

Gesundheit



Migranten haben oft einen eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem.

IMAGO

„Massenquarantäne ist schädlich“

Bewohner von Flüchtlingsheimen werden erhöhten Corona-Infektionsrisiken ausgesetzt, sagt der Gesundheitswissenschaftler Jacob Spallek

Nicht nur in Altenheimen, auch in Flüchtlingsunterkünften kam es in der jüngsten Vergangenheit vermehrt zu Corona-Ausbrüchen. Diese wären eindeutig vermeidbar gewesen, sagt Gesundheitswissenschaftler und Sozialepidemiologe Jacob Spallek. Die tieferliegende Ursache sieht Spallek, dessen Forschungsinteresse Migration und Gesundheit gilt, in einem Gesundheitswesen, das nicht für alle Menschen gleich offen ist. Der Forscher plädiert deshalb für ein faires, inklusives System, das letzten Endes auch Kosten spare. Ein Gespräch darüber, wie es gelingen kann, Gesundheitsversorgung allen gleichermaßen zugänglich zu machen.

Herr Spallek, Sie forschen zur Schnittstelle von Gesundheitspolitik und Migration. Welche Fragen stellen Sie sich?

Ich interessiere mich dafür, wie sich Migration auf die Gesundheit auswirkt, im positiven und negativen Sinne. Und ich frage mich, wie man Migranten die bestmögliche Gesundheit ermöglichen kann. Welche besonderen Themen, Herausforderungen und vielversprechende Ansätze es gibt.

Haben Migranten besondere Gesundheitsrisiken?

Pauschal lässt sich das nicht sagen. Migranten können aber besonderen Risiken ausgesetzt sein, die vor, während, und nach der Migration auftreten. Beispiele für Risiken vor der Migration sind verschiedene Infektionskrankheiten oder eine eingeschränkte Gesundheitsversorgung, aber auch Fluchtgründe wie Krieg, Hunger oder Umweltkatastrophen. Die Risiken während der Migration liegen auf der Hand – ein drastisches Beispiel ist die Überquerung des Mittelmeers auf Schlauchbooten. Traumatisierende Erfahrungen, aber auch Gewalt und Mangel können zu physischen und psychischen Erkrankungen führen.

Und finden Migranten dann in Deutschland alles vor, was sie brauchen?

Einheimischen ist das oft unklar, aber es gibt auch hierzulande Schwierigkeiten für Migranten. Sprachbarrieren oder rechtliche

Einschränkungen verhindern etwa den vollumfänglichen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Einige Migranten leiden sehr darunter, dass sie nicht mehr bei ihren Familien in den Heimatländern sind. Hinzukommt: Anschluss zu finden, ist oft nicht leicht.

Gibt es auch Fälle, in denen Gesundheitsleistungen bewusst nicht in Anspruch genommen werden?

Solche Fälle gibt es auch, etwa im Suchtbereich. In einigen Ländern ist Substanzkonsum, eine Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen oder auch ein pathologisches Glücksspielverhalten stärker schambesetzt als in Deutschland. Abhängigkeitserkrankungen gelten manchen als „Strafe Gottes“ oder werden als Ergebnis moralisch verwerflichen Handelns gewertet. Dieses kulturell oder religiös geprägte Verständnis von Krankheit vernachlässigt psychosoziale Entstehungsfaktoren. Was wiederum dazu führen kann, dass Suchtprogramme nicht in Anspruch genommen werden. Stattdessen werden in einigen Fällen Betroffene von ihren Familien zurück in ihre Herkunftsländer geschickt, wo sie lediglich strenge körperliche Entzugsbehandlungen durchlaufen, die ohne psychosoziale Begleitung wenig Erfolg haben. Kollegen haben dies beispielsweise bei Menschen türkischer oder russischer Herkunft beobachtet.

Was kann da helfen?

Angebote, die dieses andere Verständnis und mögliche Zugangsbarrieren beachten. Zum Beispiel die vom Bund geförderte MiMi-Gesundheitsinitiative („mit Migranten für Migranten“). Sie schult gut integrierte Migranten, die nach ihrer Ausbildung ihre Landsleute zum Thema Gesundheit und Vorsorge kultursensibel informieren – wo nötig, in der jeweiligen Muttersprache.

Kann man bei solchen Angeboten noch von Ungerechtigkeit im Gesundheitssystem sprechen?

Gesundheitliche Ungleichheit ist in jeder Gesellschaft vorhanden. Einkommen und Bildung, aber auch Geschlecht und unterschiedliche Lebensverhältnisse führen zu

Unterschieden in der Gesundheit. Nicht akzeptabel sind solche Unterschiede dann, wenn Menschen aufgrund sozialer Faktoren gesundheitlich benachteiligt werden, also eine schlechtere Gesundheit haben als sie haben könnten. Arme Menschen sterben in Deutschland im Schnitt ungefähr zehn Jahre früher als die Menschen in der reichsten Bevölkerungsschicht. Dies ist nicht akzeptabel.

Wie betrifft die Ungleichheit Migranten?

ZUR PERSON



Jacob Spallek, geboren 1978, ist Gesundheitswissenschaftler und Sozialepidemiologe. Er leitet das Fachgebiet Gesundheitswissenschaften an der Brandenburgischen Technischen Universität (BTU) Cottbus-Senftenberg. Zusammen mit dem Bremer Epidemiologen Hajo Zeeb hat er in diesem Februar das „Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien“ (Verlag Hogrefe) herausgegeben, den ersten wissenschaftlichen Sammelband zum Thema im deutschsprachigen Raum.

Zunächst ist die Gruppe der migrierten Menschen genauso heterogen wie andere Bevölkerungsgruppen – Zuwanderer teilen zunächst lediglich das Erlebnis der Migration. Und entgegen mancher Darstellungen sind nicht alle kränker, ärmer oder benachteiligt. Viele verfügen über vielfältige gesundheitsrelevante Ressourcen.

Das müssen Sie genauer erklären.

Sie ergeben sich beispielsweise durch eine gesunde Ernährungsweise, einen engen sozialen Zusammenhalt oder auch insgesamt einen geringeren Konsum von Suchtmitteln. Es ist wichtig, zu wissen, dass Migranten und Migrantinnen oftmals jung und gesund sind, wenn sie zuwandern.

Aus den unterschiedlichen Ausgangslagen heraus haben sich verschiedene Perspektiven auf die Gesundheitsversorgung entwickelt. Wie sehen diese aus?

In der Forschung unterscheiden wir zwei Richtungen: Einerseits gibt es Ansätze, die sich gezielt auf Mig-

ranten beziehen, also spezifisch für Migranten angeboten werden. Dann gibt es die sogenannten sensitiven Ansätze, bei denen man die Angebote so gestalten möchte, dass sie offen für migrierte Menschen sind.

Können Sie Beispiele nennen?

Zu den spezifischen Ansätzen zählen gezielte Angebote für die psychologische Versorgung von Schutzsuchenden oder Screening-Angebote für Infektionskrankheiten. Der Klassiker ist hier das TBC-

screening, das als Erstuntersuchung sogar verbindlich im Infektionsschutzgesetz vorgeschrieben ist. Andere Beispiele sind Einrichtungen, die sich gezielt an die Bedarfe von Migranten richten, wie das Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie (ZIPP) als Teil des Diversity-Netzwerks der Charité. Ein mehrsprachiges Team aus Psychologen, Pflegekräften und Sozialarbeitern unterschiedlicher Herkunft sowie Dolmetschern versucht hier die bestmögliche Versorgung sicherzustellen. Vergleichbare Angebote gibt es inzwischen auch in vielen anderen deutschen Städten.

Identitätspolitik ist also beim Thema Gesundheit fehl am Platz?

Gesundheit ist ein universelles Thema. Deshalb sollte Identitätspolitik hier keine Rolle spielen, die getrennte Systeme für verschiedene Identitäten aufweist. Ansätze, die Menschen in Gruppen aufteilen, die etwa Migranten als „anders“ oder „Gefahr“ darstellen, führen zu schlechteren Ergebnissen, kosten mehr und produzieren höhere Gesundheitsrisiken für die gesamte Bevölkerung.

Wo ist eine derartige Behandlung in der Vergangenheit passiert?

Zum Beispiel bei der Gesundheitskarte. In manchen Bundesländern ist es übliche Praxis, Asylbewerber keinen Zugang zur Regelversorgung zu gewähren, sondern sie stattdessen durch das Sozialamt zuzuweisen. Kollegen aus Bielefeld und Heidelberg haben gezeigt, dass dies nicht nur zu gesundheitlichen Nachteilen führt, sondern auch kostspieliger ist. Es bedarf zusätzlicher Verwaltung, Synergien fallen weg.

Sie sprechen also von einer Identitätspolitik der konservativen Art. Wo hat diese noch geschadet?

Im Umgang mit Corona-Ausbrüchen in Flüchtlingsunterkünften. Entgegen der Empfehlung des Robert-Koch-Instituts wurde hier oftmals Massenquarantäne angeordnet.

Wie bei Alten- und Pflegeheimen auch.

Bei ihnen ist das vordergründige Ziel, das Virus gar nicht erst reinzulassen. Dies Massenquarantäne für Flüchtlingsunterkünfte hatte hingegen das Ziel, das Virus in den Unterkünften einzusperren. Damit wurde in Kauf genommen, alle Menschen einer derartigen Einrichtung einem höheren Infektionsrisiko auszusetzen – und dass durch dieses Vorgehen die Infektionsge-

fahr signifikant erhöht wurde, ist inzwischen nachgewiesen. Im Übrigen: Durch diese politische Entscheidung werden Schutzsuchende von ihrer Umgebung als Infektionsgefahr wahrgenommen.

Was ist Ihre Schlussfolgerung?

Gerade hier wird noch einmal deutlich: Ein Gesundheitsschutz aller gelingt am Besten, wenn keine Gruppen von diesem Schutz ausgeschlossen werden.

Wo liegen die größten Herausforderungen, um das deutsche Gesundheitssystem so inklusiv wie möglich zu gestalten?

Wie immer ist das eine Frage von Ressourcen. Wir haben eines der besten Gesundheitssysteme der Welt, stehen aber vor finanziellen Herausforderungen. Und wenn es um Gesundheit und Migration geht, sind wir eher im Mittelfeld angesiedelt, wie etwa ein bekanntes Indexsystem zeigt, der MIPEX (Migrant Integration Policy Index). Eine Chance, das Gesundheitssystem inklusiver zu gestalten, besteht darin, den Schwerpunkt von der Therapie von Erkrankungen mehr in Richtung Förderung von Gesundheit und Prävention zu verschieben. Wenn die Menschen mehr Jahre ihres Lebens gesund leben, spart das sehr viel Geld.

Und wie sieht es mit dem Willen zur Veränderung aus?

Da bin ich optimistisch. Die Gesundheitsversorgung als ein Bereich, in dem viele Millionen Menschen arbeiten, ist immer auch ein Spiegel der Gesellschaft. Immer mehr Anbieter, Ärzte, Kliniken, Krankenkassen, erkennen die Vorteile eines inklusiven Gesundheitssystems. Es vereinfacht die Arbeitsprozesse, sorgt für mehr Zufriedenheit bei Mitarbeitern und Kunden und führt zu besserer Qualität. Am Ende kann es sogar noch den Profit steigern. Wichtig ist, dass wir aufmerksam bleiben, wo besondere Bedarfe bestehen, wo inakzeptable gesundheitliche Unterschiede und Benachteiligungen bestehen, und dass wir genau hinsehen, welche Maßnahmen oder Veränderungen erfolgreich sind – oder auch nicht.

Das Gespräch führte Philipp Hauner.