

Die Amsterdamer Erklärung

für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa

Migration, Vielfalt, Gesundheit und Krankenhäuser

Migration, ethnische und kulturelle Vielfalt, Gesundheit und Gesundheitswesen sind in vielerlei Hinsicht miteinander verbunden. Bedingt durch die weltweite Migration, die Globalisierung und die europäische Erweiterung wird Europa auch auf lokaler Ebene immer vielfältiger.

Der Gesundheitszustand von MigrantInnen und ethnischen Minderheiten ist dabei oft schlechter als jener der durchschnittlichen Bevölkerung: Diese Gruppen sind aufgrund ihrer meist schwächeren sozioökonomischen Stellung, aber oft auch wegen traumatischer Migrations-erlebnisse und durch das Fehlen einer ausreichenden sozialen Unterstützung verwundbarer als andere Gruppen.

In diesem Zusammenhang scheint die Forderung von MenschenrechtsaktivistInnen sinnvoll, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung ein Grundrecht für jeden Menschen sein sollte; unterstützt wird diese Forderung auch durch internationale Übereinkommen, wie z.B. die International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination und die International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families.

Über diesen Aspekt der Menschenrechte hinaus stellt die zunehmende Vielfalt eine große Herausforderung für die Gesundheitssysteme und ihre Einrichtungen in Hinblick auf Qualitätssicherung und -entwicklung ihrer Dienstleistungen dar¹. Angehörige von Minderheiten laufen Gefahr, in der Gesundheitsversorgung nicht dieselbe Qualität bei Diagnose, Behandlung und bei Präventivmaßnahmen zu erhalten wie die durchschnittliche Bevölkerung. Sehr oft berücksichtigt das Gesundheitswesen die spezifischen Bedürfnisse von Minderheiten nicht ausreichend. Verschiedene Herausforderungen wie z.B. Sprachbarrieren² oder kulturell unterschiedliche Erwartungen stellen sich für die NutzerInnen und auch die AnbieterInnen von Dienstleistungen gleichermaßen. Darüber hinaus verschärfen knapper werdende Krankenhausressourcen, die häufig geringere Kaufkraft von Minderheiten und teilweise fehlende Anspruchsberechtigungen die

Problematik. All das bewirkt, dass (Qualitäts-) Management und Personal vor neue Herausforderungen gestellt werden - speziell auch in Krankenhäusern, die eine besonders wichtige Rolle für die Versorgung dieses Bevölkerungssegments spielen³.

Problematisch sind aber auch Lücken im gesundheitsbezogenen Wissen. MigrantInnen in Europa verfügen oft nicht über ausreichende Informationen, die eine angemessene Nutzung der ambulanten und stationären Versorgung ermöglichen. Auch das allgemeine Wissen über Gesundheit und Gesunderhaltung im spezifischen Kontext der europäischen Gesellschaften ist oft begrenzt.

Einen solchen Informationsmangel nennen MigrantInnen oft als Begründung dafür, dass sie Gesundheitseinrichtungen nicht zielgerichtet nutzen und dass sie selbst keine ausreichenden Maßnahmen zur aktiven Krankheitsprophylaxe ergreifen.⁴

Darüber hinaus nimmt die ethnische und kulturelle Vielfalt des Krankenhauspersonals zu - eine Tatsache, die für Krankenhausorganisationen gleichzeitig eine Chance, eine Ressource und eine zusätzliche Herausforderung darstellt.

Im Jahr 2002 haben sich Krankenhäuser aus 12 europäischen Ländern zusammengefunden, um im Rahmen des EU-Pilotprojekts "Migrant-Friendly Hospitals" eine systematische europäische Auseinandersetzung mit diesen Herausforderungen zu initiieren (Details siehe unten). Nationale und regionale Netzwerke des WHO-Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (Health Promoting Hospitals / HPH) haben die Partner aus Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, den Niederlanden, Österreich, Spanien und Schweden zusammengebracht. Die teilnehmenden Krankenhäuser repräsentieren eine breite Palette an Typen - vom großen städtischen Universitätskrankenhaus bis hin zum kleinstädtischen Gemeindespital im öffentlichen oder privat-gemeinnützigen Eigentum. Einige der Partner hatten schon vor Projektbeginn langjährige Erfahrungen in der Betreuung von MigrantInnen / Minderheiten

gesammelt - in manchen Fällen waren die Zielgruppen gut als Minderheiten etabliert und relativ homogen, in anderen dagegen sehr vielfältig, mit einer großen Zahl an undokumentierten ("illegalen") MigrantInnen. Auch die Rahmenbedingungen variierten: Einige Partnerkrankenhäuser konnten ihre Zielgruppen im Rahmen eines gut integrierten Gesundheitswesens versorgen, während andere die Versorgung innerhalb von eher fragmentierten Strukturen anbieten mussten.

Das Projekt wurde von der Europäischen Union und der österreichischen Bundesregierung unterstützt. Europäische und internationale Organisationen traten der Initiative als unterstützende Partner bei (siehe Liste am Ende des Dokuments).

Die Projektpartner einigten sich darauf, einige grundlegende Prinzipien in das Zentrum einer Vision / eines Leitbilds für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser zu stellen:

- Wertschätzung von Vielfalt durch Akzeptanz von Menschen mit unterschiedlichem ethnischen und kulturellen Hintergrund als grundsätzlich gleichwertige Mitglieder der Gesellschaft
- Identifizierung der Bedürfnisse dieser Menschen und laufendes Monitoring und Qualitätsentwicklung der Dienstleistungen in Hinblick auf diese spezifischen Bedürfnisse
- und schließlich aktive Kompensation von Nachteilen, die den Betroffenen durch unterschiedliche ethnokulturelle Hintergründe erwachsen.

Empfehlungen

Auf der Grundlage der Erfahrungen der MFH-Projektpartner, internationaler Diskussionen und wissenschaftlicher Literatur konnten folgende für eine erfolgreiche Entwicklung von Dienstleistungen und Organisationskulturen zentrale Punkte identifiziert werden:

- 1 Ein migrantInnenfreundliches Krankenhaus zu werden ist eine Investition in individuellere und persönlichere Dienstleistungen für alle PatientInnen und KlientInnen sowie deren Familien.
- 2 Als notwendige Voraussetzung dafür gilt es, zunächst Bewusstsein für die spezifischen Erfahrungen von MigrantInnenpopulationen zu schaffen. Bestehende Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten im Gesundheitssystem sind zu identifizieren (auch gender-spezifisch) und auf dieser Basis Veränderungen in Kommunikation, Organisationsabläufen und Ressourcenzuteilungen durchzuführen.

Mithilfe einer Bedarfserhebung gelang es den Pilotkrankenhäusern trotz der Unterschiedlichkeit der Gesundheitssysteme und der lokalen Gegebenheiten viele gemeinsame Probleme zu identifizieren - Probleme sowohl der MigrantInnen / ethnischen Minderheiten unter den PatientInnen und Angehörigen als auch der KrankenhausmitarbeiterInnen.

In den Bereichen Übersetzen und Dolmetschen, Training in interkultureller Kompetenz für das Krankenhauspersonal und Empowerment in der Mütter- und Kinderbetreuung wurden wissenschaftsbasierte Lösungen erfolgreich implementiert und evaluiert.

Neben diesen konkreten Programmen zielten die Pilotkrankenhäuser auch auf eine grundsätzliche Entwicklung ihrer Organisationsstruktur und -kultur ab: in die Richtung einer stärkeren "MigrantInnenfreundlichkeit" bzw. eines kompetenten Umgangs mit Vielfalt - ein prinzipiell machbares, aber keineswegs triviales Vorhaben, das der Unterstützung durch viele unterschiedliche Partner in und außerhalb der Krankenhäuser bedarf. Projektergebnisse und die bei der Implementierung und Evaluation verwendeten Instrumente sind im Internet in der MFH-Website (<http://www.mfh-eu.net>) verfügbar.

Um die Nachhaltigkeit der Initiative sicherzustellen wurde im Rahmen des Netzwerks gesundheitsfördernder Krankenhäuser der WHO-Europa (HPH) eine Projektgruppe ("Task Force") für migrantInnenfreundliche und kulturell kompetente Krankenhäuser eingerichtet. Diese Projektgruppe wird als Schaltstelle und Unterstützung für weitere Initiativen dienen, Workshops organisieren, die MFH-Website warten etc..

- 3 Ethnokulturelle Unterschiede wahrzunehmen birgt das Risiko der Klischeebildung - deshalb ist es wichtig, sich vor Augen zu halten, dass MigrantInnenstatus, ethnische Abstammung, kultureller Hintergrund und religiöse Zugehörigkeit nur einige wenige ausgewählte Dimensionen des komplexen menschlichen Daseins sind.
- 4 Die Etablierung von Partnerschaften mit Betroffenen auf der lokalen Ebene bzw. mit engagierten NGOs und ähnlichen Organisationen, die mit den Problemen von MigrantInnen und ethnischen Minderheiten vertraut sind, ist ein wichtiger Schritt zu einem kulturell und sprachlich adäquateren Versorgungssystem.

Wie bei jeder anderen Form von Organisationsentwicklung hängt es auch hier von den einander ergänzenden Beiträgen verschiedener Beteiligter ab, ob es einem Krankenhaus gelingt, "migrantInnenfreundlich" zu werden und verschiedene PatientInnengruppen im Versorgungsgebiet gleichwertig zu betreuen.

Krankenhauseigentümer / -träger / Management / Qualitätssicherung / -management

Diese Akteure sollten die Qualität der Versorgung für MigrantInnen und ethnische Minderheiten zu einer Priorität von Krankenhausorganisationen machen:

- 5 Allgemeine und spezifische Ziele sollten explizit festgelegt werden (ausgedrückt in Leitbild, planerischen Visionen, aber auch in konkreten Richtlinien und Verfahren).
- 6 Wenn tatsächlich Änderungen in der Alltagspraxis erzielt werden sollen, müssen entsprechende Ressourcen (Arbeitszeit, finanzielle Ressourcen, Qualifikationen) bereitgestellt werden.
- 7 Krankenhausleitung, Management / Verwaltung und Qualitätssicherung sollten einen Organisationsentwicklungsprozess initiieren, unterstützen und evaluieren.
- 8 Ein wichtiger Schritt besteht darin, die Bedürfnisse und Ressourcen der Beteiligten - NutzerInnen (PatientInnen, Verwandte, Gemeinde) und AnbieterInnen (Personal) - regelmäßig zu erheben.
- 9 Strukturen, Prozesse und Ergebnisse sollten regelmäßig überprüft werden, ob sie dem Kriterium "migrantInnenfreundlich" entsprechen.
- 10 Geäußerte Bedenken, Beschwerden und Beanstandungen im Zusammenhang mit der Versorgung sollten ernst genommen und entsprechend bearbeitet werden.
- 11 Investitionen in den Aufbau von Kapazitäten hinsichtlich der kulturellen und sprachlichen Kompetenz des Personals (Auswahl, Training, Evaluation) sind notwendig.

Personal / Gesundheitsberufe

Krankenhauspersonal und die Organisationen der Berufe, denen es angehört, sollten die Relevanz dieser Themen anerkennen und bereit sein, in den Aufbau von Kompetenz zu investieren.

- 12 Ein wichtiger Schritt besteht darin, Konsens über Kriterien für "MigrantInnenfreundlichkeit" zu erzielen, angepasst an die jeweilige spezifische Situation. Diese Kriterien müssen in berufliche Standards übersetzt und ihre Anwendung in der Alltagspraxis eingefordert werden. Die im MFH-Projekt angewendeten Prinzipien können als Ausgangspunkt für diese Entwicklung dienen.
- 13 Angehörige der Gesundheitsberufe und auch die anderen MitarbeiterInnen müssen Kompetenzen in Hinblick auf kulturübergreifendes Handeln, interkulturelle Kommunikation und auf den Umgang mit ethnokultureller Vielfalt aufbauen.

- 14 Klinische Praxis, präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen sollten auf die verschiedenen Populationen abgestimmt werden. Die Wirksamkeit vorbeugender und gesundheitsfördernder Maßnahmen, die in einem hohen Maß auf kommunikativen Interventionen beruhen, ist besonders stark von der kulturellen und sprachlichen Kompetenz der Fachkräfte abhängig.
- 15 Den Grad der Alphabetisierung und das Wissen der NutzerInnen über Gesundheit und das Gesundheitssystem auf allen Dienstleistungsebenen systematisch zu berücksichtigen, ist eine wichtige Voraussetzung. Das bedeutet zunächst auf diese Kompetenzen zu achten. Darüber hinaus ist die Entwicklung adäquater Orientierungssysteme / Informationsmaterialien sowie entsprechender Bildungsprogramme für die PatientInnen zu fordern bzw. zu unterstützen.
- 16 In der Krankenhausversorgung sollte wegen der möglicherweise traumatischen Migrationserfahrungen dieser PatientInnengruppe verstärkte Aufmerksamkeit auf die psychische Gesundheit der NutzerInnen gelegt werden.

NutzerInnen (aktuelle und potenzielle PatientInnen, Verwandte) / VertreterInnen der lokalen Bevölkerungsgruppen

PatientInnenorganisationen und lokale Gruppierungen können wichtige Beiträge leisten, indem sie den Zusammenhang von ethnokultureller Vielfalt und Gesundheit / Gesundheitswesen thematisieren.

- 17 PatientInnenorganisationen sollten die Vielfalt ihrer Klientel in ihre Strategien und Richtlinien einfließen lassen und sich zu Fürsprechern dieser vielfältigen PatientInnenpopulationen machen.
- 18 VertreterInnen von MigrantInnen/Minderheitsgruppen können ihren Beitrag nicht nur durch Interessensvertretung, sondern auch durch Vermittlung leisten. Sie sollten sich für einen bedarfsangemessenen Zugang und eine adäquate Qualität der Dienstleistungen stark machen und sich auch für die Stärkung des gesundheitsbezogenen Wissens in ihren Gemeinschaften einsetzen.
- 19 Alle MigrantInnen und Angehörige von Minderheiten können durch mehr persönliches Wissen über Gesundheit und Krankenversorgung einen Beitrag zur Verbesserung ihrer eigenen Gesundheit und zu einer optimaleren Nutzung der Gesundheitsdienste leisten.

Gesundheitspolitik und öffentliche Gesundheitsverwaltung

Gesundheitspolitik und öffentliche Gesundheitsverwaltung sind für die Qualitätsstandards im Gesundheitswesen verantwortlich und tragen in ihren jeweiligen Zuständigkeitsgebieten die Gesamtverantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung. In den meisten Ländern sind sie auch für die Finanzierung der Gesundheitsdienste zuständig und daher auch an der Effektivität und Effizienz dieser Dienste interessiert.

- 20 Die Gesundheitspolitik sollte einen Rahmen schaffen, um eine migrantInnenfreundliche Qualitätsentwicklung in jedem Krankenhaus zu einem wichtigen und erreichbaren Ziel zu machen (mittels rechtlicher, finanzieller und organisatorischer Bestimmungen).
- 21 Ein gesundheitspolitischer Rahmen, innerhalb dessen die Gesundheit von MigrantInnen und ethnischen Minderheiten in der lokalen Politik thematisiert wird, kann für die Förderung des Gesundheitsbewusstseins / der health literacy dieser Gruppen sehr hilfreich sein.
- 22 Politik und Verwaltung spielen eine wichtige Rolle bei der Förderung der Wissensentwicklung, zum Beispiel indem sie Forschung, Aufbereitung von Wissen, Entwicklung von Standards und deren Verbreitung (Vernetzung, Bildung / Schulung, Erfahrungsaustausch) initiieren und finanzieren.

Gesundheitswissenschaften

Wissenschaftliche Erkenntnisse und ExpertInnenwissen können bei diesem Prozess sehr nützlich sein: Indem die Gesundheitswissenschaften Fragen der Auswirkungen der ethnokulturellen Vielfalt in Gesundheitswesen und Krankenversorgung einen höheren Stellenwert beimessen und diese in ihre Theorien und in die Entwicklung systematischer Evidenz einfließen lassen, können sie wichtige Beiträge leisten.

- 23 Ethnische und migrationsbezogene Hintergrundinformationen sollten als relevante Kategorie in epidemiologische, verhaltensbezogene, klinische, Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung eingeführt werden.
- 24 Wissenschaftliche ExpertInnen sollten bereit sein, anderen Akteuren bei der Planung, Überwachung und Evaluierung ihrer Initiativen behilflich zu sein, indem sie aufbereitetes Wissen sowie Erhebungs-, Planungs- und Evaluierungsinstrumente zur Verfügung stellen.
- 25 Wissenschaftliche Initiativen können zur Bekämpfung von Rassismus, Vorurteilen, Diskriminierung und Ausgrenzung beitragen, indem sie Informationen über die negativen Konsequenzen dieser Phänomene bereitstellen.
- 26 Forschung sollte in Form von Multi-Methoden-Studien, systematischen Evaluationen von Maßnahmen etc. durchgeführt werden, jedenfalls aber unter Einbeziehung der Betroffenen und in Absprache mit lokalen Gruppierungen und Vertretungen.

Alle europäischen Krankenhäuser sind eingeladen, die Amsterdamer Erklärung umzusetzen, zu migrantInnenfreundlichen und interkulturell kompetenten Organisationen zu werden und individualisierte persönliche Dienstleistungen zu entwickeln, von denen alle PatientInnen profitieren. Investitionen in eine verbesserte Sensibilität für die Bedürfnisse von Populationen, die besonderen Risiken ausgesetzt sind, sind ein wichtiger Schritt in Richtung einer allgemeinen Sicherung und Entwicklung der Dienstleistungsqualität.

Kontakt- / Kommunikations- / Kooperationsmöglichkeiten

- Projektgruppe (Task Force) des Health Promoting Hospitals Network der WHO-Europa, koordiniert vom HPH Regional Network Emilia Romagna, Antonio Chiarenza, Via Amendola, 2, 42100 Reggio Emilia, Italien. E-Mail: Antonio.chiarenza@ausl.re.it
- MFH-Website: <http://www.mfh-eu.net>
- Pharos (Evelien van Asperen, www.pharos.nl, E-Mail: e.asperen@pharos.nl)
- Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Dilshad Khan, BRI, Duckworth Lane Bradford BD96RJ, E-Mail: dilshad.khan@bradfordhospitals.nhs.uk
- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), John Kenneth Davies (IUHPE Europe), Falmer, BN19PH Brighton, Großbritannien, E-Mail: J.K.Davies@bton.ac.uk

Wer hat die Amsterdamer Erklärung entwickelt?

Die Amsterdamer Erklärung wurde entwickelt von der MFH-Projektgruppe im Rahmen des Projekts der Europäischen Kommission "MFH - Migrant-Friendly Hospitals, a European Initiative to Promote Health and Health Literacy for Migrants and Ethnic Minorities".

Europäische Pilotspitäler: Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien, AT, Immanuel-Krankenhaus GmbH, Rheumaklinik Berlin-Wannsee, Berlin, DE, Kolding Hospital, Kolding, DK, Hospital "Spiliopoulou Agia Eleni", Athen, EL, Hospital Punta de Europa, Algeciras-Cádiz, ES, Turku University Hospital, Turku, FI, Hôpital Avicenne, Paris, FR, James Connolly Memorial Hospital, Dublin, IR, Presidio Ospedaliero della Provincia di Reggio Emilia, Reggio Emilia, IT, Academic Medical Center, Amsterdam, NL, Uppsala University Hospital, Psychiatric Centre, Uppsala, SV, Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford, UK⁵

Projektkoordinator: Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (LBIMGS) der Universität Wien, sozialwissenschaftliche Fakultät, WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care⁶, unterstützt von einer Gruppe internationaler ExpertInnen⁷, Projekt-Website: <http://www.mfh-eu.net>. Das Projekt wurde finanziell unterstützt von der Europäischen Kommission, GD Gesundheit und Verbraucherschutz, ko-finanziert vom Österreichischen Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur und den Pilotspitälern.

Europäische, internationale und wissenschaftliche Organisationen als unterstützende Partner: International Alliance of Patients' Organizations (IAPO), International Labour Organisation (ILO), International Organisation for Migration (IOM), International Union of health promotion and education (IUHPE), Migrants Rights International, Standing committee of the hospitals of the EU (HOPE), United for Intercultural Action, WHO Centre for Integrated Health Care, Barcelona, nationale und regionale Netzwerke des WHO Network of Health Promoting Hospitals (HPH) in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, Pharos, PaceMaker in Global Health, Andalucian School of Public Health (EASP).

Deutsche Übersetzung Mai 2005. Das Projektteam des LBIMGS dankt Werner Schmidt (Berlin), Karoline Kandel (Wien) und Bea Kendlbacher (Wien) für ihre freundliche Unterstützung der Übersetzungsarbeit. Kontakt zur deutschen Fassung: karl.krajic@univie.ac.at.

¹ Weltgesundheitsorganisation (WHO): Report International Migration, Health and Human Rights, Ausg. Nr. 4, 2003

² Bischoff, A.: Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions, 2003, Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien - eine vom Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie Wien in Auftrag gegebene Studie, "MFH - Migrant-Friendly Hospitals" WHO 2003

³ Bischoff, 2003

⁴ WHO 2003, S. 28

⁵ ProjektkoordinatorInnen: Olivier Bouchaud (Paris), Antonio Chiarenza (Reggio Emilia), Manuel Fernandez (Uppsala), Hanneke Hartog (Amsterdam), Angela Hughes (Dublin), Karoline Kandel (Wien), Dilshad Khan (Bradford), Marja-Leena Pulkkinen (Turku), Anne Mette Rasmussen (Kolding), Antonio Salceda de Alba (Algeciras), Werner Schmidt (Berlin), Sotirios Zotos (Athen)

⁶ Projektleiter: Jürgen M. Pelikan, Kernteam: Gabriele Bocek, Karl Krajic, Sonja Novak-Zezula, Ursula Trummer, Martha Wirtenberger

⁷ Alexander Bischoff (Basel), Sandro Cattacin (Neuchatel), Ilona Kickbusch (Bern), Robert Like (New Brunswick), Lourdes Sanchez (Boston). Wir danken auch anderen ExpertInnen, die durch Unterstützung und Beratung Beiträge zu dem Projekt geleistet haben, wie zum Beispiel Anita J. Arnold (Doylestown, Pa.), Shani Dowd (Boston) und vielen anderen.



Financially supported by the European Commission



Co-funded by bm:bwk - Federal Ministry for Education, Science and Culture (Austria)



Supporting partners



Co-ordinated by LBISHM, WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care, Institute for Sociology, University of Vienna



Kaiser-Franz-Josef-Spital, AT



Immanuel-Krankenhaus GmbH, Rheumaklinik Berlin-Wannsee, GER



Kolding Hospital, DK



Hospital "Spiliopoulou Agia Eleni", EL



Hospital Punta de Europa, ES



Turku University Hospital, FI



Hôpital Avicenne, FR



James Connolly Memorial Hospital, IR



Presidio Ospedaliero della Provincia di Reggio Emilia, IT



Academic Medical Center, NL



Uppsala University Hospital, Psychiatric Centre, SV



Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, UK

Dieser Bericht wurde für die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz erstellt und gibt die Meinung des Auftragnehmers bzw. Autors wieder. Der Wortlaut wurde von der Europäischen Kommission weder gebilligt noch in irgendeiner anderen Form genehmigt und kann nicht als Standpunkt der Kommission oder der GD Gesundheit und Verbraucherschutz angesehen werden. Die Europäische Kommission übernimmt keine Gewähr für die Richtigkeit der Angaben in diesem Bericht und kann für deren Verwendung nicht haftbar gemacht werden.