



Die Beauftragte der Bundesregierung
für Migration, Flüchtlinge und
Integration

8. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland

(Juni 2010)

Inhalt

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	14
VORBEMERKUNG	21
I. INTEGRATIONSPOLITIK IN DER 16. LEGISLATURPERIODE	25
1. Querschnittsaufgabe Integration	25
1.1 Strategische Integrationspolitik: Umsetzung und Fortentwicklung des Nationalen Integrationsplans	26
1.1.1 Der erste Fortschrittsbericht zur Umsetzung des Nationalen Integrationsplans	26
1.1.2 Die Fortentwicklung des Nationalen Integrationsplans	28
1.2 Partizipative Integrationspolitik: Dialog mit Migrantinnen und Migranten	30
1.3 Kooperative Integrationspolitik: Die integrationspolitische Zusammenarbeit der Länder	32
2. Strukturdaten und Ausgangslage	35
2.1 Integration und demographischer Wandel: Die Zukunftsfähigkeit der Gesellschaft sichern	35
2.2 Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund: Kennzeichen und Struktur	36
2.2.1 Datenauswahl	36
2.2.2 Bevölkerung mit Migrationshintergrund	37
2.2.3 Altersstruktur	40
2.2.4 Geschlechtsstruktur	41
2.2.5 Generatives Verhalten und Geburtenzahlen	42
2.2.6 Pluralisierung der Lebens- und Familienformen	45
2.2.6.1 Familienstand	46
2.2.6.2 Bi-kulturelle Ehen	47
2.2.6.3 Familien- und Lebensformen	48
2.2.7 Herkunftsregionen	51
2.2.8 Aufenthaltsdauer	52
2.2.9 Regionale Verteilung	53
3. Monitoring	55
3.1 Grundlagen des Bundesweiten Integrationsmonitorings	56

3.2	Der Erste Integrationsindikatorenbericht zum Bundesweiten Integrationsmonitoring: Ergebnisse und Erfahrungen.....	58
3.3	Europäische Aktivitäten zur Erarbeitung von Integrationsindikatoren	60
3.4	Länderoffene Arbeitsgruppe „Indikatorenentwicklung und Monitoring“.....	62
3.5	Kommunale Aktivitäten im Bereich Integrationsmonitoring.....	64

II. INTEGRATION.....66

1.	Bildung.....	66
1.1	Frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung.....	69
1.1.1	Tagesbetreuung von Kindern mit Migrationshintergrund.....	75
1.1.2	Bildung, Betreuung und Erziehung von Kindern unter drei Jahren	78
1.1.3	Qualität frühkindlicher Bildung, Betreuung und Erziehung	81
1.1.4	Sprachförderung und sprachliche Bildung im Elementarbereich	83
1.2	Die schulische Bildung	87
1.2.1	Schülerinnen und Schüler mit ausländischer Herkunft/ Migrationshintergrund.....	90
1.2.2	Die Verteilung nach Schularten	91
1.2.3	Das Niveau der Schulabschlüsse	95
1.2.4	Jugendliche ohne schulische Abschlüsse	100
1.2.5	Bildungserfolg und soziale Lage.....	102
1.2.6	Integrationspolitische Fortschritte in der schulischen Bildung	104
1.3	Die Berufliche Bildung	111
1.3.1	Der Übergang von der Schule in die berufliche Bildung	113
1.3.2	Die Ausbildungsbeteiligung von jugendlichen Migranten.....	120
1.3.3	Die Ausbildungsbeteiligung von jungen Frauen.....	123
1.3.4	Die Ausbildungsbeteiligung nach Ausbildungsbereichen und Branchen	124
1.3.5	Jugendliche und junge Erwachsene mit Migrationshintergrund ohne Berufsabschluss	125
1.3.6	Beteiligung an berufsschulischen Angeboten	127
1.3.7	Berufsausbildung in Unternehmen von Migrantinnen und Migranten	128
1.3.8	Integrationspolitisches Handeln in der beruflichen Bildung	129
1.4	Hochschulbildung	136
1.4.1	Die Hochschulbildung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund.....	138
1.4.2	Ergebnisse der 19. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks.....	139

1.4.3	Bildungsausländer/innen an deutschen Hochschulen	144
2.	Arbeitsmarkt	147
2.1	Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials.....	151
2.2	Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund.....	154
2.3	Erwerbstätigkeit der Bevölkerung mit Migrationshintergrund.....	157
2.4	Selbstständigkeit von Migrantinnen und Migranten	159
2.5	Migrantinnen und Migranten nach Qualifikation, Wirtschaftszweigen und Stellung im Beruf	164
2.6	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung von Ausländerinnen und Ausländern	167
2.7	Weitere Beschäftigungsformen	172
2.7.1	Werkvertragsarbeitnehmer/-innen und Saisonbeschäftigte	172
2.7.2	Geringfügig beschäftigte Ausländerinnen und Ausländer	172
2.8	Erwerbslosigkeit und Arbeitslosigkeit	174
2.8.1	Erwerbslosigkeit von Migrantinnen und Migranten nach Mikrozensus	174
2.8.2	Daten zur Arbeitslosigkeit von Ausländerinnen und Ausländern	177
2.9	Verbesserung der Beschäftigungschancen von Personen mit Migrationshintergrund.....	180
2.9.1	Stärkung des Arbeitskräfteangebots von Personen mit Migrationshintergrund.....	181
2.9.2	Förderung des Arbeitskräfteangebots und Arbeitsförderung	183
2.10	Resümee	188
3.	Anerkennung von im Ausland erworbenen beruflichen Abschlüssen und Qualifikationen.....	189
3.1	Qualifizierungsinitiative für Deutschland (QID)	192
3.2	Eckpunktepapier der Bundesregierung	192
3.3	Schätzung zur Größe des betroffenen Personenkreises	194
3.4	Rechtliche Rahmenbedingungen für Verbesserungen in der Anerkennungspraxis.....	196
3.4.1	Das Gesetz über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge (Bundesvertriebenengesetz (BVFG) – Anspruch auf Durchführung von Anerkennungsverfahren für alle Berufe.....	198
3.4.2	Die EU-Richtlinie 2005/36/EG – ein rechtlich verbindliches Anerkennungssystem für reglementierte Berufe innerhalb der Europäischen Union	198
3.4.3	Das Berufsbildungsgesetz (BBiG) und bilaterale Abkommen.....	202

3.4.4	Die freizügigkeits-, aufenthalts- und flüchtlingsrechtlichen EU-Richtlinien und ihre Gleichbehandlungsgebote für Drittstaatsangehörige	203
3.4.5	Die Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) und das Staatenlosenübereinkommen der Vereinten Nationen – Meistbegünstigungsklauseln als völkerrechtliche Verpflichtungen	207
3.4.6	Das Lissabonner Anerkennungsübereinkommen	207
3.5	Handlungsfelder für Verbesserungen in der Anerkennungspraxis und in der Kompetenzerfassung und -feststellung.....	208
3.5.1	Heilberufe	208
3.5.2	Handwerk	214
3.5.3	Freie Wohlfahrtspflege	216
3.5.4	Arbeitsverwaltung.....	216
4.	Wirtschaftliche Lage und Einkommen	217
4.1	Haushaltseinkommen	218
4.2	Armutrisiko.....	222
4.3	Besonders armutsgefährdete Gruppen	223
5.	Integrationsförderung.....	226
5.1	Europäische Integrationspolitik.....	226
5.1.1	Instrumente der europäischen Integrationspolitik	227
5.1.2	Der Europäische Integrationsfonds (EIF)	229
5.1.3	Europäische Ministerkonferenzen zum Thema Integration.....	232
5.1.4	Stockholmer Programm.....	234
5.1.5	Deutsch-französische Zusammenarbeit in der Integrationspolitik.....	236
5.1.6	Fazit.....	236
5.2	Integrationsförderung des Bundes.....	237
5.2.1	Integrationskurse	237
5.2.1.1	Teilnehmerkreis	238
5.2.1.2	Bedarfsgerechtes Angebot	240
5.2.1.3	Kursabschluss	242
5.2.1.4	Rahmenbedingungen	245
5.2.2	ESF-BAMF-Programm	251
5.2.3	Migrationsberatung.....	254
5.2.3.1	Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderer (MBE)	254
5.2.3.2	Jugendmigrationsdienste (JMD)	257
5.2.4	Integrationsvereinbarung.....	259

6.	Integration vor Ort – Segregation, Stadtentwicklungspolitik und kommunale Integrationspolitik.....	260
6.1	Segregation und Wohnsituation.....	261
6.2	Stadtentwicklungspolitik	267
6.2.1	Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf - Soziale Stadt“	268
6.2.2	ESF-Bundesprogramm „Soziale Stadt – Bildung, Wirtschaft, Arbeit im Quartier (BIWAQ)	269
6.2.3	Forschungsschwerpunkt „Integration und Stadtteilpolitik“ im Experimentellen Wohnungs- und Städtebau (ExWoSt)	269
6.3	Integrationspolitik in den Kommunen.....	271
6.3.1	Kommunale Integrationspolitik: Herausforderungen und Schwerpunkte.....	271
6.3.2	Aktivitäten der kommunalen Spitzenverbände und Städtenetzwerke.....	277
6.3.3	Kommunalpolitische Aktivitäten der Bundesländer	280
6.3.4	Aktivitäten und Empfehlungen der Beauftragten	282
7.	Bürgerschaftliches Engagement von Migrantinnen und Migranten	284
7.1	Partizipation von Migrantinnen und Migranten am bürgerschaftlichen Engagement.....	284
7.2	Forschungsergebnisse zum Engagement von Migrantinnen und Migranten	285
7.2.1	Engagement Jugendlicher mit Migrationshintergrund.....	289
7.2.2	Forschungen zum bürgerschaftlichen Engagement: Ausblick und Forschungsdesiderate	290
7.3	Aktivierende Politik: Rahmenbedingungen verbessert – neue Projekte gestartet	291
7.3.1	Partizipationsfördernde Engagementpolitik	293
7.3.2	Interkulturelle Öffnung von Strukturen bürgerschaftlichen Engagements	297
8.	Interkulturelle Öffnung.....	300
8.1	Die interkulturelle Öffnung des öffentlichen Dienstes	300
8.2	Kultursensible Altenhilfe	307
8.2.1	Alternde Migrantenbevölkerung.....	307
8.2.2	Generationsbeziehungen in der zweiten Lebenshälfte	308
8.2.3	Die interkulturelle Öffnung der Altenhilfe	309
8.2.4	Das Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe.....	311
8.2.5	Forum für eine kultursensible Altenhilfe.....	312

8.2.6	Vernetzungstagung des Forums für eine kultursensible Altenhilfe	313
8.2.7	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz	314
8.2.7.1	Pflegestützpunkte	314
8.2.7.2	„Pflegeroten“	315
8.3	Jugendverbände	315
8.3.1	Interkulturelle Öffnung der Jugendverbände	316
8.3.1.1	Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung der Jugendverbände	318
8.3.2	Migrantenjugendorganisationen	320
8.4	Interkulturelle Öffnung im Sport	324
8.4.1	Die Ausgangslage	324
8.4.2	Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung im Sport	326
8.4.2.1	Maßnahmen der Sportverbände	327
8.4.2.2	Maßnahmen der Sportvereine	329
8.4.3	Eigenethnische Sportvereine als Akteure	330
8.4.4	Aktivitäten der Politik	332
8.4.4.1	Die Bundesländer als Akteure	332
8.4.4.2	Initiativen des Bundes	334
9.	Migration und Gesundheit	336
9.1	Gesundheitliche Lage der Menschen mit Migrationshintergrund	337
9.1.1	Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes	337
9.1.2	Ergebnisse des Integrationsindikatorenberichts für den Bereich Gesundheit	339
9.1.2.1	Gesundheitszustand	340
9.1.2.2	Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsvorsorge	341
9.1.2.3	Gesundheitliche Risikofaktoren	341
9.1.3	Die Studie „Migration und Gesundheit“	342
9.1.4	Forschungsbericht zur rehabilitativen Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund	343
9.1.5	Studie Gesundheit – Gewalt – Migration	344
9.2	Gesundheits- und Pflegeberichterstattung	345
9.3	Der Nationale Integrationsplan und der Nationale Aktionsplan Integration	348
9.4	Strategie zur Förderung der Kindergesundheit	350
9.5	Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie	352
9.6	Kultursensible Maßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Bereich Sexualaufklärung und Familienplanung	354
9.7	Interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens	355

9.8	Beschluss der Integrationsministerkonferenz der Länder zur Verbesserung des Zugangs zum Gesundheitswesen von Migrantinnen.....	356
9.9	Empfehlungen zur Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Krankenhaus	357
9.10	Berufsausübungserlaubnis und Approbation von Drittstaatsangehörigen in akademischen Heilberufen	362
9.10.1	Rechts- und Anwendungsprobleme bei der Erteilung der Berufsausübungserlaubnis	363
9.10.1.1	Rechtsprobleme mit Blick auf das Sekundärrecht der Europäischen Union zu Drittstaatsangehörigen	364
9.10.1.2	Nationale Aufenthaltstitel	366
9.10.2	Rechts- und Anwendungsprobleme bei der Erteilung der Approbation	369
10.	Medien und Integration.....	371
10.1	Mediale Integration: Nutzung, Produktion, Inhalte	371
10.2	Die Forschungssituation in Deutschland	372
10.3	Mediennutzung – Medienrezeption – Medienwirkungen.....	374
10.3.1	Mediennutzung	374
10.3.2	Medienschaffende	378
10.3.3	Medieninhalte	380
11.	Antidiskriminierung	382
11.1	Erwerbstätigkeit und Arbeitsmarkt.....	385
11.2	Zivilrecht.....	389
11.3	Ungleichbehandlungen bei Wohnungssuche und Vermietung	389
11.4	Diskriminierungen im öffentlichen Raum: Verwaltungen und Behörden	390
12.	Kriminalität und Fremdenfeindlichkeit	391
12.1	Gewalt gegen Frauen	391
12.1.1	Häusliche Gewalt.....	391
12.1.2	Zwangsverheiratung	396
12.1.2.1	Datenlage	396
12.1.2.2	Fortschrittsbericht zum Nationalen Integrationsplan.....	397
12.1.2.3	Leitfaden für Schulen.....	400
12.1.2.4	Zwangsverheiratung als besonders schwerer Fall der Nötigung	401
12.1.2.5	Der Koalitionsvertrag der 17. Legislaturperiode zwischen CDU, CSU und FDP	402
12.1.2.6	Rückkehrrecht von Heiratsverschleppten	403

12.1.3	Genitalverstümmelung.....	403
12.1.3.1	Beschlussantrag zur wirksamen Bekämpfung der Genitalverstümmelung.....	404
12.1.3.2	Das zweite Opferrechtsreformgesetz	405
12.1.3.3	Gesetzentwurf des Bundesrates Strafrechtsänderungsgesetz – Strafbarkeit der Verstümmelung weiblicher Genitalien	406
12.2	Fremdenfeindliche Straftaten	407
12.2.1	Datenlage	407
12.2.2	Rechte Gewaltkriminalität, Rechtsextremismus und Gegenmaßnahmen.....	410
12.2.2.1	Regionale Verteilung rechts motivierter Kriminalität	410
12.2.2.2	Rechtsextremistische Bestrebungen und Verdachtsfälle.....	411
12.2.2.3	Menschenfeindliche Einstellung	412
12.2.2.4	Maßnahmen der Bundesregierung: Bundesprogramme und Initiativen der Bundesministerien.....	413
12.2.2.5	VIELFALT TUT GUT. Jugend für Vielfalt, Toleranz und Demokratie	413
12.2.2.6	Bundesprogramm „kompetent. für Demokratie – Beratungsnetzwerke gegen Rechtsextremismus“	415
12.2.2.7	Bundesprogramm XENOS	416
12.2.2.8	Initiative „Orte der Vielfalt“: eine bundesweite kommunikative Strategie zur Stärkung von Vielfalt, Toleranz und Demokratie	417
12.2.2.9	Bündnis für Demokratie und Toleranz – gegen Extremismus und Gewalt	418
12.2.2.10	Bundeszentrale für politische Bildung.....	419
12.2.2.11	Nationaler Aktionsplan zur Bekämpfung von Rassismus, Fremdenfeindlichkeit und Antisemitismus	420
12.3	Kriminalität.....	421
12.3.1	Polizeiliche Kriminalstatistik und Strafverfolgungsstatistik.....	421
12.3.2	Binnendifferenzierung der nichtdeutschen Tatverdächtigen.....	425
12.3.2.1	Kriminalitätsbelastung von Ausländerinnen und Ausländern nach Aufenthaltsstatus	425
12.3.2.2	Kriminalitätsbelastung von Ausländerinnen und Ausländern nach Altersgruppen	427
12.3.3	Gewaltphänomene bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund	429
12.3.4	Maßnahmen der Kriminal- und Gewaltprävention	430
12.3.5	Verbesserung der Datenlage zur Kriminalitätsbelastung.....	432
13.	Muslime in Deutschland und Deutsche Islam Konferenz.....	434
13.1	Die muslimische Bevölkerung in Deutschland.....	434

13.2	Die Deutsche Islam Konferenz	435
13.2.1	Die Deutsche Islam Konferenz I	435
13.2.2	Die Deutsche Islam Konferenz II	437
13.3	Empfehlungen des Wissenschaftsrats zur Einrichtung theologisch orientierter Islamischer Studien an staatlichen Hochschulen	438
III. ENTWICKLUNG DES RECHTS		441
1.	Entwicklungen im Staatsangehörigkeitsrecht	441
1.1	Allgemeiner Überblick und statistische Entwicklungen	441
1.2	Anwendung des Staatsangehörigkeitsrechts	444
1.2.1	Einbürgerung	444
1.2.1.1	Anforderungen an die Deutschkenntnisse	444
1.2.1.2	Anrechenbare Aufenthaltszeiten	446
1.2.1.3	Hinnahme von Mehrstaatigkeit	447
1.2.1.4	Kenntnisse der Rechts- und Gesellschaftsordnung und der Lebensverhältnisse in Deutschland – „Einbürgerungstest“	448
1.2.1.5	Sicherung des Lebensunterhalts	451
1.2.1.6	Einbürgerungserleichterungen bei erfolgreichem Abschluss des Integrationskurses und bei besonderen Integrationsleistungen	455
1.2.2	Optionsverfahren	456
1.3	Änderungen im Staatsangehörigkeitsrecht	460
2.	Entwicklungen im Aufenthaltsrecht	463
2.1	Sicherung des Lebensunterhalts als Voraussetzung für die Erteilung und Verlängerung von Aufenthaltstiteln	463
2.1.1	Berechnung des Lebensunterhalts nach dem Aufenthaltsgesetz	463
2.1.2	Europarechtliche Einflüsse	465
2.1.3	Fragen zur Sicherung des Lebensunterhalts bei Familien	467
2.2	Ehegattennachzug	469
2.2.1	Statistische Entwicklung	469
2.2.2	Anwendung der Neuregelungen	470
2.2.2.1	Erwerb von Deutschkenntnissen und Sprachtestangebote im Ausland	470
2.2.2.2	Rechtsprechung	474
2.2.3	Parlamentarische Befassung	478
2.3	Besondere aufenthaltsrechtliche Regelungen für Jugendliche und Heranwachsende	479
2.3.1	Eigenständige Aufenthaltsverfestigung mit Aufenthaltserlaubnis	479
2.3.2	Absehen bzw. Modifizierung von Erteilungsvoraussetzungen	482

2.4	„Verwurzelungsfälle“ im Aufenthaltsgesetz.....	483
2.5	Sperrwirkung gegen die Erteilung eines Aufenthaltstitels.....	486
2.6	Bleiberechtsregelung der Konferenz der Innenminister/-innen und -senatoren/-innen (IMK) und die gesetzliche Altfallregelung.....	486
2.7	Jüdische Zuwanderung	491
2.7.1	Rechtliche Grundlagen	492
2.7.2	Aufnahmeverfahren seit Inkrafttreten des Zuwanderungsgesetzes....	493
2.7.3	Beirat „Jüdische Zuwanderung“	494
2.7.4	Evaluierung des Aufnahmeverfahrens.....	494
2.7.4.1	Integrationsprognose und Punktesystem	495
2.7.4.2	Zweitanträge.....	496
2.8	Ausländerinnen und Ausländer ohne Aufenthaltsstatus	497
2.8.1	Datenlage	498
2.8.2	Aufenthaltsrechtliche Lage der Ausländerinnen und Ausländer ohne Papiere	499
2.8.3	Gesundheitsversorgung	500
2.8.4	Bildung	503
2.8.5	Durchsetzung von Lohnansprüchen	505
3.	Arbeitsmigrationssteuerungsgesetz (ArbMigStG)	506
3.1	Politischer Hintergrund und Daten.....	506
3.2	Die zentralen rechtlichen Regelungen des ArbMigStG.....	510
4.	Rechtsstellung der Unionsbürgerinnen und -bürger und anderer europarechtlich privilegierter Personen	513
4.1	Unionsbürgerinnen und Unionsbürger.....	513
4.1.1	Übergangsfristen im Bereich der Arbeitnehmerfreizügigkeit gegenüber Unionsbürgerinnen und -bürgern aus den neuen Mitgliedstaaten	513
4.1.2	Umsetzung der „Unionsbürgerrichtlinie“ 2004/38/EG	514
4.1.3	Koordinierendes Sozialrecht.....	515
4.2	Assoziationsrecht	516
4.2.1	Beschäftigung und Aufenthalt.....	516
4.2.1.1	EuGH-Urteil „Payir“.....	516
4.2.1.2	EuGH-Urteil „Genc“	517
4.2.1.3	EuGH-Urteil „Bekleyen“	518
4.2.2	Visa	519
4.2.3	Gebühren	521
5.	Asyl- und Flüchtlingsrecht	522
5.1	Aufnahme irakischer Flüchtlinge.....	522

5.2	Widerrufsverfahren	524
5.3	Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft aufgrund von Verfolgung wegen der Religion nach der Richtlinie 2004/83/EG („Qualifikationsrichtlinie“)	528
5.4	Zuerkennung des subsidiären Schutzes nach der Richtlinie 2004/83/EG („Qualifikationsrichtlinie“)	529
5.5	Anwendung der Verordnung (EG) Nr. 343/2003 („Dublin II-VO“) nach dem Asylverfahrensgesetz.....	532
5.5.1	Fragen des effektiven Rechtsschutzes gegen eine Überstellung	533
5.5.2	Andere Anwendungsfragen	535
5.6	Familienasyl und Familienflüchtlingsschutz sowie Erstreckung der Regelungen auf subsidiär geschützte Personen	536
5.7	Verhängung von Wohnsitzauflagen.....	537
5.8	Interpretatorische Erklärung der Bundesrepublik Deutschland zur UN-Kinderrechtskonvention.....	538
5.9	Besonders schutzwürdige Personengruppen aus dem Kosovo.....	539
6.	Sozialrecht und Familienleistungen	540
6.1	Ausbildungsförderung.....	540
6.2	Asylbewerberleistungsgesetz	541
6.2.1	Entwicklung in der Rechtsprechung zu § 2 AsylbLG	541
6.2.2	Beträgeanpassung	543
6.2.3	Sachleistung.....	544
6.3	Familienleistungen.....	544
7.	Rechtliche und politische Entwicklungen auf der Ebene der Europäischen Union	546
7.1	Vorschlag für eine Rahmenrichtlinie zu Arbeitnehmerrechten und einem einheitlichen Antragsverfahren für eine kombinierte Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis	549
7.2	Hochqualifizierten-Richtlinie / Blaue Karte („Blue Card-Richtlinie“)	551
7.3	Richtlinie zu Sanktionen gegen Arbeitgeber, die illegal aufhältige Personen beschäftigen.....	552
7.4	Einheitliche Gestaltung des Aufenthaltstitels für Drittstaatenangehörige	554
7.5	Visakodex.....	554
7.6	Vorschlag für eine Richtlinie zur Erstreckung der Daueraufenthaltsrichtlinie auf anerkannte Flüchtlinge und subsidiär Geschützte	555
7.7	Vorschlag für eine „Qualifikationsrichtlinie“ zum internationalen Schutz	556

7.7.1	Voraussetzungen für die Zuerkennung eines Schutzstatus.....	556
7.7.2	Gleichstellung subsidiär Geschützter mit anerkannten Flüchtlingen hinsichtlich der Folgerechte nach Kapitel VII	558
7.8	Vorschlag für eine Asylverfahrensrechtsrichtlinie	562
7.9	Vorschlag für eine Richtlinie zu Aufnahmebedingungen von Asylbewerbern.....	562
7.10	Vorschlag für die „Dublin III-Verordnung“	563
7.11	Eurodac-Verordnung	564
7.12	Europäisches Unterstützungsbüro für Asylfragen.....	564
7.13	Rückführungsrichtlinie	565

Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.	am angegebenen Ort
ABI	Amtsblatt
Abs.	Absatz
AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
AFBG	Gesetz zur Förderung der beruflichen Aufstiegsfortbildung
a.F.	alte Fassung
ArbMigStG	Arbeitsmigrationssteuerungsgesetz
ArGV	Arbeitsgenehmigungsverordnung
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylVfG	Asylverfahrensgesetz
AsylZBV	Asylzuständigkeitsbestimmungsverordnung
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
AuslG	Ausländergesetz
AVV	Allgemeine Verwaltungsvorschrift
Az	Aktenzeichen
AZR	Ausländerzentralregister
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAföG	Bundesausbildungsförderungsgesetz
BAG	Bundesarbeitsgericht
BAGFW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BEGG	Bundeselterngeld- und -elternzeitgesetz
BErzGG	Bundeserziehungsgeldgesetz
BeschVerfV	Beschäftigungsverfahrenverordnung
BeschV	Beschäftigungsverordnung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BiB	Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung beim Statistischen Bundesamt
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BIBER	Bildung – Beratung – Erziehung; onlinegestützte medienpädagogische Qualifizierungsmodule für Kindergarten und Grundschule

BLK	Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung
BQF	Programm „Kompetenzen fördern – Berufliche Qualifizierung für Zielgruppen mit besonderem Förderbedarf, BMBF
BQN	Berufliche Qualifizierungsnetzwerke
BR-Drs.	Bundesratsdrucksache
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
BVA	Bundesverwaltungsamt
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BVFG	Bundesvertriebenen- und Flüchtlingsgesetz
BSG	Bundessozialgericht
CITO	Center für International Testing und Entwicklung
CLIP	Cities for local integration policies: Europäisches Städtenetzwerk für kommunale Integrationspolitik
DAAD	Deutscher Akademischer Austauschdienst
DA-FamEStG	Dienstanweisung zur Durchführung des Familienleistungsausgleichs nach dem X. Abschnitt des Einkommensteuergesetzes
DaZ	Deutsch als Zweitsprache
DFB	Deutscher Fußball-Bund
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
Difu	Deutsches Institut für Urbanistik
DIHK	Deutscher Industrie- und Handelskammertag
DITIB	Türkisch-Islamische Union der Anstalt für Religion, e.V.
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DJI	Deutsches Jugendinstitut
DOSB	Deutscher Olympischer Sportbund
DSJ	Deutsche Sportjugend
DST	Deutscher Städtetag
DTB	Deutscher Turner-Bund
DVU	Deutsche Volksunion
ebd.	ebenda

EBRF	Europäische Stelle zur Beobachtung von Rassismus und Fremdenfeindlichkeit (= EUMC: European Monitoring Center on Racism and Xenophobia)
E&C	Entwicklung und Chancen für junge Menschen in sozialen Brennpunkten
ECRE	European Council on Refugees in Exiles
ECRI	Europäische Kommission gegen Rassismus und Intoleranz
EFF	Europäischer Flüchtlingsfonds
efms	european forum for migration studies, Institut der Universität Bamberg
EG	Europäische Gemeinschaft
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
EQJ	Einstiegsqualifizierung Jugendlicher
ESF	Europäischer Sozialfond
EStG	Einkommensteuergesetz
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EUMC	European Monitoring Center on Racism and Xenophobia
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions
e. V.	eingetragener Verein
EVS	Einkommens- und Verbraucherstichprobe
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
ExWoSt	Experimenteller Wohn- und Städtebau
f.	folgende
ff.	fortfolgende
FörMig	Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund
FreizügG	Freizügigkeitsgesetz
GARP	Government Assisted Repatriation Program
GdW	Bundesverband deutscher Wohnungsunternehmen e.V.
GeB	Geringfügig entlohnte Beschäftigte
GER	Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen für Sprachen
GEW	Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft
GFK	Genfer Flüchtlingskonvention
GG	Grundgesetz

GMF	Gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit (Survey, Bielefelder Institut für interdisziplinäre Konflikt- u. Gewaltforschung)
GSiG	Grundsicherungsgesetz gsub Gesellschaft für soziale Unternehmensberatung mbH
GUS	Gemeinschaft unabhängiger Staaten
GVBl	Gesetz- und Verordnungsblatt
HAVAS	Hamburger Verfahren zur Analyse des Sprachstandes bei 5-Jährigen
HDE	Hauptverband des Deutschen Einzelhandels
HIPPY	Home Instruction for Parents of Pre-school Youngsters
HIS	Hochschul-Informationssystem GmbH
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit
IdA	Integration durch Austausch
IDA	Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismuserbeit e.V.
i.d.R.	in der Regel
IfS	Institut für Stadtforschung und Strukturpolitik GmbH
IG	Industriegewerkschaft
IGLU	Internationale-Grundschul-Leseuntersuchung
IGMG	Islamische Gemeinschaft Milli Görüs
IHK	Industrie- und Handelskammer
ILO	International Labour Organization (Internationale Arbeitsorganisation)
IMK	Innenministerkonferenz / Konferenz der Innenminister und -senatoren
InfAusIR	Informationsbrief Ausländerrecht
INTI	European Fund for the Integration of the third-country nationals („Integration von Drittstaatsangehörigen)
IntV	Integrationskursverordnung
InWIS	Institut für Wohnungswesen, Immobilienwirtschaft, Stadt- und Regionalentwicklung, Ruhr-Universität Bochum
IQ Programm	„Integration durch Qualifikation“
i.S.v.	im Sinne von
IT-ArGV	Verordnung über die Arbeitsgenehmigung für hoch qualifizierte ausländische Fachkräfte der Informations- und Kommunikationstechnologie

i.V.m.	in Verbindung mit
IZA	Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit GmbH
JMD	Jugendmigrationsdienste
KAUSA	Koordinierungsstelle Ausbildung in Ausländischen Unternehmen
KFOR	Kosovo Forces
KGSt	Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung
KJP	Kinder- und Jugendplan des Bundes
KMK	Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder (Kultusministerkonferenz)
KOM	(EU-)Kommission
LOS	Lokales Kapital für soziale Zwecke, Programm im Rahmen von E&C
MBE	Migrationsberatung für Erwachsene
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
m.w.N.	mit weiteren Nachweisen
MZG	Mikrozensusgesetz
NGO	Non Government Organisation / Nichtregierungs- (regierungsunabhängige) Organisation
NIP	Nationaler Integrationsplan
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
NPD	Nationaldemokratische Partei Deutschlands
NQI	Nationale Qualitätsinitiative
NRO	Nichtregierungsorganisation
NRW	Nordrhein-Westfalen
NVwZ	Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht
OBS	Otto Benecke Stiftung e.V.
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
OSZE	Organisation für Sicherheit und Zusammenarbeit in Europa

OVG	Oberverwaltungsgericht
PISA	Programme for International Student Assessment
PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik
PMK	Politisch motivierte Kriminalität (Deliktgruppe)
PROSA	Projekt „Altersspezifische Sprachaneignung“
PStG	Personenstandsgesetz
REAG	Reintegration and Emigration Program for Asylum Seekers in Germany
S.	Seite/Satz
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannt
s.o.	siehe oben
SOEP	Sozioökonomisches Panel des DIW
SPI	Stiftung Sozialpädagogisches Institut
StAG	Staatsangehörigkeitsgesetz
StGB	Strafgesetzbuch
s.u.	siehe unten
TAG	Tagesbetreuungsausbaugesetz
TBB	Türkischer Bund Berlin-Brandenburg
TD-IHK	Deutsch-Türkische Handelskammer
TIDAF	Verband Türkisch-Europäischer Unternehmervereine e.V.
TKS	Test zur Komparativen Sprachentwicklungs- und Förderdiagnostik
TOBB	Türkische Kammer für Handel, Industrie, Seehandel und Warenbörsen
TransKiGs	Stärkung der Bildungs-/Erziehungsqualität in Kindertageseinrichtungen und Grundschulen und Gestaltung des Übergangs
Tsd.	Tausend
TÜSIAD	Verband türkischer Industrieller und Unternehmer U 3 Bereich der Tagesbetreuung für Kinder im Alter unter drei Jahren
u.a.	unter anderem / und andere
u.ä.	und ähnliche

UN	United Nations
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen
UNMIK	UN-Verwaltung im Kosovo
usw.	und so weiter
u.U.	unter Umständen
v.a.	vor allem
VG	Verwaltungsgericht
VGH	Verwaltungsgerichtshof
vgl.	vergleiche
VIKZ	Verband der Islamischen Kulturzentren e.V.
VN	Vereinte Nationen
VO(EWG)	Verordnung des Rates der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft
VO/EG	(später) Verordnung des Rates der Europäischen Gemeinschaft
WSI	Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut der Hans- Böckler-Stiftung
WZB	Wissenschaftszentrum Berlin
ZAR	Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik
z.B.	zum Beispiel
ZdJ	Zentralrat der Juden in Deutschland
ZfT	Stiftung Zentrum für Türkeistudien
ZP	Zusatzprotokoll
z.T.	zum Teil
ZuwG	Zuwanderungsgesetz
ZVS	Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen
ZWSt	Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland

Migrationshintergrund sowie für Sportverbände und -vereine mit konkreten Tipps erarbeiten. Diese Handreichung will sowohl mit konkreten Anregungen und Beispielen über das Angebot kultursensibler Sportarten informieren als auch Hinweise geben, wie Frauen und Mädchen aus Zuwandererfamilien gezielter erreicht werden können. Die Unterstützung der Vereine durch die Sportverbände bleibt darüber hinaus auch in den kommenden Jahren ein entscheidender Faktor bei der interkulturellen Öffnung des Sports.

9. Migration und Gesundheit

Der stetig wachsende Anteil von Menschen aus Zuwandererfamilien an der Bevölkerung macht auch den Gesundheitsbereich in mehrfacher Hinsicht zu einem wichtigen Thema der Integrationspolitik. Ebenso wie die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund haben Migrantinnen und Migranten einen Anspruch auf Zugang zu den Angeboten des Gesundheitswesens: Sie haben einen Anspruch auf eine angemessene gesundheitliche Versorgung und Vorsorge. Eine gute gesundheitliche Versorgung auch für Migrantinnen und Migranten kann nach einhelliger Auffassung zudem zur Kostenentlastung im Gesundheitswesen beitragen, weil sie teure Über-, Unter- und Fehlversorgung verringert.

Voraussetzung dafür ist, dass sich die Einrichtungen des Gesundheitswesens interkulturell öffnen. Aus integrationspolitischer und auch aus gesundheitspolitischer Sicht ist dabei ein zentrales Element, Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zu den Gesundheitsberufen zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang ist sowohl die Anerkennung von im Ausland erworbenen Abschlüssen in den Gesundheitsberufen zu prüfen (vgl. Kapitel II 3.5.1) als auch die Möglichkeit für Drittstaatsangehörige sich in Deutschland in den akademischen Heilberufen zu approbieren (vgl. Kapitel II 9.10.2). Dies ist schon vor dem Hintergrund eines Mangels an Ärzten und anderen Fachkräften im Gesundheitssektor angezeigt.

9.1 Gesundheitliche Lage der Menschen mit Migrationshintergrund

9.1.1 Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Mit dem Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zum Thema Migration und Gesundheit liegt erstmalig ein umfassender Bericht zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund vor.⁶³⁹ Der Bericht versteht sich als Ergänzung für den Gesundheitsbereich des hier vorliegenden Berichts der Beauftragten über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Er wertet vorhandene Datenquellen der amtlichen Statistik, soweit sie gesundheitsbezogene Aussagen zu Menschen mit Migrationshintergrund treffen, aus. Die meisten dieser Quellen lassen nur die grobe Unterscheidung deutsche versus ausländische Staatsangehörigkeit zu. Das Kriterium Migrationshintergrund wird oft nicht erfasst. Auch eine Differenzierung nach unterschiedlichen Herkunftsländern sowie sozioökonomischem Status ist anhand der vorhandenen Daten nur zum Teil möglich.

Der Schwerpunktbericht geht von der Annahme aus, dass sich der Migrationshintergrund sowohl auf das Krankheitsrisiko auswirken kann, als auch die Chance darauf eine angemessene Therapie zu erhalten. Es werden besondere Risiken wie sie z. B. durch Belastungen wie ungünstige Arbeitsbedingungen oder die Anstrengung sich in einer fremden Kultur zurechtzufinden auftreten können, vermutet. Die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung kann unter anderem durch Sprachbarrieren erschwert sein. Im Mittelpunkt des Berichts steht die Frage, worin die besonderen Gesundheitsbelastungen der Menschen mit Migrationshintergrund bestehen und wie sie sich von denen der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund unterscheiden. . Nach Unterschieden wurde bei den gesundheitlichen Risiken, bei der Art der Erkrankungen sowie bei den Zugangsmöglichkeiten zu den Angeboten der Gesundheitsversorgung gesucht.

Zu den untersuchten Merkmalen gehören die Sterblichkeit mit ihren unterschiedlichen Ursachen, von der Müttersterblichkeit bis hin zur Unfallsterblichkeit im Straßenverkehr, einzelne Erkrankungen wie Infektionskrankheiten, Unfallverletzungen oder das Risiko- und Gesundheitsverhalten in Bezug auf z. B. Übergewicht oder Suchtmittelgebrauch

⁶³⁹ Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zum Thema Migration und Gesundheit, Robert Koch-Institut, Berlin, 2008.

sowie Zugangsmöglichkeiten zu den Angeboten der Prävention und Gesundheitsversorgung.

Der Bericht fand im Ergebnis tatsächlich zum Teil höhere Gesundheitsrisiken bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Allerdings ist es nicht die Migration als solche die krank macht. Neben gesundheitsriskanten Verhaltensweisen sind es vielmehr Gründe und Umstände der Migration sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Menschen mit Migrationshintergrund, die zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen können. Häufig kommen Faktoren, die mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status zusammenhängen zum Tragen. Einfluss haben kann z. B. die Ausübung einer gesundheitsgefährdenden beruflichen Tätigkeit, Arbeitslosigkeit oder eine ungünstige Wohnsituation, die wiederum schlechtere Zugangsmöglichkeiten zu den Angeboten der gesundheitlichen Vorsorge und Versorgung zur Folge haben kann. Menschen mit Migrationshintergrund nehmen gesundheitliche Präventionsleistungen in geringerem Maß in Anspruch als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Dies gilt für Vorsorgeuntersuchungen für Kinder wie auch für die Krebsvorsorgeuntersuchungen bei Erwachsenen. Der Zugang zum Gesundheitssystem kann durch Kommunikationsprobleme, wie Sprachbarrieren und Informationslücken, aber auch durch ein anderes Krankheitsverständnis oder strukturelle Vorgaben wie dem aufenthaltsrechtlichen Status erschwert sein oder auf die generell schwerere Erreichbarkeit bestimmter sozialer Gruppen zurückzuführen sein.

Gesundheitsrisiken, die auf einen schwierigeren Zugang zum Gesundheitssystem zurückgeführt werden können, sind zum Beispiel Todesfälle im Zusammenhang mit der Geburt und im ersten Lebensjahr. Ein anderes Beispiel für höhere Gesundheitsrisiken sind Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, bei denen die höhere Zahl an Erkrankungen bei Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit mit verschiedenen Faktoren erklärt wird. So wird eine Erstinfektion bereits in der Kindheit im Herkunftsland vermutet, die in Kombination mit beengten Wohnverhältnissen und einer qualitativ mangelhaften Ernährung das Infektionsrisiko erhöht und die allgemeine Abwehrlage schwächt.

Ein erhöhtes Gesundheitsrisiko lässt sich im Zusammenhang mit der Migration auch bei psychosozialen Belastungen, die durch die Trennung von der Familie, durch Fremdenfeindlichkeit oder die politische Verfolgung oder Folter im Herkunftsland verursacht sind, feststellen.

Die Befunde bezüglich der gesundheitlichen Gefährdung von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit Migrationshintergrund sind recht uneinheitlich. Berichtet werden beispielsweise höhere Erkrankungsraten an Tuberkulose, eine stärkere Betroffenheit von Übergewicht und Adipositas und eine seltenere Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Andererseits sind Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund seltener (chronisch) krank und leiden seltener unter Asthma, Neurodermitis und Heuschnupfen.

Höhere Gesundheitsrisiken stellte der Bericht bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien fest. Für Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund trifft dies überproportional häufig zu. Hier finden sich Faktoren, wie ungesundes Ernährungsverhalten und körperliche Inaktivität als Ursachen. Hinzu kommt bei diesen Kindern und Jugendlichen, dass in einer Lebensphase, die ohnehin durch vielfältige Entwicklungsanforderungen gekennzeichnet ist, migrationsbedingte Anpassungsleistungen gefordert werden.

Frauen mit Migrationshintergrund sind besonders von Mehrfachbelastungen betroffen, die sich aus der ungünstigen Arbeitssituation und Konflikten mit der Familie in einem fremden kulturellen Umfeld ergeben. Die Gesundheitszufriedenheit von Frauen mit Migrationshintergrund verschlechtert sich mit zunehmendem Alter und Leben in der Migration überdurchschnittlich stark. Dies spiegelt sich in der Altersgruppe ab 40 Jahren auch in einer höheren Krankenquote und häufiger auftauchenden Risikofaktoren wie Adipositas wider.

Bei älteren Migrantinnen und Migranten stellt der Bericht einen vergleichsweise schlechten Gesundheitszustand und möglicherweise hohen Pflegebedarf fest. Für sie kann das Altern in Deutschland mit starken familiären und psychosozialen Belastungen verbunden sein.

9.1.2 Ergebnisse des Integrationsindikatorenberichts für den Bereich Gesundheit

Auch im Ersten Integrationsindikatorenbericht der Bundesregierung wurde die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund dargestellt.⁶⁴⁰ Hierzu wurden gesundheitsbezogene Daten verwandt, sofern sie bundesweit verfügbar waren. Die Daten betreffen die Bereiche Gesundheitszustand,

⁶⁴⁰ Integration in Deutschland, Erster Integrationsindikatorenbericht. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Berlin 2009, S. 88 ff. S. 138 ff.

Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsvorsorge, gesundheitliche Risikofaktoren, Behinderung, Arbeitsschutz, Unfälle, Absicherung im Krankheitsfall sowie Mütter- und Säuglingssterblichkeit. Grundsätzlich ist anzumerken, dass der Indikatorenbericht nicht nach einzelnen Herkunftsregionen unterscheidet. Bestimmte Problemlagen, die für einzelne Migrantengruppen vorhanden sein könnten, treten durch die Analyse des Integrationsindikatorenberichts nicht zutage.

Die Indikatoren im Bereich Gesundheit sollen bezüglich ihrer Eignung als Integrationsindikatoren einer erneuten Prüfung und Abstimmung mit den Bundesministerien unterzogen werden. Die Grundlage hierfür sind die Empfehlungen des Ersten Integrationsindikatorenberichts und eines Fachgesprächs, das die Beauftragte im Februar 2010 durchführte (vgl. Kapitel I 3).

9.1.2.1 Gesundheitszustand

Indikatoren für den Gesundheitszustand waren die Krankenquote nach Mikrozensus (Erkrankungen in den letzten vier Wochen), der subjektive Gesundheitsstatus nach Sozioökonomischem Panel (SOEP) und Einschränkungen im Alltag, ebenfalls nach dem SOEP.

Die Krankenquote für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund fällt insgesamt niedriger aus. Dies lässt sich jedoch darauf zurückführen, dass die Bevölkerung mit Migrationshintergrund jünger ist als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Bei der Betrachtung nach Altersgruppen kommt man somit auch zu einem anderen Ergebnis: Die Krankenquote für Menschen mittleren und höheren Alters mit Migrationshintergrund ist höher. Als Erklärung hierfür finden sich Faktoren wie mangelnde Bildungsabschlüsse, Einkommensarmut und Arbeitslosigkeit. Ähnliche Muster wurden für die Indikatoren subjektiver Gesundheitszustand und Einschränkungen im Alltag gefunden.

Der Migrationshintergrund für sich genommen zeigte bei den hier ausgewählten Indikatoren für den Gesundheitszustand keinen nachweisbaren bedeutenden Einfluss auf den Gesundheitszustand. Die Untersuchung zeigt jedoch deutlich, wie soziale Lage, mangelnde Integration im Bildungssystem und auf dem Arbeitsmarkt auf die Gesundheit der Einzelnen wirkt.

9.1.2.2 Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsvorsorge

Bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten wurden die Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys⁶⁴¹ (KiGGS) zur Teilnahme an Impfungen (Polio, Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hepatitis B, Masern, Mumps, Röteln) von Kindern und Jugendlichen und zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern zwischen der Geburt und dem sechsten Lebensjahr betrachtet.

Die Analyse dieser Daten fördert Unterschiede zwischen der Bevölkerung ohne und mit Migrationshintergrund zutage. So sind Kinder mit Migrationshintergrund, die nach der Geburt nach Deutschland eingewandert sind, seltener geimpft. Kinder und Jugendliche bei denen bei Elternteile einen Migrationshintergrund haben nehmen seltener alle angebotenen Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch. An dieser Stelle empfiehlt die Beauftragte mögliche Zugangsbarrieren abzubauen und das bereits vorhandene Angebot, das sich an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientiert, weiter auszubauen. Zugleich sind die Migrantinnen und Migranten selbst gefordert, die bestehenden Möglichkeiten auch besser zu nutzen. Gerade die Vorsorgeangebote können Krankheiten vermeiden, indem sie Auffälligkeiten in der körperlichen, geistigen und sozialen Entwicklung frühzeitig erkennen. Gesundheitliche Probleme können behoben werden; schwerwiegende Folgen können vermieden beziehungsweise gelindert werden. Die Auswirkungen betreffen das gesamte Leben der Kinder.

9.1.2.3 Gesundheitliche Risikofaktoren

Zu den im Integrationsindikatorenbericht untersuchten gesundheitlichen Risikofaktoren gehören Übergewicht bzw. Adipositas, das Rauchen sowie die mangelhaftes Mundgesundheitsverhalten.

Für Übergewicht und Adipositas wurden Zahlen des Mikrozensus sowie bei Kinder- und Jugendlichen des Robert-Koch-Instituts verwandt. Es zeigte sich, dass grundsätzlich die Bevölkerung mit Migrationshintergrund häufiger übergewichtig bzw. adipös ist. Bei der genaueren Analyse wurde festgestellt, dass dieses Ergebnis unabhängig von sozialstrukturellen Einflüssen, wie Bildung, Einkommensarmut, Erwerbsstatus sowie Haushaltstyp, für die erste Generation gilt. Anders sieht es bei der hier in Deutschland geborenen Generation aus, hier

⁶⁴¹ Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland, Robert Koch-Institut, Berlin, 2008.

spielen ähnlich wie bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund sozialstrukturelle Einflüsse eine Rolle.

Übergewicht und Adipositas sind häufig Ursachen für chronische Krankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck oder Herzkrankheiten. Hier sind sinnvolle Angebote gefordert, die zum Beispiel Informationen zum Thema Ernährung bereitstellen, eine Umstellung des Ernährungsverhaltens trainieren, zu Bewegung anregen oder helfen den Umgang mit Krankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck oder Herzkrankheiten zu bewältigen.

Die Beauftragte setzt sich auch hier dafür ein, bestehende Angebote auszubauen und kultursensibel zu gestalten. Der Nationale Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten "IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung" zum Beispiel ergreift hierzu zielgruppenspezifische Maßnahmen wie beispielsweise ein Vernetzungsprojekt mit dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB), um Migrantinnen verstärkt zu sportlichen Aktivitäten zu motivieren.

Für den Indikator Mundgesundheit wurden Daten des Robert-Koch-Instituts über Kinder und Jugendliche verwandt. Betrachtet wurden Daten zur Zahnputzfrequenz und zur Teilnahme an Zahnarztkontrollen und Prophylaxemaßnahmen. Die Untersuchung kommt hier zu dem Ergebnis, dass Kinder mit Migrationshintergrund in allen Bereichen schlechtere Werte aufweisen.

9.1.3 Die Studie „Migration und Gesundheit“

Die sekundäranalytische Studie „Migration und Gesundheit“ der Konrad-Adenauer-Stiftung⁶⁴² versucht, alle Untersuchungen zum Thema „Migration und Gesundheit“ auszuwerten und zusammenzufassen. Sie gibt einen Überblick über den Stand der Forschung im Bereich Migration und Gesundheit. Die Autoren versuchen anhand der Ergebnisse Handlungsbedarfe auszumachen.

Eine wichtige Erkenntnis der Studie ist, dass das Merkmal "Migrationshintergrund" allein keine spezifische Krankheitsursache ist oder Krankheitsrisiken beinhaltet. Es darf allerdings nicht verkannt werden, dass die Verbreitung, die Ausprägung und der Verlauf einiger chronischer Erkrankungen sehr wohl beeinflusst wird von den

⁶⁴² Migration und Gesundheit, Michael Knipper und Yasar Bilgin, Konrad-Adenauer-Stiftung e.V., Sankt Augustin/Berlin 2009.

Lebensverhältnissen und dem Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung. Das heißt für Menschen aus sozial benachteiligten Schichten – und hierzu gehören vergleichsweise häufig Menschen mit einem Zuwanderungshintergrund - haben die Lebensverhältnisse sowie der schwierigere Zugang zur Gesundheitsversorgung durchaus einen negativen Einfluss auf den Gesundheitszustand.

Nach Einschätzung der Autoren hat der Erwerb der deutschen Sprache in der allgemeinen gesellschaftlichen Integration der Migrantinnen und Migranten zwar einen sehr hohen Stellenwert. Dies dürfe jedoch im Gesundheitsbereich keine Rolle spielen, denn die Qualität der medizinischen Versorgung die dem einzelnen Menschen zugute kommt, dürfe nicht abhängig gemacht werden von den individuellen Sprachkenntnissen der Patientinnen und Patienten.

Die Studie weist zudem noch einmal darauf hin, dass Hindernisse im Zugang zu medizinischer Versorgung zu einer Mangel- und Fehlversorgung führen und zeigt auf, dass zielgruppen- und sozialraumorientierte Angebote geeignet sind, Zugangshindernisse und Versorgungsmängel abzubauen. Sie betont, dass Unter-, Über- oder Fehlversorgung im medizinischen Bereich zu in der Regel vermeidbaren Kosten im Gesundheitssystem führt.

9.1.4 Forschungsbericht zur rehabilitativen Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wurde von 2008 bis 2009 ein Forschungsprojekt⁶⁴³ zur Untersuchung der rehabilitativen Versorgung und gesundheitsbedingten Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland durchgeführt. Dabei wurde der Frage nachgegangen, inwiefern sich Migrantinnen und Migranten hinsichtlich der Häufigkeit von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, der Inanspruchnahme beruflicher und medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen, des Rehabilitationserfolges und der Frühberentung von Deutschen bzw. Menschen ohne Migrationshintergrund unterscheiden. Der Bericht zeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund im Durchschnitt weniger häufig Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen sowie einen geringeren Rehabilitationserfolg und höhere Frühberentungsquoten aufweisen als die Mehrheitsbevölkerung.

⁶⁴³ Der Forschungsbericht wird voraussichtlich im Sommer 2010 veröffentlicht und auf der Internetseite des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales abrufbar sein.

Darüber hinaus wurden unterschiedliche Zugangs-, Durchführungs- und Wirksamkeitsbarrieren in der Rehabilitation von Menschen mit Migrationshintergrund identifiziert. Zu den Ursachen von Wirksamkeitsbarrieren medizinischer Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund zählen insbesondere sprachliche Verständigungsschwierigkeiten und kulturelle Unterschiede (z.B. im Krankheitsverhalten und den Lebensgewohnheiten), welche die Anamnese, die Verordnung von Maßnahmen sowie die Compliance, also die Therapietreue, der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden beeinflussen können.

9.1.5 Studie Gesundheit – Gewalt – Migration

In der Sekundäranalyse "Gesundheit – Gewalt – Migration" des Interdisziplinären Zentrums für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF) der Universität Bielefeld im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wurden die Daten der für das BMFSFJ von 2002 bis 2004 durchgeführten Frauenstudie zur „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ (vgl. Kapitel II.12.1) sekundäranalytisch ausgewertet, um den Zusammenhang von Gesundheit, Migrationshintergrund und Gewalt zu beleuchten. Untersucht wurden Migrantinnen türkischer Herkunft und Frauen aus Ländern Osteuropas im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund.

Als besonders vulnerable Gruppe im Hinblick auf Gewaltübergriffe einerseits und gesundheitliche Belastungen andererseits wurden hierbei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund identifiziert. Sie sind nicht nur häufiger und schweren Gewaltübergriffen in der aktuellen Partnerschaft ausgesetzt, sondern auch häufiger von nicht gewaltbedingten körperlichen und psychischen Beschwerden betroffen. Die multivariate Analyse der Untersuchung konnte aufzeigen, dass die gesundheitliche Höherbelastung der Migrantinnen nicht ausschließlich oder überwiegend auf deren höhere Gewaltbelastung zurückzuführen, sondern mit anderen Variablen der Lebenssituation noch stärker gekoppelt ist: relevant sind vor allem indirekte Einflüsse über die miteinander verknüpften Faktoren Bildungsstatus, Einkommen und soziale Einbindung. Der schlechtere gesundheitliche Zustand eines Teils der Migrantinnen in Deutschland scheint vor allem mit den schwierigeren sozialen Lagen der Frauen in Zusammenhang zu stehen, die sich in einem deutlich geringerem Bildungs- und Ausbildungsniveau und Einkommen, in einer geringeren und schlechter abgesicherten beruflichen und sozialen Einbindung und einem häufigeren Fehlen enger vertrauensvoller sozialer

Beziehungen bei einem nicht unerheblichem Teil der Migrantinnen insbesondere türkischer Herkunft abzeichnen.

9.2 Gesundheits- und Pflegeberichterstattung

Mit dem Schwerpunktbericht Migration und Gesundheit, der Sonderauswertung der KiGGS, der Analyse des Integrationsindikatorenberichts und der Studie Migration und Gesundheit wurden in den letzten Jahren erstmals die vorhandenen Daten zum Thema Gesundheit von Migrantinnen und Migranten zusammengetragen und ausgewertet.

Trotz dieser Ergebnisse lässt die Datenlage im Gesundheits- und Pflegebereich nach wie vor zu wünschen übrig. Repräsentative Forschung über die Gesundheit von in Deutschland lebenden Migrantinnen und Migranten ist angesichts der Heterogenität und den oftmals schlechten Zugängen zu dieser Gruppe schwierig, so dass nur wenig valide Erkenntnisse aus der Gesundheits- und Pflegeberichterstattung vorliegen. Der von der Beauftragten koordinierte Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit widmet sich daher auch der Frage der Verbesserung der Gesundheits- und Pflegeberichterstattung und zwar mit dem Ziel, Migrantinnen und Migranten besser in das Gesundheitswesen zu integrieren und ihre Versorgung zu optimieren.

Die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung ist auf Daten, die auch den Migrationshintergrund erfassen, angewiesen. Ohne diese Daten kann sie nicht ihrer Aufgabe nachkommen, eine Datengrundlage für die gesundheitliche Versorgung, die Planung, die Qualitätssicherung und die Gesundheitsförderung bereit zu stellen und eine Basis für fundierte Entscheidungen zu liefern. Von großer Bedeutung ist diese Aufgabe beim Aufzeigen von gesundheitlichen Disparitäten und besonderen Bedarfslagen in einzelnen Bevölkerungsgruppen.

In der Pflegeberichterstattung wird das Problem in den nächsten Jahren immer drängender werden, denn viele Arbeitsmigrantinnen und -migranten sind nicht, wie es lange Zeit erwartet wurde, im Ruhestand in ihre Heimatländer zurückgekehrt. Da sie oft im Erwerbsleben hohen Belastungen ausgesetzt waren, ist ihr Gesundheitszustand ungewiss und ihr zukünftiger Pflegebedarf schwer einschätzbar. Im Alter werden sprachliche und kulturelle Probleme oft verschärft.

Die vorliegenden Daten hierzu sind nicht nach Migrationshintergrund differenziert - in der Regel noch nicht einmal nach Staatsangehörigkeit. Es gibt nur wenige Statistiken überhaupt zur ambulanten Pflege auf der kommunalen Ebene.⁶⁴⁴ Die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung ist in erster Linie auf amtliche Statistiken angewiesen. Hier gibt es aber nur wenige gesundheitsrelevante Datenquellen, die nach Migrationshintergrund und sozialer Lage differenzieren. Hinzu kommt, dass diejenigen Datenquellen, die differenzieren, häufig auf kommunaler Ebene nicht auswertbar sind. Die einzige Datenquelle, die diesem Erfordernis entspricht, ist der Mikrozensus, der in vierjährigem Abstand das Rauchverhalten, den Gewichtsstatus und die gesundheitliche Lage untersucht und zudem seit 2005 auch nach Migrationshintergrund differenziert. Die Daten des Sozioökonomischen Panels und des KiGGS, die ebenfalls oft für migrationsspezifische Auswertungen herangezogen werden, sind als Datengrundlage für die Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler Ebene nicht geeignet.⁶⁴⁵

Ausgehend von dieser Analyse der Datenlage hat die Beauftragte gemeinsam mit dem Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit im November 2008 einen Expertenworkshop mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus Praxis, Wissenschaft sowie den Verbänden und Institutionen durchgeführt. Ziel war es, für die Bereiche Pflege, psychosoziale Versorgung und Krankenhaus eine Bestandsaufnahme der Datenlage durchzuführen, Lücken aufzuzeigen, Handlungsbedarf zu ermitteln und mögliche Lösungen zu entwickeln.⁶⁴⁶

Für den Bereich der Pflegeberichterstattung wurde festgestellt, dass regional - jedoch keinesfalls flächendeckend - bereits einzelne Erhebungen für die Planung vor Ort durchgeführt werden. Mit einer Nutzung der bundesweiten Pflegeversicherungsstatistik könnte die Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten bundesweit erhoben und für die Planung analysiert werden. Anhand dieser Daten könnte zum Beispiel festgestellt werden, ob Migrantinnen und Migranten entsprechend ihres Bevölkerungsanteils die Möglichkeiten der sozialen

⁶⁴⁴ Habermann, M.; Schenk, L., Albrecht, N. J., Gavranidou, M.; Lindert, J.; Butler J. in: Planung und Steuerung der Pflegeversorgung auch für Migranten und Migrantinnen? – Eine Analyse der Pflege- und Gesundheitsberichterstattung in der ambulanten und stationären Altenpflege. Gesundheitswesen 2009; 71: S. 1-5.

⁶⁴⁵ Vgl. Butler J.; Albrecht, N.J., Ellsäßer, G.; Gavranidou, M.; Habermann, M.; Lindert, J.; Weilandt, C. in: Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung. Bundesgesundheitsblatt, Berlin, November 2007.

⁶⁴⁶ Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung, Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), Berlin 2010

Pflegeversicherung gem. SGB XI in Anspruch nehmen.⁶⁴⁷ Das BMG wird im Herbst 2010 Angaben zur pflegerischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund, die im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie zu den Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes erhoben wurden, vorlegen.

Auch für die psychosoziale Versorgung wurde die Notwendigkeit einer migrantengerechten Dokumentation festgestellt. Mit einer migrantengerechten Dokumentation könnten Erkenntnisse über das Nutzungsverhalten psychosozialer Institutionen von Menschen mit Migrationshintergrund gewonnen werden. Der Bedarf an psychosozialen Versorgungsstrukturen für die Zielgruppe wäre kalkulier- und planbar. Auch Forschungsdefizite im Bereich der psychosozialen Versorgung von Migranten und Migrantinnen liegen im Fehlen geeigneter Datengrundlagen begründet.⁶⁴⁸

In der Krankenhausstatistik wird die Aufnahme des Kriteriums Migrationshintergrund (und sozialer Lage) der Patienten in die amtliche Krankenhausstatistik als wichtiges Ziel angesehen, um auch epidemiologisch mit den Daten arbeiten zu können. Bislang ist dies aus Gründen des Datenschutzes nicht flächendeckend möglich. Das Land Berlin prüft derzeit die Möglichkeit, durch die Verlinkung von Krankenhaus- und Einwohnerregisterdaten die Probleme bei der zusätzlichen Datenerhebung im Krankenhaus zu umgehen. Es gibt bereits heute Krankenhäuser, die das Merkmal Migrationshintergrund in der internen Statistik erfassen um z. B. den Bedarf an Übersetzungsleistungen einschätzen zu können.⁶⁴⁹

Die Beauftragte regt an, die Ergebnisse dieses Workshops zu nutzen und empfiehlt den Akteuren, wie dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Robert-Koch-Institut, den gesetzlichen Krankenkassen und dem Statistischen Bundesamt sowie den Einrichtungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung unter Wahrung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung Lösungen zu entwickeln, die den Erfordernissen der Versorgungsplanung mit Blick auf Migrantinnen und Migranten Rechnung tragen.

⁶⁴⁷ Vgl. Habermann, Monika und Schenk, Liane in: ebd.

⁶⁴⁸ Vgl. Lindert, Jutta in: ebd.

⁶⁴⁹ Vgl. Butler, Jeffrey in: ebd.

9.3 Der Nationale Integrationsplan und der Nationale Aktionsplan Integration

Die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Migranten und Migrantinnen wurde auch im Nationalen Integrationsplan von Bund, Ländern und Kommunen als Ziel formuliert. Der Nationale Integrationsplan empfiehlt für den Gesundheitsbereich die Bereitstellung bedarfsorientierter Angebote, eine interkulturelle Regelversorgung, die interdisziplinäre Vernetzung, die Erschließung adäquater Zugangswege sowie die Verbesserung der Datenlage. Zahlreiche Projekte sind im Rahmen des Nationalen Integrationsplans auf den Weg gebracht worden.⁶⁵⁰

Im Saarland wurde in einer Kooperation des Gesundheitsministeriums, den Amtsärzten der Gesundheitsämter, der Arbeitskammer, der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland, dem VdAK/AEV (Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V) und dem Bildungsministerium unter Federführung des Diakonischen Werks an der Saar eine Datenbank aufgebaut. Diese Datenbank hat zum Ziel, die Angebote der Gesundheitsdienste bei denen fremdsprachliche Kompetenz bzw. Dolmetscherdienste zur Verfügung stehen zu erfassen und zur Verfügung zu stellen.

Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg hat einen sechssprachigen Gesundheitswegweiser herausgegeben, der über den öffentlichen Gesundheitsdienst, die Krankenversicherung, medizinische Versorgung und Krankenhausaufenthalt, HIV/Aids, Hilfen bei Gewalt gegen Frauen und Mädchen, Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und spezifische Informationen zu Präventionsangeboten für Frauen informiert.

Das MiMi-Projekt (Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland) wird von einigen Ländern aktiv unterstützt. Es stärkt Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in der Eigenverantwortung für ihre Gesundheit. Engagierte Menschen mit Migrationshintergrund werden als interkulturelle Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren für ihre Herkunftscommunities ausgebildet. Zur Vertiefung und Sicherung der Nachhaltigkeit des MiMi-Projektes werden in Hessen Vertiefungsseminare für bereits ausgebildete Mediatorinnen und Mediatoren des Projektes angeboten.

⁶⁵⁰ Nationaler Integrationsplan: Erster Fortschrittsbericht, Berlin 2008, S. 170 .ff.

In Nordrhein-Westfalen koordiniert die Krebsgesellschaft NRW in Kooperation mit türkischsprachigen Partnern sowie türkischen Vereinen und Initiativen kostenlose Seminare für türkische Frauen zur Früherkennung von Brustkrebs. Das Gesundheitsamt Bremen führt ein Projekt zur kulturspezifischen HIV/STD-Prävention für Afrikanerinnen und Afrikaner durch. Berlin finanziert seit 2008 eine Regiestelle für den Gemeindedolmetschdienst.

Das Gesundheitsministerium Rheinland-Pfalz hat das Projekt „Gesundheitsteams vor Ort“ initiiert, das an einem Modellstandort einen besonderen Schwerpunkt auf das Thema Migration und Gesundheit legt. Die Maßnahmen zielen auf die Bereiche Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen, Gesundheitsfürsorge für Kinder- und Jugendliche, Impfprophylaxe, Stillen, gesunde Ernährung, Bewegungsförderung, Zahngesundheit sowie psychische und psychosexuelle Gesundheit.

Das Psychosoziale Zentrum für Migrantinnen und Migranten in Mecklenburg-Vorpommern betreut Menschen mit psychischen und psychosozialen Störungen. Über Möglichkeiten des Gesundheitssystems und der Eigeninitiative im Gesundheitsbereich informiert ein Leitfaden in 15 Sprachen des schleswig-holsteinischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren. In Hamburg unterstützt und betreut ein Projekt türkische Familien mit behinderten Angehörigen.

Diese Auswahl an Projekten, die im Rahmen des Nationalen Integrationsplans entstanden sind oder fortgeführt wurden, zeigt bereits die Vielfalt an Handlungsmöglichkeiten in dem Bereich. Die Beauftragte regt an, diese Projekte als Vorbild und Anregung für weitere Maßnahmen zu nutzen.

Mit der Weiterentwicklung des Nationalen Integrationsplans zum Nationalen Aktionsplan Integration soll das Thema Gesundheit und Pflege aufgrund seiner integrationspolitischen Bedeutung zu einem eigenständigen Bereich ausgebaut werden.

9.4 Strategie zur Förderung der Kindergesundheit

Mit der Strategie zur Förderung der Kindergesundheit⁶⁵¹ verfolgt die Bundesregierung das Ziel, die gesundheitliche Chancengleichheit aller Kinder und Jugendlichen zu erhöhen. Insbesondere Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien stehen hier im Mittelpunkt. Innerhalb dieser Gruppe bilden Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien noch einmal eine gesonderte Gruppe mit besonderen Auffälligkeiten und Schwierigkeiten, aber teilweise auch positiven Chancen.

Laut Mikrozensus 2005 stammt fast jedes dritte Kind und jeder dritte Jugendliche in Deutschland aus einer Zuwandererfamilie (28,6 %). Viele dieser Kinder leben in sozial schwachen Familien. Dies gilt zum Beispiel für 70 % der Kinder mit türkischem Migrationshintergrund und 50 % der Kinder aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion.

Für die Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind eine Reihe von Maßnahmen entwickelt worden, die darauf abzielen, die allgemeinen Voraussetzungen für einen gesunden Lebensstil zu verbessern, zu einem gesunden Lebensstil zu motivieren und diesen in den Alltag der Kinder zu integrieren. Gesundheitliche Risiken sollen verringert, die physische und psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen unterstützt und die Öffentlichkeit für das Thema Kindergesundheit sensibilisiert werden.

Die Strategie hat vier zentrale Handlungsfelder im Blick: Prävention und Gesundheitsförderung ausbauen, gesundheitliche Chancengleichheit fördern, gesundheitliche Risiken mindern und die Situation beobachten, d.h. Grundlagen zu erforschen und Risiko- und Schutzfaktoren zu ermitteln. Die zeitliche Perspektive zur Umsetzung der Maßnahmen der Strategie reicht zunächst bis 2012. Zu der Strategie gehören Maßnahmen wie zum Beispiel Bereitstellung von Informationen zur Sensibilisierung für das Thema Essstörungen, Projekte zur Förderung der Ernährungs- und Gesundheitsbildung in Kitas, die Jugendkampagne "Rauchfrei" zur Tabakprävention oder Elterninformationen zur gesunden psychosozialen Entwicklung der Kinder. Auch die Verbesserung der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder- und Jugendliche ist Ziel verschiedener Maßnahmen der Strategie.

⁶⁵¹ Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit, Bundesministerium für Gesundheit, Mai 2008, Berlin.

Zu den Maßnahmen, die sich speziell an die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit Migrationshintergrund richten, gehören die Entwicklung einer Strategie zur Steigerung der niedrigeren Impfraten durch das Bundesministerium für Gesundheit mit dem Robert Koch-Institut sowie die Erweiterung und Systematisierung der türkisch-deutschen Elternbriefe durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Im Rahmen der Strategie zur Förderung der Kindergesundheit hat die Beauftragte gemeinsam mit dem Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit im September 2008 eine Expertenkonferenz zum Thema Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Familien mit Migrationshintergrund veranstaltet. Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen, der Wissenschaft und der Praxis haben sich umfassend mit Themen wie Gesundheitsförderung, Müttergesundheit, Säuglingssterblichkeit, Ernährung und Bewegung, Stress- und Protektivfaktoren im Jugendalter im interkulturellen Kontext, Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Familien ohne sicheren Aufenthaltsstatus und dem Stand der Forschung auseinandergesetzt.

Die Ergebnisse dieser Tagung zeigen, dass nur mit einer nach Zielgruppen differenzierten Analyse eine migrantensensible Ausgestaltung der präventiven Angebote erreicht werden kann. Die Palette der Ursachen der Schwierigkeiten, die sich in Folge der Migration ergeben, reicht von Sprachbarrieren, ‚mitgebrachten‘ Orientierungen, die auf die hiesige Kultur übertragen werden, Informationsdefiziten über Prophylaxemöglichkeiten, einen Wandel der Lebensgewohnheiten ohne Wissen um deren gesundheitsschädigende Wirkung bis zu Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem auf Seiten der Aufnahmegesellschaft.

Vor allem die Veränderung ungünstiger Verhaltensmuster (Ernährungs-, Bewegungs-, Mundgesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten) erfordert eine Initiierung bzw. Intensivierung von Aktivitäten, die in den Bereich der Gesundheitserziehung fallen. Diese sollen über bestehende Angebote der gesundheitlichen Versorgung sowie die Folgen gesundheitsgefährdenden Verhaltens informieren bzw. Kompetenzen eines gesundheitsbewussten Verhaltens vermitteln.⁶⁵²

⁶⁵² Vgl. Bärbel Maria Kurth, in: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Familien mit Migrationshintergrund, Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), Berlin 2009.

Menschen mit Migrationshintergrund sind eine erreichbare Zielgruppe, wenn Barrieren abgebaut und der Zugang zu den Angeboten erleichtert wird. Dies sollte vorzugsweise durch entsprechende Veränderungen - also der interkulturellen Öffnung - in den Regeleinrichtungen bei den Regelangeboten geschehen. Spezielle Angebote für bestimmte Teilgruppen von Migrantinnen und Migranten sollten diese nur im Ausnahmefall ergänzen. Verbesserte Angebote der Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsvorsorge für Migrantinnen und Migranten fördern die gesundheitliche Chancengleichheit und Integration und dienen damit der gesamten Gesellschaft. Ein gleichberechtigter Zugang aller Bevölkerungsgruppen zu Angeboten der Information, Motivation und Kompetenzförderung ist das Ziel aller Bemühungen.⁶⁵³

Besonderer Unterstützungsbedarf für junge Familien besteht zum Zeitpunkt der Immigration und kurz danach. Offenbare Zugangsprobleme im Bereich von Vorsorge, Früherkennung und Prävention bei zuwandernden oder vor kurzem zugewanderten Kindern und ihren Familien erfordern zielgerichtete Maßnahmen im Rahmen einer Gesamtstrategie auf kommunaler, Landes- und Bundesebene. Chronisch kranke, behinderte und von Behinderung bedrohte Eltern und Kinder aus Minderheiten und Migrantengruppen stehen einer Kombination von Anforderungen gegenüber. Ihre Anliegen bedürfen besonderer Beachtung. Viele notwendige gesundheitliche Maßnahmen für Schwangere und junge Kinder sind in nur bestimmten Zeitfenstern sinnvoll und später nicht oder nur eingeschränkt nachholbar. Sie sollten daher für alle Schwangeren und Kinder in Deutschland unabhängig vom Aufenthaltsstatus offen sein.⁶⁵⁴

9.5 Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie

Um von HIV und Aids betroffenen Menschen in Deutschland eine Perspektive für ein Leben mit dem Virus zu geben und um weiteren Infizierungen vorzubeugen, hat die Bundesregierung im Jahr 2007 den Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie verabschiedet.⁶⁵⁵ Ein wesentlicher Bestandteil des Aktionsplans zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie ist die zielgruppenspezifische Prävention und Aufklärung. Der Aktionsplan sieht u.a. vor, Studien zu Einstellungen, Verhaltensweisen, Lebensbedingungen von Migranten und Migrantinnen als Grundlage für die Entwicklung von Aufklärungsmaterial zu nutzen. Die Entwicklung von Aufklärungsmaterial in einfachem Deutsch sowie in

⁶⁵³ Vgl. Pott, Elisabeth in: ebd.

⁶⁵⁴ Vgl. Sievers, Erika in: ebd.

⁶⁵⁵ Vgl. 7. Lagebericht, S. 97 f.

ausgewählten Fremdsprachen für Zielgruppen mit risikoreichem Verhalten ist ebenso Bestandteil wie redaktionelle Beiträge zu HIV, AIDS und weiteren sexuell übertragbaren Infektionen (STI) in Zeitschriften, Internetplattformen, Radio, Fernsehen und anderen Medien.

Hinzu kommt die Förderung der Fähigkeit von sozialen Diensten, sich für Migrantinnen und Migranten zu öffnen. Erreicht wird dies durch Fortbildungsangebote der Deutschen Aids-Hilfe und der Träger von Beratungsstellen, damit Beraterinnen und Berater ihre Arbeit auch für Menschen mit Migrationshintergrund leisten können. Auch die aufsuchende Sozialarbeit für Menschen aus Gebieten, in denen HIV besonders häufig auftritt, also aus den Ländern des südlichen Afrikas, zunehmend auch aus Osteuropa und Asien ist ein Baustein. Der Aktionsplan hat die verbindliche Aufnahme von migrationspezifischen Themen in die medizinische und psychosoziale Aus- und Weiterbildung zum Ziel, wie auch den Ausbau von Beratungsangeboten vor und nach einem HIV-Test, die für die Zielgruppen einfach zugänglich sind. Der Zugang zu medizinischer und nicht medizinischer HIV/AIDS-Behandlung bei positivem Testergebnis soll erleichtert werden. Selbsthilfestrukturen sollen aufgebaut und gefördert werden sowie die aufsuchende Sozialarbeit für Menschen mit Migrationshintergrund in besonders risikoreichen Umfeldern verstärkt werden.

Migrantinnen und Migranten werden im Rahmen der Aidsprävention bislang noch nicht in ausreichendem Maß erreicht. Da es sich um eine sehr heterogene Gruppe handelt und in vielen Kulturkreisen das Thema Sexualität stark tabuisiert ist, ist die kultursensible und zielgruppenspezifische Ansprache entsprechend schwierig. Vom Bundesministerium für Gesundheit werden daher zwei Modellvorhaben gefördert: "GEMO – Gesundheitsförderung und HIV/AIDS-Prävention für Menschen aus Osteuropa in Baden-Württemberg" in Trägerschaft des Landesverband des Badischen Roten Kreuzes und der Aidshilfe Freiburg, das in mehreren Landkreisen in Südbaden neue Ansprachekonzepte für die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten aus Osteuropa entwickelt und umsetzt.

Das Forschungsprojekt des Wissenschaftszentrums Berlin (WZB) "Partizipative Entwicklung der HIV-Primärprävention mit Migrantinnen und Migranten" befragt in einem ersten Schritt deutschlandweit Aidshilfen, Gesundheitsämter und weitere Träger nach deren bisherigen Kooperations- und Ansprachekonzepten für die Gruppe der Migrantinnen und Migranten. Im nächsten Schritt werden Best Practice Beispiele analysiert und auf deren Übertragbarkeit hin überprüft.

9.6 Kultursensible Maßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Bereich Sexualaufklärung und Familienplanung

Menschen mit Migrationshintergrund machen einen erheblichen Anteil der Bevölkerung in der reproduktiven Phase aus. Etwa ein Drittel der Jugendlichen in Deutschland hat einen Migrationshintergrund. Daher richtet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Bereich Sexualaufklärung und Familienplanung ihr Augenmerk verstärkt auf die Lebenslage dieser Gruppe. Zahlreiche Maßnahmen wurden auf den Weg gebracht, mit denen die BZgA auf der Grundlage eines von ihr entwickelten Konzeptes „Migrantinnen und Migranten als Zielgruppe in der Sexualaufklärung und Familienplanung“ die von ihr eingegangenen Selbstverpflichtungen aus dem Nationalen Integrationsplan umsetzt. Die empirische Basis dieses Konzeptes sind verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen, die sich u.a. mit den besonderen Erfordernissen im Hinblick auf die Ansprache oder Erreichbarkeit der Zielgruppe befassen.

Eine wichtige Datenbasis ist die im Auftrag der BZgA regelmäßig durchgeführte Repräsentativbefragung zur Jugendsexualität, die seit 2005 zusätzlich zu den Jugendlichen deutscher Staatsangehörigkeit im Alter zwischen 14 und 17 auch Mädchen und Jungen mit ausländischer Staatsangehörigkeit befragt. Die aktuellen Ergebnisse „Jugendsexualität 2010“ zeigen, dass Jungen aus Migrantenfamilien früher und häufiger sexuell aktiv sind als ihre deutschen Geschlechtsgenossen. Mädchen mit Migrationsgeschichte sind insgesamt sehr viel zurückhaltender als Mädchen deutscher Staatsangehörigkeit. Insgesamt ist das Verhütungsbewusstsein sowohl bei den Mädchen, besonders aber bei den Jungen nicht so stark ausgeprägt wie bei den Jugendlichen deutscher Staatsangehörigkeit. 17% der Mädchen und 22 % der Jungen haben niemanden, mit dem sie sexuelle Themen bereden können. Im Vergleich dazu trifft das nur auf 8% der deutschen Mädchen und 18% der deutschen Jungen zu, bei denen das Elternhaus eine wichtige Bezugsperson für die Sexualaufklärung darstellt. Für alle Jugendliche ist der schulische Sexualkundeunterricht ein wichtiger Wissensvermittler. Hier werden deutsche und ausländische Jugendliche gleichermaßen gut erreicht.

Dass Jugendliche mit Migrationsgeschichte ein hohes Interesse an Informationen zu Liebe, Sexualität und Partnerschaft haben, zeigt auch die im Jahr 2010 veröffentlichte Repräsentativbefragung „Sexualität und Migration“, die die BZgA zusammen mit dem Forschungsinstitut Sinus Sociovision durchgeführt hat. Eine repräsentative Stichprobe Jugendlicher im Alter von 14 bis 17 Jahren mit

Migrationshintergrund wurde nach ihren Einstellungen und Bedürfnissen sowie Informationsinteressen und Medienpräferenzen im Zusammenhang mit Sexualität, Liebe und Partnerschaft befragt. Aussagen zur Lebenswelt und zur sozialen Lage der Jugendlichen, zu ihrem Migrationshintergrund und zu Aspekten der Integration zeigen die Heterogenität der Gruppe, die weniger durch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Migrationspopulation als durch Milieuunterschiede bestimmt wird. Die Studie liefert daher wertvolle Informationen, die dazu beitragen, die Zugangswege der Sexualaufklärung zu optimieren.

Ein wichtiges Beispiel für kultursensible Aufklärung ist die 2009 von der BZgA herausgegebene Präventionsmappe „Körperwissen und Verhütung“ zur Beratung von Menschen aus verschiedenen Kulturen, die speziell für Fachkräfte entwickelt wurde. Die Präventionsmappe ist geeignet für die Arbeit mit Menschen aus unterschiedlichen kulturellen Milieus, insbesondere mit geringen Sprachkenntnissen und/oder geringer Bildung. Die Mappe wird durch einfache Sprache und sensible Bebilderung den Bedürfnissen und dem Verständnis der Zielgruppe gerecht.

9.7 Interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens

Die interkulturelle Öffnung der Einrichtungen des Gesundheitswesens soll Migrantinnen und Migranten durch Abbau von Barrieren den Zugang zu einer angemessenen, gesundheitlichen Versorgung sowie zu den Angeboten der Vorsorge und Beratung ermöglichen. Mit der interkulturellen Öffnung im Gesundheitswesen werden die Unterschiede in den Bedürfnissen und Verhaltensweisen der Menschen für das medizinische und pflegerische Personal sichtbar. Erst durch Kenntnis der Quellen für Missverständnisse wird eine adäquate Behandlung und Versorgung ermöglicht.

Andere Konzepte und Wahrnehmungen von Gesundheit und Krankheit sind häufig kulturell bedingt. Gleiche Erkrankungen können sich bei Menschen aus verschiedenen Kulturen durch unterschiedliche Symptome offenbaren. Auch existieren unterschiedliche, z. T. religiöse, Vorstellungen über die Entstehung und Heilung von Krankheiten. Hinzu kommt, dass häufig Unkenntnis über die Funktionsweise unseres Gesundheitssystems besteht. Diese kulturellen Unterschiede können sich in den unterschiedlichsten Formen äußern, z. B. im Besuchsverhalten im Krankenhaus, bei Schmerzäußerungen, Trauerbräuchen, Ernährungsgewohnheiten, Hygienevorstellungen oder Schamempfinden.

Gerade vor dem Hintergrund der Kenntnis kulturell bedingter unterschiedlicher Bedürfnisse und Verhaltensweisen ist es jedoch für das Personal im Gesundheitswesen gleichzeitig unerlässlich, Menschen als Individuen und nicht stereotypisierend als Vertreter einer Ethnie, einer Religionsgemeinschaft oder eines Landes wahrzunehmen. Es gilt zu vermeiden, dass die vermeintlich migrantensensible Versorgung zu Diskriminierung und Stereotypisierung führt. Nicht alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund verfügen allein aufgrund ihrer Herkunft über die erforderliche interkulturelle Kompetenz; nicht alle Migrantinnen und Migranten einer Herkunftsregion legen in gleichem Maße Wert auf religiöse Ernährungsvorschriften oder werden von den Sitten und Gebräuchen ihrer Herkunftskultur bestimmt.

Eines der grundlegenden Anliegen der interkulturellen Öffnung ist die sprachliche Verständigung. Sie stellt nicht nur eine adäquate medizinische und pflegerische Versorgung sicher, sondern ist auch für die Erfüllung der ärztlichen Aufklärungspflicht unerlässlich. Für eine adäquate sprachliche Verständigung sind interkulturell und medizinisch geschulte Dolmetscher erforderlich. Der Einsatz von "Laienübersetzern" wie Angehörigen oder Pflege- und Reinigungspersonal ist kein geeignetes Mittel, da es hier an Kenntnissen der medizinischen Hintergründe fehlt und die Privatsphäre der Patientinnen und Patienten verletzt wird. Aber nicht allein medizinisches Wissen und Fremdsprachenkenntnisse sind bei Personen, die als Dolmetscher eingesetzt werden, erforderlich. Es müssen auch Kenntnisse über die Herkunftskulturen und -gesellschaften vorhanden sein, um Missverständnissen vorzubeugen, bzw. diese klären zu können. Die Beauftragte regt daher an sicherzustellen, dass insbesondere Krankenhäuser Kostenerstattung für Übersetzungs- und Dolmetscherleistungen erhalten. Dies kann z.B. durch Aufnahme in der Leistungskatalog des SGB V erfolgen.⁶⁵⁶

9.8 Beschluss der Integrationsministerkonferenz der Länder zur Verbesserung des Zugangs zum Gesundheitswesen von Migrantinnen

Einzelne Elemente der interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens finden sich auch im Beschluss der Integrationsministerkonferenz der Länder vom 19.3.2010 zur Verbesserung des Zugangs zum Gesundheitswesen für Migrantinnen wieder. Der Beschluss geht davon aus, dass Migrantinnen eine Schlüsselfunktion im Hinblick auf ihre eigene Gesundheit und die ihrer Familien zukommt. Es werden bestehende Maßnahmen beschrieben, die dazu beitragen sollen,

⁶⁵⁶ Vgl. 7. Lagebericht, S. 98.

Zugangsbarrieren für Migrantinnen abzubauen. Hierzu gehören zielgruppenspezifische Veranstaltungen zu frauenspezifischen Gesundheitsthemen und zu Themen der Gesundheitsprävention, besondere Gesundheitsinformationen für Migrantinnen, der Aufbau eines Sprachmittlerdienstes und Schulungen zur interkulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen. Auch die Gewinnung von Migrantinnen für Gesundheitsberufe, die Erleichterung der Anerkennung von Berufsabschlüssen zur Berufsausübung von ausländischen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten werden als Maßnahmen benannt. Die Förderung der Beteiligung von Migrantinnen bei der Erstellung von kultursensiblen Konzepten sowie die migrationssensible Ausgestaltung der Gesundheitsforschung und -berichterstattung werden in dem Beschluss empfohlen.

Die Beauftragte begrüßt, dass die Integrationsministerkonferenz sich dem Thema des besseren Zugangs zum Gesundheitswesen widmet. Sie empfiehlt beide Geschlechter gleichermaßen einzubeziehen und in den Maßnahmen nicht allein auf Migrantinnen abzielen, sondern auch Männer mit zu berücksichtigen. Andernfalls besteht die Gefahr der Zuschreibung einer besonderen Bedürftigkeit bei Frauen mit Migrationshintergrund bezüglich ihrer Gesundheit und gleichzeitig einer besonderen Zuständigkeit für das Thema. Das Thema der Zugangsbarrieren in der Gesundheitsversorgung gilt für aber beide Geschlechter gleichermaßen; Männer mit Migrationshintergrund sind nicht der Verantwortung für die Gesundheit ihrer Familien entbunden. Die Beauftragte würde es begrüßen, wenn die Gesundheitsministerkonferenz über die von der Integrationsministerkonferenz vorgenommene beispielhafte Beschreibung der vorhandenen Maßnahmen hinaus konkrete Maßnahmen verbindlich vereinbaren würde.

9.9 Empfehlungen zur Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Krankenhaus

Eine nicht kultursensible Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus kann verschiedene unerwünschte Folgen haben. Hierzu gehören Fehldiagnosen, unnötige Mehrfachuntersuchungen, Chronifizierungen, lange Liegezeiten, verfrühte Entlassungen und daraus resultierende Wiederaufnahmen nach Verschlechterung des Gesundheitszustands. Auch Irritationen von Erkrankten und Beschäftigten in der stationären Versorgung sowie der Angehörigen können mit der interkulturellen Versorgung vermieden werden. Nicht nur die besonderen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund finden so Berücksichtigung. Auch dem behandelnden und pflegenden Personal wird die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten erleichtert. Gesundheitsleistungen

werden optimiert, Kosten gesenkt und die Behandlungszufriedenheit aller Beteiligten verbessert sich.

Um die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund im Krankenhaus zu verbessern, hat der Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit Empfehlungen entwickelt.⁶⁵⁷ Sie sollen helfen, die bestehenden informationsbedingten, kulturellen und kommunikativen Barrieren bei der Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe zu überwinden: Der Arbeitskreis empfiehlt die Einrichtung von mit der nötigen innerbetrieblichen Kompetenz ausgestatteten Integrationsbeauftragten in den Krankenhäusern. So kann eine wirksame und nachhaltige Verbesserungen in der Versorgung von Migrantinnen und Migranten nicht nur begonnen, sondern auch kontinuierlich fortgeführt werden.

Die wachsende und älter werdende Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund sowie die Leistungsverdichtung und Personalverknappung im klinischen Bereich sind Faktoren, die zu erheblichen Störungen in der Kommunikation und in den Betriebsabläufen führen können. Diese werden sich auf die Behandlungsergebnisse aller Patientinnen und Patienten auswirken. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, wird deshalb empfohlen, die Sicherung interkultureller Kompetenz - personell und organisatorisch verbindlich - in das Ablaufsystem von stationären Versorgern einzubinden.

Hinzu kommt, dass Krankenhäuser in Zeiten verschärften Wettbewerbs gehalten sind, Maßnahmen zur Kundenbindung und Umsatzsteigerung zu ergreifen. Das Einsetzen von Integrationsbeauftragten ist geeignet, die wachsende Klientel mit Migrationshintergrund anzusprechen, für die Klinik zu gewinnen und angemessen zu versorgen. Zur interkulturellen Öffnung gehört auch die Prozess- und Ablaufoptimierung, die Ressourcen einspart. Im Wettbewerb der Kliniken untereinander werden so ökonomische Vorteile hinsichtlich der Inanspruchnahme klinischer Leistung durch Patientinnen und Patienten anderer Sprachen und Kulturen möglich.

Um sprachbedingte Versorgungsschwierigkeiten in der Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten, dem Pflegepersonal und Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen abzubauen und Verständnisschwierigkeiten inhaltlicher Art zu

⁶⁵⁷ www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/IB/Artikel/Themen/Gesellschaft/Gesundheit/2009-09-01-empfehlungen-arbeitskreis-gesundheit.html.

minimieren, sollten für den Einsatz im Gesundheitswesen qualifizierte Dolmetscherinnen und Dolmetscher sowie Sprachmittlerinnen und Sprachmittler eingesetzt werden. Ob diese aus dem eigenen medizinischen bzw. pflegerischen Mitarbeiterpool zur Verfügung stehen oder extern gewonnen werden, ist je nach der Situation der Kliniken zu entscheiden.

Da nicht immer vorausgesetzt werden kann, dass Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, sollte mehrsprachiges Informationsmaterial angeboten werden. Insbesondere gilt dies für Formulare für medizinische Eingriffe, Form- und Merkblätter zum Aufenthalt und zu allen Aufklärungsmaterialien und Einverständniserklärungen.

Viele Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund sind nicht ausreichend über ihre Krankheit, eventuelle Therapieformen und Heilungschancen informiert. Das gleiche gilt häufig für ihre Familienangehörigen. Entsprechend dem Bedarf der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund können gezielte Angebote entwickelt werden, wie z.B. fremdsprachliche ärztliche und pflegerische Sprechstunden, klinikinterne interkulturelle Supervisionen, Informationsabende, Klinikführungen, Patientengruppen, Präventionsangebote, etc.

Die interkulturelle Öffnung ist eine Querschnittsaufgabe, die einen festen Platz im Qualitätsmanagement einnehmen sollte. Sie sollte Bestandteil der Arbeit klinikinterner Gremien und Arbeitskreise, in denen Pläne und Konzepte zur Zukunft der Klinik behandelt und thematisiert werden, sein. Auch eine organisatorisch gesicherte, kontinuierliche Absprache mit der Betriebsleitung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund ist unverzichtbar. Notwendige Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung und Kompetenzerweiterung sollen abgestimmt werden ebenso wie Veränderungen im Anforderungsprofil bei Neueinstellungen.

Auch die Erhöhung der Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund ist notwendig. Außer der gezielten Einstellung von Personal mit Migrationshintergrund stellt interkulturelles Training einen wichtigen Beitrag zur Erhöhung der Migrantenfreundlichkeit von Krankenhäusern dar. Deshalb empfiehlt es sich, interkulturelle Themen zu einem festen Bestandteil der internen Fort- und Weiterbildungscurricula zu machen.

In Krankenpflegesschulen soll das Curriculum hinsichtlich interkultureller Kompetenzen erweitert und überarbeitet werden. Die bereits vorhandene

Fachlichkeit der kultursensiblen Pflege soll an allen Weiter- und Fortbildungsinstitutionen durch besondere Angebote kontinuierlich weiterentwickelt und intensiviert werden.

Es gibt an einigen Krankenhäusern bereits gute Ansätze zur Umsetzung dieser Empfehlungen, die im Folgenden beispielhaft aufgeführt werden:

Eine planvolle und kontinuierliche interkulturelle Öffnung des Unternehmens betreibt z. B. das Städtische Klinikum München GmbH seit 2005 durch die Installierung des „Fachreferates Interkulturelle Versorgung“ auf der Ebene der Geschäftsleitung. Ziel ist die Erhöhung der Versorgungsqualität und eine gezielte Kundenakquise im Migrationsbereich. Seit 2006 wird auf freiwilliger Basis die Nationalität aller Patientinnen und Patienten erfasst und strategisch ausgewertet. Kernstück der migrationsspezifischen Arbeit ist der hausinterne Dolmetscherdienst, der in einem strukturierten System mit über 100 geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Medizin und Pflege und einem Sprachpool von derzeit 35 Sprachen Personal wie Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen kostenlos zur Verfügung steht. Der Dolmetscherdienst ermöglicht zusätzlich die Durchführung von Spezialangeboten wie fremdsprachige Spezialsprechstunden, Patienten-Informationsveranstaltungen und Selbsthilfeangebote.

Gute Erfahrungen mit professionellen Integrationsbeauftragten hat auch die LVR-Klinik Köln (Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Köln) gemacht. Seit Ende 2006 steht zur strukturellen Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten ein Integrationsbeauftragter zur Verfügung. Zu seinen Aufgaben gehört die Erarbeitung von Qualitätskriterien, anhand derer eine effiziente psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Migrantinnen und Migranten gewährleistet und im Handlungskonzept der Einrichtung dauerhaft, konkret und messbar verankert werden können. Er erstellt und aktualisiert regelmäßig Arbeitshilfen für das Fachpersonal, wie z.B. Fremdsprachen-, Dolmetscher-, Berufsbetreuerlisten, Reha- und Psychosomatik-Kliniken mit fremdsprachigem Angebot, Übersetzungen klinikinterner Formulare, Informationen zu Religionen und Essgewohnheiten. Weitere Aufgaben sind neben Einzel- und Teamsupervisionen, interne Fort- und Weiterbildungsangebote und eine Sprechstunde für interkulturelle Fragen. Für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und deren Angehörige werden fremdsprachige Informationen über psychische Erkrankungen und deren Behandlungen angeboten. Der Integrationsbeauftragte ist für die Implementierung interkultureller

Kompetenzen in die Klinikstrukturen und Sensibilisierung des Fachpersonals für den Umgang mit Menschen unterschiedlicher kultureller, religiöser und ethnischer Hintergründe zuständig. Er ist Ansprechpartner in allen Fragen, die die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund betreffen.

Seit 1991 wird in Marburg an der Vitos-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie ein Angebot für Patientinnen und Patienten türkischer Herkunft aufgebaut, das ambulante und stationäre Zugangswege umfasst. Da mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten außerhalb des Einzugsgebietes der Klinik lebt, wurde ein Konzept entwickelt, das die einweisenden Ärztinnen und Ärzte in die Behandlung einbindet. Vor jeder ambulanten Untersuchung durch muttersprachliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird ein Fragebogen an die überweisende Ärztin oder den überweisenden Arzt verschickt. Nach einem ambulanten Vorgespräch werden transkulturelle Besonderheiten und Therapiealternativen dokumentiert. Die Zuweisungen türkischer Patientinnen und Patienten zur transkulturell arbeitenden Ambulanz der Vitos Klinik Marburg werden kontinuierlich in Bezug auf Charakteristika der Überweiserinnen und Überweiser und der türkischen Patientinnen und Patienten deskriptiv analysiert. Knapp 40% dieser Patientinnen und Patienten werden mit kultursensiblen Konzept auf einer spezialisierten Station der Klinik gemeinsam mit deutschen Patienten behandelt. Auch während der stationären Behandlung wird enger Kontakt zu den überweisenden Ärzten gehalten, um die Behandlungsschwerpunkte zu vermitteln. Obwohl die stationäre Kapazität begrenzt ist, wird das Marburger Angebot seit Jahren in verstärktem Maße genutzt. Im Dezember 2009 wurde ein Migrationsbeauftragter für das Vitos Klinikum Gießen-Marburg benannt, um migrationssensible Konzepte für alle Abteilungen der drei Kliniken zu entwickeln und umzusetzen.

Auch in der Psychiatrischen Institutsambulanz in der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im Sankt Hedwig Krankenhaus Berlin (Psychiatrische Institutsambulanz) wird ein muttersprachliches Therapieangebot für Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund zur Verfügung gestellt. Für alle anderen Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund wird regelmäßig bei Bedarf ein professioneller Kultur- und Sprachmittler eingesetzt. Auch bei z. T. sehr spärlichen Deutschkenntnissen der Patientinnen und Patienten und sonstiger schlechter Verständigung erfolgt kein Einsatz sog. „Zufallsdolmetscher“. Durch das kultursensible multimodale Behandlungskonzept gelingt die Integration von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund in das Regelversorgungssystem der Institutsambulanz. Es wird das Konzept eines

Doppel-Bezugstherapeutensystems (Betreuung jeweils durch ein ärztliches und ein nicht-ärztliches Teammitglied) umgesetzt, das sich bislang gut bewährt. Alle therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter behandeln als Bezugstherapeuten Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. In regelmäßigen Interventionen, Fallbesprechungen mit Bezugstherapeuten und/oder in Teambesprechungen sowie in Einzelfall-Supervisionen wird der Behandlungsverlauf überprüft, Problemfelder benannt und beleuchtet, sowie das weitere Procedere erneut abgeklärt. Dabei werden kulturspezifische, migrationspezifische und soziale Aspekte bedacht.

Die Beauftragte begrüßt die Ansätze zur Umsetzung der Empfehlungen in den Krankenhäuser. Sie regt an, den Prozess zu unterstützen, indem Elemente der Empfehlungen in bestehende Zertifizierungsangebote integriert werden. Auf diese Weise wird sich der Anreiz zur interkulturellen Öffnung für die Einrichtungen zusätzlich erhöhen.

9.10 Berufsausübungserlaubnis und Approbation von Drittstaatsangehörigen in akademischen Heilberufen

In Deutschland darf in den akademischen Heilberufen grundsätzlich nur approbiert werden, wer die deutsche oder die Staatsangehörigkeit eines Mitgliedstaats der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder der Schweiz besitzt.⁶⁵⁸ Die Approbation nach der Bundesärzteordnung erlaubt die selbständige und uneingeschränkte ärztliche Berufsausübung. Ausnahmen von dem sogenannten „Deutschenvorbehalt“ bzw. von dem „Staatsangehörigkeitsprivileg“ dürfen nach § 3 Abs. 3 BÄO im Ermessenswege nur in besonderen Ausnahmefällen oder aus Gründen des öffentlichen Gesundheitsinteresses gemacht werden.

Von der rechtlichen Einschränkung im Bereich der Approbation sind in der Praxis grundsätzlich drittstaatsangehörige „Bildungsinländer“ betroffen, die noch nicht eingebürgert sind. Grund für eine nicht erfolgte Einbürgerung kann z.B. sein, dass die Betroffenen

- die für die Einbürgerung erforderlichen Aufenthaltszeiten im Bundesgebiet noch nicht vorweisen können,⁶⁵⁹

⁶⁵⁸ Dies betrifft Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und -ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Apothekerinnen und Apotheker und Tierärztinnen und -ärzte. Vgl. z.B. den 7. Lagebericht, Kapitel II.7, S. 179 und den 6. Lagebericht C I.2.1.8.2, S. 335.

⁶⁵⁹ Dies ist nicht selten, weil in einigen Bundesländern Studienzeiten nicht als gewöhnlicher Aufenthalt auf die für die Einbürgerung notwendigen Zeiten angerechnet werden.

- der bereits gestellte Einbürgerungsantrag – aus welchen Gründen auch immer – noch nicht zu einer Einbürgerung geführt hat⁶⁶⁰ oder
- ein Einbürgerungsantrag aus persönlichen Gründen (noch) nicht gestellt wurde.

Aber auch drittstaatsangehörige „Bildungsausländer“, die über eine der deutschen Ausbildung gleichwertige ausländische Berufsausbildung verfügen, sind von der Einschränkung betroffen. Im Ergebnis bleibt diesen beiden Personengruppen – im Folgenden nur beispielhaft auf den Arztberuf bezogen – allein der Weg in eine abhängige Beschäftigung als Ärztin oder Arzt mit einer Berufsausübungserlaubnis nach § 10 BÄO.

9.10.1 Rechts- und Anwendungsprobleme bei der Erteilung der Berufsausübungserlaubnis

Die Berufsausübungserlaubnis kann nach § 10 Abs. 1 bzw. 2 BÄO grundsätzlich nur befristet bis zu einer Höchstdauer von vier Jahren z.B. zur Facharztausbildung erteilt werden. § 10 Abs. 3 BÄO sieht darüber hinaus vor, dass die Berufsausübungserlaubnis nur ausnahmsweise im Interesse der ärztlichen Versorgung oder nur für bestimmte eng umgrenzte Gruppen von Ausländerinnen und Ausländern über vier Jahre hinaus erteilt und verlängert werden darf. Eine solche Verlängerung der Berufserlaubnis können grundsätzlich erhalten:

- unanfechtbar anerkannte Asylberechtigte nach Art. 16a GG,
- Personen mit einer Niederlassungserlaubnis nach § 23 Abs. 2 AufenthG,
- Personen, die mit einem Deutschen, einem EU- oder EWR-Staatsangehörigen verheiratet oder eine Lebenspartnerschaft eingegangen sind oder
- Ausländerinnen und Ausländer, die eine Einbürgerungszusicherung besitzen, der Einbürgerung aber Gründe entgegenstehen, die sie nicht selbst beseitigen können.

Dies ist integrationspolitisch jedenfalls für jene Drittstaatsangehörigen problematisch, die nicht von § 10 Abs. 3 BÄO erfasst werden wie, z.B. Flüchtlinge nach der Genfer Flüchtlingskonvention, subsidiär Geschützte⁶⁶¹ und Bleibeberechtigte nach §§ 23a und 23 Abs. 1 AufenthG, die jedoch gleichwohl über eine Bleibeperspektive verfügen. Im Folgenden sollen neben diesen

⁶⁶⁰ Vgl. zu den möglichen Problemen im Einbürgerungsverfahren Kapitel III 1.2.1.

⁶⁶¹ Zu diesen beiden Gruppen siehe unten die Ausführungen zur Qualifikationsrichtlinie 2004/83/EG.

integrationspolitischen Überlegungen auch europarechtliche Vorgaben
- insbesondere Richtlinien der Europäischen Union, die Drittstaatsangehörigen Rechte einräumen – berücksichtigt werden.

9.10.1.1 Rechtsprobleme mit Blick auf das Sekundärrecht der Europäischen Union zu Drittstaatsangehörigen

Da die Berufsfreiheit in Art. 12 Abs. 1 GG ein „Deutschengrundrecht“ ist, lässt sich eine zurückhaltende Erteilungs- bzw. Verlängerungspraxis bei der Berufsausübungserlaubnis verwaltungsgerichtlich oft nur in den Fällen korrigieren, in denen eine Ermessensreduzierung „auf Null“ gegeben ist. Die Fallkonstellationen, in denen offensichtliche Konflikte mit höherrangigem Recht auftreten würden, wurden in der Vergangenheit entweder auf Grund der Rechtsprechung in § 10 Abs. 3 BÄO aufgenommen – wie die Wertungen des Art. 6 GG in § 10 Abs. 3 S. 1 Nr. 3 BÄO – oder sie werden in der Praxis entgegen dem Wortlaut des § 10 Abs. 3 BÄO gelöst. Das geltende Sekundärrecht der Europäischen Union zu Drittstaatsangehörigen macht nun aus Sicht der Beauftragten weitergehende Änderungen in § 10 BAÖ, insbesondere hinsichtlich der Verlängerungsmöglichkeit der Berufsausübungserlaubnis erforderlich.⁶⁶²

Daueraufenthaltsrichtlinie

Art. 11 Abs. 3 a) der Richtlinie 2003/109/EG regelt, dass die Mitgliedstaaten die Gleichbehandlung von Daueraufenthaltsberechtigten mit eigenen Staatsangehörigen bei unselbstständigen und selbstständigen Erwerbstätigkeiten einschränken dürfen. Zugangsbeschränkungen, die gemäß den bestehenden nationalen oder gemeinschaftlichen Rechtsvorschriften eigenen Staatsangehörigen und Unions- oder EWR-Bürgerinnen und -Bürgern vorbehalten sind, können – so die Richtlinie – beibehalten werden.

§ 10 BÄO ist allerdings weder eine nationale noch eine gemeinschaftsrechtliche Rechtsvorschrift in diesem Sinne, da sie insbesondere Drittstaatsangehörigen die abhängige befristete oder unbefristete Ausübung des Arztberufes ermöglicht. Daraus folgt, dass Personen, die unter die Richtlinie 2003/109/EG fallen, in § 10 BÄO aufzunehmen sind. Darüber hinaus sind Daueraufhältige nach

⁶⁶² Europarechtlich dürfte jedenfalls auch die Diskriminierung der Unionsbürgerinnen und -bürger im Vergleich zu Drittstaatsangehörigen zu monieren sein. Erstere können nach dem Wortlaut der Vorschrift eine unbefristete Verlängerung der Berufsausübungserlaubnis nur erhalten, wenn dies im Interesse der ärztlichen Versorgung liegt.

Art. 11 Abs. 1c) der Richtlinie bei der Prüfung ihrer Zeugnisse und Diplome zu behandeln wie deutsche Staatsangehörige.⁶⁶³

Qualifikationsrichtlinie

Aus Sicht der Beauftragten müsste auch Drittstaatsangehörigen, denen nach der Richtlinie 2004/83/EG zum Flüchtlingsschutz und zum subsidiären Schutz internationaler Schutz zuerkannt worden ist, die Berufsausübungserlaubnis nach § 10 Abs. 3 BÄO zwingend erteilt werden. Sie wären also durch eine gesetzliche Änderung in den Anwendungsbereich der Vorschrift aufzunehmen.

Art. 26 Abs. 1 der Qualifikationsrichtlinie sieht für GFK-Flüchtlinge die Aufnahme einer unselbstständigen „Erwerbstätigkeit nach den Vorschriften vor, die für den betreffenden Beruf oder für die öffentliche Verwaltung allgemein gelten.“ Die mitunter beobachtbare Praxis, nach der Genfer Flüchtlingskonvention anerkannten Flüchtlingen mit einer Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 2 AufenthG die Berufsausübungserlaubnis nach § 10 Abs. 3 BÄO gegen den Wortlaut der Bundesärzteordnung zu erteilen, reicht nicht aus.

Für subsidiär zu schützende Ausländerinnen und Ausländer mit einer Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 3 AufenthG sieht Art. 26 Abs. 3 der Qualifikationsrichtlinie vor, dass die nationale Arbeitsmarktlage für einen begrenzten Zeitraum nach Maßgabe des einzelstaatlichen Rechts – z.B. über die Durchführung einer beschäftigungsverfahrensrechtlichen Vorrangprüfung – berücksichtigt werden kann. Dies bedeutet aus Sicht der Beauftragten jedoch lediglich, dass subsidiär Geschützte mit Blick auf § 9 Beschäftigungsverfahrensverordnung spätestens nach drei Jahren Aufenthalt oder zweijähriger Beschäftigung im Bundesgebiet Zugang zu einer offenen Stelle ohne Arbeitsmarktprüfung haben. Mit § 26 Abs. 3 Qualifikationsrichtlinie kann jedoch nicht die Versagung der Erteilung einer Berufsausübungserlaubnis für einen subsidiär Geschützten begründet werden, wenn eine offene Stelle nicht von einer bevorrechtigten Arbeitnehmerin bzw. einem bevorrechtigten Arbeitnehmer besetzt werden kann. Es lässt sich darüber hinaus nicht rechtfertigen, subsidiär Geschützte von § 10 Abs. 3 BÄO auszuschließen.

⁶⁶³ Hierzu vgl. in diesem Bericht Kapitel II 3.

„Blue Card“-Richtlinie

Für Ausländerinnen und Ausländer, die unter die Richtlinie 2009/50/EG fallen, ist hinsichtlich der unselbstständigen Erwerbstätigkeit Art. 12 Abs. 1 S. 2 der Richtlinie zu beachten. Er eröffnet den Mitgliedstaaten die Möglichkeit, Ausländerinnen und Ausländer mit einer „Blue Card“ nach zwei Jahren eigenen Staatsangehörigen gleichzustellen. Art. 12 Abs. 4 ermöglicht es darüber hinaus, den Zugang zu unselbständigen Erwerbstätigkeiten, die nur eigenen Staatsangehörigen, Unionsbürgerinnen und -bürgern sowie für Staatsangehörige aus den EWR-Staaten offen stehen, weiter beschränkt zu halten. Die Berufsausübungserlaubnis nach § 10 Abs. 3 BÄO steht auch Drittstaatsangehörigen offen. Die unselbständige Ausübung der ärztlichen Tätigkeit kann für „Blue Card“-Inhaberinnen und -Inhaber damit nicht nach Art. 12 Abs. 4 der „Blue Card“-Richtlinie beschränkt werden. Personen, die unter die Richtlinie fallen, muss eine Berufsausübungserlaubnis nach § 10 Abs. 3 BÄO erteilt bzw. verlängert werden. Darüber hinaus sind die „Blue Card“-Inhaberinnen bzw. -Inhaber nach Art. 14 Abs. 1d) der Richtlinie bei der Prüfung ihrer Zeugnisse und Diplome wie deutsche Staatsangehörige zu behandeln.⁶⁶⁴

9.10.1.2 Nationale Aufenthaltstitel

Neben den beschriebenen Konstellationen werden in der Praxis zahlreiche Fälle von Ausländerinnen und Ausländern, die unbestritten über eine Bleibeperspektive verfügen, aus integrationspolitischer Perspektive unbefriedigend entschieden. Sie erhalten regelmäßig keine oder nur eine nicht dauerhaft verlängerbare Berufsausübungserlaubnis.

Im Berichtszeitraum wurden wiederholt Fälle von Drittstaatsangehörigen an die Beauftragte herangetragen, in denen die Ablehnung der Erteilung der Berufserlaubnis nach § 10 Abs. 1 bzw. 2 BÄO von den Betroffenen nicht nachvollzogen werden konnte. Es handelte sich nahezu ausnahmslos um Ausländerinnen und Ausländer, die beschäftigungsverfahrensrechtlich über einen gleichrangigen bzw. über einen unbeschränkten Arbeitsmarktzugang verfügten. Die Begründungen der Ablehnung der Erteilung der Berufserlaubnis nach § 10 Abs. 1 bzw. 2 BÄO stellten fest, dass die drittstaatsangehörigen Betroffenen die persönlichen Voraussetzungen von § 10 Abs. 3 S. 1 2. Alternative BÄO nicht erfüllten und sie deshalb den Nachweis führen müssten, dass die Erteilung der

⁶⁶⁴ Hierzu vgl. in diesem Bericht Kapitel II 3.

Berufsausübungserlaubnis im Interesse der ärztlichen Versorgung läge, also eine ärztliche Unterversorgung bestehe.⁶⁶⁵

Die beschriebene Praxis ist nur schwer nachvollziehbar: Denkbar ist, dass die in § 10 Abs. 3 S. 1 2. Alternative BÄO vorgenommenen gesetzlichen Wertungen zu den zu begünstigenden Zuwanderergruppen hinsichtlich der Berufsausübungserlaubnis auch in die Ermessensausübung nach § 10 Abs. 1 und 2 BÄO übernommen werden. Damit würde im Ergebnis der Anwendungsbereich von § 10 Abs. 1 und 2 BÄO auf die Fälle der Weiterbildung zum Facharzt eingeengt. Dies wäre weder rechtlich zwingend noch integrationspolitisch sinnvoll.

Für die Ausländerinnen und Ausländer, die sich bereits im Bundesgebiet aufhalten, stellt sich aus integrationspolitischer Perspektive die Frage, ob Personen mit einer Niederlassungserlaubnis oder einer Aufenthaltserlaubnis eine nicht befristete Berufsausübungserlaubnis erhalten sollen. Allein für die Niederlassungserlaubnisse nach § 23 Abs. 2, nach § 26 Abs. 3 im Falle von Asylberechtigten und nach § 28 Abs. 2 AufenthG ist die Erteilung und unbefristete Verlängerung der Berufsausübungserlaubnis vorgesehen. Die Niederlassungserlaubnisse nach § 9 und § 26 Abs. 4 AufenthG werden in § 10 Abs. 3 BÄO nicht genannt.

Auch Personen mit einer Aufenthaltserlaubnis zum Zwecke der Erwerbstätigkeit nach § 18 AufenthG können – außer in den Fällen des Interesses an der ärztlichen Versorgung – keine unbefristete Berufsausübungserlaubnis erhalten. Dies ist etwa dann schwer vermittelbar, wenn die Aufenthaltserlaubnis zum Zwecke der Erwerbstätigkeit nach § 18 AufenthG in Anschluss an den Besitz einer Aufenthaltserlaubnis nach § 16 Abs. 4 AufenthG – also an ein erfolgreich absolviertes Medizinstudium in Deutschland – erteilt werden soll.

Darüber hinaus sind im Bereich des befristeten humanitären Aufenthalts die Aufenthaltserlaubnisse nach §§ 22, 23 Abs. 1 und 2, 23a, 25 Abs. 4 S. 2 und Abs. 5 und 104a AufenthG in den Blick zu nehmen. Auch bei ihnen dürfte jeweils von einer Bleibeperspektive auszugehen sein.

⁶⁶⁵ Mitunter wird auch kurz abgeprüft, ob die Antragstellerinnen bzw. -antragsteller „aus medizinischen Entwicklungsländern“ kommen oder ob sie im Falle eines Aufenthalts zum Zweck der Durchführung einer Facharztausbildung den Nachweis ihrer Rückkehrbereitschaft führen können.

Werden diese Möglichkeiten der Erteilung einer Berufsausübungserlaubnis nicht systematisch eröffnet, ist für die Drittstaatsangehörigen eine Beschäftigung unterhalb der erworbenen akademischen Qualifikation die regelmäßige Folge. Die geschilderte zurückhaltende Erteilungspraxis im Bereich der befristeten Berufsausübungserlaubnis dürfte sich auch teilweise damit erklären lassen, dass es von Seiten der Behörden schwer durchführbar wäre, praktizierenden ausländischen Ärztinnen und Ärzten eine einmal erteilte befristete Berufsausübungserlaubnis nicht zu verlängern, obwohl die Betroffenen absehbar im Bundesgebiet verbleiben.

Aber auch systematisch ist das Zusammenspiel der Regelungen des Aufenthaltsgesetzes und der Bundesärzteordnung integrationspolitisch problematisch.⁶⁶⁶ Ausländerinnen und Ausländer müssen u.a., um eine Niederlassungserlaubnis nach § 9 AufenthG zu erhalten, nach § 9 Abs. 2 Nr. 6 AufenthG „im Besitz der sonstigen für eine dauernde Ausübung der Erwerbstätigkeit erforderlichen Erlaubnisse“ sein. Eine auf Dauer angelegte Berufstätigkeit als Arzt in der Bundesrepublik bedarf jedoch der Approbation, die gerade Drittstaatsangehörigen grundsätzlich nicht offen steht⁶⁶⁷ oder einer unbefristet erteilten Berufsausübungserlaubnis, die grundsätzlich nur bestimmten Gruppen von Drittstaatsangehörigen zugänglich ist. Damit können die übrigen Drittstaatsangehörigen, die eine befristete Aufenthaltserlaubnis und nur eine Berufsausübungserlaubnis nach § 10 Abs. 2 BÄO besitzen, keine Niederlassungserlaubnis nach § 9 AufenthG erhalten. Sie müssten davor eine gewisse Zeit eine unterqualifizierte ausreichend bezahlte Tätigkeit ausüben, der sie dauerhaft nachgehen dürfen, dann die Niederlassungserlaubnis beantragen und nach deren Erteilung wieder eine Berufsausübungserlaubnis – z.B. im Interesse der ärztlichen Versorgung – erteilt bekommen, um den Arztberuf wieder aufnehmen zu können.

All dies zeigt, dass die Regelungen zur Erteilung und (unbefristeten) Verlängerung der Berufsausübungserlaubnis in der Bundesärzteordnung die Situation von gut ausgebildeten Ausländerinnen und Ausländern in Deutschland nicht ausreichend erfasst. Mit Blick auf das geltende Sekundärrecht der Europäischen Union für Drittstaatsangehörige weisen die Regelungen der Bundesärzteordnung darüber hinaus teilweise erhebliche Lücken auf.

⁶⁶⁶ In der Praxis werden mitunter unterschiedliche Lösungswege eröffnet, z.B. über das Interesse an der ärztlichen Versorgung oder über eine großzügige Handhabung der Voraussetzung in § 9 Abs. 2 Nr. 6 AufenthG.

⁶⁶⁷ Vgl. Schiwy, Peter u.a.: Deutsches Arztrecht, Band 1 (Stand 1.8.2009), § 10, Rdnr. 23.

9.10.2 Rechts- und Anwendungsprobleme bei der Erteilung der Approbation

Hinsichtlich des Gleichbehandlungsgebots in Art. 23 und 24 Abs. 1 S. 2 Unionsbürgerrichtlinie (2004/38/EG) ist problematisch, dass der die Approbation regelnde § 3 Abs. 1 Nr. 1 BÄO die Gruppe der drittstaatsangehörigen Familienangehörigen von Unionsbürgerinnen und -bürgern, die aus einem anderen Mitgliedstaat nach Deutschland umziehen, nicht berücksichtigt. Diese drittstaatsangehörigen Familienangehörigen müssten, wenn sie über eine gleichwertige Ausbildung verfügen, behandelt werden wie Unionsbürgerinnen und -bürger und eine Approbation in Deutschland erhalten. Das Recht, eine unbefristete Berufsausübungserlaubnis zu erhalten, das dieser Personengruppe in § 10 Abs. 3 S. 2 Nr. 3 BÄO eingeräumt wird, ist europarechtlich aus Sicht der Beauftragten nicht ausreichend.⁶⁶⁸

Aus Sicht der Beauftragten müssten auch Drittstaatsangehörige, die unter Art. 26 Abs. 1 oder 3 der Richtlinie 2004/83/EG (Qualifikationsrichtlinie zum Flüchtlingsschutz und zum subsidiären Schutz) fallen und über eine gleichwertige Ausbildung verfügen, approbiert werden. Dasselbe gilt für Ausländerinnen und Ausländern, die unter die Daueraufenthaltsrichtlinie 2003/109/EG fallen.

Im Bereich der Approbation ergibt sich darüber hinaus für alle übrigen Drittstaatsangehörigen mit Blick auf das Aufenthaltsgesetz grundsätzlich folgende Systematik: Regelmäßig keine Approbation ohne Einbürgerung, regelmäßig keine Einbürgerung ohne Niederlassungserlaubnis, regelmäßig keine Niederlassungserlaubnis mit befristeter Berufsausübungserlaubnis. Es stellt sich grundsätzlich die Frage, warum für Personen mit diesen Aufenthaltstiteln eine Approbation regelmäßig ausgeschlossen sein soll, wenn sie eine gleichwertige ausländische berufliche Ausbildung nachweisen oder in Deutschland erfolgreich ein Medizinstudium absolviert haben.

Es lässt sich damit für den Bereich der akademischen Heilberufe Folgendes zusammenfassend festhalten:

Die Approbation in den akademischen Heilberufen in Deutschland ist der letzte relevante Bereich, in dem die Zulassungsregelungen für einen Beruf, in dem keine

⁶⁶⁸ Vgl. zu den Wirkungen der Unionsbürgerrichtlinie im Bereich der Anerkennungen von ausländischen Abschlüssen und Qualifikationen in diesem Bericht Kapitel II 3.

hoheitlichen Aufgaben wahrgenommen werden, eine Ungleichbehandlung von Drittstaatsangehörigen unabhängig von der Qualifikation einzig aufgrund der Staatsangehörigkeit festlegen. Damit wird die berufliche Integration von Drittstaatsangehörigen in Deutschland in diesem Bereich erheblich erschwert.⁶⁶⁹

In der Begründung einer EntschlieÙung des Bundesrats⁶⁷⁰ werden die Probleme der rechtlichen und politischen Vertretbarkeit der bestehenden Ungleichbehandlung von Unionsbürgerinnen und -bürgern einerseits und drittstaatsangehörigen Ärztinnen und Ärzten andererseits, der beruflichen Integration von Drittstaatsangehörigen sowie der Verwaltungspraxis prägnant aufgeführt. Die Beauftragte schließt sich der dort vorgenommenen Situationsbeschreibung an und wird weiter auf eine Streichung der „Deutschenvorbehalte“ in den Berufsgesetzen zu den akademischen Heilberufen dringen. Mittlerweile befürworten auch einige Berufsverbände im Bereich der akademischen Heilberufe eine solche Streichung.

Die Approbationsmöglichkeit für drittstaatsangehörige Ärztinnen und Ärzte in Deutschland sollte in der Folge aber nicht an den Besitz eines bestimmten Aufenthaltstitels, z.B. an die Niederlassungserlaubnis, gebunden werden.⁶⁷¹ Bei Vorliegen der formalen fachlichen Qualifikationen ist es aus Sicht der Beauftragten grundsätzlich nicht sinnvoll, Drittstaatsangehörigen mit einer Bleibeperspektive in Deutschland die Approbation zu versagen, weil sie noch nicht über einen bestimmten Aufenthaltstitel verfügen.

⁶⁶⁹ Die seitens des Bundesverwaltungsgerichts in seinem Urteil vom 21.5.1974 (BVerwGE 45, 162, 165 f.) angeführten Erwägungen zur Rechtfertigung der „Deutschenvorbehalte“ lassen sich angesichts der Internationalisierung des Arztberufs sowie der sprachlichen und aufenthaltszeitlichen Voraussetzungen für die Erteilung einer Niederlassungserlaubnis und schließlich des hohen Anteils von Personen mit Migrationshintergrund an der deutschen Bevölkerung heute kaum noch rechtfertigen. Ferner ist zu beachten, dass die Approbation auch drittstaatsangehörigen Bildungsinländern verwehrt ist, also Personen, die mitunter ihren Hochschulabschluss in Deutschland erlangt haben.

⁶⁷⁰ Vgl. BR-Drs. 351/06 vom 7.7.2006, S. 1-3.

⁶⁷¹ So aber die Prüfbitten der Bundesländer in der BR-Drs. 1/05 vom 18.2.2005, Nr. 4, S. 6-8, die sogar nur eine bestimmte Niederlassungserlaubnis, jene nach § 9 AufenthG, genügen lassen will. Die Niederlassungserlaubnis nach § 9 AufenthG kann aber – wie dargestellt – ohne Approbation oder unbefristete Berufsausübungserlaubnis nicht erteilt werden, da man nur durch diese in den Besitz der sonstigen für eine dauernde Ausübung der Erwerbstätigkeit erforderlichen Erlaubnis gelangt. Der Vorschlag des Bundesrates würde also ohne gleichzeitig vorzunehmende Änderungen im Aufenthaltsgesetz in vielen Fällen ins Leere gehen.