

Gesundheitsberatung für ausländische Mitbürger

Auch nach mehrjährigem Deutschlandaufenthalt tun sich viele vor allem ältere ausländische Mitbürger schwer mit dem deutschen Gesundheitssystem. Eine in ihrer Art in Nordrhein-Westfalen einmalige Beratungsstelle, das Gesundheitszentrum für MigrantInnen in Köln, bietet deshalb ausländischen Patienten und deren Ärzten seine Hilfe an.

von Jörn Kneiding

Seit knapp zwei Jahren gibt es das Gesundheitszentrum für MigrantInnen (GfM). Die in der Kölner Südstadt ansässige Einrichtung sieht sich selbst als Informations-, Beratungs- und Vermittlungsstelle für erkrankte und gesundheitlich gefährdete Migrantinnen und Migranten. Sie ist Anlaufstelle vor allem für die in Köln lebenden knapp 80.000 Türken, 13.000 Flüchtlinge aus Ex-Jugoslawien sowie die Gruppe der Rußlanddeutschen (10.000 Kontingentflüchtlinge und Asylbewerber). Aber auch allen anderen Ausländern hilft das GfM. Darüber hinaus will das GfM auch Ansprechpartner für alle Fachleute sein, die mit ausländischen Mitbürgern und deren gesundheitlichen Problemen zu tun haben. Ärzte, die viele ausländische, vorzugsweise türkische oder russische, Patienten betreuen, sollten sich nicht scheuen, sich von dem fünfköpfigen Team beraten zu lassen.

Neben dem Leiter der Beratungsstelle, Arif Ünal, kümmern sich dort eine Ärztin, eine Ethnologin, eine Betriebswirtin und eine Psychologin um die Belange der Kölner Ausländer im Gesundheitssystem. Ünal selbst ist Dipl.-Sozialarbeiter, hat bis zum zweiten Staatsexamen Medizin studiert und sich zum Familientherapeuten weitergebildet.

„Unüberhörbare Fürsprecherin“

Den Bedarf für eine Beratungsstelle für Migranten hatte die Pro-

jektgruppe „Gesundheitsprobleme der MigrantInnen in Köln“ festgestellt. Diese war vom Kölner Gesundheitsforum 1995 eingesetzt worden, dem in seiner Gründungsphase auch Dr. Dieter Mitrenga angehörte, der Vorstandsmitglied der Ärztekammer Nordrhein ist.



*Kammervorstandsmitglied Dr. Dieter Mitrenga befürwortet Hilfsprojekte für Migranten.
Foto: Archiv*

Mitrenga befürwortete das Projekt von Anfang an entschieden: „Wenn die genannte Projektgruppe ihre Arbeit bald aufnehmen würde, hätte das Kölner Gesundheitsforum unter Beweis gestellt, daß es sich in der Tat in den Dienst derer stellt, die keine oder eine nur schwache Fürsprache haben.“ Auch der Leiter des Kölner Gesundheitsamtes, Dr. Jan Leidel, trat für die Projektgruppe ein und lobte sie: „Diese Projektgruppe hat sich mittlerweile zu einer unüberhörbaren Fürsprecherin für die gesundheitlichen Belange von Migrantinnen und Migranten in Köln entwickelt.“ Aufgrund der erfolgreichen Arbeit der Projektgruppe entstand das GfM als eine dem Paritätischen Wohlfahrtsverband angegliederte Servicestelle, die vor allem die Gesundheitsversorgung der älteren Generation von Türken und Russen sowie im psychiatri-

schen Bereich zu verbessern versucht.

Sprachliche und kulturelle Barrieren

Rund 1,2 Millionen ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger leben in Nordrhein laut Ausländerzentralregister (AZR) beim Bundesverwaltungsamt (Stand 31.12.1996). Allein in Köln sind es annähernd 200.000 Ausländer, die dort wohnen, arbeiten und eben auch krank werden. Allerdings gibt es bei der Gesundheitsversorgung der Migranten noch Schwierigkeiten, meint Ünal und macht das an vier Punkten fest:

- „Informationsdefizite über bestehende Angebote,
- kultur- und sprachbedingte Zugangsbarrieren zu den Gesundheits- und Sozialdiensten, durch mangelnde Kommunikation erschwerte Anamnese, Diagnose und Therapie,
- Mangel an nichtdeutschen Fachkräften in den Gesundheits- und Sozialdiensten,
- mangelnde Sensibilität und Empathie der Fachkräfte, nicht ausreichende psychosoziale Versorgung, insbesondere in den Bereichen Psychiatrie, Gerontologie, Sucht, AIDS, Prostitution usw.“.

Die breite Angebotspalette des deutschen Gesundheitswesens kennen die Migranten meistens nicht, weil es in ihren Heimatländern oft nichts Vergleichbares gibt und weil Informationsmaterialien über die

Gesundheitsdienste nur selten in Fremdsprachen vorliegen.

Dabei müßten ausländische Mitbürger das Gesundheitssystem in besonderem Maße in Anspruch nehmen, so Ünal: „Studien belegen, daß Migrantinnen und Migranten aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen und sozialer Lage eher erkranken als Deutsche. Sie arbeiten meist unter gesundheitsgefährdenden Bedingungen, verrichten körperliche Schwerarbeit unter Schichtdienst- und Akkordbedingungen.“

Doch noch immer sorgt die Sprachbarriere – zumindest bei der ersten Generation, aber auch bei jungen Migranten, die aufgrund der Familienzusammenführung nach Deutschland gekommen sind – für Probleme. Viele Ausländer fühlen sich in der deutschen Sprache unsicher. Deshalb zögern sie mitunter den Arztbesuch heraus. Verschleppte Krankheiten sind die Folge. Der Arzt seinerseits hat es schwer, die richtige Diagnose zu treffen, wenn der Patient sein Leiden nicht erklären kann.

Beraten und betreuen

Die Arbeit der fünf GfM-Mitarbeiter basiert auf vier Säulen: Beratung, Prävention, Betreuung und Nachsorge.

Die Beratung durch das GfM ist kostenlos. In türkischer (zweimal pro Woche) und russischer Sprache (einmal pro Woche) gibt es feste Sprechstunden (siehe auch Kasten). Nach Vereinbarung finden auch in

Gesundheitszentrum für MigrantInnen

Corneliusstr. 2
50678 Köln
Tel.: 02 21/310 10 25

Dienstzeiten:
Mo. - Do. 8:30 - 17:00 Uhr
Fr. 8:30 - 14:30 Uhr

Offene Sprechstunden:
Türkisch:
Mo. 09:00 - 12:00 Uhr
Do. 14:00 - 16:00 Uhr
Russisch:
Di. 09:00 - 12:00 Uhr

anderen Sprachen (u.a. auf Deutsch, Spanisch, Italienisch, Griechisch usw.) Beratungsgespräche statt. Und das Beratungsangebot wird rege genutzt: Über tausend Beratungsgespräche wurden im Jahr 1996 geführt. Mehr als ein Drittel davon mit Institutionen. Fast die Hälfte aller Gespräche fanden in türkischer Sprache statt, nämlich 446.

Die Säuglingssterblichkeits- und Totgeburtenrate ist laut GfM bei ausländischen Säuglingen höher als bei deutschen. Hier betreiben die Mitarbeiter des GfM Prävention, indem sie in den Heimatvereinen der Migranten die Vorteile von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen erklären sowie für die Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen werben. Bei diesen Besuchen erfahren sie gleichzeitig die Sorgen der Mitbürger.

Die Nachsorge bezieht sich vor allem auf Patienten, die aus der stationären psychiatrischen Behandlung entlassen wurden und weiterhin der psychosozialen Betreuung bedürfen. In solchen Fällen helfen die Mitarbeiter des Zentrums den Betroffenen bei der Bewältigung alltäglicher Probleme (betreutes Wohnen), z.B. beim Umgang mit der Erkrankung, bei der Strukturierung des Alltags, bei Behördengängen und beim Aufbau einer Lebensperspektive. In schwierigen Fällen kann das GfM sogar den rechtlichen Status des gesetzlichen Betreuers übernehmen.

Kurzzeittherapien

Die Zahl der psychiatrischen Patienten wächst vor allem unter der älteren Generation der Migranten. Die therapeutische Versorgung reicht jedoch nicht aus. Die Betroffenen würden deshalb aus Zeitmangel häufig nur medikamentös behandelt, berichtet Ünal. „Ein einziger türkischer Therapeut praktiziert in Köln, für Russisch kein einziger!“, erklärt er. Das von der Kassenärztlichen Vereinigung angestrebte Verhältnis fordert einen Therapeuten pro 50.000 Einwohner. Um diese Si-



Mehr ausländisches Fachpersonal für die Betreuung ausländischer Mitbürger fordert Arif Ünal, Leiter des Gesundheitszentrums für MigrantInnen. Foto: privat

tuation zu entschärfen, bietet das GfM Kurzzeittherapien an. Ünal selbst führt diese sogenannten systemischen Familientherapien auf Türkisch durch. Die russische Psychologin bietet die Behandlung, die sich über 20 bis 25 Sitzungen erstreckt, in ihrer Muttersprache an. Bei rund 80 Prozent der Patienten erreichen die Mitarbeiter des GfM eine Verbesserung bzw. den Therapieabschluß. Die zwei bis drei Prozent der psychisch Kranken, bei denen Fortschritte ausbleiben, vermittelt das Zentrum an Stellen, die sich intensiver und langfristiger um die Betroffenen kümmern können, und betreut sie bei Bedarf in Krisen weiter.

Gesundheitswegweiser

Den vom Kölner Gesundheitsforum herausgegeben „Kölner Gesundheitswegweiser“ gibt es schon in zweiter Auflage. Darin sind alle für ausländische Bürger wichtigen Anlaufstellen sowie Ärzte aufgelistet, nach Nationalität oder Fremdsprachenkenntnissen geordnet. Mit Unterstützung des Landesgesundheitsministeriums will das GfM demnächst eine derartige Informationsbroschüre für ganz Nordrhein-Westfalen zu erstellen. Denn, so die Erfahrungen der Mitarbeiter des GfM aus Informationsveranstaltungen in Duisburg, Düsseldorf, Hattingen, Gummersbach: Die Gesundheitsversorgung für Migranten ist in anderen Städten Nordrhein-Westfalens ebenso verbesserungswürdig wie in Köln. Darin drückt sich auch der Wunsch aus, mittelfristig eine für ganz NRW zuständige Koordinationsstelle für MigrantInnen einzurichten.

Osteodensitometrie ohne Ende?

Eine Stellungnahme zu dem Artikel „Prävention und Therapie der Osteoporose“, Rheinisches Ärzteblatt 9'97 (S. 19-20).

von Eike Franz Winter*

In etwa jährlichem Abstand informieren der wissenschaftliche Beirat des Kuratoriums Knochengesundheit sowie „deutschsprachige Osteologen“ die Ärzteschaft, Krankenkassen und den Medizinischen Dienst über Diagnostik und Therapie der Osteoporose. Die aktuellen Empfehlungen sind fast wortgleich mit einer solchen Veröffentlichung vom Oktober 1996 (1). Inhaltlich fällt dabei folgendes auf:

Stellenwert der Verfahren zur Bekämpfung der Osteoporose

Die Autoren beklagen die Kritik am Stellenwert präventiver, diagnostischer und therapeutischer Verfahren zur Bekämpfung der Osteoporose. Die Diskussion werde derzeit vom Kostendruck im Gesundheitswesen bestimmt. Das ist unwahr. Tatsächlich ist die kritische Diskussion speziell der Osteodensitometrie spätestens seit 1991 auf internationaler Ebene nie verstummt (2,3,4,5,6,7,8). Viele andere Maßnahmen gelten dagegen als bewährt. Allerdings bekommt die Frage nach dem medizinisch Notwendigen in Zeiten knapper Kassen einen hohen Stellenwert.

Diagnostisches Verfahren der Knochendichtemessung

Die Knochendichtemessung sei nach den vorliegenden Empfehlungen ein wichtiges diagnostisches Verfahren in der Medizin, weil sie das einzige geeignete apparative Verfahren darstelle, um das mögliche Risiko osteoporosebedingter Knochenbrüche vorherzusagen. Dies ist ein Trugschluß: Mit gleicher Bündigkeit läßt sich behaupten, daß die Osteodensitometrie ein konkurrenzlos schlechtes Verfahren ist: Die den Dichtewerten zugeordneten Bruchrisiken sind zwar für sich gesehen interessant, werden aber erst in Absolutzahlen „lebendig“. Das Risiko eines Schenkelhalsbruchs liegt in der Spanne vom 66. bis zum 75. Lebensjahr bei britischen Frauen bei 23,0/10.000 (2) und steigt erst mit höherem Alter und der entsprechenden Multimorbidität sprunghaft an. Dabei überlappen sich die Dichtewerte von Patientinnen mit und ohne Schenkelhalsbrüchen breit (2,6,9). Daraus ergibt sich, daß die allermeisten densitometrisch erkannten „Risikopatientinnen“ vergeblich behandelt werden, weil sie entweder auch ohne Behandlung keinen Bruch erleiden oder sich trotz der Behandlung einen Bruch zuziehen (9).

Prävalenzdaten der Osteoporose

Die genannten Prävalenzdaten der Osteoporose sind reine Schätzwerte, da die aktuell gültige Definition der Osteoporose (10) nicht auf Meßwerten beruht oder nach Maßgabe von Streumaßen einer Bevölkerungsgruppe erfolgt. (Die in diesem Zusammenhang gern verwendeten Vorschläge eines WHO-Reports von 1994 (11) entsprechen unverändert nicht einer international gültigen Definition oder einer offiziellen Festlegung der WHO in Genf sondern sind lediglich ein umstrittenes Konsenspapier einer Arbeitsgruppe.)

Bedeutung und Einsatz der Osteodensitometrie

Dieser bekannten Kritik an der Bedeutung der Osteodensitometrie wird in den vorliegenden Empfehlungen entgegengesetzt, „daß der Meßwert nur im Zusammenhang mit weiteren medizinischen Befunden verwendet“ werden soll. Dies ist der vorsichtig formulierte Offenbarungseid der Bedeutung der Osteodensitometrie: Die Knochendichtemessung suggeriert durch den digitalen Charakter ihrer Ergebnisse die Erstellung einer zweifelsfreien objektiven Diagnose wie bei anderen Meß- und Grenzwerten in der Medizin oder Technik. Tatsächlich kann sie nach Zuordnung von Bruchhäufigkeiten Bruchrisiken nur für bestimmte Bevölkerungsgruppen beschreiben. Schon die Zuordnung individueller Risiken ist unseriös (7). Neben Alter und Geschlecht bestimmen zahlreiche Kofaktoren wie familienanamnestische Daten, Mobilität, Herz-

Kreislaufleiden, vorbestehende Knochenbrüche, die Länge des Schenkelhalses das Schicksal für einen Knochenbruch (12). Der Einsatz der Osteodensitometrie in der Kassenpraxis führt absehbar zu therapeutischen Fehlentscheidungen.

Fazit

Bewährte Maßnahmen der Prävention und Therapie sind nicht Gegenstand breiter Kritik. Die notwendige Aufklärung der Bevölkerung einschließlich der Arbeit in Selbsthilfegruppen, die ärztliche Beratung und die präventiv sowie kurativ wirksame Behandlung Betroffener sind selbstverständlich notwendig. Ziel muß es sein, die Knochenbruchinzidenz zu senken und die Bruchfolgen zu mildern, nicht aber, Surrogatparameter aus dem Bereich der medizinischen Forschung zu behandeln.

*Dr. med. Eike Franz Winter, Internist, Sozialmedizin.

Anschrift: MDK Nordrhein, Postfach 10 37 44, 40028 Düsseldorf

Literaturhinweise:

- (1) Empfehlungen deutscher und deutschsprachiger Osteologen sowie des wissenschaftlichen Beirates des Kuratoriums Knochengesundheit e. V. zur Prävention und Therapie der Osteoporose. Sinsheim, 18. 10. 1996
- (2) Law, M. R., N. J. Wald, T. W. Meade: Strategies for Prevention of Osteoporosis and Hip Fracture. *BMJ* 303 (1991) 453-459
- (3) Lange, S., K. Richter: Leserbrief *DMW* 120 (1995) 701
- (4) Lange, S., K. Richter, J. Köbberling: Der Nutzen der Knochendichtemessung bei der Osteoporose-Früherkennung. *Z. Allg. Med.* 70 (1994) 425-430
- (5) Lange, S., K. Richter, J. Köbberling: Die Osteodensitometrie – Metaanalyse über den diagnostischen Wert bei der Osteoporose. Lit-Verlag, 1994
- (6) Ziegler, R: Was ist gesichert in der Behandlung der Osteoporose der Frau in der Menopause? *Internist* 34 (1993) 18-24
- (7) Marshall, D., O. Johnell, H. Wedel: Meta-analysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures. *BMJ* 312 (1996) 1254-9
- (8) Hailey, D., L. Sampietro-Colom, Marshall, D., R. Rosa, A. Granados, J. Asua, T. Sheldon: INAHTA project on the effectiveness of bone density measurement and associated treatments for prevention of fractures. Statement of findings. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Canada (1996)
- (9) Winter, E.F.: Knochendichtemessung – Anspruch, Kritik, Konsequenzen. *Das Gesundheitswesen* 57 (1995) 196-200
- (10) Christiansen, C. Consensus Development Conference: Diagnosis, Prophylaxis and Treatment of Osteoporosis. *Am. J. Med.* 94 (1993) 646-650
- (11) WHO-Study Group: Assessment of Fracture Risk and its Application to Screening for Postmenopausal Osteoporosis. WHO Technical Report Series (1994) 843 ff.
- (12) Cummings, S.R. e.a. for the Study of Osteoporotic Fractures Research Group: Risk Factors for Hip Fracture in White Women. *New Engl. J. Med.* 332 (1995) 767-773