

Familienplanungs- RUNDBRIEF

Ausgabe Dezember 2002 Nr. 4

Inhalt

| | |
|---|----|
| Einleitung | 3 |
| Keine Schwangerschaft ist illegal Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Versorgung von Patientinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus | 3 |
| IPPF-Nachrichten - Die Wirkung der Postkoitalverhütung | 11 |
| Forum: Brüste selbst untersuchen | 12 |
| Hinweise - Thema MigrantInnen | 13 |
| - Mirena | 15 |
| - Versagerrate bei oralen Kontrazeptiva im Zusammenhang mit dem Körpergewicht | 16 |
| - Protectaid®, Einmalschwämmchen zur Verhütung | 16 |
| - Keine Arztbriefe per Internet | 18 |
| - Erektile Dysfunktion | 18 |
| - Diskussionsvorlage Schwangerschafts- abbruch nach Pränataldiagnostik | 18 |
| Bericht der Arbeitsgruppe „Armut und Gesundheit“ zu „Migration und gesundheitliche Versorgung“ | 18 |
| Neuerscheinungen | 24 |
| Veranstaltungskalender | 25 |

Impressum: © 2002
Herausgeber: pro familia-Bundesverband
Redaktion Helga Seyler, Frauenärztin, Hamburg
Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main
Anschrift: pro familia-Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt am Main
E-Mail: rundbrief@profamilia.de
Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA).

Einleitung

Das letzte Heft im Jahr 2002 widmet sich in ausführlicher Weise dem Thema Migration/ illegaler Aufenthaltsstatus im Kontext der Möglichkeiten medizinischer Versorgung.

In Deutschland leben ca. 7,4 Millionen Migrantinnen und Migranten, das sind umgerechnet 9 Prozent der Bevölkerung. Die Schätzungen der Zahl von Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus gehen weit auseinander. Sie liegen zwischen 200.000 und einer Million.

Jessica Groß geht in ihrem Bericht auf die Definition und Ursachen von Illegalität ein. Sie beschreibt die Rechtsgrundlage einer medizinischen Versorgung von AsylbewerberInnen und Personen ohne Aufenthaltsstatus sowie die Probleme und Unsicherheiten, die sich in der Praxis ergeben. Neben dem Rechtsstatus der Hilfeleistenden zeigt sie mögliche Formen und Konzepte der Hilfeleistungen auf. Schwangerschaft und Geburt finden hierbei besondere Berücksichtigung.

Es finden sich Literaturangaben zum Thema sowie hilfreiche Adressen und unter Hinweisen weitere Materialien und Qualifikationsangebote. Zum Thema passt auch der sehr informative Bericht der vom Bundesministerium eingesetzten Arbeitsgruppe „Armut und Gesundheit“. Auszüge des Abschnitts „Migration und gesundheitliche Versorgung“ wurden in den Rundbrief aufgenommen.

Der Rundbrief folgt der üblichen Zusammensetzung. Neben den IPPF-Nachrichten finden sich unter FORUM Informationen zum Thema Selbstuntersuchung der Brust der pro familia Frankfurt. Unter Hinweisen finden sich weitere aktuelle Nachrichten. Wir freuen uns weiterhin über Anregungen und Informationen aus dem Verband und hoffen, die Themen stoßen auf Ihr Interesse.

Keine Schwangerschaft ist illegal -

Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Versorgung von Patientinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus

Jessica Groß¹

Im Zuge weltweiter Migrationsprozesse und einer immer restriktiver werdenden Ausländerpolitik leben in Deutschland zahlreiche Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Wenn AusländerInnen in dieser Situation schwanger oder krank werden tun sich viele Probleme auf. Sie haben keine Krankenversicherung und leben unter schwierigen Existenzbedingungen. Krankenhäuser, Arztpraxen oder Beratungseinrichtungen werden immer häufiger mit dieser Problematik konfrontiert und stehen vor zahlreichen Schwierigkeiten.

Illegalität

Wie viele Menschen in Deutschland ohne legalen Aufenthaltsstatus leben ist unklar. Alle Zahlen sind spekulativ. Im Bericht der „Süßmuth-Kommission“ wird von 200 000 bis zu einer Million Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland gesprochen (Bericht der unabhängigen Kommission Zuwanderung 2001). Berliner Wohlfahrtsverbände gehen von etwa 100 000 in der Stadt aus (Die Tageszeitung vom 26.7.2000).

Der Begriff „Illegale“ ist nicht geeignet, die Lebenssituation dieser Menschen zu beschreiben. Illegal impliziert, jemand habe sich eines Verbrechens schuldig gemacht und sei kriminell. Tatsächlich sind die Betroffenen jedoch aufgrund von restriktiven Auslegungen der Ausländergesetze „illegalisiert“ worden.

„Illegalisierte“ haben aus vielerlei Gründen keine gültigen Aufenthaltspapiere. Eine Ursache liegt in der seit Jahren stetig verschärften Ausländergesetzgebung und der seit 1993 dramatischen Einschränkung des Grundrechtes auf Asyl. Die meisten Flüchtlinge haben gar nicht erst

¹ Jessica Groß ist Frauenärztin, Mitbegründerin des Büros für medizinische Flüchtlingshilfe in Berlin, Mitarbeiterin in der AG Medizin des Flüchtlingsrat Berlin

die Chance eines Asylverfahrens. Weil sie aus einem sogenannten sicheren Drittstaat einreisen, wird ihr Asylantrag schon an der Grenze oder am Flughafen als offensichtlich unbegründet eingestuft und sie werden zurückgeschickt. Manche überqueren die grüne Grenze trotzdem ohne entdeckt zu werden.

Auch von den AsylbewerberInnen, die überhaupt die Chance auf ein Asylverfahren haben, werden die meisten abgelehnt. Viele tauchen in die Illegalität ab. In ihre Heimatländer können und wollen sie nicht zurückkehren, weil ihnen Gefahr für ihr Leben droht oder ihre Lebensgrundlage zerstört wurde. Ähnliches gilt für ausreisepflichtige Bürgerkriegsflüchtlinge (z.B. aus Bosnien oder dem Kosovo).

Es gibt aber auch viele andere Wege in die Illegalität. TouristInnen bleiben nach Ablauf ihres Visums, StudentInnen nach Ende ihres Studiums, Familienangehörige reisen ohne Nachzugsberechtigung ein. ArbeitsmigrantInnen kommen ohne Genehmigung für einen begrenzten Zeitraum. Frauen, die nach einer Trennung kein eigenes Aufenthaltsrecht haben, finden sich genauso in der Illegalität wieder wie Opfer von Zwangsprostitution und Menschenhandel. Viele andere leben in unsicheren Zwischensituationen, sie haben eine Duldung für einige Monate oder eine Grenzübertrittsbescheinigung, die sie verpflichtet innerhalb einer kurzen Frist auszureisen. Die Planung ihrer Zukunft wird ihnen so ganz unmöglich gemacht.

Die Unsicherheit und Unberechenbarkeit des Lebens stellt eine große Bürde dar, unter der viele leiden, die ohne oder mit unsicherem Aufenthaltsstatus hier leben (Brzank 2001). Aus Angst vor Entdeckung verhalten sie sich besonders unauffällig und angepasst. Oft wagen sie sich kaum noch in die Öffentlichkeit. Schon in der U-Bahn schwarz zufahren, könnte für sie die Entdeckung und damit die Abschiebung bedeuten. Sich ordentlich und gut zu kleiden, kann ein Schutz vor Kontrollen darstellen.

Reale Gefahren können von Phobien manchmal gar nicht klar getrennt werden. Nicht nur die Polizei sondern auch MitarbeiterInnen von Behörden oder Beratungseinrichtungen werden als Bedrohung wahrgenommen. Viele können dabei gar nicht einschätzen, wer ihnen als Vertreter der Staatsmacht oder als Angestellter einer unabhängigen Beratungseinrichtung gegenübertritt, d.h. wem sie vertrauen können und von wem sie eine Gefährdung ihrer Existenz befürchten müssen. Diese dauernde Bedrohungssituation kann Depressionen und andere psychische Störungen hervorrufen. Die psychische Belastung kann sich

auch in diffusen körperlichen Symptomen äußern. Darüber hinaus belasten die realen Lebensbedingungen, schlechten Wohnverhältnisse und gefährlichen Arbeitsbedingungen die Gesundheit.

Da der Zugang zu medizinischer Versorgung schwierig ist, wird oft erst bei starken Beschwerden medizinische Hilfe gesucht und es kommt oft zu chronischen Verläufen von Krankheiten. Wenn dann eine ambulante Therapie eingeleitet wird, ist es manchmal nicht möglich sie konsequent zu Ende zu führen. Wegen der langen Arbeitszeiten und wenig geregelter Freizeit, gegen die sich die Betroffenen ohne Papiere nicht zur Wehr setzen können, werden Folgetermine manchmal nicht eingehalten oder es fehlt Geld für notwendige Medikamente. Da sie sich nicht krank melden können und für sie der Erhalt ihres Arbeitsplatzes existentiell wichtig ist, verzögert sich oft die Behandlung.

Für ÄrztInnen oder MitarbeiterInnen von Beratungseinrichtungen erscheinen diese Menschen oft als unkooperativ oder unzuverlässig, wenn sie durch ihre Lebenssituation an der Einhaltung von Terminen oder der Befolgung von therapeutischen Anweisungen gehindert werden, sich aber nicht trauen, das anzusprechen.

Rechtsgrundlagen für die medizinische Versorgung

Zum grundsätzlichen Verständnis der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen müssen zunächst die Grundlagen der Sozialrechts in Abhängigkeit von der aufenthaltsrechtlichen Situation dargelegt werden.

Asylbewerberleistungsgesetz

Die (medizinische) Versorgung von Flüchtlingen² ist im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt.

Sie bekommen eine um mindestens 30 Prozent gekürzte Sozialhilfe, eine Versorgung mit Sachleistungen (z.B. Lebensmittelpakete oder Wertgutscheine) und werden in Sammelunterkünften untergebracht.

Die medizinischen Leistungen sind begrenzt auf die Behandlung von akuten oder schmerzhaften

²Flüchtlinge im Asylverfahren, Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtlinge, Flüchtlinge mit Bleiberecht aufgrund einer Altfallregelung oder einer Duldung aufgrund von Krankheit oder anderen Abschiebehindernissen und Ausländer die vollziehbar ausreisepflichtig sind

Erkrankungen³. Chronische Erkrankungen und Behinderungen werden nur behandelt, wenn akute Schmerzzustände hinzukommen. Neben medizinischen Leistungen sind auch "sonstige Leistungen"⁴ (Heil- und Hilfsmittel, Physiotherapie, Fahrtkosten, Dolmetscher) zu erbringen. Auch wenn Folgeerkrankungen, Verschlechterungen oder dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigungen drohen, werden Maßnahmen, die zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind, bezahlt. Eingeschränkt ist die Versorgung mit Zahnersatz. (Classen 2000, Classen 2002b, Flüchtlingsrat 2/2000, Flüchtlingsrat 3/2000, Groß 2000).

Probleme in der Umsetzung

In der praktischen Umsetzung kommt es häufig zu zusätzlichen, teilweise rechtswidrigen Einschränkungen: Für die ambulante Behandlung muss vom Sozialamt ein Krankenschein ausgestellt werden. Hier ist ein Spielraum für Willkür und Schikane gegeben. Es ist bereits vorgekommen, dass Angestellte der Sozialämter selbst entschieden haben, ob sie eine Behandlung für notwendig halten, und einen Krankenschein verweigert haben. Auch bei der Krankenhausbehandlung werden oft rechtswidrige Einschränkungen gemacht (nur "lebensnotwendige oder unaufschiebbare" Behandlung). Oft wird die Behandlung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, wie sie z.B. nach Folter vorkommen, verweigert. Heil- und Hilfsmittel wie Brillen oder orthopädische Prothesen und physikalische Therapie werden ebenfalls oft verweigert. Auch Behinderungen nach Folter oder Traumatisierungen (z.B. Kontrakturen nach Verbrennungen, Seh- und Hörstörungen, Fehlleistungen nach Knochenbrüchen) werden nach Erfahrungen der Behandlungszentren für Folteropfer oft nicht adäquat therapiert.

Fahrtkosten oder Dolmetscherdienste werden oft nicht, oder erst nach intensivem Insistieren übernommen. Um die Bewilligung dieser "sonstigen Leistungen" gibt es häufig Auseinandersetzungen.

Bei erwartungsgemäß kostenintensiven Behandlungen oder in strittigen Fällen muss die Amtsärztin eingeschaltet werden. Teilweise ohne ausführliche Untersuchung der PatientIn werden - von behandelnden ÄrztInnen für notwendig erachtete - Behandlungen abgelehnt, da die Krankheit "bei Einreise bereits vorhanden" oder "nach Ab-

schiebung im Heimatland behandelt" werden könne.

Im August 1998 wurden die Leistungen für einige Flüchtlinge weiter eingeschränkt: Flüchtlinge, die eingereist sind, um Leistungen zu erhalten oder die aus von ihnen zu vertretenden Gründen nicht abgeschoben werden können, erhalten Leistungen nur, "soweit dies im Einzelfall nach den Umständen unabweisbar geboten ist". Betroffen sind z.B. Menschen ohne Pass. Auch wenn sie andere Ausweispapiere vorlegen können wird ihnen oft vorgeworfen, sie würden ihre Identität verschleiern, um der Abschiebung zu entgehen. Auch die Definition „eingereist, um Leistungen zu erhalten“ bietet Spielraum für Willkürentscheidungen.

Die Umsetzung dieser erneuten Leistungseinschränkung wird in den Bundesländern unterschiedlich gehandhabt und reicht von einer Kürzung des Taschengeldes bis zum völligen Leistungsentzug. In Berlin sind vielen Familien sämtliche Leistungen, also auch Unterkunft und Essen, verweigert worden. Um diejenigen, die man nicht abschieben kann, zur Ausreise zu zwingen, sind sie also von Amts wegen obdachlos gemacht und ausgehungert worden. Auch wenn nur das Taschengeld gestrichen wird, bedeutet das, dass die Betroffenen über keinerlei Bargeld verfügen. Sie haben dann nicht einmal die Möglichkeit zu telefonieren oder öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen.

Medizinische Versorgung Illegalisierter

Völkerrechtlich ist Deutschland verpflichtet „allen in seinem Gebiet befindlichen Personen ohne Unterschied wie insbesondere der Rasse oder des sonstigen Status“ Zugang zu medizinischer Versorgung zu gewähren.⁵

Rechtlich gesehen haben auch Personen ohne regulären Aufenthaltsstatus („vollziehbar ausreisepflichtige Ausländer“) einen Anspruch auf Leistungen nach dem AsylbLG. Faktisch wird die Inanspruchnahme dieser Rechte jedoch durch die Gefahr der drohenden Abschiebung unmöglich gemacht. Die Einschaltung des Sozialamtes ist deshalb nur in Einzelfällen nach Abwägen der Risiken und nach sorgfältiger Beratung durch erfahrene Flüchtlingsberatungsstellen zu erwägen.

Bei Einreise mit einem **Touristenvisum** wird oft eine Einladung von einer Person verlangt, die sich zur Übernahme aller Kosten verpflichtet hat.

³ § 4 AsylbLG

⁴ § 6 AsylbLG

⁵ Artikel 12 Abs. 2 des UN Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte

Wenn dann keine ausreichende Reisekrankenversicherung besteht (diese deckt in der Regel nur die Kosten von akut neu aufgetretenen Erkrankungen), muss die einladende Person bis zur eigenen Sozialhilfebedürftigkeit für die Kosten aufkommen. Für manche Herkunftsländer sind solche Einladungen nicht erforderlich. Dann kann im Notfall eine Finanzierung der Behandlungskosten über das Sozialamt möglich sein. Beim Vorliegen von Tuberkulose und sexuell übertragbaren Krankheiten bieten die Gesundheitsämter Beratung und Untersuchung an. Wenn es keine anderen Möglichkeiten der Kostenübernahme gibt, müssen die Gesundheitsämter auch die Behandlungskosten übernehmen⁶. In besonderen Fällen kommt auch die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen in Frage, wenn ein Beschäftigungsverhältnis oder eine Krankenversicherung im Heimatland besteht (Sierck 2000). Bei Arbeitsunfällen können auch bei illegalen Beschäftigungsverhältnissen Ansprüche an die gesetzliche Unfallversicherung in Frage kommen (Polnischer Sozialrat 2000). Opfer von gewalttätigen Übergriffen haben Ansprüche nach dem Opferentschädigungsgesetz, auch wenn sie illegal hier sind (Classen 2000).

In anderen europäischen Ländern sind Modalitäten gefunden worden, die Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus die Gesundheitsversorgung ohne Angst vor Entdeckung und Abschiebung ermöglichen (Braun und Brzank 2000/2001). In Frankreich z.B. ist eine Institution des Gesundheitsministeriums mit der Finanzierung der medizinischen Versorgung von „sans papiers“ (franz.: ohne Papiere) betraut, die ihre Daten explizit nicht an das Innenministerium weitergibt.

Rechtliche Gefährdung der Hilfeleistenden

Nach § 76 Abs. 2 AuslG. sind öffentliche Stellen verpflichtet, die zuständige Ausländerbehörde zu unterrichten, wenn sie Kenntnis vom illegalen Aufenthalt eines Ausländers erlangen. Das gilt für Standesämter, Arbeitsämter, Sozialämter und Schulbehörden sowie Jugendämter, Gerichte und Hochschulzulassungsstellen (Renner zitiert nach Sierck 2000).

Nicht verpflichtet zur Datenweitergabe sind aus unterschiedlichen Gründen Beratungsstellen, ÄrztInnen oder Krankenhausverwaltungen, zum Beispiel wegen der ärztlichen Schweigepflicht, auf die sich auch die Krankenhausverwaltung berufen kann (Nitsche 2002).

Das Rechtsgutachten von R. Fondor befasst sich sehr ausführlich mit der Problematik der Informationsweitergabe an die Ausländerbehörden (Fondor 2001 S. 175-7)

Auch nach dem § 92a AuslG („Schlepperparagraph“)⁷ könnten HelferInnen kriminalisiert werden (Fondor 2001). Bisher ist jedoch kein Fall von Strafverfolgung von ÄrztInnen bekannt geworden (Nitsche 2002).

Denkbar wäre eher noch die Strafverfolgung der Büros für medizinische Flüchtlingshilfe die ihre „Beihilfe“ bewusst politisch propagieren. Auch ein solcher Fall ist nicht bekannt.

Ärztliche Ethik

Trotz zunehmenden wirtschaftlichen Drucks in Arztpraxen und Krankenhäusern sind Entscheidungen über die Behandlung illegalisierter AusländerInnen auch unter standesrechtlichen Aspekten zu treffen. Das „Genfer Gelöbnis“⁸ lautet: „Ich werde mich bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten meinen Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder sozialer Stellung“. In der Berufsordnung der Bundesärztekammer ist festgelegt „Der Arzt übt seinen Beruf nach den Geboten der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann“⁹. Auch gegenüber Verwaltungen kann es sinnvoll sein, daran zu erinnern, dass die Entscheidung über die Behandlung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus zunächst immer eine medizinische sein muss. Aus gutem Grund ist diese ärztliche Perspektive auch standesrechtlich fixiert.

Zur Problematik der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen wurde auf der 50. Generalversammlung des Weltärztebundes 10/1998 in Ottawa explizit beschlossen, dass „Ärzte die Pflicht ha-

⁷ Gemäß § 92a AuslG („Schlepperparagraph“), wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer einen anderen zu der in § 92 (illegaler Aufenthalt) bezeichneten Handlungen anstiftet oder ihm dazu Hilfe leistet und dafür einen Vermögensvorteil erhält oder wiederholt und zugunsten mehrerer handelt.

⁸ Genfer Gelöbnis – in Anlehnung an den Hippokratischen Eid vom Weltärztebund 1948 beschlossene Neufassung der ärztlichen Berufspflichten.

⁹ § 1 Abs. 2

⁶ § 19 Infektionsschutzgesetz

ben, einem Patienten unabhängig von seinem Status die notwendige Versorgung zukommen zu lassen und Regierungen dürfen weder das Recht des Patienten auf medizinische Behandlung, noch die Pflicht des Arztes zu helfen einschränken“.

Hilfsmöglichkeiten

Soweit es möglich ist, sollte eine Behandlung ambulant durchgeführt werden, da hierbei der Kontakt mit Behörden leichter vermieden werden kann als wenn Krankenhausverwaltungen involviert sind. Auch bei notwendigen Operationen sollte die Möglichkeit eines Eingriffs in Tageskliniken abgeklärt werden (siehe Büros für medizinische Flüchtlingshilfe).

Ist eine Krankenhausbehandlung unumgänglich, wird bei einer akut behandlungsbedürftigen Situation auch bei einer PatientIn ohne legalen Aufenthaltsstatus in der Regel zunächst die Gesundheitsversorgung erfolgen. Dann taucht jedoch sofort die Frage der Kostenübernahme auf. Im schlimmsten Fall wird bei fehlender Kostenübernahme nur die Notfallversorgung oder sogar die Information der Polizei erfolgen. Im besten Fall machen sich Angestellte des Sozialdienstes und der Verwaltung Gedanken über Abrechnungsmöglichkeiten.

Da auch Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus Anspruch auf Leistungen nach dem AsylbLG haben, können sich die Krankenhausverwaltung und andere Einrichtungen, die Notfallhilfe leisten, an das Sozialamt wenden. In diesen Fällen sollte jedoch immer die mögliche Gefährdung für die PatientInnen durch Weitergabe der Daten an die Ausländerbehörde bedacht werden (vgl. oben § 72 AuslG).

Der Erstattungsanspruch des Krankenhauses nach § 121 BSHG sollte umgehend beim Sozialamt geltend gemacht werden, zudem ist empfehlenswert, dass die Kranke selbst bald möglichst mit Hilfe des Sozialdienstes Sozialhilfe beantragt.

Strittig ist manchmal, welches Sozialamt die Leistungen übernehmen muss. Bei Menschen mit Residenzpflicht¹⁰ ist das Sozialamt des zugewiesenen Aufenthaltsortes zuständig, sonst das des tatsächlichen Aufenthaltsortes. Im Zweifelsfall ist

zu empfehlen, Anträge bei allen in Frage kommenden Ämtern zu stellen (Classen 2002b).

Meistens verfügen MitarbeiterInnen des Sozialdienstes oder Verwaltungsangestellte nicht über spezialisierte Kenntnisse im Sozialrecht und Ausländerrecht. Es ist aber sinnvoll, grundsätzlich über die verschiedenen Abrechnungsmöglichkeiten Bescheid zu wissen, um sich dann gezielt an sozialrechtlich spezialisierte JuristInnen, erfahrene Beratungsstellen oder andere SozialrechtsexpertInnen zu wenden (vgl. Adressbuch Beratungsstellen 2003/2004 und Kontaktadressen im Anhang).

Falls die Abrechnung nach BSHG oder AsylbLG wegen der drohenden Meldung an die Ausländerbehörde (vgl. „Denunziationsparagraph“) vermieden werden soll, müssen Absprachen mit den Krankenhäusern über eine (reduzierte) Rechnung als SelbstzahlerInnen angestrebt werden. Wenn eine Abrechnung als SelbstzahlerIn erfolgt, ist darauf zu achten, dass diese nicht wie bei PrivatpatientInnen den vielfachen Satz nach GOÄ enthält. In der Argumentation mit der Verwaltung kann bei reduzierten Sätzen darauf verwiesen werden, dass SelbstzahlerInnen außerhalb des Budgets abgerechnet werden. Das heißt, die bei den KassenpatientInnen übliche „Deckelung“ der Kosten entfällt. Faktisch fallen Unterbringungs- und Behandlungskosten einiger weniger nicht versicherter PatientInnen auch in einem kleinen oder mittleren Krankenhaus wenig ins Gewicht. Meist bestehen die Ängste der Verwaltung darin, das Krankenhaus könne für die Behandlung illegalisierter bekannt und daher zum Anziehungspunkt werden. Wenn sich jedoch viele Krankenhäuser bereit erklären, in Einzelfällen PatientInnen ohne Aufenthaltsstatus zu behandeln, würden sich die wirtschaftlichen Lasten verteilen.

In konfessionellen Häusern kann mit gutem Recht auch an den durch Kirchenvertreter formulierten christlichen Auftrag erinnert werden: „Jeder Ausländer muss unabhängig von seinem Aufenthaltsstatus und seiner finanziellen Leistungsfähigkeit Zugang zu den erforderlichen medizinischen Leistungen des Staates erhalten. Es ist zu gewährleisten, dass Ausländer ohne Aufenthaltsrecht und Duldung nicht befürchten müssen, vom Personal der medizinischen Einrichtung angezeigt zu werden“ (Kardinal Sterzinsky 2001, S. 13).

Trotzdem muss auch in kirchlichen Häusern damit gerechnet werden, dass Aufnahmeeinrichtungen oder Verwaltungsangestellte ohne Widerspruch der ÄrztInnen die Polizei informieren, wenn AusländerInnen mit unklarem Aufenthalts-

¹⁰ Zuweisung eines bestimmten Wohnortes nach dem Ausländer- oder Asylrecht. Die Person darf dann die Kommune bzw. den Landkreis nicht verlassen und hat nur dort Anspruch auf Leistungen vom Sozialamt

status in die Notaufnahme kommen (vgl. Groß 2002). In einzelnen Fällen wurde vor der Erstversorgung die Unterschrift unter eine Kostenübernahmeerklärung verlangt.

Adressen von ambulanten oder stationären Einrichtungen, in denen AusländerInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus sicher behandelt werden, können bei Flüchtlingsberatungsstellen oder den Büros für medizinische Flüchtlingshilfe erfragt werden.

Büro für medizinische Flüchtlingshilfe

In vielen Großstädten existieren sog. Büros für medizinische Flüchtlingshilfe, die versuchen ehrenamtlich Hilfe zu leisten (bundesweite Adressen unter: http://www.aktivgegenabschiebung.de/links_medizin.html). In einigen Bundesländern werden diese Büros -zumindest teilweise- auch von den Ärztekammern unterstützt (Bühning 2001). Um deren Arbeitsweise und Funktion zu erläutern wird exemplarisch das Berliner Büro vorgestellt (vgl. Groß 2002).

Seit 1996 hat das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe in Berlin gut 4000 Menschen betreut, die ohne Aufenthaltsstatus in Berlin leben und daher keinen Zugang zu regulären Gesundheitsleistungen haben. Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe leistet dabei selbst keine medizinische Hilfe, die MitarbeiterInnen verstehen sich als Vermittler. Sie erfragen die Beschwerden der Ratsuchenden und vermitteln sie an eine geeignete Fachpraxis. Dazu gehören ÄrztInnen, Hebammen, KrankengymnastInnen, HeilpraktikerInnen und andere medizinische Einrichtungen.

Die Arbeit des Büros wird von MedizinstudentInnen, ÄrztInnen, PsychologInnen, PflegerInnen und Menschen aus anderen Berufsgruppen getragen.

Vor sechs Jahren wurde das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe mit dem Ziel gegründet, der rassistischen Ausgrenzung von Flüchtlingen aus der Sozialgesetzgebung und der regulären Gesundheitsversorgung ein praktisches Projekt und eine politische Initiative entgegenzusetzen. Die MitarbeiterInnen des Büros arbeiten ehrenamtlich und verstehen sich explizit nicht als Lückenbüsser im Gesundheitswesen. Vielmehr wollen sie mit ihrer Arbeit deutlich machen, dass die Ausgrenzung von Menschen aufgrund ihres Aufenthaltsstatus aus grundlegenden Menschenrechten wie der Gesundheitsversorgung, nicht hinnehmbar

ist. Das langfristige Ziel ist die Integration aller Patienten und Patientinnen in das reguläre Gesundheitssystem unter Wahrung der üblichen medizinischen Standards.

Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe ist zweimal wöchentlich geöffnet. Es sind in der Regel ein Mann und eine Frau anwesend, eine Person hat medizinische Grundkenntnisse. Die ÄrztInnen, die mit dem Büro zusammenarbeiten, behandeln die Flüchtlinge kostenlos und verzichten auf die Identifikation der Betroffenen. Im Bedarfsfall vermittelt das Büro DolmetscherInnen, die die PatientInnen in die Praxis begleiten. Sind weitere Diagnostik, Medikamente, die nicht in der Praxis vorrätig sind, oder medizinische Hilfsmittel, wie zum Beispiel Brillen notwendig, versucht das Büro dies zu organisieren. Hierfür bestehen Kontakte zu kooperierenden Einrichtungen, die bestimmte Leistungen zum Selbstkostenpreis anbieten. Das Büro erstattet keine Rechnungen.

Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe finanziert sich ausschließlich aus Spenden und arbeitet meist am Rande seiner finanziellen Möglichkeiten.

Inzwischen betreut das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe pro Monat rund 100 PatientInnen aus unterschiedlichen Herkunftsländern. Einen Schwerpunkt bilden Menschen aus Lateinamerika und Osteuropa. Darunter sind Frauen und Männer aller Altersklassen sowie Kinder. Die Hilfesuchenden kommen mit dem unterschiedlichsten Behandlungsbedarf wie z.B. einfachen Erkältungskrankheiten genauso wie mit Schwangerschaften und Geburten, Sehstörungen, schweren Infektionserkrankungen, Schwerhörigkeit, bösartigen Tumoren, chronischen Gelenkproblemen, psychischen Problemen oder komplizierten Frakturen.

Legalisierung?

Wenn illegalisierte AusländerInnen ernsthaft erkrankt sind, besteht die Möglichkeit einer Legalisierung aufgrund der Erkrankung. Damit kann nicht nur eine (zumindest momentane) Rechtssicherheit für die statuslosen PatientInnen, sondern meist auch eine Übernahme der Behandlungskosten durch das Sozialamt erreicht werden.

Nach gültigem Ausländerrecht gibt es prinzipiell zwei Wege, bei Krankheit einen Aufenthaltstitel zu erlangen.

Wenn die Betroffenen so schwer erkrankt sind, dass eine stationäre Behandlung erforderlich ist, sind sie meist auch nicht reisefähig. Dann liegt

ein Duldungsgrund¹¹ vor, da eine Abschiebung aus „tatsächlichen Gründen“ nicht möglich ist. Die Duldung bezieht sich jedoch nur auf die Zeit der Reiseunfähigkeit. In manchen Fällen haben Ausländerbehörden auch versucht durch medizinische Fachbegleitung eine Abschiebung zu ermöglichen.

Wenn zwar Reisefähigkeit besteht, aber die Krankheit behandelt werden muss und ohne Behandlung eine ernste Gesundheitsgefährdung zu befürchten ist, dann liegt ein Abschiebehindernis¹² vor, da „Gefahr für Leib und Leben“ besteht. Um auf diesem Wege ein Aufenthaltstitel zu erlangen, muss auch detailliert begründet werden, dass die Erkrankung nicht im Heimatland behandelt werden kann. Dabei sollten neben Informationen über das Gesundheitssystem im Herkunftsland auch soziale Belange in die Argumentation einbezogen werden. Denn wenn eine PatientIn die zwar mögliche Behandlung im Heimatland nicht bezahlen kann, ist sie faktisch unerreichbar. Ärztliche Atteste sollten grundsätzlich folgende Angaben enthalten: Diagnose, Darlegung der dringenden medizinischen Behandlungsnotwendigkeit, Darlegung der Folgen bei Unterbleiben der Behandlung und die gesundheitlichen Folgen einer Abschiebung.

Informationen über das Gesundheitssystem in verschiedenen Herkunftsländern können über internationale Organisationen wie amnesty international oder medico international in Erfahrung gebracht werden.

Meist erweist es sich als recht aufwendig, aufgrund einer Krankheit einen Aufenthaltstitel zu erwirken. ÄrztInnen oder medizinische Einrichtungen sollten dabei in jedem Fall mit einer erfahrenen Flüchtlingsberatungsstelle oder einer/m in Ausländerrecht spezialisierter/m AnwältIn zusammenarbeiten.

Falls kein Aufenthaltsstatus erlangt werden kann/oder nur ein kurzes Aussetzen der Abschiebung möglich ist, droht den Betroffenen die Abschiebehaft und die zwangsweise Rückführung. Daher sollte der Antrag bei der Ausländerbehörde sehr genau mit den Betroffenen besprochen werden. Keinesfalls ist es sinnvoll, nur zur kurzfristigen Kostendeckung die Ausländerbehörde einzuschalten, ohne die Konsequenzen gemeinsam mit den Flüchtlingen zu durchdenken. Denn die Folgen eines „Auftauchens“ mit Namen und Adresse bei der Ausländerbehörde müssen die Betroffenen tragen. Erfahrene Flücht-

lingsberatungsstellen können meist die Erfolgsaussichten eines Antrages abschätzen oder andere Möglichkeiten der Aufenthaltssicherung erwägen. Ein Kontakt zur Beratungsstelle lohnt sich daher in jedem Fall.

Schwangerschaft und Geburt

Ein weiteres schwieriges Problem ist die Betreuung bei Schwangerschaft und Geburt. Während der Mutterschutzfrist, d.h. sechs Wochen vor bis acht Wochen nach der Geburt, kann aufgrund von faktischen Abschiebehindernissen eine Duldung erteilt werden. Wenn die Frauen sich allerdings durch einen Antrag auf Duldung der Ausländerbehörde offenbaren, ist ihr Schicksal nach Ablauf der Schutzfrist unsicher. Ihre Adresse ist nun bekannt, sie müssen ihr bisheriges Lebensumfeld verlassen und eine andere Unterkunft suchen. Dass eine Duldung während der Mutterschutzfrist nicht in jedem Fall gewährt wird, zeigt folgendes Beispiel: Im Dezember 2000 ist eine alleinerziehende Albanerin mit ihren drei Kindern, darunter ein fünf Wochen alter Säugling, in den Kosovo abgeschoben worden, obwohl es aufgrund der winterlichen Wetterverhältnisse mit Glatteis keine Verkehrsverbindung zwischen dem Flughafen und der Stadt Pristina gab und die Mutter dort keine Unterkunft hatte.

Für die meisten Schwangeren ohne sicheren Aufenthaltsstatus ist normale Schwangerenvorsorge gar nicht möglich. Medizinische Risiken und Gefahrensituationen für Mutter und Kind können daher nicht diagnostiziert und behandelt werden. Aufgrund der psychosozialen Belastung durch die Unsicherheit, die Angst vor Abschiebung und die materiell schwierige Lebenssituation sind Schwangerschaften in der Illegalität als Risikoschwangerschaften anzusehen und bedürfen einer besonders sorgfältigen Betreuung durch ÄrztInnen und Hebammen.

Erhebliche Probleme bereitet im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt die Ausstellung einer Geburtsurkunde. Erstens prüfen die Standesämter den Aufenthaltsstatus nach und könnten sofort die Polizei informieren. Dann endet das Abholen der Geburtsurkunde im schlimmsten Fall im Abschiebegefängnis. Zweitens erfolgt routinemäßig die Weitergabe der Daten an das Einwohnermeldeamt, was wiederum eine Verfolgung nach sich zieht. Das Leben ohne Geburtsurkunde ist jedoch nicht nur ein dauerndes Handicap für das Kind. Falls Mutter und Kind aufgegriffen werden, kann es auch zu deren Trennung führen, da die Mutter nicht beweisen kann, dass es sich wirklich um ihr Kind handelt (Groß 2002).

¹¹ § 55 Abs. 2 AuslG

¹² § 53 Abs. 6 AuslG

Vor diesem Hintergrund ist die Möglichkeit einer auch vorübergehenden Legalisierung aufgrund der Schwangerschaft besonders zu bedenken. Wenn von ärztlicher Seite eine Risikoschwangerschaft bescheinigt werden kann, ist eine Legalisierung auch schon vor der gesetzlichen Mutterschutzfrist möglich.

Wenn Frauen, die Leistungen nach dem AsylbLG beziehen, schwanger werden, stehen ihnen alle üblichen Leistungen analog der gesetzlichen Krankenversicherung zu, lediglich das Mutterschaftsgeld bzw. die einmalige Entbindungspauschale kann nicht beansprucht werden. Hilfen der Stiftung Mutter und Kind dürfen nicht als Einkommen auf Leistungen nach dem AsylbLG oder nach BSHG angerechnet werden. In einigen Bundesländern (Bayern, Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Berlin) wurde jedoch beschlossen, dass schwangere Frauen, die Leistungen nach dem AsylbLG oder BSHG beziehen aus der Unterstützung durch die Stiftung herausgenommen werden. Anträge auf Hilfen der Stiftung Mutter und Kind können nicht direkt, sondern nur über „Anlaufstellen“, z.B. den Sozialberatungsstellen der Wohlfahrtsverbände, gestellt werden (Classen 2000).

Im Falle eines Schwangerschaftsabbruches haben Leistungsberechtigte nach AsylbLG grundsätzlich Anspruch auf Leistungen gemäß des Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen (Classen 2000).

Literatur:

Adressbuch Beratungsstellen 2003/2004, Hrsg.: von Loeper Literaturverlag (Ariadne Buchdienst, Kiefernweg 13, 76149 Karlsruhe), Bestellnummer: 0-493 (mit CD-ROM: 0-494)

Braun, T. und Brzank, P. (2000/2001): Medizinische Versorgung illegalisierter MigrantInnen – ein europäischer Vergleich. Hausarbeit Public Health – Gesundheitspolitik – WS 2000/2001, Berlin

Brzank, P., Groß, J., Stahl, E. (2001): Ungeklärter Aufenthalt und psychosoziale Belastung. Vortrag auf dem 7. bundesweiten Kongress Armut und Gesundheit am 30.11.2001 in Berlin

Bericht der unabhängigen Kommission Zuwanderung (2001). Download: www.bmi.bund.de/dokumente/Artikel/ix-469888.htm?

Bühning, Petra (2001): Menschenrechte - Das Problem wird einfach ausgeblendet. Deutsches Ärzteblatt, Jg.98, Heft 9, S. 428-429

Classen, G. (2002): Stellungnahme zu den sozialrechtlichen Regelungen des Zuwanderungsgesetzesentwurfes. Download: www.fluechtlingsrat-berlin.de unter Gesetzgebung

Classen, G. (2002a): Thesen zum Zuwanderungsgesetz. In: Flüchtlingsrat Niedersachsen. Download: www.nds-fluerat.org/rundbr/ru8586/zuThese.htm

Classen, G. (2000): Menschenwürde mit Rabatt. 2. Aufl., Von Loeper Literaturverlag, Karlsruhe

Classen, G. (2002b): Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Download: www.fluechtlingsrat-berlin.de unter Gesetzgebung

Flüchtlingsrat – Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen (2/2000): Dokumentation – Anhörung zum Asylbewerberleistungsgesetz in Niedersachsen

Flüchtlingsrat – Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen (3/2000): Geteilte Medizin

Fodor, R. (2001): Rechtsgutachten zum Problemkomplex des Aufenthaltes von ausländischen Staatsangehörigen ohne Aufenthaltsrecht und ohne Duldung in Deutschland. In: Alt, J., Fodor, R.: Rechtlos? Menschen ohne Papiere, S. 125-218. Von Loeper Literaturverlag, Karlsruhe

Groß, J. (2000): Zur Situation behinderter Flüchtlinge. In: Dokumentation „Flucht und Behinderung“ Konferenz am 8. September 2000 in der Deutschen Blindenstudienanstalt in Marburg im Rahmen des EU-Projektes „SIREN – Disabled Refugees Network“, S. 7-12

Groß, J. (2002): Illegal – Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. In: Berliner Ärzte 2/2002, S. 12-16

Kardinal Sterzinsky, G. (2001): Der Schutz der Menschenwürde ist Verpflichtung aller staatlicher Gewalt „Leben in der Illegalität – eine humanitäre und pastorale Herausforderung“. Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung „Menschen – Kirchen – Illegal“ des Seminars für Katholische Theologie der Freien Universität Berlin 14. Mai 2001

Nitsche, B. (2002): Rechtsprobleme bei der Behandlung „Illegaler“. In: Berliner Ärzte 2/2002 S. 18-20

Polnischer Sozialrat (2000): Gesetzlicher Unfallversicherungsschutz für Haushaltshilfen – auch für illegal Beschäftigte, Berlin, Bezug vgl. Kontaktadresse unten

Pro Asyl (2002): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthaltes und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern (Zuwanderungsgesetz – BT Drucksache 14/7387 -). Download: www.fluechtlingsrat-berlin.de unter Gesetzgebung

Sierck, G. (2000): Krankenhilfe für Ausländer ohne Aufenthaltsgenehmigung. Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages Reg.-Nr. WF VI – 71/00.

Nützliche (Internet)-Adressen:

Bundesweite Liste der Büros für medizinische Flüchtlingshilfe:
http://www.aktivgegenabschiebung.de/links_medizin.html

Berliner Flüchtlingsrat: <http://www.fluechtlingsrat-berlin.de>
Dort jeden Donnerstag 15-18 Uhr Beratung für Berater durch den Sozialrechtsexperten Georg Classen, Tel.: 030/24344-5762

Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin:
<http://www.ffm-berlin.de/deutsch/medibuero/>
„kein mensch ist illegal“:
<http://www.contrast.org/borders>
Bundesweite Kampagne eines politischen Netzwerkes antirassistischer Gruppen

PICUM: <http://www.picum.org>
platform international for cooperation for undocumented migrants, europäisches Netzwerk, dass sich mit den Problem von Migranten und Migrantinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus befasst

Pro Asyl: <http://www.proasyl.de>
Man kann einen monatlichen Newsletter subscribieren, der sehr informativ ist.
Über die bundesweite Organisation Pro Asyl können die Adressen der Landesflüchtlingsräte erfragt werden, die wiederum Auskunft über Flüchtlingsberatungsstellen vor Ort geben

Behandlungszentrum für Folteropfer
Spandauer Damm 130 14050 Berlin-Charlottenburg
Tel. 30 39 06 -0, Fax 30 61 43 71
e-mail: mail@bzfo.de
<http://www.bzfo.de>

XENION e.V.
Psychosoziale Hilfen, Roscherstr. 2a, 10629 Berlin-Charlottenburg
Tel. 323 29 33, Fax 324 85 75
e-mail: xenion@bln.netdiscounter.de

Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer - Adressen bundesweit -
http://www.aktivgegenabschiebung.de/links_psychosozial.html

Informationen über das Thema traumatisierte Flüchtlinge:
<http://www.aktivgegenabschiebung.de/traumatext.html>

Polnischer Sozialrat e.V.
Oranienstr. 34
10999 Berlin
Tel.: 030/ 6151717
e-mail: polskarada@t-online.de

IPPF-Nachrichten

Die Wirkung der Postkoitalverhütung

Der IPPF Medical Bulletin vom 6. Dezember 2002 beschäftigt sich mit der Wirkungsweise der postkoitalen Verhütung (engl. emergency contraception, im folgenden EC genannt). Nach Einschätzung der IPPF ist dies immer noch Gegenstand hitziger Debatten in zahlreichen Ländern. Die zentrale Frage hierbei ist, zu welchem Zeitpunkt im Menstruationszyklus die EC Schwangerschaften verhindert. Genau genommen geht es darum, ob sie auch nach abgeschlossener Befruchtung wirkt, da dieser Zeitpunkt für viele Menschen den Beginn des menschlichen Lebens darstellt.

Wann kann EC wirken?

Die „fertilen“ Tage im Menstruationszyklus sind der Tag des Eisprungs sowie die 5 vorausgehenden Tage. Nach IPPF.-Recherchen liegt die Erfolgsquote einer Befruchtungen beim Menschen bei optimalen Voraussetzungen bei ca. 50 Prozent. Eine plausible Schlussfolgerung daraus ist, dass schon kleine Veränderungen die Wahrscheinlichkeit der Befruchtung stark reduzieren können. Dass hormonale Postkoitalverhütung vor der Befruchtung Einfluss nimmt, ist experimentell gesichert, aber zu welchem Zeitpunkt Frauen die EC einnehmen ist in der Regel nicht bekannt. Für die Situation, dass sie nach der Befruchtung eingenommen wird, bleiben zwei Möglichkeiten: Die hormonale EC bleibt wirkungslos oder die Einnahme verhindert die Schwangerschaft, in welchem Fall sie nach der Befruchtung wirken müsste. Aus ethischen und logistischen Gründen sind Studien, die die Frauen in prä- und postovulatorische Einnahmegruppen unterteilen, nicht möglich. Es gibt bisher keine direkten Beweise für oder gegen die Hypothese der Wirkung von EC nach Befruchtung.

Wirkung auf Fortbewegung und Funktion der Spermatozoen

Die Gabe von 400 µg Levonorgestrel (LNG) 3-10 Stunden nach Geschlechtsverkehr beeinflusst die Spermienfortbewegung (Migration) 3-9 Stunden nach Behandlung. Es reduziert die Spermienzahl im Uterus, erhöht den pH-Wert im Uterusmilieu (dies führt zur Unbeweglichkeit der Spermien) und erhöht die Viskosität des Zervixschleims. Obwohl die Dosierung in der Untersuchung weit unter der Dosierung bei Gabe zur postkoitalen

Verhütung bleibt, sind die Ergebnisse relevant für die Wirkung des LNG als Postkoitalkontrazeptivum. Studien für das Yuzpe-Vorgehen (Gabe einer Östrogen-Gestagen Kombination) liegen nicht vor. Neuere Studien zeigen zwei Phasen der Spermienmigration. In der ersten gelangen die Spermien einige Minuten nach Insemination, unterstützt durch Kontraktionen des Genitaltraktes, in die Eileiter. In der zweiten Phase gelangen Spermien nach Verweilen von unterschiedlicher Dauer in den Krypten des Gebärmutterhalses nach und nach zu den Eileitern. Nur die Spermien der Phase 2 besitzen die Fähigkeit zur Befruchtung.

Längerer Aufenthalt in den Eileitern führt zu Veränderungen der Spermien, die die Befruchtungsfähigkeit herabsetzen bzw. aufheben. Aus diesem Grund ist es für die Befruchtungsfähigkeit essentiell, dass nach und nach immer neue Spermien aus dem Gebärmutterhalsbereich aufsteigen. Durch die LNG-Einnahme können Frauen auf diese Prozesse durch die beschriebene Wirkung von LNG Einfluss nehmen.

Einfluss auf die Ovulation

Experimentell wurde auch der Einfluss der hormonalen EC auf den Ovulationsvorgang untersucht. Alle Untersuchungsgruppen fanden neben keinen messbaren Veränderungen der untersuchten Parameter auch eine teilweise oder vollständige Unterdrückung oder Verschiebung des LH-Gipfels im Serum (geht dem Eisprung 16-20 Stunden voraus) und eine teilweise oder vollständige Unterdrückung der Gelbkörperbildung. Es ist wahrscheinlich, dass die Ergebnisse mit dem Einnahmezeitpunkt der EC zusammenhängen, da in der Follikelphase (präovulatorisch) die LNG-Einnahme in zeitlicher Abhängigkeit vom LH-Gipfel die Gonadotropinausschüttung verhindert oder verschiebt, den Eisprung verhindert oder verschiebt oder die Gelbkörperbildung negativ beeinflusst.

Einfluss auf die Gebärmutterschleimhaut

Der einzige Mechanismus, der nach der Befruchtung untersucht wurde, ist die Veränderung der Aufnahmefähigkeit der Gebärmutterschleimhaut (Endometrium). Diese kann die Einnistung des befruchteten Eis beeinflussen. Bei einigen Frauen wurden Schleimhautgewebeproben nach Einnahme von EC und in Zyklen ohne externe hormonelle Medikation untersucht. (Bei Entnahme nach EC-Anwendung wurden ovarielle Funktionsstörungen durch die eingenommenen Hormo-

ne zunächst ausgeschlossen). Die Ergebnisse der Untersuchungen sind nicht einheitlich. Neben keinen oder unbedeutenden Veränderungen fanden sich in einigen Studien auch morphologische Veränderungen. In wie weit diese Einfluss auf die Einnistung haben, bleibt Aufgabe weiterer Untersuchungen. Die IPPF schreibt, dass es aus physiologischer und pharmakologischer Sicht höchst unwahrscheinlich scheint, dass die Gabe von synthetischen Progesteron wie LNG die Einnistung verhindert, da natürliche und synthetische Progesterone in ovariectomierten Tieren die Fähigkeit besitzen, eine Schwangerschaft zu erhalten. Die 25 prozentige Versagerrate der EC und die Tatsache, dass sie am besten wirkt, je eher sie nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr eingenommen wird, erhöhen nach Ansicht der IPPF die Zweifel einer Wirkung nach stattgefundener Befruchtung.

Forum

Brüste selbst untersuchen

Veranstaltungskonzept von Dr. Maria Hettenkofer, pro familia Frankfurt

Auf Grund der Erfahrung, dass Frauen durch Berichte in den Medien häufig verunsichert sind und ihnen oft kein Angebot zur Information und zum Gespräch- bzw. nach einer medizinischen Untersuchung oder Diagnosestellung keine Anlaufstelle für das Einholen einer zweiten Meinung zur Verfügung steht, bietet M. Hettenkofer im Rahmen der ärztlichen Sprechstunde seit 1996 Informationen zum Thema Brustkrebs an. Auf Anregung und Nachfrage findet inzwischen regelmäßig die Veranstaltung „Brüste selbst untersuchen“ statt, mittlerweile auch in Kooperation mit der Frankfurter VHS. Eine Veranstaltung dauert einen Abend. Das Angebot mit dem Ziel der umfassenden Information und kompetenten Beratung ist niederschwellig und wird gut besucht. Aus Platzgründen kann die ausführliche Informationen zu der Veranstaltung wie Grundsätze und Ziele, Zielgruppen, Veranstaltungsform, Ausschreibungstext und Literatur nicht in den Rundbrief aufgenommen werden, kann aber über e-mail (Adresse: info@profamilia-frankfurt.de) beim Ortsverband Frankfurt abgerufen werden.

HINWEISE

Thema MigrantInnen

Materialien von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

In der Reihe „**Forum Sexualaufklärung und Familienplanung**“ der BZgA hatte die Ausgabe 2-1999 das Thema „Interkulturell“ mit Beiträgen zum Thema Migration und Gesundheit.

Aus dem Inhaltsverzeichnis:

Annette Remberg: Beratungsarbeit mit jungen nicht deutschen Frauen und Migrantinnen in Schwangerenberatungsstellen

Ramazan Salman: Sexualität und Migration am Beispiel türkischer MigrantInnen

Thea Borde, Matthias David, Heribert Kentenich: Wissen über den weiblichen Körper von deutschen und türkischen Patientinnen einer Frauenklinik

Herbert Backes, Lucyna Wronska: Peer Education. Ein Weg in der interkulturellen Sexualpädagogik

Helga Marburger: Ayse fehlt immer in Sexualkunde. Sexualerziehung zwischen Elternhaus und Schule

Das Heft kann kostenlos bestellt werden bei der Bzga, 51101 Köln.

Außerdem gibt die BZgA einen **InfoDienst** zum Thema **Migration und öffentliche Gesundheit** heraus. Es gibt ihn gedruckt und im Internet (www.infodienst.bzga.de). Redaktionell wird der Informationsdienst vom Bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit verantwortet. Dieser Arbeitskreis wird vom Büro der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen koordiniert.

Beiträge des Infodienst

- Veröffentlichungen (Artikel, Bücher)
- Projekte und Ideen
- Termine, Tagungen, Fortbildungen
- Forum (Anfragen, Suche...)

Die LeserInnen sind herzlich eingeladen, der Redaktion Beiträge, Anregungen, Hinweise zu jeder Rubrik zu schicken.

Die Beiträge werden nicht geprüft und bewertet, es handelt sich um eine offene Informationsbörse.

Redaktions- und Bestelladresse: TS/ Text und Service, InfoDienst Migration
Horst Heinemann
Brunnenstrasse 37
45128 Essen
Fax 0201-88531235

Einige Beiträge aus dem Informationsdienst:

(Anmerkung der Redaktion: Bei den Selbstdarstellungen und Ausschreibungstexten wurden die Originaltexte in Auszügen übernommen)

Femmigration. Legal Agenda for Migrant Prostitutes and Trafficked Women on the Internet www.femmigration.net

Eine Informationsplattform im Internet, die aktuell und präzise die tatsächliche und rechtliche Situation von Menschenhandel und Migration betroffener Frauen inklusive Sexarbeiterinnen in EU-Staaten darstellt.

Das Projekt wird zur Zeit in sieben EU-Ländern durchgeführt. Hauptkoordinierungsstelle ist Amnesty for Women e. V. in Hamburg.

Das Projekt

- informiert über die Themen: Migration, Arbeit, Opfer von Verbrechen, Anzeige erstatten, Versicherung und nützliche Adressen in den Partnerländern.
- bietet Nichtregierungsorganisationen (NGO's), Beratungsstellen und Behörden in den Herkunfts-, Transit- und Zielländern, die mit betroffenen Frauen direkt arbeiten, klare und leicht zugängliche Informationen um deren tägliche Beratungs- und Präventionsarbeit zu unterstützen.
- durch klare und korrekte Informationen sollen Frauen im Sinne eines Empowerment in die Lage versetzt werden, sich vor Gewalt- und Ausbeutungsverhältnissen zu schützen oder gar sich aus diesen zu befreien.

Interkulturelle Therapie und Beratung

Dreijährige systemische Weiterbildung zur psychosozialen Arbeit mit MigrantInnen
Beginn 25. Juni 2003 in München

Durchgeführt vom Institut für Systemische Therapie und Organisationsberatung und dem Niedersächsischen Institut für Systemische Therapie und Beratung, Hannover e.V.

Information: ISTOB,
Sandstr. 41, 80335 München,
Tel 089-5236343, Fax 089-5236978,
e-mail istob@t-online.de

Weiterbildung Interkulturelle Kompetenz

Die multikulturelle Gesellschaft stellt auch die Gesundheitsbereiche vor neue Herausforderungen. Wir werden konfrontiert mit Menschen aus verschiedenen Kulturen, deren Bedürfnissen und unterschiedlichen Arten der Kommunikation. Mit dieser Weiterbildung erwerben Sie die nötigen Kompetenzen.

Folgende Schwerpunktthemen sind Inhalt der Weiterbildung:

B a s i s k u r s (für alle in der Zielgruppe (s.u.) genannten Berufsgruppen konzipiert)

- Theoretische Hintergründe:
Grundlagen interkultureller Kommunikation, Kulturverständnis, Kultur und Religion, u.a.
- Gesellschaftliche Rahmenbedingungen:
psychosoziale Situation von Migrantinnen und Migranten, Demographische Entwicklung u.a.
- Berufspraxis:
multikulturelle Teams, institutionelle Barrieren, u.a.

G e s a m t k u r s (für die Berufsgruppe der Pflegenden mit pflegespezifischen Inhalten konzipiert)

- Pflege/Pflegewissenschaft:
verschiedene transkulturelle Pflegemodelle und -konzepte, u.a.
- Pflegepraxis:
die Situation der zu Pflegenden und ihre Angehörigen, u.a.

Im Rahmen der ständigen Weiterentwicklung dieses Angebotes werden wir bei Bedarf auch für andere Berufsgruppen berufsspezifische Inhalte anbieten.

160 Unterrichtseinheiten, zuzüglich Projektarbeit

Zielgruppe:

Pflegende aus allen Fachbereichen, Erzieherinnen und Erzieher, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter

Kursbeginn: (insgesamt 7 Teile)

1. Teil: 15.01. - 17.01.2003

Umfassendes Informationsmaterial erhalten Sie beim Evangelischen Fachseminar Karlsruhe-Rüppurr, Diakonissenstrasse 28, 76199 Karlsruhe, Telefon 0721-889-2663, FAX 0721-887019, Email: info@evfs.diakonie-baden.de oder unter <http://www.diakonie-baden.de/>

Netzwerk Migration und Behinderung

Bisher existieren über die Bundesrepublik verteilt - zum Teil schon seit vielen Jahren - verschiedenste Angebote für von Behinderung betroffene Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Angehörigen. Diese sind jedoch überwiegend regional tätig und auf wenige Ballungszentren begrenzt. Um Interessierte und Betroffene zum Thema Migration und Behinderung sowie die bereits in diesem Feld tätigen Professionellen und Ehrenamtlichen miteinander ins Gespräch zu bringen und zu vernetzen, gründete sich im Januar 2001 ein bundesweites Netzwerk Migration und Behinderung. Durch das Netzwerk sollen Informationen über die Arbeit von Institutionen, Vereinen und Privatpersonen zum Thema einem breiteren Publikum auf Bundesebene zugänglich gemacht werden.

Termine: 23. – 25.05.2003 Arbeitnehmerzentrum Königswinter

Symposium der Netzwerke Migration und Behinderung und Behinderung und Dritte Welt sowie weiterer Kooperationspartner/innen anlässlich des Europäischen Jahres der Behinderten 2003 zum Thema Behinderung, Entwicklungszusammenarbeit und Migration.

Informationsmaterial und Kontakt: Netzwerk Migration und Behinderung, c/o Cornelia Kauczor, Simonstr. 47, 45 147 Essen. Tel/Fax: 0201/6461136 e-mail: info@handicap-net.de www.handicap-net.de

Modellprojekt „Transfer interkultureller Kompetenz TiK“. Weiterbildung und Organisationsberatung.

TiK-Weiterbildung umfasst:

- Wissensvermittlung u. a. zu den Themen: Verständnis und Spektrum interkultureller Beratung / gesellschaftliche und rechtliche Aspekte der Migration im nationalen und europäischen Rahmen / Stereotypen und Vorurteile / Migrationsbiographien und Mehrfachzugehörigkeiten / Kulturelle Perspektiven von Individuen und Gruppen / Interkulturelle Kompetenz als Erfahrungswissen / Interkulturelle Kommunikation und Wahrnehmung / Beratungserfahrungen und Beratungsmethoden / Zweisprachigkeit und Zusammenarbeit mit Sprachmittlern sowie Kenntnisse über Veränderungsprozesse in Institutionen
- Praxisreflexion im Rahmen von Fallberichten zur interkulturellen Beratung
- Selbstreflexion zur Vertiefung professioneller Beziehungsgestaltung

Weitere Informationen, u.a. ausgewählte Texte zum Thema „interkulturelle Kompetenz und Weiterbildung“ sowie Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste“: www.TiK-iaf-berlin.de

Broschüren und Medien der BZgA für MigrantInnen

Kinderwunsch. Ein Medienset für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch. Drei Broschüren und Videos. In deutscher und türkischer Sprache

„Schwanger?! Information für Migrantinnen“ Informationen für Migrantinnen in Deutschland zur Beratung und Hilfe bei Schwangerschaft. arabisch/deutsch, bosnisch / kroatisch / serbisch / deutsch, englisch / deutsch, französisch / deutsch, türkisch / deutsch

„Verhüten aber wie?“ Kurzinformationen über Verhütungsmittel und –Methoden für Jugendliche aus osteuropäischen Ländern. Polnisch/deutsch, russisch/deutsch, rumänisch/deutsch

„Kopfläuse... was tun?“ in kroatischer, russischer, serbischer und türkischer Fassung

Verschiedene Broschüren zur HIV-Prävention und Suchtprävention, siehe InfoDienst Migration und öffentliche Gesundheit

Buchtipps

Rohr, Elisabeth; Jansen, Mechthild M. (Hg.): Grenzgängerinnen. Frauen auf der Flucht, im Exil und in der Migration, 245 S. Psychosozial-Verlag 2002

„In diesem Buch geht es um Mädchen und Frauen, die uns in der wissenschaftlichen Arbeit, in der pädagogischen Praxis, in entwicklungspolitischen Projekten, in Beratung und Therapie als Flüchtlinge, Exilantinnen und Migrantinnen begegnen“ heißt es im Vorwort. In der Einleitung wird ein guter Überblick über Zahlen und Fakten, politische Ursachen und Umgang mit Flucht und Migration weltweit gegeben. Damit wird der Rahmen gesteckt für die Einzelberichte aus unterschiedlichen sozialen Bereichen und unterschiedlichen Ländern, in denen neben den gesellschaftlichen Aspekten besonders auf das innerpsychische Erleben und die Bewältigung von Migrationserfahrungen eingegangen wird. Damit wird die Sicht über die aktuelle Situation in Deutschland hinaus erweitert.

David, Matthias; Borde, Theda. Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. Mabuse-Verlag Frankfurt/M 2001

Wesentliche Ergebnisse des Forschungsprojekts zur „Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter türkischer und deutscher Patientinnen im Krankenhaus“ werden dargestellt. Neben Themen wie subjektive Krankheitstheorie, psychische Situation von Migrantinnen sowie Basiswissen zu Gesundheitsfragen werden auch Aspekte der ambulanten Versorgung und die Zufriedenheit von Migrantinnen und deutschen Patientinnen mit der Versorgung im Krankenhaus ergänzt.

Mirena (Hormonspirale)

Dem Ausschuss „Unerwünschte Arzneimittelwirkungen“ (UAW) der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft lagen bis zum 10.7.02 über 500 Verdachtsfälle von Komplikationen im Zusammenhang mit der Anwendung von Mirena® vor, davon 300 Berichte über die Komplikationen Uterusperforation und Ausstoßung bzw. Gravidität (Deutsches Ärzteblatt, 29.11.2002, Jg 99, Heft 48, S2766-7). Eine Aussage zur prozentualen Häufigkeit dieser Komplikationen oder ein Vergleich mit Kupfer-IUP (Intrauterinpeessar = Spirale) kann aufgrund dieser Daten wegen des spontanen Erfassungssystems nicht gemacht werden.

Es gibt nur wenige Daten aus Studien zur Ausstoßungsrate von Mirena®, sie entspricht aber wahrscheinlich der von Kupfer-IUP (2-10Prozent). Über die Häufigkeit von Perforationen gibt es weder bei Kupfer-IUP noch bei levonorgestrelhaltigen IUP irgendwelche Zahlen, sie scheinen aber insgesamt sehr selten vorzukommen. Der Bericht im Ärzteblatt gibt leider nicht die Zahl der Meldungen über Perforationen an, die dem Ausschuss für UAW vorliegen.

Ein möglicher Grund für häufigere Expulsionen oder Perforationen bei Mirena® könnte sein, dass dieses IUP von vielen GynäkologInnen als geeigneter für junge Frauen angesehen wird als Kupfer-IUP. Mirena® ist aber im Vergleich zu Kupfer-IUP wie dem Flexi-T und Multiload 250 Short relativ groß, und damit für die meist kleinere Gebärmutterhöhle von jungen Frauen bzw. Frauen, die keine Kinder geboren haben, zu groß.

Der Hersteller weist in der Fachinformation darauf hin, dass Mirena® nicht das Verhütungsmittel erster Wahl für Frauen ist, die keine Kinder geboren haben. Es wird aber nicht darauf hingewiesen, dass eine Länge der Gebärmutterhöhle von 32 Millimeter (das entspricht der Länge des Mirena-IUS) die Voraussetzung dafür ist, dass dieses

IUP angewendet werden kann. Bei den meisten jungen Frauen und Frauen, die keine Geburten hatten, ist die Gebärmutterhöhle kleiner.

Versagerrate bei oralen Kontrazeptiva im Zusammenhang mit dem Körpergewicht

Eine amerikanische Studie (Holt VL, Cushing-Haugen KL, Daling JR. Body weight and risk of oral contraceptive failure. *Obstet Gynecol* 2002;99:820-7) untersucht den Zusammenhang zwischen der Häufigkeit ungewollter Schwangerschaften und Körpergewicht bei der Pilleneinnahme. Während 2822 Frauenjahren der Anwendung kam es zu insgesamt 106 Schwangerschaften, was einem Pearl-Index von 3.8 entspricht. Frauen mit über 70 kg Körpergewicht hatten eine höhere Schwangerschaftsrate von 5.6. In der Studie wurde auch die Versagerrate bei Präparaten mit unterschiedlicher Dosierung getrennt analysiert, wobei in der Gruppe der Frauen mit >70 kg Gewicht, die niedrig dosierte Präparate (<35 µg Ethinylestradiol) einnahmen, eine Versagerrate von 6.8 gefunden wurde. Als Präparate mit mittlerer Dosierung wurden solche mit <50 µg definiert, sie waren bei Frauen mit >70 kg Gewicht mit einer Versagerrate von 5.2 verknüpft.

Bei Frauen mit niedrigerem Körpergewicht hatten die unterschiedlichen Dosierungen keinen Einfluss auf die Versagerrate.

Leider wurde nicht zwischen Präparaten mit 30µg und 20µg Ethinylestradiol unterschieden, so dass keine Aussage darüber gemacht werden kann, ob es bei den in Deutschland am häufigsten benutzten Präparaten einen Unterschied in der Versagerrate gibt. Das wäre deswegen wichtig, weil Frauen mit höherem Gewicht aus Angst vor weiterer Gewichtszunahme häufig besonders niedrig dosierte Präparate bevorzugen (obwohl es keine Daten dafür gibt, dass sich die Gewichtszunahme bei Präparaten mit 30µg oder 20µg unterscheidet). Als mittlere Dosierung wurden in der Studie Präparate mit 35 µg -<50 µg Ethinylestradiol definiert. In Deutschland findet sich diese Dosierung nur in Zwei- und Dreistufenpräparaten, die wiederum aufgrund der niedrigen Gestagendosis eine höhere Versagerrate haben könnten, sowie in einigen Einphasenpräparaten mit 35 µg Ethinylestradiol (Cilest®, Diane 35®, Ovysmen®, Ovoresta M®). Ob diese sich in der Sicherheit von Präparaten mit 30 µg Ethinylestradiol unterscheiden, kann aufgrund der Studie nicht gesagt werden. Präparate mit 50 µg Ethinylestradiol und mehr sollen wegen der höhe-

ren Komplikationsrate nur in Ausnahmefällen benutzt werden.

Deswegen fällt es schwer, aufgrund dieser Daten eine Empfehlung für die Verordnung von oralen Kontrazeptiva bei Frauen mit höherem Körpergewicht abzugeben.

In der Studie wird auch die unterschiedliche Versagerrate im Vergleich zu den allgemein angegebenen Versagerraten von 0.1-0.3 diskutiert. Es wird (noch mal) darauf hingewiesen, dass die niedrigen Versagerraten aus klinischen Studien der pharmazeutischen Industrie stammen, während bevölkerungsbezogene Untersuchungen in den USA Versagerraten von 3-8/100 Frauenjahre ergeben.

Protectaid® Einmalschwämmchen zur Verhütung

Im November wurden Informationen über Protectaid® verschickt, ein neues Verhütungsmittel auf dem deutschen Markt. Es handelt sich um ein mit Spermiziden getränktes Verhütungsschwämmchen.

Bisher war ein Verhütungsschwämmchen mit dem Namen Today Sponge® in den USA und anderen Ländern auf dem Markt, aber nicht in Deutschland.

Protectaid® ist ein Schwämmchen aus Polyurethan. Es enthält im Unterschied zum Today Sponge® eine Mischung aus drei Spermiziden, Nonoxinol, Benzalkonium Chlorid und Natrium Cholat sowie ein Detergenz, Polydimethylsiloxan. Die Dosis von Nonoxinol ist sehr viel geringer (6,25mg) als im Today Sponge (1000 mg) und damit auch das Risiko von Irritationen und Schädigungen der Vaginalschleimhaut. Das Detergenz soll dafür sorgen, dass sich die Spermizide gleichmäßig in der gesamten Vagina verteilen.

Protectaid® hat zum leichteren Einführen und insbesondere zum Entfernen zwei Öffnungen am Rand, die mit dem Finger gefasst werden können. Es soll 15 Minuten vor dem Geschlechtsverkehr in die Vagina eingeführt werden und mindestens 6 Stunden nach dem letzten Geschlechtsverkehr in der Vagina bleiben. Insgesamt kann es bis zu 12 Stunden in der Vagina bleiben und während der ersten 6 Stunden ist mehrfacher Geschlechtsverkehr möglich. Während der Regel soll es nicht benutzt werden. Die Partner spüren das Schwämmchen beim Geschlechtsverkehr nicht.

Die Verhütungssicherheit von Protectaid® wird in der beiliegenden Produktinformation wie folgt angegeben: „Die Wirksamkeit von Protectaid® soll bei 90 Prozent liegen, wenn Sie es konsequent entsprechend der Bedienungsanleitung benutzen“.

In einer Studie (1) mit 129 Frauen und 1182 Zyklen wurden 21 Frauen schwanger, wobei 11 Schwangerschaften auf Benutzerfehler und 10 auf Methodenfehler zurückgeführt wurden. Insgesamt wurde eine Versagerrate von 33 Prozent und ein Pearlindex von 23 errechnet. Die methodenbedingte Versagerrate wurde mit 11 Prozent (Pearlindex 11) errechnet. Die Versagerraten in den 4 Zentren dieser Multicenterstudie waren sehr unterschiedlich mit 9 Prozent insgesamt in Griechenland und 68 Prozent in Quebec in Kanada.

In Studien zur Verhütungssicherheit des Today Sponge® fiel eine deutlich höhere Versagerrate bei Frauen, die Kinder geboren hatten (20 Prozent) im Vergleich zu Frauen die keine Kinder geboren hatten (9 Prozent) auf. In der Studie mit Protectaid war der Unterschied geringer (74 Prozent versus 79 Prozent).

Für den Today Sponge® gibt es Untersuchungen (2), die die Versagerrate mit der des Diaphragma und der Portiokappe vergleichen. Die Versagerrate des Diaphragmas ist dabei deutlich geringer, insbesondere ist die Versagerrate bei Frauen, die Kinder geboren haben eher geringer im Vergleich zu Frauen, die keine Kinder geboren haben. Die Portiokappe schneidet ähnlich ab, wie der Verhütungsschwamm.

Insgesamt werden für Diaphragma und Portiokappe in verschiedenen Studien so unterschiedliche Versagerraten gefunden, dass es schwierig ist, darüber eine zusammenfassende Aussage zu machen.

Festzuhalten ist deshalb: Die vorliegenden Daten lassen eine Aussage zur Verhütungssicherheit von Protectaid® nicht zu. Methodische Mängel wie z.B. die kleine Zahl der untersuchten Frauen und die großen Unterschiede in den Versagerraten in den beteiligten Zentren lassen die Aussage über die Sicherheit zusätzlich unsicher erscheinen

Als zusätzlicher Effekt von Protectaid® wird die microbizide¹³ Wirkung gegenüber HIV, HSV, der meisten bakteriellen Erreger von sexuell übertragenen Infektionen sowie Trichomonaden und

Candida albicans angeführt. Diese Wirkung ist nur im Labor getestet. Ob die Anwendung des Schwämmchens tatsächlich die Übertragung dieser Infektionen verhindert, oder das Infektionsrisiko verringert, ist nicht untersucht.

Nonoxinol wirkt auch microbizid auf HIV. In der Praxis war die Infektionsrate bei Anwendung von Nonoxinol zum Teil aber sogar erhöht, wahrscheinlich, weil der schleimhautschädigende Effekt eine Übertragung begünstigt hat.

Wegen der deutlich niedrigeren Dosierung von Nonoxinol in Protectaid® wird davon ausgegangen, dass keine Schleimhautschädigungen auftreten und sie wurden in zwei Studien (1,3) auch nicht beobachtet. Die samenabtötende und microbizide Wirksamkeit soll durch die Kombination mit zwei weiteren Spermiziden, Benzalkonium Chlorid und Natrium Cholat sichergestellt werden.

Neben dem Unsicherheitsfaktor Zuverlässigkeit der Methode ist ein weiterer Nachteil von Nonoxinol, dass es Milchsäurebakterien stärker schädigt als E. Coli, einen Keim aus der Darmflora und häufigen Erreger von Harnwegsinfekten. Diese finden sich bei Anwendung von Nonoxinol auch häufiger, ebenso wie die Bakterielle Vaginose. Ob das auch für Protectaid® gilt, kann aufgrund der vorliegenden Daten nicht beurteilt werden. In der oben genannten Studie (1) wurde keine erhöhte Rate von Pilzinfektionen oder Bakterieller Vaginose beobachtet.

Internationale Familienplanungs- und Gesundheitsorganisationen haben, insbesondere angesichts der AIDS-Epidemie in vielen Ländern, großes Interesse an der Entwicklung von Produkten, mit denen sich die sexuelle Übertragung von Infektionen verhindern oder verringern lässt, und die von Frauen angewendet werden können. Die Akzeptanz von Kondomen ist weltweit weiterhin gering und es wird davon ausgegangen, dass Frauen eine größere Bereitschaft als Männer haben, Mittel zum Schutz vor Infektionen zu verwenden, auch ohne deren Wissen. Deshalb wird auch betont, dass die Männer Protectaid® nicht spüren.

Ob das Mittel tatsächlich vor sexuell übertragenen Infektionen schützt, muss erst durch Studien geklärt werden. Bis dahin gilt weiterhin, dass Kondome den einzigen bekannten und gesicherten Schutz darstellen.

¹³ Inaktivierung von Viren, Bakterien und anderen Mikroorganismen

Literatur

1. Creatas G, Guerrero E, Guilbert E, et al. A multinational evaluation of the efficacy, safety and acceptability of the Protectaid® contraceptive sponge. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2001;6:172-82
2. Trussell J, Strickler J, Vaughan B. Contraceptive efficacy of the diaphragm, the sponge and the cervical cap. Family Planning Perspectives 1993;25:100-5 & 135
3. Creatas G, Elsheik A, Colin P. Safety and tolerability of the new contraceptive sponge Protectaid®. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2002;7:91-5

Keine Arztbriefe per Internet

Nach Einschätzung des Fraunhofer Instituts St. Ingbert ist die elektronische Kommunikation für die Übermittlung von Patientendaten zur Zeit nicht geeignet, da ein ausreichender Datenschutz nicht gewährleistet ist. Online-Kommunikation ist nach dem derzeitigen Stand der Technik lediglich durch gesicherte Direktwahlverbindungen bzw. durch vom Internet abgekoppelte Verbindungen möglich. Die Einschätzung basiert auf dem aktuellen Stand der Möglichkeiten.

Quelle: Ärzte Zeitung 11.12.2002

Erektile Dysfunktion

Ein neues Präparat zur Behandlung der erektilen Dysfunktion wurde im November diesen Jahres europaweit zugelassen. Bei dem Wirkstoff Tadalafil handelt es sich ebenso wie bei Sildenafil (Viagra®) um einen Phosphodiesterase-Hemmer.

Der Unterschied der beiden Präparate liegt im wesentlichen in der Wirkungsdauer von Tadalafil, das bis zu 24h nach Einnahme wirkt. (Im Vergleich Viagra kann ½ Stunde bis 4 Stunden vor gewünschtem Geschlechtsverkehr eingenommen werden) Nach Angaben des Unternehmens (Lilly-Pharma) ist die Markteinführung in Deutschland für das erste Halbjahr 2003 geplant. Die Preise werden bei Markteinführung bekannt gegeben.

Diskussionsvorlage Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik

Eine Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) hat in der Fachzeitschrift Frauenarzt 12/2002 eine Diskussionsvorlage zum Thema Schwangerschafts-

abbruch nach Pränataldiagnostik veröffentlicht. Ziel ist es, nach öffentlicher Diskussion daraus ein Positionspapier zu erstellen. Der vollständige Text des Diskussionsentwurfs, der Stellung bezieht zu Beratung im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik, zu Methoden der pränatalen Untersuchungen und Qualitätssicherung, zur Rechtsprechung „Kind als Schaden“ und zu spätem Schwangerschaftsabbruch, findet sich im Frauenarzt 12/2002 Seite 1412-1420. Der Text befindet sich nach Angaben der DGGG weiter in Bearbeitung und findet noch keine Verteilung in der breiten Öffentlichkeit. Im weiteren ist in diesem Jahr eine öffentliche Diskussionsrunde zu dem Entwurf geplant.

Bericht der Arbeitsgruppe „Armut und Gesundheit“

zu „Migration und gesundheitliche Versorgung“

Seit September 2001 liegt der Bericht der Arbeitsgruppe „Armut und Gesundheit“ zum Teilbereich „Migration und gesundheitliche Versorgung“ vor. Die Arbeitsgruppe wurde vom Bundesministerium für Gesundheit einberufen. Neben dem Ministerium für Gesundheit sind in ihr das Ministerium für Arbeit und Soziales und Familie, Senioren, Frauen und Jugend, das Büro der Ausländerbeauftragten der Bundesregierung sowie die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, der Öffentliche Gesundheitsdienst und Einzelsachverständige aus Wissenschaft und Praxis vertreten.

Es wurden Empfehlungen ausgesprochen, die allen Adressaten mit der Bitte um Prüfung im Hinblick auf die Umsetzung im eigenen Aufgabenbereich zugeleitet wurden. Dieses sind u. a.: Bund, Länder, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Spitzenverbände der Krankenkassen, Kommunale Spitzenverbände, Bundesärztekammer, Bundesverbände der medizinischen Fachberufe, Paritätische Wohlfahrtsverbände, Nationale Armutskonferenz.

Der vollständige Bericht kann aus dem Internet heruntergeladen werden unter www.bvgesundheitspolitik.de unter Themen/Gesundheitspolitik/Archiv.

Insbesondere die klaren Empfehlungen in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung von MigrantInnen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus sind für einen Bericht, der unter anderem von Regierungsvertretern erstellt wurde, erstaunlich (siehe S. 23). Angesichts des politischen Klimas ist aber eine Umsetzung kaum zu erwarten.

Laut Bericht leben zur Zeit leben rund 7, 4 Millionen Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. Das entspricht 9 Prozent der Bevölkerung. 45 Prozent davon sind Frauen.

Die größte Gruppe von Zuwanderern mit ausländischer Staatsangehörigkeit stellen türkische Staatsangehörige (28 Prozent), gefolgt von JugoslawInnen (Serbien, Montenegro) (10 Prozent), ItalienerInnen (8,4 Prozent) und GriechInnen (5 Prozent).

Der Bericht stellt fest, dass Deutschland mittlerweile ein Zuwanderungsland mit unumkehrbaren Zuwanderungsprozessen ist und dass dieser Tatsache durch ein Zuwanderungskonzept Rechnung getragen werden muss, das die Integration der zuziehenden Bevölkerung in allen Lebensbereichen umfasst. „Übergeordnetes Integrationsziel muss sein, den Zugewanderten eine Chancengleichheit zur Teilhabe am ökonomischen, sozialen und kulturellen Leben zu ermöglichen.“

Der Erfolg von Integrationsbemühungen lässt sich auch daran messen, inwieweit ein gleicher Zugang zur gesundheitlichen Versorgung realisiert ist und die Medizinangebote den besonderen Erfordernissen der Versorgung von Migrantinnen und Migranten Rechnung tragen. Chancengleichheit auch bezüglich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung herzustellen, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.“

Weitere Auszüge aus dem Bericht (ausgelassene Teile werden durch „...“ gekennzeichnet):

Defizite in der migrationsbezogenen Gesundheitsstatistik erschweren Aussagen zu der gesundheitlichen Situation von Migranten.

Weder regelmäßig erhobene Daten noch die bislang vorliegenden Untersuchungen erfassen bzw. untersuchen den Problembereich in der notwendigen Differenziertheit. Auch die Geschlechterperspektive spielt bei bisherigen Untersuchungen nur eine sehr begrenzte Rolle.

Gesundheitliche Versorgung und Pflege

Die vorhandenen Versorgungsstrukturen sind generell noch zu wenig patientenorientiert. Speziell für Migranten stellt dies ein besonderes Problem dar, da Verständigungsschwierigkeiten sprachlicher und kultureller Art den Zugang zur Information und Versorgung stark behindern. Sprach- und Kulturbarrieren erschweren ebenfalls Anamnese, Diagnose, Therapie und Rehabilitation mit der Folge von Fehldiagnosen, Mehrfachuntersuchungen mit Drehtüreffekt und Chronifizierung der Erkrankung.

Ein vielfach frühes Ausscheiden aus der Erwerbsarbeit, insbesondere aber die Gefahr der Isolation bei einer steigenden Zahl von älteren Migrantinnen, die nicht berufstätig waren, wird zunehmend zu einem gesellschaftlichen Problem. Geriatriische Krankheitsbilder, die zu langandauernder Pflegebedürftigkeit führen können, sind bei Migranten meist schon im Alter von 50 Jahren zu finden.

Das Bundesministerium für Gesundheit fördert seit 1997 den Internationalen Pflegedienst im Landkreis Göppingen, der die Besonderheiten bei der Pflege von Migrantinnen und Migranten berücksichtigt und entsprechende Angebote vorhält sowie ausländische Laienhelferinnen aus- und fortbildet, aber auch Informationskurse für Pflegefachkräfte zur Lebenssituation von Migrantenfamilien anbietet.

Gesundheit von Frauen und Mädchen

Die doppelte Diskriminierung aufgrund von Nationalität und Geschlecht beeinflusst die sozialen Rahmenbedingungen, in denen ausländische Frauen leben und wirkt sich als ein gesundheitsbelastender Faktor aus, ungeachtet der auch für die Gruppe der Frauen geltenden Heterogenität.

Die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen wird durch spezifische Probleme gekennzeichnet:

Zum Teil verfügen Frauen, insbesondere die älteren unter ihnen, die sich überwiegend der Familie gewidmet haben, über keine ausreichenden Sprachkenntnisse, zum anderen haben kulturelle bzw. soziale Wertorientierungen im Hinblick auf die Rolle der Frau und ihre gesundheitliche Lage in anderen Kulturen Auswirkungen auf ihr Gesundheits- und Krankheitsverhalten. Diese werden vom Gesundheitssystem bisher nur ungenügend berücksichtigt. Im Ergebnis werden ausländische Frauen und Mädchen weniger von den Angeboten der Gesundheitsförderung er-

reicht. Der Bereich reproduktive Gesundheit, z.B. Sexuaufklärung und Familienplanung, Schwangerschaftsvor- und -nachsorge bedarf besonderer Sensibilität, da hier kulturelle Traditionen hineinwirken und der abhängige Aufenthaltstatus für viele Frauen die Möglichkeit einschränkt, selbstbestimmt über ihre Sexualität zu entscheiden.

Gewalt gegen Frauen

Häusliche Gewalt findet in deutschen und ausländischen Familien statt. Vielfach fällt es aber Migrantinnen schwerer, sich aus einer Misshandlungsbeziehung zu lösen und um Unterstützung nachzufragen. Sprachliche und kulturelle Barrieren, aber auch ausländerrechtliche Fragen wirken sich insoweit hemmend aus. Es ist daher davon auszugehen, dass ausländische Frauen länger Partnergewalt ertragen und entsprechend körperlich und seelisch leiden.

Genitale Verstümmelung

In Deutschland leben zahlreiche Frauen (nach Schätzungen rd. 20.000), die von genitaler Verstümmelung (die ihnen in fast allen Fällen im Herkunftsland zugefügt wurde) und daraus resultierenden gesundheitlichen Spätfolgen betroffen sind. Diese typischen Komplikationen, z.B. wiederholte Harnwegsinfektionen oder chronische Unterleibsentzündungen, werden häufig von behandelnden Ärzten nicht als Folgeerkrankungen genitaler Verstümmelung erkannt und deshalb nicht angemessen behandelt. In Deutschland vorgenommene genitale Verstümmelung steht als gefährliche Körperverletzung unter Strafe und wird von den Ärztekammern als Verstoß gegen das ärztliche Standesrecht geächtet.

Traumatisierte Flüchtlingsfrauen

Eine besondere Gruppe unter den Migrantinnen sind die Flüchtlingsfrauen, die vor und während ihrer Flucht oft traumatische Erfahrungen machen mussten und der Behandlung bedürfen. Soweit es um therapeutische Hilfen geht, die keine Akutversorgung darstellen, haben die Betroffenen keinen Hilfsanspruch nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Erschwerend kommt hinzu, dass ihr zukünftiger Verbleib in Deutschland unsicher ist. Sie können von daher ihr Leben nicht planen und auch nicht zur Ruhe kommen, obwohl sie gerade diese zur Heilung dringend brauchen.

Psychische/Psychiatrische Erkrankungen

Das Risiko, in psychische Krisen zu geraten oder manifest psychiatrisch zu erkranken, ist abhängig von den Erlebnissen im Heimatland, den Bedingungen der Ausreise und des Wechsels in das Aufnahmeland sowie den hiesigen Möglichkeiten, sich sozial zu integrieren oder die eigene kulturelle Identität zu bewahren. Besonders gefährdet, gesundheitliche und psychische Störungen zu entwickeln, sind folgende Gruppen von Migranten:

- Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus leben unter der permanenten Belastung abgeschoben zu werden und haben oftmals keine Zugangsmöglichkeiten zum Hilfesystem.
- ? Bürgerkriegsflüchtlinge leben unter dem Druck einer zu frühen Rückkehr in das - zumindest subjektiv so empfundene - unsichere Heimatland.
- Asylantragsteller leben mit der Angst, nicht anerkannt und abgeschoben zu werden.
- Traumatisierte Flüchtlinge sind meist manifest krank.
- Ältere Arbeitsmigranten (Arbeitslose, Rentner, Frauen) leiden unter der Isolation, der gesellschaftlichen Entwertung und der Heimatlosigkeit.
- Desintegrierte Jugendliche (Sucht, Kriminalität),
- Abschiebungshäftlinge, die lange inhaftiert sind (über 6 Monate).

Die wichtigsten psychischen Störungen und Erkrankungen bei Migranten sind: Psychosomatische Störungen, Depressionen, Drogenabhängigkeit, Posttraumatische Belastungsstörungen und Psychosen.

HIV und AIDS

Seit 1982 werden die Berichte über AIDS-Erkrankungs- und Todesfälle, von Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland, in einem zentralen Fallregister am Robert Koch-Institut zusammengetragen und ausgewertet. Die Vollständigkeit der Erfassung liegt bei über 85 Prozent. Von den bis Ende Juni 1999 gemeldeten 18.239 AIDS-Fällen entfallen 86,2 Prozent auf Deutsche. Von den 2.508 (13,8 Prozent) Ausländern stammen 1.361 (54 Prozent) aus Europa (einschließlich der Türkei). Darunter sind Patienten aus Italien (24 Prozent) am stärksten vertreten, gefolgt von Erkrankten aus der Türkei (17 Prozent), dem ehemaligen Jugoslawien (10 Prozent), Spanien (8 Prozent), Großbritannien und Frankreich. Aus Afrika stammen 20 Prozent, aus

Nordamerika 11 Prozent, aus Asien 8 Prozent und aus Südamerika 6 Prozent der an AIDS erkrankten Migrantinnen und Migranten.

Die Zahl der AIDS-Fälle bei Ausländern/Migranten reflektiert einerseits die Größe der in Deutschland lebenden Population der jeweiligen Nationalität und ist zum anderen abhängig von der HIV-Prävalenz in dem jeweiligen Ursprungsland. Türken, die mit 2,5 Prozent der Bevölkerung Deutschlands die größte Gruppe von Ausländern darstellen, sind im Vergleich zur deutschen Bevölkerung unterdurchschnittlich häufig an AIDS erkrankt. Sie stellen die zweitgrößte Gruppe von Ausländern unter den AIDS Patienten dar, ihr Anteil macht jedoch lediglich 1,4 Prozent der AIDS-Fälle in Deutschland aus.

Tuberkulose

Global gesehen ist die Tuberkulose eine der wichtigsten Infektionskrankheiten. In Deutschland setzte sich der rückläufige Trend der letzten Jahre sowohl für Einheimische als auch für Ausländer 1998 fort. Es erkrankten 10.440 Menschen an einer aktiven Tuberkulose - darunter 3.291 (31,5 Prozent) Ausländer - entsprechend einer Inzidenz von insgesamt 12,7/100.000 und 44,4/100.000 unter den Ausländern. Alarmierend ist die Tuberkulosesituation in vielen Teilen Osteuropas und in den Staaten der ehemaligen Sowjetunion.

Trotz der teilweise lückenhaften Datenlage muss davon ausgegangen werden, dass sowohl die Tuberkulose-Inzidenz als auch der Anteil multi-resistenter Tuberkulosen in Osteuropa und damit auch bei den aus dieser Region nach Deutschland kommenden Ausländern/Migranten in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben. Ein Großteil der im Ausland geborenen Tuberkulosepatienten stammt aus osteuropäischen Ländern. Insgesamt 28 Prozent der 1997 aus dem Ausland stammenden erkrankten Personen hatten einen Asylbewerberstatus, 13 Prozent sind Spätaussiedler. Von den Tuberkulosefällen unter Aussiedlern werden 38 Prozent, von denen bei Asylbewerbern 50 Prozent im ersten Jahr nach der Einreise entdeckt.

Heimliche Migranten

Der Bericht geht auch auf das Vorhandensein von illegalisierten Migrantinnen ein und beschreibt ihre Situation entsprechend den im Artikel von Jessica Groß dargestellten Fakten. Es wird für sie der Begriff „Heimliche Migranten“ vorgeschlagen, in Anlehnung an den italienischen Begriff „Klandestini“.

Die Arbeit der Büros für medizinische Flüchtlingshilfe und die kostenlose medizinische Versorgung durch einzelne Ärztinnen und Krankenhäuser wird kommentiert:

Dieses begrüßenswerte humane Engagement entlastet jedoch das Gemeinwesen nicht, entsprechende sachgerechte Lösungen für diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu finden.

Auszüge aus den im Bericht formulierten Empfehlungen:

Generelle Anforderungen an das Gesundheitssystem und die Gesundheitsforschung: Grundsätzlich ist es notwendig, dass alle für die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten Verantwortlichen (Krankenkassen, Ärzteschaft, Kommunen, Wohlfahrtsverbände etc.) kooperieren. Bestehende Regeleinrichtungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung sollen ihr Angebot erweitern, um den besonderen kultur- und sprachbedingten Bedürfnissen der Migranten gerecht zu werden.

- *Vermittlung von interkultureller Kompetenz¹⁴ soll Bestandteil der Aus-, Weiter- und Fortbildung sein.*
- *Die medizinische und pflegerische Versorgung von Zuwanderern kann durch muttersprachliches Personal verbessert werden. Die Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, ÖGD) sollten ihre strukturellen Entscheidungen an den Überlegungen einer interkulturellen Organisationsentwicklung orientieren.*
- *Eine Erleichterung der Erlaubnis zur Berufsausübung von ausländischen Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeuten für die stationäre und ambulante Versorgung ist anzustreben.*

¹⁴ Interkulturelle Kompetenz kann definiert werden als die Fähigkeit, „angemessen und erfolgreich in einer fremdkulturellen Umgebung oder mit Angehörigen anderer Kulturen zu kommunizieren“. Um dies zu erreichen, können - bezogen auf Gesundheitsämter und andere soziale Dienste - hierbei für die Arbeit vor Ort zwei Schwerpunkte abgeleitet werden: Zum einen die Öffnung auf der Ebene der Mitarbeiterschaft einzuführen, d.h. - Fachkräfte, die ganz besonders qualifiziert für die Arbeit mit Migranten sind (z.B. sprachliche Kompetenz, eigene, reflektierte Migrationserfahrung, Wissen um kulturelle Differenz, große Affinität zum Thema). Gerade Fachkräfte ausländischer Herkunft sind hier oft sehr geeignet und müssen daher verstärkt eingestellt werden. Zum anderen müssen „einheimische“ Beschäftigte bezüglich der verstärkt zu erwartenden Migrantenklientel sensibilisierend weiterqualifiziert werden

- *Beratungsangebote und Aufklärungsbroschüren mit multikulturellem Ansatz sind erforderlich.*

Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten

Frauen

Bestehende Gesundheitseinrichtungen sind interkulturell zu öffnen und für die besonderen

Problematiken von Migrantinnen zu sensibilisieren. Auch Einrichtungen im psychosozialen Bereich, Frauenhäuser und Anlaufstellen für weibliche Gewaltopfer, müssten vermehrt muttersprachliche Fachkräfte einstellen, bzw. das Personal interkulturell fort- und weiterbilden.

Im Hinblick auf die von genitaler Verstümmelung bedrohter oder betroffenen Frauen bedarf es einer verbesserten Information und Sensibilisierung der Ärzteschaft und der übrigen Angebote der Gesundheitsversorgung. Die Bundesregierung hat hierzu eine Informationsbroschüre "Genitale Verstümmelung bei Mädchen und Frauen" herausgegeben.

Frauen, die als Opfer von Menschenhandel in Deutschland aufgegriffen werden, dürfen nicht in Sammelunterkünften untergebracht oder in Abschiebehaft genommen werden, sie bedürfen vielmehr einer professionellen Betreuung. Die vom BMFSFJ eingesetzte bundesweite Arbeitsgruppe Frauenhandel bemüht sich in Kooperation mit den Fachberatungsstellen darum, die erforderliche Betreuung für diese Frauen während ihres Aufenthaltes in Deutschland sicherzustellen.

Hilfen für traumatisierte Flüchtlingsfrauen müssen verstärkt vermittelt und vorhandene Angebote genutzt werden.

Psychischer/Psychiatrischer Bereich

- *Zur Verbesserung der Versorgung sind spezielle Trainingsprogramme für die Behandlung von Personen mit schwerster Traumatisierung zu schaffen.*
- *Besonders in diesem Versorgungsbereich ist die Möglichkeit der Kommunikation von herausragender Bedeutung. Das Dolmetschen birgt die Gefahr des Verfälschens der Kommunikationsinhalte und ist damit nur begrenzt*

hilfreich. Muttersprachliche Angebote an psychotherapeutischer/psychiatrischer Behandlung sind zum Teil zumindest vorübergehend erforderlich.

- ? *Flüchtlinge aus Bosnien und Herzegowina, die unter posttraumatischen Belastungsstörungen leiden, sollten ihre Behandlung in Deutschland fortsetzen können und von der Rückkehrverpflichtung dauerhaft ausgenommen werden.*

Pflege

- *Die Integration von theoretisch fundierten und sachgerecht aufbereiteten, interkulturellen und migrationsspezifischen Überlegungen in die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegenden und Funktionsträgern der Pflege ist erforderlich.*
- *Die Förderung von begleitenden, aktionsorientierten und auch grundlagenbezogenen Forschungen könnte Aufschlüsse über die Qualität der interkulturellen Pflegearbeit geben.*

Versorgung von heimlichen Migranten

Das legitime Interesse eines Staates an Aufstellung von rechtlich verbindlichen Regeln für die Aufnahme von Zuwanderern einschließlich des Zuwanderungsverfahrens und der Maßnahmen für die Durchsetzung und Befolgung desselben wird durch das Korrektiv von medizinischen Erfordernissen begrenzt, die zugleich aus humanitären Gründen als auch zum Schutz der Allgemeinheit vor Gesundheitsgefahren geboten sind. Trotz aller Anstrengungen werden immer heimliche Migranten in Deutschland leben.

Am Beispiel von Italien wird deutlich, dass es für den Staat Wege gibt, ohne die Aufgabe von ausländerpolitischen Grundentscheidungen sachbezogene, gesundheitspolitisch gebotene Maßnahmen zu treffen. So wird der Zugang zur Versorgung über eine anonyme Registrierkarte, auf welcher nur eine Nummer eingetragen wird, gesichert. Die Inanspruchnahme des Gesundheitsdienstes von Seiten eines sich illegal in Italien aufhaltenden Ausländers darf zu keinerlei Mitteilung an die Behörden führen, unbeschadet der Fälle, in denen genau wie bei italienischen Staatsangehörigkeiten eine Meldepflicht besteht.

- *Die Bundesregierung wird aufgefordert zu prüfen, wie die medizinische Versorgung von heimliche Migranten auch anonym gewährleistet werden kann und die notwendigen - ggf. gesetzgeberischen - Maßnahmen zu treffen.*

- Die Bundesregierung wird aufgefordert, nach für die Finanzierung geeigneten Lösungen zu suchen. Als eine Möglichkeit könnte die Bildung eines Fonds in Betracht kommen.
- Die Bundesregierung wird aufgefordert - ggf. durch eine Abfrage der Länder über die Erfahrungen im Vollzug mit dem Asylbewerberleistungsgesetz - zu prüfen, ob der § 4 Asylbewerberleistungsgesetz die medizinisch erforderliche Versorgung sicherstellt.

Dolmetschen

Ein ausführlicher Teil des Berichts befasst sich mit der Notwendigkeit und Problematik des Dolmetschens:

Die Möglichkeit zu kommunizieren ist eines der wesentlichen Voraussetzungen für die Integration in das Aufnahmeland. Die Bemühungen um Verständigung sind weder für den Staat noch für die Zuwanderer eine Einbahnstraße. Die Förderung des Spracherwerbs muss vom Aufnahmeland als eine Basisdienstleistung angeboten werden. Auf der anderen Seite müssen die Migranten sich ernsthaft um Spracherwerb bemühen.

Die sprachliche Verständigung ist die Grundvoraussetzung zur Erstellung von Anamnese und Diagnose und Durchführung der Therapie und Pflege. Der Einsatz von Dolmetschern zur Überbrückung der Sprachprobleme ist notwendig. In der Bundesrepublik werden Dolmetscherdienste durch unterschiedliche Organisationsstrukturen bereitgestellt.

Beispiele:

In Hamburg existiert ein Dolmetscher-Dienst im Universitäts-Krankenhaus Eppendorf, bei dem medizinisch weitergebildete Sprachmittlerinnen und Sprachmittler für rund 35 Sprachen auch von anderen Kliniken angefordert werden können. In Hannover wurde nach dem Konzept des ethno-medizinischen Zentrums Hannover ein Dolmetscherzentrum aufgebaut, für das Sprachmittler für rund 70 Sprachen arbeiten und das von Kliniken, Beratungsstellen, Justizvollzugsanstalten und Sozialversicherungsträgern genutzt wird. In München ist in einem Krankenhaus ein interner Dolmetscherdienst aufgebaut worden, der auf die Sprachkenntnisse des angestellten Fachpersonals zurückgreift.

Innerhalb der Krankenhäuser wird zum Teil nicht nur durch das Fachpersonal oder externe Dolmetscher sondern durch Putzhilfen und die Familienangehörigen übersetzt. Diese Form der Abhilfe schafft zum Teil große Probleme, da meist

schlechte Übersetzungsergebnisse und damit zusätzliche Übermittlungsprobleme entstehen und existierende Schamgrenzen (Sohn übersetzt gynäkologische Erkrankung der Mutter) leicht überschritten werden.

Die Kosten werden über die Pflegesätze abgedeckt. Im ambulanten Bereich ist die Finanzierung ein Problem, da die gesetzliche Krankenversicherung diese Kosten nicht übernimmt, wohl hingegen die Sozialämter im Rahmen der Leistungen der Krankenhilfe.

Auf der anderen Seite ist durch ein Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf dem behandelnden Arzt die Beweislast hinsichtlich des Vorliegens einer wirksam erklärten Einwilligung in einen operativen Eingriff bei einer sprachunkundigen ausländischen Patientin auferlegt worden. Ist zweifelhaft, dass die Patientin die Aufklärung versteht, so muss ein Dolmetscher hinzugezogen werden.

In fast allen Ländern der Europäischen Gemeinschaft (außer Deutschland, Griechenland und Luxemburg) existieren öffentlich finanzierte Dolmetscherdienste, die im medizinischen und sozialen Bereich sprachliche Verständigung ermöglichen sollen. So existiert aufgrund eines vor mehr als 20 Jahren gefassten Beschlusses in den Niederlanden ein Netz von sechs Dolmetscherzentralen, die kostenlose Dolmetscher- und Übersetzungsdienstleistungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens und der Sozialarbeit anbieten. Das Hauptanliegen dieser Zentralen liegt darin, durch den Einsatz qualitativ guter Dolmetscher einen Beitrag dazu zu leisten, dass niederländische Einrichtungen und Personen und ihre „anderssprachigen“ Klienten auf verständliche Weise Informationen austauschen können. So werden Dienstleistungen in vier Formen angeboten: Einsätze per Telefon, Dolmetschereinsätze mit persönlicher Anwesenheit vor Ort, Sprechstunden mit einem Dolmetscher und schriftliche Übersetzungen. Diese Leistungen werden vom Staat vollständig subventioniert.

- Grundsätzlich wird die Einrichtung von vernetzten Dolmetscherzentralen nach dem niederländischen und hannoverschen Beispiel für erforderlich gehalten (Telefondolmetschen, Dolmetschen vor Ort, schriftliche Übersetzungen).
- Die Bundesregierung daher wird aufgefordert, eine Expertise erstellen zu lassen, welche die unterschiedlichen - schon vorhandenen - Möglichkeiten aufzeigt, den mit der Vorhaltung dieser Leistung einhergehenden Problemen gerecht zu werden - etwa durch Poolbildung, Telefondolmetschen, Vernetzung von Sprach-

angeboten, Einsatz von vorhandenem Personal. Die Expertise sollte insbesondere den quantitativen Bedarf beschreiben, Ausführungen zur erforderlichen Qualifizierung der Dolmetscher machen, Finanzierungsmöglichkeiten aufzeigen und den jeweiligen Finanzierungsbedarf quantifizieren.

- Die Bundesregierung wird aufgefordert, vermehrt „niedrigschwellige“, d.h. für alle Migranten und insbesondere auch für nicht berufstätige Migrantinnen zugängliche, kostenfreie Sprachkurse anzubieten.

Neuerscheinungen

Ärztlicher Ratgeber Brustkrebs
Bescheid wissen -Entscheiden -Leben
Aus dem Inhalt: Selbstuntersuchung und Früherkennung, umfassende Behandlung, Nachsorge und praktische Hilfen
Prof. Dr. med. M. Kaufmann, Dr. med. S. Loibl,
Dr. med. C. Solbach
Gesundheit in Wort und Bild
(Empfohlen von Deutsche Krebshilfe e.V. und Deutsche Krebsgesellschaft e.V.)

Marlene Faro
>An heymlichen orten<
Männer und der weibliche Unterleib
Eine andere Geschichte der Gynäkologie
Reclam Verlag Leipzig, 2002
ISBN 3-379-00785-4

Lammert/Cramer/Pingen-Rainer/Schulz/Neumann/Beckers/Siebert/Dewald/Cierpka
Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik
- Ein Praxishandbuch
Hogrefe-Verlag, Göttingen 2002
ISBN 3-8017-1645-7

U. Rauchfleisch/J. Frossard/G. Waser/K. Wiesendanger/W. Roth
Gleich und doch anders
Psychotherapie und Beratung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und ihren Angehörigen
Klett-Cotta www.klett-cotta.de
ISBN 3-608-94236-X

Ute Auhagen-Stephanos
Wenn die Seele nein sagt
Unfruchtbarkeit –Deutung, Hoffnung, Hilfe
Kösel-Verlag München 2002
ISBN 3-466-34455-7

Praxis der Männergesundheit
Herausgegeben von Günther H. Jacobi
Georg Thieme Verlag Stuttgart 2003
ISBN 3-13-132231-4

Miriam Gebhardt
Sünde Seele Sex
Das Jahrhundert der Psychologie
Deutsche Verlags-Anstalt GmbH München
ISBN 3-421-05641-2

Veranstaltungs- kalender

4. Wiesbadener Symposium zur Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms

14.-15. Februar 2003 in Wiesbaden

Information: Sekretariat der Klinik für Gynäkologie und gynäkologische Onkologie, Ludwig-Erhard-Str. 100, 65199 Wiesbaden
Tel.: 0611-43 23 77,
Fax: 0611-43 26 72

Wechseljahre aus multidisziplinärer Sicht – Was Frauen wollen, was brauchen Frauen

21.-23. Februar 2003 in Bremen

Information: Dr. Ingeborg Jahn, S. Joppich
Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, Linzer Str. 8-10, 29359 Bremen
Tel.: 0421-595 96 52
Fax: 0421-595 96 65
E-Mail: wechseljahre@uni-bremen.de
Internet: www.wechseljahre.uni-bremen.de

(pro familia Bremen beteiligt sich an dieser Fortbildung)

Fortbildungskongress der FBA Frauenärztlichen Bundesakademie

6.-8. März 2003 in Düsseldorf (CCD.Stadthalle)

Hauptthemen: Uterine Blutungen / Gynäkologische Onkologie / Endokrinologie und Reproduktions-Medizin / Geburtshilfe / Fragen an Experten
Fortbildungskurse: Psychosomatik / Ultraschall / US-Screening / Impfen / Mammasonografie / Mamma-Operation / Vulvasprechstunde / Labor-diagnostik / Akupunktur / Hormontherapie / Sterilitätssprechstunde / Anti-Aging-Medizin / Der Ultraschall-Simulator / IGEL in Praxis und Theorie / Echokardiographie / Transvaginale Sonographie / Differenzialkolposkopie / Urogynäkologie / Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch

Information: Amelie Aengeneyndt Kongressorganisation GmbH,
Postfach 31 03 07, 40482 Düsseldorf, Tel.: 0211-47 90 439,
Fax: 0211-47 90 964
E-Mail info@aakongress.de
Internet www.aakongress.de

Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie

14.-16. März 2003 in Berlin

20.-22. Juni 2003 in Berlin

21.-23. November 2003 in Berlin

Themen: Krankheitsverständnis / Psychosomatische Anamnese / Ärztliche Gesprächsführung / Schwangerschaftskomplikationen / Lebensübergänge / Verbale Intervention in Kleingruppen

Information: DGPF e.V., c/o Dr. M. Rauchfuß, Ammerseestr. 22, 12527 Berlin
E-Mail rauchfuss.dgpf@web.de

26. Internationale Fortbildungswoche

15.-22. März 2003 in Thyon 2000/Wallis

Themen: Mamma CA / Wochenbettdepression / Ovarial Ca / Sterilitätstherapie / HRT / Urogynäkologie / Pränataldiagnostik / Humangenetik / St. Gallen aktuell / Anti-Aging

Anmeldung: FBA Frauenärztliche Bundesakademie GmbH, Pettenkofenstr. 35, 80336 München
e-Mail fa.GmbH@web.de

Kooperation als Chance für die Behandlung von belasteten und belastenden Patientinnen

25.-29. März 2003 in Stuttgart

Themen: Gewalterfahrungen von Frauen / Umgang mit Sterbenden und Hinterbliebenen / Entwicklung von Beziehungsfähigkeit / Suchterfahrungen bei Behandelten/Behandelnden

Information: Geber + Reusch Congress-Organisation, Rheinparkstr. 2, 68163 Mannheim
Tel.: 0621-82 66 11,
Fax: 0621-81 20 14

