

Zum Gebrauch und normativen Gehalt der Begriffe Vulnerabilität und Bedürftigkeit im Kontext der Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen

Zusammenfassung

Die Begriffe Vulnerabilität und Bedürftigkeit werden häufig in sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Studien sowie im politischen und öffentlichen Diskurs über geflüchtete Menschen verwendet. Dabei dienen sie oft als nicht weiter erläuterte Begründung für Interventionen oder als Kriterien für Priorisierungsentscheidungen. Dadurch hat das Verständnis dieser Begriffe Auswirkungen auf die soziale Praxis und die Regelungen der (Gesundheits-)Versorgung. Dieser Beitrag widmet sich einer kritischen, ethisch-philosophischen Reflexion der Begriffe um ihren normativen Gehalt zu klären, ein Verständnis von Vulnerabilitäts- und Bedürftigkeitskonzepten weiter zu entwickeln, das stigmatisierende Wirkungen in ihrem Gebrauch vermeiden kann, und Ansatzpunkte zur ethischen Orientierung frei zu legen.

Schlagworte: Vulnerabilität, Bedürftigkeit, Schaden, Gesundheit, Geflüchtete

On the use and normative content of concepts of vulnerability and neediness in the context of health care for refugees

Abstract

Concepts of vulnerability and need are frequently used in Social and Health Sciences as well as in political and public discourses referring to refugees. Without further explanation they often serve as reasons for interventions or as criteria for prioritising. In this way, our understanding of these concepts has effects on social practises and regulations concerning (health) welfare. The main concern of this contribution is the critical, philosophical ethical reflection of both concepts, in order to clarify their normative content, to further develop an understanding of concepts of vulnerability and need that can avoid stigmatising effects in their use, and to offer a base for ethical orientation.

Keywords: Vulnerability, neediness, harm, health, refugees

1. Einführung

Wozu kann eine (philosophische) Beschäftigung mit Begriffen dienen und wie kann sie praktische Relevanz haben? Nach einer kurzen methodischen Einleitung dazu folgen eine Übersicht zum Gesamtbeitrag und eine einführende Darstellung zur Bedeutung der Begriffe Vulnerabilität und Bedürftigkeit im Kontext der Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen.

1.1 *Methodische Einführung: Begriffe und Bedeutungen*

Die Analyse und Klärung von Argumenten und Begriffen ist ein Kerngeschäft der Philosophie und

»Wenn Begriffe ihre Bedeutung durch ihren Gebrauch erhalten, und wenn nicht nur wir etwas mit Begriffen tun, sondern auch diese mit uns, [...], dann machen auch die Erklärungen und Modifikationen von Begriffen durch die Philosophie etwas mit uns.«
(Gabriel et al. 2017: 38)

Das Verständnis von begrifflichen Konstruktionen und Kategorien, mit denen wissenschaftlich notwendig hantiert wird, ist sowohl innerhalb einer als auch zwischen verschiedenen Disziplinen sowie im öffentlichen Diskurs eine Grundlage, die ständig neu erarbeitet werden muss. Die Überschneidung von politischen Kategorien mit Kategorisierungen in der Forschung bedarf sehr genauer, historisch-kritischer Reflexion, um von diversen Interessen geleitete Einordnungen nicht zu reproduzieren sowie die Aussagekraft und Tragweite empirischer Ergebnisse einschätzen zu können.¹

Ziel der folgenden Ausführungen ist nicht, endgültige Definitionen zu erstellen, sondern einen Beitrag dazu zu leisten, Zusammenhänge, Voraussetzungen und Folgen des Verständnisses der Begriffe Vulnerabilität und Bedürftigkeit zu klären. Dabei werden über die Fragestellungen im konkreten Kontext von Flucht und Gesundheit(sversorgung) hinausgehend die Begriffe in ihrer allgemeineren Bedeutung reflektiert, um sie dann wieder in Bezug zur speziellen Situation zu setzen.

Aus dem breitgefächerten methodischen Instrumentarium der philosophischen Begriffsanalysen, wähle ich hier den Zugang dem alltagssprachlichen Gebrauch

1 Wenner et al. (2019 a) zeigen das beispielsweise konkret für die Gruppenzuschreibungen migrants, refugees und asylum seekers in der Public Health Forschung.

von Bedeutungen nachzugehen. Diese Sprachpraxis, oder mit Wittgenstein (1984), *Sprachspiele*, lassen sich letztlich nur im Kontext von Lebensformen verstehen (Wittgenstein 1984; Kaufmann 2011:313–325), insofern sind sie soziale Phänomene. Begriffsbedeutungen lassen sich somit als soziale Regeln der Wortverwendung erschließen.² Deswegen halte ich diesen Ansatz für eine im Sozialen verortete Thematik als ersten Schritt für angemessen und aufschlussreich.

Damit bezieht sich die Untersuchung auf den Diskurs, in dem die Alltagssprachliche wie wissenschaftliche Verwendung der Begriffe stattfindet und ist somit soziokulturell gebunden und positioniert. Der Geltungsanspruch ist also in seiner Reichweite auch im allgemeineren Teil nicht (kulturübergreifend) universal, sondern notwendig beschränkt.

Beschränkt ist auch der Platz in diesem Band. Vieles kann dementsprechend nur angedeutet werden und stellt eine erste Annäherung dar, die zum Weiterdenken einlädt.

1.2 Übersicht

Im Folgenden werden zunächst die gesundheitliche Versorgungssituation geflüchteter Menschen in Deutschland sowie die ethischen Problemstellungen dieser Situation kurz skizziert. Vor dem Hintergrund dieser Gesamtlage wird die Frage danach gestellt, was es bedeutet, dass Geflüchtete als ›vulnerable Gruppe‹ und als ›bedürftig‹ gesehen und bezeichnet werden.

Aus ethischer Sicht stellt sich die Frage, ob und inwiefern die Verwendungen der Zuschreibungen ›vulnerabel‹ und ›bedürftig‹ deskriptiver oder normativer Art sind und welche möglicherweise stigmatisierenden ›Nebenwirkungen‹ sie haben. Um die ethischen Implikationen erkennen zu können und an die bereits bestehende, disziplinübergreifende kritische Diskussion anknüpfend, werden im nächsten Schritt Konzepte von Vulnerabilität und Bedürftigkeit (sowie die Unterscheidung von Bedürfnis und Bedarf) reflektiert. Schwerpunkte dieser Reflexion sind Sprache sowie unser damit zusammenhängendes aber meist nicht explizit gemachtes Selbstverständnis. Als ein zentrales und beide Konzepte verbindendes moralisch und ethisch³ relevantes Element wird der Bezug von Bedürftigkeit und Vulnerabilität zu Schaden identifiziert. Im Rückbezug zur konkreten Situation der

2 Auch abstraktere Begriffe und Fachtermini lassen sich so verstehen, dass sie aus Erfahrung, dem Bedeutungsumfeld und den Erkenntnisakten der Alltagssprachen entstehen (siehe u.a. Kamlah 1972: 11–40).

3 Der Begriff Moral umfasst hier die gesellschaftlich vorhandenen, soziokulturell durchaus diversen, zugleich historisch gewachsenen Handlungsorientierungen (Werte, Normen, Prinzipien);

Gesundheitsversorgung Geflüchteter ist das Nicht-Schadens-Prinzip ein wesentliches Kriterium zur ethischen Beurteilung dieser Versorgungssituation.

Zu den Bezeichnungen in diesem Beitrag: Als Asylbewerberin und Asylbewerber benannt werden Geflüchtete, die sich im Asylverfahren befinden. Als Geflüchtete bezeichnet und in die ethischen Überlegungen einbezogen sind nicht nur Menschen, die laut der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) oder nach deutschem Asylrecht anerkannt sind, sondern alle, die Schutz suchen, sei es vor Krieg und Verfolgung oder vor Hunger, Naturkatastrophen oder der Unmöglichkeit, ein würdiges Leben zu führen.

1.3 Ethische Fragen zur Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen

Für geflüchtete Menschen in Deutschland, die sich als Asylbewerber oder Asylbewerberin registriert haben und noch im Asylantragsverfahren sind, ist die gesundheitliche Versorgung nach § 4 und § 6 des AsylbLG geregelt und während der ersten 18 Monate auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände eingeschränkt. Für die Leistungen nach AsylbLG sind die Kommunen zuständig, die Gesundheitsversorgung wird nicht über die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) finanziert. Ebenso obliegt den Kommunen die Organisation der Leistungserbringung.

Eine besondere Problematik entsteht für geflüchtete (und andere) Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Sie könnten de jure Notfallversorgung erhalten, de facto aber findet diese aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der Regelungen zur Meldepflicht, verbunden mit Schwierigkeiten in der Kostenerstattung, in der Regelversorgung kaum statt (Mylius 2016).

Aus ethischer Perspektive stellen sich hinsichtlich der Einschränkungen im Versorgungsanspruch eine Reihe von Fragen (Agbih 2017), insbesondere ob, und wenn ja aus welchen Gründen, bei gleichen Erkrankungen Unterschiede in der Behandlung gemacht werden dürfen oder sollen. Eine medizinisch-sachliche Begründung fehlt im AsylbLG (Razum et al. 2016: 712–713). Ausschlaggebend für die Anspruchsgewährung bzw. -beschränkung sind hier letztlich Staatsbürgerschaft und aufenthaltsrechtliche Kategorien. Dies ist im Hinblick auf Gesundheitsgerechtigkeit sowie auf ethische Prinzipien der Gesundheitsversorgung wie

Ethik meint die systematische Reflexion und Begründung derselben, wobei Moral und Ethik wechselseitig aufeinander verweisen und sich beeinflussen.

Nicht-Schaden, Fürsorge, Autonomie und Würde⁴ höchst fragwürdig und auf mindestens drei Ebenen kritikbedürftig: Erstens sind auf der Ebene konkreter Versorgung durch die Begrenzung des AsylbLG beruflich Handelnde im Gesundheitswesen genötigt, Patientinnen und Patienten von vorneherein eingeschränkt, somit ungleich, statt nach medizinischer Notwendigkeit und Indikation zu behandeln. Dies steht in deutlichem Widerspruch zum Selbstverständnis der Gesundheitsberufe ebenso wie zu bestehenden Ethikkodizes⁵, die dazu verpflichten, alle Patientinnen und Patienten unabhängig von Herkunft, Geschlecht, Nationalität, etc. gleich zu behandeln. Zweitens sollen, nach Maßgabe des deutschen Gesundheitssystems, Behandlungen gewährleistet werden⁶, die medizinisch sinnvoll und indiziert sowie wissenschaftlich überprüft (möglichst evidenzbasiert) sind – Kriterien, die völlig unabhängig vom legalen Aufenthaltsstatus Geltung beanspruchen. Zum Dritten steht eine solche einschränkende Regelung auf der Ebene internationaler Übereinkommen in deutlichem Konflikt mit dem Menschenrecht auf Gesundheit und dem Bestreben, global eine universelle Gesundheitsversorgung aufzubauen (Krones 2014; Razum et al. 2016).

Außer dem eingeschränkten Anspruch zeigen sich in der Versorgungspraxis mannigfache Hürden, Zugangsschwierigkeiten und Mängel der Versorgungsqualität (Baron/Flory 2019; Bozorgmehr/Razum 2015; Frank et al. 2017; ZEKO 2013;), so dass insgesamt davon ausgegangen werden muss, dass Asylbewerberinnen und Asylbewerber häufig keine adäquate gesundheitliche Versorgung erhalten.

- 4 In der Medizin-/Pflegeethik gibt es verschiedene Modelle für ethische Prinzipien, die sich in ihren philosophischen Grundlagen und der genaueren Auslegung unterscheiden, zugleich in der klinischen Praxis große Gemeinsamkeiten aufweisen. Siehe hierzu Rabe (2017), Rehbock (2005), Beauchamp/Childress (2013).
- 5 Siehe bspw. der »Ethikkodex und Standards zur beruflichen Praxis der Ergotherapie.« vom Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V. <https://dve.info/ergotherapie/ethik/>; der Ethikkodex für Pflegenden nach dem ICN (International Council of Nurses) siehe https://deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR_Dokumente/ICN-Ethik-E04kl-web.pdf oder das Genfer Ärztegelöbnis (1948/ 2017) des Weltärztebundes https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/.... Eingesehen am 23.08.20.
- 6 Ob das deutsche Krankenversicherungssystem auch eine problematische Maximalversorgung darstellt, ist ein umstrittenes Thema, das meines Erachtens zunächst von der Frage der Gleichbehandlung von Menschen mit verschiedenem Aufenthaltsstatus getrennt werden sollte. Anzunehmen ist zudem eher, dass es in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung Über- ebenso wie Unter- und Fehlversorgung gibt.

Zugleich aber werden Menschen mit Fluchterfahrung gerade auch gesundheitlich als besonders ›vulnerable Gruppe‹ bezeichnet⁷ – impliziert das nicht, dass sie eher mehr Versorgung bedürfen als weniger? Ergeben sich aus dem Erleben von Flucht mehr oder andere Bedürfnisse und Bedarfe? Was genau soll es heißen, dass Geflüchtete vulnerabel sind?

2. Vulnerabilität – Bedürftigkeit

Im fachlichen wie öffentlichen Diskurs erscheinen die Begriffe Vulnerabilität (manchmal umschrieben mit Begriffen wie sensibel, schutzbedürftig, o.a.) und Bedürftigkeit auf den ersten Blick deskriptiv. Oft aber werden sie erwähnt, um besondere Interventionen zu begründen. Damit haben sie eine evaluative und normative Funktion, denn über eine prüfende Evaluation hinaus, haben Bedürftigkeit und Verletzlichkeit einen stark moralisch appellativen Charakter und wirken somit normativ wertend. Die Folgen sind möglicherweise weitreichend, denn es wird in der Verteilung von Ressourcen anhand dieser Bewertungen entschieden, wem etwas (zuerst) zugeteilt wird.⁸

Um diese Zusammenhänge genauer zu verstehen, müssen grundsätzliche Fragen gestellt werden: Wer ist warum vulnerabel oder bedürftig oder beides? Was genau soll das heißen und was folgt daraus? Und in welchem Verhältnis stehen Vulnerabilität und Bedürftigkeit zueinander?

2.1 Vulnerabilität

Konzepte von Vulnerabilität werden seit einigen Jahren in diversen Wissenschaftsbereichen sowie (sozial)politischen Praxiskontexten auf nationaler wie internationaler Ebene zunehmend und zunehmend kritisch diskutiert (Brown et al. 2017; Durocher 2016; Luna 2018; Mackenzie et al. 2014; Strahle 2016;

7 Es gibt sowohl eine Vielzahl von Beiträgen in der Fachliteratur, die sich explizit auf Vulnerabilität beziehen (beispielsweise Derose et al. 2007; Bragg 2013), sowie häufig nur die kurze Erwähnung (beispielsweise. Grove/ Zwi 2006).

8 In der Debatte um die Aufnahme Geflüchteter aus desolaten griechischen Flüchtlingslagern beispielsweise scheinen unbegleitete minderjährige Mädchen priorisiert zu werden – da sie als besonders vulnerabel gelten. Siehe »Der Koalitionsausschuss von Union und SPD hatte am 8. März beschlossen, helfen zu wollen. Deutschland will vor allem kranke Kinder und ihre Familien aufnehmen, Mädchen unter 14 Jahren sollen besonders berücksichtigt werden.« <https://www.spiegel.de/politik/ausland/unionspolitiker-wollen-kinder-aus-griechischen-fluechtlingslagern-holen-a-698abb8a-5e62-4ade-8ba7-a90685df6999>. Zur Problematik der Priorisierung siehe auch Durocher (2016), Morke (2020).

ten Have 2015; Wrigley/Dawson 2016; sowie Kasper in diesem Band). Kurz zusammengefasst sind die gemeinsamen, zentralen Kritikpunkte aus sozial-, politikwissenschaftlicher, bioethischer und philosophischer Sicht folgende:

- der geradezu inflationäre Gebrauch, der droht, das Konzept unbrauchbar zu machen, weil Vulnerabilität letztlich für (fast) alle proklamiert werden kann;
- die unterschiedlichen Operationalisierungen, die Verständigung über bzw. Vergleichbarkeit von verschiedenen Konzeptualisierungen unmöglich machen;
- die mit dem Etikett ›vulnerabel‹ einhergehende Stigmatisierung;
- die Festlegung der Betroffenen in eine von Abhängigkeit geprägte Opferrolle, die sie fast notgedrungen reproduzieren müssen⁹;
- die Gefahr der Entmündigung durch Strukturen, die Paternalismus Vorschub leisten, damit Verlust von Handlungsfähigkeit und Autonomie;
- und der unklare normative Charakter, durch den aber folgenreiche Argumente für Priorisierungen gebildet werden.

Für den Kontext der Gesundheitsversorgung lässt sich zu diesen Kritikpunkten hinzufügen, dass Stigmatisierungen und Paternalismus hinsichtlich des Umgangs mit kultureller Diversität und Prozessen von Ausgrenzung, eine starke Dynamik entwickeln, die wiederum geeignet erscheint, Vulnerabilität zu verstärken. Bereits seit den 1970er Jahren wird immer wieder auf die mangelnde inter-/transkulturelle Kompetenz im deutschen Gesundheitswesen verwiesen (Castaneda 2012; Coors et al. 2014; Razum et al. 2016); Ausgrenzungsprozesse wie Othing wurden bis vor Kurzem im deutschsprachigen, medizinethischen Diskurs kaum explizit aufgenommen (Coors/Neitzke 2018; Grove/Zwi 2016; Schnuck 2015), eine Auseinandersetzung mit Rassismus fehlt fast völlig (Yeboah 2017). Es ist aber anzunehmen, dass Patientinnen und Patienten mit Fluchtgeschichte komplexen, auch rassistischen Ausgrenzungs- und Diskriminierungsprozessen ausgesetzt sind (siehe beispielsweise Diekmann/Fereidooni 2019).

Grundsätzlich werden vor allem in der (bio)ethischen Fachdiskussion und den sich darauf beziehenden Diskursen zwei Auffassungen von Vulnerabilität unterschieden (Mackenzie 2014; Luna 2018; ten Have 2015): ein eher weites Begriffsverständnis, das die Vulnerabilität aller Menschen umfasst und als ontologische, anthropologische oder universelle Vulnerabilität bezeichnet wird, sowie eine eher

9 Brown et al. (2017) weisen darauf hin, dass der Gebrauch von Vulnerabilitätszuschreibungen zu einem Instrument sozialer Kontrolle werden kann, indem soziale Hilfestellungen an bestimmtes Verhalten gekoppelt werden. Menschen lernen, sich als vulnerabel zu begreifen und zu verhalten, um in die Norm für entsprechende Hilfeleistungen zu passen.

enge Definition, nach der Vulnerabilität spezifisch bestimmten Menschen und Gruppen (Subpopulationen) zugeschrieben wird. Gehen wir davon aus, dass nur bestimmte Menschen(gruppen) vulnerabel sind, wirkt diese Zuschreibung eher in einer Weise stigmatisierend und stereotypisierend, die die Betroffenen zu Objekten paternalistischer Fürsorge macht. Gehen wir aber davon aus, dass alle Menschen vulnerabel sind, scheint das Konzept zu weit zu werden und seine Argumentationskraft zu verlieren, denn es gibt keine Möglichkeit mehr, besondere Maßnahmen für einige Menschen zu begründen, wenn doch alle vulnerabel sind.

Ein Ausgangspunkt für diese Problematik scheint meines Erachtens bereits in der Bedeutung und im Sinnzusammenhang der Begriffe zu liegen. Deshalb werden im Folgenden sehr grundlegende, sprachliche Bedeutungsmuster und Verwendungen der Begriffe in der sozialen Sprachpraxis reflektiert.

Vulnerabilität als Fachbegriff hat in der deutschen Alltagssprache als fast synonyme Pendant Verletzlichkeit und Verwundbarkeit. Beide verweisen auf die Möglichkeit, Schaden zu nehmen und zeigen damit zugleich, dass wir als Menschen schutzbedürftig und von diesem wie auch immer gearteten Schutz abhängig sind. Betrachten wir das Bedeutungsumfeld von Verletzlichkeit, sind wir sehr nah an Abhängigkeit, Bedürftigkeit, Zerbrechlichkeit, Schwäche, Krankheit, Unsicherheit und so fort – alles Attribute, die insbesondere in einem gesellschaftlichen Kontext, der stark auf Leistung und individuelle Autonomie Wert legt, Angst und Ablehnung hervorrufen¹⁰. Insofern ist sehr fraglich, ob eine rein neutrale Be- oder Zuschreibung als *vulnerabel* ohne einen negativ gewerteten Anklang möglich ist.

Wie müsste ein Verständnis von Vulnerabilität beschaffen sein, das solche Fallstricke umgehen kann? Ein Verständnis von Vulnerabilität, das beides umfasst¹¹, eine weite *und* eine spezifische Bedeutung, könnte dies meines Erachtens leisten, denn es verbindet die Einsicht, dass wir alle als Menschen vulnerabel sind *und* die konkrete Bestimmung von Vulnerabilität als situationsbedingte Verfassung, die uns wiederum allen widerfahren kann. Als Grundbedingung unseres Menschseins ist Vulnerabilität eine Verfasstheit, die wir *vorfinden* und *einsehen* können, wenn

10 Die Diskussion zur Negativität von Vulnerabilität kann hier aus Platzgründen nicht weiter differenziert werden; aus philosophisch anthropologischer Sicht erscheint eine durchweg negative Wertung Ergebnis einer zu engen Sicht mit einseitigem und verkürztem Fokus auf individuelle Autonomie (siehe ten Have 2015); allerdings bleibt der Begriff im allgemeinen Sprachgebrauch eher negativ und ambivalent, worauf es hier ankommt.

11 Ähnlich beispielsweise ten Have (2015) und Mackenzie et al. (2014); siehe dazu auch den Beitrag von Kasper in diesem Band.

wir unsere menschliche Daseinsweise reflektieren¹². Wir können diese Grundbedingungen menschlichen Lebens weder aussuchen noch ändern.¹³ Spezifische Vulnerabilität ist in diesem Verständnis weniger Merkmal einer bestimmten Person, das von außen zugewiesen wird, sondern eine konkrete *situationsgebundene* und strukturell bedingte Ausprägung der grundlegenden menschlichen Verletzbarkeit. In Situationen besonderer Verletzlichkeit geraten wir alle im Laufe unseres Lebens, wenn auch auf unterschiedliche Weise und in unterschiedlichem Maße.

Ein solches Verständnis kann die Einsicht in die eigene menschliche Vulnerabilität einer stigmatisierenden »Etikettierung« entgegenhalten und ermöglicht zugleich eine konkrete Klärung und Benennung der Einflussfaktoren und Strukturen, die Menschen in eine besonders vulnerable Lage bringen.

2.2 *Bedürftigkeit*

Auf die gleiche Weise, als *Grundbedingung* unseres Menschseins, lässt sich Bedürftigkeit verstehen. Auch wenn wir nicht zu jeder Zeit gleichermaßen bedürftig sind oder uns so fühlen, ist Bedürftigkeit dem Menschsein wesentlich. Sie tritt in verschiedenartigen Bedürfnissen in unseren Lebensvollzügen immer wieder in Erscheinung. Wir alle haben mannigfache Bedürfnisse und nicht immer können wir selber bzw. allein für die Erfüllung dieser Bedürfnisse sorgen. Wir sind in der Befriedigung unserer Bedürfnisse an Andere verwiesen und oft auf Andere angewiesen. Der Philosoph Wilhelm Kamlah drückt es in seiner »Philosophischen Anthropologie« so aus:

»Wir sind auf andere angewiesen nicht allein, um mit ihrer Hilfe zu den Gütern zu gelangen, derer wir bedürfen, sondern wir sind auch aufeinander angewiesen, um z.B. miteinander zu reden, unsere Situation zu besprechen, einander Geborgenheit zu gewähren, um in wechselseitigem Vertrauen unser menschliches Leben zu bestehen.« (Kamlah 1972: 95)

Unsere eigene grundlegende Bedürftigkeit ist uns meist nicht bewusst, normalerweise denken wir kaum darüber nach – es sei denn in Situationen außergewöhnlicher Bedürfnisse oder plötzlicher, ausgeprägter Bedürftigkeit wie im Falle von Krankheit. Zugleich aber ist bedürftig sein eine »jedermann zugängliche Erfahrung«. (Kamlah, 1972: 95)

12 Ich verwende Formulierungen in der ersten Person Plural hier bewusst, um deutlich herauszustellen, dass die Überlegungen nicht rein abstrakt im menschenleeren Raum stattfinden, sondern als anthropologische Reflexion uns als Menschen, Akteurinnen und Akteure sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler betreffen.

13 Im Sinne von Jaspers (1956:201–220) Grenzsituationen.

2.2.1 *Ambivalente Wortbedeutung*

Bedürftig sein ist auch eine Erfahrung, die ängstigen und verunsichern kann, denn sie lässt uns spüren, wie zerbrechlich, abhängig und endlich wir sind, insbesondere, wenn Bedürfnisse nicht erfüllt werden. Das Bedeutungsumfeld von Bedürftigkeit überschneidet sich stark mit dem von Verletzlichkeit: Wer bedürftig ist, ist arm, mittellos, auf (Sozial)Hilfe angewiesen, abhängig, nicht selbständig, schwach. Bedürftigkeit wird auf gesellschaftlicher Ebene leicht mit Arbeitslosigkeit, Krankheit und der Unfähigkeit, für sich selber zu sorgen in Zusammenhang gebracht. Einerseits wirkt die Betitelung als bedürftig stigmatisierend, andererseits wirkt in der Darstellung von Bedürftigkeit auch ein starker moralischer Appell zu helfen.

Die Bedeutungen von Bedürftigkeit und Bedürfnissen erscheinen zwiespältig: Bedürfnisse zu haben ist normal, das teilen wir alle; aber Bedürfnisse widerfahren uns, wir suchen sie uns nicht aus und Bedürfnisse beschreiben häufig einen Mangelzustand, von dem wir gewissermaßen getrieben sind, ihn zu beheben – hier die Verwandtschaft mit Trieb, Instinkt und Motivation. Das alte Wort *Notdurft*, das im 18. Jh. von *Bedürfnis* abgelöst wurde (Baratta 2010; Beaufort/Göb 2011), verweist noch deutlich auf das Müssen, die Notwendigkeit, damit auf die Unfreiwilligkeit und Unfreiheit des Erlebens von Bedürfnissen, und so widersprechen sie in manchen Zusammenhängen unserem Selbstbild als freie, selbstbestimmte Wesen. Bereits mit diesen wenigen Reflexionen zeigt sich, wie beim Begriff *vulnerabel*, die Ambivalenz der Bedeutungen im Umfeld von Bedürftigkeit und die Schwierigkeit einer neutralen Wahrnehmung ohne negativen Anklang.

2.2.2 *Normativität von Bedürfnissen*

Bei einem Blick in die Philosophiegeschichte erweisen sich Bedürfnisse und Bedürftigkeit als komplexe Begriffe mit vielfältigen Konzeptualisierungen vom antiken Ideal der Bedürfnislosigkeit, über Gesellschaftstheorien bei Hegel und Marx bis zur neueren Diskussion um Prinzipien globaler Verteilungsgerechtigkeit (Brock/Hassoun 2013; Beaufort/Göb 2011; Ritter et al. 1972). In der sozialpolitischen Praxis spielen Konzepte von Bedürfnissen und Bedürftigkeit längst eine zentrale Rolle bei der Verteilung von Ressourcen.¹⁴

Eine zentrale philosophische Frage ist – ganz ähnlich wie bei Konzepten von Vulnerabilität – worauf der normative Anspruch aufbaut und worin genau er

14 Dabei gab es eine Verschiebung vom Basic Need Approach (BNA) zum Capabilities Approach (CA), siehe u.a. Brock/ Miller (2019); Alkire (2005).

besteht. Im allgemeinen moralischen Diskurs gibt es weitgehende Übereinstimmung, dass wir Anderen dabei helfen sollten ein Bedürfnis zu erfüllen, wenn es sich erstens um ein existentielles (lebenswichtiges) Bedürfnis handelt, zweitens die Person es selber nicht erfüllen kann und wir drittens die Möglichkeit und Mittel dazu haben, ohne uns selber in eine ernsthafte Gefahr zu bringen. Ausschlaggebend dafür ob und wie weit wir zu Hilfe verpflichtet sind, ist zudem die Art der Beziehung und die Position, in der wir uns befinden. An Eltern eines Kindes werden andere Erwartungen gestellt, als an vorbeilaufende Fremde, Freunde oder den Staat.

Der kritische Punkt liegt bereits in der ersten Voraussetzung: Was ist ein lebensnotwendiges Bedürfnis? Wie sind solche Bedürfnisse abzugrenzen von Interessen, Präferenzen und Wünschen (Brock/Miller 2019; Weale 1998)? Letztere wirken weit weniger oder gar nicht verpflichtend.

Die Abgrenzung von nötig oder unnötig zum Leben oder Überleben bleibt fraglich. Letztlich wird sie immer wieder in sozialen und politischen Diskursen verhandelt. In diesen Aushandlungsprozessen sind Definitions- und Handlungsmacht allerdings sehr unterschiedlich verteilt. Gegenstand derartiger Aushandlungsprozesse sind nicht nur die Bedürfnisse selber, sondern auch ihre Erfüllungsbedingungen und die Arten der Erfüllungsmittel (Brock/Miller 2019: 14–17). Hier spielen soziokulturelle Kontexte und Prägungen eine zentrale Rolle, sowohl in der Wahrnehmung dessen was nötig ist als auch bezüglich der Erfüllungsmittel.¹⁵

2.2.3 *Bedürfnisse und Bedarfe im Gesundheitswesen*

Im Aushandlungsprozess um die Abgrenzung notwendiger und nicht notwendiger Bedürfnisse, hat sich in der Gesundheitsversorgung die Unterscheidung von subjektiven Bedürfnissen und objektiven Bedarfen etabliert. Die objektivierende Sicht ist im Falle der Gesundheitsversorgung von biomedizinischen Wissenszusammenhängen geprägt. Beispielsweise möchte ich nach einer Operation am Kniegelenk endlich wieder beweglich und schmerzfrei sein (kurz zusammengefasst »gesund«); der objektive Bedarf, um dieses Bedürfnis nach Wiederherstellung der Gesundheit zu befriedigen, sind Schmerzmittel und Physiotherapie. Allerdings habe ich weder das Bedürfnis, bittere Pillen zu schlucken, noch müh-

15 Hunger beispielsweise kann durch unterschiedliche Nahrungsmittel gesättigt werden; in der Versorgung Geflüchteter sollen laut AsylbLG zur Erfüllung grundlegender Bedürfnisse wie Ernährung möglichst Sachleistungen gegeben werden. Damit bleibt den Versorgten keine Wahl mehr bezüglich der Nahrungsmittel. Essen wird reduziert auf Kalorienzufuhr – entspricht das (gerade auf längere Sicht) menschlichen Bedürfnissen? Essen bedeutet auch für sich zu sorgen, Geschmack, Gemeinschaft, religiöse Praxis und vieles mehr.

selige und möglicherweise schmerzhaftes Übungen zu machen – ich mache es trotzdem, weil ich annehme, dass diese Mittel der Erfüllung meines Bedürfnisses nach Gesundheit dienen.

Die Grundstruktur von *bedürfen* kann formalisiert werden (Brock/ Miller 2019):

x braucht y um zu z

Ein Patient x braucht die Mittel y um seine Gesundheit z (wieder) zu erlangen.

Bringen wir hier die oben genannte Unterscheidung zwischen Bedürfnis und Erfüllungsmittel ins Spiel, zeigt sich, dass sich das subjektive Bedürfnis von Patient x auf das Ziel z (Gesundheit) richtet und Patient x gleichzeitig das Mittel y (Therapie) ablehnen kann. Das Mittel y ist insofern ein objektivierter Bedarf, als im System der Gesundheitsversorgung aufgrund bestimmter Kriterien festgelegt wird, welche Mittel zum Einsatz zugelassen sind, um bestimmte Bedürfnisse zu stillen. In gewisser Weise werden aber auch die Bedürfnisse selber z.T. objektiviert. In der Diagnosestellung werden biomedizinisch erforschte Zusammenhänge hergestellt, die den Zustand und die daraus entspringenden Bedürfnisse erklären sollen. Wird so ein Grund für beispielsweise Schmerzen gefunden, wird auch das subjektive Bedürfnis nach Schmerzfreiheit bestätigt und es kann ein objektiver Bedarf legitimiert werden.

2.3 Wechselbeziehung und Normativität von Vulnerabilität und Bedürftigkeit

Was aber, wenn durch Einschränkungen im Anspruch auf Gesundheitsleistungen, wie durch das AsylbLG und andere Hürden im Zugang, eine solche Bedarfsermittlung gar nicht erst stattfindet bzw. die ermittelten Bedarfe nicht gewährt werden (dürfen)? In diesem Fall werden Bedürfnisse und Bedarfe, die sich aus der Erkrankung ergeben, nicht erfüllt. Das wiederum macht die betreffenden Personen anfälliger, also vulnerabler. Bedürftigkeit und Vulnerabilität stehen in einer engen Wechselbeziehung. Dabei ist meines Erachtens. Vulnerabilität kein bloßer Mittler (Panitch/Horn 2017)¹⁶, dem selber keine normative Kraft zu eigen ist, sondern beide Konzepte entfalten ihre Normativität im Zusammenhang mit Schaden und Abhängigkeit. Die Schädlichkeit der Nicht-Erfüllung eines Bedürfnisses

¹⁶ Die Autorinnen und Autoren argumentieren, dass Konzeptionen von Vulnerabilität keine geeigneten moralischen Begründungen insbesondere für Gerechtigkeitsfragen in der Gesundheitsversorgung leisten, da Vulnerabilität nur ein »middle-man« ohne eigene normative Kraft sei, denn sie beziehe sich letztlich immer auf Bedürfnisse/Bedürftigkeit (need).

ist auch ein entscheidendes Kriterium zur Beurteilung der moralischen Relevanz desselben, oder wie Harry Frankfurt prominent formuliert (in Brock/Hassoun 1998: 3559): »A need is morally important if harm will result if the need is not met, and that harm is outside the person's voluntary control.«

Diese Bestimmung zeigt nicht nur eine Möglichkeit auf, notwendige bzw. moralisch bedeutsame Bedürfnisse von eher banalen zu unterscheiden. Indem sie das Kriterium der Schädlichkeit einführt, zeigt sie auch die Verbindung zu Vulnerabilität auf: die Anfälligkeit, Schaden zu nehmen, ist genau das, was Vulnerabilität beschreibt. Unsere Verletzlichkeit wiederum erzeugt das Bedürfnis nach Schutz und in Bezug auf Schutz sind wir auf Andere angewiesen, darauf, dass sie beispielsweise Verkehrsregeln einhalten, Rechte achten, oder eine Mahlzeit für uns zubereiten, wenn wir das (noch) nicht (mehr) können. Zugleich macht uns Abhängigkeit immer vulnerabel; denn kann die Person oder Institution, die für unsere Bedürfnisse sorgt, dies nicht mehr tun, bleiben unsere Bedürfnisse unerfüllt und wir erleiden Schaden. Vulnerabilität macht bedürftig und damit abhängig, Bedürftigkeit macht abhängig und damit vulnerabel, Abhängigkeit macht bedürftig und vulnerabel – jeweils im Bezug zu drohendem Schaden. Dass Menschen nicht leiden, nicht Schaden erleiden sollen, scheint eine universalisierbare moralische Orientierung, die beispielsweise in der Medizin eines der wichtigsten ethischen Prinzipien darstellt (Beauchamp/Childress 2013). Zu bestimmen, was genau allerdings für wen warum ein wie schwerer Schaden ist und wie Schäden gegeneinander abzuwägen sind, bleibt in jeder Situation erneut eine schwierige Aufgabe.

3. Resümee: Vulnerabilität, Bedürftigkeit und Schaden in der Gesundheit(sversorgung) geflüchteter Menschen

Zwischen Vulnerabilität, Bedürftigkeit, Abhängigkeit und Schaden besteht ein komplexer, wechselseitiger Zusammenhang. Die konkreten Lebensbedingungen von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern und Geflüchteten sind einerseits geprägt von der Versorgung mit elementaren Bedarfen (Unterkunft, Wasser, Nahrung) andererseits von vielfältigen Abhängigkeiten und Versorgungsweisen, die häufig sowohl an objektivierte Bedarfen wie auch subjektiven Bedürfnissen vorbegehen.

Ein aktuelles Beispiel ist die Situation geflüchteter Menschen in der Corona Pandemie. Gemeinschafts- und Sammelunterkünfte, wie z.B. deutsche Ankerzentren, sind häufig mit Mehrbettzimmern, geteilten Waschräumen und geteilten

Küchen ausgestattet (SVR 2019: 60–66). Damit können Bedürfnisse und Bedarfe hinsichtlich der Privatsphäre, Ernährungsgewohnheiten, religiösen Praktiken, Infektionsschutz u.a. nicht oder nur ungenügend erfüllt werden. Diese Situationsbedingungen, auf die die Betroffenen selber keinen Einfluss haben, und die elementare Bedürfnisse und Bedarfe unerfüllt lassen, machen besonders vulnerabel gegenüber psychischen wie physischen Erkrankungen. Ansteckungsgefahr mit dem SARS-CoV-2 besteht für alle Menschen. Geflüchtete sind nicht vulnerabler aufgrund persönlicher Eigenschaften, sondern durch ohnehin mangelhafte Wohnbedingungen und die Unmöglichkeit, Vorschriften des Infektionsschutzes in der Pandemie (Abstands- und Hygieneregeln) in Sammelunterkünften einzuhalten (Bozorgmehr et al. 2020). Es droht also in besonderem Maße (gesundheitlicher) Schaden.

Krankheit ist Quelle von vermehrter Bedürftigkeit und Vulnerabilität ebenso wie Folge derselben. Die Abhängigkeitsverhältnisse, in denen Asylbewerberinnen und Asylbewerber und Geflüchtete leben, scheinen deutlich eher geeignet, Menschen vulnerabel zu machen als sie zu stärken. Kommt zu einer Erkrankung gleichzeitig ein reduzierter Anspruch auf und ein erschwerter Zugang zur Gesundheitsversorgung hinzu, ist leicht vorstellbar, dass eine Kaskade von Vulnerabilität, Bedürftigkeit und Abhängigkeit zu Schädigungen und Verschlechterung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes führt. Diese Schädigungen wären zu einem großen Teil vermeidbar, denn sie sind strukturell (mit)bedingt. Die (Gesundheits-) Versorgungsstrukturen sind beeinflussbar, sie werden gesellschaftlich und politisch gestaltet – hier besteht die Möglichkeit und die Aufgabe, Schaden zu vermeiden und zu lindern, wie es ethisch geboten ist.

Eine wichtige Aufgabe bleibt aus ethischer Sicht die weitere kritische Auseinandersetzung mit der Frage, ob und inwiefern Geflüchtete eine vulnerable und bedürftige Gruppe sind bzw. als solche bezeichnet werden sollten und in wieweit sie durch strukturelle Bedingungen in besonderem Maße vulnerabel und bedürftig *gemacht* werden.

Literatur

Agbih, Sylvia (2017), Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge aus ethischer Perspektive. Wo fangen die Fragen an? In: Frewer, Andreas, et al. (Hrsg.): *Die kosmopolitische Klinik. Globalisierung und kultursensible Medizin*, Würzburg, 41–75.

- Alkire, Sabina (2005), Needs and Capabilities, in: Reader, Soran (Hrsg.), *The Philosophy of Need*, Cambridge, 229–251.
- Baratta, Giorgio (2010), Bedürfnis, in: Sandkühler, Hansjörg (Hrsg.), *Enzyklopädie Philosophie*, Hamburg, 219–223.
- Baron, Jenny/Flory, Lea (2019), *Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland*, Berlin.
- Beauchamp, Tom/Childress James F. (2013), *Principles of Biomedical Ethics*, New York.
- Beaufort, Jan/Göb, Andrea (2011), Bedürfnis, in: Kolmer, Petra/Wildfeuer, Armin G. (Hrsg.), *Neues Handbuch philosophischer Grundbegriffe*, Band 1, Freiburg im Breisgau, 302–313.
- Bragg, Rosalind (2013), Vulnerable Migrant Women and Charging for Maternity Care in the UK. Advocating Change, in: Thomas, Felicity/ Gideon, Jasmine (Hrsg.), *Migration, Health, and Inequality*, London, 126–137.
- Brock, Gilian/ Hassoun, Nicole (2013), Needs, in: La Folette, Hugh (Hrsg.), *The International Encyclopedia of Ethics*, Vol VI, Oxford, 3558–3565.
- Brock, Gillian/Miller, David (2019): *Needs in Moral and Political Philosophy*, <https://plato.stanford.edu/archives/sum2019/entries/needs/>, 9.24.2019.
- Brown, Kate/Ecclestone, Kathryn/Emmel, Nick (2017), The Many Faces of Vulnerability, *Social Policy & Society*, 16: 497–510.
- Bozorgmehr, Kayvan/Razum, Oliver (2015), *Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees. A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013*, PLoSONE 10 (7): e0131483.
- Bozorgmehr, Kayvan, et al. (2020), SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete: Epidemiologische und normativ-rechtliche Aspekte, https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/FactSheet_PHNetwork-Covid19_Aufnahmeeinrichtungen_v1_inkl_A NNEX.pdf, 4.5.2021
- Castaneda, Heide (2012), «Over-Foreignization» or «Unused Potential»? A Critical Review of Migrant Health in Germany and Responses toward Unauthorized Migration, *Social Science & Medicine*, 74 (6), 830–838.
- Coors, Michael/Neitzke, Gerald (2018), »Othering«: Die Konstruktion des Anderen im Gesundheitswesen. Ethische Strategien zum Umgang mit interkulturellen Konflikten, *Ethik in der Medizin*, 30 (3), 191–205.
- Coors, Michael/Grützmann, Tanja/Peters, Tim (Hrsg.) (2014), *Interkulturalität und Ethik. Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Pflege*, Göttingen.

- Derose, Kathryn Pitkin/Escarce, José J./Lurie, Nicole (2007), Immigrants and Health Care. Sources of Vulnerability, *Health Affairs*, 26 (5), 1258–1268.
- Diekmann, Daniel/Fereidooni, Karim (2019), Diskriminierungs- und Rassistenerfahrungen geflüchteter Menschen in Deutschland. Ein Forschungsüberblick, *Zeitschrift für Flucht- und Flüchtlingsforschung*, 3 (2), 343–360.
- Durocher, Evelyne et al. (2016), Understanding and Addressing Vulnerability Following the 2010 Haiti Earthquake. Applying a Feminist Lens to Examine Perspectives of Haitian and Expatriate Health Care Providers and Decision-Makers, *Journal of human rights practice*, 8 (2), 219–238.
- Frank, Laura, et al. (2017), Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland, *Journal of Health Monitoring*, 2 (1), 24–47.
- Gabriel, Gottfried, et al. (2017), Was leistet die Begriffsanalyse? *Information Philosophie*, 2, 36–44.
- Grove, Natalie. J./Zwi, Anthony B. (2006), Our health and Theirs. Forced Migration, Othering, and Public Health, *Social Science and Medicine*, 62 (8), 1931–1942.
- Jaspers, Karl (1956), *Philosophie. Existenzerhellung*, Berlin.
- Kamlah, Wilhelm (1972), *Philosophische Anthropologie. Sprachkritische Grundlegung und Ethik*, Mannheim.
- Kaufmann, Matthias (2011), Begriff I. Allgemein, in: Kolmer, Petra/Wildfeuer, Armin G. (Hrsg.), *Neues Handbuch philosophischer Grundbegriffe*, Band 1, Freiburg im Breisgau, 313–325.
- Krones, Tanja (2014), Universal Health Coverage. Health Care Deficiencies and Goals for Germany and Switzerland, in: Frewer, Andreas/Reis, Andreas/Bergemann, Lutz (Hrsg.) *Gute oder vergütete Behandlung? Ethische Fragen der Gesundheitsökonomie*, Würzburg, 331–340.
- Luna, Florencia (2018), Identifying and Evaluating Layers of Vulnerability. A Way Forward, *Developing World Bioethics*, 19, 86–95.
- Mackenzie, Catriona/Rogers, Wendy/Dodds, Susan (2014), Introduction: What Is Vulnerability and Why Does It Matter for Moral Theory?, in: Mackenzie, Catriona/Rogers, Wendy/Dodds, Susan (Hrsg.), *Vulnerability*, Oxford, 1–33.
- Mokre, Monika (2020) «Young strong men should be fighting» – Zur Vulnerabilität geflüchteter junger Männer, in: Kohlbacher, Josef/ Six-Hohenbalken, Maria (Hrsg.), *Vulnerabilität in Fluchtkontexten*, Wien, 17–33.
- Mylius, Maren (2016), *Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland. Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern*, Bielefeld.

- Panitch, Vida/Horne, Chad L. (2017), Vulnerability, Health Care and Need, in: Straehle, Christine (Hrsg.), *Vulnerability, Autonomy, and Applied Ethics*, New York, 101–121.
- Rabe, Marianne (2017), *Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik*, Bern.
- Razum, Oliver/Wenner, Judith/Bozorgmehr, Kayvan (2016), Wenn Zufall über den Zugang zu Gesundheitsversorgung bestimmt. Geflüchtete in Deutschland, *Gesundheitswesen*, 78, 711–714.
- Rehbock, Theda (2005), *Personsein in Grenzsituationen. Zur Kritik der Ethik medizinischen Handelns*, Paderborn.
- Ritter, Joachim/Gründer, Karlfried/Gabriel, Gottfried (Hrsg.) (1971), *Bedürfnis. Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Band 1, Darmstadt, 765–774.
- Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration GmbH (SVR) (Hrsg.) (2019), *Bewegte Zeiten: Rückblick auf die Integrations- und Migrationspolitik der letzten Jahre*, Berlin.
- Schunck, Reinhard/Reiss, Katharina/Razum, Oliver (2015), Pathways between Perceived Discrimination and Health among Immigrants. Evidence from a Large National Panel Survey in Germany, *Ethnicity and Health*, 20 (5), 493–510.
- Straehle, Christine (2016), Vulnerability, Health Agency and Capability to Health, *Bioethics*, 30 (1), 34–40.
- ten Have, Henk (2015), Respect for Human Vulnerability. The Emergence of a New Principle in Bioethics, *Bioethical Inquiry*, 12, 395–408.
- Weale, Albert (1998), Needs and Interests, in: Craig, Edward (Hrsg.), *Routledge Encyclopedia of Philosophy*, London, 752–755.
- Wenner, Judith/Namer, Yudit/Razum, Oliver (2019a), Migrants, Refugees, Asylum Seekers. Use and Misuse of Labels in Public Health Research, in: Krämer, Alexander/Fischer, Florian (Hrsg.), *Refugee Migration and Health. Migration, Minorities and Modernity*, Cham, 49–62.
- Wenner, Judith, et al. (2019b), Inequalities in Realised Access to Healthcare among Recently Arrived Refugees Depending on Local Access Model. Study Protocol for a Quasi-experimental Study, *BMJ Open*, 9: e027357.
- Wittgenstein, Ludwig (1984), *Philosophische Untersuchungen*, Frankfurt am Main.
- Wrigley, Anthony/Dawson, Angus (2016), Vulnerability and Marginalised Populations, in: Barrett, Drue H., et al. (Hrsg.), *Public Health Ethics. Cases Spanning the Globe*, Cham, 203–240.

- Yeboah, Ama (2017), Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland, in: Fereidooni, Karim/El, Meral (Hrsg.), *Rassismuskritik und Widerstandsformen*, Wiesbaden, 143–161.
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) (2013), Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund, *Deutsches Ärzteblatt*, 110 (18), A 899–903.