu dieser Gruppe seit 2000 auch die (deutschen) Kinder ausländischer Eltern, die die Bedingungen für das Optionsmodell erfüllen, d.h. mit einer deutschen und einer ausländischen Staatsangehörigkeit in Deutschland geboren wurden.“ (Statistisches Bundesamt, 2012b, S. 380)

In der vorliegenden Studie wird ebenfalls diese erweiterte Definition genutzt und zur Bezeichnung dieser Personengruppe zur Vereinfachung der Begriff „Migrant“ verwendet, gleichgültig, ob ein Migrationshintergrund auf persönlicher Migrationserfahrung beruht oder durch die einer vorangegangenen Generation vermittelt ist. Eine solche Definition ist geeignet, auch die Auswirkungen von Migration inhaltlich zu fassen, die für Migranten im Kontext der HIV/AIDS-Versorgung besonders bedeutsam werden können, wie zum Beispiel ein im Vergleich zur westlichen Schulmedizin kulturell differentes Verständnis von Körper, Gesundheit und Krankheit (Kap. 1.5). Hiervon unterschiedliche Definitionen, etwa im Rahmen der Darstellung spezifischer Studien, werden an den jeweiligen Stellen kenntlich gemacht.

1.2 Migrationsgeschehen, Demographie und Sozialstruktur von Migranten in Deutschland

Zur Beschreibung der Auswirkungen von Migrationsprozessen auf die Bevölkerungssituation in Deutschland sowie der Lage von Ausländern beziehungsweise von Migranten liegen in Deutschland zwei unterschiedliche Datenaggregate der amtlichen Statistik vor: die Wanderungsstatistik und die Ausländerstatistik. Nach einer Einschätzung der Aussagekraft beider Quellen wird in diesem Kapitel zunächst das Migrationsgeschehen in Deutschland seit dem 2. Weltkrieg skizziert, danach Daten zur demographischen und soziostrukturellen Situation von Migranten.

Die deutsche **Wanderungsstatistik** stellt Daten zur Einschätzung des Migrationsgeschehens in Deutschland zur Verfügung. Grundlage ist die Bevölkerungsfortschreibung der Ergebnisse der letzten Volkszählung des Jahres 1987.¹¹ Hierfür werden die Statistiken der An- und Abmeldungen, der Geburten, Sterbefälle, Eheschließungen und –lösungen sowie der Staatsange-

¹¹ Im Jahr 2011 wurde ein umfänglicher Zensus als Stichprobe der Gesamtbevölkerung durchgeführt, zum ersten Mal für das Gebiet der gesamten Bundesrepublik nach 1990. Auf dieser Grundlage kam es zu grundsätzlichen Korrekturen der bis dahin allein als Fortschreibung der Volkszählung von 1987 berichteten Bevölkerungsstatistik. Aktualisierte (meist nach unten korrigierte) Daten liegen zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit nur für einige grundlegende Eigenschaften vor. Eine umfassende Aktualisierung aller Daten, auch der in dieser Arbeit verwendeten Analysen zum Migrationsgeschehen in Deutschland, steht erst zu einem späteren Zeitpunkt zur Verfügung (Statistisches Bundesamt, 2013d, S. 64). Zur Sicherstellung der Vergleichbarkeit aller in dieser Arbeit verwendeten Daten aus der Bevölkerungsstatistik wird daher immer Bezug auf die Bevölkerungsfortschreibung genommen. Daten aus dem Zensus 2011 werden, wo verfügbar, vergleichend dargestellt. Ergebnisse des 2011 durchgeführten umfänglichen Zensus, auf dessen Grundlage die Bevölkerungsstatistik basiert, stehen als umfassende Aktualisierung der aktuell verfügbaren Zahlen aus der Volkszählung 1987 erst zu einem späteren Zeitpunkt zur Verfügung (Statistisches Bundesamt, 2013d, S. 64).

hörigkeitswechsel in Deutschland abgeglichen und fortgeschrieben, lediglich stratifiziert nach Geschlecht, Alter, Familienstand und Nationalität (Statistisches Bundesamt, 2011c).

Bei der Wanderungsstatistik handelt es sich um eine *Fallstatistik*. Personen, die im Laufe eines Jahres mehrfach ihren Wohnort über die deutsche Grenze hinweg wechseln, gehen daher auch mehrfach (aber nach Person kontrolliert) in die Zählung ein, hinzu kommen Meldeverzögerungen und -versäumnisse. Aufgrund entsprechender Bereinigungen gilt die Bevölkerungsfortschreibung trotzdem als statistisch robust (ebd.).

Da vorherige Aufenthalte, Migrationsmotive sowie die Aufenthaltsdauer unberücksichtigt bleiben, stellt die Wanderungsstatistik Deutschlands keine klassische Migrationsstatistik dar. Das Fehlen dieser Angabe stellt ein entscheidendes Problem bei der Verwendung dieser Daten dar:

„Integrationspolitisch spielen vor allem diejenigen Gruppen von Zuwanderern eine Rolle, die auf Dauer im Land verbleiben. Spätaussiedler, jüdische Zuwanderer oder im Rahmen des Familiennachzugs ins Land Gekommene stellen andere Anforderungen an die Integrationspolitik eines Landes als Saisonarbeiter, Asylbewerber (nicht: Asylberechtigte) oder Gastarbeiter, die nur kurzzeitig im Land verbleiben. Ein weiteres Beispiel soll die Problematik illustrieren: Ein Werkvertragsarbeiter aus einem Nicht-EU-Staat, der bis zu drei Jahre in Deutschland arbeiten kann, danach das Land aber wieder verlassen muss, geht genauso in die Zuwanderungsstatistik ein wie ein Spätaussiedler, der auf kultureller, sozialer, struktureller und identifikatorischer Ebene dauerhaft in die Gesellschaft integriert werden sollte.“ (Bundesministerium des Inneren, 2003, S.4)

Migranten müssen nicht nur im Rahmen eines dauerhaften Aufenthaltes adäquat medizinisch versorgt werden, sondern auch, wenn die Aufenthaltsdauer begrenzt bleibt. Trotzdem bleibt zu beachten, dass bei einer Person, die erst vor kürzerer Zeit migriert ist, grundlegende Voraussetzungen zur Wahrnehmung von Leistungen des Gesundheitssystem (wie zumindest rudimentäre Kenntnisse des vorhandenen Angebots, erste Kenntnisse der deutschen Sprache, aber auch ein gekläarter Aufenthaltsstatus etc.) geringer ausgeprägt sein können als bei einer Migration vor längerer Zeit. Verlässliche Daten zu dieser Frage liegen allerdings nicht vor, Daten zur Aufenthaltsdauer sind über das Ausländerzentralregister verfügbar (Kap. 1.2.2).

Anders als die Wanderungsstatistik, die *fallbezogen* Migrationsereignisse über einen bestimmten *Zeitraum* hinweg abbildet, geben die Daten der **Ausländerstatistik** *personenbezogen* Auskunft über die Anzahl der in Deutschland registrierten Ausländer zu einem bestimmten *Zeitpunkt*. Die Ausländerstatistik in Deutschland beruhte bis zum Jahr 2005 allein auf Daten des Ausländerzentralregisters (AZR), die jeweils aktuell im statistischen Jahrbuch (Statistisches Bundesamt, 2013d) wie auch in Publikationen der zuständigen Behörden veröffentlicht werden (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2012a; Bundesministerium des Inneren, 2013; Statistisches Bundesamt, 2012a). Im AZR werden Informationen der lokalen Ausländerbehörden zu Personen nicht-deutscher Nationalität erfasst, die sich „nicht nur vorübergehend“ (§2 Abs. 1 AZRG), das heißt länger als drei Monate, in Deutschland aufhalten. Hieraus und aus einer umfangreichen Registerbereinigung des AZR resultiert eine Abweichung der Ausländerzahlen des AZR nach unten im Vergleich zur Bevölkerungsfortschreibung (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2009).¹² Personen mit doppelter Staatsbürgerschaft (die deutsche und eine weitere) gehen nicht in das AZR ein, sondern werden in der Bevölkerungsstatistik ausschließlich als Deutsche gezählt. Dies ist nach der entsprechenden Änderung des Staatsangehörigkeitsrechts insbesondere für in Deutschland geborene Kinder

¹² So lag die Zahl von in Deutschland lebenden Ausländern 2011 laut Bevölkerungsfortschreibung um etwa 500.000 Personen über der Anzahl, die im Ausländerzentralregister erfasst waren (Statistisches Bundesamt, 2012a, S. 23).

ausländischer Eltern von Bedeutung, die in den meisten Fällen eine doppelte Staatsbürgerschaft annehmen (*ius soli*).

Das AZR weist eine deutlich höhere Informationsdichte als die Daten aus der Bevölkerungsfortschreibung auf. Es enthält differenzierte Daten zur Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsdauer und Aufenthaltsstatus. Darüber hinaus werden Daten zu zuwanderungs- und aufenthaltsrechtlichen Sachverhalten erfasst, die in erheblichem Ausmaß die Lebenslage und damit auch die gesundheitliche Lage und Versorgung von Migranten bestimmen (Kap. 1.4). Diese spezifischen Informationen, wie etwa zur Einreichung eines Asylantrags, werden im AZR unabhängig von der Aufenthaltsdauer gespeichert (Bundesministerium des Inneren, 2013).

Im Jahr 2005 wurde die Ausländerstatistik in einem zentralen Punkt ergänzt. Mittels des Mikrozensus¹³ wurden erstmalig Daten zu Menschen mit Migrationshintergrund deutscher und nicht-deutscher Nationalität erfasst (Kap. 1.1). Von eingebürgerten Personen werden seitdem die vormalige Staatsangehörigkeit und das Jahr der Einbürgerung erhoben. Zusätzlich wird alle vier Jahre die Staatsangehörigkeit der Eltern, deren Zuzugsjahr, sowie deren vormalige Staatsangehörigkeit erfragt, sofern auch diese eingebürgert wurden (Bundesministerium der Justiz, 2004). Hierdurch wurde es möglich, das sehr heterogene Migrationsgeschehen in Deutschland repräsentativ abzubilden, insbesondere im Hinblick auf Spätaussiedler und die steigenden Zahl eingebürgerter Deutscher mit Migrationshintergrund (*ius soli*-Regelung, Statistisches Bundesamt, 2012b).¹⁴

Ebenfalls alle vier Jahre werden im Rahmen des Mikrozensus einige gesundheitsbezogene Daten zusätzlich erhoben. Die letzte aktuell verfügbare Publikation von migrationspezifischen Daten beruht auf dem Mikrozensus 2011 (Statistisches Bundesamt, 2012b), gesundheitspezifische Daten mit der Möglichkeit der Stratifizierung nach Migrationsstatus wurden zuletzt im Mikrozensus 2009 erhoben (Statistisches Bundesamt, 2011b).

Sozialstrukturelle Daten zur migrantischen und ausländischen Bevölkerung in Deutschland werden in amtlichen Statistiken (AZR, Mikrozensus, Statistisches Jahrbuch, Fachserien des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge sowie des Statistischen Bundesamtes etc.), in den Berichten über die Lage der Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland, den Integrationssindikatoren-Berichten (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012a, 2012b) und in den Armuts- und Reichtumsberichten der Bundesregierung veröffentlicht (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013; Bundesregierung Deutschland, 2008).

Zur Beschreibung des Migrationsgeschehens in Deutschland sowie der demographischen und sozialstrukturellen Situation von Ausländern und Migranten im weiteren Sinne werden im Folgenden, soweit keine weiteren Quellen angegeben sind, jeweils die aussagekräftigsten Da-

¹³ Der Mikrozensus ist eine amtliche Repräsentativstatistik in Deutschland für sozioökonomische Themen wie Bildung, Arbeitsmarktbeteiligung, Einkommen und soziale Sicherung, koordiniert vom Statistischen Bundesamt und den statistischen Landesämtern. Er erlaubt detaillierte Aussagen zu Haushaltsstrukturen, Lebensformen und Demographie in Deutschland. Jährlich werden Daten einer repräsentativen Zufallsstichprobe von 1% der deutschen Bevölkerung (aktuell etwa 830.000 Befragte in 390.000 Haushalten) erhoben. Da der Mikrozensus auf Basis eines Bundesgesetzes erhoben wird, besteht für die Befragten Auskunftspflicht, die Daten werden daher insgesamt als sehr gut belastbar angesehen (Statistisches Bundesamt, 2012b).

¹⁴ Das Statistische Bundesamt unterscheidet dabei zwischen Migranten im weiteren und im engeren Sinne, deren Zahlen geringfügig differieren (Statistisches Bundesamt, 2012b). Für Migranten im weiteren Sinne ist der Migrationsstatus nicht durchgehend bestimmbar, da dieser bei einigen Personengruppen deutscher Staatsangehörigkeit aus Merkmalen der Eltern hervorgeht, die nur alle vier Jahre erhoben werden (s.o.). Migranten im engeren Sinne sind aufgrund ihrer Eigenschaften jährlich im Mikrozensus zu identifizieren. Im Weiteren wird bei Bezugnahme auf migrationspezifische Zahlenbestände des Mikrozensus immer auf die Gruppe der Migranten im engeren Sinne zurückgegriffen.

ten aus den aufgeführten Publikationen der Wanderungsstatistik und der Ausländerstatistik verwendet.

1.2.1 Das Migrationsgeschehen in Deutschland

Auf die Frage, warum Menschen nach Deutschland migrieren, gibt es vielfältige Antworten. Historisch betrachtet wie aktuell bestand und besteht die häufigste Motivation zur Migration in die westlichen Industriestaaten im Wunsch nach Partizipation an der dort konzentrierten Arbeit. Dies gilt auch für Deutschland und ebenso für Personen aus entwickelten Ländern wie für solche aus Dritte-Welt- und Schwellenländern (Bade & Münz, 2002; Bundesministerium des Inneren, 2013; Münz, R et al., 2001). Daneben gibt es die Gruppe der Flüchtlinge, die aufgrund politischer, ethischer, religiöser und sozialer Konflikte ihre Herkunftsländer verlassen müssen. Auch Verfolgungen aufgrund des (weiblichen) Geschlechts und der sexuellen Orientierung sind oftmals Gründe, die eine Person zur Flucht zwingen. Heirat, Aus- und Weiterbildung stellen weitere Motive für die Migration nach Deutschland dar, wie auch die Internationalisierung der Arbeitsmärkte, die für Hochgebildete und leitende Angestellte immer häufiger auch die Notwendigkeit zur zeitweisen Verlagerung des Arbeitsplatzes in ein anderes Land bedeutet (Bender, Rürup, Seifert & Sesselmeier, 2000).

Um die heterogene juristische und soziale Situation von Migranten in Deutschland sowie die Auswirkungen auf die gesundheitliche Lage und Versorgung und das Gesundheitshandeln dieser Population zu verstehen, ist es nötig, die Wanderungsbewegungen nach Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg nachzuvollziehen (Bundesministerium des Inneren, 2013; Flöthmann, 2004). Für Deutschland waren dabei die nachkolonialen Migrationsströme, wie sie sich für andere Länder darstellten, nicht relevant. Die erste große Migrationswelle in die Gebiete der heutigen Bundesrepublik Deutschland setzte im Januar 1945 mit der Massenflicht der deutschen Bevölkerung aus Pommern, Schlesien und Ostpreußen ein. Insgesamt handelte es sich dabei um etwa 15 Millionen Menschen (Brucks, 2001, S.42).

Der Bedarf nach niedrig entlohnten Arbeitskräften, der durch den wirtschaftlichen Aufschwung nach dem Zweiten Weltkrieg in Westeuropa entstand, war Grundlage für einen zweiten größeren Einwanderungsschub. Andere Staaten begegneten dieser Situation zumindest zum Teil durch die Förderung der Einwanderung von Menschen aus ehemaligen Kolonien (Münz, Rainer, 1997), in Deutschland wurden Arbeitskräfte aus dem Ausland als „Gastarbeiter“ angeworben. Zwischen den Jahren 1955 und 1970 wurden Anwerbeabkommen zunächst mit Italien, dann mit Spanien, Griechenland, der Türkei, Marokko, Portugal, Tunesien und Jugoslawien, zuletzt mit Südkorea ausgehandelt. Durch die gestellten Anforderungen handelte es sich bei den einwandernden Personen um junge, gesunde Männer. Es war vorgeesehen, dass diese Menschen für eine eher kurze Zeit in Deutschland arbeiten sollten, um dann in ihre Heimatländer zurückzukehren. Die Arbeitsmigration erreichte zu Beginn der siebziger Jahre ihren Höhepunkt.

Im gleichen Jahr wurde aufgrund der Ölkrise und der befürchteten Wirtschaftskrise ein Anwerbestopp verhängt, der zwei gegensätzliche Folgen hatte. Auf der einen Seite wurden Arbeitsverträge nicht verlängert, weshalb viele Personen, vorwiegend aus Staaten der damaligen Europäischen Gemeinschaft, in ihre Heimatländer zurückkehrten. Auf der anderen Seite ließen sich viele andere, vorwiegend türkische Staatsbürger, längerfristig nieder, da nach einer Ausreise nicht noch einmal eine Arbeit in Deutschland aufgenommen werden durfte. Dies hatte einen verstärkten Familiennachzug zur Folge, der Anwerbestopp wirkte dadurch auch stark migrationsfördernd. In der Folge wurde die zweite Generation der Einwanderer in Deutschland geboren, womit in den meisten Fällen eine endgültige Verlegung des Lebensmit-

telpunktes verbunden war. Deutschland wurde spätestens zu diesem Zeitpunkt de facto zu einem Einwanderungsland.

Seit 1994 hat die Bundesrepublik Deutschland mit mehreren zentral- und osteuropäischen Ländern Werkvertrags- beziehungsweise Gastarbeiterabkommen geschlossen, die zu einer neuen Form der Arbeitsmigration geführt haben, die auch zahlenmäßig eine der relevantesten ist. In diesem Rahmen werden

- Werkverträge mit ausländischen Firmen geschlossen, die ihre eigenen Arbeitnehmer nach deutschem Tarifrecht beschäftigen und versichern müssen,
- Gastarbeiter an deutsche Betriebe bis zu einer Höchstdauer von 18 Monaten vermittelt und
- Saisonarbeiter für wenige Monate dauernde Arbeiten eingestellt, etwa in der Landwirtschaft (Brucks, 2001, S.45).

Der Aufenthalt dieser Personen soll nicht dauerhaft sein, die langfristigen Folgen dieser Form der Migration mit ihren eventuellen Effekten auch auf die gesundheitliche Lage und Versorgung der betroffenen Personen sind derzeit aber noch nicht abzusehen.

Durch die politischen Veränderungen in Folge der Wende 1989/90 kam es zu einer weiteren Wanderungsbewegung, insbesondere von so genannten „Spätaussiedlern“ aus Zentral- und Osteuropa. Als „Deutschstämmige“ werden diese allerdings nicht in der Ausländerstatistik erfasst. Die jüngere Generation von Spätaussiedlern verfügt häufig nicht mehr über so ausgeprägte Sprach- und Kulturkompetenzen wie die vorangegangene, es werden ähnliche Integrationschwierigkeiten beschrieben wie für andere Gruppen von Migranten (Schneider, 2005). In dieser Zeit fand eine weitere relevante Wanderungsbewegung als Reaktion auf den Bürgerkrieg im damaligen Jugoslawien statt; viele dieser Personen sind mittlerweile wieder aus Deutschland ausgereist.

Die Zahlen der Asylbewerber sind in Deutschland seit der restriktiven Veränderung des Grundrechts auf Asyl (Art. 16 GG) in der Folge des Schengen-Abkommens zum 1.7.1993 deutlich zurückgegangen und nicht mehr so relevant für das Migrationsgeschehen in Deutschland wie noch vor 20 Jahren. Seitdem hat „in der Regel keine Chance mehr auf Asyl, wer aus ‚verfolgungsfreien‘ Ländern stammt oder über so genannte ‚sichere Drittstaaten‘ einreist, mit denen sich Deutschland durch entsprechende Zuschreibungen lückenlos umgeben hat“ (Bade, 1997, S. 32) Daneben gibt es eine Reihe anderer Gruppen wie etwa Bürgerkriegsflüchtlinge, auch wenn diese rein zahlenmäßig nicht von so großer Bedeutung waren wie die nach dem Krieg angeworbenen Arbeitskräfte und deren Familien.

Zwischen den Jahren 1991 und 2011 wurden in Deutschland 19,0 Millionen Zuzüge verschiedener Zuwanderergruppen aus dem Ausland registriert (Tab. 1):

„Bis Mitte der 1990er Jahre spielte der Zuzug von (Spät-)Aussiedlern und bis 1995 von Asylsuchenden eine große Rolle, deren Zugang seitdem jedoch auf ein niedrigeres Niveau gesunken ist. Ebenfalls von Bedeutung war seit 1991/92 der Zugang von Kriegs- und Bürgerkriegsflüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien, die größtenteils wieder in ihre Heimat zurückgekehrt sind, sowie die gestiegene, aber zeitlich begrenzte Arbeitsmigration aus Nicht-EU-Staaten.“ (Bundesministerium des Inneren, 2013, S.14)

Als gesetzlich geregelte Arten der Zuwanderung mit unterschiedlichen aufenthaltsrechtlichen Implikationen und damit einhergehenden Auswirkungen auf die gesundheitliche Lage und Versorgung der Migranten gelten

- die EU-Binnenmigration von Unionsbürgern,
- der Familien- und Ehegattennachzug von Drittstaatsangehörigen,

- die Spätaussiedlerzuwanderung,
- der Zugang von Asylbewerbern und Konventionsflüchtlingen sowie jüdischen Zuwanderern aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion,
- die Werkvertrags-, Saison- und Gastarbeitnehmermigration und weitere Formen der Arbeitsmigration aus den neuen EU-Staaten und aus Nicht-EU-Staaten,
- die Zuwanderung zum Zweck des Studiums und der Ausbildung,
- die Zuwanderung aus sonstigen Gründen und
- die Rückkehr deutscher Staatsangehöriger.

Hinzu kommt die so genannte „unkontrollierte Migration“, womit Personen gemeint sind, „die weder einen asyl- oder ausländerrechtlichen Aufenthaltsstatus besitzen, noch eine ausländerrechtliche Duldung vorweisen können und die weder im Ausländerzentralregister (AZR) noch anderweitig behördlich erfasst sind.“ (Bundesministerium des Inneren, 2008, S.158), und die in der Regel die Ausweisung spätestens sechs Monate nach dem Aufgreifen nach sich zieht.

Ebenfalls im Zeitraum 1991-2011 wurden 14,4 Millionen Fortzüge registriert, woraus sich ein Saldo von 4,6 Millionen Zuzügen ergab (Bundesministerium des Inneren, 2013, S. 14).

Im Jahr 2011 wurden in Deutschland insgesamt 958.299 Zuzüge registriert, hiervon waren 87,8% Personen¹⁵ nicht-deutscher Nationalität (ebd., S. 15). Dieser Anteil stieg seit 2005 aufgrund des Rückgangs der Einwanderung deutschstämmiger Spätaussiedler deutlich an. Den Zuzügen standen 2011 678.969 Fortzüge mit einem geringeren Ausländeranteil von 79,4% gegenüber (ebd.).

Zwischen den Jahren 1991 und 2003 war die Migration geprägt durch den Zuzug von Werkvertrags- und Saisonarbeitnehmern, Asylbewerbern und (Spät-) Aussiedlern sowie der EU-Binnenmigration nach Deutschland (Tab. 1). Ab 2004 nahm das Ausmaß der EU-Binnenmigration zu, der Zuzug von Werkvertrags- und Saisonarbeitnehmern hielt sich etwa auf gleich hohem Niveau, die Zahl sogenannter „Bildungsausländer“ (Studienanfänger) nahm ebenfalls zu, andere Formen des Zuzugs verloren an Bedeutung. Insbesondere im Jahr 2011 war eine deutliche Erhöhung der EU-Binnenmigration zu verzeichnen, eine wichtige Ursache hierfür ist in der Wirtschaftskrise zu suchen.

Zur Zahl von Personen, die sich ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland aufhalten, können keine belastbaren Angaben gemacht werden (Schneider, 2012). Die Gründe für einen sogenannten „irregulären“ Aufenthalt in Deutschland sind zahlreich:

„Die Illegalität von Ausländern in Deutschland ist nicht nur Folge einer unerlaubten Einreise, sondern kann auch im Land entstehen. Folgende Formen der Illegalität hinsichtlich der Einreise, des Aufenthalts und der Beschäftigung im Inland können unterschieden werden: Einerseits die unkontrollierte Zuwanderung in Gestalt eines unbemerkten Grenzüberttritts ohne Einreisegenehmigung oder die Einreise mit gefälschten Papieren, gefolgt von unerlaubtem Inlandsaufenthalt und illegaler Arbeitsaufnahme, unangemeldet oder mit Hilfe gefälschter Papiere. Andererseits Illegalisierung nach legaler Einreise zu befristetem Aufenthalt (zum Beispiel als Tourist, Saisonbeschäftigter, Geschäftsreisender, Asylbewerber) durch rechtswidrigen Verbleib nach Überschreiten der gewährten Aufenthaltsfrist (Untertauchen in die Illegalität nach Eintreffen der Ausreiseaufforderung, um drohender Abschiebung zu entgehen).“ (Bundesministerium des Inneren, 2003, S.72)

¹⁵ Zahlen, die nicht eigenen Berechnungen, sondern der zitierten Literatur entstammen, werden in dieser Arbeit so genau wie verfügbar berichtet, dabei kommt es zu Unterschieden in der Anzahl der berichteten Nachkommastellen.

Tabelle 1
Legale Zuwanderungen von Personen nicht-deutscher Staatsangehörigkeit nach Deutschland, nach Gruppe der Zuwanderung und Jahr (1991-2011)¹

Jahr	EU-Binnenmigration	Familien-nachzug	(Spät-) Aussiedler	Jüdische Zuwanderer	Asylbewerber	Werkvertragsarbeitnehmer	Saisonarbeitnehmer und Schaustellergehilfen	IT-Fachkräfte ³	Bildungsausländer
1991	128.142	–	221.995	–	256.112	51.771	128.688	–	–
1992	120.445	–	230.565	–	438.191	94.902	212.442	–	–
1993	117.115	–	218.888	16.597	322.599	70.137	181.037	–	26.149
1994	139.382	–	222.591	8.811	127.210	41.216	137.819	–	27.922
1995	175.977	–	217.898	15.184	127.937	49.412	176.590	–	28.223
1996	171.804	–	177.751	15.959	116.367	45.753	197.924	–	29.391
1997	150.583	–	134.419	19.437	104.353	38.548	205.866	–	31.123
1998	135.908	62.992	103.080	17.788	98.644	32.989	207.927	–	34.760
1999	135.268	70.750	104.916	18.205	95.113	40.035	230.347	–	39.905
2000	130.683	75.888	95.615	16.538	78.564	43.682	263.805	4.341	45.652
2001	120.590	82.838	98.484	16.711	88.278	46.902	286.940	6.409	53.183
2002	110.610	85.305	91.416	19.262	71.124	45.446	307.182	2.623	58.480
2003	98.709	76.077	72.885	15.442	50.563	43.874	318.549	2.285	60.113
2004	266.355	65.935	59.093	11.208	35.607	34.211	333.690	2.273	58.247
2005	286.047	53.213	35.522	5.968	28.914	21.916	329.789	–	55.773
2006	289.235	50.300	7.747	1.079	21.029	20.001	303.429	2.845	53.554
2007	343.851	42.219	5.792	2.502	19.164	17.964	299.657	3.411	53.759
2008	335.914	39.717	4.362	1.436	22.085	16.576	285.217	3.906	58.350
2009	348.909	42.756	3.360	1.088	27.649	16.208	294.828	2.465	60.910
2010	398.451	40.210	2.350	1.015	41.332	17.983	293.711	2.347	66.413
2011	532.395	40.975	2.148	986	45.741	19.405	207.695	2.021	72.886

¹ Eine Addition der Zuwanderergruppen zu einer Gesamtsumme ist aufgrund unterschiedlicher Erhebungskriterien (z. B. Fall- vs. Personenstatistik) nicht möglich.

² Bis 2003: EU-14; 2004-2006: EU-24; ab 2007: EU-26.

³ Für die Jahre 2000 bis 2004 IT-Fachkräfte im Rahmen der Green Card-Regelung; ab 2006 IKT-Fachkräfte nach § 18 AufenthG i.V.m. § 27 Nr. 1 BeschV. Aufgrund datentechnischer Umstellungen liegen für das Jahr 2005 keine Zahlen vor.

Quelle: Bundesministerium des Inneren (2013), S. 40.

Zur näherungsweisen Beschreibung der Situation im Bereich von Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus werden zwei Indikatoren herangezogen: die Zahl der unerlaubt nach Deutschland eingereisten Ausländer an den deutschen Grenzen sowie die Zahl der nichtdeutschen Tatverdächtigen ohne legalen Aufenthalt nach der polizeilichen Kriminalstatistik (Lederer, 2004; Sinn, Kreienbrink, von Loeffelholz & Wolf, 2006). Nach einem kontinuierlichen Rückgang von 54.298 als unerlaubt nach Deutschland eingereisten und dabei identifizierten Personen im Jahr 1993 kam es seitdem zu einem kontinuierlichen Rückgang (Bundesministerium des Inneren, 2013, S. 150). Seit 2005 lag diese Zahl unter 20.000 Personen pro Jahr, im Jahr 2011 mit 21.156 ebenfalls am unteren Rand seit Start der Erfassung im Jahr 1990. Die Anzahl von Personen, die aufgrund eines nicht vorhandenen legalen Aufenthaltsstatus in der polizei-

lichen Kriminalstatistik verzeichnet sind, sank von einer Spitze im Jahr 1998 mit 140.779 Personen auf 51.630 Personen im Jahr 2011 (ebd., S. 152).

Die fünf häufigsten Staatsangehörigkeiten der im Jahr 2011 zugewanderten Migranten waren polnisch (18,0%), deutsch (12,2%) rumänisch (10,0%), bulgarisch (5,4%) und ungarisch (4,4%, ebd., S. 184ff.). Ein hoher Anteil von 75,8% aller Zuwanderungen fand, ähnlich wie in den Jahren zuvor, aus anderen europäischen Staaten inklusive der Türkei und Russland statt, 19,4% aller Zuwanderer kamen aus den Staaten der alten Europäischen Union (EU-14), 42,7% aus den neuen EU-Staaten (EU-12, ebd., S. 16).¹⁶

Seit entsprechenden Änderungen im Zuwanderungsgesetz im Jahr 2004 werden von Personen, die für einen längeren Zeitraum als drei Monate nach Deutschland zuwandern, im AZR ebenfalls die Gründe für die Zuwanderung abgebildet. Im Jahr 2011 waren die häufigsten Gründe familiärer Natur (20,1%), die Aufnahme einer Beschäftigung (14,0%), ein Studium (13,8%), oder die Erlangung einer Aufenthaltsgestattung oder Duldung (10,1%, ebd., S. 36).

Die Zusammensetzung der verschiedenen Gruppen etwa der migrantischen Bevölkerung in Deutschland ist nicht statisch. Bei einer Gesamtzahl von 1,8 Millionen türkischen Personen in Deutschland änderte sich zum Beispiel deren Anzahl zwischen 2001 und 2006 jährlich um nur etwa 9.500 Personen, diese Änderungen ergeben sich aber aus durchschnittlich 45.320 zugezogenen und 35.850 weggezogenen Personen pro Jahr (Razum, 2008, S. 13).

In Bezug auf die gesundheitliche Lage und die adäquate medizinische Versorgung von Migranten bleiben immer die individuelle Migrationserfahrung und deren Kontext entscheidend. Diese hängt dabei nur zum Teil von der Zugehörigkeit zu einer spezifischen Immigrantengruppe ab. Wichtiger als eine solche klassifikatorische Zuordnung bleibt daher die Analyse der auf der Ebene eines Individuums oder einer spezifischen Gruppe gegebenen migrationsbedingten gesundheitlichen Risikofaktoren (Kap. 1.3-1.5).

1.2.2 Demographische und sozialstrukturelle Daten von Migranten in Deutschland

In Deutschland lebten zum 31. Dezember 2011 81.843.743 Menschen (Statistisches Bundesamt, 2013d, S. 27).¹⁷ Hiervon hatten nach Bevölkerungsfortschreibung 7.409.753 eine nicht-deutsche Nationalität, nach AZR eine Anzahl von 6.930.896, dies entspricht einem Ausländeranteil von 9,1% (Bevölkerungsfortschreibung) beziehungsweise 8,5% (AZR) an der Gesamtbevölkerung (Bundesministerium des Inneren, 2013, S. 163).

Laut Schätzungen auf Grundlage des Mikrozensus hatten 15,962 Millionen Menschen in Deutschland einen Migrationshintergrund (im engeren Sinn, Kap. 1.2.1), hiervon etwa 8,771 Millionen Personen mit deutscher Staatsbürgerschaft und 7,191 Millionen mit einer ausländischen (ebd., S. 156). Damit hatten 19,5% der Bevölkerung in Deutschland einen Migrationshintergrund, mehr als die Hälfte hiervon besaß die deutsche Staatsangehörigkeit.

Betrachtet nach Art der Migrationserfahrung bildeten Ausländer mit eigener Migrationserfahrung (35,6%) den größten Anteil dieser Personengruppe (Tab. 2). Etwa zwei Drittel der Migranten in Deutschland verfügten über eine eigene Migrationserfahrung im Sinne einer Einwanderung nach Deutschland (erste Generation), etwa ein Drittel wurde bereits in Deutschland geboren (zweite oder dritte Generation).

¹⁶ Ein Überblick über die aktuelle Verteilung der Nationalitäten der Populationen von Ausländern und Personen mit Migrationshintergrund wird in Kap. 1.2.2 gegeben.

¹⁷ Im Vergleich hierzu wurde die Einwohnerzahl Deutschland auf Grundlage des Zensus 2011 auf 80.327.900 nach unten korrigiert.

Tabelle 2
Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland, nach Art der Migrationserfahrung

Art der Migrationserfahrung	Anteil (%)
Ausländer mit eigener Migrationserfahrung	35,6
Ausländer ohne eigene Migrationserfahrung	9,5
(Spät-) Aussiedler und weitere Deutsche mit eigener Migrationserfahrung, aber ohne Einbürgerung	20,1
Eingebürgerte mit eigener Migrationserfahrung	11,3
Eingebürgerte ohne eigene Migrationserfahrung	2,7
Deutsche ohne eigene Migrationserfahrung (mindestens ein Elternteil zugewandert oder als Ausländer in Deutschland geboren)	20,9

Quelle: Mikrozensus 2011, nach Bundesministerium des Inneren (2013), S.157

Die Anteile von Ausländern und Migranten an der jeweiligen Gesamtbevölkerung unterscheiden sich deutlich für die alten und die neuen **Bundesländer**. Der höchste Anteil von Migranten war 2011 in Bremen gegeben (28,2%), Berlin lag nach Hamburg (27,0%), Baden-Württemberg (26,2%), Hessen (25,3%) auf dem fünften Platz mit 24,8% (Bundesministerium des Inneren, 2013, S. 243). Der durchschnittliche Migranten-Anteil in den neuen Bundesländern lag deutlich darunter bei insgesamt 4,7%. Berlin verzeichnete in Deutschland den höchsten Anteil ausländischer Personen (14,1%) an der Gesamtbevölkerung, in den neuen Bundesländern betrug der Ausländer-Anteil im Durchschnitt nur 2,5% (ebd., S. 248).

Tabelle 3
In Deutschland lebende Ausländern nach ausgewählten Herkunftsländern, absolut und Anteil an der gesamten Ausländerpopulation, 2011

Staatsangehörigkeit	absolut	Anteil
Türkei	1.607.161	23,2%
Italien	520.159	7,5%
Polen	468.481	6,8%
Griechenland	283.684	4,1%
Kroatien	223.014	3,2%
Serbien	197.984	2,9%
Russische Föderation	195.310	2,8%
Österreich	175.926	2,5%
Rumänien	159.222	2,3%
Bosnien und Herzegowina	153.470	2,2%
Niederlande	137.664	2,0%
Kosovo	136.937	2,0%
Ukraine	123.300	1,8%
Portugal	115.530	1,7%
Frankreich	110.938	1,6%
Spanien	110.193	1,6%
Vereinigte Staaten/USA	101.643	1,5%
Vereinigtes Königreich	98.406	1,4%
Bulgarien	93.889	1,4%
China	86.435	1,2%
Vietnam	83.830	1,2%

Staatsangehörigkeit	absolut	Anteil
Ungarn	82.760	1,2%
Irak	82.438	1,2%
Mazedonien	67.147	1,0%

Quelle: Statistisches Bundesamt (2012a), Tabellenanhang, Tab. 3a; eigene Berechnungen

Die **Herkunft** von in Deutschland lebenden Migranten und Ausländern verteilte sich auf mehr als 190 unterschiedliche Länder. Die entsprechenden Nationalitäten können darüber hinaus in verschiedene ethnische Gruppierungen unterteilt sein, deren Unterschiede unter Umständen integrationspolitisch von Relevanz sein können (etwa Türken und Kurden mit türkischer Staatsangehörigkeit), aber von der Ausländerstatistik nicht erfasst werden. Der mit deutlichem Abstand höchste Anteil von Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft (23,2%) stammte aus der Türkei (Tab. 3).

Tabelle 4
In Deutschland lebende Migranten nach ausgewählten Herkunftsländern¹, absolut und Anteil an der gesamten Migrantenpopulation

Staatsangehörigkeit	absolut	Anteil (%)
Türkei	2.956.000	18,5
Polen	1.473.000	9,2
Russische Föderation	1.227.000	7,7
Kasachstan	922.000	5,8
Italien	780.000	4,9
Rumänien	484.000	3,0
Griechenland	392.000	2,5
Kroatien	360.000	2,3
Serbien	286.000	1,8
Ukraine	273.000	1,7
Bosnien-Herzegowina	228.000	1,4

¹ eigenes Herkunftsland oder bei fehlender eigener Migrationserfahrung das mindestens eines Elternteils

Quelle: Bundesministerium des Inneren (2013), S. 124

Die Populationen aus den 20 im Jahr 2011 in Deutschland am häufigsten bei Ausländern vertretenen Staatsangehörigkeiten deckten zusammen 73,7% aller Ausländer ab. 79,5% aller Ausländer kamen aus europäischen Staaten, gefolgt von Asien (12,3%), Afrika (4,0%), Nord- und Süd-Amerika (3,2%) und Australien/Ozeanien (0,2%, Statistisches Bundesamt, 2012a, Tabellenanhang, Tab. 3a, eigene Berechnungen). 37,5% aller Ausländer stammten aus Staaten der Europäischen Union (ebd.).

Trotz verschiedener Abweichungen deckte sich die Herkunftsverteilung der 2011 in Deutschland lebenden Ausländer in etwa mit der Verteilung der Herkunftsländer von Migranten (beziehungsweise bei fehlender eigener Migrationserfahrung mindestens eines Elternteils), die im Rahmen des Mikrozensus 2011 abgebildet wurde (Tab.4).¹⁸ Migranten mit Herkunft aus

¹⁸ Diese Anteile liegen für die migrantische Population verschiedener Nationalitäten vorwiegend deshalb niedriger als für die Ausländerpopulation, da im Mikrozensus von einem hohen Prozentsatz (29,8%) der befragten Personen keine Angabe zum Herkunftsland erhoben werden konnte.

einem der ehemaligen Anwerbestaaten (Kap. 1.2.1) hatten überproportional häufig keine eigene Migrationserfahrung: 49,6% der Migranten mit türkischem, 45,5% mit italienischem, und 42,1% mit griechischem Migrationshintergrund wurden bereits in Deutschland geboren. Demgegenüber waren hohe Anteile aus zentral- und osteuropäischen Staaten Migranten der ersten Generation: nur 22,8% polnischer, 19,0% rumänischer, 18,2% russischer und 14,7% ukrainischer Migranten waren in Deutschland geboren (Bundesministerium des Inneren, 2013, S. 159).

Die **Geschlechtsverteilung** von Migranten (50,3% Männeranteil) wie Ausländern (51,2% Männeranteil) in Deutschland (Bundesministerium des Inneren, 2013, S. 168 und 161) war Ende 2011 annähernd ausgewogen und entsprach der der Allgemeinbevölkerung (49,1% Männeranteil, Statistisches Bundesamt, 2012b, S. 32). Bei Stratifikation je nach Herkunftsland zeigten sich zum Teil Verschiebungen, so etwa ein höherer Frauenanteil für Personen mit Herkunft aus der Ukraine (57,5%), Russland (53,8%) oder Polen (53,2%), ein höherer Männeranteil für Italien (59,4%), Griechenland (54,1%), sowie einer Herkunft aus afrikanischen Länder (55,5%, Bundesministerium des Inneren, 2013, S. 160). Als Einflussfaktoren für einen höheren Frauenanteil wurden etwa unterschiedlich ausgeprägte Heiratsmigration, für einen höheren Männeranteil eher männlich geprägte Arbeits- und Fluchtmigration in bestimmten migrantischen Subpopulationen diskutiert (Bundesministerium des Inneren, 2013; Krienbrink & Rühl, 2007).

Ein Vergleich der **Altersstruktur** zeigte deutlich höhere Anteile der migrantischen (67,4%) wie auch der ausländischen Bevölkerung (65,4%) in den jüngeren Altersgruppen bis 44 Jahre als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (47,1%, Abb. 2). Damit lag das Durchschnittsalter der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (46,1 Jahre) auch deutlich über dem von Migranten (35,2 Jahre) und dem von Ausländern (39,4 Jahre, Bundesministerium des Inneren, 2013, S. 159 und 167), (Statistisches Bundesamt, 2012a, Tabellenanhang, Tab. 4).

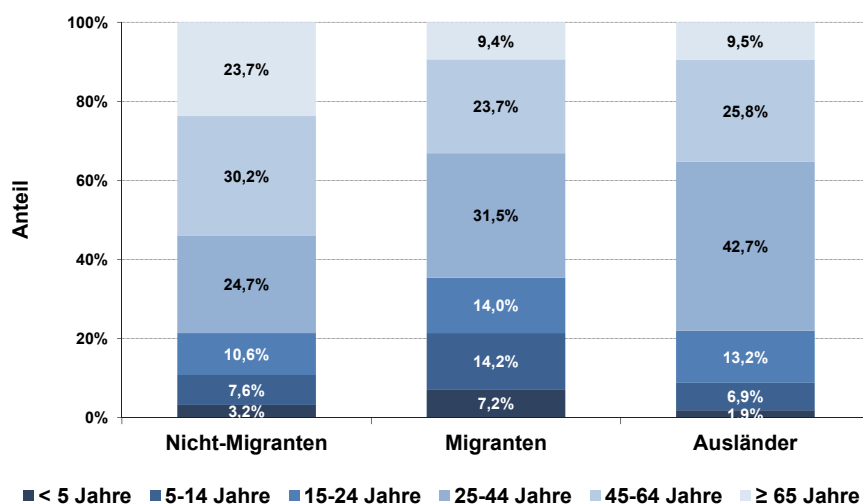


Abbildung 2
Altersverteilung (gruppiert) von Nicht-Migranten, Migranten und Ausländern in Deutschland

Bei einem Vergleich der Gruppen der Nicht-Migranten und der Ausländer ist zu beachten, dass dabei die Gruppe der Deutschen mit Migrationshintergrund nicht in den Vergleich mit einfließt, da diese in keiner der beiden verglichenen Gruppen enthalten ist.
 Quellen: Bundesministerium des Inneren (2013), S. 160; Statistisches Bundesamt (2012a), Tabellenanhang, Tab. 4; eigene Berechnungen

Deutsche mit Migrationshintergrund waren insbesondere in den jüngeren Altersgruppen stärker vertreten. Ein wichtiger Grund hierfür ist die im Jahr 2000 eingeführte ius-soli-Regelung und die damit meist einhergehende doppelte Staatsbürgerschaften beziehungsweise Einbürgerung der in Deutschland geborenen Kinder. So halbierte sich der Anteil von ausländischen Kindern an allen Geburten in Deutschland mit Änderung des Staatsangehörigkeitsrechts im Jahr 2000 auf 4,6% und behielt dieses Niveau bei (2011: 4,8%, Bundesministerium des Inneren, 2013, S. 174). Die Gruppe der Ausländer war daher im Vergleich zur Gruppe der Migranten durchschnittlich älter (s.o.). Für Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus liegen keine belastbaren Daten zur Altersverteilung vor, es wird jedoch davon ausgegangen, dass mobile und risikobereite junge Männer zwischen 20 und 40 Jahren den größten Anteil dieser Gruppe ausmachen (Schmitt, 2006; Schneider, 2012; Waller, 2008).

Im Jahr 2011 betrug die durchschnittliche **Aufenthaltsdauer** von Migranten mit eigener Migrationserfahrung 21,8 Jahre. 82,3% dieser Migranten lebten seit mindestens 9 Jahren in Deutschland, 48,1% seit mehr als 20 Jahren, 13,0% seit mehr als 40 Jahren (Bundesministerium des Inneren, 2013, S. 245). Eine Analyse nach Herkunftsländern bildete die Migrationsgeschichte Deutschlands ab: Migranten aus den ehemaligen Anwerbestaaten hatten oftmals lange durchschnittliche Aufenthaltsdauern (Italien: 31,9 Jahre, Griechenland: 29,7 Jahre, Türkei: 27,1), für Länder mit eher neuer Zuwanderungsgeschichte nach Deutschland waren entsprechend kürzere durchschnittliche Aufenthaltsdauern festzustellen (Russland: 14,8 Jahre, Ukraine: 12,8 Jahre, Durchschnitt aller afrikanischen Länder: 16,3 Jahre, ebd.). Ähnliches galt für die ausländische Bevölkerung: die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug für diese im Jahr 2011 19,0 Jahre, 67,1% lebten schon länger als 10 Jahre in Deutschland, 40,1% mehr als 20 Jahre (ebd., S. 255).

Laut Mikrozensus lebten Ende 2011 2,228 Millionen **eingebürgerte Personen** in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2012b, S. 134f). Seit Inkrafttreten des neuen Staatsangehörigkeitsrechts erwarben etwa 1,541 Millionen Personen den deutschen Pass (Bundesministerium des Inneren, 2013, S. 177). 80,9% aller eingebürgerten Personen verfügten über eine eigene Migrationserfahrung, 18,1% waren bereits in Deutschland geboren (Statistisches Bundesamt, 2012b, S. 134f; eigene Berechnungen). Die bei Eingebürgerten häufigste vormalige Nationalität war mit 25,0% türkisch, weitere 24,1% hatten eine frühere Staatsangehörigkeit der europäischen Union in ihrer heutigen Ausdehnung (ebd.). 43,3% aller Personen waren bei Einbürgerung jünger als 25 Jahre, weitere 45,3% zwischen 25 und 45 Jahre alt (ebd.). Nach Änderung des Staatsangehörigkeitsrechts im Jahr 2000 wurde im gleichen Jahr auch die höchste Zahl von Einbürgerungen in Deutschland vorgenommen (186.668), diese ging seitdem zurück und verharrt seit 2008 bei etwa 100.000 pro Jahr (2011: 106.897, Bundesministerium des Inneren, 2013, S. 175). Ein hoher Anteil von Einbürgerungen nach dem Jahr 2000 erfolgte trotz des gesetzlichen Grundsatzes zur Vermeidung von Mehrstaatlichkeit unter Beibehaltung der vormaligen Staatsangehörigkeit (50,4% im Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2011, ebd. S. 177). Aufgrund des insgesamt geringen Anteils von Einbürgerungen bei Ausländern besteht in Deutschland nach wie vor ein hohes Einbürgerungspotenzial: 2011 betrug das sogenannte „ausgeschöpfte Einbürgerungspotential“¹⁹ über alle Nationalitäten hinweg nur 2,3%. Einbürgerungen wurden bisher eher von jüngeren und besser integrierten Ausländern wahrgenommen (ebd., S. 175ff.).

62,0% aller Ende des Jahres 2011 in Deutschland lebenden Ausländer hatten ein unbefristetes **Aufenthaltsrecht** inne, 19,8% eine befristete Aufenthaltserlaubnis, 2,0% verfügten nur über eine Duldung oder Aufenthaltsgestattung, die übrigen Personen hatten einen anderen oder

¹⁹ Das ausgeschöpfte Einbürgerungspotential ist das Verhältnis von erfolgten Einbürgerungen zur Zahl jener Ausländerinnen und Ausländer, die seit mindestens zehn Jahren in Deutschland leben und damit theoretisch die Möglichkeit einer Einbürgerung haben.

keinen Aufenthaltstitel (ebd., S. 170ff.). Auch hier bestanden Unterschiede nach Nationalität: Personen aus ehemaligen Anwerbestaaten hatten einen deutlich höheren Anteil unbefristeter Aufenthaltstitel (zum Beispiel Türkei: 75,1%) als Personen aus Staaten mit vorwiegend anderen Migrationsgründen, etwa Ausbildung und Erwerbstätigkeit als auch politische Verfolgung (China 19,0%, Irak 30,4%, ebd. S. 184ff.).

Die konkreten Lebensbedingungen von Menschen beeinflussen auch stark deren gesundheitliche Lage und deren Chancen auf eine adäquate medizinische Versorgung (Kap. 1.4.1.5). In Ergänzung zu den beschriebenen demographischen Daten wird daher im Folgenden die sozialstrukturelle Situation von Migranten und Ausländern in Deutschland anhand einiger zentraler Parameter wie Bildung, Beschäftigung, wirtschaftliche Situation, Wohnsituation sowie Fremdenfeindlichkeit beschrieben.

Sprachkenntnisse sind ein wichtiger Indikator zum Integrationsstand migrantischer Bevölkerungsgruppen und sind eine wichtige Voraussetzung für eine niedrighschwellige Nutzbarkeit des gesundheitlichen Versorgungssystems (Kap. 1.4.1.3). Trotz fehlender Datenquellen aus der amtlichen Statistik lassen sich aus anderen Erhebungen Angaben zu **Kenntnissen der deutschen Sprache** von in Deutschland lebenden Migranten ableiten.

In der 2006/2007 durchgeführten „Repräsentativbefragung ausgewählter Migrantengruppen“ (RAM)²⁰ schätzen 65,3% aller Befragten ihre mündlichen Sprachkenntnisse des Deutschen als „gut“ oder „sehr gut“ ein, nur noch 47,2% ebenfalls ihre deutschen Schriftkenntnisse (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2008, S. 24). Dabei bestanden allerdings Unterschiede zwischen den Nationalitäten: Migranten aus der Türkei bewerteten sowohl ihre mündlichen Sprachkenntnisse (55,7% „gut“ oder „sehr gut“) als auch die schriftlichen (43,4% „gut“ oder „sehr gut“) schlechter als andere Migrantengruppen, etwa mit italienischer Herkunft (74,8% „gut“ oder „sehr gut“ für mündliche, 48,3% für schriftliche Sprachkenntnisse, ebd.). Insgesamt schienen deutliche Defizite im Beherrschen der deutschen Schriftsprache auf, diese Kompetenz nahm mit zunehmenden Alter nochmals ab (ebd., S. 27).

Im Rahmen des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP)²¹ werden in weiteren Abständen Selbsteinschätzungen zu Kenntnissen der deutschen Sprache in Wort und Schrift abgefragt. Hierüber sind auch Veränderungen der Einschätzungen über die Zeit abbildbar. Dabei zeigten sich sowohl für migrantische Männer als auch für Frauen Verbesserungen für mündliche Sprachkenntnisse zwischen 1995 und 2005. 2005 beurteilten zwischen 60% (Türkei) und 78% (sonstige Migranten) der befragten Männer ihre mündlichen Sprachkenntnisse als „gut“ oder „sehr gut“, bei den Frauen galt dies für 47% (Türkei) bis 80% (sonstige Migranten, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2008, S. 28f.). Die eigenen schriftlichen Kenntnisse der deutschen Sprache wurden insgesamt schlechter beurteilt, zudem kam es hier zu geringeren Steigerungen über die Zeit. In der Befragung 2005 befanden zwischen 43% (Türkei) und 61% (sonstige Migranten) der Männer ihre diesbezüglichen Kenntnisse als „gut“ oder „sehr gut“, die Selbsteinschätzungen der Frauen lagen für dieses Merkmal zwischen 37% (Türkei) bis 66% (sonstige Migranten, ebd., S. 28ff.).

²⁰ In der „Repräsentativbefragung ausgewählter Migrantengruppen“ (RAM) wurden 2006/2007 die fünf ausländischen Nationalitätengruppen mit dem größten Bevölkerungsanteil in Deutschland zu verschiedenen Themenkomplexen inklusive vorhandener Sprachkenntnisse befragt (Türkei, Italien, ehemaliges Jugoslawien, Polen, Griechenland, Babka von Gostomski, 2010). Die Sprachkenntnisse der Ausländer wurden im Rahmen der Studie durch Selbsteinschätzungen erhoben.

²¹ Das Sozio-ökonomische Panel (SOEP) ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung von über 12.000 Privathaushalten in Deutschland. Die Befragung wird im jährlichen Rhythmus seit 1984 bei denselben Personen und Familien vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung durchgeführt (Wagner, G. G., Frick & Schupp, 2007).

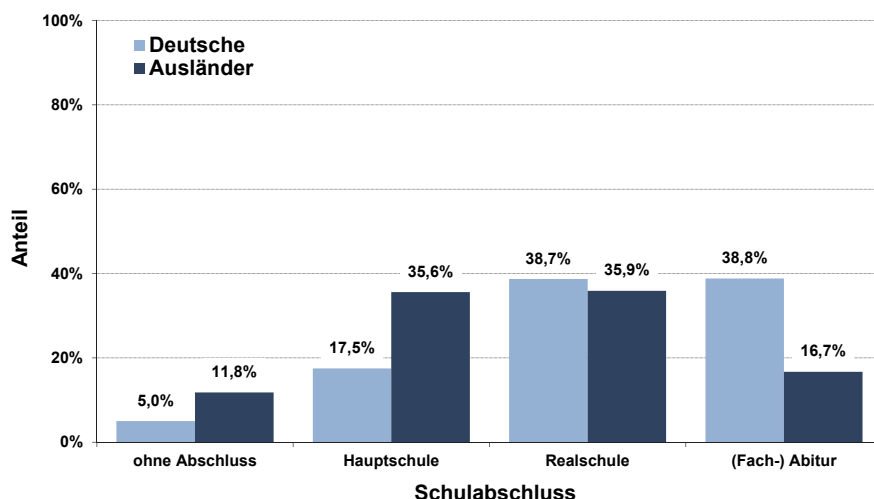


Abbildung 3
Schulabschlüsse in Deutschland (2011), nach Nationalität und Abschlussarten
 Quelle: Statistisches Bundesamt (2011d), S. 291

Im Schuljahr 2011/12 hatten 7,7% aller Schüler eine ausländische Staatsangehörigkeit (Statistisches Bundesamt, 2012c, S. 12). Migrantische und ausländische Jugendliche wiesen insgesamt einen deutlich schlechtere **Schulbildung** auf als die Vergleichsgruppen, ihre gesellschaftlichen Teilhabechancen waren dadurch deutlich verschlechtert (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013, S. XIIIff.). So besuchten 13,3% der deutschen, aber 32,9% der ausländischen Jugendlichen im Schuljahr 2011/12 eine Hauptschule als weiterführende Schule, 36,2% der Deutschen, aber nur 16,7% der Ausländer wurden an einem Gymnasium unterrichtet (Statistisches Bundesamt, 2012c, S. 12). Bildungsarmut (kein Schulabschluss) und weniger qualifizierte Abschlüsse waren bei Ausländern ebenfalls deutlich häufiger (Abb. 3): 47,4% der ausländischen Absolventen im Schuljahr 2011/12 verfügten über keinen Abschluss oder einen Hauptschulabschluss gegenüber 22,4% der deutschen, nur 16,7% der Ausländer erlangten die (Fach-) Hochschulreife, gegenüber 38,8% der deutschen Schulabgänger (ebd., S. 293). Laut Daten des Bildungsbericht 2012 auf Grundlage der PISA-Erhebung wiederholte ein etwa doppelt so hoher Anteil von Schülern mit Migrationshintergrund eine Klasse (29,1%) als dies bei Schülern ohne Migrationshintergrund der Fall war (17,2%), unabhängig vom sozioökonomischen Status des Elternhauses (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2012, S. 258).

Der Anteil ausländischer Personen an der **Berufsausbildung** ging zwischen den Jahren 1994 und 2006 kontinuierlich von 8,0% auf 4,2% zurück und lag Ende 2010 bei 5,1%, bei einem Ausländeranteil in der entsprechenden Altersgruppe von 10,6% (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012a, S. 208). Der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund ohne beruflichen Abschluss oder (Fach-) Hochschulabschluss im Alter zwischen 25 und 35 Jahren sank zwischen den Jahren 2005 bis 2010 von 37,1% auf 31,6%, lag damit aber generell deutlich höher als bei Personen ohne Migrationshintergrund (10,8%-9,2%, Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012b, S. 47). Als Hauptfaktor hierfür galt die geringere schulische Qualifizierung ausländischer Jugendlicher. Der Anteil von Bildungsinländern, also ausländischer Studierender, die ihre Studienberechtigung in Deutschland erworben haben, sank zwischen 2005 und 2010 von 4,4% auf 3,7% und lag damit ebenfalls deutlich unter dem Alters-

entsprechenden Ausländeranteil (10,6%, s.o., ebd., S. 52f.).²² Daten des Berufsbildungsberichts 2013 bestätigten Unterschiede in der Berufsausbildung zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund.²³ Nur 46% der Jugendlichen mit Migrationshintergrund konnten 2012/2013 eine vollqualifizierende Berufsausbildung aufnehmen, gegenüber 61% der Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (Bundesinstitut für Berufsbildung, 2013, S. 95). Eine betriebliche Ausbildungsstelle konnten nur 30% der Jugendlichen mit Migrationshintergrund aufnehmen, aber 46% der Jugendlichen ohne (ebd.). Dies korrespondierte mit der Einschätzung der Jugendlichen zu ihrer gegenwärtigen Ausbildungssituation: nur 31% der Personen mit, aber 42% der Personen ohne Migrationshintergrund bewertete diese als „wunschgemäß“ (ebd., S. 97).

Das Ausmaß und die Art von **Beschäftigung** ist ein zweiter wichtiger Kennwert für den sozialen Status von Individuen oder Gruppen, da die Form und Vergütung von Beschäftigung einen der wesentlichsten Faktoren für die Verteilung von Lebenschancen und die Steigerung von Lebensqualität in allen Bereichen und damit eine der wichtigsten Determinanten für eine gelingende Integration angesehen darstellen (Bundesregierung Deutschland, 2008, S.146). Grundsätzlich war das Berufsspektrum von Migranten und Ausländern in Deutschland wesentlich eingeschränkter als das von Nicht-Migranten beziehungsweise Deutschen, zudem waren sie weit überproportional in Berufssparten vertreten, die weniger angesehen sind und/oder schlechtere Verdienstmöglichkeiten, ungünstige Arbeitsbedingungen, geringe Aufstiegschancen und ein höheres Arbeitsplatzrisiko aufweisen: sie waren vorwiegend im Arbeiterbereich tätig (40% der Migranten gegenüber 22% der Nicht-Migranten), seltener in Angestelltentätigkeiten (49% der Migranten gegenüber 60% der Nicht-Migranten), waren kaum im Beamtenverhältnis anzutreffen (1% der Migranten gegenüber 6% der Nicht-Migranten) und übten eher Berufe des produzierenden Gewerbes aus (32% der Migranten gegenüber 22% der Nicht-Migranten, Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012a, S. 714). 31% der in Deutschland erwerbstätigen Ausländer waren für ihre aktuelle Berufsstellung überqualifiziert, gegenüber einem Anteil von 20% bei Deutschen (ebd., S. 257).

Die **Erwerbstätigenquote**²⁴ von Migranten lag laut Mikrozensus 2010 mit 69,4% unter der von Personen ohne Migrationshintergrund mit 78,2% (ebd., S. 687). Die Erwerbstätigenquote von Migranten variierte stark zwischen verschiedenen Migrantengruppen: so lag sie für Ausländer aus der EU (EU-27) bei 68,4%, für alle anderen Ausländer nur bei 43,0% (ebd.). **Arbeitslosigkeit** gilt grundsätzlich als negativer Einflussfaktor auf die Gesundheit (Robert Koch-Institut, 2003). Die Erwerbslosenquote von Migranten folgte zwischen 2005 und 2010 generell dem gleichen abnehmenden Trend wie bei Deutschen (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012b, S. 77ff.). Die Erwerbslosenquote von Migranten lag dabei im Jahr 2010 aber immer annähernd doppelt so hoch wie

²² Der Ausländeranteil an allen Studierenden ist im Gegensatz zum Anteil von Bildungsinländern nicht aussagekräftig für die Einschätzung der Studienhäufigkeit von Ausländern in Deutschland, da es gerade im universitären Bereich eine hohe Zahl ausländischer Studierender gibt, die sich nur für die Zeit des Studiums in Deutschland aufhalten und daher nicht zur Analyse der Bildungschancen von in Deutschland aufgewachsenen Migranten beziehungsweise Ausländern geeignet sind.

²³ In der zugrunde liegenden Befragung der Bundesagentur für Arbeit und des Bundesinstituts für Berufsbildung aus dem Jahr 2012/2013 wurde die folgende Definition eines Migrationshintergrunds verwendet: „Bewerber/-innen, die in Deutschland geboren wurden und alleine die deutsche Staatsangehörigkeit besaßen und ausschließlich Deutsch als Muttersprache gelernt hatten, wurden als Deutsche ohne Migrationshintergrund eingeordnet; für alle anderen wurde von einem Migrationshintergrund ausgegangen.“ (Bundesinstitut für Berufsbildung, 2013, S. 93)

²⁴ Die Erwerbstätigenquote bezeichnet den Anteil Selbständiger und mithelfender Familienangehöriger sowie abhängig Erwerbstätiger, d. h. sozialversicherungspflichtig Beschäftigter, Beamter und geringfügig Beschäftigter an der Wohnbevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren. (Bundesregierung Deutschland, 2008)

die von Nicht-Migranten, im Jahr 2010 bei 11,8% (gegenüber 6,1% bei Nicht-Migranten), die von Ausländern als migrantischer Untergruppe dabei noch einmal höher bei 13,8% (ebd.). Auch für die höhere Arbeitslosigkeit von Ausländern wurde deren geringere schulische und berufliche Qualifizierung als der wichtigste Grund angesehen (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012a, 2012b). Migranten waren darüber hinaus 2010 etwa doppelt so häufig (13,9%) in Arbeitsverhältnissen mit einem Äquivalenzeinkommen unter der Armutrisikoschwelle²⁵ tätig wie Nicht-Migranten (6,2%), auch hierbei war der größte Anteil bei der Untergruppe der Ausländerinnen zu verzeichnen (16,9%, Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012b, S. 94). Auch im Rahmen des **Bezugs von Transferleistungen** waren Ausländer überproportional vertreten. So bezogen im Jahr 2009 20,9% aller Ausländer Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch beziehungsweise nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, gegenüber 8,3% aller deutschen Bürger (ebd., S. 98). Nach Schätzungen auf Grundlage des Mikrozensus 2010 hatten etwa 30% aller Bezieher von Arbeitslosengeld II einen Migrationshintergrund (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012a, S. 266).

Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung führt verschiedene wichtige Einflussfaktoren auf die **Einkommenssituation** von Migranten an:

„Zu nennen sind hier insbesondere fehlende Qualifikationen, nicht anerkannte berufliche Abschlüsse, Sprachbarrieren, Branchenverteilung sowie Unterschiede in Arbeitszeiten und im Erwerbsverhalten. Zudem bestimmen der Familienstand, die Zahl und das Geschlecht der Einkommensbezieher/-innen im Haushalt, die Zahl der Kinder und deren altersspezifisch unterschiedlicher Bedarf die Einkommenssituation.“ (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2008, S. 80)

Zu einigen dieser Faktoren liegen belastbare Daten aus dem Mikrozensus vor.²⁶ Das Einkommen ist grundsätzlich eng mit Form und Ausmaß der Beschäftigung gekoppelt. Die dort schon festgestellten Unterschiede schlugen sich folgerichtig auch in der Verteilung des Einkommens nieder. Generell ist die Einkommenssituation von Migranten in Deutschland schlechter als die von Personen ohne Migrationshintergrund. Betrachtet man das Haushaltsnetto-Einkommen²⁷, erreichten nur 42,8% aller Haushalte mit Migrationshintergrund ein Einkommen über 2.000€, der entsprechende Anteil bei Personen ohne Migrationshintergrund lag bei 49,8% (Abb. 4). Der Anteil von Einkommen unter 1.500€ lag bei Migranten bei 40,7%, bei Nicht-Migranten bei 36,6%.

Hierbei ist zu beachten, dass Migranten häufiger in Haushalten lebten, denen kein Einkommen aus Erwerbsarbeit zur Verfügung stand (in 2010 14,8% gegenüber 7,3% bei Nicht-Migranten (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012b, S.101). Zudem lebten Migranten oftmals in Haushalten mit einer höheren Anzahl von Haushaltsmitgliedern, für die das Haushaltsnetto-Einkommen aufgewandt werden muss, wodurch das pro-Kopf-Einkommen weiter sank. Der Anteil von Migranten mit einem **Ar-**

²⁵ Die Armutrisikoschwelle ist definiert als ein Äquivalenzeinkommen von weniger als 60% des Medians des gesamt-Äquivalenzeinkommens (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012b, S. 94).

²⁶ Der Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung basiert auf Daten der Einkommens- und Verbraucherstichprobe (EVS) sowie auf Daten des EU-SILC. Da in diesen Untersuchungen Ausländerinnen und Ausländer beziehungsweise Personen mit Migrationshintergrund nicht ausgewiesen sind, wird hier auf Daten des Mikrozensus zurückgegriffen.

²⁷ Das Haushaltsnettoeinkommen wird berechnet als Summe aller Einkunftsarten ohne Steuern und Sozialversicherungsbeiträge, zum Beispiel Erwerbseinkommen, Unternehmereinkommen, Rente, Pension, öffentliche Unterstützung, Einkommen aus Vermietung und Verpachtung, Arbeitslosengeld und -hilfe, Kindergeld, Wohngeld und Sachbezüge.

Armutrisiko²⁸ lag in Deutschland im Jahr 2010 mit 26,2% mehr als doppelt so hoch wie bei Nicht-Migranten mit 11,7% ausgesetzt, der entsprechende Anteil in der ausländischen Bevölkerung lag noch höher bei 31,7% (ebd., S. 87). Auch hier waren deutliche Unterschiede innerhalb der Migrantenpopulation festzustellen.

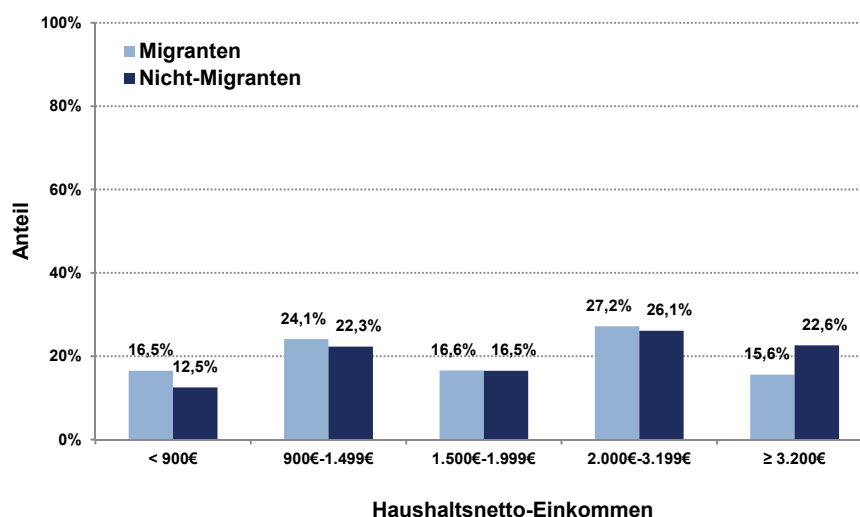


Abbildung 4
Monatliches Haushaltnett-Einkommen 2011 (klassiert), nach Migrationsstatus
 Quelle: Statistisches Bundesamt (2012b), S. 204f.

Auch in Bezug auf die **Wohnsituation** waren Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund festzustellen. Die durchschnittliche Wohnungsgröße von Miethaushalten nach der Zahl der Haushaltsmitglieder betrug im Jahr 2010 bei Migranten 46,2m², bei Nicht-Migranten 55,8m² pro Normperson (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012b, S. 112).²⁹ Weiterhin lag die Größe der von Ausländern gebildeten Haushalte 2010 deutlich über der von Nicht-Migranten: 38,4% der Migranten-Haushalte, aber nur 21,9% der Haushalte von Nicht-Migranten umfassten drei oder mehr Personen (Statistisches Bundesamt, 2012b, S. 204f). 26,2% aller Haushalte von Migranten in Deutschland lebten 2010 in selbst genutztem Wohneigentum, gegenüber 47,6% bei Nicht-Migranten und nur 19,7% bei Ausländern (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012b, S. 117).

Fremdenfeindlichkeit ist ein Phänomen, das die lebensweltliche Situation und dabei auch die gesundheitliche Lage von Migranten massiv beeinflussen kann. Sie kann sehr unterschiedliche Formen annehmen, von latent empfundener Missachtung bis hin zu offener Diskriminierung, von direkten persönlichen Angriffen bis hin zu strukturellen Benachteiligungen. Fremdenfeindlichkeit kann zu ausgeprägten Stresssituationen mit negativen Auswirkungen auf das körperliche und psychische Wohlbefinden führen. Sie kann aber ebenso zu strukturellen Benachteiligungen führen, etwa durch eine zu geringe Sensibilität für spezifische Bedürfnislagen von Migranten, so auch im gesundheitlichen Versorgungssystem (Kap 1.4).

Es liegen nur sehr begrenzt Daten zum Ausmaß von Fremdenfeindlichkeit in Deutschland vor. Ein Indikator hierfür ist die Statistik rassistisch, rechtsextrem oder fremdenfeindlich motivierter Straftaten. Im Verfassungsschutzbericht 2010 wurde mit 345 solcher Delikte eine rückläu-

²⁸ Die Armutrisikoschwelle liegt in Deutschland für eine Person bei 60% des medianen Pro-Kopf-Nettoeinkommens (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013, S. 461).

²⁹ Normpersonen berechnet nach OECD-Gewichten: Bezugsperson=1, weitere Erwachsene 0,5, Kinder unter 14 Jahren=0,3 (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012b, S. 112).

fige Zahl gegenüber den Vorjahren genannt (ebd., S.145). Im Rahmen der repräsentativen Langzeit-Untersuchung „Gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit“ werden Daten zu fremdenfeindlichen Einstellungen in Deutschland erhoben. Aktuelle Ergebnisse zeigten einen Rückgang fremdenfeindlicher Einstellungen in der Bevölkerung. So nahm der Anteil von Personen, die der Aussage „Es leben zu viele Ausländer in Deutschland“ „voll und ganz“ oder „eher“ zustimmten, im Vergleich der Jahre 2002 und 2009 signifikant von 55,4% auf 45,8% ab (Zick, Lobitz & Groß, 2010, S. 79). Trotzdem belegen die Daten der Studie ein grundsätzlich hohes Ausmaß an Fremdenfeindlichkeit in Deutschland.

Zusammenfassend geht aus den in diesem Kapitel berichteten Daten hervor, dass Migranten in Deutschland eine heterogene Gruppe im Hinblick auf deren rechtliche, soziale und wirtschaftliche Lage sind. Insgesamt jedoch zeigten die bisher vorhandenen sozialstrukturellen Daten zur Situation von in Deutschland lebenden Migranten und Ausländern deutlich schlechtere wirtschaftliche und soziale Kennwerte für diese Gruppen in vielen Bereichen im Vergleich zu Nicht-Migranten. Auf Grundlage von Modellen zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit (Kap. 2.1) ist davon auszugehen, dass sich die hier dargestellten sozialstruktureller Faktoren, neben direkt migrationsbedingten Einflussfaktoren, in entscheidendem Maß auf die gesundheitliche Lage von Migranten in Deutschland wie auch auf Zugang und Qualität von deren medizinischer Versorgung auswirken (Kap. 1.4.1). Detailliertere Daten zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von Migranten in Deutschland werden in Kap. 1.3 dargestellt.

1.2.3 Demographische Daten zur Situation von Migranten in Berlin

In Berlin lebten zum 31.12.2012 bei 3.375.222 Einwohnern insgesamt 480.996 Ausländer (14,3%, Statistisches Bundesamt, 2013b). Damit lag der Ausländeranteil in Berlin zwar über dem bundesdeutschen Durchschnitt mit 9,1% (Kap. 1.2.2), aber deutlich unter dem anderer deutscher Großstädte wie Frankfurt/Main (25,0%), München (22,1%) oder Stuttgart (21,5%, Statistisches Bundesamt, 2012a, S. 198ff.).

Absolut lebten in Berlin die meisten Ausländer in einer deutschen Stadt. Der Anteil von Migranten wurde auf Basis des Mikrozensus 2011 für Berlin mit 24,8% angegeben, auch hier war Berlin mit geschätzten 863.000 Personen die Stadt mit der höchsten Zahl migrantischer Einwohner in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2013a, S. 34).

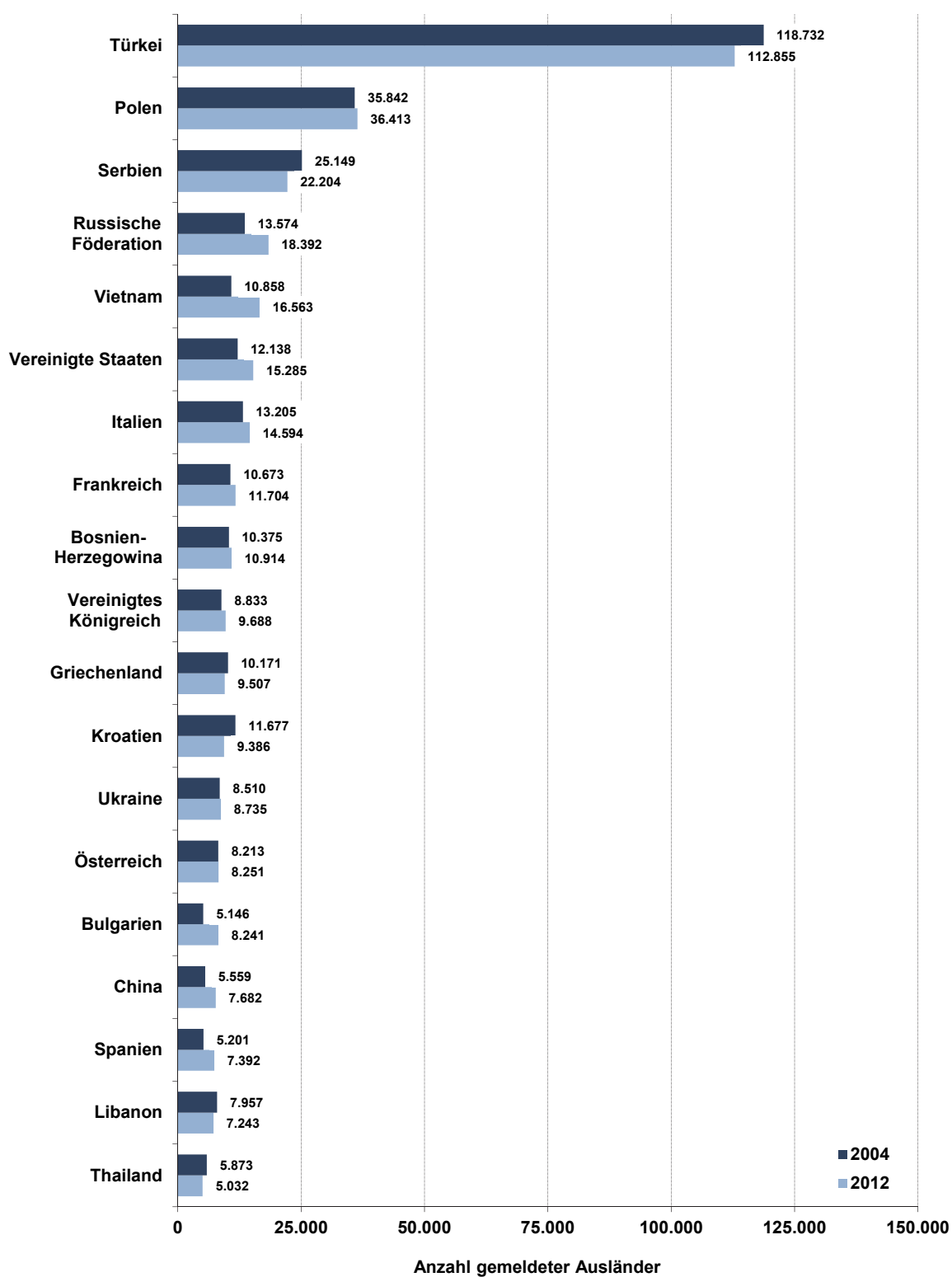


Abbildung 5
 Ausländer in Berlin (absolut) am 31.12.2004 und 31.12.2012, nach Stichtag und Nationalität mit Anteil > 1% an allen in Berlin zum Stichtag (31.12.2004 bzw. 31.12.2012) registrierten Ausländern ($n_{2005}=411.750$; $n_{2012}=480.996$)

Quelle: Statistisches Bundesamt (2013c)

Auch in Berlin war die Türkei das **Herkunftsland** mit dem weitaus höchsten Anteil an allen Bürgern mit nicht-deutscher Nationalität (23,5% in 2012)³⁰, mit deutlichem Abstand gefolgt von Polen (7,6%) und Serbien inkl. Montenegro (4,6%, Abb. 5). Insgesamt betrachtet spiegelte sich damit in Berlin die bundesdeutsche Situation wider. In der Zusammensetzung der ausländischen Bevölkerung nach Nationalität waren nur geringe Verschiebungen zwischen den Jahren 2004 und 2012 festzustellen. Gleiches gilt für die Ausländeranteile in den Berliner Verwaltungsbezirken (Abb. 6). Mitte, Neukölln und Friedrichshain-Kreuzberg waren die drei Bezirke mit den mit Abstand höchsten Anteilen von Ausländern. Im Jahr 2001 entstanden im Rahmen einer Bezirksreform aus der Zusammenlegung von 23 Bezirken sehr unterschiedlicher Größe 12 neue Bezirke (Abb. 6).

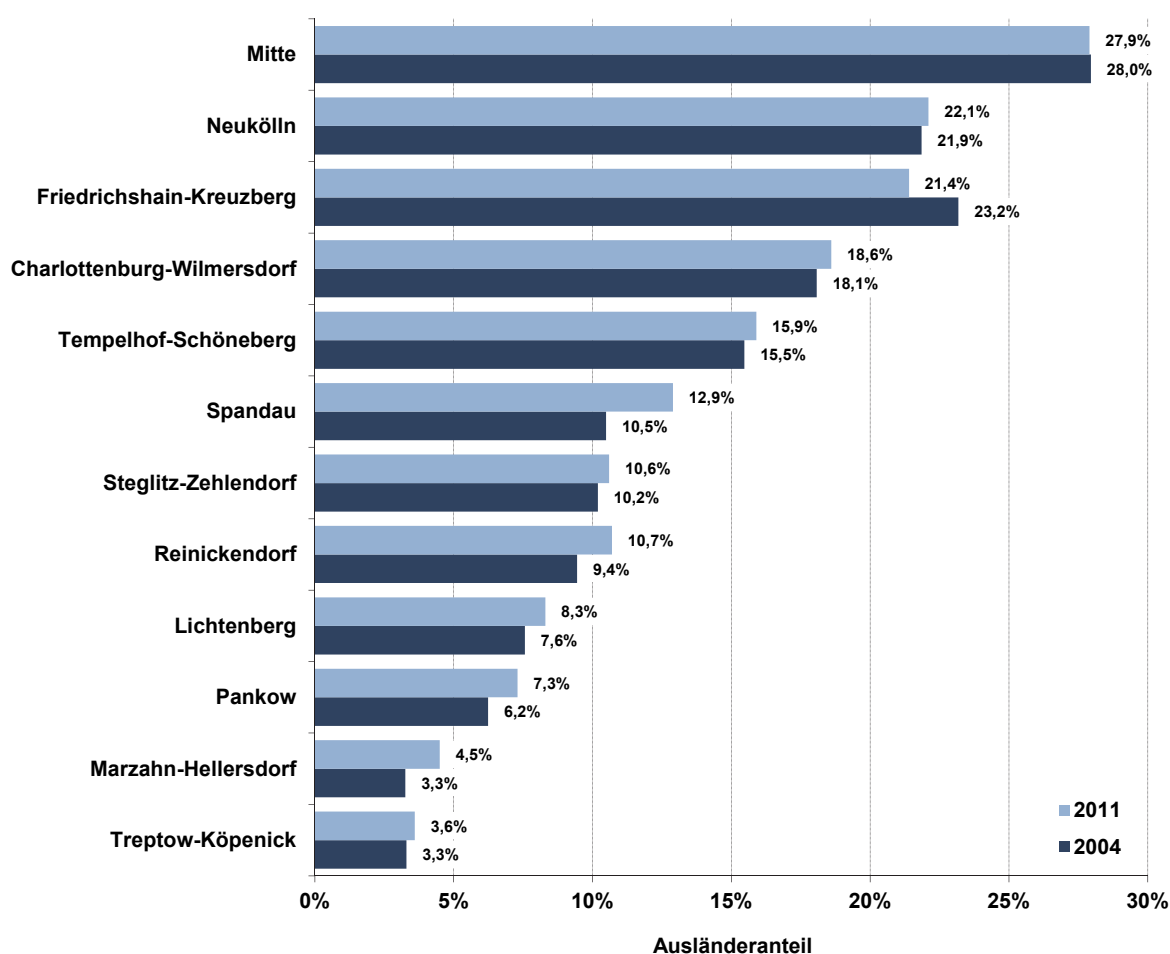


Abbildung 6
Ausländer in Berlin (Anteil an der Gesamtbevölkerung) am 31.12.2004 und 31.12.2011, nach Verwaltungsbezirken und Jahr

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2013b), eigene Berechnungen

Der Ausländeranteil unterschied sich innerhalb dieser neuen Bezirke zum Teil deutlich von der Zusammensetzung in den zuvor existierenden Bezirken. Bei der Binnendifferenzierung nach den Bezirksgrenzen vor 2001 waren zum 31.12.2004 Neukölln (65.973 Personen), Wedding (49.512) und Kreuzberg (46.928) die Bezirke mit der höchsten Anzahl ausländischer Einwohner. In diesen Bezirken existierten damit besonders große ethnische Communities mit

³⁰ Dem Studiendesign dieser Arbeit lagen die Bevölkerungsdaten des Jahres 2004 zugrunde. Da diese Grundlage der Stichprobenziehung waren und auch für die Analyse der Ergebnisse herangezogen wurden, werden für Berlin, wo nötig, sowohl die aktuellsten verfügbaren Zahlen berichtet als auch die aus dem Jahr 2004.

mehr oder weniger eigenen kulturellen, sprachlichen und unter Umständen religiösen Referenzsystemen (Gesemann, 2001), die sich auch auf die gesundheitliche Lage und Versorgung der darin lebenden Menschen auswirken können.

Ein Vergleich der **Altersverteilung** der deutschen und der ausländischen Bevölkerung in Berlin zeigte ein ähnliches Bild wie für die gesamtdeutsche Situation. Wiederum waren die jüngeren Altersgruppen in der ausländischen Bevölkerung Berlins wesentlich stärker vertreten als in der deutschen: 60,0% der Ausländer, aber nur 43,1% der Deutschen waren unter 40 Jahre alt (Abb. 7). Im **Geschlechtsverhältnis** bestanden leichte Unterschiede zwischen Ausländern und Deutschen: der Frauenanteil betrug 2011 48,6% in der ausländischen Bevölkerung, gegenüber 51,3% in der deutschen (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2013c). In der Altersverteilung wie im Geschlechtsverhältnis von Ausländern in Berlin bestanden nur marginale Unterschiede zwischen den Jahren 2004 und 2011 (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2013b, 2013c).

Detailliertere Daten zur Beschreibung der Sozialstruktur der ausländischen und migrantischen Bevölkerung in Berlin lagen im Rahmen regulärer bevölkerungstatistischer Veröffentlichungen nicht vor.

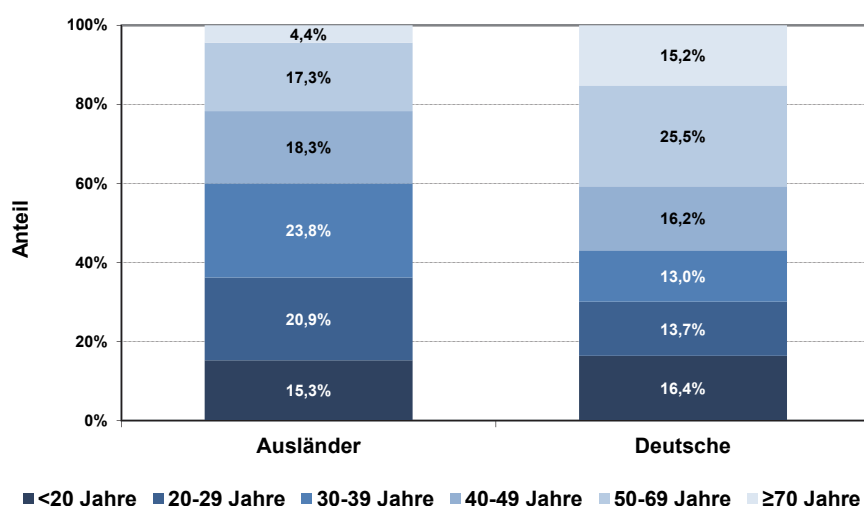


Abbildung 7
Altersverteilung (gruppiert) von Ausländern und Deutschen in Berlin, Stand:
31.12.2011
 Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2013a), eigene Berechnungen

1.3 Die gesundheitliche Lage von Migranten in Deutschland

1.3.1 Datengrundlagen zur gesundheitlichen Lage von Migranten in Deutschland

Zahlreiche Daten zur gesundheitlichen Situation von in Deutschland lebenden Menschen werden routinemäßig erhoben, etwa im Rahmen von Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), der Todesursachenstatistik, der Arbeitsunfallstatistik und der Statistiken der Sozialversicherungsträger.³¹ Die Zielsetzung solcher Erhebungen ist sehr unterschiedlich, sie bestimmen die Aussagekraft der Daten für migrationsspezifische Sekundäranalysen (Geiger &

³¹ Eine ausführliche Übersicht über vorhandene Datenquellen und deren Eignung für migrationsspezifische Analysen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung gibt (Razum, 2000, S. 26-28).

Razum, 2006; Razum & Spallek, 2007). Ein Vorteil von Routinedaten ist die zumeist ausreichende Abbildung der Bezugsbevölkerung sowie eine ausreichende Zahl von Ereignishäufigkeiten, um Analysen in Subgruppen und von seltenen Ereignissen durchzuführen (Razum, 2008, S. 24). Weiterhin kann Non-Response, der bei Migranten ein deutlich größeres Problem darstellt (Borde, 2009, S. 12f), weitgehend ausgeschlossen werden.

Nachteilig wirkt sich aus, dass migrationsspezifische Merkmale zumeist nicht erfasst sind und Migranten als solche daher nicht oder nur eingeschränkt zu identifizieren sind (Jöckel et al., 1998; Maschewsky-Schneider & Fuchs, 2000; Schenk et al., 2006). In den meisten bisher bestehenden Datenaggregaten, die der Gesundheitsberichterstattung zugrunde liegen, ist nur ein Rückgriff auf das Merkmal „Ausländer“ möglich, mit allen dadurch gegebenen Einschränkungen (Kap. 1.1). Aussiedler sind aufgrund ihres deutschen Passes in der Statistik als Migranten nicht zu erkennen, gleiches gilt für illegalisierte Migranten, zu denen in der regulären Gesundheitsberichterstattung keine belastbaren Daten existieren.

Weitere wichtige Merkmale wie Angaben zum Geburtsort, zur Aufenthaltsdauer oder zum sozioökonomischen Status sind in der regulären Gesundheitsberichterstattung wenig vorhanden (Robert Koch-Institut, 2006; Schenk & Neuhauser, 2005b). Darüber hinaus ist der Aggregationsgrad der Daten häufig sehr hoch und nicht rückgängig zu machen, etwa bezüglich wichtiger Parameter wie Alter, Nationalität/Migrationsstatus, Wohnort. Insbesondere das letzte Merkmal erschwert die Analyse und eine sinnvolle Anwendung der Ergebnisse im Rahmen von Public Health-Maßnahmen:

„Menschen mit Migrationshintergrund sind regional sehr unterschiedlich stark in der Bevölkerung vertreten. Es ist also davon auszugehen, dass auch Gesundheitsprobleme von Menschen mit Migrationshintergrund und Zugangsbarrieren zu Gesundheitsdiensten lokal beziehungsweise regional sehr unterschiedlich sind. Eine Analyse, die sich allein auf bundesweite Daten stützt, kann daher zur Identifikation und Lösung lokaler Probleme wenig beitragen. Ferner besteht die Gefahr, dass Aussagen über Mehrheiten in der sehr heterogenen Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund für Minderheiten in der Gruppe nicht zutreffend sind. Der Datenschutz in Deutschland setzt jedoch einer Desaggregation, also einer detaillierten Aufgliederung nach Staatsangehörigkeit und Wohnort, vielfach enge Grenzen.“ (Razum, 2000, S.24)

Morbiditäts- und Hospitalisierungsdaten von Migranten (Annäherungen etwa auf Grundlage der GKV-Statistik) lassen keine direkten Schlüsse auf die Erkrankungshäufigkeiten dieser Personengruppe zu. Aufgrund des zum Teil sehr unterschiedlichen Hilfesuch-Verhaltens von bestimmten Migranten-Gruppen kommt es zum Teil zu untypischen Versorgungsverläufen, bis eine aus schulmedizinischer Sicht adäquate Gesundheitsleistung in Anspruch genommen wird (Borde, Braun & David, 2003; Faltermaier, 2005b; Weilandt et al., 2000). Gleiches gilt für Daten der Leistungsträger von Rehabilitationsmaßnahmen, Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.

Mittlerweile migrationssensibel gestaltete, regelmäßige und repräsentative Erhebungen wie der Mikrozensus und das SOEP bieten Daten zur gesundheitlichen Lage nur in geringem Umfang und zum Teil als subjektive Einschätzung erhobene Angaben (Statistisches Bundesamt, 2009a). Im Rahmen des jährlich erhobenen Mikrozensus werden einige gesundheitspezifische Items seit 2005 alle 4 Jahre zusätzlich erhoben (Statistisches Bundesamt, 2007). Eine Ausnahme bilden umfangreiche Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), der Migranten repräsentativ abbildet und Angaben zum Einfluss des Migrationshintergrundes auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen macht (Schenk, Neuhauser & Ellert, 2008).

Eine weitere Quelle zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Migranten bieten spezifische Studien zum Thema, deren Anzahl aber aktuell noch unzureichend ist (Borde, 2009; Razum, 2008). Diese erheben in der Regel detailliertere Daten zum Migrationsstatus, sind allerdings zeitlich, geographisch, von der Fallzahl und bezüglich der abgebildeten Indikationen und Populationen begrenzt. Sofern keine repräsentativen Datenquellen zur Verfügung

standen, wird in diesem Kapitel zur Darstellung der gesundheitlichen Lage von Migranten auch auf die Ergebnisse solcher Studien zurückgegriffen.

Migranten sind damit sowohl in routinemäßig erhobenen Daten als auch in Studien als „schwer erreichbare Bevölkerungsgruppe“ oft nicht repräsentativ vertreten (Schenk & Neuhauser, 2005a, S. 720). Dies kann direkte negative Folgen auf deren gesellschaftliche Partizipation und damit auch deren medizinische Versorgungssituation haben (Atkinson & Flint, 2001; Doherty, Stott & Kinder, 2004), etwa durch eine mangelhafte migrationssensible Ausstattung von Angeboten aufgrund einer lückenhaften Datenlage.

Ein generelles Problem der gesundheitswissenschaftlichen Beschreibung von Migranten sind die vielfältigen und uneinheitlichen Definitionen der Zielgruppe (Kap. 1.1). Auf nationaler wie internationaler Ebene werden zahlreiche verschiedene Indikatoren zur Messung eingesetzt (Staatsangehörigkeit, Namensanalysen, Migrationshintergrund, Ethnizität etc.), deren Aussagekraft jeweils im Einzelfall bestimmt werden muss (Borde, 2005; Johnson & Borde, 2009; Spallek et al., 2006). Auch die oftmals unterschiedlichen Erhebungszeitpunkte der verschiedenen Studien machen Vergleiche zwischen Studien über die Zeit hinweg zum Teil schwierig, da frühere Bedingungen von Migration nicht unbedingt auf die heutige Situation (geänderte Gesetzeslage, Einstellungsveränderungen etc.) übertragbar sind und sich die verschiedenen Generationen von Migranten wesentlich unterscheiden können (Buzaglo & Radö, 1998).

Die Berücksichtigung der Gender-Perspektive spielt in diesem Zusammenhang ebenfalls eine wichtige Rolle. Wie Studien gezeigt haben, existieren zum Teil erhebliche Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Migranten und Migrantinnen, sowohl in Bezug auf deren gesundheitlichen Status wie auch auf die Nutzung von gesundheitlichen Versorgungsleistungen (Borde et al., 2003; Borde, David & Kentenich, 2000; Borde & Rosendahl, 2003). Die alleinige Stratifizierung nach den Variablen „Migrant“ und „Nicht-Migrant“ stellt daher eine Verkürzung dar, Unterschiede können in den Daten bei mangelnder methodischer Berücksichtigung des Gender-Aspekts sowohl verwischt als auch überbetont werden.

Eine weitere Schwierigkeit besteht in der Auswahl geeigneter Vergleichsgruppen beziehungsweise von Referenzpopulationen zur Einschätzung der eventuellen Abweichung von Gesundheitsrisiken und Krankheitslasten von Migranten. Morbiditäts- und Mortalitätsvergleiche mit den jeweiligen Herkunftsländern gestalten sich nicht nur methodisch aufwendig, sondern relativieren unter Umständen die in Deutschland bestehenden Ungleichheiten von Migranten. Bei der Wahl von Daten einer nicht-migrantischen Referenz stellt sich die Frage nach der geeigneten Population. Es ist davon auszugehen, dass bei sozialstruktureller Ähnlichkeit der migrantischen und nicht-migrantischen Vergleichsgruppen viele Unterschiede geringer ausfallen (Razum, 2008; Rosenbrock & Gerlinger, 2006). Ein genauer Abgleich erscheint dabei aufgrund der hohen Anzahl der hierfür zu berücksichtigenden Faktoren als auch der nicht hinlänglich stratifizierbaren Vergleichsdaten der Gesundheitsberichterstattung nicht möglich. Als möglichen Ausweg benennen Wiedl und Marschalk die Definition von Vergleichsgruppen „unter genau spezifizierten, zum Beispiel regionalen Rahmenbedingungen“ (Wiedl & Marschalk, 2005, S. 22). Grundsätzlich erscheint ein Vergleich mit Daten nicht-migrantischer Populationen sinnvoll, da es Ziel sein muss, für Migranten eine dem Einwanderungsland ähnliche gesundheitliche Lage und Versorgung zu erreichen, unter Ausnahme eventuell genetisch unterschiedlicher Dispositionen (Kap. 1.3.2, 2.1).

1.3.2 Daten zur gesundheitlichen Lage von Migranten in Deutschland

Migranten unterscheiden sich im Hinblick auf ihre gesundheitliche Lage oftmals von Nicht-Migranten (Razum, 2008). Dabei besteht mit der Ausnahme seltener genetisch bedingter Er-

krankungen zunächst ein sehr ähnliches Morbiditätsspektrum. Allerdings sehen sich Migranten oftmals spezifischen Gesundheitsrisiken, aber auch –ressourcen gegenüber, woraus sich Unterschiede in den Häufigkeiten und Erscheinungsformen von Erkrankungen ergeben können.³² Drei Bereiche gelten im Hinblick auf migrationsspezifische Gesundheitslagen als besonders relevant: Infektionskrankheiten und deren Folgeerkrankungen, Komplikationen chronischer Erkrankungen sowie physische und psychische Traumatisierungen (Berens et al., 2008; Krämer & Baune, 2004).

Im Weiteren werden nur Daten zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von Migranten *in Deutschland* referiert, da die gesundheitliche Situation von Migranten sehr stark von der im jeweiligen Land lebenden Migrantenpopulation, vom jeweiligen nationalen Gesundheitssystem, seinem Aufbau, seiner Finanzierung sowie den Zugangsmöglichkeiten hierzu bestimmt ist und internationale Daten zur Analyse der deutschen Situation nur ein geringes Erklärungspotential bieten.

Daten zur **Mortalität** von Migranten unterliegen Verzerrungen. Über lange Zeit wurde davon ausgegangen, dass die Mortalität von Ausländern deutlich unter der von Deutschen liegt.³³ Die auf Grundlage der Todesursachenstatistik berechneten altersstandardisierten Sterberaten pro 1.000 Einwohner³⁴ für das Jahr 2008 zeigten für deutsche Frauen 4,6 Fälle gegenüber 2,7 Fälle bei ausländischen Frauen, für deutsche Männer 7,2 Fälle gegenüber 4,1 Fällen bei ausländischen Männern (Kohls, 2011, S.112f.), mit absteigenden Trends für alle Gruppen über die letzten 45 Jahre. Die Unterschiede in den Sterberaten korrespondierten mit einer erhöhten durchschnittlichen Lebenserwartung von Ausländern (Frauen: 86 Jahre, Männer: 82 Jahre) gegenüber Deutschen (Frauen: 83 Jahre, Männer: 78 Jahre) und ebenfalls einem Anstieg im Verlauf der letzten 45 Jahre für alle Gruppen (ebd.). Diese deutlichen Unterschiede werden dabei auf der einen Seite auf die Untererfassung von Sterbefällen aufgrund von Remigration sowie des „Healthy-Migrant-Effekts“³⁵ zurück geführt (Zähler-Problem), auf der anderen Seite auf zu hohe Bevölkerungsstände von Ausländern (Denominator-Problem) in der amtlichen Statistik aufgrund fehlender Abmeldungen von Ausländern bei Re-Migration (Kohls, 2011; Razum, 2009). Legt man der Analyse Zahlen des AZR zugrunde, die als weniger verzerrt als die Zahlen der Meldestatistik gelten, ergaben sich im Vergleich zur Todesursachenstatistik leicht erhöhte altersstandardisierte Sterberaten pro 1.000 Einwohner für Ausländer (Frauen: 3,4, Männer: 5,0) und damit etwas geringere Unterschiede zu deutschen Einwohnern (Kohls, 2011, S. 148f.). Dies zeigte sich folgerichtig auch in einer im Vergleich um ein Jahr erniedrigten durchschnittlichen Lebenserwartung für Ausländer (Frauen: 85 Jahre, Männer: 81 Jahre, ebd.), die aber immer noch deutlich über der der deutschen Bevölkerung lag. Auf Grundlage des AZR sind ebenfalls Berechnungen der Sterberaten und Lebenserwartungen nach Nationalitäten möglich. Diese sind aber aufgrund der dann nur sehr geringen Fallzahlen schwankungsanfällig und wenig aussagekräftig. Analysen der Sterblichkeit nach Aufenthaltsstatus auf Grundlage des AZR (aggregierte Daten zwischen 2005 und 2008) zeigten deutliche erhöhte Sterberaten pro 1.000 ausländische Einwohner mit den unsicheren Aufenthaltstiteln Duldung und Aufenthaltsgestattung (Frauen: 6,0, Männer: 8,3), gegenüber Ausländern mit dem sichereren Titel einer Aufenthaltserlaubnis (Frauen: 3,2, Männer: 5,3) oder Deutschen (Frauen: 5,0, Männer: 7,7, ebd., S. 175).

³² Für eine ausführlichere Betrachtung von Erklärungsmodellen zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit siehe Kap. 2.1.

³³ In diesem Kapitel werden jeweils die aktuellsten verfügbaren Daten berichtet, deren Bezugsjahr aufgrund längerer Meldeverzögerungen variieren kann.

³⁴ Aufgrund der sehr unterschiedlichen Altersstruktur von Deutschen und Ausländern (Kap. 1.2.2 und 1.2.3) sind rohe Mortalitätsraten nicht sinnvoll vergleichbar, sondern nur nach Alter standardisierte.

³⁵ Eine genauere Beschreibung erfolgt in Kap. 1.5.

Mütter- und Säuglingssterblichkeit gelten als empfindliche Indikatoren hinsichtlich des Zugangs und der Nutzung gesundheitlicher Versorgung und damit auch für soziale Ungleichheit. Beiden liegt als Bezugsgröße die Anzahl der Lebendgeborenen zugrunde, womit deutlich geringere Messprobleme als bei anderen Mortalitätsmaßen auftreten. Die Müttersterblichkeit in Deutschland ist seit 1980 stark gesunken, insbesondere bei ausländischen Frauen (13,0 mütterliche Sterbefälle pro Jahr und je 100.000 Lebendgeborene zwischen 1980 und 1988 gegenüber 3,2 zwischen 2001 und 2004, (Razum, 2008, S.33)). Das diesbezügliche relative Risiko ausländischer Frauen gegenüber deutschen Frauen verringerte sich von 1,9 im Jahr 1991 auf 1,09 im Jahr 2004 (ebd.). Dies kann als Anzeichen einer Verminderung der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit zwischen Deutschen und Ausländern gesehen werden. Bezüglich der Säuglingssterblichkeit ergibt sich für aktuelle Vergleiche das Problem, dass seit dem Jahr 2000 Neugeborene ausländischer Eltern mit einer Mindestaufenthaltszeit von acht Jahren die deutsche Staatsbürgerschaft erhalten und daher in der Statistik nicht als Ausländer identifizierbar sind.³⁶ Daher ist davon auszugehen, dass aktuell mit ausländischer Nationalität registrierte Neugeborene eher aus weniger gut integrierten Familien kommen. So lag die Rate von Sterbefällen ausländischer Säuglinge je 1.000 *ausländischer Lebendgeborener* im Jahr 2004 bei 8,5, die ausländischer Säuglinge je 1.000 *deutscher Lebendgeborener ausländischer Mütter* bei 2,9 und damit noch unter der Rate von Kindern deutscher Mütter mit 4,1 Fällen (ebd., S. 35). Die für das Jahr 2008 vorhandenen Zahlen zur Übersterblichkeit auf Grundlage der Meldestatistik zeigen eine um den Faktor 1,7 erhöhte Sterblichkeit für *ausländische Lebendgeborene* (Kohls, 2011, S. 120f.).

Vergleiche der Mortalitätsdaten von Migranten in Deutschland mit den Raten in deren **jeweiligen Herkunftsländern** können wichtige Hinweise zur Interpretation gesundheitlicher Unterschiede zwischen Migranten und Deutschen geben. In wichtigen Herkunftsländern von in Deutschland lebenden Migranten sind die Todesursachenstatistiken nicht belastbar (Kohls, 2008b). Internationale Studien zeigten eine Angleichung der Mortalitätsraten und –ursachen von Migranten an die des Einwanderungslandes über die Zeit (Marmot, 1993). Als Ursachen hierfür gelten eine fortwährende Angleichung an die Lebensbedingungen und die damit einhergehenden Risikobedingungen sowie eine verbesserte Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Razum & Rohrmann, 2002), wie am Beispiel der Säuglingssterblichkeit gezeigt (s.o.). So ist etwa die Mortalität in Folge von koronarer Herzerkrankung bei Migranten aus dem Mittelmeerraum geringer als bei Deutschen (Razum & Rohrmann, 2002; Razum & Twardella, 2002), wobei internationale Studien eine vergleichsweise langsame Annäherung dieser Mortalitätsraten an die Einwanderungsländer aufzeigen (Levy & Kannel, 2000).

Im Jahr 2004 lagen von 97,8% aller 1.385 gemeldeten **Toten in Folge von Rauschgiftkonsum** Angaben zur Nationalität vor. Der Ausländeranteil betrug hier 13,0%, weitere 9,5% waren Aussiedler (Bundeskriminalamt, 2005, S. 23)³⁷. Der Anteil von Migranten an den Drogentoten entsprach damit in etwa deren Anteil an der Gesamtbevölkerung.

In vielen Herkunftsländern von in Deutschland lebenden Migranten haben **Infektionskrankheiten** im Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen eine herausgehobene Bedeutung (Robert Koch-Institut, 2009c, S.179, World Health Organisation, 2009, S. 61-69). Epidemiologische Daten hierzu sind daher wichtig für die Bereitstellung adäquater Präventions- und Behandlungsangebote. Frühere Studien zeigten eine erhöhte Häufigkeit von infektiösen und parasitä-

³⁶ Dies hat die Anzahl von Lebendgeborenen mit ausländischer Staatsangehörigkeit im Jahr 2000 etwa halbiert (1999: 95.216, 2000: 49.776 (Razum, 2008, S. 34)).

³⁷ Für spätere Jahre liegen keine veröffentlichten Angaben zur Nationalität vor.

ren Erkrankungen bei Migranten in Deutschland (Korporal, Johannes, 1990; Mehle, 1981). Nach Nationalität stratifizierte epidemiologische Daten liegen nur für wenige Erreger vor.³⁸

Nach IfSG sollen bestimmte Migrantengruppen (Spätaussiedler, Asylbewerber, Flüchtlinge) bei Einreise einem **Tuberkulose**-Screening unterzogen werden (Bales, Baumann & Schnitzler, 2003), der Nutzen solcher Maßnahme wird allerdings kontrovers eingeschätzt (Coker, 2004). 36,9% der im Jahr 2010 gemeldeten Tuberkulose-Fälle wurden bei Ausländern diagnostiziert, 43,1% aller Patienten wurden im Ausland geboren, mit leicht steigender Tendenz zwischen 2001 und 2010 (Robert Koch-Institut, 2012a, S.20-26). Die Altersstandardisierte Inzidenz von Tuberkulose lag im Jahr 2010 für Deutsche bei 3,5/100.000 Personen, für Ausländer bei 21,4 und war damit im Vergleich 6,1-fach erhöht. Die am häufigsten vertretene Nationalität nach Geburtsland war mit 6,2% aller Fälle (inklusive derer mit deutscher Staatsangehörigkeit) die Türkei, gefolgt von der Russischen Föderation (3,8%) und Indien (2,9%). 69,1% aller Personen mit ausländischem Geburtsland stammten aus der WHO-Euro-Region, 22,3% aus der WHO-Region Asien. 11% der in 2010 gemeldeten und im Ausland geborenen Tuberkulose-Patienten hatte eine deutsche Staatsangehörigkeit, für diese Personen hätte somit bei alleiniger Erhebung der Staatsangehörigkeit kein Migrationshintergrund ausgewiesen werden können. Der Altersmedian bei deutschen Patienten lag bei 58 Jahren, bei ausländischen bei 36 Jahren. Sowohl die Prävalenz von Tuberkulose als auch deren Inzidenz ist bei Migranten deutlich erhöht. Dies ist zum einen auf Migranten mit kurzer Aufenthaltsdauer zurückzuführen, zum anderen haben Migranten mit niedrigem sozialem Status ähnlich wie Nicht-Migranten ein erhöhtes Risiko für Tuberkulose. Hinzu kommt eine etwa 6-fach erhöhte Resistenzlage gegen Antituberkulotika bei im Ausland geborenen Patienten, insbesondere bei Personen aus den ehemaligen GUS-Staaten.

Im Fall der wichtigen Infektionserkrankung **Hepatitis B** (HBV) ist in Deutschland insgesamt von einer deutlichen Untererfassung auszugehen, da diese Erkrankung häufig symptomarm verläuft (Robert Koch-Institut, 2009e). Obwohl hierzu nur wenige exemplarische Daten vorliegen, wird aufgrund der zum Teil deutlich höheren Prävalenzen in den Herkunftsländern vieler in Deutschland lebender Migranten davon ausgegangen, dass die Prävalenz chronischer HBV in dieser Gruppe deutlich über der nicht-migrantischen Vergleichsgruppe liegt (Marschall, Prüfer-Krämer & Mikolajczyk, 2005). Bestätigt wird diese Annahme durch die Auswertung von Daten zu Hepatitis B-Prävalenzen aus dem KiGGS, in der ein Migrationshintergrund den stärksten Risikofaktor (Odds Ratio: 8,3) für das Vorhandensein einer Hepatitis B-Infektion war (Cai et al., 2011).

Die Prävalenz von **Helicobacter pylori** schwankte stark in Anhängigkeit vom Entwicklungsgrad der Länder (Suerbaum & Michetti, 2002). Eine regionale Studie aus Ulm fand bei türkischen und osteuropäischen Vorschulkindern eine Prävalenz von *Helicobacter pylori* von 40%, bei deren Eltern noch höhere Prävalenzen zwischen 55% und 86% (Rothenbacher, Bode & Gonser, 2001). Die Prävalenz bei deutschen Kindern lag im Vergleich bei 6%, die deutscher Eltern bei 25%. Vor diesem Hintergrund muss mit einer erhöhten Häufigkeit von durch *Helicobacter pylori* verursachter Gastritis sowie Magenkrebs gerechnet werden.

Zu **Krebserkrankungen** bei Migranten in Deutschland liegt eine Studie vor, die einen Vergleich zwischen türkischen Migranten und (West-) Deutschen vornimmt (Zeeb et al., 2002). Die altersstandardisierte Gesamt-Mortalität in den Jahren 1992-1997 lag dabei für türkische Frauen mit 21,5 Fällen/100.000 Einwohnern (deutsche Frauen: 52,4) ebenso wie für türkische Männer (deutsche Männer: 72,3) deutlich unter der deutschen Vergleichsbevölkerung. Häufigste krebsbezogene Todesursachen waren bei türkischen Frauen Brustkrebs, Leukämie und Magenkrebs, bei türkischen Männern Lungenkrebs, Leukämie und Magenkrebs. Eine erhöhte

³⁸ Eine detaillierte Beschreibung der epidemiologischen Situation von HIV/AIDS in Deutschland findet sich in den Kap. 1.5, 4.1 und 5.1.

Prävalenz von Magenkrebs korrespondiert dabei mit der erhöhten Prävalenz von *Helicobacter pylori* (s.o.). Über die Zeit glichen sich die Mortalitätsraten von Türken an die von Deutschen an.

Zu **Erkrankungen, die im Rahmen der ambulanten medizinischen Versorgung behandelt werden**, liegen keine routinemäßig erhobenen Statistiken vor, allerdings mehrere, zum Teil etwas ältere umfangreiche Untersuchungen: erstens eine Studie auf Basis der Statistik der Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen des BKK-Bundesverbandes (Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK), 1998), zweitens eine Auswertung der Begutachtungen zur Arbeitseinsatzfähigkeit nach dem Bundessozialhilfegesetz des Gesundheitsamts Bremen (Korporal & Dangel, 2004), und drittens eine Studie „Besuchsanlässe des Hausarztes“, die 637 deutsche und 253 türkische Patienten einbezog (von Ferber, Köster & Celayir-Erdogan, 2003). Sowohl in der BKK-Statistik als auch in der Hausarzt-Studie wurden Erkrankungen der Atmungsorgane für Deutsche wie Ausländer am häufigsten dokumentiert, gefolgt von Muskel- und Skeletterkrankungen und Diagnosen der Verdauungsorgane. Die Hausarzt-Studie belegte eine signifikant erhöhte Zahl berichteter Schmerzereignisse, insbesondere Kopfschmerzen, bei Ausländern. In einer Studie, die die Inanspruchnahme Berliner Notfallambulanzen beschreibt, gaben ausländische Patienten eine deutlich höhere Anzahl von Schmerzregionen und der Schmerzstärke an (Borde et al., 2003). Häufigere Berichte von Schmerzen bei Migranten sind ein bereits länger diskutiertes Phänomen, das auch auf Probleme in der Arzt-Patient-Kommunikation zurückgeführt wird (Kap. 1.4.1). In der BKK-Studie wurde eine Sonderauswertung der Arbeitsunfähigkeiten (AU) vorgenommen (Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK), 1998). Dabei entfielen auf je 100 deutsche Arbeitnehmer 118,9 AU-Fälle mit einer durchschnittlichen Dauer von 14,2 Tagen je Fall. Für ausländische Beschäftigte wurde eine höhere Krankheitslast mit 157,7 AU-Fällen mit einer Dauer von im Schnitt 16,7 Tagen. Eine erhöhte Belastung ergab sich für Ausländer in allen untersuchten Berufssparten. Für ausländische Frauen ergab sich im Vergleich zu deutschen Frauen ein deutlich erhöhtes relatives Risiko (RR) für Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt (RR: 1,9), für psychiatrische Indikationen (RR: 1,7) sowie für Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems (RR: 1,7). Für ausländische Männer waren die deutlichsten Unterschiede ebenfalls für Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems festzustellen (RR: 1,7), gefolgt von Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane (RR: 1,5). Ausländische Frauen hatten ein RR von 1,4 für Arbeitsunfälle, ausländische Männer von 1,5.

Das Ausmaß dauerhafter gesundheitlicher Beeinträchtigung wird durch die Betrachtung von **Behinderung und Invalidität** deutlich. Die Schwerbehindertenstatistik, die als Indikator für diesen Bereich heranzuziehen ist, erfasst dabei Personen mit einem Behinderungsgrad von mindestens 50%. In den migrationssensibel erhobenen Gesundheitsdaten des Mikrozensus 2009 lag der Anteil solcher Schwerbehinderungen in der nicht-migrantischen Bevölkerung bei 7,0%, für Migranten nur bei 3,6% (Statistisches Bundesamt, 2011b, S. 56-59). Bei Personen ab 65 Jahren war für deutsche Männer ein Anteil von 28,4% Schwerbehinderten belegt, für ausländische Männer nur für 17,6%, auch der Anteil bei deutschen Frauen (20,0%) lag über dem ausländischer (10,1%). Diese Unterschiede werden durch entsprechende Daten aus dem Mikrozensus 2009 gestützt. Der Anteil schwerbehinderter Personen betrug bei Nicht-Migranten 7,3%, bei Migranten hingegen nur 3,6%, altersbedingte Unterschiede wurden nicht abgebildet (Statistisches Bundesamt, 2007). Bei der Betrachtung dieser Daten muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Beantragung und Genehmigung einer Schwerbehinderung ein überaus langwieriges administratives Prozedere darstellt. Zumindest für Migranten mit geringen Kenntnissen der deutschen Sprache und/oder eingeschränkter Kenntnis des deutschen Gesundheitssystems ist daher davon auszugehen, dass ihr geringerer Anteil von Schwerbehinderten mehr auf strukturelle Schwierigkeiten im Genehmigungsverfahren als auf ein niedrigeres Erkrankungsrisiko zurückzuführen ist (Razum, 2008). Im Rahmen einer Auswertung an-

erkannter Berufserkrankungen und folgender Frühberentungen wurde deutlich, dass vor allem türkische Erwerbstätige häufiger und früher Erwerbsminderungen und Frühberentungen erfahren (Höhne & Schubert, 2007). Als Grund hierfür wurden Spätfolgen von starken Gesundheitsbelastungen der von „Gastarbeitern“ häufig wahrgenommenen sehr anstrengenden körperlich Tätigkeiten vermutet.

Zum **gesundheitlichen Risikoverhalten** von Migranten liegen mittlerweile einige Analysen vor. An dieser Stelle werden Ergebnisse berichtet, die insbesondere Risikofaktoren für die in Deutschland sehr prävalenten und aus Public Health-Sicht wichtigen Herz-Kreislauf-Erkrankungen betreffen. Daten zum **Übergewicht** liegen auf Basis des Mikrozensus 2009 vor (Statistisches Bundesamt, 2011b, S. 338-397). Obwohl die Daten des Mikrozensus aufgrund der umfangreichen und repräsentativen Stichprobe grundsätzlich eine hohe Aussagekraft besitzen, gilt dies für die darin enthaltenen selbst berichteten Gesundheitsdaten im Bereich des Risikoverhaltens nur eingeschränkt, da dies gesellschaftlich oftmals negativ konnotiert ist. Daher ist hier eher mit einer Unterschätzung von Berichten gesundheitsschädlichen Verhaltens zu rechnen (Chandola & Jenkinson, 2000). Ein Vergleich der Anteile eines deutlich erhöhten Body Mass Index (BMI) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ zwischen Migranten und Nicht-Migranten ergab außer in der Altersgruppe zwischen 25-45 Jahren höhere Anteile von Migranten mit starkem Übergewicht (Tab. 5). Starke Unterschiede wurden insbesondere zwischen migrantischen und nicht-migrantischen Frauen in den höheren Altersklassen deutlich. Bei Stratifizierung nach Migranten und Nicht-Migranten ergab sich ein sehr ähnliches Bild. Diese Daten wurden bestätigt durch Studien aus den Niederlanden (Brussaard, Erp-Baart & Brants, 2001) sowie durch einen Vergleich mit dem BMI in der Türkei lebender türkischer Frauen (Tezcanm, Altintas & Sönmez, 2003). Gründe für diese Unterschiede können gemäß internationalen Studien unterschiedliche kulturelle Körperbilder als auch eine geringere körperliche Aktivität migrantischer Frauen sein (Brussaard et al., 2001; Bush, Williams & Lean, 2001; Landman & Cruickshank, 2001). Bei Männern bestanden im Rahmen entsprechender Vergleiche nur sehr geringe Unterschiede von etwa 1,5%. Da gesundheitliches Risikoverhalten und auch Übergewicht stark von der sozialen Schichtung abhängt, erschien eine Analyse der Daten des Mikrozensus grundsätzlich sinnvoll, die ebenfalls nach Schulabschluss, Haushaltsgröße, monatlichem Netto-Einkommen etc. stratifiziert. Aufgrund der dabei entstehenden geringen Fallzahlen der Analysegruppen wären die entsprechenden Ergebnisse allerdings nicht belastbar, Analysen hierzu wurden daher nicht durchgeführt.

Tabelle 5
Starkes Übergewicht (BMI ≥ 30) und Rauchen nach Migrationsstatus und Geschlecht

	Migranten			Nicht-Migranten		
	Frauen	Männer	gesamt	Frauen	Männer	gesamt
BMI ≥ 30 : 25-45 Jahre	4,4%	5,9%	5,0%	4,6%	6,4%	5,5%
BMI ≥ 30 : 45-65 Jahre	20,6%	18,2%	19,4%	13,1%	13,1%	15,4%
BMI ≥ 30 : > 65 Jahre	24,8%	19,4%	22,2%	16,4%	16,4%	16,9%
Raucher	23,0%	41,7%	32,2%	27,4%	37,1%	32,2%

Quelle: Statistisches Bundesamt (2011b), S. 338-397; eigene Berechnungen

Rauchen zählt wie Übergewicht zu den Hauptrisikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Auch hierzu liegen selbst berichtete Daten aus dem Mikrozensus 2009 vor (Tab. 5). Der Anteil regelmäßiger Raucher lag bei Migranten um wenige Prozentpunkte höher als bei Nicht-Migranten, dies galt für Männer ebenso wie für Frauen. Der Anteil von Rauchern unter türkischen „Gastarbeitern“, die in den 1960er und 1970er Jahren nach Deutschland einwanderten, lag höher als in der einheimischen Bevölkerung, allerdings war die Anzahl

geraucher Zigaretten pro Tag bei den türkischen Rauchern deutlich niedriger (Zeeb et al., 2002). Eine weitergehende Analyse bestätigte, ähnlich zu vorhandenen Daten zu Deutschen, für Ausländer eine Abnahme der Raucher-Prävalenz mit steigendem Bildungsgrad (Lampert & Burger, 2005).

Zum **Alkoholkonsum** liegen nur vereinzelte, zumeist regional begrenzte Studien vor (Dill, Frick & Höfer, 2002; Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2002; Surall & Siefen, 2002). Diese legen nahe, dass das Ausmaß von Alkoholkonsum im Vergleich zwischen Migranten und Nicht-Migranten von der jeweiligen Religionszugehörigkeit sowie der Aufenthaltsdauer in Deutschland abhängt. Für alle Gruppen stellte das Konsumverhalten der Eltern einen verlässlichen Prädiktor für den Umgang mit Alkohol dar. Für männliche Aussiedler aus den ehemaligen GUS-Staaten war die gesamte Alkoholmenge pro Tag ähnlich der der Allgemeinbevölkerung, allerdings wurde diese Menge durch den Gebrauch hochprozentiger Getränke erreicht (Aparicio, Döring, Mielck, Holle & and KORA Studiengruppe, 2005).

Zur **psychischen Gesundheit** von Migranten in Deutschland sind nur wenige und zum Teil ältere detaillierte Daten vorhanden. Aus den vorhandenen Studien wird deutlich, dass Migranten zum Teil erheblichen migrationsspezifischen psychischen Gesundheitsbelastungen aufgrund von Stressoren im Kontext der Migration als auch durch den Assimilationsdruck der Einwanderungsgesellschaft ausgesetzt sind (Collatz, 1994, 2001; Collatz, Brandt, Salman & Timme, 1992; Hegemann & Salman, 2000; Heise, 1998, 2002; Kentenich, Reeg & Wehkamp, 1984; Koch, 2002; Koch, Brucks & Strate, 2002; Koch, Özek & Pfeiffer, 1995; Lajios, 1993; Machleidt, Behrens & Calliess, 2007; Machleidt & Heinz, 2011; Machleidt, Salman & Calliess, 2006; Morten, 1988; Penka, Schouler-Ocak et al., 2012; Schouler-Ocak, M, 1999; Schouler-Ocak, Rapp, Reiske & Heinz, 2008; Zaumseil, 2006). Der komplexe Anpassungsprozess an die durch die Migration geschaffene Situation wird in starkem Ausmaß von den individuellen psychosozialen, finanziellen, aufenthaltsrechtlichen etc. Umständen bestimmt. Migration kann daher unter günstigen Bedingungen auch immer psychische Ressourcen freisetzen. Korporal betont, dass es unabhängig von biologischen Faktoren eine Vielzahl von Bedingungen gibt, die einen Einfluss auf Entstehung und Verlauf psychischer Krankheiten bei Migranten haben können (Korporal, 1995). Neben der Lebens- und Arbeitswelt werden vor allem die sprachliche Kommunikation, die Arbeitsbedingungen im Aufnahmeland, die Wohnsituation, familiäre Rollen und Strukturen, die Aufweichung familiärer Bindungen, die Erschöpfung familiärer Ressourcen sowie ein erschwerter Zugang zu gesundheitlich-sozialen Versorgungsstrukturen als wichtige Faktoren genannt (Kap. 1.4.1). Besonders beim Zusammentreffen mehrerer dieser möglichen Belastungen kann es häufig zu Konflikten kommen, die sich zu psychischen oder psychosomatischen Störungen entwickeln können. Dabei werden drei Hauptbereiche möglicher migrationsspezifischer Belastungen ausgemacht: Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) im Kontext erlittener Flucht und Verfolgung, Anpassungsreaktionen in der Anfangsphase der Migration sowie Bilanzierungskrisen im mittleren Lebensalter (Razum, 2008, S. 59-61).

Zu psychischen Belastungen im Kontext von Flucht und Vertreibung stehen Daten einer durch das Gesundheitsamt Bremen durchgeführten, erweiterten Eingangsuntersuchung von Asylbewerbern zur Verfügung. Hieraus liegen spezifische Daten zu PTBS vor; im Jahr 1995 wurden bei 14% der Untersuchten psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten diagnostiziert, bei weiteren 15% unklare Symptome aus dem psychosomatischen Bereich, wie etwas Kopfschmerzen (Mohammadzadeh, 1995, S. 460). Laut einer Studie zur Situation von bosnischen Flüchtlingen in Deutschland lebten im Jahr 1999 8.000 Personen auf Basis einer behördlichen Anerkennung schwerwiegender Traumatisierung in Deutschland. Dies entsprach bei einer Zahl von 50.000 bosnischen Flüchtlingen im Jahr 1999 einem Anteil von 16% (Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, 2002, S.72). Internationale Studien belegten für ehemalige politische Häftlinge Anteile psychischer Erkrankungen zwischen 30%

und 40% (el Sarraj, Punamaki & Salmi, 1996; Maercker & Schutzwahl, 1997). Aufgrund einer Fehl- oder Unterversorgung von PTBS können die Beschwerden, statt abzuklingen, chronifizieren und zunehmen (Burnett & Peel, 2001; Gorst-Unsworth & Goldenberg, 1998; Grimberg & Moschner, 1996; Silove, Sinnerbrink & Field, 1997). Spezifische Daten zur psychischen Adaption in der Anfangsphase der Migration liegen für Deutschland nicht vor, ebenso wenig wie Daten zu deren Einfluss auf spätere Erkrankungsrisiken. Verschiedene Studien wiesen aber nach, dass entgegen früherer Meinungen (Häfner, Moschel & Özek, 1977) die Wahrscheinlichkeit psychischer Erkrankung mit zunehmender Aufenthaltsdauer im Einwanderungsland nicht ab-, sondern zunimmt (Ete, 1984; Lazaridis, 1985, 1987; Lichter, 1993). Für die erste Phase nach der Migration wurden verstärkt reaktive depressive Störungsbilder festgestellt, die sich im Verlauf häufig hin zu psychosomatischen Diagnosen veränderten (Böker, 1977; Häfner, 1980; Häfner et al., 1977; Straube, 1974; Wittig, Merbach & Siefen, 2004). Eine Studie zum Zusammenhang zwischen psychischem Stress im Kontext der Akkulturation von iranischen und russischen Migranten in Deutschland und dem Ausmaß emotionaler Belastung ergab für beide Gruppen eine positive Korrelation zwischen beiden Faktoren, eine solche existierte aber nicht im Zusammenhang mit der Dauer des Aufenthalts in Deutschland (Haasen, C., Demiralay & Reimer, 2008). Eine weitere Studie, die einen Vergleich des Ausmaßes der Lebensqualität (gemessen auf Basis des Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA: Priebe, Huxley, Knight & Evans, 1999) zwischen türkischen Patienten mit diagnostizierter Depression mit Migrationserfahrung (Wohnort Berlin) und ohne (Wohnort Ankara) vornahm, ergab eine höheres Ausmaß von Lebensqualität für Personen ohne Migrationserfahrung (MANSA-Score: 51,6) als für Migranten (MANSA-Score: 44,3, Iren Akbiyik, Berksun, Sumbuloglu, Senturk & Priebe, 2008).

Zum Ausmaß psychologischer/psychiatrischer Diagnosen in späteren Phasen der Migration liegt eine nach Nationalität stratifizierte Auswertung von Daten zu Rehabilitationsmaßnahmen bei Beschäftigten, die durch die Rentenversicherer getragen wurden, für das Bundesland Nordrhein-Westfalen vor (Weilandt et al., 2003, S. 22-38). Im Jahr 2000 wurden demnach Rehabilitationsleistungen aufgrund psychisch indizierter Diagnosen für 11.750 Frauen (davon 950 Ausländerinnen, also 8,1%) und 11.840 Männer (davon 1.240 Ausländer, also 10,5%) gewährt. Es fanden sich dabei keine Unterschiede im Anteil psychischer Indikationen an der Gesamtheit aller Rehabilitationsmaßnahmen zwischen Deutschen und Ausländern (Frauen: 19%, Männer: 14%). Es ergaben sich allerdings deutliche Unterschiede im Altersspektrum. Bei Ausländerinnen traten die meisten Diagnosen im Alter zwischen 40 und 54 Jahren auf (59%), dieser Anteil war bei deutschen Frauen geringer (52%). Für männliche Ausländer war ein Gipfel mit einem Alter zwischen 20 und 34 Jahren festzustellen (36%), der den Anteil dieser Altersgruppe bei den deutschen Männern ebenfalls überzog (22%). Die Berechnung von SMRs (altersstandardisierte Morbiditätsratio) zeigte eine erhöhte Relevanz somatoformer Diagnosen (ICD-10, Gruppe 45; SMR: 1,816) sowie (rezidivierender) depressiver Episoden (ICD-10, Gruppen 32/33; SMR: 1,286) für Ausländerinnen gegenüber deutschen Frauen, sowie eine deutlich geringere Relevanz von psychischen und Verhaltensstörungen durch den Gebrauch psychotroper Substanzen (SMR: 0,372). Auch bei ausländischen Männern waren erhöhte Rehabilitationsraten für somatoforme Diagnosen festzustellen (SMR: 1,462), im Unterschied zu Frauen aber auch für psychische und Verhaltensstörungen durch Formen des Gebrauchs psychotroper Substanzen mit Ausnahme von Alkohol (ICD-10, Gruppen 11-19; SMR: 1,224). Eine weitere Studie fand bei polnischen und vietnamesischen Migranten in Leipzig höhere Ausprägungen von Angst- und Depression-spezifischen Symptomen als in der deutschen Vergleichsgruppe (Wittig, Lindert, Merbach & Braehler, 2008). Diese Unterschiede waren im Vergleich der jüngeren Altersgruppen besonders deutlich. Eine neuere Studie zur psychischen Gesundheit von türkischen Migrantinnen in Deutschland zeigte eine negative Korrelation zwischen dem Ausmaß psychischer Gesundheit und den als protektiv vermuteten Faktoren soziale Unterstützung, hoher Selbstwirksamkeitserwartung und Extrovertiertheit

sowie positive Korrelationen zwischen dem Ausmaß psychischer Gesundheit und angenommenen Risikofaktoren wie Neurotizismus und sozialer Belastung (Bromand et al., 2012). Diese Faktoren entsprachen damit denen, für die auch für Nicht-Migranten ein entsprechender Einfluss beschrieben wurde. Auch eine Studie zum Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und emotionaler Belastung zwischen türkischen Migrantinnen und nicht-migrantischen Frauen in Berlin ergab ebenfalls nur geringe Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen als vielmehr zwischen Frauen mit und ohne Beschäftigung, unabhängig von deren Migrationsstatus (Aichberger et al., 2012). Die Autorinnen schrieben dem sozialen Status der Frauen den entscheidenden Einfluss auf die emotionale Belastung zu.

Untersuchungen zur Somatisierungstendenz bei Migranten legten allerdings nahe, dass eine Somatisierung psychischer Störungen häufig nicht (allein) vom Patienten ausgeht, sondern diese aufgrund kommunikativer Schwierigkeiten zwischen Arzt und Patient häufig auch vom Arzt als einziger Weg zu einer Fortführung der Behandlung gesehen wird. Diesem ist das psychische Leiden des Migranten durch eine mangelnde interkulturelle Kompetenz häufig nicht vermittelbar, der Patient findet keine andere Möglichkeit des Ausdrucks seiner gestörten Befindlichkeit als über die Beschreibung körperlicher Symptome (Kap. 1.4.1). Brucks und Wahl nennen diesen Effekt „Einverständnis im Missverständnis“ (Brucks & Wahl, 2003), Maschewsky-Schneider und Fuchs (2000) „migrationsspezifische Insensitivität“. Inwieweit eine statistische Auswertung von Diagnose-Häufigkeiten die tatsächlichen Erkrankungsraten von Migranten in diesem Feld widerspiegelt, lässt sich anhand der bisherigen Studienlage daher nicht eindeutig benennen, ein „diagnostic bias“ scheint hier sehr wahrscheinlich.³⁹ Grundsätzlich ist an dieser Stelle das Problem der interkulturellen Äquivalenz von diagnostischen Instrumenten berührt (Al-Issa, 1997). Einen vielversprechenden Ansatz zur Modifikation von Werkzeugen zur Beurteilung von Schmerzwahrnehmung im interkulturellen Vergleich liefert Aratow (1996). Auch das häufig in der Literatur zu findende Konzept des „Mittelmeer-Syndroms“, beziehungsweise des „türkischen Schmerzpatienten“, das heißt die Tendenz von Personen aus dem Mittelmeerraum, im diagnostischen Gespräch vorwiegend über Schmerzen zu klagen und zu keiner spezifischeren Krankheitsaussage zu kommen, werden vor diesem Hintergrund in Frage gestellt (Baumgartner-Bicer, 1998; Blöchliger, Tanner, Hatz & Junghanss, 1997; Borde et al., 2003; Castro Varela, Schulze, Vogelmann & Weiß, 1998; Ernst, 2000; Hegemann & Salman, 2000). Eine Studie zum Einfluss von Stigma auf Depression, gesamt-psychologischer Belastung und Somatisierung bei weiblichen türkischen Migranten in Deutschland ergab zwar positive Korrelationen zwischen dem Ausmaß depressiver Symptome und gesamt-psychologischer Belastung, aber keine Korrelation zwischen Stigma und somatischen Symptomen (Heredia Montesinos et al., 2012). Die Autoren stellten daher die Hypothese einer Somatisierungstendenz von Depression bei Migranten aufgrund einer befürchteten Stigmatisierung in Frage.

Insgesamt können auf Grundlage der eingeschränkten Studienlage und der skizzierten diagnostischen und forschungsmethodischen Probleme nur schwer übergreifende valide Aussagen zu Erkrankungshäufigkeit von Migranten im psychiatrischen Spektrum getroffen werden.

Die **subjektiv berichtete Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitsstatus** beinhaltet gegenüber den ansonsten verwendeten, auf objektiven medizinischen Untersuchungen beruhenden Angaben zu Erkrankungshäufigkeiten, individuelle Bewertungen im Hinblick auf die Lebensqualität. Subjektiv berichtete Gesundheitsdaten sind dabei stark von kulturell geprägten Krankheitskonzepten beeinflusst (Bjorner, Kirstensen & Orth-Gomér, 1996). Die so erhobe-

³⁹ So belegen etwa mehrere Studien zur Validität von psychotischen Diagnosen, die einer Einweisung von Gastarbeitern in eine psychiatrische Klinik zugrunde lagen, dass diese in nennenswertem Umfang während der stationären Behandlung in Diagnosen des neurotischen oder psychopathischen Spektrums geändert wurden (zum Beispiel (Ete, 1977; Häfner, 1980)).

nen Daten decken sich jedoch meist gut mit medizinischen Dokumentationen und sind belastbar in verschiedenen ethnischen Populationen anwendbar (Chandola & Jenkinson, 2000; Idler & Benyamini, 1997). Für Deutschland sind entsprechende Daten für Migranten aus den ehemaligen Anwerbeländern (Griechenland, Italien, Portugal, Spanien, Türkei, Kap. 1.2.1) aus dem SOEP für einzelne Jahre verfügbar. Für Migranten wie Nicht-Migranten nahm in einem Vergleich der Jahre 1984, 1992 und 2002 die subjektive Zufriedenheit⁴⁰ mit der eigenen Gesundheit mit steigendem Alter ab (Razum, 2008, S. 51). In der jüngsten Altersgruppe unter 40 Jahren bestanden dabei kaum Unterschiede zwischen Migranten und Nicht-Migranten, die Einschätzungen lagen im Mittel bei sieben (von zehn) Punkten in allen Gruppen. In der mittleren Altersgruppe zwischen 40 und 64 Jahren waren Unterschiede im Hinblick auf die befragte türkische Population festzustellen, die für alle drei Erhebungsjahre etwa einen Punkt unter der der anderen befragten Populationen lag. In der Altersgruppe von Personen ab 65 Jahren setzte sich dieser Trend weiter fort. Die Werte der untersuchten Migrantenpopulationen jenseits der türkischen Nationalität lagen insgesamt nahe an denen der untersuchten deutschen Population. Die Unterschiede waren dabei konsistent für Frauen und Männer, die Zufriedenheitswerte der Frauen lagen dabei jeweils leicht unter denen der Männer. Bei der Analyse der Daten ist zu berücksichtigen, dass die subjektive Gesundheitszufriedenheit von einer Reihe weiterer sozialstruktureller Faktoren wie dem Bildungsstatus und dem Einkommen abhängt (Richter & Hurrelmann, 2009). In dieser Hinsicht zwischen Migranten und Nicht-Migranten divergierende Lebensbedingungen können daher ebenfalls einen hohen Einfluss auf die Gesundheitszufriedenheit haben. Hierzu liegen bisher nur wenige Studien vor, eine Auswertung des SOEP belegte eine über die Zeit sinkende Gesundheitszufriedenheit von (Spät-) Aussiedlern im Vergleich zu Deutschen, trotz eines Anstiegs ihres sozioökonomischen Status (Ronellenfötsch & Razum, 2004). Ergänzende Analysen und Erklärungsmodelle hierzu liegen noch nicht vor.

Laut Mikrozensus hatten im Jahr 2010 30,3% der Kinder und Jugendlichen (Lebensalter ≤ 20 Jahre) in Deutschland einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt, 2011c, S. 31f.). 73,4% dieser Personen hatten die deutsche Staatsbürgerschaft (Kap. 1.1, 1.2.2). Dies macht deutlich, dass Studien zur **gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund**, die sich allein dem Merkmal Nationalität zur Bestimmung des Migrationsstatus bedienen, mittlerweile kaum mehr sinnvoll erscheinen. Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts (KiGGS) wurden erstmals Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund annähernd repräsentativ in einem großen deutschen Gesundheits-Survey berücksichtigt (Schenk, Ellert & Neuhauser 2007).⁴¹ Deutsche Kinder und Jugendliche waren laut Mikrozensus häufiger in den vier Wochen vor dem Zeitpunkt der jeweiligen Erhebung krank als solche mit Migrationshintergrund (2005: 8,5% vs. 5,7%, (Statistisches Bundesamt, 2007)), trotz des häufig niedrigeren sozioökonomischen Status der Migranten-Familien. Dabei handelt es sich allerdings um subjektive Einschätzungen, die auch aufgrund kulturell divergierender Krankheitskonzepte unterschiedlich sein und anders berichtet werden können. Diese Tendenz wird durch weitere Daten, etwa dem WHO-Jugendgesundheitsurvey, bestätigt (Hurrelmann, Klocke, Melzer & Ravens-Sieberer, 2003). Eine enge Einbindung in familiäre Netzwerke, die eine gesundheitliche Ressource darstellen kann, wird ebenfalls als Grund für eine niedrigere Erkrankungsrate bei migrantischen Kindern und Jugendlichen gesehen (Nauck & Niephaus, 2001). Der Unterschied in der Inzidenz der

⁴⁰ Die subjektive Zufriedenheit wurde im SOEP anhand einer globalen Zufriedenheitsskala von 0 (sehr unzufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) erhoben.

⁴¹ Im KiGGS wurden vom 19.5.2003 bis 6.5.2006 der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland untersucht. Hierzu wurden bei insgesamt 17.641 Kindern und Jugendlichen zwischen 0 und 17 Jahren zahlreiche Gesundheitsparameter erfragt beziehungsweise klinisch untersucht sowie Biomaterialien (Blut- und Urinproben) entnommen (Hölling et al., 2007; Kamtsiuris, Lange & Schaffrath Rosario, 2007; Kurth, 2007).

Tuberkulose zwischen Deutschen und Ausländern war bei Kindern unter 15 Jahren deutlich ausgeprägter als für andere Altersgruppen. 34,0% aller Fälle hatten hier eine nicht-deutsche Staatsangehörigkeit (Robert Koch-Institut, 2012a, S.38). Für deutsche Kinder lag die Inzidenz im Jahr 2010 bei 0,9/100.000 Personen, bei ausländischen Kindern mehr als sechsfach erhöht bei 6,8 (ebd.). 70,4% aller Kinder (deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeit) waren bereits in Deutschland geboren, ein Beleg dafür, dass ein erhöhtes Erkrankungsrisiko auch für Kinder der zweiten und dritten Migrantengeneration bestehen blieb und dieses stärker von der Herkunft der Eltern und deren Umfeld bestimmt wurde als von der epidemiologischen Situation des Geburtslandes. Im Fall von **Allergien** wurden für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund niedrigere Prävalenzen festgestellt. Im KiGGS hatten diese signifikant seltener mindestens eine Allergie (17,7%) als Nicht-Migranten (23,9%: Schlaud, Atzpodien & Thierfelder, 2007, S.704). Auch diese Tendenz wurde vom WHO- Jugendgesundheitsurvey sowie von Schuleingangsuntersuchungen aus verschiedenen Bundesländern (Grüber, 2005; Windorfer & Bruns-Philippis, 2002) gestützt. In der Berliner Studie wurde gezeigt, dass das Ausmaß von Allergien mit zunehmendem Akkulturationsgrad anstieg und hierfür also eher Lebensgewohnheiten als genetische Dispositionen ausschlaggebend waren. Sowohl die Daten aus dem KiGGS (Kurth & Schaffrath-Rosario, 2007) als auch die Daten zahlreicher Schuleingangs-Untersuchungen (Erb & Winkler, 2004; Kuepper-Nybelen, Lamerz & Bruning, 2005; Will, Zeeb & Baune, 2005) belegten signifikant erhöhte Prävalenzen von **Übergewicht** (19,5%) **und Adipositas** (8,8%) bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund gegenüber Deutschen (14,1% beziehungsweise 5,9%, Daten des KiGGS nach Berechnungen von Razum (Razum, 2008, S. 79)) und damit eine ähnliche Situation wie bei Erwachsenen. Verschiedene regionale Untersuchungen belegen eine schlechtere **Mundgesundheit** von migrantischen Kindern und Jugendlichen, mit jeweils etwa doppelt so vielen geschädigten Zähnen (drei bis fünf) bei Migranten als bei Nicht-Migranten (Brunner-Strepp, 2001; Kühnisch, Senkel & Heinrich-Weltzien, 2003; Van Steenkiste, 2003). Nach Daten des KiGGS putzte sich ein Anteil von 26,1% nicht-migrantischer, aber von 45,0% migrantischer Kinder seltener als zweimal am Tag die Zähne (Schenk & Knopf, 2007, S. 655). Von letzteren gab auch ein höherer Anteil an, weniger als einmal jährlich eine zahnärztliche Kontrolle wahrzunehmen (16,4% vs. 6,1%, bei Nicht-Migranten (S. 657)). Für die schlechtere Mundgesundheit bei migrantischen Kindern und Jugendlichen wurden unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten, andere Putztechniken und unterschiedliche Krankheitskonzepte als Gründe angeführt (Pavkovic, 2001; Schenk, 2005; Yüksel, 2001). Unterschiede bezüglich des **Impfstatus** bestanden nach Analysen der entsprechenden KiGGS-Daten zwischen Migranten und Nicht-Migranten nur für die Jahrgänge mit einem Alter zwischen 11 und 17 Jahren. Für diese Gruppen waren Unterschiede von etwa 7% bis 10% für Impfungen gegen Hepatitis B, Masern, Röteln und Tetanus gegenüber der nicht-migrantischen Altersgruppe festzustellen. Über alle Jahrgänge zusammen schrumpften diese Unterschiede auf 1% bis 3%, andere Impfungen erhielten migrantische Kinder in den jüngeren Jahrgängen zum Teil sogar häufiger (Poethko-Müller, Kuhnert & Schlaud, 2007, S. 857-859). **Früherkennungsuntersuchungen** wurden von Migranten seltener in Anspruch genommen. So nahmen laut KiGGS-Daten an der Untersuchung U3 nur 81% der Migranten, aber 97% aller Nicht-Migranten teil (Kamtsiuris, Bergmann, Rattay & Schlaud, 2007, S. 838). Die Inanspruchnahme nahm für beide Gruppen mit jeder weiteren Früherkennungsuntersuchung ab, die Unterschiede blieben aber bestehen (U9: 68% vs. 89%).

Zur **gesundheitlichen Situation von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus** liegen aufgrund der diesbezüglichen Erhebungsschwierigkeiten für Deutschland nur sehr wenige, regional begrenzte Daten vor. Aus diesen Untersuchungen ging hervor, dass sich deren Morbiditätsspektrum wie bei anderen Migranten aus dem der Herkunftsländer und des Aufenthaltslandes zusammensetzte, allerdings wurden erhöhte Prävalenzen armutsbezogener Erkrankungen wie Infektions- und Hauterkrankungen festgestellt (Franz, 2003; Groß, 2005; Lindert, 2003; Schmitt, 2006). Aufgrund des sehr viel schwereren Zugangs zur gesundheitlichen Ver-

sorgung waren Erkrankungen bei Aufsuchen einer medizinischen Einrichtung häufig fortgeschrittener. Der ungeklärte Aufenthaltsstatus war häufig Ursache für eine starke psychische Belastung in dieser Personengruppe (Waller, 2008).

Zusammenfassend betrachtet zeigte sich bei der Beurteilung von Daten zur gesundheitlichen Situation von Migranten in Deutschland ein heterogenes Bild. In verschiedenen gesundheitlichen Bereichen ergab sich für Migranten ein besserer, in anderen Bereichen ein schlechterer Gesundheitsstatus gegenüber Nicht-Migranten. Migranten wiesen im Vergleich zu Nicht-Migranten eine niedrigere Mortalität und eine deutlich höhere Lebenserwartung auf, was zumindest zum Teil auf Artefakte zurückgeführt wird. In den letzten Jahren kam es zu einem generellen Rückgang der Müttersterblichkeit in Deutschland sowie einer diesbezüglichen Angleichung von Migranten als Ausdruck der Verminderung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit zwischen Migranten und Nicht-Migranten. Türkischstämmige Migranten zeigten gegenüber Deutschen deutlich erniedrigte Krebs-Mortalitätsraten. Zu Infektionskrankheiten lagen nur wenige nach Nationalität stratifizierte Daten vor, vorhandene Daten zeigten aber deutlich erhöht Prävalenzen von Infektionserkrankungen bei Migranten. Aufgrund großer Unterschiede stellen diese damit ein wichtiges Feld bei der migrationssensiblen Gestaltung von Präventions- und Behandlungsangeboten für Migranten dar. Für Migranten war eine erhöhte Krankheitsbelastung laut Daten zur Arbeitsunfähigkeit dokumentiert, die vorwiegend auf schlechtere Arbeitsbedingungen von Migranten zurückgeführt werden (Kap. 1.2.2). Die Prävalenz von Behinderungen lag für Migranten deutlich unter der von Deutschen, auch dies zumindest zum Teil ein Artefakt. Im Hinblick auf Herz-Kreislauf-Erkrankung wurde in Studien bei Migranten ein risikoreicheres Verhalten dokumentiert, das aber auch durch schichtspezifische Einflüsse bestimmt war. Daten zur subjektiven Gesundheitszufriedenheit waren uneinheitlich zwischen verschiedenen Migrantengruppen, türkisch-stämmige Migranten zeigten konstant die niedrigsten Zufriedenheitswerte. Der Gesundheitsstatus von migrantischen Kindern und Jugendlichen stellte sich ebenfalls heterogen dar: so wiesen sie eine niedrigere selbst berichtete Prävalenz akuter Erkrankungen auf und hatten seltener Allergien. Gleichzeitig wurden erhöhte Prävalenzen und Inzidenzen von Tuberkulose, Übergewicht und Adipositas, eine schlechtere Mundgesundheit sowie eine geringere Inanspruchnahme von Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen festgestellt. Daten zur psychischen Gesundheit von Migranten zeigten erhöhte Risiken für somatoforme Störungsbilder, waren aber aufgrund diagnostischer und methodischer Schwierigkeiten nur schwer zu interpretieren. Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus hatten, neben einer erhöhten psychischen Belastung, ein ähnliches Erkrankungsspektrum wie andere Migranten, aber häufiger weiter fortgeschrittene Erkrankungen bei Aufsuchen einer medizinischen Einrichtung.

1.4 Die gesundheitliche Versorgung von Migranten in Deutschland

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen beschreibt in seinem Gutachten von 2000/2001 vielfältige Formen der Über-, Unter- und Fehlversorgung im Bereich gesundheitlicher Versorgungsleistungen (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001). Dabei stellt insbesondere die Überversorgung von Patienten häufig auch eine Fehlversorgung dar, da Symptome falsch behandelt werden (zum Beispiel eine aufwendige Behandlung psychosomatischer oder psychischer Beschwerden mithilfe der Apparatedizin oder die Verschreibung nicht indizierter oder zu hoch dosierter Medikamente) oder aber zumindest das Krankheitsgefühl der Patienten verstärkt wird. Unterversorgung sieht das Gutachten meist in den Bereichen Prävention und Gesundheitsaufklärung, zum Teil aber auch für die gesundheitliche Basisversorgung, etwa bei Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus.

Aus der bisherigen Forschung wurde deutlich, dass Migranten zum Teil in erheblichem Ausmaß von Über-, Unter- und Fehlversorgung betroffen waren, im Bereich der ambulanten wie in der stationären Versorgung, bei somatischen als auch psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen (Borde, 2009; Borde et al., 2003; Borde et al., 2000; Brucks & Wahl, 2003; Collatz, 2001; Krämer & Baune, 2004; Marschalk & Wiedl, 2005; Pette, 2000; Razum, 2008; Razum, Geiger, Zeeb & Ronellenfisch, 2004; Schmitt, 2006; Waller, 2008; Weilandt et al., 2000; Weilandt et al., 2003; Zeeb et al., 2004). Eine unterschiedliche Nutzung des Gesundheitssystems von Migranten konnte dabei sowohl auf ungleichen Zugangsbedingungen, auf einem unterschiedlichen Nutzungsverhalten von Migranten als auch einer Kombination beider Effekte beruhen. In den folgenden Unterkapiteln wird ein Überblick gegeben über hierfür relevante Faktoren wie migrationsspezifische Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem, das Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen durch Migranten sowie über die Qualität der medizinischen Versorgung von Migranten.

1.4.1 Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem für Migranten

Im Kontext der gesundheitlichen Versorgung von Migranten werden eine Reihe spezifischer Zugangsbarrieren diskutiert. Diese werden im Hinblick auf deren Bedeutsamkeit für das deutsche Versorgungssystem im Folgenden dargestellt. Wo möglich, greift die Darstellung auf bereits durchgeführte Studien zurück, diese sind bisher allerdings nur zu einzelnen Aspekten verfügbar.

1.4.1.1 Versicherungsstatus und Illegalität

Als **Arbeitnehmer** sind ausländische Staatsangehörige Deutschen im Rahmen des Sozialversicherungssystems gleichgestellt. Sie sind damit gesetzlich oder privat krankenversichert und haben dementsprechend Anspruch auf Gesundheitsleistungen (Riesberg & Würz, 2008). Im Fall der **Arbeitslosigkeit** erhalten in Deutschland gemeldete Ausländer ebenfalls wie Deutsche Gesundheitsleistungen entsprechend den Regelungen des Sozialgesetzbuches XII.

Asylbewerber sind nicht gesetzlich krankenversichert, bevor sie als asylberechtigt anerkannt werden (Classen, 2011). Zuvor erhalten sie Gesundheitsleistungen nach §4 in Verbindung mit §1 Abs. 1 Nr. 5 Asylbewerberleistungsgesetz. Darin sind uneingeschränkte Behandlungen nur im Fall von akuten und schmerzhaften Erkrankungen vorgesehen. Weiterhin besteht Anspruch auf Schwangerschaftsvorsorge sowie geburtshilfliche Leistungen. Vorsorgeuntersuchungen für Kinder, gynäkologische und Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen, Impfungen im Kindesalter, Zahnersatz sowie kieferorthopädische Leistungen sind ausgeschlossen.

Ein ungeregelter Aufenthaltsstatus stellt gerade auch im Kontext der gesundheitlichen Versorgung ein erhebliches Problem dar. **Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus** sind den Asylbewerbern gleichgestellt, anfallende Gesundheitskosten übernimmt das zuständige Sozialamt. Weiterhin besteht nach §19 Abs. 2 IfSG für mittellose Personen, oftmals Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus, die Möglichkeit einer für den Patienten kostenlosen Behandlung durch die Gesundheitsämter.⁴² Ämter und Behandelnde sind grundsätzlich zu einer Mel-

⁴² Nach §19. Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes sind Gesundheitsämter verpflichtet, Beratungs- und Behandlungskosten aus öffentlichen Mitteln zu finanzieren, „falls die Person die Kosten der Untersuchung oder Behandlung nicht selbst tragen kann; des Nachweises des Unvermögens bedarf es nicht, wenn dieses offensichtlich ist oder die Gefahr besteht, dass die Inanspruchnahme anderer Zahlungspflichtiger die Durchführung der Untersuchung oder Behandlung erschweren würde. Wenn bei der Untersuchung oder Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit der Kostenträger noch nicht feststeht, werden die Kosten vorläufig aus öffentlichen Mitteln übernommen. Der Kostenträger ist zur Erstattung verpflichtet.“

derung an die Ausländerbehörde verpflichtet, die zumeist eine Abschiebung nach sich zieht.⁴³ Obwohl Krankenhäuser bei schwerwiegenden Indikationen ohne Meldepflicht zu einer Behandlung verpflichtet sind, versuchen diese in der Regel, Patienteninformationen zu erfassen, um eine Abrechnung der erbrachten Leistungen zu veranlassen (Schmitt, 2006; Waller, 2008). Vor diesem Hintergrund sind Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus faktisch vom Zugang zu Gesundheitsleistungen ausgeschlossen, wenn sie einer behördlichen Meldung und damit einer drohenden Abschiebung entgehen möchten. Hierdurch wird der Zugang zu wichtigen Informationen, aber auch zu einer ärztlichen Versorgung, für die etwa im Falle einer HIV-Erkrankung erhebliche Kosten anfallen, die von den Migranten meist nicht selbst getragen werden können, fast gänzlich unmöglich. Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus müssen dieser Situation mit Umgangsweisen begegnen, die in der Regel eine Verschlechterung ihrer gesundheitlichen Situation und/oder rechtliche Schwierigkeiten zur Folge haben, wie der Verdrängung von Krankheitszeichen, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, Hinauszögern einer ärztlichen Behandlung oder Diskontinuität in einer Therapie, häufiger Selbst- und damit oftmals Fehlmedikation oder dem Abrechnen von Krankheitskosten über die Versichertenkarte anderer Personen (Schmitt, 2006). Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus werden in der Folge häufig erst in stark fortgeschrittenen akuten Krankheitsstadien oder mit stark chronifizierten Erkrankungen vorstellig.

Als Lösungsvorschläge werden etwa die Ausgabe eines anonymen Krankenscheins durch zertifizierte Stellen bei gleichzeitiger Aufhebung der Meldepflicht, die Einrichtung einer anonymen Krankenversicherung oder eines spendenfinanzierten Gesundheitsfonds für Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus diskutiert (Braun, Brzank & Würflinger, 2003; Schmitt, 2006). Für letztere beiden werden allerdings kaum überwindbare bürokratische Hürden in der Abwicklung von Einzahlungen und der Erbringung von medizinischen Leistungen gesehen. Aktuell existieren für Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus nur vereinzelte Versorgungsinitiativen auf regionaler Ebene, die in starkem Maß von der ehrenamtlichen Arbeit medizinischen Personals sowie von Geld- und Material-Spenden abhängig sind und nur einen sehr kleinen Abdeckungsgrad von Personen und Indikationen erreichen können, wie etwa das Berliner Projekt „Malteser Migranten Medizin“ (Franz, 2003; Kap. 4.3.1).

Im Zusammenhang mit der HIV/AIDS-Versorgung erscheint es bedeutsam, dass sich in Deutschland etwa eine zunehmende Anzahl ausländische Sexarbeiter (Frauen wie Männer) ohne legalen Aufenthaltsstatus aufhalten, was ihnen den Zugang zu sozialen und gesundheitlichen Hilfen aus den genannten Gründen stark erschwert (Wright, 2000).

Laut Daten des SOEP 2003 (nach Berechnungen von Razum (2008, S. 108) verfügten 0,8% der Ausländer über keinen Versicherungsschutz. Der Anteil privat versicherter Ausländer lag mit 5,3% deutlich unter dem von Deutschen mit 15,2%.

1.4.1.2 Kulturelle Differenz

Kulturelle Differenz als Zugangsbarriere zur gesundheitlichen Versorgung umfasst verschiedene Faktoren: ein unterschiedliches Krankheitsverständnis von Migrant und Arzt, fehlende Kenntnisse des gesundheitlichen Versorgungssystems auf Seiten der Migranten sowie Vorbehalte gegen spezifische Erkrankungen. Grundsätzlich muss dabei der Unterschied zwischen *kulturellen Besonderheiten* und *kulturellen Differenzen* beachtet werden. Wie VIA Berlin/Brandenburg e.V. deutlich macht, sind es

⁴³ Nach §87 Abs. 2 Aufenthaltsgesetz sind öffentliche Stellen verpflichtet, unverzüglich die zuständige Ausländerbehörde zu unterrichten, wenn sie Kenntnis vom Aufenthalt eines Ausländers erlangen, der sich in Deutschland ohne erforderliche Aufenthaltsgenehmigung oder Duldung aufhält oder wenn sie Kenntnis erlangen, dass ein anderer Ausweisungsgrund vorliegt.

„nicht in erster Linie die kulturellen Besonderheiten der verschiedenen ethnischen Minderheiten in Deutschland, durch die sie besonderen Gesundheitsgefahren ausgesetzt sind, sondern die sprachlichen und kulturellen Differenzen zwischen den Minderheiten in der größeren Gesellschaft, in der sie sich befinden. Die Aufgabe der Gesundheitsförderung besteht demzufolge in einer Minderung dieser Differenzen, damit die Hilfeleistungen, die der deutschen Bevölkerung angeboten werden, auch von Migrantinnen und Migranten genutzt werden können.“ (VIA Berlin/Brandenburg e.V., 2000, S.28)

In der Literatur finden sich eine Reihe von Beispielen für die Über-, Unter- und Fehlversorgung von Migranten in Deutschland, die auf ein unterschiedliches Krankheitsverständnis von Migrant und Arzt bezüglich Gesundheit, Krankheit und Körper und sich daraus ergebender Missverständnisse in der Kommunikation zurückgeführt werden. Diese Studien decken verschiedenste Gebiete von der Schwangerenvorsorge über schulärztliche Untersuchungen bis hin zur psychiatrischen Versorgung ab (z.B. Bartusch, Callies & Machleidt, 2002; Borde et al., 2005; Borde, David & Kentenich, 2001; Collatz, 2001; Hansestadt Lübeck - Gesundheitsamt, 2001; Koch, 2002; Schouler-Ocak, M., Bretz et al., 2008; Strate & Koch, 2000; Vardar, Kluge & Penka, 2012). In den Studien wurde deutlich, dass sich Unterversorgung vorwiegend auf die Bereiche Prävention und Gesundheitsaufklärung bezieht, Überversorgung auf die Verordnung von Medikamenten und das Durchführen von Operationen. So wurde etwa die häufig konstatierte Abhängigkeit der Wahrnehmung von Schmerzen von der ethnischen Zugehörigkeit in einer Studie zur Nutzung von Berliner Notfallambulanzen mit hohem Anteil ausländischer Klientel belegt (Borde et al., 2003). Migranten gaben in standardisierten Interviews höhere Werte der Schmerzwahrnehmung als deutsche Patienten an und benannten mehr Schmerzregionen.

Kulturell divergente Interpretationen und damit Präsentationen von Symptomen können so zu Fehlbehandlungen führen. Auf Seiten der Migranten kann es dadurch zu einem eingeschränkten Inanspruchnahmeverhalten als auch zu einer geringeren Compliance kommen (Geiger & Razum, 2006). Bei einem Abweichen der migrantischen Patienten von der im westlich-schulmedizinischen Handeln dominanten Körper-Seele-Dichotomie ist die häufig gegebene Beschränkung der Behandler auf somatisch-therapeutische Ansätze ein weiterer Grund für eine suboptimale medizinische Versorgung. Die für eine zielführende Behandlung häufig sehr wichtige Anamnese der psychosozialen Lebensbedingungen der Patienten findet dabei üblicherweise genauso wenig statt wie weitergehende Prozesse der Gesundheitsaufklärung oder die Vermittlung präventiven Wissens. Dabei kommt es nach diesem Modell von Seiten der Ärzte häufig zu einer „Medikalisierung psychosozialer Problemlagen“, der eine „Somatisierung psychosozialer Probleme“ (Brucks & Wahl, 2003, S. 16f.) als spezifische Kommunikationstechnik durch migrantische Patienten entgegenkommt (Petersen, 1995). So werden aufgrund dessen, dass beide Beteiligte beim Gegenüber kein Verständnis für die jeweils eigenen Vorannahmen vermuten, diese aber auch nicht expliziert werden, häufig medizinische Lösungen gewählt, von denen beide Partner nicht überzeugt sind und die häufig nicht das gewünschte Ergebnis zeitigen. Beispielsweise werden psychosomatische und psychische Erkrankungen von Migranten in der allgemeinmedizinischen Versorgung aufgrund der beschriebenen Dominanz von Schmerzwahrnehmungen häufig zu lange und nur symptombezogen mit Medikamenten behandelt (von Ferber et al., 2003). Möglicherweise notwendige psychosomatisch begründete Behandlungen finden nicht oder erst in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium statt (Koch et al., 2002; Strate & Koch, 2000).

Eine Tendenz zur Somatisierung (Kap. 1.3.2) ist dabei nur eine mögliche Form differenter Körper- und Krankheitsdeutungen. So spielen für viele Migranten etwa religiöse Aspekte für die Ätiologie von Erkrankungen eine nicht zu unterschätzende Rolle (Verhexung, Befall mit Dämonen etc.: Wiedl & Marschalk, 2005), was auch auf die HIV/AIDS-Erkrankung zutrifft (eigene Interview-Daten, Kap. 4.3.2.6). Dies hat Folgen für die Primärprävention wie für die

Behandlung von Erkrankungen, da in Unkenntnis von deren Ätiologie auf Seiten der Patienten weder Präventionsbotschaften sinnvoll vermittelbar sind noch eine Behandlung mit Medikamenten als Erfolg versprechendes medizinisches Vorgehen dargestellt werden kann. Als Lösungsansatz wird die Erhöhung der in den versorgenden Einrichtungen gegebenen interkulturellen Kompetenzen gesehen (Wiedl & Marschalk, 2005; Kap. 2.3).

Ein weiterer Faktor kultureller Differenz, der eine schlechtere gesundheitliche Versorgung von Migranten zur Folge hat, sind mangelnde Kenntnisse des gesundheitlichen Versorgungssystems in Deutschland. Viele Personen migrieren aus Ländern, die eine im Vergleich zu Deutschland sehr unterschiedlich strukturierte oder auch wesentlich rudimentärer ausgebildete Gesundheitsversorgung aufweisen. Aufgrund der hohen Komplexität des hiesigen Versorgungssystems ist es für viele Migranten schwierig, die für ihr jeweiliges gesundheitliches Problem adäquate Einrichtung und Versorgungsart auszuwählen. So belegen verschiedene Studien, dass Migranten überproportional häufig ohne eigentliche Indikation Klinik-Ambulanzen und Rettungstellen aufsuchen beziehungsweise niedergelassene Ärzte, die nicht über die für den spezifischen Fall notwendigen Kompetenzen verfügen (Babitsch, Braun, Borde & David, 2008; Borde et al., 2005; Borde et al., 2001; David, Braun & Borde, 2006; David, Schwartau, Pant & Borde, 2006; Kentenich, David, Borde, Hemmerling & Gerstner, 2003; Kentenich, David, Yüksel & Pette, 1999). Vor dem Hintergrund, dass die spezifische Symptomatik häufig schlecht kommunizierbar ist (s. o.) und eine für das jeweilige Symptom adäquate Verweisung häufig nicht stattfindet, entstehen auf diese Weise oftmals lange Zeiten der Fehlversorgung von Migranten mit der möglichen Folge der Chronifizierung ursprünglich gut behandelbarer Erkrankungen.

Collatz betont in diesem Zusammenhang die hohe Bedeutung des Hausarztes und seiner Koordinierungsfunktion für das gesamte medizinische und psychosoziale Versorgungssystem (Collatz, 1999). Neben Allgemeinärzten weist er dabei vorwiegend Kinderärzten, Gynäkologen und Neurologen/Psychiatern eine wichtige Rolle für die Gewinnung eines hohen Maßes an Vertrauen in medizinische und psychosoziale Maßnahmen von Seiten der Migranten zu (ebd., S. 36).

1.4.1.3 Sprache und Kommunikation

Sprachliche Integration von Migranten, das heißt das Erlernen der Sprache des Einwanderungslandes, ist ein wesentlicher Bestandteil der Integrationskonzepte in vielen Staaten, die sich als Einwanderungsländer begreifen. In Deutschland wurde mit Einführung des neuen Zuwanderungsgesetzes zum 1.1.2005 durch vermehrte Möglichkeiten zum Erwerb der deutschen Sprache und verstärkter Druck zur Inanspruchnahme solcher Angebote im Hinblick auf die Gewährung einer Einbürgerung versucht, dieser Erkenntnis Rechnung zu tragen. Bis Ende 2011 nahmen mehr als 780.000 Migranten entsprechende Weiterbildungsangebote wahr (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012a, S. 135). Trotz aller Bemühungen wird es allerdings immer eine mehr oder weniger große Gruppe von Personen geben, die mit sprachlichen Schwierigkeiten zu kämpfen hat, etwa aufgrund ihres Alters, des Bildungsstandes oder eingeschränkter Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Partizipation.

Fehlende Sprach- und Kommunikationskenntnisse haben einen wichtigen Anteil an der Über-, Unter- und Fehlversorgung von Migranten im medizinischen wie im psychosozialen Bereich (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001). Kommunikationsprobleme entstehen so zum Beispiel in den in der gesundheitlichen Versorgung wichtigen thematischen Bereichen Körper, gesundheitliches Befinden und Sexualität. Weder die ärztliche Anamnese, die Entwicklung eines für beide Seiten tragfähigen Behandlungsplans

noch die Überprüfung der erreichten Ergebnisse können bei gegebenen sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten zwischen Behandlern und Patienten gewährleistet werden (Kap. 1.4.1.3). Darüber hinaus sind schriftliche Unterlagen, sowohl zur Vermittlung medizinischer Kenntnisse als auch zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, häufig nur in deutscher Sprache verfügbar.

In Deutschland wird von einem hohen Bedarf an sprachlichen und kulturellen Mittlerdiensten zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgungssituation von Migranten ausgegangen (Borde et al., 2001; Hellbernd, 1996; Kluge, 2011; Kluge & Kassim, 2006; Penka, Schouler-Ocak et al., 2012; Pochanke-Alff, 1997a; Salman, 2007; Vardar et al., 2012). Eine Umfrage an 49 Berliner Krankenhäusern zeigte auf, dass aus Sicht der Krankenhäuser bei 5% aller Patienten kaum oder keine Verständigung in deutscher Sprache möglich war (Deiningner & Brandt, 2005). Bei einer Gesamtzahl von 694.000 stationären Versorgungsfällen pro Jahr in Berlin sahen die Autorinnen damit einen Bedarf von etwa 34.000 Sprachmittlungen allein in Berliner Krankenhäusern. Als wichtigste Sprachkompetenzen wurden Türkisch, Russisch und Arabisch genannt. Eine weitere Berliner Studie belegte Defizite im Bereich Information und Aufklärung türkischer Migranten im Krankenhaus der allgemeinen Regelversorgung, die auf Kommunikationsprobleme als einer Mischung zwischen Sprachdefiziten und kulturell begründeten Interaktionsdefiziten beruhten (Pette, Borde & David, 2004). Der Wissensstand deutscher und türkischer Frauen zu deren Diagnose und Behandlung wurde bei Aufnahme und Entlassung erhoben und mit den Krankenakten verglichen. Der Anteil korrekter Kenntnisse stieg bei deutschen Frauen zwischen den Erhebungszeitpunkten bezüglich der Diagnose von 75% auf 79%, bezüglich der Therapie von 81% auf 83%. Türkischen Frauen hatten niedrigere Kenntnisse bei Aufnahme, während des Krankenhausaufenthaltes kam es sogar zu einem deutlichen Abfall (Diagnose: Abfall von 62% auf 55%; Therapie: Abfall von 71% und 66%, ebd., S. 333f). Türkinnen mit besseren Deutschkenntnissen hatten bessere Krankheitskenntnisse, waren aber trotzdem durchgehend schlechter informiert als deutsche Frauen. In einer Studie in Berliner Notfallambulanzen gaben die Behandler sprachliche Kommunikationsprobleme als eine Hauptursache für schlechtere Arzt-Patient-Beziehungen an: so wurden 17% (Frauen) beziehungsweise 19% (Männer) aller Behandlungen türkischer Patienten als unbefriedigend gewertet, gegenüber 9% (Frauen) und 12% (Männer) bei Deutschen. Die Ärzte berichteten von Kommunikationsproblemen in 33% aller Behandlungen türkischer Patienten (Babitsch et al., 2008, S. 6). Eine Befragung von Frauen zwischen 45 und 60 Jahren zu Kenntnissen bezüglich des Nutzens und der Risiken der menopausalen Hormontherapie ergab ebenfalls Defizite im Bereich Kommunikation und Information (David, Schalinski & Borde, 2008). 45% türkischer Migranten gaben ihre Deutschkenntnisse als mangelhaft an, 40% als befriedigend, Asiatinnen schätzten ihre Deutschkenntnisse deutlich besser ein (60% als gut, 40% als befriedigend, ebd., S. 59). Nur 15% türkischer Migranten gegenüber 40% asiatischer Migranten und 47% deutscher Frauen kannten die Risiken der Hormontherapie (ebd., S. 59f). Türkische Migranten gaben um ein Drittel seltener eine befriedigende Aufklärung zu Nutzen und Risiken der Therapie an. Migranten mit unzureichenden Deutschkenntnissen war es zudem oftmals nicht möglich, alle ihnen rechtlich zustehenden Ansprüche im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung geltend zu machen, wenn hierfür das Ausfüllen aufwendiger Antragsformulare nötig war (Riesberg & Wörz, 2008). Auch dies trägt zu einer gesundheitlichen Unterversorgung von Migranten bei. Eine deutschlandweite, repräsentative Befragung von psychiatrischen Kliniken aus dem Jahr 2006 ergab einen Anteil von 17% dort stationär behandelte Migranten (Schouler-Ocak, M., Bretz et al., 2008), der damit annähernd dem Bevölkerungsanteil von Migranten in Deutschland entsprach (Kap. 1.2.2).

In der ambulanten medizinischen Versorgung müssen Krankenkassen die Kosten für Dolmetschdienste nicht übernehmen.⁴⁴ Dies führt häufig zum Einsatz fachfremder Laiendolmetscher wie etwa fremdsprachiger Reinigungskräfte, was aus Gründen der Schweigepflicht, der niedrigen Qualität der medizinischen Übersetzungsleistung und der damit verbundenen Gefahr von Fehlinterpretationen als sehr problematisch angesehen wird (Riesberg & Wörz, 2008; Salman, 2001). Dies gilt ebenfalls für den Einsatz von Familienangehörigen als Dolmetscher, deren Dolmetschdienste häufig noch zusätzlich durch Tabuisierung und damit einhergehender Scham gegenüber bestimmten Erkrankungen und Ätiologien eingeschränkt sind, so zum Beispiel besonders im Fall sexuell übertragbarer Infektionen wie HIV/AIDS.

Im Rahmen einer Befragung von 35 Krankenhäusern in elf Städten mit hohem Migrantenanteil in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz gab nur ein Krankenhaus an, professionelle Dolmetschdienste in Anspruch zu nehmen (Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen, 2005). Vier Einrichtungen setzten fremdsprachige, aber nicht geschulte Mitarbeiter ein, 24 Häuser bezogen aktiv Angehörige der Patienten ein, sechs Krankenhäuser sahen die Verantwortung zur Organisation von Dolmetschdiensten auf Seiten der Patienten und brachten sich hier nicht aktiv ein. Die oftmals fehlende Kostenübernahme durch Krankenkassen ist ein stark limitierender Faktor für den Einsatz von Gesundheitsdolmetschern oder –mediatoren, etwa nach Einführung des Diagnose-Related-Groups (DRG)-Abrechnungssystems nach Fallpauschalen, in denen Dolmetscherkosten nicht mehr abbildbar sind. Verhandlungen zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit, der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration und den Krankenkassen zur Verbesserung dieser Situation werden seit mehreren Jahren geführt (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2008, S. 98), bisher aber ohne Ergebnis.

Vor diesem Hintergrund wurde bereits vielfach die Einrichtung von sprach- und kultursensiblen Dolmetschdiensten gefordert (z.B. Borde, 2009; Brucks & Wahl, 2003; Bundesarbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, 2000; Hegemann & Salman, 2000; Peintinger, 2011; Penka, Schouler-Ocak et al., 2012; Razum, 2008; Salman, 2001, 2007), auch durch politische Akteure (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012a; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2008; Bundesministerium des Inneren, 2013; Bundesministerium für Gesundheit, 2001; Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2007; Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, 2009). Die Beschäftigung bi- oder multilingualer Mitarbeiter, die vor allem in Großstädten zum Teil schon gegeben ist, stößt allerdings aufgrund der sprachlichen Vielfalt der Migranten dabei schnell an ihre Grenzen und kann daher nur Angebote für die größten Migrantengruppen abdecken. Weiterhin sollten diese Mitarbeiter auch im Hinblick auf einen kompetenten Umgang mit kulturellen Differenzen zwischen Arzt und Klient geschult sein (Kap. 1.4.1.2).

1.4.1.4 Mobilität

Der Einfluss von Mobilität auf die gesundheitliche Lage und Versorgung von Migranten äußert sich auf verschiedenen Ebenen. Armut, traumatische Erlebnisse, der Abbruch sozialer Kontakte sowie ein allgemein geschwächter körperlicher Zustand, wie dies besonders bei Flüchtlingen der Fall sein kann, stellen gesundheitsgefährdende Aspekte dar, die durch den Akt der Aus- beziehungsweise Einwanderung selbst ausgelöst werden können (AIDS & Mobility, 1998; Zenker, Mohammadzadeh & Hilbert, 1996). Migranten mit eigener Migrati-

⁴⁴ Das Bundessozialgericht urteilte hierzu: „Auch dann, wenn eine Verständigung zwischen dem Versicherten und dem Arzt nicht möglich ist, kann nicht verlangt werden, daß auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen zur ambulanten Untersuchung oder Behandlung ein Dolmetscher hinzugezogen wird.“ Aktenzeichen 1 RK 20/94.

onserfahrung sind häufig eher mit der Beschaffung und Sicherstellung ihrer Grundversorgung beschäftigt und haben deswegen ein geringeres Interesse an gesundheitsfördernden oder – versorgenden Maßnahmen (Maharaj, 1998; Wright, 2000). Dies betrifft sowohl den Bereich der Primär- wie auch den der Sekundärprävention.

Die medizinische und psychotherapeutische Versorgung traumatisierter Kriegs- und Folteropfer ist nach dem Asylbewerberleistungsgesetz eingeschränkt (Kap. 1.4.1.1, 4.3.2.5; Zenker, Mohammadzadeh & Hilbert, 1999). Darüber hinaus sind erlittene Gewalterfahrungen wie Vergewaltigungen oftmals mit Tabuisierungen auf Seiten der Opfer verbunden, was deren Therapie zusätzlich erschwert (Haasen, Lambert, Yagdiran & Krausz, 1997; Heise, 2002; Schouler-Ocak, M, 1999). Spezialisierte Versorgungsangebote für diese Personengruppe existieren fast ausschließlich in Großstädten und sind in der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft für Flüchtlinge und Folteropfer organisiert (Spallek & Razum, 2007).

1.4.1.5 Soziale Lage

Der Zusammenhang zwischen einer ungünstigen sozialstrukturellen Lage einer Personengruppe und deren schlechterer gesundheitlicher Situation wurde für Deutschland vielfach empirisch belegt (Helmert, Bammann, Voges & Müller, 2000; Janßen, Grosse Frie, Dinger, Schiffmann & Ommen, 2009; Jungbauer-Gans & Gross, 2009; Lampert, Saß, Häfelinger & Ziese, 2005; Mielck, 2000; Richter & Hurrelmann, 2009).⁴⁵ Das von Rosenbrock und Gerlinger (2006) weiterentwickelte Modell des Wirkungszusammenhangs zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit (Abb. 8) sieht als entscheidende, zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit vermittelnde Faktoren:

- unterschiedliche gesundheitliche Beanspruchung aufgrund vermehrter Belastungen und geringerer gesundheitlicher Ressourcen,
- unterschiedliche gesundheitliche Versorgung sowie
- unterschiedliche gesundheitsrelevante Lebensstile.

Für die in vielen Bereichen schlechtere gesundheitliche Situation von Migranten (Kap. 1.3.2) wird neben genuin migrationsspezifischen Faktoren (s.o.) auch deren häufig niedriger wirtschaftlicher und sozialer Status als wichtiger Einfluss gesehen (Borde & David, 2003; Brucks & Wahl, 2003; Collatz, 1999; David, Borde & Kentenich, 1999, 2000; Faltermaier, 2005b; Helmert, Voges & Sommer, 2002; Pette, 2000; Razum & Rohrman, 2002; Razum & Twardella, 2002; Spallek & Razum, 2008; Wiedl & Marschalk, 2005). Als Bedingungen hierfür werden etwa gesundheitsgefährdende Arbeits- und Wohnbedingungen aufgrund einer eingeschränkten sozioökonomischen Situation diskutiert (Weber, Abel, Altenhofen & Bächer, 1990). In Kap. 1.2.2 wurden in diesem Zusammenhang die oftmals geringeren Ressourcen von Migranten auf Ebene des Einkommens, der Bildung und des beruflichen Status aufgezeigt. Es ist zu erwarten, dass sich die in Abbildung 8 allgemein dargestellten Einflussfaktoren auf Ebene des sozialen Status vor diesem Hintergrund ohne Einschränkung auch auf die gesundheitliche Situation von Migranten auswirken können. Die genannten Einflüsse sind dabei als veränderlich anzunehmen, sowohl auf Ebene eines Individuums im Verlauf über die Zeit als auch zum Beispiel jeweils für Untergruppen von Migranten und deren spezifischer sozialer Lage.

⁴⁵ Eine ausführliche Diskussion theoretisch wie empirisch ausgerichteter Studien zum Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage kann an dieser Stelle aus Platzgründen nicht erfolgen.

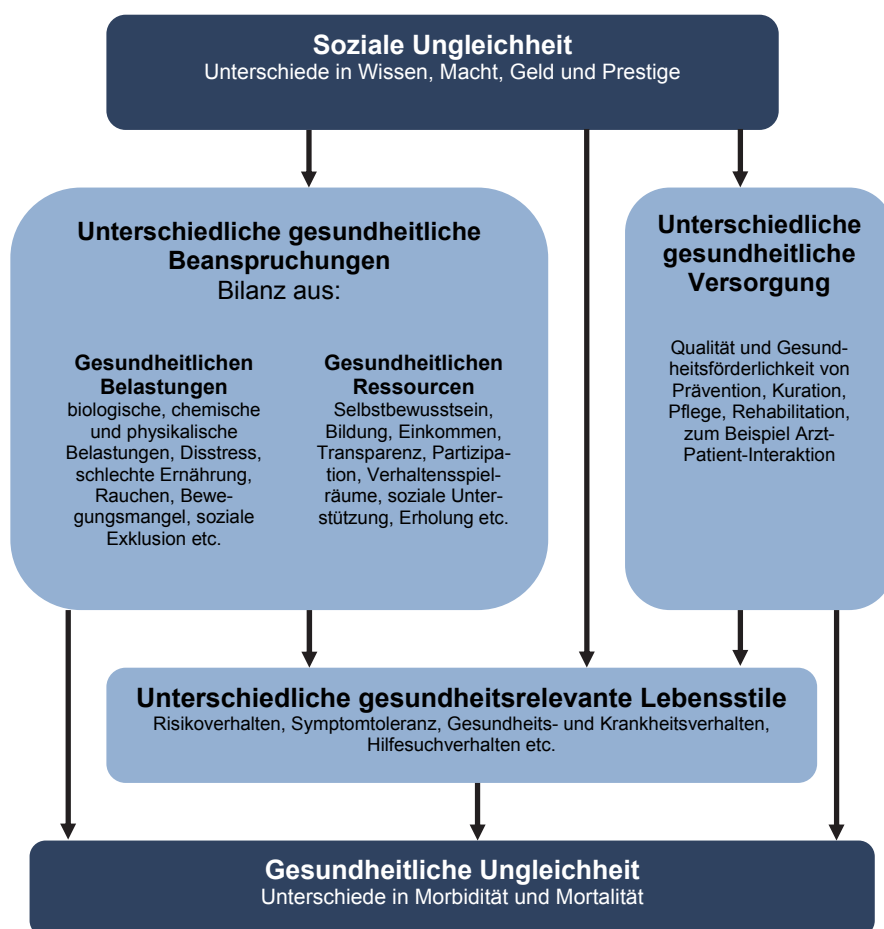


Abbildung 8
Wirkungszusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit, nach Rosenbrock & Gerlinger (2006), S. 45

Da bisher sowohl auf Grundlage der amtlichen Statistik als auch in spezifischen Studien so gut wie keine Daten zum Zusammenhang zwischen der sozialstrukturellen Lage von Migranten und deren gesundheitlicher Lage und Versorgung existieren, kann dieser Zusammenhang bis zu einer Verbesserung der Datenlage nur als sensibilisierendes Konzept in Analysen mit eingehen. Bei der Betrachtung der (eingeschränkten) Zugangsmöglichkeiten von Migranten zum deutschen Gesundheitssystem sollte vor diesem Hintergrund eine „kulturalisierende“ Sichtweise vermieden werden, die Zugangsbarrieren einzig auf kulturelle und sprachliche Differenzen zurückführt und dabei den generellen, Migrations-unspezifischen Einfluss von sozialer Ungleichheit außer Acht lässt.

1.4.2 Umfang und Qualität der medizinischen Versorgung von Migranten

Eine qualitätsvolle medizinische Versorgung muss die jeweils spezifischen Bedürfnislagen des individuellen Patienten aufnehmen und diese im Versorgungsprozess reflektiert integrieren, so auch migrationspezifische Besonderheiten (Geiger, 2006; Geiger & Razum, 2006). Collatz betont die generell sehr **wichtige Rolle des Hausarztes** für die ambulante medizinische Versorgung von Migranten (Collatz, 1999). Als hausärztliche Versorgungsfunktion definiert er im Einzelnen „die Notfall-, Sieb- und Verteilerfunktion, Koordinationsfunktionen, haus- und familienärztliche Funktion, soziale Integrationsfunktion, Langzeitbehandlung und Gesundheitsbildungsfunktion“ (ebd., S.36). Vor dem Hintergrund der oftmals besonderen

Versorgungsbedürfnisse von Migranten, etwa aufgrund der häufig komplexen Krankheitshintergründe, der Multimorbidität und rechtlicher Unsicherheiten hält Collatz die Notfallfunktion, die soziale Integrationsfunktion und insbesondere die ärztliche Koordinationsfunktion des Arztes für entscheidend. Darüber hinaus, etwa im Kontext der HIV/AIDS-Erkrankung, erscheint auch die „Gesundheitsbildungsfunktion“ des Hausarztes auf den Ebenen der primären wie sekundären Prävention sehr wichtig. Die hohe Bedeutung der Koordinationsfunktion des Hausarztes für Migranten wurde durch regionale Studien belegt, insbesondere für türkisch- und arabischstämmige Migranten (Butler, 2009a; Zeeb et al., 2004).

Ein grundlegender Aspekt der in diesem Kontext eingeforderten „interkulturellen Kompetenz“ (Kap. 2.3) sind ausreichende **Sprachkenntnisse des versorgenden Personals**. Laut Daten der Bundesärztekammer waren zum 31.12.2008 21.784 ausländische Ärzte in Deutschland beschäftigt (Bundesärztekammer, 2009, S.1). Dies entsprach einem Anteil an der deutschen Gesamtärzteschaft von 5,2%, der damit deutlich niedriger als der Ausländeranteil an der deutschen Gesamtbevölkerung lag (Kap. 1.2.2). Die Verteilung der Herkunftsländer der Ärzte wich dabei von denen der in Deutschland lebenden Migranten ab. 72,2% der ausländischen Ärzte hatten eine europäische Staatsbürgerschaft, 50,4% eine der EU (ebd.). Nach Nationalität stratifiziert kam der höchste Anteil von Ärzten aus Österreich (1.802 Ärzte, Anteil; 8,3%), aus Griechenland (1.708, 7,8%) sowie aus Nachfolgestaaten der Sowjetunion (1.685, 7,7%, ebd.). Die Türkei machte einen Anteil von 4,2% (905 Ärzte) aus (ebd., S.2). Diese geringe Zahl ist allerdings nicht aussagekräftig, da eine unbekannte Anzahl von Ärzten mit türkischem Migrationshintergrund die deutsche Staatsbürgerschaft angenommen hat. Der Anteil dieser Ärztesgruppe liegt daher wahrscheinlich deutlich höher, insbesondere durch türkischstämmige Jugendliche, die bereits mit deutscher Nationalität ein Medizinstudium in Deutschland abschließen (im Wintersemester 1999/2000 waren 1.600 türkischstämmige Migranten in Deutschland in Humanmedizin immatrikuliert; Razum, 2008, S. 112). Aus diesem Grund bleiben Aussagen zu Ärzten mit Migrationshintergrund und auch zu anderen Berufsgruppen der medizinischen und psychosozialen Versorgung, zu denen im Vergleich zur Ärzteschaft kaum Daten vorliegen, ungenau. Eine Analyse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeigte, dass Ärzte mit ausländischer Nationalität in Deutschland überwiegend in Krankenhäusern beschäftigt sind und selten in der ambulanten Versorgung (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2007). Insbesondere Ärzte der zweiten und späteren Migrantengenerationen, die ein Studium in Deutschland absolviert haben, sind im Hinblick auf ihre Fachkompetenz westlich-schulmedizinisch und deutschsprachig ausgebildet. Ihre interkulturelle Kompetenz im medizinischen Bereich ist daher wahrscheinlich eingeschränkter als die von Ärzten mit eigener Migrationserfahrung. Dies gilt ebenfalls für nichtärztliches Personal in der Gesundheitsversorgung. Spezifische Untersuchungen zum Transfer von Migrationserfahrungen von medizinischem Personal in die Interaktion mit Patienten liegen für Deutschland bisher nicht vor (Geiger & Razum, 2006).

Die **Gesundheitsämter** in Deutschland übernehmen je nach Landesgesetzgebung umfangreiche Aufgaben im Bereich des Infektionsschutzes, der Gesundheitsberatung, -förderung und Prävention. Sie erfüllen etwa im Bereich der Infektionserkrankungen, die wie Tuberkulose bei Migranten prävalenter sind, eine wichtige Versorgungsfunktion. Dies gilt auch für HIV/AIDS. Laut einer Studie nahmen im Jahr 2000 mehr als 16.000 Migranten mit Prostitutionshintergrund Beratungs- und Testangebote der Gesundheitsämter wahr, insbesondere der Beratungsstellen für sexuell übertragbare Infektionen (STI; Steffan, Rademacher & Kraus, 2002, S.32). Gesundheitsämter sind stark in den Bereich der Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen involviert, ebenso wie in den Bereich der Schwangerschaftsberatung und der weiteren Sexualaufklärung. Gesundheitsämter führen medizinische Behandlungen eher in Einzelfällen durch, stattdessen nehmen sie stärker eine Vermittlerrolle in die Versorgungslandschaft wahr. Im Jahr 2000 wurden von Gesundheitsämtern geschätzte 11.000 Personen

(16% der Gesamtklientel) kostenfrei behandelt, 4.080 Patienten hiervon (37,1%) aufgrund einer fehlenden Krankenversicherung (Migranten und Nicht-Migranten), weitere 2.013 (18,3%) aufgrund aufenthaltsrechtlicher Probleme (ebd., S.58). In letzterem Fall sind die Gesundheitsämter allerdings zur Meldung von Patienten ohne legalen Aufenthaltstitel verpflichtet (Kap. 1.4.1.1, 4.3.2.5). In den letzten Jahren wurden von Gesundheitsämtern in vielen Städten und Gemeinden zunehmend migrationsspezifische Präventions- und Versorgungsangebote aufgelegt, für die bisher keine Evaluierungen vorliegen (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2007).

Studien, die den **hohen Bedarf an kultur- und sprachmittelnden Diensten** im Bereich der gesundheitlichen Versorgung belegten, wurden bereits dargestellt (Kap. 1.4.1.3). In einigen Städten wie Aachen, Bielefeld, Braunschweig, Hamburg, Hannover, Kassel und München wurden in den letzten Jahren gemäß niederländischer Vorbilder (Drenthen, 2000) Migranten als sprach- und kulturmittelnde Gesundheitsmediatoren ausgebildet und kommen dort zum Einsatz (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2007; Salman, 2007; Salman & Menkhaus, 2007). Im Land Berlin wurde zur Abdeckung der dargestellten Bedarfe an Sprach- und Kulturmittlung der „Gemeindedolmetschdienst“ etabliert (Papies-Winkler, 2003). Im Rahmen dieses Projektes wurden bis Ende 2007 etwa 70 Migranten durch Aus- und Fortbildung in relevanten Bereichen (Gesundheits- und Sozialwesen, Recht und Ethik, Übersetzungstechniken und Fachterminologie) dazu in die Lage versetzt, fachlich kompetent und kultursensibel zwischen Patienten und Behandlern zu dolmetschen (Direske, 2007, S. 20). Die ersten 1.000 Einsätze wurden zu jeweils 40% durch den öffentlichen Dienst sowie durch Krankenhäuser angefordert, etwa 20% von freien Trägern. Die am häufigsten angeforderten Sprachen waren Türkisch (50%) und Arabisch (27%, ebd., S. 21). Wie dieses Angebot im Bereich der HIV/AIDS-Versorgung angenommen wird, wurde noch nicht evaluiert. Eine Analyse des Datenbank-Projekts „Gesundheitliche Chancengleichheit“ zeigte, dass es sich dabei jedoch zumeist um regional fokussierte Projekte handelte, oftmals auf Grundlage privater Initiative, eine flächendeckende staatliche Initiierung solcher Projekte steht bisher aus (Spallek & Razum, 2007). Insbesondere ländliche Räume waren hier noch kaum versorgt.

Psychische beziehungsweise psychosomatische Erkrankungen werden oft im Kontext eines anderen medizinischen Zusammenhangs „mitbehandelt“, was sich in besonderen Häufungen von Diagnosen dieses Spektrums bei der Versorgung von Migranten durch Allgemeinärzte, Frauen- und Kinderärzte sowie Internisten niederschlägt (Koch, 2002; Koch et al., 2002). Es wurde gezeigt, dass Ausländer mit später geklärter psychosomatischer beziehungsweise psychiatrischer Diagnose signifikant häufiger körperlichen Untersuchungen unterzogen und ihnen mehr Medikamente verordnet wurden als Deutschen (Dohmen, 1996; Korporal, J., 1995; Woitinas, 1995). Dies gilt auch umgekehrt: eine weitere Studie legte dar, dass bei einem hohen Anteil von 16% türkischer Migranten in Rahmen einer psychosomatischen Rehabilitation erstmals bisher nicht diagnostizierte somatische Leiden erkannt wurden (Schmeling-Kludas, Fröschlin & Boll-Klatt, 2003). Die Autoren nennen als Grund hierfür die für die Erreichung gleicher Behandlungsergebnisse bei Migranten höheren Kosten und den höheren Aufwand für die Aneignung und Anwendung migrationsspezifischer Versorgungskonzepte. Es wird angenommen, dass das Stigmatisierungspotential durch eine psychische beziehungsweise psychosomatische Erkrankung in vielen Migranten-Communities sehr hoch ist und daher überaus ungerne und selten dafür spezialisierte Fachärzte aufgesucht werden. Für die Auseinandersetzung von Migranten mit psychischen und psychosomatischen Symptomatiken stellt die Familie oftmals eine zentrale Unterstützungs- und Lösungsinstanz dar (Bromand et al., 2012). Das Aufsuchen von Fachärzten würde damit das Scheitern dieses präferierten Systems bedeuten. Diese Hintergründe können damit als eine Ursache für Somatisierungstendenzen bei psychischen/psychiatrischen Erkrankungen angesehen werden (Collatz, 2001;

Hegemann & Salman, 2000). Auf spezifische Bedürfnisse von Migranten spezialisierte Einrichtungen existierten bisher vorwiegend im Bereich der Betreuung und Behandlung von Folteropfern, wenige weitere Angebote gab es in der Suchthilfe (Haasen, C, 2000; Knipping, 2001), Evaluationen dieser Angebote liegen bisher noch nicht vor.

Die Zielgruppe der **Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus** wurde in der jüngeren Vergangenheit ebenfalls von einigen Einrichtungen der medizinischen Versorgung adressiert (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2007). In Berlin ist dies etwa die „Malteser Migranten-Medizin“, die generell Personen ohne Krankenversicherung medizinisch betreut, deren Hauptklientel allerdings Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus war (Franz, 2003). Für diese wird, im Rahmen der oftmals eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten, eine Basisversorgung bereitgestellt. Darüber hinaus wird im Bedarfsfall versucht, eine weiterführende Behandlung in Zusammenarbeit mit kooperierenden Einrichtungen (Kliniken, niedergelassenen Ärzten etc.) zu gewährleisten. Aus den Betreuungszahlen der „Malteser Migranten-Medizin“ ging hervor, dass sich illegalisiert in Deutschland aufhaltende Migranten mit 78 % die größte Gruppe von Personen ohne Krankenversicherung darstellten, die sich in dieser Einrichtung medizinisch versorgen lassen (ebd., S. 145). In einigen deutschen Großstädten existieren informelle Netzwerke von Ärzten, Dolmetschern, Sozialarbeitern, Hebammen etc., die eine Gesundheitsversorgung von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus organisieren. Es ist allerdings davon auszugehen, dass Angebote dieser Art den tatsächlich bestehenden Bedarf von Migranten an gesundheitlicher Versorgung bei weitem nicht abdecken können.

Präventionsangebote für Migranten müssen deren sehr spezifische Lebenslagen, deren kulturell oftmals divergenten Körper- und Gesundheitskonzepten sowie deren vorhandenen Handlungsressourcen und –einschränkungen im Gesundheitsbereich bedenken. Zudem ist die ausgeprägte Heterogenität von Migranten zu berücksichtigen. Aus den Lebensverhältnissen kann sich daher häufig ein erhöhter Bedarf an der Inanspruchnahme von Präventionsleistungen ergeben, dem zum Teil eine kulturell bedingte verminderte Nachfrage gegenübersteht (Borutta, 2001; Özşahin, 2001; Pallasch, Salman & Hartwig, 2005). Die Landschaft migrationspezifischer Präventionsprojekte in Deutschland ist aufgrund der häufig kleinräumigen Abdeckung der Angebote und deren Zuschnitt auf zum Teil sehr spezifische und kleine Zielgruppen nur schwer zu überschauen. Die beste Übersicht gibt die Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“.⁴⁶ Eine Analyse der Datenbank ergab im Mai 2005 eine Anzahl von 2.683 dokumentierten Projekten (Razum, 2008, S. 122-124). 6% dieser Angebote richteten sich ausschließlich an Migranten, weitere 26% an Migranten und andere Personengruppen. 62% der Projekte richteten sich an Aussiedler, 37% an Asylbewerber, 17% auch an Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus. 52% aller Projekte waren für Menschen mit schlechten Deutschkenntnissen konzipiert. 66% der Angebote dienten der Stärkung von Bewältigungsressourcen, etwa zur Konfliktlösung. Projekte zum Sexualverhalten hatten einen Anteil von 30,1%, zur AIDS-Prävention 23,5%. Angebote zur Verbesserung der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen hatten einen geringeren Anteil, etwa von Impfungen (13%), Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern (16%) oder Vorsorgeuntersuchungen (18%). 57% der Projektträger waren Vereine und andere freie Träger, 25% Wohlfahrtsverbände, 17% Behörden. Zur Steigerung der Erreichbarkeit der Zielgruppen wurden in 25% der Projekte migrantische Multiplikatoren eingesetzt. Nur bei 4% der Projekte wurde eine externe Begutachtung durchgeführt, bei weiteren 14% eine interne Evaluation, deren Ergebnisse aber nicht zugänglich waren. Zum Abdeckungsgrad der zu erreichenden Migrantenpopulationen beziehungsweise der Anzahl erreichter Klienten sowie zur Klientenzufriedenheit können daher keine Aussagen gemacht werden.

⁴⁶ Diese Datenbank wird vom gleichnamigen Verbund betrieben, in dem die BZgA, Gesundheit Berlin e.V. und der BKK Bundesverband vertreten sind, und ist über www.gesundheitliche-chancengleichheit.de zugänglich.

1.4.3 Inanspruchnahmeverhalten von gesundheitlichen Leistungen durch Migranten

Auch zum Inanspruchnahmeverhalten gesundheitlicher Leistungen durch Migranten in Deutschland liegen bisher nur wenige und unsystematisch erhobene Daten vor. Die vorhandenen Daten zeigen Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten zwischen Migranten von Nicht-Migranten in verschiedenen Bereichen. Als Gründe hierfür sind ein je nach Gruppe und Individuum verschiedenes Zusammenspiel der dargestellten Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem (Kap. 1.4.1) sowie ein in Teilen unterschiedlicher Bedarf an gesundheitlichen Leistungen anzunehmen.

Eine Studie in Berliner Notfallambulanzen belegte eine überproportionale Nutzung von Notfallambulanzen durch Migranten (Borde et al., 2003; David, Braun et al., 2006). So machten in einer gynäkologischen Notfallambulanz Migranten 49% der Patienten aus, in einer internistischen betrug der Migranten-Anteil 28% (David, Pachaly & Vetter, 2006, S. 56). Migranten waren jünger als Nicht-Migranten, suchten die Rettungsstellen häufiger am Wochenende und abends/nachts auf und wurden seltener stationär aufgenommen als Nicht-Migranten (39% vs. 50%). In der Hälfte der Fälle wurde die Nutzung der Notfallambulanz durch Migranten aus medizinischer wie patientenseitiger Sicht als nicht adäquat eingestuft (David, Schwartau et al., 2006).

Es wird vermutet, dass aufgrund eines ähnlichen, kulturell bedingten mangelhaften Zugangs Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes von Migranten ebenso seltener aufgesucht werden (Borde et al., 2005; Knipper & Bilgin, 2009). Mehrere Studien, die über einen längeren Zeitraum durchgeführt wurden, belegten, dass Migranten zur Behandlung ihrer Erkrankungen seltener Fachärzte aufsuchten als Nicht-Migranten, Hausärzte hingegen häufiger (Blöchliger et al., 1998; Butler, 2009a; Collatz, 1994, 1999; Fischer, G., 1994; Korporal, J., 1985; Salis Gross, Blöchliger, Moser & Zuppinger, 1997; Salis Gross & Loncarevic, 1999; Wagner & Marreel, 1998; Zeeb et al., 2004; Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 1989). Die am häufigsten von Migranten aufgesuchten Arztgruppen waren Kinderärzte, Gynäkologen, Allgemeinärzte und mit einigem Abstand Internisten. Die Studien wiesen für Migranten zudem eine wesentlich längere Zeitdauer nach, um an einer für die jeweils spezifische Diagnose adäquaten Behandlung teilzunehmen.

Letzteres wirkte sich besonders stark im Bereich der psychischen Erkrankungen aus. Zudem wurden Migranten häufiger unter Zwang in eine psychiatrische Versorgung eingewiesen und waren in offenen stationären Bereichen und in psychiatrischen Ambulanzen sowie in der ambulanten Psychotherapie unterrepräsentiert (Lindert et al., 2008; Machleidt, W et al., 2007; Machleidt & Calliess, 2005; Machleidt et al., 2006). In den letzten Jahren wurde eine steigende Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten zur Behandlung von Depressionen und psychosomatischen Störungen durch Migranten festgestellt (Rommel, 2005).

Rehabilitationsleistungen wurden von Migranten seltener in Anspruch genommen, auch hierfür werden die bereits beschriebenen Zugangsbarrieren (Kap. 1.4.1) als wichtige Gründe diskutiert (Höhne & Schubert, 2007; Knipper & Bilgin, 2009; Razum et al., 2004). Verschiedene regionale Studien zeigten, dass präventive Angebote, etwa in den Bereichen Zahngesundheit, Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Schwangerschaftsvorsorge von Migranten seltener wahrgenommen werden als von Nicht-Migranten (Bissar, Schulte, Muhiazi & Koch, 2007; Butler, 2009a, 2009b; David, Pachaly et al., 2006; Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg, 1997; Kamtsiuris, Bergmann et al., 2007; Knipper & Bilgin, 2009; Poethko-Müller et al., 2007; Schenk, Ellert & Neuhauser, 2009; Schenk & Knopf, 2007; Spallek & Razum, 2007; Zeeb et al., 2004).

Die Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen unterschied sich laut einer Befragung von Gruppenleitern kaum zwischen Nicht-Migranten und Migranten mit guten Deutschkenntnissen. Migranten mit schlechteren Deutschkenntnissen fanden sich in diesen Angeboten jedoch kaum wieder (Kofahl, Hollmann & Möller-Bock, 2009).

In der fünften Wiederholung der Mehrthemenbefragung türkischer Migranten in Nordrhein-Westfalen zeigten sich als Gründe für ein geringeres Inanspruchnahmeverhalten von Präventionsangeboten die mangelnde Kenntnis über Vorsorgeuntersuchungen generell wie auch bezüglich sozialer und sozialpsychologischer Dienste (Goldberg & Sauer, 2003). Auch türkische Migranten mit guten Deutschkenntnissen wünschten sich hier Informationen in türkischer Sprache.

1.5 HIV/AIDS und Migration in Deutschland

1.5.1 Epidemiologische Daten zu HIV/AIDS bei Migranten in Deutschland und Berlin⁴⁷

Migration hat auf verschiedenen Ebenen Auswirkungen auf die Epidemiologie von HIV/AIDS (Robert Koch-Institut, 2010a, S. 39f.). HIV-Infektionen können aus den Herkunftsländern mitgebracht werden und spiegeln dann eher die dortige epidemiologische Situation wider. Im Verlauf der Migration können aber auch spezifische Risikofaktoren des Herkunftslandes durch solche des Einwanderungslandes ersetzt werden. HIV-Infektionen können ebenso im Verlauf des Migrationsprozesses selbst akquiriert werden, etwa durch Sexarbeit aufgrund ökonomischer und/oder rechtlicher Notlagen. Migranten können – entgegen des vorherrschenden Bildes – aber auch aus Ländern mit niedrigerer HIV-Prävalenz nach Deutschland kommen. Hierdurch und durch einen eventuell schlechteren Zugang zu Präventionsmaßnahmen kann sich deren Vulnerabilität gegenüber HIV durch den Migrationsprozess sogar erhöhen.

Am Robert Koch-Institut werden Daten zu HIV/AIDS im Rahmen des AIDS-Fallregisters sowie weiterhin nach §7 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) Daten zu neu diagnostizierten HIV-Infektionen erhoben. Im AIDS-Fallregister werden seit 1982 alle freiwillig und anonym durch die behandelnden Ärzte gemeldeten AIDS-Fälle in Deutschland dokumentiert. HIV-Neudiagnosen werden seit der Einführung des IfSG im Jahr 2001 ebenfalls anonym durch das involvierte Labor gemeldet, ergänzt durch Daten aus der testenden medizinischen Einrichtung (niedergelassene Ärzte, Gesundheitsämter, Test-Angebote etc.). Aufgrund der medizinischen Fortschritte im HIV/AIDS-Bereich durch die antiretrovirale Therapie und der damit einhergehenden deutlichen Verzögerung des Auftretens von AIDS hat die Statistik der HIV-Neudiagnosen gegenüber dem AIDS-Fallregister im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung eine deutlich höhere Aussagekraft.

Die Interpretation von Daten aus dem HIV-Melderegister unterliegt dabei einigen Besonderheiten:

„Die Bestimmung der Anzahl der HIV-Neuinfektionen pro Zeiteinheit (HIV-Inzidenz) ist methodisch schwierig und aufwändig. Die [...] Meldungen über HIV-Neudiagnosen dürfen weder mit der HIV-Inzidenz noch mit der HIV-Prävalenz (Anzahl der zu einem bestimmten Zeitpunkt bestehenden HIV-Infektionen) gleichgesetzt werden. Die Meldungen über HIV-Neudiagnosen erlauben auch keinen direkten Rückschluss auf den Infektionszeitpunkt, da HIV-Infektion und -Test zeitlich weit auseinander

⁴⁷ Eine umfangreiche Analyse der aktuellen Meldedaten von HIV/AIDS des Robert Koch-Instituts unter besonderer Berücksichtigung migrationsspezifischer Fragestellungen wurde im Rahmen dieser Studie vorgenommen und wird in Kap. 4.1 dargestellt.

liegen können. Weitere Faktoren, die die Meldedaten beeinflussen können, sind das Angebot von Testmöglichkeiten, die Inanspruchnahme solcher Testangebote und das Meldeverhalten der Ärzte. Insbesondere Veränderungen dieser Parameter im Zeitverlauf können die Interpretation der Daten erschweren. Andere Datenquellen zur Abschätzung der HIV-Inzidenz sind rar, daher bieten die Meldungen über HIV-Neudiagnosen, trotz aller Einschränkungen, die derzeit bestmögliche Grundlage zur Abschätzung des aktuellen Infektionsgeschehens.“ (Robert Koch-Institut, 2009b, S. 204)

Aus Datenschutzgründen werden im Rahmen der HIV-Surveillance seit Einführung des IfSG im Jahr 2001 nur das Herkunftsland sowie das vermutete Infektionsland der gemeldeten Person erhoben. Als Herkunftsland ist dasjenige Land definiert, in dem die betreffende Person den größten Teil ihres Lebens verbracht hat. Dieser Definition folgend werden Personen aus den Gruppen 2, 4, 5, 6, 8, 10 und 11 der Abbildung 1 als Personen nicht-deutscher Herkunft gewertet, abhängig von deren Aufenthaltszeit in Deutschland, die Gruppen 3, 5 und 9 als Personen deutscher Herkunft. Da weder Geburtsland noch Staatsangehörigkeit erhoben werden, ist die Abbildung von Migrationsaspekten anhand der HIV-Meldedaten auch von der Interpretation des ausfüllenden Arztes abhängig. Die Meldedaten der HIV-Neudiagnosen enthalten ebenfalls eine Angabe zum jeweiligen Transmissionsrisiko, von der eine Ausprägung, nämlich die Herkunft aus einem Hochprävalenz-Land (HPL), ebenfalls migrationsbezogene Informationen trägt.⁴⁸ Vor Einführung des IfSG wurden weder Angaben zum Herkunfts- noch zum Infektionsland erhoben, einziges migrationspezifisches Merkmal war hier das Transmissionsrisiko HPL.

Aufgrund der dargestellten allgemeinen Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung (Kap. 1.4.1) für Migranten ist davon auszugehen, dass zumindest Teile der Migrantenpopulation in Deutschland einen erschwerten Zugang zur HIV-Testung haben und daher in den Meldedaten unterrepräsentiert sind (Robert Koch-Institut, 2010a, S.44). Der Migranten-Anteil an den gemeldeten HIV-Neudiagnosen wird damit eher unterschätzt, etwa, falls vor Diagnose eine Ausreise erfolgt oder aber Migranten häufiger erst in einem fortgeschrittenen Erkrankungs-Stadium getestet werden („Late Presenters“, Robert Koch-Institut, 2007, S. 4). Unter gleichzeitiger Berücksichtigung einer nicht genau quantifizierbaren, aber als durchaus wesentlich angenommenen Anzahl von Fortzügen und Abschiebungen von Migranten (Kap. 1.2.1) wird deren Anteil an allen in Deutschland gemeldeten HIV-infizierten Personen auf etwa 20-25% geschätzt (ebd.).

Nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts lebten Ende 2012 etwa 78.000 HIV-positive Personen in **Deutschland** (Robert Koch-Institut, 2013c, S. 459). Für den Zeitraum seit Beginn der Epidemie bis Ende 2012 wurden Gesamtzahlen von 94.000 HIV-Infizierten sowie von 27.000 Todesfällen bei HIV-Infizierten geschätzt (ebd.). Von 14.000 Personen wurde angenommen, dass sie Ende 2012 mit HIV leben, die Infektion aber noch nicht diagnostiziert wurde. 80,8% der Ende 2011 in Deutschland geschätzt mit HIV lebenden Personen waren Männer. Dominantes Transmissionsrisiko aller geschätzten Fälle war MSM mit 65,4%, gefolgt von heterosexuellen Kontakten mit 21,8% und intravenösem Drogengebrauch (IVDU) mit 10,8% (ebd.). Von 43,5% aller Personen mit heterosexuellem Transmissionsrisiko wurde geschätzt, dass sie ihre HIV-Infektion im Ausland erwarben.⁴⁹

⁴⁸ Der Meldebogen des Robert-Koch-Institutes stellt für die Erhebung des Infektionswegs sieben Merkmale zur Verfügung: 1) Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), 2) intravenöser Drogengebrauch (IVDU), 3) Hämophile/Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophilen, Hämophilie/Trans), 4) heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus HPL-Ländern, Hetero), 5) Personen aus Hochprävalenzländern (HIV-Prävalenz in der allgemeinen Bevölkerung >1%), in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (zum Beispiel Karibik, Subsahara-Afrika, HPL), 6) Prä- oder perinatale Infektion (PPI) und 7) keine Angabe/Sonstige (k.A.).

⁴⁹ Das Robert Koch-Institut ist im Verlauf des Jahres 2012 dazu übergegangen, Meldungen mit dem Risiko „HPL“ in seinen Veröffentlichungen nicht mehr regelmäßig darzustellen (Robert Koch-Institut, 2012d). Eine

Für das **Bundesland Berlin** wurde eine Zahl von 15.000 Personen geschätzt, die Ende 2012 mit HIV lebten (Robert Koch-Institut, 2013b, S. 1). Seit Beginn der Epidemie wurde eine Gesamtzahl von 19.000 Personen geschätzt, die jemals in Berlin mit HIV lebten, 4.600 Todesfälle sowie eine Zahl von 2.300 Personen mit noch nicht diagnostizierter HIV-Infektion (ebd.). Eine geschätzte Zahl von 11.000 Personen befand sich Ende 2011 in Berlin unter anti-retroviraler Therapie (ebd.). Für die in Berlin über den Gesamtzeitraum der Epidemie aufgetretenen HIV-Infektionen wurde ein Männeranteil von 86,7% geschätzt (ebd.). Die Transmissionsrisiken verteilten sich für die Gesamtzahl aller Meldungen in Berlin auf 73,4% MSM, 14,0% heterosexuelle Kontakte sowie 11,3% IVDU (ebd.) Für 38,1% der Personen mit heterosexuellem Transmissionsrisiko wurde angenommen, dass diese ihre HIV-Infektion außerhalb Deutschlands akquirierten (ebd.).

Aufgrund des im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern geringeren Anteils von Migranten aus HPL in Deutschland (so werden in Großbritannien etwa 70% aller Neudiagnosen bei Personen mit ausländischer Herkunft gestellt (World Health Organisation, 2011)) wird der Einfluss von Migration auf die Epidemiologie von HIV/AIDS in Deutschland als vergleichsweise gering eingeschätzt (Robert Koch-Institut, 2007, S. 6). Wegen des hohen Stigmatisierungspotentials für das Transmissionsrisiko MSM wird davon ausgegangen, dass dieses für Personen mit ausländischer Herkunft aus verschiedenen Weltregionen als „unbekannt“ gemeldet wird und MSM daher bei Analysen nach Nationalität in den Meldedaten eher unterrepräsentiert sind (Robert Koch-Institut, 2010a).

1.5.2 Daten zur medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten in Deutschland

Schätzungen des Robert Koch-Instituts gehen für Ende 2012 von etwa 50.000 behandelten HIV-positiven Patienten in Deutschland und somit einem Anteil von 64,1% an allen HIV-positiven Personen aus (Robert Koch-Institut, 2013c, S. 459). Schätzungen zur Anzahl behandelte Migranten liegen für Deutschland nicht vor.

Studien zur gesundheitlichen Versorgung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten in Deutschland liegen bislang nur wenige vor. Ebenso liegen kaum umfangreiche Analysen zur medizinischen Versorgung dieser Personengruppe vor. Die Kohortenstudie des Kompetenznetzes HIV/AIDS, in der longitudinal Daten von über 16.000 HIV-positiven Patienten (dies entspricht etwa einem Drittel der in Deutschland behandelten Personen) erhoben wurden, ist die einzige nationale Studie zur Versorgungsrealität bezüglich HIV/AIDS in Deutschland unter Berücksichtigung der Besonderheit der komplementären Versorgungsstruktur mit Klinik-Ambulanzen und privat geführten HIV-Schwerpunktpraxen. Sie gilt in wichtigen Aspekten als repräsentativ für die deutsche Situation (Jansen, Michalik et al., 2009). Der Anteil von Patienten mit Transmissionsrisiko HPL in der Kohorte betrug 5,1% im Jahr 2008 und war damit etwa halb so hoch wie der entsprechende Anteil bei den an das RKI gemeldeten HIV-Neudiagnosen (Jansen, Brockmeyer, Hahn et al., 2009, S. 418). Als Grund hierfür gelten zum einen Zugangsbarrieren zum medizinischen Versorgungssystem nach erfolgter Testung sowie ein Rekrutierungsbias von Migranten für die Kohorte aufgrund von Vorbehalten gegenüber der für die Teilnahme an der Kohorte nötigen Einverständniserklärung. Der Anteil von Patienten deutscher Herkunft im Jahr 2008 lag in der Kohorte des Kompetenznetzes HIV/AIDS bei 81,9%, weitere 4,6% stammten aus Subsahara-Afrika, jeweils 4,0% aus West- sowie Zentral-/Osteuropa, 5,5% aus anderen Ländern (ebd., S. 419). Personen nicht-deutscher Herkunft wa-

ren in der Kohorte damit weniger stark unterrepräsentiert als Patienten aus HPL. Vor dem Hintergrund, dass (zumindest bestimmte Gruppen von) Migranten bereits im Rahmen der HIV-Testung unterrepräsentiert sind und daher zusätzlich eine nicht näher bestimmbare Zahl nicht-getesteter HIV-positiver Migranten angenommen werden muss, ist von einer deutlichen Unterversorgung von Migranten in der HIV-Schwerpunkt-Versorgung auszugehen, die je nach Herkunft und kulturellem Hintergrund zwischen unterschiedlichen Migranten-Gruppen variieren kann.

Als Gründe für eine solche Unterversorgung sind die bereits geschilderten Zugangsbarrieren zu nennen (Kap. 1.4.1). Ein erschwerter Zugang besteht sowohl zur Primärprävention wie zur Sekundär- und Tertiärprävention, woraus sich sowohl ein potentiell höheres Übertragungsrisiko wie auch ein möglicher schlechterer Krankheitsverlauf im Falle einer HIV/AIDS-Erkrankung ergibt. Im Folgenden werden spezifische Ausprägungen von Zugangsbarrieren im Zusammenhang mit HIV/AIDS dargestellt.

HIV/AIDS unterliegt stärker als viele andere Erkrankungen mannigfaltigen Tabuisierungen, Menschen mit HIV/AIDS werden aus religiösen oder moralischen Gründen stigmatisiert. Migranten sehen sich diesen Schwierigkeiten, je nach religiösem und kulturellem Hintergrund, in besonderem Maße ausgesetzt. Neben sprachlichen Schwierigkeiten können solche kulturellen Divergenzen und Tabuisierungen den Zugang von Migranten zur **Primärprävention**, besonders aufgrund der in Deutschland verwendeten eher expliziten Präventionsbotschaften zu HIV und STI, erschweren oder unmöglich machen (wovon Migranten aus dem westlichen Kulturkreis eher ausgenommen sind, Göttke, 2009, S. 15).⁵⁰ Kulturell divergente ätiologische Ansätze auf der Basis schuldhaften Verhaltens können erschwerend hinzukommen (Mohammadzadeh, 2001; VIA Berlin/Brandenburg e.V., 2000). Ebenso ist die Vermutung, sich eine HIV-Infektion aufgrund schwuler Geschlechtskontakte erworben zu haben, in vielen Migranten-Communities, etwa aufgrund religiöser Motive, kaum hinnehmbar und kann bei den Betroffenen einen hohen Leidensdruck und entsprechende Vermeidungs- und Verdrängungsstrategien auslösen (Göttke, 2009).

Die Angst vor Stigmatisierung durch das Öffentlich-Werden einer HIV-Infektion kann ebenso den Zugang zur **Sekundär- und Tertiärprävention** einschränken. So kann es auch Personen, die sich einer Behandlung unterziehen möchten, schwer fallen, spezialisierte und mit HIV/AIDS konnotierte Versorgungseinrichtungen aufzusuchen, da dies ein erhöhtes Stigmatisierungspotential mit sich bringen kann. Hier ist einer der Gründe für die häufige Ablehnung der medizinischen Schwerpunktversorgung durch migrantische Klientel zu suchen (Gölz, 2001).

Es ist anzunehmen, dass der in medizinischen Behandlungskontexten immer wieder praktizierte Einsatz von Familienangehörigen als Dolmetscher im Fall von HIV/AIDS aufgrund von Scham und Tabuisierung ebenfalls häufig problematisch ist. Bei Dolmetschdiensten durch die Familie besteht daher für viele Migranten kaum Gelegenheit, eine (potentielle) HIV-Infektion zur Sprache zu bringen. Die Familie kann damit häufig auch als Ort der sozialen Unterstützung und als Ressource zur Krankheitsbewältigung ausfallen (Kap. 2.1).

Es ist davon auszugehen, dass die in Deutschland für den HIV/AIDS-Bereich typische spezialisierte Versorgungsstruktur mit privaten HIV-Schwerpunktpraxen sowie klinischen Infektionsambulanzen für viele Migranten nicht leicht erschließbar ist und dies zumindest einer der Gründe für eine geringere Präsenz in diesen Einrichtungen ist. Es herrscht Unklarheit darüber, ob und wie viele Migranten eine Behandlung ihrer HIV/AIDS-Erkrankung außerhalb der HIV-Schwerpunktversorgung, etwa im Rahmen einer hausärztlichen oder gynäkologischen

⁵⁰ Die HIV/AIDS-spezifischen Präventionsprogramme in Deutschland wurden bisher vor allem für drei Zielgruppen konzipiert: für homo- und bisexuelle Männer, für intravenös Drogengebrauchende und für die (westlich sozialisierte) Allgemeinbevölkerung. Umfangreiche migrationsspezifische Präventionsansätze werden erst in jüngerer Zeit systematisch entwickelt.

Betreuung, anstreben oder ob sie in gänzlich anderen medizinischen Einrichtungen präsent werden. Da Studien belegten, dass die ärztliche Versorgung von Migranten überproportional häufig in Ambulanzen und Rettungsstellen stattfand (Borde et al., 2003; Borde et al., 2005), ist auch dort zu überprüfen, inwieweit Migranten dort auch mit einer HIV/AIDS-Problematik vorstellig werden.

Auch ein unregelmäßiger Aufenthaltsstatus kann den Zugang für Migranten zu einer HIV-Behandlung, für die erhebliche Kosten anfallen, die von den Migranten meist nicht selbst getragen werden können, fast gänzlich unmöglich machen. Gerade ausländische Sexarbeiter halten sich oftmals illegalisiert in Deutschland auf, was ihnen den Zugang zu sozialen und gesundheitlichen Hilfen aus den genannten Gründen stark erschwert (Wright, 2000).

Daten der Kohorte des Kompetenznetzes HIV/AIDS zeigten für HIV-positive Patienten nicht-deutscher Herkunft etwa doppelt so häufig ein niedriges monatliches Haushaltsnetto-Einkommen von unter 1.000€ als für solche mit deutscher Staatsangehörigkeit (Jansen, Brockmeyer, Dlugay et al., 2009). Dieses brachte wiederum eine mehr als doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit für schlechtere HIV-relevante Erkrankungsparameter wie CDC-Status und Anzahl der CD4-Zellen/ μ l Blut (Kap. 1.5.3) mit sich, adjustiert nach Alter, Geschlecht, Bildungsstand und Viruslast. Da HIV-Patienten in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien einen erhöhten Bedarf an medizinischer Zusatzversorgung haben, der zu einem nicht unerheblichen Teil privat zu finanzieren ist, stellt die Kombination aus niedrigem Einkommen und schlechterer gesundheitlicher Lage eine doppelte Herausforderung für deren angemessene medizinische Versorgung dar.

Aufgrund der dargestellten Schwierigkeiten des Zugangs zum Gesundheitssystem, insbesondere einer zumindest in einigen Migranten-Gruppen gegebenen Tabuisierung der HIV/AIDS-Erkrankung, ist anzunehmen, dass wenigstens ein Teil dieser Personengruppe erst in einem späten Krankheitsstadium in der medizinischen Versorgung vorstellig wird (sogenannte „Late Presenters“). Vor dem Hintergrund der dargestellten Tabuisierungen ist es zudem wahrscheinlich, dass ein Teil der Migranten ohne Verdacht auf eine HIV-Infektion die ärztliche Versorgung aufsucht und diese erst aufgrund einer anderen vorliegenden Erkrankung diagnostiziert wird. Daten hierzu liegen nicht vor. In Deutschland und auch in Berlin sind insgesamt nur wenige auf die psychosoziale Betreuung von HIV-positive Migranten spezialisierte Einrichtungen vorhanden, spezifische medizinische Angebote für diese Personengruppe fehlen ganz. Durch das Wissenschaftszentrum Berlin und die Deutsche AIDS-Hilfe wird aktuell eine Studie (PaKoMi) durchgeführt, die auf Grundlage partizipativer sozialwissenschaftlicher Methodik Ansätze für eine migrationssensible Öffnung der regionalen AIDS-Hilfen in Deutschland entwickelt (von Unger & Gangarova, 2011).

1.5.3 Die HIV-Infektion und deren Therapie

Die natürliche (i.e. unbehandelte) HIV-Infektion verläuft in verschiedenen aufeinander folgenden Stadien (Rockstroh, 2013). Deren Dauer kann, abhängig von individuellen Faktoren, sehr unterschiedlich sein. Bis etwa vier Wochen nach dem Infektionszeitpunkt kann es zu einem akuten HIV-Syndrom kommen, mit einer Symptomatik ähnlich einem grippalen Infekt. In einem darauf folgenden asymptomatischen Stadium (fünf bis zehn Jahre nach Infektionszeitpunkt) gelingt es dem Immunsystem, das Fortschreiten der HIV-Infektion soweit zu begrenzen, dass es zunächst zu keiner deutlichen Manifestation klinischer Symptome kommt. Das hieran anschließende symptomatische Stadium zeichnet sich durch das Auftreten klinischer Symptome aus, die auf der durch HIV eingeschränkten Funktion der zellulären Immunabwehr beruhen. Diese Erkrankungen sind nicht lebensbedrohlich. Als letztes schließt sich das Stadium AIDS an. Hier können sogenannte opportunistische Infektionen, spezifische

Formen von Tumoren sowie verschiedene, direkt durch HIV ausgelöste Erkrankungen, etwa des zentralen Nervensystems, auftreten (acht bis zehn Jahre nach Infektionszeitpunkt). Unbehandelt endet das Stadium AIDS letal.

Als klinische Marker für den Verlauf einer HIV-Erkrankung werden üblicherweise die Anzahl der HIV-Kopien/ml Plasma⁵¹ zur Messung des Ausmaßes der HIV-Vermehrung sowie die Anzahl der CD₄-Zellen/μl Blut⁵² zur Bestimmung des Schädigungsgrades des Immunsystems herangezogen (Hoffmann & Noah, 2013). Diesen Werten kommt eine hohe Bedeutung im Rahmen der Einschätzung der Therapiebedürftigkeit und des Therapieverlaufs eines Patienten zu.

Die US-amerikanischen Centers for Disease Control (CDC) haben eine Klassifikation der HIV-Infektion entwickelt, die klinische und laborspezifische Aspekte miteinander kombiniert und die international Verwendung findet (Centers for Disease Control (CDC), 1992). Die klinische Kategorie A beinhaltet das akute HIV-Syndrom und die anschließende symptomfreie Phase, Kategorie C umfasst das Auftreten eine Reihe AIDS-definierender Erkrankungen wie opportunistischer Infektionen und spezifischer maligner Erkrankungen, Kategorie B beschreibt das Auftreten so genannter HIV-assoziiierter Erkrankungen, die nicht unter Kategorie C fallen. Weiterhin bezieht das Schema drei auf Laborwerten beruhende Kategorien ein, die drei Intervalle der Anzahl von CD₄-Zellen/μl Blut definieren (Tab. 6). Rückstufungen von einem Stadium mit stärkerer Ausprägung der Erkrankung in eines, das eine leichtere Erkrankung beschreibt, werden nicht vorgenommen.

Tabelle 6
CDC-Klassifikationsschema für HIV-bedingte Erkrankungen

	Kategorie 1: ≥ 500 CD ₄ - Zellen/μl Blut	Kategorie 2: 200-499 CD ₄ - Zellen/μl Blut	Kategorie 3: < 200 CD ₄ - Zellen/μl Blut
Kategorie A: Akutes HIV-Syndrom, symptomfreie Infektion	A1	A2	A3
Kategorie B: HIV-bedingte Infektionen, nicht Kategorie C zugehörig	B1	B2	B3
Kategorie C: AIDS-definierende Erkrankungen	C1	C2	C3

Quelle: auf Grundlage von Centers for Disease Control (CDC, 1992)

Es ist wichtig zu beachten, dass die genannten Laborparameter nicht unbedingt als Prädiktor für die subjektive körperliche Befindlichkeit der Patienten herangezogen werden können. Patienten mit „schlechten“ Laborwerten können sich subjektiv weitgehend gesund fühlen, Patienten mit „guten“ Laborwerten auch krank. Trotzdem besteht zwischen der Ausprägung der Laborparameter und dem subjektiven Krankheitsempfinden zumeist eine große Übereinstimmung (Hoffmann, 2013e).

HIV wurde ab 1987 mit verschiedenen Wirkstoffen in Monotherapie behandelt (Hoffmann, 2013a). Hierdurch konnte aber nur eine kurze Verlängerung der Überlebenszeit erreicht werden. Als therapeutischer Durchbruch gilt die Einführung der so genannten hoch-aktiven antiretroviralen Therapie (HAART) in der Folge der Welt-AIDS-Konferenz in Vancouver 1996. Durch die Kombination von mindestens drei antiretroviralen Substanzen ließ sich die Vermehrung von HIV erstmals effektiv und über lange Zeit unterdrücken. Seit dieser Zeit kam es zur Zulassung von immer mehr Wirkstoffen, 2012 sind kommerziell 31 verschiedene Einzel-

⁵¹ Plasma ist ein Bestandteil des Blutes.

⁵² CD₄-Zellen sind eine spezifische Art weißer Blutkörperchen (Leukozyten) und damit des menschlichen Immunsystems. CD₄-Zellen gelten als einer der Hauptzielzellen von HIV.

und Kombinations-Medikamente aus fünf verschiedenen Wirkstoffklassen (nukleosidale Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NRTI), nicht-nukleosidale Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NNRTI), Protease-Inhibitoren (PI), Entry-Inhibitoren (EI), Integrase-Inhibitoren (II)) verfügbar, weitere Substanzen sind in der Entwicklung.

Die HIV-Infektion wurde aufgrund dieser Entwicklungen bis heute deutlich besser behandelbar. Zum einen kam es aufgrund der gesteigerten Zahl unterschiedlicher verfügbarer Medikamenten-Kombinationen zu einer immer längeren effektiven Unterdrückung der Virusvermehrung, auch bei Versagen einzelner Kombinationen. Zum anderen wurde die Lebensqualität der Patienten durch eine Reduzierung von Nebenwirkungen sowie eine Vereinfachung von Therapieregimen (Senkung der Tablettenzahl, nur einmal tägliche Einnahme etc.) für eine große Zahl von Patienten gesteigert. Aufgrund dieser Entwicklungen kam es zu einer sinkenden Morbidität und Mortalität in Bezug auf HIV (Robert Koch-Institut, 2013c).

Für eine effektive HAART ist die Gewährleistung ausreichend hoher Wirkspiegel der eingesetzten Medikamente von entscheidender Bedeutung (Braun & Wolf, 2013; Hoffmann, 2013d). Nur so wird eine vollständige Unterdrückung der HIV-Vermehrung gewährleistet. Die Unterschreitung des erforderlichen Medikamentenspiegels kann rasch die Bildung von Virusstämmen nach sich ziehen, die gegen eines oder mehrere der eingesetzten Substanzen resistent sind. Eine hohe Therapietreue oder Adhärenz der Patienten ist daher für eine langfristig wirkungsvolle HAART wichtig. Die Tabletten müssen überaus regelmäßig eingenommen werden, bereits eine fünfprozentige Reduktion der Medikamentenmenge gefährdet den Therapieerfolg (Sethi, Celentano, Gange, Moore & Gallant, 2003). Eine Reihe von Faktoren beeinflussen die Adhärenz von Patienten negativ (Glass, De Geest & Weber, 2006; Murri, Ammassari & De Luca, 2001). Hierzu gehören therapieseitig komplexe Behandlungsregime und starke Nebenwirkungen, von Seiten des Arztes ein schlecht begründetes (schul-) medizinisches Vorgehen sowie ein schlechtes Arzt-Patient-Verhältnis. Patientenseitig werden die Ablehnung schulmedizinischer Behandlungsweisen, Alkohol- und Drogengebrauch, depressive Verstimmungen sowie soziale Isolation als Prädiktoren für eingeschränkte Adhärenz genannt.

Das mögliche Auftreten von zum Teil massiven Nebenwirkungen der HAART ist ein ernst zu nehmendes Problem, sowohl im Hinblick auf die Lebensqualität der Patienten als auch bezüglich eines effektiven Therapieverlaufs. Patienten mit Nebenwirkungen haben häufiger Adhärenz-Probleme (Ammassari et al., 2002). Nebenwirkungen treten vor allem als gastrointestinale und neurologische Beschwerden, als Stoffwechselstörungen sowie als Veränderungen des psychischen Erlebens auf (Schieferstein & Buhk, 2013).

Eine moderne HAART erfordert ein- bis zweimal täglich die Einnahme von einer bis zu etwa fünf Tabletten. Im Einzelfall sind deutliche Abweichungen hiervon möglich. Die Therapie erfolgt in der Regel nicht stationär. Bei einer gut verlaufenden Therapie ist ein etwa vierteljährliches Monitoring der Laborparameter sowie des allgemeinen Gesundheitszustandes im Rahmen eines Arztbesuchs nötig. Während der Therapieentscheidung sowie bei problematischen Behandlungsverläufen kann sich die Frequenz der Arztbesuche deutlich erhöhen.

Medikamente, die im Rahmen einer HAART zum Einsatz kommen, sind im Vergleich zur Therapie vieler anderer Erkrankungen teuer. Die jährlichen Medikamenten-Kosten gängiger Dreifachtherapien liegen aktuell etwa zwischen 14.000€ und 25.000€ pro Jahr, Therapiekosten für Patienten mit schweren Krankheitsverläufen und einem damit einhergehenden Bedarf an aufwendigerer antiretroviraler Medikation können bis zu 50.000€ pro Jahr betragen (Hoffmann, 2013c).

Eine kontinuierliche Betreuung und Überwachung der Therapie auf Seiten der Ärzte sowie eine hohe Adhärenz auf Seiten der Patienten spielen für eine erfolgreiche HIV/AIDS-Therapie eine herausragende Rolle. Die Förderung kultureller Sensibilität in der Anamnese und bei der

Behandlung von Migranten erscheint daher gerade für diesen Bereich als enorm wichtig, um die Behandlungsangebote auch für Migranten mit deutlich differentem Körper- und Krankheitsverständnis zugänglicher zu machen. Gerade für Migranten mit kürzerer Aufenthaltsdauer in Deutschland ist ungeklärt, ob sie überhaupt und falls ja, in welcher Form sie Zugang zu der langfristig angelegten HIV-Therapie suchen und erhalten.

2 Ansätze zur Analyse und Optimierung der gesundheitlichen Situation von Migranten

Im Anschluss an die Darstellung der sozialstrukturellen und gesundheitlichen Situation von Migranten in Deutschland werden in diesem Kapitel Ansätze verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen vorgestellt, die im Weiteren als Grundlage für die Analyse und Verbesserung der medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten dienen. Nach einem Überblick über Erklärungsmodelle zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit sowie über theoretisch-psychologische Modelle, die zu einem Verständnis der in diesem Kontext relevanten Prozesse beitragen, werden zielgruppenspezifische Versorgungsmodelle sowie Ansätze zur interkulturellen Öffnung der vorhandenen Dienste auf praktischer Ebene aufgezeigt.

2.1 Erklärungsmodelle zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit

Wie gezeigt wurde, stellt sich die gesundheitliche Situation von Migranten im Vergleich zu Nicht-Migranten in Deutschland uneinheitlich dar (Kap. 1.3). In manchen Belangen scheinen Migranten größeren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt zu sein (zum Beispiel bei Infektionskrankheiten oder Übergewicht), in anderen Bereichen legen Studien eine geringere gesundheitliche Gefährdung nahe (Allergien, Mortalität aufgrund koronarer Herzerkrankungen). Vorliegende Studienergebnisse sind jedoch aufgrund von Einschränkungen bezüglich deren geographischer Abdeckung, des Einschlusses nur kleiner Subpopulationen von Migranten etc. nicht gut vergleichbar. Aus diesen Studien abgeleitete potentielle Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Lage von Migranten wie auch auf deren Inanspruchnahmeverhalten gesundheitlicher Dienste können zumeist nicht systematisch zu einem Gesamtbild verknüpft werden. Im Verlauf der letzten Jahre wurde daher zunehmend versucht, den theoretischen und empirischen Gehalt der bisher diskutierten Einflussfaktoren zu bewerten und zu systematisieren.

Das Modell des „**Healthy-Migrant-Effekts**“ beruht auf der Annahme einer positiven Selektion. Annahme ist, dass sich eher jüngere, gesündere und risikobereitere Personen zu einer Migration entschließen und diese auch vollziehen (Kohls, 2008a, 2008b; Razum, 2008; Schenk, 2007). Ein solcher Gesundheitsvorteil gilt in diesem Modell als vorübergehend, aufgrund der meist sozial schlechteren Stellung von Migranten im Einwanderungsland und der damit verbundenen gesundheitlichen Schlechterstellung sowie migrationsspezifischer Zugangsbarrieren zum dortigen Gesundheitssystem (Kap. 1.4.1). Ein als wichtiges Artefakt diskutiertes Phänomen ist der „salmon bias“, nach dem ältere Migranten nach der Beendigung ihres Arbeitslebens in ihrer letzten Lebensphase in ihr Herkunftsland zurückkehren. Neuere Studien finden hierfür allerdings keine Belege (Ronellenfitsch, Kyobutungi, Becher & Razum, 2006; Singh & Hiatt, 2006). Außerdem wird als wahrscheinlich angenommen, dass Migranten auch im Alter eher von der guten Gesundheitsversorgung in Deutschland profitieren möchten und auch daher nur selten von einer späten Remigration auszugehen ist, insbesondere für Migranten der zweiten und dritten Generation (Razum, 2009). Neuere Studien, in deren Rahmen mittlerweile auch bereits mögliche Artefakte methodisch berücksichtigt wurden, belegen aber eine dauerhaft niedrigere Mortalität für Migranten (Kohls, 2008b) und widersprechen damit dieser These. Das Modell des Healthy-Migrant-Effekts wurde ergänzt durch das Konzept des „gesundheitlichen Übergangs“ (Razum & Twardella, 2002). Danach fand in westlich-modernen Gesellschaften im Verlauf der letzten etwa 100 Jahre ein Übergang von einer hohen Gesamt-Mortalität aufgrund von Infektionskrankheiten hin zu einer niedrigeren Mortalität als Folge chronisch-degenerativer Erkrankungen statt. Dieser Effekt ist abhängig vom Grad der Industrialisierung, der Urbanisierung und der Entwicklung von sozi-

alstaatlichen Merkmalen eines Landes. Diese Faktoren sind in den Herkunftsländern heutiger Migranten unterschiedlich ausgeprägt und bestimmen damit je nach Herkunftsland und- region auch in unterschiedlicher Form die gesundheitliche Situation von Migranten mit. Migranten wechseln damit durch ihre Migration abrupt von einem Stadium des gesundheitlichen Übergangs in ein anderes. Sie erlangen damit häufig eine bessere Gesundheitsversorgung, ihre Mortalität aufgrund von Infektionskrankheiten, Müttersterblichkeit etc. nimmt ab. Auf der Ebene gesundheitlicher Risikofaktoren außerhalb des Versorgungssystems wird die Mortalität oftmals etwa durch bessere Hygiene und Ernährung verringert, kann aber auch durch die Annahme anderer Lebensbedingungen (Rauchen, erhöhter Alkoholkonsum, weniger Bewegung) auch zunehmen, insbesondere in der zweiten und dritten Migrantengeneration. Aufgrund der langen Latenzzeit vieler in westlichen Ländern dominanter chronischer Erkrankungen haben Migranten in der Gesundheitsstatistik diesbezüglich zunächst einen Risikovorteil, der aber langsam über die Zeit abnimmt. Die Migration bringt also eine rasche Verminderung der Gesundheitsrisiken des Herkunftslandes mit sich, die Risiken des Ziellandes erhöhen sich nur langsam.

Migrations-Stress-Hypothesen erklären gesundheitliche Unterschiede bei Migranten durch (meist negative) psychische und körperliche Auswirkungen durch den Migrationsprozess selbst als biographischem Bruch und damit als belastendes Lebensereignis (Schenk, 2007). Ein solches wird in der aktuellen Diskussion allerdings nicht mehr als grundsätzlich morbiditäts-erhöhend angesehen, trotz einer meist nötigen, umfassenden sozialen und kulturellen Neu-Verortung und dem Verlust von Handlungswissen. Es können vielmehr, abhängig von den persönlichen Bewältigungsressourcen und dem konkreten Lebenskontext, auch positive Auswirkungen auftreten, in denen auch das ursprüngliche Ziel der Migration bestand (Escobar, 1998; Zerssen et al., 1990).

Besonders durch die Genese neuer Handlungsräume, das Ausnutzen neuer Ressourcen und das Zurücklassen belastender Bedingungen im Herkunftsland kann es auf psychischer wie somatischer Ebene zu Entspannungs- und Gesundungsprozessen kommen. Als wichtige Einflussfaktoren für ein positives Erleben der Migration werden günstige Migrationsumstände in lebensweltlicher wie rechtlicher Sicht, eine positive Eigenbewertung der Migration, die Verfügung über Bewältigungsstrategien sowie eine positive Kontrollüberzeugung genannt (Faltermaier, 2005b). Ein hoher Stellenwert wird zudem dem Aufbau neuer sozialer Netze zugeschrieben. Ausschlaggebend ist dabei immer das individuelle Verhältnis zwischen Belastungen und Ressourcen, im Herkunfts- wie im Zielland. Deren Analyse ist daher Grundlage für die Erhebung und Interpretation gesundheitswissenschaftlicher Daten von Migranten:

„Bisheriges Fazit ist somit, dass der Begriff der Migration nur als Rahmen für ganz unterschiedliche Einflussgrößen auf Krankheit, aber auch auf Stabilisierung der Gesundheit zu sehen ist. [...] Der Fokus sollte auf der Analyse der Bedingungen liegen, die Gesundheitsrisiken – aber auch Ressourcen – vermitteln.“ (Wiedl & Marschalk, 2005, S.18)

Ethnizität beziehungsweise eine vom Einwanderungsland unterschiedliche kulturelle und ethnische Zugehörigkeit wird **als gesellschaftliches Strukturierungsprinzip** diskutiert, das sozialstrukturelle und damit gesundheitliche Ungleichheiten zwischen Migranten und Nicht-Migranten direkt bedingt (Groenemeyer, 2003). Gesundheitliche Risiken werden mit sozialer Ungleichheit erklärt, etwa als Folge von sozialer und beruflicher Unterschichtung, gesundheitsbeeinträchtigenden Arbeits- und Wohnverhältnissen sowie von gesundheitsgefährdendem Verhalten. Gesundheitsfördernde Aspekte von Migration, etwa durch die Beendigung sozialer Unterdrückung, eines besseren Zugangs zu gesundheitlichen Leistungen etc. dürfen dabei allerdings nicht unberücksichtigt bleiben. Darüber hinaus verfügen Migranten oftmals über ein hohes Ausmaß an gegenseitiger Unterstützung innerhalb von Migranten-Communities, was ebenfalls eine wichtige gesundheitliche Ressource darstellt (Razum et al., 2004).

Auch **Unterschiede in der genetischen Ausstattung** zwischen Migranten und Nicht-Migranten werden in einigen Indikationsbereichen als Erklärung für gesundheitliche Unterschiede diskutiert. Einige genetisch bedingte Erkrankungen treten regional begrenzt auf, etwa als Folge einer Adaption an lokale Gesundheitsrisiken. Hämoglobin-S-Mutationen treten etwa gehäuft in Regionen auf, die einer starken Belastung durch Malaria ausgesetzt sind (tropische Regionen Afrikas, mittlerer Osten, Mittelmeerraum), und lösen eine Erkrankung der Sichelzellen aus (Dickerhoff, von Rücker & Kohne, 2000). Für die Türkei belegen Studien ein erhöhtes Risiko für koronare Herzerkrankungen aufgrund genetisch bedingter ungünstiger Lipid-Zusammensetzungen (Hergenc, Schulte, Assmann & von Eckardstein, 1999) oder eine erhöhte Rate genetisch bedingter Stoffwechselerkrankungen (Stöckler-Ipsiroglu et al., 2005). Die Aussagekraft genetischer Unterschiede für Ungleichheiten in der Morbidität beschränkt sich grundsätzlich auf sehr wenige spezifische Erkrankungen und kleine Subpopulationen von Migranten.

Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung werden ebenfalls zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit von Migranten herangezogen und wurden bereits in Kap. 1.4.1 ausführlich beschrieben.

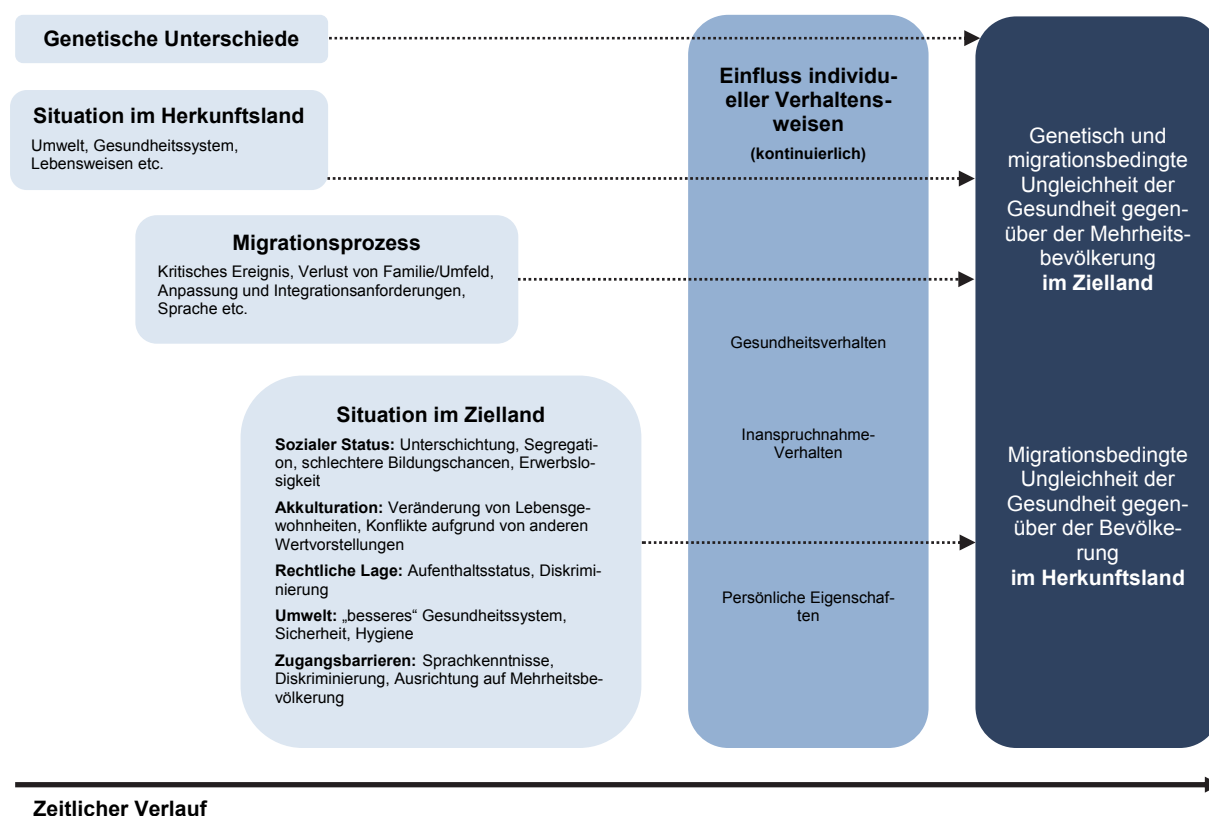


Abbildung 9
Lebenslauf-orientiertes Modell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit, nach Spallek & Razum (2008), S. 274

Unter Berücksichtigung der bisher dargestellten Konzepte schlagen Spallek und Razum ein **lebenslauf-orientiertes Modell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit** vor (Spallek & Razum, 2008). Positiv wie negativ wirksame Einflüsse auf die Gesundheit werden den drei Ebenen „Nature“ (genetische Unterschiede), „Nurture 1“ (physische Umwelt: Umwelthygiene, Arbeitsbedingungen, Erfahrungen von Flucht und Gewalt etc.) und „Nurture 2“ (soziale Umwelt: Aufenthaltsstatus, Verständigung, unbekannte lebensweltliche Bedingungen, soziale Unterstützung, verbesserte Gesundheitsversorgung, Änderungen im Risikoverhal-

ten etc.) zugeordnet (ebd., S.280-282). Die stark heterogene Ausprägung von Merkmalen in diesen verschiedenen Bereichen generieren für jeden Migranten ein individuelles und hochkomplexes Ressourcen- und Risikoprofil. Je nach Forschungsinteresse kann eine Einschätzung der gesundheitlichen Lage von Migranten auf Grundlage verschiedener Vergleichsgruppen vorgenommen werden: (1) die nicht-migrantische und (2) die migrantische Bevölkerung des Einwanderungslandes sowie (3) die Bevölkerung des Herkunftslandes (Schenk, 2007).

Wesentliche Neuerung des (empirisch noch nicht auf allen Ebenen abgesicherten) Konzepts von Spallek und Razum ist dabei die Konzeptualisierung der verschiedenen gesundheitsrelevanten Expositionen als über den Lebensverlauf von Migranten hinweg unterschiedlich wirksam (Abb. 9). Hierfür wird ein Zusammenspiel von Einflüssen auf den fünf Ebenen (1) genetische Unterschiede, (2) Situation im Herkunftsland, (3) Migrationsprozess, (4) Situation im Zielland sowie (5) individuelle Eigenschaften und Verhaltensweisen angenommen, wobei nicht immer alle genannten Einflüsse von analytischer Bedeutung sein müssen. Das Einbeziehen einer Zeitachse erlaubt eine einfachere Identifikation der Vergleichsgruppen, die zur Analyse der jeweils wirksam gewordenen Nature- und Nurture-Expositionen sowie von Morbiditätsdaten geeignet sind. Das Modell erlaubt damit die Einschätzung der (unter Umständen unterschiedlich ausgeprägten) Wirksamkeit gesundheitsrelevanter Einflüsse während unterschiedlicher Lebensphasen von Migranten.

2.2 Psychologische Modelle interkulturellen Handelns

Theoretische wie empirische psychologische Ansätze zur Erklärung von Akkulturation, interkulturellem Handeln zwischen Individuen, Gruppen oder Gesellschaften und damit die Grundlagen zur Ausformulierung hierfür notwendiger interkultureller Kompetenzen existieren bislang als „Sammelsurium von Beiträgen“ (Zick, 2010, S. 10) mit einer „Vielfalt und Unübersichtlichkeit ihrer Forschungserkenntnisse“ (ebd., S. 29) nebeneinander her. Sie entstammen häufig spezifischen Anwendungsfeldern und sind ohne weitere theoretische Konzeptualisierung nicht ohne weiteres auf andere Felder übertragbar. Möchte man sich solcher Modelle im Rahmen einer Studie bedienen, sind die Auswahl von Modellen und die Überprüfung von deren Passung auf das jeweilige Analysefeld nötig. Nach der Definition einiger notwendiger Begrifflichkeiten und einer kurzen Herleitung der entsprechenden Hintergründe wird das theoretisch-psychologische Modell des „adaptiven Oszillierens“ (Demorgon & Molz, 1996) dargestellt. Dieses Modell erscheint geeignet, den in dieser Arbeit zu untersuchenden Aspekt der medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten und damit einhergehend einer tragfähigen Beziehung zwischen migrantischem Patient und Arzt unter Berücksichtigung der jeweiligen Multi-Dimensionalität der an diesem Prozess Beteiligten als interkulturelles Geschehen zu analysieren.

Historisch leiten sich alle psychologischen Ansätze, die sich explizit mit dem Verstehen kultureller Phänomene auseinandersetzen, von der **Völkerpsychologie** Wundts und deren gedanklichen Fortsetzungen bei Freud, Jung und anderen ab. Die Völkerpsychologie blieb allerdings eurozentrisch und daher für eine weitergehende Analyse kultureller Phänomene unbefriedigend (Jahoda, 1996).

Eine Antwort darauf versucht die **Kulturvergleichende Psychologie** zu finden, die – eingebunden in die nomothetisch-positivistisch ausgerichtete Allgemeine Psychologie - prüfen möchte, ob gefundene psychische Gesetzmäßigkeiten universell oder kulturspezifisch gültig sind (Thomas, 1993; Triandis & Lambert, 1980). Dabei definiert sie sich weniger über einen bestimmten Gegenstandsbereich als über spezifische methodische Herangehensweisen mit zwei Hauptzielen (Helfrich, 1993), (1) der Analyse kultureller Einflüsse auf die psycholo-

gische Entwicklung durch sogenannte Differenzierungsstudien und (2) dem Auffinden psychologischer Universalien durch so genannte Generalisierungsstudien. Beidem liegt zuletzt die Suche nach universellen Gesetzmäßigkeiten zugrunde, die Suche nach statischen Beziehungen zwischen unabhängigen (kulturellen) und abhängigen (psychologischen) Variablen (Thomas, 1993).

Einen anderen Ansatz verfolgt die **Kulturpsychologie**, die den Menschen als selbstreflexives, selbstkonstitutives, der Intersubjektivität fähiges Wesen konzipiert, das seine naturgegebenen Entwicklungspotentiale mithilfe materieller, sozialer und ideeller Strukturen realisieren, erweitern und vermitteln kann (Boesch, 1980, 1991; Kitayama, 2002; Kitayama, Duffy, Kawamura & Larsen, 2003; Shore, 1996; Shweder, 1990, 1991; Straub, 1998). Sie sieht den Menschen damit als Natur- *und* Kulturwesen, das von der Umwelt geprägt wird, diese aber in gleichem Maße auch mitformt, weshalb der Handlung eine hohe analytische Bedeutung zukommt als Vermittlung zwischen Kultur und Individuum (Boesch, 1991). Nur aus Experimenten abgeleitete kausale Erklärungen werden nicht als hinreichend angesehen, um die komplexen Sinnzuschreibungen in Bezug auf menschliches Handeln in komplexen Alltagssituationen zu bestimmen, in denen gerade einer nicht-kausalen beziehungsweise nicht-rationalen Befolgung von Regeln eine wesentliche Regulationsfunktion zukommt (Bruner, 1997; Kitayama et al., 2003).

Wesentliches Ziel der Kulturpsychologie ist die Untersuchung des Erwerbs personaler Handlungsfähigkeit, die aus einem immer komplexer werdenden Verständnis der eigenen Innenwelt und der Umwelt durch subjektive Verarbeitung instrumenteller und kommunikativer Handlungserfahrungen aufgebaut wird (Boesch, 1991). Diese gelten dabei immer als sozial vorstrukturiert (Shweder, 1991). Um das Beziehungssystem zwischen internem personalen und externem kulturellem Handlungsfeld abbilden zu können, setzt die Kulturpsychologie das Individuum ins Verhältnis zu einer kognitiv und affektiv bedeutungsvollen Umwelt. Kulturpsychologie sieht sich damit als interpretative und hermeneutische Wissenschaft, die sich durch Übernahme „fremder“ Perspektiven auch immer wieder selbst reflektiert und erweitert (Straub, 1998).

Vor dem Hintergrund dieser beiden theoretischen Schulen definiert Thomas den Ansatz einer **Interkulturellen Psychologie** als

„Analyse psychischer Bedingungen, Verlaufsprozesse und Wirkungen menschlichen Erlebens und Verhaltens in Sonder- und Grenzsituationen (...), die dadurch gekennzeichnet sind, dass Menschen aus verschiedenen Kulturen bedeutsam füreinander werden und eventuell einander begegnen. Analysiert und beeinflusst werden sollen dabei die verhaltenssteuernden, psychologisch relevanten Prozesse wie beispielsweise Wahrnehmungsvorgänge, Informationsverarbeitungs-, Bewertungs- und Urteilsprozesse, Attributionen, Emotionen und Erfahrungsbildungen in interkulturellen Situationen.“ (Thomas, 1996b, S. 111/112)

Die dargestellten psychologischen Theorien und die daraus abgeleiteten Modelle interkulturellen Handelns beruhen auf jeweils spezifischen Konzepten von Kultur, unabhängig davon, ob diese expliziert werden oder nur implizit mit diesen gearbeitet wird. Die in der Psychologie genutzten Definitionen von „Kultur“ sind zahlreich und von starken inhaltlichen Divergenzen geprägt (Zick, 2010, S. 75-88). Eine häufig genutzte Definition von Kultur stammt wiederum von A. Thomas, der diese nicht nationalkulturell, sondern als „universelles, für eine Gesellschaft, Organisation oder Gruppe aber sehr typisches Orientierungssystem“ beschreibt, das „aus spezifischen Symbolen gebildet und in der jeweiligen Gesellschaft usw. tradiert“ wird (Thomas, 1996b, S. 112). „Es beeinflusst das Wahrnehmen, Denken, Werten und Handeln aller ihrer Mitglieder und definiert somit deren Zugehörigkeit zur Gesellschaft“, wodurch auch die oben erwähnten Handlungsfelder vorstrukturiert werden, in denen sich das Individuum spezifisch entfaltet.

In dieser Arbeit wird eine Definition von Kultur verwendet, die es möglich macht, die vielfältigen Prozesse interkulturellen Handelns auch im Bereich der gesundheitlichen Versorgung von Migranten zu fassen, ohne dabei durch eine zu starke Einschränkung auf den gesundheitlichen Aspekt die inhaltliche Anschlussfähigkeit der verwandten Konzepte aufzugeben. „Kultur“ ist danach

„ein System von Konzepten, Überzeugungen, Einstellungen und Werteorientierungen, mit dem gesellschaftliche Gruppen auf strukturell bedingte Anforderungen reagieren. Dieses gemeinsame Repertoire an Symbolbedeutungen, Kommunikations- und Repräsentationsmitteln ist dynamisch in seiner Anpassung an gesellschaftliche Veränderungsprozesse. Es ist damit ein dem Wandel unterliegendes Orientierungssystem, das die Wahrnehmung, die Werte, das Denken und Handeln von Menschen in sozialen, politischen und ökonomischen Kontexten definiert.“ (Bundesarbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, 2000, S. 119)

Wie lässt sich nun aber aus den dargestellten psychologischen Theorien ein Modell von interkultureller Begegnung ableiten, das den Kontakt von kulturell unterschiedlichen Menschen im Rahmen der medizinischen Versorgung von Migranten mit ihren situativen Besonderheiten abbilden kann?

Ein von Thomas eingeführtes, innerhalb von psychologischen Ansätzen interkulturellen Handelns vieldiskutiertes Konzept ist das der „Kulturstandards“ (Thomas, 1996a; Thomas, 2011; Thomas et al., 2005). Diese werden als zentrale Merkmale eines kulturspezifischen Orientierungssystems definiert, die „alle Arten des Wahrnehmens, Denkens, Wertens und Handelns“ bezeichnen, die „von der Mehrzahl der Mitglieder einer bestimmten Kultur für sich persönlich und andere als normal, selbstverständlich, typisch und verbindlich angesehen werden“ (Thomas, 1996a, S. 112). Eigenes und fremdes Verhalten wird auf der Grundlage von Kulturstandards bewertet und reguliert. Für eine soziale Gruppe oder Gesellschaft zentrale Kulturstandards werden in sehr unterschiedlichen Situationen wirksam und regulieren weite Bereiche der Wahrnehmung, des Denkens und Handelns. Sie können auf verschiedenen Abstraktionsniveaus wirken, von allgemeinen Werten bis hin zu spezifischen verbindlichen Verhaltensvorschriften und sind dabei hierarchisch strukturiert und miteinander verknüpft. Zentrale Kulturstandards einer Kultur können in einer anderen Kultur in gleicher Form existieren, aber gänzlich andere Bedeutungen und Funktionen haben, was eine häufige Quelle von Irritationen bei interkulturellen Kontakten ausmacht. Sie gelten als nach erfolgreicher Sozialisation vom Individuum internalisiert und von diesem als nicht mehr bewusst erfahren. Bei einer Bewertung von Handlungen auf Grundlage von Kulturstandards existieren unterschiedlich weite Toleranzbereiche, Verhalten, das darüber hinausgeht, wird abgelehnt und sanktioniert. Interkulturelle Interaktionen ermöglichen dabei die Identifizierung unbewusster Kulturstandards durch eine Irritation beider Seiten.

Dem dem Konzept der Kulturstandards zugrunde liegenden Kulturbegriff wurde eine zu starke „Kohärenzorientierung“ vorgeworfen, da Kultur trotz Anerkennung geringerer Abweichungen als das vorwiegend Kohärente und Verbindende einer Gruppe von Menschen, etwa den Bürgern eines Landes, angenommen wird (Rathje, 2006). Die Sozialisation von Menschen ist dieser Kritik nach in ausdifferenzierten Gesellschaften immer weniger monokulturell als vielmehr durch die (auch wechselnde) Zugehörigkeit zu zahlreichen Subkulturen geprägt (Feldtkeller, 2003; Fischer, V., 2003). Ansätze, die die Einbindung von Individuen in *eine* kohärente Kultur ohne wesentliche Binnendifferenzen ablehnen, orientieren sich stattdessen stärker an Konzepten von Differenz, die eine Kultur konstituieren. Kulturelle Normen werden danach von Individuen unterschiedlich interpretiert und internalisiert, allerdings nur soweit, dass sich diese noch einer gemeinsamen Kultur zurechnen lassen. Die Zugehörigkeit zu einer Kultur definiert sich daher ebenso über das Wissen um mögliche Differenzen zwischen Ausprägungen kultureller Normen, Kultur wird als prozesshaft und veränderlich angesehen (Auernheimer, 2000, 2008; Mae, 2003; Mall, 2003).

Diese Kritik betrifft auch die häufig anzutreffenden Multikulturalitäts- und Multiethnizitätsmodelle, die ein nur vergleichendes und statisches Bild vom Zusammenleben unterschiedlicher Kulturen in einer Gesellschaft zeichnen. Die in den Debatten benutzten Begriffe „Kultur“ und „Ethnizität“ geben zwar formal ein bisher implizit vorhandenes Verständnis der Homogenität einer ethnischen Gruppe oder einer Nation auf, durch sie wird aber nahe gelegt, dass heterogene Einwanderergruppen problemlos koexistieren, ohne sich untereinander oder gar die Mehrheitsgesellschaft des Immigrationslandes zu beeinflussen. Damit stellen diese Modelle eher eine Abwehr gegen den migrationsbedingten Wandel in der Einwanderungsgesellschaft dar, es wird ein neues kollektives Verhältnis zu „den Fremden“ konstruiert.

Darüber hinaus fassen Multikulturalitäts- und Multiethnizitätsmodelle ebenfalls nicht das psychologische Moment einer neuen Identitätsbildung der einwandernden Individuen:

„Die Rahmenbedingungen für die Möglichkeit einer prozessualen *polyvalenten Identitätsbildung der Individuen*, die Entwicklung einer individuellen Fähigkeit zur multiplen Rollenübernahme in unterschiedlichen gesellschaftlichen Kontexten, das heißt auch die Bedingungen für die Genese einer Ich-Kohärenz, bleiben blinde Flecken: Das Individuum, der individuelle Migrant, scheint auf Ewigkeit in seiner Gemeinschaft einbetont.“ (Kürsat-Ahlers & Waldhoff, 2001, S. 52)

Die Folge von Multikulturalitäts- und Multiethnizitätsmodellen sind dichotomisierende Denkstrukturen mit Kategorien wie vertraut/fremd, aber auch gut/böse, wodurch eine differenziertere Darstellung des Individuums gestört oder verhindert wird. Dies gilt auch gerade für die Analyse der Situation und Verfasstheit von Personen mit Migrationshintergrund über Veränderungen und Erweiterungen von deren Identitätsausprägungen und Handlungsmöglichkeiten durch den Prozess der Migration. Die genannten Modelle erscheinen daher auch im Hinblick auf den jeweils individuellen Bedarf an und den Zugang zum System der Gesundheitsversorgung von Migranten problematisch.

Das Konzept der Kulturstandards wurde von Krewer (1996) vor diesem Hintergrund entscheidend erweitert. Er betont, dass jeder Begriff von „Kultur“ immer aufgrund spezifischer Interessenlagen konstituiert und damit auch der Blick auf den jeweils „Anderen“ von diesen Interessen geprägt ist. Krewer kritisiert, dass Definitionen, die dies außer Acht lassen (etwa die der Kulturstandards), die Gefahr der „Kulturalisierung“ von Interaktionsprozessen in sich bergen (Borde, 2009; Krewer, 1996; Mecheril, 2008). In einem solchen Fall stünden dann immer Probleme zwischen Gruppen, die von der jeweils anderen auf nur eine Eigenschaftsdimension (das irgendwie geartete „Fremde“) reduziert werden, im Vordergrund, und nicht zwischen multidimensional zu verstehenden Personen. Dies birgt in der Folge die Gefahren der Eigengruppenfavorisierung (Tajfel, 1982) und der Marginalisierung anderer Gründe und Merkmale für gescheiterte oder eingeschränkte Interaktionen (zum Beispiel Schicht, Geschlecht etc.).

Krewer plädiert daher für eine Definition von Kulturstandards, die den Prozess von deren Konstruktion in *interkulturellen* Situationen betont:

„Kulturstandards sind als spezifische Orientierungssysteme aufzufassen, die konstruiert werden, um eigenes und fremdes Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Handeln in spezifischen INTERkulturellen Kontaktsituationen verständlich und kommunizierbar zu machen, oder kurz gesagt, Kulturstandards sind Mittel der Selbst- und Fremdreiflexion in interkulturellen Begegnungen“ (Krewer, 1996, S. 152).

Zur weiteren Operationalisierung interkultureller Begegnungs- und Kommunikationsprozesse gilt es, verschiedene Faktoren zu berücksichtigen, die für die Bewertung und Verarbeitung interkultureller Situationen mitentscheidend sind und die bei einer *nur* interkulturellen Analyse der Situation leicht außer Acht gelassen werden können, wie Freiwilligkeit der Kontaktaufnahme, Dauer und Intensität des Kontaktes, (sozialer, finanzieller etc.) Status der beteiligten Gruppen und Individuen, Einstellung zum Akkulturationsziel in beiden Gruppen, Zugehörig-

keit der konkreten Personen zu spezifischen Subgruppen der Herkunftskulturen mit jeweils eigenen Subgruppennormen und –identitäten etc. Dies sind zugleich die Eigenschaften, die auf individueller Ebene Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem darstellen können (Kap. 1.4.1).

Wie aus dieser Aufzählung hervorgeht, ist die Berücksichtigung des sozialen Status der an einer interkulturellen Kommunikation Beteiligten ein wichtiges Merkmal entsprechender Situationsanalysen. Damit können in dieser Theorie auch Merkmale wie Geschlecht, Schicht oder sexuelle Orientierung als Anteile kultureller Zugehörigkeit gedacht werden. Dies ist für eine Analyse der Kommunikationssituationen zwischen Ärzten und deren migrantischer Klientel unabdingbar.⁵³

Auch das Bewusstsein einer Person für die kulturelle Differenz des Gegenübers, der Ausgangspunkt der Annahme von Kulturstandards, kann unterschiedlich begründet sein: etwa als „ethnographisch informiertes Wissen“ um kulturelle Unterschiede (Krewer, 1996, S. 156), vorherrschende wechselseitige Stereotypen über das Gegenüber oder allgemeine positive oder negative Projektionen, die mit dem Prozess der Fremdwahrnehmung verbunden sind.

Krewer entwirft ein Modell der Interaktion zwischen Kulturen, das Merkmale interkultureller Interaktionen auf drei verschiedenen Ebenen fasst sowie wesentliche Kontext-Merkmale, die für alle Ebenen bedeutsam sind:

- **wesentliche Merkmale interkultureller Interaktionen auf interpersoneller Ebene:** personale Identität, technische Kompetenz, soziale Kompetenz, (inter-)kulturelle Kompetenz, Persönlichkeitsmerkmale
- **wesentliche Merkmale interkultureller Interaktionen auf intergruppaler Ebene:** soziale Identität, Gruppenzugehörigkeit, Berufsgruppenidentität, Organisationskultur, Bildungsstand, Sozialstatus
- **wesentliche Merkmale interkultureller Interaktionen auf interkultureller Ebene:** kulturelle Identität, Kulturstandards, basale Wertorientierungen und kulturelle Regelbereiche, Personhood-Modelle
- **wesentliche Kontext-Merkmale interkultureller Interaktionen:** Dauer, Intensität, Freiwilligkeit, konkurrierende versus gemeinsame Zielsetzungen, Interkulturalitätsstrategien, Intergruppenbeziehungen (Stereotype, Geschichte der Intergruppenkontakte), Status der beteiligten Gruppen und Individuen, Wettbewerb um materielle und symbolische Ressourcen, dominantes soziales Klima (Einstellungen zu spezifischen kulturellen Gruppen und zu interkulturellem Zusammenleben allgemein), betroffene Handlungsfelder.

Bei einer günstigen Ausprägung der Kontext-Merkmale interkultureller Interaktionen mit den Merkmalen der jeweils den Kontakt bestimmenden Ebene (interpersonell, intergruppal, interkulturell) kommt es nach diesem Modell zu der Herausbildung einer interkulturellen Identität auf personaler beziehungsweise Organisations-Ebene, die bestimmt ist durch konsensuelle Integration unterschiedlicher Modelle des instrumentellen und sozialen Handelns, divergenter Organisationsmodelle und grundlegender Annahmen über den Menschen als individuell Handelnder und Mitglied in kollektiven Verbänden (formellen und informellen Gruppen; Krewer, 1996, S. 160).

⁵³ So ließen sich etwa Schwierigkeiten im Kontakt zwischen einer Migrantin und einem männlichen Arzt nicht nur über deren unterschiedliche kulturelle Hintergründe begreifen, sondern auch über Faktor wie Geschlechts- oder Schichtzugehörigkeit, die in der spezifischen Situation unter Umständen eine entscheidendere Rolle für die Genese von Interaktionsproblemen spielen.

Krewer sieht Kulturstandards dabei nicht als überdauerndes Merkmal einer Gruppe und damit als „objektiv“ und „reliabel“ an, sondern als abhängig von der spezifischen Festlegung durch das jeweilige Gegenüber.⁵⁴ Bei einer Betrachtung von Kulturstandards als dauerhafte Merkmale besteht dabei die Gefahr dreier Fehlschlüsse (ebd., S. 159):

- **kausaler Fehlschluss:** kulturelle Regeln werden als Quasi-Naturgesetze betrachtet, als für Mitglieder einer Gruppe automatisch wirksame Mechanismen,
- **ökologischer Fehlschluss:** auf Populationsebene definierte Merkmale werden für jedes einzelne Individuum genau übernommen, ohne individuelle Schwankungen zuzulassen und
- **diachroner Fehlschluss:** soziale Veränderungen und Wertewandel über die Zeit werden nicht berücksichtigt.

Die Vermeidung dieser Fehlschlüsse ist im Hinblick auf eine erfolgreiche interkulturelle Interaktion als besonders wichtig zu erachten, da sie gerade die Annäherungsbereiche zwischen Individuen oder Gruppen beschneiden, die das durch Krewer erweiterte Konzept der Kulturstandards beinhalten.

Im Hinblick auf eine weitere Konkretisierung und Anwendung der bisher dargestellten Ansätze auf das Feld der medizinischen Versorgung von Migrant*innen bietet sich das psychologische Modell des „adaptiven Oszillierens“ an (Demorgon & Molz, 1996). Es operationalisiert den Prozess der interkulturellen Annäherung und Interaktion, den Thomas mit Erweiterung der Toleranzbereiche beschreibt (s.o.). Das Modell ist geeignet, interkulturelle Interaktionen im Bereich der medizinischen Versorgung von (auch HIV-positiven) Migrant*innen mit seinen Spezifika (Kap. 1.4, 1.5) abzubilden.

Grundlage des Modells ist die Annahme, dass interkulturelle Interaktionen nur zu beschreiben und analysieren sind, wenn der psychologische Prozess der Adaption mitgedacht wird. Auch zur Adaption liegen zahlreiche unterschiedliche Definitionen vor. Zick gibt nach Abwägung dieser Ansätze eine Definition, die Adaption im Kontext interkultureller Lernprozesse beschreibt als

„den Versuch von Gruppen, die am Prozess der Akkulturation beteiligt sind, eine Balance auszuhandeln, die einerseits interkulturelle Konflikte möglichst reduziert oder gering hält und andererseits den Gruppen die Möglichkeit eröffnet, eine Passung ihrer kulturellen Merkmale, der kulturellen Merkmale ‚kulturell divergenter‘ Gruppen und des kulturellen Systems herzustellen.“ (Zick, 2010, S. 72)

Bei Demorgon und Molz meint Adaption die Notwendigkeit jedes Organismus, eine tragfähige Vermittlung zwischen innerem (physiologischen, psychischen) und äußerem (Umweltgegebenheiten, Zwängen, kulturellen Systemen) Milieu herzustellen. Eine sinnvolle Analyseeinheit stellt nach Meinung der Autoren die „Situation“ als zeitlich spezifischer wechselseitiger Bezug von Person(en) und Umwelt dar. Umwelt meint dabei die „Gesamtheit der in einem Moment psychologisch wirksamen Schemata“ (Demorgon & Molz, 1996, S. 46), diese wiederum werden als „Repräsentationen von ‚inneren‘ und ‚äußeren‘ Realitäten“ (ebd.), die

⁵⁴ So wird in einem Vergleich der Umgangsformen von Deutschen und US-Amerikanern den Deutschen eine größere soziale Distanz zugeschrieben, bei einem Vergleich zwischen US- und Lateinamerikanern eher den US-Amerikanern (Brislin, Cushner, Cherrie & Yong, 1986).

durch handelnde Auseinandersetzung im Sinne von Piagets Modell der Assimilation und Akkommodation entstehen, definiert.⁵⁵

Adaptionsprozesse werden auf drei Ebenen angenommen: erstens die der biologischen Adaption (auf phylogenetischer Ebene), zweitens die der Mikro-Adaptionen, wie sie in jeder individuellen Handlung zum Tragen kommen und drittens die der Adaptionen durch Kollektivitäten, die als „Kultur“ zu bezeichnen ist.

Kulturelle Orientierungen können nach Demorgon und Molz dazu dienen, die durch die hohe adaptive Flexibilität des Menschen vorhandene, häufig angstausslösende existenzielle Unsicherheit (Shweder, 1991) zu bewältigen. Aktuelles Handeln besteht meist aus einer Mischung aus einer Wiederholung erfolgreichen, kulturell vororientierten Handelns und einer individuellen Anpassung an die aktuelle Situation. Solche individuellen Handlungsspielräume sind für kulturelle Orientierungen überlebenswichtig, da die Weiterentwicklung kultureller Orientierungen auf diese Varianzen angewiesen ist.

Der Kritik an der alleinigen Kohärenzorientierung des Kulturstandard-Konzepts von Thomas (s.o.) folgend, müssen Gemeinschaften auf der einen Seite eine ausreichende Menge an Gemeinsamkeiten haben, um sich darüber als solche definieren zu können, aber auch in gewissem Umfang individuelle Unterschiede gelten lassen, um die weitere Existenz durch die nötige Adaption an veränderte Bedingungen absichern zu können. Der jeweilige Stellenwert der beiden Pole „Einheit“ und „Vielfalt“ hängt dabei immer von Art und Interessenlage der Betrachtung ab, wobei ein Pol nie sinnvoll ohne den anderen existieren kann: Akkommodation und Assimilation müssen in gewissem Ausmaß und je nach spezifischer Situation beide gegeben sein.

Eine solche Suche nach einer situationsadäquaten Lösung bezeichnen Demorgon und Molz als „adaptives Oszillieren“ (Abb. 10). Dabei handelt es sich um einen Prozess „unterschiedlich schneller und meist unregelmäßiger Schwankungen in dem Raum zwischen den Polen prä-adaptiver Gegensätze“ (Demorgon & Molz, 1996, S. 53). Ausgangspunkt des adaptiven Oszillierens sind so genannte adaptive Achsen, das heißt individuelle wie kulturelle Vororientierungen, um die die jeweiligen situativen Adaptionen oszillieren, die aber auch selbst im Rahmen individueller und kollektiver Adaptionserfahrungen variabel sind. Den adaptiven Achsen kommt kulturelle Bedeutung auf kollektiver Ebene im Sinne von Normen und Idealen, auf individueller Ebene in Form von „Identitätsankern“ (ebd., S. 54) zu. Es sind zwei Ausprägungen adaptiven Oszillierens denkbar: zum einen habituelle Oszillationen, also durch individuelle Vorerfahrungen und kulturelle Normen etc. bereits eingeschränkte Schwankungen mit geringem Radius um vorhandene adaptive Achsen herum. Zum anderen ist dies die potentielle Oszillation als Möglichkeit, auf der gesamten Breite zwischen den beiden Polen des prä-adaptiven Gegensatzes zu schwingen. Dabei wird das habituelle Oszillieren von der in

⁵⁵ Dieser Adaptionsbegriff umfasst dabei beide in klassischen Theorien zu findenden Prozesse „Assimilation“ und „Akkommodation“ nach Piaget (Piaget, 1973, 1974). „Assimilation“ beschreibt dabei den Prozess der Einordnung einer neuen Erfahrung/Situation in ein bestehendes so genanntes kognitives Schema. Bereits vorhandenes Wissen wird zur Eingliederung neuer Erfahrungen genutzt. Demgegenüber meint „Akkommodation“ die Herausbildung neuer kognitiver Schemata, wenn die Einordnung neuer Erfahrungen in bestehende Schemata nicht möglich ist: „Die Assimilation bewahrt und erweitert das Bestehende und verbindet so die Gegenwart mit der Vergangenheit, und die Akkommodation entsteht aus Problemen, die die Umwelt stellt, also aus Informationen, die nicht zu dem passen, was man weiß und denkt.“ (Zimbardo & Gerrig, 2003, S. 463).

Die Prozesse der Assimilation und Akkommodation ergänzen sich, Individuen streben nach einem Gleichgewicht, einem „Äquilibrium“ beider (Piaget, 1975) „Äquilibration heißt Findung von Gleichgewicht. Der Impuls zur Differenzierung bestehender Strukturen, zu ihrer inneren Koordination oder Integration, also zum Aufbau immer komplexerer Strukturen erfolgt aus der Erfahrung eines ‚Ungleichgewichtes‘, das sind fehlschlagende Assimilationsversuche, Widersprüche zwischen verschiedenen Assimilationsversuchen, kognitive Konflikte.“ (Oerter & Montada, 2008, S. 553f.)

der jeweiligen Situation bestimmenden Strategie geleitet. Die Kenntnis dieser Strategien (welches Interesse welches wie einflussreichen Akteurs besteht zu welchem Zeitpunkt?) ist von entscheidender Bedeutung für Analysen von Adaptionsprozessen.

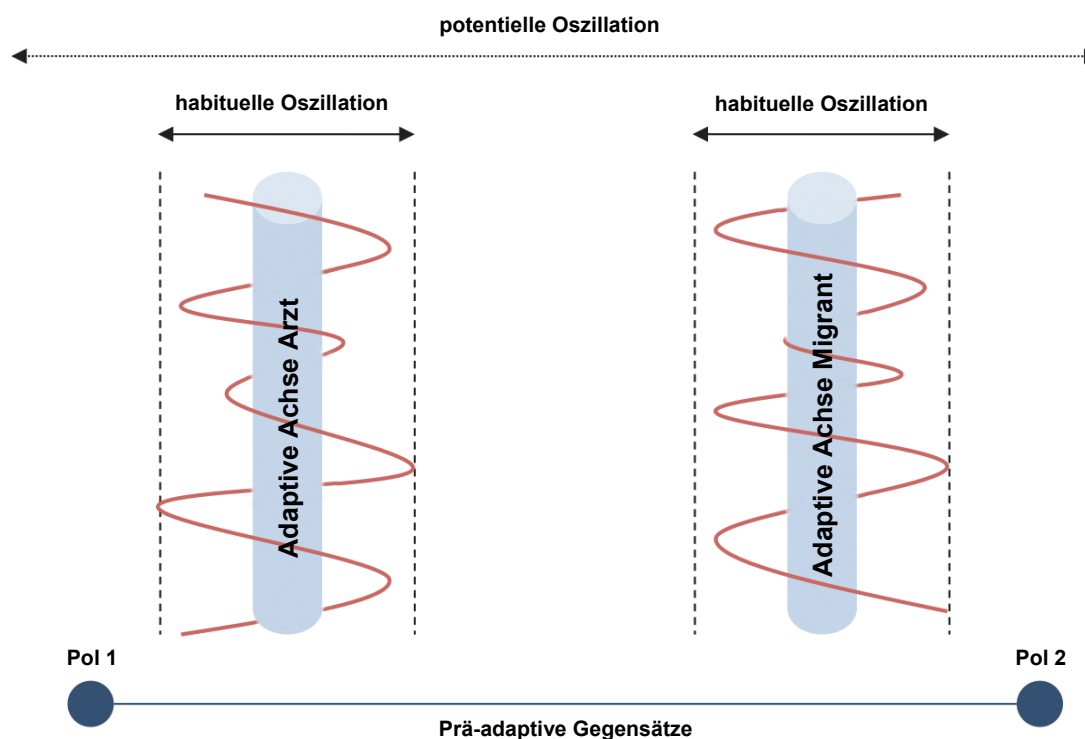


Abbildung 10
Modell des adaptiven Oszillierens mit prä-adaptiven Gegensätzen, vor dem Aneignen nötiger interkultureller Kompetenzen, auf Grundlage von Demorgon & Molz (1996), S. 54

Da Individuen auch nach Demorgon und Molz nie als monokulturell anzusehen sind, sondern immer als Angehörige verschiedener Subkulturen (zum Beispiel Geschlecht, Alter, Schicht, sexuelle Orientierung), bewegt sich jede Person permanent in „kulturellen Zwischenwelten“ (Demorgon und Molz, 1996, S. 65), weshalb in jeder personalen Interaktion interkulturelle Aspekte eine Rolle spielen. Wenn interkulturell zum Beispiel nur als inter-nationalkulturell verstanden wird, kommt es zu einer unzulässigen Reduzierung auf nur eine Analyseebene und es wird verdeckt, dass sich das Oszillationspotential zum Teil schon intra-nationalkulturell realisiert. Bei einer solchen Betrachtung vergibt man sich leicht die Chance, über andere, näher aneinander liegende adaptive Achsen zweier sich begegnender Individuen eine erste erfolgreiche Begegnung herzustellen. Nach erfolgter Etablierung einer belastbareren Interaktionsebene, etwa durch die Herstellung persönlicher Nähe und Vertrauen, kann nach Demorgon und Molz die Oszillationsbreite auch auf weitere adaptive Achse vergrößert werden. Durch einen solchen Prozess kann es zu einem immer höheren Maß an interkultureller Verständigung kommen.

Bei der Analyse dieser Prozesse bestehen nach Demorgon und Molz verschiedene Schwierigkeiten: alle denkbaren Eigenschaften der zu untersuchenden Gruppe, Gesellschaft etc. als Analyseebenen zu berücksichtigen, scheint ein unmögliches Unterfangen zu sein, weshalb sich jede Studie auf einige für sie besonders relevant erscheinende Untersuchungsfelder beschränken sollte. Weiterhin muss bedacht werden, dass interkulturelle Interaktionen von Individuen mit weiter auseinander liegenden Vorstellungen (und damit entfernteren adaptiven

Achsen), die damit ein adaptives Oszillieren mit erweiterter Bandbreite benötigen, leicht in zwei Richtungen entgleisen können: auf der einen Seite kann es durch ständiges Oszillieren zu einem Verlust der eigenen Identität kommen, auf der anderen Seite zu einer Identitätsverhärtung durch eine starke Verringerung des habituellen Oszillierens.

Auf Grundlage des Modells von Demorgon und Molz kann interkulturelles Lernen im Rahmen interkultureller Interaktionsprozesse als Fähigkeit zum großräumigen adaptiven Oszillieren beschrieben werden, das die Zonen adaptiver Achsen fremder Kulturen umfasst. Die Erweiterung der Oszillationsbreiten muss dabei in einer Form geschehen, die das jeweilige Oszillationspotential der Beteiligten berücksichtigt und dies nicht überschreitet, da ansonsten der Verlust der Identität der Beteiligten die Folge sein kann.

2.3 Interkulturelle Kompetenz in der Arzt-Patient-Beziehung

Das Modell des „adaptiven Oszillierens“ erscheint gut geeignet zur Analyse von interkulturellen Interaktionen, auch solcher, wie sie Arzt-Patient-Beziehungen im Rahmen der medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten darstellen. Als notwendige Voraussetzungen für gelungene interkulturelle Interaktionen gelten in der fachlichen Diskussion gemeinhin interkulturelle Kompetenzen. Doch was beinhalten interkulturelle Kompetenzen im Einzelnen und was bedeutet dieses Konzept für den hier interessierenden Aspekt der medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten?

Die Diskussion um interkulturelle Kompetenzen wird von vielen wissenschaftlichen Disziplinen geführt, mit entsprechend vielfältigen, teils wenig aufeinander bezogenen Modellen (Auernheimer, 2000, 2008; Bolten, 2007a, 2007b; Broszinsky-Schwabe, 2011; Dreyer & Hößler, 2011; Erll & Gymnich, 2007; Hecht-el Minschawi, 2009; Heringer, 2007; Hinz-Rommel, 1998; Kumbruck & Derboven, 2009; Leenen, 2005; Lustig & Koester, 2009; Rathje, 2006; Straub et al., 2007; Weidemann, Straub & Nothnagel, 2010; Zacharaki, Eppenstein & Krummacher, 2007; Zick, 2010). Für den Bereich der Gesundheitsversorgung in Deutschland wurde eine Reihe entsprechender Ansätze formuliert, bisher vorwiegend in den Kontexten von Prävention, psychologischer/psychiatrischer Versorgung und Pflege. Diese benennen in der Regel sehr ähnliche Faktoren interkultureller Kompetenz wie Modelle aus anderen Disziplinen (Anderson et al., 2003; Anderson, 2000; Auernheimer, 2008; Beach et al., 2006; Beach et al., 2005; Borde, 2009; Cattacin & Chimienti, 2007; Chiarenza, Robinson, Spilker & TF MFCCH Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health Care, 2011; Domenig, 2011; Elzer & Sciborski, 2007; Freißig, 2005; Gaitanides, 2008; Handschuck & Schröer, 2000, 2008; Lenthe, 2010; Muthny & Bermejo, 2008; Peintinger, 2011; Rommelspacher & Kollak, 2008; Ünal, 2008).

Eine Systematisierung der vorhandenen Ansätze ergibt eine Aufteilung in Listen-, Struktur- und Prozessmodelle (Bolten, 2007a; Rathje, 2006). Listenmodelle werden häufig von den Wirtschaftswissenschaften vertreten und benennen additiv in unterschiedlicher Zusammenstellung und Anzahl Persönlichkeitsmerkmale und Kompetenzen wie Empathie, Stressresistenz, Ambiguitätstoleranz, kulturelles Bewusstsein, die Fähigkeit zur Einnahme divergenter Perspektiven, die Verfügung über umfangreiche unterschiedliche Erklärungsansätze zur Situationsanalyse und die situationsadäquate Kompetenz zur Anpassung eines eigentlich standardisierten professionellen Verhaltens, aber auch sprachliche Kompetenzen (Chen & Starosta, 1998; Fritz, Möllenberg & Chen, 2002; Triandis, 1977; Triandis & Lambert, 1980). Strukturmodelle systematisieren interkulturelle Kompetenzen nach affektiven, kognitiven und konativen (verhaltensbezogenen) Anteilen und vervollständigen anhand dieser Einteilung bloße Listenmodelle (Bergmann & Bergmann, 2005; Gertsen, 1990; Stüdlein, 1997; Thomas et al.,

2005; Zülch, 2004). Prozessmodelle bauen auf den Strukturmodellen auf, betonen aber darüber hinaus die Abhängigkeit und das Zusammenspiel von affektiven, kognitiven und konativen Teilkompetenzen zur Verwirklichung interkultureller Kompetenzen (Auernheimer, 2008; Bolten, 2007a; Dreyer & Höbler, 2011; Elzer & Sciborski, 2007; Otten, Scheitza & Cnyrim, 2007; Peintinger, 2011; Rommelspacher & Kollak, 2008). Einzelne interkulturelle Teilkompetenzen der genannten drei Bereiche müssen in einer für die jeweilige Situation angemessenen Art zusammenspielen (Bolten, 2007b). Interkulturelle Kompetenzen werden dabei nicht einfach als besondere Ausprägung insbesondere von Sozialkompetenzen gesehen, sondern als Zusammenspiel verschiedener Teilkompetenzen zur Erreichung eines bestmöglichen interkulturellen Verstehens und Interagierens. Sie sind ohne ausreichende Fachkompetenzen nicht sinnvoll umsetzbar:

„Interkulturelle Kompetenz stellt keinen eigenständigen Kompetenzbereich dar, sondern ist im Sinne von lat. *competere*: „zusammenbringen“ am besten als Fähigkeit zu verstehen, individuelle, soziale, fachliche und strategische Teilkompetenzen in ihrer bestmöglichen Verknüpfung auf interkulturelle Handlungskontexte beziehen zu können. Interkulturelle Kompetenz ist dementsprechend keine Schlüsselqualifikation, sondern eine Querschnittsaufgabe, deren Gelingen das Zusammenspiel verschiedener Schlüsselqualifikationen voraussetzt.“ (Bolten, 2007a, S. 112)

Die Weiterentwicklung des bisher verwendeten Kulturbegriffs um die aufgezeigte Differenzorientierung (S. 65) führt zu einer Definition von interkultureller Kompetenz, die auch das in dieser Arbeit gegebene Ziel einer erfolgreichen Ausgestaltung der medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten und die Etablierung einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung unter Berücksichtigung auftretender interkultureller Differenzen abbilden kann:

„Interkulturelle Kompetenz kann dementsprechend als die Fähigkeit betrachtet werden, die in interkultureller Interaktion zunächst fehlende Normalität zu stiften und damit Kohäsion zu erzeugen. Nach dieser Vorstellung führt interkulturelle Kompetenz dazu, dass aus unbekanntem Differenzen bekannte werden. [...] Interkulturelle Kompetenz kann also als Fähigkeit betrachtet werden, die durch Fremdheit gekennzeichnete ‚flüchtige‘ Interkultur in Kultur umzuwandeln, indem über Normalität Kohäsion erzeugt wird.“ (Rathje, 2006, S.17)

Bezogen auf das Modell der Adaption

„könnte man interkulturelle Kompetenzen als jene Kompetenzen bezeichnen, die kulturell divergente Situationen schnell adaptieren und Interaktions- und Kommunikationssituationen so gestalten, dass sie unproblematisch beziehungsweise gering konfliktionär sind.“ (Zick, 2010, S. 26f)

Gerade aufgrund der zahlreichen verschiedenen und zum Teil wenig theoretisch explizierten Modelle interkultureller Kompetenz sowie den immer wieder unterschiedlich vorgenommenen Gewichtungen einzelner Kompetenzen in verschiedenen Anwendungsbereichen sollte zur Spezifizierung des in einer Studie jeweils verwendeten Konzepts der interkulturellen Kompetenz immer eine möglichst konkrete Definition davon erfolgen, was die Handlungsziele der Teilnehmer interkultureller Interaktionen sind (Rathje, 2006, S. 14). Die vorliegende Arbeit bezieht sich hierfür auf die umfassende Definition von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation, die diese beschreibt als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht lediglich das Fehlen von Krankheit oder Behinderung“. (World Health Organisation, 2005, S.1). Neben ihrem progressiven gesundheitspolitischen Anspruch erlaubt diese Definition die Abbildung einiger im Kontext der medizinischen Versorgung von Migranten wichtigen Aspekte: die Abbildung der Subjektivität von Gesundheits- und Krankheitserleben, von kulturspezifischen ätiologischen Konzepten, von (kulturell divergenten) Laienansätzen im Gesundheitshandeln und der Nutzung spezifischer Ressourcen.

Lebensweltliche und lebenslaufbedingte Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Migranten sowie mögliche Veränderungen von deren Nutzungsverhalten, etwa durch die Erschließung neuer Ressourcen und Strategien (Kap. 2.1), legen ein prozessorientiertes Verständnis von

Gesundheit nahe. Als geeigneter Ansatz für die Bestimmung notwendiger interkultureller Kompetenzen im Rahmen der medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten erscheint daher das Konzept der Salutogenese. Dieses sieht Menschen auf ständig wechselnden Bereichen eines Gesundheitskontinuums verortet und lehnt eine strikte Trennung in „gesund“ und „krank“ ab (Antonovsky, 1997). Neben von Außen wirkenden Faktoren ist der wichtigste Faktor für die Bewertung und Bewältigung von gesundheitsrelevanten Einflüssen auf Ebene des Individuums der „Kohärenzsinn“. Dessen Ausprägungen sind abhängig von der empfundenen Strukturierungsfähigkeit, Vorhersagbarkeit und Erklärbarkeit der Situation, der ausreichenden Verfügbarkeit von Ressourcen sowie der Sinnhaftigkeit des Einsatzes dieser Ressourcen. Zu diesen Ressourcen gehören individuelle, soziale und kulturelle Faktoren wie physische Merkmale, Intelligenz, Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung, finanzielle Ressourcen und kulturelle Stabilität. Das Modell beschreibt damit verschiedene Faktoren, die bei Migranten aufgrund von deren spezifischer Lebenslage besondere Ausprägungen erfahren können (Kap. 1.2-1.5).

Zur Erklärung des Gesundheitshandelns von Laien schlägt Faltermaier das Konzept des „Gesundheitsbewusstseins“ vor (Faltermaier, 2005a), das den salutogenetischen Ansatz in dieser Hinsicht spezifiziert. Anteile des Gesundheitsbewusstseins sind (1) subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit, inklusive der Wahrnehmung von Risiken und Ressourcen, (2) das subjektive Körperbewusstsein als subjektive Wahrnehmung des Körpers und eventueller Leiden, (3) der Stellenwert von Gesundheit als subjektive Bedeutung von Gesundheit sowie (4) die soziale Repräsentation von Gesundheit, bezogen auf die soziale Einbettung von Gesundheitsvorstellungen (ebd., S. 198). Diese Komponenten sind im Kontext des Modells des adaptiven Oszillierens eine erste Merkmalsbeschreibung der adaptiven Achse von migrantischen Patienten wie der von (nicht-migrantischen) Ärzten.

Eine weitere inhaltliche Konkretisierung der adaptiven Achsen von Arzt und (migrantischem) Patient erlaubt die im englischen Sprachraum gebräuchliche Unterscheidung von „sickness“ in „disease“ und „illness“ (Helman, 2007; Kleinman, Eisenberg & Good, 1978). Patient und Arzt haben danach unterschiedliche Interessen im Kontext einer medizinischen Behandlung: Krankheit („sickness“) wird dabei vom Patienten und dessen sozialer Umgebung aus der „illness“-Perspektive wahrgenommen, die sich durch die individuelle Leidensgeschichte, das subjektive Krankheitserleben sowie den Wünschen an die medizinische Behandlung („Patienten-Agenda“) auszeichnet. Der Arzt hingegen nimmt Krankheit aus der „disease“-Perspektive wahr, die durch das Interesse an der medizinischen Diagnose und eine professionelle Orientierung bestimmt wird („Arzt-Agenda“, Abb. 11). Wie auch im Modell des „adaptiven Oszillierens“ beschrieben, ist dabei die Interaktionssituation bestimmt durch (unter anderem) die sozioökonomische Stellung, den generellen Bildungsstand und die sprachliche Kompetenz, die kulturelle Prägung sowie das Alter und Geschlecht als einige der wichtigsten Merkmale der Interaktionspartner (Flubacher, 1997). Migrationsbedingte Ausprägungen sind dem lebenslauf-orientierten Modell von Raum und Spallek (Kap. 2.1) folgend über die Zeit veränderlich.

Für eine gelungene und (etwa im Hinblick auf die im Rahmen einer HIV-Therapie wichtige ausreichende Adhärenz, Kap. 1.5.3) tragfähige Arzt-Patient-Interaktion ist es daher erforderlich, dass die jeweiligen Perspektiven von Patient und Arzt auf „Sickness“ abgeglichen werden und eine Übereinstimmung erreicht wird, die soweit geht, dass es zu einem für beide umsetzbaren Behandlungsplan kommt (Abb. 11).

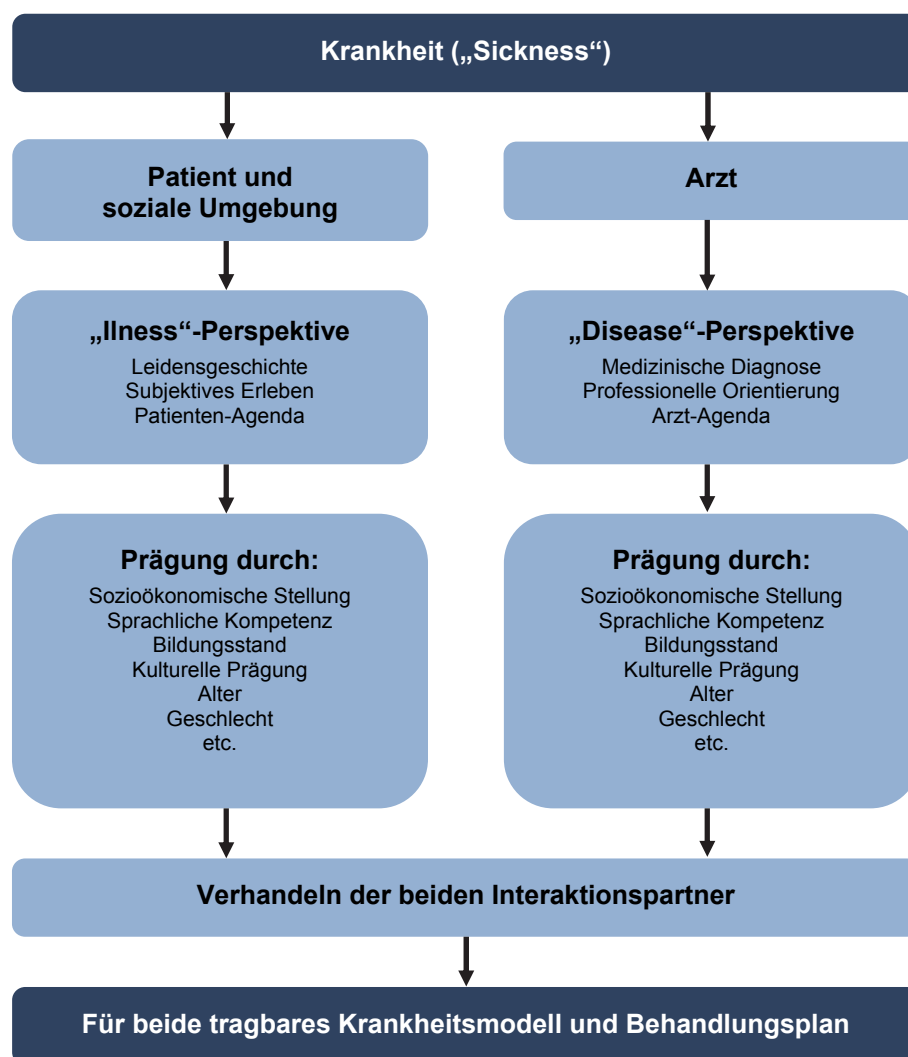


Abbildung 11
 Gelungene Arzt-Patient-Interaktion als Kommunikationsprozess über Illness- und Disease-Perspektive, in Anlehnung an Flubacher (1997), S.812

Ein Modell von Levenstein et al. zur Umsetzung des patientenzentrierten Vorgehens sieht die Verantwortung hierfür auf Seiten des Arztes (Levenstein, McCracken, McWhinney, Stewart & Brown, 1986). Es obliegt ihm, die Agenda des Patienten (mit dessen Erwartungen, Gefühlen und Ängsten) und dessen „Illness“-Erfahrung zu ergründen und zu verstehen sowie die eigene Agenda (mit Anamnese, Körperuntersuchung, Laboruntersuchung und Differentialdiagnose) gleichermaßen zu berücksichtigen und zuletzt zu integrieren. Es ist allerdings nicht davon auszugehen, dass dieser Abgleichs- und Annäherungsprozess allein vom Arzt geleistet werden kann, auch wenn dieser unter Umständen über größere professionelle wie psychische Ressourcen im Vergleich zu migrantischen Patienten verfügen mag. Im Fall der Behandlung von HIV/AIDS werden insbesondere migrantische Patienten, deren Gesundheits- und Krankheitskonzepte deutlich von einem schulmedizinischen Verständnis abweichen, letzteres stärker adaptieren müssen.⁵⁶ Die Aushandlung eines Krankheitsmodells und eines Behandlungsplans, die die Agenden von Patient und Arzt integrieren, kann damit als eine Form

⁵⁶ Dies ist insbesondere im Falle einer HIV-Infektion von Bedeutung, da hier nur eine schulmedizinische Behandlung tatsächliche Erfolge in der Behandlung verspricht.

des „adaptiven Oszillierens“ um die adaptiven Achsen der Agenden von Patient und Arzt herum gefasst werden (Abb. 12).

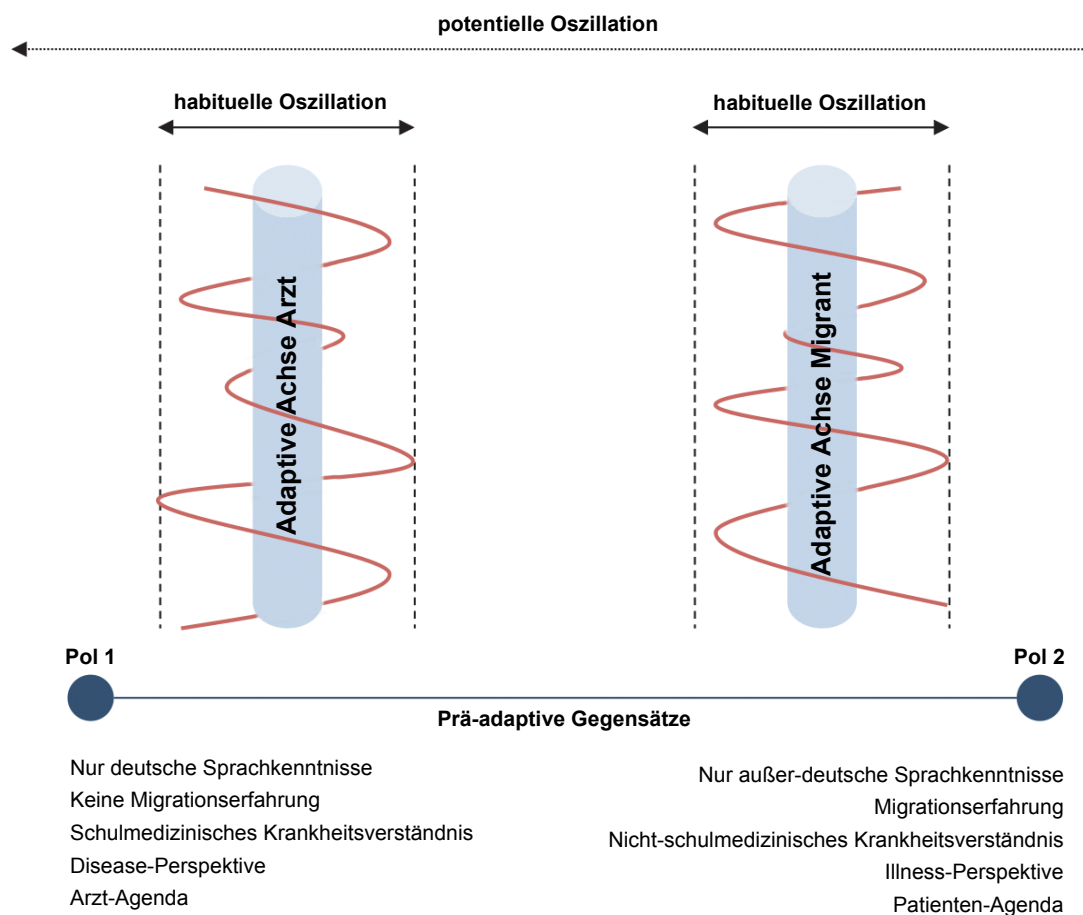


Abbildung 12
Spezifikation des Modells des adaptiven Oszillierens mit Bezug auf präadaptive Gegensätze in interkulturellen Interaktionen im Rahmen der medizinischen Versorgung von Migranten, auf Grundlage von Demorgon & Molz (1996), S. 54

Bedenkt man die zahlreichen Faktoren, die Einfluss auf die Agenda der migrantischen Patienten haben können (Kap. 1.2-1.5), wird deutlich, dass dies ein aufwendiger Prozess ist. Salis Gross et. al (1997) operationalisieren eine „migrationspezifischen Anamnese“ im Rahmen der medizinischen Versorgung von Migranten anhand der Bereiche „Herkunftsgeschichte“, „Migrationsgeschichte“ und „Integrationsgeschichte“ (Tab. 7). Dieser Ansatz korrespondiert mit dem Lebenslauf-orientierten Modell von Spallek und Razum (Kap. 2.1).

Tabelle 7
Im Rahmen einer migrationspezifischen Anamnese nötige Angaben

Herkunftsgeschichte
▪ rechtliche Situation
▪ soziale Lage (Beruf, Alter, Situation der Kernfamilie und der weiteren Verwandtschaft)
▪ ökonomische Situation (finanzielle Möglichkeiten und Verpflichtungen)
▪ Gesundheitsverhalten (Angebote in der Herkunftsregion, Möglichkeiten und Praxis der Nutzung durch die Patienten)

<p>Migrationsgeschichte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Traumatisierungen ▪ Dauer und Verlauf der Migration ▪ Migrationsmotivation
<p>Integrationsgeschichte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ rechtlicher Status ▪ soziale Lage (berufliche Veränderungen, Alter, Situation der Kernfamilie und der weiteren Verwandtschaft) ▪ internationale Netzwerke ▪ ökonomische Situation (finanzielle Möglichkeiten und Verpflichtungen) ▪ Gesundheitsverhalten (Angebote in der Herkunftsregion, im Verlauf der Migration und im Aufnahmeland, Möglichkeiten und Praxis der Nutzung durch die Patienten)

Quelle: Salis Gross, Moser et al.(1997), S. 889

Zusätzlich schlagen die Autoren einen Fragenkatalog zur Erhebung der „Illness“-Perspektive migrantischer Patienten vor, der sich an deren subjektiven Konzepten von Gesundheit, Krankheit und Gesundheitshandeln orientiert (Tab. 8).

Tabelle 8
Fragen zur Ergundung der „Illness“-Perspektive von Migranten

Frage
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Warum traten die Beschwerden Ihrer Meinung nach gerade zu diesem Zeitpunkt auf? Warum gerade bei Ihnen? ▪ Kennen Sie jemanden, der ähnliche Beschwerden hat? ▪ Was hat Ihrer Ansicht nach die Beschwerden verursacht? ▪ Wie nennt man die Beschwerden in Ihrer Muttersprache? ▪ Was, glauben Sie, machen ihre Beschwerden mit Ihnen? Wie funktioniert das? ▪ Was sagen Ihre Familie und ihre Freunde zu Ihren Beschwerden? ▪ Wie ernst sind Ihre Beschwerden? Werden sie einen langwierigen oder einen kurzfristigen Verlauf nehmen? ▪ Welche Behandlung sollten Sie Ihrer Meinung nach enthalten? ▪ Welche wichtigsten Resultate erhoffen Sie sich von dieser Behandlung? ▪ Welche wichtigsten Probleme haben Ihnen die Beschwerden gebracht? ▪ Wovor haben sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden am meisten Angst?

Quelle: Salis Gross, Moser et al. (1997), S. 893

Für eine Anwendung des Modells des adaptiven Oszillierens zur Analyse konkreter interkultureller Interaktionssituationen sind dabei die für die jeweilige Situation bedeutsamen pré-adaptiven Gegensätze sowie die vorhandenen Oszillationspotentiale der Beteiligten und deren Überschneidungsbereiche zu bestimmen (Abb. 10 und 12). Durch geeignete Interventionen wie interkulturelle Trainings etc. kommt es in diesem Modell idealerweise zu weiten Überschneidungen der habituellen Oszillationen der Beteiligten auf Grundlage post-adaptiver, erweiterter interkultureller Kompetenzen. Interkulturelle Kompetenz im Kontext der medizinischen Versorgung von Migranten bedeutet vor dem oben aufgezeigten Hintergrund die Fähigkeit zur Integration der Agenden von Arzt und migrantischem Patient durch ausreichendes „adaptives Oszillieren“ beider Beteiligten. Neben den notwendigen fachlichen Kompetenzen des Arztes sowie den erforderlichen Sprachkenntnissen auf beiden Seiten bedeutet interkulturelle Kompetenz in diesem Rahmen, Erkenntnisse zu den in den Tabellen 7 und 8 aufgefuhr-

ten migrationsspezifischen Faktoren gewinnen, deren jeweiligen Einfluss analysieren und tragfähige Konzepte zum Umgang mit diesen entwickeln zu können.

Die aufgeführten Faktoren und Fragen müssen dabei, insbesondere im Hinblick auf die medizinische Versorgung von HIV-positiven Migranten mit deren besonderen Bedingungen (Kap. 1.5), nicht vollständig sein. Vielmehr können weitere Faktoren interkultureller Kompetenz in diesem Bereich wichtig sein und müssen gegebenenfalls noch beschrieben werden (Abb. 12).

2.4 Ansätze für eine verbesserte Gesundheitsversorgung von Migranten auf struktureller Ebene

Gesundheitsversorgung, auch die medizinische Versorgung HIV-positiver Migranten, ist nicht allein durch die ausschließlich persönliche Interaktion zwischen Individuen bestimmt. Medizinische wie auch psychosoziale Versorgung findet immer im Rahmen spezifischer Strukturen statt, die den Austausch auf individueller Ebene stark beeinflussen. Wichtige Rahmenbedingungen in Deutschland sind etwa das Aufenthaltsrecht, das Krankenversicherungssystem, die standardmäßige medizinische Versorgung von HIV-positiven Patienten durch größere Klinik-Ambulanzen oder ebenfalls größere spezialisierte HIV-Schwerpunktpraxen, die konkreten Formen der Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen der medizinischen und der psychosozialen Versorgung im HIV-Bereich oder eine eher eingeschränkte Interessenvertretung von Migranten (Kap. 1.3-1.5, 2.1).

Für eine verbesserte Versorgung von Migranten im medizinischen wie psychosozialen Bereich werden zielgruppenspezifische Ansätze sowie Ansätze für eine so genannte „interkulturelle Öffnung“ von Einrichtungen diskutiert. Beide werden in diesem Kapitel vorgestellt.

2.4.1 Zielgruppenspezifische Ansätze

Vor dem Hintergrund der Unterschiedlichkeit und Vielfalt der Kulturen, aus denen sich die Gruppe der Migranten in den meisten Ländern zusammensetzt und aus denen sich unterschiedliche Problemlagen ergeben, gibt es verschiedene Versuche, Zielgruppen zu definieren, die für die Gesundheitsversorgung (wie auch für gesundheitswissenschaftliche Analysen) von besonderer Bedeutung sind.

Eine dieser Herangehensweisen besteht darin, sich auf die Gruppen zu konzentrieren, die prozentual den größten Anteil an der ausländischen Bevölkerung ausmachen und somit auch den größten Anteil dieser Personen damit zu erreichen (ein Ansatz, der zum Beispiel in der Schweiz verfolgt wurde, s. (Haour-Knipe, Fleury & Dubois-Arber, 1999)). Eine zweite Variante ist es, besonders die Gruppen zu erforschen, deren Kulturen sich am stärksten von der des Einwanderungslandes zu unterscheiden scheinen und die daher (auch aus dem Gesundheitssystem) am stärksten ausgegrenzt werden (zum Beispiel in Finnland, s. (Clarke et al., 1998)). Der dritte Ansatz versucht, bestimmte Risikosituationen beziehungsweise -verhaltensweisen zu betrachten, in denen sich auch Migranten bewegen (etwa Prostitution, Drogengebrauch, homosexuelle Kontakte) und sie über die spezifische Problemlage zu erreichen (wie in Schweden, s. Buzaglo & Radö (1998)). Außerdem werden Kombinationen dieser Verfahren angewandt (im Bereich HIV/AIDS etwa in Kanada (Capon et al., 1996)).

Das Konzept der Zielgruppe beruht auf zwei Grundelementen: der Identifizierung homogener Untergruppen sowie der Anpassung des Angebots an deren jeweilige Merkmale und Bedürfnisse. Voraussetzung für die Zielgruppenorientierung ist die Existenz von Gruppen, die

Merkmale besitzen, die nicht nur für die Gesundheitsversorgung praktisch verwertbar sind, sondern auch für die Gruppenmitglieder selbst von Relevanz, damit diese solche Angebote als spezifisch für sich gestaltet wahrnehmen können. Das heißt, dass eine identifizierte Zielgruppe einer „natürlichen“ Gruppierung von Menschen entsprechen muss, damit gesundheitsfördernde Arbeit möglich und wirksam wird (Lefebvre & Rochlin, 1997).⁵⁷

Wie dargestellt (Kap. 1), handelt es sich bei den in Deutschland lebenden Migranten um sehr heterogene Gruppen. Die juristischen, politischen und kulturellen Gemeinsamkeiten, die sich daraus ableiten, haben daher nicht zwangsläufig die Bildung einer „Community von Migranten in Deutschland“ zur Folge. Sie stellen somit auch keine ausreichende Grundlage für eine Zielgruppendefinition im Rahmen der Gesundheitsversorgung dar.

Auf der anderen Seite existieren in Deutschland und auch in Berlin mehrere größere ethnische Gruppierungen, die ihre eigenen Identitäten (Sprache, Kultur, Institutionen) herausgebildet oder bewahrt haben, so etwa große Teile der türkischen Community. Auf Basis ausreichender Klärung von Versorgungsbedarfen und Zugangswegen sowie einer engen Zusammenarbeit mit Interessenvertretern dieser Gruppen können aber effektive Interventionsmöglichkeiten ausgearbeitet werden.

Für die Anwendung eines zielgruppenspezifischen Ansatzes im Bereich der HIV/AIDS-Versorgung ergeben sich aber mehrere Probleme (VIA Berlin/Brandenburg e.V., 2000, S. 26):

- In Berlin als größter Stadt Deutschlands finden sich eine große Zahl von ethnischen Gruppen und Untergruppen, die alle während ihres Aufenthaltes Angebote der Gesundheitsversorgung im Bereich HIV/AIDS wahrnehmen können müssen.
- Obwohl größere Gruppierungen bestimmter ethnischer Minderheiten vorzufinden sind, ist es nicht erwiesen, dass diese einem erhöhten Risiko für den Erwerb einer HIV-Infektion oder für eine schlechtere Gesundheitsversorgung ausgesetzt sind.
- Zu geringe finanzielle Ressourcen schränken die Möglichkeiten für die zumeist kostspielige Entwicklung und Unterhaltung von kulturspezifischen Angeboten für die bestehende Vielfalt an ethnischen Gruppen stark ein.
- Das strukturelle Problem eines grundsätzlich erschwerten Zugangs zu existierenden Versorgungsangeboten im HIV/AIDS-Bereich wird durch zielgruppenspezifische Intervention nur für wenige Gruppen aufgehoben.
- Die vorhandenen epidemiologischen Daten (Kap. 1.5) lassen – trotz gewisser epidemiologischer Schwerpunkte nach Weltregionen – nur schlecht die Identifizierung geeigneter, kulturell homogener Zielgruppen zu.

Trotz dieser Einwände wird betont, dass punktuell eingesetzte zielgruppenspezifische Ansätze durchaus sinnvoll sein können. Dies ist besonders dann der Fall,

„wenn Mitglieder aus der Gruppe selbst und/oder Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einer Einrichtung auf Probleme aufmerksam werden, die in Zusammenarbeit mit Menschen aus einem bestimmten Kulturkreis entstehen. Vor allem sind Eigeninitiativen seitens einer ethnischen Gruppe im ursprünglichen Sinne der AIDS-Selbsthilfebewegung zu unterstützen.“ (VIA Berlin/Brandenburg e.V., 2000) (S. 27).

⁵⁷ Ein solcher Ansatz wird in Deutschland etwa in der Arbeit der AIDS-Hilfen verfolgt, zum Beispiel durch Plakate oder Flyer, die sich sprachlich an bestimmte Szenen angleichen, wie MSM, Sex-Arbeiter, Drogengebraucher etc.

2.4.2 Interkulturelle Öffnung

International wurden verschiedene Ansätze entwickelt, um Gesundheitsversorgungssysteme für Migranten besser erreichbar zu machen und die Versorgungsqualität für diese Gruppe zu steigern. Hierfür wurden und werden überwiegend Gesundheitsstrategien auf Basis der Aneignung interkultureller Kompetenzen formuliert (Anderson et al., 2003; Beach et al., 2006; Beach et al., 2005; Mladovsky, 2009). Auch auf internationaler Ebene liegen bisher nur wenige Studien zur Evaluation der Ergebnisse solcher Prozesse vor, eine Übersicht zeigte einen zum Teil positiven Einfluss auf die Versorgungsqualität in Bezug auf die Anzahl versorgter Migranten sowie deren medizinische Versorgungsergebnisse, ein negativer Einfluss wurde in keinem Fall belegt (Lie, Lee-Rey, Gomez, Bereknyci & Braddock, 2011).

In Deutschland wurden seit den 1990er Jahren Ansätze zur interkulturellen Öffnung von Einrichtungen im Gesundheitswesen diskutiert (Anderson, 2000; Barwig & Hinz-Rommel, 1995; Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2007, 2012a; Borde, 2009; Bundesarbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, 2000; Bundesregierung Deutschland, 2007; Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, 2003, 2009; Domenig, 2011; Gaitanides, 2008; Handschuck & Schröer, 2008; Hinz-Rommel, 1998; Lenthe, 2010; Muthny & Bermejo, 2008; Penka, Kluge et al., 2012; Penka, Schouler-Ocak et al., 2012; Pochanke-Alff, 1997b; Rathje, 2006; Rommelspacher & Kollak, 2008; Schröer, 2002; Veneto-Scheib, 1998). Diese propagieren umfassende strukturelle Veränderungen mit dem Ziel, dass bereits vorhandene Strukturen, Angebote und Leistungen für Migranten ebenso nutzbar werden wie für Nicht-Migranten:

„Da es bei der Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Migrantinnen und Migranten auch um die Versorgungsgerechtigkeit geht, sind Gesundheitsinstitutionen angesichts der Vielfalt der Nutzerinnen und Nutzer aufgefordert, die Zugänglichkeit, Erreichbarkeit, Verständlichkeit und Annehmbarkeit der Angebote und schließlich eine gleich gute Versorgungsqualität für alle sicherzustellen. In Bezug auf den sozialen Gradienten ist die Therapietreue nicht allein seitens der Patientinnen und Patienten zu erfüllen, sondern auch eine Bringschuld des Versorgungssystems.“ (Borde, 2009, S. 17)

Bestehende Einrichtungen sollen der potentiellen Verschiedenheit ihrer Klientel auf allen relevanten Ebenen professionell gerecht werden können.⁵⁸ Auch hier kommt der Vermeidung von Kulturalisierung „sozialer Determinanten oder auch von strukturellen Defiziten in den Präventions- und Versorgungskonzepten“ (Borde, 2009, S. 16) eine entscheidende Bedeutung zu. Das Konzept schließt damit an den in dieser Arbeit verwendeten differenzorientierten Kulturbegriff (Kap. 2.2) und an Ansätze des „Diversity Managements“ (Bendl, Hanappi-Egger & Hofmann, 2006; Knoth, 2006; Koall, Bruchhagen & Höher, 2007; Krell, Riedmüller, Sieben & Vinz, 2007) an. Interkulturelle Öffnung hat damit nicht nur zum Ziel, die Zugänglichkeit von Einrichtungen für Migranten zu ermöglichen oder zu verbessern, sondern soll im Idealfall die Strukturen so verändern, dass eine Einrichtung generell besondere Bedürfnisse von (Sub-) Gruppen erkennen und diese in ihrer Arbeit berücksichtigen kann.

⁵⁸ Ein wichtiges Beispiel für ein solches Vorgehen ist die Arbeit des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit. Hier wurde nach einer formalen Bedarfsanalyse über Wissen und Risikoverhalten in Bezug auf HIV/AIDS unter Migranten in der Schweiz Spanier und Portugiesen als die größten ausländischen Gruppen sowie Türken als die Gruppe mit den angeblich größten kulturellen Differenzen gegenüber der autochtonen schweizerischen Gesellschaft definiert. Es wurden in Zusammenarbeit mit Mitgliedern dieser Gruppen kulturell angepasste Interventionen erarbeitet, die bei nachfolgenden Evaluationen einen großen Erfolg nachweisen konnten (Haour-Knipe et al., 1999).

Interkulturelle Öffnung bedeutet in der Praxis, dass eine Einrichtung alle Planungs-, Verwaltungs- und Dienstleistungsaspekte auch im Hinblick auf eine möglichst weitgehende Beteiligung von Migranten als Klienten wie als Mitarbeiter ausrichtet⁵⁹:

„Interkulturelle Öffnung lässt sich weder allein am Vorhandensein einzelner Angebote für Migranten noch an der Gesamtzahl des Migrantenklientels oder an der Einstellung von Migranten als MitarbeiterInnen messen, sondern daran, inwieweit die Interessen von Migranten in allen Aspekten der Gestaltung und Durchführung der Arbeit regelmäßig vertreten und berücksichtigt werden. Die Voraussetzung für eine interkulturelle Öffnung ist eine interkulturelle Kompetenz auf allen Organisationsebenen der Einrichtung.“ (Bundesarbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, nach (VIA Berlin/Brandenburg e.V., 2000), S. 46)

Die verschiedenen Konzepte interkultureller Öffnung wurden bisher zumeist in Form von „Checklisten“ oder „Anleitungen“ konkretisiert (Anderson, 2000; Barwig & Hinz-Rommel, 1995; Borde, 2009; Borde & David, 2004; Bundesarbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, 2000; Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, 2009; Freißig, 2005; Gaitanides, 2008; Handschuck & Schröer, 2008; Hinz-Rommel, 1998; Schröer, 2002; Ünal, 2008; Veneto-Scheib, 1998).

Die für eine interkulturelle Öffnung von Einrichtungen der sozialen und Gesundheitsversorgung notwendigen Faktoren aus verschiedenen solchen Modelle können nach Penka, Kluge et al. (2012, S. 564) auf vier Ebenen zusammenfassend konzeptualisiert werden:

1. Leitungsebene

- interkulturelle Öffnung als Top-Down-Prozess
- die Leitung ergreift hierzu Initiative, unterstützt und treibt die Implementierung des Konzepts voran
- die Mitarbeiter unterstützen diese Änderungen
- die Leitung implementiert migrationssensible Erweiterung der Kompetenzen und entsprechende Supervision

2. Ebene der Organisation

- interkulturelle Öffnung wird in den Zielen der Organisation verankert
- ein Ombudsmann wird installiert zur Sicherung der Interessen von Migranten, falls diese nicht ausreichend berücksichtigt werden
- Netzwerke und Kooperationen mit Migrantenorganisationen werden etabliert
- Mitarbeiter mit Migrationshintergrund werden angemessen gefördert, um Behandlung in verschiedenen Sprachen anzubieten, um „interkulturelle“ Arbeitsgruppen zu etablieren etc.
- Förderung von Behandlungen durch Gruppen von Mitarbeitern mit und ohne Migrationshintergrund, um gegenseitiges Lernen zu fördern
- Förderung der Auseinandersetzung mit Themen wie Migration, Kultur und der kulturellen Kompetenz der Mitarbeiter

⁵⁹ Einen Hinweis für eine angemessene Priorisierung der Planungs- und Umgestaltungsmaßnahmen, die sich an den konkreten lokalen Bedingungen ausrichtet, gibt Schröer: „Angebote und Maßnahmen der infrastrukturellen und individuellen Versorgung werden so ausgerichtet, dass sie die in den Regionen lebenden Menschen entsprechend ihrem Bevölkerungsanteil wirksam erreichen.“ (Schröer, 2002, S. 83)

3. strukturelle Ebene

- Dokumentation des Ziels der interkulturellen Öffnung der Organisation etwa durch Auslegung von Informationsmaterial, von Zeitungen in unterschiedlichen Sprachen in Warteräumen etc.
- Berücksichtigung religiöser Anforderungen bei der Herstellung und Darreichung von Speisen
- Berücksichtigung religiöser Anforderungen im Rahmen der Urlaubsgestaltung
- Anstellung von interkulturell geschulten Mitarbeitern

4. Ergebnisebene

- Berücksichtigung von Kriterien im Zusammenhang mit Migrationshintergrund (zum Beispiel Muttersprache, Herkunftsland) bei der Evaluation von Klientendaten
- Vergleiche von Daten von Klienten mit Migrationshintergrund mit solchen von Klienten ohne Migrationshintergrund aus der entsprechenden Region.

Wie ersichtlich wird, adressieren die Konzepte für eine interkulturelle Öffnung von Einrichtungen des Gesundheitswesens eine erhebliche Anzahl von Maßnahmen, die eher in größeren Einrichtungen wie kommunalen sozialen Diensten, Gesundheitsämtern in großen Städten oder Krankenhäusern umsetzbar sind, wie etwa eine professionelle Bedarfserhebung, die migrationsensible Besetzung von Vorständen und Beiräten, eine migrationsensible Personalentwicklung, die regelmäßige Durchführung interkultureller Weiterbildungen, die Anfertigung umfangreicher Nutzerstatistiken. Solche aufwendigen Anforderungen auf struktureller Ebene scheinen in kleineren Einrichtungen nicht oder nur schwer implementierbar, zum einen, weil entsprechende Strukturen gänzlich fehlen, zum anderen, weil dies einen zu hohen finanziellen Aufwand bedeuten würde. Dies gilt auch für den Bereich der privat niedergelassenen HIV-Schwerpunktpraxen, die insbesondere in Berlin den mit Abstand größten Anteil der dort lebenden HIV-positiven Personen betreuen.

Der Verband der Initiativgruppen in der Ausländerarbeit (VIA) hat für den Landesverband der Berliner AIDS-Selbsthilfeorganisationen (LaBAS) eine Expertise zur Verbesserung der HIV/AIDS-Prävention für Migranten in Berlin erstellt, in der Bedingungen und Umsetzungsschritte einer interkulturellen Öffnung spezifisch für den HIV/AIDS-Bereich analysiert wurden (VIA Berlin/Brandenburg e.V., 2000). Grundlegende Ansätze der Arbeit von AIDS-Hilfen in Deutschland lassen sich demnach sehr gut auch auf Prozesse der interkulturellen Öffnung in der HIV/AIDS-Versorgung anwenden.

Das **Konzept der strukturellen Prävention** als Verbindung von Verhaltens- und Verhältnisprävention fußt auf der Ottawa-Charta der WHO, die Gesundheitsförderung als Prozess beschreibt, der Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen und damit zur deren Stärkung beitragen soll:

„Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern beziehungsweise verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.“ (World Health Organisation 1986, S. 1)

Das Konzept der strukturellen Prävention betont, dass tragfähige Veränderungen im Verhalten nur möglich sind, wenn die sozialen, politischen und kulturellen Kontexte ein gesundheitsförderliches Verhalten zulassen. Dies bedeutet etwa die Beseitigung rechtlicher und versicherungstechnischer Hindernisse, die Verbesserung von Lebenslagen in sozialer und finanzieller Hinsicht und ausreichende politische Interessenvertretung (Ketterer, 1998). Strukturelle Prävention lässt sich dabei nicht nur auf die primärpräventive Ebene beziehen, sondern ebenso gut auf die sekundär- und tertiärpräventive Ebene.

Ein erprobter und erfolgreicher Weg zur Umsetzung ist das **Konzept der Selbsthilfe**. Wo immer dies möglich ist, soll die Eigeninitiative betroffener Gruppen, in unserem Fall von Migranten, aufgenommen und unterstützt werden. Diese können als Experten ihrer selbst am geeignetsten ihre Interessen formulieren und geeignete Wege zur deren Umsetzung finden, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit bereits bestehenden Strukturen. Es hat sich in der HIV/AIDS-Arbeit vielfach gezeigt, dass die Selbsthilfe ein effektiver Weg zur Verbesserung der individuellen wie kollektiven Lebenssituation ist (Beraus, 1998).

Struktureller Prävention und Selbsthilfe liegt der **Ansatz der Emanzipation** zugrunde. Er geht davon aus, dass dauerhafte und tragfähige Verhaltensänderungen erst dann möglich sind, wenn die betroffenen Individuen eine gewisse Freiheit von Diskriminierung und Unterdrückung erreicht haben. Erst auf dieser Grundlage lassen sich bereits vorhandene Gesundheitsstrategien und -ressourcen ausreichend aktivieren. Auch dieser Ansatz wurde in der HIV/AIDS-Prävention vielfach erprobt (bei MSM, Drogengebern, Sexarbeitern etc.). Er lässt sich ebenfalls sinnvoll auf Migranten anwenden, für die es auch um die Beseitigung von Ungleichheit, Diskriminierung und der damit verbundenen konkreten Ausgrenzung aus dem Gesundheitssystem geht.

Auch diese Konzepte folgen damit einem differenzorientierten Kulturbegriff (Kap. 2.2). Die Expertise benennt vier Prozesse, die im Rahmen einer interkulturellen Öffnung umgesetzt werden müssen und auf den oben genannten Konzepten beruhen. Eine interkulturelle Öffnung ist nur bei Berücksichtigung aller vier Komponenten und eines der Einrichtung angemessenen Zusammenspiels erfolgreich umzusetzen. Es handelt sich dabei um einen fortlaufenden, nie abgeschlossenen Prozess. Dieser wird, wo möglich, in enger Zusammenarbeit mit migrantischen Interessenvertretungen und auf Grundlage der interkulturellen Kompetenz der Mitarbeiter durchgeführt.

Erste Komponente ist die **Überprüfung aller Strukturen und Angebote einer Einrichtung** im Hinblick auf eventuell vorhandene interkulturelle Barrieren. Alle Ebenen der Einrichtung (zum Beispiel Vorstand, Geschäftsführung, Betriebsrat, einzelne Dienstleistungen, festgelegte Arbeitsabläufe und -weisen) werden daraufhin evaluiert, ob ein gleichberechtigter Zugang für Migranten besteht oder ob dieser erschwert wird. Ebenso werden die Bereitschaft wie auch mögliche Hindernisse für eine interkulturelle Öffnung der Institution auf allen genannten Ebenen analysiert.

Im Rahmen einer **Bedarfsanalyse** wird eine systematische Überprüfung des Versorgungsbedarfs der bereits gegebenen oder potentiellen migrantischen Klientel vorgenommen. Grundlage hierfür sind epidemiologische Daten auf regionaler oder Landes-Ebene und die Zusammenarbeit mit Migranten-Verbänden, die diese Daten unter Umständen ergänzen können (zum Beispiel durch Schätzungen in Bezug auf sich illegalisiert in Berlin aufhaltende Migranten und deren Bedürfnisse). Weiterhin sollten Rückmeldungen von Klienten sowie von Mitarbeiter berücksichtigt werden. Ziel ist die Bestimmung des spezifischen regionalen Bedarfs von Migranten im HIV/AIDS-Bereich. Bei starker Dominanz einzelner Gruppen, etwa bestimmter Nationalitäten oder homogener kultureller Kontexte können auf diese ausgerichtete zielgruppenspezifische Angebote sinnvoll sein (Kap. 2.4.1)

Dritte Komponente ist die **Entwicklung der interkulturellen Kompetenz** der Einrichtung und der hierfür nötigen Kompetenzen der Mitarbeiter sowie einer entsprechenden Ausgestaltung der Strukturen der Einrichtung (Kap. 2.3). Grundlage hierfür sind die Überprüfung aller Strukturen und Angebote einer Einrichtung und die Bedarfsanalyse. Dieser Prozess ist niemals abgeschlossen, vielmehr muss sich die Fähigkeit zum ausreichend großen adaptiven Oszillieren immer wieder an eventuell neu entstandenen Anforderungen angleichen. Ebenso wenig ist dieser Prozess vom kulturellen Hintergrund der jeweiligen Personen abhängig, auch Migranten müssen ihr Oszillationspotential entsprechend der Anforderungen ausgestalten. Umsetzungsstrategien können etwa Fortbildungen zu relevanten Themen sein, die Rezeption entsprechender Veröffentlichungen, regelmäßiger Austausch und Supervision zu interkulturellen Thematiken innerhalb der Einrichtung, die Durchführung kultureller Veranstaltungen etc.

Die **strukturell abgesicherte Interessenvertretung von Migranten** bildet die vierte Komponente der interkulturellen Öffnung. Wie beschrieben, ist dies eine Querschnittsaufgabe zu den anderen Komponenten. Sie wird besonders betont, da im Rahmen der interkulturellen Öffnung eine Einrichtung, die eine nur punktuelle Berücksichtigung von migrantischen Interessenvertretungen aufweist, die Gefahr in sich birgt, dass für die Institution besonders aufwändig umzusetzende oder sehr problematische Aspekte unberücksichtigt bleiben. Migrantische Interessenvertretung soll daher auf struktureller Ebene Berücksichtigung finden, etwa durch die Einbindung von Migranten in den Vorstand, auf weiteren Leitungsebenen, auf Ebene der Mitarbeiter oder als Mitglieder in Fachbeiräten. Dies soll aber nicht zu einer Delegation der Verantwortung für interkulturelle Themen nur auf Seite von Migranten führen.

Ein entsprechendes Konzept zur interkulturellen Öffnung von Einrichtungen der ambulanten medizinischen HIV-Schwerpunktversorgung mit ihren besonderen strukturellen Voraussetzungen existiert bisher nicht.

2.5 Forschungsdefizite und Entwicklung der Fragestellung

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit der gesundheitlichen Lage und der medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten in Berlin. Wie aus den vorangegangenen Kapiteln deutlich wurde, beinhaltet eine solche Analyse verschiedenste Aspekte aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Ansätzen, wie der Bevölkerungswissenschaft, der Epidemiologie, der Psychologie, von Public Health und der Versorgungsforschung. Erst durch ein sinnvolles Zusammenspiel von methodischen Konzepten und Datengrundlagen aus all diesen Disziplinen ließen sich die verschiedenen denkbaren Einflüsse auf die gesundheitliche Lage und Versorgung von HIV-positiven Migranten in Berlin konzeptualisieren und geeignete wissenschaftliche Fragestellungen umsetzen.

Deutschland ist, spätestens seit der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg, zu einem Einwanderungsland mit einem erheblichen Migrationsgeschehen geworden. Dabei weist es in der Zusammensetzung der migrantischen Bevölkerung aufgrund seiner Zuwanderungsgeschichte mit Dominanz der Arbeitsmigration in den 50er- bis -70er-Jahren des 20. Jahrhunderts und mehreren weiteren Migrationswellen ein gegenüber anderen Ländern spezifisches Profil auf. Gleiches gilt für das in Deutschland existierende Gesundheitssystem, das eine Reihe von Besonderheiten aufweist, die auch gerade für den Bereich der medizinischen Versorgung von Migranten Bedeutung erlangen und damit zum Beispiel spezifische Zugangs-, Kommunikations- und Interaktionsbarrieren generieren können. So ist die medizinische Versorgung in Deutschland stark von privat niedergelassenen Ärzten bestimmt und nicht, wie in anderen Ländern, von Poliklinik-artigen medizinischen Versorgungszentren. Weiterhin besteht ein System der

Individualversicherung bei gesetzlichen oder privaten Krankenkassen ohne Arztbindung. Zuletzt verfügt Deutschland über ein spezifisches Aufenthaltsrecht, das für die medizinische Versorgung relevante Aspekte zum Teil restriktiv handhabt.

Vor dem Hintergrund dieser Faktoren ergab sich für die vorliegende Studie eine Reihe von Forschungsfragen, mit denen die gesundheitliche Lage und die medizinische Versorgung von HIV-positiven Migranten in Berlin unter besonderer Berücksichtigung des Konzepts der interkulturellen Kompetenz analysiert wurden. Diese Fragen waren im Einzelnen:

- Welche Bedeutung haben Migranten für die epidemiologische Lage von HIV in Deutschland und Berlin? Wie sind HIV-positive Migranten in Deutschland und in Berlin auf Grundlage der Meldedaten charakterisiert?
- Inwieweit können die HIV-Meldedaten migrationsspezifisch analysiert werden? Bewährt sich in diesem Kontext das in den HIV-Meldedaten vorhandene Merkmals-Set?
- Wie viele HIV-positive Migranten werden in der allgemeinärztlichen Versorgung behandelt, wie viele in der HIV-Schwerpunktversorgung, für jeweils welchen Zeitraum?
- Wie sind diese HIV-positiven Migranten charakterisiert, im Hinblick auf epidemiologische und versorgungstechnische Eigenschaften?
- Wie sind Praxen der Regel- und der HIV-Schwerpunktversorgung charakterisiert, die HIV-positive Migranten betreuen?
- Wie lassen sich interkulturelle Kompetenzen im Bereich der medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten in Deutschland beziehungsweise Berlin messen? Wie sind interkulturelle Kompetenzen in der regel- und HIV-schwerpunktärztlichen Versorgung in Berlin ausgeprägt? Welche interkulturellen Kompetenzen lassen sich spezifisch für die Versorgung HIV-positiver Migranten definieren?
- In welchem Zusammenhang stehen die in den Praxen vorhandenen interkulturellen Kompetenzen mit der medizinischen Versorgungslage von HIV-positiven Migranten in Berlin?
- Welche Kommunikations- und Interaktionsbarrieren existieren im Rahmen der Versorgung HIV-positiver Migranten in Berlin? Wie stark sind diese Probleme ausgeprägt?
- Welche Merkmale der HIV-positiven Migranten und der versorgenden Praxen haben einen Einfluss auf diese Kommunikations- und Interaktionsbarrieren?
- Welche Konzepte von Gesundheit und Krankheit existieren bei HIV-positiven Migranten bezüglich ihrer Erkrankung, auch jenseits des westlich-schulmedizinischen Verständnisses?
- Welche spezifischen interkulturellen Kompetenzen werden für die medizinische Behandlung von HIV-positiven Migranten benötigt?
- Welche Weiterbildungsbedarfe bestehen für die versorgenden Praxen, welche interkulturellen Kompetenzen müssen vermittelt werden?
- Wie sieht ein Modell der Arzt-Patient-Interaktion aus, das den Besonderheiten der medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten Rechnung trägt?

Um eine aussagekräftige Analyse der medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten in Berlin zu erlauben und die Beantwortung der skizzierten Fragestellungen möglich zu machen, wurde ein methodisches Vorgehen gewählt, dass komplementär epidemiologische Analysen

mit weiteren quantitativen und qualitativen Verfahren verband. Die in diesem Rahmen umgesetzten Schritte werden im folgenden Kapitel dargestellt.

3 Konzeption und Durchführung der empirischen Studie

3.1 Studiendesign

Wie die Darstellung der wissenschaftlichen Hintergründe dieser Studie zeigten, erfordert die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Thema interkultureller Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten das Rekurrenieren auf unterschiedliche wissenschaftliche Disziplinen wie die Psychologie, die Gesundheitswissenschaften als per se multidisziplinärem Bereich im Allgemeinen sowie die Epidemiologie im Besonderen. Zur Beantwortung der aufgezeigten Forschungsdefizite und der sich daraus ergebenden Forschungsfragen (Kap. 2.5) wurde daher im Rahmen dieser Arbeit ein multidisziplinäres beziehungsweise multimethodisches Studiendesign gewählt. Um den explorativen Charakter der Studie angemessen methodisch umzusetzen, wurden Methoden der genannten verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen sowie eine Kombination quantitativer und qualitativer Methoden eingesetzt.

Zum einen wurde eine Fragebogenerhebung mit verschiedenen Studienpopulationen ((1)Ärzte aus Praxen der Regelversorgung, das heißt nicht auf die Behandlung von HIV/AIDS spezialisierte Praxen, (2) Ärzte aus HIV-Schwerpunktpraxen, (3) Ärzte aus Krankenhausambulanzen, Kap.3.2) in Berlin durchgeführt. Auf dieser Grundlage wurden Daten zur Versorgungslage HIV-positiver Migranten in Berlin sowie zum Ausmaß interkultureller Kompetenzen in für die Fragestellung zentralen Bereichen der medizinischen Versorgungslandschaft in Berlin gewonnen. Diese Daten wurden in Ermangelung validierter Erhebungsinstrumente und Auswertungsstrategien mithilfe eines eigens konstruierten Fragebogens erhoben (Kap. 3.3.1) sowie mit Hilfe eines im Rahmen dieser Studie entwickelten „interkulturellen Index“ (Kap. 3.4.1) sowie weiterer quantitativer Verfahren (Kap. 3.4.2.1) ausgewertet.

Aufgrund der sehr verschiedenen Einflüsse auf die ambulante medizinische Versorgungslage HIV-positiver Migranten in Berlin (Kap. 1 und 2) wurden zum anderen leitfadengestützte Experten-Interviews mit vier Expertinnen aus dem juristischen, psychosozialen Bereich sowie mit auf die Behandlung (HIV-positiver) Migranten spezialisierten Ärztinnen geführt (Kap. 3.3.2) und mithilfe qualitativer Verfahren (Kap. 3.4.2.2) ausgewertet.

Die Beschränkung auf ein Bundesland erschien, besonders für die Sekundäranalyse von Routinedaten, wie sie die Statistiken zu HIV-Neudiagnosen und zu AIDS-Fällen darstellen, aus verschiedenen Gründen sinnvoll. Wie Razum (Razum, 2000) anmerkt, stellt besonders der zum Teil sehr hohe Aggregationsgrad vieler Routinedaten (etwa hinsichtlich Altersgruppe, Nationalität und Wohnort) ein grundlegendes Problem von Gesundheitsberichterstattung auf Basis bundesweiter Daten dar:

„Migranten‘ sind eine hinsichtlich Herkunftsland, Sozialstatus, Aufenthaltsdauer, Akkulturation etc. sehr inhomogene Gruppe. Zudem sind Migranten regional sehr unterschiedlich stark in der Bevölkerung vertreten. Es ist also davon auszugehen, dass auch Gesundheitsprobleme von Migranten und Zugangsbarrieren zu Gesundheitsdiensten lokal beziehungsweise regional sehr unterschiedlich sind. Eine GBE [i.e. Gesundheitsberichterstattung, K.J.], die sich allein auf bundesweite Daten stützt, kann daher zur Identifikation und Lösung lokaler Probleme wenig beitragen. Ferner besteht die Gefahr, dass Aussagen über Mehrheiten in der sehr heterogenen Gruppe der ‚Migranten‘ für [zum Beispiel regionale, K.J.] Minderheiten in der Gruppe nicht zutreffend sind. Der Datenschutz in Deutschland setzt jedoch einer Desaggregation nach Nationalität und Wohnort vielfach enge Grenzen.“ (Razum, 2000) (S.13)

Darüber hinaus ließen sich mit der Begrenzung auf eine kleinere geographische Einheit wie in diesem Fall die Stadt Berlin deren versorgungsstrukturelle Besonderheiten im Kontext der medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten genauer im Detail analysieren.

3.2 Studienpopulation/Stichprobe

Studienpopulation 1 waren vor dem Hintergrund der in Kap. 3.1 beschriebenen Anforderungen alle Praxen der Regelversorgung (aller Fachrichtungen) in den drei (absolut) ausländerreichsten Berliner Bezirken Kreuzberg, Neukölln und Wedding (Kap. 1.2.3) exklusive der dort ansässigen HIV-Schwerpunktpraxen ($N_1=841$). Hier waren aufgrund der Bevölkerungszusammensetzung sowohl die meisten HIV-positiven Migranten als auch aufgrund der Bevölkerungszusammensetzung die reichhaltigsten Erfahrungen in der ambulanten medizinischen Versorgung mit migrantischer Klientel generell zu erwarten. Repräsentativität für die Berliner Situation in der ambulanten medizinischen Regelversorgung wurde vor diesem Hintergrund nicht angestrebt, vielmehr ist anzunehmen, dass Praxen mit den oben genannten Eigenschaften im Vergleich zur Zusammensetzung der Klientel aller Berliner Praxen in der Stichprobe stark überrepräsentiert waren.

Studienpopulation 2 umfasste alle Berliner HIV-Schwerpunktpraxen, um im Vergleich zu Praxen Regelversorgung aus Studienpopulation 1 die dortige Versorgungslage von HIV-positiven Migranten abbilden zu können ($N_2=28$). Diese Praxen wurden mit einem leicht modifizierten Erhebungsinstrument befragt (Kap. 3.3.1).

Studienpopulation 3 waren die Rettungsstellen beziehungsweise Ambulanzen aller öffentlichen Krankenhäuser in Berlin als weitere relevante Institutionen ($N_3=39$), da die medizinische Versorgung von Migranten überproportional häufig in solchen Einrichtungen stattfindet (Kap. 1.4.3). Da diese, wie sich im Rahmen der Studie herausstellte, ihre Behandlungsdaten nicht nach Migrationsstatus stratifizieren, konnten sie in dieser Studie keine weitere Berücksichtigung finden.

Die im Rahmen der Experteninterviews Befragten waren Personen, die zum Zeitpunkt der Erhebung bereits langjährig in der medizinischen wie juristischen Betreuung von (HIV-positiven und anderen) Migranten in Berlin tätig waren und aufgrund ihrer beruflichen Erfahrung über umfangreiches theoretisches wie praktisches Wissen zur gesundheitlichen Situation von (HIV-positiven) Migranten in Berlin verfügten.

HIV-positive Migranten als Nutzer der Gesundheitsversorgung in Berlin wurden in dieser Studie nicht befragt, da aufgrund der beschriebenen Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung (Kap. 1.4.1) nicht von einer ausreichenden Erreichbarkeit ausgegangen werden konnte.

3.3 Erhebungsinstrumente

3.3.1 Fragebogen-Erhebung

Es wurde ein Fragebogen konstruiert (Anhang), der sich an Ärzte der beschriebenen medizinischen Einrichtungen (Kap 3.2) richtete. Er enthielt überwiegend ordinal- beziehungsweise intervallskalierte Skalen sowie offene Fragen. Er war von den Befragten selbst auszufüllen. Alle Items, mit denen subjektive Einschätzungen erhoben wurden, erfassten aufgrund der Stichprobe die Sicht von Ärzten.

Der Fragebogen wurde auf Grundlage der einschlägigen Literatur zu Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Lage und Versorgung von Migranten unter besonderer Berücksichtigung relevanter Konzepte zur interkulturellen Öffnung, zur Aneignung interkultureller Kompetenz sowie den Spezifika der HIV-Versorgung unter den Bedingungen des deutschen Versorgungssystems entwickelt (Anderson, 2000; Auernheimer, 2000; Auernheimer, 2008; Bundesarbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, 2000; Demorgon & Molz, 1996;

Haour-Knipe et al., 1999; Hegemann & Salman, 2000; Hinz-Rommel, 1994; Hinz-Rommel, 1994; Hinz-Rommel, 1998; IAF - Verband binationaler Familien und Partnerschaften, ohne Jahr; Kentenich et al., 1999; Kinast, 1998; Koch et al., 2002; Koray, 2000; Krämer & Baune, 2004; Krewer, 1996; Landeszentrum für Zuwanderung Nordrhein-Westfalen, 2000; Levenstein et al., 1986; Lindert et al., 2008; Luchtenberg, 1999; Mae, 2003; Mall, 2003; Mecheril, 1996; Mohammadzadeh, 2001; Nestmann & Niepel, 1993; Oesterdiekhoff, 1997; Papiés-Winkler, 2003; Pochanke-Alff, 1997a, 1997b; Razum et al., 2004; Renn, Straub & Shimada, 2002; Rodewig, 2000; Roth, 2002; Salis Gross, Blöchliger et al., 1997; Salis Gross, Moser et al., 1997; Salman, 2000, 2001; Schröer, 2002; Schwarzer, 1996; Thomas, 1996b; van den Brink-Muinen et al., 2000; Veneto-Scheib, 1998; VIA Berlin/Brandenburg e.V., 2000; Zeeb et al., 2004; Zenker et al., 1999). Er beinhaltet Fragen zu den folgenden inhaltlichen Feldern:

- Beschreibung der Praxisstruktur inklusive der fachlichen Kompetenzen der dort tätigen Ärzte und des weiteren Praxispersonals (Art der Praxis, Zusammensetzung und fachliche Kompetenzen des Personals, auch im Hinblick auf interkulturelle Anforderungen)
- Beschreibung der in der Praxis behandelten Gesamtklientel und der in der Praxis behandelten migrantischen Klientel (Anzahl der Patienten, der behandelten Migranten generell und der an HIV/AIDS erkrankten Migranten, Behandlungsdauer, Krankheitsstadium etc.)
- Erhebung der in der Praxis vorhandenen interkulturellen Kompetenzen mit Relevanz für die Behandlung HIV-positiver Migranten
- Erhebung von Daten zur Interaktion und Kommunikation mit Migranten im Rahmen von deren medizinischer Versorgung
- Best-Practice-Ansätze für die Behandlung HIV-positiver Migranten.

Da für die Erhebung interkultureller Kompetenzen keine validierten Instrumentarien zur Verfügung standen, wurden entsprechende Items konstruiert, die auf Grundlage der einschlägigen Literatur (Kap. 1 und 2) entwickelt wurden. Zur Erfassung der interkulturellen Kompetenz wurden vier Subskalen gebildet:

- Kommunikationsfähigkeit mit Migranten (6 Items)
- Personalstruktur der befragten Praxen (4 Items)
- Networking (5 Items)
- Fort-/Weiterbildung (2 Items).

Zur Erfassung von Interaktions- und Kommunikationsproblemen wurden zwölf Items konstruiert, zu Übersetzungsgepflogenheiten weitere sechs (für weitergehende Begründungen zur Auswahl der spezifischen Items s. Kap. 3.4.1). Darüber hinaus enthielt der Fragebogen offene Fragen zu subjektiven Krankheitskonzepten von Migranten bezüglich ihrer HIV/AIDS-Erkrankung, zu besonderen Versorgungsbedarfen von HIV-positiven Migranten sowie zu Entwicklungspotentialen in diesem Bereich.

Das Erhebungsinstrument wurde einem mehrstufigen Pretest-Verfahren unterzogen (Testung durch verschiedene Expertengruppen sowie durch Mitglieder der Studienpopulation), dabei wurde der Fragebogen im Hinblick auf Verständlichkeit und Umfang überprüft und für die in

der Studie eingesetzte finale Version geringfügige Veränderungen in den Formulierungen der Fragen vorgenommen.

Um eine eingängige Formulierung der Fragen zu gewährleisten und damit Validität und Vollständigkeit der Daten zu erhöhen, wurden für Praxen der Regelversorgung und der HIV-Schwerpunktversorgung leicht unterschiedliche Fragebögen eingesetzt (Anhang). Im Fragebogen für Praxen der Regelversorgung wurden in Fragen, die sich auf die Behandlung von Migranten bezogen, zwischen der Behandlung von Migranten generell und von HIV-positiven Migranten unterschieden (hierzu gab es auch die entsprechenden Filterfragen 4 und 16, um den Beantwortungsaufwand für die Praxen zu minimieren). Dies sollte sicherstellen, dass Praxen ohne HIV-positive Migranten in ihrer Klientel zumindest ihre Erfahrungen in der medizinischen Behandlung von Migranten generell und Fragen zur interkulturellen Kompetenz der Praxis beantworteten. Für HIV-Schwerpunktpraxen wurde aufgrund deren fachlicher Spezialisierung auf die Behandlung von HIV auf die Differenzierung zwischen HIV-positiven und HIV-negativen Migranten verzichtet, hier gab es nur eine Filterfrage zum Vorhandensein HIV-positiver Migranten in der Praxis (Frage 4).

Die Fragebogenerhebung wurde inklusive dreier Nachfassaktionen von November 2004 bis Januar 2005 durchgeführt.

3.3.2 Experteninterviews

Die Experteninterviews wurden auf Grundlage der von Meuser und Nagel (Meuser & Nagel, 2005) sowie von Gläser und Laudel hierfür beschriebenen Methodik durchgeführt (Gläser & Laudel, 2010; Gläser & Laudel, 2010). Hierzu wurde zunächst nach Sichtung der einschlägigen Literatur sowie auf Grundlage des eigenen Prozesswissens im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten⁶⁰ ein Interviewleitfaden entworfen, der die Grundlage für die Einzelgespräche mit den Expertinnen bildete. Der Leitfaden wurde dabei im Hinblick auf die spezifischen professionellen Handlungsfelder der jeweils interviewten Expertin leicht angeglichen (Anhang). Neben einleitenden Fragen zum beruflichen Hintergrund des Interviewten wurden Fragen in den Feldern

- Zugang von HIV-positiven Migranten zur HIV-Versorgung
- zur Kommunikation mit HIV-positiven Migranten
- zur Bedeutung eines illegalen Aufenthaltsstatus
- zu interkultureller Öffnung und Vernetzung sowie
- zu Best-Practice im Bereich der Versorgung HIV-positiver Migranten

gestellt. Die Interviews schlossen jeweils mit einer kurzen Phase, in der nach Wünschen der Interviewten sowie noch nicht abgedeckten Inhalten gefragt und diese in der Folge ergänzt wurden. Entsprechen der angewandten Methodik wurden im Interviewverlauf vorwiegend offene Fragen und hierbei direkte Fragen, spezifizierende Anschlussfragen, Exemplifizierungsfragen und Vergewisserungsfragen gestellt.

⁶⁰ Ich war Gründungsmitglied und über mehrere Jahre hinweg Mitglied des Arbeitskreises Migration im LaBAS e.V. und bin durch diese Tätigkeit mit den Versorgungsstrukturen sowie praktischen Problemen der medizinischen und psychosozialen Versorgung HIV-positiver Migranten in Berlin vertraut.

Die Interviews fanden an den jeweiligen Arbeitsorten der Expertinnen statt und wurden vollständig aufgezeichnet. Nach den Interviews wurden zudem jeweils kurze Ablaufprotokolle erstellt, um die Bedingungen der Interviewdurchführung festzuhalten.

3.4 Auswertungsmethoden

3.4.1 Interkultureller Index

Zur Messung der in den Praxen vorhandenen interkulturellen Kompetenzen wurde eine Reihe von Merkmalen erhoben (Kap. 3.3.1), die zu einem interkulturellen Index aggregiert wurden. Dieser Index sollte es erlauben, mit einer übersichtlichen Anzahl von Kategorien in den Praxen vorhandene interkulturelle Kompetenzen zu erheben und zu klassifizieren und damit eine Aussage über den Stand interkultureller Öffnung beziehungsweise das Ausmaß der Fähigkeit zum adaptiven Oszillieren in den Einrichtungen zu erhalten. Ziel dabei war es, eine Beurteilung der Ausprägung interkultureller Kompetenzen auf den für die medizinische Versorgung HIV-positiver Migranten relevanten Feldern zu ermöglichen, wie sie sich aus der Sichtung verfügbarer Daten und Modelle ergaben (Kap. 1 und 2).

Wie häufig in der Literatur beschrieben, können Indizes nicht empirisch validiert werden, sondern sind nur inhaltlich-theoretisch begründbar (Bortz & Döring, 2006, S. 143ff.). Daher wird im Folgenden das methodische Vorgehen bei der Konstruktion des hier benutzten interkulturellen Index detailliert beschrieben.

Der interkulturelle Index bildet das interkulturelle Oszillationspotential der Praxen auf zwei **adaptiven Achsen** (Kap. 2.2) ab, die für die ambulante medizinische Versorgung von HIV-positiven Migranten von Relevanz sind:

1. die adaptive Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“, die die strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen in den behandelnden Einrichtungen für eine interkulturell kompetente Versorgung an HIV/AIDS erkrankter Migranten beinhaltet und
2. die adaptive Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“, die die in der ärztlichen Beratungssituation jeweils aktuell zu realisierenden interkulturellen Kompetenzen umfasst.

Der interkulturelle Index beinhaltet Eigenschaften, die für die ambulante medizinische Versorgung von Migranten generell bedeutsam sind, nicht nur für an HIV/AIDS erkrankte Migranten. Zu interkulturellen Kompetenzen, die unter Umständen für die ambulante medizinische Betreuung von HIV-positiven Migranten zusätzlich erforderlich sind, liegen noch keine gesicherten Daten vor, deren Identifizierung ist vielmehr eines der Ziele der vorliegenden Arbeit. Daher konnten diese auch keine Berücksichtigung bei der Konstruktion des interkulturellen Index finden.

Die beiden adaptiven Achsen setzen sich jeweils aus verschiedenen Subskalen zusammen (s. folgende Unterkapitel). Auf jeder dieser Subskalen konnte eine spezifische Anzahl von Punkten erreicht werden, deren Gewichtung innerhalb der Subskalen in Abhängigkeit von der Effektivität beziehungsweise Bedeutsamkeit der jeweiligen Merkmale für eine befriedigende medizinische Versorgung von HIV-positiven Migranten vorgenommen wurde. Für verschiedene Subskalen wurde dabei ein oberer Cut-Off-Wert definiert.

Diese Cut-Off-Werte wurden zum einen aus methodischen Gründen festgelegt: um die Subskalen, deren maximale Zähler ursprünglich nach oben offen waren, in das Aggregationschema einfließen lassen zu können, war eine feste Anzahl definierter Intervalle nötig. Diese ließen sich am Besten durch einen Cut-Off-Wert realisieren, der allerdings durch den Bezug auf die gegebenen Daten jeweils so hoch angesetzt wurde, dass dadurch keine Informationen auf der jeweiligen Subskala verloren gingen.⁶¹ Zum anderen wurde damit dem Argument Rechnung getragen, dass eine (theoretisch denkbare) immer höhere Punktzahl auf einer Subskala nicht ein linear wachsendes Ausmaß interkultureller Kompetenzen in den Praxen bedeutet, da diese für die medizinische Versorgung weiter Teile der Migrant*innen-Community nicht mehr von Belang sind. Die Cut-Off-Werte stellen damit sicher, dass eine zur Beschreibung der gesamten interkulturellen Kompetenz einer Einrichtung sinnvolle Gewichtung der einzelnen Subskalen untereinander gewährleistet bleibt. Obere Cut-Off-Werte wurden daher dort definiert, wo das Vorhandensein zusätzlicher, grundsätzlicher interkulturell relevanter Kompetenzen, Strukturen, Unterlagen etc. nicht zu einer dementsprechenden weiteren Steigerung der interkulturellen Kompetenz auf der jeweiligen Subskala führen würde (zum Beispiel Subskala (Bereitstellung fremdsprachiger Patienteninformationen“). Das Problem, dass aufgrund einer beliebig hohen Punkteanzahl auf einer Subskala ohne Cut-Off-Wert die erreichten Punktzahlen auf anderen Subskalen in der Zusammenführung aller Subskalen relativiert würde, wurde hierdurch vermieden.

3.4.1.1 Adaptive Achse „Strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“

Diese adaptive Achse wurde auf der Basis von drei Subskalen definiert, die Items

- zur Bereitstellung fremdsprachiger Patienteninformationen,
- zu in den Praxen vorhandenen Sprachkompetenzen sowie
- zu interkulturell relevanten Faktoren auf organisatorischer Ebene

beinhalten.

Bereitstellung fremdsprachiger Patienteninformationen

Fremdsprachige und kultursensible Patienteninformationen stellen in der medizinischen Versorgung von Migrant*innen ein wichtiges Kommunikationsmedium dar. Zum einen werden damit Informationen für Menschen mit keinen oder geringen Deutschkenntnissen überhaupt erst verfügbar gemacht. Zum anderen bieten sie für die Patient*innen den Vorteil, sich auch jenseits des häufig zeitlich begrenzten ärztlichen Gesprächs mit ihrer (potentiellen) Erkrankung, deren Folgen und Behandlungsmöglichkeiten sowie den medizinischen und psychosozialen Versorgungsmöglichkeiten vertraut zu machen. Gerade im Fall der HIV/AIDS-Erkrankung mit ihrem ausgeprägten Stigmatisierungspotential in vielen Migrant*innen-Communities ist dies von hoher Bedeutung. Darüber hinaus kann eine gelungene Vermittlung von Informationen zu einer Steigerung der Compliance gegenüber einer Therapie oder auch nur des notwendigen regelmäßigen Arztbesuchs beitragen.

Die Bereitstellung fremdsprachiger Patienteninformationen ist damit zum einen ein Indikator für die Sensibilität einer Praxis gegenüber den Bedürfnissen der migrantischen Klientel, zum anderen trägt sie direkt zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Migrant*innen durch die Erhöhung von deren Informationsstand bei. Auf die antiretrovirale Therapie mit ihren ho-

⁶¹ Die andere methodische Möglichkeit wäre gewesen, die höchsten Intervalle des Aggregationsschemas nach oben offen zu lassen.

hen Anforderungen an die Umsetzungsbereitschaft der Patienten trifft dies in besonderem Maße zu. Nur bei Einsicht in die medizinische Notwendigkeit der Therapie ist mit befriedigender Compliance zu rechnen, Vertrauen in das erforderliche schulmedizinische Vorgehen kann durch kultursensible Informationen besser aufgebaut werden.

Auf dieser Subskala konnte maximal ein oberer Cut-Off-Wert von fünf Punkten erreicht werden. Englisch, Französisch, Russisch und Türkisch wurde als Sprachen dabei besondere Bedeutung beigemessen. Türkischsprachige Menschen bilden in Berlin die mit Abstand größte Migranten-Community (Kap. 2.1.2.2), Englisch und Französisch sind für die Kommunikation, insbesondere mit afrikastämmigen Personen, essentiell. Die besondere Bewertung der Sprache Russisch trug den spezifischen Migrationsbedingungen in Berlin Rechnung, wo sich insbesondere männliche und weibliche Prostituierte ohne geregelten Aufenthaltsstatus aufhalten, die durch diese Sprache zu erreichen sind.⁶² Zur besseren inhaltlichen Differenzierung wurde die Bereitstellung von Patienteninformationen nach HIV/AIDS und allgemeinen medizinischen Informationen getrennt erhoben und bewertet (Tab. 9).

Das Fehlen von Patienteninformationen in den vier wichtigsten Sprachen Englisch, Französisch, Russisch und Türkisch wurde mit jeweils einem halben Punkt Abzug bewertet, da die Bereitstellung von Patienteninformationen im Verhältnis zu den anderen auf dieser adaptiven Achse erhobenen Merkmalen sehr einfach umzusetzen ist. Zudem sollte deren Verfügbarkeit in medizinischen Versorgungseinrichtungen zumindest in ausländerreichen Gegenden heute eher als Standard angesehen werden. Aus demselben Grund wurde das Fehlen HIV-spezifischer Patienteninformationen in den genannten vier Sprachen für die HIV-Schwerpunktpraxen zusätzlich mit einem halben Punkt Abzug bewertet, da diese im Vergleich zur Regelversorgung ungleich stärker mit dem Thema HIV/AIDS befasst sind.

Tabelle 9
Bewertungsschema für die Bereitstellung von Patienteninformationen in der Regel- und der HIV-Schwerpunktversorgung; oberer Cut-Off-Wert=5

Kriterium	Regelversorgung		HIV-Schwerpunktversorgung	
	ja	nein	ja	nein
allgemeine Patienteninformation Englisch	1	-0,5	1	-0,5
allgemeine Patienteninformation Französisch	1	-0,5	1	-0,5
allgemeine Patienteninformation Russisch	1	-0,5	1	-0,5
allgemeine Patienteninformation Türkisch	1	-0,5	1	-0,5
allgemeine Patienteninformation (jede weitere)	0,5	0	0,5	0
HIV-Patienteninformation Englisch	1	0	1	-0,5
HIV-Patienteninformation Französisch	1	0	1	-0,5
HIV-Patienteninformation Russisch	1	0	1	-0,5
HIV-Patienteninformation Türkisch	1	0	1	-0,5
HIV-Patienteninformation (jede weitere)	0,5	0	0,5	0

In den Praxen vorhandene Sprachkompetenzen

Sprachlichen Kompetenzen der Ärzte und des übrigen Praxispersonals kommt in der medizinischen Versorgung von Migranten erhebliche Bedeutung zu. Die Verwendung einer gemeinsamen Sprache bildet die Grundlage, auf der die meisten anderen interkulturellen Kompetenzen erst aufbauen können. Wie beschrieben (Kap. 1.2.2, 1.4.1.3), ist davon auszugehen, dass

⁶² Angaben aufgrund von Gesprächen mit einschlägigen Einrichtungen. Genaue Daten hierzu sind leider nicht zu erhalten.

zumindest Teilpopulationen von Migranten nicht über ausreichende Deutsch-Kenntnisse verfügen. Eine medizinische Praxis, die eine gute Versorgung von Migranten gewährleisten möchte, muss daher bestrebt sein, zumindest die in ihrer Umgebung am häufigsten gesprochenen Fremdsprachen abzudecken.

Mit dem Fragebogen wurden detaillierte Daten zu in den Praxen vorhandenen Sprachkompetenzen erhoben. Die Sprachkompetenzen wurden für Ärzte und für das übrige Praxispersonal (wie Sprechstundenhilfen, Laborpersonal etc.) jeweils getrennt erhoben. Die vorhandenen Sprachkompetenzen wurden jeweils innerhalb der beiden Gruppen nach der Anzahl verschiedener Sprachen ausgezählt (wobei nicht-deutsche Mutter- und Fremdsprachen gleich behandelt wurden). Diese beiden Summen wurden anschließend addiert. Dies geschah auch dann, wenn die gleiche Sprache in beiden Berufsgruppen vorkam, da beide an unterschiedlichen Stellen des Versorgungsgeschehens aktiv werden und damit deren Sprachkompetenzen nicht beliebig übertragbar sind.⁶³

Wie schon bei der Bewertung der bereitgestellten Patienteninformationen wurden auch hier Englisch, Französisch, Russisch und Türkisch als die wichtigsten Sprachen zur Kommunikation mit Migranten in Berlin angesehen (Tab. 10). Diese vier Sprachen wurden daher mit jeweils 2 Punkten bewertet, alle weiteren Sprachen mit jeweils einem Punkt. Die Höchstzahl erreichbarer Punkte auf dieser Subskala wurde auf einen oberen Cut-Off-Wert von zehn Punkten beschränkt.

Tabelle 10
Bewertungsschema für in den Praxen vorhandene Sprachkompetenzen in der Regel- und der HIV-Schwerpunktversorgung; oberer Cut-Off-Wert=10

Kriterium	ja	nein
Sprachkompetenz Englisch bei ärztlichem Personal	2	0
Sprachkompetenz Französisch bei ärztlichem Personal	2	0
Sprachkompetenz Türkisch bei ärztlichem Personal	2	0
Sprachkompetenz Russisch bei ärztlichem Personal	2	0
Sprachkompetenz bei ärztlichem Personal (jede weitere Sprache)	1	0
Sprachkompetenz Englisch bei übrigen Praxispersonal	2	0
Sprachkompetenz Französisch bei übrigen Praxispersonal	2	0
Sprachkompetenz Türkisch bei übrigen Praxispersonal	2	0
Sprachkompetenz Russisch bei übrigen Praxispersonal	2	0
Sprachkompetenz bei übrigen Praxispersonal (jede weitere Sprache)	1	0

Interkulturell relevante Faktoren auf organisatorischer Ebene

Die Modelle für eine interkulturelle Öffnung von Einrichtungen (Kap. 2.4.1) verweisen auf die hohe Bedeutung günstiger struktureller und organisatorischer Voraussetzungen von Institutionen für die Realisierung interkultureller Kompetenzen. Hierbei handelt es sich um eine Vielzahl an Kriterien, aus denen für diese Studie die ausgewählt wurden, die für die *ambulante medizinische Versorgung* von Migranten bedeutsam sind. Diese flossen, neben den für diese adaptive Achse gesondert beschriebenen Merkmalen „Patienteninformationen“ und „Sprachkompetenz“, als weitere Items in den interkulturellen Index ein. Es handelt sich dabei

⁶³ Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn ein Migrant während des ärztlichen Gesprächs eine Übersetzung durch eine Sprechstundenhilfe ablehnt, da er dieser keine medizinische Kompetenz zuschreibt, die Sprechstundenhilfe trotz vorhandener Fremdsprachenkenntnisse nicht über ausreichende Kompetenz zur Übersetzung medizinischer Fachsprache verfügt etc.

um sechs Merkmale, die die Vernetzungs- und Fortbildungspraxis zur Steigerung interkultureller Kompetenz erfassen. Für die Versorgung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten mit deren häufig multiplen Problemlagen kommt einer enge Vernetzung, auch mit Einrichtungen aus dem psychosozialen Bereich, sowie Fortbildungen zum Thema der gesundheitlichen Versorgung von Migranten eine herausragende Bedeutung zu.

Auch auf dieser Subskala konnte maximal ein oberer Cut-Off-Wert von fünf Punkten erreicht werden. Die verschiedenen Kriterien wurden jeweils mit einem Punkt bewertet (Tab. 11). Für Fortbildungen im Bereich interkultureller Kompetenz wurden 2 Punkte vergeben, da diesen im Hinblick auf eine interkulturell kompetente Versorgung von Migranten eine höhere Effektivität beigemessen wurde als den übrigen Maßnahmen.

Tabelle 11
Bewertungsschema für interkulturell relevante Faktoren auf organisatorischer Ebene in der Regel- und der HIV-Schwerpunktversorgung; oberer Cut-Off-Wert=5

Kriterium	ja	nein
Nehmen Sie oder andere Mitarbeiter ihrer Praxis Intervention/Supervision in Anspruch, in deren Rahmen der Umgang mit Migranten thematisiert wird?	1	0
Arbeiten Sie oder andere Mitarbeiter ihrer Praxis in Vernetzung mit Kollegen oder anderen Berufsgruppen zum Thema „gesundheitliche Versorgung von Migranten“ zusammen?	1	0
Nehmen Sie oder andere Mitarbeiter Ihrer Praxis an Fortbildungen zum Thema „gesundheitliche Versorgung von Migranten“ teil?	2	0
Arbeitet Ihre Praxis im Kontext der Behandlung von Migranten mit darauf spezialisierten psychosozialen Einrichtungen zusammen?	1	0
Nutzen Sie Erfahrungen von Migranten-Organisationen für Ihre ärztliche Praxis?	1	0
Haben Sie Kenntnis vom Gemeindedolmetschdienst Berlin?	1	0

Gewichtung der drei Subskalen

Auf den drei Subskalen der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ konnte eine unterschiedliche Höchstpunktzahl erreicht werden. Die beiden Subskalen „Bereitstellung fremdsprachige Patienteninformationen“ und „interkulturell relevante Faktoren der Organisation der Praxis“ sind jeweils mit einem oberen Cut-Off-Wert von 5 Punkten versehen, die Subskala „Sprachkompetenzen in der ärztlichen Praxis“ mit einem oberen Cut-Off-Wert von zehn Punkten.

Die Subskala „Sprachkompetenzen in der ärztlichen Praxis“ ging damit maximal mit einem doppelt so hohen Gewicht in die Bewertung der Praxen auf dieser adaptiven Achse ein wie die beiden anderen Subskalen. Damit wurde der herausragenden Bedeutung sprachlicher Kompetenzen für eine interkulturell kompetente medizinische Versorgung von Migranten Rechnung getragen. Es ergab sich eine maximale Gesamtpunktzahl von 20 auf dieser adaptiven Achse.

3.4.1.2 Adaptive Achse „Interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“

Diese adaptive Achse wurde anhand von zwei Subskalen definiert, die Merkmale zur Identifikation interkultureller Kompetenzen erfassen, die in der ärztlichen Beratung jeweils neu realisiert werden müssen. Damit unterschieden sie sich von den Merkmalen der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“. Die Items bildeten zwei Merkmalskomplexe ab:

- die Ergründung der Illness-Perspektive der zu behandelnden Migranten sowie
- die Erstellung einer migrationsspezifischen Anamnese.

Zur Erfassung dieser Merkmale wurden die schon dargestellten Fragen verwendet, die hierzu im ärztlichen Gespräch zur Anwendung kommen können (Kap. 3.5).

Ergründung der Illness-Perspektive von Migranten

Die Ergründung der Illness-Perspektive des jeweiligen migrantischen Patienten durch den Arzt ist ein entscheidender Faktor sowohl für eine valide Anamnese als auch für ein befriedigendes Behandlungsergebnis (Kap. 2.3). Nur auf dieser Grundlage ist der Arzt in der Lage, die unter Umständen stark differierenden Krankheitsdeutungen und Therapieerwartungen der Patienten in eine Behandlungsagenda umzusetzen, die für beide Beteiligte auch auf Dauer tragbar und durchführbar erscheint. Dies ist aufgrund der nötigen hohen Compliance im Rahmen einer HIV/AIDS-Behandlung von besonders hoher Bedeutung.

Die einzelnen Kriterien dieser Subskala sind Tabelle 12 zu entnehmen.

Tabelle 12
Bewertungsschema für die Ergründung der Illness-Perspektive von Migranten in der Regel- und der HIV-Schwerpunktversorgung

Kriterium	ja	nein
Warum traten die Beschwerden Ihrer Meinung nach gerade zu diesem Zeitpunkt auf? Warum gerade bei Ihnen?	1	0
Kennen Sie jemanden, der ähnliche Beschwerden hat?	1	0
Was hat Ihrer Ansicht nach die Beschwerden verursacht?	1	0
Wie nennt man die Beschwerden in Ihrer Muttersprache?	1	0
Was sagen Ihre Familie und Ihre Freunde zu Ihren Beschwerden?	1	0
Was, glauben Sie, machen Ihre Beschwerden mit Ihnen? Wie funktioniert das?	1	0
Wie ernst sind Ihre Beschwerden?	1	0
Werden sie einen langwierigen oder einen kurzfristigen Verlauf nehmen?	1	0
Welche Behandlung sollten sie Ihrer Meinung nach erhalten?	1	0
Welche wichtigsten Resultate erhoffen Sie sich von dieser Behandlung?	1	0
Welche wichtigsten Probleme haben Ihnen die Beschwerden gebracht?	1	0
Wovor haben sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden am meisten Angst?	1	0

Migrationsspezifische Anamnese

Die Fähigkeit *und* Bereitschaft zur Erstellung einer migrationsspezifischen Anamnese hat einen wichtigen Anteil an den in einer Praxis vorhandenen interkulturellen Kompetenzen (Kap. 2.3). Probleme, aber auch Potentiale, die sich aus der spezifischen Migrationserfahrung des jeweiligen Patienten ergeben, müssen bei Anamnesenstellung sowie bei der Ausarbeitung eines tatsächlich umsetzbaren Behandlungsplanes Berücksichtigung finden. Nur so kann eine optimale medizinische Versorgung von Migranten gewährleistet werden.

Die Items zur Erfassung der interkulturellen Kompetenzen auf diesem Gebiet betrafen die Erhebung von behandlungsrelevanten Merkmalen der Herkunfts-, der Migrations- sowie der Integrationsgeschichte der migrantischen Patienten (Kap. 2.3). Da auch hier allen Merkmalen

gleiche Relevanz zur Gewährleistung einer befriedigenden medizinischen Versorgung von Migranten beigemessen wurde, wurde jedes Item mit einem Punkt bewertet (Tab. 13).

Tabelle 13
Bewertungsschema für die migrationspezifische Anamnese in der Regel- und der HIV-Schwerpunktversorgung

Kriterium	ja	nein
Emigrationsgründe, Migrationsmotivation	1	0
Lage im Herkunftsland heute	1	0
Rückkehrabsicht, -perspektive	1	0
Aufenthaltsstatus	1	0
Angaben zu evt. laufenden Asylverfahren	1	0
Zeitpunkt der Einreise	1	0
Gesundheitsverhalten	1	0
Verhältnis zwischen ursprünglicher Ausbildung, ausgeübter Tätigkeit und Lohn	1	0
sozioökonomische Stellung	1	0
Wohnverhältnisse	1	0
evt. Dauer der Trennung von Familienmitgliedern	1	0
Alter der Kinder bei Einreise	1	0
familiäres/soziales Netz	1	0
Internationale Netzwerke	1	0
Muttersprache, Sprachkompetenz im Einreiseland	1	0
Bedeutung kultureller und religiöser Aspekte, die sich von denen in Deutschland potentiell unterscheiden	1	0
effektives Alter vs. Geburtsalter nach offiziellen Dokumenten	1	0
finanzielle Absicherung und Verpflichtungen, Schulden	1	0

Gewichtung der beiden Subskalen

Auf den Subskalen ließen sich höchstens elf (Ergründung der Illness-Perspektive von Migranten) beziehungsweise achtzehn Punkte (migrationspezifische Anamnese) erreichen. Die auf den beiden Subskalen erreichten Punkte gingen ungewichtet in die Gesamtpunktzahl der adaptiven Achse „Interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ ein, da jedem Item als Merkmal interkultureller Kompetenz im Rahmen der ambulanten medizinischen Versorgung von Migranten der gleiche Wert beigemessen wurde und zugleich jede erfüllte Eigenschaft ein weiterer Zugewinn für die in den Einrichtungen vorhandene interkulturelle Kompetenz darstellte. Damit ergab sich für diese adaptive Achse eine maximale Gesamtzahl von 29 Punkten.

3.4.1.3 Aggregationsschema für den interkulturellen Index

Mithilfe des interkulturellen Index wurden die in den einzelnen Praxen auf verschiedenen Ebenen vorhandenen interkulturellen Kompetenzen zusammengefasst und abgebildet. Die auf den beiden adaptiven Achsen „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ und „Interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ in jeder Praxis erreichten Punkte wurden dabei nach untenstehendem Schema (Tab. 14) aggregiert.

Tabelle 14
Aggregationsschema für die adaptiven Achsen des interkulturellen Index

		adaptive Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“				
		Punkte	A: 16 – 20	B: 12 - 15	C: 8 – 11	D: 4 – 7
adaptive Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“	A: 24 - 29	A	A	B	C	C
	B: 18 - 23	A	B	B	C	D
	C: 12 – 17	B	B	C	C	D
	D: 6 – 11	C	C	C	D	D
	E: 0 - 5	C	D	D	D	E

Die auf den beiden Achsen erreichbaren Höchstpunktzahlen von 20 beziehungsweise 29 Punkten wurden hierfür in fünf jeweils gleich große Intervalle unterteilt.⁶⁴ Den unterschiedlichen Kombinationen dieser Intervalle auf beiden Achsen wurden fünf verschiedene Kategorien (A-E) zugeordnet, die ein Maß für die Ausprägung interkultureller Kompetenzen in den Praxen darstellten.⁶⁵ Die Definition der Kategorien ist Tabelle 15 zu entnehmen.

Tabelle 15
Definition der für den interkulturellen Index verwendeten Kategorien

Kategorie	Definition
A	sehr hohe interkulturelle Kompetenzen
B	hohe interkulturelle Kompetenzen
C	mittlere interkulturelle Kompetenzen
D	geringe interkulturelle Kompetenzen
E	kaum/nicht vorhandene interkulturelle Kompetenzen

Um in eine der höheren Kategorien zu gelangen, musste eine Praxis auf jeder dieser Achsen gleichermaßen hohe Punktwerte erreichen. Durch die Aggregation über zwei Achsen wurde

⁶⁴ Eine Ausnahme bildet dabei das Intervall A für die höchsten Punktzahlen auf der horizontalen Achse (16-20): da die Werte auf dieser Achse aufgrund des Bewertungsschemas nur ein Vielfaches von 0,5 annehmen können, wurde keine gleichmäßige Aufteilung der erreichbaren Höchstpunktzahl über alle fünf Intervalle (A-E) vorgenommen. Stattdessen umfasst das höchste Intervall A nicht nur vier Punkte, wie die übrigen Intervalle B-E, sondern fünf Punkte. Die Wahl des höchsten Intervalls zur Erweiterung trägt dem Grundgedanken des Aggregationsschemas Rechnung, im Zweifelsfall zur höheren Kategorie aufzurunden (s. Begründung zur Kategorienbildung auf dem interkulturellen Index in diesem Kapitel).

⁶⁵ Die Kategorien wurden mit den Buchstaben A bis E benannt, um den Eindruck zu vermeiden, dass die auf dem interkulturellen Index erreichten Werte intervallskaliert waren und daher für die weitere Analyse entsprechende Verfahren zur Anwendung kommen durften. Aufgrund der Skalenniveaus verschiedener eingeflossener Items und Skalen konnte nicht von Intervall-, sondern nur von Ordinalskalenniveau ausgegangen werden. Beispiel hierfür ist etwa die Annahme, dass eine doppelt so hohe Anzahl in einer Praxis vorhandener Fremdsprachen nicht ein doppelt so hohes Ausmaß an interkulturellem Oszillationspotential bedeuten musste (s.o.).

dem Umstand Rechnung getragen, dass eine medizinische Versorgung von Migranten, die als interkulturell kompetent gelten kann, nur durch ein ausreichendes Oszillationspotential auf *beiden* adaptiven Achsen gewährleistet werden kann (Kap. 2.2, 2.3). Daher konnte eine Praxis, die auf einer der beiden Achsen in das höchste Intervall eingestuft wird, bei vollkommenem Fehlen von Kompetenzen auf der anderen Achse höchstens der mittleren Kategorie C zugeordnet werden.

Das Aggregationsschema besitzt eine Tendenz zur Einstufung der Praxen in höhere Kategorien (Tab. 16). Bei Kombinationen von Intervallen, die sich auf den beiden Achsen nur um eine Stufe unterschieden, wurde immer die jeweils höhere als Gesamtkategorie genutzt.⁶⁶ Bei deutlich unterschiedlichen Bewertungen auf den adaptiven Achsen (ab einem Unterschied von zwei Kategorien) wurde aber jeweils eine Bewertung zur unteren in Frage kommenden Kategorie vorgenommen.⁶⁷ Diese Form der Aggregation wurde vorgenommen, um in der Bewertung zu berücksichtigen, dass für eine gelungene medizinische Versorgung ein ausreichendes Oszillationspotential auf beiden adaptiven Achsen gegeben sein musste.

Tabelle 16
Durch das Aggregationsschema vorgegebene Häufigkeiten der Bewertungskategorien und deren Bedeutung

Kategorie (Häufigkeit)	Bedeutung
A (12%)	Praxen mit sehr hohen interkulturellen Kompetenzen auf beiden adaptiven Achsen Praxen mit sehr hohen interkulturellen Kompetenzen auf einer der beiden adaptiven Achsen sowie hohen interkulturellen Kompetenzen auf der jeweils anderen Achse
B (20%)	Praxen mit hohen interkulturellen Kompetenzen auf beiden adaptiven Achsen Praxen mit hohen interkulturellen Kompetenzen auf einer der beiden adaptiven Achsen und mittleren interkulturellen Kompetenzen auf der jeweils anderen Achse Praxen mit sehr hohen interkulturellen Kompetenzen auf einer der adaptiven Achsen und mittleren interkulturellen Kompetenzen auf der anderen Achse
C (36%)	Praxen mit mittleren interkulturellen Kompetenzen auf beiden adaptiven Achsen Praxen mit geringen interkulturellen Kompetenzen auf einer der beiden adaptiven Achsen und sehr hohen, hohen oder mittleren interkulturellen Kompetenzen auf der anderen Achse Praxen mit sehr hohen interkulturellen Kompetenzen auf einer der beiden adaptiven Achsen und kaum oder nicht vorhandenen interkulturellen Kompetenzen auf der anderen Achse
D (28%)	Praxen mit geringen interkulturellen Kompetenzen auf beiden adaptiven Achsen Praxen mit kaum oder nicht vorhandenen interkulturellen Kompetenzen auf einer der beiden adaptiven Achsen und hohen, mittleren oder gering ausgeprägten interkulturellen Kompetenzen auf der anderen Achse
E (4%)	Praxen mit kaum oder nicht vorhandenen interkulturellen Kompetenzen auf beiden adaptiven Achsen

Die allein durch das Aggregationsschema vorgegebenen Häufigkeiten der Kategorien D und E betragen 28% beziehungsweise 4%. Die vorgegebene Häufigkeit der untersten Kategorie E betrug damit nur ein Drittel der obersten Kategorie A (12%), das Aggregationsschema war insgesamt nicht symmetrisch. Eine Einstufung in Kategorie E war allein aufgrund der vorgegebenen Häufigkeiten seltener als in Kategorie A. Durch diese Art der Einstufung wurde berücksichtigt, dass auch schon einige wenige in einer Praxis vorhandene interkulturelle Kom-

⁶⁶ So wird etwa bei einer Punktzahl von 9 auf der horizontalen Achse (Kategorie C) und 20 auf der vertikalen Achse (Kategorie B) Kategorie B vergeben, nicht Kategorie C.

⁶⁷ ZUM BEISPIEL wird bei der Bewertungskombination A/D nicht B, sondern C als Kategorie vergeben, bei B/E nicht C, sondern D.

petenzen relevant für eine bessere Versorgung von Migranten sind und daher eine Einstufung in die unterste Kategorie E inhaltlich nicht zu rechtfertigen war.

Zum Verständnis der Richtung von Korrelationen (positive oder negative Korrelationskoeffizienten) zwischen verschiedenen Variablen und den Ausprägungen des interkulturellen Index sowie der beiden adaptiven Achsen: diese Ausprägungen wurden wie folgt kodiert: A=1, B=2, C=3, D=4, E=5.

3.4.2 Weitere Verfahren

3.4.2.1 Quantitative Verfahren

Zur Analyse der Daten aus der Berliner HIV-Schwerpunktversorgung kamen aufgrund der kleinen Stichprobengröße ($n=25$ für alle HIV-Schwerpunktpraxen beziehungsweise $n=17$ für solche mit migrantischem Klientel) nicht-parametrische Verfahren zum Einsatz. Dabei handelte es sich um verschiedene Zusammenhangsmaße: die Rangkorrelationskoeffizienten ρ von Spearman sowie τ_b und τ_c von Kendall. Konnte aufgrund der Qualität der im Einzelfall gegebenen Daten davon ausgegangen werden, dass die in den Verfahren benutzten Ränge äquidistante Positionen auf dem untersuchten Merkmal abbilden, wurde Spearmans ρ eingesetzt, da bei der Berechnung dieses Verfahrens die Differenzen der Ränge eingehen. War dies nicht argumentierbar, wurde als Zusammenhangsmaß Kendalls τ eingesetzt, da zur Berechnung des τ -Koeffizienten lediglich ordinale Informationen aus der Rangbildung genutzt werden. War in der Zusammenhangsanalyse zweier Variablen ohne äquidistante Ränge eine symmetrische Tabelle gegeben, kam Kendalls τ_b zur Anwendung, zur Analyse beliebiger $n \times m$ -förmiger Tabellen Kendalls τ_c . Für alle drei Korrelationskoeffizienten gilt ein maximaler Wertebereich von -1 (perfekter negativer Zusammenhang) bis +1 (perfekter positiver Zusammenhang).

Aufgrund der Konstruktion des interkulturellen Index kann nicht von äquidistanten Abständen der entsprechenden Bewertungen ausgegangen werden. Das Skalenniveau ist hierfür als ordinal anzunehmen, etwa aufgrund des Einsatzes von Cut-Off-Werten, die die jeweils höchste Kategorie nach oben begrenzen, oder aufgrund des ordinalen Skalenniveaus verschiedener Items, die in den interkulturellen Index einfließen. Daher wurde zur Berechnung aller Zusammenhangsmaße mit dem Interkulturelle Index Kendalls τ eingesetzt.

Zur Analyse der Daten aus der Regelversorgung wurde aufgrund der ausreichenden Stichprobengröße Pearsons Produkt-Moment-Korrelations-Koeffizient r berechnet. Da die Ausprägungen aller genannten Korrelationskoeffizienten kein Intervallskalenniveau besitzen und damit kein direkter zahlenmäßiger Vergleich zwischen solchen Ausprägungen möglich ist, wurden diese in Fishers Z-Werte transformiert, um sie (annähernd) auf Intervallskalenniveau abzubilden. Dabei kam folgende Formel zur Anwendung:

$$Z = \frac{1}{2} \cdot \ln\left(\frac{1+r}{1-r}\right)$$

Dabei ist \ln der Logarithmus zur Basis e (Eulersche Zahl, $\approx 2,718$) und r die Ausprägung der Korrelationskoeffizienten r , ρ oder τ (Bortz, 2005, S. 210).

Generell wurde bei der Auswahl statistischer Testverfahren berücksichtigt, dass für dichotom nominalskalierte Variablen Intervallskalenniveau angenommen werden kann (Bortz, 2005).

Um bei der Analyse von Daten aus der HIV-Schwerpunktversorgung Verzerrungen aufgrund der sehr unterschiedlichen Größe von deren migrantischen Patientenkollektiven zu vermeiden, wurde für die entsprechenden Auswertungen statt des arithmetischen Mittels \bar{x} jeweils das

anhand der Anzahl versorgter HIV-positiver Migranten gewichtete arithmetische Mittel \bar{x} (im Folgenden Text der Lesbarkeit halber \bar{x}_{gew}) berechnet. Durch die Verwendung des gewichteten arithmetischen Mittels fließt die Größe des jeweiligen HIV-positiven migrantischen Patientenkollektivs der Praxen in die Auswertung mit ein, was ein korrektes Bild der Versorgungslage HIV-positiver Migranten in Berlin gewährleistet. Das gewichtete arithmetische Mittel wurde folgendermaßen berechnet:

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^j (n_i \cdot \bar{x}_i)}{\sum_{i=1}^j n_i}, \text{ statt des arithmetischen Mittels } \bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^j x_i}{j}.$$

Bei der Darstellung der Ergebnisse finden sich daher zwei unterschiedliche Bezeichnungen für die jeweils zugrunde liegenden Populationen: n_{Praxen} bezeichnet die Anzahl der Praxen, die auf das jeweilige Item geantwortet haben, $n_{\text{Migranten}}$ die Anzahl der HIV-positiven Migranten, die durch die auf das jeweilige Item antwortende Praxis versorgt wurden. Dieses gewichtete arithmetische Mittel fand aufgrund der geringen Anzahl HIV-positiver Migranten, die in Praxen der Regelversorgung betreut wurden, sowie der dort nicht durchgeführten Behandlung der HIV-Infektion (Kap. 4.2.2.1) nur für die Praxen der HIV-Schwerpunktversorgung Anwendung.

Das gewichtete arithmetische Mittel wurde in diesen Fällen auch der Berechnung der gewichteten Standardabweichung σ_{gew} zugrunde gelegt. Da in dieser Studie die „Gesamtpopulation“ der HIV-Schwerpunktpraxen in Berlin abgebildet wurde, wurde an den entsprechenden Stellen nicht der Schätzwert $\hat{\sigma}$ angegeben, sondern σ beziehungsweise σ_{gew} als Populationskennwerte. σ_{gew} wurde wie folgt berechnet:

$$\sigma_{\text{gew}} = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^j (x_i - \bar{x})^2 \cdot n_i}{\sum_{i=1}^j n_i}}, \text{ statt } \hat{\sigma} = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{n-1}}.$$

Dabei ist n die Anzahl der HIV-positiven Migranten und o die Anzahl der HIV-Schwerpunktpraxen.

Die anhand der Anzahl der in den jeweiligen Praxen versorgten HIV-positiven Migranten *gewichteten* Ausprägungen gaben an, auf welchen Anteil der Migranten-Population sich die von den Behandlern im Fragebogen gemachten Bewertungen beziehen. Sie bildeten damit die Versorgungssituation der in Berlin zum Erhebungszeitpunkt betreuten HIV-positiven Migranten aus Sicht der Ärzte ab. Auf Grundlage der *ungewichteten* Ausprägungen ließen sich zusätzlich Aussagen über Eigenschaften einzelner Praxen und damit über die Berliner Versorgungsstrukturen im Bereich von HIV/AIDS machen. Auch wenn eine Praxis zum Erhebungszeitpunkt keine oder nur wenige Migranten betreute, waren Informationen über diese Einrichtungen wichtig zur Beurteilung der vorhandenen Versorgungsstruktur und ls konnten als Baseline zur Abschätzung der potentiellen Wirksamkeit von Interventionen zur Steigerung interkultureller Kompetenz dienen.

Daten zu Interaktionsproblemen aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten wurden stratifiziert nach Geschlecht und Aufenthaltsdauer (jeweils zwei Items: männlich / weiblich beziehungsweise ≤ 12 Monate / > 12 Monate) sowie nach Bildungsstand (drei Items: keine Ausbildung / Berufsausbildung / Studium) erhoben. Daten zu den einzelnen Strata waren damit als Aussagen über den jeweils entsprechenden Teil des Patienten-Kollektivs einer Praxis zu behandeln.

Durch die getrennte Erhebung der ärztlichen Einschätzung von Interaktionsproblemen aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten anhand der genannten Strata war es möglich, Korrelationen zwischen den Ausprägungen der Interaktionsprobleme und der Ausprägung der Merkmale Geschlecht, Bildung und Aufenthaltsdauer zu berechnen. Die Daten zu Interaktionsproblemen aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten wurden im Fragebogen der Regelversorgung vor der Filterfrage zur Behandlung von HIV-positiven Migranten erhoben. Daher war bei einem Vergleich zwischen den Praxen der HIV-Schwerpunkt- und denen der Regelversorgung zu berücksichtigen, dass sich die Angaben der Regelversorgung auf Migranten generell bezogen, die der HIV-Schwerpunktversorgung aufgrund deren fachlicher Ausrichtung aber nur auf HIV-positive Migranten.

Auf die Angabe von Signifikanzniveaus wurde in dieser Arbeit aus zwei Gründen bewusst verzichtet. Für die Stichprobe der Praxen der Regelversorgung (N_1) ist davon auszugehen, dass diese nicht als repräsentativ für eine als unbekannt zu geltende Grundgesamtheit aller Praxen der Regelversorgung in Berlin angenommen werden kann (Kap. 3.2). Signifikanztestungen, die eine Wahrscheinlichkeit für die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf eine definierbare Grundgesamtheit angeben, waren daher nicht möglich und wurden aus Gründen der statistischen Seriosität nicht angegeben. Im Hinblick auf die Berliner HIV-Schwerpunktpraxen, die HIV-positive Migranten betreuten, wurde eine Vollerhebung erreicht. Statistische Tests bedurften daher keiner Signifikanztestung, deren Maßzahlen bilden vielmehr Zusammenhänge in den Daten direkt ab. Auch hier war eine Verallgemeinerung auf eine nicht definierbare potentielle Grundgesamtheit, etwa von HIV-Schwerpunktpraxen in Deutschland, nicht seriös möglich.

Bei einer Reihe von Fragen wurden Dummy-Items zur Überprüfung des Antwortverhaltens in den Fragebogen aufgenommen. Diese wurden in der Darstellung der Ergebnisse nur berücksichtigt, wenn sie Anhaltspunkte für ein fragwürdiges Antwortverhalten lieferten.

Die statistische Analyse wurde mit der Statistiksoftware SPSS, Version 17, durchgeführt.

3.4.2.2 Qualitative Verfahren

Die Transkription der Interviews erfolgte „ohne aufwendige Notationssysteme“ (Meuser & Nagel, 2005, S. 83), da für die Interpretation von Experten-Interviews, anders als etwa bei tiefenanalytischen Interviews, nur geäußerte Inhalte, aber nicht deren Kontexte (wie Gesprächspausen, Intensivierung von Stimme und Gestik etc.) analysiert werden. Bei der Transkription wurden allerdings alle Passagen vollständig vertextlicht, da aufgrund der Komplexität des Themas dieser Studie alle von den Experten geäußerten Informationen für grundsätzlich relevant gehalten wurden.

Die Auswertung der Experteninterviews erfolgte nach Meuser und Nagel (ebd.). Anders als bei der Analyse von mit anderen Techniken erhobenen Interviewdaten tritt bei der Auswertung von Experteninterviews die Sequentialität von Äußerungen je Interview in den Hintergrund. Demgegenüber erhält der Funktionskontext der Experten, das heißt deren professionelle berufliche Verortung und Kompetenz, an Gewicht, da ihre Aussagen im Kontext ihrer institutionell-organisatorischen Handlungsbedingungen verortet werden müssen.

Zunächst erfolgte daher die Paraphrasierung der transkribierten Experteninterviews als Sequenzierung des Textes nach thematischen Einheiten. Zu diesem Zeitpunkt wurden Teile der Interviews, die kaum Aussagen zur interessierenden Themenstellung machten, entsprechend der Methodik grob paraphrasiert oder ausgesondert.

Es folgte die Kodierung, das heißt das thematische Ordnen des paraphrasierten Materials jedes Interviews. Im Anschluss erfolgte ein thematischer Vergleich innerhalb der einzelnen

Interviews, aber auch zwischen den verschiedenen Interviews. Es wurden Überbegriffe für inhaltlich verwandte Kodierungen aus den verschiedenen Interviews gebildet.

Der vierte und letzte Schritt der Auswertung beinhaltete die soziologische Konzeptualisierung des Materials. Hierzu wurden Gemeinsamkeiten und Differenzen der Expertenaussagen im Rekurs auf theoretische Wissensbestände begrifflich gestaltet. Es wurde ein Vergleich im Hinblick auf gemeinsame beziehungsweise zentrale Themen und Widersprüche innerhalb der einzelnen Interviews und vor allem im Vergleich der Expertenaussagen untereinander durchgeführt.

3.5 Ethik/Datenschutz

Eine Prüfung der Studie durch Ethik-Kommission oder Datenschutzbeauftragten war nicht nötig, da von den Befragten keine sensiblen personenbezogenen Daten erhoben wurden, weder im Rahmen der Fragebogenerhebung noch während der Durchführung der Experteninterviews. Insbesondere von Patienten wurden keine personenbezogenen Daten erhoben.

Das im Rahmen der Expertenbefragungen erhobene Material wurde vor der Auswertung anonymisiert, soweit von den befragten Expertinnen in irgendeiner Form Angaben zu deren Klientel gemacht wurden, obwohl diese nie einzelne Personen, sondern höchstens Personengruppen betrafen.

4 Ergebnisse der Studie

4.1 Epidemiologische Daten zu Migration und HIV/AIDS in Deutschland und Berlin⁶⁸

4.1.1 Epidemiologische Situation von HIV bei Migranten in Deutschland

Im Jahr 2012 wurden dem Robert Koch-Institut 2.977 HIV-Neudiagnosen aus dem gesamten Bundesgebiet gemeldet. Deren Gesamtzahl stieg zwischen den Jahren 2001 und 2009 von 1.440 auf 2.869 an, mit einem Abflachen in den Jahren 2010 und 2011 und einem Wiederanstieg in 2012 (Abb. 13). Der Frauenanteil an allen 29.364 HIV-Neudiagnosen in diesem Zeitraum betrug 18,0%. Haupttransmissionsrisiko war über die gesamte Zeit Sex zwischen Männern (MSM). Der Anteil von HIV-Neudiagnosen mit dem Transmissionsrisiko MSM (an allen in diesem Zeitraum gemeldeten HIV-Neudiagnosen inklusive solcher ohne Angabe zum Transmissionsrisiko) betrug für den Zeitraum zwischen 2001 und 2012 52,2%. Der aufgezeigte Anstieg an HIV-Neudiagnosen in Deutschland war fast ausschließlich auf einen Anstieg in dieser Transmissionsrisiko-Gruppe zurückzuführen (Abb. 13).

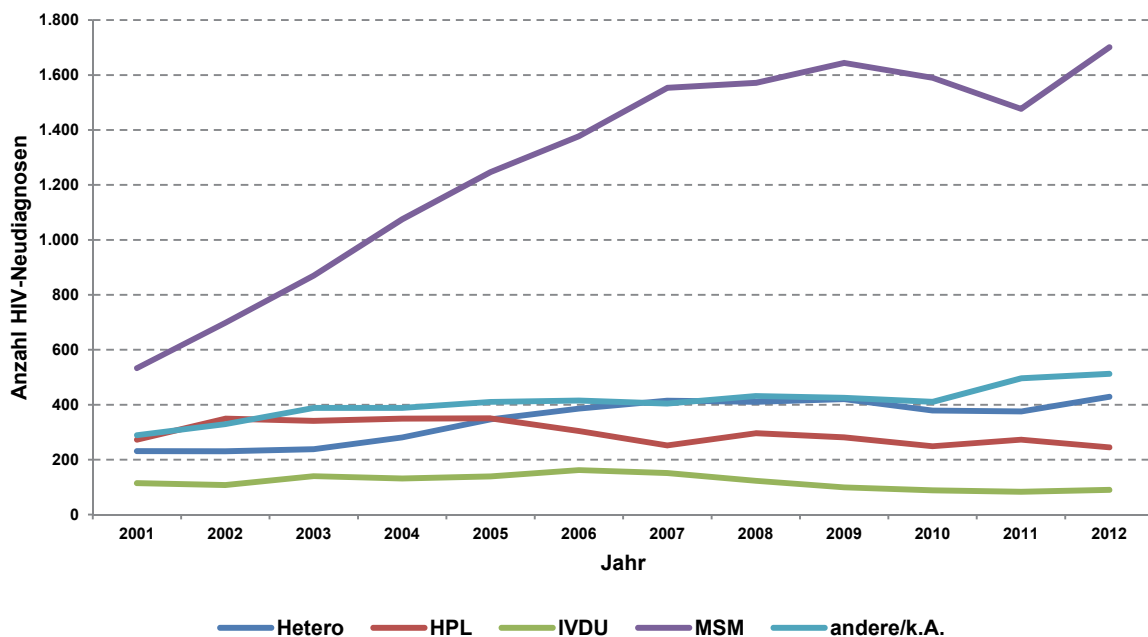


Abbildung 13

Anzahl von HIV-Neudiagnosen, Deutschland, 2001-2012, nach Diagnosejahr und Transmissionsrisiko (n=29.364; eigene Berechnungen)

In den Jahren 2001 bis 2012⁶⁹ wurden insgesamt 3.562 Fälle mit dem Transmissionsrisiko der Herkunft aus einem Hochprävalenzland (HPL) berichtet, damit ein Anteil von 12,1% aller

⁶⁸ Die in diesem Kapitel dargestellten Analysen zu HIV-Neudiagnosen in Deutschland wurden im Rahmen dieser Studie durchgeführt, auf Grundlage eines Datensatzes zu den nach §7.3 IfSG an das RKI übermittelten Berichten von HIV-Neudiagnosen mit Datenstand 30.9.2013. Der Datensatz umfasste alle für den Zeitraum vom 1.1.2001 bis zum 31.12.2012 zu berücksichtigenden und bereits plausibilisierten Meldungen von HIV-Neudiagnosen an das RKI. Für die Nutzungsmöglichkeit danke ich dem RKI herzlich, insbesondere Dr. Osamah Hamouda, Christian Kollan und Dr. Ulrich Marcus.

⁶⁹ Aufgrund deutlicher Verbesserungen der Meldequalität der Herkunftsangaben nach den ersten Jahren nach Einführung des IfSG im Jahr 2001 (Robert Koch-Institut, 2007, S.4) werden für migrationsspezifische Analysen

gemeldeten HIV-Neudiagnosen. Die Zahl von Meldungen mit Transmissionsrisiko HPL pro Jahr schwankte zwischen 245 und 350 Fällen (Abb. 13).

Für 83,5% der zwischen 2001 und 2012 insgesamt gemeldeten HIV-Neudiagnosen lag eine Angabe zum Herkunftsland vor. Insgesamt wurde für 30,1% aller Meldungen mit Angabe zum Herkunftsland ein anderes Land als „Deutschland“ angegeben. Dieser Anteil fiel zwischen 2001 und 2007 ab und verblieb in den Folgejahren auf diesem niedrigeren Niveau (Abb. 14). Die absolute Anzahl von Personen nicht-deutscher Herkunft⁷⁰ stieg (mit Ausnahme der Jahre 2007 und 2010) in Deutschland hingegen kontinuierlich an (Abb. 14). Der Frauenanteil an allen zwischen 2001 und 2012 gemeldeten HIV-Neudiagnosen von Personen nicht-deutscher Herkunft betrug 38,4%, gegenüber 9,6% bei HIV-Neudiagnosen mit Herkunftsangabe Deutschland.

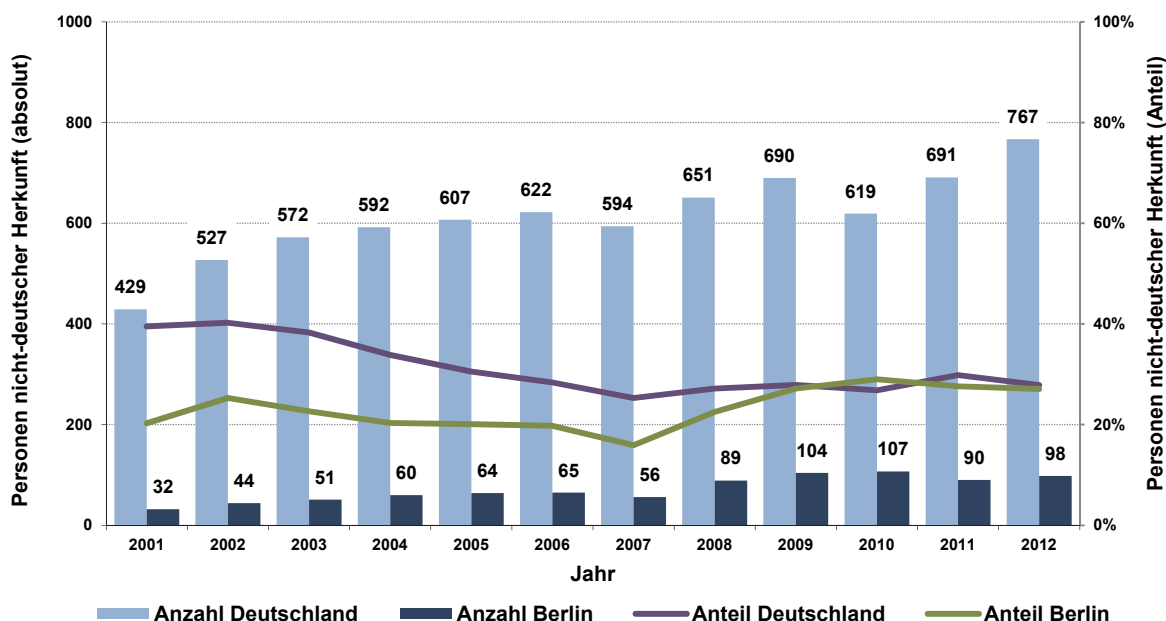


Abbildung 14

Anzahl gemeldeter HIV-Neudiagnosen von Personen nicht-deutscher Herkunft und Anteil Personen nicht-deutscher Herkunft an allen gemeldeten HIV-Neudiagnosen mit Angabe zum Herkunftsland, Deutschland und Berlin, 2011-2012, nach Diagnosejahr (eigene Berechnungen)

Das mittlere Alter der in Deutschland zwischen 2001 und 2012 bei Personen deutscher Herkunft gestellten HIV-Neudiagnosen betrug 37 Jahre, das bei Personen nicht-deutscher Herkunft 33 Jahre, das von Personen mit Transmissionsrisiko HPL ebenfalls 33 Jahre. 41,3% der HIV-Neudiagnosen von Personen mit Herkunft aus Deutschland wurden in den Altersgruppen unter 35 Jahren gestellt, gegenüber einem entsprechenden Anteil von 60,3% bei Personen nicht-deutscher Herkunft und 61,7% bei Personen mit Transmissionsrisiko HPL (Abb. 15).

in dieser Arbeit, wo nötig, kumulierte Daten ausgewertet, da Jahresvergleiche aufgrund dessen zum Teil Verzerrungen unterliegen können.

⁷⁰ Im Meldebogen des RKI wird nicht nach der Nationalität, sondern nach dem „Herkunftsland“ der diagnostizierten Person gefragt (Kap. 1.5.1). Zur Unterscheidung dieses Merkmals von dem in dieser Studie ebenfalls genutzten, aber anders definierten Begriff „Ausländer“ werden in diesem Kapitel Personen mit der Angabe eines anderen Herkunftslandes als Deutschland auf dem HIV-Meldebogen als „Nicht-Deutsche“ bezeichnet.

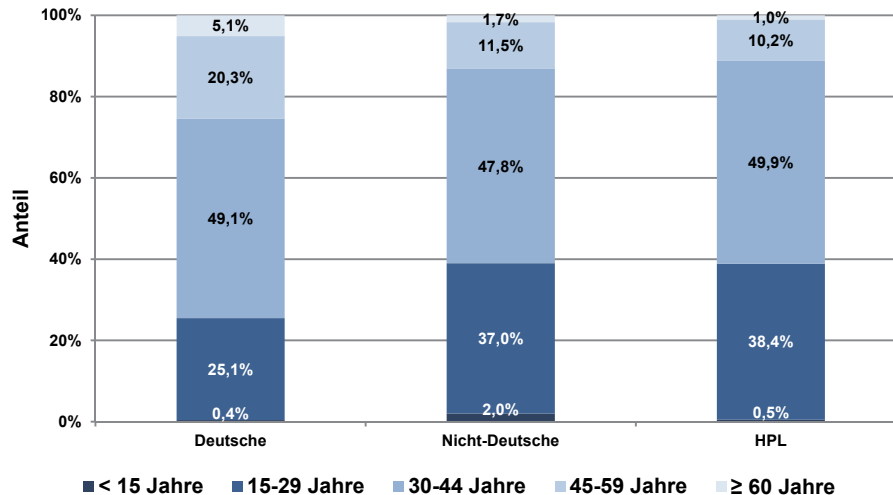


Abbildung 15
Altersverteilung (gruppiert) bei HIV-Neudiagnosen von Deutschen (n=16.889), Nicht-Deutschen (n=7.303) und Personen mit Transmissionsrisiko HPL (n=3.534), Deutschland, 2001-2012 (eigene Berechnungen)

Die bei weitem häufigste Herkunftsregion von Personen nicht-deutscher Herkunft war Subsahara-Afrika mit 42,7%, allerdings mit deutlichem Geschlechterunterschied (Tab. 17). Bei Männern waren insbesondere die europäischen Regionen mit höheren Anteilen vertreten. Die drei bei Männern mit nicht-deutscher Herkunft am häufigsten gemeldeten Herkunftsländer außerhalb Deutschlands waren Russland mit 6,5%, die Türkei mit 5,6% und Italien mit 5,4% (n=4.396). Bei Frauen waren dies entsprechend Kenia mit 10,6%, Thailand mit 9,7% und Kamerun mit 9,5% (n=2.823). Die Anteile von Personen mit Herkunft aus den größten Anwerbestaaten Deutschlands betragen über beide Geschlechter für die Türkei 4,0%, für Italien 3,5% und für Griechenland 1,9% (n=7.361). Für 14,7% aller HIV-Neudiagnosen mit Angabe zum Herkunftsland wurde das Transmissionsrisiko HPL angegeben.

Tabelle 17
Herkunftsregionen bei HIV-Neudiagnosen von Personen nicht-deutscher Herkunft, nach Weltregion und Geschlecht, Deutschland und Berlin, 2001-2012, Berlin, 2002-2004 (eigene Berechnungen)

Herkunftsregion (%)	Deutschland 2001-2012		Berlin 2001-2012		Berlin 2001-2004	
	Männer (n=4.396)	Frauen (n=2.823)	Männer (n=647)	Frauen (n=207)	Männer (n=137)	Frauen (n=46)
West-Europa	15,7	2,7	23,6	2,4	19,8	2,2
Zentral-Europa	18,3	6,2	20,1	11,6	20,5	10,9
Ost-Europa	11,7	9,1	7,7	8,2	3,6	6,5
Nordafrika/Naher Osten	4,0	1,5	4,8	1,4	7,3	2,2
Subsahara-Afrika	26,0	60,8	15,3	56,1	18,3	60,9
Ost-/Südost-Asien	10,7	12,6	8,5	16,9	10,2	15,1
Latein-Amerika	8,2	1,6	12,1	1,0	10,9	0
Nord-Amerika	2,6	0,1	4,6	0	3,6	0
Ausland (unspezifisch)	2,8	5,4	3,3	2,4	5,8	2,2

Die Analyse der Daten nach Transmissionsrisiko und Herkunft zeigte, dass für den Zeitraum 2001 bis 2012 der Anteil von Personen nicht-deutscher Herkunft an allen HIV-Neudiagnosen mit Angabe zum Herkunftsland für das Risiko IVDU mit 37,5%, am höchsten lag (neben dem

logisch gegebenen Anteil von 100% für Personen aus HPL), am geringsten für das Risiko MSM mit 13,7% (Abb. 16).

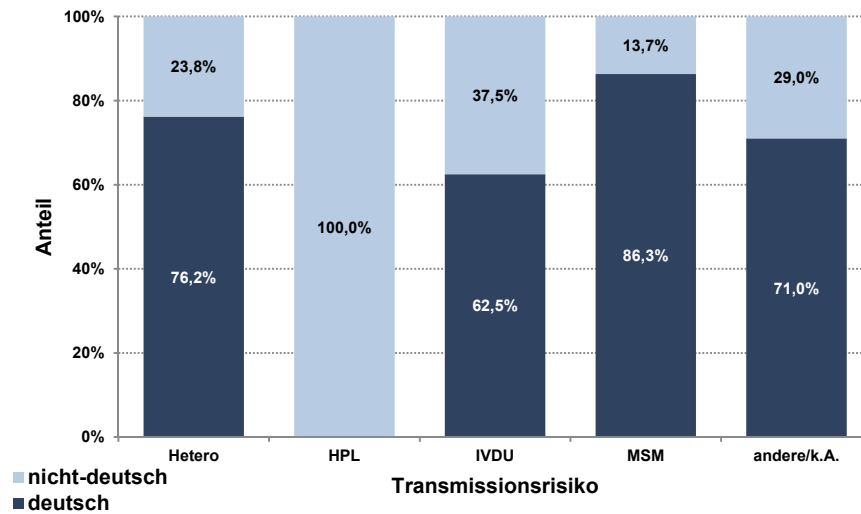


Abbildung 16
Herkunft (deutsch/nicht-deutsch) bei HIV-Neudiagnosen von Personen mit Herkunftsangabe, Deutschland, 2001-2012, nach Transmissionsrisiko (n=24.416; eigene Berechnungen)

Für die Gesamtzahl aller HIV-Neudiagnosen bei Nicht-Deutschen war HPL häufigstes Transmissionsrisiko mit 46,0% aller Fälle (Deutsche: 0%), gefolgt von MSM mit 24,8% (Deutsche: 67,4%), heterosexuellen Kontakten mit 11,6% (Deutsche: 16,1%) und IVDU mit 6,0% (Deutsche: 4,3%; $n_{\text{Nicht-Deutsche}} = 7.361$, $n_{\text{Deutsche}} = 17.055$). Die Verteilung der Transmissionsrisiken bei Nicht-Deutschen über die Jahre zeigte für Deutschland einen Abfall für das Risiko HPL sowie einen Anstieg von HIV-Neudiagnosen mit dem Risiko MSM (Abb. 17).

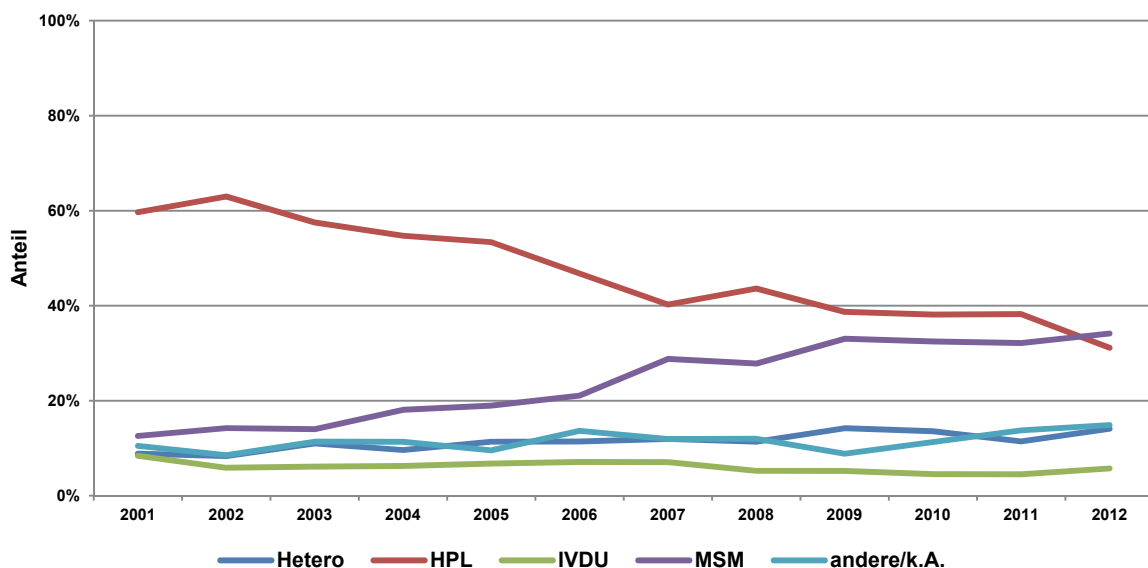


Abbildung 17
Transmissionsrisiko von Personen nicht-deutscher Herkunft, nach Jahr, Deutschland, 2001-2012 (n=7.361; eigene Berechnungen)

Dominantes Transmissionsrisiko bei Männern nicht-deutscher Herkunft war MSM (39,9%), gefolgt von HPL (28,8%), heterosexuellen Kontakten (9,9%) und IVDU (8,4%; n=4.396; für absolute Anzahl s. Abb. 18). Für den weit überwiegenden Anteil aller Frauen nicht-deutscher Herkunft wurde das Transmissionsrisiko HPL berichtet (75,2%), gefolgt von heterosexuellen Kontakten (13,7%) und IVDU (2,3%; n=2.823; für absolute Anzahl s. Abb. 18).

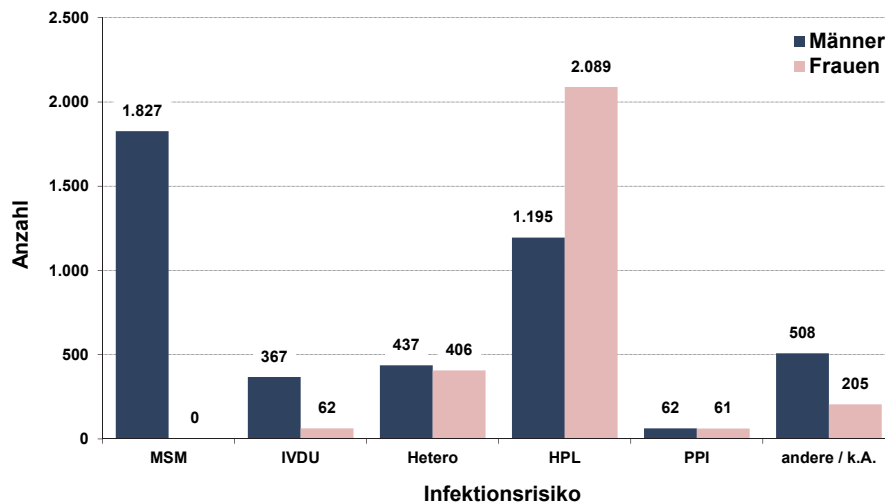


Abbildung 18
Transmissionsrisiko bei HIV-Neudiagnosen von Personen nicht-deutscher Herkunft, Deutschland, 2001-2012, nach Geschlecht (eigene Berechnungen)

Der Frauenanteil bei Personen nicht-deutscher Herkunft mit dem Transmissionsrisiko HPL lag mit 63,6% (n=3.284) deutlich höher als bei allen anderen Transmissionsrisiken mit im Mittel 18,7% (n=3.935). Der Frauenanteil bei Personen mit Herkunft aus Subsahara-Afrika betrug 60,0% (n=2.856), für eine andere Herkunft außerhalb Deutschlands 25,4% (n=4.363).

Tabelle 18
Herkunftsregionen bei HIV-Neudiagnosen von Personen nicht-deutscher Herkunft, nach Transmissionsrisiko, Deutschland, 2001-2012 (eigene Berechnungen)

Herkunftsregion (%)	Hetero (n=856)	HPL (n=3.385)	IVDU (n=439)	MSM (n=1.827)	Andere/k.A. (n=834)
West-Europa	15,5	0	13,0	25,6	13,1
Zentral-Europa	32,2	0	14,6	24,4	23,2
Ost-Europa	25,7	0,2	59,2	5,6	22,8
Nordafrika/Naher Osten	5,1	1,2	3,2	4,1	5,6
Subsahara-Afrika	0,6	82,5	2,3	2,5	9,6
Ost-/Südost-Asien	10,5	11,0	6,2	13,6	13,8
Latein-Amerika	5,1	0,3	0,7	17,2	4,6
Nord-Amerika	1,3	0	0,7	5,3	1,1
Ausland (unspezifisch)	4,0	4,8	0,1	1,7	6,2

Der überwiegende Anteil Nicht-Deutscher mit den Transmissionsrisiken Hetero, IVDU und MSM stammten aus der Region Europa, der größte Anteil von Nicht-Deutsche mit Transmissionsrisiko HPL stammten aus einem Land der Subsahara-Region (Tab. 18).

Die Herkunftsregion und die Region, in der die Infektion erworben wurde, müssen nicht deckungsgleich sein. Daten zur vermutlichen Infektionsregion lagen für 82,9% aller in den Jahren 2001 bis 2012 gemeldeten HIV-Neudiagnosen vor, bei Personen nicht-deutscher Herkunft lag dieser Anteil bei 85,6%. 79,1% aller in den Jahren 2001 bis 2012 gemeldeten HIV-Neudiagnosen mit Angabe zum vermutlichen Land des Infektionserwerbs wurden in Deutschland erworben. Der entsprechende Anteil von Personen nicht-deutscher Herkunft, deren HIV-Infektion vermutlich in Deutschland erworben wurde, betrug 39,0%. Dieser Anteil stieg zwischen 2001 und 2009 von einem niedrigeren Ausgangswert stetig an und bewegte sich danach auf mit Ausnahme des Jahres 2009 in etwa zwischen 40 und 50% (Abb. 19).

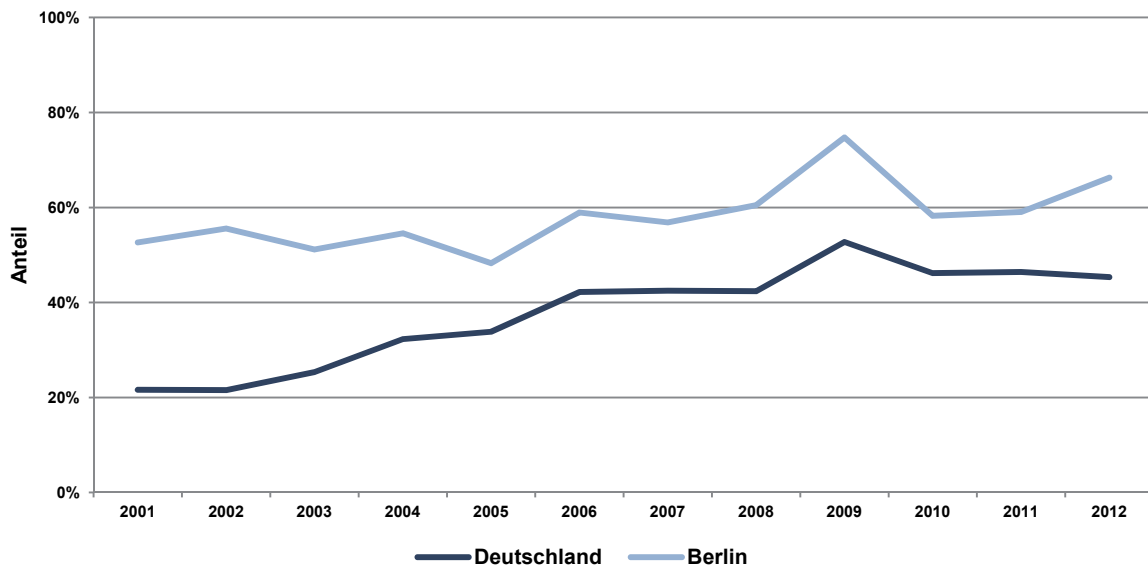


Abbildung 19
Anteil von HIV-Neudiagnosen bei Personen nicht-deutscher Herkunft mit Infektionsland Deutschland, nach Jahr, Deutschland und Berlin, 2001-2012 ($n_{\text{Deutschland}} = 6.299$; $n_{\text{Berlin}} = 757$; eigene Berechnungen)

Bei Männern nicht-deutscher Herkunft lag dieser Anteil von Personen mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen, darüber hinaus unterschied er sich deutlich nach Herkunftsregion (Tab. 19). Der Anteil von in Deutschland erworbenen HIV-Infektionen war für Personen mit Herkunft aus Subsahara-Afrika sehr viel geringer als für Personen aus anderen Herkunftsregionen.

Tabelle 19
Anteil von HIV-Neudiagnosen bei Personen nicht-deutscher Herkunft mit Infektionsland Deutschland, nach Herkunftsregion und Transmissionsrisiko, Deutschland und Berlin, 2001-2012 (eigene Berechnungen)

Herkunftsregion (%)	Deutschland		Berlin	
	Männer (n=3.768)	Frauen (n=2.411)	Männer (n=570)	Frauen (n=182)
West-Europa	71,9	41,3	85,5	50,0
Zentral-Europa	73,7	58,6	85,8	47,8
Ost-Europa	43,7	41,0	53,5	56,2
Nordafrika/Naher Osten	65,6	46,2	87,0	100
Subsahara-Afrika	16,3	14,3	18,3	22,4

	Deutschland		Berlin	
	Männer (n=3.768)	Frauen (n=2.411)	Männer (n=570)	Frauen (n=182)
Ost-/Südost-Asien	52,9	16,1	57,4	37,5
Latein-Amerika	59,1	53,7	68,6	100
Nord-Amerika	62,5	50,0	82,1	---
Ausland (unspezifisch)	44,6	35,0	50,0	75,0
Transmissionsrisiko (%)				
MSM	75,3	---	81,0	---
IVDU	45,2	51,0	35,7	50,0
Hetero	52,7	53,2	60,6	63,8
HPL	14,2	13,9	17,7	24,0
PPI	36,1	31,7	0	0
Andere, k.A.	40,3	37,7	54,2	37,5
Gesamt	50,3	22,5	59,3	31,6

Transmissionsrisiko mit dem niedrigsten Anteil von in Deutschland erworbenen Infektionen war für beide Geschlechter HPL, gegenüber MSM als Transmissionsrisiko mit dem höchsten Anteil bei Männern sowie IVDU sowie heterosexuelle Kontakte bei Frauen (Tab. 19).

Bezüglich des CDC-Status bei HIV-Erstdiagnose lag für 64,0% aller Meldungen zwischen 2001 und 2012 eine Angabe vor, bei Personen nicht-deutscher Herkunft für 65,7%. Es ergaben sich kaum Unterschiede in den Verteilungen der CDC-Stadien, sowohl für den Vergleich zwischen den Meldedaten von Deutschen und Nicht-Deutschen wie auch für den zwischen nicht-deutschen Männern und Frauen (Tab. 20). Etwa jeweils zwei Drittel aller dieser Gruppen befanden sich bei HIV-Testung im CDC-Stadium A.

Tabelle 20
CDC-Stadium bei Testung, HIV-Neudiagnosen, Deutschland, 2001-2012,
nach Herkunft (n=16.660) und nach Geschlecht bei Personen nicht-
deutscher Herkunft (n=4.751)*

	CDC-Stadium		
	A	B	C
Herkunft (%)			
Deutsche	64,7	21,8	13,5
Nicht-Deutsche	66,1	19,6	14,3
Geschlecht (Nicht-Deutsche, %)			
Männer	64,8	20,7	14,5
Frauen	68,3	17,9	13,8

* jeweilige Grundgesamtheit: Personen mit Angabe zum CDC-Stadium bei HIV-Testung

Der größte Anteil nicht-deutscher Personen, die erst im klinisch weit fortgeschrittenen CDC-Stadium C (Kap. 1.5.3) zum HIV-Test kamen, stammte aus der Herkunftsregion Subsahara-Afrika, gefolgt von Ost-/Südost-Asien und Zentral-Europa (Abb. 20).

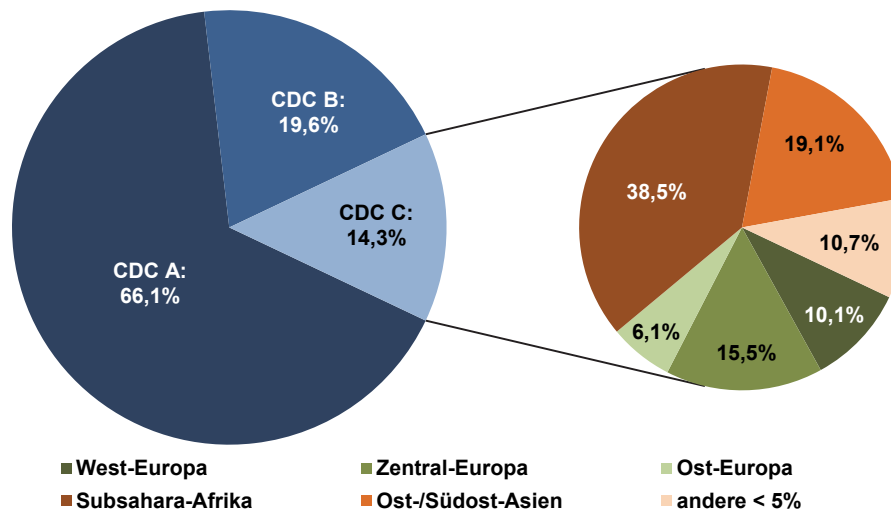


Abbildung 20
 CDC-Stadium bei HIV-Testung von Personen nicht-deutscher Herkunft, Deutschland, 2001-2012, CDC-Stadium C nach Herkunftsregion (n=4.838; eigene Berechnungen)

Für 30,8% aller zwischen 2001 und 2012 gemeldeten HIV-Neudiagnosen lag eine Angabe zur CD4-Zellzahl/ μ l Blut vor (Kap. 1.5.3), bei Personen nicht-deutscher Herkunft für 28,5% aller Fälle. Personen nicht-deutscher Herkunft wiesen bei erster positiver HIV-Testung einen deutlich geringeren mittleren Wert an CD4-Zellen/ μ l Blut auf als Deutsche (335 vs. 394; $n_{\text{Nicht-Deutsche}}=2.099$; $n_{\text{Deutsche}}=5.949$). Bei Männern nicht-deutscher Herkunft lag dieser Wert über dem von Frauen (349 vs. 305; $n_{\text{Männer}}=1.372$; $n_{\text{Frauen}}=692$). Der Anteil von Personen mit einer CD4-Zellzahl/ μ l < 200 und/oder einem CDC-Status C⁷¹, die als sogenannte „Late Presenters“ beschrieben werden, betrug für die Meldungen der Jahre 2001-2012 für Nicht-Deutsche 22,0%, für Deutsche 19,6% ($n_{\text{Nicht-Deutsche}}=5.130$; $n_{\text{Deutsche}}=12.716$). Dieser Anteil lag für nicht-deutsche Männer bei 22,1%, für nicht-deutsche Frauen bei 22,0% ($n_{\text{Männer}}=3.103$; $n_{\text{Frauen}}=1.937$).

4.1.2 Epidemiologische Situation von HIV bei Migranten in Berlin

Zwischen 2001 und 2012 hatte das Bundesland Berlin mit 4.366 gemeldeten HIV-Neudiagnosen den zweithöchsten Anteil (14,9%) an allen in diesem Zeitraum in Deutschland gemeldeten Diagnosen nach Nordrhein-Westfalen (23,3%).⁷² Die Verteilung nach Transmissionsrisiko zeigte einen hohen Anteil von MSM (2001 bis 2012: 71,1%), mit einem deutlichen Anstieg dieses Transmissionsrisikos ab dem Jahr 2003 (Abb. 21). Der Anteil von HIV-Neudiagnosen aus den Jahren 2001-2012 mit Transmissionsrisiko HPL lag bei 5,8%, in den Jahren 2001 bis 2004 bei 6,3 ($n=1.101$)%. Der Frauenanteil an allen zwischen 2001 und 2012 gemeldeten HIV-Neudiagnosen in Berlin betrug 9,8% (2001-2004: 10,4%).

⁷¹ Grundgesamtheit waren alle Fälle, für die mindestens eine der beiden genannten Angaben vorlag und für die damit der Status als „Late Presenter“ berechnet werden konnte.

⁷² Aufgrund der geringen Grundgesamtheit von in Berlin gemeldeten HIV-Neudiagnosen von Personen nicht-deutscher Herkunft für den Zeitraum zwischen den Jahren 2001 und 2004 wurde mit Ausnahme der Verteilung der Herkunftsregionen (Tab. 17) auf eine gesonderte Darstellung dieses Zeitraums verzichtet und jeweils nur der Zeitraum zwischen 2001 und 2012 dargestellt.

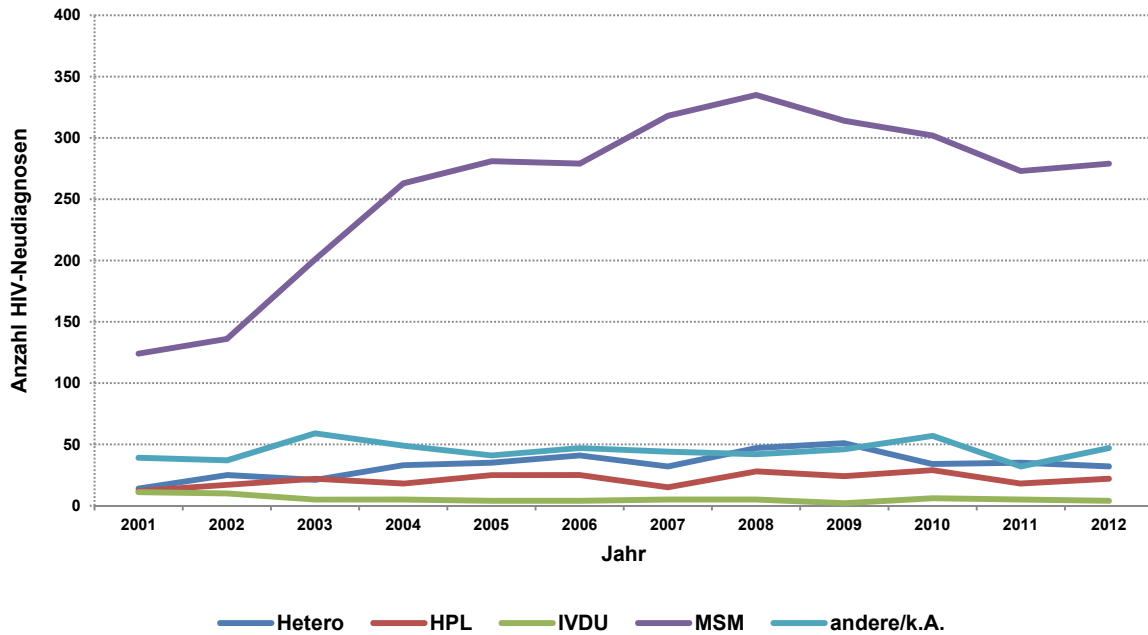


Abbildung 21
Anzahl von HIV-Neudiagnosen, Berlin, 2001-2012, nach Diagnosejahr und Transmissionsrisiko (n=4.366; eigene Berechnungen)

Für 84,4% aller zwischen 2001 und 2012 aus Berlin gemeldeten HIV-Neudiagnosen lag eine Angabe zum Herkunftsland vor. Der Anteil von Personen nicht-deutscher Herkunft an allen HIV-Neudiagnosen mit Herkunftsangabe lag für Berlin zwischen 2001 und 2012 im Mittel bei 23,3% (2001-2004: 21,9%), mit einem Anstieg zwischen den Jahren 2007 und 2010 (Abb. 14). Die Anzahl von Neudiagnosen bei Personen nicht-deutscher Herkunft stieg in Berlin in den Jahren 2008 bis 2010 im Vergleich zu den Vorjahren deutlich an und verblieb danach auf etwas niedrigerem Niveau (Abb. 14). Dieser Anstieg beruhte vorwiegend auf einem Anstieg von HIV-Neudiagnosen bei Personen nicht-deutscher-Herkunft mit dem Transmissionsrisiko MSM: so kam es hier zu einer Steigerung der HIV-Neudiagnosen von 15 Fällen im Jahr 2001 zur Höchstzahl von 58 Fällen im Jahr 2012.

Der Frauenanteil an allen zwischen 2001 und 2012 gemeldeten HIV-Neudiagnosen bei nicht-deutschen Getesteten in Berlin betrug 24,2% (2001-2004: 25,1%).

Die in Berlin zwischen 2001 und 2012 positiv auf HIV getesteten Personen deutscher Herkunft wiesen bei Testung ein Durchschnittsalter von 37 Jahren auf, Personen nicht-deutscher Herkunft eines von 34 Jahren, Personen mit Transmissionsrisiko HPL eines von 35 Jahre. 26,1% der HIV-Neudiagnosen mit Herkunftsangabe Deutschland wurden bei Personen unter 30 Jahren gestellt, gegenüber einem entsprechenden Anteil von 37,2% bei Personen nicht-deutscher Herkunft und von 29,5% bei Personen mit Transmissionsrisiko HPL (Abb. 22).

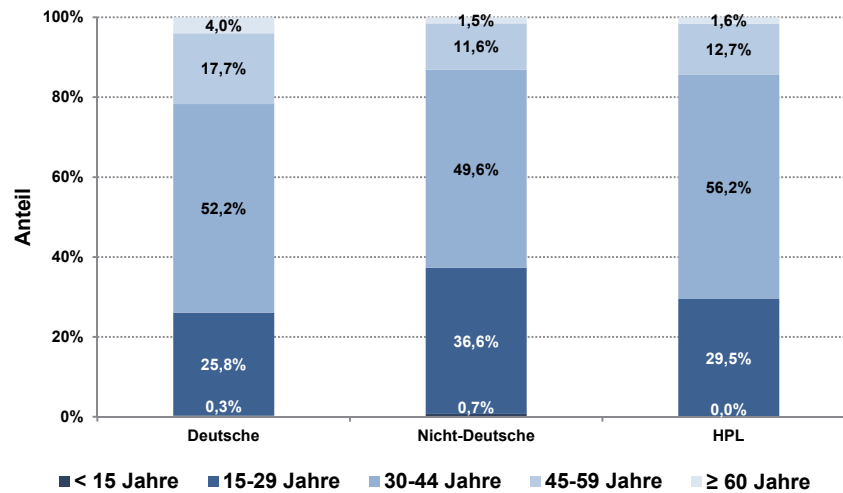


Abbildung 22
 Altersverteilung (gruppiert) bei HIV-Neudiagnosen von Deutschen (n=3.233), Nicht-Deutschen (n=765) und Personen mit Transmissionsrisiko HPL (n=238), Berlin, 2001-2012 (eigene Berechnungen)

Häufigste Herkunftsregion von Frauen nicht-deutscher Herkunft in Berlin war Subsahara-Afrika, bei Männern waren dies die europäischen Regionen, für beide Geschlechter bestanden nur geringe Abweichungen zwischen den Zeiträumen 2001-2004 und 2001-2012 (Tab. 17). Die drei häufigsten Herkunftsländer nicht-deutscher Personen im Zeitraum 2001 bis 2012 waren Polen (7,0%), Italien (5,9%) und Kamerun (5,6%), der Anteil von Personen türkischer Herkunft an allen Personen nicht-deutscher Herkunft betrug 3,3%, der Anteil mit griechischer Herkunft 1,0% (n=860). Die Verteilung der Herkunftsregionen für den Zeitraum zwischen 2001 und 2004 war dem Gesamt-Analysezeitraum vergleichbar, die drei häufigsten Herkunftsländer waren hier Polen und Thailand (jeweils 7,5%) sowie Brasilien und Italien (jeweils 5,3%; n=187). Für 6,7% aller in Berlin neu mit HIV-diagnostizierten Personen mit Angabe zum Herkunftsland wurde das Transmissionsrisiko HPL angegeben.

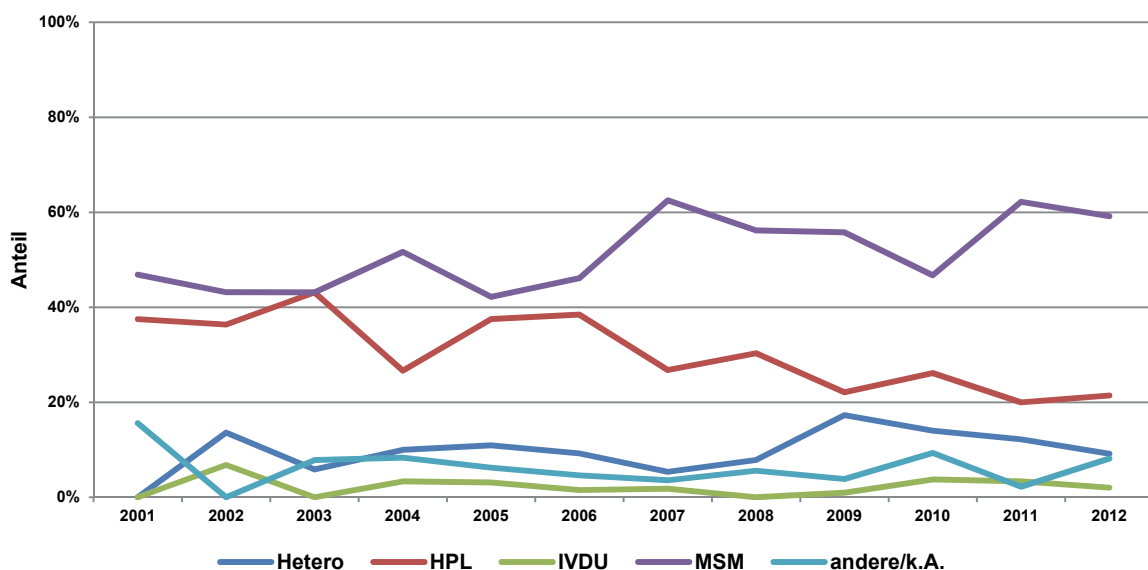


Abbildung 23
 Transmissionsrisiko von Personen nicht-deutscher Herkunft, nach Jahr, Berlin, 2001-2012 (n=860; eigene Berechnungen)

Die Verteilung des Transmissionsrisikos von Personen nicht-deutscher Herkunft in Berlin über die Zeit zeigte, dass der Anteil des Risikos MSM kontinuierlich über die Jahre anstieg, der Anteil des Risikos HPL hingegen stetig abfiel (Abb. 23).

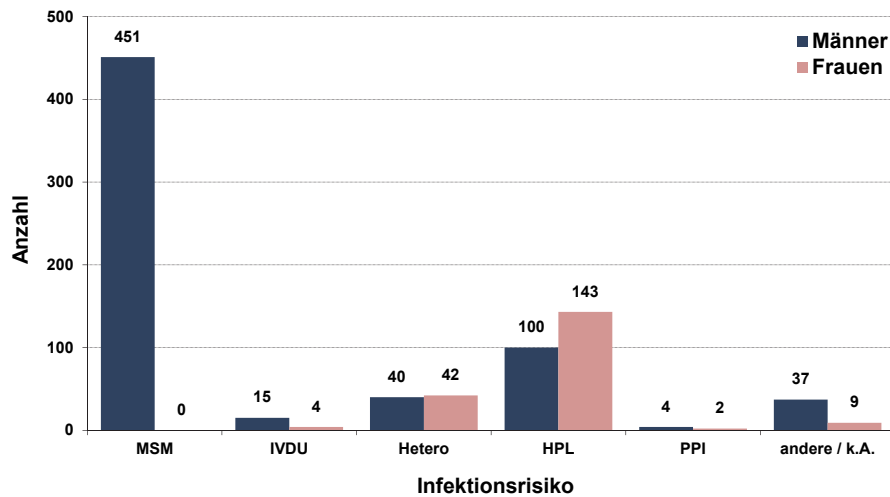


Abbildung 24
Transmissionsrisiko bei HIV-Neudiagnosen von Personen nicht-deutscher Herkunft, Berlin, 2001-2012, nach Geschlecht (eigene Berechnungen)

Häufigstes Transmissionsrisiko bei Männern nicht-deutscher Herkunft war MSM (69,7%), gefolgt von HPL (15,5%), heterosexuellen Kontakten (6,2%) sowie IVDU (2,3%; n=647; für absolute Anzahl s. Abb. 24). Demgegenüber war bei dem weit überwiegenden Anteil aller Frauen nicht-deutscher Herkunft das Transmissionsrisiko HPL (69,1%), gefolgt von heterosexuellen Kontakten (23,7%) und IVDU (1,9%; n=207; für absolute Anzahl s. Abb. 24). Der Frauenanteil bei Personen nicht-deutscher Herkunft für das Transmissionsrisiko HPL war deutlich höher (57,9%; n=247) als bei Vorliegen aller anderer Risiken (10,4%; n=613). 53,7% aller Meldungen aus Berlin zwischen 2001 und 2012 mit Herkunftsregion Subsahara-Afrika betrafen Frauen (n=216), gegenüber 14,1% bei Herkunft aus einer anderen Weltregion außerhalb Deutschlands (n=644).

Tabelle 21
Herkunftsregionen bei HIV-Neudiagnosen von Personen nicht-deutscher Herkunft, nach Transmissionsrisiko, Berlin, 2001-2012 (eigene Berechnungen)

Herkunftsregion (%)	Hetero (n=91)	HPL (n=247)	IVDU (n=19)	MSM (n=451)	Andere/k.A. (n=52)
West-Europa	8,8	0	5,3	31,7	11,5
Zentral-Europa	35,2	0	15,8	23,1	23,8
Ost-Europa	20,9	0	52,6	6,2	21,2
Nordafrika/Naher Osten	8,8	0	0	4,2	13,5
Subsahara-Afrika	2,2	82,6	0	1,6	5,8
Südost-Asien	14,3	13,8	21,1	8,3	9,6
Latein-Amerika	3,3	0,4	0	16,4	3,8
Nord-Amerika	0	0	5,3	6,4	0
Ausland (unspezifisch)	6,6	3,2	0	2,2	5,8

Annähernd alle nicht-deutschen Personen mit Transmissionsrisiko HPL stammten aus der Region Subsahara-Afrika sowie Ost-/Südost-Asien, etwa zwei Drittel derer mit Transmissionsrisiko MSM hatten eine europäische Herkunft (Tab. 21). Diese Regionen waren ähnlich häufig bei Personen mit heterosexuellem Transmissionsrisiko vertreten.

Der Anteil von Personen nicht-deutscher Herkunft, die ihre Infektion vermutlich in Deutschland erwarben, betrug für Berlin insgesamt 59,8% und bewegte sich nach einem anfänglichen Anstieg und mit Ausnahme des Jahres 2009 auf etwa gleichbleibendem Niveau (Abb. 19). Dieser Anteil lag für Männer etwa doppelt so hoch wie für Frauen (Tab. 19). Für Männer war dieser insbesondere bei Herkunft aus der west- und zentraleuropäischen Region sowie aus Nordafrika/Naher Osten und Nordamerika hoch. Für Frauen galt dies für die zentraleuropäische Region. Frauen und Männer mit Herkunft aus Subsahara-Afrika erwarben sich die HIV-Infektion überwiegend im Herkunftsland. Für nicht-deutsche Frauen und Männer mit Transmissionsrisiko MSM oder heterosexuellen Kontakten wurde zu hohen Anteilen Deutschland als Infektionsland angegeben, für Personen mit Transmissionsrisiko HPL nur zu geringen Anteilen (Tab 19).

Zum klinischen Status von nicht-deutschen Personen konnten aufgrund der kleinen Fallzahlen von HIV-Neudiagnosen für Berlin mit entsprechenden Angaben keine aussagekräftigen Analysen durchgeführt werden.

4.2 Ergebnisse der Fragebogen-Untersuchung

4.2.1 Responder-Verhalten

Die Responderraten betragen für N_1 (Regelversorgung) 12,0% ($n_{\text{Praxen}}=841$), für N_2 (HIV-Schwerpunktversorgung) 89,3% ($n_{\text{Praxen}}=28$). Von drei HIV-Schwerpunktpraxen wurde kein Fragebogen zurückgesandt, da sie keine HIV-positiven Migranten betreuten (telefonische Angabe). Damit wurden die HIV-Schwerpunktpraxen in Berlin mit Kontakt zu dieser Klientel vollständig erfasst. Für die Stichprobe der Rettungswachen und Ambulanzen (N_3) konnten, wie schon beschrieben (Kap. 3.2), aufgrund der in diesen Einrichtungen gegebenen mangelhaften Datenbasis keine Daten erhoben werden.

Zur Abklärung der geringen Responderrate für die Praxen der Regelversorgung wurden Telefoninterviews ($n=50$) geführt. Alle angesprochenen Non-Responder gaben an, keinen Kontakt zu HIV-positiven Migranten zu haben.

4.2.2 Ambulante medizinische Versorgungslage HIV-positiver Migranten in Berlin

4.2.2.1 Regelversorgung

53,5% aller Praxen gaben an, nur eine Fachrichtung zu vertreten, bei 28,2% der Praxen war eine weitere Fachrichtung gegeben, bei weiteren 16,2% deren zwei. 57,6% gaben an, als Einzelpraxis zu arbeiten, 15,1% arbeiteten mit mindestens einem Arzt derselben Fachrichtung zusammen, die übrigen 27,3% in einer Praxisgemeinschaft mit mindestens einer anderen Fachrichtung.

Die bei antwortenden Praxen am häufigsten vertretene Fachrichtung der Regelversorgung war mit 28,2% Allgemeinmedizin (Abb. 25), mit deutlichem Abstand folgten Gynäkologie und

Innere Medizin ($n_{\text{Praxen}}=101$)⁷³. Außer HNO, Pädiatrie und Psychiatrie waren keine weiteren Fachrichtungen mit einem Anteil von über 5% vertreten. Mehrfachnennungen von Fachrichtungen gab es bei Praxen, die zusätzlich zu einer anderen Fachrichtung psychotherapeutisch arbeiteten. Dies galt für 90,9% aller Praxen mit Angabe „Psychotherapie“. Die restlichen Praxen, die ihren Schwerpunkt allein auf der psychotherapeutischen Versorgung hatten, betreuten eine nur sehr kleine Anzahl von Patienten ($n=22$ bis 60) im Quartal.

Alle Praxen der Regelversorgung bezeichneten sich als überwiegend im Bereich der gesetzlichen Krankenkasse, keine als rein/überwiegend privatärztlich tätig.

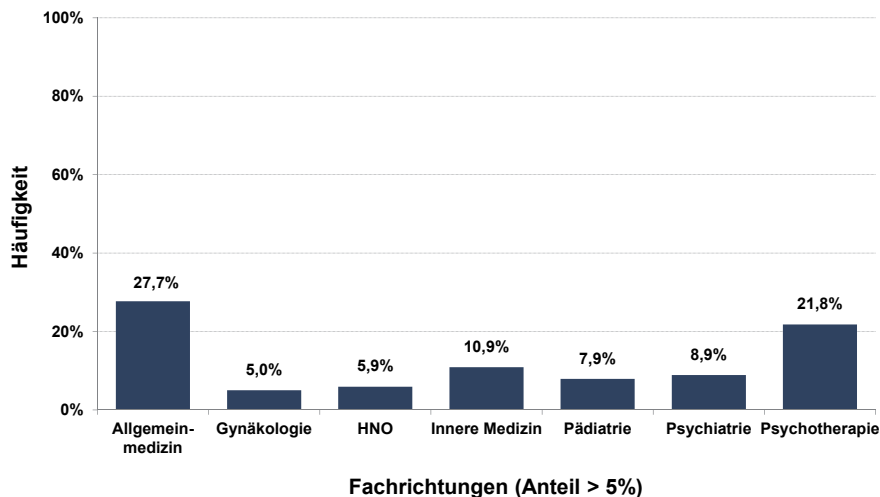


Abbildung 25
In Praxen der Regelversorgung vertretene Fachrichtungen (Häufigkeit >5%; Mehrfachantworten möglich; $n_{\text{Praxen}}=101$)

Von den antwortenden Praxen der Regelversorgung wurden im letzten Quartal vor der Erhebung insgesamt 90.454 Patientenkontakte berichtet. Die mittlere Anzahl von Patientenkontakten im letzten Quartal vor der Befragung betrug 952, dabei gab es eine große Schwankungsbreite (Range: 2.978; $n_{\text{Praxen}}=95$). 63,2% der Praxen der Regelversorgung lagen dabei in dem bezüglich der Praxisgröße am häufigsten vertretenen Intervallen zwischen 501 und 1.500 Patientenkontakten pro Quartal (Abb. 26).

⁷³ n_{Praxen} bezeichnet im Folgenden die Anzahl der Praxen, die auf das jeweilige Item geantwortet haben, $n_{\text{Migranten}}$ die Anzahl der HIV-positiven Migranten, die durch die auf das jeweilige Item antwortenden Praxen versorgt werden (Kap. 3.4.2.1).

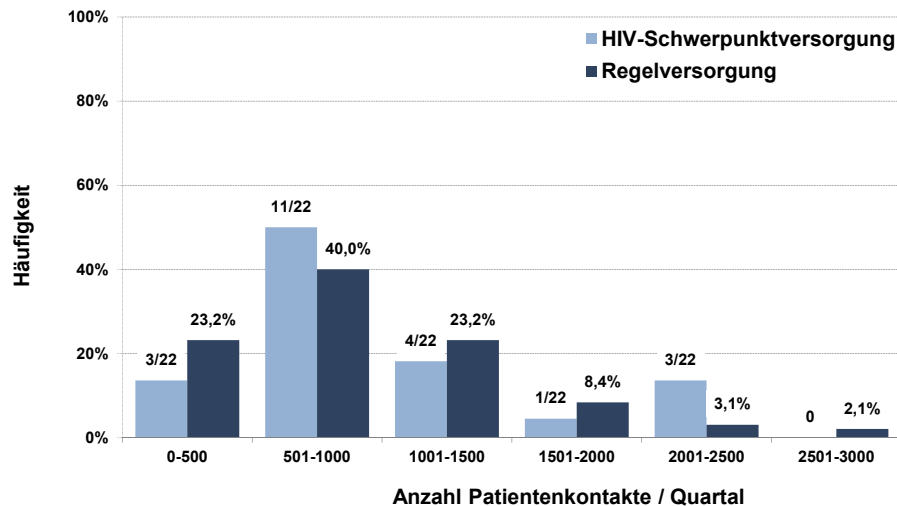


Abbildung 26
Praxisgrößen (gruppierte Anzahl Patientenkontakte/Quartal) der Regel- und der HIV-Schwerpunktversorgung ($n_{\text{Regelversorgung}}=95$; $n_{\text{Schwerpunktversorgung}}=22$)

87,1% der Praxen der Regelversorgung, die an der Studie teilnahmen, betreuten zum Erhebungszeitpunkt generell Migranten ($n_{\text{Praxen}}=101$). Insgesamt berichteten diese Praxen von 19.802 Patientenkontakten bei Migranten im letzten Quartal vor der Erhebung ($n_{\text{Praxen}}=67$). Dies entsprach einem durchschnittlichen Migranten-Anteil von 31,6% in den Praxen der Regelversorgung, die Migranten versorgten.

Einige wenige Praxen berichteten von einer hohen Anzahl von Patientenkontakten mit Migranten, die überwiegende Mehrheit deutlich weniger (Median: 150; Range: 1.350; $n_{\text{Praxen}}=67$; Abb. 27). Wurde diese Anzahl der Patientenkontakte mit Migranten auf die Größe der Praxis bezogen, ergab sich bei 50,8% der Praxen ein Migranten-Anteil von unter 20%, bei 76,9% von unter 40% aller behandelten Patienten (Median 20,0%; Range: 96%; $n_{\text{Praxen}}=67$).

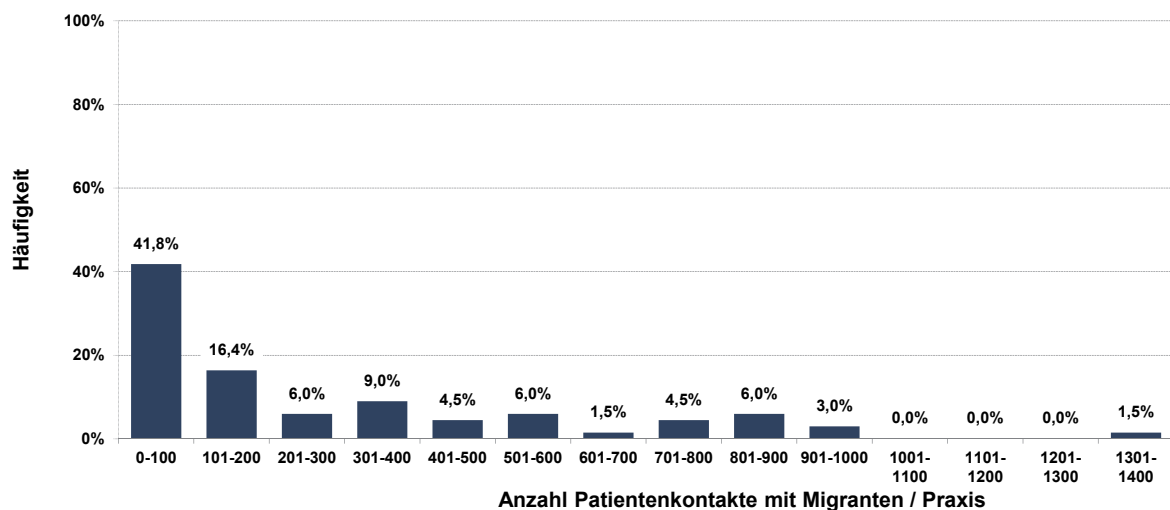


Abbildung 27
Anzahl von Patientenkontakten mit Migranten/Praxis (klassiert), Häufigkeit für Praxen der Regelversorgung ($n_{\text{Praxen}}=67$)

17 Praxen der Regelversorgung (16,8%) betreuten wissentlich HIV-positive Migranten in ihrer Sprechstunde. Zum Zeitpunkt der Erhebung wurden dort insgesamt 46 Migranten betreut, bei denen eine HIV-Infektion bekannt war (Median=2; Min=1; Max=10; $n_{\text{Praxen}}=17$).

Alle dieser Praxen gaben an, dass alle bei ihnen präsent gewordenen an HIV/AIDS erkrankten Migranten über eine Krankenversicherung verfügten. 12/14 Praxen benannten einen Anteil von sich illegalisiert in Deutschland aufhaltenden Migranten an allen an HIV/AIDS erkrankten Migranten in ihrer Praxis von unter 1%, für die restlichen beiden Praxen betrug dieser Anteil 50%. Diese beiden Einrichtungen betreuten zusammen aber nur 4 HIV-positive Migranten.

Migranten gelten als durch massenmedial verbreitete Präventionsbotschaften für die Allgemeinbevölkerung schwer erreichbar, etwa aufgrund kultureller Differenzen zur Einwanderungsgesellschaft sowie aufgrund sprachlicher Defizite (Kap. 1.4.1). Um einen Überblick über die Sensibilität von Migranten gegenüber den Anzeichen einer HIV/AIDS-Erkrankung zu erhalten, wurde in den Praxen erhoben, wie viele dieser Personen, deren Gesundheitsprobleme auf einer HIV/AIDS-Erkrankung beruhten, eine andere Erkrankung hinter ihren Symptomen vermuteten. In der Regelversorgung waren es im Mittel 48,8% ($\sigma=43,9\%$) der an HIV/AIDS erkrankten Migranten, die ohne Vermutung einer HIV-Infektion den Arzt aufsuchten ($n_{\text{Praxen}}=8$).

Die ärztliche Betreuung der HIV-positiven Migranten umfasste dabei in keiner der Praxen die Behandlung der HIV-Infektion. In 16/16 Praxen wurden diese an eine HIV-Schwerpunktpraxis verwiesen, sofern eine Erkrankung aufgrund der HIV-Infektion auftrat beziehungsweise wenn sich der Verlauf der HIV-Infektion deutlich verschlechterte. Die Ärzte wurden gefragt, ob und wie sie den Versorgungsweg eines an HIV/AIDS erkrankten Migranten nach einer Überweisung an eine andere Stelle des gesundheitlichen Versorgungssystems verfolgten. 8/17 der Praxen der Regelversorgung gaben in diesem Zusammenhang an, nach einer Überweisung den weiteren Weg dieser Patienten nachzuvollziehen. Die Ärzte überwiesen ihre Patienten an die HIV-Schwerpunktversorgung und verfolgten den Weg der Migranten durchgehend anhand von Telefonaten mit den weiterbehandelnden Personen.

4.2.2.2 HIV-Schwerpunktversorgung

Bei 9/25 der Praxen der HIV-Schwerpunktversorgung handelte es sich um eine Einzelpraxis, in jeweils weiteren 8/25 der Fälle um eine Praxisgemeinschaft in Zusammenarbeit mit einem Arzt der gleichen Fachrichtung oder um eine Gemeinschaftspraxis mit unterschiedlichen Fachrichtungen, wobei dies in der Mehrheit Kombinationen aus Allgemein- und Innerer Medizin waren. In den HIV-Schwerpunktpraxen waren insgesamt 5 Fachrichtungen vertreten, mit einer deutlichen Dominanz der Allgemein- und der Inneren Medizin ($n_{\text{Praxen}}=19$; Abb. 28). Dabei arbeitete in 8/19 der HIV-Schwerpunktpraxen nur ein Arzt, in 7/19 waren zwei Ärzte tätig und 5/19 drei oder mehr (bis hin zu sieben) Ärzte. Insgesamt lagen Angaben zu 44 Ärzten aus 19 Praxen vor.

Alle Praxen der HIV-Schwerpunktpraxen hatten eine Zulassung zur Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen inne.

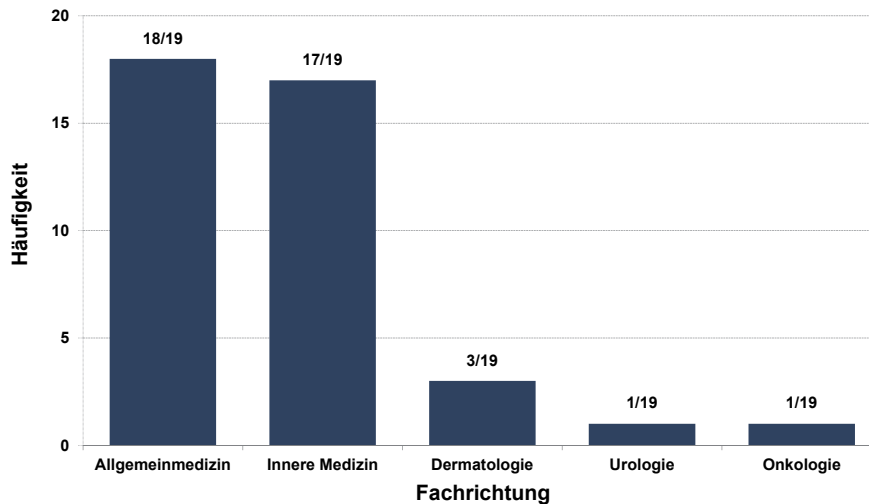


Abbildung 28
In Praxen der HIV-Schwerpunktversorgung vertretene Fachrichtungen ($n_{\text{Praxen}}=19$)

15/22 der Praxen berichteten von 501 bis 1.500 Patientenkontakten pro Quartal, dabei aber mit einem deutlichen Schwerpunkt im niedrigeren Intervall zwischen 501 und 1.000 Patientenkontakte/Quartal (Abb. 26). Bei den drei Praxen mit 2.001-2.500 Patientenkontakten/Quartal handelte es sich um solche mit einer hohen Zahl behandelnder Ärzte zwischen fünf bis sieben. Die mittlere Anzahl von Patientenkontakten lag in der HIV-Schwerpunktversorgung bei 1.065 und einem Median von 900 ($n_{\text{Praxen}}=22$), mit einer erheblichen Schwankungsbreite (Range: 2.089). Insgesamt wurden von den Praxen der HIV-Schwerpunktversorgung von 23.439 Patientenkontakten im letzten Quartal vor dem Erhebungszeitpunkt berichtet.

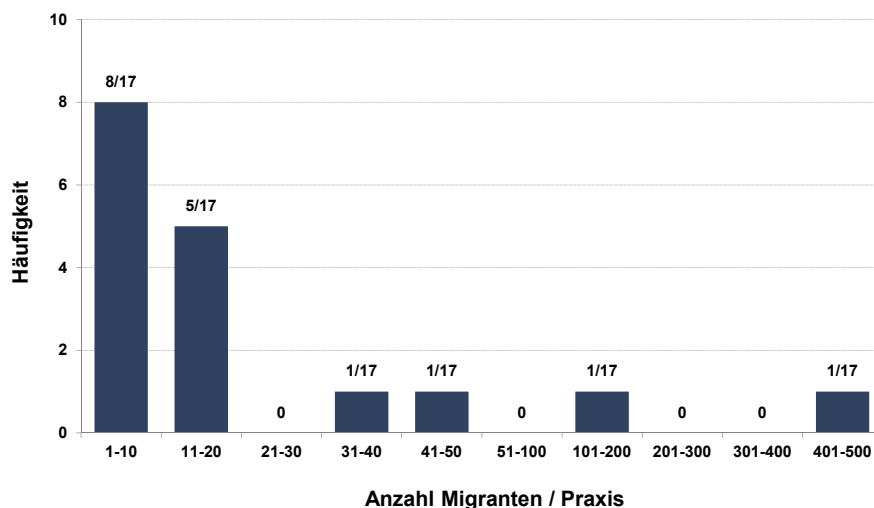


Abbildung 29
Anzahl von HIV-positiven Migranten/Praxis (klassiert, keine einheitlichen Klassen), Häufigkeit für HIV-Schwerpunktpraxen, die diese Klientel versorgen ($n_{\text{Praxen}}=17$)

Von den HIV-Schwerpunktpraxen gaben 17/25 an, HIV-positive Migranten zu betreuen. Zum Erhebungszeitpunkt wurden in diesen Einrichtungen insgesamt 909 HIV-positive Migranten behandelt (Median=14; Min=1; Max=500; $n_{\text{Praxen}}=17$). Eine große HIV-Schwerpunktpraxis betreute sehr viele Migranten (500), eine weitere noch 166, annähernd alle weiteren zwischen

einem und zwanzig (Abb. 29). Insgesamt betreuten etwa drei Viertel der Praxen dieses Typs nur bis zu zwanzig HIV-positive Migranten. Elf HIV-Schwerpunktpraxen berichteten, dass sich die Anzahl der an HIV/AIDS erkrankten Migranten in den letzten Jahren erhöht habe, zwei berichteten von einer Abnahme, vier gaben keine Veränderungen an ($n_{\text{Praxen}}=17$). Aufgrund der meist geringen Gesamtzahl von Migranten in den Praxen waren diese Veränderungen bei Umrechnung in absolute Zahlen gering: insgesamt hoben sich Zunahmen ($n=34$) und Abnahmen ($n=28$) in etwa auf.

Angaben zum Geschlecht der migrantischen HIV-positiven Patienten lagen für 743 Personen vor ($n_{\text{Praxen}}=16$). Danach wurden zum Erhebungszeitpunkt 595 (80,0%) Männer und 148 (20,0%) Frauen behandelt. Altersangaben zu den behandelten Migranten wurden von 16/17 Praxen gemacht (Abb. 30; $n_{\text{Migranten}}=743$). Jeweils etwa die Hälfte der behandelten Männer und Frauen befand sich demnach im Alter von 15 bis 29 Jahren, jeweils ein zweiter großer Anteil männlicher wie weiblicher Migranten wurde für die Altersgruppe von 30 bis 45 Jahren berichtet.

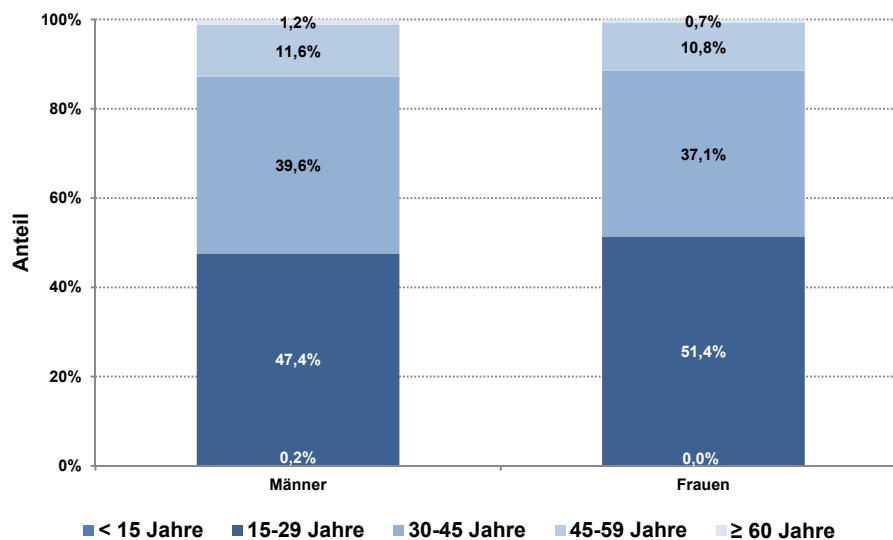


Abbildung 30

Altersverteilungen der in den HIV-Schwerpunktpraxen behandelten HIV-positiven Migranten, nach Geschlecht und Altersgruppen, absolut und Anteile, nach Geschlecht ($n_{\text{Praxen}}=16$; $n_{\text{Männer}}=595$, $n_{\text{Frauen}}=148$)

Genauere Angaben zur Herkunftsregion beziehungsweise zum kulturellen Hintergrund der behandelten Migranten wurden von 8/17 Praxen für insgesamt 256 Patienten gemacht (Tab. 22). Aus den Zahlen wurde ein Schwerpunkt von Personen aus Subsahara-Afrika deutlich, es folgten mit annähernd gleicher Häufigkeit als Herkunftsregion beziehungsweise kultureller Hintergrund Asien, die Länder der alten EU, Latein-Amerika, Ost-Europa sowie mit einigem Abstand die Türkei.

Angaben zu den Transmissionsrisiken lagen für 26,7% der Migranten vor, die in der HIV-Schwerpunktversorgung betreut wurden ($n_{\text{Männer}}=160$, $n_{\text{Frauen}}=83$).⁷⁴ Diese Daten stammten von 15 der 17 Praxen, die Migranten betreuten. Nach Analyse der vorhandenen Daten für männliche HIV-positive Migranten wurde deutlich, dass das am häufigsten gegebene Trans-

⁷⁴ Laut Angaben der beiden Praxen mit der höchsten Anzahl betreuter Migranten wären deren Angaben zum Infektionsweg mit einer aufwendigen Datenbankrecherche verbunden gewesen. Daher liegen keine Angaben zu den Infektionswegen der von diesen beiden Praxen betreuten Migranten ($n=666$) vor.

missionsrisiko mit 35,0% die Herkunft aus einem Hochprävalenzland (HPL) war, dicht gefolgt von MSM mit 30,6%. Intravenöser Drogengebrauch folgte mit 18,8%, heterosexuelle Kontakte (die nicht das Risiko der Herkunft aus einem HPL beinhalten) spielten mit 10,0% eine geringere Rolle, für 5,6% war das Transmissionsrisiko unbekannt. Das häufigste Transmissionsrisiko bei weiblichen HIV-positiven Migranten stellte wie mit 48,2% die Herkunft aus einem HPL dar, gefolgt von heterosexuellen Kontakten mit 38,6% sowie intravenösem Drogengebrauch mit 2,9%, 10,3% der Fälle blieben ohne Angabe eines Transmissionsrisikos.

Tabelle 22
In HIV-Schwerpunktpraxen behandelte HIV-
positive Migranten nach Herkunftsregi-
on/kulturellem Hintergrund (n_{Praxen}=8; n_{Migran-}
ten=256)

Herkunftsregion/kult. Hintergrund	Anteil
Asien	13,7%
EU-15-Länder	14,8%
Latein-Amerika	10,9%
Naher Osten	2,3%
Nord-Amerika	5,9%
Zentral- und Ost-Europa	16,1%
Subsahara-Afrika	29,3%
Türkei	7,0%

In 12 Einrichtungen war der Anteil Nichtversicherter an allen HIV-positiven Migranten geringer als 5%, in weiteren 3 wurden zwischen 10% bis 15% dieser Gruppe ohne Versicherten-schutz präsent, in einer Praxis galt dies für 100% (n_{Praxen}=16). Das gewichtete arithmetische Mittel betrug 11,9% ($\sigma_{\text{gew}}=12,6\%$; n_{Migranten}=908). Damit wurden zum Erhebungszeitpunkt 108 HIV-positive Migranten behandelt, die ohne Krankenversicherungsschutz waren.

Ein ähnliches Bild boten die Daten zum Aufenthaltsstatus dieser Personengruppe: in zehn Praxen blieb der Anteil von Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus unter 5%, in weiteren zwei traf dies auf weniger als 10% der an HIV/AIDS erkrankten Migranten zu (n_{Praxen}=16). In drei Praxen waren zwischen 50% und 60% der versorgten Migranten ohne Aufenthaltsstatus. Das gewichtete arithmetische Mittel betrug 9,0% ($\sigma_{\text{gew}}=8,5\%$; n_{Migranten}=908). 81 HIV-positive Migranten, die zum Erhebungszeitpunkt in der Berliner HIV-Schwerpunktversorgung betreut wurden, verfügten damit über keine Aufenthaltsberechtigung.

Ausländerrechtliche Probleme stellten für einen weiten Teil der Praxen in der HIV-Schwerpunktversorgung eine bedeutsame Schwierigkeit dar: für nur 8,4% der versorgten Migranten traten diese „selten“ oder „nie“ auf (Abb. 31). Insbesondere Praxen mit einer größeren Population HIV-positiver Migranten sahen sich ausländerrechtlichen Problemen häufiger gegenüber gestellt. Auf die offene Frage nach Erschwernissen aufgrund ausländerrechtlicher Probleme wurden die Gefahr der Abschiebung von Patienten genannt, aufgrund derer eine ausreichende und kontinuierliche Behandlung immer wieder in Frage gestellt sei, sowie die Behinderung einer adäquaten Versorgung von illegalisierten Migranten. Die Häufigkeit ausländerrechtlicher Probleme korrelierte stark negativ mit der Anzahl der versorgten HIV-positiven Migranten ($\tau_c = -,434$; n_{Praxen}=16)⁷⁵, Praxen mit einer höheren Anzahl dieser Klientel berichteten damit häufiger von ausländerrechtlichen Problemen. Es bestand ein mittelstarker bis star-

⁷⁵ Zur Richtung der Korrelation: die Häufigkeit ausländerrechtlicher Probleme in der Versorgung HIV-positiver Migranten war dabei kodiert mit „immer“=1, „häufig“=2, „selten“=3, „nie“=4.

ker negativer Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung von Schwierigkeiten in der Versorgung durch ausländerrechtliche Probleme und der Anzahl HIV-positiver Migranten ohne Krankenversicherung in der jeweiligen Praxis ($\tau_c = -,400$; $n_{\text{Praxen}}=15$). Der Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung ausländerrechtlicher Probleme und der Anzahl illegalisierter Migranten in einer Praxis war mittelstark ($\tau_c = -,360$; $n_{\text{Praxen}}=15$).

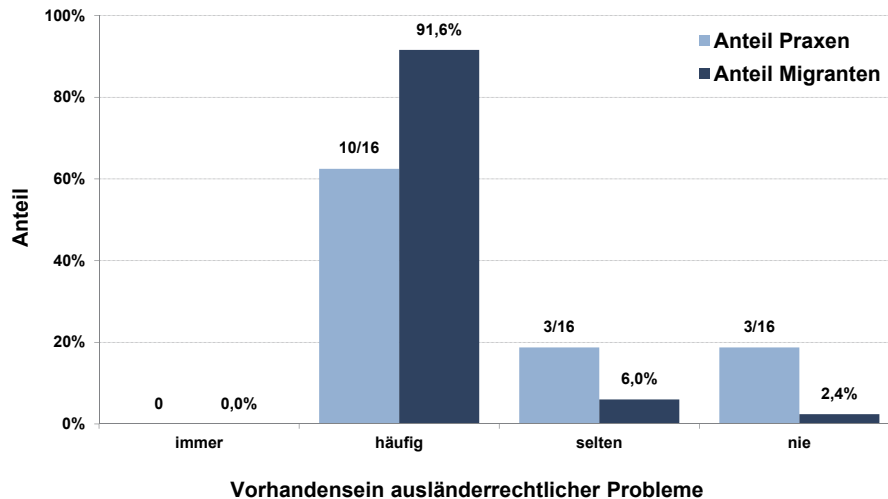


Abbildung 31
Erschwerung der Behandlung HIV-positiver Migranten durch ausländerrechtliche Probleme in der HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Praxen und Anteil versorgter Migranten ($n_{\text{Praxen}}=16$; $n_{\text{Migranten}}=895$)

Der Anteil HIV-positiver Migranten, die hinter ihren Symptomen eine andere Erkrankung als eine HIV-Infektion vermuteten, war in der HIV-Schwerpunktversorgung im Mittel gering ($\bar{x}_{\text{gew}}=5,4\%$; $\sigma_{\text{gew}}=8,3\%$; $n_{\text{Praxen}}=12$; $n_{\text{Migranten}}=848$).

23,0% der HIV-positiven Migranten kamen in der asymptomatischen Phase ihrer HIV-Infektion (CDC-Stadium A) in die HIV-Schwerpunktpraxen, 49,5% in der symptomatischen Phase (CDC-Stadium B), 27,5% wurde im Stadium AIDS (CDC-Stadium C) vorstellig ($n_{\text{Praxen}}=15$; $n_{\text{Migranten}}=847$).

Bezüglich des Versorgungsverlaufs der an HIV/AIDS erkrankten Migranten bot sich ein geteiltes Bild: elf Praxen gaben an, dass zwischen 0% und 40% dieser Personen aufgrund einer Verweisung aus einer nicht auf HIV/AIDS spezialisierten Praxis zu ihnen gekommen seien, eine Praxis einen Anteil zwischen 40% und 60%, drei Praxen, dass dies zwischen 80% und 100% aller dieser Fälle bei ihnen zuträfe ($n_{\text{Praxen}}=14$). Es ergab sich ein gewichtetes arithmetisches Mittel von 29,0% ($\sigma_{\text{gew}}=14,7\%$; $n_{\text{Migranten}}=889$) und damit eine Gesamtzahl von 258 Migranten, die aus Praxen der Regelversorgung überwiesen wurden. Als Gründe hierfür wurden auf die diesbezügliche, offene Frage entweder eine fortschreitende HIV-Infektion, die fehlende Fachkenntnis von Kollegen oder aber die Kombination aus beiden genannt ($n_{\text{Praxen}}=12$). Als Antworten auf die offene Frage nach Empfehlungen zum Aufsuchen einer HIV-Schwerpunktpraxis wurden solche von Bekannten der Betroffenen, von niedergelassenen Kollegen aus der Regelversorgung sowie von psychosozialen Einrichtungen auf diesem Gebiet, aber auch von auf die Behandlung von HIV/AIDS spezialisierten Krankenhäusern genannt ($n_{\text{Praxen}}=13$).

In Bezug auf die Betreuungsdauer der an HIV/AIDS erkrankten Migranten in den HIV-Schwerpunktpraxen ergab sich ein eindeutiges Bild. Das gewichtete arithmetische Mittel für eine Betreuungsdauer länger als ein Jahr lag bei 96,1% aller behandelten HIV-positiven Mig-

ranten ($n_{\text{Praxen}}=16$; Tab. 23). Mittlere oder kurze Betreuungsdauern wurden nur für geringe Anteile der migrantischen Klientel berichtet. Die Streuung war für alle drei Variablen gering.

Tabelle 23
Betreuungsdauer HIV-positiver Migranten, HIV-Schwerpunktversorgung: gewichtetes arithmetisches Mittel und gewichtete Standardabweichung ($n_{\text{Praxen}}=16$)

	< 3 Monate	3-12 Monate	> 12 Monate
\bar{x}_{gew}	1,5%	2,4%	96,1%
σ_{gew}	3,8%	6,1%	9,1%

Vernetzung wurde als ein wichtiger Faktor für die interkulturelle Kompetenz in einer Praxis beschrieben (Kap. 2.3). Daher wurden die Ärzte der HIV-Schwerpunktversorgung gefragt, ob und wie sie den Versorgungsweg eines HIV-positiven Migranten nach einer Überweisung an eine andere Stelle des gesundheitlichen Versorgungssystems verfolgten. 7/15 HIV-Schwerpunktpraxen gaben in diesem Zusammenhang an, nach einer Überweisung den weiteren Weg dieser Patienten nachzuvollziehen. Nach Gewichtung anhand des Migrantenanteils in den Praxen traf dies auf 668 (73,5%) der versorgten HIV-positiven Migranten zu. Dabei wurde die Zusammenarbeit mit verschiedenartigen psychosozialen Einrichtungen aus dem HIV/AIDS-Bereich berichtet wie der AIDS-Hilfe, der Drogen-Hilfe oder der Wohnungshilfe, sowie mit weiteren Trägern wie den Sozialämtern und Krankenkassen.

4.2.3 Interkulturelle Kompetenzen in der Berliner HIV-Versorgungslandschaft

In diesem Kapitel werden, getrennt nach Daten zur Regel- und zur HIV-Schwerpunktversorgung, zunächst die in den untersuchten Praxen vorhandenen interkulturellen Kompetenzen anhand der in Kap. 3.4.1 beschriebenen Subskalen des interkulturellen Index berichtet. Daran anschließend wird die Bewertung der Praxen auf Grundlage des gesamten interkulturellen Index dargestellt.

Die Angaben zur Ausprägung der Subskala „interkulturell relevante Faktoren auf organisatorischer Ebene“ der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“, der gesamten adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ sowie der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ beziehen sich dabei nur auf Praxen, die generell Migranten zu ihren Patienten zählten, für die Regelversorgung ebenso wie für die HIV-Schwerpunktversorgung ($n_{\text{Regelversorgung}}=88$; $n_{\text{Schwerpunktversorgung}}=17$; Kap. 4.2.1), da diese Items sinnvoll nur für Praxen mit migrantischer Klientel abgefragt werden konnten. Gleiches gilt für den interkulturellen Index, da nur für die genannten Praxen die Ausprägungen des interkulturellen Index auf Grundlage der vollständigen Bewertungen auf den beiden adaptiven Achsen berechnet werden konnte.

Soweit es die Datenstruktur erlaubte, werden über die Deskription der Praxen hinaus auch Angaben zur Anzahl der Migranten gemacht, für die die jeweiligen Ausprägungen der Items zuträfen.

4.2.3.1 Ausprägung der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ in der Regelversorgung

Subskala „Bereitstellung fremdsprachiger Patienteninformationen“

Die Praxen der Regelversorgung erreichten auf der Subskala „Bereitstellung fremdsprachiger Patienteninformationen“ im Mittel 0,5 Punkte, im für diese Subskala möglichen Intervall von -2 bis 5 ($\hat{\sigma}=1,8$; Min= -2; Max=5; $n_{\text{Praxen}}=101$). Für Praxen der Regelversorgung mit migrantischer Klientel betrug dieser Wert 0,5 ($\hat{\sigma}=1,8$; Min= -2; Max=5; $n_{\text{Praxen}}=88$), für Praxen ohne solche Patienten 0,3 ($\hat{\sigma}=1,9$, Min= -2; Max=5; $n_{\text{Praxen}}=13$). Über alle Praxen standen im Mittel 1,4 fremdsprachige Patienteninformationen zu allgemeinen Erkrankungen zur Verfügung ($\hat{\sigma}=1,6$; Min=0; Max=8; $n=101$), 0,5 spezifisch zu HIV/AIDS ($\hat{\sigma}=1,3$; Min=0; Max=9; $n_{\text{Praxen}}=101$).

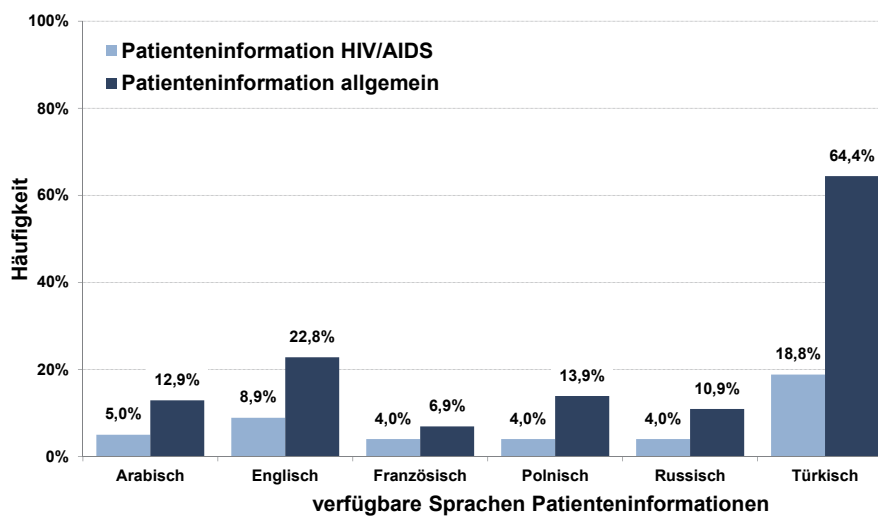


Abbildung 32
Verfügbarkeit von Patienteninformationen zu HIV/AIDS und zu Erkrankungen allgemein, Regelversorgung, nach Sprache ($n_{\text{Praxen}}=101$)

Für die Praxen der Regelversorgung ergab sich ein deutlicher Schwerpunkt auf Patienteninformationen in türkischer Sprache (Abb. 32). Sowohl im Bereich allgemeiner Erkrankungen (64,4% der Praxen gaben an, türkischsprachige Patienteninformationen bereitzuhalten), als auch in Bezug auf HIV/AIDS (18,8%) waren hier die höchsten Anteile zu verzeichnen ($n_{\text{Praxen}}=101$). Englisch folgte als zweite Sprache erst mit erheblichem Abstand (allgemeine Erkrankungen: 22,8%; HIV/AIDS: 8,9%), alle weiteren Sprachen waren noch seltener zu verzeichnen. Zwischen dem Anteil behandelter Migranten an allen Patienten der jeweiligen Praxis und den auf der Subskala „Bereitstellung fremdsprachiger Patienteninformationen“ erreichten Punkten war ein schwacher bis mittelstarker Zusammenhang festzustellen ($\tau_c=,193$; $n_{\text{Praxen}}=65$)⁷⁶, das heißt, in Praxen mit einem höheren Migranten-Anteil wurden eher mehr fremdsprachige Patienteninformationen zur Verfügung gestellt.

⁷⁶ Alle für die Praxen der Regelversorgung dargestellten Korrelationen sind nicht auf eine nicht näher bestimmte Grundgesamtheit verallgemeinbar, sondern gelten nur für die Praxen, die sich an dieser Untersuchung beteiligt haben (Kap. 3.4.2.1 und 4.2.1).

Subskala „in den Praxen vorhandene Sprachkompetenzen“

Auf der Subskala „in den Praxen vorhandene Sprachkompetenzen“ wurden von den Praxen der Regelversorgung im Mittel 4,7 Punkte von 10 möglichen Punkten erreicht ($\hat{\sigma}=2,5$; Min=0; Max=10; $n_{\text{Praxen}}=101$). Für Praxen mit migrantischer Klientel ergab sich ein Wert von 4,8 ($\hat{\sigma}=2,4$; Min=0; Max=9; $n_{\text{Praxen}}=88$), für Praxen ohne solche Patienten 4,1 ($\hat{\sigma}=2,8$; Min=2, Max=10; $n_{\text{Praxen}}=13$).

Die Analyse der aktiven Sprachkenntnisse der behandelnden Ärzte aus der Regelversorgung zeigte, dass fast alle (92,9%) Deutsch als Muttersprache angaben, eine zweite Muttersprache 5,9% ($n_{\text{Praxen}}=97$). Etwa die Hälfte der Personen (47,5%) verfügte über aktive Kompetenzen in einer Fremdsprache, ein weiteres Viertel in zwei Fremdsprachen (27,3%; $n_{\text{Praxen}}=99$). Die erste Fremdsprache war bei 86,5% der Antworten Englisch ($n_{\text{Praxen}}=99$), die Anteile anderer Sprachen waren jeweils geringer als 3%.

Die Auswertung der Sprachkenntnisse des Praxispersonals ergab, dass in 25,7% der Praxen eine nicht-deutsche Muttersprache vertreten war, in 8,9% der Praxen waren dies zwei unterschiedliche nicht-deutsche Muttersprachen ($n_{\text{Praxen}}=101$). In 19,8% der Fälle waren Kenntnisse in Türkisch gegeben, in jeweils 3,9% in Polnisch oder Russisch ($n_{\text{Praxen}}=101$).

Für die nicht-deutschen kulturellen Hintergründe des nicht-ärztlichen Praxispersonals ergab sich ein ähnliches Bild: in 33,0% der Praxen arbeitete Personal mit einem nicht-deutschen kulturellen Hintergrund⁷⁷, in 8,7% waren zwei unterschiedliche nicht-deutsche kulturelle Hintergründe vertreten.

Die Anzahl des Personals in den Praxen korrelierte stark mit den dort insgesamt vorhandenen Fremdsprachenkompetenzen des Personals ($r=,636$; $n_{\text{Praxen}}=93$), sowie mittelstark mit den vorhandenen unterschiedlichen Sprachkompetenzen ($r=,340$; $n_{\text{Praxen}}=93$). Praxen mit mehr Angestellten verfügten damit eher über mehr Fremdsprachenkompetenzen.

Zwischen dem Anteil der Migranten an allen Patienten der Praxis und der Anzahl der auf der Subskala „Sprachkompetenzen in der ärztlichen Praxis“ erreichten Punkten war ein schwacher bis mittelstarker Zusammenhang festzustellen ($\tau_c=,186$; $n_{\text{Praxen}}=65$).

Subskala „interkulturell relevante Faktoren auf organisatorischer Ebene“

Die mittlere Ausprägung der Subskala „Interkulturell relevante Faktoren auf organisatorischer Ebene“ betrug für Praxen mit migrantischer Klientel 1,0 von 5 möglichen Punkten ($\hat{\sigma}=1,5$; Min=0; Max=5; $n_{\text{Praxen}}=88$).⁷⁸

Am stärksten waren dabei Vernetzungsaspekte ausgeprägt. 19,3% der Praxen arbeiteten mit auf Migranten spezialisierten psychosozialen Einrichtungen zusammen (Abb. 33). 16,1% gaben an, zum Thema „gesundheitliche Versorgung von Migranten“ mit ärztlichen Kollegen beziehungsweise anderen Berufsgruppen vernetzt zu sein. Von einer Zusammenarbeit mit migrantischen Organisationen berichteten noch 15,5% der Praxen.

⁷⁷ Diese Zahlen sind etwas höher als bei der nicht-deutschen Muttersprache, da nicht alle Personen mit anderem kulturellen Hintergrund auch dessen Sprache als Muttersprache erlernt haben, insbesondere in der jüngeren Generation, die häufig als Arzthelferinnen arbeitet.

⁷⁸ Aufgrund der inhaltlichen Strukturierung dieser Subskala wurden hierzu nur Praxen mit migrantischer Klientel befragt (Kap. 3.4.1.1). Damit sind auf der Subskala auch nur solche Praxen bewertbar.

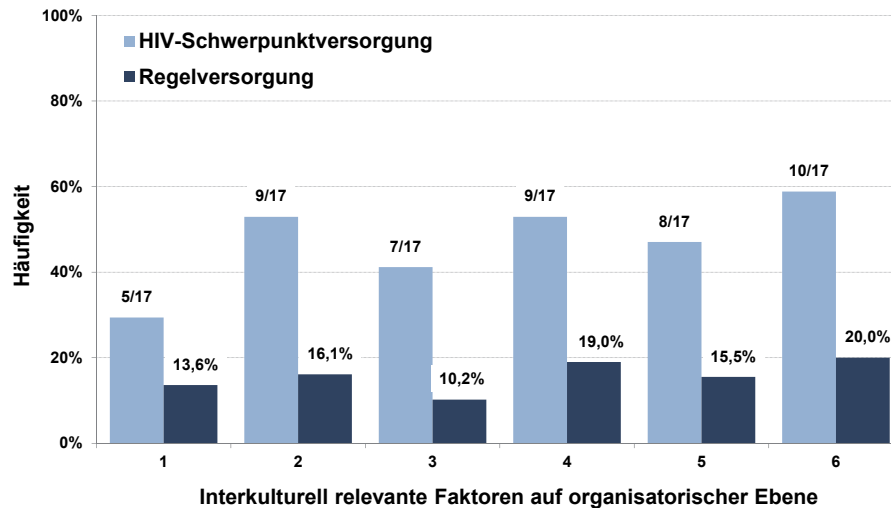


Abbildung 33
Vorhandensein interkulturell relevanter Faktoren auf organisatorischer Ebene, nach Versorgungstyp: 1 = Intervention/Supervision zu Migration; 2 = Vernetzung mit anderen medizinischen Einrichtungen zur Gesundheit von Migranten; 3 = Fortbildung zur Gesundheit von Migranten; 4 = Zusammenarbeit mit auf Migranten spezialisierten psychosozialen Einrichtungen; 5 = Zusammenarbeit mit Migranten-Organisationen; 6 = Kenntnis des Gemeindedolmetschdienstes ($n_{\text{Regelversorgung}}=88$; $n_{\text{Schwerpunktversorgung}}=17$)

Wie dargestellt (Kap. 1.4.1.3), sind sprachliche und weitergehende kommunikative Schwierigkeiten eine wichtige Zugangsbarriere zur gesundheitlichen Versorgung. Es erscheint daher wichtig, dass Einrichtungen der Gesundheitsversorgung aktiv Initiativen ergreifen, um diesem Problem Rechnung zu tragen. Als weiterer Aspekt von Vernetzung wurde daher danach gefragt, ob in den Praxen Kenntnis darüber bestand, dass in Berlin ein Gemeindedolmetschdienst eingerichtet wurde, auf den in solchen Fällen zurückgegriffen werden konnte.⁷⁹ 20,0% der Praxen der Regelversorgung gaben an, von den kultur- und sprachmittelnden Angeboten des Gemeindedolmetschdienstes Berlin zu wissen ($n_{\text{Praxen}}=85$). Die Inanspruchnahme von Intervention/Supervision beziehungsweise von Fortbildungen zur gesundheitlichen Versorgung von Migranten wurde von 13,6% beziehungsweise 10,2% der Praxen berichtet ($n_{\text{Praxen}}=88$). Zwischen den auf der Subskala „Interculturell relevante Faktoren auf organisatorischer Ebene“ erreichten Punkten und dem Migranten-Anteil in den Praxen war ein schwacher Zusammenhang festzustellen ($\tau_c=,183$; $n_{\text{Praxen}}=65$).

4.2.3.2 Ausprägung der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ in der Regelversorgung

Subskala „Ergründung der Illness-Perspektive von Migranten“

Von den elf Fragen, die im interkulturellen Index zur Erhebung des Umfangs der Ergründung der Illness-Perspektive von migrantischen Patienten mit potentiell unterschiedlichem Krankheitsverständnis in der Anamnese abgefragt wurden (Kap. 2.3), wurden von den Regelpraxen im Mittel 3,9 regelmäßig in diesem Bereich gestellt ($\hat{\sigma}=3,0$; $\text{Min}=0$; $\text{Max}=11$; $n_{\text{Praxen}}=88$). Mindestens fünf Fragen wurden von 35,2% der Praxen gestellt, keine von 11,4%.

⁷⁹ Der Gemeindedolmetschdienst arbeitete zum Erhebungszeitpunkt erst seit kürzerer Zeit, daher wurde nicht nach Erfahrungen mit dieser Dienstleitung gefragt.

Tabelle 24
In der Regelversorgung gestellte Fragen zur Ergründung der Illness-Perspektive von Migranten, Anteil (%; n_{Praxen}=88)

Frage	Anteil (%)
Was hat Ihrer Ansicht nach die Beschwerden verursacht?	67,0
Welche wichtigsten Probleme haben Ihnen die Beschwerden gebracht?	51,1
Wovor haben Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden am meisten Angst?	50,0
Warum traten die Beschwerden Ihrer Meinung nach gerade zu diesem Zeitpunkt auf?	40,9
Warum gerade bei Ihnen?	
Was sagen Ihre Familie und ihre Freunde zu ihren Beschwerden?	31,8
Welche wichtigsten Resultate erhoffen Sie sich von dieser Behandlung?	31,8
Kennen Sie jemanden, der ähnliche Beschwerden hat?	28,4
Welche Behandlung sollten sie Ihrer Meinung nach enthalten?	25,0
Was, glauben Sie, machen Ihre Beschwerden mit Ihnen? Wie funktioniert das?	23,9
Wie ernst sind Ihre Beschwerden? Werden sie einen langwierigen oder einen kurzfristigen Verlauf nehmen?	20,5
Wie nennt man die Beschwerden in ihrer Muttersprache?	14,8

Drei Fragen wurden von mindestens der Hälfte der Praxen gestellt, dabei handelte es sich um Fragen zu subjektiven ätiologischen Konzepten sowie zur subjektiv empfundener Bedeutung von Krankheitsfolgen (Tab. 24).⁸⁰ Die Anzahl der gestellten Fragen zur Illness-Perspektive korrelierte nicht mit dem Migranten-Anteil in den Praxen ($r = -,035$; $n_{\text{Praxen}}=65$).

Subskala „Migrationsspezifische Anamnese“

Der Mittelwert der Anzahl der regelmäßig gestellten Fragen im Rahmen einer migrationsspezifischen Anamnese lag bei 6,80 Punkten der möglichen Höchstzahl von 18 Punkten ($\hat{\sigma}=5,1$; $\text{Min}=0$; $\text{Max}=18$; $n_{\text{Praxen}}=88$). Zehn und mehr Fragen zur migrationsspezifischen Anamnese wurden von 33,0% der Praxen gestellt, keine von 10,2%.

Fragen zu den psychosozialen Rahmenbedingungen des Lebens im Einwanderungsland und zu Sprachkompetenzen wurden am häufigsten gestellt (Tab. 25). Die Anzahl regelmäßig gestellter Fragen korrelierte nicht mit dem Migranten-Anteil in der Praxis ($r = -,009$; $n_{\text{Praxen}}=65$).

Tabelle 25
In der Regelversorgung gestellte Fragen zur Erhebung einer migrationsspezifischen Anamnese, Anteil (%; n_{Praxen}=88)

Frage	Anteil (%)
familiäres/soziales Netz	59,1
evt. Dauer der Trennung von Familienmitgliedern	51,1
Wohnverhältnisse	51,1
Zeitpunkt der Einreise	46,6
Muttersprache, Sprachkompetenz im Einreiseland	46,6
sozioökonomische Stellung	45,5
Aufenthaltsstatus	44,3

⁸⁰ Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Abfrage dieser Merkmale im Fragebogen für die Regelversorgung auf den Umgang mit Migranten generell bezog und nicht nur auf den Umgang mit HIV-positiver migrantischer Klientel.

Frage	Anteil (%)
Gesundheitsverhalten	39,8
Emigrationsgründe, Migrationsmotivation	37,5
Verhältnis zwischen ursprünglicher Ausbildung, ausgeübter Tätigkeit und Lohn	37,5
Alter der Kinder bei Einreise	34,1
Lage im Herkunftsland heute	33,0
Rückkehrabsicht, -perspektive	33,0
effektives Alter vs. Geburtsalter nach offiziellen Dokumenten	33,0
Bedeutung kultureller und religiöser Aspekte, die sich von denen in Deutschland potentiell unterscheiden	31,8
Angaben zu evt. laufenden Asylverfahren	28,4
finanzielle Absicherung und Verpflichtungen, Schulden	25,0
Internationale Netzwerke	2,3

4.2.3.3 Ausprägung des interkulturellen Index in der Regelversorgung

Die Bewertungen der Praxen⁸¹ auf den beiden adaptiven Achsen hatten eine starke Tendenz zu schlechteren Ausprägungen in den Kategorien D und E (geringe sowie kaum/nicht vorhandene interkulturelle Kompetenzen).

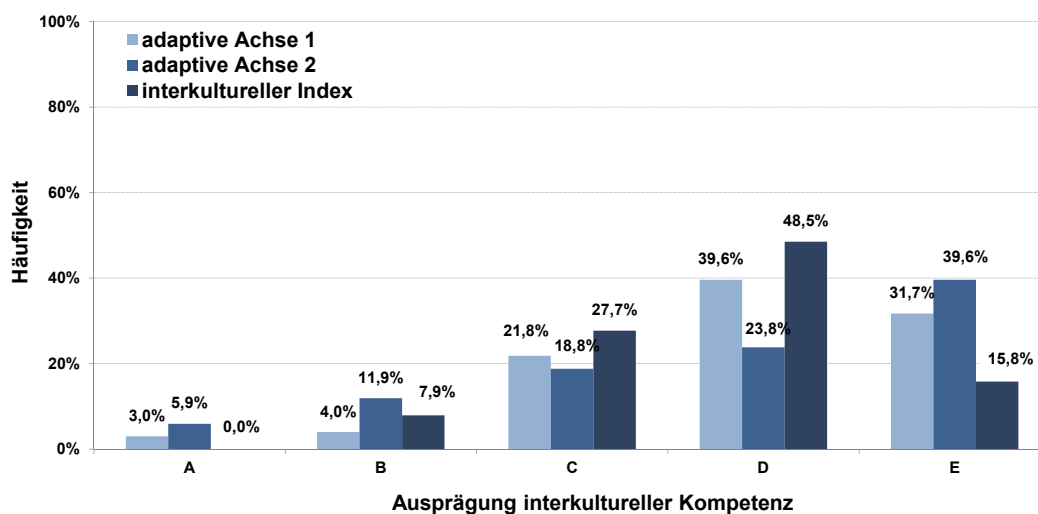


Abbildung 34

Ausprägung interkultureller Kompetenz in Praxen der Regelversorgung mit HIV-positiver migrantischer Klientel, auf den adaptiven Achsen „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ („adaptive Achse 1“) und „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ („adaptive Achse 2“) sowie auf dem interkulturellen Index (Bewertungen: A = sehr hohe interkulturelle Kompetenzen; B = hohe interkulturelle Kompetenzen; C = mittlere interkulturelle Kompetenzen; D = geringe interkulturelle Kompetenzen; E = kaum/nicht vorhandene interkulturelle Kompetenzen; n_{Praxen}=88)

Dies galt insbesondere für die auf der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ erreichten Bewertungen: 7,0% der Praxen wurden mit den Kategorien A oder B (sehr hohe und hohe interkulturelle Kompetenzen) bewertet (Abb. 34), gegenüber

⁸¹ Nur für Praxen der Regelversorgung, die Migranten zu ihrer Klientel zählen, konnten Bewertungen auf allen Subskalen des interkulturellen Index und damit auch für die beiden adaptiven Achsen sowie den gesamten interkulturellen Index vorgenommen werden (Kap. 3.4.1.3). Nur diese Praxen werden daher an dieser Stelle dargestellt (n=88).

71,3% in den Kategorien D und E (geringe beziehungsweise kaum/nicht vorhandene interkulturelle Kompetenzen).

Auf der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ erreichten 17,8% eine Bewertung in den beiden Kategorien A oder B, 63,4% eine Bewertung in den Kategorien D und E.

Daraus ergab sich auch eine insgesamt eher schlechte Bewertung der Praxen der Regelversorgung auf dem interkulturellen Index. Keine Praxis wurde mit der besten Kategorie A bewertet, 7,9% mit der Kategorie B. Mit 64,3% waren in annähernd zwei Drittel der Praxen die durch den interkulturellen Index gemessenen interkulturellen Kompetenzen nur in geringem Ausmaß oder überhaupt nicht vorhanden.

Für die Einschätzung der auf der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ erreichten Punkte⁸² war es von Bedeutung, dass Praxen, in denen eine psychotherapeutische oder psychiatrische Qualifikation vertreten war, mit 16,2 erreichten Punkten ($\sigma=7,2$; Min=0; Max=26; $n_{\text{Praxen}}=22$) im Mittel annähernd doppelt so viele Fragen stellten als die Gruppe der Praxen ohne eine solche Qualifikation mit 8,8 Punkten ($\sigma=6,8$; Min=0; Max=29; $n_{\text{Praxen}}=66$). Das Merkmal „Qualifikation Psychiatrie/Psychotherapie“ korrelierte stark mit den für diese adaptive Achse erreichten Punkten ($r=,428$; $n_{\text{Praxen}}=88$).

Wurden die ausschließlich psychotherapeutisch beziehungsweise psychiatrisch tätigen Ärzte außer Acht gelassen, kam es zu einer schlechteren Verteilung für die adaptive Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ (A=3,0%; B=10,6%; C= 6,7%; D=31,8%; E=37,9%; $n_{\text{Praxen}}=66$), die kategoriale Bewertung war aber nach wie vor besser als auf der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“.

4.2.3.4 Ausprägung der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ in der HIV-Schwerpunktversorgung

Subskala „Bereitstellung fremdsprachiger Patienteninformationen“

HIV-Schwerpunktpraxen, die HIV-positive Migranten betreuten, erreichten auf der Subskala „Bereitstellung fremdsprachiger Patienteninformationen“ im arithmetischen Mittel einen Wert von 1,5 ($\sigma=2,6$; Min=-3; Max=5; $n_{\text{Praxen}}=17$). Für HIV-Schwerpunktpraxen ohne HIV-positive migrantische Klientel betrug dieser Wert -0,60 Punkte ($\sigma=2,7$; Min=-3; Max=5; $n_{\text{Praxen}}=8$). Die höchste Punktzahl von fünf Punkten wurde in Praxen ohne migrantische Klientel einmal, in solchen mit dieser Klientel siebenmal erreicht.

Die HIV-Schwerpunktpraxen, die zum Erhebungszeitpunkt HIV-positive Migranten betreuten, hielten HIV-bezogene Patienteninformationen in im Mittel 2,2 verschiedenen Sprachen vor ($\sigma=2,0$; Min=0; Max= 6; $n_{\text{Praxen}}=17$). Für unterschiedliche Sprachen bezüglich allgemeiner Erkrankungen betrug das Mittel hier 1,7 ($\sigma=1,8$; Min=0; Max=6; $n_{\text{Praxen}}=17$). Patienteninformationen zu HIV/AIDS in den sechs erfragten Sprachen (Abb. 35) waren dabei in den HIV-Schwerpunktpraxen, die HIV-positive Migranten betreuten, 4,0-fach häufiger vorhanden als in den Praxen ohne solche Klientel.

⁸² Diese setzen sich aus der Summe der Anzahl regelmäßig gestellter Fragen auf den beiden Subskalen zusammen (Kap. 3.4.1.2).

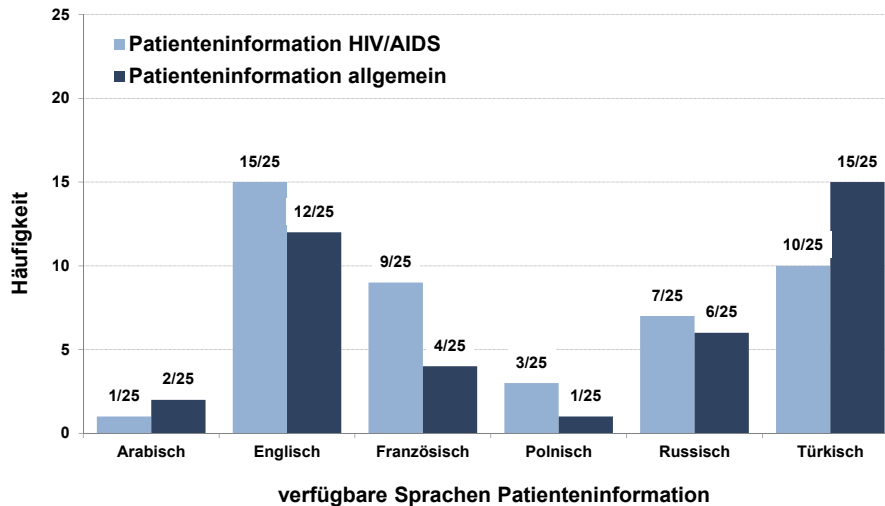


Abbildung 35
Verfügbarkeit von Patienteninformationen zu HIV/AIDS und zu Erkrankungen allgemein in Praxen der HIV-Schwerpunktversorgung, nach Sprache ($n_{\text{Praxen}}=25$)

Zwischen dem Anteil HIV-positiver Migranten an allen Patienten in den HIV-Schwerpunktpraxen und den auf der Subskala „Bereitstellung fremdsprachiger Patienteninformationen“ erreichten Punkten gab es einen mittelstarken Zusammenhang ($\tau_c = ,350$; $n_{\text{Praxen}}=15$). Praxen mit einem stärkeren Kontakt zu HIV-positiven Migranten setzten das Medium Patienteninformation damit häufiger ein.

Bezüglich der Verbreitung von Patienteninformationen erscheint für die HIV-Schwerpunktpraxen zunächst der Bereich HIV/AIDS interessant (Abb. 35). 15/25 der Praxen hielten diesbezügliche Unterlagen in englischer Sprache vor, es folgten Türkisch (10/25) und Französisch (9/25). Russische Informationen zu HIV/AIDS waren in 7/25 der Praxen verfügbar. Andere Sprachen waren kaum vertreten.

HIV-Schwerpunktpraxen mit migrantischer Klientel waren mit Patienteninformationen zu allgemeinen Erkrankungen deutlich besser (2,6-fach häufiger) ausgestattet als Praxen ohne diese Patientengruppe. Zu allgemeinen Erkrankungen waren türkischsprachige Informationen am häufigsten verfügbar, gefolgt von englischsprachigen (Abb. 35).

Subskala „in den Praxen vorhandene Sprachkompetenzen“

Praxen, die keine HIV-positiven Migranten betreuten, erreichten auf der Subskala „in den Praxen vorhandene Sprachkompetenzen“ einen mittleren Punktwert von 5,4 ($\sigma=3,5$; Min=0; Max=9; $n_{\text{Praxen}}=8$), keine dieser Praxen erreichte die Höchstpunktzahl von zehn Punkten. Für Praxen mit migrantischer Klientel lag dieser Wert bei 6,9 ($\sigma=2,7$; Min=2; Max=10; $n_{\text{Praxen}}=17$), fünf Praxen erlangten den Maximalwert von zehn Punkten.

95,5% der Behandler gaben Deutsch als Muttersprache an ($n=44$). Der kulturelle Hintergrund in dieser Gruppe war ähnlich wie in der Regelversorgung fast ausschließlich deutsch (95,5%). 56,8% aller Ärzte hatten aktiv genutzte Kenntnisse in einer Fremdsprache, 31,8% in zwei. Häufigste aktiv genutzte Fremdsprachenkompetenz in dieser Gruppe war Englisch (100%), gefolgt von Französisch (38,6%). Die Anzahl von Ärzten in einer Praxis korrelierte stark mit der Gesamtzahl der in einer Praxis von den Ärzten gesprochenen Fremdsprachen ($\rho = ,510$; $n_{\text{Praxen}}=23$). Es gab keinen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Ärzte und der Anzahl der in der jeweiligen Praxis gesprochenen unterschiedlichen Fremdsprachen ($\rho = ,049$; $n_{\text{Praxen}}=23$).

Bezüglich der sprachlichen und kulturellen Hintergründe des nicht-ärztlichen Personals in den HIV-Schwerpunktpraxen gaben 12/25 der Praxen an, dass in dieser Personengruppe eine nicht-deutsche Muttersprache vertreten sei, in 2/25 der Einrichtungen waren zwei unterschiedliche vorhanden. In 11/25 der Praxen war beim nicht-ärztlichen Personal eine nicht-deutsche Fremdsprache gegeben, in 6/25 waren dies zwei unterschiedliche, in 1/25 drei. In Kombination mit den nicht-deutschen Muttersprachen verfügte damit jede Praxis über zumindest eine Kompetenz in einer nicht-deutschen Sprache in der Gruppe des nicht-ärztlichen Personals, zumeist in Englisch (15/25) und Türkisch (14/25). Für das nicht-ärztliche Praxispersonal ließ sich ein starker Zusammenhang zwischen Anzahl des Personals und der Anzahl der verfügbaren Fremdsprachen generell ($\rho = ,732$; $n_{\text{Praxen}}=25$), aber ebenso mit der Anzahl unterschiedlicher in einer Einrichtung vorhandener Fremdsprachenkenntnisse feststellen ($\rho = ,631$; $n_{\text{Praxen}}=25$). Die Zahlen zu nicht-deutschen kulturellen Hintergründen deckten sich für die HIV-Schwerpunktversorgung mit denen der nicht-deutschen Muttersprachen (siehe oben).

Die Auswertung der aktiv genutzten Fremdsprachenkenntnisse, nicht nach einzelnen Personen betrachtet sondern nach Praxen, zeigte, dass aktive Englisch-Kenntnisse am häufigsten gegeben waren, beim ärztlichen Personal wie beim nicht-ärztlichen Personal (Tab. 26). Aktive Französisch-Kenntnisse gab es in etwa der Hälfte der Praxen, Russisch-Kenntnisse waren selten vorhanden. Aktive Türkisch-Kenntnisse waren vorwiegend beim nicht-ärztlichen Personal gegeben.

Für die auf der Subskala „in den Praxen vorhandene Sprachkompetenzen“ erreichten Punkte lag eine starke Korrelation mit der Anzahl des Praxispersonals ($\rho = ,701$; $n_{\text{Praxen}}=25$), eine mittelstarke mit der Anzahl der Ärzte ($\rho = ,262$; $n_{\text{Praxen}}=25$) vor. Einen Zusammenhang der erreichten Punkte mit der Anzahl aller Patienten und damit der Praxisgröße gab es nicht ($\rho = ,006$; $n_{\text{Praxen}}=22$). Die auf dieser Subskala erreichten Punkte korrelierten stark mit dem Anteil an HIV-positiven Migranten in den Praxen ($\rho = ,463$; $n_{\text{Praxen}}=15$). HIV-positive Migranten waren also in Praxen stärker vertreten, in denen mehr interkulturelle Kompetenzen auf sprachlicher Ebene vorhanden waren.

Tabelle 26
In den Praxen der HIV-Schwerpunktversorgung von
Ärzten und nicht-ärztlichem Personal abgedeckte
Fremdsprachenkenntnisse ($n_{\text{Praxen}}=25$)

	Ärzte	nicht-ärztliches Personal
Englisch	23	18
Französisch	12	3
Russisch	3	2
Türkisch	3	11

Subskala „interkulturell relevante Faktoren auf organisatorischer Ebene“⁸³

Die Praxen wurden auf der Subskala „interkulturell relevante Faktoren auf organisatorischer Ebene“ im Mittel mit 2,8 Punkten bewertet ($\sigma = 1,8$; $\text{Min}=0$; $\text{Max}=5$; $n_{\text{Praxen}}=17$), von fünf Praxen wurde die Höchstpunktzahl erreicht. Alle auf organisatorischer beziehungsweise

⁸³ Anders als bei den beiden zuvor beschriebenen Subskalen stehen für die dieser und den beiden folgenden Skalen „Ergründung der Illness-Perspektive“ sowie „migrationsspezifische Anamnese“ zugrunde liegenden Variablen nur Daten aus HIV-Schwerpunktpraxen zur Verfügung, die auch Migranten zu ihrer Klientel zählten. Praxen ohne migrantische Klientel konnten für die folgenden drei Subskalen keine Erfahrungen aufweisen, der Fragebogen war daher so konstruiert, dass Praxen ohne migrantische Klientel diese Variablen nicht mehr auszufüllen hatten, die entsprechende Grundgesamtheit reduzierte sich damit auf 17 Praxen.

struktureller Ebene abgefragten interkulturellen Kompetenzen wurden höchstens von etwa der Hälfte der HIV-Schwerpunktpraxen, die HIV-positive Migranten zu Ihrer Klientel zählen, angegeben.

Es war ein mittelstarker negativer Zusammenhang zwischen den von den Ärzten beherrschten unterschiedlichen Fremdsprachen und der Vernetzung mit anderen medizinischen Einrichtungen festzustellen ($\rho = -,371$; $n_{\text{Praxen}}=17$). Zwischen dem Ausmaß der Kompetenzen in unterschiedlichen Fremdsprachen und der Kenntnis des Gemeindedolmetschdienstes Berlin gab es einen mittelstarken negativen Zusammenhang ($\rho = -,338$; $n_{\text{Praxen}}=17$). Die Ausprägungen auf der Subskala „interkulturell relevante Faktoren auf organisatorischer Ebene“ korrelierten dabei stark mit dem Anteil HIV-positiver Migranten in der Praxis ($\rho = ,539$; $n_{\text{Praxen}}=15$). Es bestand keine Korrelation zwischen dieser Subskala und allein der Praxisgröße (gemessen an der Anzahl der Patienten im letzten Quartal, $\rho = ,056$; $n_{\text{Praxen}}=15$).

4.2.3.5 Ausprägung der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ in der HIV-Schwerpunktversorgung

Subskala „Ergründung der Illness-Perspektive von Migranten“

Der Mittelwert der Anzahl regelmäßig gestellter Fragen zur Illness-Perspektive HIV-positiver Migranten lag bei 4,5 von insgesamt elf möglichen Fragen ($\sigma=2,7$; $\text{Min}=0$; $\text{Max}=11$; $n_{\text{Praxen}}=17$). Die Höchstpunktzahl von 11 wurde auf dieser Subskala von einer Praxis, mehr als sechs Punkte wurden von weiteren drei Einrichtungen erreicht, eine Einrichtung stellte keine der zur Auswahl stehenden Fragen.

Die am häufigsten gestellten Fragen bezogen sich nicht auf medizinische Aspekte des subjektiven Krankheitserlebens, sondern eher auf darüber hinaus gehende Auswirkungen der Erkrankung, insbesondere auf soziale Aspekte (Tab. 27).

Die Anzahl gestellter Fragen zur Illness-Perspektive der Migranten korrelierte stark mit dem Anteil HIV-positiver Migranten in den Praxen ($\rho = ,459$; $n_{\text{Praxen}}=15$).

Tabelle 27
In der HIV-Schwerpunktversorgung gestellte Fragen zur Ergründung der Illness-Perspektive von HIV-positiven Migranten, Anteil Praxen ($n_{\text{Praxen}}=17$)

Frage	Anteil
Wovor haben Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden am meisten Angst?	11/17
Kennen Sie jemanden, der ähnliche Beschwerden hat?	11/17
Welche wichtigsten Probleme haben Ihnen die Beschwerden gebracht?	9/17
Was sagen Ihre Familie und Ihre Freunde zu Ihren Beschwerden?	9/17
Warum traten die Beschwerden Ihrer Meinung nach gerade zu diesem Zeitpunkt auf? Warum gerade bei Ihnen?	7/17
Was hat ihrer Ansicht nach die Beschwerden verursacht?	6/17
Welche wichtigsten Resultate erhoffen Sie sich von dieser Behandlung?	5/17
Welche Behandlung sollten Sie Ihrer Meinung nach enthalten?	5/17
Was, glauben Sie, machen Ihre Beschwerden mit Ihnen? Wie funktioniert das?	5/17
Wie ernst sind Ihre Beschwerden? Werden sie einen langwierigen oder einen kurzfristigen Verlauf nehmen?	4/17
Wie nennt man die Beschwerden in Ihrer Muttersprache?	4/17

Subskala „Migrationsspezifische Anamnese“

Der Mittelwert der Anzahl regelmäßig gestellter Fragen zur Erhebung einer migrationspezifischen Anamnese lag mit 10,0 höher als die Hälfte der 18 Antwortmöglichkeiten, allerdings mit einer größeren Streuung als der für die Illness-Perspektive ($\sigma=4,9$; $\text{Min}=2$; $\text{Max}=18$; $n_{\text{Praxen}}=17$). Die Höchstpunktzahl wurde von zwei Praxen erreicht, keine Frage von null Praxen. Elf Fragen zur migrationspezifischen Anamnese wurden regelmäßig von mehr als der Hälfte ($\geq 9/17$) der Praxen gestellt (Tab. 28). Dabei handelte es sich vorwiegend um Fragen zur Abklärung der konkreten aktuellen Lebensbedingungen sowie zentraler aufenthaltsrechtlicher Gesichtspunkte.

Der Anteil HIV-positiver Migranten in der Praxis korrelierte stark mit der Anzahl regelmäßig gestellter Fragen zur migrationspezifischen Anamnese ($\rho=,618$; $n_{\text{Praxen}}=15$).

Tabelle 28
In der HIV-Schwerpunktversorgung gestellte Fragen zur Erhebung einer migrationspezifischen Anamnese bei HIV-positiven Migranten, Anteil Praxen ($n_{\text{Praxen}}=17$)

Frage	Anteil
Muttersprache, Sprachkompetenz im Einreiseland	15/17
familiäres/soziales Netz	15/17
Angaben zu evt. laufenden Asylverfahren	15/17
Aufenthaltsstatus	14/17
Wohnverhältnisse	13/17
evt. Dauer der Trennung von Familienmitgliedern	11/17
sozioökonomische Stellung	9/17
Zeitpunkt der Einreise	9/17
Emigrationsgründe, Migrationsmotivation	9/17
effektives Alter vs. Geburtsalter nach offiziellen Dokumenten	9/17
finanzielle Absicherung und Verpflichtungen, Schulden	9/17
Verhältnis zwischen ursprünglicher Ausbildung, ausgeübter Tätigkeit und Lohn	8/17
Rückkehrabsicht, -perspektive	7/17
Alter der Kinder bei Einreise	7/17
Gesundheitsverhalten	7/17
Lage im Herkunftsland heute	6/17
Bedeutung kultureller und religiöser Aspekte, die sich von denen in Deutschland potentiell unterscheiden	4/17
Internationale Netzwerke	3/17

4.2.3.6 Ausprägung des interkulturellen Index in der HIV-Schwerpunktversorgung⁸⁴

Die Ausprägungen der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ waren im groben Überblick annähernd symmetrisch verteilt (Abb. 36). Etwa die Hälfte der Praxen (8/17) wies auf dieser adaptiven Achse sehr hohe oder hohe interkulturelle Kompetenzen auf (Kategorien A und B), 7/17 Praxen verfügten hier nur über geringe bis nicht vorhandene interkulturelle Kompetenzen (Kategorien D und E).

⁸⁴ Bewertungen bezüglich des interkulturellen Index können aus den oben genannten Gründen nur für die Praxen der HIV-Schwerpunktversorgung vorgenommen werden, die Migranten zu ihrer Klientel zählen (Kap. 3.4.1.3).

Die Ausprägungen der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ waren etwas stärker mit Tendenz zu schlechteren Einstufungen verteilt, hier waren es 6/17 Praxen mit sehr hohen oder hohen interkulturellen Kompetenzen. Mehr als die Hälfte der Praxen (9/17) wies kaum oder keine interkulturelle Kompetenzen in diesem Feld auf (Kategorien D und E). Die Ausprägungen der Praxen auf den beiden adaptiven Achsen korrelierten stark untereinander ($\tau_c = ,554$; $n_{\text{Praxen}}=17$).

Die Bewertungen, die die HIV-Schwerpunktpraxen auf dem interkulturellen Index erreichten, waren annähernd symmetrisch verteilt. Etwa ein Drittel der Praxen (6/17) wies sehr hohe bis hohe interkulturelle Kompetenzen auf (Kategorien A und B), mit gleicher Verteilung dieser beiden Kategorien. In genauso vielen Praxen waren interkulturelle Kompetenzen auf dem interkulturellen Index gering bis überhaupt nicht ausgeprägt (Kategorien D und E), nur eine Praxis wurde dabei mit der schlechtesten Kategorie E bewertet.

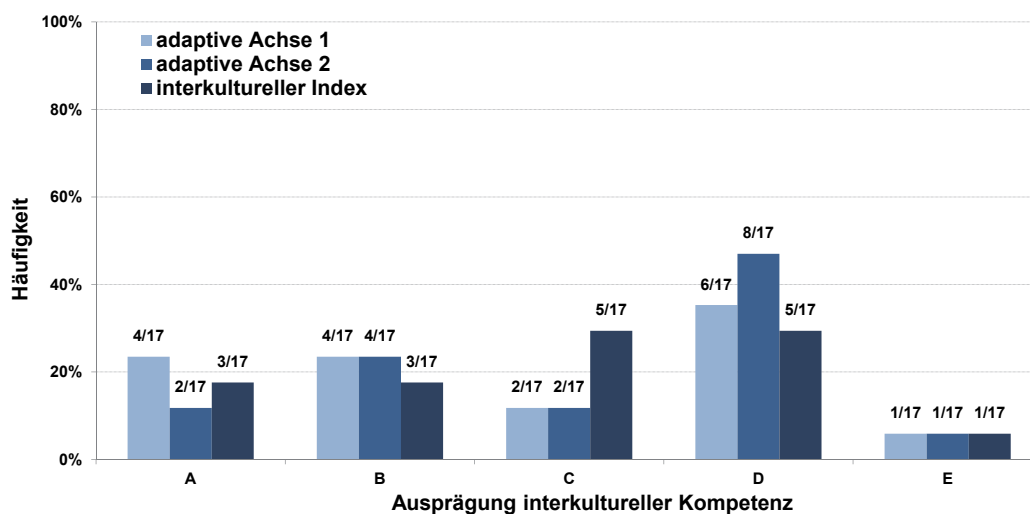


Abbildung 36

Ausprägung interkultureller Kompetenzen in Praxen der Berliner HIV-Schwerpunktversorgung mit HIV-positiver migrantischer Klientel, auf den adaptiven Achsen „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ („adaptive Achse 1“) und „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ („adaptive Achse 2“) sowie auf dem interkulturellen Index (Bewertungen: A = sehr hohe interkulturelle Kompetenzen; B = hohe interkulturelle Kompetenzen; C = mittlere interkulturelle Kompetenzen; D = geringe interkulturelle Kompetenzen; E = kaum/nicht vorhandene interkulturelle Kompetenzen; $n_{\text{Praxen}}=17$)

Nach Gewichtung der Ausprägung interkultureller Kompetenzen anhand der Anzahl der in den Praxen zum Erhebungszeitpunkt betreuten HIV-positiven Migranten wurden etwa drei Viertel (72,5%; $n_{\text{Migranten}}=909$) in Praxen mit sehr hohen oder hohen interkulturellen Kompetenzen (Kategorien A und B) bezüglich der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ versorgt (Tab. 29). Für zwei Drittel (67,0%) der versorgten Migranten traf dies auch auf interkulturelle Kompetenzen zu, die auf der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ abgebildet wurden. 6,6% der versorgten HIV-positiven Migranten wurden in Praxen mit geringen oder nicht vorhandenen interkulturellen Kompetenzen (Kategorien D und E) auf der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ behandelt, für 28,8% traf dies bezüglich interkultureller Kompetenzen der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ zu.

Tabelle 29
Anteile der in HIV-Schwerpunktpraxen versorgten Migranten nach Ausprägung interkultureller Kompetenzen auf den adaptiven Achsen „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ („adaptive Achse 1“) und „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ („adaptive Achse 2“) sowie auf dem interkulturellen Index, absolut und Anteil (%; n_{Migranten}=909)

Kategorie	adaptive Achse 1	adaptive Achse 2	interkultureller Index
A	58,9%	57,1%	58,2%
B	13,6%	9,9%	9,2%
C	20,9%	4,2%	27,1%
D	5,5%	27,7%	4,4%
E	1,1%	1,1%	11,1%

Gemessen an der Bewertung der Praxen anhand des interkulturellen Index wurden zwei Drittel der versorgten HIV-positiven migrantischen Patienten (67,4%) in Praxen mit sehr hohen beziehungsweise hohen interkulturellen Kompetenzen (Kategorien A und B) versorgt, 5,5% in solchen mit gering bis gar nicht ausgeprägten interkulturellen Kompetenzen (Kategorien D und E).

Tabelle 30
Kombination der Ausprägungen interkultureller Kompetenzen in den Praxen der HIV-Schwerpunktversorgung auf den adaptiven Achsen „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ („adapt. Achse 1“) und „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ („adapt. Achse 2“, n_{Praxen}=17)

		adaptive Achse 1				
		A	B	C	D	E
adaptive Achse 2	A	2	0	0	0	0
	B	1	2	0	1	0
	C	0	1	1	0	0
	D	1	1	1	5	0
	E	0	0	0	0	1

hinterlegt: Praxen mit sehr hohen und hohen Bewertungen auf adaptiver Achse 1 sowie mittleren bis niedrigen Bewertungen auf adaptiver Achse 2

Die von den Praxen erreichte Einstufung korrelierte dabei sehr stark mit dem Anteil von HIV-positiven Migranten in den Praxen ($\tau_c = ,611$; $n_{\text{Praxen}}=15$), außerdem mittelstark bis stark mit der absoluten Zahl der in den Praxen versorgten Migranten ($\tau_c = ,407$; $n_{\text{Praxen}}=17$).⁸⁵

Eine detailliertere Analyse der Kombinationen der Bewertungen auf den adaptiven Achsen zeigte, dass 4/17 Praxen sehr hohe bis mittlere interkulturelle Kompetenzen auf der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ aufwiesen, aber nur mittlere bis gar keine Kompetenzen auf der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ (Tab. 30, blau hinterlegte Felder). Diese Praxen könnten durch eine Verbesserung ihrer interkulturellen Kompetenzen im ärztlichen Gespräch ihre Bewertung auf dem gesamten interkulturellen Index hin zu den Kategorien „hoch“ oder „sehr hoch“ erreichen. Für 3/17

⁸⁵ Zur Richtung der Korrelation: die Bewertungen auf dem interkulturellen Index waren dabei kodiert mit „A“ = 1; „B“ = 2; „C“ = 3; „D“ = 4; „E“ = 5 (Kap. 3.4.1.3).

Praxen waren größere Divergenzen bezüglich der Kombination von deren Bewertung auf den beiden adaptiven Achsen mit einem Abstand von mindestens zwei Kategorien festzustellen (Tab. 30).

Die Anzahl HIV-positiver Migranten korrelierte mittelstark mit den adaptiven Achsen „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ ($\tau_c = ,320$; $n=17$) und „interkulturelle Kompetenz im ärztlichen Gespräch“ ($\tau_c = ,329$; $n=17$).

Die Anzahl nicht-versicherter migrantischer Patienten korrelierte schwach negativ mit der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ ($\tau_c = -,146$; $n=16$) und der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ ($\tau_c = -,107$; $n=16$), ebenso mit der Ausprägung des interkulturellen Index ($\tau_c = -,146$; $n=16$).

Mit der Anzahl migrantischer Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus korrelierte die Ausprägung der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ schwach negativ ($\tau_c = -,117$; $n=16$), die Ausprägung der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ schwach positiv ($\tau_c = ,127$; $n=16$), die Ausprägung des interkulturellen Index nicht ($\tau_c = ,039$; $n=16$).

Die Häufigkeit ausländerrechtlicher Probleme in der Behandlung HIV-positiver Migranten korrelierte stark mit der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ ($\tau_c = ,551$; $n=16$), mittelstark mit der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ ($\tau_c = ,363$; $n=16$) und stark mit der Ausprägung des interkulturellen Index ($\tau_c = ,492$; $n=16$).⁸⁶ Praxen, die sich häufiger ausländerrechtlichen Problemen gegenüber sahen, erreichten eher bessere Bewertungen auf dem interkulturellen Index.

Es bestand ein mittelstarker bis starker negativer Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung von Schwierigkeiten in der Versorgung durch ausländerrechtliche Probleme und der Anzahl HIV-positiver Migranten ohne Krankenversicherung in der jeweiligen Praxis ($\tau_c = -,400$; $n_{Praxen} = 15$). Der Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung ausländerrechtlicher Probleme und der Anzahl illegalisierter Migranten in einer Praxis war ebenfalls mittelstark negativ ($\tau_c = -,360$; $n_{Praxen} = 15$).

4.2.4 Kommunikation und Interaktion mit HIV-positiven Migranten

Neben der Erhebung von Versorgungsdaten zu HIV-positiven Migranten im engeren Sinne (wie etwa die fachliche Ausrichtung, Größe und Personalausstattung der Praxen, die Anzahl und soziodemographische Zusammensetzung versorgter Migranten sowie grundlegende Daten zu deren Versorgungsverläufen, Kap. 4.2.2) sowie der detaillierten Erhebung interkultureller Kompetenzen in den teilnehmenden Einrichtungen (Kap. 4.2.3) wurden im Rahmen der Studie Daten zu verschiedenen Aspekten der Versorgung HIV-positiver Migranten detaillierter erhoben, für die sich aus den vorhandenen Daten zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von Migranten in Deutschland (Kap. 1) sowie aus den Konzepten zu Zusammenhängen zwischen Migration und Gesundheit (Kap. 2) eine besondere Relevanz ergab. Solche Daten zur Kommunikation und Interaktion, die die Versorgungssituation HIV-positiver Migranten in der ambulanten medizinischen Versorgung in Berlin näher beschreiben, werden in diesem Kapitel berichtet.

⁸⁶ Zur Richtung der Korrelation: die Häufigkeit ausländerrechtlicher Probleme in der Versorgung HIV-positiver Migranten war dabei kodiert mit „immer“=1, „häufig“=2, „selten“=3, „nie“=4.

4.2.4.1 Kommunikationsbarrieren in der Versorgung HIV-positiver Migranten

Den an der Untersuchung teilnehmenden Ärzten wurden Fragen zum Einfluss von sieben potentiellen Kommunikationsbarrieren auf die Behandlung HIV-positiver Migranten gestellt (Kap. 1.4.1 2.1-2.4). Dabei handelte es sich zum einen um migrationsspezifische Faktoren („fehlende Sprachkenntnisse“, „kulturelle Unterschiede“, „divergente Krankheitskonzepte“ sowie „Unkenntnis relevanter Ereignisse der Migrationsgeschichte“). Zum anderen waren dies Einflüsse auf die medizinische Versorgung, die nicht ausschließlich migrationsspezifisch sind, aber die sich im Kontext der Versorgung HIV-positiver Migranten auswirken können („schichtspezifische Unterschiede“, „unterschiedliches Geschlecht“, „medizinische Fachsprache“, Kap. 1.4.1). Die Befragten wurden gebeten, das Ausmaß des Einflusses dieser möglichen unterschiedlichen Kommunikationsbarrieren auf die Behandlung der HIV-positiven Migranten mithilfe der vier Ausprägungen „stark“, „mittelmäßig“, „weniger“ und „gar nicht“ einzuschätzen (Abb. 35-41).

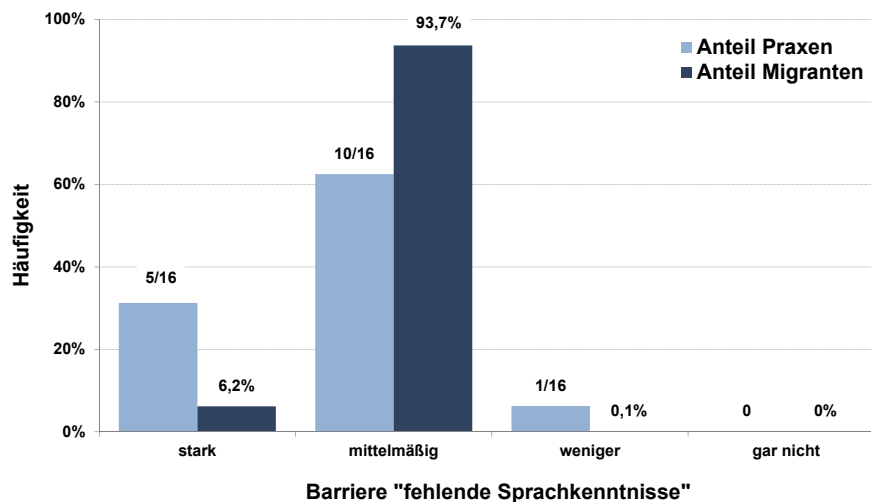


Abbildung 37
Einfluss der Kommunikationsbarriere „fehlende Sprachkenntnisse“ auf die Behandlung HIV-positiver Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung, nach Anteil Praxen und Anteil Migranten ($n_{\text{Praxen}}=16$; $n_{\text{Migranten}}=890$)

Abbildung 37 zeigt, dass *fehlenden Sprachkenntnissen* als Kommunikationsbarriere von den befragten Ärzten eine hohe Bedeutung beigemessen wurde. Sprachkenntnisse konnten dabei auf beiden Seiten fehlen, auf Seite der Behandler wie auf Seite der zu versorgenden HIV-positiven Migranten. Für 99,9% der in Berlin versorgten HIV-positiven Migranten beziehungsweise in 15/16 der befragten Praxen wurde der Einfluss fehlender Sprachkenntnisse auf die Behandlung HIV-positiver Migranten als „stark“ oder „mittelmäßig“ bewertet, mit deutlichem Schwerpunkt auf der letzteren Ausprägung. Praxen, die den Einfluss dieser Kommunikationsbarriere als „stark“ einschätzten, betreuten 6,2% der in dieser Studie erfassten HIV-positiven Migranten. Zwischen der Einschätzung der Bedeutung dieser Kommunikationsbarriere und den auf der Subskala „in den Praxen vorhandene Sprachkompetenzen“ erreichten Punkten bestand ein schwacher bis mittelstarker negativer Zusammenhang ($\tau_c = -,234$; $n_{\text{Praxen}}=16$). Zur Subskala „Ergründung der Illness-Perspektive von Migranten“ und der Subskala „migrationsspezifische Anamnese“ fand sich kein beziehungsweise ein schwacher negativer Zusammenhang ($\tau_c = ,070$ und $\tau_c = -,094$; $n_{\text{Praxen}}=16$).⁸⁷ Die Ausprägung der Kommunikations-

⁸⁷ Zur Richtung der Korrelation: die Kodierung der Einschätzung des Einflusses der verschiedenen Kommunikationsbarrieren wurde für einen stärkeren Einfluss aufsteigend vorgenommen („gar nicht“=1, „weniger“=2, „mit-

barriere „fehlende Sprachkenntnisse“ korrelierte schwach bis mittelstark mit der Ausprägung der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ ($\tau_c = ,211$; $n_{\text{Praxen}}=16$), nicht mit der Ausprägung der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ ($\tau_c = ,023$; $n_{\text{Praxen}}=16$) und schwach mit der Ausprägung des interkulturellen Index ($\tau_c = ,117$; $n_{\text{Praxen}}=16$).

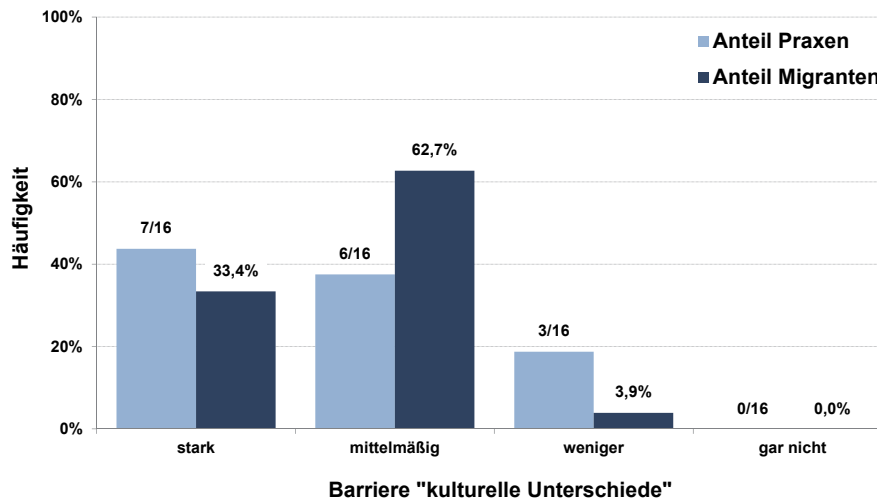


Abbildung 38
Einfluss der Kommunikationsbarriere „kulturelle Unterschiede“ auf die Behandlung HIV-positiver Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung, nach Anteil Praxen und Anteil Migranten ($n_{\text{Praxen}}=16$; $n_{\text{Migranten}}=890$)

Der Einfluss der Kommunikationsbarriere *kulturelle Unterschiede* wurde für 96,1% der in Berlin versorgten HIV-positiven Migranten und 13/16 Praxen mit „stark“ oder „mittelmäßig“ bewertet (Abb. 38). Zwischen der Einschätzung der Bedeutung dieser Kommunikationsbarriere und der Subskala „interkulturell relevante Faktoren auf organisatorischer Ebene“ war ein schwacher Zusammenhang festzustellen ($\tau_c = ,152$; $n_{\text{Praxen}}=16$), zur Subskala „Ergründung der Illness-Perspektive von Migranten“ bestand kein Zusammenhang ($\tau_c = -,023$; $n_{\text{Praxen}}=16$), zur Subskala „migrationsspezifische Anamnese“ ein schwacher bis mittelstarker negativer Zusammenhang ($\tau_c = -,211$; $n_{\text{Praxen}}=16$).

Die Ausprägung der Kommunikationsbarriere „kulturelle Unterschiede“ korrelierte nicht mit der Ausprägung der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ ($\tau_c = -,047$; $n_{\text{Praxen}}=16$), schwach bis mittelstark mit der Ausprägung der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ ($\tau_c = ,258$; $n_{\text{Praxen}}=16$) und schwach mit der Ausprägung des interkulturellen Index ($\tau_c = ,094$; $n_{\text{Praxen}}=16$).

Ein „starker“ oder „mittelmäßiger“ Einfluss der Kommunikationsbarriere *divergente Krankheitskonzepte* wurde von 9/16 Praxen berichtet, die 73,6% der in dieser Studie abgebildeten HIV-positiven Migranten betreuten (Abb. 39), mit deutlichem Übergewicht der Ausprägung „mittelmäßig“. Die Bewertung dieser Kommunikationsbarriere korrelierte mittelstark mit dem Ausmaß der Erhebung der Illness-Perspektive durch die behandelnden Ärzte ($\tau_c = ,281$; $n=16$). Die Ausprägung der Kommunikationsbarriere „divergente Krankheitskonzepte“ korrelierte

telmäßig“=3, „stark“=4). Der Korrelationskoeffizient τ_c zur Beschreibung von Zusammenhängen zwischen den Ausprägungen der Kommunikationsbarrieren und denen interkultureller Kompetenzen auf den jeweils dargestellten Subskalen, adaptiven Achsen oder dem gesamten interkulturellen Index hat damit ein positives Vorzeichen, wenn es einen Zusammenhang zwischen einer schwächeren Gewichtung einer Kommunikationsbarriere mit höher ausgeprägten interkulturellen Kompetenzen gibt, ein negatives im umgekehrten Fall.

schwach bis mittelstark negativ mit der Ausprägung der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ ($\tau_c = -,219$; $n_{\text{Praxen}}=16$), nicht mit der Ausprägung der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ ($\tau_c = ,052$; $n_{\text{Praxen}}=16$) und schwach negativ mit der Ausprägung des interkulturellen Index ($\tau_c = -,115$; $n_{\text{Praxen}}=16$).

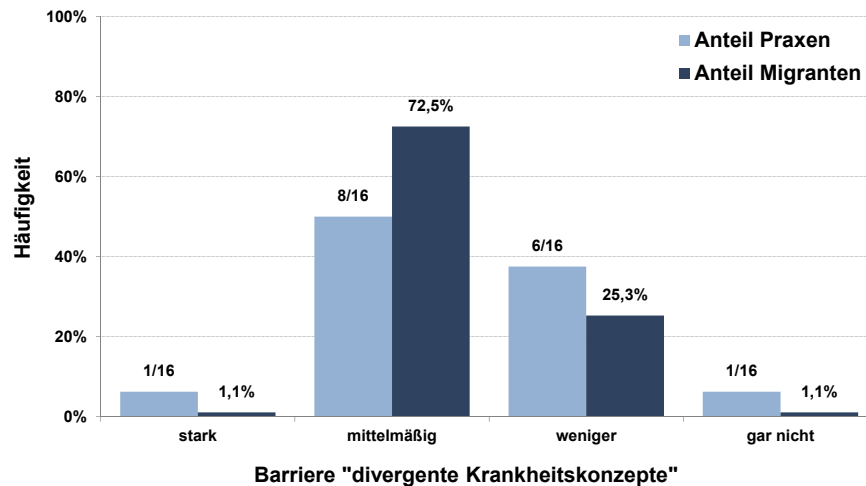


Abbildung 39
Einfluss der Kommunikationsbarriere „divergente Krankheitskonzepte“ auf die Behandlung HIV-positiver Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung, nach Anteil Praxen und Anteil Migranten ($n_{\text{Praxen}}=16$; $n_{\text{Migranten}}=890$)

Die *Unkenntnis relevanter Ereignisse der Migrationsgeschichte* stellte für viele Ärzte eine wichtige Kommunikationsbarriere dar, 10/16 Praxen mit 75,3% der HIV-positiven migrantischen Klientel sahen einen „starken“ oder „mittelmäßigen“ Einfluss (Abb. 40). Zwischen der auf der Subskala „migrationsspezifische Anamnese“ erreichten Punktzahl und der Bewertung des Einflusses dieser Kommunikationsbarriere bestand ein schwacher Zusammenhang ($\tau_c = ,094$).

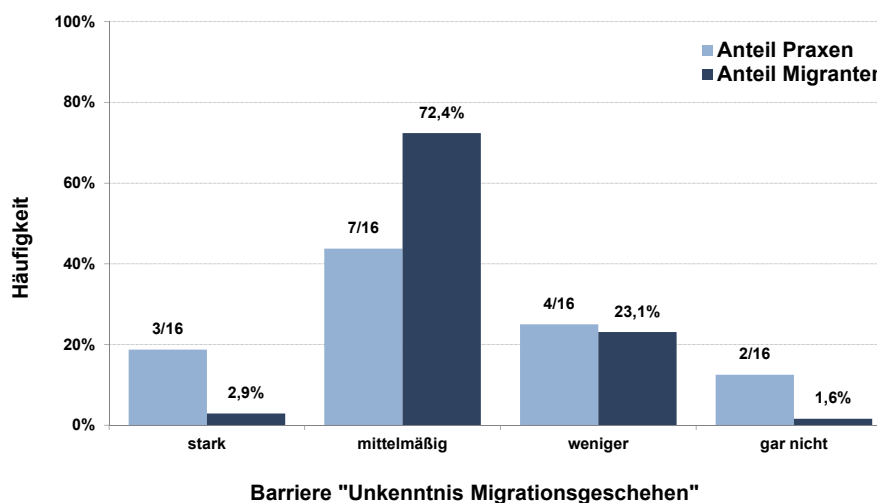


Abbildung 40
Einfluss der Kommunikationsbarriere „Unkenntnis relevanter Ereignisse der Migrationsgeschichte“ auf die Behandlung HIV-positiver Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung, nach Anteil Praxen und Anteil Migranten ($n_{\text{Praxen}}=16$; $n_{\text{Migranten}}=890$)

Die Ausprägung der Kommunikationsbarriere „Unkenntnis relevanter Ereignisse der Migrationsgeschichte“ korrelierte mittelstark bis stark negativ mit der Ausprägung der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ ($\tau_c = -,427$; $n_{\text{Praxen}}=16$), Praxen mit höheren interkulturellen Kompetenzen auf dieser adaptiven Achse sahen also deutlich häufiger einen stärkeren Einfluss dieser Kommunikationsbarriere. Die Barriere korrelierte schwach bis mittelstark negativ mit der Ausprägung der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ ($\tau_c = -,188$; $n_{\text{Praxen}}=16$) und mittelstark negativ mit der Ausprägung des interkulturellen Index ($\tau_c = -,354$; $n_{\text{Praxen}}=16$).

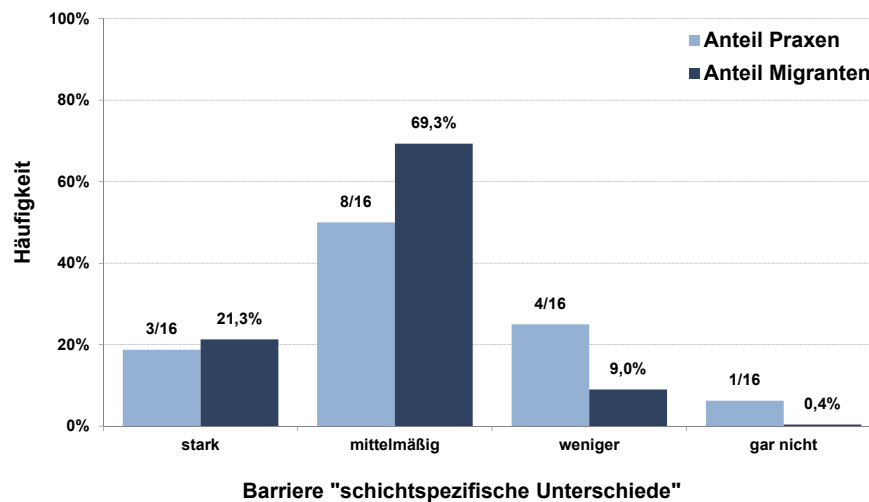


Abbildung 41
Einfluss der Kommunikationsbarriere „schichtspezifische Unterschiede“ auf die Behandlung HIV-positiver Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung, nach Anteil Praxen und Anteil Migranten ($n_{\text{Praxen}}=16$; $n_{\text{Migranten}}=890$)

Schichtspezifischen Unterschieden als nicht ausschließlich migrationsspezifischer Kommunikationsbarriere kam aus Sicht der Ärzte eine hohe Bedeutung in Rahmen der Behandlung HIV-positiver Migranten zu: 11/16 Praxen mit 90,6% dieser Klientel gaben hierfür einen „starken“ oder „mittelmäßigen“ Einfluss an (Abb. 41). Ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Bedeutung dieser Kommunikationsbarriere und der Anzahl der gestellten sozioökonomisch ausgerichteten Fragen der migrationsspezifischen Anamnese konnte hier kaum festgestellt werden ($\tau_c = ,094$; $n=16$). Die Ausprägung der Kommunikationsbarriere „schichtspezifische Unterschiede“ korrelierte schwach negativ mit der Ausprägung der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ ($\tau_c = -,104$; $n_{\text{Praxen}}=16$) und der Ausprägung der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ ($\tau_c = -,063$; $n_{\text{Praxen}}=16$), schwach bis mittelstark negativ mit der Ausprägung des interkulturellen Index ($\tau_c = -,198$; $n_{\text{Praxen}}=16$).

Keine der befragten Praxen sah in einem *unterschiedlichen Geschlecht* von Patienten und Ärzten eine „starke“ Kommunikationsbarriere in der medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten, allerdings hatte diese Barriere in der Behandlung von 86,6% der abgebildeten Migranten einen „mittelmäßigen“ Einfluss (Abb. 42). Es war ein mittelstarker Zusammenhang zwischen männlichen Geschlecht der befragten Ärzte und einer niedrigeren Bewertung des Einflusses dieser Kommunikationsbarriere festzustellen ($\tau_c = ,306$, $n_{\text{Praxen}}=14$). Die Ausprägung der Kommunikationsbarriere „unterschiedliches Geschlecht“ korrelierte schwach negativ mit der Ausprägung der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ ($\tau_c = -,070$; $n_{\text{Praxen}}=16$) und der Ausprägung der adaptiven Achse „in-

terkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ ($\tau_c = -,129$; $n_{\text{Praxen}}=16$), wie auch mit der Ausprägung des interkulturellen Index ($\tau_c = -,141$; $n_{\text{Praxen}}=16$).

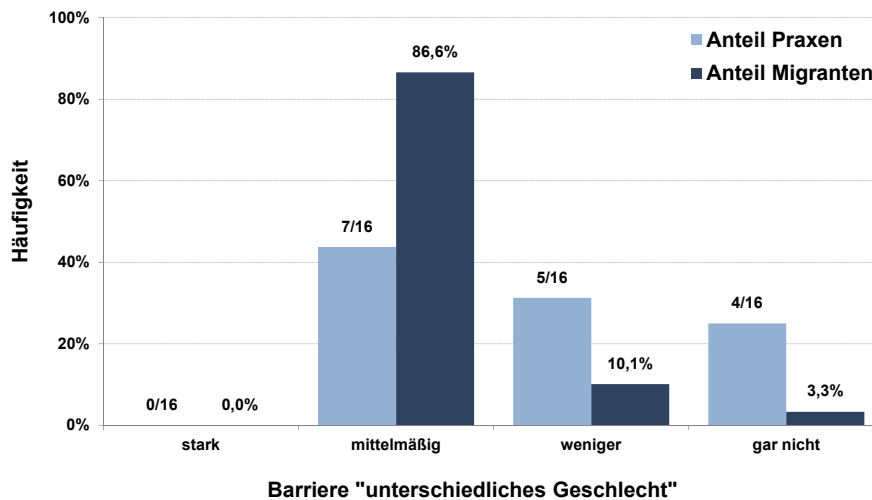


Abbildung 42
Einfluss der Kommunikationsbarriere „unterschiedliches Geschlecht“ auf die Behandlung HIV-positiver Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung, nach Anteil Praxen und Anteil Migranten ($n_{\text{Praxen}}=16$; $n_{\text{Migranten}}=890$)

Der Einfluss der Kommunikationsbarriere *medizinische Fachsprache* wurde von 6/16 Praxen, die 88,7% der abgebildeten Migranten betreuten, als „stark“ oder „mittelmäßig“ bewertet (Abb. 43). Der Einfluss „medizinischer Fachsprache“ als Kommunikationsbarriere wurde von Praxen mit stärker ausgeprägten Sprachkompetenzen als höher angesehen, zwischen diesen beiden Merkmalen war ein starker negativer Zusammenhang festzustellen ($\tau_c = -,598$; $n_{\text{Praxen}}=16$). Es bestand ein mittelstarker Zusammenhang zwischen der Ausprägung dieser Kommunikationsbarriere und der Ausprägung der Subskala „Bereitstellung fremdsprachiger Patienteninformationen“ ($\tau_c = ,281$; $n_{\text{Praxen}}=16$), mit der Ausprägung der Subskala „Ergründung der Illness-Perspektive von Migranten“ ein schwacher bis mittelstarker ($\tau_c = ,211$; $n_{\text{Praxen}}=16$), mit der Ausprägung der Subskala „migrationsspezifische Anamnese“ ein starker Zusammenhang ($\tau_c = ,469$; $n_{\text{Praxen}}=16$). Praxen, die den Einfluss dieser Kommunikationsbarriere höher einschätzten, stellten demnach deutlich mehr Fragen zur migrationsspezifischen Anamnese, die Anzahl gestellter Fragen zur Illness-Perspektive verteilte sich gleichmäßiger über die Praxen, die einen höheren Einfluss dieser Kommunikationsbarriere sahen.

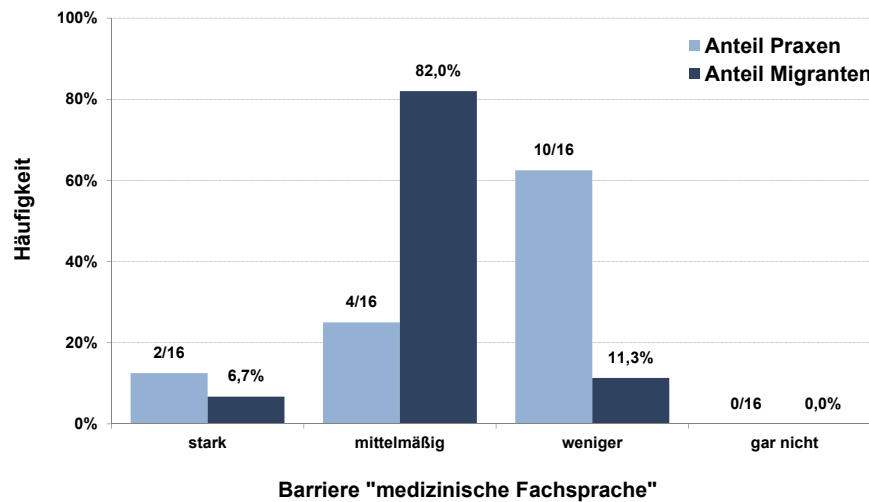


Abbildung 43
Einfluss der Kommunikationsbarriere „medizinische Fachsprache“ auf die Behandlung HIV-positiver Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung, nach Anteil Praxen und Anteil Migranten ($n_{\text{Praxen}}=16$; $n_{\text{Migranten}}=890$)

Die Ausprägung der Kommunikationsbarriere „medizinische Fachsprache“ korrelierte stark negativ mit der Ausprägung der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ ($\tau_c = -0,492$; $n_{\text{Praxen}}=16$), mittelstark negativ mit der Ausprägung der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ ($\tau_c = -0,363$; $n_{\text{Praxen}}=16$) sowie stark negativ mit der Ausprägung des interkulturellen Index ($\tau_c = -0,527$; $n_{\text{Praxen}}=16$). Praxen mit stärker ausgeprägten kulturellen Kompetenzen sahen demnach einen deutlich höheren Einfluss dieser Kommunikationsbarriere.

Tabelle 31
Gewichtetes arithmetisches Mittel, gewichtete Standardabweichung, ungewichtetes arithmetisches Mittel, ungewichtete Standardabweichung, n_{Praxen} und $n_{\text{Migranten}}$ für unverständliches Anliegen aufgrund sprachlicher oder inhaltlicher Gründe nach Ländern/Weltregionen

	\bar{x}_{gew}	σ_{gew}	\bar{x}	σ	n_{Praxen}	$n_{\text{Migranten}}$
Türkei	16,3%	11,2%	25,0%	19,3%	12	811
Ex-Jugoslawien	19,7%	16,5%	24,5%	15,7%	11	796
Polen	14,7%	8,5%	16,0%	9,7%	10	790
Nord-Afrika	17,6%	12,7%	28,3%	23,3%	12	829
Subsahara-Afrika	20,5%	18,5%	40,7%	30,1%	15	889
Asien	15,8%	9,1%	21,7%	10,3%	12	823
Latein-Amerika	11,7%	6,7%	20,0%	13,0%	14	885

Um die Bedingungen, die den beschriebenen Kommunikationsproblemen zugrunde liegen, genauer analysieren zu können, wurde stratifiziert nach Ländern beziehungsweise Weltregionen⁸⁸ gefragt, in wie viel Prozent der ärztlichen Gespräche mit HIV-positiven Migranten es

⁸⁸ Dabei wurden die für die epidemiologische Situation in Berlin zu erwartenden wichtigsten Länder beziehungsweise Weltregionen erfasst (Kap. 1.5.1), mit der Möglichkeit, diese selbst um weitere Länder/Regionen zu ergänzen.

aufgrund inhaltlicher oder sprachlicher Probleme nicht möglich war, deren Anliegen zu verstehen (Tab. 31).

Die gewichteten Mittelwerte der Anteile unverständlicher Anliegen nach Weltregionen, also bezogen auf die Gesamtzahl der in dieser Studie beschriebenen HIV-positiven Migranten, differierten kaum für die einzelnen Länder/Weltregionen und lagen immer unter oder nahe an einem Wert von 20%.

Die ungewichteten Mittelwerte lagen dabei jeweils (zum Teil deutlich) höher als die gewichteten. HIV-Schwerpunktpraxen, die eine größere Anzahl von Migranten betreuten, sahen hier also geringere Verständnisprobleme. Um daher in diesem Kontext eine Einschätzung bezüglich der Situation in den einzelnen Praxen zu erhalten, lohnt an dieser Stelle zusätzlich ein Blick auf die ungewichteten Mittelwerte: im dann direkten Vergleich der HIV-Schwerpunktpraxen erschien eine Herkunft aus der Region „Subsahara-Afrika“ in Bezug auf dieses Merkmal als wesentlich problematischer als alle anderen, hier waren im Mittel 40,7% der Patientenanliegen aus sprachlichen oder inhaltlichen Gründen nicht verständlich. Zwischen dem Anteil von Migranten, deren Anliegen aufgrund inhaltlicher oder sprachlicher Gründe als unverständlich erlebt wurde, und der den entsprechenden Kommunikationsbarrieren beigemessenen Bedeutung bestand ein jeweils starker Zusammenhang, sowohl für die Kommunikationsbarriere „fehlende Sprachkenntnisse“ ($\rho = ,569$; $n_{\text{Praxen}}=15$) als auch für „kulturelle Unterschiede“ ($\rho = ,480$; $n_{\text{Praxen}}=15$). Zu „unterschiedlichen Krankheitskonzepten“ als Kommunikationsbarriere gab es einen mittelstarken Zusammenhang ($\rho = ,308$; $n_{\text{Praxen}}=15$).

Auf die offene Frage, ob es im Kontext von HIV/AIDS andere Symptombeschreibungen gebe, antworteten nur 3/16 der HIV-Schwerpunktpraxen mit „ja“. Bei genauerer Analyse unterschieden sich diese allerdings nicht von auch im westlichen kulturellen Kontext gebräuchlichen Beschreibungen wie Schwäche sowie andere Symptome grippaler Art. Einzig die Beschreibungen waren zum Teil stärker an diffusen körperlichen Symptomen orientiert und weniger abstrakt.

4.2.4.2 Ansätze zur Überwindung von Kommunikationsbarrieren

Um Hinweise auf den Einsatz von Mitteln zur Verbesserung der Kommunikation mit HIV-positiven Migranten zu gewinnen, wurden die Ärzte nach der Bedeutung verschiedener Vorgehensweisen zur Überwindung oder Verringerung von Kommunikationsbarrieren gefragt, die im ärztlichen Alltag grundsätzlich gut umzusetzen waren. Dabei handelte es sich um den Einsatz non-verbaler Kommunikation, die Benutzung von medialen Hilfsmitteln sowie das Einbeziehen des sozialen Umfelds als unterstützendes Element in der Behandlung.

Die Bewertung der Bedeutung non-verbaler Kommunikation für die Arzt-Patient-Interaktion mit HIV-positiven Migranten wie den bewussten Einsatz von Mimik, Blickkontakt, Körpersprache und Tonfall ergab ein eindeutiges Bild: 10/17 Praxen erachteten dies als „sehr wichtig“, die restlichen 7/17 als „wichtig“, keine als „eher unwichtig“ oder „gänzlich unwichtig“. Bei der Betrachtung der gewichteten Werte wurde diese hohe Bedeutung noch deutlicher: die Praxen bewerteten non-verbale Interaktion im Kontakt mit 70,7% der zum Erhebungszeitpunkt betreuten Migranten als „sehr wichtig“, bei 29,3% als „wichtig“ ($n_{\text{Migranten}}=909$). Es war eine mittelstarke Korrelation zwischen der Einschätzung der Bedeutung non-verbaler Kommunikation und dem Ausmaß der in den Praxen gegebenen Sprachkompetenzen festzustellen ($\tau_c = ,332$; $n=17$).

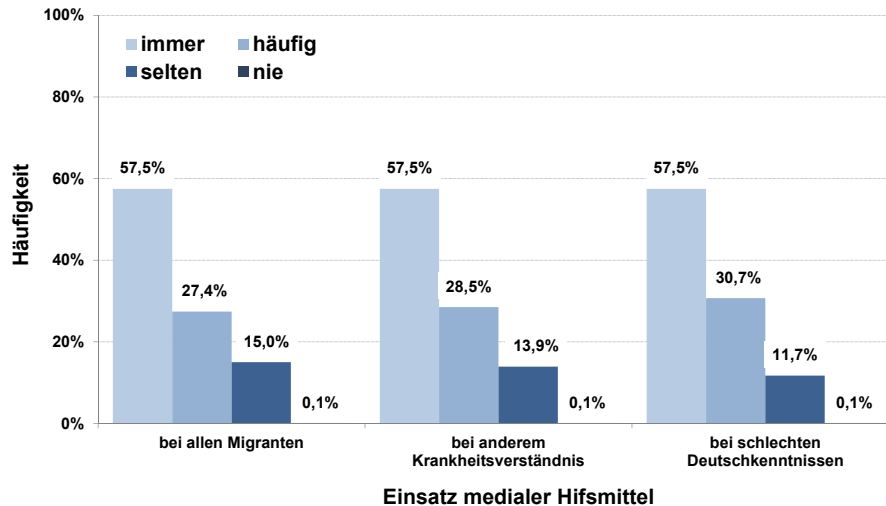


Abbildung 44
Häufigkeit des Einsatzes medialer Hilfsmittel in der Kommunikation mit an HIV/AIDS erkrankten Migranten in HIV-Schwerpunktpraxen, nach Migrantengruppen, Anteil Migranten ($n_{\text{Migranten}}=894$)

Darüber hinaus wurde nach dem konkreten Einsatz von medialen Hilfsmitteln wie Bildern und anderen Objekten zur Erklärung medizinischer Zusammenhänge im Zusammenhang mit der HIV/AIDS-Erkrankung von Migranten gefragt. Deren Gebrauch wurde getrennt erhoben für alle Migranten, für Personen mit nicht schulmedizinischem Krankheitsverständnis sowie für Migranten mit schlechten oder keinen Deutschkenntnissen. Dabei ergab sich ein fast konstantes Bild über die verschiedenen Bedingungen des Einsatzes hinweg: der Anteil von Migranten, bei deren Behandlung „immer“ oder „häufig“ zusätzliche Medien eingesetzt wurden, lag zwischen 84,9% und 88,2% (Abb. 44).

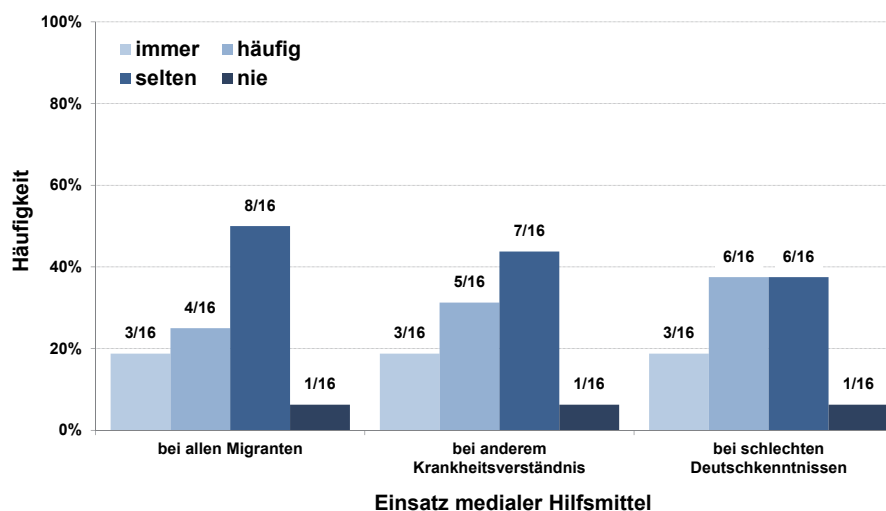


Abbildung 45
Häufigkeit des Einsatzes medialer Hilfsmittel in der Kommunikation mit an HIV/AIDS erkrankten Migranten in HIV-Schwerpunktpraxen, nach Migrantengruppen, Anteil Praxen ($n_{\text{Praxen}}=16$)

Die Verteilung dieses Items nach Anteil der Praxen (Abb. 45) zeigte eine deutliche Verschiebung hin zu einem selteneren Einsatz medialer Hilfsmittel. Im Vergleich zur Gruppe aller Migranten wurden mediale Hilfsmittel häufiger bei Migranten mit anderem Krankheitsverständnis, noch häufiger bei Migranten mit schlechteren Deutschkenntnissen genutzt. Zwi-

schen der Häufigkeit des Einsatzes medialer Hilfsmittel bei Migranten generell und der auf der Subskala „in der Praxis vorhandene Sprachkompetenzen“ erreichten Bewertung bestand eine mittelstarke negative Korrelation ($\tau_c = -,351$; $n=17$), mediale Hilfsmittel wurden also in Praxen mit stärker ausgeprägten Sprachkompetenzen häufiger eingesetzt. Dieser Zusammenhang wurde schwächer bei der Kommunikation mit Migranten mit anderem Krankheitsverständnis ($\tau_c = -,177$; $n=16$) sowie bei Migranten mit schlechten Deutschkenntnissen ($\tau_c = -,125$; $n=16$). Zwischen der Häufigkeit des Einsatzes medialer Hilfsmittel bei Migranten generell und der Anzahl der in einer Praxis betreuten HIV-positiven Migranten bestand ein schwacher bis mittelstarker negativer Zusammenhang ($\tau_c = -,212$; $n=17$).

Eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung der Kommunikationssituation kann das Einbeziehen von Personen aus dem sozialen Umfeld der Patienten sein. Daher wurde gefragt, wie häufig dies in der Interaktion mit Migranten, die an HIV/AIDS erkrankt sind, geschieht, zum Beispiel als Übersetzer oder als Unterstützung bei der Umsetzung des Behandlungsplans. Es ergab sich ein gewichtetes arithmetisches Mittel von 40,8% ($\sigma_{\text{gew}}=18,9\%$; $n_{\text{Praxen}}=17$) aller ärztlichen Gespräche, für die dies der Fall war. Personen aus dem sozialen Umfeld der migrantischen Patienten wurden eher von Praxen mit stärker ausgeprägten Fremdsprachenkompetenzen einbezogen ($\tau_c = ,313$; $n=17$).

4.2.4.3 Übersetzung im Rahmen der Versorgung HIV-positiver Migranten

Von den 17 Praxen der *Regelversorgung*, die von einem Kontakt mit HIV-positiven Patienten berichteten, antworteten 15 auf die Frage nach Übersetzungsgepflogenheiten.⁸⁹ 8/15 gaben an, dass sie im ärztlichen Gespräch mit an HIV/AIDS erkrankten Migranten auf Übersetzungen durch professionelle Dolmetscher oder Laien zurückgreifen. 6/15 machten dabei gute oder sehr gute Erfahrungen, 11/15 teils gute, teils schlechte Erfahrungen, niemand ausschließlich schlechte oder sehr schlechte.

12 der 17 *HIV-Schwerpunktpraxen*, die 89,1% der abgebildeten HIV-positiven Migranten zu ihren Patienten zählten, gaben an, dass es bei ärztlichen Gesprächen mit dieser Klientel grundsätzlich zu Übersetzungen komme, durch professionelle Dolmetscher oder durch Laien wie etwa das Praxispersonal.⁹⁰ Das gewichtete Mittel der Häufigkeit solcher Übersetzungen lag für diese Praxen bei 12,1% aller Gespräche ($\sigma_{\text{gew}}=16,2\%$; $\text{Min}=5\%$; $\text{Max}=80\%$; $n_{\text{Praxen}}=12$). Dabei korrelierten die in der Praxis vorhandenen Sprachkompetenzen (abgebildet durch die Subskala „in den Praxen vorhandene Sprachkompetenzen“) stark negativ mit der Häufigkeit von Übersetzung durch professionelle Dolmetscher oder andere Personen außerhalb des Praxispersonals ($\rho = -,610$; $n_{\text{Praxen}}=12$). Ebenso war ein starker negativer Zusammenhang zwischen der Häufigkeit solcherart Übersetzungen und der Anzahl des nicht-ärztlichen Personals festzustellen ($\rho = -,669$; $n_{\text{Praxen}}=12$), aber keine Korrelation mit der Anzahl der in einer Praxis praktizierenden Ärzte ($\rho = -,057$; $n_{\text{Praxen}}=12$). Dies fand in den Daten eine Bestätigung durch eine starke negative Korrelation zwischen der Anzahl der beim nicht-ärztlichen Praxispersonal vorhandenen unterschiedlichen Sprachkompetenzen und der Häufigkeit von Übersetzung von außerhalb des Praxispersonals ($\rho = -,530$; $n_{\text{Praxen}}=12$). Es gab eine starke negative Korrelation zwischen den in einer Praxis vorhandenen unterschiedlichen Fremdspra-

⁸⁹ Aufgrund der geringen Anzahl der von dieser Versorgungsart betreuten Migranten werden Ergebnisse bezüglich der Erfahrung mit Übersetzungen für Praxen der Regelversorgung nicht detaillierter dargestellt.

⁹⁰ Die detailliert nach Übersetzungstyp (professionell, durch Praxis-Personal und durch Verwandte/Bekannte der Patienten) erhobenen Daten (Tab. 32) legen aufgrund des dort angegebenen hohen Anteils von Übersetzungen durch Bekannte/Verwandte nahe, dass Bekannte/Verwandte in der hier dargestellten Verteilung von den befragten Ärzten nicht berücksichtigt wurden. Dies wird auch durch die Summe der Anteile für professionelle Übersetzungen und solche durch das Praxispersonal bestätigt, deren gewichtetes Mittel dem hier global abgefragten Wert sehr nahe kommt (15,9% gegenüber 12,1%).

chenkompetenzen der Ärzte und der Häufigkeit von dieser Übersetzungsart ($\rho = -,461$; $n_{\text{Praxen}}=12$).

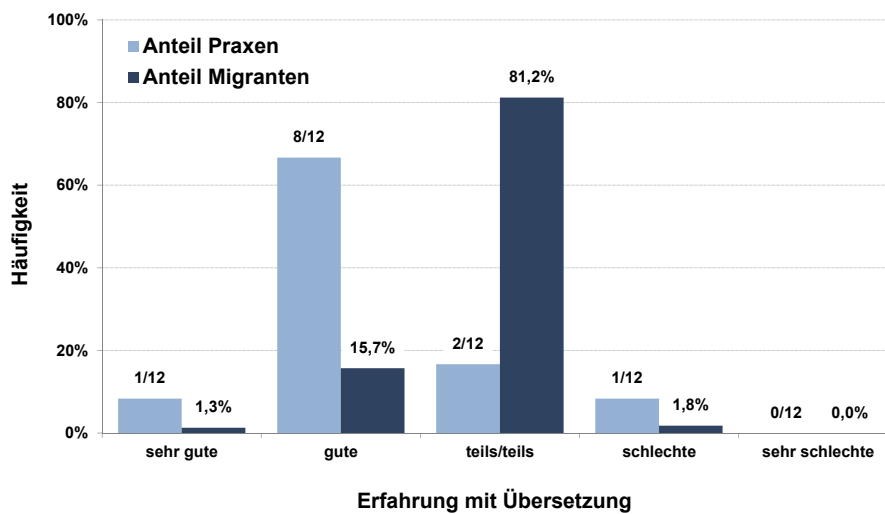


Abbildung 46
Erfahrung mit Übersetzung durch professionelle Dolmetscher oder Laien außerhalb des Praxispersonals in der HIV-Schwerpunktversorgung, nach Anteil Praxen und Anteil Migranten ($n_{\text{Praxen}}=12$; $n_{\text{Migranten}}=820$)

Ein Blick auf die Korrelationen zwischen den in einer Praxis insgesamt vorhandenen Sprachkompetenzen (gemessen mithilfe der Subskala „in den Praxen vorhandene Sprachkompetenzen“) und den Übersetzungsgewohnheiten ergab ein ähnliches Bild: zwischen den Sprachkompetenzen und dem Anteil an vom Praxis-Personal geleisteten Übersetzungen an allen Gesprächen mit HIV-positiven Migranten bestand ein sehr starker positiver Zusammenhang ($\rho = ,767$; $n_{\text{Praxen}}=14$), ein mittelstarker negativer mit dem Anteil der durch professionelle Dolmetscher oder Laien außerhalb des Praxispersonals durchgeführten Übersetzungen ($\rho = -,316$; $n_{\text{Praxen}}=16$).

9/12 der Praxen gaben an, mit Übersetzungen durch professionelle Dolmetscher oder Laien außerhalb des Praxispersonals sehr gute oder gute Erfahrungen gemacht zu haben, 3/12 gemischte oder schlechte, keine Praxis machte sehr schlechte Erfahrungen (Abb. 46). Nach Gewichtung dieser Erfahrungen anhand der Anzahl HIV-positiver migrantischer Patienten in den Praxen ergab sich ein anderes Bild: in nur noch 17,0% der Fälle wurden sehr gute oder gute Erfahrungen mit solchen Übersetzungen gemacht, bei 81,2% gemischte und bei 1,8% schlechte ($n_{\text{Migranten}}=820$).

Neben den dargestellten Fragen zur Häufigkeit von Übersetzung generell sowie zur Erfahrung hiermit wurden zusätzlich Daten zu organisatorischen Aspekten im Zusammenhang mit Übersetzungen erhoben. Annähernd die Hälfte der Praxen beschaffte Übersetzer „immer“ oder „häufig“ selbst (6/14) oder ließ sie ebenso oft von den Migranten mitbringen (7/14; Abb. 47). Psychosoziale Einrichtungen wurden von den Praxen zur Organisation von Übersetzungsleistungen kaum in Anspruch genommen (bei 13/14 Praxen „selten“ oder „nie“). Ein Blick auf die gewichteten Angaben ergab ein zum Teil verschobenes Bild. Auch hier wurden psychosoziale Einrichtungen kaum zur Organisation von Übersetzungen herangezogen (98,8% „selten“ oder „nie“; $n_{\text{Migranten}}=848$), dies galt auch für einen hohen Anteil der Organisation von Übersetzungsleistungen durch die Praxen selbst (85,4%; $n_{\text{Migranten}}=883$). In 89,9% aller ärztlichen Gespräche mit Übersetzung sorgten die Patienten für ihre Dolmetscher selbst ($n_{\text{Migranten}}=879$).

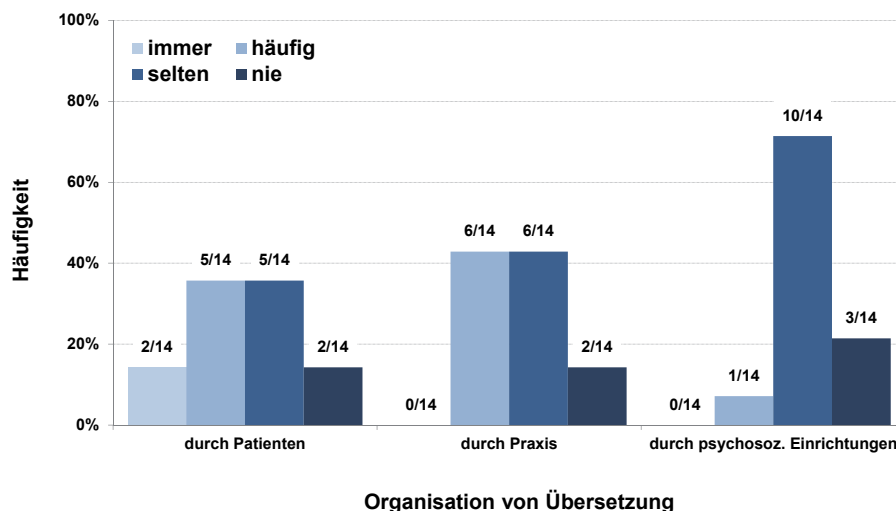


Abbildung 47
Organisation von Übersetzung in Praxen der HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Praxen ($n_{\text{Praxen}}=14$)

Auf eine weitere Frage hin gaben 13/14 Praxen an, selten oder nie professionelle Übersetzerdienste in Anspruch zu nehmen, unabhängig von der Art der Organisation dieser Übersetzungsleistungen.

Dies fand Bestätigung in den Angaben der Praxen bezüglich des Anteils ärztlicher Gespräche mit Übersetzung, der getrennt nach verschiedenen Übersetzungsarten erhoben wurde (professionelle Übersetzung, Laien-Übersetzung durch das Praxis-Team, Laien-Übersetzung durch Verwandte oder Bekannte der Patienten). Der Anteil ärztlicher Gespräche mit HIV-positiven Migranten, in denen professionelle Übersetzungen in Anspruch genommen wurden, war gering (\bar{x}_{gew} 4,6%; Tab. 32). Übersetzungen durch das Praxis-Team kamen nur etwas häufiger vor, solche durch Angehörige fanden in etwa zwei Drittel aller Gespräche statt. Die hohe gewichtete Standardabweichung zeigte, dass die Praxen diese Form der Übersetzung eher unterschiedlich handhabten.

Tabelle 32
Gewichtetes arithmetisches Mittel und gewichtete Standardabweichung der Anteile von Übersetzungen an allen Gesprächen mit HIV-positiven Migranten durch unterschiedliche Übersetzer, HIV-Schwerpunktversorgung

	professionell $n_{\text{Praxen}}=12$ $n_{\text{Migranten}}=813$	Praxis-Team $n_{\text{Praxen}}=14$ $n_{\text{Migranten}}=874$	Angehörige $n_{\text{Praxen}}=16$ $n_{\text{Migranten}}=898$
\bar{x}_{gew}	4,6%	11,3%	61,6%
σ_{gew}	5,5%	21,5%	38,7%

Zwischen der auf der Subskala „in den Praxen vorhandene Sprachkompetenzen“ erreichten Punktzahl und der Häufigkeit von Übersetzungen durch das Praxis-Team bestand ein sehr starker Zusammenhang ($\rho=,767$; $n_{\text{Praxen}}=14$). Trotz unterschiedlicher Ausprägung der Korrelationen waren diese auch bei getrennter Betrachtung nach Fremdsprachenkompetenzen des nicht-ärztlichen ($\rho=,833$; $n_{\text{Praxen}}=14$) wie des ärztlichen Personals ($\rho=,477$; $n_{\text{Praxen}}=13$) hoch. Übersetzungen durch das Praxis-Team erfolgten demnach aber häufiger bei vorhandenen hohen Sprachkompetenzen des nicht-ärztliche Personals. Die Korrelation zwischen dem Aus-

maß von Fremdsprachenkompetenzen in den Praxen und der Häufigkeit von Übersetzungen durch Angehörige oder andere Laien war mittelstark negativ ($\rho = -,316$; $n_{\text{Praxen}} = 16$).

4.2.4.4 Arzt-Patient-Interaktion und Behandlungsverlauf

Interaktionsprobleme in der Versorgung von Migranten aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten

Aufgrund der hohen Bedeutung, die Interaktionsproblemen in Folge sprachlicher Schwierigkeiten beigemessen wird (Kap. 1.4.1.3), wurden die Einschätzungen der Ärzte zu dieser Thematik gesondert abgefragt. Die Ärzte wurden gebeten, die Ausprägung der Interaktionsprobleme je nach Merkmal auf einer Skala von 0 (keine Probleme) bis 9 (unüberwindbare Probleme) anzugeben. Dabei wurde nach den Merkmalen Geschlecht, Bildungsstand und Aufenthaltsdauer stratifiziert, aufgrund deren potentiellen Einflusses auf die Ausprägung von Interaktionsproblemen (Kap. 1.4, 2.1-2.4).⁹¹ Hier dargestellte Angaben aus der Regelversorgung beziehen sich auf die Behandlung von Migranten generell, Angaben aus der HIV-Schwerpunktversorgung auf die Interaktion mit HIV-positiven Migranten (Kap. 3.4.2.1).

Die Einschätzungen der Praxen zu Interaktionsproblemen aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten durch die Praxen der *Regelversorgung* (in der Behandlung von Migranten generell) nach Geschlecht ergab Werte, die um das Mittel von 4,5 der möglichen Bewertungen zwischen 0 und 9 herum lagen (Tab. 33). Die Interaktion mit Frauen wurde aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten dabei als problematischer angesehen, mit einer um 0,9 Punkte höheren Bewertung. Bei Migranten mit Aufenthaltsdauer bis zu einem Jahr wurden Interaktionsprobleme aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten mit 1,6 Punkten als problematischer bewertet als bei Migranten mit längerer Aufenthaltsdauer. Die Stratifikation der Bewertung nach Bildungsstand zeigte steigende Interaktionsprobleme aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten mit abnehmendem Bildungsstand, die Bewertung für Migranten ohne Ausbildung lag mehr als dreifach höher als die von Migranten mit Universitätsausbildung.

⁹¹ Eine Stratifikation nach dem ebenfalls erfragten Merkmal „Herkunftsland/-region“ wurde aufgrund der hierzu kaum vorhandenen Angaben nicht durchgeführt.

Tabelle 33
Arithmetisches Mittel und Standardabweichung von Interaktionsproblemen aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten mit Migranten generell in der Regelversorgung, nach Geschlecht, Bildungsstand und Aufenthaltsdauer ($n_{\text{Praxen}}=80$)

	\bar{x}	$\hat{\sigma}$
Geschlecht		
männlich	4,2	2,1
weiblich	5,1	2,5
Aufenthaltsdauer		
≤ 12 Monate	6,6	2,2
> 12 Monate	5,0	2,4
Bildungsstand		
keine Ausbildung	6,8	2,3
Berufsausbildung	3,9	2,0
Studium	2,0	2,4

Ausprägungen: 0=keine Probleme bis 9= unüberwindbare Probleme

Tabelle 34
Gewichtetes arithmetisches Mittel und gewichtete Standardabweichung von Interaktionsproblemen aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten mit HIV-positiven Migranten, in der HIV-Schwerpunktversorgung, nach Geschlecht, Bildungsstand und Aufenthaltsdauer ($n_{\text{Praxen}}=16$; $n_{\text{Migranten}}=899$)

	\bar{x}_{gew}	σ_{gew}
Geschlecht		
männlich	4,2	1,3
weiblich	3,9	2,4
Aufenthaltsdauer		
≤ 12 Monate	5,5	1,1
> 12 Monate	4,2	1,5
Bildungsstand		
keine Ausbildung	6,9	0,8
Berufsausbildung	3,0	1,4
Studium	2,6	1,5

Ausprägungen: 0=keine Probleme bis 9= unüberwindbare Probleme

Die in der *HIV-Schwerpunktversorgung* erreichten Mittelwerte zu Interaktionsproblemen in der Behandlung HIV-positiver Migranten aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten nach Geschlecht lagen in der Nähe des möglichen Mittels von 4,5 Punkten, die Interaktion mit Frauen wurde dabei mit einer Differenz von 0,3 Punkten als etwas unproblematischer eingeschätzt (Tab. 34). Interaktionsprobleme mit Migranten mit einer Aufenthaltsdauer von über einem Jahr wurden ähnlich bewertet, die von Migranten mit kürzerer Aufenthaltsdauer mit 1,3 Punkten Differenz als problematischer. Interaktionsprobleme aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten wurden für HIV-positive Migranten mit Universitätsausbildung und Berufsausbildung als eher niedrig eingeschätzt, hier zeigten sich nur leicht differierende Bewertungen von 0,4 Punkten. Die Interaktion mit HIV-positiven Migranten ohne Berufsausbildung wurde aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten dagegen im Vergleich mit den beiden anderen Strata jeweils mehr als doppelt so problematisch bewertet.

Tabelle 35
Korrelationen zwischen Interaktionsproblemen aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten und den Merkmalen Geschlecht, Aufenthaltsdauer und Bildungsstand, nach Versorgungstyp ($n_{\text{Schwerpunktversorgung}}=16$, $n_{\text{Regelversorgung}}=80$)

	ρ	
	HIV-Schwerpunktversorgung	Regelversorgung
Geschlecht ¹	.114	.225
Aufenthaltsdauer ²	-.472	-.352
	τ_c	
Bildungsstand ³	-.610	-.614

¹ Ausprägungen: 1= männlich, 2= weiblich

² Ausprägungen: 1= ≤ 12 Monate, 2= > 12 Monate

³ Ausprägungen: 1 =keine Ausbildung, 2= Berufsausbildung, 3=Studium

Diese Zusammenhänge ließen sich mithilfe entsprechender Korrelationskoeffizienten zahlenmäßig fassen (Tab. 35). Für beide Versorgungstypen (und für die damit unterschiedlichen

abgebildeten Patienten-Populationen) ergab sich der geringste Zusammenhang zwischen der Bewertung von Interaktionsproblemen aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten und dem Merkmal Geschlecht, ein mittelstarker (Regelversorgung: Behandlung von Migranten generell) beziehungsweise starker (HIV-Schwerpunktversorgung: Behandlung von HIV-positiven Migranten) Zusammenhang mit dem Merkmal Aufenthaltsdauer, und der jeweils stärkste Zusammenhang mit dem Merkmal Bildungsstand.

Für die HIV-Schwerpunktversorgung bestand zwischen der Ausprägung der Subskala „in den Praxen vorhandene Sprachkompetenzen“ und der im Mittel vorgenommenen Bewertung sprachbedingter Interaktionsprobleme ein mittelstarker negativer Zusammenhang ($\rho = -,363$; $n_{\text{Praxen}}=12$). Damit bewerteten Praxen, in denen Sprachkompetenzen stärker ausgeprägt waren, Interaktionsprobleme aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten eher als weniger problematisch.

Arzt-Patient-Interaktion mit HIV-positiven Migranten

Zusätzlich zur spezifischen Frage nach den Interaktionsproblemen aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten wurden die Ärzte danach gefragt, als wie schwierig sie die Arzt-Patient-Interaktion mit HIV-positiven Migranten generell einschätzen.

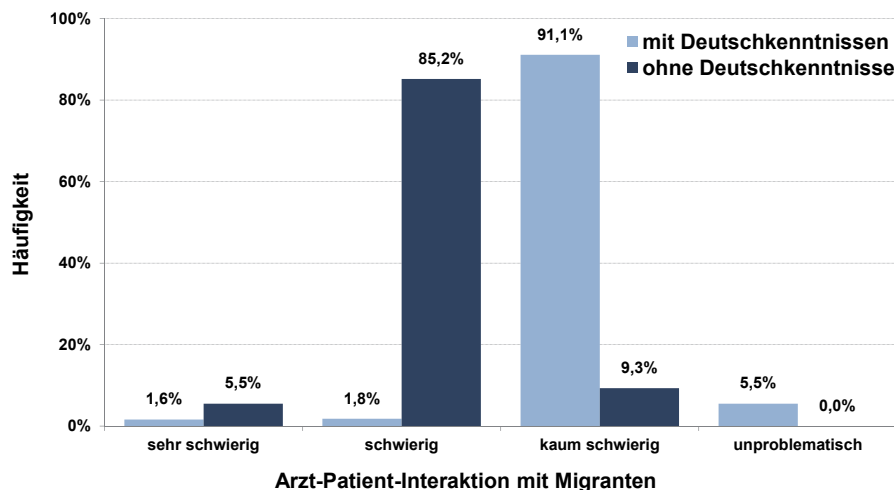


Abbildung 48
Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Interaktion bezüglich HIV/AIDS, nach Deutschkenntnissen der Migranten, HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Migranten ($n_{\text{Migranten}}=908$)

Da HIV-positive Migranten in den Praxen der Regelversorgung keine dauerhafte Versorgung erfuhren, werden hier nur Ergebnisse aus der Befragung der HIV-Schwerpunktpraxen dargestellt.

Fokus der Frage war der Vergleich zwischen Arzt-Patient-Interaktionen bezüglich der HIV/AIDS-Behandlung auf der einen und der Behandlung anderer Beschwerden auf der anderen Seite. Zusätzlich wurde auch hier nach dem Merkmal Sprachkenntnisse der Migranten stratifiziert. Sprachkompetenzen auf Seiten der Migranten wurden hierfür mithilfe einer dichotomen Unterteilung in „Migranten mit Deutschkenntnissen“ und „Migranten ohne Deutschkenntnisse“ erhoben.

Interaktionsschwierigkeiten zwischen Ärzten und Migranten bezüglich HIV/AIDS wurden von den Ärzten für 90,7% der behandelten Migranten ohne Deutschkenntnissen als „schwierig“ oder „sehr schwierig“ eingeschätzt, gegenüber einem Anteil von 3,4% bei HIV-positiven Migranten mit Deutschkenntnissen (Abb. 48).

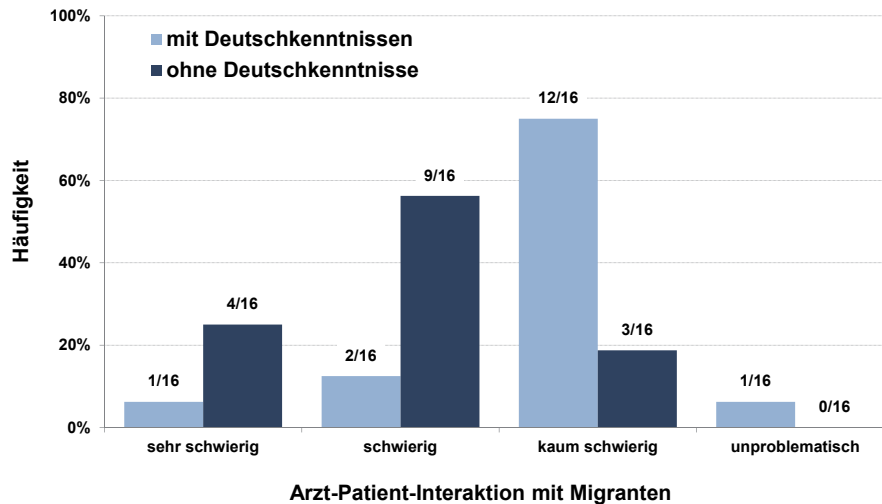


Abbildung 49
 Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Interaktion bezüglich HIV/AIDS, nach Deutschkenntnissen der Migranten, HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Praxen ($n_{\text{Praxen}}=16$)

Dieser starke Unterschied bestand auch für die Verteilung dieses Merkmals nach Anteil der Praxen (Abb. 49), wenn auch etwas weniger stark ausgeprägt. Praxen mit einer höheren Anzahl von Migranten stuften die Interaktion bezüglich HIV/AIDS damit als weniger schwierig ein.

Die Einschätzung der Interaktionsschwierigkeiten im Kontext der HIV/AIDS-Behandlung in Bezug auf Migranten *mit Deutschkenntnissen* korrelierte schwach mit der Ausprägung der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ ($\tau_c = ,156$; $n_{\text{Praxen}}=16$), mittelstark mit den Ausprägungen der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ ($\tau_c = ,344$; $n_{\text{Praxen}}=16$) sowie des gesamten interkulturellen Index ($\tau_c = ,313$; $n_{\text{Praxen}}=16$).⁹² Zwischen der Bewertung von Interaktionsschwierigkeiten in Bezug auf die HIV/AIDS-Behandlung von Migranten *ohne Deutschkenntnisse* und der Ausprägung der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ ($\tau_c = -,070$; $n_{\text{Praxen}}=16$), der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ ($\tau_c = ,164$; $n_{\text{Praxen}}=16$) sowie des gesamten interkulturellen Index ($\tau_c = ,082$; $n_{\text{Praxen}}=16$) fanden sich jeweils schwache (zum Teil negative) Zusammenhänge.

⁹² Zur Richtung der Korrelation: die Einschätzung der Arzt-Patient-Interaktion war dabei kodiert mit „unproblematisch“=1, „kaum schwierig“=2, „schwierig“=3, „sehr schwierig“=4.

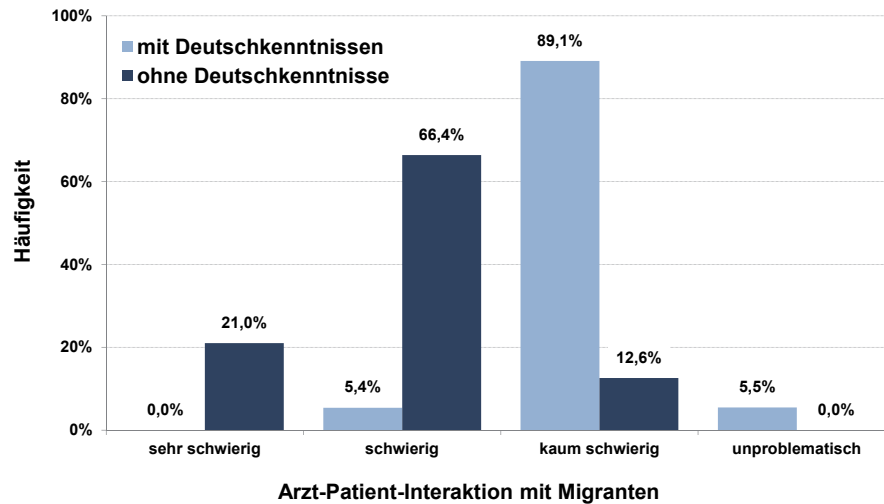


Abbildung 50
Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Interaktion bezüglich anderer Beschwerden als HIV/AIDS, nach Deutschkenntnissen der Migranten, HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Migranten ($n_{\text{Migranten}}=908$)

Interaktionsschwierigkeiten bezüglich anderer Beschwerden als HIV/AIDS wurden für Migranten ohne Deutschkenntnisse zu 87,4% als „sehr schwierig“ oder „schwierig“ eingeschätzt, mit einem im Vergleich zur Interaktion bezüglich HIV/AIDS etwa vierfach höheren Anteil (21,0%) als „sehr schwierig“ (Abb. 50). Die Interaktion mit Migranten mit Deutschkenntnissen wurde in 94,6% der Fälle als „kaum schwierig“ oder „unproblematisch“ eingestuft. Betrachtet nach Anteil der Praxen wurden diese Interaktionsschwierigkeiten für Migranten mit Deutschkenntnissen als schwerer eingeschätzt (Abb. 51).

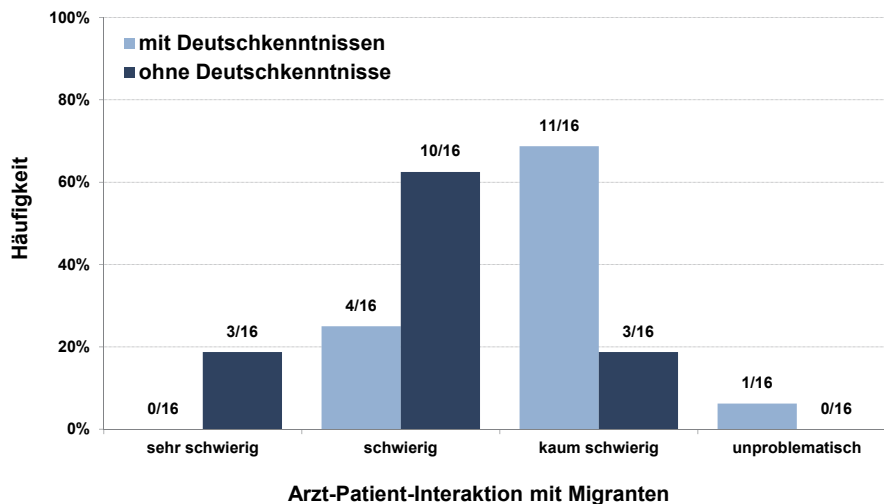


Abbildung 51
Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Interaktion bezüglich anderer Beschwerden, nach Deutschkenntnissen der Migranten, HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Praxen ($n_{\text{Praxen}}=16$)

Zwischen der Bewertung von Interaktionsschwierigkeiten im Rahmen der Behandlung anderer Erkrankungen als HIV/AIDS bei HIV-positiven Migranten *mit Deutschkenntnissen* fanden sich jeweils mittelstarke Zusammenhänge mit den Ausprägungen der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ ($\tau_c = ,352$; $n_{\text{Praxen}}=16$), der adaptiven Achse

„interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ ($\tau_c = ,363$; $n_{\text{Praxen}}=16$) sowie des interkulturellen Index ($\tau_c = ,375$; $n_{\text{Praxen}}=16$).⁹³ Die Einschätzung dieser Interaktionsschwierigkeiten mit Migranten *ohne Deutschkenntnisse* korrelierte schwach mit der Ausprägung der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“, ($\tau_c = ,176$; $n_{\text{Praxen}}=16$), schwach bis mittelstark mit der Ausprägung der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ ($\tau_c = ,211$; $n_{\text{Praxen}}=16$) sowie schwach mit der des interkulturellen Index ($\tau_c = ,141$; $n_{\text{Praxen}}=16$).

In Anlehnung an die Fragen zur Arzt-Patient-Interaktion wurden die Ärzte um eine Einschätzung dazu gebeten, wie stark Behandlungsverläufe von an HIV/AIDS erkrankten Migranten hinter denen von Nicht-Migranten zurückbleiben. Auch hier wurde nach Art der Erkrankung sowie den bei den Migranten gegebenen Deutschkenntnissen stratifiziert. Damit sollte, über etwaige Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Interaktion hinaus, auch eine Beurteilung des medizinischen Erfolgs von HIV-Therapien bei Migranten erfolgen.

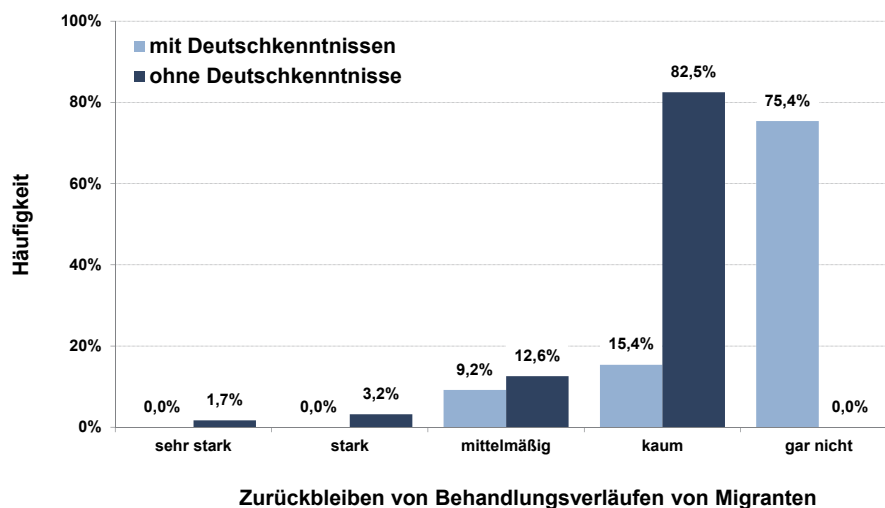


Abbildung 52
Zurückbleiben von Behandlungsverläufen von Migranten hinter denen von Nicht-Migranten bei der Therapie von HIV/AIDS, nach Deutschkenntnissen der Migranten, HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Migranten ($n_{\text{Migranten}}=908$)

Ein Zurückbleiben von Behandlungsverläufen bei der Therapie von HIV/AIDS wurde für Migranten mit Deutschkenntnissen für 90,8% als „kaum“ oder „gar nicht“ gegeben berichtet, für keinen Migranten aus dieser Gruppe als „sehr stark“ oder „stark“ (Abb. 52). Die Behandlungsverläufe von Migranten ohne Deutschkenntnisse blieben etwas stärker hinter denen von Nicht-Migranten zurück, zu 4,9% „sehr stark“ oder „stark“, für alle Migranten ohne Deutschkenntnisse wurde aber zumindest ein leichtes Zurückbleiben konstatiert.

Die Analyse der Daten zu Behandlungsverläufen bezüglich HIV/AIDS nach Anteil der Praxen ergab im Vergleich nach Anteil der Migranten eine stärkere Gewichtung von „mittelmäßig“ schlechteren Behandlungsverläufen von Migranten ohne Deutschkenntnisse (6/16, Abb. 53). Auch hier waren es damit die Praxen mit einer größeren Anzahl von Migranten, die die wenigsten Schwierigkeiten angaben.

⁹³ Zur Richtung der Korrelation: die Einschätzung des Zurückbleibens von Behandlungsverläufen HIV-positiver Migranten hinter denen nicht-migrantischer HIV-Patienten war dabei kodiert mit „gar nicht“=1; „kaum“=2; „mittelmäßig“=3; „stark“=4; „sehr stark“=5.

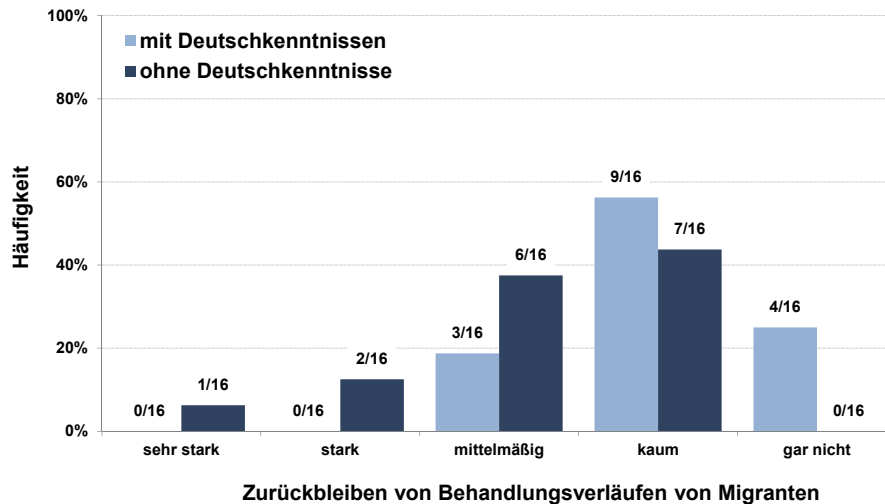


Abbildung 53
Zurückbleiben von Behandlungsverläufen von Migranten hinter denen von Nicht-Migranten bei der Therapie von HIV/AIDS, nach Deutschkenntnissen der Migranten, HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Praxen ($n_{\text{Praxen}}=16$)

Die Einschätzung der Ärzte zum Zurückbleiben von Behandlungsverläufen HIV-positiver Migranten hinter denen von Nicht-Migranten im Kontext der HIV/AIDS-Behandlung in Bezug auf Migranten *mit Deutschkenntnissen* korrelierte mittelstark mit der Ausprägung der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ ($\tau_c = ,246$; $n_{\text{Praxen}}=16$), stark mit der Ausprägungen der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ ($\tau_c = ,469$; $n_{\text{Praxen}}=16$) sowie mittelstark bis stark mit der des interkulturellen Index ($\tau_c = ,387$; $n_{\text{Praxen}}=16$).

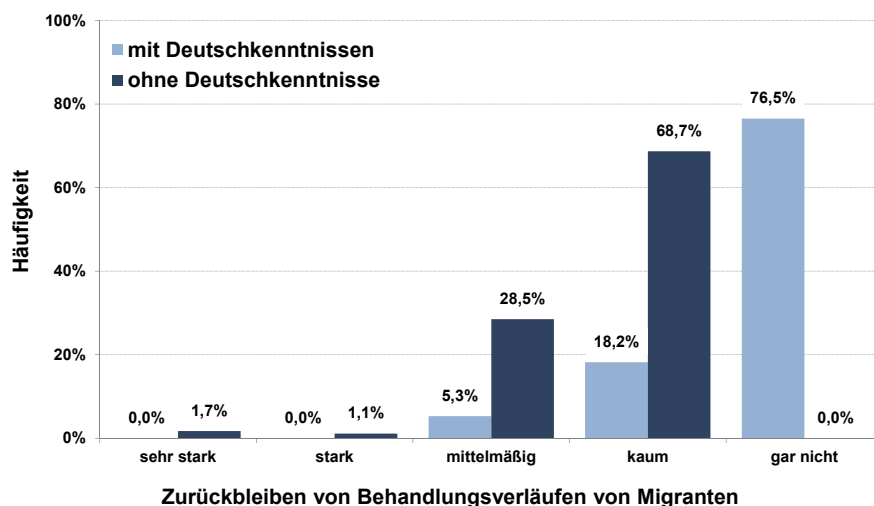


Abbildung 54
Zurückbleiben von Behandlungsverläufen von Migranten hinter denen von Nicht-Migranten bei der Therapie anderer Erkrankungen als HIV/AIDS, nach Deutschkenntnissen der Migranten, HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Migranten ($n_{\text{Migranten}}=908$)

Zwischen der Bewertung der Behandlungsverläufe in Bezug auf die HIV/AIDS-Behandlung von Migranten *ohne Deutschkenntnisse* und der Ausprägung der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ bestand kein Zusammenhang ($\tau_c = ,052$; $n_{\text{Praxen}}=16$), zur adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ ($\tau_c = ,208$;

$n_{\text{Praxen}}=16$) sowie des interkulturellen Index ($\tau_c = ,167$; $n_{\text{Praxen}}=16$) jeweils schwache bis mittelstarke Zusammenhänge.

Die Behandlungsverläufe anderer Erkrankungen blieben für keinen Migranten mit Deutschkenntnissen „sehr stark“ oder „stark“ hinter denen von Nicht-Migranten zurück, für 94,7% „kaum“ oder „gar nicht“ (Abb. 54). Auch für Migranten ohne Deutschkenntnisse wurden diese Unterschiede von den Ärzten nur für 2,8% als „sehr stark“ oder „stark“ eingeschätzt, der Anteil von „mittelmäßig“ zurückbleibenden Behandlungsverläufen war für diese Gruppe etwa 5-fach erhöht gegenüber Migranten mit Deutschkenntnissen.

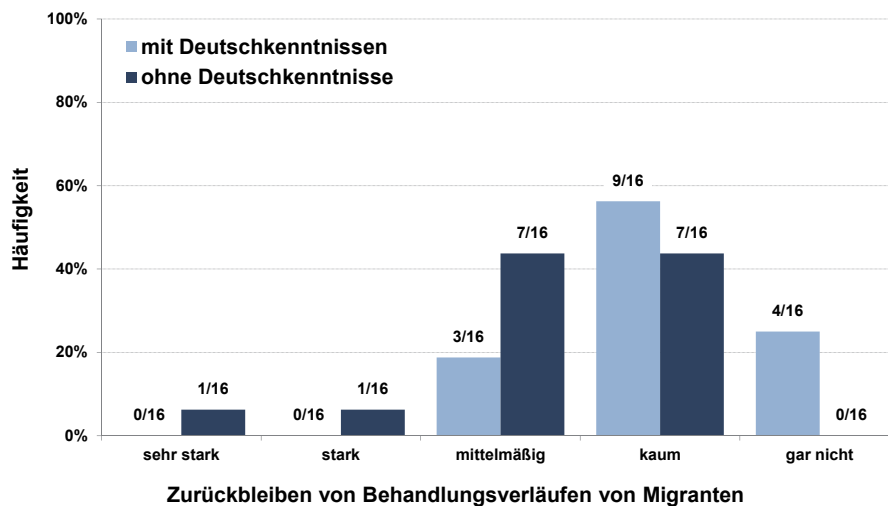


Abbildung 55
Zurückbleiben von Behandlungsverläufen von Migranten hinter denen von Nicht-Migranten bei der Therapie anderer Erkrankungen als HIV/AIDS, nach Deutschkenntnissen der Migranten, HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Praxen ($n_{\text{Praxen}}=16$)

Die Einschätzung von Unterschieden in Behandlungsverläufen bezüglich anderer Erkrankungen als HIV/AIDS nach Anteil der Praxen zeigte eine leicht schlechtere Bewertung als die Bewertung nach Anteil der Migranten. Dies galt für Migranten mit Deutschkenntnissen wie auch für solche ohne (Abb. 55). Praxen mit einer hohen Anzahl von HIV-positiven Migranten bewerteten die Behandlungsverläufe anderer Erkrankungen als HIV/AIDS damit als weniger unterschiedlich zu denen von Nicht-Migranten als Praxen mit einer geringeren Anzahl versorgter Migranten.

Zwischen der Bewertung der Behandlungsverläufe von anderen Erkrankungen als HIV/AIDS bei HIV-positiven Migranten *mit Deutschkenntnissen* fanden sich jeweils mittelstarke Zusammenhänge mit den Ausprägungen der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ ($\tau_c = ,246$; $n_{\text{Praxen}}=16$), mittelstark mit den Ausprägungen der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ ($\tau_c = ,375$; $n_{\text{Praxen}}=16$) sowie des interkulturellen Index ($\tau_c = ,316$; $n_{\text{Praxen}}=16$). Die Einschätzung solcher Behandlungsverläufe von Migranten *ohne Deutschkenntnisse* korrelierte schwach mit der Ausprägung der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“, ($\tau_c = ,177$; $n_{\text{Praxen}}=16$), sowie mittelstark mit den Ausprägungen der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ ($\tau_c = ,281$; $n_{\text{Praxen}}=16$) und der des interkulturellen Index ($\tau_c = ,240$; $n_{\text{Praxen}}=16$).

Die Einschätzung von Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Interaktion mit HIV-positiven Migranten mit Deutschkenntnissen korrelierte dabei schwach mit der Beurteilung der Behandlungsverläufe im Unterschied zwischen Migranten *mit Deutschkenntnissen* und Nicht-

Migranten ($\tau_c = ,141$; $n=16$), aber stark mit der Beurteilung der Behandlungsverläufe im Unterschied zwischen Migranten *ohne Deutschkenntnisse* und Nicht-Migranten ($\tau_c = ,539$; $n=16$).

4.2.4.5 Besondere Anforderungen und Best-Practice-Ansätze im Rahmen der ambulanten medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten

Die Literatur zur medizinischen Betreuung von Migranten (Kap. 1.4.2, 1.4.3) legte vielfach nahe, dass auch die Behandlung von Migranten, die an HIV/AIDS erkrankt sind, einen erhöhten Aufwand für die Praxen bedeuten könnte, etwa aufgrund eines unter Umständen nötigen aufwendigen Umgangs mit kulturellen Tabuisierungen oder aufgrund sprachlicher Probleme.

Für die Betreuung eines HIV/AIDS-kranken Migranten wurden von den HIV-Schwerpunktpraxen im Mittel ein Drittel mehr Zeit aufgewendet als für die eines nicht-migrantischen Patienten ($\bar{x}_{\text{gew}} = 36,6\%$; $\sigma_{\text{gew}} = 6,7\%$; $n_{\text{Praxen}} = 17$). Die ungewichteten Angaben der Praxen auf die Frage nach dem zeitlichen Mehraufwand wiesen eine starke Streuung auf ($\bar{x} = 36,9\%$; $\sigma = 48,9\%$; $\text{Min} = 0\%$, $\text{Max} = 200\%$; $n_{\text{Praxen}} = 17$). Die Angaben zum zeitlichen Mehraufwand korrelierten dabei nicht mit der Ausprägung der adaptiven Achse „Interkulturelle Kompetenz im ärztlichen Gespräch“ ($\tau_c = -,069$; $n_{\text{Praxen}} = 17$).

Die Angaben der HIV-Schwerpunktpraxen zum zeitlichen Mehraufwand korrelierten jeweils stark mit deren Bewertung von drei migrationsspezifischen Kommunikationsbarrieren (Kap. 4.2.4.1: Kommunikationsbarriere fehlende Sprachkenntnisse: $\tau_c = ,504$; Kommunikationsbarriere kulturelle Unterschiede: $\tau_c = ,539$; Kommunikationsbarriere divergente Krankheitskonzepte: $\tau_c = ,604$; für alle: $n_{\text{Praxen}} = 16$) sowie mittelstark mit der vierten aus dieser Gruppe (Kommunikationsbarriere Unkenntnis relevanter Ereignisse der Migrationsgeschichte: $\tau_c = ,302$; $n_{\text{Praxen}} = 16$). Die Korrelationen mit zwei der drei nicht ausschließlich migrationsspezifischen Kommunikationsbarrieren waren nicht oder schwach gegeben (Kommunikationsbarriere schichtspezifische Unterschiede: $\tau_c = ,021$; Kommunikationsbarriere medizinische Fachsprache: $\tau_c = ,164$; für beide: $n_{\text{Praxen}} = 16$), der Zusammenhang mit der dritten mittelstark negativ (Kommunikationsbarriere unterschiedliches Geschlecht: $-,328$; $n_{\text{Praxen}} = 16$).

Der zeitliche Mehrbedarf war nicht für jeden Migranten gleich. Als Antworten auf eine diesbezügliche offene Frage wurden Unterschiede zwischen Migranten an sprachlichen Barrieren sowie dem Bildungsgrad, aber auch an deren Herkunftsregion und Aufenthaltsstatus festgestellt ($n_{\text{Praxen}} = 11$). So wurde der zeitliche Aufwand für die Behandlung von Personen aus Subsahara-Afrika als besonders hoch angegeben, genauso wie für Menschen mit ungeklärtem oder ohne legalen Aufenthaltsstatus.

Um Ausmaß und inhaltliche Felder eines eventuell vorhandenen zeitlichen Aufwandes einschätzen zu können, wurden die Ärzte weiterhin gefragt, ob sie in ihrer Praxis einen erhöhten Aufwand für die Beratung und Behandlung von HIV-positiven Migranten im Vergleich zu einer ambulanten medizinischen Versorgung eines durchschnittlichen, nicht-migrantischen Patienten sähen. Angaben hierzu wurden getrennt nach verschiedenen relevanten Bereichen der medizinischen Versorgung erbeten: der allgemeinen Informationsgewinnung bezüglich der gesundheitlichen Situation des Patienten, der Diagnostik und der Medikation.

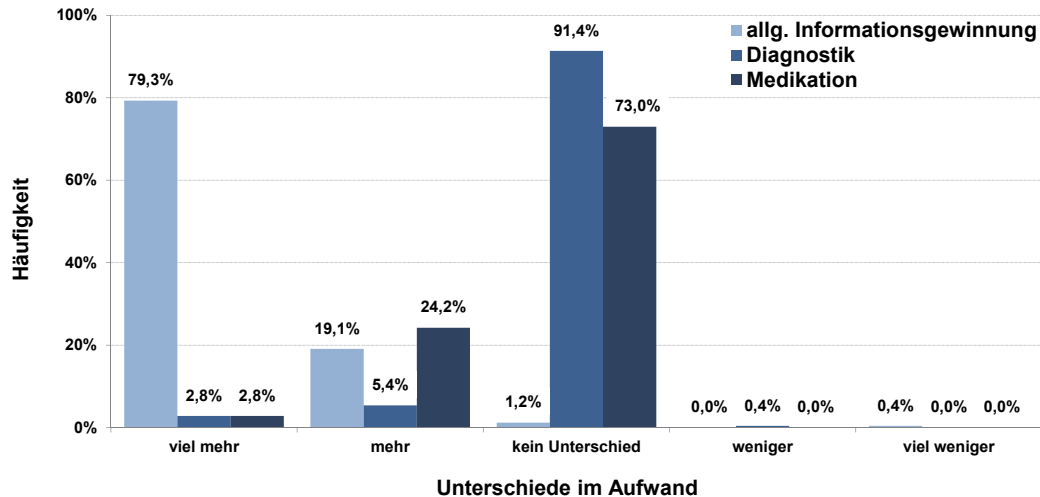


Abbildung 56
Unterschiede im Aufwand bei der Behandlung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten im Vergleich zu Nicht-Migranten, nach den Bereichen allgemeine Informationsgewinnung, Diagnostik und Medikation in der HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Migranten ($n_{\text{Migranten}}=909$)

Wie aus Abbildung 56 hervorgeht, war, gemessen am Anteil der Migranten, der mit Abstand größte Mehraufwand im Rahmen der allgemeinen Informationsgewinnung gegeben. Ein deutlich geringerer Mehraufwand wurde für den Bereich Medikation angegeben, der Aufwand Diagnostik unterschied sich kaum zwischen HIV-positiven Migranten und Nicht-Migranten. Ein geringerer Aufwand für HIV-positive Migranten wurde für einen sehr geringen Anteil von Migranten in den Bereichen Diagnostik und Medikation gesehen.

Ein deutlich höherer Aufwand („viel mehr“) bezüglich allgemeiner Informationsgewinnung wurde dabei vorwiegend von Einrichtungen mit einer größeren Anzahl HIV-positiver Migranten berichtet (6/17 mit einem Anteil von 79,3% aller versorgten HIV-positiven Migranten, Abb. 57), ein Mehraufwand bezüglich Diagnostik von Einrichtungen mit geringerer Anzahl dieser Klientel.

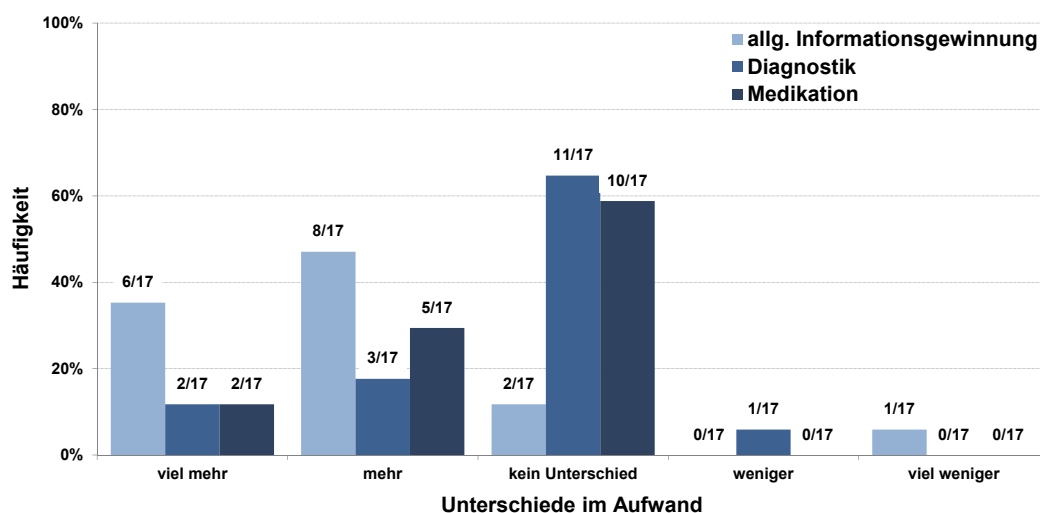


Abbildung 57
Unterschiede im Aufwand bei der Behandlung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten im Vergleich zu Nicht-Migranten, nach den Bereichen allgemeine Informationsgewinnung, Diagnostik und Medikation in der HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Praxen ($n_{\text{Praxen}}=17$)

Die Angaben zum Ausmaß eines erhöhten zeitlichen Aufwandes korrelierten dabei jeweils stark mit den Angaben zum erhöhten Aufwand bezüglich der allgemeinen Informationsgewinnung ($\tau_c = ,566$; $n=14$), der Diagnostik ($\tau_c = ,505$; $n=14$) sowie mittelstark mit den Angaben zur Medikation ($\tau_c = ,398$; $n=14$). Zwischen der Einschätzung des Mehraufwandes für die *allgemeine Informationsgewinnung* und der Anzahl der auf der Subskala „migrationspezifische Anamnese“ erreichten Punktzahl war ein mittelstarker bis starker Zusammenhang gegeben ($\tau_c = ,397$; $n_{\text{Praxen}}=17$), mit der auf der Subskala „Ergründung der Illness-Perspektive“ erreichten Punktzahl ein schwacher Zusammenhang ($\tau_c = ,157$; $n_{\text{Praxen}}=17$).

Bei der Betrachtung der Korrelationen zwischen den Angaben zum Mehraufwand für die allgemeine Informationsgewinnung, Diagnostik und Medikation sowie der Bedeutung der verschiedenen Kommunikationsbarrieren ergab sich insgesamt ein eher divergentes Bild, grundsätzlich bestand eine Tendenz zu einer höheren Gewichtung von Kommunikationsbarrieren und der Angabe eines erhöhten Aufwandes in der Versorgung HIV-positiver Migranten im Verhältnis zu nicht-migrantischen Patienten (Tab. 36).

Tabelle 36
Korrelationen zwischen Unterschieden im Aufwand in der Behandlung von HIV-positiven Migranten und Nicht-Migranten sowie der Einschätzung der Bedeutung potentieller Kommunikationsbarrieren, Praxen der HIV-Schwerpunktversorgung, Korrelationskoeffizient τ_c ($n_{\text{Praxen}}=16$)

Kommunikationsbarriere	Unterschiede im Aufwand für		
	allg. Informationsgewinnung	Diagnostik	Medikation
fehlende Sprachkenntnisse	,422	,375	,445
kulturelle Unterschiede	,398	,188	,352
divergente Krankheitskonzepte	,313	,156	,199
Unkenntnis Migrationsgeschehen	,281	,219	,117
schichtspezifische Unterschiede	,365	,188	,387
unterschiedliches Geschlecht	,633	,398	,398
medizinische Fachsprache	,117	-,211	-,352

Zusammenhänge mit der Kommunikationsbarriere „fehlende Sprachkenntnisse“ waren für alle drei Arten des Mehraufwandes ähnlich stark ausgeprägt, übergreifend starke, wenn auch unterschiedlich ausgeprägte Zusammenhänge ergaben sich auch für die Kommunikationsbarriere „unterschiedliches Geschlecht“. Gering bis mittelstark negativ ausgeprägte Korrelationen bestanden bezüglich der Barriere „medizinische Fachsprache“.

Zuletzt wurden die Ärzte danach befragt, an welchen Stellen die HIV/AIDS-Behandlung von Migranten besondere Anforderungen an die Praxen stellt. Die große Mehrheit gab dabei die Bereiche „sprachliche Kompetenzen“, „zeitlicher Aufwand“ sowie „Geduld“, weniger häufig auch die „Zufriedenheit mit schlechteren Ergebnissen“ an (Abb. 58).⁹⁴

14/17 der Praxen sahen darin für ihre Praxis einen besonderen Bedarf im Erwerb von „mehr sprachlichen Kompetenzen“. Dabei gab es einen starken Zusammenhang zwischen den auf der Subskala „in den Praxen vorhandene Sprachkompetenzen“ erreichten Punkten und der Zustimmung zu dieser Frage ($\tau_c = ,415$; $n_{\text{Praxen}}=17$), Einrichtungen mit stärker ausgeprägten Sprachkompetenzen sahen diese besondere Anforderung damit häufiger gegeben. Ein mittelstarker Zusammenhang bestand mit der auf der Subskala „Ergründung der Illness-Perspektive“ erreichten Punktzahl ($\rho = ,301$; $n_{\text{Praxen}}=17$), ein starker mit der Subskala „migrati-

⁹⁴ Die übrigen im Fragebogen enthaltenen möglichen Antworten waren Dummy-Items und wurden von den Praxen entsprechend nicht benannt.

onsspezifische Anamnese“ ($\rho = ,649$; $n_{\text{Praxen}}=17$). Für die adaptive Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ ergab sich eine mittelstarke bis starke Korrelation mit der Zustimmung zum besonderen Bedarf des Erwerbs von mehr sprachlichen Kompetenzen ($\tau_c = ,415$, $n_{\text{Praxen}}=17$), mit der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ ($\tau_c = ,471$; $n_{\text{Praxen}}=17$) und dem interkulturellen Index ($\tau_c = ,498$; $n_{\text{Praxen}}=17$) jeweils eine starke Korrelation.

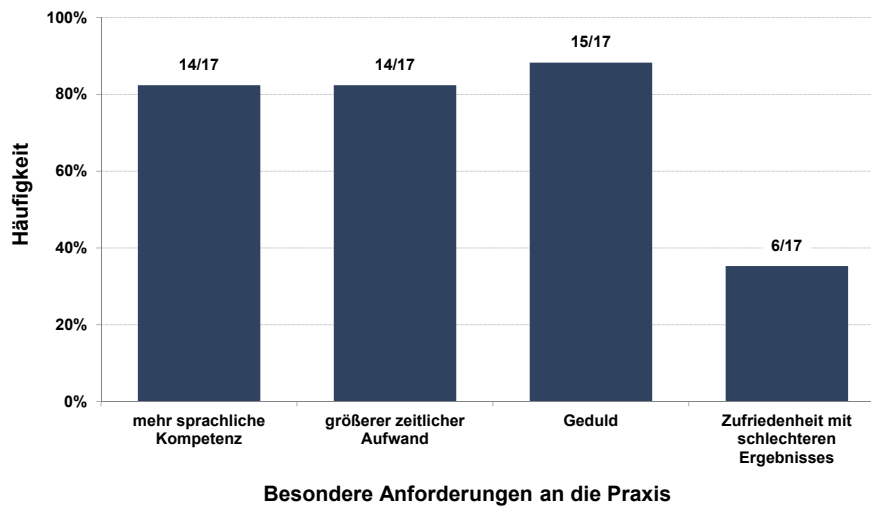


Abbildung 58
Besondere Anforderungen an die Praxis bei der Behandlung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Praxen ($n_{\text{Praxen}}=17$)

Ein ebenso großer Anteil an Praxen (14/17) gab einen „größeren zeitlichen Aufwand“ als besondere Praxisanforderung an. Zwischen diesem Item und den Angaben zum zeitlichen Mehraufwand für die Versorgung HIV-positiver Migranten im Vergleich zu nicht-migrantischer Klientel (s.o.) war eine sehr starke Korrelation gegeben ($\rho = ,668$; $n_{\text{Praxen}}=17$). Mit der auf der Subskala „Ergründung der Illness-Perspektive“ erreichten Punktzahl bestand ein starker Zusammenhang ($\rho = ,571$; $n_{\text{Praxen}}=17$), ein schwacher mit der Subskala „migrationspezifische Anamnese“ ($\rho = ,174$; $n_{\text{Praxen}}=17$). Für beide adaptiven Achsen („interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“: $\tau_c = ,291$; „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“: $\tau_c = ,263$, $n_{\text{Praxen}}=17$) sowie den interkulturellen Index ergaben sich mittelstarke Korrelationen ($\tau_c = ,277$; $n_{\text{Praxen}}=17$).

Das Item „Geduld“ wurde von fast allen HIV-Schwerpunktpraxen, die an HIV/AIDS erkrankte Personen betreuten, als besondere Kompetenz angesehen (15/17). Aufgrund der sehr einheitlichen Nennung dieses Merkmals in fast allen Praxen waren Korrelationen hier nicht bis sehr schwach ausgeprägt (ρ beziehungsweise τ_c zwischen ,055 und ,138; $n_{\text{Praxen}}=17$).

„Zufriedenheit mit schlechteren Ergebnissen“ wurde von 6/17 der Praxen als besondere Anforderung beschrieben. Praxen, die einen erhöhten Aufwand zur Behandlung dieser Patienten angegebenen hatten sahen sich eher der Notwendigkeit gegenüber, mit schlechteren Behandlungsergebnissen bei HIV-positiven Migranten zurechtzukommen ($\rho = ,308$; $n_{\text{Praxen}}=17$). Weiterhin korrelierte das Item mittelstark mit den Einschätzungen der Ärzte im Hinblick auf schlechtere Behandlungsverläufe bei Migranten mit Deutschkenntnissen (jeweils gleich bezüglich HIV/AIDS und anderer Erkrankungen mit $\tau_c = ,266$; $n_{\text{Praxen}}=16$), stark in Bezug auf Migranten ohne Deutschkenntnisse (HIV/AIDS: $\tau_c = ,594$; $n_{\text{Praxen}}=16$; andere Beschwerden $\tau_c = ,531$; $n_{\text{Praxen}}=16$). Zwischen den auf den Subskalen „Ergründung der Illness-Perspektive von Migranten“ ($\rho = ,089$; $n_{\text{Praxen}}=17$) sowie „migrationspezifische Anamnese“ ($\rho = ,025$; $n_{\text{Praxen}}=17$)

$n_{\text{Praxen}}=17$) des interkulturellen Index erreichten Punktzahlen waren keine Zusammenhänge festzustellen, ein mittelstark negativer zwischen der Zustimmung zu dieser Frage und den auf der Subskala „in den Praxen vorhandene Sprachkompetenzen“ erreichten Punkten ($\rho = ,330$; $n_{\text{Praxen}}=17$). Praxen mit geringeren Sprachkompetenzen gaben damit häufiger an, sich mit schlechteren Ergebnissen zufrieden geben zu müssen. Für beide adaptiven Achsen („interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“: $\tau_c = -,042$; „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“: $\tau_c = -,125$; $n_{\text{Praxen}}=17$) sowie den interkulturellen Index bestanden schwache negative Korrelationen ($\tau_c = -,111$; $n_{\text{Praxen}}=17$).

Bei der Analyse der Antworten ($n_{\text{Praxen}}=12$) auf die offene Frage, wie in den Praxen mit diesen besonderen Anforderungen umgegangen wurde und womit dabei gute Erfahrungen gemacht wurden, ließen sich zwei Kategorien extrahieren. Die eine betraf das „Zeitmanagement“ innerhalb der Praxen. Um mit dem häufig betonten zeitlichen Mehrbedarf umzugehen, räumten viele Praxen Migranten ein erhöhtes Zeitkontingent im Rahmen ihrer Sprechstunden ein. Um diese zeitlichen Verschiebungen in den üblichen Praxisablauf integrieren zu können, wurde besonders eine gründliche Terminplanung als Strategie genannt. Es wurde beschrieben, dass Gespräche mit und Untersuchungen von HV-positiven Migranten auf mehrere Arbeitstage verteilt wurden, um besonders vorher nicht abzusehende zeitliche Mehrbedarfe abfedern zu können, etwa wegen besonderer Verständigungsprobleme aufgrund sprachlicher oder kultureller Kommunikationsbarrieren. Eine zweite Kategorie umfasste Aussagen zu „Umgangsweisen mit sprachlichen Problemen im Rahmen der Behandlung HIV-positiver Migranten“. Dabei handelte es sich um den Einsatz von Dolmetschern (nicht des Gemeindedolmetschdienstes), um die Ausstattung der Praxis mit mehrsprachigem Personal, um den vermehrten Einsatz von Zeichensprache sowie von selbst verfassten Materialien zur Darstellung medizinischer Zusammenhänge. Dabei wurde aber betont, dass die Möglichkeiten, strukturelle Veränderungen in dieser Hinsicht durchzuführen, in kleineren Praxen sehr begrenzt waren. Die Zusammenarbeit mit einschlägigen Einrichtungen aus dem medizinischen und psychosozialen Bereich war ein weiteres Beispiel zur Verbesserung dieser Situation.

Die Auswertung der Angaben ($n_{\text{Praxen}}=14$) auf die offene Frage nach Wünschen, die die Ärzte im Hinblick auf eine verbesserte Versorgung HIV-positiver Migranten haben, ergab wiederum zwei Kategorien. Bei der einen handelt es sich um eine „verbesserte und systematisierte Vernetzung von Angeboten im HIV/AIDS-Bereich“. Es bestand die Forderung nach professionellen Dolmetschern beziehungsweise einem Dolmetschdienst, der sprachliche, kulturelle und medizinische Kompetenzen für den Bereich der HIV/AIDS-Versorgung in sich vereint. Weiterhin sollte es eine Struktur geben, die die gezielte Überweisung an einen jeweils sprachkompetenten Kollegen leisten kann. Auch die Vernetzung mit zuständigen psychosozialen Einrichtungen und den AIDS-Hilfen sollte in dieser Hinsicht strukturiert werden. Vorgeschlagen wurde hierfür eine zentrale Anlaufstelle für HIV-positive Migranten, die deren weitere medizinische und psychosoziale Betreuung koordiniert. Die zweite Kategorie betrifft die „Verbesserung der medizinischen Versorgung von Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus“. Hier wurde ein Träger gefordert, der die im Rahmen der HIV-Behandlung hohen anfallenden Kosten auch für Migranten übernimmt, die sich illegalisiert in Deutschland aufhalten. Weitere Wünsche galten der Schaffung eines dauerhaften und gesicherten Aufenthaltsstatus für diese Personengruppe, aus der sich auch eine Arbeitserlaubnis ergeben sollte.

4.3 Ergebnisse aus den Experten-Interviews

4.3.1 Beschreibung der Interviewpartnerinnen

Expertin A war Fachärztin für Allgemeinmedizin und wurde in ihrer Funktion als Leiterin der medizinischen Versorgungseinrichtung „Malteser Migranten Medizin“ (MMM) befragt.

Die MMM wurde vom Malteserorden gegründet, um in Berlin einen Beitrag zur medizinischen Grundversorgung von Migranten ohne Krankenversicherung zu schaffen. Die Einrichtung betreute zum Erhebungszeitpunkt an 3 Tagen pro Woche etwa 2.000 Patienten pro Jahr. Die Klientel setzte sich zum Interviewzeitpunkt zu 85% aus migrantischen Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus sowie zu jeweils 5% aus nichtversicherten Deutschen, Studierenden oder Touristen zusammen. Migranten kamen dabei zu etwa gleichen Teilen aus Afrika, Asien sowie Zentral- und Osteuropa. Durch die EU-Erweiterung nach Zentraleuropa 2005 und die Versicherungspflicht von EU-Bürgern in ihrem Heimatland war abzusehen, dass sich der Aufenthaltsstatus vieler illegalisierter migrantischer Klienten der MMM mit zentraleuropäischer Herkunft hin zu einem legalen Status ohne Krankenversicherung ändern würde.

Der Malteserorden finanzierte das Gehalt der Ärztin sowie die Miete für die Behandlungsräume, direkt patientenbezogene Kosten konnten nur aus Spenden gedeckt werden. Sachspenden, insbesondere von Medikamenten und medizinischer Ausrüstung, spielten daher für die Versorgung der Klientel der MMM eine herausragende Rolle.

Die MMM war zum Erhebungszeitpunkt die einzige Einrichtung in Berlin, die explizit, dauerhaft und ausschließlich die Versorgung nicht-krankenversicherter Personen als Auftrag hatte.

Expertin A baute die MMM selbst auf und war dort seit der Gründung 2001 durchgehend als Ärztin beschäftigt. Als Allgemeinärztin mit einem breiten Behandlungsspektrum in ihrer Einrichtung verfügte sie daher über ein breites Detailwissen bezüglich der Versorgungssituation nicht-krankenversicherter Migranten in Berlin.

Das Interview wurde am 12.4.2005 geführt.

Expertin B war ausgebildete Krankenschwester und verfügte selbst über einen Migrationshintergrund aus Subsahara-Afrika. Sie wurde als Mitarbeiterin von Afrika-Herz befragt. Dabei handelt es sich um eine Beratungsstelle zu HIV/AIDS für afrikanische Klientel in Berlin, zu deren Aufgaben neben psychosozialen und sozialrechtlichen Fragen auch die gesundheitliche Aufklärung dieser Zielgruppe gehört.

Afrika-Herz gründete sich 1999 als Selbsthilfegruppe von Afrikanern, die das mangelnde Wissen zu allgemeinen medizinischen Fragen in der afrikanischen Community in Berlin verbessern wollten. Nach drei Jahren der Finanzierung aus SAM-Stellen⁹⁵ ging diese an den Landesverband der Berliner AIDS-Selbsthilfe-Einrichtungen (LaBAS e.V.) über, womit eine Ausrichtung des Arbeitsprofils auf das Thema HIV/AIDS verbunden war. Afrikaherz zählte im Jahr 2004 915 Klientenkontakte, davon 525 zu Personen mit afrikanischem Migrationshintergrund, von denen etwa die Hälfte an einer HIV-Infektion erkrankt war. Die übrigen Kontakte fanden mit – überwiegend deutschen - Angehörigen statt. Die afrikanische Klientel kam anfangs vorwiegend aus der Herkunftsregion der Interviewpartnerin, mit der Zeit erweiterte sich das Spektrum um Personen aus zahlreichen anderen afrikanischen Ländern sowie um Afro-Amerikaner. Der größte Teil der Klienten verfügte über keinen legalen beziehungsweise

⁹⁵ Bei SAM-Stellen handelte es sich um von der Bundesanstalt für Arbeit geförderte Arbeitsstellen als Strukturpassungsmaßnahme nach §§ 272 ff. SGBIII.

keinen dauerhaft gesicherten Aufenthaltsstatus, hierzu lagen allerdings keine genauen Zahlen vor.

Expertin B arbeitete zum Erhebungszeitpunkt seit 6 Jahren bei Afrikerherz und besaß dadurch fundierte Kenntnisse bezüglich psychosozialer sozialrechtlicher Fragen sowie des Ausmaßes gesundheitsbezogenen Wissens zu HIV/AIDS innerhalb der afrikanischen Community in Berlin.

Das Interview wurde am 20.4.2005 geführt.

Expertin C arbeitete als Juristin bei Afrika-Center, einem Projekt zur Verbesserung der Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Menschen und Institutionen aus Europa und Afrika in Trägerschaft der katholischen Missionarsgesellschaft „Weiße Väter“.

Expertin C bot in diesem Rahmen – als einzige Anlaufstelle in Berlin – regelmäßige rechtliche Beratung zu humanitären und ausländerrechtlichen Fragen für Personen mit afrikanischem Migrationshintergrund an. Die Beratung umfasste dabei auch die anwaltschaftliche Vertretung vor Gericht. Schwerpunkte ihrer Arbeit waren die Themen Familienzusammenführung sowie aufenthaltsrechtliche und finanzielle Probleme aufgrund von Erkrankungen. Die Klientel setzte sich dabei aus Personen aus Nord- und Subsahara-Afrika zusammen. Die anfänglich ehrenamtliche Beratungsarbeit von Expertin C wurde später zur Absicherung des entstandenen hohen Beratungsbedarfs aus kommunalen Mitteln finanziert. Aufgrund des Tätigkeitsschwerpunktes „Afrika“ konnte die Beratung von Migranten aus anderen Herkunftsregionen weiterhin nur ehrenamtlich abgedeckt werden.

Expertin C setzte bereits in ihrem Jura-Studium einen Schwerpunkt auf Ausländerrecht. Sie unternahm vor ihrer beruflichen Tätigkeit ausgedehnte Reisen nach Afrika und sensibilisierte sich dadurch für die lebensweltliche und rechtliche Situation von Migranten in Deutschland. Aufgrund dieser persönlichen Hintergründe und ihrer langjährigen juristischen Tätigkeit im Bereich Migration und HIV/AIDS hatte Expertin C einen sehr guten Überblick über die rechtliche Lage von Migranten mit und ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland sowie deren Auswirkungen auf die gesundheitliche Lage und Versorgung dieser Personengruppe.

Das Interview wurde am 7.4.2005 geführt.

Expertin D arbeitete zum Befragungszeitpunkt als niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin in einer großen Berliner HIV-Schwerpunktpraxis. Sie verfügte selbst über einen afrikanischen Migrationshintergrund. Daher waren unter den Patienten ihrer Praxis im Vergleich zu anderen HIV-Behandlern überproportional viele Migranten vertreten, insbesondere aus Ländern aus Subsahara-Afrika.

Aufgrund ihres häufigen Umgangs mit HIV-positiven Migranten und eigener Studientätigkeit in diesem Bereich galt sie überregional als medizinische Expertin für die Versorgung dieser Personengruppe in Deutschland.

Das Interview wurde am 4.4.2005 geführt.

4.3.2 Ergebnisse der Experten-Interviews⁹⁶

4.3.2.1 Versorgungslage von HIV-positiven Migranten in Berlin

Die Expertinnen berichteten übereinstimmend, dass HIV-positive Migranten sowohl bezogen auf die HPL-Meldungen des RKI (Kap. 1.5.2, 4.1) als auch bezogen auf deren geschätzten Anteil an der Bevölkerung in der HIV-Schwerpunktversorgung deutlich unterrepräsentiert waren. In Bezug auf die Versorgungslage in den jeweils eigenen Einrichtungen der Expertinnen berichtete die klinisch tätige Expertin D, deren HIV-Schwerpunktpraxis im Vergleich zu anderen HIV-Schwerpunktpraxen in Berlin einen vergleichsweise hohen Anteil an Migranten aufwies (Kap. 4.3.1), dass dieser bei etwa fünf Prozent lag. Bei der MMM wurden HIV-positive Migranten mit einem Anteil von etwa 1,5 Prozent als Randerscheinung aufgefasst. Alle Personen, die mit einer HIV-Infektion bei der MMM vorstellig geworden waren, waren Migranten und damit keine Deutschen ohne Krankenversicherung.

Die Zusammensetzung der Klientel von AfrikaHerz spiegelte demgegenüber die epidemiologische Lage in Afrika wider: Klienten kamen vorwiegend aus Ländern mit einer hohen HIV-Prävalenz. Genaue Aussagen zur Anzahl dieser Personen und damit Hinweise auf die epidemiologische Lage in Berlin waren auf Grundlage der bei AfrikaHerz geführten Statistiken leider nicht möglich, da dort nur die Anzahl stattgefunder Kontakte, nicht aber die der Klienten gezählt wurde (Kap. 4.3.1). Darüber hinaus wurden Kontakte zu Personen ohne Aufenthaltsstatus, die in der Praxis häufig vorkamen, nicht gezählt, da diese nicht vom Auftrag der Einrichtung gedeckt waren. Die Klienten von Afrika-Herz ließen sich in zwei Gruppen einteilen: zum einen Personen, die im Vorfeld eines HIV-Tests beraten wurden und die in der Folge in Zusammenarbeit mit einem Gesundheitsamt getestet wurden. Zum anderen Personen, die mit einer bekannten HIV/AIDS-Erkrankung in meist fortgeschrittenem Stadium und mit schweren Gesundheitsproblemen vorstellig werden, meist ohne legalen Aufenthaltsstatus leben und nach Möglichkeiten einer gesundheitlichen Versorgung suchen.

Für eine generelle Unterrepräsentierung von Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung wurden drei Gründe genannt:

1. Viele Personen mit der epidemiologischen Zuordnung HPL werden im Rahmen eines Asylverfahrens auf HIV getestet, über ein positives Ergebnis selten unterrichtet und daher nicht in der HIV-Schwerpunktversorgung vorstellig.
2. Kulturell divergente Deutungen von Krankheit führen bei einer HIV-Infektion im asymptomatischen Stadium bei einigen Gruppen von Migranten dazu, dass diese keinen Behandlungsanlass sehen und folgerichtig auch keine Behandlung suchen. Dies trifft insbesondere auf Personen mit afrikanischem Migrationshintergrund zu.
3. Aus Angst vor den schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen einer HIV-Infektion und vor häufiger Stigmatisierung innerhalb der eigenen migrantischen Community wird die Infektion auch bei deutlichen Krankheitsmerkmalen so lange wie möglich verdrängt. Dies wurde auch durch die Aussage von Expertin B bestätigt, nach der HIV-positive Migranten in den meisten Fällen erst im Stadium AIDS zur psychosozialen und gesundheitlichen Beratung zu Afrika-Herz kamen.

⁹⁶ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in der Darstellung der Ergebnisse aus den Expertinnen-Interviews auf die durchgängige Verwendung der indirekten Rede verzichtet.

4.3.2.2 Versorgungsstrukturen für HIV-positive Migranten in Berlin

Vorhandene Versorgungsstrukturen für HIV-positive Migranten in Berlin

Übereinstimmend wurde berichtet, dass es in Berlin keine auf Migranten spezialisierten Praxen der HIV-Schwerpunktversorgung gab. Allerdings wurde von mehreren Praxen berichtet, die diese Klientel häufiger als andere behandelten und sich daher auch ein gewisses Maß an Praxiswissen zum adäquaten Umgang mit migrantischen Patienten angeeignet haben. Genaue Daten hierzu wurden nicht berichtet. Expertin D betonte, dass eine Spezialisierung auf migrantische Patienten aus zwei Gründen nicht sinnvoll ist: zum einen würden viele Migranten auch eine spezialisierte Einrichtung aus Angst vor Stigmatisierung nicht aufsuchen, da sie fürchteten, beim Besuch einer HIV-Schwerpunktpraxis „entdeckt“ zu werden. Zum anderen sei eine Beschränkung auf die Versorgung von Migranten aufgrund des deutlich höheren Betreuungsaufwandes (Kap. 4.2.4.5) für eine HIV-Schwerpunktpraxis finanziell nicht tragbar.

Die hohe Betreuungsfrequenz und die sehr hohen therapeutischen Kosten machten es für die MMM nicht möglich, eine Versorgung HIV-positiver Migranten jenseits einer Erstberatung zu leisten. Dies traf nach Aussage von Expertin A auch auf andere Nichtregierungs-Organisationen zu, die eine medizinische Grundversorgung von Migranten oder eine dahingehende Vermittlung leisten, wie etwa das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe. Aufgrund dieser Situation verfügte die MMM auch nicht über medizinische Erfahrung in der Versorgung HIV-positiver Migranten.

Als regelmäßiges Angebot zur psychosozialen Beratung HIV-positiver Afrikaner nannte Expertin B neben dem ständigen Angebot zur individuellen Beratung eine Selbsthilfegruppe, die bei Afrika-Herz angesiedelt war. Als Träger von Beratungsangeboten für nicht-afrikanische Migranten wurden die Berliner Caritas sowie die Berliner AIDS-Hilfe genannt, beide jedoch mit eingeschränkten Sprechzeiten und limitiertem Sprachangebot. Eine Rechtsberatung unter Einschluss einer anwaltschaftlichen Vertretung vor Gericht gab es jenseits des Angebots von Afrika-Center in Berlin nicht.

Behandlungskosten und Möglichkeiten der Kostenübernahme

Gesetzlich haben Migranten nach der Erteilung eines Aufenthaltstitels, der über die Duldung hinausgeht, Anspruch auf eine eigenständige Krankenversicherung. Wurde eine Arbeitserlaubnis erteilt, aber noch keine versicherungspflichtige Anstellung aufgenommen, ist die Arbeitsagentur für die Finanzierung der Krankenversicherung verantwortlich, ohne vorliegende Arbeitserlaubnis das Sozialamt. Expertin C betonte, dass dieser Rechtsanspruch zuweilen eingeklagt werden muss. Nach Erlangung eines Aufenthaltstitels jenseits der Duldung existiert für die Migranten die freie Wahl der Krankenkasse. Expertin A berichtete, dass die Aufgabenteilung zwischen Sozialamt und Arbeitsagentur auch den beteiligten Ämtern häufig unklar war und die Abrechnung medizinischer Leistungen dadurch erschwert wurde.

Asylbewerber mit Duldung werden nicht regulär versichert, sondern erhalten vom Sozialamt Abrechnungsscheine für medizinische Leistungen mit einer Gültigkeitsdauer von drei Monaten. Nach Aussage von Expertin B werden diese Scheine aufgrund mangelnden Wissens der Asylbewerber und diesbezüglich ungenügender Aufklärung häufig nicht verlängert und damit ungültig. In der Folge war eine medizinische Notfallversorgung wegen abgelaufener Scheine oftmals deutlich erschwert.

Bei Personen mit Duldung, etwa in einem laufenden Asylverfahren, werden Behandlungen nur bei „akuten Schmerzzuständen“ durchgeführt. Die antiretrovirale Behandlung einer HIV-Infektion wird laut Expertin C juristisch entsprechend bewertet. Damit ist die medizinische Versorgung HIV-positiver Migranten mit Duldung in der Regel sichergestellt, auch wenn

dieser Anspruch immer wieder durch juristische Unterstützung geltend gemacht werden müsse.

Eine medizinische Versorgung von Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus muss nur bei akut lebensbedrohlichen Erkrankungen durchgeführt werden, chronische Erkrankungen sind hiervon ausgenommen (Kap. 1.4.1.1).

Die Expertinnen berichteten übereinstimmend, dass fehlende finanzielle Mittel für die medizinische Versorgung von HIV-positiven Migranten ohne Krankenversicherung ein alltägliches und schwerwiegendes Problem darstellten. Eine Weiterverweisung HIV-positiver Migranten ohne Krankenversicherung an HIV-Schwerpunktpraxen oder spezialisierte Krankenhauseinrichtungen aufgrund der dort begrenzten Mittel war nur in Einzelfällen bei sehr schweren Erkrankungsverläufen möglich, nicht aber eine regelmäßige medizinische Betreuung von Nicht-Versicherten. Der Aufwand, HIV-Behandler von der Behandlungsbedürftigkeit solcher Patienten zu überzeugen, war laut Expertin C hoch und für jeden Einzelfall neu zu leisten. Für die Versorgung dieser Personen waren gespendete oder von Patienten zurückgegebene Restmedikamente oder Produkte mit fehlerhafter Verpackung oder ähnliche Lösungen von hoher Bedeutung. Diese Spenden erreichten aber keinen solchen Umfang, als dass ein bedeutsamer Anteil Nicht-Versicherter damit versorgt werden konnte. Expertin A schränkte ein, dass Medikamente zur Behandlung von HIV und Hepatitis nie an die MMM gespendet wurden und damit eine kostenfreie Behandlung HIV-positiver Migranten nicht möglich war. Da auch der regelmäßige diagnostische Aufwand im Rahmen einer HIV-Behandlung finanziell überaus aufwändig ist, haben Medikamentenstudien eine sehr hohe Bedeutung für die medizinische Versorgung dieser Personengruppe, da dort Diagnose *und* Therapie – zumindest für einen begrenzten Zeitraum - kostenfrei geleistet werden.⁹⁷

Im Fall anderer Erkrankungen, deren Behandlung weniger preisintensiv ist, war es der MMM möglich, Behandlungskosten je nach Bedürftigkeit zwischen den Patienten und der MMM aufzuteilen. Im Kontext der Behandlung HIV-positiver Migranten ist dies etwa für die Therapie von Begleiterkrankungen oder Nebenwirkungen von Bedeutung.

Vernetzung in der Versorgung HIV-positiver Migranten

Nach Aussage von Expertin A existierte in Berlin ein Netzwerk von Hilfsorganisationen in Bezug auf die medizinische Grundversorgung von nicht-krankenversicherten Migranten. Innerhalb dieses Netzwerks wurden Sachspenden ausgetauscht und Patienten je nach spezifischer Ausrichtung einzelner Versorger untereinander verwiesen. Ebenso gab es einen guten Kontakt der MMM zur politischen und Verwaltungs-Ebene des Landes, der wichtig für eine qualitätsvolle Versorgung war, insbesondere von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus. Die Absprache zwischen medizinischen Hilfsdiensten erachtete sie als wichtig, um eine gute Versorgung der betreuten Migranten sicherzustellen.

Ein institutionalisierter ärztlicher Arbeitskreis zur medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten existierte in Berlin nicht, die Expertinnen führten aber eine Reihe von Beispielen für Vernetzung in diesem Bereich an. Expertin D berichtete, dass sie als HIV-Schwerpunktärztin in konkreten Einzelfällen mit verschiedenen Beratungseinrichtungen zusammenarbeitete. Kooperationen fanden vorwiegend mit Afrika-Herz und Afrika-Center zur Vermeidung von Abschiebungen durch das Einbringen der medizinischen Expertise von Expertin D statt. Über die afrikanische Community hinaus hatte sie kaum Zugang zur migrantischen Klientel. Migranten kamen zwar meist aufgrund von Empfehlungen oder Verweisungen in ihre HIV-Schwerpunktpraxis. Empfehlungen kamen dabei meist von anderen Einrichtun-

⁹⁷ Zur Bedeutung des Beginns einer HAART zur Erlangung eines legalen Aufenthaltsstatus s. Kap. 4.3.2.5.

gen aus dem HIV-Kontext wie Krankenhäusern oder psychosozialen Beratungsstellen. Verweisungen von HIV-positiven Migranten aus der Regel- in die HIV-Schwerpunktversorgung fanden nach Aussage von Expertin D allerdings nur selten statt.

Expertin A beschrieb eine enge Kooperation zwischen Gesundheitsämtern und MMM für den Bereich der HIV-Testung. Die Gesundheitsämter nahmen die HIV-Testung vor, die weitergehende Beratung die MMM. Die weitere Diagnostik und Abklärung der Behandlungsbedürftigkeit konnte Expertin A durch entsprechende Kontakte zu verschiedenen HIV-Schwerpunktpraxen bis zum Erhebungszeitpunkt immer sicherstellen.

Expertin C berichtete, dass Afrika-Center mit zahlreichen medizinischen und psychosozialen Einrichtungen im Rahmen der rechtlichen Beratung HIV-positiver Migranten sowie der Erstellung juristischer Expertisen zusammenarbeitete.

Klienten von Afrika-Herz wurden nach Aussage von Expertin B bei Behandlungsbedürftigkeit immer in ein großes Berliner Krankenhaus mit HIV-Ambulanz geschickt, da diese Personen die Beratung meist erst in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium suchten. Eine darüber hinaus gehende Kooperation mit dem Krankenhaus existierte aber nicht. Zwischen Afrika-Herz und den Berliner Gesundheitsämtern existierte eine enge Kooperation in der Betreuung HIV-positiver Migranten. Diese werden nach einem positiven Testergebnis von den Gesundheitsämtern zur weiteren Betreuung an HIV-Schwerpunktpraxen verwiesen, wobei der Kontakt der Patienten zu Afrika-Herz häufig lange bestehen blieb und der Versorgungsweg somit weiter verfolgt werden konnte. Auf Ebene der Primärprävention bestand eine lockere Kooperation zwischen Afrika-Herz und mancheck e.V., einem Projekt der Primärprävention für MSM in Berlin. Beide Projekte tauschten Präventionsmaterial aus und sorgten für dessen weitere Verbreitung durch die jeweils unterschiedlichen Zugänge zu Zielgruppen.

Expertin B wünschte sich eine bessere Kooperation zwischen medizinischen und psychosozialen Einrichtungen sowie zwischen psychosozialen Einrichtungen untereinander, um eine bessere Versorgung HIV-positiver Migranten sicherzustellen. Nach ihrer Aussage gab es oftmals keine gute Zusammenarbeit aus Konkurrenzangst um potentielle Klienten, die es trotz eines zumeist unterschiedlichen Einrichtungsprofils immer wieder gab. Sie äußerte die Hoffnung, dass durch die Ende 2004 neu geschaffene LaBAS-Netzwerkstelle „HIV/AIDS und Migration“ eine bessere Kooperation und Koordination zwischen den Einrichtungen geschaffen werden könnte. Solche Strukturen sollten dabei aber alle Einrichtungen im Bereich der HIV-Versorgung umfassen, nicht nur migrationsspezifische.

4.3.2.3 Rechtliche Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung von HIV-positiven Migranten⁹⁸

Expertin C berichtete, dass das zum 1.1.2005 neu eingeführte Aufenthaltsgesetz die Situation HIV-positiver Migranten grundsätzlich verbessert hat, da eine Aufenthaltserlaubnis nach §60 Abs. 7 aufgrund einer konkreten, erheblichen Gefahr für Leib und Leben im Heimatland erteilt werden *soll* und nicht wie zuvor nur erteilt werden *kann*. Weiterhin traf nach ihrer Aussage die Möglichkeit, nach sieben Jahren Aufenthalt den bisherigen Aufenthaltstitel (inklusive der Duldung) in eine Niederlassungserlaubnis umzuwandeln, auf einen beträchtlichen Anteil HIV-positiver Migranten zu und konnte dadurch auch deren medizinische Versorgung grundlegend verbessern.

⁹⁸ In diesem Kapitel werden nur Inhalte aus den Experteninterviews dargestellt, die sich auf Praxiserfahrungen mit der Umsetzung rechtlicher Rahmenbedingungen im Kontext von HIV/AIDS und Migration beziehen. Eine Darstellung von in diesem Zusammenhang grundsätzlich relevanten rechtlichen Bestimmungen findet sich in Kap. 1.4.1.1.

Ausschlaggebend für die Verleihung eines Aufenthaltstitels jenseits dieser Möglichkeiten und der Duldung war in der gerichtlichen Praxis stets die gesundheitliche Risikolage im Zielstaat, nicht die in Deutschland gegebene. Für Afrikaner konnte daher eine Abschiebung mit Verweis auf eine behandlungsbedürftige, aber noch nicht behandelte HIV-Infektion des Patienten nicht verhindert werden, da in den meisten Staaten Subsahara-Afrikas HIV endemisch und gleichzeitig eine schlechte Gesundheitsversorgung gegeben war, somit eine nur noch wenige Jahre dauernde Lebenserwartung dort normal war und kein Abschiebungshindernis darstellte. Erst durch den Beginn einer HAART unterschied sich der Status des in Deutschland lebenden afrikanischen Patienten von dem eines in Afrika lebenden Menschen, wenn dort eine HAART schlecht verfügbar war. Personen, die über ein ausreichendes finanzielles Vermögen verfügten, dass eine HAART im Zielland theoretisch sicherstellte, wurden ebenso abgeschoben.

Die Begründung für eine Abschiebung in nicht-afrikanische Staaten war nach Aussage von Expertin C vor diesem Hintergrund häufig eine theoretische Verfügbarkeit der HAART im Zielland, die in der Praxis meist nicht gegeben ist. Die einer solchen Einschätzung zugrunde liegenden Einschätzungen des Auswärtigen Amtes waren daher nach Meinung von Expertin C häufig bekanntermaßen unzutreffend und zu ersetzen. Eine erwartete Verbesserung dieser Situation war unter der rot-grünen Bundesregierung nicht eingetreten. So sei aus politischen Gründen allen 2005 der EU neu beigetretenen Staaten eine flächendeckende Versorgung mit HAART bescheinigt worden, was in der Praxis aber nicht zutraf. Eine weitere Möglichkeit zur Versorgung mit HAART in Deutschland war die Versicherungspflicht von Personen aus neu beigetretenen EU-Staaten in ihrem Heimatland, die eine Versorgung in Deutschland über einen in der EU gültigen Krankenschein sicherstellte.

Für die medizinische Versorgung von Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus wird ein das Leben bedrohendes Krankheitsereignis vorausgesetzt. In der gerichtlichen Entscheidungspraxis bezüglich HIV/AIDS bedeutete dies einen anzunehmenden Todeseintritt innerhalb der nächsten ein bis zwei Monate. Die Herausbildung von Medikamenten-Resistenzen galt als Grund dafür, eine bereits bestehende, aber bei Abbruch nicht akut zum Tod führende Therapie in Deutschland fortführen zu können und damit als Abschiebehindernis, da in vielen Staaten keine Medikamente zur Verfügung standen, mit denen diese Resistenzen behandelt werden konnten.

Expertin C betonte die hohe Bedeutung von Arbeitsmöglichkeiten für ein selbstständiges Leben der HIV-positiven Migranten und damit für deren psychische Stabilität. Die Vorrangprüfung bei Erteilung von Arbeitsgenehmigungen wurde auch bei der Einführung des neuen Aufenthaltsgesetzes beibehalten und stellte für HIV-positive Migranten eine große Schwierigkeit dar, da sie aus diesem Grund kaum Aussicht auf eine Arbeitsstelle hatten.

Zwangstestungen von Asylbewerbern waren laut Expertin C vom jeweils aufnehmenden Bundesland abhängig und in Sachsen sowie Bayern üblich. Ein positives Testergebnis fand Aufnahme in der Ausländerakte und wurde, auch wenn dies nicht legal ist, häufig an andere beteiligte Behörden weitergeleitet. In vielen Fällen fand keine Beratung des HIV-positiven Migranten, etwa durch das Gesundheitsamt oder eine AIDS-Hilfe, statt.

4.3.2.4 Strukturelle Probleme in der Versorgung von HIV-positiven Migranten

Die Expertinnen betonten übereinstimmend die große Wichtigkeit einer grundsätzlichen Absicherung der Lebenssituation von HIV-positiven Migranten für eine gut umsetzbare und effektive medizinische Versorgung. Dies betraf insbesondere die Absicherung des Aufenthaltsstatus, der finanziellen Situation sowie der Krankenversicherung. Alle Punkte berührten in besonderem Maße Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Alle Expertinnen mit ihren unterschiedlichen beruflichen Hintergründen sahen das Problem, dass ohne eine grundlegende Si-

cherung der Lebensumstände keine geeignete Prävention auf primärer wie sekundärer Ebene möglich ist. HIV-positive Migranten sind ansonsten so stark mit der alltäglichen Lebensbewältigung beschäftigt, dass die Erhaltung beziehungsweise Herbeiführung von Gesundheit nur von nachgeordneter Bedeutung ist. Eine HIV-Infektion konnte von Migranten unter schwierigen Lebensumständen nur schlecht akzeptiert werden, da sie die alltägliche Lebenssicherung zu stark einschränkt, und wurde daher meist verdrängt. Eine befriedigende Therapie war nach Meinung der Expertinnen in einer solchen Situation nicht durchzuführen. Auch die Angst vor Stigmatisierungen innerhalb der eigenen Community erschwerte HIV-positiven Migranten häufig eine produktive Auseinandersetzung mit der HIV-Infektion, die Voraussetzung für eine gelingende Therapie war. Praxisbeispiele der Expertinnen, etwa von Anfeindungen von Migranten in Asylbewerberheimen aufgrund von deren HIV-Infektion, unterstreichen dies.

Ein weiteres strukturelles Problem für die medizinische Versorgung HIV-positiver Migranten bestand nach Aussage von Expertin D in einem deutlich erhöhten Zeitaufwand für deren Betreuung und Behandlung, etwa aufgrund von interkulturellen Differenzen. Dies traf besonders auf weniger gebildete Migranten zu. Bei der Behandlung HIV-positiver Migranten in der Regelversorgung kam es nach Einschätzung von Expertin B oftmals zu Problemen aufgrund irrationaler Infektionsängste der behandelnden Ärzte. Dies bedingte medizinische Fehlentscheidungen, wie etwa konkret die Forderung nach Abtreibung durch den Gynäkologen einer HIV-positiven, schwangeren Migrantin.

4.3.2.5 Illegalität in der medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten⁹⁹

Meldung von illegalisierten Migranten

Die Pflicht zur Meldung von Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus an die Ausländerbehörde stellte aus Sicht der Expertinnen im Hinblick auf eine zufriedenstellende medizinische Versorgung HIV-positiver Migranten eine große Einschränkung dar, da die betreffenden Personen aus Angst vor Sanktionen auf primär- wie sekundärpräventiver Ebene nur schwer zu erreichen waren. Als Gründe für einen illegalisierten Aufenthaltsstatus wurden von Expertin C Asylverfahren mit im Ergebnis verweigerter Duldung, abgelaufene Touristenvisa und illegale Einschleusung genannt.

Zu einer Meldung von Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus kommt es grundsätzlich, wenn medizinische Versorgungsträger das Sozialamt als Kostenträger für diese Patienten ansprechen, da staatliche Einrichtungen gegenüber der Ausländerbehörde gesetzlich zu einer solchen Meldung verpflichtet sind. Praxiserfahrungen der interviewten Expertinnen zeigten aber einen unterschiedlichen Umgang versorgender Einrichtungen mit dieser Problematik. Es wurde berichtet, dass verschiedene staatliche Beratungsstellen dieser Praxis Folge leisten, andere allerdings nicht. So wurden Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus etwa vom Sozialamt regelmäßig an die Ausländerbehörde gemeldet, nicht aber vom Gesundheitsamt.

Zur Meldepflicht von Krankenhäusern und auf gleicher juristischer Ebene von niedergelassenen Ärzten existierten laut den Angaben der Expertinnen unterschiedliche rechtliche Auffassungen. Eine dieser Auffassungen ging von einer Meldepflicht in Anlehnung an eine solche von staatlichen Einrichtungen aus, eine andere argumentierte mit dem sich aus dem geleisteten hippokratischen Eid ergebenden Versorgungsauftrag und verneinte eine Meldepflicht. In der Praxis sahen sich Krankenhausärzte häufig dem Druck der Krankenhausverwaltung aus-

⁹⁹ In diesem Kapitel werden nur Inhalte aus den Experteninterviews dargestellt, die sich auf Praxiserfahrungen im Umgang mit Illegalität im Kontext von HIV/AIDS beziehen. Für eine grundsätzliche Darstellung dieser Problematik Kap. 1.4.1.1.

gesetzt, gegenüber dem Sozialamt die Behandlungskosten geltend zu machen, was eine Meldung der entsprechenden Patienten zwangsläufig nach sich zog.

Vor diesem Hintergrund wurde Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus von Expertin B nur dann ein Krankenhausaufenthalt empfohlen, wenn aufgrund der Schwere der HIV-Infektion eine Aussicht auf Erlangung eines legalen Aufenthaltsstatus jenseits der Duldung bestand (Kap. 4.3.2.3, 4.3.2.5). Ansonsten musste von der Gefahr einer behördlichen Meldung durch das Sozialamt als Kostenträger mit anschließender Abschiebung ausgegangen werden. Praxis der MMM war es, Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus nicht zu melden. Hierfür berief sich die Einrichtung auf die Zusicherung von Straffreiheit durch den Berliner Innensenator, die aber an dessen Person gebunden war und bei einem Amtswechsel nichtig sein konnte. Allerdings berichtete Expertin A, dass auch konservative Politiker eine Behandlung solcher Patienten in der Praxis straffrei lassen wollten. Zur juristischen Absicherung und zur Eindämmung von Krankheits- und Infektionsgeschehen sah es Expertin A dringend geboten, eine Meldepflicht von Personen ohne Aufenthaltsstatus im Rahmen medizinischer Behandlung grundsätzlich aufzuheben.

Medizinische Versorgung von illegalisierten Migranten

Die Versorgung HIV-positiver Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus stellte nach übereinstimmender Meinung der Expertinnen ein besonderes Problem dar. Expertin B berichtete, dass illegalisierte HIV- oder Tuberkulose-Patienten meist sehr spät zu staatlichen oder halbstaatlichen Beratungs- und Versorgungseinrichtungen kamen, da sie Angst vor einer behördlichen Meldung hatten (s.o.). Hieraus resultierten oftmals schwere Krankheitsverläufe. Auch Expertin B berichtete, dass die Beratung von Afrika-Herz von illegalisierten Migranten häufig erst aufgrund schwerwiegender gesundheitlicher Probleme in Anspruch genommen wurde. Dies galt auch für die Durchführung eines HIV-Tests.

Nach der Beantragung eines Aufenthaltstitels erlangten diese Personen aufgrund einer Duldung vorläufig einen legalen Aufenthaltstitel, allerdings ohne eigenständige Krankenversicherung (Kap. 1.4.1.1, 4.3.2.3). Dadurch waren nur akut lebenserhaltende medizinische Maßnahmen verpflichtend durchzuführen, etwa bei schweren opportunistischen Infektionen. Expertin B berichtete von verschiedenen Fällen, in denen illegalisierte Migranten aufgrund eines vor diesem Hintergrund zu leichten Krankheitsverlaufs trotz Therapiebedürftigkeit gemäß der entsprechenden Richtlinien nicht behandelt werden konnten.

Die Praxiserfahrungen der Expertinnen zeigten, dass Krankenhäuser illegalisierte Migranten wegen fehlender Duldung häufig nicht behandelten, diese Personen aber ohne eine bereits begonnene Therapie abgeschoben wurden. Allerdings konnte bis zum Erhebungszeitpunkt für alle den Expertinnen bekannten Fälle nach einem zum Teil sehr hohen Aufwand immer eine HIV-Schwerpunktpraxis oder ein Krankenhaus gefunden werden, die bereit waren, eine Therapie zu initiieren.

Bei leichteren Erkrankungen wurden illegalisierte Migranten über die medizinische Flüchtlingshilfe Berlin an kooperierende Praxen oder an die MMM verwiesen, die eine Behandlung sicherstellten. Eine längerfristige medizinische Behandlung von illegalisierten Migranten ist für medizinische Einrichtungen nach übereinstimmender Meinung der Expertinnen aus finanziellen Gründen nicht möglich. Expertin A berichtete von einem gut funktionierenden Netzwerk zwischen der MMM und verschiedenen Fachärzten, in dessen Rahmen die beteiligten Ärzte meist die Betreuung einer bestimmten Anzahl von Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus pro Quartal übernahmen.

Die psychosoziale Beratung von illegalisierten Migranten, auch aus anderen Weltregionen außerhalb Afrikas, wurde häufig von Afrika-Herz übernommen, auch wenn dies der Arbeitsauftrag der Einrichtung nicht vorsah. Hierbei bestand eine enge Zusammenarbeit mit den Berliner Gesundheitsämtern als auch mit auf HIV testende Einrichtungen.

Möglichkeiten der Legalisierung von illegalisierten Migranten

Expertin B berichtete, dass es in fast allen Fällen ihrer Beratungspraxis bisher gelungen sei, für Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus eine Legalisierung durchzusetzen. Hierfür kam zunächst die Beantragung eines Aufenthaltstitels selbst in Frage, die zu einer sofortigen Erteilung einer Duldung führte. Diese konnte nach Prüfung aber auch aufgehoben werden, was zur Abschiebung führt. Auch aus versorgungstechnischen Gründen erschien dies den Expertinnen nicht als befriedigende Lösung, da im Rahmen einer Duldung nur eine sehr eingeschränkte Gesundheitsversorgung erfolgt (Kap. 1.4.1.1, 4.3.2.3).

Als ein im Hinblick auf eine adäquate medizinische Versorgung stärker zielorientierter Weg wurde die Erlangung eines Aufenthaltstitels über die juristische Begründung der Behandlungsnotwendigkeit der HIV-Infektion beschrieben. Bei Anerkennung dieser Notwendigkeit wurde in aller Regel eine befristete Aufenthaltserlaubnis ausgesprochen. Wichtige Grundlagen für eine positive Entscheidung waren der Nachweis einer HIV-Infektion, der Nachweis der fehlenden Verfügbarkeit einer HAART im potentiellen Abschiebungsland sowie der Nachweis fehlender finanzieller Ressourcen, um eine HAART im Zielland privat zu beschaffen. Eine weitere entscheidende Voraussetzung ist eine bereits bestehende antiretrovirale Behandlung, da im Falle einer potentiellen Abschiebung nur auf diese Weise mit einer ernsthaft anzunehmenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch Wegfall der Therapie argumentiert werden konnte.

Laut Aussage mehrerer Expertinnen wurde bis zum Zeitpunkt der Befragung in schweren medizinischen Fällen immer eine Möglichkeit gefunden, eine Therapie zu initiieren, um einen Aufenthaltstitel zu erlangen. Expertin C berichtete allerdings von Erfahrungen aus Brandenburg, wo trotz klarer Rechtslage die Erteilung entsprechender Aufenthaltstitel verweigert wurde und diese erst in höheren Instanzen durchgesetzt werden konnten.

4.3.2.6 Kulturelle Besonderheiten HIV-positiver Migranten mit Relevanz für deren medizinische Versorgung

Die Expertinnen berichteten übereinstimmend, dass Migranten in vielen Fällen eine zum westlichen, schulmedizinisch geprägten Verständnis von Körper, Gesundheit und Krankheit differente Vorstellung hätten. Die Erfahrungen zeigten, dass diese Unterschiede je nach Herkunftsregion weltweit, aber zum Beispiel auch innerhalb Afrikas verschieden stark ausgeprägt waren. Eine vollkommene Inkompatibilität war allerdings nur selten gegeben. Expertin A sah in dieser Frage besonders große kulturelle Unterschiede bei der Behandlung von muslimischen Patienten. Insbesondere Kontakte zu muslimischen Männern aller Weltregionen wurden als problembehaftet beschrieben, so etwa in der Diagnostik und Behandlung urologischer Erkrankungen, da hier von den Patienten häufig Vorbehalte aufgrund des Geschlechts von Expertin A herrschten. Diese wurden von ihr aber nicht als religiös, sondern gesellschaftlich begründet angesehen. Nichtmuslimische Männer zeigten in dieser Hinsicht meist weniger Vorbehalte.

Von besonderer Bedeutung im Rahmen der HIV-Behandlung von Migranten waren nicht-westliche Krankheitskonzepte von Personen aus Subsahara-Afrika. Hier herrschte nach Meinung der Expertinnen häufig der Eindruck vor, dass ein äußerlich gesund erscheinender

Mensch keinerlei Krankheit aufweisen könne. Dies verursachte große Probleme in der HIV-Versorgung, da eine HIV-Infektion häufig lange Zeit asymptomatisch verläuft. Die entsprechenden Patienten konnten in der Folge häufig sowohl von der Notwendigkeit regelmäßiger Überwachung der Krankheitsprogression als auch von einer nur aufgrund „unsichtbarer“ Laborparameter notwendigen Therapie nur schlecht überzeugt werden. Eine befriedigende Compliance sei unter diesen Voraussetzungen oftmals nicht erreicht worden. Expertin D betonte, dass in der medizinischen Praxis zusätzlich ein entgegengesetztes Problem bestand: habe man einen Patienten mit entsprechend differentem Krankheitsverständnis erst einmal von dem Vorhandensein einer asymptomatischen HIV-Infektion überzeugt, sei es häufig problematisch gewesen, wenn diese nicht akut behandlungsbedürftig gewesen sei. Hintergrund hierfür war die Annahme, dass eine vorhandene Erkrankung *immer* medikamentös zu behandeln sei. Kulturell divergente Annahmen über die Gründe einer HIV-Infektion, wie zum Beispiel Verheerung, kamen nach Aussage der Expertinnen bisweilen vor, blieben aber eher die Ausnahme und waren daher nicht von Relevanz für die medizinische Versorgung HIV-positiver Migranten in Berlin. Der Einsatz von in der Herkunftskultur traditionellen Mitteln zur Bekämpfung von HIV wie Pflanzentinkturen etc. war in der medizinischen Praxis immer wieder anzutreffen. Aufgrund möglicher pharmazeutischer Interaktionen zwischen solchen Mitteln und anti-retroviralen Medikamenten war die Aufklärung hierüber in der Beratungsarbeit von Expertin B von Bedeutung.

Als eine weitere kulturelle Besonderheit im Umgang mit HIV-positiven Migranten aus Subsahara-Afrika wurde von den Expertinnen eine häufig defensiv ausgerichtete Krankheitsverarbeitung der eigenen HIV-Infektion genannt. HIV/AIDS wurde von dieser Personengruppe stark mit sozialer Isolation und daher mit Angst verbunden, weshalb es in vielen Fällen zur Verdrängung der Infektion kam. Darüber hinaus sei HIV/AIDS als Erkrankung unter Personen mit afrikanischem Migrationshintergrund durchaus bekannt, niemand gehe aber von der Möglichkeit persönlicher Betroffenheit aus. Beides führte zu einer schlechteren medizinischen Versorgung und Prävention. Expertin D berichtete aus ihrer Praxis, dass diese Ängste für Personen aus anderen Kulturkreisen als dem afrikanischen, in denen Sexualität Tabuisierungen unterliegt (etwa Teile Asiens, Lateinamerikas und des Nahen Ostens), ähnlich einzuschätzen seien. Aus Angst vor Stigmatisierung hätten HIV-positive Migranten vor einer Behandlung in Einrichtungen der Regelversorgung häufig weniger Angst als vor solchen der HIV-Schwerpunktversorgung.

4.3.2.7 Wissen von HIV-positiven Migranten zu HIV und zum medizinischen Versorgungssystem

Berichte aus der medizinischen Behandlungspraxis der Expertinnen A und D sowie der gesundheitlichen Beratungspraxis von Expertin B zeigten, dass das Wissen von Migranten zu HIV sehr unterschiedlich, allerdings oftmals schlecht ausgeprägt war. So kamen Migranten, die an den gesundheitlichen Folgen einer HIV-Infektion litten, in die Erstversorgung von Expertin A häufig mit dem Verdacht auf eine andere Erkrankung. Migranten, die Betreuung der Expertinnen B und D aufsuchten, waren naheliegender Weise über die Möglichkeit einer HIV-Infektion informiert. Trotzdem kamen etwa Asylbewerber aufgrund struktureller Probleme in ihrer Gesundheitsversorgung (Kap. 1.4.1.1, 4.3.2.3) oftmals erst spät in die HIV-Schwerpunktversorgung, zum Beispiel wegen einer akut zu behandelnden Hepatitis-Infektion.

Übereinstimmend wurde berichtet, dass zahlreiche Migranten, die anfangs angaben, über eine gewisse Kenntnis zu HIV zu verfügen, diese auf genauere Nachfrage nicht hatten beziehungsweise diesbezüglich falsche Informationen hatten. Die unterschiedliche Ausprägung des medizinischen Wissensstandes innerhalb der Gruppe der Migranten war nach Meinung der Expertinnen weniger von deren Herkunft als von Faktoren wie Schichtzugehörigkeit und Bil-

ungsgrad abhängig. Nur Personen mit guten Deutschkenntnissen waren in der Lage, sich Informationen zu HIV/AIDS zu beschaffen und wiesen ein Interesse zur Auseinandersetzung mit diesem Thema auf. Die Prävention mit und Behandlung von Migranten mit schlechten Deutschkenntnissen war hingegen oftmals deutlich erschwert.

Neben dem medizinischen Wissen zur HIV-Infektion selbst bestanden nach Aussage der Expertinnen auch im Bereich von Kenntnissen zu den gesundheitlichen Versorgungsstrukturen in Deutschland zum Teil große Defizite. Einrichtungen der HIV-Beratung und Therapie wurden daher von den entsprechenden Migranten häufig mit falschen Erwartungen oder zu spät in Anspruch genommen. Dies war nach Meinung von Expertin D ein Grund für die Unterrepräsentierung von HIV-positiven Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung.

Auch in Bezug auf rechtliche Rahmenbedingungen herrschten häufig Fehleinschätzungen und sich daraus ergebende Ängste vor. So war nach Meinung von Expertin C bei vielen Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund zunächst kein Bewusstsein für die Notwendigkeit eines legalen Aufenthaltsstatus gegeben, was sich auf die Möglichkeiten der medizinischen Versorgung negativ auswirkte. Auf der anderen Seite beschrieb Expertin D die oftmals gegebene, aber unbegründete Angst vor dem Verlust eines befristeten oder unbefristeten Aufenthaltstitels durch das Bekanntwerden einer HIV-Infektion. Expertin C sah in diesem Zusammenhang einen großen Bedarf zur Erläuterung des komplexen deutschen Aufenthaltsgesetzes und seiner diversen Aufenthaltstitel.

4.3.2.8 Kompetenzen und Defizite bezüglich Sprache und Lösungsansätze

Auch die bei HIV-positiven Migranten vorhandenen Sprachkompetenzen waren nach Aussage der Expertinnen abhängig von Faktoren wie Bildung und Schicht. Von Behandlerin/Beraterin und Patienten geteilte Sprachkompetenzen waren allerdings von entscheidender Bedeutung für einen befriedigenden Betreuungsverlauf.

Englisch und Französisch, zwei von Praxispersonal häufig gesprochene Sprachen, wurden meist nur von akademisch gebildeten Afrikanern gesprochen. Die besten Deutschkenntnisse wiesen nach Expertin A Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus auf, da sich diese aus Angst vor einer Meldung die höchsten Alltagskompetenzen für ein Leben in Deutschland aneigneten. Personen ohne sozialen Anschluss oder erst vor kurzem zugewanderte Migranten sprachen hingegen am schlechtesten Deutsch.

Als weiteres entscheidendes Hindernis für eine hinreichende Versorgung wurde das Problem des Analphabetismus betont. In diesem Fall war die Aufklärung anhand von Broschüren gänzlich unmöglich, auch wenn diese in verschiedenen Fremdsprachen zur Verfügung standen. Dies stellte insbesondere aus Sicht von Expertin D für die Behandlung von HIV-positiven Migranten ein erhebliches Problem dar, da aufgrund zeitlicher Restriktionen im Verlauf der medizinischen Betreuung ein Verweis auf die eigenständige Auseinandersetzung der Patienten anhand von schriftlichem Informationsmaterial üblich und nötig war.

Fremdsprachige und kultursensible Informationsmaterialien wurden von den Expertinnen grundsätzlich erfolgreich in der Betreuung von HIV-positiven Migranten eingesetzt, soweit diese von den Patienten rezipiert werden konnten. Materialien standen zum Erhebungszeitpunkt aus Sicht der Expertinnen in einer befriedigenden Anzahl unterschiedlicher Sprachen und hinnehmbarer Qualität zur Verfügung.

Zur Umgehung sprachlicher Probleme während der Behandlung/Beratung von HIV-positiven Migranten wurden von den Expertinnen nur selten Verwandte als Dolmetscher eingesetzt. Eine solche Praxis war aufgrund des Stigmatisierungspotentials einer HIV-Infektion in der engsten sozialen Umgebung der Patienten nur nach vorheriger gründlicher Abstimmung mit

den Patienten möglich und wurde nur selten angewandt. Mitarbeiter des Berliner Gemeindefolmschdienstes wurden als Sprach- und Kulturmittler von den Expertinnen bisher nicht eingesetzt, da erforderliche Sprachkompetenzen in den Einrichtungen auf anderen Wegen, etwa über das Personal der Einrichtungen, abgedeckt werden konnten.

4.3.2.9 Bedeutung interkultureller Kompetenz im Arzt-Patient-Verhältnis / Umgang mit interkulturellen Unterschieden in der medizinischen Praxis

Die Expertinnen berichteten übereinstimmend, dass interkulturelle Kompetenzen wichtig für eine gute und dauerhafte Behandlung von Migranten mit nicht-westlichem kulturellem Hintergrund waren, da die Patienten ansonsten die Behandlung häufig abbrachen. Expertin A betonte, dass das Wissen um potentiell andere Körper- und Krankheitswahrnehmungen bei Migranten wichtig war, da nur dann auf den Ebenen der Interaktion und der medizinischen Behandlung konstruktiv darauf eingegangen werden konnte. Expertin D berichtete aus ihrer HIV-Schwerpunktpraxis, dass für eine erfolgreiche Therapie HIV-positiver Migranten keine detaillierte Kenntnis anderer Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen verschiedenster Kulturen notwendig gewesen sei. Dies war aufgrund der großen Anzahl unterschiedlicher Ausprägungen nicht leistbar. Vielmehr reichte eine grundsätzliche Sensibilität mit beispielhaften Kenntnissen in dieser Hinsicht aus, um gemeinsam mit dem Patienten eine Grundlage zur Diagnostik und Behandlung im jeweils spezifischen Fall zu erarbeiten. Expertin A bemerkte hierzu, dass ein gegenseitiges Lernen von Arzt *und* Patient in dieser Hinsicht geboten gewesen war, in der überwiegenden Zahl der Fälle aber auch gelang.

Von den Expertinnen wurden verschiedene Strategien für den Umgang mit interkulturellen Unterschieden beschrieben. Expertin A erläuterte detailliert ihren schulmedizinischen Behandlungsansatz, den sie in der Folge aber immer konsequent durchführte. Bei zu geringer Übereinstimmung zwischen ihrer Meinung und der der Patienten nahm sie keine Behandlungen vor. Diagnostische Untersuchungen wurden dabei allerdings ohne Erläuterung der spezifisch eingesetzten Techniken durchgeführt, da dies aufgrund der zu komplexen Hintergrundinformationen im Behandlungsalltag nicht umsetzbar gewesen sei. Sie betonte, dass sie durch häufigere Kontakte in der Sprechstunde ihr schulmedizinisches Verständnis wesentlich besser erläutern und begründen konnte sowie Erfolge von darauf begründeten Behandlungen zu dessen Akzeptanz beigetragen haben.

Auch die anderen Expertinnen berichteten, dass im Kontakt zu Personen mit einem anderen Krankheitsverständnis nur die Möglichkeit bestand, Verständnis für ein schulmedizinisches Vorgehen zu wecken und hier hinein Vertrauen zu schaffen. Insbesondere im Fall der stark schulmedizinisch geprägten HAART gab es keine andere Vorgehensweise. Expertin D betonte die besondere Bedeutung einer ausgeprägten Vertrauensbasis und eines gleichberechtigten Verhältnisses zwischen Arzt und Patient für eine gelungene Interaktion. Gerade in der Behandlung HIV-positiver Migranten war eine „normale“ Behandlung dieser Patienten, die von Stigmatisierungen auch positiver Art absah, hoch bedeutsam. Dies war oftmals der einzige Weg, um HIV-positiven Migranten zu zeigen, dass sie aufgrund ihrer HIV-Infektion nicht zwangsläufig stigmatisiert werden mussten. Hierfür war für Expertin D besonders wichtig, dass der behandelnde Arzt von sich aus die Lebensumstände der Patienten erfragte. Auch deren individuelle Vorstellungen von HIV, von dessen Ätiologie und gesundheitlichen Folgen, waren nach Meinung von Expertin D vom Arzt selbstständig und standardmäßig zu erheben. Expertin A berichtete, dass es für HIV-positive Migranten, bei denen aufgrund der Therapie Richtlinien noch keine Therapie indiziert ist, überaus wichtig sei, hierüber eine Bestätigung durch einen HIV-Spezialisten zu erfahren.

Der Ansatz von Expertin A, mit Interaktionsproblemen mit muslimischen Männern aufgrund ihres unterschiedlichen Geschlechts umzugehen (Kap. 4.3.2.6), war, diese Patienten bei entsprechenden Problemen an einen männlichen Kollegen aus ihrem Netzwerk weiter zu verweisen.

Die Expertinnen C und D betonten, dass es im Umgang mit HIV-positiven Migranten mit differentem kulturellen Hintergrund wichtig war, diese nicht zu entmündigen und aus der Verantwortung zum Umgang mit deren eigener HIV-Infektion zu entlassen. So war zwar immer eine Aufklärungspflicht seitens der Behandler/Berater gegeben, die Patienten sollten allerdings die Konsequenzen hieraus so weit als möglich selbst ableiten und in Handlungen umsetzen. Als Beispiel hierfür führte Frau C die eigenverantwortliche Antragstellung auf eine Krankenversicherung an.

4.3.2.10 Verbesserungswünsche / Voraussetzungen auf struktureller Ebene für eine gute medizinische Versorgung HIV-positiver Migranten

Alle Expertinnen äußerten den Wunsch nach einer angemessenen medizinischen Betreuung HIV-positiver Migranten jenseits rechtlicher und finanzieller Restriktionen, für die eine politische Regelung gefordert wurde. Expertin A forderte eine gesundheitliche Grundsicherung für alle in einem Land lebenden Menschen, auch für Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus, wie es dies etwa in Italien gab. Hierfür seien medizinische Zentren zu etablieren, die eine gesetzlich geklärte Zuständigkeit auch für Personen haben müssen, die bisher nicht vom Versorgungssystem erreicht wurden. Als Finanzierungsgrundlage fand sie das Modell der Kopfpauschale angemessen. Expertin C sah die Notwendigkeit, bei jeglicher Behandlungsbedürftigkeit standardmäßig einen Aufenthaltstitel zu erteilen, der die Erlangung einer Krankenversicherung und in der Folge die Möglichkeit einer HAART nach sich ziehen muss. Auch Expertin B stellte die hohe Bedeutung eines legalisierten Aufenthaltsstatus für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung und –gewährleistung heraus.

Expertin D betonte das Problem, Migranten durch die HIV-Schwerpunktversorgung zu erreichen, die diese nicht von selbst aufsuchten. Hierfür gibt es kein Patentrezept, da die Gruppe HIV-positiver Migranten sehr inhomogen ist. Um dieses Problem zu lösen, sind die für einzelne Länder/Regionen spezifischen Communities anzusprechen. Ein Problem, etwa in Hinblick auf die zahlreichen in Berlin vertretenen afrikanischen Communities sind die dort vorhandenen vielen Dialekte. Expertin B hob hervor, dass für eine Community-spezifische Präventionsarbeit auf primärer und sekundärer Ebene die Repräsentanten der jeweiligen Gruppen eingebunden werden müssen, die dann als Multiplikatoren in ihre Gemeinschaft hinein wirken können. Präventionisten müssen dabei immer in ihrer eigenen Community arbeiten, da es ansonsten leicht zu ethnischen Verwerfungen und zum Misslingen der Präventionsarbeit kommen kann.

Um die häufig gegebene Stigmatisierung von HIV-positiven Migranten abzubauen, organisierte Afrika-Herz öffentliche Veranstaltungen und Kampagnen in den afrikanischen Migranten-Communities mithilfe einer eigens gegründeten Präventionsgruppe. Auch diese Kampagnen wurden aus den genannten Gründen spezifisch für einzelne Communities durchgeführt. Expertin D unterstrich die herausragende Bedeutung von Frauen als Zielgruppe der Präventionsarbeit mit Migranten. Diese seien in den Familien meist für gesundheitliche Themen verantwortlich und sollten daher verstärkt als familiäre Multiplikatoren angesprochen werden.

Expertin B äußerte den Wunsch, Probleme in der gesundheitlichen Versorgung von Migranten nicht nur zu benennen, sondern auch Lösungsansätze zu finden und umzusetzen. So hatten Ansätze zur interkulturellen Öffnung der Einrichtungen des LaBAS e.V. nicht zum avisierten Erfolg geführt. Hauptgrund hierfür waren ihrer Meinung nach Schwierigkeiten in der Umset-

zung notwendiger personeller Veränderungen. Neben Veränderungen in den Einrichtungen bestand eine zweite Ebene interkultureller Öffnung nach Expertin B in einer gelungenen Öffentlichkeitsarbeit und damit einem ausreichenden Informationsfluss in Richtung der migran-tischen Zielgruppe. Dies war aus Ihrer Sicht oftmals nicht gegeben. Expertin A hob die große Bedeutung von Fortbildungen zu interkulturellen Kompetenzen für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung von Migranten hervor.

5 Diskussion der Ergebnisse

5.1 Epidemiologie von HIV/AIDS bei Migranten in Deutschland und Berlin

Die HIV-Epidemie in Deutschland ist gekennzeichnet durch einen hohen Männeranteil, der vorwiegend auf einem zweiten bestimmenden Merkmal beruht, dem hohen Anteil von HIV-Neudiagnosen bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM). Seit der Einführung des neuen Meldesystems auf Grundlage des IfSG im Jahr 2001 wurden nahezu 80% aller HIV-Neudiagnosen bei Männern gestellt, etwas mehr als die Hälfte aller HIV-Neudiagnosen bei MSM (Kap. 4.1.1). Die Anteile aller anderen hauptsächlichen Transmissionsrisiken (HPL, heterosexuelle Kontakte, IVDU) bewegten sich auf einem deutlich niedrigeren Niveau.

Grundsätzlich ließ sich für Berlin eine ähnliche epidemiologische Dynamik feststellen wie für Gesamtdeutschland, insbesondere mit Hinblick auf den Anstieg der HIV-Neudiagnosen seit 2002/03 und die Dominanz des Transmissionsrisikos MSM. Aufgrund des Großstadtcharakters Berlins und der damit einhergehenden hohen Zahl dort lebender schwuler Männer (Bochow, Schmidt & Grote, 2010; Marcus, Schmidt, Hamouda & Bochow, 2009) bestand in Berlin allerdings ein im Vergleich zur gesamtdeutschen Situation nochmals wesentlich höherer Anteil von Personen mit Transmissionsrisiko MSM (71,1% gegenüber 52,2%).

Für eine migrationsspezifische Analyse der HIV-Melddaten kann zum einen das Merkmal einer Herkunft aus einem Hochprävalenzland als Transmissionsrisiko herangezogen werden (Robert Koch-Institut, 2010a, 2012d), das über viele Jahre zur Beschreibung der migrantisches Population genutzt wurde. Die Anzahl von HIV-Neudiagnosen mit diesem Transmissionsrisiko unterlag in Deutschland nur leichten Schwankungen um den Wert von etwa 300 Fällen pro Jahr. In Berlin nahm die Anzahl von HIV-Neudiagnosen mit dem Transmissionsrisiko HPL über die Jahre leicht zu, der Anteil dieses Transmissionsrisikos lag allerdings nur bei der Hälfte des Wertes für Deutschland. Auch hierfür ist die Dominanz des Transmissionsrisikos MSM in Berlin als Großstadt der wichtigste Grund.

Dem Merkmal HPL als Kategorie zur epidemiologischen Charakterisierung von HIV in Deutschland wird im Hinblick auf die Ausgestaltung von Präventions- und Behandlungsangeboten nur noch ein eingeschränkter Wert beigemessen (Robert Koch-Institut, 2012c, S. 255f.). Bei Einführung der Transmissionskategorien in den 1990er Jahren unterschieden die Kategorien HPL und heterosexuelle Kontakte recht gut zwischen in Deutschland und im Ausland auf heterosexuellem Weg erworbenen Infektionen (Infektionen, die durch Sex zwischen Männern erworben wurden, waren schon immer auch bei Erwerb in einem HPL als MSM zu kennzeichnen). Durch erhöhte innereuropäische Mobilität und einen gleichzeitigen Anstieg der HIV-Prävalenz in Zentral- und Osteuropa (European Centre for Disease Prevention and Control, 2011a) stieg in den letzten Jahren der Anteil der im Ausland erworbenen HIV-Infektionen bei Nicht-Deutschen an. Zum anderen kam es aufgrund der restriktiven Asyl- und Einwanderungspolitik in Deutschland (Bade, 1997; Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012a; Statistisches Bundesamt, 2011e) auch zu einer stark verringerten Anzahl von aus Hochprävalenzländern einreisenden Personen. Damit stieg bei Meldungen mit Transmissionsrisiko HPL der Anteil von schon länger in Deutschland lebenden Personen, die ihre Infektion bereits in Deutschland erworben haben. Die deutschen Präventionsbemühungen auf primärer Ebene (Kampagnen für Allgemeinbevölkerung und Gruppen mit erhöhtem Transmissionsrisiko) können nur in Deutschland erworbene HIV-Infektionen effektiv adressieren. Vor diesem Hintergrund findet daher seitens des RKI die Kategorie „HPL“ seit Kurzem nur noch eingeschränkte Verwendung zur Beschreibung des HIV-Infektionsgeschehens bei Migranten in Deutschland (Robert Koch-Institut, 2012d). Da

HIV-Übertragungen in Hochprävalenzländern im Wesentlichen durch heterosexuelle Kontakte stattfinden (ebd., S. 19), ist das RKI in der Ausweisung der Meldedaten Mitte 2012 dazu übergegangen, Personen, denen als Transmissionsrisiko durch die meldenden Stellen die Kategorie „HPL“ zugeordnet wurde, der Kategorie „heterosexuelle Kontakte“ zuzuordnen, so lange nicht zusätzlich als Transmissionsrisiko MSM oder IVDU vermerkt wurden (Robert Koch-Institut, 2012c).

Auch mit Hinblick auf die medizinische Versorgung HIV-positiver Migranten erscheint die Angabe der Herkunft aus einem Hochprävalenzland als Transmissionsrisiko für eine migrationspezifische Analyse der HIV-Neudiagnosen nicht ausreichend. Durch eine Beschränkung auf dieses Merkmal würde die Zahl der Migranten unter den neu mit HIV diagnostizierten Personen deutlich unterschätzt, da Migranten aus Nicht-Hochprävalenzländern nicht in die Analysen eingingen. Die Meldedaten der HIV-Neudiagnosen in Deutschland wurden daher in dieser Studie auf Grundlage der auf den Meldebögen zusätzlich vorhandenen migrationspezifischen Kategorien (Herkunftsland, Land des Infektionserwerbs) detaillierter ausgewertet. Analysen auf Grundlage dieser beiden Merkmale folgen dabei zwar ebenfalls nicht der weiten Definition von Migrant, wie sie in dieser Studie Verwendung findet (Kap. 1.1). Sie bieten allerdings die beste Möglichkeit zur Beschreibung der HIV-positiven migrantischen Population in Deutschland auf Grundlage der vor dem Hintergrund datenschutzrechtlicher Anforderungen eingeschränkten Möglichkeiten zur migrationssensiblen Erhebung von HIV-Meldedaten.

Die Erhebung und Analyse des Migrationshintergrundes von Personen mit einer HIV-Neudiagnose unterliegt Schwierigkeiten durch die häufig auch subjektiv vorgenommene Benennung des „Herkunftslandes“ der getesteten Person durch den Arzt als dasjenige Land, in dem die betroffene Person den größten Teil ihres Lebens verbracht hat (Robert Koch-Institut, 2010a, Kap. 1.5.1). Aufgrund mangelnden Hintergrundwissens kann eine Person damit sowohl als „deutsch“ als auch als nicht-deutsch“ fehlklassifiziert werden. Damit kann es grundsätzlich zu Über- wie Unterschätzungen des Anteils Nicht-Deutscher kommen. Die in Abbildung 1 dargestellten Migrantengruppen von in Deutschland geborenen, nicht-migrierten Ausländern (Gruppe 3), von Ausländern mit Lebensmittelpunkt in Deutschland (Gruppe 5) und von nicht-migrierten Ausländern mit doppelter Staatsbürgerschaft (Gruppe 9) werden demnach nach der Definition des RKI als Deutsche klassifiziert und sind einer migrationssensiblen Analyse der HIV-Neudiagnosen daher nicht sinnvoll zugänglich. Dies betrifft etwa die große Gruppe von (Spät-) Aussiedlern, die relativ leicht eine deutsche Staatsbürgerschaft erlangen konnte und daher trotz vorhandenen Migrationshintergrunds in der ersten, zweiten oder dritten Generation wahrscheinlich häufig mit Herkunftsangabe „Deutschland“ gemeldet werden. Vor diesem Hintergrund ist eine sinnvolle Vergleichsgröße für eine migrationspezifische Analyse der Meldedaten der HIV-Neudiagnosen in Deutschland die Anzahl der Ausländer in Deutschland (nach AZR oder Bevölkerungsfortschreibung) oder die Anzahl von Migranten (nach Mikrozensus) mit ausländischer Staatsbürgerschaft und damit ein Anteil zwischen 8% und 9% (Statistisches Bundesamt, 2012a, 2012b, Kap. 1.2.2).

Die hier durchgeführte erweiterte, nicht auf dem Merkmal HPL als Transmissionsrisiko, sondern auf dem Merkmal Herkunftsland beruhende migrationspezifische Analyse der HIV-Meldedaten zeigte, dass ein erheblicher Anteil von annähernd einem Drittel aller Meldungen im Zeitraum 2001 bis 2011 bei Personen nicht-deutscher Herkunft gestellt wurde. Diese Gruppe machte damit einen bedeutsamen Anteil der HIV-Neudiagnosen in Deutschland aus und übertraf den Anteil von in Deutschland lebenden Ausländern beziehungsweise von Migranten mit ausländischer Staatsbürgerschaft (nach AZR beziehungsweise Mikrozensus (Statistisches Bundesamt, 2012a, 2012b; Kap. 1.2.2) um mehr als das Dreifache. Laut den Aussagen der Experteninterviews ließ ein erheblicher Anteil HIV-positiver Migranten in Deutschland keinen HIV-Test durchführen, etwa aufgrund von kulturell divergenten Krank-

heitskonzepten, aus Angst vor einer schwerwiegenden Erkrankung und der damit einhergehenden deutlichen Verschlechterung der oftmals ohnehin prekären Lebenssituation und aus Angst vor Stigmatisierung in der eigenen Community. Reisen diese Personen ohne Testung wieder aus Deutschland aus, sind sie auch nicht in den Meldedaten repräsentiert. Aus den gleichen Gründen sind sie für präventive wie therapeutische Maßnahmen kaum oder gar nicht erreichbar. Da zudem Flüchtlinge und Asylbewerber (Abb. 1, Gruppe 10) sowie illegalisierte Migranten (Abb. 1, Gruppe 11) häufig einen erschwerten oder keinen Zugang zu Testangeboten haben, relevante Anteile hiervon aber durchaus aus Ländern mit einer höheren HIV-Prävalenz stammen, wird die Zahl von HIV-positiven Migranten in Deutschland auf Grundlage der Meldedaten mit hoher Wahrscheinlichkeit unterschätzt.

Für die absolute Zahl von HIV-Neudiagnosen bei nicht-deutschen Personen war auf deutscher Ebene eine steigende Tendenz festzustellen, mit einer Spitze im Jahr 2012. Ein ähnlicher Anstieg der HIV-Neudiagnosen bei nicht-deutschen Personen zeigte sich ebenso für Berlin, mit einem Höhepunkt in den Jahren 2009 und 2010. Im Vergleich mit anderen bevölkerungsreichen westeuropäischen Ländern war in Deutschland der Anteil von Personen nicht-deutscher Herkunft an allen HIV-Neudiagnosen mit insgesamt 30,1% allerdings gering: so betrug dieser in Großbritannien im Jahr 2010 66,2%, in Frankreich 65,4%, in der gesamten EU 48,9% (European Centre for Disease Prevention and Control, 2011a, S. 38f.). Die beschriebenen absoluten Anstiege korrespondierten mit dem allgemeinen Anstieg der HIV-Neudiagnosen in Deutschland zwischen 2001 und 2007 und dem seither beibehaltenen hohen Niveau. Für diesen allgemeinen Anstieg wird eine Kombination verschiedener Gründe als wahrscheinlich diskutiert (Robert Koch-Institut, 2009d, S. 491f.). Zum einen gab es in diesem Zeitraum zunächst eine Veränderung der Therapiestrategien hin zu einem späteren Behandlungsbeginn. Damit kam es in der Folge zu weniger effektiv viral supprimierten Patienten und damit auf Populationsebene zu einem höheren Übertragungsrisiko für deren Sexual-Partner. Zum anderen wird – insbesondere in der Gruppe der MSM - eine häufigere Verwendung individueller HIV-Schutzstrategien wie Serosorting¹⁰⁰ oder Seropositioning¹⁰¹ angenommen, die die genaue Kenntnis des HIV-Status des Sexualpartners voraussetzen, die aber oftmals nicht gegeben ist oder falsch angenommen wird. Zuletzt kam es in dieser Zeit ebenfalls zu einem Wiederanstiegen der Inzidenzen von sexuell übertragbaren Infektionen wie etwa der Syphilis (Robert Koch-Institut, 2010b, 2012b), deren Vorliegen die Infektiosität des HIV-positiven wie die Empfänglichkeit des HIV-negativen Sexual-Partners erhöhen kann. Ein weiterer Grund kann ebenfalls eine erhöhte Testfrequenz als Folge effektiverer Präventionsmaßnahmen und Testkampagnen sein, die zu mehr positiven Testresultaten führen kann.

Um festzustellen, ob diese oder auch andere Gründe ebenfalls für den Anstieg von HIV-Neudiagnosen bei Personen nicht-deutscher Staatsbürgerschaft führen können, wurden die Meldedaten in dieser Studie stärker im Detail beleuchtet. Im Hinblick auf die ambulante medizinische Versorgung HIV-positiver Migranten und hier insbesondere auf potentielle Zugangsbarrieren erfolgte eine detailliertere Analyse der Meldungen, da nicht davon auszugehen war, dass die Zugangsbarrieren für alle Nicht-Deutschen ähnlich wirksam sind. Unterschiede können etwa bestehen in Bezug auf Sprachfertigkeiten, auf Kenntnisse des deutschen (oder im weiteren Sinne westlichen) Versorgungsystems, bezüglich des Krankenversicherungsstatus und im Hinblick auf das in Deutschland vorherrschende westlich-schulmedizinische Körper- und Krankheitskonzept. Diese Unterschiede wiederum können sich in verschiedenen soziodemographischen Merkmalen der Migranten widerspiegeln, die im Folgenden beleuchtet werden.

¹⁰⁰ Bewusste Auswahl eines Sexualpartners anhand seines negativen HIV-Serostatus zur Minimierung des Infektionsrisikos.

¹⁰¹ Bewusste Auswahl einer weniger infektionsträchtigen Sexualpraktik zur Minimierung des Infektionsrisikos.

Der Anteil von Personen nicht-deutscher Herkunft an allen HIV-Neudiagnosen in Deutschland unterschied sich deutlich zwischen den verschiedenen Transmissionsrisiken. Das Transmissionsrisiko MSM wies im Vergleich zu allen anderen einen sehr viel geringeren Anteil nicht-deutscher Personen auf. Für den substantiellen Anteil nicht-deutscher Fälle in der Gruppe ohne Angabe eines Transmissionsrisikos (29,0%) ist davon auszugehen, dass sich hierunter ein nicht unerheblicher Anteil von Personen verbirgt, die aufgrund von Stigmatisierungen im Heimatland und einer eventuell nicht belastbaren Arzt-Patient-Beziehung zwar das Transmissionsrisiko MSM aufweisen, dieses aber von den Patienten nicht kommuniziert wird. Daher ist anzunehmen, dass der Anteil Nicht-Deutscher mit dem Transmissionsrisiko MSM in den Meldedaten zumindest leicht unterschätzt wird. Trotzdem machte das Transmissionsrisiko MSM nach HPL den zweitgrößten Anteil bei den HIV-Meldungen nicht-deutscher Personen auf gesamtdeutscher Ebene aus, auch wenn dieser für Personen mit deutscher Herkunft 2,7-fach höher lag. Zudem nahm der Anteil des Transmissionsrisikos HPL über die Zeit deutlich ab, der von MSM hingegen zu. Für die Berliner Situation stellte sich dies anders dar: hier war das Transmissionsrisiko MSM bei nicht-deutschen Personen über die gesamte Zeit der Analyse dominant, der Anteil des Risikos HPL lag kontinuierlich darunter und nahm insbesondere in den späteren Jahren deutlich ab.

Deutliche Unterschiede bestanden bezüglich der Verteilung der Transmissionsrisiken bei Nicht-Deutschen nach Geschlecht: während bei Männern MSM und heterosexuelle Kontakte bei etwas höherem Anteil von MSM die mit Abstand häufigsten Transmissionsrisiken darstellten, war dies bei Frauen allein die Herkunft aus einem Hochprävalenzland. Der Anteil von MSM unter Nicht-Deutschen lag in Berlin insgesamt etwa doppelt so hoch wie für die gesamtdeutsche Situation, der Anteil von HPL unter Nicht-Deutschen in Berlin hingegen war nur etwa halb so hoch wie für die deutsche Situation.

Entsprechend des geringeren Anteils des Transmissionsrisikos MSM bei HIV-Neudiagnosen von Nicht-Deutschen überstieg der Frauenanteil bei Nicht-Deutschen den Frauenanteil bei Deutschen um jeweils mehr als das Doppelte, dies galt für die epidemiologische Situation in Deutschland wie in Berlin.

Der Anteil nicht-deutscher Personen in der Altersgruppe unter 45 Jahren (Deutschland) beziehungsweise 40 Jahren (Berlin) lag etwa 30% über dem entsprechenden Anteil bei Personen deutscher Herkunft (Statistisches Bundesamt, 2012a, 2012b, Kap. 1.2.2). Der entsprechende Unterschied im Anteil der Altersgruppen unter 45 Jahren zwischen neu mit HIV diagnostizierten Personen mit deutscher beziehungsweise nicht-deutscher Herkunft fiel mit 15% geringer aus, war aber vorhanden, für die deutsche Situation deutlicher als in Berlin. Auch das Durchschnittsalter von Deutschen und Nicht-Deutschen mit neu diagnostizierter HIV-Infektion lag dabei unter dem von Deutschen und Nicht-Deutschen, was jedoch für eine überwiegend sexuell übertragene Infektion wie HIV plausibel scheint (Robert Koch-Institut, 2012c).

In der Zusammensetzung der in den HIV-Neudiagnosen berichteten Herkunftsländer ergaben sich für die deutsche Situation große Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Annähernd die Hälfte der HIV-positiven Männer nicht-deutscher Herkunft stammte aus europäischen Staaten mit ungefähr gleicher Verteilung zwischen der west-, zentral- und osteuropäischen Region, etwa ein weiteres Viertel aus Ländern Subsahara-Afrikas. Die mit Abstand dominante Herkunftsregion bei Frauen mit einem Anteil von etwa zwei Dritteln aller Fälle war Subsahara-Afrika. Nationalitäten der klassischen Einwanderungsländer, die in Deutschland die größten Anteile von dort lebenden Ausländern beziehungsweise Migranten darstellten (Kap. 1.2.1), spielten in der Epidemiologie von HIV in Deutschland keine herausragende Rolle,

HIV-Neudiagnosen mit einer Herkunftsangabe der Türkei, Italiens und Griechenlands als Einwanderungsländer mit einer größeren Anzahl von nach Deutschland zugezogenen Perso-

nen waren im Verhältnis zu deren Anteilen an der Gesamtbevölkerung zum Teil deutlich unterrepräsentiert (Statistisches Bundesamt, 2012a, 2012b, Kap. 1.2.1 und 1.2.2). Dies betraf insbesondere Personen aus der Türkei, die in Deutschland 23,2% aller ausländischen Personen ausmachen, aber nur einen Anteil von 4,0% an den HIV-Neudiagnosen von Personen nicht-deutscher Herkunft hatten. Für Italien und Griechenland waren ebenfalls deutliche Differenzen festzustellen. HIV-Neudiagnosen mit Herkunftsangabe Russland waren im Vergleich zur Zusammensetzung der in Deutschland lebenden ausländischen Bevölkerung hingegen etwa doppelt so häufig vertreten.

Die epidemiologische Situation in Berlin unterschied sich leicht von der gesamtdeutschen. Bei Männern verteilten sich HIV-Neudiagnosen etwas stärker auf eine west- und zentraleuropäische wie auch eine lateinamerikanische Herkunft, bei Frauen waren die Anteile mit Herkunft aus Zentraleuropa wie auch Südostasien etwas höher. Auch hier spiegelten sich die in der Zusammensetzung der ausländischen Bevölkerung hohen Anteile von Personen aus der Türkei nicht wider, allerdings entsprach der Anteil von HIV-Neudiagnosen mit polnischer Herkunftsangabe in etwa dem der ausländischen Bevölkerung Berlins, der Anteil von HIV-Neudiagnosen mit Herkunftsangabe Italien übertraf sogar deren entsprechenden Anteil an der Berliner Bevölkerung.

Neben einer wahrscheinlich insgesamt niedrigeren Prävalenz von HIV in der türkischen Bevölkerung kann ein weiterer Grund für den geringen Anteil von HIV-Neudiagnosen mit dieser Herkunftsangabe sein, dass die meldenden Einrichtungen gehalten sind, Personen nicht nach ihrer Staatsangehörigkeit, sondern nach ihrem Lebensmittelpunkt zu klassifizieren. Gerade für Personen mit türkischem Migrationshintergrund, aber deutscher Staatsbürgerschaft und/oder langem Aufenthalt in Deutschland würde eine entsprechende Angabe zu einer Untererfassung von Migranten aus der Türkei im Sinn der weiten Definition von Migrant in dieser Studie führen. Dies spricht aber auch dafür, dass etwa HIV-Neudiagnosen mit italienischer, polnischer oder russischer Herkunftsangabe eher von Personen stammten, die sich erst seit kürzerer Zeit in Deutschland oder Berlin aufhielten und dort nicht in der zweiten oder dritten Migrantengeneration lebten.

Die Prävalenz von HIV-Neudiagnosen war damit, wie für verschiedene andere Infektionserkrankungen auch (Bales et al., 2003; Cai et al., 2011; Coker, 2004; Korporal, 1990; Marschall et al., 2005; Mehle, 1981; Robert Koch-Institut, 2009b, 2009e, 2012a; Rothenbacher et al., 2001; Suerbaum & Michetti, 2002; World Health Organisation, 2009), abhängig von der Herkunftsregion der Migranten höher als bei der nicht-migrantischen Bevölkerung, für andere Herkunftsregionen lag diese aber auch deutlich niedriger. Die Verteilung der HIV-Neudiagnosen entsprach dabei nicht der Herkunftsverteilung von Ausländern oder Migranten in Deutschland nach AZR oder Mikrozensus.

Die Betrachtung der Herkunftsregionen von HIV-Neudiagnosen nicht-deutscher Personen nach deren jeweiligem Transmissionsrisiko zeigte sehr ähnliche Verteilungen für Deutschland und Berlin. MSM als Transmissionsrisiko war bei Männern aus West- und Zentraleuropa deutlich häufiger gegeben als bei Männern aus Osteuropa und anderen Weltregionen. Dies ist zum Teil auch als Melde-Artefakt auf die oftmals starke Stigmatisierung von MSM in einigen Weltregionen zurückzuführen (Robert Koch-Institut, 2009b, S. 205, Robert Koch-Institut, 2010a, S. 44). Für HIV-Neudiagnosen mit dem Transmissionsrisiko heterosexueller Kontakte war zu einem noch höheren Anteil, in etwa drei Viertel der Fälle, eine Herkunft aus einem europäischen Land zu verzeichnen. Bei IVDU war ein hoher Anteil von Personen aus Osteuropa festzustellen, dies entsprach der epidemiologischen Lage in den osteuropäischen Ländern, in denen intravenöser Drogengebrauch das mit Abstand häufigste Risiko für eine HIV-Infektion war. Für 82,5% der HIV-Neudiagnosen mit Transmissionsrisiko HPL wurde eine Herkunft aus Ländern der Subsahara-Afrika-Region berichtet, für einen deutlich geringeren Anteil eine Herkunft aus Südostasien. Für die hohen Anteile von Personen aus west- und zent-

raleuropäischen Ländern kann angenommen werden, dass diese in Deutschland über eine anerkannte Krankenversicherung verfügen, auch wenn, wie aus den Experteninterviews hervorging, diese Ansprüche in der medizinischen Praxis nicht immer leicht umsetzbar waren. Für die ebenfalls hohen Anteile von Personen aus Osteuropa und aus der Subsahara-Afrika-Region ist in dieser Hinsicht von deutlichen Einschränkungen auszugehen, die eine effektive Therapie erschweren können. Zudem bestehen für diese Personengruppe potentiell weitere Zugangsbarrieren, wie etwa mangelnde Kenntnisse des deutschen Versorgungssystems oder ein kulturell unterschiedliches Körper- und Krankheitsverständnis.

Kenntnisse zur Region des Infektionserwerbs sind unter anderem wichtig zur Konzeptualisierung geeigneter Präventionsansätze. Für Infektionen, die in Deutschland erworben werden, lassen sich potentiell geeignete Präventionsmaßnahmen von den in Deutschland damit befassten Einrichtungen entwickeln und umsetzen, für im Ausland erworbene Infektionen ist dies kaum möglich. Weiterhin sind im Ausland erworbene Infektionen von der dortigen epidemiologischen und therapeutischen Situation bestimmt. So können diese, gerade bei einer in einer anderen Weltregion erworbenen HIV-Infektion, einen anderen Genotyp aufweisen als den in Westeuropa üblichen Genotyp 1 (Rockstroh, 2013; Rubbert-Roth & Behrens, 2013). Damit können diese Infektionen unter Umständen weniger effektiv mit den auf dem Markt befindlichen Medikamenten therapierbar sein, die vorwiegend für den in westlichen Ländern vorherrschenden Genotyp 1 entwickelt wurden (Braun & Wolf, 2013). Darüber hinaus können HIV-Neudiagnosen aus anderen Weltregionen ein anderes Resistenzprofil aufweisen, etwa aufgrund des in ärmeren Ländern nur eingeschränkt verfügbaren Medikamentenarsenals, und auch daher unter Umständen ebenfalls weniger effektiv zu behandeln sein. Die Region des HIV-Erwerbs hat damit eine Bedeutung auf primär- wie sekundärpräventiver Ebene.

Der Anteil von in Deutschland erworbenen HIV-Infektionen von Personen nicht-deutscher Herkunft verdoppelte sich für die gesamtdeutsche Situation zwischen 2001 und 2012 etwa von 21,6% auf 45,3%. Für Berlin lag dieser Anteil generell höher, ein zu verzeichnender Anstieg im gleichen Zeitraum fiel moderater aus (52,6% auf 66,3%). Vor dem Hintergrund dieser Daten wäre ein erheblicher Anteil von neu mit HIV diagnostizierten Personen nicht-deutscher Herkunft zumindest grundsätzlich mit Hilfe migratinssensibler Präventionsbemühungen in Deutschland zu erreichen.

Der Anteil von in Deutschland erworbenen HIV-Infektionen war für die deutsche Situation bei nicht-deutschen Männern mehr als doppelt so hoch wie bei nicht-deutschen Frauen, in Berlin lagen diese Anteile für beide Geschlechter jeweils deutlich höher. Im Vergleich der nach Fallzahlen epidemiologisch relevantesten Weltregionen war der Anteil von in Deutschland erworbenen HIV-Infektionen für beide Geschlechter bei einer Herkunftsangabe aus Subsahara-Afrika am geringsten, hier vorwiegend durch heterosexuelle Kontakte erworben. Bei einer Herkunft aus Osteuropa wurden für Frauen und Männer nur Anteile von etwa einem Drittel in Deutschland erworbener Infektionen gemeldet, letzteres mit hoher Wahrscheinlichkeit aufgrund der in Osteuropa vorherrschenden Erwerbs von HIV-Infektionen durch intravenösen Drogengebrauch, der oftmals vor der Migration nach Deutschland stattgefunden hat. Bei nicht-deutschen Männern waren die höchsten Anteile von in Deutschland erworbenen HIV-Infektionen für eine Herkunft aus West- und Zentral-Europa zu verzeichnen, für nicht-deutsche Frauen mit Herkunft aus West-Europa war dieser Anteil nahezu halbiert. In Berlin existierten ähnliche Unterschiede zwischen den Herkunftsregionen, allerdings lagen die Anteile von in Deutschland erworbenen HIV-Infektionen mit Ausnahme einer Herkunft aus Subsahara-Afrika höher als im Vergleich zur gesamtdeutschen Situation, insbesondere bei Männern. Die Analyse von in Deutschland erworbenen HIV-Infektionen nach Transmissionsrisiko zeigte einen hohen entsprechenden Anteil bei MSM für die deutsche Situation. HIV-Infektionen mit Angabe der Transmissionsrisiken IVDU und heterosexuelle Kontakte wurden bei Frauen und Männern zu jeweils etwa der Hälfte in Deutschland erworben, solche mit dem

Transmissionsrisiko HPL zu nur sehr geringen Anteilen (zwischen 13,9% und 24,0%). In Berlin war der Anteil von in Deutschland erworbenen HIV-Infektionen auch bei einer Analyse nach Transmissionsrisiko zumeist leicht höher als für die gesamtdeutsche Situation, es ergaben sich nach absoluten Zahlen aber keine wesentlichen Unterschiede.

Der etwa doppelt so hohe Anteil von in Deutschland erworbenen HIV-Infektionen bei nicht-deutschen Männern zeigte diese Gruppe als über migrationssensible Präventionsansätze in Deutschland grundsätzlich deutlich besser erreichbar als nicht-deutsche Frauen. Wie beschrieben, sind in der Folge auch geringere Komplikationen bei der antiretroviralen Therapie zu erwarten. Gleiches gilt für die umfangreiche Gruppe nicht-deutscher MSM aus West- und Zentraleuropa, die ebenfalls einen hohen Anteil von in Deutschland erworbenen HIV-Infektionen aufwiesen. In dieser Hinsicht problematisch erschien die Situation von Männern und Frauen mit dem Transmissionsrisiko HPL, die nur zu einem sehr geringen Anteil ihre HIV-Infektionen in Deutschland erwarben. Die HIV-Infektionen dieser Personen, die überwiegend aus den Weltregionen Subsahara-Afrika und Südost-Asien stammten, waren damit kaum durch Präventionsbemühungen in Deutschland zu vermeiden. Verstärkte Präventionsbemühungen für bereits HIV-positive Personen aus Subsahara-Afrika sind, gerade vor dem Hintergrund der hohen Fallzahlen, trotzdem auch in Deutschland nötig, um HIV-Infektionen bei deren Partnern zu vermeiden. Weiterhin sind, wie aus den Experteninterviews hervorging, gerade für diese Gruppe aufgrund mangelnder Kenntnisse des deutschen Versorgungssystems, einer oftmals fehlenden Krankenversicherung, bestehender sprachlicher Einschränkungen sowie eines häufig unterschiedlichen Krankheitsverständnisses die größten Schwierigkeiten für den Zugang und die Durchführung einer schulmedizinisch orientierten HIV-Behandlung zu erwarten. Für diese Gruppe müssen ebenfalls unter Umständen ineffektive Vortherapien im Herkunftsland, andere, schlechter zu behandelnde Genotypen sowie eine andere Resistenzlage im Rahmen der antiretroviralen Behandlung in Betracht gezogen werden.

Trotz dieser besonderen Probleme bei Personen aus HPL darf nicht aus dem Auge verloren werden, dass auch bei nicht-deutschen MSM durchaus erhebliche Anteile von etwa einem Drittel der in Deutschland gestellten und etwa einem Viertel der in Berlin gestellten HIV-Neudiagnosen außerhalb Deutschlands erworben wurden. Da im Rahmen des Meldewesens von HIV keine Angaben zur Verteilung von Genotypen erhoben werden, ließen sich etwa zum Anteil von HIV-2 Genotypen an den HIV-Neudiagnosen nicht-deutscher Personen keine Aussagen treffen.

Bezüglich des bei HIV-Neudiagnose festgestellten CDC-Stadiums ließen sich für die deutsche Situation nur geringfügige Unterschiede zwischen Deutschen und Nicht-Deutschen feststellen. Weiterhin bestanden hier keine Unterschiede zwischen nicht-deutschen Männern und Frauen. Gleiches galt jeweils für die Anteile von „Late-Presentern“. Nicht-Deutsche wiesen jedoch insgesamt eine niedrigere CD4-Zellzahl/ μ l Blut bei Diagnosestellung auf als Deutsche, für nicht-deutsche Frauen lag dieser Wert noch einmal deutlich niedriger als für nicht-deutsche Männer. Dies spricht für einen insgesamt späteren Zugang von Nicht-Deutschen zur HIV-Testung als einem wichtigen Teil der medizinischen HIV-Versorgung. Etwa zwei Drittel aller HIV-Neudiagnosen bei Nicht-Deutschen, die bereits in einem weit fortgeschrittenen klinischen Stadium mit einer AIDS-assoziierten Erkrankung (Stadium C) gestellt wurden, betraf wiederum Personen aus den Hoch-Prävalenz-Weltregionen Subsahara-Afrika und Südost-Asien. Dies ist ein weiterer Hinweis auf einen schlechteren Zugang zur medizinischen Versorgung dieser Personengruppe und auf entsprechende Optimierungsbedarfe.

HIV ist eine Infektionskrankheit mit spezifischen Übertragungswegen, diese sind ganz überwiegend sexuelle Kontakte oder intravenöser Drogengebrauch. Die Prävalenz von HIV in unterschiedlichen Ländern beziehungsweise Weltregionen ist sehr unterschiedlich (European Centre for Disease Prevention and Control, 2011a; World Health Organisation, 2011). Die Analyse der HIV-Meldedaten im Rahmen dieser Studie machte daher auch deutlich, dass HIV

bei Migranten beziehungsweise Personen mit nicht-deutscher Herkunft nicht wie viele andere Infektionserkrankungen (Bales et al., 2003; Cai et al., 2011; Coker, 2004; Korporal, Johannes, 1990; Marschall et al., 2005; Mehle, 1981; Robert Koch-Institut, 2009b, 2009e, 2012a; Rothenbacher et al., 2001; Suerbaum & Michetti, 2002; World Health Organisation, 2009) insgesamt häufiger als bei Deutschen auftrat, sondern nur in bestimmten migrantischen Subpopulationen, wie etwa Personen aus Subsahara-Afrika oder Südost-Asien als Hochprävalenz-Regionen für HIV. Genaue Prävalenzen ließen sich für diese Subpopulationen auf Grundlage des Ausländerzentralregisters oder der Zahlen zum Migrationsgeschehen in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2011a, 2011c) aus den HIV-Melddaten nicht berechnen. Zum einen würde der hierfür notwendige Bezug auf die Ausländerstatistik den in dieser Arbeit angewandten breiten Migrantenbegriff nicht sinnvoll abbilden (Kohls, 2008a, 2011). Zum anderen war gerade die Lebenssituation von Personen aus den epidemiologisch wichtigen Ländern zum Teil von raschen Zu- und Wegzügen geprägt, etwa aufgrund nur kurzfristiger Aufenthaltstitel (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2012b, Kap. 1.2.1), und daher der Denominator zur Berechnung der Prävalenz nach Nationalität nur sehr ungenau zu bestimmen. Die epidemiologische Bedeutung von HIV bei Migranten in Deutschland sollte daher vor dem Hintergrund der für Migranten einer spezifischen Nationalität beziehungsweise geographischen Region bestehenden absoluten Infektionszahlen eingeschätzt werden. Dabei sollte als Analyseebene immer eher ein geographisch begrenzter Raum (Kommune, Bundesland) betrachtet werden, mit seinen spezifischen Bedingungen bezüglich der Zusammensetzung der migrantischen Population, seines Infektionsgeschehens sowie der konkreten medizinischen Versorgungslage (Razum, 2000; Razum & Spallek, 2007).

Für Berlin ergaben sich auf Grundlage der Analyse der Meldedaten besondere Versorgungsbedarfe auf primär- wie sekundärpräventiver Ebene, zuvörderst für Personen mit dem Transmissionsrisiko HPL, für nicht-deutsche Frauen sowie für Personen aus Subsahara-Afrika und Südostasien. Da der Zugang zur medizinischen Versorgung für Migranten aufgrund immer wieder unterschiedlicher Kombinationen struktureller wie kultureller Zugangsbarrieren (AIDS & Mobility, 1998; Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2008; Borde & David, 2003; Braun et al., 2003; Brucks & Wahl, 2003; Deininger & Brandt, 2005; Geiger & Razum, 2006; Heise, 2002; Jungbauer-Gans & Gross, 2009; Penka, Schouler-Ocak et al., 2012; Pette et al., 2004; Razum, 2008; Richter & Hurrelmann, 2009; Rosenbrock & Gerlinger, 2006; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001; Salman, 2002; Schmitt, 2006; Spallek & Razum, 2007; Strate & Koch, 2000; Waller, 2008; Zenker et al., 1996, Kap. 1.4.1) erschwert sein kann und sich hierfür entsprechende Hinweise in den Meldedaten für zumindest verschieden große Anteile in fast allen anderen Gruppen nicht-deutscher Herkunft gezeigt haben, müssen besondere Versorgungsbedarfe auch für diese Berücksichtigung finden. Für Berlin ergaben sich aufgrund der Meldedaten im Vergleich zur gesamtdeutschen Situation zusätzliche migrationsspezifische Bedarfe insbesondere für nicht-deutsche MSM sowie für Personen aus Zentral- und Osteuropa sowie Lateinamerika. Die veränderten Wanderungsbewegungen, insbesondere ein verstärkter Zuzug von Personen aus Zentral- und Osteuropa nach Deutschland (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012a; Statistisches Bundesamt, 2012a, Kap. 1.2), wirkten sich damit auf die epidemiologische Situation von HIV in Berlin aus. Der gegenüber der deutschen Situation deutlich höhere Anteil von in Deutschland erworbenen Infektionen bei nicht-deutschen Personen in Berlin spricht für besondere Präventionsanstrengungen zur primären Vermeidung von HIV-Infektionen bei Migranten in Berlin. Im Vergleich der Berliner HIV-Melddaten aus den Zeiträumen 2001-2004 und 2001-2011 ergaben sich für die analysierten Merkmale nur marginale Unterschiede, so dass davon ausgegangen werden kann, dass Analysen, die aufgrund ansonsten zu kleiner Fallzahlen nur für den Gesamtzeitraum 2001-2011 durchgeführt werden konnten, auch eine gute Annäherung an die epidemiologische Situation von HIV zwischen 2001 und 2004 darstellten. Die Analy-

sen zu „Late Presentern“ anhand klinischer Daten ließen sich allerdings aufgrund der schlechten Datenlage zur Berliner Situation in diesem Bereich nicht ohne weiteres von der deutschen Situation auf Berlin übertragen.

Bei der Analyse der HIV-Melddaten wurde deutlich, dass eine Umsetzung eines erweiterten Migrationsbegriffs, wie er in dieser Studie Verwendung fand, auch wertvoll für die Erhebung der HIV-Melddaten wäre. So könnten die Anteile der verschiedenen Migrantengruppen valider eingeschätzt und auch weitergehend mit den Bevölkerungsstatistiken abgeglichen werden, etwa zur Errechnung von Prävalenzen für spezifische Migrationshintergründe. Zudem böte eine solche Erhebung die Möglichkeit, die Einschätzung des Migrationshintergrundes im Rahmen der HIV-Melddaten weniger stark abhängig von der subjektiven Einschätzung der testenden Ärzte zu machen, indem man diesen eine entsprechende Operationalisierung zur Verfügung stellte. Für die Erfassung des Migrationshintergrunds anhand einer solchen erweiterten Definition müssten, soweit möglich, zusätzlich entsprechende Informationen zur Herkunft der Eltern der untersuchten Person erhoben werden, wie dies mittlerweile auch für die Durchführung von Studien im gesundheitswissenschaftlichen Bereich empfohlen wird (Schenk et al., 2006), und wie es auch im Rahmen neuer großer gesundheitswissenschaftlicher Studien wie der Nationalen Kohorte, dem Kindergesundheitssurvey (KIGGS), der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) und in verschiedenen Bevölkerungsstatistiken umgesetzt wird (Frick & Söhn, 2005; Goebel et al., 2008; Gößwald, Lange, Kamtsiuris & Kurth, 2012; Schenk et al., 2007; Statistisches Bundesamt, 2011b, 2011c, 2011e; Wichmann et al., 2012).

5.2 Bestand und Bedarf interkultureller Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten in Berlin

Die Studiendaten zeigten eine Reihe von Defiziten in der ambulanten medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten in Berlin auf, die zum Teil auf migrationsspezifischen Problemlagen beruhten, darüber hinaus aber etwa auch schicht- oder geschlechtsspezifische Gründe hatten.¹⁰² Die in Kap. 2 dargestellten psychologischen Modelle interkulturellen Handelns konzeptualisieren als wichtige Lösungsansätze für solche Defizite die Aneignung beziehungsweise Umsetzung geeigneter interkultureller Kompetenzen (Bolten, 2007a, 2007b; Borde, 2009; Bundesarbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, 2000; Handschuck & Schröer, 2000; Mohammadzadeh, 2001; VIA Berlin/Brandenburg e.V., 2000), auf Grundlage des Modells zur Erweiterung des Oszillationspotentials der adaptiven Achsen von Arzt und migrantischem Patient (Demorgon & Molz, 1996). In diesem Kapitel werden vor diesem Hintergrund die in den befragten Praxen erhobenen interkulturellen Kompetenzen erörtert, wie sie anhand des in dieser Studie eingesetzten interkulturellen Index erfasst wurden und für die Versorgung der HIV-positiven migrantischen Klientel in Berlin von Bedeutung sein konnten.

Die Bereitstellung zielgruppenspezifischer Patienteninformationen ist generell ein wichtiges Kommunikationsmittel und trägt zu einer effektiven Versorgung insbesondere von komplexen Erkrankungsbildern bei. Patienten haben durch die Rezeption geeigneter Materialien die Möglichkeit, sich selbstständig über den Verlauf und die gesundheitlichen Folgen ihrer Erkrankung sowie etwaige Therapiemöglichkeiten zu orientieren und sich damit auseinanderzusetzen. Eine höhere Informiertheit erlaubt es Patienten, im Rahmen der Arzt-Patient-Interaktion ihre persönlichen Bedürfnisse und Bedenken konkreter zu adressieren und das medizinische Vorgehen des behandelnden Arztes auf eine möglichst hohe Passung hierzu zu überprüfen (Domenig, 2011; Elzer & Sciborski, 2007; FreiBig, 2005; Lenthe, 2010; Muthny

¹⁰² Eine detailliertere Diskussion der Versorgungslage HIV-positiver Migranten in Berlin erfolgt in Kapitel 5.3.

& Bermejo, 2008; Peintinger, 2011). Insgesamt können geeignete Patienteninformationen damit zu einer belastbareren Arzt-Patient-Beziehung und der Ausformulierung einer tragfähigen Arzt-Patient-Agenda (Flubacher, 1997; Penka, Schouler-Ocak et al., 2012, Kap. 2.3) beitragen. Dies gilt insbesondere im Fall einer HIV-Infektion mit deren komplexen gesundheitlichen Folgen und der Notwendigkeit, eine intensive und lebenslange, zum Teil belastende Therapie durchzuführen. Aufgrund von eventuell in der direkten Arzt-Patient-Interaktion bestehenden Sprach- und Interaktionsbarrieren (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012a, 2012b; Borde et al., 2001; Deininger & Brandt, 2005; Salman, 2007; Wagner & Marreel, 1998; Kap. 1.4.1, 2.2-2.4) kommt der Bereitstellung geeigneter fremdsprachiger Patienteninformationen gerade auch zur Umsetzung einer möglichst effektiven Behandlung HIV-positiver Migranten eine hohe Bedeutung zu.

Die höchsten Anteile von Praxen der Regelversorgung, in denen Patienteninformationen in einer spezifischen Sprache zur Verfügung gestellt wurden, waren für die türkische Sprache zu verzeichnen, sowohl zu Erkrankungen allgemein (64,4%), als auch auf weit niedrigerem Niveau zu HIV/AIDS (18,8%). Patienteninformationen für alle weiteren Sprachen, auch in englischer Sprache, waren deutlich seltener zu verzeichnen. Als Ursache hierfür war der für die erhobenen Bezirke hohe Anteil türkischsprachiger Bürger wahrscheinlich. Der geringe Anteil von Praxen mit fremdsprachigen Patienteninformationen zu HIV/AIDS, insbesondere in den aufgrund der spezifischen epidemiologischen Lage in Berlin für die dortigen HIV-positiven Migranten wichtigen Sprachen Englisch, Französisch und Russisch, wog umso schwerer, als für die im Rahmen der Studie antwortenden Praxen von einem höheren Engagement bezüglich dieser Thematik auszugehen war als für den Durchschnitt der Regelversorgung (Kap. 4.2.1, 4.2.2.1). Es war eine mittelstarke Korrelation zwischen der Anzahl verfügbarer Patienteninformationen und dem Migranten-Anteil in den Praxen der Regelversorgung festzustellen. Dies sprach für eine gewisse Sensibilität gegenüber diesem Medium bei einem erhöhten Migranten-Anteil und damit für eine höhere interkulturelle Kompetenz auf dieser Ebene. Eine ähnliche Korrelation bestand für die in den Praxen vorhandenen Sprachkompetenzen.

HIV-Schwerpunktpraxen wiesen auf der Subskala „Bereitstellung fremdsprachiger Patienteninformationen“ deutlich höhere Werte als die der Regelversorgung auf. Die im Mittel erreichten Punktwerte lagen für HIV-Schwerpunktpraxen mit und ohne migrantische Klientel insgesamt trotzdem eher niedrig. Dies lag auch an häufig vorgenommenen Abwertungen wegen des Fehlens von Patienteninformationen in für die Berliner HIV-Versorgungslandschaft wichtigen Sprachen wie Französisch, Türkisch und Russisch (Kap. 3.4.1.1). Allerdings war ein substantieller Anteil von HIV-Schwerpunktpraxen mit HIV-positiver migrantischer Klientel hiermit gut ausgestattet, immerhin 7/17 dieser Praxen erreichten auf dieser Subskala daher die höchstmögliche Punktzahl. Auffällig war die im Vergleich zu Informationen zu allgemeinen Erkrankungen (15/25) erstaunlich niedrige Zahl von Praxen, die türkischsprachige Informationen zu HIV/AIDS anboten. Auch französischsprachige Informationen waren nur etwa in einem Drittel der Praxen (9/25) vorhanden. Diese beiden Sprachen waren allerdings für die große türkischsprachige Community sowie für Personen aus Hochprävalenzländern aus Subsahara-Afrika, in denen Englisch oder Französisch gesprochen wird, von hoher Bedeutung. Zumindest Patienteninformationen in den Sprachen Englisch, Französisch und Türkisch sollten vollständige Verbreitung in den HIV-Schwerpunktpraxen finden. Wegen der hohen HIV-Inzidenz in Russland und benachbarten Staaten (European Centre for Disease Prevention and Control, 2011a; World Health Organisation, 2011) und der sich stetig vergrößernden Community von Menschen aus diesen Ländern in Berlin (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2012) erscheint es geboten, geeignete Patienteninformationen auch in dieser Sprache überall verfügbar zu machen. Ein solches Vorgehen bietet einen unaufwendigen Ansatz zur Steigerung interkultureller Kompetenzen in der Berliner HIV-Schwerpunktversorgung.

Eine entscheidende Eigenschaft für eine gelungene interkulturelle Kommunikation sind ausreichende Sprachkenntnisse, auf Seiten der Migranten wie auf Seiten der Ärzte. Auffällig für das ärztliche Personal der Regelversorgung war, dass etwa ein Viertel hiervon über keine aktive Kenntnisse in irgendeiner Fremdsprache verfügte. Dies verwundert insbesondere vor dem Hintergrund der hohen migrantischen Anteile in der Bevölkerung der Bezirke der Stichprobe. Ärztliches Personal der Regelversorgung mit aktiven Fremdsprachenkenntnissen beherrschte zum größten Teil Englisch. Türkisch, das als Kommunikationsmedium in den drei Bezirken der Stichprobe eine wichtige Rolle spielte, wurde fast ausschließlich vom Praxispersonal der Regelversorgung beherrscht, dort aber auch in weit weniger als der Hälfte aller Fälle (mutter- und fremdsprachliche Kenntnisse zusammengenommen). Als Sprach- und Kulturmittler in den Praxen der Regelversorgung konnten vor dem Hintergrund der Studiendaten fast ausschließlich Personen des nicht-ärztlichen Personals angesehen werden. Die Ärzte selbst verfügten zumindest im Hinblick auf die Versorgung von Migranten, mit denen keine Kommunikation in englischer Sprache möglich war, über nur wenige Ressourcen. Die starke Korrelation zwischen den in den Praxen der Regelversorgung vorhandenen Fremdsprachenkompetenzen des Personals insgesamt und der Anzahl des Personals war nicht verwunderlich, da davon auszugehen war, dass die meisten Angestellten in den Praxen über zumindest eine Fremdsprachenkompetenz verfügten. Interessanter war daher der Blick auf die in der Regelversorgung vorhandenen unterschiedlichen Sprachkompetenzen. Diese korrelierten immerhin mittelstark, Praxen mit mehr Angestellten verfügten damit eher über umfangreichere Kompetenzen in unterschiedlichen Fremdsprachen. Dies war nicht trivial, da damit Migranten auch mehr Fremdsprachenkompetenz angeboten werden konnte und die Praxisgröße damit als ein Einflussfaktor für interkulturelle Kompetenz auf dieser Ebene gelten kann. Ein nicht-deutscher kultureller oder sprachlicher Hintergrund des nicht-ärztlichen Personals war für viele Praxen der Regelversorgung damit - insbesondere für die große Mehrheit deutscher Ärzte - ein zentrales Mittel, um einen besseren Zugang zu zumindest den größeren Migranten-Communities zu erlangen.

Wie in der Regelversorgung war auch in der HIV-Schwerpunktversorgung in Berlin Deutsch bei weitem häufigste Muttersprache wie auch häufigster kultureller Hintergrund. Sowohl der im Vergleich höhere Mittelwert als auch die in immerhin einem Drittel aller HIV-Schwerpunktpraxen mit HIV-positiver Klientel erreichte Höchstpunktzahl auf dieser Subskala zeigten, dass in diesen Praxen auf sprachlicher Ebene deutlich mehr Kompetenzen vorhanden waren als in solchen, die keine Migranten betreuten. Aufgrund der epidemiologischen Zusammensetzung der HIV-positiven migrantischen Population in Berlin waren für deren Versorgung Fremdsprachenkompetenzen in Englisch, Französisch, Russisch und Türkisch von besonderer Bedeutung (Kap. 4.1). Aktive Englischkenntnisse hatten in den HIV-Schwerpunktpraxen insgesamt eine sehr gute Abdeckung, sowohl bei den Ärzten als auch beim nicht-ärztlichen Personal. Französisch wurde noch von etwa einem Drittel der Ärzte gesprochen, Russisch und Türkisch auf ärztlicher Seite nur noch von wenigen Personen. Die Fremdsprachenkompetenzen des nicht-ärztlichen Praxispersonals waren in der HIV-Schwerpunktversorgung deutlich besser ausgeprägt als in der Regelversorgung. Größere Praxen profitierten dabei im Hinblick auf ihre Sprachkompetenzen von ihrem umfangreicheren Personalstamm. Türkische Fremdsprachenkenntnisse waren in etwa der Hälfte der Praxen durch das nicht-ärztliche Personal abgedeckt. Das nicht-ärztliche Personal spielte damit für die Versorgung dieser für Berlin nach Bevölkerungszahlen wichtigen Personengruppe eine herausgehobene Rolle und sollte daher für Dolmetschaufgaben und interkulturelle Verständigungsprozesse entsprechend geschult sein. Die vier für die Berliner Versorgungssituation wichtigsten Sprachen waren in der HIV-Schwerpunktversorgung damit zumindest in einem größeren Anteil der Praxen vorhanden. Durch eine gute Vernetzung der Praxen untereinander sollte es daher möglich sein, eine fremdsprachige Behandlung von HIV-positiven Migranten in einer dieser Sprachen zu ermöglichen.

Konzepte der interkulturellen Öffnung sehen die Überprüfung und eventuelle Anpassung von Strukturen der versorgenden Einrichtungen vor, um eine möglichst hohe Zugänglichkeit für Migranten zu gewährleisten (Auernheimer, 2000; Bergmann & Bergmann, 2005; Bolten, 2007a; Borde, 2009; Handschuck & Schröer, 2000; Hinz-Rommel, 1998; IAF - Verband binationaler Familien und Partnerschaften, ohne Jahr; Schröer, 2002; Veneto-Scheib, 1998). Dies sind etwa die Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen, die Durchführung von Intervention oder Supervision zu migrationspezifischen Themen sowie die Inanspruchnahme von migrationspezifischen Fortbildungen sowie eine potentielle Zusammenarbeit mit dem in Berlin vorhandenen Gemeindedolmetschdienst zur sprachlichen und kulturellen Mittlung. Hinzu kommt die Zusammenarbeit mit migrations sensiblen psychosozialen Einrichtungen, die auch zu medizinischen Themen arbeiten. Insbesondere der Vernetzung mit relevanten Angeboten von Einrichtungen des gleichen sowie verwandter Tätigkeitsfelder kommt im Rahmen einer interkulturellen Öffnung ein hoher Wert zu, um hierdurch möglichst viele unterschiedliche interkulturelle Kompetenzen verfügbar zu machen, auch wenn diese unter Umständen nicht in der eigenen Einrichtung vorhanden sind. Alle diese Aspekte wurden auf der Subskala „interkulturell relevante Faktoren auf organisatorischer Ebene“ des interkulturellen Index zusammengefasst (Kap. 3.4.1.1).

Entsprechende interkulturelle Kompetenzen fanden sich in den Praxen der Regelversorgung nur in geringem Ausmaß, insgesamt wurde für kein Item ein höherer Anteil als 20% aller Praxen erreicht, auf die diese zuträfen. Diese niedrigen Anteile erstaunten insbesondere bei Faktoren, die für die Praxen ohne großen Aufwand umzusetzen waren, wie Vernetzungsaspekte oder die Kenntnis des Gemeindedolmetschdienstes. Es ist davon auszugehen (Kap. 5.1), dass die antwortenden Praxen für das Thema der gesundheitlichen Versorgung von Migranten stärker sensibilisiert sind als der Durchschnitt in den erhobenen Bezirken. Daher ist anzunehmen, dass deren auf dieser Subskala gemessene interkulturelle Kompetenzen eher stärker ausgeprägt waren und diese in den anderen in den Erhebungsbezirken angesiedelten Praxen der Regelversorgung eher niedriger lagen.

HIV-Schwerpunktpraxen, die HIV-positive Migranten betreuten, erreichten auf dieser Subskala eine deutlich höhere Bewertung als die Praxen der Regelversorgung.¹⁰³ Im Hinblick auf interkulturelle Kompetenzen auf organisatorischer beziehungsweise struktureller Ebene in der HIV-Schwerpunktversorgung wurden zeit- und kostenintensivere Angebote wie Inter-/Supervision beziehungsweise Fortbildungen zur gesundheitlichen Versorgung von Migranten weniger häufig wahrgenommen als Möglichkeiten zur Vernetzung mit anderen medizinischen oder psychosozialen Einrichtungen. Die mittelstarke negative Korrelation zwischen den von den Ärzten beherrschten unterschiedlichen Fremdsprachen und der Vernetzung mit anderen medizinischen Einrichtungen konnte als Hinweis darauf gedeutet werden, dass Praxen mit geringer ausgeprägten Fremdsprachenkompetenzen bemüht sind, dieses Defizit durch eine stärkere Vernetzung auszugleichen. Der Gemeindedolmetschdienst war in der HIV-Schwerpunktversorgung deutlich bekannter als in der Regelversorgung. Auch dies ließ sich zumindest zum Teil wieder auf die grundsätzlich stärkere Vernetzung im Bereich der HIV/AIDS-Versorgung zurückführen. Es schien allerdings geboten, dieses Angebot in beiden Versorgungstypen bekannter zu machen, da es ein kurzfristig einsetzbares Mittel zur Verbesserung der Versorgungssituation von Migranten darstellt.

Jeweils etwa die Hälfte der HIV-Schwerpunktpraxen, die HIV-positive Migranten betreuten, waren mit anderen medizinischen Einrichtungen zur Gesundheit von Migranten, mit auf Migranten spezialisierten psychosozialen Einrichtungen und mit Migranten-Organisationen vernetzt. Grundsätzlich erscheint ein möglichst hohes Ausmaß der beschriebenen Vernetzungen

¹⁰³ Aufgrund der inhaltlichen Strukturierung dieser Subskala wurden hierzu nur Praxen mit migrantischer Klientel befragt (Kap. 3.4.1.1). Damit wurden auf der Subskala auch nur solche Praxen bewertet.

vor dem Hintergrund ihrer unaufwendigen Etablierung und des zu erwartenden Mehrwerts im Hinblick auf eine umfassende und damit effektivere Betreuung HIV-positiver Migranten wünschenswert und sollte daher von allen HIV-Schwerpunktpraxen angeregt und umgesetzt werden. Nach Aussagen aus den Experteninterviews fand Vernetzung im Bereich der medizinischen wie psychosozialen Versorgung HIV-positiver Migranten zwischen verschiedenen engagierten Einrichtungen in Berlin durchaus statt. Als problematisch beschrieben wurden dabei allerdings die Abhängigkeit dieser Netzwerkstrukturen von dem hohen Engagement einzelner Personen und die damit verbundene strukturelle Gefährdung solcher Zusammenarbeit bei Arbeitsplatzwechseln, Ausfall etc. eben dieser Personen. Die bereits bestehenden Vernetzungen zwischen Beratungseinrichtungen, HIV-Schwerpunktpraxen und auf die Behandlung von HIV spezialisierten Klinikambulanzen und Gesundheitsämtern wurden aber als gute Grundlage für einen verstärkten Ausbau dieser Bemühungen angesehen.

Aufgrund der etwa auf sprachlicher Ebene zum Teil gut ausgeprägten Kompetenzen in verschiedenen Berliner HIV-Schwerpunktpraxen wäre es durch eine gute Vernetzung sicherlich möglich, zumindest sprachliche Kommunikationsbarrieren in der Behandlung HIV-positiver Migranten in Berlin zu vermindern. Darüber hinaus bleibt zu überlegen, inwieweit gemeinsame interkulturelle Trainings, die auf die Spezifika einer HIV-Behandlung abgestimmt sind, für die Berliner Versorgungslandschaft konzeptualisiert und organisiert werden könnten und darin entsprechende Vernetzungsaspekte adressiert werden können (Kap. 5.4). Dass keine Korrelation zwischen dieser Subskala und der Praxisgröße (gemessen an der Anzahl der Patienten im letzten Quartal) in der HIV-Schwerpunktversorgung bestand, war ein Hinweis darauf, dass Vernetzung und Fortbildung offenbar nicht allein von der größeren zeitlichen und finanziellen Flexibilität, die eine größere Praxisstruktur bietet, abhing.

Die Ergründung der Illness-Perspektive der Migranten fand zumindest rudimentär in der großen Mehrzahl der antwortenden Praxen der Regelversorgung Berücksichtigung, allerdings zumeist nur in geringem Ausmaß. Häufigste Fragen waren demnach solche zur vermuteten Ursache und zu (befürchteten) Folgen der Erkrankung, weniger zu Behandlungskonzepten.

Die HIV-Schwerpunktbehandler schienen vor dem Hintergrund der Studiendaten meist sensibilisiert für die Bedeutung der Erhebung der Illness-Perspektive ihrer migrantischen Klientel, fast alle Praxen stellten diesbezüglich Fragen, wenn zum Teil auch wenige. Die insgesamt eher niedrigen Bewertungen der HIV-Schwerpunktpraxen zeigten ein deutliches Optimierungspotential von interkulturellen Kompetenzen im Bereich der Ergründung der Illness-Perspektive der HIV-positiven migrantischen Patienten auf. Ein Grund hierfür war sicherlich der größere zeitliche Aufwand, der mit einer gründlichen Abklärung der Illness-Perspektive einhergeht. Die in den HIV-Schwerpunktpraxen am häufigsten gestellten Fragen aus diesem Bereich setzten sich mit verschiedenen Aspekten der Krankheitsverarbeitung der Patienten auseinander. Da für eine erfolgreiche Behandlung von HIV/AIDS eine belastbare Arzt-Patient-Interaktion von hoher Bedeutung ist (Kap. 1.5.3), erschien die Betonung dieser Fragen durch die Ärzte der HIV-Schwerpunktversorgung eine insgesamt zielführende Herangehensweise. Die in den Praxen der Regelversorgung am häufigsten gestellte Frage „Was hat Ihrer Ansicht nach die Beschwerden verursacht?“ wurde nur von 6/17 der HIV-Schwerpunktbehandler angegeben. Dies erstaunt insofern, als die Frage nach der Infektionsursache eine zentrale Grundlage zur Erarbeitung von individuellem Präventionsverhalten und einen guten Einstieg in die Erhebung subjektiver Krankheitskonzepte darstellt. Die Anzahl gestellter Fragen zur Illness-Perspektive der Migranten korrelierte – im Gegensatz zur Regelversorgung - stark mit dem Anteil HIV-positiver Migranten in den Praxen.

Die hohe Bedeutung einer migrationspezifischen Anamnese im Kontext der Behandlung von Migranten wurde von den meisten antwortenden Praxen der Regelversorgung erkannt und durch die Erhebung zumindest einiger migrationspezifischer Daten umgesetzt. Allerdings gab es auch hier weiteren Verbesserungsbedarf, da einige relevante Informationen meist nicht

regelmäßig erhoben wurden, wie etwa Angaben zum Aufenthaltsstatus beziehungsweise zu eventuell laufenden Asylverfahren oder zum finanziellen Status der Migranten.

Häufig gestellte Fragen fokussierten in der HIV-Schwerpunktversorgung zumeist auf Informationen, die für die Entwicklung eines tragfähigen therapeutischen Konzepts von hoher Bedeutung waren. Die Trennung von sehr häufig genannten Antworten zu weniger oft genannten fiel aufgrund der großen Anzahl von Fragen hier weniger eindeutig aus als für Fragen zur Ergründung der Illness-Perspektive. Aufgrund des wahrscheinlich grundsätzlich gegebenen Interesses der antwortenden Praxen der Regelversorgung an einer gelungenen Versorgung HIV-positiver Migranten ist zu vermuten, dass diese Einschränkungen nicht unbedingt auf mangelndes Interesse zurückzuführen waren, sondern zu geringe zeitliche Ressourcen hierfür eine entscheidende Rolle spielten.

Die Erhebung von Daten im Rahmen der migrationsspezifischen Anamnese spielte im Vergleich zur Ergründung der Illness-Perspektive in der Berliner HIV-Schwerpunktversorgung eine größere Rolle. Wie in der Regelversorgung auch waren es Fragen zu den psychosozialen Rahmenbedingungen des Lebens im Einwanderungsland und zu gegebenenfalls vorhandenen Sprachkompetenzen, die am häufigsten gestellt wurden. Darüber hinaus waren für die HIV-SchwerpunktbehandlerInnen auch die rechtlichen Rahmenbedingungen des Aufenthalts von hoher Bedeutung.

Beide Bereiche spielen für eine dauerhafte und erfolgreiche Therapie und damit eine angemessene medizinische Versorgung HIV-positiver Migranten eine wichtige Rolle. Therapieregime müssen immer wieder den spezifischen Lebensverhältnissen angepasst werden, damit Medikamenteneinnahmen nicht vergessen oder willentlich ausgelassen werden (Kap. 1.5.3). Gerade aufenthaltsrechtliche Probleme stellen hierfür eine besondere Hürde dar, da sie sowohl die Finanzierung über die Krankenkassen erschweren als auch aufgrund von problematischen Lebensverhältnissen die Compliance negativ beeinflussen können (Braun et al., 2003; Sinn et al., 2006; Waller, 2008). Die Frage nach der Stabilität des familiären/sozialen Umfelds spielt hierfür ebenfalls eine wichtige Rolle und wurde folgerichtig ebenfalls häufig gestellt.

Der Anteil HIV-positiver Migranten in den HIV-Schwerpunktpraxen korrelierte noch etwas stärker als bezüglich der im Konzept der Ergründung der Illness-Perspektive erreichten Punktzahl mit der Anzahl regelmäßig gestellter Fragen zur migrationsspezifischen Anamnese. Diese Daten sprachen dafür, dass in der HIV-Schwerpunktversorgung eine relativ große Sensibilität gegenüber den für Migranten potentiell problematischen Rahmenbedingungen einer HIV/AIDS-Betreuung und –Behandlung gegeben war, in vielen Fällen wurde zumindest eine, zwischen den Praxen durchaus unterschiedliche, Auswahl regelmäßig im Rahmen des ärztlichen Gesprächs erhoben.

Da allerdings anamnestische Gespräche zu HIV/AIDS aufgrund der Komplexität der Erkrankung und ihrer Behandlung auf Grundlage einer entsprechenden Abrechnungsziffer deutlich höher vergütet werden als bei den meisten anderen Erkrankungen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2009), sollte - aufbauend auf den schon vorhandenen interkulturellen Kompetenzen in diesem Bereich - für den migrantischen Teil der HIV-positiven Patienten eine umfangreichere Erhebung von Fragen zur Ergründung der Illness-Perspektive und zur migrationsspezifischen Anamnese durchaus möglich sein und angestrebt werden. Hierfür erscheint die Erarbeitung eines entsprechenden Curriculums als Teil eines Trainingsprogramms interkultureller Kompetenzen im Bereich der medizinischen Versorgung von HIV/AIDS in Deutschland ein erster sinnvoller Schritt. Grundlage hierfür könnten etwa die im psychologisch/psychiatrischen Bereich bereits umgesetzten Kriterien für eine kultursensible Anamnese und Therapie sein, wie sie sich mittlerweile formal im Anhang F des DSM-IV-TR finden (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003).

Trotz des hohen Anteils der migrantischen Klientel in den antwortenden Praxen der Regelversorgung von 31,6% wurden von diesen Praxen auf den beiden adaptiven Achsen des interkulturellen Index sowie auf dem aggregierten interkulturellen Index keine für die Versorgung von Migranten befriedigenden Ausprägungen erreicht.¹⁰⁴ Insbesondere die nur mit höherem Aufwand zu implementierenden „strukturellen Bedingungen interkultureller Kompetenzen“ waren in den Praxen der Regelversorgung nur rudimentär umgesetzt. Dass annähernd zwei Drittel der Praxen (63,7%) kaum oder gar nicht ausgeprägte interkulturelle Kompetenzen aufwiesen, wog umso schwerer in Anbetracht der Tendenz des Aggregationsschemas zur Einstufung in mittlere und höhere Kategorien (Kap. 3.4.1.3). Die durch die Struktur des Aggregationsschemas vorgegebene Häufigkeit für eine Einstufung in die Kategorien D und E betrug gegenüber dem tatsächlich erreichten Ergebnis von 63,7% nur 32,0%. Die für die Erhebung der interkulturellen Kompetenzen in den Praxen der Regelversorgung genutzten Instrumente hatten dabei, im Unterschied zur Befragung der HIV-Schwerpunktversorgung, keinen direkten Bezug auf Spezifika der HIV-Behandlung, sondern bewerteten interkulturelle Kompetenzen, die generell für die medizinische Versorgung von Migranten vor dem Hintergrund der deutschen Versorgungsstrukturen in Deutschland relevant waren. Die Bewertungen der interkulturellen Kompetenzen der Praxen der Regelversorgung in Berlin zeigten damit einen hohen Optimierungsbedarf für eine migrationssensible Versorgung von Migranten generell auf. Insbesondere Maßnahmen, die ohne aufwändige strukturelle Veränderungen eine deutliche Steigerung der interkulturellen Kompetenzen in den Praxen der Regelversorgung versprechen, sollten daher umgesetzt werden. Dies betraf insbesondere eine umfangreiche Ausstattung mit migrationsspezifischen Patienteninformationen, die Vernetzung mit anderen medizinischen und psychosozialen Einrichtungen mit Erfahrung in der Versorgung von Migranten sowie die reguläre Ergründung der Illness-Perspektive der behandelten Migranten sowie eine migrationsspezifische Anamnese, zumindest auf Grundlage einiger hierfür zentraler Fragen.

Die HIV-Schwerpunktpraxen erreichten im Vergleich zu den Praxen der Regelversorgung eine deutlich höhere Bewertung auf den beiden adaptiven Achsen sowie auf dem interkulturellen Index insgesamt. Jeweils etwa die Hälfte der HIV-Schwerpunktversorgung, die HIV-positive Migranten betreuten, wiesen auf den beiden adaptiven Achsen nur geringe oder kaum bis gar nicht vorhandene interkulturelle Kompetenzen auf. Die Bewertung der HIV-Schwerpunktpraxen auf dem interkulturellen Index insgesamt fiel aufgrund von dessen Tendenz zu einer höheren Einstufung¹⁰⁵ etwas besser aus, trotzdem waren es hier noch 6/17 Praxen mit einer Einstufung in die beiden schlechtesten Kategorien D und E. Immerhin 5/17 Praxen wiesen eine Einstufung in die höchsten Kategorien A und B auf. Diese Verteilung entsprach annähernd den durch dessen Struktur vorgegebenen Häufigkeiten des Aggregationsschemas des interkulturellen Index (Kap. 3.4.1.3), mit einem leichten Übergewicht der mittleren Kategorie C.

Nach Gewichtung der Ausprägung interkultureller Kompetenzen anhand der Anzahl der in den HIV-Schwerpunktpraxen jeweils versorgten HIV-positiven Migranten entstand ein deutlich positiveres Bild in Bezug auf eine interkulturell kompetente Versorgung HIV-positiver Migranten in Berlin. Mehr als zwei Drittel (67,4%) dieser Klientel wurde in Berlin in Praxen mit sehr hoher oder hoher interkultureller Kompetenz behandelt. Die Studiendaten wiesen auf eine diesbezügliche Spezialisierung der HIV-Schwerpunktpraxen hin. Zum einen sprach hierfür die starke Korrelation der Bewertungen der beiden adaptiven Achsen untereinander, HIV-Schwerpunktpraxen hatten also in allen durch die Befragung abgedeckten Bereichen eher hohe oder niedrige interkulturelle Kompetenzen. Zum anderen korrelierte eine höhere Einstu-

¹⁰⁴ Die Praxen der Regelversorgung wurden nur zur Versorgung von Migranten generell befragt, nicht zur Versorgung von HIV-positiven Migranten im Besonderen (Kap. 3.3.1).

¹⁰⁵ Bei einem Unterschied von einer Stufe zwischen den Einstufungen auf den beiden adaptiven Achsen wird jeweils die bessere Einstufung auf dem interkulturellen Index vorgenommen (Kap. 3.4.1.3).

fung der HIV-Schwerpunktpraxen auf dem interkulturellen Index stark mit einem dortigen höheren Anteil und einer höheren Anzahl HIV-positiver Migranten.

Nach Vornehmen der Gewichtung anhand der Anzahl der in den Praxen jeweils versorgten HIV-positiven Migranten bestand ein erheblicher Unterschied zwischen der Einstufung der Praxen auf den beiden adaptiven Achsen. Gegenüber 6,6% der HIV-positiven Migranten, die in Praxen mit geringen oder nicht vorhandenen interkulturellen Kompetenzen (Kategorien D und E) auf der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ behandelt wurden, traf dies für 28,8% bezüglich interkultureller Kompetenzen der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ zu. Die auf den beiden adaptiven Achsen erreichten unterschiedlichen Bewertungen waren insofern auffällig, als davon ausgegangen werden kann, dass Verbesserungen auf struktureller Ebene für eine HIV-Schwerpunktpraxis generell aufwändiger umzusetzen sind und daher zu erwarten war, dass die Bewertung auf dieser adaptiven Achse im Vergleich der beiden Achsen eher niedriger ausfallen musste. Für einen Anteil von 4/17 HIV-Schwerpunktpraxen könnte allein durch eine Ausweitung der Ergründung der Illness-Perspektive von Migranten und einem Ausbau der migrationspezifischen Anamnese eine deutliche Steigerung interkultureller Kompetenzen und eine Bewertung auf dem interkulturellen Index mit den Kategorien A oder B erreicht werden. Hiermit würde eine deutliche Steigerung des interkulturellen Kompetenzprofils der Berliner HIV-Schwerpunktversorgung einhergehen, ohne die unter Umständen deutlich aufwändigere Verbesserung interkultureller Kompetenzen auf struktureller Ebene. Bei 3/17 HIV-Schwerpunktpraxen bestanden starke Divergenzen bezüglich der Bewertung auf beiden adaptiven Achsen von mindestens zwei Kategorien Unterschied, hier fiel eine Steigerung der Bewertung auf dem interkulturellen Index entsprechend schwerer. Insgesamt waren damit interkulturelle Kompetenzen auf struktureller Ebene, wie sie in den Konzepten der interkulturellen Öffnung vorgesehen sind (Anderson, 2000; Barwig & Hinz-Rommel, 1995; Borde, 2009; Borde & David, 2004; Bundesarbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, 2000; Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, 2009; Freißig, 2005; Gaitanides, 2008; Handschuck & Schröer, 2008; Hinz-Rommel, 1998; Schröer, 2002; Ünal, 2008; Veneto-Scheib, 1998) und soweit sie für kleinere Einrichtungen wie die privat niedergelassenen HIV-Schwerpunktpraxen überhaupt relevant waren (Kap. 2.4.2), besser umgesetzt als ursprünglich aufgrund des in diesem Bereich höheren organisatorischen und finanziellen Aufwands erwartet.

Damit belegten die Studiendaten trotz der schlechten Einstufung eines erheblichen Anteils von etwa einem Drittel (6/17) der HIV-Schwerpunktpraxen in Berlin zum Erhebungszeitpunkt ein insgesamt durchaus hohes Ausmaß interkultureller Kompetenzen in der ambulanten medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten in Berlin. Dies galt insbesondere für die Betrachtung des hohen Anteils von durch Praxen mit hohem und sehr hohem interkulturellem Kompetenzprofil versorgten Migranten nach Vornahme der entsprechenden Gewichtung. Auf Grundlage der Studiendaten war ein Fortbildungsbedarf insbesondere im Bereich von interkulturellen Kompetenzen festzustellen, die im ärztlichen Gespräch umzusetzen sind, nämlich zur Ergründung der Illness-Perspektive der HIV-positiven Migranten sowie zur migrationspezifischen Anamnese. Diesbezüglich ausreichende Kenntnisse sind zentral zur Erarbeitung einer tragfähigen Arzt-Patient-Agenda und damit für die behandelten Migranten tragfähigen Umsetzung der lebenslang andauernden, westlich-schulmedizinisch ausgerichteten antiretroviralen Therapie (Kap. 1.5.3, 5.3). Der Erwerb entsprechender „soft skills“ sollte daher im Rahmen einer Konzeptualisierung und Implementierung geeigneter HIV-spezifischer Trainings interkultureller Kompetenz starke Berücksichtigung finden. Basis hierfür können Ansätze, bereits bestehender interkulturellen Trainingsprogramme sein. Auch wenn diese zu meist für wirtschaftliche Zusammenhänge ausformuliert wurden, werden im Rahmen solcher Trainings grundlegende interkulturelle Kompetenzen gefördert, die auch für eine migrations-

spezifische Anamnese und die Erhebung der Illness-Perspektive hohe Relevanz besitzen, wie etwa kulturelles Bewusstsein, die Fähigkeit zur Einnahme divergenter Perspektiven, Empathie, Ambiguitätstoleranz und die Fähigkeit zur weiten Veränderung eines standardisierten professionellen Verhaltens (Broszinsky-Schwabe, 2011; Elzer & Sciborski, 2007; Erll & Gymnich, 2007; Hecht-el Minschawi, 2009; Kumbruck & Derboven, 2009; Weidemann et al., 2010; Zacharaki et al., 2007). Einige Ausformulierungen von Fragen, die spezifisch für eine migrationssensible Anamnese und die Ergründung der Illness-Perspektive von Migranten in medizinischen Kontexten sind, wurden in den letzten Jahren ebenfalls verschiedentlich vorgenommen (Domenig, 2011; Elzer & Sciborski, 2007; Freißig, 2005; Lenthe, 2010; Muthny & Bermejo, 2008; Peintinger, 2011; Penka, Schouler-Ocak et al., 2012; Rommelspacher & Kollak, 2008). Die dort beschriebenen Fragen decken sich mit den in der vorliegenden Studie eingesetzten Items und bestätigen deren Relevanz.

Die durch die Studiendaten deutlich gewordene Spezialisierung einiger HIV-Schwerpunktpraxen im Bereich der Versorgung HIV-positiver Migranten sprach darüber hinaus für verstärkte Anstrengungen im Bereich der Vernetzung der HIV-Schwerpunktpraxen untereinander. Durch Vernetzung und eventuelle Verweisung von HIV-positiven Migranten kann auch für kleinere Praxen, für die verstärkt Schwierigkeiten insbesondere in der umfangreichen Umsetzung kostenintensiver struktureller Maßnahmen zur Erhöhung ihrer interkulturellen Kompetenzen zu erwarten sind, ohne allzu hohen Aufwand ein angemessener Umgang mit dort vorstellig gewordenen HIV-positiven Migranten erreicht werden. Dies betraf besonders den Bereich sprachlicher Kompetenzen, die für eine effektive Versorgung der HIV-positiven migrantischen Klientel eine herausragende Bedeutung haben (Kap. 4.2.4, 5.3.2).

Von den befragten Expertinnen wurden interkulturelle Kompetenzen übereinstimmend als grundsätzlich wichtig für eine medizinisch adäquate und auf Dauer ausgerichtete Behandlung HIV-positiver Migranten mit nicht-westlichem kulturellem Hintergrund herausgestellt. Dies galt insbesondere aufgrund der für die Behandlung alternativlosen schulmedizinisch fundierten antiretroviralen Behandlung und deren inhaltlicher Vermittlung im Arzt-Patient-Gespräch. Eine genaue Kenntnis möglichst vieler unterschiedlicher kulturell divergenter Körper- und Krankheitskonzepte wurde von den Expertinnen aufgrund ihrer Vielfältigkeit und hohen Anzahl übereinstimmend als nicht zielführend und nicht notwendig eingeschätzt. Als wichtig wurden hier vielmehr eine grundsätzliche interkulturelle Sensibilität gegenüber solchen divergenten Konzepten sowie die Bereitschaft zur – in der Behandlung HIV-positiver Migranten als verhältnismäßig aufwändig eingeschätzten – Etablierung tragfähiger Arzt-Patient-Verhältnisse benannt. Hierzu gehörte die standardmäßige Erhebung der konkreten Lebensumstände der Patienten sowie ihrer individuellen Ätiologie- und Krankheitsvorstellungen. Von allen Expertinnen wurde die Notwendigkeit betont, die HIV-positiven migrantischen Patienten eigenverantwortlich entscheiden und handeln zu lassen, in medizinischen ebenso wie in juristischen Belangen.

5.3 Die Lage der ambulanten medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten in Berlin und Entwicklungsbedarfe in deren Versorgung

5.3.1 Charakteristika der in Berlin medizinisch versorgten HIV-positiven Migranten

Die ambulante medizinische Versorgung HIV-positiver Migranten in Berlin wird neben grundlegenden strukturellen Charakteristika der versorgten HIV-positiven Migrantenpopulationen und der behandelnden Einrichtungen potentiell auch durch verschiedene Kommunika-

tionsbarrieren beeinflusst (AIDS & Mobility, 1998; Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2008; Borde & David, 2003; Braun et al., 2003; Brucks & Wahl, 2003; Deininger & Brandt, 2005; Geiger & Razum, 2006; Heise, 2002; Jungbauer-Gans & Gross, 2009; Penka, Schouler-Ocak et al., 2012; Pette et al., 2004; Razum, 2008; Richter & Hurrelmann, 2009; Rosenbrock & Gerlinger, 2006; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001; Salman, 2002; Schmitt, 2006; Spallek & Razum, 2007; Strate & Koch, 2000; Waller, 2008; Zenker et al., 1996). Letztere umfassen zum Teil migrationsspezifische Faktoren, zum Teil auch darüber hinaus gehende Bedingungen, die auch für die medizinische Versorgung von Migranten von Bedeutung sein können (Kap. 1.4.1). Diese Einflüsse auf die ambulante medizinische Versorgung werden im Folgenden auf Grundlage der erhobenen Daten spezifisch für die in Berlin versorgte HIV-positive Klientel diskutiert.

Mit den höchsten Anteilen von Allgemeinmedizin, Innerer Medizin, Pädiatrie, Gynäkologie und HNO entsprach die fachliche Ausrichtung der Praxen der Regelversorgung, von denen ein Fragebogen einging, den Disziplinen, die Patienten generell bei Auftreten allgemeiner Symptome als erste Anlaufstelle aufsuchen. Sie bildeten damit sehr wahrscheinlich gut die medizinischen Einrichtungen der Regelversorgung ab, die Migranten mit oder ohne eigenen Verdacht auf eine HIV-Infektion aufsuchen, insbesondere, da Migranten weniger häufig als Deutsche direkt spezialisierte Fachärzte, sondern Einrichtungen der Allgemeinmedizin und Ambulanzen als Versorgungsart wählen (Borde et al., 2003; Borde et al., 2005; David, Braun et al., 2006; David, Schwartau et al., 2006; Knipper & Bilgin, 2009). Der hohe Anteil von Praxen mit psychotherapeutischer Ausrichtung war in fast allen Fällen in entsprechenden Zusatzqualifikationen der behandelnden Ärzte begründet und ist für diese Untersuchung von untergeordneter Bedeutung. Aufgrund der mangelnden Datenlage war im Rahmen dieser Studie leider keine Aussage über die Bedeutung von Klinik-Ambulanzen als Anlaufstellen für HIV-positive Migranten mit eigenem Verdacht auf eine HIV-Infektion möglich (Kap. 4.2.1). Die Anzahl der behandelten Patienten pro Quartal bewegte sich für 86,4% der antwortenden Praxen der Regelversorgung im unteren bis mittleren Bereich (bis 1.500 Patienten pro Quartal). Entsprechend den hohen Migrantenanteilen in den Niederlassungsbezirken der befragten Praxen der Regelversorgung betreute ein hoher Anteil von 87,1% generell Migranten. Der durchschnittliche Migrantenanteil in diesen Praxen von 31,6% lag, folgerichtig durch den in dieser Studie verwendeten weiten Migrationsbegriff, jeweils über dem Ausländeranteil in den Erhebungsbezirken Kreuzberg, Neukölln und Wedding (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2012; Kap. 1.2.3), die Praxen betreuten damit als grundsätzlich eine erhebliche Anzahl von Migranten.

Nur in 16,8% der Praxen der Regelversorgung wurden überhaupt HIV-positive Migranten betreut. Deren Gesamtzahl lag mit 46 sehr niedrig, weiterhin wurden diese in allen Fällen bei Feststellung einer behandlungsbedürftigen HIV-Infektion in die HIV-Schwerpunktversorgung verwiesen. Nur die Hälfte der Praxen verfolgte die weitere Betreuung in der HIV-Schwerpunktversorgung, für die Vernetzung zwischen Regel- und HIV-Schwerpunktversorgung ergab sich daraus ein Verbesserungsbedarf.

Personen ohne ausreichenden Versicherungsstatus oder Personen mit illegalisiertem Aufenthaltsstatus suchen die Gesundheitsversorgung in der Regel oftmals nur bei sehr ernsthaften gesundheitlichen Problemen auf (Bade, 2001; Braun et al., 2003; Sinn et al., 2006; Waller, 2008; Kap. 1.4.1.1, 1.4.2, 1.4.3, 4.3.2.3, 4.3.2.5). Die Daten der Studie ergaben, dass HIV-positiven Migranten ohne Krankenversicherung oder mit illegalisiertem Aufenthaltsstatus in Praxen der Regelversorgung so gut wie nicht vorstellig wurden. Dies war ein Hinweis darauf, dass Personen aus diesen Gruppen im Falle einer schwerwiegenden Erkrankung aufgrund einer HIV-Infektion eher in Einrichtungen anzutreffen waren, die sich auf diese Personengruppe spezialisiert hatten. Das Problem der Versorgung HIV-positiver Migranten ohne

Krankenversicherung und/oder mit illegalisiertem Aufenthaltsstatus schien damit auf Grundlage der Studiendaten für Praxen der Regelversorgung von geringer versorgungspraktischer Relevanz.

48,8% der in der Regelversorgung vorstellig gewordenen HIV-positiven Migranten suchten ohne die Vermutung einer HIV-Infektion die jeweilige Praxis auf. Trotz der geringen Anzahl von Praxen, die hierzu Angaben machten, und der damit einhergehenden hohen Standardabweichung konnte man in diesem hohen Anteil ein Indiz für die schlechte Erreichbarkeit von Migranten durch HIV-Präventionsbotschaften für die Allgemeinbevölkerung sehen. In diesem Kontext sollten daher Überlegungen angestellt werden, ob und wie für Migranten stärker zielgruppenspezifische Präventionsansätze entwickelt und vermittelt werden müssen.

Die stichprobenartige Befragung von Praxen der Regelversorgung, die keinen Fragebogen zurück sandten (Kap. 4.2.1), ergab, dass von diesen in keinem Fall HIV-positive Migranten betreut wurden. Dies war ein Hinweis darauf, dass im Rahmen der vorliegenden Untersuchung verstärkt Praxen geantwortet haben, die momentan oder in der Vergangenheit Kontakt zu HIV-positiven Migranten hatten und damit durch die Studiendaten eine relativ gute Beurteilung der Versorgungslage in den Bezirken der Erhebung möglich war. Vor diesem Hintergrund erschien aufgrund der erhobenen Daten die These, dass an HIV/AIDS erkrankte Migranten eher in Praxen der Regelversorgung (und weniger in der HIV-Schwerpunktversorgung) präsent und dauerhaft versorgt werden, nicht haltbar. Praxen der Regelversorgung dienen darüber hinaus zahlenmäßig offenbar auch kaum als erste Anlaufstelle und Vermittlungsinstanz in die HIV-Schwerpunktversorgung.

Gegenüber einem entsprechenden Anteil von 43,5% in der Regelversorgung arbeiteten in der HIV-Schwerpunktversorgung etwa doppelt so viele Ärzte in Praxisgemeinschaften. Dies ließ sich auf die sehr aufwändige und komplexe Betreuung von an HIV/AIDS erkrankten Personen zurückführen. Diese benötigen meist eine zeitlich engmaschige Betreuung, die durch eine solche Form der Zusammenarbeit und die damit gegebene Möglichkeit der Verweisung innerhalb einer Praxis wesentlich leichter zu gewährleisten ist. Dieser Umstand ist generell auch für die Versorgung HIV-positiver Migranten von Bedeutung, da durch die beschriebenen Strukturen in einer Einrichtung auch vermehrt interkulturelle Kompetenzen gegeben sein können (Kap. 5.2). Die bei weitem am häufigsten vertretenen Fachrichtungen waren Allgemeinmedizin und Innere Medizin sowie mit deutlichem Abstand Dermatologie. Diese Zusammensetzung bildete die Zusammensetzung der privat niedergelassenen, nicht-klinischen HIV-Schwerpunktversorgung in Deutschland gut ab (DAGNÄ e.V., 2012). Auch in der HIV-Schwerpunktversorgung berichtete der größte Anteil (15/22) der Praxen eine Anzahl zwischen 501 und 1.500 Patientenkontakten pro Quartal, dabei aber mit einem deutlichen Schwerpunkt im niedrigeren Intervall zwischen 501 und 1.000 Patienten pro Quartal. Auch dies ließ sich auf die aufwändigere Betreuung von an HIV/AIDS erkrankten Personen zurückführen. Da von allen großen und mittelgroßen HIV-Schwerpunktpraxen in Berlin Daten vorlagen, konnte davon ausgegangen werden, dass die Gesamtzahl von 23.439 Patientenkontakten eine gute Annäherung an die durch die HIV-Schwerpunktversorgung in Berlin versorgten Patienten pro Quartal darstellte.¹⁰⁶

Die Anzahl von 909 HIV-positive Migranten, die zum Erhebungszeitpunkt in den Berliner HIV-Schwerpunktpraxen betreut wurden, lag deutlich höher als die zwischen 2001 und 2004 gemeldete Anzahl von 187 HIV-Neudiagnosen von Personen nicht-deutscher Herkunft. Hierfür waren verschiedene Ursachen zu vermuten. Zum einen wurde zum Erhebungszeitpunkt der Studie sicherlich auch eine größere Anzahl von HIV-positiven Personen nicht-deutscher Herkunft aus der Zeit vor der Einführung des IfSG im Jahr 2001 betreut. Diese waren durch

¹⁰⁶ Dabei handelt es sich nicht nur um HIV-positive Personen, Ärzte der HIV-Schwerpunktversorgung werden zu einem geringeren Anteil auch von Patienten mit anderem Erkrankungsspektrum aufgesucht.

die Meldedaten nicht abbildbar, da die Merkmale Herkunftsland und Infektionsland erst mit Inkrafttreten des IfSG im Jahr 2001 eingeführt wurden (Robert Koch-Institut, 2010a, 2012d). Zum anderen war diese höhere Zahl aber auch ein Hinweis auf die adäquate Anwendung der in dieser Studie verwendeten und im Fragebogen erläuterten erweiterten Migranten-Definition durch die teilnehmenden Ärzte. Diese umfasste einen deutlich größeren Personenkreis als die Definition, die im Rahmen des Meldewesens zu HIV genutzt wird. In den Experteninterviews wurde hingegen eine zahlenmäßige Unterrepräsentierung von HIV-positiven Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung benannt und hierfür verschiedene Gründe angeführt. Zum einen würden immer wieder Personen aus HPL, die im Rahmen eines Asylverfahrens routinemäßig auf HIV getestet werden, nicht über ein positives Ergebnis unterrichtet und daher nicht in der HIV-Schwerpunktversorgung vorstellig. Zum anderen führten kulturell divergente Deutungen von Krankheit - insbesondere bei Personen mit afrikanischem Migrationshintergrund - bei einer HIV-Infektion im asymptomatischen Stadium dazu, dass diese keinen Behandlungsanlass sähen und folgerichtig auch keine Behandlung suchten. Ein weiterer Grund sei die Angst vor den schweren Folgen einer HIV-Infektion und gleichzeitiger häufiger Stigmatisierung innerhalb der eigenen migrantischen Community, die ebenfalls das Aufsuchen einer Behandlungseinrichtung erschwerten. Auch ein mangelnder Wissensstand HIV-positiver Migranten zur Struktur des deutschen medizinischen Versorgungssystems sowie zu grundlegenden aufenthaltsrechtlichen Fragen führte nach Meinung der Expertinnen zu einer Unterrepräsentierung von Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung.

Ein direkter Vergleich zwischen den im Rahmen dieser Studie gewonnenen Daten zur *absoluten Zahl* von in Berlin medizinisch versorgten HIV-positiven Migranten und der Anzahl von HIV-Neudiagnosen bei Personen nicht-deutscher Herkunft auf Grundlage der HIV-Meldedaten war vor diesem Hintergrund nicht möglich. Entsprechende Vergleiche von *Anteilen* bestimmter Merkmalsausprägungen erscheinen hierdurch aber nicht grundsätzlich eingeschränkt und damit weiterhin sinnvoll zur Analyse der Versorgungssituation, etwa zur Beschreibung von Differenzen zwischen den HIV-Meldedaten und den Studiendaten und sich daraus ergebender Versorgungslücken.

Der Anstieg von Personen nicht-deutscher Herkunft in den HIV-Meldedaten für Berlin zwischen den Jahren 2001-2004 bildete sich qualitativ in Angaben zu leichten entsprechenden Anstiegen von etwa zwei Drittel der befragten HIV-Schwerpunktpraxen ab. Dies spiegelte sich aufgrund der geringeren Zahl der in diesen Praxen betreuten HIV-positiven Migranten allerdings kaum in deren absoluter Anzahl wider. Die Verteilung dieser Personengruppe über die Berliner Landschaft der HIV-Schwerpunktpraxen konnte daher als eher stabil angenommen werden.

Aus den Daten wurde eine erhebliche Konzentration HIV-positiver Migranten auf vorwiegend zwei Berliner HIV-Schwerpunktpraxen deutlich, die 73,3% aller in dieser Studie berichteten HIV-positiven Migranten betreuten, etwa drei Viertel aller HIV-Schwerpunktpraxen betreuten nur bis zu 20 HIV-positiven Migranten. Aus einer solchen Konzentration HIV-positiver Migranten auf wenige HIV-Schwerpunktpraxen können sich wiederum Auswirkungen auf die interkulturellen Kompetenzen der versorgenden Einrichtungen ergeben, etwa eine stärkere Ausprägung interkultureller Kompetenzen in Praxen mit einer höheren Zahl betreuter Migranten (Kap. 5.2).

Der Frauenanteil von HIV-positiven Migranten in den Berliner HIV-Schwerpunktpraxen war mit 20,0% etwas geringer als in den HIV-Meldedaten für Berlin mit 25,4%. Er bildete jedoch gut die Geschlechtsverteilung der HIV-Neudiagnosen von Personen nicht-deutscher Herkunft in Berlin ab, die im Vergleich zur gesamt-deutschen Situation (39,8% Frauenanteil) deutlich niedriger lag.

Im Vergleich der HIV-Neudiagnosen von Personen nicht-deutscher Herkunft in Berlin war in den HIV-Schwerpunktpraxen der Anteil von HIV-positiven Migranten in der jüngeren Altersgruppe von 15-29 Jahre etwa um ein Drittel höher, mit sehr geringen Unterschieden zwischen den Geschlechtern. Im Vergleich zum Anteil dieser Altersgruppe bei HIV-Neudiagnosen von Personen deutscher Herkunft in Berlin war dieser bei in den Berliner HIV-Schwerpunktpraxen versorgten HIV-positiven Migranten etwa doppelt so hoch. Dieser hohe Anteil jüngerer Personen zwischen 15 und 29 Jahren spiegelte auch die höheren Anteile jüngerer Personen bei Migranten gegenüber der deutschen Gesamtbevölkerung wider (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2012b; Statistisches Bundesamt, 2011a, Abb. 2).

Die Verteilung der Herkunftsregionen der in den HIV-Schwerpunktpraxen behandelten HIV-positiven Migranten entsprach in etwa der Verteilung der HIV-Neudiagnosen von Personen nicht-deutscher Herkunft in Berlin¹⁰⁷ und wies damit ähnlich große Unterschiede zur Verteilung der Herkunftsregionen von in Deutschland lebenden Ausländern beziehungsweise Migranten auf (Kap. 5.1). Es war eine deutliche Dominanz der Region Subsahara-Afrika festzustellen, aber auch weitere Weltregionen wie Asien, West- und Zentral-/Ost-Europa und Latein-Amerika machten wesentliche Anteile aus. Der Anteil von Personen mit türkischem Migrationshintergrund lag bei den in Berliner HIV-Schwerpunktpraxen behandelten Patienten mit 7,0% etwa doppelt so hoch wie der entsprechende Anteil von Personen mit Herkunftsangabe Türkei an den HIV-Neudiagnosen für Berlin. Auch diese Differenz konnte sich aus der Nutzung eines erweiterten Migranten-Begriffs im Rahmen dieser Studie ergeben haben, der auch Personen der zweiten und dritten Migranten-Generation umfasst, und weist auf eine epidemiologisch und versorgungstechnisch durchaus relevante Gruppe von Personen mit türkischem Migrationshintergrund hin. Aufgrund fehlender Daten aus mehreren HIV-Schwerpunktpraxen mit einer größeren Anzahl HIV-positiver Migranten lagen nur für 28,8% dieser Gruppe Angaben zum Migrationshintergrund vor, die Analysen zum Migrationshintergrund waren daher nur von beschränkter Aussagekraft.

Die Analyse der Angaben zu den Transmissionsrisiken der in den HIV-Schwerpunktpraxen versorgten Migranten war ebenfalls nur eingeschränkt aussagekräftig, da aus den beiden HIV-Schwerpunktpraxen mit den höchsten Anzahlen HIV-positiver Migranten hierzu keine Angaben vorlagen. Im Vergleich der vorliegenden Daten zu den HIV-Meldedaten für Berlin bestanden Unterschiede in der Verteilung der Transmissionsrisiken für beide Geschlechter. Der Anteil der in den HIV-Schwerpunktpraxen betreuten migrantischen MSM betrug mit 30,6% weniger als die Hälfte, demgegenüber waren die Anteile von männlichen Migranten mit den Transmissionsrisiken HPL und IVDU deutlich erhöht. Für in Berliner HIV-Schwerpunktpraxen betreute weibliche Migranten war der Anteil des Transmissionsrisikos HPL deutlich geringer, der Anteil heterosexueller Kontakte mehr als verdoppelt. Ob diese Unterschiede darin begründet waren, dass sich die im Vergleich zu den HIV-Meldedaten „fehlenden“ Anteile in den beiden HIV-Schwerpunktpraxen wiederfanden, für deren umfangreiche migrantische Klientel keine Angaben zum Transmissionsrisiko vorlagen, oder ob sich die Verteilung der Transmissionsrisiken bei den in den Berliner HIV-Schwerpunktpraxen versorgten HIV-positiven Migranten generell unterschieden, ließ sich auf Grundlage der vorhandenen Daten nicht entscheiden. Die erstere Annahme erschien allerdings deutlich wahrscheinlicher, da aufgrund der ansonsten durchaus weiten Übereinstimmungen keine plausiblen Gründe für eine solche starke Abweichung zwischen den HIV-Meldedaten für Berlin und den in den HIV-Schwerpunktpraxen versorgten Migranten angeführt werden konnten. Wären solche Unterschiede doch gegeben, spräche eine solche Konzentration von migrantischen MSM sowie von weiblichen Personen mit Transmissionsrisiko HPL wiederum für eine spezi-

¹⁰⁷ Dabei wurde die in dieser Studie verwendete Kategorie „EU-15-Länder“ mit der WHO-Region West-Europa verglichen, sowie die WHO-Regionen Zentral-Europa und Ost-Europa sowie Südost-Asien und Ost-Asien jeweils zusammengefasst.

fische Ausrichtung bestimmter HIV-Schwerpunktpraxen auf diese Klientel beziehungsweise für ein für diese Gruppe besonders attraktives Profil interkultureller Kompetenz (Kap. 5.2). Dies betraf insbesondere das Transmissionsrisiko MSM, da gleichgeschlechtliche Sexualkontakte in vielen Migranten-Communities stark tabuisiert werden (Kap. 1.4.1.2). Aus den Expertinnen-Interviews ging hervor, dass Migranten, die starke Stigmatisierungen aufgrund ihrer Homosexualität befürchten, meist von vorneherein keine auf HIV/AIDS spezialisierte Einrichtung aufsuchten, von der sie fürchten mussten, über diese mit dem Thema Homosexualität in Verbindung gebracht zu werden. Sollte der hohe Anteil von HIV-positiven MSM nicht-deutscher Herkunft, der sich aus den HIV-Melddaten für Berlin ergab, in den beiden Praxen mit einer hohen Anzahl migrantischer Klientel versorgt worden sein, für die keine entsprechenden Daten vorlagen, sprach dies für einen geglückten Umgang mit dem beschriebenen Stigmatisierungspotential. Überträgt man die angeführten Argumente auf den höheren Anteil von intravenösen Drogengebern unter den HIV-Schwerpunktpraxen, von denen Zahlen zur Verteilung der Transmissionsrisiken vorliegen, wies dies auf eine konzentrierte Betreuung dieser Klientel in der Gruppe der HIV-Schwerpunktpraxen mit kleinerer HIV-positiver migrantischer Klientel und auf ein in diese Versorgungsrichtung spezialisiertes Praxisprofil hin.

Ein Anteil von 29,0% der in der HIV-Schwerpunktversorgung betreuten HIV-positiven Migranten wurde aus Praxen der Regelversorgung überwiesen, der restliche Anteil wurde ohne eine solche Überweisung vorstellig. Als Gründe für eine Überweisung aus der Regelversorgung in die HIV-Schwerpunktversorgung wurden von beiden Seiten eine fortschreitende Infektion sowie fehlende Sachkenntnis bezüglich der HIV-Infektion und deren Therapie benannt. Dies sprach zunächst für die Einsicht in die Notwendigkeit einer spezialisierten Versorgung für HIV-positive Migranten auf Seiten der Ärzte der Regelversorgung sowie für eine bestehende Vernetzungsstruktur zwischen Regel- und HIV-Schwerpunktversorgung. Eine differenziertere Analyse des Anteils von HIV-positiven Migranten, der nicht aus Praxen der Regelversorgung überwiesen wurde, etwa nach einer eventuellen vorhergehenden Beratung durch eine migrationsspezifische Beratungseinrichtung aus dem HIV-Bereich, war im Rahmen dieser Studie nicht möglich, da die HIV-positiven Migranten nicht direkt befragt wurden. Die Vernetzung der HIV-Schwerpunktpraxen im Hinblick auf migrationsspezifische Anliegen, insbesondere mit psychosozialen Einrichtungen, war stärker ausgeprägt als bei den Praxen der Regelversorgung. Obwohl die HIV-Schwerpunktpraxen die weitere beziehungsweise ergänzende Versorgung von drei Viertel der Migranten nachvollzogen, musste es trotzdem als unbefriedigender Zustand gesehen werden, dass nur etwa die Hälfte dieser Praxen, die HIV-positiven Migranten betreuten, einen regelmäßigen Austausch mit anderen Einrichtungen der HIV/AIDS-Versorgung pflegten. Wie aus den Expertinnen-Interviews hervorging, bestanden bei HIV-positiven Migranten oftmals hohe Hemmschwellen bezüglich eines Besuchs von auf HIV ausgerichteten psychosozialen Einrichtungen, häufig waren diese Angebote sogar unbekannt. Eine umfangreichere Zusammenarbeit der HIV-Schwerpunktpraxen mit solchen Institutionen könnte eine stärkere Inanspruchnahme durch die migrantische HIV-positive Klientel fördern und damit für diese Patienten eine deutliche Verbesserung im Sinne einer umgreifenden individuellen Gesundheitsförderung bedeuten.

Der geringe Anteil von 5,4% der HIV-positiven Migranten, die hinter ihren Symptomen bei Aufsuchen der HIV-Schwerpunktversorgung eine andere Erkrankung als eine HIV-Infektion vermuteten, erschien plausibel, da Personen, die eine Fachbehandlung aufsuchen, in aller Regel auch Kenntnis von der zugrunde liegenden Erkrankung haben. 77,0% der an HIV/AIDS erkrankten Migranten begaben sich allerdings bereits mit deutlichen gesundheitlichen Problemen (CDC-Stadium B oder C) in medizinische Betreuung, hiervon sogar 27,5% im Stadium AIDS. Diese Anteile lagen damit jeweils mehr als doppelt so hoch wie die, die aus den HIV-Melddaten für Personen nicht-deutscher Herkunft in Deutschland hervorgingen. Trotz fehlender entsprechender HIV-Melddaten für Berlin gab es keine plausiblen Gründe für einen

entsprechenden Unterschied in der Verteilung der CDC-Stadien der HIV-Neudiagnosen zwischen Deutschland und Berlin. Vielmehr konnte aufgrund des in Berlin deutlich höheren Anteils von MSM, auch unter Migranten, davon ausgegangen werden, dass diese durch die Prävention grundsätzlich sehr gut erreichte Gruppe eine höhere Sensibilität gegenüber HIV und dessen Behandlung besitzt (Bochow et al., 2010). Daher war anzunehmen, dass HIV-Neudiagnosen gerade in Berlin eher früher, das heißt in einem früheren Erkrankungsstadium, gestellt wurden und MSM - ebenfalls aufgrund der besseren Erreichbarkeit durch Präventionsmaßnahmen - auch eher die HIV-Schwerpunktbehandlung aufsuchten. Vor diesem Hintergrund sprachen die hohen Anteile HIV-positiver Migranten, die erst in fortgeschrittenem Krankheitsstadium die befragten Einrichtungen der HIV-Schwerpunktversorgung in Berlin aufsuchten, für eine längere Zeitdauer zwischen der Stellung einer HIV-Diagnose und dem Erstbesuch in einer auf HIV spezialisierten medizinischen Versorgungseinrichtung. Dies deckte sich mit entsprechenden Aussagen aus den Expertinnen-Interviews, die hierfür insbesondere die Angst vor Stigmatisierung durch den Besuch von HIV-Schwerpunktpraxen sowie ein kulturell differentes Körper- und Krankheitsverständnis, das keine schulmedizinische Behandlung einer HIV-Infektion nahelegt, als Gründe anführten.

Annähernd alle HIV-positiven Migranten wurden in den befragten Praxen der HIV-Schwerpunktversorgung länger als ein Jahr betreut. Von einer kürzeren Betreuungsdauer zwischen drei und zwölf Monaten, die nahe legte, dass es mehrere Arztbesuche gab, die aber nicht in eine dauerhafte Betreuung oder Therapie einmündeten, wurde nur für durchschnittlich 2,4% dieser Gruppe berichtet. Damit konnte für Berlin davon ausgegangen werden, dass an HIV/AIDS erkrankte Migranten, die einmal in der HIV-Schwerpunktversorgung angekommen waren, dort in der Regel über längere Zeit medizinisch versorgt werden konnten, ähnlich wie die nicht-migrantische Klientel. Dies war ein Indiz für eine grundsätzlich gute Arzt-Bindung der migrantischen Patienten in den berichtenden HIV-Schwerpunktpraxen sowie für nur wenige Fälle von ausländerrechtlich begründeten Betreuungsabbrüchen.

Im Hinblick auf den Versichertenstatus der behandelten Migranten ergab sich für die HIV-Schwerpunktpraxen im Vergleich zur Regelversorgung ein sehr unterschiedliches Bild. Mit einem gewichteten Mittel von 108 Personen gab es in der HIV-Schwerpunktversorgung eine auch zahlenmäßig relevante Gruppe von Menschen, die wegen einer fehlenden finanziellen Absicherung nur schwer adäquat versorgt werden konnte, insbesondere, wenn die Notwendigkeit einer kostenintensiven HAART gegeben war. Dies galt ebenfalls für die von den Praxen berichtete Gruppe von 81 betreuten Personen mit illegalisiertem Aufenthaltsstatus. Es gab damit eine erhebliche Anzahl von Personen, die neben ihren zumeist prekären Lebensverhältnissen ebenfalls über keinen Krankenversicherungsschutz verfügten (Bade, 2001; Braun et al., 2003; Franz, 2003; Sinn et al., 2006; Waller, 2008; Kap.1.4.1.1). Die Studiendaten zeigten, dass in etwa zwei Dritteln der HIV-Schwerpunktpraxen die Behandlung HIV-positiver Migranten durch ausländerrechtliche Probleme deutlich erschwert wurde. Der mittelstarke Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung ausländerrechtlicher Probleme und der Anzahl illegalisierter Migranten in den HIV-Schwerpunktpraxen erschien einleuchtend, da Ärzte in HIV-Schwerpunktpraxen mit einem höheren Anteil von Personen aus dieser Gruppe auch häufiger mit ausländerrechtlichen Problemen konfrontiert wurden und sie daher auch verstärkt wahrnahmen. Im Sinne einer befriedigenden medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten ist eine Verbesserung der aufenthaltsrechtlichen Rahmenbedingungen daher dringend geboten.

Es war anzunehmen, dass aufgrund der beschriebenen Zugangsbarrieren (Kap. 1.4.1) nur wenige HIV-positive Migranten ohne Krankenversicherung beziehungsweise mit einem illegalisierten Aufenthaltsstatus in der HIV-Schwerpunktversorgung oder in einer anderen medizinischen Einrichtung vorstellig werden und daher die Anzahl dieser Personen in Berlin eher größer war als es aus den Studiendaten direkt hervorging. Weiterhin war davon auszugehen, dass

keine Praxis über die nötigen finanziellen Ressourcen verfügte, um auch nur einen geringen Anteil dieser Personen mit kostenlosen Medikamenten zu versorgen, was darüber hinaus auch nicht ihre Aufgabe war. Für eine erfolgreiche HIV/AIDS-Therapie müssen eine hohe Betreuungsfrequenz und die Übernahme von Medikationskosten gesichert werden, zwei Faktoren, die ohne Versicherungsschutz nicht zu gewährleisten sind. Außer für Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus sind nach geltendem deutschem Recht immer Kostenträger für die medizinische Behandlung von Migranten vorhanden. Allerdings ergaben die Daten der Expertinnen-Interviews, dass die Verantwortlichkeiten zwischen den Institutionen wie dem Sozialamt oder der Arbeitsagentur häufig unklar blieben, es dadurch zu Verzögerungen oder sogar Ausfällen von Kostenträgerschaften kam und damit auch immer wieder zu zum Teil langwierigen Gerichtsverfahren zum Einklagen vorhandener Versorgungsansprüche. Zudem sorgten für die Migranten zum Teil schlecht nachvollziehbare Verfahren, wie etwa die Ausgabe von zeitlich nur befristet gültigen Abrechnungsgutscheinen im Falle von Asylbewerbern mit vorhandener Duldung, zu Ausfällen medizinischer Versorgungsleistungen in der Praxis. Solcherart Verzögerungen oder gänzlich nicht stattfindende Behandlungen konnten die medizinische Versorgung HIV-positiver Migranten zumindest für bestimmte migrantische Subpopulationen, etwa mit schlechten Sprachkenntnissen oder geringen Kenntnissen des deutschen Versorgungs- und Rechtssystems, massiv verschlechtern. In der Folge konnte es dadurch neben der bereits auf individueller Ebene grundsätzlich unbefriedigenden Situation einer mangelhaften medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten zu einer deutlichen Verschlechterung aus epidemiologischer und Public Health-Sicht kommen, da nicht effektiv antiretroviral behandelte HIV-positive Personen mit nicht vollständig unterdrückter Viruslast immer zu einer erhöhten Gesamt-Infektiosität in einer Population beziehungsweise geographischen Region beitragen (Robert Koch-Institut, 2009a, 2009d, 2011). Besonders unbefriedigend stellte sich diese Situation laut Aussagen der Expertinnen für Personen mit laufendem Asylverfahren dar, die nach geltendem Recht nur bei „akuten Schmerzzuständen“ zu behandeln sind, oder für Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus, die nur bei akut lebensbedrohlichen Erkrankungen (anzunehmender Todeseintritt in ein bis zwei Monaten) aufwändig medizinisch versorgt werden. In Einzelfällen bisher gefundene, vor Gericht durchgesetzte Lösungen oder aber die freiwillige, zumindest zeitweise kostenfreie Behandlung durch engagierte HIV-Schwerpunktpraxen können hierfür nicht als befriedigende Lösung angesehen werden. Aus den Expertinnen-Interviews ging hervor, dass gerade im Bereich der medizinischen Versorgung illegalisierter Migranten in den versorgenden Einrichtungen verschiedene juristische Auffassungen herrschten und hier zum Teil durchaus auf eine Meldung an die Ausländerbehörde verzichtet wurde. Die hier bestehende Rechtsunsicherheit gilt es vor diesem Hintergrund allerdings aufzulösen.

Die Daten der Expertinnen-Interviews ergaben, dass die Malteser Migranten Medizin zum Erhebungszeitpunkt der Studie die einzige Einrichtung in Berlin war, die sich explizit der kostenfreien Versorgung von nicht-versicherten Migranten widmete. Für diese Situation hat sich in Berlin auch bis zum Jahr 2014 keine Veränderung ergeben. Eine Behandlung HIV-positiver Migranten fand dort allerdings aufgrund der medizinischen Komplexität der HIV-Infektion sowie der damit verbundenen hohen Therapiekosten nicht statt. Damit fiel eine - gerade für Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus und/oder ohne Krankenversicherung - wichtige Behandlungseinrichtung für die Indikation HIV/AIDS aus. Die Daten der Expertinnen-Interviews zeigten ebenfalls, dass Vermittlungen von HIV-positiven Migranten mit illegalisiertem Aufenthaltsstatus an eine klinische HIV-Ambulanz oder HIV-Schwerpunktpraxis Einzelfälle blieben und nur bei Personen mit besonders schweren Krankheitsverläufen vorkamen. Die Berliner Gesundheitsämter beziehungsweise deren Zentren für sexuelle Gesundheit haben nach §19 IfSG grundsätzlich die Möglichkeit, Diagnostik- und Behandlungskosten für bedürftige Personen zu übernehmen, zu denen auch Menschen ohne Krankenversicherung gehören. Gerade im Fall einer HIV-Infektion und einer eventuell notwendigen antiretroviralen Therapie entstehen allerdings hohe Kosten, die durch die Budgets der Gesundheitsämter nicht

zu decken sind. Hinzu kommt, dass sowohl die für die Behandlung einer HIV-Infektion notwendige Expertise nur in hierauf spezialisierten Einrichtungen der HIV-Schwerpunktversorgung gegeben ist. Die genannten Einrichtungen fallen damit auch aus diesem Grund für die medizinische Versorgung HIV-positiver Migranten in Berlin aus.

Die in der Literatur im Kontext von Migration als potentielle Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem beschriebenen Bereiche fehlender Krankenversicherungsstatus, Illegalität und prekäre soziale Lage (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2008; Borde & David, 2003; Braun et al., 2003; Brucks & Wahl, 2003; Deininger & Brandt, 2005; Geiger & Razum, 2006; Heise, 2002; Jungbauer-Gans & Gross, 2009; Penka, Schouler-Ocak et al., 2012; Pette et al., 2004; Razum, 2008; Richter & Hurrelmann, 2009; Rosenbrock & Gerlinger, 2006; Schmitt, 2006; Spallek & Razum, 2007; Strate & Koch, 2000; Waller, 2008; Zenkr et al., 1996; Kap. 1.4.1) stellten damit vor dem Hintergrund der Studiendaten auch für HIV-positive Migranten in Berlin ein ernstzunehmendes Problem für eine schlechtere medizinische Versorgung und damit ein konkretes Gesundheitsrisiko dar. Für die Versorgung dieser Personengruppe sollte vor dem Hintergrund der Studiendaten verstärkt nach einer Lösung für eine adäquate und für die zu versorgenden HIV-positiven Migranten auch melderechtlich tragfähige Lösung gesucht werden. Ein vielversprechender Ansatz hierfür ist die Einführung eines anonymen Krankenscheins, dessen konkrete Umsetzung derzeit etwa in Nordrhein-Westfalen diskutiert wird.

5.3.2 Kommunikations- und Interaktionsbarrieren sowie Best Practice-Ansätze im Rahmen der medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten in Berlin

Neben Barrieren, die bereits den Zugang von Migranten zur ambulanten medizinischen Versorgung erschweren oder versperren, wie ein illegalisierter Aufenthaltsstatus oder eine fehlende Krankenversicherung, existieren weitere potentielle Barrieren, die die Kommunikation und Interaktion mit Migranten negativ beeinflussen können, die den Zugang zur medizinischen Versorgung zumindest erstmalig gefunden haben. Auch solche Barrieren können massiv zu schlechteren individuellen Behandlungsergebnissen beitragen, im Fall von HIV/AIDS damit aber etwa auch zu einem insgesamt schlechteren Public Health-Ergebnis, etwa über eine zu geringe Senkung der HIV-Viruslast in einer Population und damit einer höheren Infektionswahrscheinlichkeit.¹⁰⁸ Im Folgenden wird der Einfluss solcher Barrieren auf die medizinische Versorgungssituation von HIV-positiven Migranten in der Berliner HIV-Schwerpunktversorgung diskutiert. Bei der Betrachtung dieser Faktoren auf Grundlage der Studiendaten muss beachtet werden, dass es sich dabei um die Einschätzung der versorgenden Ärzte handelte und diese daher auch von deren spezifischer Sicht geprägt waren.

„Fehlenden Sprachkenntnissen“ als erster migrationsspezifischer Kommunikationsbarriere wurde von den Ärzten grundsätzlich eine hohe Bedeutung beigemessen, nach Anteil der behandelten Migranten gemessen, betraf dies die Behandlung von 93,7% „mittelmäßig“, für weitere 6,2% sogar „stark“. Praxen mit stärker ausgeprägten Sprachkompetenzen sahen in der Tendenz einen stärkeren Einfluss von fehlenden Sprachkenntnissen auf die effektive Behandlung HIV-positiver Migranten.

Vor dem Hintergrund der in der Literatur immer wieder herausgestellten Bedeutung von Kommunikations- und Interaktionsproblemen in der medizinischen Versorgung aufgrund

¹⁰⁸ Dabei muss die individuelle therapeutische Abwägung zum Einleiten einer Therapie immer oberste Maxime bleiben, wie dies etwa eine aktuelle Stellungnahme des Sachverständigenrates des Bundesministeriums für Gesundheit empfiehlt (Nationaler AIDS-Beirat beim Bundesministerium für Gesundheit, 2012).

sprachlicher Schwierigkeiten (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012a; Borde, 2009; Borde et al., 2001; Deininger & Brandt, 2005; Pette et al., 2004; Riesberg & Wörz, 2008; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001; Salman 2007; Salman & Menkhaus, 2007; Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen, 2005) wurden diese im Fragebogen nochmals detailliert erfragt. Das Ausmaß sprachlich bedingter Interaktionsprobleme wurde dabei stratifiziert erhoben nach Geschlecht, Aufenthaltsdauer und Bildungsstand. Praxen der Regelversorgung wurden dabei vor dem Hintergrund erwartbar niedriger Zahlen dort versorgter HIV-positiver Migranten nach ihren Erfahrungen mit Migranten generell befragt, da aufgrund der Bevölkerungszusammensetzung in den ausgewählten Bezirken umfängliche Erfahrungen in der ambulanten medizinischen Betreuung von Migranten generell erwartet wurden. HIV-Schwerpunktpraxen hingegen wurden zu Interaktionsproblemen aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten spezifisch mit HIV-positiven Migranten befragt.

Die größte Spannweite in der Bewertung von Interaktionsproblemen aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten war in der Verteilung des Merkmals „unterschiedlicher Bildungsstand“ der versorgten Migranten festzustellen, sowohl in der Regel- wie in der HIV-Schwerpunktversorgung. Für die Ausprägungen „Berufsausbildung“ und „Studium“ war eine deutliche Differenz zwischen den Versorgungsarten festzustellen. In der HIV-Schwerpunktversorgung existierte kaum ein Bewertungsunterschied zwischen diesen beiden Merkmalen, allerdings ein sehr großer zum Item „keine Ausbildung“. Für die Regelversorgung stuften sich die Mittelwerte gleichmäßiger über die drei Ausprägungen hinweg ab. In Praxen der HIV-Schwerpunktversorgung wurden Interaktionsprobleme schon für Patienten mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung mit Punktwerten im unteren Drittel bewertet, die Kommunikation über eine HIV-Infektion und deren Behandlung schien damit in diesen Fällen nur selten an sprachlichen Hürden zu scheitern. Deutlich anders sah dies für Personen ohne Berufsausbildung aus, hier bestanden enorme Einschränkungen aufgrund des Faktors Sprache. Ein höheres Bildungsniveau¹⁰⁹ war damit für beide Praxisarten ein wichtiger Faktor zur Reduzierung sprachbedingter Kommunikationsschwierigkeiten, wie dies auch die entsprechend berechneten Korrelationen zwischen den verschiedenen Ausprägungen des Bildungsstands und der jeweiligen Bewertung der Interaktionsprobleme zeigten.

Für die HIV-Schwerpunktversorgung war kein Zusammenhang zwischen der Anzahl der in einer Praxis gesprochenen Sprachen und der Bewertung von sprachbedingten Interaktionsproblemen bei Personen ohne Berufsausbildung festzustellen, allerdings jeweils ein mittelstarker negativer Zusammenhang bei Patienten mit Berufsausbildung. Dies war möglicherweise darin begründet, dass es für Migranten ohne Berufsausbildung und deren Ärzte weniger häufig eine von beiden gemeinsam gesprochene Sprache gab, etwa Französisch oder Englisch als in Afrika vorherrschenden europäisch geprägten Staatssprachen. Die in der Berliner HIV-Schwerpunktversorgung vorhandenen Sprachkompetenzen schienen daher Interaktionsprobleme aufgrund fehlender Kenntnisse auf Seiten der Migranten nur teilweise vermindern zu können. Vor diesem Hintergrund erlangte der Einsatz des sprach- und kulturmittelnden Gemeindedolmetschdienstes erneut Relevanz.

Die sehr hoch bewerteten sprachlich bedingten Interaktionsprobleme insbesondere bei Personen ohne Berufsausbildung korrespondierten damit, dass für Migranten mit geringem Bildungsstand beim Spracherwerb in Deutschland die größten Schwierigkeiten zu verzeichnen waren (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012a, 2012b). Dies konnte ebenfalls als Grund für die großen Unterschiede in der Bewertung von

¹⁰⁹ Das Bildungsniveau wurde in dieser Studie aufgrund der international schwer zu vergleichenden Schulausbildung an der beruflichen Ausbildung gemessen.

sprachlich bedingten Interaktionsproblemen zwischen Migranten mit längerer oder kürzerer Aufenthaltsdauer angesehen werden.

Während sprachlich bedingte Interaktionsprobleme für Männer von Praxen der Regel- und der HIV-Schwerpunktversorgung identisch bewertet wurden, wurden diese in der Behandlung von Frauen in der HIV-Schwerpunktversorgung leicht niedriger eingeschätzt als bei Männern, in der Regelversorgung hingegen höher. Hierfür ergab sich aus den Studiendaten keine direkte Begründung. Die Korrelationen zwischen der Ausprägung des Geschlechts und der jeweiligen Bewertung der Interaktionsprobleme ergaben für dieses Merkmal die schwächsten Zusammenhänge im Vergleich zu den Merkmalen Bildungsstand und Aufenthaltsdauer.

Fehlende Sprachkenntnisse stellten auch aus Sicht der befragten Expertinnen ein zentrales Problemfeld in der ambulanten medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten dar, da diese die Etablierung einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung sowie die Vermittlung des für die Behandlung nötigen Wissens stark negativ beeinflussten. Das Vorhandensein ausreichender Sprachkenntnisse war nach Aussage der Expertinnen wiederum von der Schichtzugehörigkeit und damit einhergehend dem Bildungsstand der Migranten abhängig, dies bestätigte die Daten aus der Fragebogenerhebung. Französisch und Englisch wird nach Aussagen der Expertinnen zumeist nur von gebildeten Afrikanern gesprochen. Analphabetismus erschien als ein konkretes Problem, insbesondere, da dies die Wissensvermittlung durch schriftliche Aufklärungsmaterialien, ein vor dem Hintergrund eingeschränkter finanzieller und damit zeitlicher Kapazitäten der HIV-Schwerpunktpraxen wichtiges Kommunikationsmittel, verhinderte. Zum Dolmetschen wurden Verwandte nach Erfahrung der Expertinnen aufgrund des im HIV/AIDS-Bereichs gegebenen Stigmatisierungspotentials nur selten eingesetzt, ebenso wie der Gemeindedolmetschdienst in Berlin, da hier oftmals andere Lösungen wie Kompetenzen des Praxispersonals zum Einsatz kamen.

Die Studiendaten zeigten, dass es in der Behandlung von Migranten mit geringem Bildungsniveau sowie mit kurzer Aufenthaltsdauer zu erheblichen Interaktionsproblemen aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten kommen konnte. Da dies für die Praxen der HIV-Schwerpunktversorgung ebenso galt wie für die Praxen der Regelversorgung, die an dieser Studie teilgenommen haben, schien dieses Phänomen wenig vom HIV-Serostatus der betreuten Migranten abzuhängen, sondern eher auf Migranten generell zuzutreffen. Die Beseitigung sprachlicher Kommunikationshindernisse war damit insbesondere für die Klientel mit geringem Bildungsstand eine sehr wichtige Voraussetzung für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung. Damit bestätigten die Studiendaten entsprechende Aussagen verschiedener Publikationen zur hohen Bedeutung auch ausreichender Sprachkenntnisse für die interkulturelle Interaktion im medizinischen und psychosozialen Kontext (Borde, 2009; Deininger & Brandt, 2005; Kluge, 2011; Penka, Schouler-Ocak et al., 2012; Riesberg & Wörz, 2008; Salman, 2001, 2007; Salman & Menkhaus, 2007; Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen, 2005).

Ein wichtiges Mittel, um im Praxisalltag sprachlichen Problemen zu begegnen, ist die Inanspruchnahme von Übersetzungen (Bischoff & Steinauer, 2007; Kluge, 2011; Kluge et al., 2012; Kluge & Kassim, 2006; Salman, 2000; Salman, 2001, 2002, 2007; Salman & Menkhaus, 2007; Wesselman, 2009). Diese kann von Laien wie etwa Angehörigen der Patienten oder durch das Praxispersonal ebenso durchgeführt werden wie von professionellen Übersetzungsdiensten. Übersetzungen durch professionelle Dolmetscher oder durch Laien außerhalb des Praxispersonals waren in der ambulanten medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten mit einem gewichteten Mittel von 12,1% aller Kontakte zu migrantischen Patienten eher selten. Die Organisation von Übersetzungsleistungen war dabei zwischen den Praxen sehr divergent, zu etwa gleichen Teilen wurde diese durch Patienten, durch die Praxis oder durch psychosoziale Einrichtungen bereitgestellt.

In diesem Kontext ist es wichtig zu betonen, dass die nötigen sprachlichen Kompetenzen natürlich nicht nur auf Seiten der Migranten gegeben sein müssen. Vielmehr ist es auch für die behandelnden Einrichtungen eine vordringliche Aufgabe, die bei ihnen vorhandenen Sprachkenntnisse so weit wie möglich einzusetzen und auszubauen, wenn sie Interesse an einer zufriedenstellenden Versorgung ihrer migrantischen Klientel haben. Da Ärzten in vielen Fällen über mehr als eine Fremdsprachenkompetenz verfügen und die Summe der bei diesen vorhandenen unterschiedlichen Sprachkenntnisse damit nicht unbedingt mit der Anzahl der Ärzte in einer Praxis stieg, gab es hier folgerichtigerweise keinen Zusammenhang zwischen der Anzahl von Ärzten in einer Praxis und der Übersetzungshäufigkeit durch Personen außerhalb des Praxispersonals, wohl aber eine starke negative Korrelation zwischen den in einer Praxis vorhandenen unterschiedlichen Fremdsprachenkompetenzen der Ärzte und der Häufigkeit solcher Übersetzungen. Die Daten ergaben stark negative Korrelationen zwischen der Anzahl des nicht-ärztlichen Personals sowie der Anzahl der beim nicht-ärztlichen Praxispersonal vorhandenen unterschiedlichen Sprachkompetenzen¹¹⁰ mit der Häufigkeit von Übersetzungen außerhalb des Praxispersonals. Dies konnte darauf zurückgeführt werden, dass entsprechend der Studiendaten Personen des Praxispersonals häufig nur über eine Fremdsprachenkompetenz verfügten und damit in größeren Praxen beim Personalstamm häufig in der Summe mehr unterschiedliche Sprachkompetenzen vorhanden waren. Die Analyse der Korrelationen zwischen den in einer Praxis insgesamt vorhandenen Sprachkompetenzen (gemessen mithilfe der Subskala „in den Praxen vorhandene Sprachkompetenzen“) und den Übersetzungsgewohnheiten bestätigte dieses Bild: zwischen den Sprachkompetenzen und dem Anteil an vom Praxis-Personal geleisteten Übersetzungen an allen Gesprächen mit HIV-positiven Migranten bestand ein sehr starker positiver Zusammenhang. Dies war ein Anzeichen dafür, dass Praxen mit einer hohen Fremdsprachenkompetenz auch auf diese zurückzugreifen schienen.

Die Studiendaten machten deutlich, dass in den Praxen vorhandene Fremdsprachenkompetenzen häufig für Übersetzungen zum Einsatz kommen, für das ärztliche Gespräch aber zu einem deutlich geringeren Anteil auch Übersetzungen durch Angehörige und andere Laien durchaus eine Rolle spielten. Der Rückgriff auf soziale Bezugspersonen der Patienten zur Verbesserung der Versorgung (zum Beispiel als Übersetzer, zur Unterstützung oder Überwachung der Behandlung etc.) zwischen Arzt und migrantischem Patient stellt meist eine einfache und kostengünstige Möglichkeit zur Steigerung des gegenseitigen Verständnisses im ärztlichen Gespräch dar. Dabei muss allerdings beachtet werden, dass es gerade häufig das soziale Umfeld ist, das die HIV-Patienten stigmatisieren kann. Daher ist im Einzelfall eine sehr genaue Kenntnis der psychosozialen Situation der jeweiligen Patienten vonnöten, um diese durch eine unreflektierte Einbeziehung von Familienangehörigen oder Bekannten nicht eher zu verschlechtern. Eine gute Grundlage für eine solche Einschätzung hierzu bildet wiederum eine ausführliche migrationsspezifische Anamnese (Kap. 5.2).

Die Übersetzung durch professionelle Dolmetscher, etwa durch Gesundheitsmittler des Berliner Gemeindedolmetschendienstes, hatte in den Berliner HIV-Schwerpunktpraxen zum Erhebungszeitpunkt keinen hohen Stellenwert. Es bliebe zu klären, welche Faktoren einem breiten Einsatz solcher spezifisch gesundheitsorientierter professioneller Angebote entgegenstanden. Auch neuere Studien zu Übersetzungsgewohnheiten im medizinischen Kontext zeigten im Hinblick auf eine nur geringe Inanspruchnahme professioneller Sprach- und Kulturmittler in der medizinischen Versorgung in Deutschland Faktoren wie zu hohe Kosten, mangelnde Bekanntheit und Zugänglichkeit der Angebote sowie eine nicht immer gewährleistete rasche Verfügbarkeit (Bischoff & Steinauer, 2007; Kluge, 2011; Kluge et al., 2012; Penka, Schouler-Ocak et al., 2012; Salman, 2007; Wesselman, 2009). Es erscheint plausibel, diese Faktoren

¹¹⁰ Eine ausführliche Diskussion der in Berliner HIV-Schwerpunktpraxen gemessenen interkulturellen Kompetenzen erfolgte in Kapitel 5.2.

auch als hinderlich für einen verstärkten Einsatz professioneller Übersetzungsarbeiten in den befragten Praxen anzunehmen.

Bei Gewichtung der Bewertung der durch professionelle Dolmetscher oder Laien außerhalb des Praxispersonals durchgeführten Übersetzungen anhand der Migrantenzahl in den HIV-Schwerpunktpraxen wurde ein Qualitätsdefizit deutlich, nur 17,0% bewerteten solche Übersetzungen als „gut“ oder „sehr gut“. Trotz des insgesamt eher geringen Anteils von Übersetzungen durch Personen außerhalb des Praxispersonals ließe sich durch eine Verbesserung der Dolmetschtätigkeiten eine deutliche Steigerung in der Qualität der Arzt-Patient-Interaktion auf sprachlicher Ebene erreichen.

Weiterhin ist auf Grundlage der Studiendaten anzuregen, dass für die Versorgung von Migranten, die an HIV/AIDS erkrankt sind, möglichst umfangreiche Materialien zur Kommunikation im ärztlichen Gespräch entwickelt werden, die als zusätzliches, non-verbales Kommunikationsmittel zu medizinischen Zusammenhängen einer HIV/AIDS-Erkrankung und deren Therapie eingesetzt werden können. Dieser Form interkultureller Interaktion zwischen Ärzten und Migranten kam laut Einschätzung der Ärzte eine sehr hohe Bedeutung zu. Unabhängig von einem anderen Krankheitsverständnis oder den Deutschkenntnissen der HIV-positiven Migranten wurde ein ständiger Einsatz solcher Medien für mehr als die Hälfte der versorgten Migranten berichtet. Dies galt auch für Praxen mit stärker ausgeprägten sprachlichen Kompetenzen. Höhere Sprachkompetenzen gingen eher einher mit häufigerem Einsatz medialer Hilfsmittel in der Behandlung von HIV-positiven Migranten. Hier war also ein Zusammenwirken mehrerer interkultureller Kompetenzen gegeben. Dieser Zusammenhang verlor sich in der Behandlung von Migranten mit anderem Krankheitsverständnis und mit schlechteren Deutschkenntnissen, mediale Hilfsmittel wurden dann insgesamt häufiger eingesetzt. Dies war ein Hinweis auf eine erhöhte interkulturelle Sensibilität von Praxen, in denen auch bereits mehr Sprachkenntnisse vorhanden waren, und weiterhin dafür, dass erhöhte Sprachkenntnisse nicht alle Aspekte der interkulturellen Kommunikation abdecken. Ein Vergleich zwischen der Verteilung dieses Items nach Anteil Migranten und Anteil Praxen zeigte, dass Praxen mit einer größeren Anzahl migrantischer Patienten häufiger mediale Hilfsmittel einsetzen. Es stellte sich die Frage, warum solcherlei einfach einzusetzende Hilfsmittel nicht im Rahmen aller Gespräche mit Migranten eingesetzt wurden, auch in kleineren Praxen, da solche medialen Hilfsmittel in vielen Praxen sicherlich vorhanden waren oder aber ohne großen Aufwand hätten verfügbar gemacht werden können. Dies wäre eine leicht umsetzbare und effektive Möglichkeit zur Steigerung der Qualität der Arzt-Patient-Interaktion. Sie erhielt besondere Bedeutung vor dem Hintergrund, dass trotz häufig hoher Sprachkompetenzen auf Seiten des medizinischen Personals von den befragten Praxen Probleme mit fehlenden Sprachkenntnissen auf Seiten der Migranten gesehen wurden. Darüber hinaus war zu erwarten, dass gerade kleinere Einrichtungen - etwa aufgrund begrenzterer Personalressourcen - ihre Sprachkompetenzen nur sehr schlecht auf seltenere Sprachen ausweiten können. Augenblicklich existieren allerdings noch keine standardisierten und evaluierten Medien, die auf Abfrage interessierten Ärzten zur Verfügung gestellt werden könnten.¹¹¹

Die befragten HIV-Schwerpunktpraxen führten eine Reihe von Best-Practice-Ansätzen an, die als evidenzbasierte Ansätze einer interkulturellen Öffnung im Umgang mit interkulturellen Unterschieden in der medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten in Berlin angesehen werden konnten. Diese Ansätze umfassten vorwiegend Beispiele zum Umgang mit sprachlichen Kommunikations- und Interaktionsbarrieren, ein weiterer Hinweis auf die hohe

¹¹¹ Im November 2006 wurden von der BZgA Materialien herausgegeben, die die interkulturelle Kommunikation zu sexuell übertragbaren Infektionen in der Prävention wie der Therapie erleichtern sollten. Die Unterlagen sind sehr bildzentriert und illustrieren wichtige somatische Zusammenhänge, therapeutisches Vorgehen sowie Präventionsverhalten. Der Einsatz der Materialien in Deutschland wurde noch nicht evaluiert.

Bedeutung sprachlicher Probleme in der Versorgung dieser Klientel aus Sicht der Ärzte. Dabei fanden zahlreiche der oben beschriebenen Strategien Anwendung in der Berliner HIV-Versorgungslandschaft, so etwa der Einsatz von Dolmetschern (nicht des Gemeindedolmetschdienstes), die Ausstattung der Praxis mit mehrsprachigem Personal, der vermehrte Einsatz von Zeichensprache und von selbst verfassten Materialien zur Darstellung medizinischer Zusammenhänge sowie die Vernetzung mit migrationspezifisch arbeitenden Einrichtungen aus dem medizinischen und psychosozialen Bereich. Die berichteten Best-Practice Ansätze in der medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten bildeten damit verschiedene zentrale Faktoren ab, wie diese in Modellen zur interkulturellen Öffnung von Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens in Deutschland konzeptualisiert wurden (Anderson, 2000; Barwig & Hinz-Rommel, 1995; Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2007, 2012a; Borde, 2009; Bundesarbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, 2000; Bundesregierung Deutschland, 2007; Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, 2003, 2009; Domenig, 2011; Gaitanides, 2008; Handschuck & Schröer, 2008; Hinz-Rommel, 1998; Lenthe, 2010; Muthny & Bermejo, 2008; Penka, Kluge et al., 2012; Penka, Schouler-Ocak et al., 2012; Pochanke-Alff, 1997b; Rathje, 2006; Rommelspacher & Kollak, 2008; Schröer, 2002; Veneto-Scheib, 1998). Die Umsetzungsmöglichkeiten struktureller Veränderungen wurden von den HIV-Schwerpunktpraxen grundsätzlich für größere Einrichtungen als leichter eingeschätzt als für kleinere Praxen.

Insgesamt war im Zusammenhang einer Analyse der sprachlich bedingten Kommunikations- und Interaktionsprobleme allerdings die Frage zu stellen, inwieweit sich hier auch andere Einflüsse bemerkbar machten. So war es etwa denkbar, dass neben den anzunehmenden besseren Sprachkenntnissen bei besser ausgebildeten Migranten auch ein sozialer Status, der denen der Ärzte ähnlicher war, eine Rolle für eine vereinfachte Kommunikation spielte (Borde & David, 2003; Brucks & Wahl, 2003; David, 2003; Faltermaier, 2005b; Helmert et al., 2000; Helmert et al., 2002; Janßen et al., 2009; Jungbauer-Gans & Gross, 2009; Lampert et al., 2005; Mielck, 2000; Pette, 2000; Razum, 2008; Richter & Hurrelmann, 2009; Rosenbrock & Gerlinger, 2006; Spallek & Razum, 2008; Wiedl & Marschall, 2005). Gleiches galt für die Übernahme des westlich-schulmedizinischen Ansatzes, die bei Personen mit Berufsausbildung und Studium durch das Durchlaufen einer meist westlich orientierten universitären Ausbildung wahrscheinlich häufiger gegeben war als bei weniger gebildeten Menschen. Hinweise darauf gaben die Studiendaten zur Bewertung entsprechender weiterer Kommunikations- und Interaktionsbarrieren.

Die Bedeutung der Kommunikationsbarriere „kulturelle Unterschiede“ wurde, bezogen auf die Anzahl behandelter Migranten, von den teilnehmenden Ärzten mit deutlichem Abstand vor allen anderen abgefragten Kommunikations- und Interaktionsbarrieren mit 33,4% am häufigsten als „stark“ bewertet. Diese Ergebnisse sollten im Zusammenhang mit denen zur inhaltlich verwandten Kommunikationsbarriere „divergente Krankheitskonzepte“ betrachtet werden. Der Anteil von Migranten, für den der Einfluss dieses Items mit „weniger“ und „gar nicht“ beantwortet wurde, war deutlich größer als der für das Item „kulturelle Unterschiede“. Dies war ein Hinweis darauf, dass die befragten Ärzte kulturelle Unterschiede in vielen Fällen als nicht ausschließlich in unterschiedlichen Krankheitskonzepten begründet sahen. Der Umgang mit kulturellen Unterschieden jenseits kulturell divergenter Krankheitskonzepte stellte damit für die HIV-Schwerpunktversorger ein bedeutsames Hindernis im Hinblick auf eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation dar. Kulturell divergente Auffassungen von Gesundheit und Krankheit und deren Ursachen können die Herausbildung einer gemeinsamen „Arzt-Patient-Agenda“ sehr erschweren oder unmöglich machen. Diese ist allerdings eine Voraussetzung für eine gelungene Behandlung, gerade im Rahmen der sehr schulmedizinisch geprägten HIV-Therapie (Kap. 1.5.3, 2.2 und 2.3). Dass der Einfluss kulturell divergenter Krankheitskonzepte in diesem Zusammenhang aber kaum als „stark“ beschrieben wurde, war

ein Anzeichen dafür, dass es aus Sicht der Ärzte in aller Regel gelang, eine für beide Seiten tragfähige medizinische Versorgungssituation zu etablieren, auch, wenn dies häufig mehr Aufwand erfordern mochte. Dem entsprachen Studiendaten, die ergaben, dass in Praxen, die unterschiedliche Krankheitskonzepte als problematischer für die Arzt-Patient-Kommunikation ansahen, die Erhebung der Illness-Perspektive der Patienten verstärkt Berücksichtigung fand. Die Daten zeigten in diesem Kontext weiterhin, dass zusätzliche Aufwände aufgrund ungewöhnlicher Symptombeschreibungen bezüglich der HIV-Infektion, die auf den ersten Blick unverständlich erschienen und damit einer üblichen medizinischen Anamnese nicht zugänglich waren, kaum berichtet wurden

Die befragten Expertinnen sahen in der Angst von migrantischen HIV-positiven Patienten vor Stigmatisierung und Ausgrenzung innerhalb der eigenen Migrantinnen-Community einen wichtigen Faktor für kulturelle Unterschiede zwischen Arzt und behandeltem Migrant in Bezug auf die Einschätzung einer HIV-Infektion. Dies galt für Migranten mit afrikanischer Herkunft ebenso wie für solche aus anderen Weltregionen, in denen das Thema Sexualität generell Tabuisierungen unterliegt (wie etwa Teile Asiens, Lateinamerikas und des Nahen Ostens). Die befragten Expertinnen berichteten im Kontext divergenter Krankheitskonzepte vorwiegend von dem Problem, Patienten aus afrikanischen Herkunftsländern die Relevanz des längere Zeit asymptomatischen Krankheitsverlaufs der HIV-Infektion und die trotzdem oftmals vorhandene Notwendigkeit einer antiretroviralen Behandlung deutlich zu machen. Divergente Krankheitskonzepte kamen nach Aussagen der Expertinnen zwar immer wieder vor, seien aber in der konkreten Behandlungssituation meist gut auflösbar gewesen.

Auch für die Barriere „Unkenntnis relevanter Ereignisse der Migrationsgeschichte“ war anzunehmen, dass deren aus Sicht der Ärzte bemerkenswert hohe Bedeutung für die Versorgung HIV-positiver Migranten zumindest zum Teil in Besonderheiten der HIV-Therapie angelegt war. Viele Ereignisse im Rahmen von Migrationsprozessen oder deren Folgen stellen wichtige Rahmenbedingungen für eine sinnvolle Therapieentscheidung und Planung für an HIV/AIDS erkrankte Migranten dar: da der Erfolg einer antiretroviralen Therapie stark von der regelmäßigen Einnahme der Medikamente abhängt, ist etwa die Kenntnis des Aufenthaltsstatus von hoher Bedeutung für die Therapieentscheidung. Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus oder ohne Krankenversicherung haben große Schwierigkeiten, ihre Therapie langfristig zu sichern, der Beginn einer Therapie wäre dann kontraindiziert. Darüber hinaus spielen unter Umständen weitere psychosoziale Rahmenbedingungen, die sich aus dem Migrationsprozess ergeben, wie Traumatisierungen, fehlende soziale Unterstützung oder ein den HIV-Positiven stigmatisierendes Umfeld eine nicht zu unterschätzende Rolle für die effektive Etablierung eines individuell angemessenen, täglich gut umzusetzenden Therapieregimes (Kap. 1.5.3 und 2.1). Die Unkenntnis solcher Lebensbedingungen und deren fehlende Berücksichtigung erschweren damit unter Umständen die Entwicklung einer vertrauensvollen und tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung. Unwissen bezüglich des spezifischen Migrationsgeschehens der einzelnen Patienten kann daher leicht zu einer therapeutischen Fehlentscheidung oder auch zum vollständigen Kontaktabbruch führen und stellt damit eine Gefahr dar, die von der Mehrzahl der befragten Ärzte wahrgenommen wurde und im Rahmen der Betreuung eines großen Anteils HIV-positiver Migranten gegeben war. Aus den Experteninterviews ging eine hohe Bedeutung einer ausreichenden Kenntnis der Migrationsgeschichte insbesondere für den Kontext der juristischen Absicherung tragfähiger Aufenthalts-Status und einer ausreichenden Kostenträgerschaft hervor.

Neben den aufgeführten migrationsspezifischen Faktoren werden in der Literatur einige weitere, nicht migrationsspezifische Faktoren als potentielle Kommunikations- und Interaktionsbarrieren in der medizinischen Versorgung von Migranten diskutiert, die sich auch auf die Versorgung HIV-positiver Migranten auswirken können. Diese sollten bei Analysen im Kontext von Migration und Gesundheit insbesondere berücksichtigt werden, um eine „Kulturali-

sierung“ gesundheitlicher Problemlagen von Migranten zu vermeiden (Borde, 2009; Krewer, 1996; Kap. 2.1 - 2.3).

Schichtspezifischen Unterschieden als einer solchen Kommunikations- und Interaktionsbarriere kam aus Sicht der Ärzte im Rahmen der Behandlung HIV-positiver Patienten eine hohe Bedeutung zu, für nur 9,4% der versorgten Migranten wurde dieser Einfluss als „weniger“ oder „gar nicht“ vorhanden beschrieben. Vor dem Hintergrund der sozialstrukturellen Daten zu Migranten in Deutschland, die einen im Vergleich zu Nicht-Migranten häufiger niedrigeren sozialen Status aufwiesen (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012a, 2012b; Bundesregierung Deutschland, 2008; Statistisches Bundesamt, 2011b, 2011c, 2011d, Kap. 1.2.2), hat dieser Faktor für die Versorgung HIV-positiver Migranten damit eine besondere Relevanz.

Dies wurde durch die Ergebnisse der Experteninterviews gestützt, aus denen die hohe Bedeutung eines geringeren Bildungsstand für eine schlechtere Versorgung HIV-positiver Migranten deutlich wurde, einem Merkmal, dass sich generell stark schichtspezifisch ausprägt (Janßen et al., 2009; Jungbauer-Gans & Gross, 2009; Lampert et al., 2005; Mielck, 2000; Richter & Hurrelmann, 2009; Rosenbrock & Gerlinger, 2006). Geringere Bildung führte dabei laut Aussage der Expertinnen häufiger zu schlecht auflösbaren interkulturellen Differenzen im Rahmen der Arzt-Patient-Interaktion und hatte damit zum einen Einfluss als migrationspezifischer Faktor. Zum anderen wirkte sich die Zugehörigkeit zu einer niedrigeren sozialen Schicht nach Meinung der Expertinnen aber auch direkt auf den Wissensstand der Migranten bezüglich ihrer HIV-Infektion aus. Dies bezog sich sowohl auf medizinisches Wissen wie auf das Wissen zur Struktur des deutschen medizinischen Versorgungssystems sowie grundlegender aufenthaltsrechtlicher Fragen und damit von Faktoren, die eine effektive medizinische Versorgung erschweren können (s.o.). Die sich aus den Studiendaten ergebende hohe Bedeutung der sozialen Schicht und des Bildungsstandes für das Wissen von Migranten zu HIV als einer der wichtigen Grundlagen für eine effektive Versorgung werden durch die wenigen ansonsten hierzu vorhandenen Studienergebnisse gestützt (Steffan, Elfriede, Sokolowski, Nowak & Oremus, 2005).

Einem unterschiedlichen Geschlecht von Arzt und Patient wurde als Kommunikations- und Interaktionsbarriere für 86,6% aller behandelten Migranten ein „mittelmäßiger Einfluss“ zugeschrieben, kein behandelnder Arzt sah hier einen „starken“ Einfluss. Da es sich bei HIV/AIDS um eine sexuell übertragbare Infektion handelt, machen Anamnese und Behandlung häufig den Bezug auf intime Details nötig. Differente Geschlechter können in der HIV-Behandlung damit gerade für Personen aus Migranten-Communities verunsichernd wirken, die sich durch eine starke Trennung der Geschlechter auszeichnen. Es ist zu überlegen, inwieweit in der Behandlung von HIV-positiven Migranten in den einzelnen Praxen strukturell mit diesem Problem umgegangen werden kann, das heißt, inwieweit Ärzte des gleichen Geschlechts zur Betreuung von in dieser Hinsicht sensiblen Migranten eingesetzt werden können. Aus den Experteninterviews wurde deutlich, dass ein unterschiedliches Geschlecht von Arzt und Patient insbesondere im Fall der Behandlung HIV-positiver muslimischer Männer als Patienten durchaus ein Problem darstellte.

Auch medizinischer Fachsprache wurde für einen Anteil von 88,7% der behandelten Migranten ein „mittelmäßiger“ oder „starker“ Einfluss zugeschrieben, dies galt jedoch nur für etwa ein Drittel der HIV-Schwerpunktpraxen. Diese Ergebnisse erschienen besonders vor dem Hintergrund interessant, dass eine gelingende HIV-Therapie ein ausreichendes Maß an Einsicht in die komplexen medizinischen Umstände der Infektion und der Behandlung voraussetzt. Nur so ist das hohe Maß an Compliance zu erreichen, das zur Sicherstellung wirksamer Medikamentenspiegel und zur Vermeidung von Resistenzen notwendig ist (Braun & Wolf, 2011; Glass et al., 2006; Murri et al., 2001; Sethi et al., 2003; Turner, 2002; Turner & Wainberg, 2006, Kap. 1.5.3). Medizinischer Fachsprache beziehungsweise der Notwendigkeit, auf kom-

plexe medizinische Inhalte zu rekurrieren, kam vor dem Hintergrund der Studiendaten in der Behandlung eines hohen Anteils HIV-positiver Migranten eine durchaus hohe Bedeutung zu. Dass gerade Praxen mit stärker ausgeprägter Sprachkompetenz medizinische Fachsprache stärker als Kommunikationshindernis bewerteten als andere, war ein Hinweis auf die hohe Bedeutung kommunikationsfördernder Maßnahmen im Bereich der HIV-Behandlung jenseits allein sprachlicher Fertigkeiten.

Die meisten der abgefragten Kommunikationsbarrieren wurden damit in der Behandlung großer Anteile HIV-positiver Migranten in Berlin von den befragten Ärzten als problematisch erlebt. Dies galt für migrationspezifische wie nicht-migrationspezifische Barrieren, eine alleinige „Kulturalisierung“ von Kommunikations- und Interaktionsproblemen schien daher in den Berliner HIV-Schwerpunktpraxen nicht vorzuherrschen. Aus den Studiendaten ergab sich kein Hinweis darauf, ob der Faktor Sprache von den befragten Ärzten deswegen als so wichtig herausgestellt wurde, weil diese als Versorger befragt wurden und sprachliche Fertigkeiten als ein Faktor interkultureller Kompetenz erschienen, der greifbarer und leichter zu benennen und auch unter Umständen leichter zu verbessern war als andere, aufwändiger zu erfassende interkulturelle Kompetenzen wie eine Sensibilität gegenüber kulturell differenten Krankheitsauffassungen.

Gründe für den hohen Einfluss der beschriebenen Barrieren konnten dabei sowohl auf die besonderen Bedingungen in der Versorgung von an HIV/AIDS erkrankten, auch nicht-migrantischen Personen im Allgemeinen als auch die spezifischen Anforderungen in der ambulanten medizinischen Versorgung von Migranten im Besonderen zurückgeführt werden. Damit ergab sich für die Versorgung HIV-positiver Migranten eine doppelte Belastung. Als größte Schwierigkeiten stellten sich aus Sicht der befragten Ärzte und Expertinnen dabei kulturelle und schichtspezifische Unterschiede sowie fehlende Sprachkenntnisse heraus. Auch der Umgang mit kulturell unterschiedlichen Krankheitskonzepten wurde in diesem Zusammenhang als schwierig empfunden, wenn auch nicht ganz so stark wie die anderen drei genannten Aspekte. Bei allen vier Gesichtspunkten handelte es sich genau um solche Probleme, denen im Rahmen einer interkulturellen Öffnung begegnet werden soll (Anderson, 2000; Barwig & Hinz-Rommel, 1995; Borde, 2009; Gaitanides, 2001; Handschuck & Schröer, 2000; Hinz-Rommel, 1998; Landeszentrum für Zuwanderung Nordrhein-Westfalen, 2000; Schröer, 2002; Veneto-Scheib, 1998). Von den Expertinnen wurden zudem kulturelle Unterschiede *zwischen* den in Berlin zahlreich vertretenen unterschiedlichen Migranten-Communities als Grund für eine schlechte Erreichbarkeit HIV-positiver Migranten für die medizinische Versorgung genannt. Viele Communities seien nur durch spezifische Ansprache zu erreichen, nicht durch eine generell „Migranten-freundliche“ Herangehensweise. Die Vermittlung der Wichtigkeit einer antiretroviralen Therapie wie auch weitere geeignete Präventionsmaßnahmen könnten vielfach nur über Mitglieder der spezifischen Communities geleistet werden. Dies sei allerdings aufgrund der hohen Zahl unterschiedlicher Communities nicht zu leisten. Diese zunächst widersprüchlich erscheinenden Anforderungen sprachen damit für eine Mischung von Ansätzen für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten in Berlin. Zumindest für von HIV in Berlin stärker betroffene Migrantenpopulationen sollten zielgruppenspezifische Angebote aufgebaut und ausgeweitet werden, um hierüber eine möglichst große Anzahl HIV-positiver Migranten möglichst spezifisch ansprechen und versorgen zu können. Darüber hinaus sollten Maßnahmen der generellen interkulturellen Öffnung von Angeboten der HIV-Schwerpunktversorgung durchgeführt und optimiert werden, gerade auch, um für zahlenmäßig kleinere Migrantenpopulationen eine angemessene medizinische Versorgung zu erreichen. Trainings zum Erwerb beziehungsweise zum Ausbau interkultureller Kompetenz in der HIV-Schwerpunktversorgung sollten daher Vorgehensweisen zum Umgang mit den genannten Kommunikations- und Interaktionsbarrieren enthalten, die zu einer gelungenen Aushandlung einer tragfähigen Arzt-Patient-Agenda zwi-

schen Arzt und HIV-positivem Migrant führen können. Vor diesem Hintergrund erschien auch der Einsatz des Gemeindedolmetschdienstes als eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation und -Interaktion. Dies galt besonders für die Behandlung von Migranten, die eine nur wenig verbreitete Sprache sprachen. Ein Vorteil eines solchen Vorgehens bestünde darin, dass Gemeindedolmetscher sowohl über sprachliches als auch medizinisches und kulturelles Wissen verfügen und damit die Kommunikation auf verschiedenen Ebenen positiv beeinflussen können.

Den befragten HIV-Schwerpunktpraxen wurde zusätzlich eine Frage nach dem Anteil von Patientenkontakten gestellt, in denen das Patientenanliegen aufgrund sprachlicher oder inhaltlicher Gründe unverständlich war, stratifiziert nach Herkunftsland/-region. Trotzdem zum Teil nur Antworten von etwa zwei Drittel der Praxen, die HIV-positive Migranten versorgten, vorlagen, war eine Beschreibung der Situation zu diesem Aspekt gut möglich, da für alle von den Praxen benannten Herkunftsländern/-regionen Angaben für einen Großteil der von den der HIV-Schwerpunktpraxen versorgten migrantischen Klientel in Berlin vorlagen. Diese Anteile bewegten sich, gewichtet nach der Anzahl der versorgten Migranten, immer zwischen etwa 10% und 20%, bei einer Betrachtung der ungewichteten Anteile unterschied sich die Region Subsahara-Afrika mit einem Wert von 40,7% deutlich von allen anderen Nennungen. Auch hier erschien die Versorgung von HIV-positiven Migranten aus Subsahara-Afrika demnach problematischer als für andere Weltregionen. Zwischen den Bewertungen der Kommunikationsbarrieren „fehlende Sprachkenntnisse“ und „kulturelle Unterschiede“ und dem Anteil von Migranten, deren Anliegen aus sprachlichen oder inhaltlichen Gründen unverständlich erschien, bestanden starke Korrelationen. Hier bestand offenbar ein hohes Potential für Verbesserungen durch Erweiterung der sprachlichen und interkulturellen Kompetenzen, und dies sicherlich nicht nur auf Seiten der Migranten, sondern auch auf der Seite der Ärzte. Dies galt insbesondere für kleinere Praxen, die über weniger kulturelle und sprachliche Kompetenzen verfügten.

Die Einflüsse der Kommunikations- und Interaktionsbarrieren konnten nur in Bezug auf die HIV-positiven Migranten bewertet werden, die bereits einen Zugang zur ambulanten medizinischen Versorgung erreicht hatten. Für Migranten, denen dies nicht gelungen war, war der Einfluss entsprechender Barrieren aus diesem Grund grundsätzlich als deutlich höher anzunehmen, allerdings waren aufgrund der Studiendaten keine Aussagen zum genauen Ausmaß des Einflusses der einzelnen Kommunikations- und Interaktionsbarrieren für diese Population möglich.

Im Rahmen der Fragebogenerhebung wurden die Ärzte weiterhin dazu befragt, als wie problematisch sie die Interaktion mit HIV-positiven Migranten empfanden, stratifiziert nach den Deutschkenntnissen der Migranten sowie nach Art der Erkrankung (HIV/AIDS und andere Beschwerden). Dabei wurden sehr große Unterschiede in der Bewertung der Interaktionsschwierigkeiten zwischen HIV-positiven Migranten mit und ohne Deutschkenntnisse deutlich. Die Interaktion zu HIV/AIDS mit Migranten ohne Deutschkenntnisse wurde für einen Anteil von 90,7% als „schwierig“ oder „sehr schwierig“ bewertet, gegenüber einem entsprechenden Anteil von 3,4% bei Migranten mit Deutschkenntnissen. Die Anteile von Bewertungen der Interaktion als „schwierig“ oder „sehr schwierig“ bezüglich anderer Beschwerden lagen demgegenüber insgesamt leicht niedriger, allerdings mit ähnlich großen Unterschieden zwischen HIV-positiven Migranten mit und ohne Deutschkenntnissen. Praxen mit besseren Ausprägungen des interkulturellen Index nahmen Interaktionen mit deutschsprachigen Migranten zu HIV und anderen Erkrankungen als unproblematischer wahr, für nicht-deutschsprachige Migranten war dieser Zusammenhang weniger ausgeprägt. Die Qualität der Arzt-Patient-Interaktion wurde demnach aus Sicht der behandelnden Ärzten nicht sehr stark von der Thematik HIV/AIDS beeinflusst. Grund hierfür war sicherlich vorwiegend die hohe Bedeutung sprachlicher Fertigkeiten für eine zufrieden stellende medizinische Betreuung dieser Klientel,

die sich aus dem Vergleich der Angaben zu Migranten mit und ohne Deutschkenntnissen ergab und die die Ergebnisse anderer Teile der Studie bestätigte.

Die in derselben Weise stratifizierte Frage nach dem Zurückbleiben von Behandlungsverläufen von HIV-positiven Migranten hinter denen von nicht-migrantischen HIV-positiven Patienten war eine zentrale Outcome-Variable zur Qualität der HIV-Behandlung von HIV-positiven Migranten in Berlin aus Sicht der befragten Ärzte. Ein bedenklich hoher Anteil von annähernd einem Fünftel der befragten HIV-Schwerpunktpraxen gab an, dass Behandlungsverläufe HIV-positiver Migranten ohne Deutschkenntnisse bei der Therapie von HIV/AIDS „sehr stark“ oder „stark“ hinter denen von nicht-migrantischen HIV-Patienten zurückblieben, etwa ein weiteres Drittel der Praxen beschrieb ein immerhin noch „mittelmäßiges“ Zurückbleiben. Insbesondere die Praxen mit einer großen HIV-positiven migrantischen Klientel sahen hier jedoch kaum Unterschiede in der Qualität der Behandlung, so dass eine Betrachtung nach Anteilen der behandelten Patienten ein deutlich besseres Bild ergab. „Stark“ bis „sehr stark“ zurückbleibende Behandlungsverläufe gab es für die weit überwiegende Anzahl der behandelten HIV-positiven Migranten ohne Deutschkenntnisse in Berlin kaum.

Insgesamt ergaben sich aus den Daten weniger starke Unterschiede bei den Behandlungsergebnissen zwischen Migranten mit und ohne Deutschkenntnisse, verglichen mit den für diese Gruppen beschriebenen Interaktionsproblemen. Zwar wurden die Behandlungsverläufe von Migranten ohne Deutschkenntnisse nach Anteilen behandelter Migranten als leicht schlechter beurteilt, dies betraf aber zum größten Teil nur unterschiedliche Anteile zwischen den Ausprägungen „kaum“ und „gar nicht“. Auffällig war der durchaus hohe Anteil von 28,5% der Migranten, für die ein immerhin „mittelmäßiges“ Zurückbleiben der Behandlungsverläufe von Migranten ohne Deutschkenntnisse im Rahmen der Behandlung anderer Erkrankungen als HIV/AIDS berichtet wurde, gegenüber einem entsprechenden Anteil von 12,6% im Rahmen der Behandlung von HIV/AIDS. Eine weitestgehend effektive Behandlung der HIV-Infektion schien damit in der Berliner HIV-Schwerpunktversorgung aus Sicht der behandelnden Ärzte für einen großen Teil der dort versorgten HIV-positiven Migranten sichergestellt zu sein, insbesondere bei ausreichenden Deutschkenntnissen. Trotzdem entsprachen die Anteile von 9,2% HIV-positiver Migranten mit Deutschkenntnissen und sogar von 17,5% bei Migranten ohne Deutschkenntnisse, bei denen die Behandlungsverläufe „mittelmäßig“ bis „sehr stark“ hinter denen nicht-migrantischer Patienten zurückblieben, nicht dem gesundheitspolitischen Anspruch einer gleichen Versorgungsqualität für alle Klienten des Gesundheitssystems in Deutschland. In den Experteninterviews wurden schlechtere Behandlungsverläufe von HIV-positiven Migranten konstatiert, wenn diese über einen geringen Bildungsstand verfügten, aufgrund dessen es deutlich häufiger zu sprachlich bedingten Kommunikationsproblemen sowie zu schlecht auflösbaren interkulturellen Differenzen im Rahmen der Arzt-Patient-Interaktion kam. Dabei musste man im Auge behalten, dass die migrantischen Patienten, die überhaupt in der HIV-Schwerpunktversorgung präsent wurden, schon eine spezifische Gruppe darstellen. Diese Personen hatten bereits verschiedene Zugangsbarrieren zu dieser Versorgungsform überwunden (Kap. 1.4.1). Für Migranten, die an diesen Hindernissen scheitern, ist eine HIV-Therapie aller Wahrscheinlichkeit nach noch wesentlich schwieriger umzusetzen. Vor diesem Hintergrund müssen daher dringend Ansätze erarbeitet werden, die eine angemessene Qualität der HIV/AIDS-Versorgung für *alle* Migranten gewährleisten.

Aus den beschriebenen Zugangs- und Kommunikationsbarrieren erwuchs den HIV-Schwerpunktpraxen an verschiedenen Stellen ein erhöhter Aufwand in der Versorgung HIV-positiver Migranten im Vergleich zu nicht-migrantischen HIV-positiven Patienten. Diesbezügliche besondere Bedarfe differierten für die Tätigkeitsfelder allgemeine Informationsgewinnung, Diagnostik und Durchführung der Medikation der HIV-positiven Migranten, als verschiedene wichtige Teile von deren medizinischen Versorgung. Der Bereich der Diagnostik HIV-positiver Migranten war für die Ärzte im Vergleich zur nicht-migrantischen Klientel

mit dem geringsten Mehraufwand behaftet. Ein Grund hierfür konnte gewesen sein, dass labor diagnostische Verfahren im Bereich der HIV-Infektion einen sehr hohen Stellenwert haben und eine aufwändige gesprächsgegründete Diagnostik daher eher umgangen werden konnte. Dies traf besonders auf effektiv antiretroviral behandelte migrantische wie nicht-migrantische HIV-positive Patienten zu, bei denen nur ein regelmäßiges labor diagnostisches Monitoring nötig ist (Kap. 1.5.3).

Diese These wurde gestützt von dem als deutlich aufwändiger beschriebenen Prozess der allgemeinen Informationsgewinnung im Rahmen einer HIV-Behandlung HIV-positiver Migranten. Hierfür waren in der Praxis zum Teil sehr ausführliche Gespräche nötig, insbesondere zur Durchführung einer migrationsspezifischen Anamnese (Borde, 2009; Broszinsky-Schwabe, 2011; Bundesarbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, 2000; Erll & Gymnich, 2007; Freißig, 2005; Heringer, 2007; Mohammadzadeh, 2001; Muthny & Bermejo, 2008; Peintinger, 2011; Penka, Schouler-Ocak et al., 2012; Salis Gross, Blöchliger et al., 1997; Veneto-Scheib, 1998), die im Bereich der „allgemeinen Informationsgewinnung“ verortet werden konnte. Folgerichtig war ein mittelstarker bis starker Zusammenhang zwischen dem Umfang der migrationsspezifischen Anamnese und der Einschätzung dieses Mehraufwandes festzustellen. Es ist anzunehmen, dass für diesen Mehraufwand darüber hinaus sprachliche und kulturelle Differenzen von Bedeutung waren. Weiterhin sprachen hierfür mittelstarke bis starke Korrelationen zwischen den Angaben zu diesem Mehraufwand und der Einschätzung der Bedeutung der Kommunikationsbarrieren „kulturelle Unterschiede“, „unterschiedliche Krankheitskonzepte“ sowie „fehlende Sprachkenntnisse“.

Im Bereich der antiretroviralen Medikation wurde für 27,0% der versorgten Migranten ein erhöhter Aufwand berichtet, allerdings wurde nur für 2,8% dieser Fälle die Ausprägung „viel mehr Aufwand“ gewählt. Der erhöhte Aufwand für die Durchführung der Medikation wurde damit als deutlich geringer eingeschätzt als der für die allgemeine Informationsgewinnung im Rahmen der Behandlung HIV-positiver Migranten.

Die von den HIV-Schwerpunktpraxen berichteten besonderen Anforderungen und Bedarfe als Faktoren interkultureller Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten auf struktureller Ebene und im Rahmen persönlicher Interaktionen korrespondierten stark mit deren Darstellung der verschiedenen Kommunikations- und Interaktionsbarrieren. Häufigste genannte besondere Anforderungen waren Geduld (15/17), mehr sprachliche Kompetenz (14/17) und die Umsetzung eines größeren zeitlichen Aufwands (14/17). Auch an dieser Stelle wurde damit einmal mehr die hohe Bedeutung sprachlicher Kompetenzen für eine zufrieden stellende Versorgung HIV-positiver Migranten deutlich. Ein zusätzlicher zeitlicher Aufwand bedeutet in einer medizinischen Praxis immer auch finanzielle Einbußen, da insgesamt weniger Patienten versorgt werden können. Die Analyse der nach verschiedenen Migrantengruppen stratifizierten Frage nach einem höheren zeitlichen Aufwand wurde für die Behandlung von Personen aus Subsahara-Afrika als besonders hoch angegeben, genauso wie für Menschen mit ungeklärtem oder nicht legalisiertem Aufenthaltsstatus. Gerade für letztere Gruppe erschien es daher besonders dringlich, Lösungen zu finden, die eine qualitätsvolle medizinische Versorgung trotz aufenthaltsrechtlicher Probleme erlaubten. Die Daten aus den Experteninterviews ergaben ebenfalls einen erhöhten Zeitaufwand für die ambulante medizinische Betreuung HIV-positiver Migranten. Diese für die HIV-Schwerpunktpraxen sehr konkrete Schwierigkeit beeinträchtigte eine adäquate medizinische Versorgung der migrantischen Klientel, da für die deutlich aufwändigeren ärztlichen Konsultationen HIV-positiver Klienten über den für alle HIV-positiven Patienten grundsätzlich abrechenbaren Mehraufwand (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2009) keine geeigneten Abrechnungsziffern existierten. Für eine verbesserte Versorgung HIV-positiver Migranten stellte dies nach Meinung der Experten ein deutliches Hindernis dar.

Praxen, die migrationsspezifische Kommunikations- und Interaktionsbarrieren als problematischer einschätzten, berichteten eher von einem erhöhten zeitlichen Mehraufwand in der Behandlung von HIV-positiven Migranten gegenüber nicht-migrantischen HIV-Patienten. Wenn einer Kommunikationsbarriere ein stärker hinderlicher Einfluss zugeschrieben wurde, wurde also darauf auch eher mit einer erhöhten Bereitstellung von Ressourcen gegenüber nicht-migrantischer Klientel reagiert. Dies sprach dafür, dass den besonderen Anforderungen in der Behandlung von HIV-positiven Migranten von den HIV-Schwerpunktpraxen tendenziell entgegen gekommen wurde. Folgerichtig verschwand ein solcher Zusammenhang in Bezug auf die nicht-migrationsspezifischen Kommunikationsbarrieren „schichtspezifische Unterschiede“ und „medizinische Fachsprache“ oder kehrte sich im Fall der Kommunikationsbarriere „unterschiedliches Geschlecht“ sogar um.

Der geringere Anteil von Praxen, die in diesem Kontext die Notwendigkeit der Zufriedenheit mit schlechteren medizinischen Ergebnissen (6/17) berichtete, stand hingegen in Übereinstimmung mit dem Anteil von Praxen, die von schlechteren Behandlungsverläufen bei HIV-positiven Migranten berichteten.

Zugangs- und Kommunikationsbarrieren im Kontext der medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten existierten in Berlin damit auf breiter Ebene. Aufgrund der in Berlin im Bereich HIV grundsätzlich sehr guten und ausdifferenzierten Versorgungslage für HIV-positive Personen kann davon ausgegangen werden, dass dies in ähnlichem Umfang für alle anderen Regionen Deutschlands gilt. Dies wog umso schwerer, als die Studiendaten durch eine Befragung von Personen generiert wurden, die aktiv in der HIV-Versorgung tätig waren. Daher war es wahrscheinlich, dass diese die Qualität ihrer Versorgung eher über- als unterbewerteten (Bortz & Döring, 2006; Raab-Steiner & Benesch, 2010).

5.4 Ein Modell interkulturellen Handelns in der medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten in Deutschland und Berlin

Betrachtet man die Studiendaten vor dem Hintergrund des Lebenslauf-orientierten Modells zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit von Spallek und Razum (2008), ergeben sich Einflüsse auf die gesundheitliche Situation und Versorgung von HIV-positiven Migranten in Berlin auf allen im Modell konzeptualisierten Ebenen. Für genetische Unterschiede als erste dieser Ebenen (Abb. 9) war auf die Gesundheit beziehungsweise die medizinische Versorgung von HIV-positiven Migranten in Berlin grundsätzlich kein erheblicher Einfluss zu erwarten. Eine gesundheitliche Relevanz mit Bezug auf das HI-Virus selbst kann sich hier jedoch für Migranten aus Weltregionen insbesondere außerhalb Europas und Nordamerikas ergeben, die potentiell HIV-Genotypen und/oder Resistenzprofile aufweisen können, die durch die erhältlichen antiretroviralen Medikamente nur suboptimal behandelt werden können.

Die Situation im Herkunftsland als zweiter Einflussebene des Modells spielte ausschließlich für Migranten mit eigener Migrationserfahrung eine Rolle. Als Einfluss war hier etwa eine im Herkunftsland zwar bereits indizierte, aber etwa aufgrund dort mangelnder Ressourcen nicht eingeleitete antiretrovirale Behandlung denkbar, mit der Folge einer schon weiter fortgeschrittenen Erkrankung bei der Vorstellung in einer Berliner HIV-Schwerpunktpraxis. Der hohe Anteil von „Late Presentern“ oder auch von Personen im zumindest symptomatischen Stadium (CDC-Stadium B) der HIV-Erkrankung in den HIV-Schwerpunktpraxen in Berlin, der sich aus den Daten der Fragebogenerhebung ergab, sprach für eine solche Form der Fehlversorgung im Herkunftsland. Erschwerend für die Behandlung einer HIV-Infektion konnten zudem eine generell schlechte soziale Lage im Herkunftsland und damit einhergehende körperliche und psychische Beeinträchtigungen sein. Konkrete Beeinträchtigungen konnten auf

Grundlage der Studiendaten nicht benannt werden, allerdings war anzunehmen, dass solche vorhanden und je nach Herkunftsland und –region sehr unterschiedlich ausgeprägt waren.

Einflüsse des Migrationsprozesses als dritter Einflussebene hatten sicherlich weniger spezifische Auswirkungen auf die Behandlung einer HIV-Infektion im Besonderen als vielmehr auf die gesundheitliche Situation und Versorgung von HIV-positiven Migranten generell. Dies waren etwa Traumatisierungen, die aufgrund von Angst gegenüber Behörden, aber auch aufgrund einer generell eingeschränkten psychischen Belastbarkeit zu einem eingeschränkten Such- und Inanspruchnahmeverhalten gesundheitlicher Leistungen führen konnten. Auch ein sich aus dem Migrationsprozess ergebender illegaler Aufenthaltsstatus konnte die medizinische Versorgung einer HIV-Infektion negativ beeinflussen.

Die Einflussebenen der Situation im Zielland sowie von individuellen Verhaltensweisen bedingten sich im Kontext der medizinischen Behandlung HIV-positiver Migranten stark gegenseitig.¹¹² Verschiedenste strukturelle versorgungsspezifische Aspekte nehmen Einfluss auf das Individuum, das auf Grundlage dieser Bedingungen sein jeweils spezifisches Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten zeigt. Aus den Studiendaten ergaben sich als strukturelle Bedingungen, die im Kontext der HIV-Versorgung relevant werden konnten, der Aufenthalts- und Versicherungsstatus der HIV-positiven Migranten, deren Bildungsgrad und sozialer Status sowie die spezifischen Strukturen des deutschen Gesundheitssystems mit seinen Unterschieden zu Versorgungsstrukturen in vielen verschiedenen Herkunftsländern. Hinzu kamen die verschiedenen Kommunikations- und Interaktionsbarrieren, für die sich aus den Studiendaten eine hohe Relevanz für die konkrete Arzt-Patient-Interaktion zwischen Ärzten und HIV-positiven Migranten in der Berliner HIV-Schwerpunktversorgung ergab. Hier standen an erster Stelle sprachliche Schwierigkeiten und generelle kulturelle Differenzen, aber auch divergente Krankheitskonzepte, die Unkenntnis relevanter Ereignisse der Migrationsgeschichte, wiederum schicht- und geschlechtsspezifische Unterschiede sowie medizinische Fachsprache. Je nach spezifischer Kombination und Ausprägungsgrade all dieser potentiellen Faktoren prägen sich diese auf individueller Ebene unterschiedlich aus. Sie sollten aber für eine migrationspezifische Analyse des Versorgungsgeschehens in Betracht gezogen werden und etwa für die Ausarbeitung eines Curriculums zum Training interkultureller Kompetenzen mit Relevanz für die medizinische Versorgung HIV-positiver Migranten in Betracht gezogen werden.

Für die Durchführung einer antiretroviralen Therapie mit HIV-positiven Migranten erschienen vor dem Hintergrund der Studiendaten einige Umstände als besonders problematisch. Die Entscheidungsfindung und Durchführung einer erfolgreichen HAART erfordert ein belastbares Arzt-Patient-Verhältnis, in dessen Rahmen eine intensive Auseinandersetzung zu unter Umständen differierenden medizinischen Auffassungen und unterschiedlichen Körper- und Krankheitskonzepten möglich sein muss (Kap. 1.5.3). In dieser Hinsicht konnte es zu inhaltlichen wie auch zu sprachlichen Problemen kommen. Die Nebenwirkungen der HAART konnten bei Migranten mit differentem Krankheitsverständnis häufiger zu einer verminderten Adhärenz beitragen, da es sich um eine Therapie handelt, deren Nutzen nicht unmittelbar am körperlichen Befinden abzulesen sein muss und sie häufig schon während eines asymptomatischen Krankheitsstadiums zur Anwendung kommt. Wenige für Deutschland vorhandene Studien zeigten eine verminderte Adhärenz bei Migranten (Hecker, Bartus & Heinze, 1998; Stöckler-Ipsiroglu et al., 2005). Im Rahmen der HIV-Behandlung ist eine zum Teil hochfrequente Betreuung in auf die Versorgung von HIV-positiven Patienten spezialisierten Behandlungseinrichtungen nötig, deren Besuch Angst vor Stigmatisierung und sozialer Isolation aufgrund von HIV/AIDS auslösen konnte. In ähnlicher Weise konnte eine unter Umständen vor anderen Personen nicht zu verheimlichende Medikamenten-Einnahme ein ungewolltes Co-

¹¹² Eine ausführlichere Diskussion des Einflusses individueller Verhaltensweisen erfolgte bereits weiter oben in Kapitel 5.3.

ming-Out als HIV-Patient bedeuten. Auch die hohen Kosten einer HIV-Therapie für Migranten ohne Krankenversicherung (Hoffmann, 2013c, Kap. 4.3.2.3, 4.3.2.5) waren eine häufig nicht zu überwindende Hürde für die Versorgung mit einer HAART.

Neben den dargestellten negativen migrationspezifischen Auswirkungen auf die gesundheitliche Lage und Versorgung HIV-positiver Migranten war ebenfalls ein positiver Effekt der Migration denkbar, der von den interviewten Expertinnen angeführt wurde. Aufgrund der Notwendigkeit, sich mit einem komplexen Migrationsprozess (für Migranten der ersten Generation) als auch mit dessen Folgen im Einwanderungsland auf rechtlicher, psychosozialer, finanzieller und anderen Ebenen auseinanderzusetzen, konnten HIV-positive Migranten auch über eine erhöhte Fähigkeit zur Adaption an neue Situationen verfügen. Ihr adaptives Oszillationspotential im Sinne des Modells von Demorgon und Molz (1996) konnte hierdurch bereits eine relevante Erweiterung erfahren haben, interkulturelle Interaktionssituationen im Rahmen ihrer medizinischen Versorgung konnten durch größere interkulturelle Ressourcen auf Seiten der HIV-positiven Migranten leichter gestaltbar sein.

Als Vergleichsgruppe, die zur Analyse von Auswirkungen der (potentiell) wirksam gewordenen „Nature“- und „Nurture“-Expositionen (Spallek & Razum, 2008) auf die gesundheitliche Lage und Versorgung zwischen HIV-positiven Migranten in Berlin (oder auch Deutschland) herangezogen werden sollte (Schenk, 2007), erschien die dortige HIV-positive nicht-migrantische Population sinnvoll. Dies galt, da anzustreben ist, dass HIV-positive Migranten, die sich in Deutschland aufhalten, die gleiche medizinische Versorgungsqualität und gesundheitliche Lage erreichen wie dort lebende nicht-migrantische HIV-positive Personen. Ein Vergleich mit der gesundheitlich zum Teil schlechter gestellten migrantischen Population in Berlin beziehungsweise Deutschland oder aber mit den Populationen der jeweiligen Herkunftsländer war aus diesem Grund nicht in Betracht zu ziehen. Die Studiendaten ergaben für einen solchen Vergleich ein divergentes Bild, je nach Kombination der spezifischen Einflussfaktoren für bestimmte Subpopulationen von Migranten. Insbesondere für Migranten aus Subsahara-Afrika zeigten die Studiendaten eine Kombination von Einflüssen, die zu einer gegenüber der nicht-migrantischen HIV-positiven Population in Berlin deutlich ungünstigeren gesundheitlichen Lage und Versorgung führte. Diese Gruppe war auch aus epidemiologischer Sicht besonders bedeutsam, wie die Analyse der HIV-Melddaten für Deutschland und Berlin zeigte (Kap. 4.1, 5.1).

In Ergänzung zu den gesundheitswissenschaftlichen Modellen zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit wurden im Rahmen dieser Studie psychologische Modelle interkulturellen Handelns, insbesondere das erweiterte Modell der Kulturstandards nach Krewer (1996) und des adaptiven Oszillierens nach Demorgon und Molz (1996) sowie psychologische Modelle, die im medizinischen Bereich Aspekte interkultureller Interaktionssituationen zwischen Arzt und Patient abbilden können (Auernheimer, 2008; Bergmann & Bergmann, 2005; Bolten, 2007a; Borde, 2009; Demorgon & Molz, 1996; Faltermaier, 2005b; Gertsen, 1990; Helman, 2007; Kleinman et al., 1978; Leenen, 2005; Levenstein, McCracken, McWhinney, Stewart & Brown, 1986; Lustig & Koester, 2009; Rathje, 2006; Salis Gross, Blöchliger et al., 1997; Salis Gross, Moser et al., 1997; Straub et al., 2007; Thomas et al., 2005; Zick, 2010; Zülch, 2004) genutzt, um ein Modell für interkulturelle Interaktionssituationen im Rahmen der medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten zu entwickeln. Auf Grundlage der Studiendaten ließen sich diese Modelle auf interkulturelles Interaktionshandeln zwischen HIV-positiven Migranten und Ärzten mit dessen spezifischen Bedingungen und Anforderungen hin weiterentwickeln und spezifizieren.

Die vor dem Hintergrund der Studiendaten bereits ausführlich diskutierten Kommunikations- und Interaktionsbarrieren in der medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten sind dabei grundsätzlich als Ausdruck von für diesen Bereich spezifischen Kulturstandards zu sehen. Diese konkretisieren sich in sich nicht oder zu gering überschneidenden adaptiven Oszil-

lationspotentialen von HIV-positiven Migranten und behandelnden Ärzten und sind damit als Mangel-Dimensionen interkultureller Kompetenzen zu betrachten. Sie werden bestimmt durch die in Kap. 2.3 herausgearbeiteten prä-adaptiven Gegensätze, wie sie sich in der Illness-Perspektive des HIV-positiven Migranten und dessen Patienten-Agenda beziehungsweise in der Disease-Perspektive des Arztes und seiner Arzt-Agenda manifestieren (Abb. 12). Aus den Studiendaten ergaben sich als wesentliche potentielle Faktoren auf Seiten der HIV-positiven Migranten, die eine im Vergleich zur nicht-migrantischen Patientenpopulation in Deutschland schlechtere gesundheitliche Lage von HIV-positiven Migranten bedingen können:

- Defizite in der Sprache des Einwanderungslandes,
- eine nicht-westliche kulturelle Prägung,
- ein nicht-westliches, nicht-schulmedizinisch geprägtes Verständnis von Gesundheit und Krankheit,
- ein illegalisierter Aufenthaltsstatus,
- eine fehlende Krankenversicherung,
- die direkte Notwendigkeit, wesentliche Grundbedürfnisse wie Ernährung, Wohnen und Arbeit abzudecken, die die Kapazitäten für erforderliches Gesundheitssuchverhalten im Rahmen der HIV-Infektion einschränkt,
- eine niedrigere soziale Schichtung und ein niedrigerer Bildungsstand,
- in unterschiedlichem Geschlecht zwischen HIV-positivem Migrant und Arzt begründete Kommunikations- und Interaktionsschwierigkeiten, insbesondere im Kontext sexuell übertragbarer Erkrankungen,
- potentielle Stigmatisierungen aufgrund der HIV-Infektion und durch das Aufsuchen einer auf deren Behandlung spezialisierte Schwerpunktpraxis in der eigenen migrantischen Community.

Diese Faktoren finden für jeden individuellen Migranten jeweils spezifische Ausprägungen, einzelne Faktoren können im Einzelfall von hoher Bedeutung sein, andere unter Umständen gar keine Rolle spielen. Auf Seiten des behandelnden HIV-Schwerpunktarztes wurden die folgenden Faktoren deutlich:

- eingeschränkte Fremdsprachenkenntnisse,
- ein extensiver Gebrauch medizinischer Fachsprache,
- ein westlich-schulmedizinisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit,
- die Unkenntnis von Details des Migrationsgeschehens des HIV-positiven Patienten,
- eine höhere soziale Schichtung und ein höherer Bildungsstand,
- in unterschiedlichem Geschlecht zwischen Arzt und HIV-positivem Migrant begründete Kommunikations- und Interaktionsschwierigkeiten, insbesondere im Kontext sexuell übertragbarer Erkrankungen,
- beschränkte finanzielle Ressourcen zur Erhöhung der interkulturellen Kompetenzen der HIV-Schwerpunktpraxis,
- eine geringe Vernetzung mit psychosozialen und medizinischen Einrichtungen mit migrationsspezifischer Expertise.

Die genannten Faktoren auf Seiten der HIV-positiven Migranten wie auch auf Seiten von deren behandelnden Ärzten sind im Rahmen des Modells zum adaptiven Oszillieren als Pole prä-adaptiver Gegensätze in der HIV-Behandlung von HIV-positiven Migranten unter den strukturellen und juristischen Bedingungen insbesondere des deutschen Gesundheitssystems und des deutschen Aufenthaltsrechts zu sehen. Für eine gelungene Arzt-Patient-Beziehung in diesem Bereich und damit einer für die HIV-positiven Migranten langfristig gut umsetzbaren und effektiven medizinischen Behandlung ist damit eine Erweiterung der habituellen Oszillation der adaptiven Achsen von HIV-positivem Migrant und behandelndem Arzt anzustreben. Ziel ist die Erreichung post-adaptiver interkultureller Kompetenzen, mit möglichst weitem Oszillationspotential um die adaptiven Achsen von HIV-positivem Migrant und behandelndem Arzt.

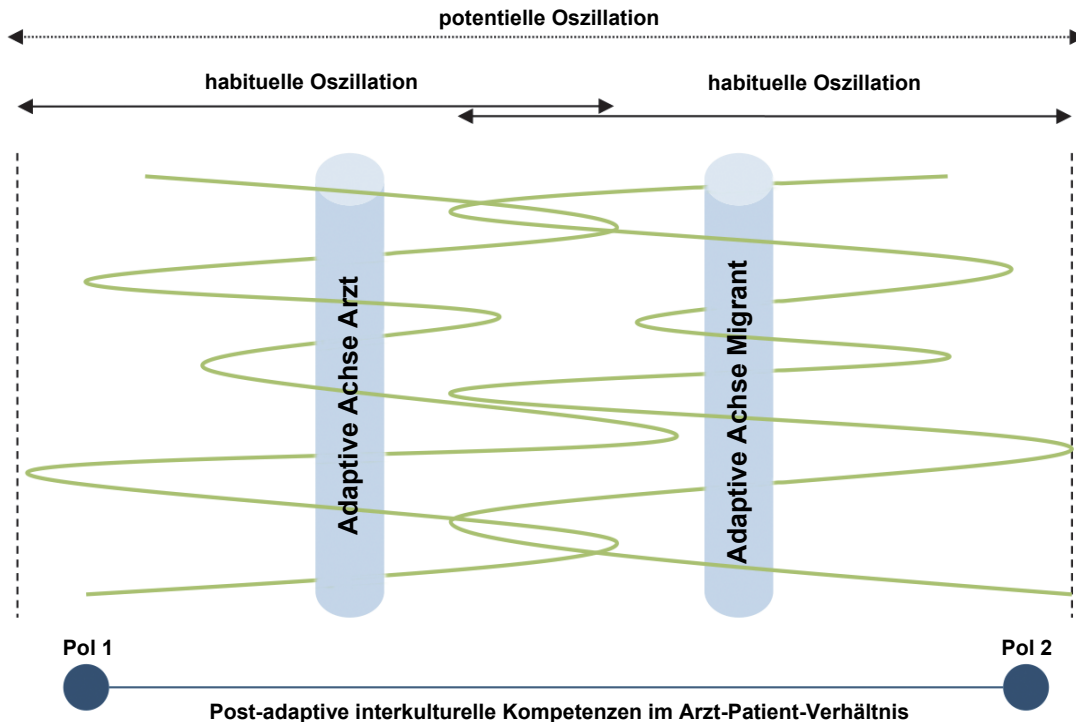
Auf Grundlage der Studiendaten und in Anwendung der in Kap. 2 dargestellten psychologischen Ansätze interkulturellen Handelns in der Arzt-Patient-Interaktion konnte ein Modell des adaptiven Oszillierens für die Versorgung HIV-positiver Migranten unter den in Deutschland gegebenen Bedingungen definiert werden. Die habituellen Oszillationspotentiale der HIV-positiven Migranten sowie der behandelnden Ärzte sollten durch geeignete Maßnahmen so erweitert werden, dass sich durch deren Überlappung die folgenden post-adaptiven interkulturellen Kompetenzen für eine angemessene medizinische Behandlung HIV-positiver Migranten ergeben:

- Die Nutzung gemeinsamer belastbarer Sprachkenntnisse für HIV-positive Migranten und deren behandelnde Ärzte oder effektiver Sprach- und Kulturmittlung aufgrund der zentralen Bedeutung ausreichender Sprachkenntnisse zur Vermittlung der komplexen medizinischen Zusammenhänge von HIV/AIDS und potentieller lebensweltlicher Folgen. Ausreichende Sprachkenntnisse sind eine zentrale Grundlage zur Etablierung einer tragfähigen, vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung, in deren Rahmen die genannten Inhalte adressiert werden können. Dabei sollte es zu einer möglichst weitgehenden Vermeidung von medizinischer Fachsprache und zum breiten Einsatz von für die Vermittlung komplexer medizinischer Inhalte aus dem HIV-Bereich geeigneten medialen Hilfsmitteln kommen.
- Die gemeinsame, umfangreiche Durchführung einer migrationsspezifischen Anamnese und einer Ergründung der Illness-Perspektive der HIV-positiven Migranten mit möglichst weiter Enttabuisierung der Thematik HIV/AIDS. Bei der Erhebung und Interpretation migrationsspezifischer Details sollte die „Kulturalisierung“ von nicht-migrationsbedingten Kommunikations- und Interaktionsbarrieren zwischen HIV-positiven Migranten und behandelnden Ärzten vermieden werden.
- Die Etablierung eines Bewusstseins für und die möglichst weitgehende Überwindung von geschlechts- und/oder schichtspezifischen Kommunikations- und Interaktionsbarrieren.
- Im HIV/AIDS-Bereich besteht das Problem, dass nicht nur eine „neue Kultur“ und „Kohäsion“ zwischen Arzt und Patient erzeugt werden muss (Rathje, 2006, S. 4), sondern die Aushandlung eines schulmedizinisch orientierten therapeutischen Vorgehens die einzige erfolgversprechende Option zur effektiven Behandlung der Infektion ist. Das Vorgehen zur Aushandlung einer gemeinsamen Patient-Arzt-Agenda kann daher aus Sicht des Arztes nicht wirklich ergebnisoffen sein, möchte er eine optimale Versorgung seines migrantischen Patienten gewährleisten. Vor diesem Hintergrund ist die adäquate gegenseitige Vermittlung der jeweiligen Gesundheits- und Krankheitsmodelle als Grundlage der gemeinsamen Erarbeitung und Anerkennung eines westlich-schulmedizinischen Verständnisses für die antiretrovirale Therapie der HIV-Infektion von hoher Bedeutung.

- Auf dieser Grundlage ist die Fähigkeit zur gemeinsamen Erarbeitung eines langfristig angelegten, tragfähigen Betreuungs- und Behandlungsplans unter Bezug auf das individuelle Migrationsgeschehen und die aktuelle Lebenslage des migrantischen Patienten eine weitere wichtige interkulturelle Kompetenz. Hierbei sollten psychosoziale, aufenthaltsrechtliche und finanzielle Aspekte berücksichtigt werden.
- Das strukturelle Empowerment der HIV-positiven migrantischen Patienten durch die Etablierung und Nutzung einer umfangreichen Vernetzung der HIV-Schwerpunktpraxen mit Einrichtungen der psychosozialen und juristischen Beratung und mit migrantischen Selbsthilfeorganisationen. Darüber hinaus sollte es auch zu einer Vernetzung mit anderen HIV-Schwerpunktpraxen in der Stadt/Region kommen, um eine möglichst breite Nutzung bereits vorhandener interkultureller Kompetenzen für HIV-positive Migranten zu ermöglichen. Durch eine umfangreiche Vernetzung können damit auch die in den HIV-Schwerpunktpraxen bereits vorhandenen Kapazitäten zur medizinischen Betreuung von HIV-positiven Migranten ohne Krankenversicherung und/oder mit illegalisiertem Aufenthaltsstatus möglichst gut genutzt werden.
- Als migrationssensible Angleichungen der Praxisstruktur sollten migrationssensible Patienten-Informationen zu HIV/AIDS vorgehalten und deren Rezeption durch die HIV-positive Migranten durch die HIV-Schwerpunktpraxen befördert werden. Darüber hinaus sollten sich die HIV-Schwerpunktpraxen in möglichst weitgehender Vermeidung von für HIV-positive Migranten potentiell stigmatisierenden Merkmalen darstellen.

Die dargestellten Anforderungen an eine gelungene Arzt-Patient-Interaktion im Rahmen der medizinischen Behandlung HIV-positiver Migranten sind als post-adaptive interkulturelle Kompetenzen im Arzt-Patient-Verhältnis in Abb. 59 zusammengefasst. Es ist zu erwarten, dass die herausgearbeiteten interkulturellen Kompetenzen mit ihren affektiven, kognitiven und verhaltensbezogenen (konativen) Elementen nur in einem komplexen Zusammenwirken und durch ihre Umsetzung auf individueller (Arzt und Migrant) wie struktureller Ebene (Praxis, rechtliche Situation etc.) die ambulante medizinische Versorgungslage HIV-positiver Migranten verbessern können. Damit ist das hier entwickelte Modell interkultureller Kompetenz eher als Prozessmodell interkultureller Kompetenz zu verstehen denn als Listen- oder Strukturmodell (Bolten, 2007a; Rathje, 2006).

Eine Anwendung des Modells ist möglich zur ersten Analyse einer bestehenden Situation im Sinne einer Bestandserhebung im Rahmen eines interkulturellen Öffnungsprozesses wie auch als Evaluationsinstrument nach Durchführung von Maßnahmen zur Erweiterung des adaptiven Oszillationspotentials zur Messung der Art und des Ausmaßes eventuell angeeigneter interkultureller Kompetenzen einer oder mehrerer der an diesem Prozess beteiligten Personen beziehungsweise Einrichtungen.



- Sicherstellung gemeinsamer belastbarer Sprachkenntnisse oder effektive Sprach- und Kulturmittlung
- gemeinsame Durchführung einer migrationspezifischen Anamnese und Ergründung der Illness-Perspektive des Patienten mit möglichst weitgehender Enttabuisierung von HIV/AIDS
- Etablierung eines Bewusstseins und Überwindung von geschlechts- und/oder schichtspezifischen Kommunikations- und Interaktionsbarrieren
- adäquate gegenseitige Vermittlung der jeweiligen Krankheitsmodelle und gemeinsame Anerkennung eines schulmedizinischen Verständnisses für die antiretrovirale Therapie
- gemeinsame Erarbeitung eines Behandlungsplans unter adäquater Berücksichtigung des individuellen Migrationsgeschehens und der aktuellen Lebenslage der migrantischen Patienten
- strukturelles Empowerment des migrantischen Patienten durch Etablierung und Nutzung von Vernetzung zu psychosozialer und juristischer Beratung, Selbsthilfeorganisationen etc.
- migrationsensible Angleichung der Praxisstruktur: Vorhalten und Rezeption migrationsensibler, leicht verständlicher Patienten-Informationen zu HIV/AIDS; Vermeidung von für HIV-positive Migranten potentiell stigmatisierenden Praxismerkmalen

Abbildung 59

Modell des adaptiven Oszillierens mit im Rahmen der medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten wirksamen post-adaptiven interkulturellen Kompetenzen, auf Grundlage von Demorgon & Molz (1996), S. 54

Bei einer solchen Anwendung des Modells ist es wichtig zu beachten, dass das Ziel solcher Maßnahmen grundsätzlich die möglichst umfangreiche Erweiterung des Oszillationspotentials beider adaptiver Achsen ist und nicht nur einseitig die adaptive Achse der HIV-positiven migrantischen Patienten oder die der behandelnden Ärzte, um möglichst viele und weite inhaltliche Überschneidungsbereiche zu generieren. Dies gilt für alle der genannten post-adaptiven interkulturellen Kompetenzen. Grundsätzlich ist jedoch davon auszugehen, dass auf Seiten der HIV-Schwerpunktbehandler größere Ressourcen auf finanzieller, organisatorischer und individuell-psychischer Ebene vorhanden sind als auf Seiten der HIV-positiven Migranten, deren Situation häufig durch die Notwendigkeit zur Lösung von deutlich größeren lebenspraktischen Problemen bestimmt ist.

Aus den Studiendaten ergaben sich weiterhin eine Reihe von Inhalten, die zur Sicherstellung einer effektiven Behandlung HIV-positiver Migranten als HIV-spezifische Erweiterung des Fragenkatalogs zur Ergründung von deren Illness-Perspektive und der migrationspezifischen

Anamnese (Kap. 2.3; Tab. 7 und 8) umgesetzt werden sollten. Dies waren im Einzelnen Angaben

- zum ätiologischen Verständnis der HIV-Infektion,
- zum Verständnis der Behandlungsbedürftigkeit einer häufig über längere Zeit asymptomatisch verlaufenden HIV-Infektion,
- zur Umsetzbarkeit geplanter Therapieregime im Lebensalltag der Menschen, insbesondere unter Berücksichtigung von Stigmatisierungspotentialen, etwa aufgrund der Einnahme von HIV-Medikamenten in der Öffentlichkeit,
- zum Stigmatisierungspotential innerhalb der jeweiligen migrantischen Community aufgrund des Besuchs von Einrichtungen der HIV-Schwerpunktbehandlung,
- zum vorhandenen Wissen zu Strukturen und Angeboten des deutschen beziehungsweise regionalen Versorgungssystems im Bereich der HIV-Versorgung,
- zu eventuell bereits durchgeführten HIV-Therapien im Herkunftsland.

Die Konkretisierung der post-adaptiven interkulturellen Kompetenzen auf Grundlage der Studiendaten (Abb. 59) zeigte, dass eine Erweiterung der habituellen Oszillation auf der adaptiven Achse der HIV-positiven Migranten durch Maßnahmen des Empowerment gefördert wird, die dem Konzept der strukturellen Prävention der Deutschen AIDS-Hilfe entsprechen (Kap. 2.4.2). Die Studiendaten bestätigten damit die hohe Bedeutung des Konzepts der strukturellen Prävention, wie dies auch schon in der VIA-Expertise (VIA Berlin/Brandenburg e.V., 2000) als eine der Grundlagen interkultureller Öffnung im Bereich der HIV/AIDS-Versorgung herausgestellt wurde. Die von diesem Konzept darüber hinaus abgedeckten Ansätze zur Stärkung der migrantischen Selbsthilfe und zur Emanzipation der HIV-positiven Migranten wurden in den Studiendaten ebenfalls bestätigt. Die in den Konzepten zur interkulturellen Öffnung grundsätzlich in allgemeinerer Form vorgesehenen (Anderson, 2000; Barwig & Hinz-Rommel, 1995; Borde, 2009; Borde & David, 2004; Bundesarbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, 2000; Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, 2009; Freißig, 2005; Gaitanides, 2008; Handschuck & Schröer, 2008; Hinz-Rommel, 1998; Penka, Kluge et al., 2012; Schröer, 2002; Ünal, 2008; Veneto-Scheib, 1998) und insbesondere in der in der VIA-Expertise (VIA Berlin/Brandenburg e.V., 2000) weiter konkretisierten ersten drei Komponenten zur interkulturellen Öffnung der HIV-Versorgungslandschaft in Berlin:

- die Überprüfung aller Strukturen und Angebote einer Einrichtung,
- die Bedarfsanalyse und
- die Entwicklung interkultureller Kompetenz

erscheinen vor dem Hintergrund der Studiendaten damit auch für die Berliner HIV-Schwerpunktversorgung angebracht und umsetzbar. Die Umsetzung der vierten Komponente, der strukturell abgesicherten Interessenvertretung von Migranten, ist in den HIV-Schwerpunktpraxen als medizinischen Einrichtungen eher schwer umsetzbar. Da diese nicht über Einrichtungen wie einen Vorstand oder beratende Beiräte verfügen und das Personal vorwiegend nach Erwägungen bezüglich deren medizinischer Qualifikation angestellt wird, ist die Etablierung einer strukturellen migrantischen Interessenvertretung auf diesen Ebenen nur schwer möglich. Allerdings kann, gerade in größeren Praxen, ein Migrationshintergrund durchaus zu einem Einstellungskriterium unter weiteren Kriterien werden. Dabei ist jedoch wiederum eine Konzentration interkultureller Kompetenzen auf Personen mit Migrationshin-

tergrund als Form der „Kulturalisierung“ zu vermeiden. Deren interkulturelle Kompetenz sollte in einer HIV-Schwerpunktpraxis vielmehr zur Sensibilisierung und Erhöhung der interkulturellen Kompetenz anderer Angestellter genutzt werden. Weiterhin kann eine strukturell abgesicherte Interessenvertretung von Migranten auch durch regelmäßige Kooperation und Austausch mit migrantischen Interessenverbänden sowie durch die Befragung migrantischer Klientel bezüglich deren Versorgungsqualität umgesetzt werden.

Das hier auf Grundlage der Studiendaten entwickelte Modell zum adaptiven Oszillieren zur Erreichung post-adaptiver interkultureller Kompetenzen, die für eine adäquate und effektive medizinische Behandlung HIV-positiver Migranten in Deutschland notwendig erscheinen, ist grundsätzlich nicht als erschöpfend und statisch anzusehen. Vielmehr können sich, etwa durch Veränderungen der strukturellen Bedingungen oder durch die direkte Befragung HIV-positiver Migranten, weitere wichtige Aspekte ergeben, die das Modell ergänzen, andere Aspekte können unter Umständen an Bedeutung verlieren.

In den Berliner Praxen der Regelversorgung waren interkulturelle Kompetenzen, die sich für die Versorgung HIV-positiver Migranten in Berlin als wichtig erwiesen, auf Grundlage der Messung mithilfe des interkulturellen Index nur gering ausgeprägt. Dies erschien vor dem Hintergrund der geringen Anzahl von HIV-positiven Migranten, die dort vorstellig wurden, sowie der immer durchgeführten Verweisung zur Behandlung der HIV-Infektion in die HIV-Schwerpunktversorgung zwar grundsätzlich verbesserungsbedürftig, aber nicht allzu problematisch für die medizinische Behandlung dieser Klientel. Die notwendigen interkulturellen Kompetenzen waren in der Berliner HIV-Schwerpunktversorgung insgesamt deutlich stärker ausgeprägt, insbesondere auf der adaptiven Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“. Die auf der adaptiven Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ gemessenen Werte erschienen für die HIV-Schwerpunktpraxis insgesamt allerdings stark verbesserungswürdig. Große Defizite auf beiden Achsen des interkulturellen Index waren für etwa ein Drittel der HIV-Schwerpunktpraxen festzustellen, die allerdings nur einen sehr geringen Anteil der in Berlin versorgten HIV-positiven Migranten abdeckten. In der medizinischen Behandlung HIV-positiver Migranten in Berlin standen damit in verschiedenen HIV-Schwerpunktpraxen, insbesondere in solchen mit umfangreicherer migrantischer Klientel, interkulturelle Kompetenzen in durchaus relevantem Ausmaß zur Verfügung. Verbesserungsbedarfe ergaben sich hierfür vorwiegend noch für die ausführliche Ergründung der Illness-Perspektive und die Durchführung einer umfangreichen migrationsspezifische Anamnese.

Vor dem Hintergrund dieser Berliner Situation und des entwickelten Modells post-adaptiver interkultureller Kompetenzen stellt sich die Frage, wie die erforderlichen Kompetenzen auf praktischer Ebene angeeignet beziehungsweise angewendet werden können. Hierfür erscheinen Maßnahmen auf verschiedenen Verantwortlichkeits-Ebenen angebracht. Zunächst kann dies durch eine Sensibilisierung der Praxen hin zu einer interkulturellen Öffnung geschehen, wie sie im Rahmen der VIA-Expertise (ebd.) beschrieben wurde und wie dies bereits weiter oben in diesem Kapitel dargestellt wurde. Als Grundlage hierfür können zunächst allgemeine interkulturelle Trainings der HIV-Schwerpunktpraxen durchgeführt werden, wie diese etwa auch für psychosoziale Einrichtungen oder für den unternehmerischen Bereich konzeptualisiert wurden. Die dort genannten interkulturellen Kompetenzen wie Ambiguitätstoleranz, Stressresistenz, Empathie, Bewusstsein der eigenen kulturellen Verortung, die Fähigkeit zur Einnahme divergenter Perspektiven sowie das Vermögen, professionelles Verhalten und Tun abseits erlernter Standards umzusetzen (Broszinsky-Schwabe, 2011; Elzer & Sciborski, 2007; Erll & Gymnich, 2007; Hecht-el Minschawi, 2009; Kumbruck & Derboven, 2009; Weidemann et al., 2010; Zacharaki et al., 2007), erscheinen ebenso zentral als Basis interkulturellen Handelns in der ambulanten medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten.

Erste Ansätze für spezifische Curricula zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Migranten in Deutschland generell wie auch Fragelisten für eine migrationssensible Anamnese sind mittlerweile erkennbar (Domenig, 2011; Elzer & Sciborski, 2007; FreiBig, 2005; Lenthe, 2010; Muthny & Bermejo, 2008; Peintinger, 2011; Penka, Schouler-Ocak et al., 2012; Rommelspacher & Kollak, 2008; Salis Gross, Blöchliger et al., 1997; Salis Gross, Moser et al., 1997; Saß et al., 2003). Diese bleiben zwar nach wie vor unspezifisch für das konkrete Feld der medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten mit seinen Besonderheiten, können aber die Basis für eine effektive migrationssensible Anamnese und die Ergründung der Illness-Perspektive von HIV-positiven Migranten bilden. Auf Grundlage der Studiendaten lassen sich komplementär eine Reihe von Faktoren benennen, die spezifisch für die medizinische Versorgung von HIV-positiven Migranten sind und die in eigens hierauf ausgerichteten Trainings adressiert werden sollten. Aktuell stehen hierfür keine spezifischen Curricula zur Verfügung, eine entsprechende Ausarbeitung sollte daher angestrebt werden. Über solche Trainings hinaus sollte die Verfügbarkeit HIV-spezifischer interkultureller Kompetenzen in Berlin durch die Etablierung einer Plattform zur Vernetzung von medizinischen und psychosozialen Einrichtungen gefördert werden. Vor dem Hintergrund der Aussagen der Expertinnen sollte eine solche Vernetzung sowohl den Kontakt konkreter Personen, aber insbesondere auch einen institutionalisierten Kontakt der hierin involvierten Einrichtungen sicherstellen, da der alleinige Kontakt von konkreten Personen untereinander etwa bei deren beruflicher Umorientierung zum direkten Verlust der Vernetzung insgesamt führen kann.

Einige weitere Anforderungen sind jenseits der organisatorischen Ebene der HIV-Schwerpunktpraxen angesiedelt. So sind etwa zusätzliche finanzielle Ressourcen für die zusätzlichen Bedarfe vorzusehen, die im Rahmen einer interkulturell kompetenten Versorgung von HIV-positiven Migranten anfallen. Dies betrifft etwa die Umsetzung ausreichender sprachliche Kompetenzen durch geeignetes Praxispersonal oder durch den Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern, die Entwicklung und den Einsatz medialer Hilfsmittel, sowie die Abdeckung des höheren zeitlichen Aufwands für ärztliche Gespräche zur Durchführung einer migrationsspezifischen Anamnese und zur Ergründung der Illness-Perspektive der HIV-positiven Migranten. Auch die eventuell notwendige Einholung und Bewertung juristischen Sachverständs, etwa zur Absicherung der Behandlung nicht-versicherter oder illegalisierter HIV-positiver Migranten, kann einen zusätzlichen finanziellen Aufwand für die HIV-Schwerpunktpraxen bedeuten, der gedeckt werden muss. Hierfür kommen sowohl die Einrichtung entsprechender Abrechnungsziffern im Rahmen der Krankenversicherung in Frage, deren Umsetzung sehr unwahrscheinlich erscheint, als auch die Abdeckung dieser Bedarfe durch die Kostenträgerschaft für entsprechende Angebote, etwa durch den Berliner Senat. Gleiches gilt für die zusätzlichen Mittel, die für eine antiretrovirale Behandlung nicht-versicherter und/oder illegalisierter HIV-positiver Migranten in Berlin aufgewendet werden müssen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass vor dem Hintergrund der Studiendaten das Konzept der interkulturellen Öffnung durch den Erwerb post-adaptiver interkultureller Kompetenzen von HIV-positiven Migranten und deren behandelnden Ärzten als Ausdruck eines erweiterten Oszillationspotentials von deren adaptiven Achsen für den Bereich der HIV-Schwerpunktversorgung gut anwendbar erscheint. Auf Grundlage dieses Konzepts ließen sich wesentliche, für die medizinische Versorgung HIV-positiver Migranten in Deutschland und Berlin wichtige strukturelle Bedingungen und Anforderungen formulieren und notwendige interkulturelle Kompetenzen sowie notwendige Schritte zu deren Umsetzung definieren. Eine Beurteilung des hier entwickelten Modells durch HIV-positive Migranten beziehungsweise deren Interessenvertretung ist ein nächster wichtiger Schritt, um eventuell vorhandene weite-

re, im Modell bisher nicht berücksichtigte Komponenten post-adaptiver interkultureller Kompetenzen zu benennen.

5.5 Reflektion des methodischen Vorgehens

Betrachtet man die im Rahmen der Studie gewonnene Stichprobe von Praxen der Regel- und der HIV-Schwerpunktversorgung, ergaben sich für die Interpretation der Daten deutliche Unterschiede zwischen den Versorgungstypen. Der Rücklauf aus den Praxen der Regelversorgung war mit 12,0% relativ gering. Es ist insofern von einem Selektionsbias auszugehen, dass eher Praxen geantwortet haben, die für die Thematik der medizinischen Versorgung von Migranten generell oder von HIV-positiven Migranten im Besonderen stärker sensibilisiert sind und die über einen eher hohen Anteil behandelter Migranten verfügen. Hierfür sprach auch der geringe Anteil von antwortenden Facharztpraxen jenseits der medizinischen Grundversorgung. Eine Repräsentativität der Daten für Einrichtungen der medizinischen Regelversorgung ist aus diesem Grund nicht anzunehmen. Ein weiterer Grund hierfür ist, dass grundlegende strukturelle Daten (Praxisgröße nach Anzahl der Angestellten und Anzahl der versorgten Patienten, (fach-) ärztliche Aussichtung, Verteilung von Kassenzulassungen etc.) der in den Erhebungsbezirken ansässigen Praxen der Regelversorgung nicht bekannt waren und damit auch kein Abgleich im Hinblick auf zentrale Merkmale zur Beurteilung der Repräsentativität der antwortenden Praxen dieser Versorgungsart erfolgen konnte. Bezüglich der Charakterisierung der in der Regelversorgung vorstellig gewordenen HIV-positiven Migranten erschien der beschriebene Selektionsbias eher günstig. Vor dem Hintergrund der angenommenen erhöhten Sensibilität gegenüber dem Thema Migration in den antwortenden Praxen der Regelversorgung, der dadurch zu erwartenden besseren Zugänglichkeit für Migranten und dem dennoch sehr geringen Anteil HIV-positiver Migranten mit jeweils kurzer Betreuungsdauer ist nicht davon auszugehen, dass eine in dieser Versorgungsform betreute, große Anzahl von HIV-positiven Migranten nicht in den Studiendaten repräsentiert wurde.

Die Erhebungssituation zur HIV-Schwerpunktversorgung stellte sich demgegenüber deutlich anders dar. Durch mehrfache intensive Nachfassaktionen konnte eine Vollerhebung der Berliner HIV-Schwerpunktpraxen erreicht werden, die HIV-positive Migranten betreuten. Die Studiendaten waren zur Thematik der Versorgung HIV-positiver Migranten in dem hierfür relevanten Versorgungstyp nicht nur repräsentativ, sondern bildeten diesen vollständig ab. Die Wahl der Auswertungsmethoden trug diesem Umstand Rechnung (etwa der aus Gründen der statistischen Seriosität bewusste Verzicht auf eine Signifikanztestung der für die Praxen der HIV-Schwerpunktversorgung berechneten Korrelationskoeffizienten aufgrund der Vollerhebung (s. Kap.3.4.2.1) oder die anhand der Anzahl betreuter Migranten vorgenommenen Gewichtungen der Praxen, wo dies ein inhaltlich begründetes Vorgehen war). Der gewonnene Datensatz ist damit als bei weitem umfangreichster und detailliertester Datensatz zur ambulanten medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten einzuschätzen, den es für die Berliner Situation bisher gab.

Eine systematische Verzerrung der in den HIV-Schwerpunktpraxen erhobenen Studiendaten aufgrund eines Selektionsbias konnte durch die alleinige Befragung von Ärzten und Experten aus versorgenden medizinischen und psychosozialen Einrichtungen entstehen (Bortz & Döring, 2006; Raab-Steiner & Benesch, 2010). Hieraus resultierende Verzerrungen betrafen dabei weniger die Angaben zu den in den Praxen versorgten HIV-positiven Migranten als vielmehr (Selbst-) Einschätzungen von Kommunikations- und Interaktionsproblemen zwischen behandelten Migranten und Ärzten. So konnten zum Beispiel eventuell vorhandene, nicht migrationsspezifische Einflussfaktoren von den befragten Ärzten als stärker in der eigenen Verantwortung angesiedelt eingeschätzt werden und zur Vermeidung eines solchen Ein-

drucks aus Gründen der sozialen Erwünschtheit (ebd.) eine „Kulturalisierung“ der Kommunikations- und Interaktionsprobleme vorgenommen werden (Borde, 2009; Krewer, 1996). Dies konnte etwa eine überhöhte Bewertung des Einflusses sprachlicher Defizite, von generellen kulturellen Unterschieden oder kulturell divergenten Krankheitskonzepten betreffen. Die konkreten Bewertungen sprachen allerdings nicht für eine starke Ausprägung einer solchen Verzerrung (Kap. 4.2.4 und 5.3.2).

Ebenfalls aus Gründen der sozialen Erwünschtheit konnten die in den Praxen vorhandenen interkulturellen Kompetenzen durch die befragten Ärzte grundsätzlich als zu stark ausgeprägt berichtet worden sein. Diesem Problem wurde bereits bei der Konstruktion des interkulturellen Index Rechnung getragen. Sowohl für die adaptive Achse „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ als auch für die adaptive Achse „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ wurden die zu erhebenden Merkmale so formuliert, dass diese möglichst ohne subjektive Einschätzungen der Ärzte zu beantworten waren, sondern klare „ja/nein“-Aussagen aufgrund struktureller Merkmale der Praxis beziehungsweise der Arzt-Patient-Interaktion möglich waren.

Der in dieser Studie entwickelte interkulturelle Index war zunächst ein nicht validiertes Instrument zur Deskription interkultureller Kompetenzen von Einrichtungen der medizinischen Versorgung im Hinblick auf die Versorgung von Migranten. Die Gewichtung der verschiedenen Merkmale des interkulturellen Index sowie der Subskalen untereinander wurde aufgrund theoretischer Erwägungen vorgenommen (Bortz & Döring (2006), Kap. 1, 2, 3.3.1, 3.4), die die Bedeutsamkeit und den Einflussgrad der verschiedenen Faktoren interkultureller Kompetenz abbildeten, die sich aus der Literatur ergaben.

Ein Vorteil des in dieser Studie entwickelten interkulturellen Index war die Möglichkeit, aufgrund seines modularen Aufbaus Bewertungen der Einrichtungen getrennt auf den fünf einzelnen Subskalen sowie durch Aggregation auf den beiden adaptiven Achsen sowie dem interkulturellen Index insgesamt vorzunehmen. Dies erlaubt eine hohe Flexibilität in der Beurteilung des Einflusses einzelner oder mehrerer kombinierter interkultureller Kompetenzen auf die Arbeitsergebnisse einer bewerteten Einrichtung. Durch eine entsprechende Veränderung einzelner Merkmale als auch der vorgenommenen Gewichtungen ist es möglich, den in dieser Studie entwickelten interkulturellen Index auf die Anforderungen anderer Anwendungsfelder interkultureller Kompetenz hin anzupassen, im Bereich der Medizin wie darüber hinaus.

Um die gesundheitliche Lage und Versorgung von HIV-positiven Migranten in Berlin möglichst vollständig abbilden zu können, wurde in dieser Studie eine breit angelegte Definition eines Migrationshintergrundes verwendet (Kap. 1.1). Diese Definition war für die befragten Praxen gut umsetzbar und erwies sich als tragfähig. Sowohl im Pretest des Fragebogens als auch in der Durchführung der Hauptstudie wurden, auch bei aktiver Nachfrage bei den HIV-Schwerpunktpraxen, keine Verständnis- oder Umsetzungsprobleme berichtet. Ein Grund für die gute Umsetzung einer solchen weitgefassten Definition lag im engen Kontakt zwischen Migranten und Ärzten, in deren Rahmen der Migrationsstatus gut zu erheben war. Aufgrund der guten Erfassbarkeit dieser Merkmale konnte zudem davon ausgegangen werden, dass die Zuschreibung eines Migrationshintergrundes durch die behandelnden Ärzte nur wenig von subjektiven Einschätzungen beeinflusst wurde. In der Bevölkerungsstatistik wie auch in der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion wurde eine solcherart erweiterte Definition eines Migrationshintergrundes, vorwiegend unter Einbeziehung des Geburtslandes der Person selbst sowie ihrer Eltern, intensiv diskutiert und findet zusehends ihre konkrete Umsetzung (Frick & Söhn, 2005; Goebel et al., 2008; Gößwald et al., 2012; Schenk et al., 2007; Statistisches Bundesamt, 2011b, 2011c, 2011e; Wichmann et al., 2012). Damit war eine gute Vergleichbarkeit der Daten dieser Studie mit aktuelleren bevölkerungsstatistischen und gesundheitswissenschaftlichen Daten gegeben. Einschränkungen bestanden in diesem Zusammenhang bezüglich der eingeschränkten Erhebungsmöglichkeiten eines Migrationshintergrundes in den HIV-

Melddaten (Robert Koch-Institut, 2010a, 2012d; Kap. 5.1), daher wurde hier für die Interpretation der Daten jeweils auch auf die Ausländerstatistik in Form des AZR zurückgegriffen.

Bei der Einschätzung der Studienergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Datenerhebung zum Jahreswechsel 2004/05 stattfand. Eine Beschreibung und Bewertung der aktuellen Versorgungssituation HIV-positiver Migranten in Berlin ist auf Grundlage der Studiendaten damit nicht direkt möglich. Betrachtet man allerdings die Entwicklungen im Bereich der medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten in Berlin seit dieser Zeit, sprechen verschiedene Gründe dafür, dass sich hier, mit Ausnahme der Anzahl der versorgten HIV-positiven Migranten, keine allzu großen Veränderungen ergeben haben. Das Thema Migration wurde für HIV-Behandler in Deutschland, etwa auf medizinischen Kongressen, fortwährend thematisiert. Daher kann grundsätzlich eine weitere Sensibilisierung für spezifische medizinische Versorgungsbedarfe HIV-positiver Patienten stattgefunden haben, zum Beispiel für HIV-Behandler, die stärker eine migrantische Klientel betreuen. Über einzelne Veranstaltungen hinaus wurden und werden allerdings keine breit etablierten Fortbildungen zu diesem Thema durchgeführt, auch sind keine strukturierten Fortbildungs-Curricula vorhanden. Veränderungen in den strukturellen Bedingungen der medizinischen Versorgungslandschaft in Berlin und Deutschland, die Einfluss auf die in dieser Studie analysierten Zugangs-, Kommunikations- und Interaktionsbarrieren haben könnten, haben in der Zwischenzeit nicht stattgefunden. So gab es etwa keine relevante Änderung des Asylrechts, der Bedingungen der Krankenversicherung von Migranten, Änderungen im Umgang mit illegalisierten Migranten, keine Einführung eines anonymen Krankenscheins, keine Etablierung von Versorgungseinrichtung, die die hochpreisige HAART für Patienten ohne Krankenversicherung abdecken könnte, keine Erteilung eines entsprechenden Versorgungsauftrags an die Gesundheitsämter oder andere relevante Veränderungen. Das im Oktober 2010 für eine Laufzeit von fünf Jahren verabschiedete Rahmenkonzept des Berliner Senats zur Verbesserung der HIV-Versorgung in Berlin adressierte fast ausschließlich die nicht-medizinische Primärprävention, die medizinische Versorgung HIV-positiver Migranten fand hier keine Berücksichtigung (Rosenbrock, 2010). Der bereits zur Zeit der Datenerhebung bestehende Arbeitskreis Migration des LaBAS e.V. leistete und leistet weiterhin Arbeit, es kam aber im Bereich der wenigen vorhandenen Projekte zur Verbesserung der psychosozialen und medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten konkret eher zu Kürzungen als zu Ausweitungen des Angebots. Auch ein Trainingsprogramm zum Erwerb interkultureller Kompetenzen in der medizinischen Versorgung von Migranten im Allgemeinen oder der von HIV-positiven Migranten im Besonderen existiert nach wie vor nicht. Da die höhere Vergütung für die aufwändige Behandlung HIV-positiver Patienten in den HIV-Schwerpunktpraxen in den letzten Jahren zumindest in der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Einführung einer neuen Qualitätssicherungsvereinbarung für alle ärztlichen Disziplinen außer Hausärzten und Internisten im Juli 2009 eingestellt wurde (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2009), die Vergütung für diese beiden Disziplinen aber auch nicht angehoben wurde, ist nicht davon auszugehen, dass in den Praxen eine umfangreiche, durchaus kostenintensive Aneignung spezifischer interkultureller Kompetenzen stattgefunden hat. Vor diesem Hintergrund muss man davon ausgehen, dass sich die Versorgungsbedingungen und die Versorgungslage für HIV-positive Migranten in Berlin seit dem Erhebungszeitraum dieser Studie nicht substantiell geändert haben.

5.6 Empfehlungen und Ausblick

Wie aufgezeigt wurde, kann im Bereich der gesundheitlichen Versorgung nicht von „den Migranten“ gesprochen werden, da oftmals einzelne Migranten-Gruppen stärker oder weniger stark von spezifischen Krankheiten betroffen sind als andere (Kap. 1.3.2). Vielmehr gibt es innerhalb dieser Gruppe große Unterschiede hinsichtlich Faktoren, die für die Gesundheits-

versorgung relevant erscheinen (kulturelle Differenzen, unterschiedliche Migrationsgeschichten, unterschiedlicher sozialer Status etc.). In Bezug auf den Versorgungsbedarf von Migranten im Rahmen der HIV-AIDS-Versorgung sollten daher nicht deren individuelle kulturelle Besonderheiten im Fokus stehen, sondern die strukturellen Bedingungen, die eine angemessene Inanspruchnahme gesundheitlicher Regelleistungen erschweren oder verhindern.

Der Bedarf von an HIV/AIDS erkrankten Migranten besteht grundsätzlich in einem uneingeschränkten Zugang zu den Leistungen des Gesundheitssystems, wie sie der deutschen Bevölkerung zur Verfügung stehen (Schenk, 2007; Spallek & Razum, 2008), und folgerichtig in der Beseitigung aller Faktoren, die die Prävention und Behandlung dieser Krankheit für Migranten behindern. Vor dem Hintergrund der Studiendaten zur Epidemiologie von HIV/AIDS bei Migranten in Deutschland und Berlin, zu deren gesundheitlicher Lage und Versorgung, zur Ausprägung interkultureller Kompetenzen in der Berliner HIV-Schwerpunktversorgung und auf Basis des in dieser Studie entwickelten Konzepts post-adaptiver interkultureller Kompetenzen wird im Folgenden eine Reihe von Empfehlungen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten gegeben. Im Anschluss werden verschiedene Forschungsfragen aufgezeigt, für die sich aus dieser Studie ein weiterer Forschungsbedarf ergeben hat.

Empfehlung 1

Eine ausreichende Kenntnis der epidemiologischen Lage bezüglich HIV/AIDS bei Migranten stellt eine wichtige Voraussetzung zur effektiven Planung von Präventionsmaßnahmen auf primärer Ebene und zur Verbesserung des medizinischen Versorgungsangebots dar, etwa durch die Verminderung relevanter Zugangs-, Kommunikations- und Interaktionsbarrieren. Wie gezeigt wurde, sind die verfügbaren epidemiologischen Daten für Migranten aus verschiedenen Gründen nicht befriedigend. Zum einen besteht trotz der aktuellen Änderungen in der Interpretation der HIV-Melddaten durch das RKI bisher keine Möglichkeit der Umsetzung eines detailliert erhobenen Migrationsstatus bei der Erhebung der HIV-Melddaten. Die Geburtsländer der migrantischen Person selbst sowie von deren Eltern werden nicht einbezogen, wie dies ansonsten in der wissenschaftlichen Praxis in dieser oder ähnlicher Form mehr und mehr zur Anwendung kommt. Zum anderen ist davon auszugehen, dass gerade die Gruppe der Migranten im weiteren Sinne dieser Studie bei den Meldungen sowohl der HIV-Erstdiagnosen als für das AIDS-Fallregister unterrepräsentiert ist.

Zur Verbesserung der epidemiologischen Datenlage sollten daher zum einen die Möglichkeiten geprüft werden, den Migrationsstatus der gemeldeten Fälle genauer zu erheben, unter Berücksichtigung der unter Umständen damit verbundenen Probleme im Bereich des Datenschutzes und der Erhebungsmöglichkeiten der erforderlichen Details in der klinischen Praxis. Auf einer solchen Grundlage könnten genauere epidemiologische Angaben zu Migranten im weiteren Sinne und nicht ausschließlich zu Personen nicht-deutscher Herkunft gemacht werden. Zweitens sollte geprüft werden, inwieweit es in für HIV/AIDS epidemiologisch bedeutsamen Gebieten wie städtischen Ballungszentren möglich ist, durch lokale oder regionale epidemiologische Studien Erkenntnisse zu gewinnen, die über die auf Grundlage der HIV-Meldepflicht gewonnenen Erkenntnisse hinausgehen.

Empfehlung 2

Aus den Studienergebnissen wurde deutlich, dass Sprachbarrieren eines der größten Probleme in der Versorgung von HIV-positiven Migranten darstellten. Die Zufriedenheit der Ärzte mit

den Behandlungsverläufen von HIV-positiven Migranten schwankte deutlich im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Sprachkenntnissen der Migranten.

Schritte zur Verbesserung der medizinischen Versorgung dieser Personengruppe müssen daher auf verschiedenen Ebenen versuchen, sprachlich bedingte Kommunikations- und Interaktionsprobleme zu minimieren. Zum einen sollte hierfür die Entwicklung und ausreichende Verbreitung geeigneter medialer Hilfsmittel gefördert werden. Wie die Studiendaten zeigten, stellen diese eine gute Möglichkeit zur Unterstützung der Arzt-Patient-Kommunikation dar. Es kann sich dabei um schriftliche Materialien wie auch konkrete Anschauungsobjekte handeln. Inhaltliche Schwerpunkte dieser Materialien sollten dabei die Entwicklung eines Verständnisses für den Ablauf einer HIV-Infektion, für die Wirkungsweise von antiretroviralen Medikamenten und die Darstellung der konkreten Therapieregime und ihrer Einsatzbedingungen und möglichen Nebenwirkungen sein.

Eine zweite Möglichkeit zum besseren Umgang mit sprachlichen Defiziten besteht darin, durch eine multilinguale Zusammensetzung des Personals vermehrt Sprachkompetenzen in den HIV-Schwerpunktpraxen anzusiedeln. Diesem Vorgehen sind, gerade in kleineren Praxen, durch deren limitierte Budgets enge Grenzen gesetzt. Durch solche Maßnahmen scheint daher nur die direkte Abdeckung des Sprachbedarfs der jeweils größten zu versorgenden Migranten-Communities möglich zu sein, etwa durch die Verfügbarkeit von Englisch und Französisch als in den HIV-Hochprävalenzländern am häufigsten gesprochenen Amtssprachen.

Das systematische Einbinden von Laiendolmetschern, etwa aus den Familien oder dem Bekanntenkreis der HIV-positiven Migranten, ist eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung der medizinischen Versorgung. Hierbei muss es aber aufgrund möglicher Stigmatisierungsängste der Patienten gerade gegenüber diesen Personengruppen zu einer sehr sorgfältigen Auswahl kommen. Eine Sensibilisierung der Ärzte für dieses Problem ist etwa im Rahmen interkultureller Trainings oder auch diesbezüglicher Arbeitskreise möglich und sollte auch gefördert werden, etwa durch die Vergabe von Fortbildungspunkten.

Zuletzt stellt auch die Zusammenarbeit mit Gemeindedolmetschdiensten eine Erfolg versprechende Option zur Verbesserung der Kommunikationssituation dar. Diese stehen allerdings bisher nur in wenigen Regionen Deutschlands zur Verfügung. Sie sollten daher, wie schon vor zehn Jahren auch von Seiten der Bundesregierung gefordert (Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, 2002; Bundesministerium für Gesundheit, 2001), stark ausgebaut werden. Dies wäre auch für die Optimierung der Versorgung anderer Krankheiten als HIV/AIDS eine wichtige Voraussetzung. Im Kontext von HIV/AIDS ist dabei sicherzustellen, dass die Dolmetscherdienste die komplexen Sachverhalte bezüglich des Krankheitsgeschehens und der Therapie ausreichend vermitteln können, da nur damit ein dauerhafter Therapieerfolg gewährleistet ist. Über eine entsprechende Fortbildung der Dolmetscher für den Bereich HIV/AIDS sollte daher nachgedacht werden.

Empfehlung 3

Neben den sprachlichen Schwierigkeiten waren es kulturelle und schichtspezifische Unterschiede, die von den HIV-Schwerpunktärzten als besonders problematische Kommunikations- und Interaktionsbarrieren eingestuft wurden. Die Reduzierung solcher Hemmschwellen ist für die Steigerung des Inanspruchnahmeverhaltens und der Compliance von HIV-positiven Migranten gegenüber einer schulmedizinischen Behandlung dringend geboten.

Bei einer Betrachtung der angegebenen Probleme erschien es interessant, dass zwar kulturellen Unterschieden generell eine hohe Bedeutung beigemessen wird, weniger stark aber kulturell divergenten Krankheitskonzepten. Dies kann Anzeichen dafür sein, dass die (häufig nöti-

ge) Auseinandersetzung über diese Krankheitskonzepte im Detail seltener stattfindet und Schwierigkeiten durch die Ärzte eher auf globale kulturelle Unterschiede zurückgeführt wurden. Daher stellt die – sicherlich beiderseitig nötige – Auseinandersetzung mit den jeweils anderen Gesundheits- und Krankheitskonzeptionen eine unabdingbare Voraussetzung für eine gelungene Arzt-Patient-Interaktion dar.

Hierfür ist es notwendig, die Ärzte spezifisch für bei den Patienten eventuell vorhandene differente Krankheitsdeutungen und Therapievorstellungen zu sensibilisieren. Für diese Aufgabe hat sich der Einsatz von Trainings zur Steigerung interkultureller Kompetenz bewährt. Besonderer Wert sollte hier auf eine umfangreiche Ergründung der Illness-Perspektive der HIV-positiven Migranten sowie eine gründliche migrationsspezifische Anamnese gelegt werden. Entsprechende Fragenkataloge wurden im Rahmen dieser Arbeit auf Grundlage diesbezüglicher Literatur (Kap. 2.3) und ergänzt durch die Studienergebnisse (Kap. 5.4) definiert.

Zur Umsetzung dieser Anforderungen eignen sich interkulturelle Trainings für die Mitarbeiterinnen der HIV-Schwerpunktpraxen. Aufgrund der spezifischen Rahmenbedingungen der Behandlung von HIV-positiven Migranten erscheinen Trainings, die interkulturelle Kompetenzen nur auf allgemeiner Ebene vermitteln, aber als nicht ausreichend. Die Studiendaten ergaben eine Reihe von Aspekten, die spezifisch für die medizinische Versorgung von HIV-positiven Migranten waren und die in eigens hierauf ausgerichteten Trainings adressiert werden sollten. Geeignete Trainings müssen etwa im Hinblick auf die kultursensible Vermittlung der spezifischen medizinischen Inhalte zur HIV-Infektion und deren Behandlung als auch bezüglich der Hintergründe zu eventuell vorhandenen Stigmatisierungspotentialen spezifiziert werden. Aktuell stehen hierfür keine spezifischen Curricula zur Verfügung, eine entsprechende Ausarbeitung sollte daher angestrebt werden.

Empfehlung 4

Die Ergebnisse dieser Studie machten deutlich, dass die Versorgung von illegalisierten oder sich mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus in Deutschland befindlichen HIV-positiven Migranten ein großes Problem darstellte. Dies galt insbesondere für die Praxen der HIV-Schwerpunktversorgung in Berlin. Aufgrund der deutschlandweit gleichen rechtlichen Lage ist anzunehmen, dass sich dieses Problem auf Deutschland insgesamt erstreckte. Gerade im Fall einer sehr komplexen Therapie wie der von HIV/AIDS ist eine kontinuierliche medizinische Betreuung für den Therapieerfolg entscheidend. Dies betrifft sowohl den Aufbau einer beständigen und tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung als auch die fortlaufende diagnostische Surveillance. Beides ist unter den Bedingungen, unter denen illegalisierte Migranten in Deutschland leben, kaum zu gewährleisten. Ein weiteres Problem stellte die Finanzierung der sehr kostspieligen antiretroviralen Therapie dar, die für diese Menschen in der Regel nicht von den Krankenkassen oder anderen Kostenträgern übernommen werden.

Daher sollten für diese Personengruppe bezüglich der medizinischen Versorgung Regelungen gefunden werden, die keine aufenthaltsrechtlichen Probleme nach sich ziehen und eine dauerhafte Finanzierung der Versorgungskosten beinhalten. Ein Ansatz für eine effektive Versorgung von illegalisierten und nicht-krankenversicherten HIV-positiven Migranten könnte etwa die Einführung eines anonymen Krankenscheins sein, über die die im Fall der HIV-Behandlung sehr hohen Diagnostik- und Therapiekosten abgerechnet werden können. Eine andere Möglichkeit wäre die Einrichtung eines entsprechenden Fonds, etwa durch den Berliner Senat. Die Möglichkeit, die HIV-Behandlung für diese Personengruppe durch die Berliner Gesundheitsämter durchführen zu lassen, erscheint vor dem Hintergrund der sehr spezifischen Anforderungen an die diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen der Ärzte schlechter umsetzbar. Darüber hinaus ist die aus der Studie deutlich gewordene bestehende Rechtsunsi-

cherheit bezüglich einer Meldung an die Ausländerbehörde im Fall einer medizinischen Versorgung von illegalisierten Migranten mit dem Ziel einer hochwertigen medizinischen Versorgung dieser Personengruppe aufzulösen.

Neben der Verbesserung der individuellen gesundheitlichen Lage HIV-positiver Migranten generell ist eine allen anderen HIV-positiven Patienten gegenüber gleichwertige medizinische Versorgung auch für illegalisierte und nicht-krankenversicherte Migranten auch aus Public Health-Sicht heraus unbedingt anzustreben, um – wo indiziert und durch die Patienten gewünscht- durch eine effektiv durchgeführte antiretrovirale Therapie die Gesamt-Infektiosität von HIV zu vermindern. Neben einer angemessenen medizinischen Versorgung sind hierfür ebenfalls geeignete Präventions-Instrumentarien weiterzuentwickeln.

Empfehlung 5

Zur Sicherstellung einer hoch-qualitativen und effektiven medizinischen Betreuung HIV-positiver Migranten erscheint es wichtig, eine bessere regionale Vernetzung zwischen den Praxen der Regel- und der HIV-Schwerpunktversorgung zu etablieren. Die Studienergebnisse zeigten, dass in den meisten HIV-Schwerpunktpraxen nur ein eher geringer Teil der dort behandelten HIV-positiven Migranten aus der Regelversorgung überwiesen wurde. Daher erscheint es zum einen wichtig, Ärzte, die in der Regelversorgung praktizieren, für die Problematik HIV/AIDS zu sensibilisieren und bei für HIV epidemiologisch wichtigen Personengruppen, etwa mit Herkunft aus HIV-Hochprävalenzländern, eine angemessene infektiologische Anamnese durchzuführen. Durch eine effiziente Vernetzung sollte es möglich gemacht werden, diese Patienten in der HIV-Schwerpunktversorgung unterzubringen. Ein erster Schritt hierfür kann die Verbreitung von Verzeichnissen sein, in denen die therapeutischen Einrichtungen der jeweiligen Region zusammengefasst sind. Hierfür kann sicherlich in den meisten Fällen auf die Kenntnisse der regionalen AIDS-Hilfen zurückgegriffen werden. Neben medizinischen Einrichtungen sollten darüber hinaus auch auf HIV ausgerichtete, migrationssensible psychosoziale Angebote verfügbar gemacht werden.

Empfehlung 6

Aufgrund der verschiedenen beschriebenen Zugangsbarrieren kann davon ausgegangen werden, dass ein beträchtlicher Anteil von HIV-positiven Migranten nicht in der HIV-Schwerpunktversorgung präsent wird. Da weiterhin anzunehmen ist, dass ein Teil der HIV-positiven Migranten keine Kenntnis ihrer HIV/AIDS-Erkrankung hat, diese sich aber wegen anderer Beschwerden in Praxen der Regelversorgung behandeln lassen, stellt die Regelversorgung einen wichtigen Ort dar, um auch Informationen zu HIV/AIDS zu platzieren. Dies kann bei gegebener Indikation im ärztlichen Gespräch geschehen, passiv aber auch durch das möglichst flächendeckende Auslegen sprachlich und kulturell geeigneter Präventionsmaterialien und Patienten-Informationen in den Praxen der Regelversorgung. Schriftliche Patienteninformationen stellen ein niedrighschwelliges und einfach zu distribuierendes Angebot dar. Wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie aber zeigten, werden sie in der Regelversorgung nur selten oder in sehr wenigen Sprachen eingesetzt. Daher sollte durch geeignete Maßnahmen darauf hingewirkt werden, dass solche Materialien großflächige Verbreitung erfahren. Dies kann zum Beispiel in Zusammenarbeit mit den regionalen kassenärztlichen Vereinigungen oder Ärztekammern geschehen. Dabei ist es sehr wichtig zu berücksichtigen, die HIV-Schwerpunktversorgung als dafür am besten geeignete Versorgungsform zu propagieren. Die Patienteninformationen sollten auch unterschiedliche nicht-schulmedizinische Krankheitstheorien aufgreifen. Dabei ist auf eine kultursensible Darstellung schulmedizinischer Sachverhal-

te sowie auf eine hohe Verständlichkeit der Materialien auch für Personen mit weniger hohem Bildungsstand zu achten.

Empfehlung 7

Bei allen hier angesprochenen Maßnahmen sollte dem Prinzip der strukturell abgesicherten Interessenvertretung von Migranten entsprochen und daher Organisationen aus den Communities der Migranten beteiligt werden und deren spezifische Sicht Berücksichtigung finden. Nur so kann gewährleistet werden, dass Maßnahmen in diesem Bereich inhaltlich sinnvoll entwickelt und langfristig von den verschiedenen Migranten-Gruppen angenommen werden.

Empfehlung 8

Die Umsetzung annähernd aller in den Empfehlungen genannten Maßnahmen auf Seiten der HIV-Schwerpunktpraxen generieren dort einen zum Teil erheblich höheren Zeitbedarf und damit einen zusätzlichen finanziellen Aufwand. Die Aneignung und Anwendung interkultureller Kompetenzen für die Versorgung HIV-positiver Migranten sollte daher ebenfalls eine Umsetzung in der Vergütung dieser Praxen erfahren. Hierfür käme etwa eine eigene Abrechnungsziffer der kassenärztlichen Vereinigung in Frage, die – je nach belegbarem Aufwand – auch für eine arbeitszeitintensive Beratung und Behandlung von Migranten generell eingesetzt werden könnte. Grundlage einer solchen zusätzlichen Finanzierung sollte der Nachweis der Teilnahme an einer entsprechenden Fortbildung, etwa einem für HIV spezifischen interkulturellen Trainingsprogramm, sein. Die Umsetzung einer solchen Abrechnungsziffer erscheint aktuell allerdings schwierig. Weitere Ansätze zur Deckung der Kosten der Beratung und Behandlung HIV-positiver Migranten sind die leichtere Zuerkennung eines Krankenversicherungs-Status etwa für Asylbewerber, die Einführung eines anonymen Krankenscheins für illegalisierte und nicht-krankenversicherte Migranten sowie die Einrichtung eines entsprechenden Fonds, etwa durch den Berliner Senat.

Ausblick

Die Ergebnisse dieser Studie führten zu einer Reihe von weiteren Forschungsaspekten, die im Rahmen zukünftiger wissenschaftlicher Projekte adressiert werden sollten. Diese sind:

- Die Erarbeitung einer verbesserten Methodik für eine einfachere und damit aussagekräftigere Verknüpfung epidemiologischer und bevölkerungsstatistischer Datensätze, um valide HIV-Prävalenzen spezifisch für verschiedene migrantische Subpopulationen errechnen zu können. Hierfür ist eine einheitliche Definition des Migranten-Begriffs eine wesentliche Voraussetzung.
- In Ergänzung zur vorliegenden Studie und deren Fokus auf die medizinische Versorgung sollte eine Evaluation der interkulturellen Kompetenzen im Bereich der psychosozialen HIV-Versorgung vorgenommen werden, unter Zuhilfenahme des entwickelten Fragebogens und des interkulturellen Index als Auswertungsinstrument.
- Neben den in dieser Studie gefundenen Möglichkeiten zur Verminderung oder Aufhebung der zahlreichen Zugangs-, Kommunikations- und Interaktionsbarrieren für HIV-positiv Migranten zur medizinischen Versorgung sollten weitere solcher Möglichkeiten und deren Umsetzungsbedingungen beforscht werden, etwa durch eine qualitative Befragung HIV-positiver Migranten.

-
- Die Ergebnisse dieser Studie können als Grundlage dienen, um zu evaluieren, wie für den Bereich der HIV-Schwerpunktversorgung wichtige interkulturelle Kompetenzen in den entsprechenden Versorgungseinrichtungen verankert werden können. Hierbei ist auch die Erhebung von sehr praktischen Aspekten wichtig, wie zum Beispiel Möglichkeiten einer inhaltlich und strukturell angemessenen Durchführung von zeitlich aufwendigen interkulturellen Trainings in der durch Zeitknappheit gekennzeichneten medizinischen HIV-Schwerpunktversorgung.
 - Das in dieser Studie entwickelte Modell post-adaptiver interkultureller Kompetenzen in der medizinischen Versorgung HIV-positiver Patienten kann auf seine Anwendbarkeit und Übertragbarkeit auf andere Bereiche der medizinischen und auch psychosozialen Versorgung von Migranten hin überprüft werden. Für einige inhaltliche Bereiche sind hierfür größere Schnittmengen zu erwarten, wie zum Beispiel für die psychosoziale Versorgung im Bereich HIV sowie für die medizinische und psychosoziale Versorgung von zum Teil ähnlich charakterisierten Infektionen und Erkrankungen wie etwa andere sexuell übertragbare Erkrankungen.

6 Glossar

AZR	Ausländerzentralregister
AZRG	Ausländerzentralregister-Gesetz
BMI	Body Mass Index
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CDC	Centers for Disease Control, Atlanta, USA
Community	Zusammenschluss von Personen gleicher nationaler und/oder kultureller Herkunft in einem Einwanderungsland
Compliance	Therapietreue, das heißt Befolgung von Therapieanweisungen des Arztes durch den Patienten
DEGS	„Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“, durchgeführt durch das Robert Koch-Institut
DESTATIS	Online-Portal der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder mit Möglichkeit der Online-Abfrage tief gegliederter Datenbestände auf Grundlage verschiedener amtlicher Statistiken (www.destatis.de)
GUS	Gemeinschaft Unabhängiger Staaten, ein Zusammenschluss von Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion
HAART	hoch aktive antiretrovirale Therapie zur Behandlung einer HIV-Infektion, Kombinationstherapie aus meist drei oder mehr unterschiedlichen antiretroviral wirksamen Substanzen
Hämo/Trans	Abkürzung des auf den HIV-Meldebögen des RKI vorgesehenen Transmissionsrisikos „Hämophile/Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophilen)“
HBV	Hepatitis B-Virus
Hetero	Abkürzung des auf den HIV-Meldebögen des RKI vorgesehenen Transmissionsrisikos „heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Hochprävalenzländern)“
HIV-Schwerpunktversorgung	ambulante oder stationäre Einrichtungen, die sich auf die medizinische Betreuung und Behandlung von HIV-positiven Personen spezialisiert haben
HNO	Hals-Nasen-Ohrenarzt
HPL	Abkürzung des auf den HIV-Meldebögen des RKI vorgesehenen Transmissionsrisikos „Herkunft aus einem Hochprävalenz-Land (HIV-Prävalenz in der Bevölkerung >1%)“
ICD	International Classification of Diseases
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IVDU	Abkürzung des auf den HIV-Meldebögen des RKI vorgesehenen Transmissionsrisikos „intravenöser Drogengebrauch“
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts, Erhebung zwischen 2003 und 2006
LaBAS	Landesverband der Berliner AIDS-Selbsthilfe-Einrichtungen e.V.,

	Zusammenschluss aller in Berlin mit primärer und sekundärer Prävention beschäftigten Einrichtungen freier Träger
Late Presenter	HIV-positive Personen, die erst in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium erstmals in medizinischen Versorgungseinrichtungen vorstellig werden
MSM	Abkürzung des auf den HIV-Meldebögen des RKI vorgesehenen Transmissionsrisikos „Männer, die Sex mit Männern haben“. Diese Kategorie wurde gebildet um auch Männer beschreiben zu können, die sich – etwa aus kulturellen Gründen - nicht als schwul bezeichnen, aber trotzdem Transmissionsrisiken von mann-männlichem Sex ausgesetzt sind.
MZG	Mikrozensus-Gesetz
PPI	Abkürzung des auf den HIV-Meldebögen des RKI vorgesehenen Transmissionsrisikos „prä- oder perinatale Infektion“
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörungen
Regelversorgung	in dieser Arbeit alle medizinischen Einrichtungen, die sich nicht auf die medizinische Betreuung und Behandlung von HIV-positiven Personen spezialisiert haben (im Gegensatz zur HIV-Schwerpunktversorgung)
RKI	Robert Koch-Institut
RR	Relatives Risiko
SMR	altersstandardisierte Morbiditätsratio
SOEP	Sozioökonomisches Panel
STI	Sexuell übertragbare Infektionen

7 Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1 Legale Zuwanderungen von Personen nicht-deutscher Staatsangehörigkeit nach Deutschland, nach Gruppe der Zuwanderung und Jahr (1991-2011)</i>	16
<i>Tabelle 2 Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland, nach Art der Migrationserfahrung</i>	18
<i>Tabelle 3 In Deutschland lebende Ausländern nach ausgewählten Herkunftsländern, absolut und Anteil an der gesamten Ausländerpopulation, 2011</i>	18
<i>Tabelle 4 In Deutschland lebende Migranten nach ausgewählten Herkunftsländern¹, absolut und Anteil an der gesamten Migrantenpopulation</i>	19
<i>Tabelle 5 Starkes Übergewicht (BMI \geq 30) und Rauchen nach Migrationsstatus und Geschlecht</i>	37
<i>Tabelle 6 CDC-Klassifikationsschema für HIV-bedingte Erkrankungen</i>	61
<i>Tabelle 7 Im Rahmen einer migrationsspezifischen Anamnese nötige Angaben</i>	79
<i>Tabelle 8 Fragen zur Ergründung der „Illness“-Perspektive von Migranten</i>	80
<i>Tabelle 9 Bewertungsschema für die Bereitstellung von Patienteninformationen in der Regel- und der HIV-Schwerpunktversorgung</i>	96
<i>Tabelle 10 Bewertungsschema für in den Praxen vorhandene Sprachkompetenzen in der Regel- und der HIV-Schwerpunktversorgung</i>	97
<i>Tabelle 11 Bewertungsschema für interkulturell relevante Faktoren auf organisatorischer Ebene in der Regel- und der HIV-Schwerpunktversorgung</i>	98
<i>Tabelle 12 Bewertungsschema für die Ergründung der Illness-Perspektive von Migranten in der Regel- und der HIV-Schwerpunktversorgung</i>	99
<i>Tabelle 13 Bewertungsschema für die migrationsspezifische Anamnese in der Regel- und der HIV-Schwerpunktversorgung</i>	100
<i>Tabelle 14 Aggregationsschema für die adaptiven Achsen des interkulturellen Index</i>	101
<i>Tabelle 15 Definition der für den interkulturellen Index verwendeten Kategorien</i>	101
<i>Tabelle 16 Durch das Aggregationsschema vorgegebene Häufigkeiten der Bewertungskategorien und deren Bedeutung</i>	102
<i>Tabelle 17 Herkunftsregionen bei HIV-Neudiagnosen von Personen nicht-deutscher Herkunft, nach Weltregion und Geschlecht, Deutschland und Berlin, 2001-2012, Berlin, 2002-2004</i>	109
<i>Tabelle 18 Herkunftsregionen bei HIV-Neudiagnosen von Personen nicht-deutscher Herkunft, nach Transmissionsrisiko, Deutschland, 2001-2012</i>	111
<i>Tabelle 19 Anteil von HIV-Neudiagnosen bei Personen nicht-deutscher Herkunft mit Infektionsland Deutschland, nach Herkunftsregion und Transmissionsrisiko, Deutschland und Berlin, 2001-2012</i>	112
<i>Tabelle 20 CDC-Stadium bei Testung, HIV-Neudiagnosen, Deutschland, 2001-2012, nach Herkunft (n=16.660) und nach Geschlecht bei Personen nicht-deutscher Herkunft</i>	113
<i>Tabelle 21 Herkunftsregionen bei HIV-Neudiagnosen von Personen nicht-deutscher Herkunft, nach Transmissionsrisiko, Berlin, 2001-2012</i>	117
<i>Tabelle 22 In HIV-Schwerpunktpraxen behandelte HIV-positive Migranten nach Herkunftsregion/kulturellem Hintergrund</i>	124
<i>Tabelle 23 Betreuungsdauer HIV-positiver Migranten, HIV-Schwerpunktversorgung: gewichtetes arithmetisches Mittel und gewichtete Standardabweichung</i>	126
<i>Tabelle 24 In der Regelversorgung gestellte Fragen zur Ergründung der Illness-Perspektive von Migranten, Anteil (%)</i>	130
<i>Tabelle 25 In der Regelversorgung gestellte Fragen zur zur Erhebung einer migrationsspezifische Anamnese, Anteil (%)</i>	130
<i>Tabelle 26 In den Praxen der HIV-Schwerpunktversorgung von Ärzten und nicht-ärztlichem Personal abgedeckte Fremdsprachenkenntnisse</i>	134

<i>Tabelle 27 In der HIV-Schwerpunktversorgung gestellte Fragen zur Ergründung der Illness-Perspektive von HIV-positiven Migranten, Anteil Praxen</i>	<i>135</i>
<i>Tabelle 28 In der HIV-Schwerpunktversorgung gestellte Fragen zur zur Erhebung einer migrationspezifische Anamnese bei HIV-positiven Migranten, Anteil Praxen</i>	<i>136</i>
<i>Tabelle 29 Anteile der in HIV-Schwerpunktpraxen versorgten Migranten nach Ausprägung interkultureller Kompetenzen auf den adaptiven Achsen „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ („adaptive Achse 1“) und „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ („adaptive Achse 2“) sowie auf dem interkulturellen Index, absolut und Anteil (%).....</i>	<i>138</i>
<i>Tabelle 30 Kombination der Ausprägungen interkultureller Kompetenzen in den Praxen der HIV-Schwerpunktversorgung auf den adaptiven Achsen „strukturelle Bedingungen interkultureller Kompetenz“ („adapt. Achse 1“) und „interkulturelle Kompetenzen im ärztlichen Gespräch“ („adapt. Achse 2“)</i>	<i>138</i>
<i>Tabelle 31 Gewichtetes arithmetisches Mittel, gewichtete Standardabweichung, ungewichtetes arithmetisches Mittel, ungewichtete Standardabweichung, n_{Praxen} und $n_{Migranten}$, für verständliches Anliegen aufgrund sprachlicher oder inhaltlicher Gründe nach Ländern/Weltregionen</i>	<i>145</i>
<i>Tabelle 32 Gewichtetes arithmetisches Mittel und gewichtete Standardabweichung der Anteile von Übersetzungen an allen Gesprächen mit HIV-positiven Migranten durch unterschiedliche Übersetzer, HIV-Schwerpunktversorgung.....</i>	<i>150</i>
<i>Tabelle 33 Arithmetisches Mittel und Standardabweichung von Interaktionsproblemen aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten mit Migranten generell in der Regelversorgung, nach Geschlecht, Bildungsstand und Aufenthaltsdauer</i>	<i>152</i>
<i>Tabelle 34 Gewichtetes arithmetisches Mittel und gewichete Standardabweichung von Interaktionsproblemen aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten mit HIV-positiven Migranten, in der HIV-Schwerpunktversorgung, nach Geschlecht, Bildungsstand und Aufenthaltsdauer.....</i>	<i>152</i>
<i>Tabelle 35 Korrelationen zwischen Interaktionsproblemen aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten und den Merkmalen Geschlecht, Aufenthaltsdauer und Bildungsstand, nach Versorgungstyp.....</i>	<i>152</i>
<i>Tabelle 36 Korrelationen zwischen Unterschieden im Aufwand in der Behandlung von HIV-positiven Migranten und Nicht-Migranten sowie der Einschätzung der Bedeutung potentieller Kommunikationsbarrieren, Praxen der HIV-Schwerpunktversorgung, Korrelationskoeffizient τ_c.....</i>	<i>161</i>

8 Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1 Gemeinsamkeiten und Differenzen zwischen den Definitionen von „Migrant“ als Zuwanderer, der nicht in Deutschland geboren ist, und „Ausländer“ als Person mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit</i>	8
<i>Abbildung 2 Altersverteilung (gruppiert) von Nicht-Migranten, Migranten und Ausländern in Deutschland</i>	20
<i>Abbildung 3 Schulabschlüsse in Deutschland (2011), nach Nationalität und Abschlussarten</i>	23
<i>Abbildung 4 Monatliches Haushaltsnett-Einkommen 2011 (klassiert), nach Migrationsstatus</i>	26
<i>Abbildung 5 Ausländer in Berlin (absolut) am 31.12.2004 und 31.12.2012, nach Stichtag und Nationalität mit Anteil > 1% an allen in Berlin zum Stichtag (31.12.2004 bzw. 31.12.2012) registrierten Ausländern</i>	28
<i>Abbildung 6 Ausländer in Berlin (Anteil an der Gesamtbevölkerung) am 31.12.2004 und 31.12.2011, nach Verwaltungsbezirken und Jahr</i>	29
<i>Abbildung 7 Altersverteilung (gruppiert) von Ausländern und Deutschen in Berlin, Stand: 31.12.2011</i>	30
<i>Abbildung 8 Wirkungszusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit</i>	51
<i>Abbildung 9 Lebenslauf-orientiertes Modell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit</i>	66
<i>Abbildung 10 Modell des adaptiven Oszillierens mit prä-adaptiven Gegensätzen, vor dem Aneignen nötiger interkultureller Kompetenzen</i>	74
<i>Abbildung 11 Gelungene Arzt-Patient-Interaktion als Kommunikationsprozess über Illness- und Disease-Perspektive</i>	78
<i>Abbildung 12 Spezifikation des Modell des adaptiven Oszillierens mit Bezug auf präadaptive Gegensätze in interkulturellen Interaktionen im Rahmen der medizinischer Versorgung von Migranten</i>	79
<i>Abbildung 13 Anzahl von HIV-Neudiagnosen, Deutschland, 2001-2012, nach Diagnosejahr und Transmissionsrisiko</i>	107
<i>Abbildung 14 Anzahl gemeldeter HIV-Neudiagnosen von Personen nicht-deutscher Herkunft und Anteil Personen nicht-deutscher Herkunft an allen gemeldeten HIV-Neuddiagnosen mit Angabe zum Herkunftsland, Deutschland und Berlin, 2011-2012, nach Diagnosejahr</i>	108
<i>Abbildung 15 Altersverteilung (gruppiert) bei HIV-Neudiagnosen von Deutschen, Nicht-Deutschen und Personen mit Transmissionsrisiko HPL, Deutschland, 2001-2012</i>	109
<i>Abbildung 16 Herkunft (deutsch/nicht-deutsch) bei HIV-Neudiagnosen von Personen mit Herkunftsangabe, Deutschland, 2001-2012, nach Transmissionsrisiko</i>	110
<i>Abbildung 17 Transmissionsrisiko von Personen nicht-deutscher Herkunft, nach Jahr, Deutschland, 2001-2012</i>	110
<i>Abbildung 18 Transmissionsrisiko bei HIV-Neudiagnosen von Personen nicht-deutscher Herkunft, Deutschland, 2001-2012, nach Geschlecht</i>	111
<i>Abbildung 19 Anteil von HIV-Neudiagnosen bei Personen nicht-deutscher Herkunft mit Infektionsland Deutschland, nach Jahr, Deutschland und Berlin, 2001-2012</i>	112
<i>Abbildung 20 CDC-Stadium bei HIV-Testung von Personen nicht-deutscher Herkunft, Deutschland, 2001-2012, CDC-Stadium C nach Herkunftsregion</i>	114
<i>Abbildung 21 Anzahl von HIV-Neudiagnosen, Berlin, 2001-2012, nach Diagnosejahr und Transmissionsrisiko</i>	115
<i>Abbildung 22 Altersverteilung (gruppiert) bei HIV-Neudiagnosen von Deutschen, Nicht-Deutschen und Personen mit Transmissionsrisiko HPL, Berlin, 2001-2012</i>	116
<i>Abbildung 23 Transmissionsrisiko von Personen nicht-deutscher Herkunft, nach Jahr, Berlin, 2001-2012</i>	116
<i>Abbildung 24 Transmissionsrisiko bei HIV-Neudiagnosen von Personen nicht-deutscher Herkunft, Berlin, 2001-2012, nach Geschlecht</i>	117
<i>Abbildung 25 In Praxen der Regelversorgung vertretene Fachrichtungen</i>	119

<i>Abbildung 26 Praxisgrößen (gruppierte Anzahl Patientenkontakte/Quartal) der Regel- und der HIV-Schwerpunktversorgung</i>	120
<i>Abbildung 27 Anzahl von Patientenkontakten mit Migranten/Praxis (klassiert), Häufigkeit für Praxen der Regelversorgung</i>	120
<i>Abbildung 28 In Praxen der HIV-Schwerpunktversorgung vertretene Fachrichtungen</i>	122
<i>Abbildung 29 Anzahl von HIV-positiven Migranten/Praxis (klassiert, keine einheitlichen Klassen), Häufigkeit für HIV-Schwerpunktpraxen, die diese Klientel versorgen</i>	122
<i>Abbildung 30 Altersverteilungen der in den HIV-Schwerpunktpraxen behandelten HIV-positiven Migranten, nach Geschlecht und Altersgruppen, absolut und Anteile, nach Geschlecht</i>	123
<i>Abbildung 31 Erschwerung der Behandlung HIV-positiver Migranten durch ausländerrechtliche Probleme in der HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Praxen und Anteil versorgter Migranten</i>	125
<i>Abbildung 32 Verfügbarkeit von Patienteninformationen zu HIV/AIDS und zu Erkrankungen allgemein, Regelversorgung, nach Sprache</i>	127
<i>Abbildung 33 Vorhandensein interkulturell relevanter Faktoren auf organisatorischer Ebene, nach Versorgungstyp</i>	129
<i>Abbildung 34 Ausprägung interkultureller Kompetenz in Praxen der Regelversorgung mit HIV-positiver migrantischer Klientel</i>	131
<i>Abbildung 35 Verfügbarkeit von Patienteninformationen zu HIV/AIDS und zu Erkrankungen allgemein in Praxen der HIV-Schwerpunktversorgung, nach Sprache</i>	133
<i>Abbildung 36 Ausprägung interkultureller Kompetenzen in Praxen der Berliner HIV-Schwerpunktversorgung mit HIV-positiver migrantischer Klientel</i>	137
<i>Abbildung 37 Einfluss der Kommunikationsbarriere „fehlende Sprachkenntnisse“ auf die Behandlung HIV-positiver Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung, nach Anteil Praxen und Anteil Migranten</i>	140
<i>Abbildung 38 Einfluss der Kommunikationsbarriere „kulturelle Unterschiede“ auf die Behandlung HIV-positiver Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung, nach Anteil Praxen und Anteil Migranten</i>	141
<i>Abbildung 39 Einfluss der Kommunikationsbarriere „divergente Krankheitskonzepte“ auf die Behandlung HIV-positiver Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung, nach Anteil Praxen und Anteil Migranten</i>	142
<i>Abbildung 40 Einfluss der Kommunikationsbarriere „Unkenntnis relevanter Ereignisse der Migrationsgeschichte“ auf die Behandlung HIV-positiver Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung, nach Anteil Praxen und Anteil Migranten</i>	142
<i>Abbildung 41 Einfluss der Kommunikationsbarriere „schichtspezifische Unterschiede“ auf die Behandlung HIV-positiver Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung, nach Anteil Praxen und Anteil Migranten</i>	143
<i>Abbildung 42 Einfluss der Kommunikationsbarriere „unterschiedliches Geschlecht“ auf die Behandlung HIV-positiver Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung, nach Anteil Praxen und Anteil Migranten</i>	144
<i>Abbildung 43 Einfluss der Kommunikationsbarriere „medizinische Fachsprache“ auf die Behandlung HIV-positiver Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung, nach Anteil Praxen und Anteil Migranten</i>	145
<i>Abbildung 44 Häufigkeit des Einsatzes medialer Hilfsmittel in der Kommunikation mit an HIV/AIDS erkrankten Migranten in HIV-Schwerpunktpraxen, nach Migrantengruppen, Anteil Migranten</i>	147
<i>Abbildung 45 Häufigkeit des Einsatzes medialer Hilfsmittel in der Kommunikation mit an HIV/AIDS erkrankten Migranten in HIV-Schwerpunktpraxen, nach Migrantengruppen, Anteil Praxen</i>	147
<i>Abbildung 46 Erfahrung mit Übersetzung durch professionelle Dolmetscher oder Laien außerhalb des Praxispersonals in der HIV-Schwerpunktversorgung, nach Anteil Praxen und Anteil Migranten</i>	149
<i>Abbildung 47 Organisation von Übersetzung in Praxen der HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Praxen</i>	150

<i>Abbildung 48 Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Interaktion bezüglich HIV/AIDS, nach Deutschkenntnissen der Migranten, HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Migranten</i>	<i>153</i>
<i>Abbildung 49 Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Interaktion bezüglich HIV/AIDS, nach Deutschkenntnissen der Migranten, HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Praxen.....</i>	<i>154</i>
<i>Abbildung 50 Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Interaktion bezüglich anderer Beschwerden als HIV/AIDS, nach Deutschkenntnissen der Migranten, HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Migranten</i>	<i>155</i>
<i>Abbildung 51 Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Interaktion bezüglich anderer Beschwerden, nach Deutschkenntnissen der Migranten, HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Praxen.....</i>	<i>155</i>
<i>Abbildung 52 Zurückbleiben von Behandlungsverläufen von Migranten hinter denen von Nicht-Migranten bei der Therapie von HIV/AIDS, nach Deutschkenntnissen der Migranten, HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Migranten</i>	<i>156</i>
<i>Abbildung 53 Zurückbleiben von Behandlungsverläufen von Migranten hinter denen von Nicht-Migranten bei der Therapie von HIV/AIDS, nach Deutschkenntnissen der Migranten, HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Praxen</i>	<i>157</i>
<i>Abbildung 54 Zurückbleiben von Behandlungsverläufen von Migranten hinter denen von Nicht-Migranten bei der Therapie anderer Erkrankungen als HIV/AIDS, nach Deutschkenntnissen der Migranten, HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Migranten</i>	<i>157</i>
<i>Abbildung 55 Zurückbleiben von Behandlungsverläufen von Migranten hinter denen von Nicht-Migranten bei der Therapie anderer Erkrankungen als HIV/AIDS, nach Deutschkenntnissen der Migranten, HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Praxen</i>	<i>158</i>
<i>Abbildung 56 Unterschiede im Aufwand bei der Behandlung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten im Vergleich zu Nicht-Migranten, nach den Bereichen allgemeine Informationsgewinnung, Diagnostik und Medikation in der HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Migranten</i>	<i>160</i>
<i>Abbildung 57 Unterschiede im Aufwand bei der Behandlung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten im Vergleich zu Nicht-Migranten, nach den Bereichen allgemeine Informationsgewinnung, Diagnostik und Medikation in der HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Praxen.....</i>	<i>160</i>
<i>Abbildung 58 Besondere Anforderungen an die Praxis bei der Behandlung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung, Anteil Praxen</i>	<i>162</i>
<i>Abbildung 59 Modell des adaptiven Oszillierens mit im Rahmen der medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten wirksamen post-adaptiven interkulturellen Kompetenzen</i>	<i>221</i>

Literatur

- Aichberger, M. C., Bromand, Z., Heredia Montesinos, A., Temur-Erman, S., Mundt, A., Heinz, A. et al. (2012). Socio-economic status and emotional distress of female Turkish immigrants and native German women living in Berlin. *Eur Psychiatry*, 27 Suppl 2, 10-16.
- AIDS & Mobility. (2012). *Policy Development Report: AIDS&Mobility Europe 2008–2011*. Hannover: Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover, .
- AIDS & Mobility (Hrsg.). (1998). *The state of affairs in Europe on AIDS and STDs in migrants, ethnic minorities and other mobile groups*. Luxembourg: Europäische Kommission (Directorate F - Public Health).
- AIDS & Mobility (Hrsg.). (2000). *HIV/AIDS Care and support for migrant and ethnic minority communities in Europe*. Amsterdam: AIDS & Mobility.
- Al-Issa, I. (1997). General Issues and Research Problems. In I. Al-Issa & M. Tousignant (Hrsg.), *Ethnicity, Immigration, and Psychopathology* (S. 277-289). New York: Kluwer Academic Publishers.
- Ammassari, A., Trotta, M., Murri, R., Castelli, F., Narciso, P., Noto, P. et al. (2002). Correlates and Predictors of Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy: Overview of Published Literature. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31, 123-127.
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2012). Online-Abfrage der Datenbank Statistik Berlin-Brandenburg, Tabelle: Bevölkerungsbestand, Nationalität, Bezirke. Berlin: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2013a). Online-Abfrage der Datenbank Statistik Berlin-Brandenburg, Tabelle: Bevölkerungsbestand, Nationalität, Altersgruppen. Berlin: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2013b). Online-Abfrage der Datenbank Statistik Berlin-Brandenburg, Tabelle: Bevölkerungsbestand, Nationalität, Berliner Bezirke. Berlin: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2013c). Online-Abfrage der Datenbank Statistik Berlin-Brandenburg, Tabelle: Bevölkerungsbestand, Nationalität, Geschlecht. Berlin: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.
- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., Normand, J. & and the Task Force on Community Preventive Services. (2003). Culturally Competent Healthcare Systems- A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3S), 68-79.
- Anderson, P. (2000). *Interkulturelle Kompetenz und die Öffnung der sozialen Dienste: Eine Studie des Sozialreferats der Landeshauptstadt München*. München: Landeshauptstadt München, Sozialreferat.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Erweiterte deutsche Ausgabe von A. Franke*. Tübingen: DGVT.
- Aparicio, M. L., Döring, A., Mielck, A., Holle, R. & and KORA Studiengruppe. (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*, 50(2), 107-118.
- Aratow, K. (1996). *Interkultureller Vergleich der Schmerzwahrnehmung und Krankheitsverarbeitung bei türkischen und deutschen Patienten mit chronischer Polyarthritits*. Frankfurt/M.: Lang.
- Atkinson, R. & Flint, J. (2001). *Accessing hidden and hard-to-reach populations: Snowball Research strategies*. *Social Research Update 33* Verfügbar unter: <http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU33.html> 22.1.2010].
- Auernheimer, G. (2000). Interkulturelle Kompetenz - was ist das? *Development and Migration in International Dialogue (DAMID)*, 10 (5)(6).
- Auernheimer, G. (Hrsg.). (2008). *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung. (2012). *Bildung in Deutschland 2012. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur kulturellen Bildung im Lebenslauf*. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Babitsch, B., Braun, T., Borde, T. & David, M. (2008). Doctor's perception of doctor-patient relationships in emergency departments: What role do gender and ethnicity play? *BMC Health Services Research*, 11(8), 82.

- Babka von Gostomski, C. (2010). *Forschungsbericht Repräsentativbefragung „ Ausgewählte Migrantengruppen in Deutschland 2006/2007“ (RAM). Zur Situation der fünf größten in Deutschland lebenden Ausländergruppen*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Bade, K. J. (1997). Einführung: Zuwanderung und Eingliederung in Deutschland seit dem Zweiten Weltkrieg. In K. J. Bade (Hrsg.), *Fremde im Land. Zuwanderung und Eingliederung im Raum Niedersachsen seit dem Zweiten Weltkrieg* (S. 9-44). Osnabrück: Universitäts-Verlag Rasch.
- Bade, K. J. (Hrsg.). (2001). *Integration und Illegalität in Deutschland*. Osnabrück: Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien.
- Bade, K. J. & Münz, R. (Hrsg.). (2002). *Migrationsreport 2002. Fakten - Analysen - Perspektiven*. Frankfurt/M.: Campus Verlag.
- Bales, S., Baumann, H. G. & Schnitzler, N. (2003). *Infektionsschutzgesetz - Kommentar und Vorschriftensammlung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bartusch, S., Callies, J. & Machleidt, W. (2002). Integration von Migranten in die ambulante psychiatrische Versorgung - Ergebnisse einer retrospektiven Zehnjahres-Studie. *Der Nervenarzt, Suppl. 1*, 65.
- Barwig, K. & Hinz-Rommel, W. (Hrsg.). (1995). *Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste*. Freiburg: Lambertus.
- Bastine, R. (Hrsg.). (1998). *Klinische Psychologie. Band II*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Baumgartner-Bicer, J. (1998). *Migranten und Migrantinnen aus der Türkei in Auseinandersetzung mit verschiedenen Medizinsystemen*. Lizentiatsarbeit, Universität Bern, Bern.
- Beach, M. C., Gary, T. L., Price, E. G., Robinson, K., Gozu, A., Palacio, A. et al. (2006). Improving health care quality for racial/ethnic minorities: a systematic review of the best evidence regarding provider and organization interventions. *BMC Public Health*, 6(1), 104.
- Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A. et al. (2005). Cultural Competency: A Systematic Review of Health Care Provider Educational Interventions. *Medical care*, 43(4), 356.
- Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen. (2002). *Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin/Bonn: Bundesausländerbeauftragte.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. (2008). *7. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland*. Nürnberg.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.). (2007). *Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis*. Berlin.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.). (2012a). *9. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland*. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.). (2012b). *Zweiter Integrationsindikatorenbericht*. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.
- Bender, S., Rürup, B., Seifert, W. & Sesselmeier, W. (2000). Migration und Arbeitsmarkt. In K. J. Bade & R. Münz (Hrsg.), *Migrationsreport 2000* (S. 59-83). Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Bendl, R., Hanappi-Egger, E. & Hofmann, R. (Hrsg.). (2006). *Agenda Diversität: Gender- und Diversitätsmanagement in Wissenschaft und Praxis*. München: Hampp.
- Beraus, C. (1998). Der Stellenwert von Selbsthilfe und Gesundheitsförderung im öffentlichen Gesundheitswesen. In Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.), *Strukturelle Prävention: Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe* (S. 173-177). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Berens, E., Spallek, J. & Razum, O. (2008). *Mighealthnet - Länderbericht Deutschland*. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Bergmann, B. & Bergmann, N. (2005). *Interkulturelle Managementkompetenz. Anforderung und Ausbildung*. Heidelberg: Springer.

- Bischoff, A. & Steinauer, R. (2007). Pflegende Dolmetschende? Dolmetschende Pflegende? Literaturanalyse. *Pflege*, 20, 343-351.
- Bissar, A., Schulte, A., Muhiazi, G. & Koch, M. (2007). Caries prevalence in 11- to 14-year old migrant children in Germany. *International Journal of Public Health*, 52(2), 103-108.
- Bjorner, J., Kirstensen, T. & Orth-Gomér, K. (1996). *Self-rated health – a useful concept in research, prevention and clinical medicine*. Uppsala: Ord & Form AB.
- Blöchliger, C., Junghanss, T., Weiss, R., Herzog, C., Raeber, P.-A., Tanner, M. et al. (1998). Asylsuchende und Flüchtlinge in der hausärztlichen Praxis: Probleme und Entwicklungsmöglichkeiten. *Sozial- und Präventivmedizin*, 43, 18-28.
- Blöchliger, C., Tanner, M., Hatz, C. & Junghanss, T. (1997). Asylsuchende und Flüchtlinge in der ambulanten Gesundheitsversorgung: Kommunikation zwischen Arzt und Patient. *Schweizerische Rundschau für Medizin*, 19, 800-810.
- Bochow, M., Schmidt, A. & Grote, S. (2010). *Schwule Männer und HIV/Aids: Lebensstile, Szene, Sex 2007. Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Boesch, E. (1991). *Symbolic Action Theory and Cultural Psychology*. Berlin: Springer.
- Boesch, E. E. (1980). *Kultur und Handlung. Einführung in die Kulturpsychologie*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Böker, W. (1977). Zur psychischen Morbidität ausländischer Arbeitnehmer (Gastarbeiter) in der BRD. *Öffentliches Gesundheitswesen*, 39, 720-732.
- Bolten, J. (2007a). *Interkulturelle Kompetenz*. Erfurt: Landeszentrale für Politische Bildung.
- Bolten, J. (2007b). Was heißt interkulturelle Kompetenz? Perspektiven für die internationale Personalentwicklung. In J. Berninghausen & V. Kuenzer (Hrsg.), *Wirtschaft als interkulturelle Herausforderung, Business across cultures, Studien zum Interkulturellen Management Band I* (S. 21-42). Frankfurt: IKO-Verlag.
- Borde, T. (1999). Die Versorgung von Immigranten/innen aus der Perspektive von Fachkräften der Gesundheitsversorgung. In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit - Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle* (S. 95-114). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Borde, T. (2005). Repräsentation ethnischer Minderheiten in Studien und Gesundheitsberichten. Erfordernis, Chancen und Nebenwirkungen. In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit* (S. 266-287). Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.
- Borde, T. (2009). Datenlage und Forschungsstand zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. In Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), *Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Dokumentation eines Experten-Workshops 2009* (S. 10-24). Berlin.
- Borde, T. (2009). Interkulturelle Öffnung in der Gesundheitsversorgung – was heißt das? In Niedersächsisches Ministerium für Inneres, Sport und Integration (Hrsg.), *Interkulturelle Öffnung im Gesundheitssystem* (S. 14-17). Hannover: Landesregierung Niedersachsen.
- Borde, T., Braun, T. & David, M. (2003). Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen* (S. 43-84). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Borde, T., Braun, T. & David, M. (2005). *Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen - Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösungsansätze: Schlussbericht*.
- Borde, T. & David, M. (2004). *Checkliste Interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen*. Berlin.
- Borde, T. & David, M. (Hrsg.). (2003). *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen*. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.
- Borde, T., David, M. & Kentenich, H. (2000). Patientinnenorientierung im Kontext der kulturellen Vielfalt im Krankenhaus. In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrsg.), *Migration - Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext* (S. 121-154). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.

- Borde, T., David, M. & Kentenich, H. (2001). Probleme der Kommunikation und Aufklärung im Krankenhaus aus Sicht deutscher und türkischsprachiger Patientinnen. In R. Geene, C. Gold & C. Hans (Hrsg.), *Armut macht krank! Teil 1*. Berlin: Gesundheit Berlin e.V.
- Borde, T. & Rosendahl, C. (2003). Frauen- und Männergesundheit. In B. A. M. u. ö. Gesundheit (Hrsg.), *Gesunde Integration - Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin* (S. 109-117). Bonn und Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (5.). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (2). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Borutta, A. (2001). Mundgesundheit, Versorgungslage und gesellschaftliche Transformation in Osteuropa als Herausforderungen für Prophylaxe. In T. Schneller, R. Salman & C. Goepel (Hrsg.), *Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa*. Bonn: DAJ.
- Braun, P. & Wolf, E. (2011). Resistenzbestimmung und Tropismus. In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2011* (S. 298-331). Hamburg: Fokus Verlag.
- Braun, P. & Wolf, E. (2013). Resistenzbestimmung und Tropismus. In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2013/2014* (S. 316-334). Hamburg: Fokus Verlag.
- Braun, T., Brzank, P. & Würflinger, W. (2003). Gesundheitsversorgung illegalisierter Migrantinnen und Migranten – ein europäischer Vergleich. In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen* (S. 119-141). Bonn: Mabuse-Verlag.
- Brislin, R. W., Cushner, K., Cherrie, C. & Yong, M. (1986). *Intercultural interactions: a practical guide*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Bromand, Z., Temur-Erman, S., Yesil, R., Heredia Montesinos, A., Aichberger, M. C., Kleiber, D. et al. (2012). Mental health of Turkish women in Germany: resilience and risk factors. *Eur Psychiatry*, 27 Suppl 2, 17-21.
- Broszinsky-Schwabe, E. (2011). *Interkulturelle Kommunikation: Missverständnisse und Verständigung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaft.
- Brucks, U. (2001). Migration in die Bundesrepublik Deutschland. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 41-51). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Brucks, U. & Wahl, W.-B. (2003). Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten. In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen* (S. 15-33). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Bruner, J. (1997). *Sinn, Kultur und Ich-Identität. Zur Kulturpsychologie des Sinns*. Heidelberg: Auer.
- Brunner-Strepp, B. (2001). Statistische Daten zur Zahngesundheit bei Migranten am Beispiel der Aussiedler im Landkreis Osnabrück. In T. Schneller, R. Salman & C. Goepel (Hrsg.), *Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa* (S. 108–113). Bonn: DAJ.
- Brussaard, J., Erp-Baart, M. & Brants, H. (2001). Nutrition and health among migrants in the Netherlands. *Public Health and Nutrition*, 4(2b), 659–664.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2008). *Sprachliche Integration von Migranten in Deutschland. Working Paper 14*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2009). *Grunddaten der Zuwandererbevolkerung in Deutschland. Working paper 27 der Forschungsgruppe des Bundesamtes*. Nürnberg.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2012a). *Das Bundesamt in Zahlen 2011. Asyl, Migration, ausländische Bevölkerung und Integration*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2012b). *Migrationsbericht 2010*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Bundesarbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. (2000). *Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt*. Berlin/Bonn: Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen.

- Bundesärztekammer. (2009). *Ausländische Ärztinnen/Ärzte in Deutschland. Stand 31.12.2008*. Verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat08Tabelle10.pdf> [12.2.2010]
- Bundesinstitut für Berufsbildung. (2013). *Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2013*. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Bundeskriminalamt. (2005). *Bundeslagebild Rauschgift 2004*. Wiesbaden.
- Bundesministerium der Justiz. (2004). Gesetz zur Durchführung einer Repräsentativstatistik über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt sowie die Wohnsituation der Haushalte (Mikrozensusgesetz 2005 – MZG 2005). *Bundesgesetzblatt, I*, 1350-1353.
- Bundesministerium des Inneren. (2013). *Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung: Migrationsbericht 2011*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Bundesministerium des Inneren (Hrsg.). (2003). *Migrationsbericht 2003*. Berlin: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Bundesministerium des Inneren (Hrsg.). (2008). *Migrationsbericht 2007*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2013). *Lebenslagen in Deutschland. Der Vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2001). *Empfehlung der Arbeitsgruppe "Armut und Gesundheit" - Migration und gesundheitliche Versorgung*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2007). *Final report on the conference "responsibility & partnership - together against HIV/AIDS" in the scope of the German EU presidency 2007*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. (2007). *Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS Strategie*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Bundesregierung Deutschland. (2007). Der Nationale Integrationsplan. Neue Wege - neue Chancen. http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Archiv16/Artikel/2007/07/Anlage/2007-10-18-nationaler-integrationsplan.pdf?__blob=publicationFile.
- Bundesregierung Deutschland. (2008). *Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Berlin.
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK). (1998). *Arbeitsunfähigkeitsstatistik 1997*. Essen.
- Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. (2003). *Gesunde Integration - Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin*. Bonn und Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.
- Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. (2009). *Kompetente Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Krankenhaus benötigt eine(n) Migrations- / Migranten- / oder Integrationsbeauftragte*. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.
- Burnett, A. & Peel, M. (2001). Health needs of asylum seekers and refugees. *British Medical Journal*, 322(7285), 544-547.
- Bush, H., Williams, R. & Lean, M. (2001). Body image and weight consciousness among South Asian, Italian and general population women in Britain. *Appetite*, 37(3), 207-215.
- Butler, J. (2009a). Gesundheits- und Vorsorgeverhalten von erwachsenen MigrantInnen im Bezirk Berlin-Mitte – eine Befragung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung. In Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), *Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Dokumentation des Expertenworkshops am 5. Mai 2009* (S. 67-79). Berlin.
- Butler, J. (2009b). Impflücken bei jugendlichen Migranten und Migrantinnen - Erfahrungen mit der Erreichbarkeit der Zielgruppe im Rahmen der Jugendarbeitsschutzgesetzuntersuchung im Berliner Bezirk Mitte. In B. f. g. Aufklärung (Hrsg.), *Gesundheitsförderung konkret, Band 12: Migration und Gesundheitsförderung* (S. 135-143). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

- Buzaglo, M. & Radö, G. (1998). Sweden. In A. Mobility (Hrsg.), *The state of affairs in Europe on AIDS and STDs in migrants, ethnic minorities and other mobile groups*. Luxembourg: Europäische Kommission (Directorate F - Public Health).
- Cai, W., Poethko-Muller, C., Hamouda, O. & Radun, D. (2011). Hepatitis B virus infections among children and adolescents in Germany: migration background as a risk factor in a low seroprevalence population. *Pediatr Infect Dis J*, 30(1), 19-24.
- Cappon, P., Adien, A., Godin, G., Manson, S., Singer, E., Maticka-Tyndale, E. et al. (1996). HIV/AIDS in the context of culture: Selection of ethnocultural communities for study in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 87 (Supplement 1), 11-14.
- Cargill, V. A. & Stone, V. E. (2005). HIV/AIDS: a minority health issue. *The Medical Clinics of North America*, 89(4), 895.
- Castro Varela, M. d. M., Schulze, S., Vogelmann, S. & Weiß, A. (Hrsg.). (1998). *Suchbewegungen. Interkulturelle Beratung und Therapie*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Cattacin, S. & Chimienti, M. (2007). *Difference Sensitivity in the Field of Migration and Health. National policies compared*. Genf: Universität Genf.
- Centers for Disease Control (CDC). (1992). 1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 41, RR 17.
- Chandola, T. & Jenkinson, C. (2000). Validating self-rated health in different ethnic groups. *Ethnicity and Health*, 5(2), 151-159.
- Chen, G.-M. & Starosta, W. G. (1998). *Foundations of Intercultural Communication*. Needham Height: Allyn & Bacon.
- Chiarenza, A., Robinson, J., Spilker, R. & TF MFCCH Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health Care. (2011). *Developing standards for assessing equity of access and quality of health care for migrants and other vulnerable groups. Workshop of the Task Force MFCCH*. Bologna.
- Clarke, K., Holmström, P., Hormia, S., Lindholm, B., Nieminen, M., Halinen, I. et al. (1998). Finland. In A. Mobility (Hrsg.), *The state of affairs in Europe on AIDS and STDs in migrants, ethnic minorities and other mobile groups*. Luxembourg: Europäische Kommission (Directorate F - Public Health).
- Classen, G. (2011). *Das Asylbewerberleistungsgesetz und das Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum*. Berlin: Flüchtlingsrat Berlin.
- Coker, R. (2004). Compulsory screening of immigrants for tuberculosis and HIV. *British Medical Journal*, 328, 298-300.
- Collatz, J. (1994). Zur Realität von Krankheit und Krankheitsversorgung von Migranten in Deutschland. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, 23.
- Collatz, J. (1999). Kernprobleme des Krankseins in der Migration - Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In M. David, T. Borde & H. Kantenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit - Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle* (S. 33-58). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Collatz, J. (2001). Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In T. Hegemann (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie: Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 52-63). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Collatz, J., Brandt, A., Salman, R. & Timme, S. (Hrsg.). (1992). *Was macht Migranten in Deutschland krank? Zur Problematik von Rassismus und Ausländerfeindlichkeit und von Armutsdiskriminierung in psychosozialer und medizinischer Versorgung*. Hamburg: EBV Rissen.
- DAGNÄ e.V. (2012). *dagnä* Verfügbar unter: [23.8.2012 2012].
- David, M. (2003). Die Realität der Versorgung von Migranten in der Bundesrepublik Deutschland - notwendige Konsequenzen für die Gesundheitspolitik. In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen* (S. 275-286). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- David, M., Borde, T. & Kantenich, H. (Hrsg.). (1999). *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle* (2 ed.). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- David, M., Borde, T. & Kantenich, H. (Hrsg.). (2000). *Migration - Frauen - Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext*. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.

- David, M., Braun, T. & Borde, T. (2006). (Fehl-) Inanspruchnahme von klinischen Rettungsstellen. Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Ethnizität der Patienten. *Notfall- und Rettungsmedizin*, 8, 673-678.
- David, M., Pachaly, J. & Vetter, K. (2006). Perinatal outcome in Berlin (Germany) among immigrants from Turkey. *Arch Gynecol Obstet*, 274(5), 271-278.
- David, M., Schalinski, A. & Borde, T. (2008). Soziokulturelle Aspekte der Menopause und der menopausalen Hormontherapie. In R. Koch-Institut (Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Hormontherapie bei (post-)menopausalen Frauen in Deutschland 2007. Studienergebnisse zu Nutzen, Risiken und Versorgungsrealität.* (S. 57-63). Berlin.
- David, M., Schwartau, I., Pant, H. & Borde, T. (2006). Emergency outpatient services in the city of Berlin: factors for appropriate use and predictors for hospital admission. *EJEM – European Journal of Emergency Medicine*, 13, 352-357.
- Deiningner, S. & Brandt, S. (2005). *Umfrage zur Verständigung mit nicht deutschsprachigen Patientinnen und Patienten an Berliner Krankenhäusern.* Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz.
- Demorgon, J. & Molz, M. (1996). Bedingungen und Auswirkungen der Analyse von Kultur(en) und interkulturellen Interaktionen. In A. Thomas (Hrsg.), *Psychologie inter-kulturellen Handelns* (S. 43-86). Göttingen: Hogrefe.
- Deutsche AIDS-Hilfe. (2000). *AIDS und Migration.* Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Dickerhoff, R., von Rücker, A. & Kohne, E. (2000). Heterozygote Hämoglobin-S-Anlage. Klinische und genetische Bedeutung der Trägerschaft. *Deutsches Ärzteblatt*, 97(41), 2717–2719.
- Dill, H., Frick, U. & Höfer, R. (2002). *Risikoverhalten junger Migrantinnen und Migranten. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 141/I.* Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Direske, C. (2007). Die Sprache steht am Anfang vieler Schwierigkeiten. *Forum Sozialarbeit und Gesundheit*, 3, 20-22.
- Doherty, P., Stott, A. & Kinder, K. (2004). *Delivering Services to Hard to Reach Families in On Track Areas: Definition, Consultation and Needs Assessment. Home Office Development and Practice Report 15* Verfügbar unter: <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/dpr15.pdf> [22.1.2010].
- Dohmen, W. (1996). Patienten anderer Kulturkreise. Die Bedürfnisse dieser Patienten und ihre Bedeutung für die Hausarztmedizin. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 72, 290-294.
- Domenig, D. (Hrsg.). (2011). *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuchbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe.* Bern: Huber Verlag.
- Drenthen, G. (2000). Migration und Gesundheit – Lösungsansätze in den Niederlanden. In J. Gardemann, W. Müller & A. Remmers (Hrsg.), *Migration und Gesundheit. Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation und Handbuch anlässlich einer Arbeitstagung, gefördert im Rahmen des Kooperationsprogramms der Bundesrepublik Deutschland mit der WHO* (S. 250-259). Düsseldorf.
- Dreyer, W. & Höbner, U. (2011). *Perspektiven interkultureller Kompetenz.* Göttingen: Ruprecht GmbH & Company.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.). (2002). *Drogen- und Suchtbericht.* Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- el Sarraj, E., Punamaki, R. & Salmi, S. (1996). Experiences of torture and ill-treatment and posttraumatic stress disorder symptoms among Palestinian political prisoners. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 595–606.
- Elzer, M. & Sciborski, C. (2007). *Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und non-verbalen Interaktion.* Bern: Huber Verlag.
- Erb, J. & Winkler, G. (2004). Rolle der Nationalität bei Übergewicht und Adipositas bei Vorschulkindern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 152(3), 291–298.
- Erlil, A. & Gymnich, M. (2007). *Interkulturelle Kompetenzen: Erfolgreich kommunizieren zwischen den Kulturen.* Stuttgart: Klett Verlag.

- Ernst, G. (2000). Mythos Mittelmeersyndrom - Über akuten und chronischen Schmerz bei Migrantinnen. In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrsg.), *Migration - Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext* (S. 57-66). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Escobar, J. I. (1998). Immigration and Mental Health. Why are Immigrants Better Off? *Archives of General Psychiatry*, 55, 781-782.
- Ete, E. (1977). *Soziale Umstrukturierung und missglückte Integration als auslösender Faktor von Psychosen, Neurosen und anderen psychischen Störungen bei ausländischen Arbeitnehmern in der Bundesrepublik Deutschland*. Dissertation, Universität München, München.
- Ete, E. (1984). Psychische Störungen von ausländischen Arbeitern in der Bundesrepublik Deutschland. In H. Kentenich, P. Reeg & K. H. Wehkamp (Hrsg.), *Zwischen zwei Kulturen - Was macht Ausländer krank?* (S. 148-154). Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2006). *HIV prevention in Europe: Action, needs and challenges. Meeting report*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2009a). *Migrant health: Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2009b). *Migrant health: Background note to the 'ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU'*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2010a). *Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 progress report*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2010b). *Migrant health: Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU/EEA countries*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2011a). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2010*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2011b). *Improving HIV data comparability in migrant populations and ethnic minorities in EU/EEA/EFTA countries: findings from a literature review and expert panel*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2011c). *Migrant health: HIV testing and counselling in migrant populations and ethnic minorities in EU/EEA/EFTA Member States*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2012a). *Evaluating HIV treatment as prevention in the European context*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2012b). *HIV/AIDS surveillance in Europe*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2012c). *Responses to HIV and migration in western industrialised countries: current challenges, promising practices, future directions*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2013). *Migrant health: Sexual transmission of HIV within migrant groups in the EU/EEA and implications for effective interventions*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- Faltermaier, T. (2005a). *Gesundheitspsychologie. Reihe Grundrisse der Psychologie, Band 21*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Faltermaier, T. (2005b). Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In K. H. Wiedl & P. Marschall (Hrsg.), *Migration und Krankheit* (S. 93-112). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Feldtkeller, A. (2003). Dekonstruktion der eigenen Voraussetzungen— ein Lernerfolg in interkultureller Kompetenz. *Erwägen, Wissen, Ethik*, 14 (1), 163-165.

- Fischer, G. (1994). Versorgungsprobleme ausländischer Patienten in der ambulanten praktischen Medizin. In F. J. Illhardt & W. Effelsberg (Hrsg.), *Medizin in multikultureller Herausforderung. Workshop der Akademie der Wissenschaften und der Literatur*. Stuttgart: Gustav Fischer-Verlag.
- Fischer, V. (2003). Hinterfragung des Kulturbegriffs von Alexander Thomas. *Erwägen, Wissen, Ethik*, 14 (1), 167-169.
- Flöthmann, E.-J. (2004). Demografischer Hintergrund in der Bundesrepublik Deutschland. Zur bisherigen und zukünftigen Bedeutung der Migration für die Bevölkerungsentwicklung Deutschlands. In A. Krämer & L. Prüfer-Krämer (Hrsg.), *Gesundheit von Migranten. Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 21-38). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Flubacher, P. (1997). Ausländische Patienten in der hausärztlichen Praxis: unlösbare Probleme für Arzt und Patient? *Schweizerische Rundschau für Medizin*, 19, 811-816.
- Franz, A. (2003). Medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung. In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen* (S. 143-152). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Freißig, V. (2005). *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus: Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Frick, J. R. & Sohn, J. (2005). Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) als Grundlage für Analysen zur Bildungslage von Personen mit Migrationshintergrund. *14 Migrationshintergrund von Kindern und Jugendlichen: Wege zur Weiterentwicklung der amtlichen Statistik*, 81-90.
- Fritz, W., Möllenberg, A. & Chen, G. (2002). Measuring Intercultural Sensitivity in different cultural contexts. *Intercultural Communication Studies*, 11 (2), 165-176.
- Gaitanides, S. (2001). Veränderte Aufgabenbestimmungen der Migrationssozialarbeit und interkulturelle Öffnung der Regeldienste. *IZA*, 2, 52-56.
- Gaitanides, S. (2008). „Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste“ – Visionen und Stolpersteine. In B. Rommelspacher & I. Kollak (Hrsg.), *Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen* (S. 35-58). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Geiger, I. (2006). Managing Diversity in Public Health. In O. Razum, H. Zeeb & U. Laaser (Hrsg.), *Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit* (S. 163-175). Bern: Huber.
- Geiger, I. K. & Razum, O. (2006). Migration: Herausforderungen für die Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 719-746). Weinheim und München: Juventa.
- Gertsen, M. C. (1990). Intercultural competence and expatriates. *The International Journal of Human Resource Management*, 1 (3), 341-362.
- Gesemann, F. (Hrsg.). (2001). *Migration und Integration in Berlin. Wissenschaftliche Analysen und politische Perspektiven*. Opladen: Leske und Budrich.
- Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg. (1997). *Stadtteilgesundheitsbericht Gostenhof. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Nürnberg: Stadt Nürnberg.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. Wiesbaden: VS - Verlag für Sozialwissenschaften.
- Glass, T., De Geest, S. & Weber, R. (2006). Correlates of Self-Reported Nonadherence to Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Patients: The Swiss HIV Cohort Study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41, 385-392.
- Goebel, J., Grabka, M. M., Krause, P., Kroh, M., Pischner, R., Sieber, I. et al. (2008). Mikrodaten, Gewichtung und Datenstruktur der Längsschnittstudie Sozio-oekonomisches Panel (SOEP). *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung/Quarterly Journal of Economic Research*, 77(3), 77-109.
- Goldberg, A. & Sauer, M. (2003). *Konstanz und Wandel der Lebenssituation türkischstämmiger Migranten in Nordrhein-Westfalen. Zusammenfassung der fünften Mehrthemenbefragung 2003 im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen*. Essen: Stiftung Zentrum für Türkeistudien.
- Gölz, J. (2001). Integriertes Versorgungsmodell für HIV-Infizierte in großstädtischen Ballungsräumen. *European Journal of Medical Research*, 6 (Suppl. 1), 25.

- Gorst-Unsworth, C. & Goldenberg, E. (1998). Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile. *British Journal of Psychiatry*, 172, 90–94.
- Gößwald, A., Lange, M., Kamtsiuris, P. & Kurth, B. (2012). DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Bundesweite Quer- und Längsschnittstudie im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 55 (6-7), 775-780.
- Göttke, E. (2009). *Untersuchung zur Einstellung und zum Umgang von Migranten aus Hochprävalenzländern zu HIV und AIDS sowie zur Primär- und Sekundärprävention in Berlin*. Berlin: VIA - Verband für Interkulturelle Arbeit.
- Grimberg, B. & Moschner, B. (1996). Folteropfer als Flüchtlinge in Deutschland. Ergebnisse einer qualitativen Studie. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 4(2), 183-191.
- Groenemeyer, A. (2003). Kulturelle Differenz, ethnische Identität und die Ethnisierung von Alltagskonflikten. Ein Überblick sozialwissenschaftlicher Thematisierungen. In A. Groenemeyer & J. Mansel (Hrsg.), *Die Ethnisierung von Alltagskonflikten* (S. 11–46). Opladen: Leske & Budrich.
- Groß, J. (2005). *Möglichkeiten und Grenzen der Medizinischen Versorgung von Patienten und Patientinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus*. Berlin: Flüchtlingsrat Berlin.
- Grüber, C. (2005). Asthma und Allergie bei türkischstämmigen Kindern in Berlin. In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit* (S. 161–167). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Haasen, C. (2000). Kultur und Psychopathologie. In C. Haasen & O. Yagdiran (Hrsg.), *Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft* (S. 13–28). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Haasen, C., Demiralay, C. & Reimer, J. (2008). Acculturation and mental distress among Russian and Iranian migrants in Germany. *Eur Psychiatry*, 23 Suppl 1, 10-13.
- Haasen, C., Lambert, M., Yagdiran, O. & Krausz, M. (1997). Psychiatric Disorders among Migrants in Germany: Prevalence in a Psychiatric Clinic and Implications for Services and Research. *European Psychiatry*, 12, 305-310.
- Häfner, H. (1980). Psychiatrische Morbidität von Gastarbeitern in Mannheim. *Der Nervenarzt*, 51, 672-683.
- Häfner, H., Moschel, G. & Özek, M. (1977). Psychische Störungen bei türkischen Gastarbeitern. Eine prospektiv-epidemiologische Studie zur Untersuchung der Reaktion auf Einwanderung und partielle Anpassung. *Der Nervenarzt*, 8, 268-275.
- Handschuck, S. & Schröer, H. (2000). Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste. *IZA*, 3/4, 86-95.
- Handschuck, S. & Schröer, H. (2008). Interkulturelle Orientierung und Öffnung der Sozialverwaltung – Erfahrungen mit einem strategischen Ansatz. In B. Rommelspacher & I. Kollak (Hrsg.), *Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen* (S. 157-172). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Hansestadt Lübeck - Gesundheitsamt (Hrsg.). (2001). *Lübecker Kindergesundheitsbericht 2000*. Lübeck: Hansestadt Lübeck.
- Haour-Knipe, M., Fleury, F. & Dubois-Arber, F. (1999). HIV/AIDS prevention for migrants and ethnic minorities: Three phases of evaluation. *Social Science and Medicine*, 49(10), 1357-1372.
- Hecht-el Minschawi, B. (2009). *Interkulturelle Kompetenz; Managing Cultural Diversity - Das Trainingshandbuch*. Bremen: Kellner Verlag.
- Hecker, W., Bartus, B. & Heinze, E. (1998). Stoffwechseleinstellung des Diabetes mellitus Typ 1 bei Kindern und Jugendlichen deutscher und ausländischer Herkunft. *Diabetes und Stoffwechsel*, 7, 177–180.
- Hegemann, T. & Salman, R. (Hrsg.). (2000). *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Heise, T. (Hrsg.). (1998). *Transkulturelle Psychotherapie. Hilfen im ärztlichen und therapeutischen Umgang mit ausländischen Mitbürgern*. Berlin: VWB-Verlag.
- Heise, T. (Hrsg.). (2002). *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland*. Berlin: VWB-Verlag.
- Helfrich, H. (1993). Methodologie kulturvergleichender psychologischer Forschung. In A. Thomas (Hrsg.), *Kulturvergleichende Psychologie - Eine Einführung* (S. 81-102). Göttingen: Hogrefe.

- Hellbernd, H. (1996). *Zum Umgang mit Verständigungsproblemen in der stationären Versorgung von Migranten und Migrantinnen. Eine Untersuchung am Beispiel eines Akutkrankenhauses unter besonderer Berücksichtigung der ärztlichen Sicht*. Magisterarbeit, Technische Universität, Berlin.
- Helman, C. (2007). *Culture, Health and Illness*. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd.
- Helmert, U., Bammann, K., Voges, W. & Müller, R. (Hrsg.). (2000). *Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland*. Weinheim: Juventa.
- Helmert, U., Voges, W. & Sommer, T. (2002). Soziale Einflussfaktoren für die Mortalität von männlichen Krankenversicherten in den Jahren 1989 bis 2000. *Gesundheitswesen*, 64, 3-10.
- Heredia Montesinos, A., Rapp, M. A., Temur-Erman, S., Heinz, A., Hegerl, U. & Schouler-Ocak, M. (2012). The influence of stigma on depression, overall psychological distress, and somatization among female Turkish migrants. *Eur Psychiatry*, 27 Suppl 2, 22-26.
- Hergenc, G., Schulte, H., Assmann, G. & von Eckardstein, A. (1999). Associations of obesity markers, insulin, and sex hormones with HDL – cholesterol levels in Turkish and German individuals. *Atherosclerosis*, 145, 147–156.
- Heringer, H. J. (2007). *Interkulturelle Kommunikation*. Tübingen: UTB/Francke.
- Hinz-Rommel, W. (1994). *Interkulturelle Kompetenz. Ein neues Anforderungsprofil für die soziale Arbeit*. Münster: Waxmann.
- Hinz-Rommel, W. (1994). *Interkultureller Selbsttest*. Stuttgart: Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Württemberg.
- Hinz-Rommel, W. (1998). Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste und Einrichtungen. *IZA*, 1, 36-41.
- Hoffmann, C. (2013a). Historie. In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2013/2014* (S. 62-65). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Hoffmann, C. (2013b). Opportunistische Infektionen. In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2013/2014* (S. 346-427). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Hoffmann, C. (2013c). Substanzklassen, Medikamentenübersicht. In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2013/2014* (S. 66-114). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Hoffmann, C. (2013d). Therapieziele. In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2013/2014* (S. 144-164). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Hoffmann, C. (2013e). Wann mit ART anfangen? In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2013/2014* (S. 165-177). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Hoffmann, C. & Noah, C. (2013). Monitoring der ART. In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2013/2014* (S. 250-261). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Höhne, A. & Schubert, M. (2007). Vom Healthy-Migrant-Effekt zur gesundheitsbedingten Frühberentung. Erwerbsminderungsrenten bei Migranten in Deutschland. *DRV-Schriften*, 55, 103-126.
- Hölling, H., Kamtsiuris, P., Lange, M., Thierfelder, W., Thamm, M. & Schlack, R. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Studienmanagement und Durchführung der Feldarbeit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50, 557-566.
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (2003). WHO-Jugendgesundheitsurvey: Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland. *Erziehungswissenschaft*, 27, 79-108.
- IAF - Verband binationaler Familien und Partnerschaften (Hrsg.). (ohne Jahr). *Beratung im interkulturellen Kontext*. Berlin: IAF - Verband binationaler Familien und Partnerschaften.
- Idler, E. & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38(1), 21-37.
- Iren Akbiyik, D., Berksun, O. E., Sumbuloglu, V., Senturk, V. & Priebe, S. (2008). Quality of life of Turkish patients with depression in Ankara and in Berlin. *Eur Psychiatry*, 23 Suppl 1, 4-9.
- Jahoda, H. (1996). Ansichten über die Psychologie und die "Kultur". In A. Thomas (Hrsg.), *Psychologie interkulturellen Handelns* (S. 33-42). Göttingen: Hogrefe.

- Jansen, K., Brockmeyer, N., Dlugay, V., Stoll, M., Volkert, R., Gözl, J. et al. (2009). Poorer clinical outcomes of HIV-positive patients (PLWHA) having lower income: results of an analysis on basis of the KompNet cohort. *HIV Medicine*, 10 (Suppl. 2), 153.
- Jansen, K., Brockmeyer, N., Hahn, M., Kaul, I., Fenske, S., Rausch, M. et al. (2009). Epidemiological Composition, Clinical and Treatment Characteristics of the Patient Cohort of the German Competence Network for HIV/AIDS. *European Journal of Medical Research*, 14, 415-425.
- Jansen, K., Michalik, C., Hahn, M., Dupke, S., Esser, S., Jaeger, H. et al. (2009). The Patient Cohort of the German Competence Network for HIV/AIDS (KompNet): a Profile. *European Journal of Medical Research*, 14, 323-331.
- Janßen, C., Grosse Frie, K., Dinger, H., Schiffmann, L. & Ommen, O. (2009). Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen - Probleme - Perspektiven* (S. 149-166). Wiesbaden: VS Verlag.
- Jöckel, K.-H., Babitsch, B., Bellach, B. M., Bloomfield, K., Hoffmeyer-Zlotnik, J. & Winkler, J. (1998). Empfehlungen der Arbeitsgruppe "Epidemiologische Methoden" der DAE, GMDS und DGSM zur Messung und Quantifizierung soziodemographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. In W. Ahrens, K.-H. Jöckel & B. M. Bellach (Hrsg.), *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie* (S. 7-38). München: MMV Medizin Verlag.
- Johnson, M. & Borde, T. (2009). Representation of ethnic minorities in research – Necessity, opportunity and adverse effects. In L. Culley, N. Hudson & F. van Rooij (Hrsg.), *Marginalized Reproduction Ethnicity, Infertility and Reproductive Technologies* (S. 64-80). London: Earthscan.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2004). *Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. Genf: UNAIDS.
- Jungbauer-Gans, M. & Gross, C. (2009). Erklärungsansätze sozial differenzierter Gesundheitschancen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen - Probleme - Perspektiven* (S. 77-98). Wiesbaden: VS Verlag.
- Kamtsiuris, P., Bergmann, E., Rattay, P. & Schlaud, M. (2007). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 836–850.
- Kamtsiuris, P., Lange, M. & Schaffrath Rosario, A. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50, 547-556.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2007). *Ausländische Ärztinnen/Ärzte. Stand: 31.12.2006. Sonderauswertung im Auftrag des Robert Koch-Institutes*. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2009). *Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung (Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids)*. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Kentenich, H., David, M., Borde, T., Hemmerling, A. & Gerstner, B. (2003). Aspekte der Versorgung von Migrantinnen in Geburtshilfe und Gynäkologie. In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen* (S. 105-118). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Kentenich, H., David, M., Yüksel, E. & Pette, G. M. (1999). Türkische Patientinnen in der Gynäkologie: Probleme - Mißverständnisse - Lösungsansätze. In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit - Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle* (S. 121-144). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Kentenich, H., Reeg, P. & Wehkamp, K. H. (Hrsg.). (1984). *Zwischen zwei Kulturen - Was macht Ausländer krank?* Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit.
- Ketterer, A. (1998). Strukturelle Prävention im theoretischen Kontext und als Spiegel der Zeit: Vorbilder Einflüsse, Abgrenzungen, Merkmale. In Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.), *Strukturelle Prävention: Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe* (S. 39-55). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Kinast, E.-U. (1998). *Evaluation interkultureller Trainings*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Kitayama, S. (2002). Culture and basic psychological processes--Toward a system view of culture: Comment on Oyserman et al. (2002). *Psychological Bulletin*, 128, 89-96.

- Kitayama, S., Duffy, S., Kawamura, T. & Larsen, J. T. (2003). Perceiving an object and its context in different cultures: A cultural look at new look. *Psychological Science*, 14 (3), 201–206.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med*, 88(2), 251-258.
- Kluge, U. (2011). Sprach- und Kulturmittler im interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 145-154). München: Urban & Fischer.
- Kluge, U., Bogic, M., Devillé, W., Greacen, T., Dauvrin, M., Dias, S. et al. (2012). Health services and the treatment of immigrants: data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe. *European Psychiatry*, 27(Suppl 2), 56-62.
- Kluge, U. & Kassim, N. (2006). „Der Dritte im Raum“ - Chancen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturmittlern in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie und Interkulturelle Psychotherapie - Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 177-196). Heidelberg: Springer.
- Knipper, M. & Bilgin, Y. (2009). *Migration und Gesundheit*. Sankt Augustin/Berlin: Konrad Adenauer Stiftung e.V.
- Knipping, H. (2001). Traumatisierte Flüchtlinge. In Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (Hrsg.), *Dokumentation der Fachtagung "Traumatisierte Flüchtlinge im Asylverfahren". Schriftenreihe des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge. Band 9* (S. 167–184). Nürnberg.
- Knoth, A. (2006). *Managing Diversity – Skizzen einer Kulturtheorie zur Erschließung des Potentials menschlicher Vielfalt in Organisationen*. Tönning: Der Andere Verlag.
- Koall, I., Bruchhagen, V. & Höher, F. (Hrsg.). (2007). *DIVERSITY OUTLOOKS – Managing Diversity zwischen Ethik, Profit und Antidiskriminierung*. Münster: LIT.
- Koch, E. (2002). *Stationäre Psychotherapie im Kontext der einweisenden Ärzte und des psychosozialen Umfelds des Patienten. Marburger Gespräche zur transkulturellen Psychiatrie, 12. Juni 2002.* (Unveröffentlichter Vortrag).
- Koch, E., Brucks, U. & Strate, P. (2002). Stationäre Psychotherapie bei Migranten. Zur Methodik einer kontinuierlichen Selbstüberprüfung des Therapiekonzeptes. In D. Mattke, D. Hertel, S. Büsing & K. Schreiber-Willnow (Hrsg.), *Vom Allgemeinen zum Besonderen. Störungsspezifische Konzepte und Behandlung in der Psychosomatik*. Frankfurt am Main: VAS.
- Koch, E., Özek, M. & Pfeiffer, W. M. (Hrsg.). (1995). *Psychologie und Pathologie der Migration - Deutsch-Türkische Perspektiven*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Kofahl, C., Hollmann, J. & Möller-Bock, B. (2009). Health-related self-help of immigrants in Germany. Chances, barriers, potential. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 52(1), 55-63.
- Kohls, M. (2008a). *Healthy-Migrant-Effect. Erfassungsfehler und andere Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität von Migranten - Eine Bestandsaufnahme*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Kohls, M. (2008b). *Leben Migranten wirklich länger? Eine empirische Analyse der Mortalität von Migranten in Deutschland*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Kohls, M. (2010). Die Nachfrage und das Angebot von Pflegeleistungen bei Migranten - Erheblicher Forschungsbedarf, aber nur wenig überregionale Datengrundlagen. In F. u. I. Beauftragte der Bundesregierung für Migration (Hrsg.), *Migrationssensible Gesundheits- und Pflegeberichterstattung* (S. 119-131). Berlin.
- Kohls, M. (2011). *Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Forschungsbericht 9*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Koray, S. (2000). Interkulturelle Kompetenz - Annäherung an einen Begriff. In Bundesarbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (Hrsg.), *Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt* (S. 23-26). Berlin/Bonn: Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen.
- Korporal, J. (1985). Arzneimittelverordnungen, physikalische Therapie, Heilverfahren und Rehabilitation bei Arbeitsmigranten. Ergebnisse offener Interviews mit Ärzten und Sozialarbeitern. In J. Collatz, E.

- Kürsat-Ahlers & J. Korporal (Hrsg.), *Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik*. Hamburg: EBV.
- Korporal, J. (1990). Zur gesundheitlichen Situation der ausländischen Bevölkerung in der Bundesrepublik. *Psychomed*, 2, 11-16.
- Korporal, J. (1995). Aspekte der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Migranten. In H. Kreuter & A. Zier (Hrsg.), *Migration and Health. First International Symposium. WIAD Schriftenreihe Band 6*. Bonn: Wirtschafts- und Verlagsgesellschaft.
- Korporal, J. & Dangel, B. (2004). *Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten als Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit im Alter. Expertise für den 5. Altenbericht der Bundesregierung*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Krämer, A. & Baune, B. T. (2004). Migrationen: eine Herausforderung für die Gesundheitswissenschaften und die gesundheitliche Versorgung. In A. Krämer & L. Prüfer-Krämer (Hrsg.), *Gesundheit von Migranten. Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 9-20). Weinheim und München: Juventa.
- Kreienbrink, A. & Rühl, S. (2007). *Familiennachzug in Deutschland. Kleinstudie IV im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks. Working Paper 10 der Forschungsgruppe des Bundesamtes*. Nürnberg.
- Krell, G., Riedmüller, B., Sieben, B. & Vinz, D. (Hrsg.). (2007). *Diversity Studies. Grundlagen und disziplinäre Ansätze*. Frankfurt/M.: Campus Verlag.
- Krewer, B. (1996). Kulturstandards als Mittel der Selbst- und Fremdrelexion in interkulturellen Begegnungen. In A. Thomas (Hrsg.), *Psychologie interkulturellen Handelns* (S. 148-164). Göttingen: Hogrefe.
- Kuepper-Nybelen, J., Lamerz, A. & Bruning, N. (2005). Major differences in prevalence of overweight according to nationality in preschool children living in Germany: determinants and public health implications. *Archives of Disease in Childhood*, 90(4), 359-363.
- Kühnisch, J., Senkel, H. & Heinrich-Weltzien, R. (2003). Vergleichende Untersuchung zur Zahngesundheit von deutschen und ausländischen 8- bis 10-Jährigen des westfälischen Ennepe-Ruhr-Kreises. *Das Gesundheitswesen*, 65, 96-101.
- Kumbruck, C. & Derboven, W. (2009). *Interkulturelles Training: Trainingsmanual zur Förderung interkultureller Kompetenzen in der Arbeit*. Heidelberg: Springer.
- Kürsat-Ahlers, E. & Waldhoff, H.-P. (2001). Die langsame Wanderung. Wie Migrationstheoretiker der Vielfalt gelebter Migration nachwandern. In F. Gesemann (Hrsg.), *Migration und Integration in Berlin. Wissenschaftliche Analysen und politische Perspektiven* (S. 31-62). Opladen: Leske & Budrich.
- Kurth, B. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50, 533-546.
- Kurth, B. & Schaffrath-Rosario, A. (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50, 736-743.
- Lajjos, K. (Hrsg.). (1993). *Die psychosoziale Situation von Ausländern in der Bundesrepublik: Integrationsprobleme und seelische Folgen*. Opladen: Leske&Budrich.
- Lampert, T. & Burger, M. (2005). Verbreitung und Strukturen des Tabakkonsums in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 48(11), 1231-1241.
- Lampert, T., Saß, A., Häfeliinger, M. & Ziese, T. (2005). *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Gesundheitsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Landeszentrum für Zuwanderung Nordrhein-Westfalen. (2000). *Dokumentation der Werk-statt Weiterbildung Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste* Verfügbar unter: <http://www.lzz-nrw.de/docs/werkstatt.pdf> [Zugriff: 27.1.2002]
- Landman, J. & Cruickshank, J. (2001). A review of ethnicity, health and nutrition-related diseases in relation to migration in the United Kingdom. *Public Health and Nutrition*, 4(2b), 647-657.
- Lazaridis, K. (1985). Psychiatrische Erkrankungen bei Ausländern. In Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (Hrsg.), *Migration und psychische Gesundheit. Zur psychosozialen Lage von Migranten in der Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband.

- Lazaridis, K. (1987). Psychiatrische Erkrankungen bei Ausländern. Hospitalisations- und nationalitätenspezifische Inzidenz. Eine epidemiologische Untersuchung in Niedersachsen. *Der Nervenarzt*, 58, 250-255.
- Lederer, H. (2004). *Indikatoren der Migration. Zur Messung des Umfangs und der Arten von Migration in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Ehegatten und Familiennachzugs sowie der illegalen Migration*. Bamberg: efms-Verlag.
- Leenen, W. (2005). Interkulturelle Kompetenzen: Theoretische Grundlagen. In W. Leenen, H. Grosch & A. Groß (Hrsg.), *Bausteine der interkulturellen Qualifizierung der Polizei*. Münster: Waxmann.
- Lefebvre, R. C. & Rochlin, L. (1997). Social Marketing. In K. Glanz, F. M. Lewis & B. K. Rimer (Hrsg.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (S. 284-402). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Lenthe, U. (2010). *Transkulturelle Pflege: Kulturspezifische Faktoren erkennen - verstehen - integrieren*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Levenstein, J. H., McCracken, E. C., McWhinney, I. R., Stewart, M. A. & Brown, J. B. (1986). The Patient-Centred Clinical Method. 1. A Model for the Doctor-Patient-Interaction in Family Medicine. *Family Practice*, 3 (1), 24-30.
- Levenstein, J. H., McCracken, E. C., McWhinney, I. R., Stewart, M. A. & Brown, J. B. (1986). The Patient-Centred Clinical Method. A Model for the Doctor-Patient-Interaction in Family Medicine. *Family Practice*, 3/1, 24-30.
- Levy, D. & Kannel, W. (2000). Searching for answers to ethnic disparities in cardiovascular risk. *Lancet*, 356(9226), 266-267.
- Lichter, K. (1993). Möglichkeiten und Grenzen psychiatrischer Behandlung im Spannungsfeld der Migration. In K. Lajios (Hrsg.), *Die psychosoziale Situation von Ausländern in der Bundesrepublik* (S. 17-34). Opladen: Leske und Budrich.
- Lie, D. A., Lee-Rey, E., Gomez, A., Berecknyei, S. & Braddock, C. H. (2011). Does cultural competency training of health professionals improve patient outcomes? A systematic review and proposed algorithm for future research. *Journal of general internal medicine*, 26(3), 317-325.
- Lindert, J. (2003). Krankheit kennt keine Papiere. In Beauftragte der Bundesregierung für Migranten Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), *Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003* (S. 143-147). Berlin, Bonn.
- Lindert, J., Priebe, S., Penka, S., Napo, F., Schouler-Ocak, M. & Heinz, A. (2008). Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie*, 58(3-4), 1-7.
- Luchtenberg, S. (1999). *Interkulturelle kommunikative Kompetenz: Kommunikationsfelder in Schule und Gesellschaft*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lustig, M. & Koester, J. (2009). *Intercultural competence: Interpersonal communication across cultures*. Zug: Pearson Education.
- Machleidt, W., Behrens, K. & Calliess, I. (2007). Integration von Migranten in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 34, 325-331.
- Machleidt, W. & Calliess, I. (2005). Transkulturelle Psychiatrie und Migration – Psychische Erkrankungen aus ethnischer Sicht. *Die Psychiatrie*, 2, 77-84.
- Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg.). (2011). *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit*. München: Urban & Fischer.
- Machleidt, W., Salman, R. & Calliess, I. (Hrsg.). (2006). *Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: VWB.
- Mae, M. (2003). Transkulturalität und interkulturelle Kompetenz. *Erwägen, Wissen, Ethik*, 14 (1), 194-196.
- Maercker, A. & Schutzwohl, M. (1997). Long-term effects of political imprisonment: a group comparison study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(8), 435-442.
- Maharaj, J. (1998). United Kingdom. In AIDS & Mobility (Hrsg.), *The state of affairs in Europe on AIDS and STDs in migrants, ethnic minorities and other mobile groups* (S. 217-237). Luxembourg: Europäische Kommission (Directorate F - Public Health).

- Mall, R. (2003). Interkulturelle Kompetenz jenseits bloßer "political correctness". *Erwägen, Wissen, Ethik*, 14 (1), 196-198.
- Marcus, U., Schmidt, A., Hamouda, O. & Bochow, M. (2009). Estimating the regional distribution of men who have sex with men (MSM) based on Internet surveys. *BMC Public Health*, 9, 180.
- Marmot, M. (1993). Changing places changing risks: The study of migrants. *Public Health Rev*, 21(3-4), 185-195.
- Marschalk, P. & Wiedl, K. H. (Hrsg.). (2005). *Migration und Krankheit*. Osnabrück: Universitäts-Verlag Rasch.
- Marschall, T., Prüfer-Krämer, L. & Mikolajczyk, R. (2005). Erhöhen Migrationen aus hohen und mittleren Endemiegebieten die Hepatitis-B-Prävalenz in Deutschland? Epidemiologische Schätzung der HBsAg-Prävalenz bei verschiedenen erwachsenen Bevölkerungsgruppen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 130, 2753-2758.
- Maschewsky-Schneider, U. & Fuchs, J. (2000). Brauchen wir in der Forschung zu Migration und Gesundheit besondere methodische Zugangsweisen? Was wir aus der Frauenforschung lernen können. In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrsg.), *Migration - Frauen - Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext* (S. 27-44). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Mecheril, P. (1996). Auch das noch...Ein handlungsbezogenes Rahmenkonzept Interkultureller Beratung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 28 (1), 17-35.
- Mecheril, P. (2008). Das Besondere ist das Allgemeine - Überlegungen zur Befremdung des „Interkulturellen“. In B. Rommelspacher & I. Kollak (Hrsg.), *Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen* (S. 77-96). Frankfurt/M.: Mabuse.
- Mehle, J. (1981). *Evaluation der deutschsprachigen medizinischen Literatur von 1962 bis 1979 über die Epidemiologie und die Konfliktfelder im Gesundheitsverhalten ausländischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik. Dissertation*. Bochum.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2005). ExpertInneninterviews - vielfach erpöbt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (S. 71-94). Opladen: Leske + Budrich.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Mladovsky, P. A. (2009). A framework for analyzing migrant health policies in Europe. *Health Policy*, 93(1), 55-63.
- Mohammadzadeh, Z. (1995). Das Bremer Erstuntersuchungsprogramm für Asylsuchende (I). *Gesundheitswesen*, 57(8-9), 457-461.
- Mohammadzadeh, Z. (2001). Probleme und Perspektiven der interkulturellen Beratung in der AIDS-Hilfe. In Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.), *AIDS und Migration* (S. 79-132). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Morten, A. (Hrsg.). (1988). *Vom heimatlosen Seelenleben - Entwurzelung, Entfremdung und Identität*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Möske, M., Gil-Martinez, F. & Schulz, H. (2012). Cross-cultural opening in German outpatient mental health care service - explorative study of structural and procedural aspects. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 57, 15-21.
- Münz, R. (1997). *Zuwanderung nach Deutschland: Strukturen, Wirkungen, Perspektiven*. Frankfurt/M.: Campus Verlag.
- Münz, R., Seifert, W. & Ulrich, R. (2001). *Zuwanderung nach Deutschland – Strukturen, Wirkungen, Perspektiven*. Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag.
- Murri, R., Ammassari, A. & De Luca, A. (2001). Self-reported nonadherence with antiretroviral drugs predicts persistent condition. *HIV Clinical Trials*, 2, 323-329.
- Muthny, F. A. & Bermejo, I. (2008). *Interkulturelle Medizin: Laientheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Nationaler AIDS-Beirat beim Bundesministerium für Gesundheit. (2012). *Votum zur Prävention von HIV mit antiretroviralen Medikamenten*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

- Nauck, B. & Niephaus, Y. (2001). Intergenerative Konflikte und gesundheitliche Belastungen in Migrantenfamilien. In P. Marschalck & K.-H. Wiedl (Hrsg.), *Migration und Krankheit. IMIS-Schriften Bd. 10* (S. 217–250). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Nestmann, F. & Niepel, T. (Hrsg.). (1993). *Beratung von Migranten. Neue Wege der psychosozialen Versorgung*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). (2008). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz.
- Oesterdiekhoff, G. W. (1997). *Kulturelle Bedingungen kognitiver Entwicklungen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp-Verlag.
- Otten, M., Scheitza, A. & Cnyrim, A. (2007). *Interkulturelle Kompetenz im Wandel. Band I: Grundlegungen, Konzepte und Diskurse*. Berlin: Iko-Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- Özsahin, A. (2001). Zum Stand der Mundgesundheit und der zahnmedizinischen Versorgung in der Türkei. In T. Schneller, R. Salman & C. Goepel (Hrsg.), *Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa*. Bonn: DAJ.
- Pallasch, G., Salman, R. & Hartwig, C. (2005). Verbesserung des Impfschutzes für sozial benachteiligte Gruppen unter Mitarbeit von Vertrauenspersonen – Ergebnisse einer kultur- und sprachsensiblen Intervention des Gesundheitsamtes Stade und des Ethno-Medizinischen Zentrums für Migrantenkinder im Altländer Viertel. *Das Gesundheitswesen*, 67, 33–38.
- Papies-Winkler, I. (2003). Dolmetschen in Gesundheits- und Sozialwesen. In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen* (S. 229-234). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Pavkovic, G. (2001). Auswirkungen von Familie und Erziehung in verschiedenen Kulturen auf die Mundgesundheit. In T. Schneller, R. Salman & C. Goepel (Hrsg.), *Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa* (S. 77–90). Bonn: DAJ.
- Peintinger, M. (2011). *Interkulturell kompetent. Ein Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte*. Wien: Facultas Verlag.
- Penka, S., Kluge, U., Vardar, A., Borde, T. & Ingleby, D. (2012). The German concept of „Intercultural opening“ as an answer to challenges of migration - the development of an assessment tool for the appraisal of its current implementation in the mental health care system. *European Psychiatry*, 27(Suppl 2), 63-69.
- 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*, 55, 1168-1175.
- Petersen, A. (1995). Somatisieren die Türken oder psychologisieren wir? Gedanken zur angeblichen Neigung der Türken zum Somatisieren. *Curare*, 18(2), 531–540.
- Pette, G. M. (2000). Unterschiedliche Versorgungsbedingungen für deutsche und ausländische Patientinnen in einer gynäkologischen Notfallambulanz. In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrsg.), *Migration - Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext* (S. 241-244). Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Pette, M., Borde, T. & David, M. (2004). Kenntnis über die Diagnose und Therapie ihrer Erkrankung bei deutschen und türkischstämmigen Patientinnen vor und nach einem Krankenhausaufenthalt. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 5(4), 330-337.
- Piaget, J. (1973). *Einführung in die genetische Erkenntnistheorie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp-Verlag.
- Piaget, J. (1974). *Psychologie der Intelligenz*. München: Kindler.
- Piaget, J. (1975). *Die Äquilibration der kognitiven Strukturen*. Stuttgart: Klett.
- Pochanke-Alff, A. (1997a). *Gesundheitsversorgung von Migranten und Migrantinnen in Kreuzberg. Projektbericht*. Unveröffentlichtes Manuskript, TU Berlin.
- Pochanke-Alff, A. (1997b). *Interkulturelle Kompetenz in der öffentlichen Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten*. Magisterarbeit, Technische Universität, Berlin.

- Poethko-Müller, C., Kuhnert, R. & Schlaud, M. (2007). Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50, 851–862.
- Pott, E. (2007). AIDS-Prävention in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 50(4), 422-431.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S. & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Int J Soc Psychiatry*, 45(1), 7-12.
- Raab-Steiner, E. & Benesch, M. (2010). *Der Fragebogen - Von der Forschungsidee zur SPSS/PASW-Auswertung*. Wien: Fakultas.
- Rathje, S. (2006). Interkulturelle Kompetenz - Zustand und Zukunft eines umstrittenen Konzepts. *Zeitschrift für Interkulturellen Fremdsprachenunterricht*, 11 (3), 1-21.
- Razum, O. (2000). *Gesundheitsberichterstattung für Migranten in Deutschland - Expertise im Auftrag des Robert-Koch-Institutes. Unveröffentlichter Bericht*. Heidelberg.
- Razum, O. (2008). *Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Razum, O. (2009). Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen - Probleme - Perspektiven* (Bd. 267-282). Wiesbaden: VS.
- Razum, O., Geiger, I., Zeeb, H. & Ronellenfitsch, U. (2004). Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt*, 101(43), A2882–A2887.
- Razum, O. & Rohrmann, S. (2002). Der Healthy-migrant-Effekt: Bedeutung von Auswahlprozessen bei der Migration und Late-Entry-Bias. *Das Gesundheitswesen*, 64(2), 82-88.
- Razum, O. & Spallek, J. (2007). Gesundheitsberichterstattung für Migranten. In R. Reintjes & S. Klein (Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung und Surveillance - Messen, Entscheiden und Handeln* (S. 207-214). Göttingen, Bern: Huber.
- Razum, O. & Twardella, D. (2002). Time travel with Oliver Twist – towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. *Trop Med Int Health*, 7(1), 4–10.
- Renn, J., Straub, J. & Shimada, S. (Hrsg.). (2002). *Übersetzung als Medium des Kulturverstehens und sozialer Integration*. Frankfurt/M.: Campus.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden.
- Riesberg, A. & Wörz, M. (2008). *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services – Country Report for Germany*. Brüssel: Europäische Kommission.
- Robert Koch-Institut. (2003). *Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13*. Berlin.
- Robert Koch-Institut. (2006). *Migrantensensible Studiendesigns zur Repräsentation des Migrationsstatus in der Gesundheitsforschung*. Berlin.
- Robert Koch-Institut. (2007). HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Halbjahresbericht I/2007. *Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe B*, 1-8.
- Robert Koch-Institut. (2009a). *Changing epidemiology and consequences for prevention. Invited lecture at the SOEDAK 2009*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut. (2009b). HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Jahresbericht zur Entwicklung im Jahr 2008 aus dem Robert Koch-Institut. *Epidemiologisches Bulletin*, 20, 204-218.
- Robert Koch-Institut. (2009c). *Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2008*. Berlin.
- Robert Koch-Institut. (2009d). Zum Welt-AIDS-Tag 2009. *Epidemiologisches Bulletin*, 48, 491-502.
- Robert Koch-Institut. (2009e). Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland. Virushepatitis B, C und D im Jahr 2008. *Epidemiologisches Bulletin*, 20, 189-202.
- Robert Koch-Institut. (2010a). HIV bei Migranten in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*, 5, 39-44.

- Robert Koch-Institut. (2010b). Syphilis in Deutschland im Jahr 2009. *Epidemiologisches Bulletin*, 49/2010, 487-491.
- Robert Koch-Institut. (2011). Zum Welt-AIDS-Tag 2011. *Epidemiologisches Bulletin*, 46, 415-425.
- Robert Koch-Institut. (2012a). *Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2010*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut. (2012b). Erneuter Anstieg der Syphilis-Meldungen in 2011. *Epidemiologisches Bulletin*, 24/2012, 221-223.
- Robert Koch-Institut. (2012c). HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Jahresbericht zur Entwicklung im Jahr 2011 aus dem Robert Koch-Institut. *Epidemiologisches Bulletin*, 28/2012, 255-274.
- Robert Koch-Institut. (2012d). HIV bei Migranten in Deutschland. Erhobene Daten zur Migration im HIV-Meldesystem. *Epidemiologisches Bulletin*, 3/2012, 19-21.
- Robert Koch-Institut. (2012e). Zum Welt AIDS-Tag 2012. *Epidemiologisches Bulletin*, 47, 465-480.
- Robert Koch-Institut. (2013a). HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*, 24, 214-232.
- Robert Koch-Institut. (2013b). *HIV/AIDS in Berlin – Eckdaten. Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts. Stand: Ende 2012*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut. (2013c). Weiterführende Analysen zur HIV-Inzidenz- und -Prävalenz-Schätzung 2012. *Epidemiologisches Bulletin*, 45, 458-468.
- Rockstroh, J. (2013). Der natürliche Verlauf der HIV-Infektion. In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2013/2014* (S. 7-10). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Rodewig, K. (Hrsg.). (2000). *Identität, Integration und psychosoziale Gesundheit. Aspekte transkultureller Psychosomatik und Psychotherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Rommel, A. (2005). Migration und Rehabilitation psychischer Krankheiten – Perspektiven und Grenzen einer Gesundheitsberichterstattung mit Routinedaten. *Gesundheitswesen*, 67(4), 280-288.
- Rommelspacher, B. & Kollak, I. (Hrsg.). (2008). *Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen*. Frankfurt/M.: Mabuse Verlag.
- Ronellenfitch, 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*, 6, 16.
- Ronellenfitch, U. & Razum, O. (2004). Deteriorating health satisfaction among immigrants from Eastern Europe to Germany. *International Journal for Equity in Health*, 3(1), 4.
- Rosenbrock, R. (2010). *Entwicklungskonzept für die Prävention von HIV/Aids, sexuell übertragbaren Infektionen und Hepatitiden in Berlin. Expertise erstellt im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin*. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin.
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2006). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Roth, H. J. (2002). *Kultur und Kommunikation. Systematische und theoriegeschichtliche Umrissse Interkultureller Pädagogik*. Opladen: Leske und Budrich.
- Rothenbacher, D., Bode, G. & Gonser, T. (2001). Helicobacter-pylori-Infektionen bei Kindern. *Deutsches Ärzteblatt*, 98(15), A986–A989.
- Rubbert-Roth, A. & Behrens, G. (2013). Pathophysiologie der HIV-Infektion. In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2013/2014* (S. 23-45). Hamburg: Fokus Verlag.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. (2001). *Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band III. Über-, Unter- und Fehlversorgung. Ausführliche Zusammenfassung*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Salis Gross, C., Blöchliger, C., Moser, C. & Zuppinger, B. (1997). *Die Arzt-Patienten Interaktion in der hausärztlichen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen* (Schlussbericht). Basel: Schweizerisches Tropeninstitut Basel.

- Salis Gross, C. & Loncarevic, M. (1999). *Gesundheitsstrategien in den türkisch/kurdischen und bosnischen communities* (Projektbericht). Basel: Schweizerisches Tropeninstitut Basel.
- Salis Gross, C., Moser, C., Zuppinger, B. & Hatz, C. (1997). Die Arzt-Patienten-Interaktion aus der Sicht von MigrantInnen: Vorschläge für die ärztliche Praxis. *Schweizerische Rundschau für Medizin*, 21, 887-894.
- Salman, R. (2000). Der Einsatz von (Gemeinde-) Dolmetschern im Sozial- und Gesundheitswesen als Beitrag zur Integration. In J. Gardemann, W. Müller & A. Remmers (Hrsg.), *Migration und Gesundheit. Perspektiven für Gesundheitssystem und öffentliches Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation*. Düsseldorf.
- Salman, R. (2001). Sprach- und Kulturvermittlung. Konzepte und Methoden der Arbeit mit Dolmetschern in therapeutischen Prozessen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie: Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 169–190). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Salman, R. (2002). Dolmetscher im Sozial- und Gesundheitswesen. Sprachliche, konzeptionelle, qualitative, politische und rechtliche Aspekte. *Flüchtlingsrat. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Sonderheft 89/90*, 58-66.
- Salman, R. (2007). Gemeindedolmetscherdienste als Beitrag zur Integration von Migranten in das regionale Sozial- und Gesundheitswesen – das Modell des Ethno-Medizinischen Zentrums. In F. u. I. Beauftragte der Bundesregierung für Migration (Hrsg.), *Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis* (S. 246-256). Berlin.
- Salman, R. & Menkhaus, B. (2007). Mit Migranten für Migranten – Das MiMi-Projekt des Ethno-Medizinischen Zentrums als Beitrag zur interkulturellen Gesundheitsförderung und Integration in Deutschland. In Beauftragte der Bundesregierung für Migranten Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), *Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis* (S. 107-114). Berlin.
- Santos-Hövenner, C. & von Unger, H. (2012). Kultursensible HIV/STI-Prävention bei Sexarbeiterinnen mit Migrationshintergrund. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 7(2), 148-154.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). Anhang F: Leitfaden zur Beurteilung kultureller Einflussfaktoren und ein Glossar kulturabhängiger Syndrome. In H. Saß, H.-U. Wittchen, M. Zaudig & I. Houben (Hrsg.), *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Textversion - DSM-IV-TR* (S. 929-936). Göttingen: Hogrefe.
- Schenk, L. (2002). Migrantenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder und Jugendgesundheitsurvey. *Gesundheitswesen*, 64, Suppl. 1, 59-68.
- Schenk, L. (2005). Kulturelle oder soziale Benachteiligung? Gesundheitsverhalten von Migrantenkindern – Ergebnisse aus der Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys. In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit*. (S. 187–201). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Schenk, L. (2007). Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health*, 52, 87-96.
- Schenk, L., Bau, A., Borte, T. & al., e. (2006). Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49(853-860).
- Schenk, L., Ellert, U. & Neuhauser, H. (2007). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50, 590-599.
- Schenk, L., Ellert, U. & Neuhauser, H. (2009). Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern aus Migrationsfamilien. In B. f. g. Aufklärung (Hrsg.), *Gesundheitsförderung konkret, Band 12: Migration und Gesundheitsförderung* (S. 118-124). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Schenk, L. & Knopf, H. (2007). Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 653–658.
- Schenk, L. & Neuhauser, H. (2005a). Beteiligung von Migranten im Telefonischen Gesundheitsurvey: Möglichkeiten und Grenzen. *Gesundheitswesen*, 67, 719-725.
- Schenk, L. & Neuhauser, H. (2005b). Standards einer migrantensensiblen Forschung in der Epidemiologie. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 48(3), 279-286.

- Schenk, L., Neuhauser, H. & Ellert, U. (2008). *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Schieferstein, C. & Buhk, T. (2013). Management von Nebenwirkungen. In C. Hoffmann & J. Rockstroh (Hrsg.), *HIV 2013/2014* (S. 275-291). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Schlaud, M., Atzpodien, K. & Thierfelder, W. (2007). Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50, 701-710.
- Schmeling-Kludas, C., Fröschlin, R. & Boll-Klatt, A. (2003). Stationäre psychosomatische Rehabilitation für türkische Migranten: Was ist realisierbar, was ist erreichbar? *Rehabilitation*, 42, 363-370.
- Schmitt, E. (2006). *Gesundheitsversorgung und Versorgungsbedarf von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus*. Hochschule für angewandte Wissenschaften, Hamburg.
- Schneider, J. (2005). *Migration und Integration in Deutschland*. AussiedlerVerfügbar unter: <http://www.bpb.de/themen/96ORR8,0,0,Aussiedler.html> [3.1.2010 2010].
- Schneider, J. (2012). *Maßnahmen zur Verhinderung und Reduzierung irregulärer Migration. Working Paper 41 der Forschungsgruppe des Bundesamtes*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Schouler-Ocak, M. (1999). Posttraumatische Belastungsstörung – Bedeutung in der Begutachtung im interkulturellen Feld. In J. Collatz, W. Hackhausen & R. Salman (Hrsg.), *Begutachtung im interkulturellen Feld. Zur Lage der Migranten und zur Qualität ihrer sozialgerichtlichen und sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland* (S. 233-242). Berlin: VWB.
- Schouler-Ocak, M., Bretz, H. J., Penka, S., Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, R. G. et al. (2008). Patients of immigrant origin in inpatient psychiatric facilities. A representative national survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. *Eur Psychiatry*, 23 Suppl 1, 21-27.
- Schouler-Ocak, M., Rapp, M. A., Reiske, S.-L. & Heinz, A. (2008). Psychotherapie bei traumatisierten Patientinnen mit türkischem Migrationshintergrund: Berücksichtigung kultureller Faktoren. *Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie*, 58, 169-175.
- Schröer, H. (2002). Strategien interkultureller Öffnung in der Kommune – am Beispiel München. In Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.), *Interkulturelle Öffnung der Verwaltung – Zuwanderungsland Deutschland in der Praxis. Dokumentation der Fachkonferenz* (S. 81-86). Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Seidel, R. (2011). Interkulturelle Kompetenz. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 161-170). München: Urban & Fischer.
- Sethi, A., Celentano, D., Gange, S., Moore, R. & Gallant, J. (2003). Association between adherence to antiretroviral therapy and HIV drug resistance. *Clinical Infectious Diseases*, 37, 1112-1118.
- Shore, B. (1996). *Culture in mind: Cognition, culture and the problem of meaning*. New York: Oxford University Press.
- Shweder, R. A. (1990). Cultural Psychology - What is it? In J. W. Stigler, R. A. Shweder & G. Herdt (Hrsg.), *Cultural Psychology. Essays on Comparative Human Development* (S. 1-43). Cambridge: Cambridge University Press.
- Shweder, R. A. (1991). *Thinking through cultures: expeditions in cultural psychology*. Cambridge: Harvard University Press.
- Silove, D., Sinnerbrink, I. & Field, A. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and postmigration stressors. *British Journal of Psychiatry*, 170, 351-357.
- Singh, G. & Hiatt, R. (2006). Trends and disparities in socioeconomic and behavioural characteristics, life expectancy, and cause-specific mortality of native-born and foreign-born populations in the United States, 1979-2003. *International Journal of Epidemiology*, 35(4), 903-919.
- Sinn, A., Krienbrink, A., von Loeffelholz, H. D. & Wolf, M. (2006). *Illegal aufhältige Drittstaatsangehörige in Deutschland. Staatliche Ansätze, Profile und soziale Situation*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

- Spallek, J., Kaatsch, P., Spix, C., Ulusoy, N., Zeeb, H. & Razum, O. (2006). Namensbasierte Identifizierung von Fällen mit türkischer Herkunft im Kinderkrebsregister Mainz. *Gesundheitswesen*, 68, 1-7.
- Spallek, J. & Razum, O. (2007). Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. *Medizinische Klinik*, 102(6), 451-456.
- Spallek, J. & Razum, O. (2008). Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In U. Bauer, U. Bittlingmayer & M. Richter (Hrsg.), *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (S. 271-290). Wiesbaden: VS.
- Statistisches Bundesamt. (2007). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Fachserie 1, Reihe 2.2*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt. (2009a). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2007. Fachserie 1, Reihe 2.2*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt. (2009b). *Statistisches Jahrbuch 2009 für die Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt. (2011a). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Ausländische Bevölkerung 2010. Ergebnisse des Ausländerzentralregisters. Fachserie 1, Reihe 2*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2011b). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Fachserie 1, Reihe 2.2*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2011c). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2010. Fachserie 1, Reihe 2.2*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2011d). *Bildung und Kultur. Allgemeinbildende Schulen. Schuljahr 2010/11. Fachserie 11, Reihe 1*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2011e). *Statistisches Jahrbuch 2011 für die Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2012a). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ausländische Bevölkerung 2011: Ergebnisse des Ausländerzentralregisters. Fachserie 1, Reihe 2*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2012b). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund: Ergebnisse des Mikrozensus 2011. Fachserie 1, Reihe 2.2*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2012c). *Bildung und Kultur. Allgemeinbildende Schulen, Schuljahr 2011/2012. Fachserie 11, Reihe 1*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2013a). *Bevölkerung nach Migrationsstatus regional. Ergebnisse des Mikrozensus 2011*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2013b). Online-Datenabfrage über die Genesis-Online-Datenbank, Tabelle 12411-0009 Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag und 12521-0014 Ausländer: Bundesländer, Stichtag, Geschlecht, Familienstand, Ländergruppierungen/Staatsangehörigkeit. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2013c). Online-Datenabfrage über die Genesis-Online-Datenbank, Tabelle 12521-0014 Ausländer: Bundesländer, Stichtag, Geschlecht, Familienstand, Ländergruppierungen/Staatsangehörigkeit. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2013d). *Statistisches Jahrbuch 2013*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steffan, E., Rademacher, M. & Kraus, M. (2002). *Gesundheitsämter im Wandel. Die Arbeit der Beratungsstellen für STDs und AIDS vor dem Hintergrund des neuen Infektionsschutzgesetzes (IfSG)*. Berlin.
- Steffan, E., Sokolowski, S., Nowak, V. & Oremus, D. (2005). *HIV/AIDS und Migranten/innen. Gesundheitsrisiken, soziale Lage und Angebote einschlägiger Dienste. Nationale Auswertung für Deutschland*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Stöckler-Ipsiroglu, S., Herle, M., Nennstiel, U., Wendel, U., Burgard, P., Plecko, B. et al. (2005). Angeborene Stoffwechselerkrankungen. Besonderheiten in der Betreuung von Kindern aus Migrantenfamilien. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 153(1), 22-28.
- Strate, P. & Koch, E. (2000). Pilotstudie zur Evaluation psychiatrischer Versorgung von Schmerzpatienten türkischer Herkunft. In E. Koch, R. Schepker & S. Taneli (Hrsg.), *Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft, Deutsch-türkische Perspektiven* (S. 211–227). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

- Straub, J. (1998). *Handlung, Interpretation, Kritik. Grundzüge einer interpretativen Handlungs- und Kulturpsychologie*. Berlin: De Gruyter.
- Straub, J., Weidemann, A. & Weidemann, D. (Hrsg.). (2007). *Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz*. Stuttgart: Metzler.
- Straube, H. (1974). *Untersuchungen zur psychiatrischen Morbidität von Gastarbeitern*. Dissertation, Universität München.
- Stüdlein, Y. (1997). *Management von Kulturunterschieden. Phasenkonzept für internationale strategische Allianzen*. Wiesbaden: DUV.
- Suerbaum, S. & Michetti, P. (2002). Helicobacter pylori infection. *New England Journal of Medicine*, 347(15), 1175–1186.
- Surall, D. & Siefen, R. (2002). Prävalenz und Risikofaktoren des Drogenkonsums von türkischen und Aussiedlerjugendlichen im Vergleich zu deutschen Jugendlichen. Eine Dunkelfelderhebung bei Schulen der Stadt Marl. In Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), *Migration und Sucht. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 141/II* (S. 152–225). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Tajfel, H. (1982). *Gruppenkonflikt und Vorurteil. Entstehung und Funktion sozialer Stereotypen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Tezcanm, S., Altintas, H. & Sönmez, R. (2003). Cardiovascular risk factor levels in a lower middleclass community in Ankara, Turkey. *Tropical Medicine and International Health*, 8(7), 660–667.
- Thomas, A. (1993). Entwicklungslinien und Erkenntniswert kulturvergleichender Psychologie. In A. Thomas (Hrsg.), *Kulturvergleichende Psychologie - Eine Einführung* (S. 27-52). Göttingen: Hogrefe.
- Thomas, A. (1996a). Analyse der Handlungswirksamkeit von Kulturstandards. In A. Thomas (Hrsg.), *Psychologie interkulturellen Handelns* (S. 107-136). Göttingen: Hogrefe.
- Thomas, A. (2011). Das Kulturstandardskonzept. In W. Dreyer & U. Höbler (Hrsg.), *Perspektiven interkultureller Kompetenz* (S. 87-124). Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht.
- Thomas, A. (Hrsg.). (1993). *Kulturvergleichende Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Thomas, A. (Hrsg.). (1996b). *Psychologie interkulturellen Handelns*. Göttingen, Bern, Toronto: Hogrefe-Verlag.
- Thomas, A., Kammhuber, S. & Schmid, S. (2005). Akkulturation und Interkulturelle Kompetenz. In U. Fuhrer & H. Uslucan (Hrsg.), *Familie, Akkulturation und Erziehung: Migration zwischen Eigen- und Fremdkultur* (S. 187-205). Stuttgart: Kohlhammer.
- Triandis, H. (1977). *Interpersonal behavior*. Monterey: Brooks/Cole.
- Triandis, H. & Lambert, W. (Hrsg.). (1980). *Handbook of cross-cultural psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
- Turner, B. (2002). Adherence to antiretroviral therapy by HIV-infected patients. *Journal of Infectious Diseases*, 185 (Suppl. 2), 143-151.
- Turner, D. & Wainberg, M. A. (2006). HIV transmission and primary drug resistance. *AIDS Rev*, 8(1), 17-23.
- Ünal, A. (2008). Checkliste für Interkulturalität. In Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.), *Interkulturalität im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Dokumentation der SPKoM- Fachtagung am 29.04.2008 in Köln-Deutz*. Köln: SPKoM.
- United Nations (UN). (2011). *Political Declaration on HIV and AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate HIV and AIDS (65/277)*. New York: United Nations.
- van den Brink-Muinen, A., Verhaak, P. F. M., Bensing, J., Bahrs, O., Deveugele, M., Gask, L. et al. (2000). Doctor-patient communication in different European health care systems: relevance and performance from patients' perspective. *Patient Education and Counselling*, 39, 115-127.
- Van Steenkiste, M. (2003). Zahngesundheitliches Verhalten bei deutschen und türkischen Vorschulkindern. *Oralprophylaxe*, 25(3), 121–128.
- Vardar, A., Kluge, U. & Penka, S. (2012). How to express mental health problems: Turkish immigrants in Berlin compared to native Germans in Berlin and Turks in Istanbul. *Eur Psychiatry*, 27 Suppl 2, S50-55.
- Veneto-Scheib, V. (1998). Öffnung der Regeldienste und interkulturelle Kompetenz in der Beratung von Migrantinnen. *IZA*, 1(42-44).

- Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen. (2005). *Markttransparenz im Gesundheitswesen. Ein Projekt der Verbraucherzentralen Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen, gefördert vom Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft*. Düsseldorf: Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen.
- VIA Berlin/Brandenburg e.V. (2000). *Zur Verbesserung der HIV/AIDS-Prävention für Migrantinnen und Migranten in Berlin*. Berlin: VIA Berlin/Brandenburg.
- von Ferber, L., Köster, I. & Celayir-Erdogan, N. (2003). Türkische und deutsche Hausarztpatienten – Erkrankungen, Arzneimittelerwartungen und Verordnungen. *Das Gesundheitswesen*, 65(5), 304–311.
- von Unger, H. & Gangarova, T. (2011). *PaKoMi Handbuch: HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Wagner, G. G., Frick, J. R. & Schupp, J. (2007). The German Socio-Economic Panel Study (SOEP) - Scope, Evolution and Enhancement. *Journal of Applied Social Studies*, 127(1), 139-169.
- Wagner, M. & Marreel, I. (1998). *Untersuchung zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung von Migranten in Berlin-Kreuzberg aus Sicht der niedergelassenen Ärzte*. Magisterarbeit, Technische Universität Berlin, Berlin.
- Waller, H. (2008). Gesundheitsprobleme und Gesundheitsversorgung von Menschen in der Aufenthaltsrechtlichen Illegalität: Deutschland und Italien im Vergleich. Health Problems and Health-Care among Unregistered Migrants: A Comparison between Germany and Italy. *Gesundheitswesen*, 70, 4-8.
- Weber, I., Abel, M., Altenhofen, L. & Bächer, C. (1990). Zur gesundheitlichen Lage der ausländischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland: Erste Erkenntnisse. In P. P. Gesundheitsziele (Hrsg.), *Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland* (S. 577-601). Baden-Baden: Nomos.
- Weidemann, A., Straub, J. & Nothnagel, S. (2010). *Wie lehrt man interkulturelle Kompetenz*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Weilandt, C., Huismann, A., Joksimovic, L., Klaes, L., van den Toorn, S. & Winkler, J. (2000). *Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Sonderbericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung*. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Weilandt, C., Rommel, A. & Raven, U. (2003). *Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW. Bericht für die Enquetekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW"*. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Wesselman, E. (2009). Sprachmittlung im Krankenhaus durch den hausinternen Dolmetscherdienst. In Ministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), *Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Dokumentation Experten-Workshop am 5. Mai 2009 im Ministerium für Arbeit und Soziales*. Berlin: Ministerium für Arbeit und Soziales.
- Wichmann, H., Kaaks, R., Hoffmann, W., Jöckel, K., Greiser, K. & Linseisen, J. (2012). Die Nationale Kohorte. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 55, 781-789.
- Wiedl, K. H. & Marschalk, P. (2005). Migration, Krankheit und Gesundheit - Eine Einführung. In P. Marschalk & K. H. Wiedl (Hrsg.), *Migration und Krankheit* (S. 9-34). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Wiessner, P. (Hrsg.). (2010). *HIV und Migration. AIDS-Forum DAH 58*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Will, B., Zeeb, H. & Baune, B. (2005). Overweight and obesity at school entry among migrant and German children: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 5(1), 45.
- Windorfer, A. & Bruns-Philipps, E. (2002). Präventive Maßnahmen: Kinder ausländischer Herkunft benachteiligt. *Kinderärztliche Praxis*, 73(4), 258–264.
- Wittig, U., Lindert, J., Merbach, M. & Brahler, E. (2008). Mental health of patients from different cultures in Germany. *Eur Psychiatry*, 23 Suppl 1, 28-35.
- Wittig, U., Merbach, M. & Siefen, R. (2004). Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland. *Gesundheitswesen*, 66(2), 85–92.
- Woitinas, F. (1995). Krankenhaus: Situation der ausländischen Bevölkerung in München unter besonderer Berücksichtigung von Krankheitsanfälligkeit und medizinischer Betreuung in den Städtischen

- Krankenhäusern. In Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München (Hrsg.), *Stadt-Gesundheit und Migration*. München: Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München.
- World Health Organisation (1986). *Ottawa-Charta*. Genf: World Health Organisation.
- World Health Organisation. (2005). *Constitution of the World Health Organisation*. Genf: World Health Organisation.
- World Health Organisation. (2008). Overcoming migrants' barriers to health. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(8), 583-584.
- World Health Organisation. (2009). *World Health Statistics 2009*. Genf: World Health Organisation.
- World Health Organisation. (2010a). *Ensuring Access to health services and financial protection for migrants*. Genf: World Health Organisation.
- World Health Organisation. (2010b). *Health of migrants - the way forward. Report of a global consultation*. Genf: World Health Organisation.
- World Health Organisation. (2010c). *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2010*. Genf: World Health Organisation.
- World Health Organisation. (2011). *Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2011*. Genf: World Health Organisation.
- World Health Organisation. (2012). *The strategic use of antiretrovirals to help end the HIV epidemic*. Genf: World Health Organisation.
- World Health Organisation. (2013). *UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013*. Genf: World Health Organisation.
- Wright, M. T. (2000). *Eine Prozessevaluierung der gesundheitsfördernden Arbeit der Stricherprojekte in Deutschland*. Berlin: Unveröffentlichter Bericht einer Studie im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe.
- Yüksel, T. (2001). Oralprophylaxe in der islamischen Kultur. In T. Schneller, R. Salman & C. Goepel (Hrsg.), *Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa* (S. 91–97). Bonn: DAJ.
- Zacharakı, I., Eppenstein, T. & Krummacher, M. (Hrsg.). (2007). *Praxishandbuch interkulturelle Kompetenz vermitteln, vertiefen, umsetzen*. Schwalbach: Wochenschau-Verlag.
- Zaumseil, M. (2006). Beiträge der Psychologie zum Verständnis des Zusammenhangs von Kultur und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 3-50). Heidelberg: Springer.
- Zeeb, H., Braune, B., Vollmer, W., Cremer, D. & Krämer, A. (2004). Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten – ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung. *Gesundheitswesen*, 66, 76-84.
- Zeeb, H., Razum, O., Blettner, M. & Stegmaier, C. (2002). Transition in cancer patterns among Turks residing in Germany. *European Journal of Epidemiology*, 38, 705-711.
- Zenker, H.-J., Mohammadzadeh, Z. & Hilbert, T. (Hrsg.). (1996). *Asylum seekers, refugees and health in the nineties: Proceeding of an expert meeting in Bremen, 9 to 10 May, 1996*. Bremen: Gesundheitsamt Bremen.
- Zenker, H., Mohammadzadeh, Z. & Hilbert, T. (1999). Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. In Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen und Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis Gesundheitsamt (Hrsg.), *Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Dokumentation des Expertenworkshops im Juli 1999* (S. 29–32). Berlin, Bonn.
- Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. (1989). *Die EVaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Zerssen, D. v., León, C. A., Möller, H.-J., Wittchen, H.-U., Pfister, H. & Sartorius, N. (1990). Care Strategies for Schizophrenic Patients in a Transcultural Comparison. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 398-408.
- Zick, A. (2010). *Psychologie der Akkulturation - Neufassung eines Forschungsbereichs*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Zick, A., Lobitz, R. & Groß, E. M. (2010). Krisenbedingte Kündigung der Gleichwertigkeit. In W. Heitmeyer (Hrsg.), *Deutsche Zustände. Folge 8* (S. 72-86). Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag.

Zimbardo, P. G. & Gerrig, R. (2003). *Psychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Zülch, M. (2004). „McWorld“ oder „Multikulti“? Interkulturelle Kompetenz im Zeitalter der Globalisierung. In G. Vedder (Hrsg.), *Diversity Management und Interkulturalität* (S. 3-26). München: Rainer Hampp Verlag.

ANHANG

- Fragebogen zum Einsatz in HIV-Schwerpunktpraxen
- Fragebogen zum Einsatz in Praxen der Regelversorgung
- Leitfäden zur Durchführung der Experten-Interviews
 - A: Ärztin Malteser Migranten-Medizin
 - B: Sozialarbeiterin Afrika-Herz
 - C: Juristin Afrika-Center
 - D: Ärztin HIV-Schwerpunktpraxis
- Auswertung Experten-Interviews
 - Paraphrasierung
 - Kodierung
 - soziologische Konzeptualisierung: s. Kap. 4.3
- Lebenslauf und Publikationen

FRAGEBOGEN

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,

mit Hilfe des folgenden Fragebogens sollen Daten zur gesundheitlichen Versorgung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten in HIV-Behandlungsschwerpunkten in Berlin erhoben und wissenschaftlich bearbeitet werden. Wir möchten Sie darum bitten, die Fragen vollständig und genau zu beantworten, da nur so die wissenschaftliche Qualität der Studie gesichert werden kann.

Zum Begriff „Migrant“: Mit „Migranten“ sind in diesem Fragebogen nicht nur Ausländer (also Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit) gemeint, sondern alle Menschen, die durch Einflüsse einer anderen Kultur geprägt sind. Diese Menschen können auch Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit haben, die nicht dem westlich-schulmedizinischen Modell entsprechen. Mit „Migranten“ sind in diesem Fragebogen daher auch Personen gemeint, die nicht selbst migriert sind, aber aufgrund ihres sozialen Umfeldes stark von einer anderen Kultur (mit-)geprägt sind. So sind etwa Türken der zweiten und dritten Einwanderergeneration häufig noch deutlich durch die Herkunftskultur ihrer Eltern und Großeltern bestimmt, auch wenn sie bereits über einen deutschen Pass verfügen.

1. Wie viele Patienten wurden in Ihrer Praxis im letzten Quartal behandelt?

Anzahl: _____

2. Welche fremdsprachigen Patienten-Informationen stehen in Ihrer Praxis zur Verfügung? (Mehrfachnennungen sind hier möglich)

Sprache	über HIV/AIDS	über andere Krankheiten
arabisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
englisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
französisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
polnisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
russisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
türkisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie setzt sich Ihr nichtärztliches Personal zusammen?

	Geschlecht	Tätigkeit	Herkunftsland / kultureller Hintergrund	Sprachkenntnisse (1: Muttersprache(n), 2: aktive Fremdsprache(n))
1				1:
				2:
2				1:
				2:
3				1:
				2:
4				1:
				2:
5				1:
				2:

	Geschlecht	Tätigkeit	Herkunftsland / kultureller Hintergrund	Sprachkenntnisse (1: Muttersprache(n), 2: aktive Fremdsprache(n))
6				1:
				2:
7				1:
				2:
8				1:
				2:
9				1:
				2:
10				1:
				2:

4. **Behandeln Sie an HIV/AIDS erkrankte Migranten in Ihrer Praxis? (Wenn nein, fahren Sie bitte mit Frage 52 fort!)**

- ja nein

5. **Sofern Sie in einer Praxisgemeinschaft arbeiten: gibt es eine Ärztin/einen Arzt, der meist oder immer die Behandlung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten übernimmt? Falls ja, weshalb?**

- ja nein

6. **Sofern Sie Mitarbeiter mit Migrationshintergrund beschäftigen: haben diese aufgrund dessen andere berufliche Aufgaben und Bezeichnungen als die ohne diesen Hintergrund? Falls ja, welche?**

- ja nein

7. **Nehmen Sie oder andere Mitarbeiter ihrer Praxis Intervision/Supervision in Anspruch, in deren Rahmen der Umgang mit Migranten thematisiert wird?**

- ja nein

8. **Arbeiten Sie oder andere Mitarbeiter ihrer Praxis in Vernetzung mit Kollegen oder anderen Berufsgruppen zum Thema „gesundheitliche Versorgung von Migranten“ zusammen? Falls ja, in welcher Form (wie häufig, mit welchen Einrichtungen etc.)?**

- ja nein

9. **Nehmen Sie oder andere Mitarbeiter Ihrer Praxis an Fortbildungen zum Thema „gesundheitliche Versorgung von Migranten“ teil? Falls ja, an welchen?**

- ja nein

10. **Arbeiten Ihre Praxis im Kontext der Behandlung von an HIV/AIDS erkrankte Migranten mit darauf spezialisierten psychosozialen Einrichtungen zusammen? Falls ja, mit welchen Einrichtungen?**

- ja nein

11. **Nutzen Sie Erfahrungen von Migranten-Organisationen für Ihre ärztliche Praxis? Von welchen?**

- ja nein

12. **Welche der folgenden Fragen stellen Sie so oder ähnlich zur besseren Erfassung des Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnisses von Migranten? (Mehrfachnennungen sind hier möglich)**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Warum traten die Beschwerden ihrer Meinung nach gerade zu diesem Zeitpunkt auf? Warum gerade bei ihnen? | <input type="checkbox"/> Wie ernst sind ihre Beschwerden? Werden sie einen langwierigen oder einen kurzfristigen Verlauf nehmen? |
| <input type="checkbox"/> Kennen Sie jemanden, der ähnliche Beschwerden hat? | <input type="checkbox"/> Welche Behandlung sollten sie ihrer Meinung nach erhalten? |
| <input type="checkbox"/> Was hat Ihrer Ansicht nach die Beschwerden verursacht? | <input type="checkbox"/> Welche wichtigsten Resultate erhoffen sie sich von dieser Behandlung? |
| <input type="checkbox"/> Wie nennt man die Beschwerden in ihrer Muttersprache? | <input type="checkbox"/> Welche wichtigsten Probleme haben ihnen die Beschwerden gebracht? |
| <input type="checkbox"/> Was sagen ihre Familie und ihre Freunde zu ihren Beschwerden? | <input type="checkbox"/> Wovor haben sie im Zusammenhang mit ihren Beschwerden am meisten Angst? |
| <input type="checkbox"/> Was, glauben sie, machen ihre Beschwerden mit ihnen? Wie funktioniert das? | |

13. **Welche der folgenden Daten erheben Sie standardmäßig in ärztlichen Gesprächen mit Migranten? (Mehrfachnennungen sind hier möglich)**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Emigrationsgründe, Migrationsmotivation | <input type="checkbox"/> evt. Dauer der Trennung von Familienmitgliedern |
| <input type="checkbox"/> Lage im Herkunftsland heute | <input type="checkbox"/> Alter der Kinder bei Einreise |
| <input type="checkbox"/> Rückkehrabsicht, -perspektive | <input type="checkbox"/> familiäres/soziales Netz |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus | <input type="checkbox"/> Internationale Netzwerke |
| <input type="checkbox"/> Angaben zu evt. laufenden Asylverfahren | <input type="checkbox"/> Muttersprache, Sprachkompetenz im Einreiseland |
| <input type="checkbox"/> Zeitpunkt der Einreise | <input type="checkbox"/> Bedeutung kultureller und religiöser Aspekte, die sich von denen in Deutschland potentiell unterscheiden |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsverhalten | <input type="checkbox"/> effektives Alter vs. Geburtsalter nach offiziellen Dokumenten |
| <input type="checkbox"/> Verhältnis zwischen ursprünglicher Ausbildung, ausgeübter Tätigkeit und Lohn | <input type="checkbox"/> finanzielle Absicherung und Verpflichtungen, Schulden |
| <input type="checkbox"/> sozioökonomische Stellung | |
| <input type="checkbox"/> Wohnverhältnisse | |

14. **Wie groß erscheinen Ihnen die Interaktionsprobleme aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten bei der Beratung/Behandlung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten in Ihrer Praxis (auf einer Skala von 0 bis 9: 0 = keine Probleme; 9 = unüberwindbare Probleme), bezogen auf folgende Eigenschaften der Migranten:**

13.1 Geschlecht (Skala von 0 bis 9)

männlich: _____ weiblich: _____

13.2 berufliche Bildung (Skala von 0 bis 9)

keine Berufsausbildung: _____ Berufsausbildung: _____ Studium: _____

13.3 Aufenthaltsdauer (Skala von 0 bis 9)

≤ 12 Monate: _____ > 12 Monate: _____

13.4 Herkunftsland/-region (Skala von 0 bis 9)

Türkei: _____ Asien: _____
 Ex-Jugoslawien: _____ Lateinamerika: _____
 Polen: _____ : _____
 Nord-Afrika: _____ : _____
 Subsahara-Afrika: _____ : _____

15. **Haben Sie Kenntnis vom Gemeindedolmetschdienst Berlin?**

ja nein

16. **Wie viele an HIV/AIDS-erkrankte Migranten betreuen Sie zur Zeit in Ihrer Praxis?**

Gesamt: _____

Alter	männlich (Anzahl)	weiblich (Anzahl)
< 15		
15 – 29		
30 – 44		
45 – 59		
≥ 60		

17. **Wie viele an HIV/AIDS erkrankte Migranten haben Sie in den letzten 3 Jahren betreut, für welche Dauer?**

< 3 Monate: _____ 3-12 Monate: _____ > 12 Monate: _____

18. **Wie hat sich die Anzahl der an HIV/AIDS erkrankten Migranten in Ihrer Praxis in den vergangenen 3 Jahren verändert?**

gar nicht hat zugenommen, um _____% hat abgenommen, um _____%

19. In welchem Krankheitsstadium kamen die an HIV/AIDS erkrankten Migranten in den letzten 3 Jahren in Ihre Praxis?

asymptomatische Phase	%
symptomatische Phase	%
Vollbild AIDS	%

20. Wie lange betreuen Sie an HIV/AIDS erkrankte Migranten im Durchschnitt in Ihrer Praxis?

< 3 Monate: _____% 3-12 Monate: _____% > 12 Monate: _____%

21. Bitte geben Sie die Infektionswege der an HIV/AIDS erkrankten Migranten, die Sie zur Zeit behandeln, an.

Übertragungsweg	männlich (Anzahl)	weiblich (Anzahl)
Blut-Transfusion		
Herkunft aus Hochprävalenzregion		
heterosexuelle Kontakte		
homosexuelle Kontakte		
i.v. Drogengebrauch		
Mutter-Kind-Übertragung		
unbekannt		

22. Auf welchem Weg kommen an HIV/AIDS erkrankte Migranten in Ihre Praxis (z.B. Empfehlungen anderer Patienten, Hinweis durch psychosoziale Einrichtungen, auf eigene Veranlassung etc.)?

23. Wie viele der an HIV/AIDS erkrankten Migranten, die Ihre Praxis in den letzten 3 Jahren aufgesucht haben, wurden von einer nicht auf HIV spezialisierten Praxis in Ihre Schwerpunktbehandlung verwiesen?

0-20% 21-40% 41-60% 61-80% 81-100%

24. Was waren die Gründe für eine Verweisung?

25. Verfolgen Sie den Weg dieser Personen zu anderen Stellen der medizinischen oder psychosozialen Versorgung, wenn eine Verweisung stattgefunden hat? Falls ja, auf welche Weise?

ja nein

26. Wie viele Migranten, deren gesundheitliche Probleme auf einer HIV/AIDS-Erkrankung beruhen, vermuteten eine andere Erkrankung dahinter?

Anzahl: _____

27. Womit erklären Sie sich diesen Umstand?

28. Aus welchen Herkunftsländern bzw. mit welchen kulturellen Hintergründen kommen die an HIV/AIDS erkrankten Migranten, die Sie in Ihre Praxis behandeln? Wie groß erscheinen Ihnen die Interaktionsprobleme mit der jeweiligen Gruppe aufgrund deren kulturellen Hintergrunds (auf einer Skala von 0 bis 9: 0 = keine Probleme; 9 = unüberwindbare Probleme)?

	Herkunftsland / kult. Hintergrund	Interaktionsprobleme	Anzahl
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

29. Bei wie vielen der an HIV/AIDS erkrankten Migranten, die Sie in Ihrer Praxis behandeln, besteht keine Krankenversicherung?

Anzahl: _____%

30. Wie viele der an HIV/AIDS erkrankten Migranten, die Sie in Ihrer Praxis behandeln, verfügen über keinen legalisierten Aufenthaltsstatus?

Anzahl: _____%

31. Wird die Behandlung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten in Ihrer Praxis durch ausländerrechtliche Probleme erschwert? Falls ja, wie?

immer häufig selten nie

32. Welche 5 Muttersprachen sprechen die an HIV/AIDS erkrankten Migranten, die Sie in Ihrer Praxis behandeln, am häufigsten (der Häufigkeit nach geordnet, die häufigste zuerst) ?

33. Tauchen in Gesprächen mit Migranten über deren HIV/AIDS-Erkrankung Symptombeschreibungen auf, die Sie einem anderen Verständnis von Gesundheit bzw. Krankheit zuschreiben würden? (Wenn nein, fahren Sie bitte mit Frage 35 fort!)

ja nein

34. Mit welchen solcher Symptombeschreibungen kommen Patienten mit Migrationshintergrund, bei denen Sie eine HIV/AIDS-Erkrankungen feststellen oder vermuten, in Ihre Praxis? Stellen Sie bitte die 5 häufigsten Symptombeschreibungen dar und vermerken Sie den jeweiligen kulturellen Hintergrund, den diese Ihrer Meinung nach haben.

Symptombeschreibung	kultureller Hintergrund

35. Welche der folgenden möglichen Kommunikationsbarrieren spielen bei der Behandlung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten Ihrer Erfahrung nach eine Rolle?

	stark	mittelmäßig	weniger	gar nicht
fehlende Sprachkenntnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kulturelle Unterschiede	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
schichtspezifische Unterschiede	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
medizinische Fachsprache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unterschiedliche Krankheitskonzepte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unterschiedliches Geschlecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unkenntnis relevanter Ereignisse der Migrationsgeschichte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. In wie viel Prozent der ärztlichen Gespräche mit an HIV/AIDS erkrankten Migranten besteht das Problem, deren Anliegen nicht zu verstehen (aus sprachlichen oder inhaltlichen Gründen)?

Türkei	<input type="radio"/>	0-20%	<input type="radio"/>	21-40%	<input type="radio"/>	41-60%	<input type="radio"/>	61-80%	<input type="radio"/>	81-100%
Ex-Jugoslawien	<input type="radio"/>	0-20%	<input type="radio"/>	21-40%	<input type="radio"/>	41-60%	<input type="radio"/>	61-80%	<input type="radio"/>	81-100%
Polen	<input type="radio"/>	0-20%	<input type="radio"/>	21-40%	<input type="radio"/>	41-60%	<input type="radio"/>	61-80%	<input type="radio"/>	81-100%
Nord-Afrika	<input type="radio"/>	0-20%	<input type="radio"/>	21-40%	<input type="radio"/>	41-60%	<input type="radio"/>	61-80%	<input type="radio"/>	81-100%
Sub-Sahara-Afrika	<input type="radio"/>	0-20%	<input type="radio"/>	21-40%	<input type="radio"/>	41-60%	<input type="radio"/>	61-80%	<input type="radio"/>	81-100%
Asien	<input type="radio"/>	0-20%	<input type="radio"/>	21-40%	<input type="radio"/>	41-60%	<input type="radio"/>	61-80%	<input type="radio"/>	81-100%
Latein-Amerika	<input type="radio"/>	0-20%	<input type="radio"/>	21-40%	<input type="radio"/>	41-60%	<input type="radio"/>	61-80%	<input type="radio"/>	81-100%
_____	<input type="radio"/>	0-20%	<input type="radio"/>	21-40%	<input type="radio"/>	41-60%	<input type="radio"/>	61-80%	<input type="radio"/>	81-100%

37. Gibt es bei Patientengesprächen mit an HIV/AIDS erkrankten Migranten Übersetzungen durch professionelle Dolmetscher oder Laien (z.B. Verwandte)? Falls, ja, wie häufig? (Wenn nein, fahren Sie bitte mit Frage 39 fort!)

ja nein

Häufigkeit (in % aller Gespräche mit Migranten): _____%

38. Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?

sehr gute gute teils/teils schlechte sehr schlechte

39. Wie hoch ist bei allen Gesprächen mit an HIV/AIDS erkrankten Migranten der Anteil an:

professioneller Übersetzung: _____%

Übersetzung durch Personen des Praxis-Teams: _____%

Laien-Übersetzungen (z.B. Verwandte/Bekannte): _____%

40. Wie treffen folgende Aussagen bei der Versorgung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten auf Ihre Praxis zu?

	immer	häufig	selten	nie
Übersetzung wird von Patienten organisiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Praxis organisiert Übersetzung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übersetzung wird über psychosoziale Einrichtungen organisiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Professionelle Übersetzerdienste werden in Anspruch genommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. Wie wichtig ist für Sie der Einsatz non-verbaler Kommunikation (z.B. Mimik, Blickkontakt, Körpersprache, Tonfall etc.) in der Betreuung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten?

sehr wichtig wichtig eher unwichtig gänzlich unwichtig

42. Setzen Sie zur Erklärung der HIV/AIDS-Erkrankung bzw. deren Therapie in der Beratung von Migranten Hilfsmittel wie Bilder und Objekte ein?

	immer	häufig	selten	nie
bei allen Migranten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bei Personen mit nicht schulmedizinischem Krankheitsverständnis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bei Migranten mit schlechten/keinen Deutschkenntnissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

43. In wie viel Prozent aller ärztlichen Gespräche mit an HIV/AIDS erkrankten Migranten beziehen Sie deren soziales Umfeld wie Freunde oder Verwandte ein (z.B. als Übersetzer, zur Unterstützung oder Überwachung der Behandlung etc.)?

0-20% 21-40% 41-60% 61-80% 81-100%

44. Wie schwierig erscheint Ihnen die Arzt-Patient-Interaktion mit an HIV/AIDS erkrankten Migranten in Ihrer Praxis bei:

44.1 Migranten mit Deutschkenntnissen

	unproblematisch	kaum schwierig	schwierig	sehr schwierig
HIV/AIDS-Problematik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

44.2 Migranten ohne Deutschkenntnisse

	unproblematisch	kaum schwierig	schwierig	sehr schwierig
HIV/AIDS-Problematik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

45. **Wie stark bleiben bei einem Vergleich der Behandlungsverläufen die von an HIV/AIDS erkrankten Migranten hinter denen von Nicht-Migranten zurück bei:**

45.1 Migranten mit Deutschkenntnissen

	gar nicht	kaum	mittelmäßig	stark	sehr stark
HIV/AIDS-Problematik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

45.2 Migranten ohne Deutschkenntnisse

	gar nicht	kaum	mittelmäßig	stark	sehr stark
HIV/AIDS-Problematik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

46. **Wie stark unterscheidet sich der Aufwand der Beratung/Behandlung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten von dem eines durchschnittlichen an HIV/AIDS erkrankten Patienten (Nicht-Migranten) Ihrer Praxis, bezüglich:**

	viel weniger	weniger	kein Unterschied	mehr	viel mehr
Allg. Informationsgewinnung					
Diagnostik					
Medikation					
Operationen					

47. **Wie viel mehr Zeit müssen Sie im Durchschnitt für die Beratung/Behandlung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten mehr aufwenden als bei einem durchschnittlichen an HIV/AIDS erkrankten Patienten (Nicht-Migranten) Ihrer Praxis?**

zeitlicher Mehraufwand: _____%

48. **Bestehen dabei Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen von an HIV/AIDS erkrankten Migranten (Herkunft, etc.)? Falls ja, welche Unterschiede?**

ja nein

49. **Stellt die Versorgung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten besondere Anforderungen an eine Praxis, z.B. (Mehrfachnennungen sind hier möglich):**

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> mehr sprachliche Kompetenzen | <input type="checkbox"/> größerer zeitlicher Aufwand | <input type="checkbox"/> Zufriedenheit mit schlechteren Ergebnissen |
| <input type="checkbox"/> andere Öffnungszeiten | <input type="checkbox"/> Geduld | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> andere Praxis-Einrichtung | <input type="checkbox"/> andere Kleidung | <input type="checkbox"/> _____ |

50. Wie begegnen Sie diesen besonderen Anforderungen in Ihrer Praxis? Womit haben Sie gute Erfahrungen gemacht?

51. Welche Wünsche haben Sie für eine verbesserte medizinische Versorgung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten?

52. Wie ist Ihre Praxis organisiert?

- Einzelpraxis
 Gemeinschaftspraxis
 Praxisgemeinschaft, zusammen mit (Fachrichtung): _____

53. Welche Form der Niederlassung hat Ihre Praxis?

- überwiegend Kassenpraxis
 reine/überwiegend Privatpraxis

54. Wie setzt sich das ärztliche Personal in Ihrer Praxis zusammen?

	Ge- schlecht	Alter	Fachrichtung /Zusatzausbildung	Herkunftsland/ kulturel- ler Hintergrund	Sprachkenntnisse (1: Mutterspra- che(n), 2: aktive Fremdsprache(n))
1					1: 2:
2					1: 2:
3					1: 2:
4					1: 2:
5					1: 2:

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!

FRAGEBOGEN

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,

mit Hilfe des folgenden Fragebogens sollen Daten zur gesundheitlichen Versorgung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten in Berlin erhoben und wissenschaftlich bearbeitet werden. Wir möchten Sie darum bitten, die Fragen vollständig und genau zu beantworten, da nur so die wissenschaftliche Qualität der Studie gesichert werden kann.

Zum Begriff „Migrant“: Mit „Migranten“ sind in diesem Fragebogen nicht nur Ausländer (also Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit) gemeint, sondern alle Menschen, die durch Einflüsse einer anderen Kultur geprägt sind. Diese Menschen können auch Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit haben, die nicht dem westlich-schulmedizinischen Modell entsprechen. Mit „Migranten“ sind in diesem Fragebogen daher auch Personen gemeint, die nicht selbst migriert sind, aber aufgrund ihres sozialen Umfeldes stark von einer anderen Kultur (mit-) geprägt sind. So sind etwa Türken der zweiten und dritten Einwanderergeneration häufig noch deutlich durch die Herkunftskultur ihrer Eltern und Großeltern bestimmt, auch wenn sie bereits über einen deutschen Pass verfügen.

1. Wie viele Patienten wurden in Ihrer Praxis im letzten Quartal behandelt?

Anzahl: _____

2. Welche fremdsprachigen Patienten-Informationen stehen in Ihrer Praxis zur Verfügung? (Mehrfachnennungen sind hier möglich)

Sprache	über HIV/AIDS	über andere Krankheiten
arabisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
englisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
französisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
polnisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
russisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
türkisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie setzt sich Ihr Personal zusammen?

	Ge- schlecht	Tätigkeit	Herkunftsland/ kultu- reller Hintergrund	Sprachkenntnisse (1: Mutterspra- che(n), 2: aktive Fremdsprache(n))
1				1: _____
				2: _____
2				1: _____
				2: _____
3				1: _____
				2: _____
4				1: _____
				2: _____
5				1: _____
				2: _____

	Ge- schlecht	Tätigkeit	Herkunftsland/ kultu- reller Hintergrund	Sprachkenntnisse (1: Mutterspra- che(n), 2: aktive Fremdsprache(n))
6				1: 2:
7				1: 2:
8				1: 2:
9				1: 2:
10				1: 2:

4. Behandeln Sie Migranten in Ihrer Praxis? (Wenn nein, fahren Sie bitte mit Frage 54 fort!)

ja nein

Anzahl: _____

5. Sofern Sie Mitarbeiter mit Migrationshintergrund beschäftigen: haben diese aufgrund dessen andere berufliche Aufgaben und Bezeichnungen als die ohne diesen Hintergrund? Falls ja, welche?

ja nein

6. Nehmen Sie oder andere Mitarbeiter ihrer Praxis Intervision/Supervision in Anspruch, in deren Rahmen der Umgang mit Migranten thematisiert wird?

ja nein

7. Arbeiten Sie oder andere Mitarbeiter ihrer Praxis in Vernetzung mit Kollegen oder anderen Berufsgruppen zum Thema „gesundheitliche Versorgung von Migranten“ zusammen? Falls ja, in welcher Form (wie häufig, mit welchen Einrichtungen etc.)?

ja nein

8. Nehmen Sie oder andere Mitarbeiter Ihrer Praxis an Fortbildungen zum Thema „gesundheitliche Versorgung von Migranten“ teil? Falls ja, an welchen?

ja nein

9. Arbeitet Ihre Praxis im Kontext der Behandlung von Migranten mit darauf spezialisierten psychosozialen Einrichtungen zusammen? Falls ja, mit welchen Einrichtungen?

ja nein

10. Nutzen Sie Erfahrungen von Migranten-Organisationen für Ihre ärztliche Praxis? Von welchen?

- ja nein

11. Welche der folgenden Fragen stellen Sie so oder ähnlich zur besseren Erfassung des Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnisses von Migranten? (Mehrfachnennungen sind hier möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Warum traten die Beschwerden ihrer Meinung nach gerade zu diesem Zeitpunkt auf? Warum gerade bei ihnen? | <input type="checkbox"/> Wie ernst sind ihre Beschwerden? Werden sie einen langwierigen oder einen kurzfristigen Verlauf nehmen? |
| <input type="checkbox"/> Kennen Sie jemanden, der ähnliche Beschwerden hat? | <input type="checkbox"/> Welche Behandlung sollten sie ihrer Meinung nach erhalten? |
| <input type="checkbox"/> Was hat Ihrer Ansicht nach die Beschwerden verursacht? | <input type="checkbox"/> Welche wichtigsten Resultate erhoffen sie sich von dieser Behandlung? |
| <input type="checkbox"/> Wie nennt man die Beschwerden in ihrer Muttersprache? | <input type="checkbox"/> Welche wichtigsten Probleme haben ihnen die Beschwerden gebracht? |
| <input type="checkbox"/> Was sagen ihre Familie und ihre Freunde zu ihren Beschwerden? | <input type="checkbox"/> Wovor haben sie im Zusammenhang mit ihren Beschwerden am meisten Angst? |
| <input type="checkbox"/> Was, glauben sie, machen ihre Beschwerden mit ihnen? Wie funktioniert das? | |

12. Welche der folgenden Daten erheben Sie standardmäßig in ärztlichen Gesprächen mit Migranten? (Mehrfachnennungen sind hier möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Emigrationsgründe, Migrationsmotivation | <input type="checkbox"/> evt. Dauer der Trennung von Familienmitgliedern |
| <input type="checkbox"/> Lage im Herkunftsland heute | <input type="checkbox"/> Alter der Kinder bei Einreise |
| <input type="checkbox"/> Rückkehrabsicht, -perspektive | <input type="checkbox"/> familiäres/soziales Netz |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus | <input type="checkbox"/> Internationale Netzwerke |
| <input type="checkbox"/> Angaben zu evt. laufenden Asylverfahren | <input type="checkbox"/> Muttersprache, Sprachkompetenz im Einreiseland |
| <input type="checkbox"/> Zeitpunkt der Einreise | <input type="checkbox"/> Bedeutung kultureller und religiöser Aspekte, die sich von denen in Deutschland potentiell unterscheiden |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsverhalten | <input type="checkbox"/> effektives Alter vs. Geburtsalter nach offiziellen Dokumenten |
| <input type="checkbox"/> Verhältnis zwischen ursprünglicher Ausbildung, ausgeübter Tätigkeit und Lohn | <input type="checkbox"/> finanzielle Absicherung und Verpflichtungen, Schulden |
| <input type="checkbox"/> sozioökonomische Stellung | |
| <input type="checkbox"/> Wohnverhältnisse | |

13. Wie groß erscheinen Ihnen die Interaktionsprobleme aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten bei der Beratung/Behandlung von Migranten in Ihrer Praxis (auf einer Skala von 0 bis 9: 0 = keine Probleme; 9 = unüberwindbare Probleme), bezogen auf folgende Eigenschaften der Migranten:

13.1 Geschlecht (Skala von 0 bis 9)

männlich: _____ weiblich: _____

13.2 berufliche Bildung (Skala von 0 bis 9)

keine Berufsausbildung: _____ Berufsausbildung: _____ Studium: _____

13.3 Aufenthaltsdauer (Skala von 0 bis 9)

≤ 12 Monate: _____ > 12 Monate: _____

13.4 Herkunftsland/-region (Skala von 0 bis 9)

Türkei: _____ Asien: _____
 Ex-Jugoslawien: _____ Lateinamerika: _____
 Polen: _____ : _____
 Nord-Afrika: _____ : _____
 Subsahara-Afrika: _____ : _____

14. In wie viel Prozent aller ärztlichen Gespräche mit Migranten beziehen Sie deren soziales Umfeld wie Freunde oder Verwandte ein (z.B. als Übersetzer, zur Unterstützung oder Überwachung der Behandlung etc.)?

0-20% 21-40% 41-60% 61-80% 81-100%

15. Haben Sie Kenntnis vom Gemeindedolmetschdienst Berlin?

ja nein

16. Behandeln Sie HIV-positive bzw. an AIDS erkrankte Personen mit Migrationshintergrund in Ihrer Praxis, oder haben Sie diese behandelt?

ja nein

17. Wenn nein, wohin verweisen Sie diese Personen? (Wenn nein, fahren Sie bitte mit Frage 54 fort!)

18. Wie viele an HIV/AIDS-erkrankte Migranten betreuen Sie zur Zeit in Ihrer Praxis?

Gesamt: _____

Alter	männlich (Anzahl)	weiblich (Anzahl)
< 15		
15 – 29		
30 – 44		
45 – 59		
≥ 60		

19. Wie viele an HIV/AIDS erkrankte Migranten haben Sie in den letzten 3 Jahren betreut, für welche Dauer?

< 3 Monate: _____ 3-12 Monate: _____ > 12 Monate: _____

20. Wie hat sich die Anzahl der an HIV/AIDS erkrankten Migranten in Ihrer Praxis in den vergangenen 3 Jahren verändert?

gar nicht hat zugenommen, um _____% hat abgenommen, um _____%

21. In welchem Krankheitsstadium kamen die an HIV/AIDS erkrankten Migranten in den letzten 3 Jahren in Ihre Praxis?

asymptomatische Phase	%
symptomatische Phase	%
Vollbild AIDS	%

22. Wie lange betreuen Sie an HIV/AIDS erkrankte Migranten im Durchschnitt in Ihrer Praxis?

< 3 Monate: _____% 3-12 Monate: _____% > 12 Monate: _____%

23. Bitte geben Sie die Infektionswege der an HIV/AIDS erkrankten Migranten, die Sie zur Zeit behandeln, an.

Übertragungsweg	männlich (Anzahl)	weiblich (Anzahl)
Blut-Transfusion		
Herkunft aus Hochprävalenzregion		
heterosexuelle Kontakte		
homosexuelle Kontakte		
i.v. Drogengebrauch		
Mutter-Kind-Übertragung		
unbekannt		

24. Auf welchem Weg kommen an HIV/AIDS erkrankte Migranten in Ihre Praxis (z.B. Empfehlungen anderer Patienten, Hinweis durch psychosoziale Einrichtungen, auf eigene Veranlassung etc.)?

25. Wie viele der an HIV/AIDS erkrankten Migranten, die Ihre Praxis in den letzten 3 Jahren aufgesucht haben, haben Sie in eine HIV-Schwerpunktbehandlung verwiesen (Anteil)?

0-20% 21-40% 41-60% 61-80% 81-100%

26. Was waren die Gründe für eine Verweisung?

27. Verfolgen Sie den Weg dieser Personen zu anderen Stellen der medizinischen oder psychosozialen Versorgung, wenn eine Verweisung stattgefunden hat? Falls ja, auf welche Weise?

ja nein

28. Wie viele Migranten, deren gesundheitliche Probleme auf einer HIV/AIDS-Erkrankung beruhen, vermuteten eine andere Erkrankung dahinter?

Anzahl: _____

29. Womit erklären Sie sich diesen Umstand?

30. Aus welchen Herkunftsländern bzw. mit welchen kulturellen Hintergründen kommen die an HIV/AIDS erkrankten Migranten, die Sie in Ihre Praxis behandeln? Wie groß erscheinen Ihnen die Interaktionsprobleme mit der jeweiligen Gruppe aufgrund deren kulturellen Hintergrunds (auf einer Skala von 0 bis 9: 0 = keine Probleme; 9 = unüberwindbare Probleme)?

	Herkunftsland / kult. Hintergrund	Interaktionsprobleme	Anzahl
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

31. Bei wie vielen der an HIV/AIDS erkrankten Migranten, die Sie in Ihrer Praxis behandeln, besteht keine Krankenversicherung?

Anteil: _____%

32. Wie viele der an HIV/AIDS erkrankten Migranten, die Sie in Ihrer Praxis behandeln, verfügen über keinen legalisierten Aufenthaltsstatus?

Anteil: _____%

33. Wird die Behandlung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten in Ihrer Praxis durch ausländerrechtliche Probleme erschwert? Falls ja, wie?

immer häufig selten nie

34. Welche 5 Muttersprachen sprechen die an HIV/AIDS erkrankten Migranten, die Sie in Ihrer Praxis behandeln, am häufigsten (der Häufigkeit nach geordnet, die häufigste zuerst) ?

35. Tauchen in Gesprächen mit Migranten über deren HIV/AIDS-Erkrankung Symptombeschreibungen auf, die Sie einem anderen Verständnis von Gesundheit bzw. Krankheit zuschreiben würden? (Wenn nein, fahren Sie bitte mit Frage 37 fort!)

ja nein

36. Mit welchen solcher Symptombeschreibungen kommen Patienten mit Migrationshintergrund, bei denen Sie eine HIV/AIDS-Erkrankungen feststellen oder vermuten, in Ihre Praxis? Stellen Sie bitte die 5 häufigsten Symptombeschreibungen dar und vermerken Sie den jeweiligen kulturellen Hintergrund, den diese Ihrer Meinung nach haben.

Symptombeschreibung	kultureller Hintergrund

37. Welche der folgenden möglichen Kommunikationsbarrieren spielen bei der Behandlung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten Ihrer Erfahrung nach eine Rolle?

	stark	mittelmäßig	weniger	gar nicht
fehlende Sprachkenntnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kulturelle Unterschiede	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
schichtspezifische Unterschiede	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
medizinische Fachsprache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unterschiedliche Krankheitskonzepte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unterschiedliches Geschlecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unkenntnis relevanter Ereignisse der Migrationsgeschichte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38. In wie viel Prozent der ärztlichen Gespräche mit an HIV/AIDS erkrankten Migranten besteht das Problem, deren Anliegen nicht zu verstehen (aus sprachlichen oder inhaltlichen Gründen)?

Türkei	<input type="radio"/>	0-20%	<input type="radio"/>	21-40%	<input type="radio"/>	41-60%	<input type="radio"/>	61-80%	<input type="radio"/>	81-100%
Ex-Jugoslawien	<input type="radio"/>	0-20%	<input type="radio"/>	21-40%	<input type="radio"/>	41-60%	<input type="radio"/>	61-80%	<input type="radio"/>	81-100%
Polen	<input type="radio"/>	0-20%	<input type="radio"/>	21-40%	<input type="radio"/>	41-60%	<input type="radio"/>	61-80%	<input type="radio"/>	81-100%
Nord-Afrika	<input type="radio"/>	0-20%	<input type="radio"/>	21-40%	<input type="radio"/>	41-60%	<input type="radio"/>	61-80%	<input type="radio"/>	81-100%
Sub-Sahara-Afrika	<input type="radio"/>	0-20%	<input type="radio"/>	21-40%	<input type="radio"/>	41-60%	<input type="radio"/>	61-80%	<input type="radio"/>	81-100%
Asien	<input type="radio"/>	0-20%	<input type="radio"/>	21-40%	<input type="radio"/>	41-60%	<input type="radio"/>	61-80%	<input type="radio"/>	81-100%
Latein-Amerika	<input type="radio"/>	0-20%	<input type="radio"/>	21-40%	<input type="radio"/>	41-60%	<input type="radio"/>	61-80%	<input type="radio"/>	81-100%
_____	<input type="radio"/>	0-20%	<input type="radio"/>	21-40%	<input type="radio"/>	41-60%	<input type="radio"/>	61-80%	<input type="radio"/>	81-100%

39. Gibt es bei Patientengesprächen mit an HIV/AIDS erkrankten Migranten Übersetzungen durch professionelle Dolmetscher oder Laien (z.B. Verwandte)? Falls, ja, wie häufig? (Wenn nein, fahren Sie bitte mit Frage 41 fort!)

ja nein

Häufigkeit (in % aller Gespräche mit Migranten): _____%

40. Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?

sehr gute gute teils/teils schlechte sehr schlechte

41. Wie hoch ist bei allen Gesprächen mit an HIV/AIDS erkrankten Migranten der Anteil an:

professioneller Übersetzung: _____%

Übersetzung durch Personen des Praxis-Teams: _____%

Laien-Übersetzungen (z.B. Verwandte/Bekannte): _____%

42. Wie treffen folgende Aussagen bei der Versorgung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten auf Ihre Praxis zu?

	immer	häufig	selten	nie
Übersetzung wird von Patienten organisiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Praxis organisiert Übersetzung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übersetzung wird über psychosoziale Einrichtungen organisiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Professionelle Übersetzerdienste werden in Anspruch genommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

43. Wie wichtig ist für Sie der Einsatz non-verbaler Kommunikation (z.B. Mimik, Blickkontakt, Körpersprache, Tonfall etc.) in der Betreuung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten?

sehr wichtig wichtig eher unwichtig gänzlich unwichtig

44. Setzen Sie zur Erklärung der HIV/AIDS-Erkrankung bzw. deren Therapie in der Beratung von Migranten Hilfsmittel wie Bilder und Objekte ein?

	immer	häufig	selten	nie
bei allen Migranten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bei Personen mit nicht schulmedizinischem Krankheitsverständnis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bei Migranten mit schlechten/keinen Deutschkenntnissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

45. In wie viel Prozent aller ärztlichen Gespräche mit an HIV/AIDS erkrankten Migranten beziehen Sie deren soziales Umfeld wie Freunde oder Verwandte ein (z.B. als Übersetzer, zur Unterstützung oder Überwachung der Behandlung etc.)?

0-20% 21-40% 41-60% 61-80% 81-100%

46. Wie schwierig erscheint Ihnen die Arzt-Patient-Interaktion mit Migranten in Ihrer Praxis bei:

46.1 Migranten mit Deutschkenntnissen

	unproblematisch	kaum schwierig	schwierig	sehr schwierig
HIV/AIDS-Problematik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

46.2 Migranten ohne Deutschkenntnisse

	unproblematisch	kaum schwierig	schwierig	sehr schwierig
HIV/AIDS-Problematik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47. Wie stark bleiben bei einem Vergleich der Behandlungsverläufen die von Migranten hinter denen von Nicht-Migranten zurück bei:

47.1 Migranten mit Deutschkenntnissen

	gar nicht	kaum	mittelmäßig	stark	sehr stark
HIV/AIDS-Problematik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47.2 Migranten ohne Deutschkenntnisse

	gar nicht	kaum	mittelmäßig	stark	sehr stark
HIV/AIDS-Problematik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

48. Wie stark unterscheidet sich der Aufwand der Beratung/Behandlung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten von dem eines durchschnittlichen an HIV/AIDS erkrankten Patienten (Nicht-Migranten) Ihrer Praxis, bezüglich:

	viel ger	weni- ger	weniger	kein schied	Unter- mehr	mehr	viel mehr
Allg. Informationsge- winnung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diagnostik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

49. Wie viel mehr Zeit müssen Sie im Durchschnitt für die Beratung/Behandlung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten mehr aufwenden als bei einem durchschnittlichen an HIV/AIDS erkrankten Patienten (Nicht-Migranten) Ihrer Praxis?

zeitlicher Mehraufwand: _____%

50. Bestehen dabei Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen von an HIV/AIDS erkrankten Migranten (Herkunft, etc.)? Falls ja, welche Unterschiede?

ja nein

51. Stellt die Versorgung von an HIV/AIDS erkrankten Migranten besondere Anforderungen an eine Praxis, z.B. (Mehrfachnennungen sind hier möglich):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> mehr sprachliche Kompetenzen | <input type="checkbox"/> größerer zeitlicher Aufwand | <input type="checkbox"/> Zufriedenheit mit schlechteren Ergebnissen |
| <input type="checkbox"/> andere Öffnungszeiten | <input type="checkbox"/> Geduld | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> andere Praxis-Einrichtung | <input type="checkbox"/> andere Kleidung | <input type="checkbox"/> _____ |

52. **Wie begegnen Sie diesen besonderen Anforderungen in Ihrer Praxis? Womit haben Sie gute Erfahrungen gemacht?**

53. **Welche Wünsche haben Sie für eine verbesserte medizinische Versorgung von Migranten, besonders im Bereich von HIV/AIDS?**

54. **Welches Geschlecht haben Sie?**

- männlich
 weiblich

55. **Wie alt sind Sie?**

_____ Jahre

56. **Welche Fachrichtung vertreten Sie?
 (Mehrfachnennungen sind hier möglich)**

- Allgemeinmedizin
 Augenheilkunde
 Chirurgie
 Dermatologie
 Gynäkologie
 HIV-Schwerpunkt
 HNO
 Innere Medizin
 Neurologie
 Orthopädie
 Pädiatrie
 Psychiatrie
 Urologie

57. **Welche Zusatzausbildung(en) haben Sie?
 (Mehrfachnennungen sind hier möglich)**

- Naturheilverfahren
 Akupunktur
 Chiropraktik
 Homöopathie

58. **Wie ist Ihre Praxis organisiert?**

- Einzelpraxis
 Gemeinschaftspraxis
 Praxisgemeinschaft, zusammen mit (Fachrichtung): _____

59. **Welche Form der Niederlassung hat Ihre Praxis?**

- überwiegend Kassenpraxis
 reine/überwiegend Privatpraxis

60. **Welche Sprachkenntnisse haben Sie?**

Ihre Muttersprache(n): _____

Ihre aktive(n) Fremdsprache(n): _____

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!

Leitfaden Experten-Interview mit Expertin A: Malteser Migranten-Medizin (MMM)

Hintergrund

- beruflicher Werdegang, momentane Tätigkeit, Bezug zu Migranten

Beschreibung Malteser Migranten-Medizin

- Wie kam es zur Gründung der Malteser Migranten-Medizin?
- Gibt es weitere Angebote, die in einer ähnlichen Richtung arbeiten?
- Wer finanziert das Angebot?
- Ist das Angebot nur für Migranten oder auch für andere Gruppen (Obdachlose etc.)?
- Kommen bestimmte Migranten-Gruppen stärker zur MMM?
- Wie viele Ärzte und andere Angestellte arbeiten in der MMM?
- Welche Versorgungsstrukturen für Illegale gibt es in Berlin darüber hinaus?
- Werden illegalisierte Personen bei einer ärztlichen Versorgung tatsächlich rechtlich verfolgt (z.B. im Krankenhaus etc.)?
- Welche Möglichkeiten gibt es für sich illegal in Deutschland aufhaltende Personen, sich gesundheitlich versorgen zu lassen?

Migranten und HIV

- Wie viele Personen werden mit einer HIV-Infektion vorstellig? Wie viele davon sind Migranten?
- Werden HIV-positive Migranten in der MMM versorgt oder verwiesen?
- Haben Sie Kenntnis davon, wo sich illegale HIV-positive Migranten versorgen lassen können?
- Kommen HIV-positive Migranten häufig mit einem Verdacht auf eine HIV-Infektion, oder wird die Diagnose eher zufällig gestellt?
- Findet eine HIV-Testung bei der MMM statt? Oder im Gesundheitsamt oder einer anderen Einrichtung?
- Wer bezahlt notwendige Medikamente, welche Möglichkeiten zur Beschaffung gibt es?
- Wie sieht nach einer Verweisung die Zusammenarbeit aus? Gibt es dann noch Kontakte zu den Migranten?
- Mit welchen Institutionen (Praxen, psychosoziale Einrichtungen etc.) gibt es eine Zusammenarbeit im HIV-Bereich?
- Verfolgen Sie den Weg von HIV-positiven Migranten an andere Stellen des medizinischen Systems?
- Gibt es Angst bei HIV-positiven Migranten vor Stigmatisierung? Wie kann man dieser begegnen?

Fragen zu interkulturellem Handeln

- Gibt es besondere Kommunikationsformen oder -schwierigkeiten bei der medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten? Welche Interaktionsprobleme gibt es mit dieser Klientel?
- Spielen während Ihrer Behandlung von Migranten unterschiedliche Körper- oder Krankheitsbilder eine Rolle? Existieren Schwierigkeiten mit medikamentöser Behandlung von HIV?
- Wie stark ist das Wissen um HIV bei Migranten ausgeprägt?
- Wie findet eine effektive und gelungene Kommunikation statt? Können Sie Beispiele geben?

Schlussphase

- Welche Aspekte sind für eine bessere Versorgung von HIV-positiven Migranten aus Ihrer Sicht zusätzlich zu dem bisher Gesagten wichtig?
- Welche Wünsche haben Sie in diesem Kontext?
- Haben wir etwas Wichtiges vergessen?

Leitfaden Experten-Interview mit Expertin B: Afrika-Herz

Hintergrund

- beruflicher Werdegang, momentane Tätigkeit, Bezug zu Migranten

Zugang von HIV-positiven Migranten zum Gesundheitssystem

- Welche Angebote macht Afrika-Herz für HIV-positive Personen? Werden nur Migranten betreut?
- Wie viele Leute werden bei Afrika-Herz auf mit HIV?
- Welche Gruppen von Migranten kommen häufiger in die Einrichtung, welche überhaupt nicht? Welche Gründe sehen Sie hierfür?
- Gibt es für HIV-positive Migranten besondere Zugangsschwierigkeiten zur HIV-Schwerpunktversorgung? Welche?
- Sind HIV-positive Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung unterrepräsentiert?
- Falls ja, worauf führen Sie das zurück?
- Gibt es HIV-Schwerpunktpraxen, die sich eher auf Migranten einstellen? Welche? Wie tun diese Praxen das?
- Werden HIV-positive Migranten auch in anderen Bereichen der medizinischen Versorgung (Allgemeinpraxen, Ambulanzen etc.) vorstellig, oder geschieht dies nicht? Warum?
- Kommen HIV-positive Migranten häufig mit einem eigenen Verdacht auf eine HIV-Infektion, oder wird die Diagnose eher zufällig gestellt?

Illegalisierter Aufenthaltsstatus und medizinische Versorgung

- Welche Bedeutung hat ein illegalisierter Aufenthaltsstatus für die Versorgung von HIV-positiven Migranten aus Ihrer Erfahrung? Verursacht dies Probleme? Welche?
- Werden illegalisierte Migranten im Rahmen einer ärztlichen Versorgung aufenthaltsrechtlich verfolgt (z.B. im Krankenhaus)?
- Haben Sie Kenntnis davon, wo sich illegalisierte HIV-positive Migranten versorgen lassen können, insbesondere vor dem Hintergrund der hohen medikamentenkosten, der notwendigen hohen Betreuungsfrequenz etc.?

Kommunikation mit HIV-positiven Migranten

- Gibt es besondere Kommunikationsformen und/oder -schwierigkeiten im Rahmen der medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten? Existieren spezifische Interaktionsprobleme?
- Existieren andere Körper- oder Krankheitsbilder bei HIV-positiven Migranten? In welchen Gruppen? Gibt es besondere Schwierigkeiten im Rahmen der schulmedizinisch geprägten medikamentösen Behandlung von HIV?
- Wie stark ist das Wissen um HIV bei Migranten ausgeprägt?

-
- Wie findet eine effektive und gelungene Kommunikation statt? Können Sie Beispiele geben?
 - Gibt es Angst bei HIV-positiven Migranten vor Stigmatisierung? Wie kann man dieser begegnen?

Interkulturelle Öffnung von Einrichtungen und Vernetzung

- Findet eine Zusammenarbeit mit anderen Institutionen bezüglich der Versorgung von HIV-positiven Migranten statt?
- Verfolgen Sie den Weg von HIV-positiven Migranten an andere Stellen des medizinischen Versorgungssystems?
- Gibt es in Berlin im medizinischen Bereich oder in anderen Versorgungsbereichen ein Netzwerk von Personen, die zur Thematik HIV-positiven Migranten zusammenarbeiten?
- Haben Sie Erfahrungen mit dem Gemeinde-Dolmetschdienst?
- Muss medizinisches Personal zur Versorgung von HIV-positiven Migranten andere Qualifikationen aufweisen als zur Versorgung nicht-migrantischer HIV-positiver Patienten? Welche?
- Was verstehen Sie unter einer interkulturellen Öffnung von Einrichtungen? Welche Aspekte sind wichtig im Kontext einer gelungenen Versorgung von HIV-positiven Migranten?

Schlussphase

- Welche Aspekte sind für eine bessere Versorgung von HIV-positiven Migranten aus Ihrer Sicht zusätzlich zu dem bisher Gesagten wichtig?
- Welche Wünsche haben Sie in diesem Kontext?
- Haben wir etwas Wichtiges vergessen?

Leitfaden Experten-Interview mit Expertin C: Juristin Afrika-Center

Grundlagen

- beruflicher Werdegang, momentane Tätigkeit, Bezug zu Migranten

Rechtliche Grundlagen im Kontext der medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten

- Welche verschiedenen Aufenthaltsstati gibt es zur Zeit?
- Was bedeuten die verschiedenen Aufenthaltsstati für die gesundheitliche Versorgung HIV-positiver Migranten generell?
- Was hat sich durch die Reform des Ausländerrechts wichtiges verändert?
- Was bedeutet eine HIV-Infektion für HIV-positive Migranten, die nach Deutschland einreisen wollen?
- Was bedeutet eine HIV-Infektion für HIV-positive Migranten, die bereits in Deutschland leben?
- Ist in Deutschland eine Zwangstestung von Migranten auf HIV erlaubt?
- Wie wird der Gesundheitszustand von HIV-positiven Migranten bei der Erteilung eines Aufenthaltsstatus berücksichtigt?
- Welche Formen von Arbeit dürfen von HIV-positiven Migranten aufgenommen werden?
- Welchen Einfluss haben die Arbeitsmöglichkeiten auf die Gesundheit von Migranten (physisch und psychisch)?

Illegalisierter Aufenthaltsstatus

- Wie kann eine Krankenversorgung von HIV-positiven Migranten mit illegalisiertem Aufenthaltsstatus in Deutschland gewährleistet werden?
- Gibt es eine besondere Situation bei HIV/AIDS, da die notwendigen antiretroviralen Medikamente teuer sind und es eine vergleichsweise hohe ärztliche Betreuungsfrequenz geben muss?
- Welche Möglichkeiten gibt es für HIV-positive Migranten mit illegalisiertem Aufenthaltsstatus in Deutschland, sich gesundheitlich versorgen zu lassen?

Schlussphase

- Welche Aspekte sind für eine bessere Versorgung von HIV-positiven Migranten aus Ihrer Sicht zusätzlich zu dem bisher Gesagten wichtig?
- Welche Wünsche haben Sie in diesem Kontext?
- Haben wir etwas Wichtiges vergessen?

Leitfaden Experten-Interview mit Expertin D: Ärztin HIV-Schwerpunktpraxis

Grundlagen

- beruflicher Werdegang, momentane Tätigkeit, Bezug zu Migranten

Zugang von HIV-positiven Migranten zur medizinischen Versorgung

- Sind HIV-positive Migranten in der HIV-Schwerpunktversorgung unterrepräsentiert?
- Falls ja, worauf führen Sie das zurück?
- Gibt es für HIV-positive Migranten besondere Zugangsschwierigkeiten zur HIV-Schwerpunktversorgung? Welche?
- Werden HIV-positive Migranten auch in anderen Bereichen der medizinischen Versorgung (Allgemeinpraxen, Ambulanzen etc.) vorstellig, oder geschieht dies nicht? Warum?
- Gibt es HIV-Schwerpunktpraxen, die sich eher auf Migranten einstellen? Welche?
- Welche Gruppen von HIV-positiven Migranten wird häufiger in der HIV-Schwerpunktversorgung vorstellig, welche überhaupt nicht? Warum?
- Kommen HIV-positive Migranten eher in späteren Erkrankungsstadien?

Illegalisierter Aufenthaltsstatus

- Welche Bedeutung hat ein illegalisierter Aufenthaltsstatus für die Versorgung von HIV-positiven Migranten aus Ihrer Erfahrung? Verursacht dies Probleme? Welche?
- Werden illegalisierte Migranten im Rahmen einer ärztlichen Versorgung aufenthaltsrechtlich verfolgt (z.B. im Krankenhaus)?
- Haben Sie Kenntnis davon, wo sich illegalisierte HIV-positive Migranten versorgen lassen können, insbesondere vor dem Hintergrund der hohen medikamentenkosten, der notwendigen hohen betreuungsfrequenz etc.?

Kommunikation mit HIV-positiven Migranten

- Gibt es besondere Kommunikationsformen und/oder -schwierigkeiten im Rahmen der medizinischen Versorgung von HIV-positiven Migranten? Existieren spezifische Interaktionsprobleme?
- Existieren andere Körper- oder Krankheitsbilder bei HIV-positiven Migranten? In welchen Gruppen? Gibt es besondere Schwierigkeiten im Rahmen der schulmedizinisch geprägten medikamentösen Behandlung von HIV?
- Wie stark ist das Wissen um HIV bei Migranten ausgeprägt?
- Wie findet eine effektive und gelungene Kommunikation statt? Können Sie Beispiele geben?
- Gibt es Angst bei HIV-positiven Migranten vor Stigmatisierung? Wie kann man dieser begegnen?

Interkulturelle Öffnung von Einrichtungen und Vernetzung

- Findet eine Zusammenarbeit mit anderen Institutionen bezüglich der Versorgung von HIV-positiven Migranten statt?
- Verfolgen Sie den Weg von HIV-positiven Migranten an andere Stellen des medizinischen Versorgungssystems?
- Gibt es in Berlin im medizinischen Bereich oder in anderen Versorgungsbereichen ein Netzwerk von Personen, die zur Thematik HIV-positiven Migranten zusammenarbeiten?
- Haben Sie Erfahrungen mit dem Gemeinde-Dolmetschdienst?
- Muss medizinisches Personal zur Versorgung von HIV-positiven Migranten andere Qualifikationen aufweisen als zur Versorgung nicht-migrantischer HIV-positiver Patienten? Welche?
- Was verstehen Sie unter einer Interkulturellen Öffnung von Einrichtungen? Welche Aspekte sind wichtig im Kontext einer gelungenen Versorgung von HIV-positiven Migranten?

Schlussphase

- Welche Aspekte sind für eine bessere Versorgung von HIV-positiven Migranten aus Ihrer Sicht zusätzlich zu dem bisher Gesagten wichtig?
- Welche Wünsche haben Sie in diesem Kontext?
- Haben wir etwas Wichtiges vergessen?

Auswertung Experten-Interviews: Paraphrasierung

Interview mit Expertin A (Ärztin Malteser-Migranten-Medizin)

	Zeilen	Paraphrase
A	6-30	Grund für Aufbau der MMM ist gesellschaftlicher Auftrag der Malteser
A	30-35	Gründung der MMM 2001, heute etwas mehr Arbeitszeit
A	35-54	Sachspenden sind wichtige Grundlage für die Arbeit des MMM
A	57-65	Finanzierung: Arztgehalt und Miete wird von Maltesern bezahlt, patientenbezogene Kosten nur aus Spenden
A	67-70	Behandlung von HIV und Hepatitis aufgrund zu kostspieliger Medikamente nicht möglich
A	72-76	Steigerung in den Sprechzeiten: zu Beginn 2 Tage, heute 3 Tage
A	76-77	Patientenzahl: Steigerung von 215 auf 2000/Jahr
A	79-80	breites Behandlungsspektrum als Allgemeinärztin
A	82-111	Behandlungsbedürftigkeit muss von Fall zu Fall abgewogen werden aufgrund limitierter Mittel: nur Personen, die sonst keine Behandlung bekommen könnten, werden behandelt, keine mit KV oder Vermögen etc.
A	112-118	Klientel sind auch Deutsche ohne KV
A	121-126	MMM ist vor allem Anlaufstelle für Migranten ohne KV
A	126-141	bei Personen, die nicht zur Klientel gehören, wird versucht, individuelle Lösungen zu finden
A	144-174	MMM wird durch Flyer bekannt gemacht, heute aber vorwiegend über sehr effektive Mund-zu-Mund-Propaganda (mit Bsp.)
A	175-180	Zusammensetzung der Klientel: meist Afrikaner, Asiaten, Osteuropäer, Deutsche ohne KV
A	190-197	Beispiel für Deutschen ohne KV und die Gründe hierfür
A	217-252	Beispiel für die Prüfung der Bedürftigkeit von Klienten
A	253-271	Gründe für Nicht-Versicherung von Personen
A	271-279	Personen aus neuen EU-Ländern müssen sich im Herkunftsland krankenversichern
A	282-298	z.T. findet auch nur Beratung statt und keine Behandlung
A	299-311	Wunsch nach Kopfpauschale und gesundheitlicher Grundsicherung
A	314-334	keine klare Aufgabentrennung zwischen Sozialamt und Arbeitsagentur bez. der gesundheitlichen Versorgung, z.B. von Migranten, häufig Konfusion
A	335-336	Ausländer haben häufig keine Kenntnis des gesundheitlichen Versorgungssystems
A	346-353	Forderung nach gesundheitlicher Grundsicherung, auch für Illegale

	Zeilen	Paraphrase
A	355-365	Zusammensetzung der Klientel der MMM: 85% Illegale, jeweils 5% nichtversicherte Deutsche, Studenten und Touristen
A	370-386	Änderungen in der Statistik durch EU-Beitritt osteuropäischer Länder: weniger Illegale, mehr EU-Bürger ohne KV
A	385-399	neue EU-Bürger kennen ihre Rechte und Pflichten häufig nicht
A	402-408	Büro für medizinische Flüchtlingshilfe hat ähnliche Klientel, macht aber nur Beratung
A	409-432	Abwägung der Behandlungsbedürftigkeit am Beispiel der Kindervorsorgeuntersuchungen
A	433-458	Netzwerk ist vorhanden zu bestimmten Fachärzten, die Illegale in ihrer Praxis versorgen: gute und regelmäßige Zusammenarbeit, meist Übernahme einer bestimmten Anzahl von Patienten pro Quartal
A	461-481	Medikamenten-Spenden bestehen aus nicht verkäuflichen Produkten, z.B. aufgrund von Verpackungsfehlern etc.
A	482-490	Netzwerk von Hilfsorganisationen existiert, das Sachspenden untereinander austauscht
A	491-493	bestimmte Medikamente werden aufgrund deren hohen Preises nie gespendet
A	495-499	wenn keine kostenfreien Medikamente verfügbar sind, können Kosten je nach Bedürftigkeit zwischen MMM und Patienten aufgeteilt werden
A	502-504	Manche Apotheker geben Medikamente z.T. umsonst ab
A	505-511	Medikamente gegen HIV und Hepatitis werden aufgrund des hohen Preises nie gespendet und sind für MMM nicht verfügbar
A	512-519	hohe Betreuungsfrequenz im Rahmen einer HIV-Behandlung nicht von MMM abdeckbar
A	519-520	auch niedergelassene Ärzte wollen HIV-positive Migranten etc. nicht gänzlich kostenfrei behandeln
A	520-526	bei MMM kein großer Bedarf in Bezug auf HIV, von 2000 Klienten nur 30-40
A	528-530	Manche HIV-positive Migranten kommen ohne Verdacht auf HIV wg. unspezifischer Symptomatik, mache auch mit konkretem Verdacht
A	530-544	HIV-Testung findet meist in Zusammenarbeit mit GA statt, Betreuung im Rahmen der Testung aber bei MMM
A	545-562	bei Behandlung im Krankenhaus existiert laut rechtlichem Gutachten keine Meldepflicht von Illegalen
A	564-570	Meldung von Illegalen passiert, wenn med. Versorgungsträger Sozialamt als Leistungsträger anspricht, weil dieses meldepflichtig ist
A	572-586	in politischer Diskussion um med. Betreuung von Illegalen und Meldepflicht sagen auch Konservative, dass Behandlung straffrei bleiben muss, wenn nicht gemeldet wird

	Zeilen	Paraphrase
A	603-607	Berliner Innensenator hat Straffreiheit bei Behandlung von Illegalen ohne deren Meldung zugesichert, das kann sich aber bei einem Amtswechsel wieder ändern
A	608-618	Wunsch der MMM nach Streichung der Meldepflicht von Illegalen aus pol. Gründen und zur Vermeidung von Infektionskrankheiten
A	618-622	MMM meldet keine Illegalen, das ist auch bekannt
A	624-631	MMM hat keine großen Erfahrungen in der Behandlung von HIV, größter Schwerpunkt sind Schwangere
A	632-639	Netzwerk von med. Versorgern unterschiedlicher Ausrichtung existiert, je nach Fall kann verwiesen werden
A	641-653	Wunsch nach Etablierung von med. Zentren mit gesetzlich geklärt Zuständigkeit
A	663-668	guter Kontakt der MMM zur politischen und Verwaltungs-Ebene, z.B. Bezirksverwaltung ist wichtig für die Arbeit
A	671-682	Absprache mit Polizei: wenn MMM nicht sehr öffentlich kleine Gesetzesübertretungen begeht (z.B. Meldung), wird auch nichts verfolgt
A	686-693	alle Klienten mit HIV sind Migranten, keine nicht-versicherten Deutschen
A	696-715	Weiterverweisung und dortige Behandlung von HIV-positiven Patienten aufgrund begrenzter Mittel nur möglich bei schwerer Erkrankung, dann sind niedergelassene Behandler auch bereit, diesen Patienten aufzunehmen
A	718-733	Möglichkeit, Patienten mit HIV in Zusammenarbeit mit HIV-Schwerpunktpraxen zu untersuchen ist immer gegeben
A	725-726	HIV-Medikamentenstudien sehr wichtig für die Versorgung von HIV-Klientel, da diese dort eingeschleust werden können und kostenfreie Medikamente bekommen
A	734-736	Untersuchung durch HIV-spezialisierten Arzt sehr wichtig zur Beruhigung von Patienten, bei denen dann keine Behandlung durchgeführt wird/werden kann, um festzustellen, dass noch keine Behandlungsbedürftigkeit gegeben ist
A	742-751	Patienten von MMM gegen häufig noch zu anderen Einrichtungen, wenn sie mit Auskunft oder Behandlung unzufrieden waren.
A	754-763	Absprache zwischen med. Hilfsdiensten ist wichtig, um Versorgung der Patienten zu verfolgen
A	771-772	Illegale sprechen meist am besten Deutsch, da sie unauffällig sein müssen
A	774-777	Personen ohne sozialen Anschluss und erst vor kurzem Zugewanderte sprechen meist schlechter Deutsch

	Zeilen	Paraphrase
A	778-787	Schwierigkeiten in der Behandlung aufgrund des Geschlechts, z.B. bei muslimischen Männern mit urologischen Erkrankungen, dann häufig Verweisung an männlichen Arzt
A	796-797	andere Körperwahrnehmungen sind auch manchmal bei den Patienten gegeben
A	797-802	Wissen um potentiell andere Körperwahrnehmungen bei Migranten ist wichtig, da dann konstruktiv darauf eingegangen werden kann
A	802-810	gegenseitiges Lernen von Arzt und Patient bez. kulturell anderer Körperwahrnehmungen etc. ist nötig und funktioniert meist
A	812-823	westliche Behandlungspraxis wird erläutert, aber ohne Ausnahme durchgeführt, ansonsten findet keine Behandlung statt
A	828-838	Interkulturelle Kompetenz ist wichtig für gute Behandlung, Patienten kommen sonst nicht wieder
A	848-850	Fortbildungen zu interkultureller Kompetenz sind sehr wichtig
A	855-867	kulturelle Unterschiede sind desto größer, je weiter das Herkunftsland von Deutschland entfernt ist
A	856-858	große interkulturelle Unterschiede zu muslimischen Patienten
A	869-878	durch häufigeren Kontakt in der Sprechstunde kann schulmedizinisches Verständnis besser vermittelt werden und wird eher akzeptiert
A	884-897	Nichtmuslimische Männer aus Afrika haben meist weniger Vorbehalte gegenüber einer weiblichen Ärztin als muslimische Männer
A	898-918	Probleme muslimischer Männer mit weiblichen Ärztinnen sind nicht religiös, sondern gesellschaftlich begründet
A	936-965	Wissen über HIV bei Patienten sehr unterschiedlich ausgeprägt, manchmal gar kein Wissen vorhanden, manchmal sehr gutes
A	939-947	Untersuchungen und Tests (z.B. auf HIV) werden einfach durchgeführt, ohne diese gegenüber den Patienten zu begründen, da das Vorgehen meist sowieso nicht verstanden wird
A	992-1004	meist keine Angst Stigmatisierung der Patienten aufgrund des Besuchs der MMM wegen HIV oder STI, Einrichtung ist abgelegen genug
A	1005-1006	Zahl gleichzeitig anwesender Patienten ist meist hoch, etwa 30
A	1018-1020	hohe Schwelle, MMM aufzusuchen, existiert, häufig Besuch nur aufgrund ernsthafter Erkrankungen
A	1024-1029	für HIV-positive Klienten sind fehlende finanzielle Mittel ein großes Problem

Interview mit Expertin B (Afrika-Herz)

	Zeilen	Paraphrase
B	4-17	beruflicher Hintergrund: Krankenschwester, seit 6 Jahren Mitarbeiterin bei Afrika-Herz
B	5-12	Gründung von Afrika-Herz: Gruppe von Afrikanern hat sich zusammengeschlossen, um mangelndes medizinisches Wissen zu Gesundheit in der Community zu verbessern
B	20-28	Afrika-Herz zuerst 3 Jahre finanziert über SAM-Stelle, dann vollfinanziert von LaBAS
B	40-55	Angebot von Afrika-Herz: Beratung und Begleitung von HIV+ Afrikanern zu sozialen und gesundheitlichen Fragen. Selbsthilfegruppe für HIV+ afrikanische Frauen und Männer und deutsche Frauen, die mit afrikanischen Männern verheiratet sind.
B	47-50	Fremdsprachige Materialien werden besorgt und verteilt
B	59-62	Arbeitsinhalt von Afrikaherz war zuerst Gesundheitsförderung generell, seit Finanzierung durch LaBAS Spezialisierung auf HIV
B	64-73	Klientel Afrikaherz: letztes Jahr 915 Kontakte (nicht Klienten), davon 525 zu Afrikanern, von denen die Hälfte HIV+ ist
B	77-100	Klientel Afrikaherz: Afrikaner kamen zuerst aus Sierra Leone (Herkunft B), dann aus immer mehr afrikanischen Ländern, auch Afro-Amerikaner
B	94-100	Zusammensetzung der Klientel von Afrikaherz hat weniger mit unterschiedlicher Bekanntheit des Projekts in unterschiedlichen Communities zu tun als mit der epidemiologischen Lage in Afrika: Ausbreitung von HIV spiegelt sich auch in der Klientel wieder
B	104-113	größter Anteil der Klientel hat keinen gesicherten bzw. keinen legalen Aufenthaltsstatus
B	109-113	aufgrund von geringen Deutschkenntnissen der Klientel häufig Arbeitsinhalt, Wissen zu HIV/Aids zu steigern, da deutsches Infomaterial nicht weiter hilft
B	116-126	illegale Personen dürfen von Afrikaherz offiziell nicht betreut werden, solche mit Duldung und Asyl schon. Betreuung Illegaler findet trotzdem statt
B	128-130	Illegalen kann häufig legaler Aufenthaltsstatus erarbeiten werden
B	131-133	Anliegen von Afrikaherz ist es nicht genuin, Aufenthaltsstatus zu verbessern, sondern Gesundheit zu fördern und zu gewährleisten. Hierfür ist aber legaler Aufenthaltsstatus wichtige Voraussetzung
B	139-149	Personen mit Duldung haben Anspruch auf gesundheitliche Versorgung, er ist aber komplizierter durchzusetzen: es existiert keine Versicherungskarte, sondern ein Schein vom Sozialamt, häufig abgelaufen, dann keine Behandlung

	Zeilen	Paraphrase
B	155-163	gesundheitliche Versorgungsstruktur wird häufig nicht richtig in Anspruch genommen, weil Angebot unbekannt oder Struktur nicht verständlich sind
B	158-172	HIV+Schwangerschaft: Fälle existieren, in denen Abtreibung von ärztlicher Seite gefordert wurde
B	175-177	Migranten sind in Schwerpunktversorgung unterrepräsentiert
B	177-183	Klienten der Beratungsstelle haben meist Probleme mit fehlendem Aufenthaltsstatus, Gesundheit ist als Thema anfangs meist weniger wichtig
B	184-220	Vernetzung zwischen medizinischen Einrichtungen und besonders zu anderen psychosozialen Beratungsstellen funktioniert nicht so gut wegen Konkurrenz um Klienten
B	206-209	Wunsch nach besserer Kooperation zwischen medizinischen und psychosozialen Einrichtungen
B	210-217	Kooperation zwischen medizinischen Einrichtungen und Afrikerherz hat anfangs gut funktioniert, dann weniger
B	221-235	BAH macht Angebot für Migranten generell, Afrikerherz speziell für Afrikaner, es existiert aber keine gute Arbeitsteilung oder Kooperation
B	238-243	Wunsch, dass aufgrund von Vernetzung Afrikaner in anderen Einrichtungen auf spezifisches Angebot von Afrikerherz aufmerksam gemacht werden
B	248-259	HIV+ Migranten werden von Gas an HIV-Schwerpunktpraxen verwiesen
B	245-260	HIV+ Migranten eher nicht in Regelversorgung, Migranten mit HIV-Infektion wissen, wenn sie im Versorgungssystem angelangt sind (was sie aufgrund ihrer HIV-Diagnose sind) in aller Regel, dass die HIV-Schwerpunktversorgung mehr Kompetenz hat
B	261-264	viele Ärzte aus der Regelversorgung haben Angst vor HIV und HIV+ Patienten
B	269-271	die meisten Personen der Klientel von Afrikerherz kommen im Stadium Aids
B	269-275	Klienten werden von Afrikerherz eher ins Krankenhaus vermittelt, da häufig schlechter Gesundheitszustand bei erstem Besuch
B	277-285	häufig auch medizinische Beratung von Klienten, die seltsame Mittel gegen HIV nehmen (Tinkturen etc., keine ART) und die in Richtung ART aufgeklärt werden müssen
B	288-292	Patienten werden ins AVK geschickt, darüber hinaus existiert aber keine Kooperation mit AVK
B	293-305	zwei Gruppen von Klienten: 1) ohne bisherigen HIV-Test, werden beraten und zum GA-Test geschickt, 2) mit bekannter HIV/Aids-Erkrankung, meist illegal mit schweren Gesundheitsproblemen und Beratungsbedarf, wie Versorgung geleistet werden kann

	Zeilen	Paraphrase
B	310-312	Klienten, die Afrikaherz aufsuchen, haben immer ein HIV-Anliegen, da sie Beratung zu diesem Thema machen und die Leute das wissen
B	317-325	gute Zusammenarbeit zwischen Afrikaherz und Gesundheitsämtern existiert
B	329-335	Illegale kommen erst zu Afrikaherz, wenn gesundheitliche Probleme groß sind
B	338-341	Illegale machen HIV-Test meist erst bei schwerer Erkrankung
B	341-346	GA verweist Illegale nach pos. HIV-Test an Afrikaherz, dort geht die Betreuung dann weiter
B	351-357	Kontakt von Afrikaherz zu Klienten bleibt meist lange bestehen, Versorgungsweg wird so weiter verfolgt
B	358-360	regelmäßige Gruppe für HIV+ Migranten bei Afrikacenter
B	368-370	Illegale werden vom Sozialamt gemeldet, vom GA in der Regeln nicht
B	373-389	Illegale werden nur ins Krankenhaus geschickt, wenn Aussicht besteht, dass aufgrund einer schweren HIV-Erkrankung ein legaler Aufenthaltsstatus erreicht werden kann, ansonsten besteht Gefahr, dass Sozialamt als Kostenträger Illegale meldet
B	390-394	bei leichteren Erkrankungen Verweis von Illegalen an Flüchtlingsberatung am Mehringdamm, damit keine Meldung erfolgt
B	395-398	auch bei Illegalen HIV-Fälle vorhanden, die aufgrund zu leichten Krankheitsverlaufs nicht versorgt werden können
B	402-415	einige Praxen versorgen nicht-Versicherte oder Illegale mit gespendeten oder zurückgegebenen Medikamenten
B	416-430	regelmäßige medizinische Betreuung von Nicht-Versicherten ist aufgrund fehlender finanzieller Möglichkeiten für die Praxen meist nicht möglich
B	435-445	viele Afrikaner nehmen ART nicht oder nicht regelmäßig, z.B. aufgrund westlicher Ernährung im Krankenhaus, da es Meinung gibt, dass Medikamente nur mit traditioneller Nahrung genommen werden können
B	449-456	häufig anderes Konzept von Krankheit: wer äußerlich gut aussieht, kann nicht krank sein: daher große Probleme, Hintergründe der HIV-Infektion zu vermitteln, das diese häufig lange asymptomatisch verläuft
B	459-463	anderes Krankheitskonzept: mache Klienten von Afrikaherz glauben, nicht HIV+ zu sein, sondern verhext
B	471	vollkommen inkompatibles Krankheitsverständnis ist eher selten
B	472-479	Form des Krankheitsverständnisses ist unterschiedlich je nach Herkunftsregion/-land aus Afrika
B	482-492	bei anderem Krankheitsverständnis erfolgt Versuch, schulmedizinisches Verständnis zu wecken und Vertrauen dazu zu schaffen, andere Möglichkeit gibt es nicht

	Zeilen	Paraphrase
B	496-506	medizinische Kenntnis zu HIV/Aids meist sehr schlecht ausgeprägt. Personen sagen, sie wissen Bescheid, auch Nachfrage aber doch nicht
B	503-506	SPI-Studie sagt, dass Wissen von afrikanischen Migranten zu HIV/Aids gut ausgeprägt ist, bei genauerer Nachfrage stimmt das aber nicht mehr
B	507-513	HIV/Aids wird bei Afrikanern sehr stark mit Isolation und Angst verbunden, was verdrängt werden muss
B	514-518	Stigmatisierung wegen HIV passiert auch innerhalb der Communities
B	522-531	um Stigmatisierung abzubauen, werden öffentliche Veranstaltungen und Kampagnen von einer eigens gegründeten Präventionsgruppe von Afrikanern organisiert
B	535-537	Präventionskampagne werden extra für einzelne afrikanische Communities durchgeführt
B	549-561	Communities spezifisch für einzelne afrikanische Länder existieren, die man für Präventionsarbeit ansprechen kann. wichtig dabei: Präventionisten müssen aus der gleichen Community stammen
B	562-569	für Community-spezifische Präventionsarbeit müssen deren Repräsentanten angesprochen werden, diese wirken dann als Multiplikatoren in die Community hinein
B	570-581	in Berlin sind viele unterschiedliche afrikanische Communities vorhanden
B	586-594	früher Zusammenarbeit von Afrikanern mit einzelnen Projekten, aber kein richtiges Netzwerk vorhanden, jetzt existiert als Koordination LaBAS-Netzwerkstelle
B	600-611	IÖ des LaBAS funktioniert nicht systematisch
B	614-617	Gemeindedolmetschdienst wird bei Afrikanern nicht benötigt, da selbst genug Sprachkompetenz vorhanden
B	618-622	in Brandenburg gibt es HIV-Aufklärung in Heimen
B	627-641	IÖ braucht tendenziell personelle Veränderungen
B	642-662	IÖ braucht guten Informationsfluss und Öffentlichkeitsarbeit, sonst wissen Migranten nichts von interkulturell geöffneten Angeboten
B	667-673	Verbesserungs-Wunsch: nicht nur Probleme im Migrationsbereich benennen, sondern sie auch angehen
B	678-684	zur IÖ braucht es Grundstanzentscheidung der Einrichtung, ob diese gewollt ist oder nicht, dann müssen langfristige Veränderungsprozesse in Gang gesetzt werden
B	685-692	IÖ hat zwei Ebenen: 1) Einrichtungen müssen sich öffnen, 2) Migranten müssen Informationen zum Angebot haben
B	693-706	Wunsch: gesundheitliche Versorgung muss unabhängig von finanziellen Ressourcen der Patienten hohe Qualität gewährleisten

	Zeilen	Paraphrase
B	712-721	Vertretung und Kooperation ist wichtig zwischen allen Projekten im HIV-Bereich ist wichtig, nicht nur zwischen Migranten-Projekten
B	722-729	Zusammenarbeit mit mancheck (Präventionsprojekt für MSM) im Bereich Prävention findet statt, Informationsmaterial wird gegenseitig verbreitet.

Interview mit Expertin C (Juristin Afrikacenter)

	Zeilen	Paraphrase
C	5-39	Beruflicher Werdegang TK: schon im Jura-Studium Schwerpunkt auf Ausländerrecht
C	41-59	Juristische Beratung bei Afrikacenter war erst ehrenamtlich, dann wg. Hohen Bedarfs hauptamtlich
C	49-59	Klientel von Afrikacenter: vorwiegend humanitäre ausländerrechtliche Fälle mit Themen Krankheit und Familienzusammenführung. Schwerpunkt sind HIV+ Klienten, meist aus Afrika
C	62-72	Vor beruflicher Tätigkeit ausgedehnte Reisetätigkeit nach Nordafrika, dadurch Sensibilisierung für die Situation von Immigranten in Deutschland
C	78-89	Westliche rechtliche Maßstäbe passen auf Nordafrika, aber nicht auf Subsahara-Afrika
C	90-99	Große Notwendigkeit, Afrikanern Funktionsweise des westlichen Rechtssystems zu erklären, mit dessen juristischen Folgen für jeweiliges Handeln und Tun. Häufig kein Verständnis da für juristischen Tatbestand der Illegalität etc.
C	99-102	Als Kranker in Afrika zu leben ist schlimmer als in Europa im Untergrund
C	104-112	Illegale HIV- oder TB-Patienten kommen meist sehr spät zu (halb-) staatlichen Beratungsstellen, da Angst vor Meldung. Dadurch häufig schwere Krankheitsverläufe
C	110-112	(halb-) staatliche Beratungsstellen melden manchmal Illegale, das ist ein Problem für adäquate Versorgung
C	144-148	Unübersichtlichkeit durch neues Aufenthaltsrecht: Bedeutung verschiedener Aufenthaltstitel sind den meisten Klienten nicht klar
C	236-250	Zusätzliche Rechtsberatung gibt es in geringem Umfang bei Caritas, aber dabei keine kostenlose Vertretung vor Gericht etc.: Möglichkeiten der Rechtsberatung für Migranten in Berlin nicht sehr umfangreich
C	248-250	Psychosoziale Einrichtungen schicken Afrikaner zur juristischen Beratung meist zu Afrikacenter
C	259-260	Klientel von Afrikacenter meist Afrikaner und Nordafrikaner
C	261-264	Beratung von Arabern erfolgt nur privat wegen Ausrichtung der Tätigkeitsbeschreibung auf Afrika
C	271-290	Asylbewerber haben zur gesundheitlichen Versorgung auch im Rahmen des neuen Ausländergesetzes Scheine und keine eigenständige KV, alle anderen Aufenthaltstitel beinhalten eigenständige KV
C	302-314	Migranten mit Arbeitserlaubnis erhalten KV über Arbeitsagentur
C	316-329	Gründe für illegale Aufenthalte: Asylverfahren mit verweigerter Duldung, ausgelaufenes Touristenvisum, Eingeschleuste etc.

	Zeilen	Paraphrase
C	332-342	Versorgung Illegaler: über Malteser Migranten-Medizin und Vermittlung an kooperierende Ärzte, die kostenlos behandeln
C	336-342	Akut lebensnotwendige OPs müssen im KH gemacht werden, aber keine Behandlung chronischer Erkrankungen
C	344-356	Behandlungsnotwendigkeit bei HIV+ Illegalen nur bei lebensbedrohlicher Erkrankung (z.B. schwerer opportunistischer Infektion) gegeben, nicht, wenn normale Therapierichtlinien greifen würden
C	358-366	Großer Aufwand bei Behandlungsbedürftigkeit, Ärzte von Behandlung zu überzeugen. Entscheidungen müssen immer im Einzelfall geschehen
C	372-404	Illegale Patienten im Krankenhaus müssen gemeldet werden, sonst ist es strafbar
C	392-395	Krankenhausverwaltung macht Ärzten Druck, Illegale zu melden
C	405-416	Krankenhaus behandelt Illegale meist nicht wegen fehlender Duldung, HIV+ Illegale werden aber meist ohne Beginn einer Behandlung abgeschoben: Teufelskreis
C	417-429	Lebensbedrohliche Erkrankung heißt Tod in etwa 1-2 Monaten
C	427-443	Bsp. Für problematischen Fall in schon fortgeschrittenem Krankheitsstadium (A2)
C	441-451	Ausschlaggebend für Genehmigung eines Aufenthaltstitels ist immer Risikolage im Zielstaat. Da in den meisten afrikanischen Staaten HIV endemisch und eine schlechte Gesundheitsversorgung gegeben ist, werden Migranten trotzdem dorthin abgeschoben: nicht Versorgungslage in Deutschland zählt!
C	452-482	Begründung für Abschiebung in nicht-afrikanische Staaten ist häufig theoretische Verfügbarkeit von Therapie, die aber praktisch nicht gegeben ist
C	473-482	Versorgungsbedingungen sind in Osteuropa besser als in Afrika: aus Osteuropa ist Rückkehr nach Deutschland leichter nach Abschiebung, z.B. wegen Möglichkeit, zu AH Kontakt zu halten, wegen besserer Ernährung etc.
C	485-501	Bsp. für falschen Umgang mit Ämtern fehlerhaften Angaben zu Versorgungslage im Zielstaat
C	502-515	Aufgrund politische Gründe werden neue EU-Staaten als Länder mit flächendeckender Versorgung geführt
C	516-533	Zur Erreichung eines Aufenthaltstitels muss ART bereits über einige Wochen eingenommen worden sein
C	522-524	Für den Beginn einer ART ist ein vertrauter Arzt oder KH nötig
C	534-573	Herausbildung von Resistenzen ist in der Rechtsprechung ein Grund dafür, dass Therapie fortgesetzt werden muss. Möglichkeit von Therapiepausen spielt in Rechtsprechung keine Rolle

	Zeilen	Paraphrase
C	574-585	Längerfristige medizinische Betreuung und Behandlung von Illegalen für medizinische Einrichtungen aus finanziellen Gründen nicht möglich
C	586-596	Beschreibung des Ablaufs eines Verfahrens, für Illegale mit Therapie eine Abschiebung zu vermeiden
C	599-624	HIV wird im Rahmen des Asylverfahrens als „akuter Schmerzzustand“ behandelt
C	625-672	Nach Beantragung eines Aufenthaltstitels für Illegale sind diese legal, aber eigene KV bleibt trotzdem schwierig
C	673-682	Bisher konnte in schweren medizinischen Fällen immer ein Arzt oder KH gefunden werden, die Therapie initiiert haben, um Aufenthaltstitel zu erlangen
C	683-700	Zwangstestung von Asylbewerbern: je nach Bundesland unterschiedliche Praxis
C	701-716	Ergebnis eines Zwangstests im Rahmen des Asylverfahrens kommt in die Ausländerakte
C	717-723	In Ostdeutschland werden HIV+ Migranten in Heimen häufig stigmatisiert
C	726-733	Personen mit finanziellem Vermögen werden abgeschoben, weil sie sich Behandlung im Zielstaat leisten können
C	735-743	Wichtige Grundlagen für positive Entscheidung für Aufenthaltstitels aufgrund einer HIV-Infektion: Nachweis der HIV-Infektion, keine ART im Zielstaat zugänglich, keine finanziellen Möglichkeiten vorhanden, um ART privat zu kaufen
C	749-765	Neues Aufenthaltsrecht hat Situation von HIV+ Migranten grundsätzlich verbessert, da Aufenthaltserlaubnis jetzt bei ernsthaften Gründen erteilt werden <i>muss</i> und nicht mehr nur <i>kann</i>
C	767-788	Auch unter neuem Ausländerrecht besteht Problem der Vorrangprüfung bei Erteilung von Arbeitsgenehmigungen, daher in Berlin kaum Arbeiten möglich
C	816-820	Möglichkeit, nach 7 Jahren Aufenthalt aufgrund verschiedener bisheriger Titel zur Niederlassungserlaubnis umzuwandeln. Dies trifft auf eine ganze Reihe von Personen zu.
C	837-843	Arbeitsmöglichkeit wird auch von medizinischer Seite gefordert wg. Psychischer Stabilität
C	856-860	Beratung von nicht-afrikanischen Migranten in Berlin bei Caritas, dort vielleicht auch Rechtsberatung (nicht sicher)
C	861-868	HIV+ Migranten werden auch häufig bei BAH vorstellig, die dann juristischen Rat bei Afrikacenter sucht
C	873-878	Verbesserungswunsch: bei Behandlungsbedürftigkeit standardmäßige Erteilung eines Aufenthaltstitels, dann Vergabe der KV, dann ART
C	879-904	Nach Erlangung eines Aufenthaltstitels gibt es freie KV-Wahl

	Zeilen	Paraphrase
C	907-923	Sozialamt muss KV-Kosten nach Erteilung einer Aufenthaltsgenehmigung übernehmen, manchmal stellt sich Sozialamt aber auch illegalerweise quer
C	929-941	Antragstellung für KV etc. sollen Migranten selbst machen; das ist gut, um sie nicht unnötig zu entmündigen
C	946-953	In Brandenburg werden Ablehnungen von Aufenthalt trotz besseren rechtlichen Wissens immer wieder ausgesprochen
C	954-983	Offiziellen Informationen des Auswärtigen Amtes werden häufig Urteilen zu Grunde gelegt, obwohl diese Informationen bekanntermaßen nicht richtig sind
C	991-1008	Auswärtiges Amt, seine Struktur und Entscheidungen sind unter rot-grüner Regierung nicht viel besser als unter schwarz-gelber geworden

Interview mit Expertin D (Ärztin HIV-Schwerpunktpraxis)

	Zeilen	Paraphrase
D	5-18	Beruflicher Werdegang: Medizinstudium, FA Allgemeinmedizin, Ärztin in HIV-Schwerpunktpraxis
D	26-30	HIV+ Migranten sind mit 5% in der eigenen (größten Berliner) Schwerpunktpraxis unterrepräsentiert
D	34-37	Kategorisierung der praxisinternen Daten wie bei RKI
D	40-73	3 Gründe für geringe Zahl von Migranten in med. Versorgung: 1) Viele Menschen werden ohne eigenes Wissen getestet, z.B. Asylbewerber, [wieso?], 2) Grund für geringe Zahl HIV+ Afrikaner in Behandlung: wenn kein Krankheitsgefühl, dann kein Krankheitsbewusstsein, dann kein Besuch beim HIV-Arzt, 3) Verdrängung der HIV-Infektion aus Angst vor Tod und Stigmatisierung
D	67-73	Angst vor HIV aus Unwissen: z.B. Angst vor Verlust des Aufenthaltsstatus
D	81-88	NJ hat zur nicht-afrikanischen Migranten-Community wenig Zugang
D	84-88	Annahme, dass Ängste für Migranten aus Kulturen, in denen Sexualität tabuisiert wird (Asien, Lateinamerika, Naher Osten) ähnlich wie für Afrikaner sind
D	94-102	HIV+ Patienten haben weniger Angst vor Allgemeinversorgung als vor HIV-Versorgung, weil man dort nicht so stark mit HIV in Verbindung gebracht wird
D	112-118	Patienten werden manchmal, aber nicht häufig aus der Regel- in die Schwerpunktversorgung verwiesen
D	116-118	Im Verhältnis zur Epidemiologie der Neudiagnosen viel zu wenige Migranten in der Praxis
D	119-121	Unterrepräsentierung von Migranten in HIV-Schwerpunktversorgung zum Teil auch wegen schlechter Kenntnis der Struktur des deutschen Gesundheitssystems
D	129-132	Kein Arbeitskreis zur Behandlung HIV+ Migranten vorhanden
D	136-143	Zusammenarbeit mit psychosozialen Einrichtungen findet statt, besonders zur Vermeidung von Abschiebung, z.B. durch Einbringen medizinischer Expertise
D	154-160	Sprachen: Französisch und Englisch sprechen häufig nur akad. Afrikaner, andere weniger
D	164-166	In Berlin keine HIV-Schwerpunktpraxen mit Migranten-Schwerpunkt, wäre auch sinnlos, da Migranten diese aus Angst vor Stigmatisierung nicht so gerne aufsuchen würden
D	175-176	Für erfolgreiche Behandlung von HIV+ Migranten keine ganz detaillierte Kenntnis von anderem Gesundheits- und Krankheitsverständnis verschiedenster Kulturen wichtig, sondern grundsätzliche Sensibilität dafür

	Zeilen	Paraphrase
D	177-193	Besondere Schwierigkeit, Afrikanern HIV-Infektion zu vermitteln, da diese meist ein sehr vom äußeren körperlichen Erscheinen geprägtes Krankheitsbild haben, das bei HIV aber häufig erst sehr spät auftritt
D	294-212	Schwierigkeit bei Krankheitsverständnis von Afrikanern, Verständnis für HIV-Therapie zu legen, wenn keine äußerlichen körperlichen Symptome wahrnehmbar sind
D	213-219	Schwierigkeit bei Krankheitsverständnis von Afrikanern, verständlich zu machen, dass HIV-Infektion da ist, diese aber nicht behandelt werden muss (da Verständnis: wenn Krankheit, dann muss behandelt werden)
D	220-223	Großes Problem: Analphabetismus, da dann keine Aufklärung über Broschüren etc. möglich
D	224-229	Pflicht aufzuklären heißt nicht, Patienten Verantwortung zum Umgang mit ihrer Krankheit abzunehmen
D	232-235	Zeitaufwand für Betreuung und Behandlung von Migranten ist höher, besonders bei weniger Gebildeten
D	238-241	Ausreichend Aufklärungsmaterial für Migranten da, Problem ist Analphabetismus
D	248-256	Großes Versorgungsproblem bei Personen mit schlechten Lebensbedingungen: grundsätzliche Sicherung des Lebensumstände ist wichtiger als HIV-Infektion, Kranksein wird nicht akzeptiert, daher wird HIV-Infektion in solchen Fällen häufig verdrängt
D	257-270	Illegale können in Einzelfällen versorgt werden, ist aber selten
D	273-281	Gemeindedolmetschdienst bisher nicht eingesetzt
D	282-291	Selten Einsatz von Angehörigen zum Dolmetschen
D	294-300	Einsatz von Verwandten als Dolmetscher ist kein Problem, wenn diese von den Patienten selbst mitgebracht werden, kann aber Problem werden, wenn z.B. vom Arzt gezwungen
D	308	Migranten kommen meistens aufgrund von Überweisung von außerhalb
D	308-318	Wissen über HIV ist bei Afrikanern wenig ausgeprägt
D	328-340	Vertrauensbasis und gleichberechtigtes Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist sehr wichtig für gelungene Interaktion, normale Behandlung ist wichtig, dann merken Patienten, dass man aufgrund von HIV nicht automatisch stigmatisiert wird
D	341-350	Arzt muss von sich aus Lebensumstände erfragen, was unter „HIV“ verstanden wird, wie ist der Aufenthalt geregelt etc.
D	356-362	Asylbewerber kommen meist zu spät in HIV-Schwerpunktversorgung und meist wegen etwas anderem, z.B. HIV-Infektion
D	364-371	Erreichen von Migranten, die nicht von selbst kommen, ist sehr schwierig, kein Patentrezept zur Erreichbarkeit, da Gruppe so inhomogen

	Zeilen	Paraphrase
D	377-383	Auseinandersetzung mit HIV ist stark schichtabhängig und bildungsabhängig
D	390-402	Wunsch nach grundsätzlich verbesserten Lebensbedingungen von Migranten, die es ihnen erlauben, sich mit gesundheitlichen Fragen auseinander zu setzen: politische Regelung muss her
D	413-426	Auch Aufklärung bedarf einer grundsätzlichen Absicherung der Lebenssituation, sonst ist kein Interesse da
D	423-427	HIV als Krankheit ist bei Afrikanern bekannt, aber niemand glaubt, dass er es selbst hat
D	431-439	Afrikanische Communities müssen angesprochen werden zur Zusammenarbeit, diese müssen auch bereit sein mitzumachen, damit sich Situation verbessert. Problem: viele Dialekte
D	445-456	Frauen müssen als wichtige Zielgruppe stärker erreicht werden, da diese in den Familien für Gesundheit zuständig sind.

Auswertung Experten-Interviews: thematischer Vergleich

1. Versorgungslage von HIV-positiven Migranten in Berlin
2. Vorhandene Versorgungsstrukturen für HIV-positive Migranten in Berlin
3. Behandlungskosten und Möglichkeiten der Kostenübernahme
4. Vernetzung im Zusammenhang mit der Versorgung von HIV-positiven Migranten
5. Rechtliche Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung von HIV-positiven Migranten
6. strukturelle Probleme in der Versorgung von HIV-positiven Migranten
7. Medizinische Versorgung von illegalisierten Migranten
8. Meldung von illegalisierten Migranten
9. Möglichkeiten der Legalisierung von illegalisierten Migranten
10. kulturelle Besonderheiten HIV-positiver Migranten und deren Relevanz für deren Versorgung
11. Wissen von HIV-positiven Migranten zu HIV, zum medizinischen Versorgungssystem etc.
12. Sprache, Probleme im Zusammenhang mit Sprachkompetenzen und Ansätze zum Umgang mit diesen Problemen
13. Bedeutung interkultureller Kompetenz im Arzt-Patient-Verhältnis / Umgang mit interkulturellen Unterschieden in der medizinischen Praxis
14. Verbesserungswünsche / Voraussetzungen auf struktureller Ebene für eine gute Versorgung von HIV-positiven Migranten
15. Beschreibung der Interviewpartnerinnen und deren Einrichtungen

1. Versorgungslage von HIV-positiven Migranten in Berlin

	Zeilen	Paraphrase
D	40-73	3 Gründe für geringe Zahl von Migranten in med. Versorgung: 1) Viele Menschen werden ohne eigenes Wissen getestet, z.B. Asylbewerber, [wieso?], 2) Grund für geringe Zahl HIV+ Afrikaner in Behandlung: wenn kein Krankheitsgefühl, dann kein Krankheitsbewusstsein, dann kein Besuch beim HIV-Arzt, 3) Verdrängung der HIV-Infektion aus Angst vor Tod und Stigmatisierung
D	26-30	HIV+ Migranten sind mit 5% in der eigenen (größten Berliner) Schwerpunktpraxis unterrepräsentiert
D	116-118	Im Verhältnis zur Epidemiologie der Neudiagnosen viel zu wenige Migranten in der Praxis
B	175-177	Migranten sind in Schwerpunktversorgung unterrepräsentiert
B	245-260	HIV+ Migranten eher nicht in Regelversorgung, Migranten mit HIV-Infektion wissen, wenn sie im Versorgungssystem angelangt sind (was sie aufgrund ihrer HIV-Diagnose sind) in aller Regel, dass die HIV-Schwerpunktversorgung mehr Kompetenz hat
A	520-526	bei MMM kein großer Bedarf in Bezug auf HIV, von 2000 Klienten nur 30-40
A	686-693	alle Klienten mit HIV sind Migranten, keine nicht-versicherten Deutschen
B	269-271	die meisten Personen der Kleintel von Afrikaherz kommen im Stadium Aids
B	64-73	Klientel Afrikaherz: letztes Jahr 915 Kontakte (nicht Klienten), davon 525 zu Afrikanern, von denen die Hälfte HIV+ ist
B	293-305	zwei Gruppen von Klienten: 1) ohne bisherigen HIV-Test, werden beraten und zum GA-Test geschickt, 2) mit bekannter HIV/Aids-Erkrankung, meist illegal mit schweren Gesundheitsproblemen und Beratungsbedarf, wie Versorgung geleistet werden kann
B	94-100	Zusammensetzung der Klientel von Afrikaherz hat weniger mit unterschiedlicher Bekanntheit des Projekts in unterschiedlichen Communities zu tun als mit der epidemiologischen Lage in Afrika: Ausbreitung von HIV spiegelt sich auch in der Klientel wieder

2. Vorhandene Versorgungsstrukturen für HIV-positive Migranten in Berlin

	Zeilen	Paraphrase
D	164-166	In Berlin keine HIV-Schwerpunktpraxen mit Migranten-Schwerpunkt, wäre auch sinnlos, da Migranten diese aus Angst vor Stigmatisierung nicht so gerne aufsuchen würden
A	512-519	hohe Betreuungsfrequenz im Rahmen einer HIV-Behandlung nicht von MMM abdeckbar
A	624-631	MMM hat keine großen Erfahrungen in der Behandlung von HIV, größter Schwerpunkt sind Schwangere
A	992-1004	meist keine Angst Stigmatisierung der Patienten aufgrund des Besuchs der MMM wegen HIV oder STI, Einrichtung ist abgelegen genug
A	402-408	Büro für medizinische Flüchtlingshilfe hat ähnliche Klientel, macht aber nur Beratung
A	742-751	Patienten von MMM gehen häufig noch zu anderen Einrichtungen, wenn sie mit Auskunft oder Behandlung unzufrieden waren.
B	358-360	regelmäßige Gruppe für HIV+ Migranten bei Afrikacenter
B	618-622	in Brandenburg gibt es HIV-Aufklärung in Heimen
C	236-250	Zusätzliche Rechtsberatung gibt es in geringem Umfang bei Caritas, aber dabei keine kostenlose Vertretung vor Gericht etc.: Möglichkeiten der Rechtsberatung für Migranten in Berlin nicht sehr umfangreich
C	856-860	Beratung von nicht-afrikanischen Migranten in Berlin bei Caritas, dort vielleicht auch Rechtsberatung (nicht sicher)

3. Behandlungskosten und Möglichkeiten der Kostenübernahme

	Zeile	Paraphrase
A	314-334	keine klare Aufgabentrennung zwischen Sozialamt und Arbeitsagentur bez. der gesundheitlichen Versorgung, z.B. von Migranten, häufig Konfusion
B	139-149	Personen mit Duldung haben Anspruch auf gesundheitliche Versorgung, er ist aber komplizierter durchzusetzen: es existiert keine Versicherungskarte, sondern ein Schein vom Sozialamt, häufig abgelaufen, dann keine Behandlung
C	302-314	Migranten mit Arbeitserlaubnis erhalten KV über Arbeitsagentur
C	907-923	Sozialamt muss KV-Kosten nach Erteilung einer Aufenthaltsgenehmigung übernehmen, manchmal stellt sich Sozialamt aber auch illegalerweise quer
C	271-290	Asylbewerber haben zur gesundheitlichen Versorgung auch im Rahmen des neuen Ausländergesetzes Scheine und keine eigenständige KV, alle anderen Aufenthaltstitel beinhalten eigenständige KV
C	336-342	Akut lebensnotwendige OPs müssen im KH gemacht werden, aber keine Behandlung chronischer Erkrankungen
C	879-904	Nach Erlangung eines Aufenthaltstitels gibt es freie KV-Wahl
A	67-70	Behandlung von HIV und Hepatitis aufgrund zu kostspieliger Medikamente nicht möglich
A	1024-1029	für HIV-positive Klienten sind fehlende finanzielle Mittel ein großes Problem
A	696-715	Weiterverweisung und dortige Behandlung von HIV-positiven Patienten aufgrund begrenzter Mittel nur möglich bei schwerer Erkrankung, dann sind niedergelassene Behandler auch bereit, diesen Patienten aufzunehmen
B	416-430	regelmäßige medizinische Betreuung von Nicht-Versicherten ist aufgrund fehlender finanzieller Möglichkeiten für die Praxen meist nicht möglich
A	725-726	HIV-Medikamentenstudien sehr wichtig für die Versorgung von HIV-Klientel, da diese dort eingeschleust werden können und kostenfreie Medikamente bekommen
C	358-366	Großer Aufwand bei Behandlungsbedürftigkeit, Ärzte von Behandlung zu überzeugen. Entscheidungen müssen immer im Einzelfall geschehen
A	519-520	auch niedergelassene Ärzte wollen HIV-positive Migranten etc. nicht gänzlich kostenfrei behandeln
B	402-415	einige Praxen versorgen nicht-Versicherte oder Illegale mit gespendeten oder zurückgegebenen Medikamenten
A	491-493	bestimmte Medikamente werden aufgrund deren hohen Preises nie gespendet

	Zeile	Paraphrase
A	502-504	Manche Apotheker geben Medikamente z.T. umsonst ab
A	461-481	Medikamenten-Spenden bestehen aus nicht verkäuflichen Produkten, z.B. aufgrund von Verpackungsfehlern etc.
A	505-511	Medikamente gegen HIV und Hepatitis werden aufgrund des hohen Preises nie gespendet und sind für MMM nicht verfügbar
A	495-499	wenn keine kostenfreien Medikamente verfügbar sind, können Kosten je nach Bedürftigkeit zwischen MMM und Patienten aufgeteilt werden

4. Vernetzung im Zusammenhang mit der Versorgung von HIV-positiven Migranten

	Zeilen	Paraphrase
A	482-490	Netzwerk von Hilfsorganisationen existiert, das Sachspenden untereinander austauscht
A	663-668	guter Kontakt der MMM zur politischen und Verwaltungs-Ebene, z.B. Bezirksverwaltung ist wichtig für die Arbeit
A	671-682	Absprache mit Polizei: wenn MMM nicht sehr öffentlich kleine Gesetzesübertretungen begeht (z.B. Meldung), wird auch nichts verfolgt
A	632-639	Netzwerk von med. Versorgern unterschiedlicher Ausrichtung existiert, je nach Fall kann verwiesen werden
D	136-143	Zusammenarbeit mit psychosozialen Einrichtungen findet statt, besonders zur Vermeidung von Abschiebung, z.B. durch Einbringen medizinischer Expertise
D	81-88	D hat zur nicht-afrikanischen Migranten-Community wenig Zugang
D	308	Migranten kommen meistens aufgrund von Überweisung von außerhalb
A	530-544	HIV-Testung findet meist in Zusammenarbeit mit GA statt, Betreuung im Rahmen der Testung aber bei MMM
A	126-141	bei Personen, die nicht zur Klientel gehören, wird versucht, individuelle Lösungen zu finden
A	718-733	Möglichkeit, Patienten mit HIV in Zusammenarbeit mit HIV-Schwerpunktpraxen zu untersuchen ist immer gegeben
C	861-868	HIV+ Migranten werden auch häufig bei BAH vorstellig, die dann juristischen Rat bei Afrikacenter sucht
C	248-250	Psychosoziale Einrichtungen schicken Afrikaner zur juristischen Beratung meist zu Afrikacenter
B	269-275	Klienten werden von Afrikaherz eher ins Krankenhaus vermittelt, da häufig schlechter Gesundheitszustand bei erstem Besuch
B	288-292	Patienten werden ins AVK geschickt, darüber hinaus existiert aber keine Kooperation mit AVK
B	317-325	gute Zusammenarbeit zwischen Afrikaherz und Gesundheitsämtern existiert
B	351-357	Kontakt von Afrikaherz zu Klienten bleibt meist lange bestehen, Versorgungsweg wird so weiter verfolgt
B	722-729	Zusammenarbeit mit mancheck (Präventionsprojekt für MSM) im Bereich Prävention findet statt, Informationsmaterial wird gegenseitig verbreitet.
B	248-259	HIV+ Migranten werden von GAs an HIV-Schwerpunktpraxen verwiesen

	Zeilen	Paraphrase
D	112-118	Patienten werden manchmal, aber nicht häufig aus der Regel- in die Schwerpunktversorgung verwiesen
D	129-132	Kein Arbeitskreis zur Behandlung HIV+ Migranten vorhanden
B	238-243	Wunsch, dass aufgrund von Vernetzung Afrikaner in anderen Einrichtungen auf spezifisches Angebot von Afrikanerz aufmerksam gemacht werden
B	206-209	Wunsch nach besserer Kooperation zwischen medizinischen und psychosozialen Einrichtungen
B	221-235	BAH macht Angebot für Migranten generell, Afrikanerz speziell für Afrikaner, es existiert aber keine gute Arbeitsteilung oder Kooperation
B	184-220	Vernetzung zwischen medizinischen Einrichtungen und besonders zu anderen psychosozialen Beratungsstellen funktioniert nicht so gut wegen Konkurrenz um Klienten
B	210-217	Kooperation zwischen medizinischen Einrichtungen und Afrikanerz hat anfangs gut funktioniert, dann weniger
B	586-594	früher Zusammenarbeit von Afrikanerz mit einzelnen Projekten, aber kein richtiges Netzwerk vorhanden, jetzt existiert als Koordination La-BAS-Netzwerkstelle
B	712-721	Vertretung und Kooperation ist wichtig zwischen allen Projekten im HIV-Bereich ist wichtig, nicht nur zwischen Migranten-Projekten
A	754-763	Absprache zwischen med. Hilfsdiensten ist wichtig, um Versorgung der Patienten zu verfolgen

5. Rechtliche Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung von HIV-positiven Migranten

	Zeilen	Paraphrase
C	599-624	HIV wird im Rahmen des Asylverfahrens als „akuter Schmerzzustand“ behandelt
C	417-429	Lebensbedrohliche Erkrankung heißt Tod in etwa 1-2 Monaten
C	534-573	Herausbildung von Resistenzen ist in der Rechtsprechung ein Grund dafür, dass Therapie fortgesetzt werden muss. Möglichkeit von Therapiepausen spielt in Rechtsprechung keine Rolle
C	452-482	Begründung für Abschiebung in nicht-afrikanische Staaten ist häufig theoretische Verfügbarkeit von Therapie, die aber praktisch nicht gegeben ist
C	954-983	Offiziellen Informationen des Auswärtigen Amtes werden häufig Urteilen zu Grunde gelegt, obwohl diese Informationen bekanntermaßen nicht richtig sind
C	991-1008	Auswärtiges Amt, seine Struktur und Entscheidungen sind unter rot-grüner Regierung nicht viel besser als unter schwarz-gelber geworden
C	441-451	Ausschlaggebend für Genehmigung eines Aufenthaltstitels ist immer Risikolage im Zielstaat. Da in den meisten afrikanischen Staaten HIV endemisch und eine schlechte Gesundheitsversorgung gegeben ist, werden Migranten trotzdem dorthin abgeschoben: nicht Versorgungslage in Deutschland zählt!
C	726-733	Personen mit finanziellem Vermögen werden abgeschoben, weil sie sich Behandlung im Zielstaat leisten können
C	502-515	Aufgrund politische Gründe werden neue EU-Staaten als Länder mit flächendeckender Versorgung geführt
A	271-279	Personen aus neuen EU-Ländern müssen sich im Herkunftsland krankenversichern
C	816-820	Möglichkeit, nach 7 Jahren Aufenthalt aufgrund verschiedener bisheriger Titel zur Niederlassungserlaubnis umzuwandeln. Dies trifft auf eine ganze Reihe von Personen zu.
C	749-765	Neues Aufenthaltsrecht hat Situation von HIV+ Migranten grundsätzlich verbessert, da Aufenthaltserlaubnis jetzt bei ernsthaften Gründen erteilt werden <i>muss</i> und nicht mehr nur <i>kann</i>
C	683-700	Zwangstestung von Asylbewerbern: je nach Bundesland unterschiedliche Praxis
C	701-716	Ergebnis eines Zwangstests im Rahmen des Asylverfahrens kommt in die Ausländerakte
C	767-788	Auch unter neuem Ausländerrecht besteht Problem der Vorrangprüfung bei Erteilung von Arbeitsgenehmigungen, daher in Berlin kaum Arbeiten möglich

	Zeilen	Paraphrase
C	837-843	Arbeitsmöglichkeit wird auch von medizinischer Seite gefordert wg. psychischer Stabilität

6. strukturelle Probleme in der Versorgung von HIV-positiven Migranten

	Zeilen	Paraphrase
D	413-426	Auch Aufklärung bedarf einer grundsätzlichen Absicherung der Lebenssituation, sonst ist kein Interesse da
D	248-256	Großes Versorgungsproblem bei Personen mit schlechten Lebensbedingungen: grundsätzliche Sicherung des Lebensumstände ist wichtiger als HIV-Infektion, Kranksein wird nicht akzeptiert, daher wird HIV-Infektion in solchen Fällen häufig verdrängt
B	177-183	Klienten der Beratungsstelle haben meist Probleme mit fehlendem Aufenthaltsstatus, Gesundheit ist als Thema anfangs meist weniger wichtig
C	485-501	Bsp. für falschen Umgang mit Ämtern fehlerhaften Angaben zu Versorgungslage im Zielstaat
A	253-271	Gründe für Nicht-Versicherung von Personen
C	427-443	Bsp. Für problematischen Fall in schon fortgeschrittenem Krankheitsstadium (A2)
D	232-235	Zeitaufwand für Betreuung und Behandlung von Migranten ist höher, besonders bei weniger Gebildeten
B	261-264	viele Ärzte aus der Regelversorgung haben Angst vor HIV und HIV+ Patienten
B	158-172	HIV+Schwangerschaft: Fälle existieren, in denen Abtreibung von ärztlicher Seite gefordert wurde
C	717-723	In Ostdeutschland werden HIV+ Migranten in Heimen häufig stigmatisiert
B	514-518	Stigmatisierung wegen HIV passiert auch innerhalb der Communities
C	99-102	Als Kranker in Afrika zu leben ist schlimmer als in Europa im Untergrund
C	473-482	Versorgungsbedingungen sind in Osteuropa besser als in Afrika: aus Osteuropa ist Rückkehr nach Deutschland leichter nach Abschiebung, z.B. wegen Möglichkeit, zu AH Kontakt zu halten, wegen besserer Ernährung etc.

7. Medizinische Versorgung von illegalisierten Migranten

	Zeilen	Paraphrasen
C	316-329	Gründe für illegale Aufenthalte: Asylverfahren mit verweigerter Duldung, ausgelaufenes Touristenvisum, Eingeschleuste etc.
C	625-672	Nach Beantragung eines Aufenthaltstitels für Illegale sind diese legal, aber eigene KV bleibt trotzdem schwierig
C	344-356	Behandlungsnotwendigkeit bei HIV+ Illegalen nur bei lebensbedrohlicher Erkrankung (z.B. schwerer opportunistischer Infektion) gegeben, nicht, wenn normale Therapierichtlinien greifen würden
B	395-398	auch bei Illegalen HIV-Fälle vorhanden, die aufgrund zu leichten Krankheitsverlaufs nicht versorgt werden können
B	373-389	Illegale werden nur ins Krankenhaus geschickt, wenn Aussicht besteht, dass aufgrund einer schweren HIV-Erkrankung ein legaler Aufenthaltsstatus erreicht werden kann, ansonsten besteht Gefahr, dass Sozialamt als Kostenträger Illegale meldet
C	405-416	Krankenhaus behandelt Illegale meist nicht wegen fehlender Duldung, HIV+ Illegale werden aber meist ohne Beginn einer Behandlung abgeschoben: Teufelskreis
B	390-394	bei leichteren Erkrankungen Verweis von Illegalen an Flüchtlingsberatung am Mehringdamm, damit keine Meldung erfolgt
C	673-682	Bisher konnte in schweren medizinischen Fällen immer ein Arzt oder KH gefunden werden, die Therapie initiiert haben, um Aufenthaltstitel zu erlangen
C	332-342	Versorgung Illegaler: über Malteser Migranten-Medizin und Vermittlung an kooperierende Ärzte, die kostenlos behandeln
C	574-585	Längerfristige medizinische Betreuung und Behandlung von Illegalen für medizinische Einrichtungen aus finanziellen Gründen nicht möglich
A	433-458	Netzwerk ist vorhanden zu bestimmten Fachärzten, die Illegale in ihrer Praxis versorgen: gute und regelmäßige Zusammenarbeit, meist Übernahme einer bestimmten Anzahl von Patienten pro Quartal
B	116-126	illegale Personen dürfen von Afrikerherz offiziell nicht betreut werden, solche mit Duldung und Asyl schon. Betreuung Illegaler findet trotzdem statt
B	341-346	GA verweist Illegale nach pos. HIV-Test an Afrikerherz, dort geht die Betreuung dann weiter
D	257-270	Illegale können in Einzelfällen versorgt werden, ist aber selten
C	104-112	Illegale HIV- oder TB-Patienten kommen meist sehr spät zu (halb-) staatlichen Beratungsstellen, da Angst vor Meldung. Dadurch häufig schwere Krankheitsverläufe

	Zeilen	Paraphrasen
B	329-335	Illegale kommen erst zu Afrikaherz, wenn gesundheitliche Probleme groß sind
B	338-341	Illegale machen HIV-Test meist erst bei schwerer Erkrankung

8. Meldung von illegalisierten Migranten

	Zeilen	Paraphrase
C	316-329	Gründe für illegale Aufenthalte: Asylverfahren mit verweigerter Duldung, ausgelaufenes Touristenvisum, Eingeschleuste etc.
C	110-112	(halb-) staatliche Beratungsstellen melden manchmal Illegale, das ist ein Problem für adäquate Versorgung
B	368-370	Illegale werden vom Sozialamt gemeldet, vom GA in der Regeln nicht
A	564-570	Meldung von Illegalen passiert, wenn med. Versorgungsträger Sozialamt als Leistungsträger anspricht, weil dieses meldepflichtig ist
C	392-395	Krankenhausverwaltung macht Ärzten Druck, Illegale zu melden
A	545-562	bei Behandlung im Krankenhaus existiert laut rechtlichem Gutachten keine Meldepflicht von Illegalen
C	372-404	Illegale Patienten im Krankenhaus müssen gemeldet werden, sonst ist es strafbar
B	373-389	Illegale werden nur ins Krankenhaus geschickt, wenn Aussicht besteht, dass aufgrund einer schweren HIV-Erkrankung ein legaler Aufenthaltsstatus erreicht werden kann, ansonsten besteht Gefahr, dass Sozialamt als Kostenträger Illegale meldet
B	390-394	bei leichteren Erkrankungen Verweis von Illegalen an Flüchtlingsberatung am Mehringdamm, damit keine Meldung erfolgt
A	618-622	MMM meldet keine Illegalen, das ist auch bekannt
A	603-607	Berliner Innensenator hat Straffreiheit bei Behandlung von Illegalen ohne deren Meldung zugesichert, das kann sich aber bei einem Amtswechsel wieder ändern
A	572-586	in politischer Diskussion um med. Betreuung von Illegalen und Meldepflicht sagen auch Konservative, dass Behandlung straffrei bleiben muss, wenn nicht gemeldet wird
A	608-618	Wunsch der MMM nach Streichung der Meldepflicht von Illegalen aus pol. Gründen und zur Vermeidung von Infektionskrankheiten

9. Möglichkeiten der Legalisierung von illegalisierten Migranten

	Zeilen	Paraphrase
C	316-329	Gründe für illegale Aufenthalte: Asylverfahren mit verweigerter Duldung, ausgelaufenes Touristenvisum, Eingeschleuste etc.
C	625-672	Nach Beantragung eines Aufenthaltstitels für Illegale sind diese legal, aber eigene KV bleibt trotzdem schwierig
C	673-682	Bisher konnte in schweren medizinischen Fällen immer ein Arzt oder KH gefunden werden, die Therapie initiiert haben, um Aufenthaltstitel zu erlangen
B	128-130	Illegalen kann häufig legaler Aufenthaltsstatus erarbeiten werden
C	946-953	In Brandenburg werden Ablehnungen von Aufenthalt trotz besseren rechtlichen Wissens immer wieder ausgesprochen
C	735-743	Wichtige Grundlagen für positive Entscheidung für Aufenthaltstitel aufgrund einer HIV-Infektion: Nachweis der HIV-Infektion, keine ART im Zielstaat zugänglich, keine finanziellen Möglichkeiten vorhanden, um ART privat zu kaufen
C	516-533	Zur Erreichung eines Aufenthaltstitels muss ART bereits über einige Wochen eingenommen worden sein
C	586-596	Beschreibung des Ablaufs eines Verfahrens, für Illegale mit Therapie eine Abschiebung zu vermeiden
B	373-389	Illegale werden nur ins Krankenhaus geschickt, wenn Aussicht besteht, dass aufgrund einer schweren HIV-Erkrankung ein legaler Aufenthaltsstatus erreicht werden kann, ansonsten besteht Gefahr, dass Sozialamt als Kostenträger Illgeale meldet
C	405-416	Krankenhaus behandelt Illegale meist nicht wegen fehlender Duldung, HIV+ Illegale werden aber meist ohne Beginn einer Behandlung abgeschoben: Teufelskreis

10. kulturelle Besonderheiten HIV-positiver Migranten und deren Relevanz für deren Versorgung

	Zeilen	Paraphrase
B	507-513	HIV/Aids wird bei Afrikanern sehr stark mit Isolation und Angst verbunden, was verdrängt werden muss
D	423-427	HIV als Krankheit ist bei Afrikanern bekannt, aber niemand glaubt, dass er es selbst hat
D	84-88	Annahme, dass Ängste für Migranten aus Kulturen, in denen Sexualität tabuisiert wird (Asien, Lateinamerika, Naher Osten) ähnlich wie für Afrikaner sind
D	94-102	HIV+ Patienten haben weniger Angst vor Allgemeinversorgung als vor HIV-Versorgung, weil man dort nicht so stark mit HIV in Verbindung gebracht wird
B	472-479	Form des Krankheitsverständnisses ist unterschiedlich je nach Herkunftsregion/-land aus Afrika
A	855-867	kulturelle Unterschiede sind desto größer, je weiter das Herkunftsland von Deutschland entfernt ist
A	856-858	große interkulturelle Unterschiede zu muslimischen Patienten
A	884-897	Nichtmuslimische Männer aus Afrika haben meist weniger Vorbehalte gegenüber einer weiblichen Ärztin als muslimische Männer
A	778-787	Schwierigkeiten in der Behandlung aufgrund des Geschlechts, z.B. bei muslimischen Männern mit urologischen Erkrankungen, dann häufig Verweisung an männlichen Arzt
A	898-918	Probleme muslimischer Männer mit weiblichen Ärztinnen sind nicht religiös, sondern gesellschaftlich begründet
B	471	vollkommen inkompatibles Krankheitsverständnis ist eher selten
A	796-797	andere Körperwahrnehmungen sind auch manchmal bei den Patienten gegeben
B	459-463	anderes Krankheitskonzept: mache Klienten von Afrikanerz glauben, nicht HIV+ zu sein, sondern verhext
B	449-456	häufig anderes Konzept von Krankheit: wer äußerlich gut aussieht, kann nicht krank sein: daher große Probleme, Hintergründe der HIV-Infektion zu vermitteln, das diese häufig lange asymptomatisch verläuft
D	213-219	Schwierigkeit bei Krankheitsverständnis von Afrikanern, verständlich zu machen, dass HIV-Infektion da ist, diese aber nicht behandelt werden muss (da Verständnis: wenn Krankheit, dann muss behandelt werden)
D	177-193	Besondere Schwierigkeit, Afrikanern HIV-Infektion zu vermitteln, da diese meist ein sehr vom äußeren körperlichen Erscheinen geprägtes Krankheitsbild haben, das bei HIV aber häufig erst sehr spät auftritt

	Zeilen	Paraphrase
B	277-285	häufig auch medizinische Beratung von Klienten, die seltsame Mittel gegen HIV nehmen (Tinkturen etc., keine ART) und die in Richtung ART aufgeklärt werden müssen
B	435-445	viele Afrikaner nehmen ART nicht oder nicht regelmäßig, z.B. aufgrund westlicher Ernährung im Krankenhaus, da es Meinung gibt, dass Medikamente nur mit traditioneller Nahrung genommen werden können
C	78-89	Westliche rechtliche Maßstäbe passen auf Nordafrika, aber nicht auf Subsahara-Afrika

11. Wissen von HIV-positiven Migranten zu HIV, zum medizinischen Versorgungssystem etc.

	Zeile	Paraphrase
B	155-163	gesundheitliche Versorgungsstruktur wird häufig nicht richtig in Anspruch genommen, weil Angebot unbekannt oder Struktur nicht verständlich sind
D	119-121	Unterrepräsentierung von Migranten in HIV-Schwerpunktversorgung zum Teil auch wegen schlechter Kenntnis der Struktur des deutschen Gesundheitssystems
A	335-336	Ausländer haben häufig keine Kenntnis des gesundheitlichen Versorgungssystems
C	90-99	Große Notwendigkeit, Afrikanern Funktionsweise des westlichen Rechtssystems zu erklären, mit dessen juristischen Folgen für jeweiliges Handeln und Tun. Häufig kein Verständnis da für juristischen Tatbestand der Illegalität etc.
C	144-148	Unübersichtlichkeit durch neues Aufenthaltsrecht: Bedeutung verschiedener Aufenthaltstitel sind den meisten Klienten nicht klar
D	67-73	Angst vor HIV aus Unwissen: z.B. Angst vor Verlust des Aufenthaltsstatus
A	385-399	neue EU-Bürger kennen ihre Rechte und Pflichten häufig nicht
B	503-506	SPI-Studie sagt, dass Wissen von afrikanischen Migranten zu HIV/Aids gut ausgeprägt ist, bei genauerer Nachfrage stimmt das aber nicht mehr
D	308-318	Wissen über HIV ist bei Afrikanern wenig ausgeprägt
D	356-362	Asylbewerber kommen meist zu spät in HIV-Schwerpunktversorgung und meist wegen etwas anderem, z.B. Hepatitis-Infektion
A	528-530	Manche HIV-positive Migranten kommen ohne Verdacht auf HIV wg. unspezifischer Symptomatik, manche auch mit konkretem Verdacht
B	310-312	Klienten, die Afrika her aufsuchen, haben immer ein HIV-Anliegen, da sie Beratung zu diesem Thema machen und die Leute das wissen
B	496-506	medizinische Kenntnis zu HIV/Aids meist sehr schlecht ausgeprägt. Personen sagen, sie wissen Bescheid, auch Nachfrage aber doch nicht
A	936-965	Wissen über HIV bei Patienten sehr unterschiedlich ausgeprägt, manchmal gar kein Wissen vorhanden, manchmal sehr gutes
D	377-383	Auseinandersetzung mit HIV ist stark schichtabhängig und bildungsabhängig
B	109-113	aufgrund von geringen Deutschkenntnissen der Klientel häufig Arbeitsinhalt, Wissen zu HIV/Aids zu steigern, da deutsches Infomaterial nicht weiter hilft

12. Sprache, Probleme im Zusammenhang mit Sprachkompetenzen und Ansätze zum Umgang mit diesen Problemen

	Zeilen	Paraphrase
B	47-50	Fremdsprachige Materialien werden besorgt und verteilt
D	282-291	Selten Einsatz von Angehörigen zum Dolmetschen
D	294-300	Einsatz von Verwandten als Dolmetscher ist kein Problem, wenn diese von den Patienten selbst mitgebracht werden, kann aber Problem werden, wenn z.B. vom Arzt gezwungen
D	273-281	Gemeindedolmetschdienst bisher nicht eingesetzt
B	614-617	Gemeindedolmetschdienst wird bei Afrikanern nicht benötigt, da selbst genug Sprachkompetenz vorhanden
A	771-772	Illegale sprechen meist am besten Deutsch, da sie unauffällig sein müssen
A	774-777	Personen ohne sozialen Anschluss und erst vor kurzem Zugewanderte sprechen meist schlechter Deutsch
D	154-160	Sprachen: Französisch und Englisch sprechen häufig nur akad. Afrikaner, andere weniger
D	238-241	Ausreichend Aufklärungsmaterial für Migranten da, Problem ist Analphabetismus
D	220-223	Großes Problem: Analphabetismus, da dann keine Aufklärung über Broschüren etc. möglich

13. Bedeutung interkultureller Kompetenz im Arzt-Patient-Verhältnis / Umgang mit interkulturellen Unterschieden in der medizinischen Praxis

	Zeilen	Paraphrase
A	828-838	Interkulturelle Kompetenz ist wichtig für gute Behandlung, Patienten kommen sonst nicht wieder
A	802-810	gegenseitiges Lernen von Arzt und Patient bez. kulturell anderer Körperwahrnehmungen etc. ist nötig und funktioniert meist
A	797-802	Wissen um potentiell andere Körperwahrnehmungen bei Migranten ist wichtig, da dann konstruktiv darauf eingegangen werden kann
D	175-176	Für erfolgreiche Behandlung von HIV+ Migranten keine ganz detaillierte Kenntnis von anderem Gesundheits- und Krankheitsverständnis verschiedenster Kulturen wichtig, sondern grundsätzliche Sensibilität dafür
A	812-823	westliche Behandlungspraxis wird erläutert, aber ohne Ausnahme durchgeführt, ansonsten findet keine Behandlung statt
A	939-947	Untersuchungen und Tests (z.B. auf HIV) werden einfach durchgeführt, ohne diese gegenüber den Patienten zu begründen, da das Vorgehen meist sowieso nicht verstanden wird
B	482-492	bei anderem Krankheitsverständnis erfolgt Versuch, schulmedizinisches Verständnis zu wecken und Vertrauen dazu zu schaffen, andere Möglichkeit gibt es nicht
A	869-878	durch häufigeren Kontakt in der Sprechstunde kann schulmedizinisches Verständnis besser vermittelt werden und wird eher akzeptiert
D	328-340	Vertrauensbasis und gleichberechtigtes Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist sehr wichtig für gelungene Interaktion, normale Behandlung ist wichtig, dann merken Patienten, dass man aufgrund von HIV nicht automatisch stigmatisiert wird
C	522-524	Für den Beginn einer ART ist ein vertrauter Arzt oder KH nötig
A	734-736	Untersuchung durch HIV-spezialisierten Arzt sehr wichtig zur Beruhigung von Patienten, bei denen dann keine Behandlung durchgeführt wird/werden kann, um festzustellen, dass noch keine Behandlungsbedürftigkeit gegeben ist
D	341-350	Arzt muss von sich aus Lebensumstände erfragen, was unter „HIV“ verstanden wird, wie ist der Aufenthalt geregelt etc.
A	778-787	Schwierigkeiten in der Behandlung aufgrund des Geschlechts, z.B. bei muslimischen Männern mit urologischen Erkrankungen, dann häufig Verweisung an männlichen Arzt
D	224-229	Pflicht aufzuklären heißt nicht, Patienten Verantwortung zum Umgang mit ihrer Krankheit abzunehmen
C	929-941	Antragstellung für KV etc. sollen Migranten selbst machen; das ist gut, um sie nicht unnötig zu entmündigen

14. Verbesserungswünsche / Voraussetzungen auf struktureller Ebene für eine gute Versorgung von HIV-positiven Migranten

	Zeilen	Paraphrase
B	693-706	Wunsch: gesundheitliche Versorgung muss unabhängig von finanziellen Ressourcen der Patienten hohe Qualität gewährleisten
A	346-353	Forderung nach gesundheitlicher Grundsicherung, auch für Illegale
A	299-311	Wunsch nach Kopfpauschale und gesundheitlicher Grundsicherung
B	131-133	Anliegen von Afrikaner*innen ist es nicht genuin, Aufenthaltsstatus zu verbessern, sondern Gesundheit zu fördern und zu gewährleisten. Hierfür ist aber legaler Aufenthaltsstatus wichtige Voraussetzung
D	390-402	Wunsch nach grundsätzlich verbesserten Lebensbedingungen von Migranten, die es ihnen erlauben, sich mit gesundheitlichen Fragen auseinander zu setzen: politische Regelung muss her
C	873-878	Verbesserungswunsch: bei Behandlungsbedürftigkeit standardmäßige Erteilung eines Aufenthaltstitels, dann Vergabe der KV, dann ART
A	641-653	Wunsch nach Etablierung von med. Zentren mit gesetzlich gekläarter Zuständigkeit
D	364-371	Erreichen von Migranten, die nicht von selbst kommen, ist sehr schwierig, kein Patentrezept zur Erreichbarkeit, da Gruppe so inhomogen
B	562-569	für Community-spezifische Präventionsarbeit müssen deren Repräsentanten angesprochen werden, diese wirken dann als Multiplikatoren in die Community hinein
B	570-581	in Berlin sind viele unterschiedliche afrikanische Communities vorhanden
B	549-561	Communities spezifisch für einzelne afrikanische Länder existieren, die man für Präventionsarbeit ansprechen kann. wichtig dabei: Präventionisten müssen aus der gleichen Community stammen
D	431-439	Afrikanische Communities müssen angesprochen werden zur Zusammenarbeit, diese müssen auch bereit sein mitzumachen, damit sich Situation verbessert. Problem: viele Dialekte
B	522-531	um Stigmatisierung abzubauen, werden öffentliche Veranstaltungen und Kampagnen von einer eigens gegründeten Präventionsgruppe von Afrikaner*innen organisiert
B	535-537	Präventionskampagne werden extra für einzelne afrikanische Communities durchgeführt
D	445-456	Frauen müssen als wichtige Zielgruppe stärker erreicht werden, da diese in den Familien für Gesundheit zuständig sind.
B	667-673	Verbesserungs-Wunsch: nicht nur Probleme im Migrationsbereich benennen, sondern sie auch angehen
B	600-611	IÖ des LaBAS funktioniert nicht systematisch
A	848-850	Fortbildungen zu interkultureller Kompetenz sind sehr wichtig

	Zeilen	Paraphrase
B	627-641	IÖ braucht tendenziell personelle Veränderungen
B	678-684	zur IÖ braucht es Grundsatzentscheidung der Einrichtung, ob diese gewollt ist oder nicht, dann müssen langfristige Veränderungsprozesse in Gang gesetzt werden
B	685-692	IÖ hat zwei Ebenen: 1) Einrichtungen müssen sich öffnen, 2) Migranten müssen Informationen zum Angebot haben
B	642-662	IÖ braucht guten Informationsfluss und Öffentlichkeitsarbeit, sonst wissen Migranten nichts von interkulturell geöffneten Angeboten

15. Beschreibung der Interviewpartnerinnen und deren Einrichtungen

	Zeilen	Paraphrase
D	5-18	Beruflicher Werdegang: Medizinstudium, FA Allgemeinmedizin, Ärztin in HIV-Schwerpunktpraxis
D	34-37	Kategorisierung der praxisinternen Daten wie bei RKI
C	5-39	Beruflicher Werdegang C: schon im Jura-Studium Schwerpunkt auf Ausländerrecht
C	62-72	Vor beruflicher Tätigkeit ausgedehnte Reisetätigkeit nach Nordafrika, dadurch Sensibilisierung für die Situation von Immigranten in Deutschland
C	49-59	Klientel von Afrikacenter: vorwiegend humanitäre ausländerrechtliche Fälle mit Themen Krankheit und Familienzusammenführung. Schwerpunkt sind HIV+ Klienten, meist aus Afrika
C	41-59	Juristische Beratung bei Afrikacenter war erst ehrenamtlich, dann wg. Hohen Bedarfs hauptamtlich
C	259-260	Klientel von Afrikacenter meist Afrikaner und Nordafrikaner
C	261-264	Beratung von Arabern erfolgt nur privat wegen Ausrichtung des Tätigkeitsbeschreibung auf Afrika
B	4-17	beruflicher Hintergrund: Krankenschwester, seit 6 Jahren Mitarbeiterin bei Afrika-Herz
B	5-12	Gründung von Afrika-Herz: Gruppe von Afrikanern hat sich zusammengeschlossen, um mangelndes medizinisches Wissen zu Gesundheit in der Community zu verbessern
B	20-28	Afrika-Herz zuerst 3 Jahre finanziert über SAM-Stelle, dann vollfinanziert von LaBAS
B	40-55	Angebot von Afrika-Herz: Beratung und Begleitung von HIV+ Afrikanern zu sozialen und gesundheitlichen Fragen. Selbsthilfegruppe für HIV+ afrikanische Frauen und Männer und deutsche Frauen, die mit afrikanischen Männern verheiratet sind.
B	59-62	Arbeitsinhalt von Afrikaherz war zuerst Gesundheitsförderung generell, seit Finanzierung durch LaBAS Spezialisierung auf HIV
B	64-73	Klientel Afrikaherz: letztes Jahr 915 Kontakte (nicht Klienten), davon 525 zu Afrikanern, von denen die Hälfte HIV+ ist
B	77-100	Klientel Afrikaherz: Afrikaner kamen zuerst aus Sierra Leone (Herkunft B), dann aus immer mehr afrikanischen Ländern, auch Afro-Amerikaner
B	104-113	größter Anteil der Klientel hat keinen gesicherten bzw. keinen legalen Aufenthaltsstatus
A	30-35	Gründung der MMM 2001, heute etwas mehr Arbeitszeit

	Zeilen	Paraphrase
A	72-76	Steigerung in den Sprechzeiten: zu Beginn 2 Tage, heute 3 Tage
A	6-30	Grund für Aufbau der MMM ist gesellschaftlicher Auftrag der Malteser
A	121-126	MMM ist vor allem Anlaufstelle für Migranten ohne KV
A	79-80	breites Behandlungsspektrum als Allgemeinärztin
A	282-298	z.T. findet auch nur Beratung statt und keine Behandlung
A	57-65	Finanzierung: Arztgehalt und Miete wird von Maltesern bezahlt, patientenbezogene Kosten nur aus Spenden
A	35-54	Sachspenden sind wichtige Grundlage für die Arbeit des MMM
A	76-77	Patientenzahl: Steigerung von 215 auf 2000/Jahr
A	355-365	Zusammensetzung der Klientel der MMM: 85% Illegale, jeweils 5% nichtversicherte Deutsche, Studenten und Touristen
A	175-180	Zusammensetzung der Klientel: meist Afrikaner, Asiaten, Osteuropäer, Deutsche ohne KV
A	370-386	Änderungen in der Statistik durch EU-Beitritt osteuropäischer Länder: weniger Illegale, mehr EU-Bürger ohne KV
A	112-118	Klientel sind auch Deutsche ohne KV
A	190-197	Beispiel für Deutschen ohne KV und die Gründe hierfür
A	1005-1006	Zahl gleichzeitig anwesender Patienten ist meist hoch, etwa 30
A	1018-1020	hohe Schwelle, MMM aufzusuchen, existiert, häufig Besuch nur aufgrund ernsthafter Erkrankungen
A	217-252	Beispiel für die Prüfung der Bedürftigkeit von Klienten
A	409-432	Abwägung der Behandlungsbedürftigkeit am Beispiel der Kindervorsorgeuntersuchungen
A	144-174	MMM wird durch Flyer bekannt gemacht, heute aber vorwiegend über sehr effektive Mund-zu-Mund-Propaganda (mit Bsp.)

Lebenslauf

Ein Lebenslauf ist aus Gründen des Datenschutzes in der Online-Version dieser Dissertation nicht enthalten.

Ein Lebenslauf ist aus Gründen des Datenschutzes in der Online-Version dieser Dissertation nicht enthalten.

Publikationen

Artikel (peer-reviewed)

1. Meixenberger K., Hauser A., **Jansen K.**, Yousef K.P., Fiedler S., von Kleist M., Norley S., Somogyi S., Hamouda O., Bannert N., Bartmeyer B., Kücherer C. *Assessment of ambiguous base calls in HIV-1 pol population sequences as a biomarker to identify recent infections in HIV-1 incidence studies*. JCM, 2014 [in print].
2. Zu Knyphausen F., Scheufele R., Kücherer C., **Jansen K.**, Somogyi S., Dupke S., Jessen H., Schürmann D., Hamouda O., Meixenberger K., Bartmeyer B. *First Line Treatment Response in Patients with Transmitted HIV Drug Resistance and Well Defined Time Point of HIV Infection: Updated Results from the German HIV-1 Seroconverter Study*. PLoS One. 2014 May 1;9(5):e95956.
3. **Jansen K.**, Haastert B., Michalik C., Guignard A., Esser S., Dupke S., Plettenberg A., Skaletz-Rorowski A., Brockmeyer NH. *Incidence and risk factors of herpes zoster among hiv-positive patients in the german competence network for HIV/AIDS (KompNet): a cohort study analysis*. BMC Infect Dis. 2013 Aug 10;13:372.
4. Mocroft A., Furrer H., Miro J.M., Reiss P., Mussini C., Kirk O., Abgrall S., Ayayi S., Bartmeyer B., Braun D., Castagna A., d'Arminio Monforte A., Gazzard B., Gutierrez F., Hurtado I., **Jansen K.**, Meyer L., Muñoz P., Obel N., Soler-Palacin P., Papadopoulos A., Raffi F., Ramos J.T., Rockstroh J., Salmon D., Torti C., Warszawski J., de Wit S., Zangerle R., Fabre-Colin C., Kjaer J., Chene G., Grarup J., Lundgren J.D., for the Opportunistic Infections Working Group on behalf of the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) study in EuroCOORD. *The incidence of AIDS defining illnesses (ADIs) at a current CD4 count > 200/mm³ in the post combination antiretroviral therapy era*. Clin Infect Dis. 2013 Oct;57(7):1038-47.
5. Pursuing Later Treatment Option II (PLATO II) Project Team of the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE), Costagliola D, Ledergerber B, Torti C, van Sighem A, Podzamczar D, Mocroft A, Dorrucchi M, Masquelier B, de Luca A, **Jansen K.**, De Wit S, Obel N, Fätkenheuer G, Touloumi G, Mussini C, Castagna A, Stephan C, García F, Zangerle R, Duval X, Perez-Hoyos S, Meyer L, Ghosn J, Fabre-Colin C, Kjaer J, Chêne G, Grarup J, Phillips A, Lodwick R, Torti C, Dorrucchi M, Günthard HF, Michalik C, Chryso G, Castagna. *Predictors of CD4(+) T-cell counts of HIV type 1-infected persons after virologic failure of all 3 original antiretroviral drug classes*. J Infect Dis. 2013 Mar 1;207(5):759-67.
6. **Jansen, K.**, Bremer, V., von Räden, U., Steffan, E., Nitschke H. *Sexuelle Gesundheit in Deutschland - Indikatoren als Instrumente zum Beschreiben, Planen und Evaluieren. Der Indikatorenkatalog der DSTIG*. Bundesgesundheitsblatt 2013, 56(7), 913-921.
7. Haar, K., Dudareva, S., Wisplinghoff, H., Wisplinghoff, F., Sailer, A., **Jansen, K.**, Henrich, B., Marcus, U. *Lymphogranuloma venereum in men screened for pharyngeal and rectal infection, Germany*. Emerging Infectious Diseases. 2013 Mar;19(3):488-92.
8. **Jansen, K.**, Sonnerborg, P. A., Brockmeyer, N., Thalme, A., Svedhem, V., Dupke, S., Eychenne JL, Nakonz T, Jimenez-Exposito MJ, Pugliese P. *Long-Term Efficacy and Safety of Atazanavir/Ritonavir Treat-*

ment in a Real-Life Cohort of Treatment-Experienced Patients with HIV-1 Infection. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2013 March; 29(3):564-73.

9. Pursuing Later Treatment Options II (PLATO II) project team; Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) Group, Nakagawa F, Lodwick R, Costagliola D, van Sighem A, Torti C, Podzamczar D, Mocroft A, Ledergerber B, Dorrucchi M, Cozzi-Lepri A, **Jansen K**, Masquelier B, García F, De Wit S, Stephan C, Obel N, Fätkenhaeuer G, Castagna A, Sambatakou H, Mussini C, Ghosn J, Zangerle R, Duval X, Meyer L, Perez-Hoyos S, Fabre Colin C, Kjaer J, Chene G, Grarup J, Phillips A. *Calendar time trends in the incidence and prevalence of triple-class virologic failure in antiretroviral drug experienced people with HIV in Europe*. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, J Acquir Immune Defic Syndr*. 2012;59(3):294-9.
10. Pursuing Later Treatment Option II (PLATO II) project team; Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) Group, Castagliola D, Ledergerber B, Torti C, van Sighem A, Podzamczar D, Mocroft A, Dorrucchi M, Masquelier B, de Luca A, **Jansen K**, De Wit S, Obel N, Fätkenheuer G, Touloumi G, Mussini C, Castagna A, Stephan C, Garcia F, Zangerle R, Duval X, Pérez-Hoyos S, Meyer L, Ghosn J, Fabre-Colin C, Kjaer J, Chene G, Fabre-Colin C, Kjaer J, Grarup J, Costagliola D, Lodwick R, Ledergerber B, Phillips A. *Trends in virological and clinical outcomes in individuals with HIV-1 infection and virological failure of drugs from three antiretroviral drug classes: a cohort study*. *Lancet Infectious Diseases*, 2012;12(2):119-127.
11. Plettenberg A., Brockmeyer N. H., Haastert B., Michalik C., Dupke S., Schewe K., Rausch M., Hower M., Ulmer A., Wolf E., Lorenzen T., Arendt G., **Jansen K.**, and the Competence Network for HIV/AIDS. *Impact of earlier HAART initiation on immune status and clinical course of treated patients on the basis of cohort data of the German Competence Network for HIV/AIDS*. *Infection* (2011) Feb;39(1):3-12.
12. Mueller S., Spriewald B.M., Bergmann S., Eismann K., Leykauf M., Korn K., Walter H., Schmidt B., Arnold M.-L., Harrer E.G., Kaiser R., Schweitzer F., Braun P., Reuter S., Jaeger H., Wolf E., Brockmeyer N.H., **Jansen K.**, Michalik, C., Harrer, T., and the Competence Network for HIV/AIDS. *Influence of Major HIV-1 Protease Inhibitor Resistance Mutations on CTL Recognition*. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (2011);56(2):109-17.
13. **Jansen K.**, Brockmeyer N.H., Hahn M., Kaul I., Fenske S., Rausch M., Kuhlmann B., Ulmer A., Lauenroth-Mai E., Harrer T., Hower M., Skaletz-Rorowski A., Michalik C., and the Competence Network for HIV/AIDS. *Epidemiological composition, clinical and Treatment Characteristics for the patient cohort of the German Competence Network for HIV/AIDS*. *European Journal of Medical Research* (2009); 14: 415-25.
14. **Jansen K.**, Michalik C, Hahn M., Dupke S., Esser S., Jaeger H., Köppe S., Moll A., Plettenberg A., Schmidt R.E., Skaletz-Rorowski A., Brockmeyer N.H., and the Competence Network for HIV/AIDS. *The Patient Cohort of the German Competence Network for HIV/AIDS (KompNet): a Profile*. *European Journal of Medical Research* (2009);14:323-31.

Vorträge (peer-reviewed)

1. **Jansen K.**, Scheufele R., Meixenberger K., Bock T., Houareau C., Kücherer C., Thamm M., Münstermann D., Hagedorn H.-J., Gunsenheimer-Bartmeyer B., Aygündüz S., Hamouda O., HIV1-Serokonverter-Studiengruppe. *Hohe Prävalenz von Koinfektionen mit Hepatitis B, Hepatitis C und Syphilis sowie niedriger Durchimpfung gegen HBV bei MSM mit bekanntem HIV1-Serokonversionszeitpunkt*. Deutscher STI-Kongress 2014, Berlin, 19.-21.6.2014.
2. **Jansen K.**, Bremer V., Steffen G., Sarma N., Nielsen S., Münstermann D., Lucht A., Tiemann C. *Hohe Prävalenz genitaler Infektionen mit Chlamydien, Gonorrhö und Trichomonaden bei am Arbeitsplatz erreichten Sexarbeiterinnen in Deutschland: die STI-Outreach-Studie*. Deutscher STI-Kongress 2014, Berlin, 19.-21.6.2014.
3. Bremer V., **Jansen K.**, Lallemand A., Steffen G., Sarma N., Nielsen S., Lucht A., Münstermann D., Tiemann C. *Prävalenz genitaler Infektionen mit Chlamydia trachomatis (CT), Neisseria gonorrhoea (NG) und Trichomonas vaginalis (TV) in Klienten der HIV-Testberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen: die STI-HIT Studie*. Deutscher STI-Kongress 2014, Berlin, 19.-21.6.2014.
4. **Jansen K.**, Bremer V., Steffen G., Sarma N., Nielsen S., Münstermann D., Lucht A., Tiemann C. *High prevalence of genital infections with chlamydia, gonorrhoea and trichomonas in hard-to-reach female sex workers in Germany: preliminary data of the STI-Outreach study*. European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ESCAIDE), Stockholm, 4.-7.11.2013.

5. **Jansen K.**, Bremer V., Steffen G., Sarma N., Münstermann D., Lucht A., Tiemann C. *Prevalence of genital infections with Chlamydia trachomatis (CT), Neisseria gonorrhoea (NG) and Trichomonas vaginalis (TV) in hard-to-reach sex workers in North Rhine-Westphalia, Germany: the STI-Outreach study*. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, Innsbruck, 12.-15.6.2013.
6. **Jansen K.**, Scheufele R., Meixenberger K., Münstermann, D., Hagedorn, H.J., Houareau C., Thamm M., Kücherer C., Gunsenheimer-Bartmeyer B., Hamouda O. *High prevalence of Syphilis-coinfections in MSM with known date of HIV-1 seroconversion in the German HIV 1-seroconverter cohort*. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, Innsbruck, 12.-15.6.2013.
7. **Jansen K.**, Scheufele R., Bock T., Gunsenheimer-Bartmeyer B., Hamouda O., Houareau C., Kücherer C., Thamm M., Meixenberger K. *High prevalence of Hepatitis B (HBV) coinfections, and low rate of effective HBV-vaccination in MSM with known date of HIV-1 seroconversion in Germany*. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, Innsbruck, 12.-15.6.2013.
8. **Jansen K.**, Scheufele R., Meixenberger K., Bock T., Houareau C., Kücherer C., Thamm M., Gunsenheimer-Bartmeyer B., Hamouda O. *High prevalence of Hepatitis C (HCV)-coinfections in MSM with known date of HIV-1 seroconversion in Germany*. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, Innsbruck, 12.-15.6.2013.
9. Kücherer C., Meixenberger K., **Jansen K.**, Somogyi S., Scheufele R., Bartmeyer B., Dupke S., Schürmann D., Jessen H., Bannert N., and Hamouda O., on behalf of the German HIV-1-Seroconverter Study Group. *In vivo persistence of transmitted drug-resistant HIV in patients with a known date of HIV-1 seroconversion*. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, Innsbruck, 12.-15.6.2013.
10. Behrens G., Somayeh M. K., Brockmeyer N., Michalik C., **Jansen K.**, Kaul I., Esser S., Hower M., Mutz A., Jäger H. *Mikrobielle Translokation und lösliche Endothelmoleküle bei Patienten mit ausbleibendem Helferzellenanstieg unter ART*. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, Innsbruck, 12.-15.6.2013.
11. Cozzi-Lepri A., Noguera-Julian M., di Giallonardo F., Schuurman R., Däumer M., Aitken S., Günthard H.F., Brun-Vezinet F., Metzner K., Paredes R., and the CHAIN Minority HIV-1 Variants Working Group (**member of analysis and writing committee**). *Low-frequency drug-resistant HIV-1 confers an increased risk of virological failure to first-line NNRTI-based ART: a multi-cohort European case-control study using centralized ultrasensitive 454 sequencing*. International Workshop on HIV & Hepatitis Virus Drug Resistance and Curative Strategies, Toronto, 4.-8.6.2013.
12. **Jansen K.**, Scheufele R., Meixenberger K., Bock T., Houareau C., Kücherer C., Thamm M., Gunsenheimer-Bartmeyer B., Hamouda O. *Coinfections with HBV, HCV and Syphilis in MSM with known date of HIV 1-seroconversion in Germany*. AREVIR-Meeting, Bonn, 11.-12.4.2013.
13. Santos-Hövenner C., **Jansen K.**, von Unger H. *Kultursensible HIV/STI Prävention bei Sexarbeiterinnen mit Migrationshintergrund - Ergebnisse einer Expertenbefragung in Berlin*. 110. Kongress der Deutschen STI-Gesellschaft. Berlin, 14.6.-16.6.2012. **Best poster lecture**.
14. **Jansen K.**, Bartmeyer B., Hamouda O., Kücherer C., Meixenberger K., Scheufele R., Somogyi S. *The German HIV-1 Seroconverter cohort study*. AREVIR-Meeting, Bonn, 3.5.-4.5.2012.
15. Somogyi S, Meixenberger K, Scheufele R, Gunsenheimer-Bartmeyer B, **Jansen K**, Hamouda O, Kuecherer C in behalf of the seroconverter study group. *Trends in transmission of HIV-1 subtypes and recombinants Update of the German HIV-1 seroconverter study*. AREVIR-Meeting, Bonn, 3.5.-4.5.2012.
16. Meixenberger K., Somogyi S., Bartmeyer B., **Jansen K.**, Scheufele R., Bieniek B., Dupke S., Jessen H., Schürmann D., Hamouda O. and Kücherer C., on behalf of the German HIV-1 Seroconverter Study Group. *Surveillance of Transmitted HIV-1 Drug Resistance in the German HIV-1 Seroconverter Cohort from 1996 to 2010*. 10th European Meeting on HIV & Hepatitis Treatment Strategies & Antiviral Drug Resistance. Barcelona, 28.3-30.3.2012. **Best poster lecture**.
17. **Jansen K.**, Bartmeyer B., Hamouda O., Kücherer C., Meixenberger K., Scheufele R., Somogyi S. *The German HIV-1 Seroconverter cohort study*. 6th Japanese-German HIV-symposium, Bochum, 21.11.-22.11.2012.
18. Bachmann H. S., Siffert W., Skaletz-Rorowski A., **Jansen K.**, Moll A., Dupke S., Köppe S., Harrer T., Rausch M., Brockmeyer N. H., and the Competence Network for HIV/AIDS. *Impact of IL28B Polymorphisms on Sustained Virological Response of HCV-HIV-coinfected Patients*. 5. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, Hannover, 15.-18.6.2011.
19. **Jansen K.**, Brockmeyer N.H., Tossing G., Haastert B., Moll A., Dupke S., Stoll M., Mauss S., Manns M.P., Teuber G., Michalik C., and the Competence Network for HIV/AIDS. *Differences in population characteristics and treatment outcomes of HCV-mono- and HCV-/HIV-coinfected patients under "real-life"*

conditions in Germany. 7th International Workshop on HIV & Hepatitis Co-Infection. Mailand, 1.-3.7.2011.

20. **Jansen K.**, Bremer V., Nitschke H., Oliveira F., von Räden U., Steffan E. *Indikatoren zu sexueller Gesundheit in Deutschland - Grundlage für gelingende Gesundheitspolitik und Versorgung.* 59. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für sexuell übertragbare Erkrankungen, 9.-11.9.2010, Memmingen.
21. **Jansen K.**, Potthoff A., Michalik C., Steinberg H., Brockmeyer N.H. *Syphilis bei HCV/HIV Co-infizierten Patienten.* 59. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für sexuell übertragbare Erkrankungen, 9.-11.9.2010, Memmingen.
22. **Jansen K.**, Brockmeyer N.H., Dlugay V., Stoll M., Volkert R., Gözl J., Buhk T., Carganico A., Kreckel P., Müller M., Skaletz-Rorowski A., Mertens V., Michalik C., and the Competence Network for HIV/AIDS. *Higher probability of lower income in HIV-positive patients (PLWHA) having poorer clinical outcomes: results of an analysis on basis of the KompNet cohort.* 18th International AIDS Conference 2010, 18.-23.7.2010, Wien. **Best poster lecture.**
23. **Jansen K.** *Combined Epidemiology, Prevention and Behavioural Surveillance – a Methodological Step to a Sustained Reduction of HIV Prevalence.* 5th German-Japanese AIDS symposium, 9.-12.5.2010, Tokyo.
24. **Jansen K.**, Plettenberg, A. *Klinischer Verlauf bei frühem und spätem Therapiebeginn in der Kohorte des Kompetenznetzes HIV/AIDS.* 13. Münchner AIDS-Tage, München, 5.-7.3.2010.
25. **Jansen K.** *Scientific networking, epidemiology, and prevention tasks in the field of HIV/AIDS: the German experience.* **Plenary lecture** at the 23rd Japanese AIDS conference, Nagoya, Japan, 26.-28.11.2009.
26. **Jansen K.**, Gilsdorf A., Steffan E., Hamouda O., Bremer V. *Epidemiology of STI in the Border Region Vienna/Austria: Results of the BORDERNET Sentinel Surveillance.* EACS 2009, Köln, 11.-14.11.2009. Best Poster lecture.
27. Brockmeyer N.H., Potthoff A., Skaletz Rorowski A., **Jansen K.**, for the Competence Network for HIV/AIDS. *Epidemiology of HIV in Europe.* 11th Congress of EADV 2009, Berlin, 7.-11.10.2009.
28. Nitschke H., Bremer V., **Jansen K.**, Steffan E. *Warum brauchen wir Indikatoren zu sexueller Gesundheit?* 58. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für sexuell übertragbare Erkrankungen, Bochum, 17.19.9.2009.
29. **Jansen K.**, Brockmeyer N.H., Dlugay V., Stoll M., Volkert R., Gözl J., Buhk T., Carganico A., Kreckel P., Müller M., Skaletz-Rorowski A., Mertens V., Michalik C., and the Competence Network for HIV/AIDS. *Clinical outcomes of HIV-positive patients (PLWHA) having different income status: Results of an analysis on basis of the KompNet cohort.* SÖDAK 2009, St. Gallen, 23.-26.6.2009.
30. **Jansen, K.** *Forschung am Patienten in Deutschland: Daten aus der nationalen HIV-Kohorte.* 45. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Dermatologie, 1.5.2009.
31. **Jansen K.** *Die nationale Patienten-Kohorte des Kompetenznetzes HIV/AIDS: aktuelle Datenlage.* 115. Kongress des Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, 18.4.2009.
32. **Jansen K.**: *STDs diesseits und jenseits der Grenzen – die BORDERNET Sentinel-Surveillance.* 57. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für sexuell übertragbare Erkrankungen, Hannover, 6.-8.12.2007.
33. **Jansen K.**, Gilsdorf A., Steffan E., Hamouda O., Bremer V.: *Sexually transmitted infections (STIs) in west-eastern EU border regions: results of the BORDERNET sentinel surveillance.* 3. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, Frankfurt/M., 27.-30.6.2007.

Poster (peer-reviewed)

1. **Jansen K.**, Brockmeyer N., Nitschke H., Schuhmacher M., Kuttner-May S., Skaletz A., Münstermann D., Lucht A., Kraminer-Hagedorn A., Hagedorn H.J. *Evaluation der Testgüte des Determine®-TP-Syphilis-Schnelltests unter Labor- und „real life“-Einsatzbedingungen in zwei Kölner Test-Einrichtungen.* Deutscher STI-Kongress 2014, Berlin, 19.-21.6.2014.
2. **Jansen K.**, Bremer V., von Räden U., Steffan E., Nitschke H. *Sexuelle Gesundheit in Deutschland – Indikatoren als Instrumente zum Beschreiben, Planen und Evaluieren. Ein Indikatoren-Katalog der Deutschen STI-Gesellschaft.* Deutscher STI-Kongress 2014, Berlin, 19.-21.6.2014.
3. Hauser A., Han O., Hofmann A., Meixenberger K., Somogyi S., Santos-Hoeverer C., Zimmermann R., Bartmeyer B., **Jansen K.**, Hamouda O., Bannert N., Kücherer C. *Performance of Multiassay Algorithm in Comparison with Two Serological Tests for Recent HIV-Infections.* 24th Annual Meeting of the Society for

Virology. Alpbach, 26.29.3.2014.

4. Bremer V., **Jansen K.**, Steffen G., Sarma N., Nielsen, S., Lucht A., Münstermann D., Tiemann C. *Low prevalence of genital infections with chlamydia trachomatis, gonorrhoea and trichomonas in clients of public HIV counselling institutions in North-Rhine-Westphalia, Germany: Preliminary results of the STI-HIT study.* European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ESCAIDE), Stockholm, 4.-7.11.2013.
5. **Jansen K.**, Scheufele R., Bock, C.T., Hoearau C., Kücherer C., Meixenberger K., Thamm M., Münstermann, D., Hagedorn, H.J., Gunsenheimer-Bartmeyer B., Hamouda O. *High prevalence of HBV-, HCV- and Syphilis-coinfections and low rate of effective HBV-vaccination in MSM with known date of HIV 1-seroconversion in Germany.* 14th European AIDS Conference, Brüssel, 16.-19.10.2013.
6. Meixenberger K., **Jansen K.**, Somogyi S., Scheufele R., Bartmeyer B., Dupke S., Schürmann D., Jessen H., Bannert N., Hamouda O., and Kücherer C., in behalf of the German HIV-1-Seroconverter Study Group. *In vivo persistence of transmitted drug-resistant HIV in patients with a known date of HIV-1 seroconversion.* 14th European AIDS Conference, Brüssel, 16.-19.10.2013.
7. **Jansen K.**, Bremer V., Steffen G., Sarma N., Münstermann D., Lucht A., Tiemann C. *Prevalence of genital infections with Chlamydia trachomatis (CT), Neisseria gonorrhoea (NG) and Trichomonas vaginalis (TV) in hard-to-reach sex workers in North Rhine-Westphalia, Germany: the STI-Outreach study.* STI & AIDS World Congress 2013, Wien, 14.-17.7.2013.
8. **Jansen K.**, Bremer V., von Rüden U., Steffan E., Nitschke H. *Sexual health in Germany – indicators as instrument to describe, plan and evaluate. The catalogue of indicators of the German STI Society.* STI & AIDS World Congress 2013, Wien, 14.-17.7.2013.
9. Bremer V., **Jansen K.**, Steffen G., Sarma N., Nielsen S., Lucht A., Münstermann D., Tiemann C. *Prevalence of and risk factors for genital infections with Chlamydia trachomatis (CT), Neisseria gonorrhoea (NG) and Trichomonas vaginalis (TV) in clients of public HIV counseling institutions in North Rhine-Westphalia, Germany: the STI-HIT study.* STI & AIDS World Congress 2013, Wien, 14.-17.7.2013.
10. Michalik C., **Jansen K.**, Haastert B., Dupke S., Esser S., Plettenberg A., Köppe S., Guignard A., Skaletz-Rorowski A., Brockmeyer N.H., and the Competence Network for HIV/AIDS. *Incidence and risk factors of Herpes zoster among HIV-positive patients in the cohort of the German Competence Network for HIV/AIDS (KompNet).* STI & AIDS World Congress 2013, Wien, 14.-17.7.2013.
11. **Jansen K.**, Scheufele R., Bock T., Gunsenheimer-Bartmeyer B., Hamouda O., Houareau C., Kücherer C., Thamm M., Meixenberger K. *High prevalence of Hepatitis B (HBV) coinfections, and low rate of effective HBV-vaccination in MSM with known date of HIV-1 seroconversion in Germany.* STI & AIDS World Congress 2013, Wien, 14.-17.7.2013.
12. Michalik C., **Jansen K.**, Haastert B., Dupke S., Esser S., Plettenberg A., Köppe S., Guignard A., Skaletz-Rorowski A., Brockmeyer N.H., and the Competence Network for HIV/AIDS. *A cohort study analysis: Incidence and risk factors of Herpes zoster among HIV-positive patients in the cohort of the German Competence Network for HIV/AIDS (KompNet).* Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, Innsbruck, 12.-15.6.2013.
13. Bremer V., **Jansen K.**, Steffen G., Sarma N., Nielsen S., Lucht A., Münstermann D., Tiemann C. *Prevalence of and risk factors for genital infections with Chlamydia trachomatis (CT), Neisseria gonorrhoea (NG) and Trichomonas vaginalis (TV) in clients of public HIV counseling institutions in North Rhine-Westphalia, Germany: the STI-HIT study.* Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, Innsbruck, 12.-15.6.2013.
14. Michalik C., **Jansen K.**, Haastert B., Dupke S., Esser S., Plettenberg A., Köppe S., Guignard A., Skaletz-Rorowski A., Brockmeyer N.H., and the Competence Network for HIV/AIDS. *A cohort study analysis: Incidence and risk factors of Herpes zoster among HIV-positive patients in the cohort of the German Competence Network for HIV/AIDS (KompNet).* Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, Innsbruck, 12.-15.6.2013.
15. **Jansen K.**, Bremer V., von Rüden U., Steffan E., Nitschke H. *Sexual health in Germany – indicators as instrument to describe, plan and evaluate. The catalogue of indicators of the German STI Society.* Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, Innsbruck, 12.-15.6.2013.
16. Michalik C., Sönnernborg A., **Jansen K.**, Svedhem-Johansson V., Harrer T., Thalme A., Eychenne, J.-L., Jiménez-Expósito M.J., and the Competence Network for HIV/AIDS. *ATV/r-based Regimens: Durable Virological Suppression and Good Tolerability as Switch Strategy from NNRTI-containing Regimens in a Real-life Cohort.* Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, Innsbruck, 12.-15.6.2013.

17. Kücherer C., Meixenberger K., **Jansen K.**, Somogyi S., Scheufele R., Bartmeyer B., Dupke S., Schürmann D., Jessen H., Bannert N., and Hamouda O., in behalf of the German HIV-1-Seroconverter Study Group. *In vivo persistence of transmitted drug-resistant HIV in patients with a known date of HIV-1 seroconversion.* Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, Innsbruck, 12.-15.6.2013.
18. Hauser, A., Kenfack Guepi, E., Santos-Hoeverer, C., Zimmermann, R., Meixenberger, K., Somogyi, S., Bartmeyer, B., **Jansen, K.**, Bannert, N., Kücherer C. *Evaluation of a manual avidity-assay using fourth-generation commercial enzyme immunoassay (EIA).* 22. Jahrestagung der Gesellschaft für Virologie, Essen, 14.-17.3.2013.
19. Michalik C, Sönnnerborg A, **Jansen K**, Svedhem-Johansson V, Harrer T, Thalme A, Eychenne JL, Jimenez-Exposito MJ, and the Competence Network for HIV/AIDS. *ATV/r-based regimens: durable virological suppression and good tolerability as switch strategy from NNRTI-containing regimens in a real-life cohort.* 11th International Congress on Drug Therapy in HIV Infection, Glasgow, 11.-15.11.2012.
20. Michalik C., Brockmeyer N.H., Skaletz-Rorowski A., Tossing G., Haastert B., Moll A., Dupke S., Mauss S., Manns M.P., Teuber G. **Jansen K.**, and the Competence Network for HIV/AIDS. *Comparison of characteristics and treatment outcomes of chronic Hepatitis C between HCV-mono-infected and HCV/HIV-coinfected patients under "real-life"-conditions: an analysis on basis of the German Essex-cohort and the cohort of the German Competence Network for HIV/AIDS (KompNet).* 110. Kongress der Deutschen STI-Gesellschaft. Berlin, 14.6.-16.6.2012.
21. Bachmann H. S., Siffert W., **Jansen K.**, Michalik C., Moll A., Dupke S., Köppe S., Harrer T., Rausch M., Brockmeyer N. H., Skaletz-Rorowski A., and the Competence Network for HIV/AIDS. *HCV-HIV-coinfected Patients of the Competence Network for HIV/AIDS Cohort: Impact of IL28B Polymorphisms on Sustained Virological Response.* 110. Kongress der Deutschen STI-Gesellschaft. Berlin, 14.6.-16.6.2012.
22. Somogyi S., Meixenberger K., Bartmeyer B., **Jansen K.**, Scheufele R., Bieniek B., Dupke S., Jessen H., Schürmann D., Hamouda O. and Kücherer C., on behalf of the German HIV-1-Seroconverter Study Group. *Increase of the prevalence of HIV-1 non-B subtypes in Germany - Results from the HIV-1 seroconverter study.* 10th European Meeting on HIV & Hepatitis Treatment Strategies & Antiviral Drug Resistance. Barcelona, 28.3-30.3.2012.
23. **Jansen K.**, Brockmeyer N.H., Tossing G., Haastert B., Moll A., Dupke S., Stoll M., Mauss S., Manns M.P., Teuber G., Michalik C., and the Competence Network for HIV/AIDS. *Characteristics and treatment outcomes of chronic Hepatitis C under "real-life"-conditions in Germany: a comparison between HCV-mono-infected and HCV/HIV-coinfected patients.* 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Rom, 17.7.-20.7.2011.
24. **Jansen K.**, Sönnnerborg A., Pugliese P., Biguenet S., Eychenne J.-L., Brockmeyer N.H., Michalik C., Dupke S., Jaeger H., Plettenberg A., Butcher D., Jiménez-Expósito M.J., and the Competence Network for HIV/AIDS. *Long-Term efficacy and safety of Atazanavir/ritonavir treatment in a real-life cohort of treatment experienced HIV patients.* 5. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, Hannover, 15.-18.6.2011.
25. **Jansen K.**, Potthoff A., Brockmeyer N.H., Dlugay V., Michalik C., Skaletz-Rorowski A., Plettenberg A., Jaeger H., Nisius G., Stephan C., Haberl A., and the Competence Network for HIV/AIDS. *"Real life" use of Atazanavir in women in Germany: baseline data of the ATASAFE study.* 5. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, Hannover, 15.-18.6.2011.
26. **Jansen K.**, Brockmeyer N.H., Tossing G., Haastert B., Moll A., Dupke S., Stoll M., Mauss S., Manns M.P., Teuber G., Michalik C., and the Competence Network for HIV/AIDS. *Characteristics and treatment outcomes of chronic Hepatitis C under "real-life"-conditions in Germany: a comparison between HCV-mono-infected and HCV/HIV-coinfected patients.* 5. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, Hannover, 15.-18.6.2011.
27. Krznaric I., Wienbreyer A., Zoufaly A, Kreckel P, Esser S, Harrer T, **Jansen K**, Michalik C, Hertling S., and the Competence Network for HIV/AIDS. *Sex matters: Retrospective data collection on the date of commencement of ART for HIV positive women and men in the German KompNet cohort (1991-2009).* 5. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, Hannover, 15.-18.6.2011.
28. Burruano L., Skaletz-Rorowski A., **Jansen K.**, Kruglov J., Brockmeyer N.H., and the German Competence Network for HIV/AIDS. *Gender issues in the spread of HIV/AIDS in the Ukraine and German-Ukrainian Research Collaboration.* 5. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, Hannover, 15.-18.6.2011.
29. Plettenberg A, Brockmeyer NH, Haastert B, Michalik C, Dupke S, Schewe K, Rausch M, Hower M, Ulmer A, Wolf E, Arendt G, **Jansen K**, and the Competence Network for HIV/AIDS. *Impact of timing HAART-*

- initiation on immune status and clinical course in the cohort of the German Competence Network for HIV/AIDS.* 5. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, Hannover, 15.-18.6.2011.
30. Bachmann H. S., Siffert W., Skaletz-Rorowski A., **Jansen K.**, Moll A., Dupke S., Köppe S., Harrer T., Rausch M., Brockmeyer N. H., and the Competence Network for HIV/AIDS. *Impact of IL28B Polymorphisms on Sustained Virological Response of HCV-HIV-coinfected Patients.* 18th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 27.2.-3.3.2011, Boston.
 31. **Jansen K.**, Michalik C., Dupke S., Esser S., Jaeger H., Köppe S., Moll A., Plettenberg A., Schmidt R. E., Skaletz-Rorowski A., Dlugay V., Brockmeyer N. H., and the Competence Network for HIV/AIDS. *State of the Art of Highly Activated Antiretroviral Therapy (HAART) in Germany: Current Prescribing Practices and Regional Differences.* 28. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft dermatologische Forschung, 17.-19.2.2011, Tübingen.
 32. Burruano L, **Jansen K.** *Gender and HIV/AIDS epidemic: recent trends among women in Ukraine.* The 5th International Congress on Gender Medicine. 30.11-3.12.2010, Tel-Aviv.
 33. **Jansen K.**, Sönnnerborg A., Pugliese P., Biguenet S., Eychenne J.-L., Brockmeyer N.H., Michalik C., Dupke S., Jaeger H., Plettenberg A., Butcher D., Jiménez-Expósito M.J., and the Competence Network for HIV/AIDS. *Long-Term efficacy and safety of Atazanavir/ritonavir treatment in a real-life cohort of treatment experienced HIV patients.* 10th International Congress on Drug Therapy in HIV Infection, 7.-11.11.2010, Glasgow.
 34. Plettenberg A, Brockmeyer NH, Haastert B, Michalik C, Dupke S, Schewe K, Rausch M, Hower M, Ulmer A, Wolf E, Arendt G, **Jansen K.**, and the Competence Network for HIV/AIDS. *Impact of timing HAART-initiation on immune status and clinical course in the cohort of the German Competence Network for HIV/AIDS.* 10th International Congress on Drug Therapy in HIV Infection, 7.-11.11.2010, Glasgow.
 35. Krznaric I, Wienbreyer A., Zoufaly A, Kreckel P, Esser S, Harrer T, **Jansen K.**, Michalik C, Hertling S. *Sex matters: Retrospective data collection on the date of commencement of ART for HIV positive women and men in the German KompNet cohort (1991-2009).* 10th International Congress on Drug Therapy in HIV Infection, 7.-11.11.2010, Glasgow.
 36. **Jansen K.**, Brockmeyer N.H., Dlugay V., Stoll M., Volkert R., Gözl J., Buhk T., Carganico A., Kreckel P., Müller M., Skaletz-Rorowski A., Mertens V., Michalik C., and the Competence Network for HIV/AIDS. *Higher probability of lower income in HIV-positive patients (PLWHA) having poorer clinical outcomes: results of an analysis on basis of the KompNet cohort.* 18th International AIDS Conference 2010, 18.-23.7.2010, Wien.
 37. Stanekova D, Wimmerova S, Habekova M., Ahmed Othman H, Osuska M., Osusky P, **Jansen K.**, Steffan E, Arzova Netzelmann, T., Mokras M., Cukasova A., Dianiska T., Bartl I, Hinst, J., Belovicova M., Holoman J., Kliment M. *BORDERNET: Surveillance of HIV and STI in the relationship to the risk behavior in region Bratislava.* 18th International AIDS Conference 2010, 18.-23.7.2010, Wien.
 38. **Jansen K.**, Gilsdorf A., Steffan E., Hamouda O., Bremer V.. *High Influence of Migration and Sex-Work on the Epidemiological Situation of STI in Vienna/Austria: Results of the BORDERNET Sentinel Surveillance.* 18th International AIDS Conference 2010, 18.-23.7.2010, Wien.
 39. Nachtnebel M, Haar K, **Jansen K.**, Bremer V, Steffan E, Hamouda O. *High rates of STIs in Romania and Bulgaria: first results from the BORDERNETwork project.* 18th International AIDS Conference 2010, 18.-23.7.2010, Wien.
 40. Plettenberg A, Brockmeyer NH, Haastert B, Michalik C, Dupke S, Schewe K, Rausch M, Hower M, Ulmer A, Wolf E, Arendt G, **Jansen K.**, and the Competence Network for HIV/AIDS. *Impact of timing HAART-initiation on immune status and clinical course in the cohort of the German Competence Network for HIV/AIDS.* 10. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin, 23.-26.6.2010, Köln.
 41. Krznaric I, Zoufaly A, Wienbreyer A, Esser S, Harrer T, Ulmer A, Schmidt R, Kreckel P, Michalik C, **Jansen K.**, Hertling S. *Retrospektive Analyse über den Zeitpunkt des Therapiebeginns und die Zusammenstellung der Therapieschemata bei HIV-positiven Frauen seit 1995.* 10. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin, 23.-26.6.2010, Köln.
 42. **Jansen K.**, Brockmeyer N.H., Dlugay V., Stoll M., Volkert R., Gözl J., Buhk T., Carganico A., Kreckel P., Müller M., Skaletz-Rorowski A., Mertens V., Michalik C., and the Competence Network for HIV/AIDS. *Worse clinical outcomes of HIV-positive patients (PLWHA) with lower income level -Results of an analysis on basis of the KompNet cohort.* 5th German-Japanese AIDS symposium, 9.-12.5.2010, Tokyo. **Best poster award.**

43. **Jansen K.**, Brockmeyer N.H., Baudewig M., Walli R., Haastert B., Freiwald M., Harrer T., Staszewski S., Kuhlmann B., Mosthaf F., Schmidt R.E., Scholten S., Skaletz-Rorowski A., Esser S., Michalik C., and the Competence Network for HIV/AIDS. *Impact of sex on concomitant diseases of HIV-positive persons (PLWHA) in Germany - A comparison on basis of the KompNet cohort.* 5th German-Japanese AIDS symposium, 9.-12.5.2010, Tokyo.
44. **Jansen K.**, Brockmeyer N.H., Baudewig M., Walli R., Haastert B., Freiwald M., Harrer T., Staszewski S., Kuhlmann B., Mosthaf F., Schmidt R.E., Scholten S., Skaletz-Rorowski A., Esser S., Michalik C., and the Competence Network for HIV/AIDS. *Concomitant diseases of HIV-positive persons (PLWHA) in Germany – a comparison between sexes on basis of the KompNet cohort.* EACS 2009, Köln, 11.-14.11.2009.
45. **Jansen K.**, Brockmeyer N.H., Dlugay V., Stoll M., Volkert R., Gözl J., Buhk T., Carganico A., Kreckel P., Müller M., Skaletz-Rorowski A., Mertens V., Michalik C., and the Competence Network for HIV/AIDS. *Poorer clinical outcomes of HIV-positive patients (PLWHA) having lower income: results of an analysis on basis of the KompNet cohort.* EACS 2009, Köln, 11.-14.11.2009.
46. **Jansen K.**, Gilsdorf A., Steffan E., Hamouda O., Bremer V. *Epidemiology of STI in the Border Region Vienna/Austria: Results of the BORDERNET Sentinel Surveillance.* EACS 2009, Köln, 11.-14.11.2009. Best Poster lecture.
47. **Jansen K.**, Gilsdorf A., Steffan E., Hamouda O., Bremer V. *Migration and sex-work of high impact for epidemiology of STI in Vienna/Austria: Results of the BORDERNET Sentinel Surveillance.* EACS 2009, Köln, 11.-14.11.2009.
48. **Jansen K.**, Brockmeyer N.H., Baudewig M., Walli R., Haastert B., Freiwald M., Harrer T., Staszewski S., Kuhlmann B., Mosthaf F., Schmidt R.E., Scholten S., Skaletz-Rorowski A., Esser S., Michalik C., and the Competence Network for HIV/AIDS. *Concomitant diseases of HIV-positive persons (PLWHA) in Germany – a comparison between sexes on basis of the KompNet cohort.* SÖDAK 2009, St. Gallen, 23.-26.6.2009.
49. Marcus U., Michalik C., Brockmeyer N.H., Dlugay V., Zeitz M., Lauenroth-Mai E., Hower M., Reuter S., Stellbrink H.J., Rieke A., Ulmer A., **Jansen K.**, and the Competence Network for HIV/AIDS. *Late and Early Presenters in the German KompNet Cohort – a comparison of sociodemographic variables.* SÖDAK 2009, St. Gallen, 23.-26.6.2009.
50. **Jansen K.**, Brockmeyer N.H., Haastert B., Baumgarten A., Stoehr A., Behrens G., Jaeger H., Hartl H., Mutz A., Skaletz-Rorowski A., Esser S., Michalik C., and the Competence Network for HIV/AIDS. *Do patients treated by outpatient clinics or by private practitioners face differing treatment characteristics and clinical outcomes in Germany?* SÖDAK 2009, St. Gallen, 23.-26.6.2009.
51. **Jansen K.**, Gilsdorf A., Steffan E., Hamouda O., Bremer V. *Epidemiological situation of STI in the Border Region Vienna/Austria: Results of the BORDERNET Sentinel Surveillance.* SÖDAK 2009, St. Gallen, 23.-26.6.2009.
52. **Jansen K.**, Gilsdorf A., Steffan E., Hamouda O., Bremer V. *High Influence of Migration and Sex-Work on the Epidemiological Situation of STI in Vienna/Austria: Results of the BORDERNET Sentinel Surveillance.* SÖDAK 2009, St. Gallen, 23.-26.6.2009.
53. Potthoff A., **Jansen K.**, Doerler M., Michalik C., Brockmeyer N.H., and the Network of Competence HIV/AIDS. *High risk of mamma carcinoma in HIV-infected men?* SÖDAK 2009, St. Gallen, 23.-26.6.2009.
54. Stoll M., Mertens V., Michalik C., **Jansen K.**, Brockmeyer N., Jäger H., Plettenberg A., Moll A., Dupke S., Köppe S., Schmidt R.E., und das Kompetenznetz HIV/AIDS. *Optimierung einer zielgerichteten, subsidiären Einzelfallhilfe durch die Deutsche AIDS-Stiftung (DAS) durch eine Vernetzung mit Daten aus dem Kompetenznetz HIV/AIDS.* SÖDAK 2009, St. Gallen, 23.-26.6.2009.
55. **Jansen, K.**, Michalik C., Haastert B., Jäger H., Plettenberg A., Moll A., Dupke S., Esser S., Köppe S., Schmidt R.E., Brockmeyer N.H., and the Competence Network for HIV/AIDS.: *Do different kinds of clinical care for HIV/AIDS influence composition of patient population, treatment characteristics and clinical outcomes in Germany? – Results of a comparison between patients treated in outpatient clinics and by private practitioners in Germany, using data of the German KompNet cohort.* 4th German-Japanese AIDS panel AIDS-Panel, Bochum, 23./24.3.2009.
56. **Jansen K.**, Gilsdorf A., Steffan E., Hamouda O., Bremer V.: *HIV and other Sexually Transmitted Infections (STI) in West-Eastern EU Border Regions: Data from the BORDERNET Sentinel-Surveillance.* 11th European AIDS Conference (EACS), Madrid, 24.-27.10.2007.

57. **Jansen K.**, Gilsdorf A., Steffan E., Hamouda O., Bremer V.: *The BORDERNET Sentinel-Surveillance: Establishing an International Reporting System for HIV and other Sexually Transmitted Infections (STI) in a Resource-limited Setting*. 11th European AIDS Conference (EACS), Madrid, 24.-27.10.2007.
58. **Jansen K.**, Gilsdorf A., Steffan E., Hamouda O., Bremer V.: *Sexually transmitted infections (STI) in west-eastern EU border regions. Results of the BORDERNET Sentinel-Surveillance*. European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ESCAIDE), Stockholm, 18.-20.10.2007.
59. **Jansen K.**, Gilsdorf A., Steffan E., Hamouda O., Bremer V.: *Sexually transmitted infections (STI) in west-eastern EU border regions Results of the BORDERNET Sentinel-Surveillance*. 17th ISSTD Meeting / 10th IUSTI World Congress, Seattle, 29.7.-1.8.2007.
60. **Jansen K.**, Gilsdorf A., Steffan E., Hamouda O., Bremer V.: *The BORDERNET Sentinel Surveillance: Experiences in building up an international reporting system for sexually transmitted infections (STI)*. 17th ISSTD Meeting / 10th IUSTI World Congress, Seattle, 29.7.-1.8.2007.
61. **Jansen K.**, Gilsdorf A., Steffan E., Hamouda O., Bremer V.: *The BORDERNET Sentinel Surveillance: Experiences in building up an international reporting system for sexually transmitted infections (STI)*. 3. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, Frankfurt/M., 27.-30.6.2007.
62. Gilsdorf A., **Jansen K.**, Steffan E., Hamouda O., Bremer V.: *Methods and first results of a new cross-border sentinel system for sexually transmitted infections*. 11th EPIET Scientific Seminar Menorca, 12.-14.10.2006.
63. **Jansen K.**, Kleiber D. *Stärkung interkultureller Kompetenz in der ärztlichen Versorgung HIV-positiver Migranten*. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress 2005, Wien.
64. **Jansen, K.**, Jeschke, K. *Die Bedeutung des Arzt-Patient-Verhältnisses im Rahmen einer HAART-Behandlung aus der Sicht von Menschen mit HIV und AIDS*. 8. Deutscher AIDS-Kongress 2001, Berlin.