



Die Beauftragte der Bundesregierung
für Migration, Flüchtlinge und
Integration

Gesundheit und Integration

Ein Handbuch für Modelle guter Praxis

Zusammengestellt und bearbeitet vom bundesweiten Arbeitskreis
„Migration und öffentliche Gesundheit“ der Beauftragten
der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration

Hrsg.: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration

2. überarbeitete Auflage, Berlin, Juli 2007

Gesundheit und Integration

Ein Handbuch für
Modelle guter Praxis

Zusammengestellt und bearbeitet vom bundesweiten Arbeitskreis
„Migration und öffentliche Gesundheit“ der Beauftragten
der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration

2. überarbeitete Auflage, Berlin, Juli 2007

ISBN 3-937619-23-2

Herausgeberin:

Beauftragte der Bundesregierung
für Migration, Flüchtlinge und Integration
11012 Berlin

Bestellungen an:

Willy-Brandt-Straße 1
10557 Berlin
Telefax (030/18-400-1606)
E-Mail: as@bk.bund.de

Vervielfältigungen sind – auch auszugsweise –
unter Angabe der Quelle erwünscht.

Druck:

Bonner Universitäts-Buchdruckerei

Inhalt	Seite
Vorwort	7
A Einleitung Gute-Praxis-Beispiele für Gesundheit und Integration	
Hans Wolter, Dorothea Grieger, Elisabeth Wesselman.	9
B Migration, Gesundheitsversorgung und Integration	
Ramazan Salman, Martina Stickan-Verführt, Dorothea Grieger. .	17
1. Status und gesundheitliche Versorgung	
1.1. Zur Rehabilitation und Integration psychisch traumatisierter Folter- und Bürgerkriegsüberlebender	
Ferdinand Haenel	23
1.2. El Puente – Zugänge ermöglichen	
Wolfgang Bautz, Lucia Muriel	29
1.3. Traumanetzwerk	
Sven Stenner-Borghoff	33
2. Rechtsfragen	
2.1. Kompetenzzentrum für rechtliche Betreuung von Migranten	
Ali Türk	36
2.2. Begutachtung von erkrankten Flüchtlingen zur Frage ihrer Krankheit als Abschiebehindernis	
Joachim Gardemann	44
2.3. Kompetenzzentrum für „Transkulturelle Begutachtung“ in der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover	
Wielant Machleidt, Marc Ziegenbein	54
3. Aufklärung und Beratung	
3.1. Interkulturelles Bayouma-Haus Berlin	
Natascha Garay	62
3.2. Gesundheit und Integration in Stuttgart	
Gari Pavkovic	66

3.3. Die Familienhebamme am Gesundheitsamt der Stadt Münster	
Dagmar Schwarte	72
3.4. Gesund Leben	
Karim Mashkooi.	76
3.5. „Gesundheit Hand in Hand – das deutsche Gesundheitssystem“ – Interkulturelle Gesundheitswegweiser fördern Integration und Gesundheit	
Martina Stickan-Verfürth, Sigrid Pettrup.	80

4. Gesundheitsförderung und Prävention

4.1. Gesundheitsförderung für Migrantinnen – ein Angebot von pro familia Bonn	
Stéphanie Berrut.	86
4.2. Frankfurter Afrikasprechstunde – Gesundheitsberatung für Menschen mit Migrationshintergrund im Regeldienst	
Sonja Stark, Virginia Wangare-Greiner, Hans Wolter	93
4.3. FLUG – Flucht und Gesundheit. Ein Projekt zur Verbesserung der Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung bei Flüchtlingen	
Jochen Hilpert.	100
4.4. Mit Migranten für Migranten – Das MiMi-Projekt des Ethno-Medizinischen Zentrums als Beitrag zur interkulturellen Gesundheitsförderung und Integration in Deutschland	
Ramazan Salman, Björn Menkhaus	107
4.5. Kultursensible AIDS-Prävention – das KAMAHH-Projekt des Kinder- und Familienzentrums in Schnelsen (KiFaZ) als Beispiel für den Umgang mit tabuisierten Gesundheitsthemen in der Integration	
Karen Robben, Werner Brayer, Matthias Wienold	115

5. Qualifizierung und Weiterbildung

5.1. Weiterbildung zu Integrationsassistentinnen und -assistenten	
Alp Otman.	120
5.2. Interkulturelle Kompetenztrainings	
Thomas Hegemann, Ramazan Salman	125
5.3. „FrauenServiceStelle“ – Migrantinnen werden zu Akteurinnen	
Doris Bonkowski.	131
5.4. Die Interkulturelle Elternschule	
Gerhard W. Lauth	135

6. Biografischer Aspekt

- 6.1. DRK-Projekt „Gesundheit für Ihr Kind“**
Monika Knepper 139
- 6.2. Migrantinnen als Gesundheitsmanagerinnen der Familie**
Tülin Dumann 144
- 6.3. Forum für eine kultursensible Altenhilfe**
Simone Helck 148
- 6.4. Gesundheitsförderung mit älteren Menschen im AWO
Begegnungszentrum Berlin**
Ben Eberle, Susanne Koch, Filiz Mueller-Lenhartz 153

7. Frauengesundheit

- 7.1. DONNA MOBILE**
Feyza Palecek. 159
- 7.2. Das Frauen- und Familienzentrum in der Aids-Hilfe Köln e.V.**
Michaela Diers 163
- 7.3. Orientierungskurs zur individuellen Lebensbewältigung für
Migrantinnen**
Christiane Langer 169
- 7.4. Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung**
Maya Krock. 173

8. Nicht-somatische Erkrankungen

- 8.1. Die Sonnenberger Leitlinien – Programmatik und
Handlungsimpulse für eine bessere psychiatrisch-
psychotherapeutische Versorgung von Migranten**
Wielant Machleidt, Petra Garlipp, Iris Tatjana Calliess 182
- 8.2. Berliner Bündnis gegen Depression**
Meryam Schouler-Ozak 190
- 8.3. Psychologischer Dienst für Migrantinnen und Migranten**
Birsan Kahraman 197
- 8.4. Spezifisches Behandlungskonzept in der Psychosomatik für
Migranten**
Ilhan Kizilhan. 200
- 8.5. Stationär-psychiatrische Behandlung von Migranten und
die Zusammenarbeit mit einweisenden Ärzten an der Klinik
für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg**
Eckhardt Koch 207

9. Sozialräumliche Bedingungen	
9.1. Verbesserung der gesundheitlichen Prävention bei Kindern mit Migrationshintergrund – Konzepte des Gesundheitsamtes Stade	
Gehard Pallasch, Christine Hartwig, Johannes Gnegel	221
9.2. Kiezdetektive – Kinderbeteiligung für eine gesunde Stadt	
Ingrid Papies-Winkler	233
9.3. Migration, Integration und Gesundheit – 10 Jahre Interkulturelles Gesundheitsnetzwerk Berlin	
Ingrid Papies-Winkler	239
10. Kommunikation/Verständigung	
10.1. Gemeindedolmetscherdienste als Beitrag zur Integration von Migranten in das regionale Sozial- und Gesundheitswesen – das Modell des Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover	
Ramazan Salman	246
10.2. Der Hausinterne Dolmetscherdienst im Städtischen Klinikum München	
Elisabeth Wesselman	257
11. Selbsthilfe	
11.1. Das Netzwerk Migration und Behinderung	
Cornelia Kauczor.	263
12. Institutionelle Bedingungen	
12.1. Türkisch – muslimische Patienten in der Rehabilitation am MEDIAN Klinikum für Rehabilitation	
Arthur Springfeld.	270
13. Gesundheitsberichterstattung	
13.1. Gesundheitsfördernde Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund	
C. Bunge, M. Meyer-Nürnberger, H. Kilian	275
13.2. Gesundheitsberichtserstattungs-basierte Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen	
Jeffrey Butler.	283

Die Autorinnen und Autoren sind für ihre Beiträge selbst verantwortlich.

Vorwort

Gesundheit ist die Grundlage für ein selbstbestimmtes, aktives Leben. Das gilt für Migrantinnen und Migranten genauso wie für alle anderen. Aber der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und zu Ärztinnen und Ärzten versteht sich für sie nicht von selbst. Dass es hier zu Verbesserungen kommt, ist für jeden einzelnen wichtig, aber auch für die ganze Gesellschaft. Denn wer Hilfe erfährt, wenn er krank ist, gewinnt Vertrauen. Wer gesund ist, kann sich einbringen. Gesundheit ist, nach der bekannten umfassenden Definition der Welt-Gesundheits-Organisation, nicht die Abwesenheit von Krankheit, sondern ein körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden. Diese Form der Gesundheit zu fördern, das Bewusstsein für die eigene Gesundheit zu schärfen, und auf die Bedürfnisse bestimmter Bevölkerungsgruppen einzugehen, ist Integrationsförderung im besten Sinne.



Gesundheit und Krankheit hängen nicht zuletzt mit der Bildung, der ökonomischen Lage, den Wohnverhältnissen und den Arbeitsbedingungen des Einzelnen zusammen. Diese mittlerweile gut erforschten Zusammenhänge müssen sowohl in der Praxis als auch in der Gestaltung der politischen Rahmenbedingungen noch stärker berücksichtigt werden. Bei zahlreichen Migrantinnen und Migranten tragen neben zum Teil geringer Bildung auch fehlende Kenntnisse des Gesundheitssystems dazu bei, dass sie nicht die Versorgung in Anspruch nehmen, die ihnen zusteht und die sie brauchen. Hier müssen wir Verständnis wecken und Vertrauen schaffen. Die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens in seiner Breite ist dabei ein wichtiger Ansatzpunkt. Sie kommt in Deutschland voran.

Zahlreiche Menschen in Deutschland haben Ideen entwickelt, die neugierig machen. Viele haben gute Erfahrungen mit der Umsetzung gemacht. Gute Ideen und Erfahrungen soll man teilen, damit sie sich verbreiten. Denn Probleme, die an der einen Stelle bereits gelöst sind, bestehen an der anderen oft fort. Es gilt, in Deutschland über die einzelnen Projekte zu einer Gesamtstrategie zu kommen. Dies ist auch das Ziel des Nationalen Integrationsplans, den die Bundeskanzlerin am 12. Juli 2007 vorgestellt hat. Darin haben sich alle staatlichen Ebenen – Bund, Länder und Kommunen – im Dialog mit Akteuren der Bürgergesellschaft und den Migrantinnen und Migranten auf einen gemeinsamen Plan für eine nachhaltige Integrationspolitik geeinigt.

Bei der Umsetzung des Nationalen Integrationsplans kommt es auf die Erfahrungen und Anregungen und vor allem auf die Mitarbeit jedes Einzelnen an. Sie wissen um die Schwierigkeiten, im Gesundheitswesen die unterschiedlichen Bedürfnisse von Menschen verschiedener Herkunft zu erkennen und entsprechend zu handeln. Sie werden auch erfahren haben, dass Ihr Engagement sich lohnt. Ermutigende Beispiele für Ihre weitere Arbeit sind in diesem Buch beschrieben.

Es geht auf etwa 40 konkrete Projekte ein, die Chancengleichheit im Gesundheitsbereich fördern. Darunter sind solche, die sich bewährt haben und zum Teil in die reguläre Versorgung aufgenommen wurden. Überwiegend werden aber neuere Projekte vorgestellt, die aktuelle Lebenslagen von älteren Migrantinnen und Migrantinnen, Neuankömmlingen und Flüchtlingen berücksichtigen.

Einige stützen sich auf neue Konzepte, um die Patientinnen und Patienten stärker einzubinden und die Kommunikation mit ihnen zu verbessern. Andere greifen Fragen der Weiterbildung des Gesundheitspersonals oder der lokalen wie nationalen Berichterstattung zu Gesundheit und Migration auf. Einige Projekte sind stadtteilbezogen, andere haben eine große regionale Reichweite. Sie alle eint, dass sie Integration fördern, auf Nachhaltigkeit setzen und auf andere Kontexte übertragbar sind. Aber nicht alles kann und muss „eins zu eins“ übertragen werden. Die ausgewählten Projekte mögen zu eigenen Ideen anregen!

Die meisten Autorinnen und Autoren stellen neben den Gründen des Erfolgs auch die Schwierigkeiten dar, denen sie gegenüberstanden und wie sie diese überwunden haben. Lernen läßt sich aus beidem, den Schwierigkeiten und den Erfolgen. Ein vielen gemeinsames Problem ist der Zugang zu Migrantinnen und Migranten. Gerade hierzu werden aber auch viele Lösungswege aufgezeigt. Dabei spielt das Prinzip der Vielfalt der Bevölkerung eine herausragende Rolle. Gerade die Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund in alle Phasen des Projekts ist oft Teil der Lösung. Was mir besonders gefällt, ist die große Bandbreite der Themen. Aus diesen Darstellungen können sich fruchtbare Diskussionen zu Gesundheit und Integration zwischen allen Akteuren entwickeln. Lassen Sie uns diese Diskussionen gemeinsam führen! Damit gute Ideen zum Thema Gesundheit und Integration Wirklichkeit werden!

Ich danke den Autorinnen und Autoren für ihre Beiträge. Ich danke dem bundesweiten Arbeitskreis für Migration und öffentliche Gesundheit für die Gestaltung dieses Bandes. Frau Anna Luise Vey vom Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes Berlin und Herrn Ramazan Salman vom Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover sei für die Zusammenstellung und die Redaktion der Beiträge gedankt und Frau Dr. Grieger aus meinem Arbeitsstab für die Koordination und vor allem ihr langjähriges Wirken in diesem Bereich.

Ich wünsche Ihnen, den Leserinnen und Lesern, viel Freude und gute Ideen bei der Lektüre. Ich wünsche dem Buch eine nachhaltige Wirkung. Der gleiche Zugang zu medizinischer Versorgung ist fester Bestandteil unseres Sozialstaates. Die Gesundheit aller in Deutschland lebenden Menschen muss unser aller Anliegen sein.



*Prof. Dr. Maria Böhmer
Staatsministerin bei der Bundeskanzlerin
Beauftragte der Bundesregierung für Migration
Flüchtlinge und Integration*

Einleitung: Gute-Praxis-Beispiele für Gesundheit und Integration

Hans Wolter, Dorothea Grieger, Elisabeth Wesselman

Gute-Praxis-Beispiele im Bereich von Gesundheit und Integration auszuwählen ist ein spannendes Anliegen. Selbstverständlich geht es auch hier wie in anderen Gute-Praxis-Sammlungen um Erfahrungen von Erfolg, Übertragbarkeit und Nachhaltigkeit. Aber wie kaum in einem anderen Handlungsfeld stoßen wir auf – im wahrsten Sinne des Wortes – Grenzen überschreitende neue Erfahrungen. Die weltweite Migration schafft mit jedem Einzelschicksal neue individuelle, soziale und existentiell-finale Dimensionen des menschlichen Daseins. In der Welt der Medizin und des Gesundheitswesens ist es ähnlich. Gesundheit und Krankheit lassen sich letztlich von allen Beteiligten nur verstehen mit dem Blick auf den einzelnen Menschen, seinen sozialen und materiellen Hintergrund und die vielfältigen und häufig neu entwickelten Strategien der Lebensbewältigung in höchstbelasteten Situationen.

Wer sich in der Praxis der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten widmet – sei es in professioneller, fachpolitischer oder bürgerschaftlicher Hinsicht – steht also per definitionem in vielen Fällen vor unbekanntem, möglicherweise befremdlichem, in jedem Fall vor Veränderungsprozessen als Herausforderung. Wie kann man diese Prozesse nicht nur situationsbezogen, sondern auch langfristig bewältigen? Wird diese Herausforderung in den verschiedenen Praxisfeldern der Gesundheitsversorgung und Integrationsarbeit tatsächlich erkannt und verstanden? Findet darüber eine fachliche und/oder öffentliche Kommunikation statt? Gar Kooperation zwischen unterschiedlich ausgebildeten, zum Teil hochspezialisierten Akteuren? D.h. wie wird professionell, fach- und allgemeinpolitisch auf die Migration reagiert? Werden neue Handlungsmuster in Medizin und öffentlicher Gesundheit und im Alltag der Migrantinnen und Migranten erkennbar? Können auf Dauer neue angemessene Strukturen für eine „Gesunde Integration“ etabliert werden?

Ein Blick über Deutschland hinaus zeigt die Bedeutung des Themas „Gesundheit von Migranten“ für Europa: Entsprechend der soeben (Straßburg 08.11.2006) beschlossenen Europaratsempfehlung zu Gesundheitsdiensten in einer multikulturellen Gesellschaft, spiegeln ethnische Gesundheitsmuster weitgehend sozioökonomische Unterschiede zwischen ethnischen Minderheiten und der Hauptbevölkerungsgruppe wider. Deswegen ist es wichtig, dass die Regierungen Strategien und Angebote entwickeln, um den sozioökonomischen Status dieser Minderheiten zu verbessern. Besonders bedeutsam sind gleichberechtigter Zugang zu Nahrung, Wohnraum, einer gesunden Umwelt, Bildung, Arbeit, sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen. Der effektivste Weg, um gesundheitliche Unterschiede im Bereich der Versorgungsstrukturen und auf der Ebene des Gesundheitsverhaltens abzumildern, Barrieren zu den Gesundheitsdienstleistungen zu senken und die Verbesserung des sozioökonomischen Status von ethnischen Minderheiten zu errei-

chen, sind Maßnahmen für Migrantinnen und Migranten im Bereich gesunde Umwelt und gesundes Verhalten.

In der Bundesrepublik wird der Zusammenhang zwischen Bildung, sozialer Lage und Gesundheit inzwischen auch von Wissenschaft und Politik anerkannt – und somit auch bei Migrantenfamilien. In diesem Buch sind beispielhafte Projekte dargestellt, welche Migrantinnen und Migranten im Bereich der Gesundheit stärken.

In diesem Sinne sind neue Handlungs- und Interventionsmuster erforderlich, damit Akteure so unterschiedlicher Disziplinen wie Medizin, Sozial- und Organisationswissenschaften, Sozialarbeit, Psychologie und Pädagogik davon lernen und miteinander arbeiten können. Dafür lohnt sich die Anstrengung. Interdisziplinarität ist auch eine Form der Interkulturalität, die wir vertreten und für zukunftsweisend halten.

Wir haben bei Treffen von Mitgliedern des bundesweiten Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“ im Zeitraum von Mitte 2004 bis Mitte 2006 das so genannte Frankfurter Raster zur Erfassung guter Praxis für gesunde Integration entwickelt. Dabei haben wir eine Reihe von wissenschaftlichen Gesundheitsberichten, Gute-Praxis-Analysen und die Erfahrungen von Forschungsverbänden und Praktiker-Netzwerken berücksichtigt:

- *Gesundheit Berlin e.V.* [2004]: Kriterien zur Ermittlung von „Models of Good Practice“ erstellt durch den beratenden Arbeitskreis der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum bundesweiten Kooperationsprojekt „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“;
- *Gesunde-Städte-Netzwerk* [2000]: Empfehlung von Qualitätsmerkmalen zur Umsetzung des 9-Punkte-Programms zum Beitritt in das Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland, download unter www.gesunde-staedte-netzwerk.de;
- *gesundheitsziele.de* – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland; Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003);
- *Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.)* [2002]: Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“. Oktober 2001 bis Juni 2002. Dokumentation, Berlin.

Das Frankfurter Raster umfasst insgesamt 12 Einzelkriterien nach gesundheitswissenschaftlichen, integrationsfördernden und pragmatischen Maßstäben. Sie werden weiter unten beschrieben.

Die im Bereich der gesundheitlichen Versorgung immer geringer werdenden finanziellen Mittel, das deutlich strukturierte und enger begrenzte medizinische Angebot (z. B. Deseasemanagement), die kürzere Verweildauer bei stationärem Aufenthalt und die Forderung nach mehr Eigeninitiative durch Gesundheitsvorsorge und Kostenbeteiligung treffen auf Menschen – die meist jung, gesund und arbeitsfähig in die Bundesrepublik gekommen – nun alt und z.T. krank werden.

Es besteht die Gefahr, dass sich die Chancen einer gleichen Teilhabe an der gesundheitlichen Versorgung für Migrantinnen und Migranten derzeit eher noch schwieriger gestaltet.

Auch in diesem Zusammenhang ist „Good Practice“ von hoher Bedeutung: Nur die Verzahnung von Anbietern gesundheitlicher Leistung, ambulant wie stationär, in der Stadt wie auf dem Land, in Beratung wie Versorgung kann eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten nachhaltig gewährleisten.

Nach unserem Verständnis von Modellen guter Praxis können die einzelnen Projekte selbstverständlich nicht alle Kriterien des Rasters gleichzeitig erfüllen. Konzeption, integrativer Gehalt und Kooperation sind allerdings so grundlegend wichtige Basiskriterien, dass alle dargestellten Projekte sie erfüllen müssen.

Konzeption

Für das Projekt oder für die Maßnahme muss eine begründete Konzeption vorliegen. Wichtig ist, dass ein klarer Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Versorgung bzw. gesundheitlichem Wohlbefinden und der migrationsgeprägten Lebenslage und Umwelt der Menschen hergestellt wird. Die Konzeption muss Zielformulierungen enthalten, die theoretische und praktische Verbindungen von Aufgaben und Leistungen in der Integrationsarbeit und im Gesundheitswesen ermöglichen.

Integrativer Gehalt

Eine erfolgreiche migrationsbezogene Organisations- und Arbeitsweise im Gesundheitswesen bzw. wirklich effektive gesundheitsfördernde Integrationsleistungen führen völlig unterschiedliche Denk- und Handlungsweisen von Professionellen und/oder Laien zusammen. So müssen z. B. Spezialisten aus Medizin, Sozialarbeit und Verwaltung mit Akteuren aus Medien und Vereinen kooperieren und in einen einheitlichen Handlungsansatz integriert werden. Projekte und Maßnahmen wurden ausgewählt, bei denen die Themenfelder Integrations- und Gesundheitsförderung bewusst miteinander verknüpft werden. Ohne interdisziplinäre und intersektorale Umsetzung ist das nicht möglich. Integrative Handlungsansätze zeichnen sich dann besonders aus, wenn mehrere Handlungsfelder von gesundheitsförderlicher Integrationsarbeit bzw. integrationsfördernden Gesundheitsversorgungsangeboten (z. B. Präventionsangebote für unterschiedliche Alters- oder Zielgruppen; Verknüpfung ambulanter teilstationärer und stationärer Versorgung) abgedeckt werden.

Kooperation

Akteure und Einrichtungen im Gesundheitswesen und in der Migrationsarbeit müssen heute, um erfolgreich zu sein, in stabilen und vernetzten Strukturen agieren: Auf kommunaler Ebene zum Beispiel insbesondere zwischen professionellen Diensten und dem Laienbereich in Communities und Migrantenvereinen. Zeichen für besonders gelungene Handlungsansätze sind gemein-

same Handlungsansätze innerhalb des „versäulten“ Gesundheitswesens in Deutschland, um Migrantinnen und Migranten besser zu versorgen bzw. zu beteiligen, z. B. durch verständliche und fachlich begleitete Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Sowohl die Einbindung „unüblicher“ Partner auf lokaler Ebene (z. B. Wirtschafts- und Arbeitsmarktexperten, Sportverbände), als auch die Verbindung zu überregionalen Netzwerken, Projekten und Beratungsgremien (Bund, Land, Region) zeichnen Maßnahmen und Projekte für gesunde Integration aus.

Einzelkriterien (Frankfurter Raster)

Von den Einzelkriterien müssen je nach thematischem Schwerpunkt einige erfüllt sein (mindestens 2-3), damit ein Projekt oder eine Maßnahme als Modell guter Praxis betrachtet werden kann.

Pragmatische Kriterien

1. Öffentlichkeitsarbeit findet statt

Gute-Praxis-Projekte im Bereich von Gesundheit übernehmen eine Anwaltsfunktion für gesunde Integration auch in der Öffentlichkeit. Dabei geht es sowohl um eine Impulswirkung innerhalb des Gesundheitswesens, als auch um eine Breitenwirkung von gesundheitsfördernden Initiativen über den Gesundheitssektor hinaus. Gesundheit für Menschen mit Migrationshintergrund hängt nicht nur vom Gesundheitswesen ab, sondern entscheidend auch von erfolgreicher Antidiskriminierungspolitik, Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik. Insofern ist ein besonderes Kennzeichen von guter Praxis im Bereich der gesunden Integration, dass sie den hohen Stellenwert von Gesundheit für alle Menschen immer wieder auch öffentlichkeitswirksam darstellt und die Voraussetzungen von Gesundheit in allen gesellschaftlichen Bereichen verdeutlicht. Positiv zu werten sind nicht nur Fachberichte, sondern auch öffentliche Foren und Präsentationen, Anhörungen, Pressekonferenzen und das Vorhandensein von Printmedien und einer Internetdarstellung.

2. Innovative Methoden

Als innovativ gelten im Rahmen der Gesundheitsversorgung neue Wege, die insbesondere die Vielfalt verschiedener Gesundheitskonzepte betonen und eine Begegnung von Laien mit Migrationshintergrund einerseits und medizinischen und nichtmedizinischen Experten andererseits bei Konzeption und Planung von Gesundheitsangeboten ermöglichen.

Gute Praxis zeigt sich nicht zuletzt auch am Maß von Kreativität und Experimentierfreude. Selbstverständlich soll die daraus resultierende Innovation zielführend sein. Zu beachten ist darüber hinaus, dass immer bestimmte sachliche, soziale und zeitliche Umstände einem Vorhaben den Charakter der Innovation verleihen. Das bedeutet, dass eine neue Praxis an anderem Ort bereits Standard sein kann.

3. Überprüfbarkeit

Positiv werden Projekte und Maßnahmen bewertet, die so konzipiert sind, dass sie möglichst von Beginn an eine für Kooperationspartner, andere fachliche Sektoren der Versorgung und andere gesellschaftliche Bereiche wie die Laien-, Patienten- und Bürgerinitiativen fördernde und stabilisierende Wirkung entfalten. Das heißt sie sollen eine fördernde, unterstützende und positiv verändernde Bedeutung für Zielgruppen und externe Strukturen erreichen. Dazu gehört z.B. die Sicherung einer dauerhaften Mitsprache von Migrantinnen und Migranten an kommunalen Angebotsstrukturen für Gesundheitsförderung und Prävention und ihre Beteiligung auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung. Auch wenn Folgeaufgaben in Angriff genommen bzw. organisiert werden, z.B. wenn besondere gesundheitliche Problemlagen einer Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund im Laufe eines Projekts erkannt werden und eine Folgeplanung auslösen, gilt dies als Erfolg.

4. Gesundheitsförderung bei der Integrationsarbeit

Ein Indiz für erfolgreiche Projekte oder Maßnahmen für gesunde Integration ist, wenn diese in übergeordnete, fach- oder allgemeinpolitisch abgesicherte Konzepte eingebunden sind. Das kann in einer Orientierung an interkulturellen Normen und/oder integrationspolitischen Programmen z. B. der jeweiligen Kommune geschehen. Das kann bei Initiativen im Migrationsbereich in der Berücksichtigung von Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung und/oder von gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen bestehen. Es soll darstellbar sein, dass das Vorhaben Teil eines umfassenderen Zielsystems ist.

Integrationsfördernde Kriterien

1. Gesundheits- und migrationssensible Qualifizierung und Empowerment von Migrantinnen und Migranten und Einheimischen

Im Rahmen eines Projekts, einer Maßnahme oder eines Regeldienstes soll als wesentliches Ziel immer auch die Befähigung und Qualifizierung der Menschen mit und ohne Migrationshintergrund zur Gestaltung ihrer Lebensbedingungen gesehen werden. Wie mit Gesundheit und Krankheit, mit dem Fremden und den Fremden umgegangen wird, kann und muss gelernt und eingeübt werden.

Projekte und Maßnahmen sind wichtig, die direkt bei Migranten und Nichtmigranten ansetzen, auf deren Stärken und Ressourcen aufbauen und sie mittels Information, Bildung sowie der Verbesserung ihrer Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und dem Fremden bei der Entwicklung ihrer Persönlichkeit und ihrer Fähigkeiten im sozialen und politischen Kontext unterstützen.

2. Integrative Gesundheitsakteure im „Experten- und Laienbereich“

Vorhaben, bei denen Gesundheitsakteure sowohl auf der Seite der Dienste und Experten, als auch auf Seiten der Laien, Communities und Migranteninstitutionen identifizierbar sind, haben eher Aussicht auf nachhaltigen Erfolg als andere.

Weil isolierte medizinische, gesundheitsbezogene und soziale Interventionen meist schon kurzfristig ohne Empowerment und Befähigung der Menschen zu selbstverantwortlichem gesundheits- und integrationsförderndem Verhalten scheitern, muss über die Mobilisierung kultursensibler und qualifizierter Fachkräfte hinaus die Anerkennung von Gesundheitsakteuren auf Migranten-seite erfolgen, die als Mittler, Interessenvertreter ihrer Landsleute und als soziale Veränderungsmotoren an Prozessen zur Gesunden Integration beteiligt sind.

3. Soziale Selbsthilfe bzw. Aktion von Migrantinnen und Migranten wird erwartet und gefördert

Selbsthilfegruppen aus Migrantenorganisationen oder Aktionen von einzelnen bzw. inoffiziellen Gruppen sollten in das Vorhaben möglichst von Beginn an mit einbezogen werden. Solche Aktionen werden in dem Vorhaben bewusst unterstützt und durch z. B. gemeinsame Weiterbildung und Aufbau von Teams gefördert.

4. Gesundheitsbedrohende Situationen von „Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus“ und ausländerrechtliche Bestimmungen zum Nachteil der Gesundheit werden aufgegriffen und bearbeitet

Bei Vorhaben, welche die heikle Situation von Menschen aufgreifen, die sich ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland aufhalten, oder Asylsuchende unterstützen, ist es hilfreich, wenn in der Arbeit ausländerrechtliche Bestimmungen, die sich nachteilig auf die gesundheitliche Befindlichkeit dieser Gruppe auswirken können, aufgegriffen und im Sinne der Verbesserung der Situation bearbeitet werden.

Gesundheitswissenschaftliche Kriterien

1. Zugang zur Gesundheitsversorgung

Selbstevaluierungsmaßnahmen der bestehenden Regeldienste sind wichtig im Hinblick auf Verständlichkeit und Glaubwürdigkeit des jeweiligen Angebots für Migrantinnen und Migranten.

Migranten haben aus systemischen und individuellen Gründen oftmals einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung als die Mehrheitsbevölkerung.

Die sprachliche, kulturelle und religiöse Herkunft von Patienten nicht als Hindernis, sondern als positiven Anknüpfungspunkt für gesundheitlichen Service und gesundheitliche Aufklärung zu verstehen und durch geeignete Medien

und Personaleinsatz zu nutzen, zeichnet Gute-Praxis-Projekte und -Maßnahmen aus.

Kommunikationshürden bei der Gesundheitsaufklärung, Prävention und allgemeinen Gesundheitsversorgung müssen also erkannt und der Versuch gemacht werden, sie mit geeigneten Wegweisern und Lotsen zu überwinden. Hierfür ist mehrsprachiges und kultursensibel aufbereitetes Informationsmaterial ein wichtiger Anfangsschritt. Die Qualität von Übersetzungen und Dolmetscherleistungen erhöht auch die Qualität der Maßnahmen.

2. Setting-Ansatz

Projekte und Maßnahmen sollten im Sinne des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung an der Alltagswelt und den konkreten Lebensbedingungen der Zielgruppen anknüpfen (Lebensweltorientierung) und auf eine positive Beeinflussung von Settings bzw. Lebenswelten wie Schule, Kindergarten, Betrieb, Stadtteil zielen. Der Begriff „Setting“ bezeichnet ein überschaubares sozialräumliches System (z. B. Kindergarten, Schule, Betrieb, Stadtteil), in dem Menschen ihren Alltagstätigkeiten nachgehen. Setting-Ansätze richten sich an die strukturellen Bedingungen des Settings und an die in dieses Setting involvierten Personengruppen. Die Beschreibung gesundheitlicher Benachteiligung unter sozialräumlichen Gesichtspunkten erhält dabei ein besonderes Gewicht im Sinne politischer Relevanz und der Bestimmung prioritärer Handlungsfelder.

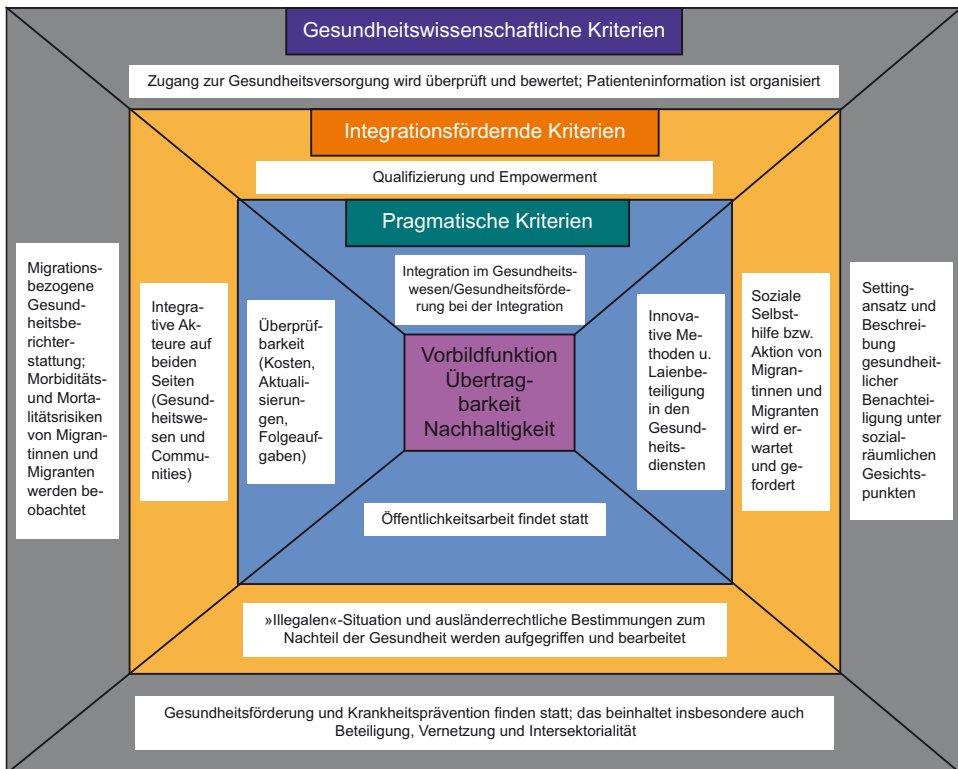
3. Gesundheitsberichterstattung

Bekannt aus Untersuchungen zur gesundheitlichen Situation von Migrantinnen und Migranten sind somatische und psychosoziale Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken. Insgesamt ist die Datenlage in der Bundesrepublik Deutschland jedoch noch unzureichend. Vorhaben, in denen migrationssensible Berichterstattung, die auch sozioökonomische und aufenthaltsrechtliche Faktoren miteinbezieht, im Vordergrund stehen, dienen der besseren Versorgung der Migrantinnen und Migranten. Kriterien für eine differenzielle Erfassung der Migrantenbevölkerung wie auch ein Vergleich mit Menschen, die keinen Migrationshintergrund haben, sind wünschenswert.

4. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

Gute Praxis für gesunde Integration umfasst immer auch Inhalte und Methoden der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. Die Strategien der Ottawa-Charta werden heute als unverzichtbar gewertet im Hinblick auf sozial Benachteiligte und Migranten. D.h. nicht nur aus einem interkulturellen Normen-, sondern auch aus einem modernen gesundheitswissenschaftlichen Methodenverständnis heraus sind Patienten- und Bürgerbeteiligung, Vernetzung von Handlungsstrategien im professionellen und im bürgerschaftlichen Bereich die einzigen verlässlichen Indikatoren für Ressourcenorientierung und Nachhaltigkeit bei der Gesundheitsarbeit. Das kann z. B. durch nied-

rigschwellige und/oder aufsuchende Beteiligungsangebote erreicht werden oder dadurch, dass die Zielgruppen frühzeitig einbezogen werden. Die Teilhabe lokaler Akteure (Migrantenvereine, Selbsthilfegruppen, Bürgerinitiativen) ist zu ermöglichen und zu fördern. Mitwirkungsmöglichkeiten sowohl bei der Planung als auch bei der Umsetzung von Projekten und Maßnahmen sollten Bestandteil der Projekte sein.



Frankfurter Raster zur Erfassung guter Praxis für gesunde Integration
 © Stadt Frankfurt am Main - Fachstelle Migration und Gesundheit - Gesundheitsamt

Migration, Gesundheitsversorgung und Integration

Dorothea Grieger, Ramazan Salman, Martina Stickan-Verfürth

Einleitung

Migrationsbedingte Diversität wird zunehmend zu einem Kennzeichen westlicher Gesellschaften. Arbeitsmigration, Flucht, zunehmende weltwirtschaftliche Verflechtungen und der weltweite Informationsfluss sind Ursachen dafür. Zusammengefasst werden sie heute unter dem Begriff der Globalisierung. Diese wird als eine gleichzeitige Pluralisierung und Differenzierung von soziokulturellen Milieus und individuellen Lebensstilen verstanden. Die Institutionen öffentlicher Gesundheit und deren Fachkräfte in Deutschland sind seit mittlerweile zwei Jahrzehnten, mit zunehmender Intensität, mit dieser Entwicklung konfrontiert. Sie haben eine neue Zielgruppe als Klientinnen und Klienten hinzu gewonnen. Sie müssen nun eine stark wachsende Gruppe von Migrantinnen und Migranten versorgen. Diese unterscheiden sich in ihrem Selbstverständnis, in ihrem Verhalten und ihrer kulturellen Herkunft von den Klienten der Mehrheitsgesellschaft.

Struktur und Angebote des Gesundheitswesens sind überwiegend für Mitglieder der Mehrheitsgesellschaft ausgerichtet. Migranten und ihre Angehörigen fallen daher häufig aus dem Raster der Angebote heraus (Domenig, 2001). So entsteht eine Unterversorgung, während gleichzeitig die Zahlen der Betroffenen und der Bedarf bei ihren Angehörigen anwachsen (Bundesministerium für Gesundheit, 2002). Dies betrifft fast alle Handlungsfelder des Gesundheitswesens. Bei Migrantinnen und Migranten finden sich beispielsweise höhere Vorkommensraten bezogen auf Unfälle, Adipositas, Diabetes, Hepatitis, Suchtkrankheiten, AIDS/HIV, nachteilige Karieswerte und z.T. auch psychische Erkrankungen. Migration beinhaltet viele Belastungen (Stressoren) und kritische Lebensereignisse (Life Events), die Migranten und ihre Gesundheit bedrohen und beeinträchtigen können. Von manchen Krankheiten wie Allergien und bestimmten Krebsarten sind Migranten allerdings weniger betroffen als Nichtmigranten. Die Grundfrage lautet hierbei, welche gesundheitsgefährdenden und gesundheitserhaltenden Prozesse in der Migration wirksam werden und wie das Gesundheitssystem Deutschlands hilfreich intervenieren bzw. ressourcenorientiert fördern und seinen Beitrag zur Integration von Migrantinnen und Migranten leisten kann.

Heutzutage sind sowohl das Gesundheitswesen, als auch die betroffenen Migrantinnen und Migranten mehr denn je auf Konzepte und Ansätze für eine integrierende Versorgung angewiesen. Interkulturelle Ansätze und Konzepte für Prävention (Salman & Kimil, 2002), Beratung (Haasen et al., 2001) und Therapie (Tuna, 1999) haben sich im Gesundheitswesen bewährt und müssen in Zukunft weiter entwickelt und implementiert werden. Die Integration von Migranten in Angebote des Gesundheitswesens setzt eine bewusste Be-

rücksichtigung der Migrationsfragestellung in der Gestaltung von Praxis, Theorie und Methodik voraus.

Gesundheit und Integration

Migration vollzieht sich immer in Raum und Zeit. Ein bestimmter Ort wird verlassen, um einen anderen Ort auf dem Globus aufzusuchen. Neben dem Ortswechsel geschieht Migration immer auch zu einem bestimmten Zeitpunkt. Vor hundert Jahren sind in Deutschland Millionen von Menschen nach Amerika ausgewandert. Heute sind nach Schätzungen bis zu 25 Millionen Menschen weltweit außerhalb ihres Heimatlandes auf der Flucht (UNHCR, 2003). Die Veränderungen in Raum und Zeit können also sehr unterschiedliche Ursachen und Motivationen haben, die von Flucht vor kriegerischen Auseinandersetzungen bis zur Neugier auf eine andere Kultur und ein anderes Land reichen können.

Dabei ist der geographische Ortswechsel nur ein Kennzeichen der Migration. Im Zeitalter moderner Verkehrs- und Fortbewegungsmittel ist der Wohnortwechsel meist nur eine Angelegenheit von Stunden. Die Langzeitwirkungen der Migration geschehen aber auf anderen, zum Teil nicht sichtbaren Ebenen und sind tiefgreifender Natur. Migrantinnen und Migranten müssen sich bei einer Migration zum einen von ihrer alten Heimat entwurzeln und zum anderen sich dabei gleichzeitig an die neue Heimat gewöhnen bzw. sich psychisch, physisch, sozial und kulturell integrieren.

Die physischen Veränderungen können Klima, Hygieneverhältnisse, Ernährungsgewohnheiten und neuartige Krankheiten oder die Heilung von diesen umfassen. Diese Faktoren können bei Migranten zu Veränderungen in Lebensstil und -rhythmus führen, d. h. Wohn-, Kleidungs- und Essensgewohnheiten, sowie allgemeine Verhaltensstandards werden mit den neuen physischen Gegebenheiten abgeglichen.

Die sozialen Veränderungen, die mit Migration einhergehen, ziehen häufig Brüche in sozialen Beziehungen nach sich. Bei einer Migration wird immer ein soziales Netzwerk verlassen. Der Grad der Intensität der Bindungen und Beziehungen zur ursprünglichen Gruppe entscheidet darüber, wie gut und wie schnell neue Netzwerke in der Aufnahmegesellschaft aufgebaut werden. Das Resultat derartiger sozialer Veränderungen kann von Gefühlen der Isolation und Nichtunterstützung, bis zu Gefühlen der Befreiung reichen.

Die kulturellen Veränderungen hängen immer vom Kulturunterschied zweier Orte ab und diese entscheiden über Art und Umfang der Lernprozesse, die für den Erwerb neuer bzw. die Austarierung eines persönlichen Gleichgewichts zwischen alten und neuen Werten und Normen. Das Alter zum Zeitpunkt der Migration, die persönlichen Ressourcen wie Lernfähigkeit, Flexibilität und Neugier bilden nicht selten die wichtigsten Voraussetzungen für das Gelingen von Integration. Aber auch die Einstellung der Aufnahmegesellschaft zur Einwanderung bzw. zu den Migrantinnen und Migranten ist hierbei von Be-

deutung. Diese können von Gastfreundschaft und Sympathie bis zu offener Ausgrenzung und Diskriminierung reichen.

In einer Gesellschaft, in der Zuwanderung und eine zunehmend multiethnische Vielfalt alltägliche Realität sind, muss die Auseinandersetzung mit Migrationszusammenhängen integraler Bestandteil der Regelversorgung insbesondere im Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesen sein, da diese zu den wesentlichen Institutionen gesellschaftlicher Chancenverteilung gehören. Neben Schule und Arbeitsplatz ist das Gesundheitswesen die wesentliche Säule für die Förderung von Integration. Mehr als bei den Erstgenannten berührt die medizinische Versorgung die Menschen an ihren verletzlichen Seiten, in ihrem privaten Umfeld und macht sie abhängig von Beziehungen zum Arzt, zur Pflegekraft und zum System. Positive Beziehungen fördern die Integration.

Damit aber diese einzigartige Chance, die das Gesundheitswesen für die Integration von Migrantinnen und Migranten bietet, sich entfalten kann, müssen bestimmte Voraussetzungen gegeben sein:

Die interkulturelle Öffnung der Regelversorgung ist vorrangig anzustreben und die Einrichtung von Sonderdiensten möglichst zu vermeiden. Hier besteht in Deutschland noch Entwicklungsbedarf. Selbstverständlich sind Spezialangebote für Migrantinnen und Migranten da nötig, wo die Regelversorgung ihre spezifische Lebenssituation (noch) nicht ausreichend berücksichtigen kann. Insbesondere um den Bedürfnissen spezifischer sozial benachteiligter Migrantengruppen im Bereich salutogenetischer Ansätze der Gesundheitsförderung gerecht zu werden, wird es auch zukünftig noch spezielle Ansätze geben müssen. Dennoch darf dies nicht zu Stigmatisierungen und weiterer Ausgrenzung führen, sondern muss vielmehr die Integration in die Gesamtgesellschaft im Blick haben, auch wenn das Angebot auf spezifische Lebenssituationen reagiert.

Ein weiterer zukunftsorientierter Ansatz zur Integration überschneidet sich mit dem Bereich Ressourcenförderung. Gemeint sind Nutzung der Potentiale von Migrantinnen und Migranten einerseits und die Förderung der interkulturellen Kompetenzen der Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialsystem andererseits. Die Förderung interkultureller Teams in der Pflege auf allen Ebenen (Ärzte, Pflegekräfte, technische Assistenten) und die Ausbildung von Migranten zu Sprach- und Kulturmittlern seien dabei nur als zwei Beispiele von vielen genannt.

Letztlich gilt es sensibel dafür zu sein, ob die Durchführenden/ Gestalter einer Initiative oder eines Projekts in ihrem Grundverständnis Migration als „Normalfall mit speziellen Herausforderungen und Potentialen“ oder eher als „defizitäre Sonderform der Lebensgestaltung“ begreifen. Ersteres wäre wünschenswert, letzteres blockiert Integration eher als dass es sie fördert.

Aufgrund der zu erbringenden sonstigen Integrationsleistungen hat das Bewußtsein der Gesundheitsvorsorge bei vielen Migrantinnen und Migranten oftmals noch einen untergeordneten Stellenwert. „Gesundheitsvorsorge ist

zudem in vielen der Herkunftsländer unserer Migrantinnen und Migranten nicht von herausragender Bedeutung gewesen oder nicht kulturell durch Sozialisation mit Handlungsmustern gesichert“ (Salman, 2002). Dennoch können Angebote, die inhaltlich wie organisatorisch an den Lebenswelten der Zielgruppe ansetzen, die Aufnahmefähigkeit für gesundheitsrelevante Informationen verbessern und zu gesundheitsförderlichen Lebensweisen motivieren. Hierzu gilt es sowohl Ansatzpunkte als auch geeignete Kommunikationswege zu identifizieren und Projekte zweckmäßig und bedarfsorientiert an der Zielgruppe auszurichten. Als Beispiel kann hierfür (Salman 2002) ein frühestmöglicher Ansatz kurz nach der Ankunft im Aufnahmeland angeführt werden, der die Zielgruppe in der für die weitere persönliche Entwicklung sehr entscheidenden Phase der Orientierung erreicht.

Handlungsfelder der migrationssensiblen Gesundheitsförderung

Wenn Migrantinnen und Migranten die gleichen Chancen beim Zugang zu Informationen und Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung haben sollen wie die Mehrheitsbevölkerung, müssen diese Programme national wie regional auf dringende migrationspezifische Themen wie z.B. Infektionserkrankungen, Arbeitsunfälle, reproduktive Gesundheit, Zahngesundheit, Impfprogramme usw. abzielen (vgl. Weilandt, 2002).

In den bisherigen Berichten zur Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland wird mit Blick auf die derzeit noch unzureichende Einstellung der Regelversorgung auf die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten festgehalten, dass diesbezüglich ein verbesserter Zugang wie auch effektivere Behandlungsformen und Verständigungsmöglichkeiten anzustreben sind. Dies soll sich gleichermaßen in Personal-, Struktur- und Prozessentwicklung der vorhandenen Dienste widerspiegeln. Beispielhaft werden dazu die Aspekte Weiterbildung von Fachkräften, Gewinnung von Mitarbeitern mit Migrationsbiographie und Sprachmittlung aufgeführt. Darüber hinaus sei eine stärkere Vernetzung von Projekten und Initiativen zur gesundheitlichen Versorgung von Migranten, wie auch eine stärker migrationssensible Gesundheitsberichterstattung zu fördern. Zudem gelte es, den Blick vom Defizitdenken zum Ressourcenansatz zu wechseln.

Zusammenfassend wird empfohlen:

- partizipatorische Ansätze weiterzuentwickeln
- die Vernetzung mit Migranten-/Minderheiten-Communities bzw. -Verbänden zu pflegen
- mit Schlüsselpersonen/Vertretern von Netzwerken zu arbeiten
- sprachärmere, kreative Verfahren bei der Erstellung von Informationsmaterial zu nutzen
- und kulturspezifische (Heilungs-) Ansätze zu erproben.

Als wichtige (nicht nur präventive) Arbeitsfelder wurden bereits 1999 im Rahmen eines Workshops exemplarisch die Bereiche Pflege, Altenhilfe, AIDS-Prävention, Suchtprävention, Oralprophylaxe, Psychotraumatologie und

Sprachmittlung benannt (Ausländerbeauftragte, 1999). Diese Aufzählung zeigt die Bandbreite möglicher Ansatzpunkte auf. Gleichzeitig werden mit Blick auf präventive Ansätze z. B. die Themen Sucht und Oralhygiene ebenso wie Informationsdefizite und auf Verständigungs- und Verständnisschwierigkeiten beruhende Inanspruchnahmedefizite vorgestellt.

Im Drogen- und Suchtbericht des BMG (2002), in dem speziell auf die Situation von Migrantinnen und Migranten eingegangen wurde, wird bezüglich Migration und Sucht festgehalten, die Mitarbeiter bestehenden Angebote bezüglich der Situation von Migrantinnen und Migranten zu sensibilisieren und zu qualifizieren. Hierzu sollte verstärkt auf die Qualifikation von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund zurückgegriffen werden.

Neben mehr Beratungsangeboten sind auch verstärkt Aufklärungs- und Informationsmaterialien mit interkulturellem Ansatz in der Prävention nötig. So sollten Informationsmaterialien präventive Inhalte verbreiten oder auch Informationen zur Nutzung von Gesundheitsangeboten und Versorgungsmöglichkeiten vermitteln, um die eigenständige Handlungsfähigkeit zu erhöhen. Als Beispiele lassen sich Gesundheitswegweiser und fremdsprachige Broschüren nennen. Bei fremdsprachigem Material gilt es allerdings, nicht nur die Sprachanteile zu übersetzen, sondern gleichermaßen Inhalte und Gestaltungsform der jeweiligen Zielgruppe anzupassen (vgl. Weilandt et al.). Gesundheitswegweiser, die eine Weitervermittlung an z. B. muttersprachliche Angebote ermöglichen, dürfen trotz Ihres hohen Wirkungsgrades nicht dazu dienen, dass Migranten keinen Platz in der Regelversorgung haben. Solche Wegweiser dürfen nicht zum „Ausweg“ aus der Strategie der interkulturellen Öffnung werden.

Speziell mit Blick auf die psychische Situation von Migrantinnen wird angeregt, in Begegnungszentren vermehrte Angebote zur Gesundheitsförderung sowie zur Förderung der individuellen Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung zu verankern sowie Migrantinnenorganisationen für Prävention und Gesundheitsförderung zu sensibilisieren. Geschlechterübergreifend ist zudem die Förderung einer Selbsthilfekultur anzustreben. (vgl. Weilandt et al.).

Im Hinblick auf die Bandbreite möglicher Ansätze und zielgruppenspezifischer „Problemlagen“, liefern die genannten Handlungsempfehlungen kein vollständiges Bild der Optionen und Handlungsspielräume. Viele weitere sind anhand einer Reihe einzelner Veröffentlichungen und Studien publiziert.

In einem aktuellen Positionspapier des von der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration koordinierten Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“ (Mai 2006) werden Ziele von Empfehlungen und für gesundheitsförderlichen Aktionen für Menschen mit Migrationshintergrund wie folgt zusammengefasst:

Seiner Arbeit liegt der umfassende Begriff der Weltgesundheitsorganisation zugrunde, wonach Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit ist, sondern „ein Zustand des vollkommenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“.

Will man gleiche Gesundheitschancen für alle garantieren, müssen Angebote für Behandlung, Prävention, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Aufklärung von Sozialversicherungsträgern sowie Bund, Ländern und Kommunen auch spezifische Ansätze für Migrantinnen und Migranten enthalten. Elf der sechzehn Bundesländer haben bisher Integrationskonzepte erarbeitet, von denen neun auch die gesundheitliche Situation und Versorgung von Migrantinnen und Migranten thematisieren. Einige dieser Konzepte enthalten bereits Ansätze zur Gestaltung von Vielfalt (Diversity), z.T. auch unter Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund bei der Erarbeitung von Lösungen.

Wichtigstes Ziel einer an der Heterogenität der Bevölkerung orientierten Gesundheitsversorgung ist die migrationsensible Öffnung der Dienste. Dies bedeutet, dass auf allen Ebenen der Forschung, Planung und Angebotsumsetzung in Projekte/Leistungsangebote der Regeldienste die Lebensbedingungen, Bedarfe und Unterschiede von Menschen mit Migrationshintergrund in ihrer ganzen Heterogenität berücksichtigt werden.

Literatur

Bbeauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis (Hrsg.). Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Expertenworkshop Juli 1999. Bonn/Berlin, 1999.

Bundesministerium für Gesundheit (2002) (Hg.) Sucht und Migration. Eine Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 141/II, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden

Domenig D. (2001) Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Verlag Hans Huber: Bern u. a.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Drogenbeauftragte) (Hrg.). Drogen- und Suchtbericht 2002. Download von www.bmgs.de (Zugang 22.4.2003). Berlin/Bonn: 2002: 68-77.

Haasen C., Toprak M. A., Yagdiran O., Kleinemeier E. (2001) Psychosoziale Aspekte der Sucht bei Migranten. In: Suchtprävention, 2, S. 161-165

Salman R. & Kimil A. (2002) Suchtprävention für AussiedlerInnen nach dem Keypersons-Ansatz. In: proJugend, Heft 3

Salman R. Ausgangslage und Chancen kultursensibler Prävention im Gesundheitswesen. In: Türkisch Deutsche Gesundheitsstiftung (Hrg.). Wissenschaftliche Arbeiten über Gesundheit und Migration. Gießen: Türkisch Deutsche Gesundheitsstiftung, 2002: 147-155.

Tuna, S. (1999) Die Bedeutung der Sprache in der interkulturellen Suchttherapie. In: Salman R., Tuna, S., Lessing, A. (Hg.) Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Psychosozial Verlag: Gießen

UNHCR (2003) www.unhcr.de

Weilandt C, Rommel A, Raven A. Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW. Enquetekommission „Zukunft einer Frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW (Hrg.). Bonn: 2003.

Weilandt C. Migration und Gesundheit: Implikationen für Prävention und Gesundheitsbericht erstattung. In: Türkisch Deutsche Gesundheitsstiftung (Hrg.). Wissenschaftliche Arbeiten über Gesundheit und Migration. Gießen: Türkisch Deutsche Gesundheitsstiftung, 2002: 156- 177.

1. Status

1.1. Zur Rehabilitation und Integration psychisch traumatisierter Folter- und Bürgerkriegsüberlebender Berlin

Die Tagesklinik des Berliner Behandlungszentrums für Folteropfer

Ferdinand Haenel

Einführung

Das Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin besteht seit 1992. Menschen, die in ihren Herkunftsländern verfolgt und gefoltert worden sind und an physischen wie psychischen Folter- und Bürgerkriegsfolgen leiden, finden hier ambulante medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Hilfe. Das Behandlungszentrum ist wie eine Poliklinik organisiert, in der die verschiedenen Disziplinen – Ärzte für Allgemeinmedizin und Psychiatrie, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und Physiotherapeuten – zusammenarbeiten. Das Hilfsangebot umfasst neben psychosozialer Unterstützung medizinische und psychiatrisch/psychologische Diagnostik und Therapie sowie medizinische oder psychologische Begutachtungen vornehmlich für Verwaltungsgerichte in Asylklageverfahren oder für Sozialgerichte in Klageverfahren ehemaliger in der DDR politisch Verfolgter im Rahmen des so genannten SED-Unrechtsbereinigungsgesetzes. Um die in der Vergangenheit zum Teil polemisch geführte Auseinandersetzung bezüglich der Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren zu versachlichen, führen die Berliner Ärztekammer und Psychotherapeutenkammer gemeinsam mit dem Behandlungszentrum für Folteropfer seit drei Jahren ein gleichnamiges Fortbildungscurriculum mit großem Erfolg unter Fachkollegen durch. Mittlerweile ist dieses Curriculum von der Bundesärztekammer als eigene curriculare Fortbildung übernommen worden. Es wird nun auch bundesweit von anderen Landesärztekammern angeboten. In Buchform ist es 2005 im Beltz-Verlag Weinheim erschienen (HAENEL & WENK-ANSOHN 2005).

Unsere Patienten stammen aus unterschiedlichen Ländern und Kulturkreisen. Die größte Gruppe bildeten im Jahr 2005 aus der Türkei stammende Kurden, gefolgt von Albanern aus dem Kosovo, Bosniern sowie Patienten aus den Ländern des Nahen Ostens. Eine weitere, kleinere Gruppe bildeten die politisch Verfolgten der DDR.

In der Regel waren unsere Patienten lang anhaltender, zum Teil auch mehrfacher, so genannter kumulativer Traumatisierung ausgesetzt. Das psychopathologische Spektrum psychisch reaktiver Folterfolgen unserer Patienten beschränkt sich keineswegs auf die im ICD-10 zur Verfügung stehenden Diagnosekategorien der posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) und der Persönlichkeitsveränderung nach Extremtrauma (F62.0). Schwere Depressionen, Somatisierungs- und dissoziative Störungen (Abspaltung von Erinnerung, Wahrnehmung, Körperempfinden/-bewegung und Identitätsbewusst-

sein) sowie ganz vereinzelt auch paranoide (halluzinatorische) Schizophrenien sind im Gefolge von Folter und Bürgerkriegserlebnissen bei unseren Patienten zu beobachten. Während bei letzteren Störungen eine (neuroleptisch) medikamentöse Therapie unumgänglich ist und eine ausgeprägte depressive Symptomatik mitunter eine antidepressive Begleitmedikation erforderlich macht, liegt der Schwerpunkt des therapeutischen Angebots am Berliner Behandlungszentrum für Folteropfer in Einzel- und Gruppenpsychotherapie, zumeist unter Mitwirkung von Dolmetschern. Das derzeitige Spektrum der im Behandlungszentrum vertretenen Psychotherapierichtungen umfasst kognitive Verhaltenstherapie, Atem- und Gestalttherapie, systemische Familien- und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, einschließlich Konzentrativer Bewegungstherapie (KBT), Musik- und Gestaltungstherapie. Daneben gibt es eine eigene Abteilung für Kinder und Jugendlichenpsychotherapie, einen interkulturellen Heilgarten und – seit drei Jahren – eine Tagesklinik. Wer sich mehr über die einzelnen Therapierichtungen am bzfo unterrichten will, dem sei unsere Buchveröffentlichung im Springer-Verlag Heidelberg aus dem Jahre 2002 anempfohlen (BIRCK et al 2002).

Zum therapeutischen Prozess

Vom Standpunkt der Objektbeziehungstheorie betrachtet können psychisch reaktive posttraumatische Symptome verstanden werden als Folge einer Instillation oder Einträufelns lebensbedrohlicher, tief verinnerlichter Bilder vom eigenen Ich, so genannten traumatischen Introjektes (FERENCZI 1933), die aufgrund ihrer Unverträglichkeit mit bisherigen Subjekt- und Objektrepräsentanzen wie ein Seelenfremdkörper (FREUD 1921) im Ich-Bewusstsein wirken. Das traumatische Introjekt beinhaltet Situationen, beteiligte Personen und vor allem das Erleben der erlittenen Ohnmacht, des Ausgeliefertseins, tiefer Kränkungen und Entwürdigungen und ist mit hoher seelischer Energie besetzt, so dass demgegenüber alle früheren internalisierten Objekt- und Subjektrepräsentanzen verblassen und entwertet werden.

Psychotherapie mit Folteropfern beinhaltet zum einen die Wiederentdeckung alter oder Entwicklung neuer Ressourcen, durch die der Patient gegenüber der Dominanz des traumatischen Introjektes Ichstärke gewinnt. Zum andern findet, was erlebt und erlitten wurde und in Worten und in Gefühlen der Umgebung bisher nicht mitteilbar gewesen war, im therapeutischen Rahmen die Gelegenheit des Ausdrucks in Worten, Gefühl, Körperhaltung, -bewegung, -empfindung sowie auch kreativer Gestaltung und wird bei hinreichendem Verständnis und Empathie des Therapeuten von diesem in verminderter Stärke und in ertragbarerem Ausmaße zurückgespiegelt. Dieser Vorgang findet als Kern- oder Elementarprozess im Therapieverlauf seine vielgestaltige Wiederholung. An dessen Ende tritt an Stelle des alten dominierenden traumatischen Introjektes ein verändertes, in seiner psychodynamisch symptomverursachenden und alltagseinschränkenden Dominanz herabgesetztes Introjekt. Dieses lässt sich innerhalb der Repräsentanzen von Welt und Selbst im Ichbewusstsein des Patienten einordnen und wird hierdurch steuer- und beherrschbar. Der in den ersten Anamnesegesprächen geäußerte Wunsch

vieler Patienten, die Erinnerungen an das Trauma und die damit verbundenen Symptome mögen ähnlich wie Dateien in einem Computer einfach gelöscht werden, ist allerdings nicht erfüllbar. Realistisches Ziel einer Psychotherapie mit Folteropfern ist, die Dominanz und die mit ihr verbundene symptomverursachende Psychodynamik des traumatischen Introjektes im Laufe der Therapie soweit zu mindern, dass die Erinnerungen an das Trauma im Alltagsleben beherrschbar und Daseinsfreude und zukünftige aktive Lebensgestaltung wieder möglich werden.

Interkulturelle Aspekte

Das empathische und verstehende Mitgehen des Therapeuten ist wichtige Voraussetzung für ein therapeutisches Klima, in welchem sich beim Patienten Angstfreiheit und Vertrauen als Grundlage für Offenheit ausbilden können. Die Erfahrungen, die Patienten im Laufe der Zeit innerhalb des therapeutischen Prozesses mit einem anderen Menschen machen, bilden ein neues, positiv stützendes Introjekt, welches zusätzlich als Gegengewicht gegenüber den traumatischen Introjekten dienen kann. Eine weitgehend stabile, positive Übertragung ist hierfür Voraussetzung. Hierbei sind transkulturell bedeutsame Unterschiede zu berücksichtigen (SPIEGEL 1976). So wird z. B. dem Therapeuten von Patienten aus patriarchalisch strukturierten Kulturkreisen wie dem islamischen oft die Autorität eines Ratgebers, Lehrers, Geistlichen zuerkannt und eine solche Rolle von ihm erwartet. Das Beziehungsangebot einer Beziehungsebene von gleich zu gleich ist in solchen Fällen fehl am Platz. Vor dem Hintergrund traumabedingter Tendenzen zu Misstrauen, Rückzug und Isolation mag die aus dem ungewohnten Beziehungsangebot hervorgehende Verunsicherung und Irritation beim Patienten die Bildung einer positiven stabilen Übertragung zusätzlich erschweren. Der vom Patienten als ratgebende Lehrerautorität betrachtete Therapeut kann der Versuchung, vorwiegend Ratschläge zu erteilen und den Patienten in der Rolle des hilflos Passiven zu belassen,

z. B. dadurch entgehen, dass er sich einer Technik bedient, die sich einer Gewohnheit und Brauchtum der heimatlichen, islamischen Kultur bedient. Statt konkreter Ratschläge antwortet er auf die suchenden Fragen seines Gegenübers mit einer Erzählung aus der umfangreichen Sammlung der Sagen und Mythen des islamischen Kulturkreises, deren Gehalt eine metaphorische Entsprechung zum dem augenblicklichen Konflikt oder Problem des Patienten wiedergibt. Mythen und Sagen haben in allen Kulturen orientierende und ratgebende Funktion. Sie können dazu einladen, die eingeeengte, in einem Gesichtswinkel erstarrte Position des Betrachters zu weiten und zu verändern, ihm neue kreative Möglichkeiten im Umgang mit einem persönlichen Konflikt oder Problem an die Hand zu geben und neue Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln. (AHMAD 1998)

Zugleich birgt der Rückgriff auf Wert und kreativen Reichtum der Herkunftskultur einen Hinweis auf Wert, Selbstverständnis und kreative Kompetenz der Persönlichkeit, die in diesem Kulturkreis groß geworden ist. Gedanken,

Phantasien, vielleicht auch schöne Kindheitserinnerungen werden angeregt, Überlegungen angestellt zur inhaltlichen Korrespondenz der augenblicklichen Notsituation und der dargebrachten Erzählung. Der Schwung des Kreativen bildet eine psychische Alternative und schafft innere Distanz zu den beherrschenden, erbarmungslosen, immer wieder aufs Neue nacherlebten Inhalten traumatischer Introjekte.

Die Tagesklinik des bzfo

Die ambulante Behandlung von Patienten mit derart schweren und komplexen posttraumatischen Störungen und z.T. auch mit internistischen oder neuropsychiatrischen Begleiterkrankungen, so dass diese ihre Alltagsaufgaben nicht selbstständig bewältigen konnten, hatte in der Vergangenheit dem therapeutischen Team des bzfo immer schon große Schwierigkeiten bereitet. Trotz hohem therapeutischen Aufwand und der Zusammenarbeit mit Einzelfallhelfern ließen sich viele Probleme damals nur unbefriedigend bewältigen. Die Alternative eines stationären oder teilstationären Behandlungsangebots für psychisch posttraumatisch erkrankte Patienten anderer Kultur und Sprache gab es in Berlin und Umgebung nicht. Deswegen hat im Jahre 2003 das Behandlungszentrum für Folteropfer in Kooperation mit der Berliner Schlossparkklinik eine Tagesklinik für psychisch traumatisierte Patienten aus anderen Kulturkreisen eingerichtet.

Hier erfahren Menschen unterschiedlicher Herkunftsländer mit psychisch reaktiven Folter- oder Bürgerkriegsfolgen täglich eine Vielfalt therapeutischer und alltagspraktischer Hilfsangebote: Allgemeinmedizinische Grundversorgung, psychiatrische Behandlung, Psychotherapie in Einzel- und Gruppen-setting, Musik-, Gestaltungs- und Tanztherapie und, was bei den meisten unserer Patienten mit zusätzlichen somatoformen Störungen besonders wichtig ist: Physiotherapie. Gemeinsames Kochen und Mittagessen, Basteln, Handarbeiten, Spiele, Tanz, Gartenarbeit ermöglichen den Patienten, die störungsbedingt unter chronischem Misstrauen mit Rückzugstendenz leiden, neue, positive stützende Erfahrungen im Umgang mit anderen Menschen zu machen. Die Gruppe dient dazu, neues Vertrauen zu sich selbst und anderen zu fassen, so wie dass man auch (wieder) lernen kann, Konflikte mit anderen zu lösen.

Die täglichen Deutschkurse fördern Rehabilitation und Integration. Wöchentliche kleine Ausflüge innerhalb Berlins mit Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel dienen der Orientierung, sich selbstständig und angstfrei in der Stadt zu bewegen, den Umgang mit Ämtern zu üben und das vielfältige Sport- und Kulturangebot der Stadt zu erschließen.

Obwohl aus finanziellen Gründen unsere Kunsttherapeutin nicht weiter beschäftigt werden konnte, hat es dennoch in der Tagesklinik 2005 ein kunsttherapeutisches Angebot gegeben. Während ihres achtmonatigen Praktikums arbeitete eine Kunsttherapiestudentin ehrenamtlich und fachlich supervidiert mit den Patientinnen und Patienten. Gemeinsam entwarfen sie zwei Schau-

keln für den Heilgarten. Sie wurden im Spätsommer anlässlich des jährlichen bzfo-Patientenfestes eingeweiht und fanden allgemeine Anerkennung.

Nicht mangelnder Bedarf, sondern die personelle, räumliche und finanzielle Ausstattung hatten die Kapazität der Tagesklinik von vorn herein begrenzt. Zwanzig Patienten sind 2005 dort behandelt worden. Unter ihnen waren 13 Frauen und 7 Männer. Sie stammten aus Angola, Azerbaidschan, Bosnien-Herzowina, Iran, Kosovo, Kurdistan/Türkei, Serbien, Tschetschenien, Kuwait und Libanon. Neben der unterschiedlichen ethnischen Herkunft und Sprache variierte auch das Alter der Patienten: Der jüngste war 22 Jahre alt, die beiden ältesten 57. Trotz dieser Alters- und Kulturunterschiede ließ sich ein Behandlungsprogramm ausrichten, von dem alle profitieren konnten.

Auch im Jahr 2005 gelang es den Patientinnen und Patienten der Tagesklinik, emotionalen Abstand von den sie quälenden Erinnerungen und Ängsten zu gewinnen. Ihre sozialen Fähigkeiten erweiterten sich, sie übten den Umgang mit Konflikten, die in jeder Gruppe entstehen. Genau wie in anderen Einrichtungen gilt auch für unsere Tagesklinik, dass bei der Behandlung der Gruppenzusammenhang ein entscheidender psychodynamischer Faktor ist. Das therapeutische Zusammensein mit anderen, die ähnliche traumatische Erfahrungen im Krieg oder in der Haft gemacht haben, kann Angst, Misstrauen und Rückzug vor der Umgebung vermindern. Ein erstes, spontanes Lachen, Momente des Frohsinns und der Unbefangenheit bedeuten hier sehr viel.

Schluss

Dieser Beitrag konnte nur einen kleinen Ausschnitt aus der multidisziplinären Arbeit zur Rehabilitation und Integration traumatisierter Folter- und Bürgerkriegsüberlebender am Berliner Behandlungszentrum wiedergeben. Viele Bereiche wurden nur gestreift, viele sind unerwähnt geblieben. Vor allem die Verwaltung, Organisation, Public Relations und Fund Raising bleiben bei solchen Anlässen außen vor, obgleich sich ohne sie wenig bewirken ließe. Ebenso soll unsere Spezialbibliothek Erwähnung finden, gegründet und erstellt von unserer Bibliothekarin Leyla Schön, welche zu Beginn ihrer Tätigkeit vor 14 Jahren im Behandlungszentrum einen Raum mit leeren Bücherbrettern vorgefunden hatte und nun mittlerweile einer Bibliothek mit insgesamt 33000 Medieneinheiten, davon ca 8000 Bänden, 100 laufenden gehaltenen Zeitschriften und einer Sammlung 7000 wissenschaftlicher Artikel vorsteht. Ein weiterer Stützpfeiler im Behandlungszentrum ist unsere Sozialabteilung, die alle Hände voll zu tun hat und ständig herausgefordert ist, wenn – wie leider zu oft der Fall – durch einschneidende Änderungen im sozialen Umfeld und der Aufenthaltssituation unsere Patienten bedrängt und sogar bedroht werden, was – bis sich die soziale Lage wieder geklärt hat – eine Unterbrechung des therapeutischen Prozesses zur Folge haben kann. Es muss auch die zentrale Bedeutung der in unserem Zentrum arbeitenden Dolmetscher hervorgehoben werden. Wenn in der Therapiestunde Patient oder Therapeut während der Übersetzung jeweils Atempausen haben, haben die Dolmetscher unentwegt zu tun. Auch in emotional belastenden Momenten müssen sie nach

Möglichkeit klaren Kopf und Konzentration bewahren. Die Wichtigkeit eines zehnmütigen Nachgesprächs mit dem Dolmetscher oder der Dolmetscherin, einer monatliche Trainingsgruppe sowie einer seit Jahren bestehenden, extern geleiteten Supervisionsgruppe für Dolmetscher war in früheren Jahren von uns unterschätzt worden. Und – last but not least – soll auch unsere wissenschaftliche Abteilung Erwähnung finden, die zur Zeit an verschiedenen Projekten und Studien arbeitet. Es wird u. a. eine multizentrische Studie zur Schmerzbehandlung mittels Biofeedbacktherapie durchgeführt sowie eine Methode zur audio- und computergestützten Erhebung standarddiagnostischer Fragebogen bei Analphabeten entwickelt. Aktuell wird mit einer Studie zur internetbasierten Schreibtherapie zur Behandlung traumatisierter Menschen im arabischen Sprachraum sowie einer Studie, die u. a. den Einfluss von Vergebung auf den psychotherapeutischen Prozess untersucht, begonnen.

Literatur:

Ahmad S.: Die Einbeziehung kultureller, traditioneller und religiöser Normen in die Arbeit der Systemischen Familientherapie und der Narrativen Therapie. Vortragsmanuskript zum Kongress, Trauma und Kreativität, Köln März 1998.

Birck A, C Pross, J. Lansen (2002), Das Unsagbare. Springer Verlag Heidelberg

Ferenczi S.(1933), Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und Kind. In. Balint M.(Hrsg): Schriften zur Psychoanalyse Bd II, S. Fischer Frankfurt 1972

Freud S.(1921), Jenseits des Lustprinzips S. Fischer Studienausgabe, Frankfurt 1972

Haenel F., Wenk-Ansohn M.(Hrsg): Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren. Weinheim 2005

Spiegel J.P., Cultural Aspects of Transference and Countertransference. J Amer. Acad. Psychoanalysis, 4(4): 447 – 467, 1976

1.2. El puente – Zugänge ermöglichen, Brandenburg

Wolfgang Bautz, Lucía Muriel

Ausgangssituation im Land Brandenburg

Bisher existieren weder verlässliche Daten noch wissenschaftliche empirische Untersuchungen darüber, was Migrantinnen und Migranten gesund erhält, gesund macht, noch darüber, was sie krank macht. Wir wissen jedoch, dass ihr Leben um ein Vielfaches stress- und angstbelasteter verläuft, als das bei der einheimischen Bevölkerung der Fall ist. Vor diesem Hintergrund ist die Diagnose- und Behandlungskapazität für Personen mit psychischen Erkrankungen, die mit Migration und Flucht in Verbindung stehen, im Land Brandenburg immer noch unzureichend. Verstärkt wird dieser offensichtliche Mangel durch eine Aneinanderreihung von Hürden, die vor allem die Betroffenen in ihrem Alltag zu überwinden haben. Davon sind insbesondere Flüchtlinge betroffen, deren Lebenswirklichkeit jahrelang von existentiellen Fragen des Aufenthalts und den damit verbundenen Einschränkungen, von der Konfrontation mit einer wenig fremdenfreundlichen Aufnahmegesellschaft und den Negativzuschreibungen im Alltag und anderen Stressbelastungen bestimmt ist. Das mangelnde Verständnis für die gesundheitlichen Belange dieser, wenn auch in Brandenburg relativ kleinen, Bevölkerungsgruppe, ist eine wichtige Zugangsbarriere zu angemessener medizinischer Versorgung. Außerdem fehlen den Flüchtlingen häufig Kenntnisse über das deutsche Gesundheitssystem und seine Möglichkeiten. Ihre weitgehende Isolation im Alltag erschwert einen chancengleichen Zugang zu diesen Informationen über die Dienste. Vieles hängt vom Zufall ab, bzw. vom „Pech“, wenn sie nichts erfahren. Auch wenn mit ein wenig „Glück“ der Weg gefunden wurde, bestehen häufig Verständigungsschwierigkeiten, die ein wesentliches Hindernis für die Erkennung und Behandlung von Krankheiten darstellen. Sprachmittlung ist keine Leistung der Krankenkassen mehr, und andere Kostenträger übernehmen nur in Ausnahmefällen die entsprechenden Aufwendungen. Über die tatsächlichen Implikationen der kulturellen Missverständnisse fängt man mancherorts in Brandenburg gerade erst an nachzudenken. Die vorherrschende Monokulturalität in den Angeboten, vor allem die unzureichende Kenntnis um die unterschiedlichen kulturellen Vorstellungen und Ausdrucksformen von Gesundheit und Krankheit, schränkt die Kompetenz im Umgang mit Patientinnen und Patienten aus anderen Lebenszusammenhängen, mit anderen Biographien und Kommunikations- bzw. Lebensgewohnheiten erheblich ein. So sind weder die Gründe, die eine Flucht provozierten, noch die Restriktionen in Hinblick auf alle elementaren Lebensinhalte wie Aufenthalt, Wohnen, Ausbildung, Arbeit, Gesundheitsleistungen und die damit verbundenen Folgen bekannt. Seelisch erkrankten Asylbewerberinnen und Asylbewerbern wird folglich oft „Erkrankung am Heimweh“ zugeschrieben.

Die betreuungstraumatisierten Flüchtlinge

Diese allgemeine Situation spitzt sich noch einmal zu, wenn es um die Belange von traumatisierten Flüchtlingen geht. Im Land Brandenburg fehlen vor allem angemessene therapeutische und Selbsthilfe- bzw. Gruppenangebote für Menschen mit Traumatisierung bzw. posttraumatischen Belastungsstörungen, die im Zusammenhang mit staatlich organisierter Gewalt wie Krieg, Folter, Verfolgung und Vertreibung entstanden sind. Viele wichtige Behandlungen werden aufgrund mangelnder Spezialisierungen abgebrochen. Und immer wieder wird von routinierten Verschreibungen von Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerztabletten berichtet, welche die Menschen auf Dauer nicht nur nicht gesund, sondern auch unglücklicher machen und die Lebensqualität beeinträchtigen.

Gegenwärtig scheint die Beziehung Arzt-Patient sowohl aus Sicht der Behandelnden als auch der Betroffenen belastet. Viele der Migrantinnen und Migranten sprechen daher von einem Rückzug ins Schweigen, in die Nichtvermittlung, was die medizinischen Interventionen der Ärzte zur Heilung erschwert.

Das Projekt „El puente“ (dt. Die Brücke)

Nach einer längeren Vorbereitungsphase nahm das Projekt „El puente – Clearingstelle für die Beratung, Behandlung und Prävention psychisch kranker, insbesondere traumatisierter Migrantinnen und Migranten“ seine Tätigkeit im Dezember 2005 auf. In Abstimmung mit den zuständigen Landesbehörden zielt diese Initiative darauf ab, erstmalig eine Bedarfsermittlung hinsichtlich der sozialen und medizinischen Hilfsangebote für diese Personengruppe vorzunehmen und darauf aufbauend die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten durch den Abbau von vorhandenen Barrieren mittel- bzw. langfristig zu verbessern sowie die regional vorhandenen Ressourcenträger in der medizinischen Versorgung für die Bedürfnisse dieser Gruppen zu sensibilisieren. Zunächst steht dabei die Gruppe der psychisch kranken, insbesondere traumatisierten Flüchtlinge im Mittelpunkt.

El puente hat damit begonnen, eine Reihe von spezifischen Fortbildungs- und Beratungsangeboten durchzuführen, die unterschiedliche Zielgruppen einschließen. Unabhängig davon, ob es sich dabei um die Vermittlung von spezifischen, migrations- und fluchtrelevanten Kenntnissen für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter der Gemeinschaftsunterkünfte oder für die Mitarbeitenden des öffentlichen Gesundheitswesens handelt, besteht das Oberziel dieser Anstrengungen von El puente darin, zum chancengleichen Zugang zu den Angeboten des Gesundheitswesens ohne Assimilationsdruck beizutragen und die sich aus der mangelnden interkulturellen Öffnung im öffentlichen Gesundheitswesen ergebenden Hürden abzubauen.

Die Funktion ehrenamtlicher, muttersprachlicher Unterstützer

Neben den spezifischen Fortbildungs- und Beratungsangeboten sind dabei der Ausbau und die fachliche Begleitung einer Gruppe ehrenamtlich wirkender, muttersprachlicher Unterstützerinnen und Unterstützer von zentraler Bedeutung. Von den Betroffenen wie vom Personal der medizinischen Einrichtungen wurde dieses Angebot von Beginn an häufig in Anspruch genommen. Damit konnte der „aus der Not geborenen“, aber oft auch leichtfertig zugelassenen, Praxis der Inanspruchnahme von Familienangehörigen zur Sprachmittlung entgegengewirkt werden und in vielen Fällen wurde somit ein diese Bezeichnung verdienendes Arzt-Patienten-Gespräch erst möglich. Vor allem konnte mit diesem Angebot dazu beigetragen werden, dass die Abbrüche von Behandlungen oder wichtigen Therapien aufgrund von Sprachbarrieren sich verringerten. Mit Hilfe dieser Gruppe wird es darüber hinaus erstmals möglich, in den Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende und Flüchtlinge muttersprachliche Gruppen- und Einzelberatungen zur medizinischen Versorgung und Gesundheitsprävention durchzuführen. Nach wenigen Monaten lässt sich bereits feststellen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner der Heime von dieser Unterstützung regen Gebrauch machen. Zugleich erhielten die Projektmitarbeitenden konkrete Einblicke in gravierende und bisher kaum wahrgenommene Problemfelder in der Gesundheitsversorgung, vor allem, welche Wirkung die unterschiedlichen Barrieren beim Zugang zu den medizinischen Diensten auf das Befinden der Asylsuchenden und Flüchtlinge haben.

Das Engagement von Migrantinnen und Migranten in der Begleitung von Menschen, die in der deutschen Ausdrucksweise nicht so zuhause sind, und in der gesundheitlichen Aufklärungsarbeit hat zudem den gewünschten Nebeneffekt, die Ressourcen von Zugewanderten sichtbar zumachen und das vielfach von Problemen tief eingefärbte Bild zurückzudrängen.

Zu dem Bündel von Aufgaben gehört auch die Erstellung eines Verzeichnisses von fremdsprachigen Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten im Land Brandenburg. Im Verlauf dieser Arbeit wurde Kontakt zu engagierten und motivierten medizinischen Fachkräften aufgenommen, die bereits mit Flüchtlingen gearbeitet haben. Ziel dieses noch am Beginn stehenden Vernetzungsprozesses ist es, deren Erfahrungen und Kenntnisse in der therapeutischen Arbeit stärker zu nutzen und in der Fachöffentlichkeit bekannt zu machen, um die entsprechenden Behandlungs- und Therapiekapazitäten im Land Brandenburg gezielt auszubauen.

In einer Reihe von Fällen ist es bisher gelungen, durch aufsuchende Beratung die bestehenden Hürden für die Wahrnehmung von medizinischer Behandlung zu überwinden und die betreffenden Personen in das Spektrum bestehender Hilfsangebote zu lotsen. El puente übernahm die maßnahmeübergreifende Begleitung dieser Fälle im Sinne eines Case Managements.

Gesundheit ist das Resultat verschiedener, zusammen wirkender Faktoren

Bereits in der Vorbereitungsphase von El puente wurde sichtbar, dass die angemessene Versorgung von traumatisierten Personen nicht ausschließlich eine Frage der medizinischen Behandlung ist, vielmehr sind eine Reihe von sozialen Aspekten zu berücksichtigen, um den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen. Dabei kann es um die Klärung des Aufenthaltsstatus, die Verbesserung der Unterbringung, die Unterstützung bei familiären Problemen oder auch die Herstellung von Kontakten in die Nachbarschaft gehen, um nur einige Aufgaben zu nennen. Die Bewältigung dieser Probleme ist oftmals ebenso schwierig, wie die Vermittlung in eine geeignete Therapie und kann nur mit Hilfe der Verantwortlichen in den zuständigen öffentlichen Verwaltungen sowie der Wohlfahrtsverbände und dem Engagement vieler ehrenamtlich Wirkender in Vereinen und Initiativen geschehen. Somit ist das Wirken von El puente auch darauf ausgerichtet, diese unterstützenden Kräfte zu mobilisieren und vor Ort ein möglichst enges Netz zu knüpfen.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Erwartungen in der Fachöffentlichkeit im Land Brandenburg und bei den Betroffenen an El puente sind außerordentlich hoch. Die ersten Monate der Arbeit des kleinen Projektteams geben jedoch Anlass zu der Überzeugung, dass sich bis zum Auslauf der Förderung durch das Land Brandenburg und den Europäischen Flüchtlingsfonds spürbare Verbesserungen in der medizinischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten einstellen werden. Zugleich werden unterschiedliche Methoden genutzt, neben der Mitarbeit in regionalen und landesweiten Gremien die Ergebnisse und Erfahrungen der Arbeit bekannt zu machen und weiterzugeben. Vor allem aber werden es die vielerorts sich abzeichnenden Erfahrungen sein, dass für die Lösung von auftretenden Problemen in der sozialen und medizinischen Betreuung von Migrantinnen und Migranten durchaus lokale Ressourcen nutzbar zu machen sind, welche die Nachhaltigkeit von El puente positiv beeinflussen werden.

1.3. Traumanetzwerk, Niedersachsen

Sven Stenner-Borghoff

1. Allgemeine Übersicht

Die Malteser haben mit dem Traumanetzwerk ein Angebot entwickelt, das darauf abzielt, die Situation traumatisierter Flüchtlinge in Deutschland zu verbessern. Ziel ist es,

1. die Kompetenzen der Mitarbeiter im Flüchtlingsbereich im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen zu stärken,
2. jedem Flüchtling, der eine psychologische Behandlung aufgrund von posttraumatischen Belastungsstörungen benötigt, diese in seiner Umgebung zeitnah und professionell zu ermöglichen.

Um dieses Ziel zu erreichen, wurde unter www.TraumaNetzwerk.de eine bundesweite Datenbank aufgebaut. Hier werden Adressen von Therapeutinnen/Therapeuten sowie Dolmetscherinnen/Dolmetschern für die Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen aufgenommen.

Als Internetseite bietet www.TraumaNetzwerk.de außerdem umfassende Informationen zu den Themen Migration und Trauma. Kern der Website ist die Datenbank, die eine schnelle und effektive Suche nach Therapeutinnen und Therapeuten für Flüchtlinge ermöglicht.

Auf der Website finden Sie

- eine frei zugängliche Datenbank mit Anschriften von Therapeutinnen und Therapeuten, die mit traumatisierten Flüchtlingen arbeiten,
- Fragen und Antworten zum Thema Traumatisierung und Flüchtlinge,
- aktuelle Termine, Literaturhinweise und Fortbildungen zum Thema Trauma und Hintergrundinformationen über Herkunftsländer und Asylverfahren,
- einen Überblick, welche Beratungs- und Behandlungszentren sowie Behörden, Institute und Vereine in diesem Bereich tätig sind.

Darüber hinaus ist das TraumaNetzwerk eine Homepage, die Informationen, Angebote und Austausch im Traumabereich auf breiter Ebene zugänglich macht.

2. Darstellung eines Aspekts, der im Projekt besonderes Gewicht hat

Das Projekt legt ein besonderes Gewicht auf die zielgruppenspezifischen Angebote und Informationen auf der Homepage.

- Die Anzahl an Therapieplätzen für traumatisierte Flüchtlinge soll weiterhin ansteigen. Daher sucht das Traumanetzwerk gezielt **Psychologen, Psychiater und Therapeuten**, die Erfahrung in der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen haben oder sich in diesem Bereich qualifizieren möchten.

Sie werden in die Datenbank des Traumanetzwerks unter www.traumanetzwerk.de aufgenommen, bzw. auf entsprechende Fortbildungen hingewiesen. Die in die Datenbank aufgenommenen Personen haben als Mitglieder des TraumaNetzwerks Zugriff auf den geschützten Bereich, der 2006 überarbeitet und aktualisiert wurde.

In Struktur und Aufbau wurde dieser Bereich der Homepage beibehalten, einige Aspekte, welche die Handhabung vereinfachen, verändert. Im Verlauf des Projektes konnte die Anzahl der in der Datenbank aufgenommenen Therapeuten von 115 Therapeuten auf 268 Therapeuten erhöht werden.

Um die Serviceangebote für die Therapeuten weiter zu verbessern, wurde im geschützten Bereich der Homepage ein Forum eingerichtet. Dort können die Netzwerkmitglieder Fragen, Informationen und Artikel einstellen und entsprechend kommentieren.

Zusätzlich erhalten die Netzwerkmitglieder Rundmails mit Veranstaltungshinweisen, Hinweisen auf Neuerscheinungen und Anfragen von Kollegen.

- Um die Kompetenz der **Mitarbeiter in der Flüchtlingsarbeit** zu stärken, bietet www.traumanetzwerk.de einen gezielten Service an. Per Mail können Fragen zum Thema Traumatisierung an das TraumaNetzwerk geschickt werden, die dann von einer Psychologin beantwortet werden. Fragen und Antworten werden anonymisiert auf der Homepage veröffentlicht.

Die Besucher finden auf der Homepage ein verständlich formuliertes und anschaulich dargestelltes Grundwissen zur Traumatisierung sowie den Hinweis auf die Schulung der Malteser zum Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen.

- Eine weitere neue Zielgruppe der Homepage sind die **Dolmetscher**, die für eine erfolgreiche therapeutische Sitzung bei Flüchtlingen in der Regel unerlässlich sind. Daher finden die Dolmetscher Informationen zum professionellen Verhalten beim Einsatz im therapeutischen Bereich, Adressen von Weiterbildungsangeboten, Hinweise auf regionale Kontaktgruppen sowie auf Termine, Literatur und Aktuelles.

3. Darstellung der Schwierigkeiten und Hürden, die zu überwinden waren

Intensive Öffentlichkeitsarbeit ist notwendig, um Therapeuten zu erreichen und für dieses Thema sensibel zu machen. Dazu gehört das Erstellen von anschaulichen Werbematerialien und der regelmäßige Kontakt zu Therapeuten, Psychologen und Facheinrichtungen.

Der Zugriff auf die Datenbank ist kostenlos. Deshalb ergibt sich eine unsichere finanzielle Situation für die Malteser Werke gGmbH. Weiterhin sind die Malteser Werke gGmbH abhängig von jährlichen Zuwendungen des Europäischen Flüchtlingsfonds. Eine langfristige Planung ist somit stets unsicher.

Auf Grund der Struktur der Homepage ist nicht nachvollziehbar, wieviele Vermittlungen zwischen Traumatisierten und Psychologen bzw. Psychotherapeuten stattgefunden haben.

4. Bewertung von Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung und Übertragbarkeit

Die auf unterschiedliche Zielgruppen zugeschnittenen Angebote stehen über die Homepage allen Interessierten kostenlos und dauerhaft auch zukünftig zur Verfügung. Entscheidend bei der Beurteilung der Nachhaltigkeit ist, dass das Projekt neben der Therapeuten- und Dolmetschervermittlung auf eine Wissensvermittlung und -erweiterung abzielt.

Neue Entwicklungen bezüglich der Traumatherapien, Forschung und Unterbringung werden stets berücksichtigt.

Im therapeutischen und sozialarbeiterischen Bereich wird der Zugang von Informationen im Internet immer wichtiger. Das Angebot orientiert sich somit an dieser Entwicklung.

Es handelt sich um ein deutschlandweites, überregionales Angebot.

Zusammenfassung

TraumaNetzwerk ist die Vernetzung von Therapeuten, Psychologen, Psychotherapeuten und Dolmetschern mit den Malteser Werken, um traumatisierten Flüchtlingen professionell und problemorientiert Hilfe zu ermöglichen und ihre Situation in Deutschland zu verbessern.

Neben der Vermittlung der Dienste werden professionelle Schulungen für haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter aus dem Arbeitsfeld der betreffenden Klientel angeboten und die Möglichkeit geschaffen, unkompliziert Antworten auf Fragen bezüglich der posttraumatischen Belastungsstörungen der Flüchtlinge via Email oder telefonisch zu erhalten. Ein Internetforum steht zur Verfügung, in welchem die Beteiligten sich austauschen können.

2. Rechtsfragen

2.1. Kompetenzzentrum für rechtliche Betreuung von Migranten: Das Institut für transkulturelle Betreuung (Betreuungsverein) e.V. in Niedersachsen, Hannover



Ali Türk

1. Allgemeine Übersicht: kulturspezifische und migrationssensible Betreuungsarbeit

Jeder Mensch kann durch Unfall, Krankheit, seelische Krise oder durch eine altersbedingte Krankheit in die Lage kommen, wichtige Angelegenheiten seines Lebens, dauerhaft oder vorübergehend, nicht mehr besorgen zu können. In diesem Fall wird jemand benötigt, der die Interessen und Rechte der/des Betroffenen zum Beispiel gegenüber Ämtern, Behörden, Banken und Ärzten vertritt. Im deutschen Rechtssystem kann das jemand sein, der vorher vom Betroffenen bevollmächtigt (Vorsorgevollmacht), oder jemand, der durch ein Gericht zum rechtlichen Betreuer bestellt worden ist. Die Vorsorgevollmacht vermeidet in der Regel die Bestellung eines Betreuers. Wurde eine Vorsorgevollmacht nicht erteilt, können Wünsche für den Betreuungsfall in einer Betreuungsverfügung festgelegt werden. Eine andere Form der Vorsorge ist die Patientenverfügung, mit der die Wünsche für medizinische Behandlungen am Lebensende festgelegt werden können.

Falls keine Vorsorge getroffen worden ist, kann ein rechtlicher Betreuer bestellt werden.

Eine rechtliche Betreuung ist nur dann einzurichten, wenn eine psychische Erkrankung, seelische, geistige oder körperliche Behinderung vorliegt, die zur Folge hat, dass eigene Angelegenheiten nicht mehr selbst besorgt werden können. Bei der rechtlichen Betreuung werden vom Gericht bestimmte Aufgabenkreise angeordnet.

(1) „Kann ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, so bestellt das Vormundschaftsgericht auf seinen Antrag oder von Amts wegen für ihn einen Betreuer“ (...). (§ 1896 Absatz 1 und 1a Bürgerliches Gesetzbuch)

Bei der Auswahl des Betreuers werden vor allem die Wünsche der Betroffenen berücksichtigt. An erster Stelle werden Personen bestellt, die den Betroffenen persönlich nahe stehen und geeignet sind. Schlägt die betroffene Person niemanden vor, ist der Vorschlag der Betreuungsbehörde oder dem Amtsgericht überlassen. Das Gericht entscheidet, welche Person bestellt wird und kontrolliert diese während der Betreuungsführung.

Die Rechte und Pflichten des Betreuers sind im Betreuungsrecht §1901 BGB erläutert. Die wesentlichen Grundzüge in diesem Zusammenhang sind:

Wille und Wohl der betroffenen Menschen stehen dabei an erster Stelle. Als „Manager auf Zeit“ kümmern sich Betreuer um soziale und rechtliche Belange und unterstützen sie auf ihrem Weg in ein selbstbestimmtes Leben (...)

Auch Migrantinnen und Migranten sind oft aufgrund ihrer Krankheiten und Behinderungen nicht in der Lage, ihre Angelegenheiten selbst zu regeln, sodass ein rechtlicher Betreuer für sie bestellt werden muss. In der Bundesrepublik Deutschland wurden zum Stichtag 31.12.2004 gem. § 1896 BGB 1.157.819 Menschen rechtlich betreut, davon etwa 10.000 bis 15.000 mit Migrationshintergrund.

Sie werden vorrangig von ihren Familienangehörigen, Nachbarn oder Bekannten im Rahmen der Ehrenamtlichkeit rechtlich betreut. Selten werden sie aufgrund von Zugangsschwierigkeiten und fehlenden Sprachkenntnissen von Fremden außerhalb des eigenen sozialen Netzwerkes betreut.

Professionelle muttersprachliche und kultursensible rechtliche Betreuungsangebote sind kaum vorhanden. Deshalb haben wir in Hannover für das Gebiet Niedersachsen einen spezifischen Betreuungsverein gegründet, der sich auf die Betreuung von Migrantinnen und Migranten spezialisiert hat. Ein Migrantenbetreuungsverein scheint uns eine praktikable Lösung zur Verbesserung der Betreuungsqualität bei Migranten zu sein. Im Folgenden wird das Institut für transkulturelle Betreuung (Betreuungsverein) e.V. als ein gelungenes professionelles Angebot zur rechtlichen Betreuung von Migrantinnen und Migranten vorgestellt.

Das Institut für transkulturelle Betreuung (Betreuungsverein) e.V. (ITB) ist ein rechtlich anerkannter Betreuungsverein. Dieser wurde 1995 in Hannover gegründet und erhielt seine landesweite Anerkennung als Betreuungsverein im Jahre 1996. Er ist der erste transkulturelle bzw. auf die Betreuung von Migrantinnen und Migranten spezialisierte Betreuungsverein in Deutschland.

Durch die Zusammenarbeit mit der Betreuungsbehörde des Landkreises Hildesheim, dem Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. und dem Betreuungsverein in Hildesheim entstand der Verein mit Unterstützung des Sozialdezernats in Hannover. Die Kooperationspartner sahen im Rahmen ihrer professionellen Arbeit einen nachhaltigen Handlungsdruck bezogen auf Defizite in der Betreuung von Migrantinnen und Migranten. Sie formulierten einen großen Bedarf an kulturspezifischen und muttersprachlichen Betreuerinnen und Betreuern. Weiterhin mangelte es an konzeptionellen Angeboten, die zu einer positiven und nachhaltigen Verbesserung der Betreuungssituation der unter Betreuung stehenden Migranten beitragen konnten.

2. Innovativer Hauptaspekt und Entwicklungsschritte

Das ITB entwickelte als Betreuungsverein für Migranten gemeinsam mit der Betreuungsbehörde des Landkreises Hildesheim, dem Ethno-Medizinischen

Zentrum e.V. in Hannover und dem Betreuungsverein in Hildesheim mit Unterstützung des Sozialdezernats in Hannover einen Betreuungsverein, der sich ausschließlich auf die Betreuung von Migrantinnen und Migranten spezialisieren sollte (1994). Gemeinsam wurde ein Konzept zur muttersprachlichen, kultursensiblen und integrativen rechtlichen Betreuung nach den Intentionen des Betreuungsrechtes erarbeitet und umgesetzt. Das ITB verfolgt in seiner Arbeit als anerkannter Betreuungsverein das Ziel, die Lebenssituation der rechtlich betreuten Migrantinnen und Migranten positiv und nachhaltig zu verbessern. Im ITB werden ausschließlich Migranten in ihrer Muttersprache bzw. migrationsspezifisch und kultursensibel von Migrantinnen und Migranten betreut. Nur im Ausnahmefall werden auch Migranten statt muttersprachlich von kultursensiblen und transkulturell ausgebildeten Migranten betreut, welche aus anderen Herkunftsländern kommen als die/der Betreute.

1996 begann der Verein mit einem Querschnittsmitarbeiter und konnte bereits 1997 einen russischsprachigen Mitarbeiter und eine türkischsprachige Mitarbeiterin einstellen. Die große Nachfrage nach Betreuungsübernahmen durch das ITB bestätigte den vermuteten Bedarf an kultursensiblen und muttersprachlichen Betreuerinnen und Betreuern.

Die Zahlen der Betreuungen und Mitarbeiter sind seitdem stetig gestiegen. So konnte das Institut 1999 mit Unterstützung des Sozialdezernates der Stadt Hannover in das Konzept des Sozialpsychiatrischen Gesundheitszentrums der Landeshauptstadt Hannover integriert werden. Somit standen dem ITB größere Räumlichkeiten zur Verfügung und der fachliche und berufliche Informationsaustausch konnte einfacher und in direkter räumlicher Nähe sowie fachlicher Kooperation mit sozialpsychiatrischen Einrichtungen realisiert werden. Ende 2002 mussten weitere und größere Räume angemietet und bezogen werden.

Die Betreuer des ITB: Mittlerweile beschäftigt das ITB 20 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus verschiedenen Sozialberufen mit Hochschulabschlüssen aus folgenden Herkunftsländern: Griechenland, Iran, Italien, Jugoslawien, Kasachstan, Polen, Russland, Türkei und Ukraine.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sprechen insgesamt 13 verschiedene Sprachen.

Die Qualifikation der Betreuer: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden in den Bereichen allgemeines Recht, spezielles Recht, Krankheits- und Behinderungsbilder, Aufbau von Gesundheits- und Sozialwesen, administrative Aufgaben, soziale Kompetenzen sowie Handlungskompetenzen unter Berücksichtigung von transkulturellen Aspekten ausgebildet. Die Spezialisierung der Mitarbeiter umfasst ein Curriculum von 260 Theoriestunden und verläuft berufsbegleitend über 2 Jahre.

Das aktuelle Tätigkeitsgebiet: Das ITB arbeitet in einem Umkreis von Hannover in einem Radius von 70 bis 100 km. Langfristig soll eine landesweite Versorgung in Niedersachsen gewährleistet werden, die sich im Moment aus logistischen und finanziellen Gründen noch nicht realisieren lässt. Hinzu

kommt, dass ein noch schnelleres Wachstum und eine größere überregionale Ausweitung die Qualität der Betreuungsarbeit des ITB beeinträchtigen könnten. Das ITB möchte nur so stark wachsen und sich nur so weit ausdehnen, wie es die im eigenen Querschnittskonzept formulierten hohen Qualitätsvorgaben gewährleisten kann.

Die Betreuten des ITB: Es werden derzeit ca. 400 in Niedersachsen lebende Migrantinnen und Migranten aus 38 Herkunftsländern rechtlich nach § 1896 BGB betreut, die infolge einer Krankheit oder Behinderung (psychisch/physisch) ihre Angelegenheiten nicht oder nicht mehr ganz allein erledigen können und hierbei keine ausreichenden qualifizierten Hilfen durch andere erhalten.

Die meisten der im ITB betreuten Migranten kommen aus der Türkei (30,8 %) und den ehem. GUS-Staaten (24,2 %). Weitere Betreute kommen aus Polen (10,7 %), dem ehem. Jugoslawien (7,5 %), Albanien (4 %), Griechenland (3,6 %), Italien (3,2 %), Afghanistan (2,5 %), Afrika (2,5 %), Iran (2,4 %), Spanien (2 %) und weiteren anderen Herkunftsgebieten (6,6 %). Der Anteil der Betreuten aus der Türkei ist seit Mitte 2003 um ca. 7 % gesunken. Der Anteil der Betreuten aus den ehem. GUS-Ländern hat sich seit Mitte 2003 um ca. 5 % erhöht.

Von den 400 Betreuten sind ca. 64 % Männer und ca. 36 % Frauen. Der Anteil der weiblichen Betreuten hat sich seit 2004 um ca. 10 % erhöht und die der Männer entsprechend reduziert.

Die Altersstruktur sieht wie folgt aus:

Jahrgang	Alter	Verteilung in %	Quersummen
1908 bis 1912	98 – 94	0,4	
1913 bis 1917	93 – 89	0,8	Jahrgänge 1908 bis 1937
1918 bis 1922	88 – 84	1,2	Fälle 48 = 12 %
1923 bis 1927	83 – 79	2,0	(Altersgruppen 69 bis 98 Jahre)
1928 bis 1932	78 – 74	2,8	
1933 bis 1937	73 – 69	4,8	
1938 bis 1942	68 – 64	3,6	
1943 bis 1947	63 – 59	3,6	Jahrgänge 1938 bis 1988
1948 bis 1952	58 – 54	10,4	Fälle 352 = 88 %
1953 bis 1957	53 – 49	6,8	(Altersgruppen 18 bis 68 Jahre)
1958 bis 1962	48 – 44	12,4	
1963 bis 1967	43 – 39	12,0	Jahrgänge 1988 bis 1963
1968 bis 1972	38 – 34	12,0	Fälle 205 = 51,2 %
1973 bis 1977	33 – 29	12,4	(Altersgruppen 18 bis 43 Jahre)
1978 bis 1982	28 – 24	9,6	
1983 bis 1988	23 – 18	5,2	
Gesamt		100 %	

Auffällig ist, dass die Jahrgänge 1963 bis 1988 bzw. 1938 bis 1988 sehr stark vertreten sind. Im Ergebnis ist festzuhalten, dass 88 % der Betreuten unter 69 Jahre, 12 % über 68 Jahre alt und 51,2 % der Betreuten unter 44 Jahre alt sind.

Dies lässt die Folgerung zu, dass die im ITB betreuten Migranten in erster Linie an psychischen Erkrankungen leiden, jüngere Menschen sind und nicht dem Betreuungsbild der einheimischen Betreuten entsprechen.

Demenzfälle greifen bei den älteren Migrantinnen und Migranten noch nicht in dem Maße, wie bisher angenommen wurde. Ein Anstieg ist jedoch festzustellen, da die erste Generation in das Rentenalter kommt und somit der Betreuungsbedarf bei älteren Migrantinnen und Migranten ansteigt. Von weiteren Steigerungen kann bereits jetzt ausgegangen werden.

Es befinden sich nur vereinzelt körperlich behinderte Menschen unter den betreuten Migranten im ITB.

Querschnittsaufgaben und Angebote des ITB: Das ITB ist auch im Bereich der sogenannten Querschnittsaufgaben nach den Landesrichtlinien tätig. Hierfür erhält das ITB vom Land Niedersachsen eine Landesförderung und von der Region Hannover eine Kommunalförderung, die zur Finanzierung von folgenden Aufgaben beiträgt:

Das ITB bietet außer professioneller rechtlicher Betreuung

- Beratung von ehrenamtlichen und professionellen Betreuern;
- Fort- und Weiterbildungen;
- Beratung und Vermittlung bei migrationsspezifischen Fragen;
- Übernahme und Vermittlung von Verfahrenspflegschaften;
- Vermittlung von kultur- und sprachspezifischen Sachverständigen;
- Qualitätsförderung und Qualitätssicherung von Betreuungsarbeit durch Forschung;
- Publikationen, Aufklärungsveranstaltungen, Tagungen.

Dem Bereich der **Gewinnung von ehrenamtlichen BetreuerInnen** wird im ITB große Bedeutung beigemessen. Es werden Migrantinnen und Migranten als ehrenamtliche Betreuer gewonnen und gefördert.

Ende 2004 hat das ITB damit begonnen, **Informationstreffen für Angehörige** von Betreuten anzubieten, um einen regelmäßigen Austausch zu fördern. Das Interesse an den Veranstaltungen ist sehr groß. Diese Angehörigen sollen als Multiplikatoren und ehrenamtliche Betreuer gewonnen werden.

Ziel ist es hier, die Defizite der über 40-jährigen Migrationsgeschichte in der Gewinnung von Migranten als Ehrenamtliche zu verringern. Aufgrund fehlender Einbindung in die Regelversorgung, aber auch infolge struktureller und bildungsbedingter Defizite bei Migranten, ist die Gewinnung von Migranten als Ehrenamtliche eine große Herausforderung.

Das ITB ist Mitglied des Vormundschaftsgerichtstages e.V. (VGT) und nimmt diese Mitgliedschaft in Form einer bundesweiten Gestaltung der Betreuungsarbeit durch ein unterstützendes und ausführendes Engagement wahr. Dadurch, dass wir über unsere intensive **Vernetzungsarbeit** einen großen Fachkreis erreichen, können wir unsere Konzepte und Erfahrungen bundesweit zugänglich machen und auf die Situation der rechtlich betreuten Migranten hinweisen.

Auch im **Forschungsbereich** ist das ITB aktiv. In Zusammenarbeit mit der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf führte das ITB ein einjähriges Projekt zum Thema „Wenn Erwachsene nicht mehr alles allein erledigen können – Die sozialen und rechtlichen Hilfen für alte, behinderte und psychisch kranke Menschen optimieren“ durch, das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert wurde (2004). Die Zwischenergebnisse, Zusammenfassungen und Endberichte können unter www.betreuungsrecht-forschung.de eingesehen, bzw. als PDF-Datei heruntergeladen werden.

Von Mitte 2000 bis Mitte 2001 führte das ITB mit der **Pilotstudie** „Situationsanalyse rechtlicher Betreuung von MigrantInnen in Niedersachsen“ die erste Untersuchung in Deutschland zu dieser Thematik durch (s. Literaturhinweis). Auf der Grundlage dieser Pilotstudie sollen weitere Initialzündungen zur Konzipierung und Durchführung von Querschnittsarbeit ausgehen. Die Ergebnisse haben wir im Jahre 2002 in unserem Heft „Rechtliche Betreuung von MigrantInnen in Niedersachsen – Situationsbeschreibung, Analyse, Folgerungen“ veröffentlicht. Zudem haben wir in diesem Heft das Querschnittskonzept des ITB in die Öffentlichkeit getragen.

Im Frühjahr 2005 führte das ITB im Auftrag der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg in Zusammenarbeit mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. die **Qualifizierungsmaßnahmen** „Qualität und Kompetenz in der Betreuung von Migranten – Veranstaltungen und Fortbildungen für Akteure rechtlicher Betreuung in Hamburg“ mit großem Zuspruch durch.

Im Herbst 2005 konnten wir die ersten mehrsprachigen **Broschüren zum Betreuungsrecht** in sechs Sprachen veröffentlichen. Für Akteure des Betreuungsrechtes und Betroffene stellten diese eine große Bereicherung dar. Vor allem aber können wir mit diesen Wegweisern die Gemeinschaften der Migrantinnen und Migranten über das Betreuungswesen informieren.

3. Schwierigkeiten und Hürden

Zu Beginn der Betreuungsarbeit fehlten dem ITB Finanzmittel, so dass es sich nur in kleinen Schritten entwickeln konnte. Seit 1997 erhält das ITB Zuwendungen für Querschnittsarbeit des Landes Niedersachsen zur Finanzierung des Drittels einer Querschnittsstelle. Seit der Gründung der Region Hannover im Jahre 2002 erhält das ITB ein weiteres Drittel zur Finanzierung

der Querschnittsstelle von der Region. Die Differenz muss das ITB über die Betreuungsarbeit eigenständig finanzieren.

Auch war die Akzeptanz des Angebotes zur rechtlichen Betreuung von Migranten durch Migranten nicht immer vorhanden. Erst im Laufe der Jahre und bedingt durch qualitativ hochwertige und erfolgreiche Betreuungsarbeit ist die Akzeptanz gestiegen. Zudem stellt die Gewinnung von Migranten als qualifizierte Betreuer und Ehrenamtliche eine besondere Herausforderung dar.

Das ITB ist derzeit durch das 2. Betreuungsrechtsänderungsgesetz und die daraus resultierenden Einschränkungen in seinen Planungen verunsichert, denn nun soll nicht mehr der tatsächliche Aufwand, sondern nur noch pauschal die Betreuung honoriert werden. Auch befürchtet das ITB massive Qualitätseinbußen in der Führung von Betreuungen, was für das ITB nicht vertretbar wäre. Die finanziellen Einbußen unter Beibehaltung vorhandener Qualitätsanforderungen zu kompensieren, stellt eine große Herausforderung dar. Mit regelmäßigen Schulungen, Supervisionen und Qualitätskonzepten wollen wir uns dieser Herausforderung stellen.

4. Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung und Übertragbarkeit

Durch die muttersprachliche Betreuung von Migrantinnen und Migranten gelingt durch die Arbeit des ITB eine stärkere Zuführung der Migranten in die Regelversorgung der psychosozialen Dienste. Das ITB versteht sich als Brücke zwischen den Wünschen und Anforderungen der Migranten und der Regelversorgung. Das Motto „von Migranten für Migranten & Migranten machen mit“ als fester und gestaltender Bestandteil des Konzeptes hat zu einer wesentlichen Öffnung und Akzeptanz bei den Migranten und somit zur besseren Annahme der Regelversorgungsangebote beigetragen.

Über die Einbindung von Migranten als Fachkräfte und Betroffene in das Versorgungsangebot hätte die Übertragung des ITB Modells in anderen Orten und Regionen große Chancen auf Erfolg.

Zusammenfassung

Die rechtliche Betreuung von Migrantinnen und Migranten stellt eine besondere Herausforderung im Rahmen von psychosozialen Angeboten und der Regelversorgung dar. Das ITB hat sich dieser Fragestellung und diesem Problem gestellt und ein erfolgreiches Konzept zur Versorgung von Migrantinnen und Migranten mit Betreuungsbedarf geschaffen. Hierbei war es wichtig Migranten als Fachkräfte und Gestalter in die Konzipierung und Entwicklung einzubinden. Aber auch hier wäre der Erfolg ohne Unterstützung, Grundfinanzierung und Kooperationspartner nicht möglich gewesen.

Die Betreuung von Migranten durch Migranten ist und bleibt die tragende Säule des ITB und somit erfolgreicher Betreuungsarbeit.

Veröffentlichungen/Literaturhinweise:

Ali Türk & Natalie Elsässer, Institut für transkulturelle Betreuung (Betreuungsverein) e.V. (Hrsg.): Das Deutsche Betreuungsrecht in den Sprachen: Arabisch, Bosnisch-Kroatisch-Serbisch, Deutsch, Polnisch, Russisch, Spanisch, Türkisch, Hannover 2005, Eigenverlag, Preis: je 2,00 € zzgl. Versandkosten (bestellbar)

Institut für transkulturelle Betreuung e.V. (Hrsg.): Rechtliche Betreuung von Migranten in Niedersachsen -Situationsbeschreibung, Analyse, Folgen-, Hannover 2002, Eigenverlag, Preis: 14,00 € zzgl. Versandkosten, ISBN 3-9808103-1-3 (bestellbar)

Ramazan Salman & Ulrich Wöhler (Hrsg.): Rechtliche Betreuung von Migranten – Stand, Konzeption und Grundlegung transkultureller Betreuungsarbeit, Hannover 2001, Eigenverlag, Preis: 6,00 € zzgl. Versandkosten, ISBN 3-9808103-0-5 (Vergriffen)

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.): Qualität und Kompetenz in der Betreuung von MigrantInnen – Veranstaltungen und Fortbildungen für Akteure rechtlicher Betreuung in Hamburg –, Abschlussbericht

2.2. Begutachtung von erkrankten Flüchtlingen zur Frage ihrer Krankheit als Abschiebehindernis

Joachim Gardemann*

Zusammenfassung

Anliegen dieser kurzen Darstellung ist es, Hinweise für eine professionelle Begutachtung von erkrankten Flüchtlingen zur Frage ihrer Krankheit als Abschiebehindernis zu liefern. So ist letztendlich auch den Flüchtlingen selber gedient, denn offensichtlich philanthropisch motivierte, dabei aber parteiische und unprofessionelle Zeugnisse schaden auch ihnen mehr, als dass sie nützen. Auch angesichts und trotz der bekannten und beklagten Tendenzen zur Instrumentalisierung ist jede Ärztin und jeder Arzt verpflichtet, auf Anforderung ein korrektes Gutachten zu erstellen. Leider werden aber aus unserer Sicht in der ärztlichen Ausbildung während des Studiums und in der Weiterbildung in der Klinik nach wie vor kaum hinreichende Kenntnisse für diese verantwortungsvollen ärztlichen Aufgaben vermittelt; nicht nur ärztliche Sachkompetenz ist bei der Begutachtung gefordert, sondern auch ein selbstkritisches Bewusstsein für die Möglichkeiten und Grenzen des ärztlichen Gutachters und schließlich auch die Kenntnis der rechtlichen Grundlagen und der aktuellen Rechtspraxis. In den letzten Jahren sind von gutachtenden Arbeitskreisen in Deutschland und der Schweiz daher Handreichungen und Leitlinien erarbeitet worden, welche die Qualität der Begutachtung von Flüchtlingen nach dem Ausländerrecht und Aufenthaltsgesetz sichern und weiter verbessern können. (vgl. Gesundheitsamt Bremen 2005; vgl. Ebner, Gardemann, Dittmann 2005).

Problemstellung

Die Gutachterinnen und Gutachter befinden sich besonders bei der migrationsspezifischen Begutachtung im Rahmen des Asylverfahrens im Spannungsfeld zwischen den Erwartungen der auftraggebenden Dienststelle, den Hoffnungen der zu begutachtenden Migranten und zusätzlich oft den Einflüssen lokaler ehrenamtlicher Gruppierungen und Unterstützergruppen. Gerade in Fällen der drohenden Abschiebung kann der Gutachtauftrag vor einem bereits auch emotional und öffentlichkeitswirksam eskalierten Hintergrund erfolgen, wie das Beispiel des Kirchenasyls immer wieder zeigt. Von den Gutachtern wird in dieser Situation ein hohes Maß an Professionalität und Kommunikationsfähigkeit verlangt. Zusätzliche Komplexität erfährt die Begutachtung noch im Falle kinderärztlich zu beantwortender Fragestellungen.

* Prof. Dr. Joachim Gardemann, M.san., ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen. Er war am Gesundheitsamt der Stadt Münster und bei der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf tätig. Derzeit leitet er den Bereich Humanitäre Hilfe an der Fachhochschule Münster. Seit 1995 ist er als Delegierter für das Internationale Komitee vom Roten Kreuz in zahlreichen Krisenregionen weltweit im Einsatz gewesen. Joachim Gardemann ist Landesarzt des Deutschen Roten Kreuzes im DRK-Landesverband Westfalen-Lippe.

Ein Ersuchen zur Begutachtung kindlicher krankheitsbedingter Abschiebehindernisse berührt neben den fachwissenschaftlichen Feststellungen immer auch Aspekte des allgemeinen Kindeswohls und des familiären Umfeldes, ist regelhaft stark emotional betont und verlangt vom Gutachter höchste fachliche, kommunikative, ethische und reflexive Kompetenz (vgl. Heise 2000; vgl. Ebner 2001). Das Bleiberecht ganzer Familien ist in diesen Fällen oftmals vom Gesundheitszustand eines Kindes und der ärztlichen Begutachtung im Spannungsfeld von Medizin, Verwaltung und Humanität abhängig.

Aufgrund der engen organisatorischen Einbindung in die kommunale oder bezirkliche Leistungs- und Eingriffsverwaltung werden besonders die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes vielfach als Sachverständige für medizinische oder psychologische Belange mit der Begutachtung migrationspezifischer Fragestellungen betraut. Häufigste Auftraggeber sind hierbei die kommunalen Sozial- und Ausländerbehörden. Einerseits werden diese verwaltungsinternen Gutachtaufträge mit Hinweis auf das Amtshilfeprinzip innerhalb der jeweils zuständigen Verwaltungseinheiten aufgrund des Gebotes optimaler Nutzung vorhandener Ressourcen begründet, andererseits scheinen diese auch heute noch so genannten „amtsärztlichen Gutachten“ als „Stempelgutachten“ im Sinne der Circularverfügung des Preußischen Ministers des Innern vom 20. Januar 1853 (Gundermann 1958, 324) ein auch heute noch weithin höheres Maß an öffentlichem Glauben zu genießen als die Gutachten frei praktizierender oder klinisch tätiger Ärztinnen und Ärzte (vgl. Leidel 2000). Obwohl besonders die neueren landesrechtlichen gesetzlichen Regelwerke für den Öffentlichen Gesundheitsdienst die Gutachtertätigkeit deutlich einzuschränken bemüht sind (vgl. Müller 1998), stellt diese Tätigkeit dennoch im Alltag besonders der unteren Gesundheitsbehörden nach wie vor einen Schwerpunkt dar, der manchmal auch eine nicht unwillkommene Rückzugsmöglichkeit auf den Bereich der individualtherapeutischen beruflichen Primärsozialisation besonders der ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ermöglicht. Besonders der Öffentliche Gesundheitsdienst muss in seiner Gutachtertätigkeit einerseits administrative und gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse fachlich fundieren, sich andererseits aber zunehmenden Tendenzen einer Medikalisierung oder Psychiatisierung eigentlich politisch-humanitärer Fragestellungen energisch widersetzen. Nur ein intensiver fachlicher und persönlicher Austausch sowie verbindliche Begutachtungsleitlinien werden hier die einzelnen Gutachter im Spannungsfeld drohender Instrumentalisierung entlasten können.

Gutachtende als Verwaltungshelfer

Im Bereich der Leistungsverwaltung durch die Sozialbehörden ist beispielsweise die gesundheitlich begründete Beantragung des Auszuges aus der Gemeinschaftseinrichtung für Asylsuchende häufig Anlass für ärztliche oder psychologische Begutachtung, im Bereich der Eingriffsverwaltung durch die Ordnungsbehörden stellen nach wie vor die gesundheitsbedingten Abschiebehindernisse die häufigsten Gutachtenanlässe dar. Der überwiegende Anlass zur Begutachtung durch den ÖGD liegt hierbei eher bei den inlands-

bezogenen Vollstreckungshindernissen (AufenthG § 60a (2); früher §55 Ausländergesetz) als bei den zielstaatsbezogenen Abschiebehindernissen (AufenthG § 60 (2) – (7); früher § 53 AuslG). Sowohl eine Entscheidung über die Gewährung einer Privatwohnung als auch über den zwangsweisen Vollzug einer Ausreiseverpflichtung stellen rechtlich einen Verwaltungsakt dar. Jeder Verwaltungsakt muss zulässig, formell und materiell rechtmäßig sein, damit er alle Anforderungen der Rechtsordnung an ihn erfüllt und nicht rechtswidrig ist. Rechtswidrigkeit ergibt sich daher nicht nur aus fehlerhafter Anwendung der betreffenden Rechtsgrundlagen, sondern auch aus fehlerhafter Ermittlung entscheidungserheblicher Tatsachen. Jede Ermessensbehörde wird daher geeignete Verwaltungshelfer als Sachverständige mit der Tatsachenermittlung betrauen (Maurer 1992, 208). Die Ermessensträger haben dabei auch eine besondere kollegiale Fürsorgepflicht den von ihnen beauftragten Gutachtern gegenüber und dürfen die Verantwortung für unliebsame Verwaltungsentscheidungen nicht den Gutachtern zuschieben (Marx 1992, 30).

Instrumentalisierung und Medikalisierung

Tatsächlich gibt es aber immer wieder hinlänglich bekannte Versuche, ärztliche Gutachter im Zuge unliebsamer politischer Entscheidungen zu instrumentalisieren, wie das Beispiel der verallgemeinernd so genannten Reisefähigkeitsgutachten zeigt (vgl. Bundesärztekammer 2000; vgl. Leidel 2000). Eine allgemeine Instrumentalisierung ärztlicher Erkenntnis im politischen und Verwaltungshandeln ist keineswegs ein neuartiges Phänomen und ist durchaus auch von ärztlicher Seite aktiv betrieben und verursacht worden. Alfons Labisch beschrieb so 1992 den Begriff der Medikalisierung als modernes und durchgängiges gesellschaftliches Handlungsmuster (Labisch 1992, 295). Auch Thomas Szasz warnte schon 1977 vor der gleichsam theologischen Deutungsmacht moderner Naturwissenschaft und Medizin (Szasz 1977, 24). Die Instrumentalisierung ärztlicher Gutachten ist also letztlich auch folgerichtige und zwangsläufige Konsequenz einer fortschreitenden Medikalisierung von Lebenswelten. Instrumentalisierung ärztlicher Gutachten ist somit nicht nur beklagenswerter Ausdruck der Hilflosigkeit politisch Verantwortlicher, sondern bewusst und bereitwillig herbeigeführtes Ergebnis jahrzehntelanger ärztlicher Deutungsdominanz über alle denkbaren gesundheitsbezogenen Fragestellungen.

Zwischen Staatsraison und Patientenwohl? Berufsrecht und Berufsethik

Begutachtung von Asylbewerbern – Zwischen Staatsraison und Patientenwohl, so lautete im Jahr 2000 der Titel eines Berichtes über ärztliche Gutachten zur Reise- und Flugfähigkeit von Flüchtlingen, Asylbewerbern und Abzuschiebenden im Deutschen Ärzteblatt (vgl. Korzilius 2000). Zwischen Staatsraison und Patientenwohl kann sich hierbei allenfalls die abschließende Ermessensentscheidung finden, niemals aber die ärztliche Gutachterin oder der Gutachter. Besonders dem Öffentlichen Gesundheitsdienst wird aber völlig grundlos immer noch bei ärztlicher Begutachtung traditionell eine

besondere Staatsnähe zugeschrieben. Ausnahmslos alle ärztlich Gutachtenden haben jedoch immer und ungeachtet ihrer Dienststellung nur nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen, wie ja schon die Musterberufsordnung der deutschen Ärzte in ihren §§ 1 und 16 unmissverständlich betont:

Berufsordnung der deutschen Ärzte

§ 1 – Berufsausübung

Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Der ärztliche Beruf verlangt, dass der Arzt seine Aufgabe nach seinem Gewissen und nach den Geboten der ärztlichen Sitte erfüllt.

Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern. Der Arzt übt seinen Beruf nach den Geboten der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind und deren Befolgung er nicht verantworten kann.

§ 16 – Ausstellung von Gutachten und Zeugnissen

Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse hat der Arzt mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen.

Die landesrechtlichen ärztlichen Berufsordnungen, beispielsweise des Freistaates Bayern (vom 12. Oktober 1997 i.d.F. vom 08. Oktober 2000) legen in großer Deutlichkeit zusätzlich und unmissverständlich fest:

§ 2 (4): Der Arzt darf hinsichtlich seiner ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.

Ein solchermaßen auch in den übrigen Ländern der Bundesrepublik Deutschland vergleichbar niedergelegtes Berufsprivileg macht aufgrund der dadurch garantierten fachlichen Unabhängigkeit Ärztinnen und Ärzte nicht nur als Gutachter, sondern auch als Leiter von Gesundheitsbehörden und als unabhängige Fürsprecher für kommunale Gesundheitsbelange besonders geeignet. Im ärztlichen Gutachten kann und darf es also eine Abwägung zwischen Staatsraison und Patientenwohl niemals geben. Ärztliche Gutachter ziehen hingegen wissenschaftliche Schlussfolgerungen im Einzelfall und dürfen sich hierbei einzig von ihrer Sachkunde leiten lassen (Ratzel, Lippert 1995, 111).

Auch und selbstverständlich in gutachtender Funktion ist der Arzt an die Gebote der medizinischen Ethik und an das ärztliche Ethos gebunden. Die medizinische Ethik unterscheidet sehr deutlich die Heilkunde von einer bloßen Heiltechnik, welche die Medizin verkürzend als ausschließlich naturwissenschaftlich-technischen Lehr- und Forschungsbereich sieht, sich damit jedwedem Missbrauch bereitwillig öffnet und sich dann unter Berufung auf naturwissenschaftlich Gegebenes exculpiert, wie gerade in der deutschen

Geschichte verhängnisvoll geschehen. Heilkunde hingegen erkennt ihre sittlichen Grundsätze als selbstverständlich an, begreift den Patienten als leiblich-seelische Einheit, nimmt ihn als menschliches Subjekt ernst und erklärt dessen somatisches und geistiges Wohlergehen zur obersten Richtschnur: „salus aegroti suprema lex“ (Höffe 2002, 160). Im Gegensatz zur Heiltechnik ist sich die Heilkunde also besonders auch der längerfristigen Folgen ärztlichen Handelns kritisch bewusst. Eine allgemeine Anerkennung des ärztlichen Ethos erhält dabei der Ärzteschaft einen erforderlichen Entscheidungsspielraum und wirkt einer zunehmenden Verrechtlichung aller Bereiche des Gesundheitswesens entgegen.

Jede Ärztin und jeder Arzt ist verpflichtet, auf Anforderung eines Gerichtes gutachterlich tätig zu werden. In der ärztlichen Ausbildung im Studium und in der Weiterbildung in der Klinik werden jedoch kaum hinreichende Kenntnisse für diese verantwortungsvolle ärztliche Aufgabe vermittelt (vgl. Fritze, May, Mehrhoff 2000). Grundlagen einer transkulturellen Begutachtung werden derzeit so gut wie überhaupt nicht gelehrt (vgl. Ebner 2001). Nicht nur ärztliche Sachkompetenz ist bei der Begutachtung gefordert, sondern auch ein selbstkritisches Bewusstsein für die Möglichkeiten und Grenzen des ärztlichen Gutachtens:

Der Sachverständige hat in rechtlichen Verfahren nur die bescheidene Rolle eines Beweismittels. Er ist auch nur ein Beweismittel unter verschiedenen anderen Möglichkeiten richterlicher Erkenntnis (Schwerd 1979, 281).

Für Mediziner oft schwer nachvollziehbar ist die Tatsache, dass die Ermessensträger, ob Richter oder Verwaltungsbeamte, zur Bildung eines eigenen Urteils verpflichtet sind und sich keinesfalls auf vorliegende Aussagen und besonders auf Schlussfolgerungen des Gutachters blind berufen dürfen. Jedes Gutachten muss daher vollständig und in allen Aspekten auch für medizinische Laien nachvollziehbar sein, wie der Bundesgerichtshof schon 1955 feststellte:

Der verfahrensrechtliche Ausgangspunkt für die Beurteilung liegt darin, daß der Tatrichter zu einem eigenen Urteil auch in schwierigen Fachfragen verpflichtet ist. Er hat die Entscheidung auch über diese Fragen selbst zu erarbeiten, ihre Begründung selbst zu durchdenken. Er darf sich dabei vom Sachverständigen nur helfen lassen (BGHSt 8, 113 = NJW 1955, 1642) (Laufs 1993, 363).

Eine wesentliche Besonderheit gerade der Gutachtertätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst stellt die verwaltungsrechtliche Tatsache dar, dass die Ermessensträger und Auftraggeber der Gutachten als Verwaltungsbeamte und Sachbearbeiter in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht über eine akademische juristische Ausbildung oder gar die Befähigung zum Richteramt verfügen. Die Aufgabe der medizinischen oder psychologischen Gutachter, den Ermessensträgern als medizinischen oder psychologischen Laien beratend bei der Wahrheitsfindung zu helfen, kann daher besonders im Verwaltungsverfahren gelegentlich durch fachfremde Fragestellungen erschwert sein.

Den erfahrenen Gutachtern kann daher in solchen Fällen durchaus die Aufgabe zufallen, zunächst die jeweiligen Auftraggeber auf allgemeine Verfahrensgrundsätze und Aufgaben der Sachverständigen hinzuweisen oder auch fachfremde Gutachtaufträge unter Hinweis auf die allgemeinen Rechtsgrundlagen der Begutachtungspraxis zurückzugeben. Das früher häufige Ersuchen um allgemeine ärztliche Stellungnahme zur „Reise- oder Flugfähigkeit“ eines von Abschiebung bedrohten Asylsuchenden stellt ein Beispiel für eine ärztlich nicht abschließend beurteilbare Fragestellung dar. Das Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen hat aufgrund dieser vielfältigen Unsicherheiten daher bereits mit Schreiben vom 22. Januar 2003 klärende Festlegungen bezüglich der *Aufträge an Gutachter zur Prüfung inlandsbezogener Vollstreckungs- bzw. zielstaatsbezogener Abschiebungshindernisse unter inhaltlicher Verwendung eines Informations- und Kriterienkataloges* vorgelegt. (Innenministerium NRW 2003). Erfahrene Gutachter, die sich in dieser bislang wenig geklärten Situation bewusst eher auf die fachliche Deskription tatsächlich medizinischer Tatsachen, Behandlungsbedarfe und Prognosen beschränkten, wurden im Verwaltungsverfahren nicht selten dann mit fortwährenden Nachfragen nach der „eigentlichen“ Fragestellung der „Reisefähigkeit“ konfrontiert. Zumindest im Auftrag des Gerichtes muss der Gutachter dabei allerdings immer die an ihn gestellten Beweisfragen zunächst zu beantworten versuchen, auch wenn er diese Fragestellung aufgrund seiner Fachkompetenz eigentlich ablehnt:

Der Gutachtauftrag wird durch die Beweisfragen begrenzt. Der Sachverständige ist nicht berechtigt, sich selbst die Fragen anders zu stellen, so wie er sie für richtig hält; denn in den Beweisfragen schlägt sich eine juristische Beurteilung des rechtserheblichen Sachverhaltes nieder. ... Schon das Beweisthema ist also Ergebnis einer Rechtsanwendung, die dem Juristen, nicht dem Mediziner obliegt. ... Vielmehr wird der erfahrene Sachverständige, wenn er meint, die Fragen trafen nicht den Kern der Sache, seinen Auftraggeber darauf hinweisen, welche Fragestellung ihm sachdienlicher erscheint. Immer aber bleibt das vom Richter bestimmte Beweisthema die Leitlinie (Marx 1992, 43).

Letztlich zeichnet es auch gerade einen erfahrenen Gutachter aus, Fragestellungen als mit den Mitteln seiner Fachlichkeit nicht lösbar zu beschreiben:

Er muß sich unter Umständen zu einem „non liquet“ bekennen. Welche rechtlichen Schlußfolgerungen der Jurist dann daraus zieht, ist nicht Sache des Mediziners. Allein der Richter hat den Fall zu entscheiden, nicht der Mediziner (Marx 1992, 47).

„Gefälligkeitsgutachten?“

Das Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse oder „Gefälligkeitsgutachten“ wird strafrechtlich verfolgt (StGB § 278).

Ein unrichtiges Zeugnis wider besseres Wissen lässt sich dabei ja nicht nur zu Gunsten eines Antragstellers, sondern auch zu Gunsten eines Verwal-

tungsorgans vorstellen. Schon allein auf Grund der Bestimmungen des § 278 StGB ist also jegliche inhaltliche Einmischung von Dienstvorgesetzten in die Gutachtertätigkeit untersagt. Der Arzt und die Ärztin sind in fachlicher Hinsicht niemals weisungsgebunden. Mögliche Voreingenommenheiten des Gutachters dennoch aufzuspüren ist wiederum Aufgabe des Gerichts bzw. der Ermessensträger in der Verwaltung (BGH, NJW 1971, 243) (Laufs 1993, 360).

Zur Verfahrenspraxis: Aufenthaltstitel, Aufenthaltsbeendigung, Abschiebehindernisse, Transportfähigkeit

Im Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vor dem 01.07.1993 hatte der Artikel 16 folgenden Wortlaut: *Politisch Verfolgte genießen Asylrecht.*

Die Zahl der Asylanträge betrug 1993 noch 322.599 (Duchrow, Spieß 2006, 8). Nach dem 01.07.1993 wurde in das Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland der Artikel 16a mit folgendem Wortlaut eingefügt:

- (1) *Politisch Verfolgte genießen Asylrecht.*
- (2) *Auf Absatz 1 kann sich nicht berufen, wer aus einem Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaften oder aus einem anderen Drittstaat einreist, in dem die Anwendung des Abkommens über die Rechtsstellung der Flüchtlinge und der Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten sichergestellt ist. ...*

Aufgrund dieser rechtlichen Neuregelungen bleiben Flüchtlingen mit dem Zielland Bundesrepublik Deutschland eigentlich als Zugangswege nur noch die direkte Einreise mit Flugzeug oder Schiff oder aber der unerlaubte Grenzübertritt. Die Zahl der Asylanträge sank bis 2004 auf 35.607, davon wurden vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) lediglich 960 Personen als asylberechtigt anerkannt (Duchrow, Spieß 2006, 8).

Aufenthaltstitel gemäß AufenthG regeln den Aufenthalt Nichtdeutscher in Deutschland. Als Aufenthaltstitel sind im AufenthG genannt: Visum, Aufenthaltserlaubnis und Niederlassungserlaubnis.

Die Duldung (§ 60a AufenthG) ist kein Aufenthaltstitel, sondern nur das offizielle Anerkenntnis, dass eine Person nicht abgeschoben werden kann. Als Konsequenzen für die Betroffenen bestehen Residenzpflicht, Leistungsbegrenzung gemäß AsylbLG und nachrangiger Zugang zum Arbeitsmarkt.

Mit dem AufenthG sollte die Praxis der Kettenduldungen abgeschafft werden; dieses Ziel wurde jedoch nicht erreicht. Somit wurde die Duldung erneut in das AufenthG aufgenommen (§ 60a) (vgl. Duchrow, Spieß 2006, 1-13).

In § 60 (1) AufenthG wird der Begriff der „Konventionsflüchtlinge“ geklärt, die im Zusammenhang mit der Genfer Flüchtlingskonvention einen Abschiebungsschutz („kleines Asyl“) genießen (früher § 51 AuslG) Dieser Abschiebungsschutz von Flüchtlingen im Sinne der GK basiert auf dem völkerrecht-

lichen Grundsatz des „non-refoulement“, der vom Hochkommissariat der Vereinten Nationen (UNHCR) garantiert wird.

Bei den zu begutachtenden Abschiebehindernissen im Asylverfahren handelt es sich entweder um zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse (AufenthG § 60 (2) – (7), früher § 53 AuslG) oder um inlandsbezogene Abschiebungshindernisse (Vollstreckungshindernisse im Sinne AufenthG § 60a (2) (vgl. Duchrow, Spieß 2006).

Beispiele für zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse (AufenthG § 60 (2) – (7), früher § 53 AuslG) sind drohende Todesstrafe, drohende Folter, drohende willkürliche Gewalt, § 60 (5): nicht behandelbare schwere Krankheit (AIDS), die zu unmenschlicher Behandlung führen kann und § 60 (7): Krankheit als Abschiebungsverbot. Entscheidende Behörde (im Asylverfahren) bei zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernissen ist das Bundesamt BAMF, die örtlich zuständige Ausländerbehörde muss das BAMF beteiligen.

Beispiele für inlandsbezogene Abschiebungshindernisse (Vollstreckungshindernisse gemäß AufenthG § 60a (2)) können eine fehlende Verkehrsanbindung sein, aber auch die Gefahr für Leib und Leben durch den eigentlichen Abschiebevorgang. Beim Vorliegen inlandsbezogener Abschiebungshindernisse bleibt üblicherweise die örtliche Ausländerbehörde zuständig.

Zur Sicherstellung der Transportfähigkeit auszuscaffender Flüchtlinge wird seitens der Ordnungsbehörden nicht selten eine ärztliche Begleitung veranlasst. Die öffentliche Beurteilung dieser Tätigkeit der so genannten „Abschiebeärzte“ bewegt sich zwischen erstklassiger medizinischer Reisebetreuung und willfähriger Vollstreckungshilfe. Zur berufsethischen und rechtlichen Einordnung dieses exotischen ärztlichen Tätigkeitsfeldes mag als Beispiel landesrechtlicher Regelungen das

RettG NRW v. 13.07.1999 beigezogen werden, das zum Patiententransport eindeutig festlegt:

§ 2 Notfallrettung und Krankentransport

- (1) Die Notfallrettung hat die Aufgabe, ... Transportfähigkeit herzustellen und ... (die Patienten) mit Notarzt- oder Rettungswagen oder Luftfahrzeugen in ein für die weitere Versorgung geeignetes Krankenhaus zu befördern.*

Die ärztliche Verantwortung endet demnach also keineswegs an der Flugzeugtür, sondern umfasst auch die Beförderung in ein geeignetes Krankenhaus am Ankunftsort!

Abschließende Bemerkungen

Auch und gerade in gutachtender Funktion ist der Arzt an die Gebote der medizinischen Ethik als der Gesamtheit sittlicher Verbindlichkeiten im Gesundheitswesen gebunden. Medizinische Ethik als Lehre der Gesamtheit sittlicher Verbindlichkeiten im Gesundheitswesen setzt die allgemeine Moral in Beziehung zu den hier besonderen Aufgaben. Als Ethos sind Moral und

Sitte ursprünglich die ungeschiedene Einheit vom Guten, Geziemenden und Gerechten und bestimmen im Unterschied zum Recht als allgemeine Grundübereinstimmung eine geschichtlich gewachsene Lebensform. Im Ethos gehen empirische und normative Momente eine lebensmäßig untrennbare Einheit ein. Die medizinische Ethik unterscheidet hierbei sehr deutlich die Heilkunde von einer bloßen Heiltechnik (Gardemann 2003), die die Medizin verkürzend als ausschließlich naturwissenschaftlich-technischen Lehr- und Forschungsbereich sieht, sich damit jedwedem Missbrauch bereitwillig öffnet und sich dann unter Berufung auf naturwissenschaftlich Gegebenes exculpirt, wie gerade in der deutschen Geschichte verhängnisvoll geschehen. *Die technische Expertise medizinischer Berufe und die Expertise in der Anwendung von ethischen Werten und Regeln auf den konkreten Fall machen in ihrer Einheit erst das berufliche Ethos aus.* (Sass 1988, 6). Eine Betonung des ärztlichen Ethos erhält der Ärzteschaft einen erforderlichen Entscheidungsspielraum und wirkt einer zunehmenden Verrechtlichung aller Bereiche des Gesundheitswesens entgegen. Ärztliche Heilkunde erkennt auch in gutachtender Funktion ihre sittlichen Grundsätze als selbstverständlich an, begreift den Patienten als leiblich-seelische Einheit und nimmt ihn als menschliches Subjekt vor dem Hintergrund einer ihm je eigenen Lebensgeschichte ernst. Immer muss dabei der Grundsatz gelten: *Ärztliche Ethik meint Verantwortung vor der irreversiblen Geschichte eines jeden menschlichen Lebens* (von Uexküll T, Wesiak W, 1998 475).

Literatur:

- Bundesärztekammer (2000) Abschiebung von Folteropfern. Dokumentation 103. Deutscher Ärztetag; Entschliefungen zum Tagesordnungspunkt VI. Deutsches Ärzteblatt 97 (20) B-1182
- Duchrow J, Spieß K (2006) Flüchtlings- und Asylrecht; mit dem neuen Zuwanderungsgesetz und den europäischen Regelungen. 2. Aufl. München: dtv
- Ebner G (2001) Grundlagen transkultureller Begutachtung. In: Hegemann T, Salman R (Hrsg.) Transkulturelle Psychiatrie; Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie Verlag: 232-251
- Ebner G, Gardemann J, Dittmann V (2005) Psychiatrische Arztzeugnisse und Gutachten im Asylverfahren. In: Ebner G, Dittmann V, Gravier B, Hoffmann K, Raggenbass R (Hrsg.) Psychiatrie und Recht; Psychiatrie et Droit. Forum Gesundheitsrecht; droit de la santé Bd. 10. Zürich: Schulthess Juristische Medien: 359-374
- Fritze E, May B, Mehrhoff F (Hrsg.) (2000) Die ärztliche Begutachtung: Rechtsfragen, Funktionsprüfungen, Beurteilungen, Beispiele. 6. Aufl. Darmstadt: Steinkopff
- Gardemann J, Salman R (2002) Migrationsspezifische Begutachtung im Spannungsfeld von Medizin, Recht, Psychologie und Politik – Bericht über eine interdisziplinäre Fachtagung. Gesundheitswesen 64 (12): 645-650
- Gardemann J (2002) Soziale Lage und Gesundheit: Zur Gesundheitssituation von Flüchtlingskindern. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 45: 889-893
- Gardemann J (2003) Kinderheilkunde und Kinderkrankenpflege zwischen Heiltechnik und der Sorge für Mutter und Kind. Kinderkrankenschwester 23 (1): 28-30
- Gardemann J, Gültekin N (2005) Migranten, Asylsuchende und ethnische Minderheiten. In: Madler C, Jauch KW, Werdan K, Siegrist J, Pajonk FG. (Hrsg.) Das NAW-Buch; Akutmedizin der ersten 24 Stunden, 1093-1103. München; Jena: Elsevier Urban & Fischer

- Gardemann J, Razum O (2006) Internationale humanitäre Soforthilfe bei Natur- und Gewaltdatenstrophen. Public-Health Forum 14 (51): 6-7
- Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.) (2005) Krankheit als Abschiebehindernis im Spannungsfeld von Politik, Verwaltung, Fachlichkeit und Ethik. Bremen: Gesundheitsamt
- Grieger D, Gardemann J (2003) Ziele und Aktivitäten des bundesweiten Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“. Gesundheitswesen 65 (12): 704-708
- Gundermann D (1958) Der Arzt im Gesundheitsamt; seine Aufgaben, seine Stellung, seine Arbeitsweise. Bielefeld: Bertelsmann
- Heise T (Hrsg.) (2000) Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Das transkulturelle Psychoforum 5. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung
- Höffe O (2002) Lexikon der Ethik. 6. neubearbeitete Auflage. München: C.H. Beck
- Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen (2003) Aufträge an Gutachter zur Prüfung inlandsbezogener Vollstreckungs- bzw. zielstaatsbezogener Abschiebungshindernisse unter inhaltlicher Verwendung eines Informations- und Kriterienkataloges. AZ 14.1/VI2.3/14.3. 22.01.2003
- Korzilius H (2000) Begutachtung von Asylbewerbern – Zwischen Staatsraison und Patientenwohl. Deutsches Ärzteblatt 97 (23) B-1339-1345
- Labisch A (1992) Homo hygienicus: Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt; New York: Campus
- Laufs A (1993) Arztrecht. München: Beck
- Leidel J (2000) Begutachtung zwischen humanitärem Anspruch und juristischer Erfordernis. In: Gardemann J, Müller W, Remmers A. Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Berichte & Materialien Band 17, Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen: 135-141
- Marx HH (1992) Medizinische Begutachtung: Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Thieme
- Maurer H (1992) Allgemeines Verwaltungsrecht. München: Beck Juristischer Verlag
- Müller W (1998) Entwicklung der Gesundheitsdienstgesetze in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland. In: Neue Anforderungen an den ÖGD. Dokumentation zur Tagung in Bielefeld 26./27.3.98. Iögd: Wissenschaftliche Reihe Band 2. Bielefeld: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen
- Ratzel R, Lippert HD (1995) Kommentar zur Musterberufsordnung der Deutschen Ärzte (MBO). Berlin: Springer
- Sass HM (Hrsg.) (1988) Ethik und öffentliches Gesundheitswesen; ordnungsethische und ordnungspolitische Einflussfaktoren im öffentlichen Gesundheitswesen. Berlin etc.: Springer
- Schwerd W (1979) Kurzgefaßtes Lehrbuch der Rechtsmedizin für Mediziner und Juristen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Szasz TS (1977) Theologie der Medizin. Wien; München; Zürich: Europaverlag
- Von Uexküll T, Wesiak W (1998) Theorie der Humanmedizin; Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. 3. Aufl. München etc.: Urban & Schwarzenberg

2.2. Kompetenzzentrum für „Transkulturelle Begutachtung“ in der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover

Wielant Machleidt, Marc Ziegenbein

1. Allgemeine Übersicht

In einer Positionsbestimmung der Bundesregierung zum Integrationsgipfel am 14. Juli 2006 wird erklärt, dass Deutschland nicht erst seit der Anwerbung von Gastarbeitern Ziel von Zuwanderung war. Weiter heißt es dort, dass unser Land auf eine lange und prägende Migrationstradition mit zahlreichen erfolgreichen Beispielen zurückblicke und dass die Integration von Zuwanderern eine der großen politischen und gesellschaftlichen Herausforderungen in Deutschland sei. Ausländerbehörden, Rechtsanwälte und Richter ebenso wie das Gesundheitssystem als Ganzes mit seinen Untergliederungen und den mit Überprüfungen beauftragten sachverständigen Gutachtern finden sich hier in Schlüsselpositionen. Diese Entwicklung hat mit Unterstützung des Ethno-Medizinischen Zentrums in Hannover die Bildung eines Kompetenzzentrums für Transkulturelle Begutachtung an der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover begründet. Im Folgenden wird ein Modell zur Gewährleistung einer hohen Begutachtungsqualität bei Migranten mit seelischen Störungen vorgestellt. Es soll dazu beitragen, Fehlbeurteilungen mit ihren verhängnisvollen Folgen durch Gutachten sowie Behörden und Gerichte zu verhindern. Dazu werden Qualitätszirkel beschrieben und Standards formuliert, die eine qualitativ hochwertige und zugleich pragmatische Handhabung der Begutachtungspraxis sicherstellen können.

2. Darstellung von Aspekten mit besonderem Gewicht

2.1. Begutachtungen im Ausländerrecht

Juristische und medizinisch-psychiatrische Denkmodelle in Aufenthaltsfragen bei psychisch kranken Migranten sind jedes für sich genommen kohärent, aber nicht kompatibel. Die eine Fachrichtung versucht, mit ihrem methodischen Instrumentar Befunde des anderen zu bewerten und zu interpretieren. Dabei können wechselseitige Inkompetenzen und methodische Verfälschungen entstehen, die zu nicht sachgerechten Entscheidungen führen. Ein Beispiel ist die Beurteilung der Glaubwürdigkeit. Dafür fordern Juristen „eindeutige und klare“ psychische Methoden zur Wahrheitsfindung. Diese Situation ist häufig nicht gegeben, wenn z. B. schwer traumatisierte Migranten aus traditionellem Selbstverständnis (kulturelles Zeitverständnis, Scham etc.) oder Gedächtnisstörungen inkohärente und gegebenenfalls widersprüchliche Aussagen machen. Das juristische Denkmodell muss dann akzeptieren, dass gerade die Widersprüchlichkeit in den Aussagen der Betroffenen die

psychische Erkrankung im Kontext von Traumatisierung eher belegen, als eine klare rationale Darstellung.

Psychiatrische Begutachtungen im Sinne medizinischer Fachauskunft über Asylsuchende werden angefordert, wenn dringende humanitäre oder persönliche Gründe für einen Aufenthalt in Deutschland geltend gemacht werden. Dies ist häufig der Fall, wenn die Betroffenen gesundheitliche Beeinträchtigungen im Verfolgerland erlitten haben. Ein erfolgloser Asylbewerber kann wegen erneuter gesundheitlicher Gefahren (Folter, Vergewaltigung etc.) in dem Herkunftsland im Sinne eines „zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernisses“ nicht abgeschoben werden. Ein ausreisepflichtiger Ausländer mit einer psychischen Erkrankung kann nur bei Reiseunfähigkeit, wegen der faktischen Unmöglichkeit der Abschiebung als „inlandsbezogenes Vollstreckungshindernis“ ebenfalls nicht abgeschoben werden. In beiden Fällen würde die Aussetzung der Abschiebung erfolgen und eine Duldung (§60 AufenthG) ausgesprochen werden. Letzteres gilt z.B. bei ernstlicher Suizidgefahr, die sich im Zielstaat realisieren könnte.

Psychiatrische Fachauskünfte werden ganz überwiegend aus gesundheitlichen Gründen wegen einer psychischen Erkrankung bei erfolglosem Asylantrag und bestehender Duldung erbeten. Häufig wird auch um Aufklärung über die Möglichkeiten und die Qualität psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung im Zielstaat gebeten. Offizielle Auskünfte können von der Behandlungspraxis vor Ort abweichen, so dass zusätzliche Auskünfte vom Flüchtlingsrat, Amnesty International und anderen NGOs eingeholt werden müssen. Es kann auch von Belang sein, dass eine erforderliche Behandlung, die im Zielstaat verfügbar ist, dem Betroffenen wegen finanzieller Mittel tatsächlich nicht zur Verfügung steht.

Psychiatrische Fachauskünfte können gegeben werden als „Privatgutachten“: das sind ärztliche Atteste (meist nur Diagnose), ärztliche Stellungnahmen (kurze Anamnese, Beschwerdebild, Befunde, Diagnose, Beurteilung), und gutachtliche Stellungnahmen (honorarpflichtig) (ausführlicher und gründlicher als s.o.). Darüber hinaus gibt es Arztbriefe und Befundberichte sowie Sachverständigengutachten.

Bei allen ärztlichen Fachauskünften sind grundsätzlich die Anforderungen an Sachverständigengutachten einzuhalten. Man vergegenwärtige sich, dass Aussagekraft und Qualität eines Gutachtens für die rechtliche Bedeutung im Verfahren von entscheidender Wichtigkeit sind. Die Gerichte und Behörden müssen die medizinisch-psychiatrischen Fachauskünfte in eigener Verantwortung hinsichtlich der ausländerrechtlichen Entscheidungen würdigen und verwerten. Gerade an dieser Stelle wird die Inkongruenz medizinisch-psychiatrischer und juristischer Denkmodelle zum unentrinnbaren Dilemma und Konflikt (s.o.). Im Hannoveraner Kompetenzzentrum für transkulturelle Begutachtung gelten folgende Begutachtungsstandards als Ausdruck bewährter „Good Practice“:

2.2. Interaktion im Kompetenznetzwerk der Gutachter

2.2.1 Supervision

Erfahrene Gutachter im transkulturellen Feld mit Facharztqualifikation für Psychiatrie und Psychotherapie supervidieren angehende Fachärzte und klinische Psychologen während des ganzen Prozesses der Gutachtenerstellung: Bei der Aktendurchsicht und Verwertung, bei der Exploration/Untersuchung des Betroffenen unter Hinzuziehung eines in Kulturmediation im medizinisch-psychiatrischen Feld am Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover (EMZ) ausgebildeten Dolmetschers, bei der Befundabfassung und Diagnosestellung sowie bei der Formulierung des Gutachtens insbesondere hinsichtlich Diskussion und Beurteilung sowie der Fragestellung.

2.2.2 Intervision

Die an verschiedenen Gutachten arbeitenden Kollegen/Gutachter vernetzen sich in einer Intervisionsgruppe und tauschen sich über alle relevanten Probleme im Rahmen des Prozesses einer Gutachtenerstellung aus. Die Intervision bietet gute Möglichkeiten, unbewusste kulturelle Vorurteile, abwertende Einstellungen und Stereotypen zu hinterfragen und abzubauen. Aber auch für das Gegenteil, wie überstarkes Engagement, Parteinahme und Verstrickungen, können objektivierende Korrekturen gesetzt werden.

2.2.3 Konsil

Zu einem differenzierten Problem wird eine erfahrene Kollegin als „Counselor“ hinzugezogen, im Sinne der Bereitstellung einer „second opinion“. Dies geschieht vorrangig bei differentialdiagnostischen Überlegungen, bei Fragen zur Authentizität und Stimmigkeit der Aussagen des Betroffenen, bei Zweifeln an traumatischen Ereigniskonstellationen u. a.

2.2.4 Feedback

Feedbackprozesse sind wichtig für die Erfassung der aktuellen Reaktionen und Argumentationsfiguren aller an aufenthaltsrechtlichen Verfahren beteiligten Institutionen und wirken positiv auf die ständig im Fluss befindliche Gutachtenpraxis zurück. Die Richter wurden von uns gebeten, ihre Urteile nach Gutachtenerstellung durch das Kompetenzzentrum zugänglich zu machen. Erfreulicherweise kam gut die Hälfte der Richter unserer Bitte nach (Auswertung in Arbeit). Weitere wichtige Akteure im Begutachtungsfeld sind das BAMF, die beteiligten Rechtsanwälte des Betroffenen, gegebenenfalls der Flüchtlingsrat und die Fachreferenten der Innenministerien der Länder, welche die Gutachten auf formale Vollständigkeit und inhaltliche Bedeutsamkeit aus aufenthaltsrechtlicher Sicht und damit auf ihre Qualität und Tauglichkeit überprüfen.

2.2.5 Fortbildungen und nationale Transkulturelle Gutachtertägungen

In Zusammenarbeit mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum in Hannover werden regelmäßig Fort- und Weiterbildungen für Gutachter angeboten. An die-

sen können unsere eigenen Gutachter, aber auch Gutachter, Auftraggeber für Gutachten und Experten aus dem gesamten Bundesgebiet teilnehmen. Auch diese über den Rahmen unseres Kompetenzzentrums hinausgehende Praxis fördert den Austausch, die Standardisierung und die Qualität unserer Gutachten, ebenso wie die der Kolleginnen und Kollegen bundesweit.

Hierzu tragen unsere interdisziplinären nationalen „Transkulturellen Gutachtertagungen“ bei, die von unserem Partner, dem Ethno-Medizinischen Zentrum, veranstaltet werden. Diese haben bereits vier mal stattgefunden und werden in der Regel alle zwei Jahre organisiert und dokumentiert (Ebner 2001; Collatz et. al 1999, Gardemann & Salman 2002). Hier bündelt sich eine große Expertise, die sich der fachlichen Diskussion stellt, dadurch Verbreitung findet und weiterentwickelt wird.

2.3 Standards bei der Begutachtung

2.3.1 Formaler Aufbau

Der formale Aufbau eines Gutachtens ist für die Gerichte nicht unwesentlich. Toleriert werden jedoch individuelle Untergliederungen. Enthalten sein müssen immer Angaben zu den folgenden Sachpunkten: Gutachtauftrag, Quellenmaterialien, Fragestellung, Vorgeschichte anhand der Aktenlage und nach eigenen Angaben, Untersuchungsbefunde, Diskussion und Beurteilung, Diagnose (Differentialdiagnose), Prognose, Behandlung, Beantwortung der Fragen, zusammenfassende Abschlussbemerkungen, Literaturangaben.

2.3.2 Fragestellung

Gleich zu Beginn des Gutachtenerstellungsprozesses ist zu überprüfen, ob die Beweisfragen der inhärenten Problematik gerecht werden. In Rücksprache mit dem Richter können Präzisierungen und Ergänzungen erreicht werden.

2.3.3 Objektivität der Darstellung

Erwartet wird von dem Gericht eine objektive Darstellung der Sachverhalte, d. h. eine fachliche Stellungnahme unabhängig vom Interesse des Patienten. Andernfalls wird das Verdikt der „Befangenheit“ wirksam und das Gutachten läuft Gefahr, als rechtsunerheblich eingestuft zu werden. In der postulierten „Objektivität“ liegt ein prinzipielles Dilemma zwischen juristischen und medizinischen Denkmodellen. Ein Gutachten erfordert aus psychiatrisch-psychologischer Sicht eine möglichst stabile positive Arbeitsbeziehung zum Patienten. Bei PTBS (posttraumatischem Belastungssyndrom) und anderen psychischen Störungen müssen mehrere Untersuchungstermine an verschiedenen Tagen und ein Untersuchungszeitraum von 5 bis 10 Stunden veranschlagt werden. Häufig stellen sich dabei positive Übertragungen und Gegenübertragungen ein, die über eine humanitäre, objektivierende Betrachtung hinaus ein persönliches Engagement des Untersuchers für den Patienten zur Folge haben können. Wird ein solches Engagement im Gutachten sichtbar, so mindert es den Wert der Beurteilung durch das Gericht bis zur rechtlichen Uner-

heblichkeit, insbesondere im Extremfalle eines „Plädoyers“ für den Patienten. Wünschenswert aus medizinisch-psychiatrischer Sicht ist, dass der Gutachter eine humanitäre Grundhaltung hat und in diesem Sinne ein psychologischer Mittler für den Richter sein kann und sollte. Rechtlicher Bewertungen sollte er sich strikt enthalten.

2.3.4 Anamneseerhebung, Diagnosestellung und Bewertung

In der Eigen- und Fremdanamnese sollten alle für die Fragestellung relevanten biografischen und krankheitsrelevanten Ereignisse unter Mitwirkung eines Dolmetschers ausführlich erhoben und dargestellt werden unter Einbezug der Vorbefunde. Besonderes Augenmerk muss auf die Reaktionsweisen des Betroffenen im Kontext traumatisierender Erfahrungen gelegt werden. Für die Beurteilung der Authentizität und Stimmigkeit der Schilderungen hinsichtlich ihres realen traumatisierenden Charakters sind solche spontanen Äußerungen, aber auch Traumschilderungen von diagnostischer Bedeutung. Fragen der Gerichte zur „Glaubwürdigkeit“ (z. B. Simulation) können allenfalls aus diesen Bezügen heraus beantwortet werden. Eine eigenständige Glaubwürdigkeitsbegutachtung muss einem speziellen, darauf gerichteten Gutachtauftrag vorbehalten bleiben. Das Problem jedoch ist, dass die im deutschsprachigen Raum zur Anwendung kommenden Glaubwürdigkeitskriterien transkulturell nicht validiert sind und deshalb keine universelle Gültigkeit besitzen.

Im diagnostischen Prozess sollten alle in den Diagnosemanualen (ICD 10 und DSM IV) aufgeführten Kriterien, wie z. B. bei PTBS mit den erhobenen Befunden fachlich plausibel verknüpft bzw. verworfen werden und, unter Berücksichtigung der differentialdiagnostischen Erwägungen, eine Diagnose erstellt werden. Eine kohärente, überzeugende Darstellung dieses Teils ist für die Bedeutung des Gutachtens im ausländerrechtlichen Verfahren von großer Bedeutung. Eine Stellungnahme wird in diesem Zusammenhang auch zum Grad der Wahrscheinlichkeit hinsichtlich der kausalen Genese der Störung erwartet. Widersprüche und Unvereinbarkeiten in der Darstellung der Betroffenen sollten soweit möglich fachlich aufgeklärt und mit den krankheitsbedingten Einschränkungen der Aussagefähigkeit z. B. Traumatisierter begründet werden (s.o.).

Abschließend müssen eine medizinisch-psychiatrische Beurteilung und eine Prognose des Krankheitsverlaufes gegeben werden. Angaben zum Behandlungsbedarf und zur voraussichtlichen Behandlungsdauer schließen diesen Teil ab. Das Gericht aber muss darauf hingewiesen werden, dass eine Behandlung nur bei geklärter Aufenthaltssituation für den Patienten Erfolg versprechend sein kann.

3. Schwierigkeiten und Hürden

Eine große Schwierigkeit bei der Begutachtung von PTBS im kulturellen Feld ist die Diagnosestellung. Ohne ein stattgehabtes Trauma kann die Diagnose einer PTBS nicht gestellt werden. Das Dilemma ist, dass die Objektivierung

des traumatischen Ereignisses in den Herkunftsländern wie z. B. durch Folter, Vergewaltigung u. a. sich exponiert der Objektivierbarkeit entzieht.

Die häufigste Ursache für posttraumatische Störungen bei Flüchtlingen und Migranten in Westeuropa sind Erfahrungen von so genannter Organisierter Gewalt. Gemäß WHO werden unter dem Begriff der organisierten Gewalt alle Formen zielbewusst eingesetzter physischer und psychischer Gewalt gegen Menschen durch Staaten, Organisationen und Gruppierungen verstanden. Hierunter fallen Folter, Unterdrückung, Geiselnhaft, Kriegshandlungen und andere Formen politisch, religiös, ethnisch oder anderweitig weltanschaulich begründeter Gewalt. Diese traumatischen Erfahrungen werden als „man made disasters“ bezeichnet und haben – im Gegensatz zu Unglücksfällen oder Naturkatastrophen, die nicht bewusst durch menschliches Handeln herbeigeführt werden – in der Regel schwere psychische Folgen.

Jedoch sind nicht alle Flüchtlinge und Migranten, die Gewalt erlebt haben, traumatisiert in dem Sinne, dass sie einer speziellen Behandlung bedürfen. Selbst ähnliche Traumatisierungen haben nicht bei allen Menschen die gleichen Folgen, da korrektive Faktoren bei der Verarbeitung der traumatischen Situation und protektive Faktoren im Sinne biographischer Disposition schützend oder zumindest mildernd wirken können. Man kann davon ausgehen, dass zwischen 5 und 30 % der Flüchtlinge aufgrund von Traumatisierung durch Organisierte Gewalt unter psychischen Störungen leiden. Viele traumatisierte Menschen erleiden nicht nur einmal, sondern mehrmals in ihrem Leben eine posttraumatische Symptomatik. Es ist daher wichtig, zwischen einer aktuellen („current“) und einer irgendwann im Leben auftretenden („lifetime“) posttraumatischen Störung zu unterscheiden. Wesentlich für unsere Thematik ist ferner, dass eine posttraumatische Belastungsreaktion auch nach Monaten, manchmal gar erst nach Jahren als so genanntes verzögertes posttraumatisches Belastungssyndrom in Erscheinung treten kann. Einem früheren Erlebnis wird dann, bedingt durch eine Wiederholung von Komponenten der traumatischen Situation oder durch Lebenskrisen, nachträglich eine existenziell bedrohliche Bedeutung verliehen. Dieser Zusammenhang ist bei traumatisierten Migranten wesentlich, da Psychopathologie und Verhaltensauffälligkeiten in Unkenntnis der Möglichkeit eines verzögerten posttraumatischen Belastungssyndroms mit Anpassungsstörungen im Rahmen des migratorischen Prozesses verwechselt werden können und somit der traumatische Hintergrund der Problematik unerkannt bleibt.

Nicht unerwähnt bleiben darf, da für den diagnostischen und therapeutischen Prozess von immanenter Wichtigkeit, dass es kulturelle Unterschiede im Umgang mit traumatischen Ereignissen gibt. In einigen Kulturen kommuniziert man fast ausschließlich nonverbal über schmerzhafteste Verluste oder Ereignisse. Dies kann in westlichen Kulturen zu dem Missverständnis führen, dass Traumata auf Seiten von Migranten geleugnet werden. Die Gepflogenheit, das Unheil nicht beim Namen zu nennen, kann Ausdruck entweder einer Behutsamkeit gegenüber Traumatisierten sein oder der Befürchtung, durch Aussprechen des Bösen es herbeizurufen. Umgekehrt dürfen Vorbehalte von

traumatisierten Migranten der Psychiatrie gegenüber nicht als kulturelle Vorurteile missinterpretiert werden, sondern müssen auf dem Hintergrund der realen Erfahrung eines möglichen politischen Missbrauchs der Psychiatrie sowie des Mitwirkens von Ärzten bei Folter verstanden werden.

4. Bewertung von Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung und Übertragbarkeit

Die Entwicklung von Gutachtenstandards im Kompetenzzentrum für Transkulturelle Begutachtung Hannover ist eine Antwort auf die Herausforderung, die psychisch kranke Migranten an die medizinisch-psychiatrischen Experten stellen. Sie dienen der Qualifizierung der Fachkollegen als Gutachter im transkulturellen Feld und können auf einem hohen Niveau eine Gleichbehandlung der betroffenen Migranten zu ihren Gunsten durch die Formulierung übergreifender Gutachtenstandards erreichen. Die Integration solcher Standards in die Curricula der Facharztweiterbildungen zum Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie und die Qualifizierung zum klinischen Psychologen sorgen für die notwendige Nachhaltigkeit in der Begutachtungspraxis. Das interaktive Kompetenznetz der Gutachter mit Supervision, Intervision, Konsil und Feedback dient der Qualitätssicherung mit Zertifizierungsmöglichkeit durch die Ärzte-/Psychologenkammern, die Gutachtenstandards dienen einer kultursensiblen Exploration und kulturkompetenten Diagnostik. Hilfreich in der Qualitätssicherung der Begutachtung ist insbesondere die Zusammenarbeit mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum, welches medizinisch kompetente und distanzfähige Dolmetscherinnen und Dolmetscher in die Begutachtungspraxis einbringt.

Die juristische Weiterentwicklung des Aufenthaltsrechtes für Migranten und die sich wandelnde richterliche Entscheidungspraxis machen ständige Optimierungen und Anpassungen der Begutachtungspraxis erforderlich. Die diskursive Vernetzung von Juristen und medizinisch-psychiatrischen Experten mit dem Ziel, einen besseren wechselseitigen Verstehenszugang zu ihren divergierenden Denkmodellen zu finden, wäre im Sinne einer größeren Gerechtigkeit und Angemessenheit bei der Beurteilung psychisch kranker Migranten in ausländerrechtlichen Verfahren eine Zukunftsaufgabe. Die Erfahrungen im juristisch-medizinisch-psychiatrischen Kontext wären in ihrer Paradigmatik übertragbar auf andere medizinisch-juristische Problemlagen und sollten ausgebaut und kultiviert werden.

Zusammenfassung

Der Aufbau eines Norddeutschen Kompetenzzentrums für Transkulturelle Begutachtungen in Hannover hat nachhaltig zu einer Qualitätsoptimierung und Standardisierung der Begutachtungspraxis bei psychisch kranken Migranten in aufenthaltsrechtlichen Verfahren geführt. Die Vergegenwärtigung juristischer Denkmodelle bei der Entscheidungsfindung über Aufenthaltsfragen bei traumatisierten Migranten einerseits und die medizinisch-psychiatrische Begutachtungspraxis vor dem Hintergrund psychologischer und psychody-

namischer Denkmodelle andererseits hat zu einem fruchtbaren Diskurs über die Unvereinbarkeiten und Näherungen beitragen. Es kann erwartet werden, dass die Fortführung dieses Diskurses zur Adaption rechtlicher Verfahren an die medizinisch-psychologischen Eigentümlichkeiten krankheitsbedingter Aussagen und Verhaltensstile beiträgt. Die Standards der Begutachtung vermögen zum einen die Möglichkeiten einer hochqualitativen Begutachtung zu erweitern und zum anderen ihre Grenzen bei der „Wahrheitsfindung“ deutlich zu machen. Beides vermag dazu beizutragen, „Good Practice“ auf dem Gebiet der Begutachtung im transkulturellen Feld Anerkennung und Respekt zu sichern sowie eine nachhaltig optimierte Praxis zu eröffnen.

Literatur:

Ebner G (2001) Grundlagen transkultureller Begutachtung. In: Hegemann T, Salman R (Hrsg.) Transkulturelle Psychiatrie; Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie Verlag: 232-251

Gardemann J, Salman R (2002) Migrationsspezifische Begutachtung im Spannungsfeld von Medizin, Recht, Psychologie und Politik – Bericht über eine interdisziplinäre Fachtagung. Gesundheitswesen 64 (12): 645-650

Collatz, J., Hackhausen, W.; Salman, R. (Hrsg.) (1999): Begutachtung im interkulturellen Feld, Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung, Amand Aglaster

Collatz, J., E. Koch, R. Salman & W. Machleidt (Hrsg.) (1997): Transkulturelle Begutachtung. Qualitätssicherung sozialgerichtlicher und sozialmedizinischer Begutachtung für Arbeitsmigranten in Deutschland. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Amand Aglaster

3. Aufklärung/Beratung

3.1. Interkulturelles Bayouma-Haus Berlin

Natascha Garay

Ausgangslage

Im Berliner Stadtteil Friedrichshain-Kreuzberg besteht seit 1995 die Interkulturelle Begegnungsstätte „Bayouma-Haus“ unter der Trägerschaft der AWO Friedrichshain-Kreuzberg e.V. Das Haus wurde im August 1995 gegründet – zunächst als ein Ort der Selbsthilfe für Vietnamesen, Kubaner, Angolaner, Mosambikaner, Palästinenser, Chilenen und deren Familien, die vor der Wende im Ostteil der Stadt lebten. So hat es sich zu einem interkulturellen Zentrum entwickelt, welches sich problem- und basisnah an verschiedenen Bedürfnissen und Erwartungen orientiert.

Politische Flüchtlinge, Studenten, Arbeitsuchende, Neuzugewanderte aus mehr als 60 Nationen Amerikas, Asiens, Afrikas und Europas besuchen unser Haus. Ziel der Einrichtung ist die Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen, die einer bestmöglichen Integration in unserem Bezirk dienen. Ein multikulturelles Team erreicht mit unterschiedlichen Schwerpunkten Menschen aus vielen Berliner Bezirken.



Lehrveranstaltung von Frau Dr. Prehn, Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung, zum Thema „Gesundheitsform“

Arbeitsansatz

Unser Credo – die Verbindung von **Sozialem, Gesundheit und interkultureller Begegnung** schafft Zugang zu unserer Zielgruppe, ermöglicht eine umfassende, bedarfsgerechte Versorgung in ihrer Situation sowie die Reaktion auf spezielle Problemlagen.

Das Gesundheitsprojekt

Das Gesundheitsprojekt ist eingegliedert in einen Verbund, welcher auf dem Gebiet Soziales, Bildung, Gemeinwesenarbeit sowie Interkulturelles tätig ist. Im Mittelpunkt des Gesundheitsprojektes steht eine zielgerichtete Präventionsarbeit zu gesundheitlichen Themen im Zusammenhang mit Migration. Als Interkulturelle Begegnungsstätte mitten in einem Berliner Bezirk mit einem hohen Anteil an Migranten und Migrantinnen legen wir besonderes Augenmerk auf die Erreichbarkeit von Präventionsbotschaften bei Migrantenfamilien. Diese Zielgruppe ist einerseits aufgrund zahlreicher Faktoren am schwersten erreichbar, besonders bedingt durch häufig nicht zureichende Deutschkenntnisse, andererseits sind die Migrantenfamilien besonders gefährdet aufgrund der schlechten Wohn- und Lebenssituation (Asylbewerberheime, kleine Wohnungen, Bezug von Sozialleistungen unterschiedlicher Art). Hier bleibt, bedingt durch den täglichen Überlebenskampf und eine große Anzahl Sorgen, wenig Raum für Vorsorgemaßnahmen.

Gerade über die Unterstützung und Klärung von sozialen Belangen, über interkulturelle Aktivitäten, Ausstellungen, Selbsthilfegruppen bzw. frauenspezifische Angebote wie Näh- und Deutschkurse bietet sich Gelegenheit, Migranten und Migrantinnen „auf Umwegen“ anzusprechen bzw. aufzuklären.

Ein ganz direkter Zugangsweg ist die Erstellung von muttersprachlichen Aufklärungsmaterialien (Website: www.bayouma-gesundheit.de), die Bekanntmachung von Fachärzten mit Fremdsprachenkompetenz oder muttersprachliche psychologische bzw. physiotherapeutische Angebote.

Wir haben inzwischen eine Reihe von vielgefragten Publikationen veröffentlicht, die Barrieren überwinden und viele Akteure zugleich verbinden.

Vernetzung

Besonders gut gelungen ist die Vernetzung des Projektes, insbesondere mit der Sozialberatung, die sehr oft die erste Tür bildet, in der erst einmal soziale, aber auch oft unmittelbar folgend gesundheitliche Belange zur Sprache kommen. Gerade die Personengruppe, die sehr anfällig ist für gesundheitliche Probleme, ist häufig voller sozialer Konflikte. Die Zusammenarbeit bietet hier die Möglichkeit der direkten Ansprache bzw. Weiterleitung in das Gesundheitsprojekt. Häufig verschwimmen die Themenbereiche beim Klienten, er oder sie kann nicht mehr differenzieren. Auch die sehr enge Kooperation mit allen Ämtern des Gesundheitsamtes überwindet Hürden und verbindet Betroffene mit den zuständigen Ansprechpartnern. Prävention ist umso wirk-

samer, je schneller sie erfolgt. Die Integration des Projektes in den Verbund Bayouma-Haus als Anlaufstelle für Menschen verschiedener Kulturen ist als Ansatz sehr erfolgreich. Mitarbeiter werden nicht nur als Ansprechpartner für das jeweilige Thema, sondern auch als Schlüsselfiguren im Migrationsprozess wahrgenommen. Dementsprechend entsteht eine intensive Kommunikation mit entsprechender Vertiefung des Vertrauens und folglich der Ergebnisse.



Hemmnisse

Besondere Hürden und Schwierigkeiten in der Anfangszeit des Projektes gab es bei der Sensibilisierung von Akteuren innerhalb der Behörden und des Gesundheitssystems für die besonderen Belange von Menschen mit Migrationshintergrund.

Zusammenfassung

Durch die Zusammenarbeit der verschiedenen Projekte des Bayouma-Hauses in den Bereichen Soziales, Gesundheit, Freizeitangebote sowie nachbarschaftliche Hilfeleistungen wird ein wesentlicher Beitrag zur psychischen Stabilität der Klienten und Klientinnen geleistet. Wer sich gut betreut fühlt, zeigt zumeist weniger psychosomatische Störungen und muss demzufolge erfahrungsgemäß weniger häufig den Arzt aufsuchen.

Dieses Modell kann sehr gut übertragen werden. Wichtig hierbei ist es, die verschiedenen Aspekte der Integration an einem Ort zusammenzufassen. Die Bemühungen vieler Akteure, Gesundheitsförderung innerhalb von Nachbarschaftszentren und ähnlichen Organisationen wie z. B. Migrantenvereinen durchzuführen, bestätigen uns in unserem Ansatz. Auch die Tendenz bei Behörden, verschiedene Anliegen der Bürger an demselben Ort entgegenzunehmen, zeigt auf, dass es effektiver sowohl für die Beratungssuchenden als auch für die Unterstützenden ist, Wege zu verkürzen und damit bedarfsorientierte Hilfestellung zu gewährleisten.

**Berliner Arztpraxen
mit
Fremdsprachenkompetenz**



Interkulturelle Begegnungsstätte im Friedrichshain-Kreuzberg



Trägerverein des Bayouma-Hauses
ist die Arbeiterwohlfahrt
Friedrichshain e.V.



Deckblatt unserer Broschüre „Berliner Arztpraxen mit Fremdsprachenkompetenz“

3.2. Gesundheit und Integration, Stuttgart

Gari Pavkovic

Zusammenfassung:

Das Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart legt seit mehreren Jahren einen besonderen Fokus auf die interkulturelle Öffnung. Eine Initialphase im Gesundheitsamt Stuttgart – ausgelöst durch Fortbildung von Mitarbeiterinnen¹ in interkultureller Kompetenz – hat den Prozess der interkulturellen Öffnung des Gesundheitsamtes stark beschleunigt. „Ein Bündnis für Integration“ setzt den Rahmen, in den die interkulturelle Öffnung des Gesundheitsamtes eingebettet ist. In Kooperation mit der Stabsabteilung für Integrationspolitik der Landeshauptstadt Stuttgart gibt es inzwischen eine vielfältige Palette von Angeboten des Gesundheitsamtes. Die interkulturelle Öffnung des Gesundheitsamtes ist ein lebendiges Projekt mit gegenseitiger Verzahnung der verschiedenen beteiligten Institutionen.

Allgemeine Übersicht

In Stuttgart leben Menschen aus über 160 Staaten. 36,6% der Einwohnerinnen haben einen Migrationshintergrund, 21,9% der Einwohnerinnen sind Ausländer (Zahlen des Statistischen Amtes der Landeshauptstadt Stuttgart, Stand 2005).

Das Projekt „interkulturelle Öffnung des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Stuttgart“ startete im Jahr 2001 mit der Fortbildung von zwei Mitarbeiterinnen und einem Mitarbeiter im Modellprojekt „*Transfer interkultureller Kompetenz (TiK)*“, einem bundesweiten Verbundprojekt, das vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) gefördert wurde.

Die Fortbildung fand über einen Zeitraum von eineinhalb Jahren berufsbegleitend in Berlin statt. Vor Ort gab es eine Organisationsberatung, an der die Kursteilnehmerinnen, die Amtsleiterin, je eine Vertreterin aus jeder Fachabteilung und eine Vertreterin des Personalrates beteiligt waren. Der Transfer von individuellem Wissen in institutionelles Wissen, d.h. die Stärkung der interkulturellen Kompetenz der Institution selbst und v. a. die entsprechende Umsetzung ist gelungen. Die interkulturelle Öffnung des Gesundheitsamtes ist ein aktiver Prozess, an dem inzwischen viele einzelne Personen und Institutionen teilhaben.

Die Umgestaltung des Eingangsbereiches des Gesundheitsamtes war der erste Schritt, mit dem auch nach Außen ein Signal der Veränderung gesetzt werden sollte. „Willkommen“ wurde in verschiedene Sprachen in großen bunten Buchstaben auf eine Wand aufgebracht. Die Auswahl der Sprachen richtete sich nach dem Anteil der Migrantinnen in Stuttgart.

¹ Wegen der leichteren Lesbarkeit wird im laufenden Text nur die weibliche Form verwendet, zumal auch die überwiegende Zahl der Beteiligten auf allen Ebenen Frauen sind.



Es wurde der Arbeitskreis „TiK – Transfer interkultureller Kompetenz“ zur internen Unterstützung der interkulturellen Öffnung des Gesundheitsamtes gegründet, der sich aus Teilnehmerinnen der Organisationsberatung und interessierten Mitarbeiterinnen des Amtes zusammensetzte. Die erste große Aktion war die Organisation eines interkulturellen Fachtages „Vielfalt der Kulturen“ für alle Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes. Es entstand eine Dokumentation des Fachtages, die regional und überregional vertrieben wurde und auf großes Interesse stieß. Zeitgleich war im Haus eine Fotoausstellung „Kinder in der Fremde“ zu sehen, zu der auch Einwohnerinnen von Stuttgart eingeladen waren.

Der Fachtag war der Beginn der amtsinternen „bewussten“ interkulturellen Öffnung. Seit nunmehr fünf Jahren werden im Gesundheitsamt fortlaufend, ca. ein- bis zweimal jährlich, Fortbildungen zum Thema Gesundheit und Migration organisiert. Hier sind z. B. Veranstaltungen zu den Themen Ausländerrecht, Aufenthaltsrecht, „Frauen aus Ghana“ und dem Thema Leben und Sterben im Buddhismus zu nennen. Außerdem fanden Exkursionen in Asylbewerberwohnheime statt, um Mitarbeiterinnen, die nicht im Außendienst tätig sind, Einblick und damit auch besseres Verständnis für die Lebensumstände in Wohnheimen zu ermöglichen.

Unter dem Gesichtspunkt des demographischen Wandels in unserer Gesellschaft befassen sich Mitarbeiterinnen im Gesundheitsamt Stuttgart mit dem Thema „Migration und Alter“.

Der trägerübergreifende Arbeitskreis „Gesundheit und Migration“ mit Vorsitz der Amtsleiterin wurde mit dem Ziel gegründet, die Aktivitäten zu den The-

men Gesundheit und Migration innerhalb der Stadt zu bündeln und eine Diskussion anzuregen. Dieser Arbeitskreis organisiert in enger Kooperation mit der Stabsabteilung für Integrationspolitik Veranstaltungen zu verschiedenen Themen und für unterschiedliche Zielgruppen – stadtintern und trägerübergreifend inzwischen fortlaufend seit 2002. Eingeladen werden beispielsweise Ärztinnen, pädagogische Mitarbeiterinnen aus Schulen und Einrichtungen für Kinder, Mitarbeiterinnen von Beratungsstellen und sozialen Einrichtungen unterschiedlicher Träger. Themen der Veranstaltungen waren seither: „Kinder- und Jugendgesundheit in Migrantenfamilien“, „Mehrsprachigkeit bei Kindern – Risiko oder Chance?“, „Migration, Ernährung und Gesundheit“ und die Vortragsfolge: „Gesundheit und Krankheit im Islam – Soziokulturelle Aspekte in der Gesundheit muslimischer Migrantenfamilien“, „Muslime als Patienten“, „Gesundheit und Krankheit von Migrantinnen – Ein Erfahrungsbericht aus einer gynäkologischen Praxis“.

Veranstaltungen mit medizinischen Themen werden von der Landesärztekammer als Fortbildung anerkannt und zertifiziert; Ärztinnen können Fortbildungspunkte erwerben.

Im Laufe der Jahre hat sich gezeigt, dass eine Fusion der beiden Arbeitskreise „Gesundheit und Migration“ und „TiK“ sinnvoll ist und ein effektiveres Arbeiten ermöglicht. Das erste gemeinsame Projekt war im Frühjahr 2006 ein Veranstaltungsschwerpunkt zum Thema „Genitalverstümmelung – Beschneidung bei Frauen“. Hier gab es eine enge Kooperation mit verschiedenen Institutionen. Zu nennen sind v. a. die Stabsabteilung für Integrationspolitik, Terre Des Femmes sowie andere beteiligte Ämter und Organisationen. Über das Projekt wurde die Öffentlichkeit umfassend informiert. Das Programm war sehr vielfältig und ermöglichte auf den unterschiedlichsten Wegen eine Annäherung an dieses schwierige Thema. Unter der Schirmherrschaft von Bündnis 90/DIE GRÜNEN fand im Landtag eine Lesung aus dem Buch von Nura Abdi „Tränen im Sand“ statt, in Kooperation mit dem Theaterhaus wurde die Performance „Liebe die Rose“ mit einem anschließenden Podiumsgespräch veranstaltet, in Zusammenarbeit mit dem Kommunalen Kino Stuttgart und Terre Des Femmes wurde im Rahmen des Filmfestes Frauenwelten der Film „Moolaadé – Bann der Hoffnung“ mit anschließender Aussprache gezeigt. Gleich zu Beginn der Veranstaltungsreihe wurde im Gesundheitsamt ein Fachvortrag zum Thema „Beschneidung“ angeboten, der grundlegendes Wissen vermittelte. Ergänzend wurden zur weiteren Vertiefung jeweils halbtägige Fortbildungen für medizinisches und pädagogisches Personal organisiert. Über einen Zeitraum von zwei Wochen war im Gesundheitsamt die Kunstaussstellung „Weibliche Genitalverstümmelung, Künstlerinnen und Künstler aus Nigeria klagen an“ zu sehen. Von Terre Des Femmes wurden kostenfreie Führungen angeboten. Dieses Projekt war auf den verschiedenen Ebenen sehr erfolgreich: Es wurde sowohl von Einwohnerinnen deutscher und nicht-deutscher Herkunft gut angenommen, hat fachliche Impulse in unterschiedlicher Tiefe gegeben und war ein sehr gutes Beispiel für gelungene und effektive Kooperation.

Im Laufe der Jahre wurde auch unter dem Gesichtspunkt von Gesundheit und Migration ein besonderes Augenmerk auf Veröffentlichungen und Prospekte des Gesundheitsamtes gelegt. So gibt es eine immer größere Zahl von mehrsprachigen Broschüren. In Kooperation mit der Stabsabteilung für Integrationspolitik wurde ein „Leitfaden Gesundheit“ für Migrantinnen in Stuttgart entwickelt. Er informiert in derzeit acht verschiedenen Sprachen über das Gesundheitssystem in Deutschland. Ergänzend wurde ein Ärztwegweiser erstellt. Dieser gibt Hinweise auf Arztpraxen in Stuttgart mit nicht-deutscher Sprachkompetenz.

Darstellung eines Aspektes mit besonderem Gewicht

Das „Curriculum Gesundheit“, ein Angebot von Unterrichtseinheiten zum Thema Gesundheit in den Sprach- und Integrationskursen, ist ein weiteres Beispiel eines gelungenen Projektes.

Sprachkursleiterinnen können die Unterrichtseinheiten aus den verschiedenen Abteilungen des Gesundheitsamtes „buchen“. Auf diesem Weg macht das Gesundheitsamt ein sehr niedrigschwelliges Angebot für Migrantinnen. Die jeweilige Kollegin geht in die Kurse vor Ort und gibt, an den Bedürfnissen der Kursteilnehmerinnen orientiert, praktische Hinweise und Beratung.

Dieses zugehende Angebot wird auch als Möglichkeit betrachtet, die Hemmschwelle zu senken und den Gang ins Gesundheitsamt zu erleichtern. Auf diesem Weg erfahren Migrantinnen, welche Möglichkeiten sie bei einer Beratung im Gesundheitsamt haben. Das Curriculum umfasst derzeit 25 Angebote und spricht alle Altersgruppen an. Die Themen reichen von der kindlichen Entwicklung und eventuellen Störungen, Kindergesundheit, Informationen zu Vorsorge- bzw. Einschulungsuntersuchungen, über Haut, Hygiene und verschiedene Behinderungen bis hin zu Zahngesundheit und Informationen zu Krankheitsbildern im Erwachsenenalter. Auch die Themen Ernährung und Stressbewältigung werden abgedeckt. Die Kursteilnehmerinnen erhalten jeweils einen kurzen Überblick zum Thema und Hinweise zu Lösungsmöglichkeiten, z. B. auch die Informationen über weitere Beratungs- und Hilfsangebote. Die Unterrichtseinheiten sind im Vorfeld in der Regel mit der Kursleiterin inhaltlich abgestimmt; die Teilnehmerinnen haben dann in der Vorbereitung den erforderlichen Wortschatz gelernt. Das „Curriculum Gesundheit“ ist in kontinuierlicher Weiterentwicklung.

Um die Hemmschwelle zu Ämtern zu senken, wird das Angebot gemacht, einzelne Einheiten in den Räumen des Gesundheitsamtes durchzuführen. Dies wird leider nur selten wahrgenommen. Gründe könnten Schwierigkeiten bei der Organisation der Kinderbetreuung und die anfallenden Fahrtkosten sein.

Die vielfältigen Belastungen auf allen Ebenen in Migrantenfamilien werden auch in den Kursen immer wieder deutlich. Neben dem Spracherwerb sind der Aufbau eines sozialen Netzes und die Erhöhung des Selbstvertrauens durch die Sprach- und Integrationskurse von zentraler Bedeutung.

Migrantinnen sind oft psychisch und gesundheitlich beeinträchtigt, z. T. traumatisiert und gestresst durch die erfahrene Entwurzelung, aber auch durch die neue Lebenswelt mit ihren anderen sozialen Strukturen und nicht zuletzt durch fehlende Arbeit und fehlendes Geld. Grundlegende körperliche und seelische Bedürfnisse wie Lebenserhalt und Sicherheit, Autonomie, Verständnis, Aufrichtigkeit, Geborgenheit und Zugehörigkeit, sowie Kreativität und das Verlangen nach einem Sinn im Leben sind bei allen Menschen gleich.

Nicht alle Bedürfnisse werden in unserer Gesellschaft in ausreichendem Maße abgedeckt. In Familien mit Migrationshintergrund sind häufig mehrere dieser wichtigen Faktoren unerfüllt. Auch dies fließt in den Gesundheitsstatus mit ein.

Die interkulturelle Öffnung des Gesundheitsamtes ist ein lebendiges Projekt mit gegenseitiger Verzahnung der verschiedenen beteiligten Institutionen. Engagierte Mitarbeiterinnen sorgen für eine stetige Weiterentwicklung. Alle Beteiligten ergänzen sich gegenseitig und kooperieren in beispielhafter Weise.

So wird das nächste geplante Projekt in Zusammenarbeit mit der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) erfolgen. KISS arbeitet bereits an dem Thema „Selbsthilfe bei Migrantinnen und Migranten stärken“. Mit den Erfahrungen der Kolleginnen aus dem Bereich des „Curriculum Gesundheit“ in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Gesundheit und Migration/TiK schließt sich der Kreis.

Zu einer für Dezember 2006 geplanten Veranstaltung, wird in der lokalen Zeitschrift „Interkultur Stuttgart – Begegnungen der Kulturen“ ein Bericht über das bestehende System veröffentlicht. Ziel ist es, Migrantinnen über den Bereich des – derzeit überwiegend deutschen – Selbsthilfesystems zu informieren, den Bedarf bei Migrantinnen zu erheben und eine Öffnung und Verzahnung der möglicherweise bereits bestehenden Gruppen zu erreichen.

Schwierigkeiten und Hürden

Beim Prozess der interkulturellen Öffnung des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Stuttgart gab und gibt es nur wenig Schwierigkeiten und Hürden, die zu überwinden sind.

Wegen des begrenzten finanziellen Budgets ist es z.T. schwierig, kompetente Referentinnen für die Fortbildungsveranstaltungen zu finden.

Auch ist die Kontinuität der Angebote im „Curriculum Gesundheit“ durch Fluktuation der Mitarbeiterinnen nicht immer gewährleistet.

Bewertung von Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung und Übertragbarkeit

Die Landeshauptstadt Stuttgart hat 2001 als eine der ersten deutschen Städte ein Gesamtkonzept für Integration und Partizipation von Zuwanderern entwickelt. „Ein Bündnis für Integration“ setzt den Rahmen, in den die inter-

kulturelle Öffnung des Gesundheitsamtes eingebettet ist. Integrationsbemühungen in allen Ämtern und auf allen Ebenen sind ein deutlich erklärtes Ziel des Oberbürgermeisters.

Dieses gemeinsame Ziel, das auf allen Ebenen mitgetragen wird und der deutlich erklärte Wille sind Voraussetzungen dafür, dass interkulturelle Öffnung möglich ist und sich nachhaltig entwickeln kann.

Interkulturelle Aspekte werden nun, fünf Jahre nach Projektbeginn, in allen Handlungsfeldern des Gesundheitsamtes mehr als zuvor berücksichtigt. Der Gedanke fließt in alle Angebote und Pflichtaufgaben des Gesundheitsamtes ein, insbesondere auch in die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention. Im Sachgebiet des Sozialdienst für Menschen mit Infektionskrankheiten, zu dem die HIV/AIDS-Beratung gehört, wurden die Beratungsangebote im interkulturellen Bereich ausgebaut. Hier finden verstärkt Präventionsveranstaltungen für muslimische junge Frauen statt. Für weibliche Prostituierte steht eine spanisch sprechende Sozialarbeiterin einmal monatlich im Prostituiertencafé „La Strada“ zur Verfügung, für männliche Prostituierte gibt es ein kroatisches Beratungsangebot. Beispielhaft genannt seien auch die medizinische und pflegerische Mütterberatung in Asylbewerberwohnheimen oder die kinder- und jugendärztlichen Jugendsprechstunden in Brennpunktstadtteilen mit hohem Migrantenanteil. Die Notwendigkeit dieses Angebotes wird auch durch die Jugendgesundheitsstudie Stuttgart 2005 dokumentiert. Die niedrigschwelligen Angebote des Gesundheitsamtes werden viel und gerne von Migrantenfamilien in Anspruch genommen; z. B. lag der Migrantenanteil in der Interdisziplinären Frühförderstelle (IFF) im Jahr 2005 bei ca. 50 %.

Die interkulturelle Öffnung ist im Bewusstsein aller Mitarbeiterinnen; sie ist eine Querschnittsaufgabe für alle Aufgabenbereiche, professionen- und abteilungsübergreifend. Die Kompetenz ist über die Jahre gewachsen.

Inzwischen gehört es zum Qualitätsstandard des Gesundheitsamtes, zu wichtigen Gesprächen einen qualifizierten Dolmetscher hinzuzuziehen.

Die interkulturelle Arbeit ist im Gesundheitsamt der Stadt Stuttgart etabliert und wird selbstverständlich, d. h. inzwischen aus einem gewachsenen Verständnis heraus, in allen Ebenen fortgesetzt.

Auch das Ziel, mehr Informationen für Migrantinnen zugänglich zu machen ist erreicht. Die ausgesprochen erfolgreiche Kooperation mit allen Professionen und auf allen Ebenen des Amtes, der Stadtverwaltung und auch anderer Träger in der Stadt Stuttgart ermöglicht es, die interkulturelle Arbeit ständig neu an den Erfordernissen der Gegenwart und Zukunft auszurichten. Die gelungene Weiterentwicklung im Bereich Migration und Gesundheit ist übertragbar auf andere Organisationen und Kommunen. Das gesamtstädtische, von allen akzeptierte Konzept „Ein Bündnis für Integration“ trägt wesentlich zum Erfolg der interkulturellen Öffnung des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Stuttgart bei.

3.3. Die Familienhebamme am Gesundheitsamt der Stadt Münster

Ein Modellprojekt in der aufsuchenden Gesundheitshilfe für Flüchtlinge und sozial sowie gesundheitlich Benachteiligte

Karim Mashkooi, Dagmar Schwarte

Ausgangslage

Nach dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) aus dem Jahre 1998 haben die Gesundheitsämter Personen, die wegen ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes und aufgrund sozialer Umstände besonderer gesundheitlicher Fürsorge bedürfen, Unterstützungen und Beratungen anzubieten und bei Bedarf auch aufsuchende Hilfen zu leisten.

Diese aufsuchenden Gesundheitshilfen wurden in den vergangenen Jahren vom Gesundheitsamt der Stadt Münster bedarfsgerecht aufgebaut. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf Schwangere und neugeborene Kinder gelegt. Die Phasen einer Schwangerschaft und das erste Lebensjahr eines Kindes sind entscheidend für das weitere Leben. Wenn es hier gelingt, Mutter und Kind optimal zu versorgen, steigen die Chancen für ein gesundes Aufwachsen erheblich. Im Rahmen der aufsuchenden Hilfen wurde in den letzten Jahren immer stärker deutlich, dass einige Bevölkerungsgruppen Angebote wie Schwangerschaftsvorsorgen und Vorsorgeuntersuchungen für Kinder nicht oder nicht ausreichend in Anspruch nehmen und dass dadurch erhebliche Probleme auftreten. Das nachfolgende Projekt beschreibt die Situation vor Ort und die bereits durchgeführten Aktivitäten zur Verbesserung der Lage.

Zur Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Münster

In der Stadt Münster ist das gesundheitliche Regelversorgungssystem gut ausgebildet, so dass Schwangeren und Kindern zahlreiche Möglichkeiten einer optimalen Gesundheitsvorsorge zur Verfügung stehen. Hierbei sind aber Eigenverantwortung und Eigeninitiative des Einzelnen gefragt, um die Angebote tatsächlich nutzen zu können.

Es gibt auch in Münster zunehmend Gruppen, die den Zugang zum Versorgungssystem nicht suchen oder nicht finden, die Gründe dafür sind vielfältig.

Da ist zum einen die Gruppe der Asylbewerber/innen, ausländischen Flüchtlinge und Aussiedler/innen. Hier sind es mangelnde Sprachkenntnisse und kulturelle Gründe, die Zugangsbarrieren darstellen können:

- Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere und Kinder, so wie sie in Deutschland Standard sind, sind in vielen anderen Ländern nicht vorhanden oder aber nicht finanzierbar.
- Obwohl die betreuenden Sozialarbeiter/innen sich bemühen, werdende Mütter und ihre Kinder schnell bei niedergelassenen Ärzten/-innen anzubin-

den, kam es in den letzten Jahren immer wieder vor, dass Schwangere nur eine Vorsorgeuntersuchung in der gesamten Schwangerschaft in Anspruch nahmen (Durchschnitt sind 10 Untersuchungen).

- So erklären sich dann auch Komplikationen wie Frühgeburten nach Infektionen. Diese bedeuten für die betroffenen Kinder und Familien eine private Katastrophe.
- Die Unwissenheit vieler Mütter über eine vernünftige Pflege und Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern führt immer wieder zu Komplikationen, die häufig mit zahlreichen Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten verbunden sind.
- Neben der psychischen Belastung für die Kinder entstehen hier erhebliche Kosten, die durch eine individuelle Betreuung sicher zu vermeiden sind.

Es sind zum anderem aber nicht nur Familien mit Migrationshintergrund, die Auffälligkeiten zeigen. Durch die aufsuchenden Hilfen in den Stadtteilen und die enge Kooperation mit dem Amt für Kinder, Jugendliche und Familien wird zunehmend deutlich, dass auch viele deutsche Familien einen erheblichen Unterstützungsbedarf während und nach einer Schwangerschaft haben:

- Hier sind es nicht Sprachbarrieren, die den Zugang zum Gesundheitssystem erschweren, sondern fehlende Bildung, Überforderung oder schlechte Erfahrungen mit Ärzten oder Hilfsinstitutionen.
- So werden Vorsorgen ebenfalls nicht oder nur rudimentär wahrgenommen und Themen wie Familienplanung bleiben unbearbeitet. Das führt dann dazu, dass in Familien, die sowieso schon überfordert sind, nicht selten jedes Jahr ein Kind geboren wird.

Die Familienhebamme am Gesundheitsamt

Um hier adäquat Hilfe leisten zu können, hat die Abteilung Gesundheitsförderung des Gesundheitsamtes das Modellprojekt „Die Familienhebamme am Gesundheitsamt der Stadt Münster“ entwickelt und im Jahr 2004 auf den Weg gebracht.

Ausgehend von der bekannten Problemlage wurde überlegt, wie die Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen auf Dauer grundlegend verbessert werden könnte. Als optimale Unterstützung wurde die frühzeitige Betreuung durch eine Hebamme gesehen.

Die Berufsordnung der Hebammen weist dieses Aufgabenfeld als originäre Aufgabe aus. Darüber hinaus genießen Hebammen in allen Kulturen hohes Ansehen und Vertrauen. Eine Hebamme des Gesundheitsamtes findet den Zugang auch zu den Frauen, die sonst den Kontakt mit Ämtern vermeiden.

Um möglichst viele Frauen aus den unterschiedlichen Kulturen und/oder den Problembereichen erreichen zu können, wurde eine freiberufliche Hebamme gesucht, die über einen Migrationshintergrund verfügt und eine hohe Sprachkompetenz hat. Es gelang, eine Hebamme für das Projekt zu gewinnen, die

im Iran geboren wurde, ihre Hebammenausbildung in Russland absolvierte und dann nach Deutschland kam. Hier absolvierte sie noch eine zusätzliche Ausbildung zur Heilpädagogin und arbeitete in einer Einrichtung mit alleinerziehenden jungen Müttern. Neben den Sprachen Persisch, Russisch, Afghani-sch und Türkisch bringt sie also auch noch eine hohe Fachkompetenz aus unterschiedlichen Aufgabenfeldern mit.

Im Einzelnen hat die Familienhebamme des Gesundheitsamtes folgende Auf-gabenbereiche:

1. Zunächst nimmt sie alle **üblichen Hebammentätigkeiten** wahr, die im Rahmen der Geburtsvorbereitung sowie der Betreuung nach der Geburt angeboten werden, wie z. B. Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, Wochenbettbetreuung und Stillberatung bis 8 Wochen nach der Geburt. Sie nimmt frühzeitig, also schon in deren Schwangerschaft Kontakt, zu den Frauen auf. Die Vermittlung läuft über die Sozialarbeiter/innen in den Übergangseinrichtungen, über den Kommunalen Sozialdienst u. a.
2. Neben der medizinischen Betreuung bezieht die Familienhebamme in verstärktem Maß auch **soziale Gesichtspunkte** mit ein. Die umfassende Betreuung beinhaltet auch die Vermittlung von Informationen über Ernährung, Pflege, notwendige Vorsorgen etc. Die Familienhebamme sorgt dafür, dass Mutter und Kind die weiteren Untersuchungen bei den niedergelassenen Ärzten wahrnehmen, thematisiert ggf. auch Dinge wie Famili-enplanung, Gewalt in der Familie und zeigt weitere Angebote und Unter-stützungsmöglichkeiten auf. Der Betreuungszeitraum wird individuell fest-gelegt und kann bei Bedarf das 1. Lebensjahr des Kindes umfassen. Die Profession der Hebamme ist für diese Art der Betreuung äußerst günstig, da Hebammen in der Regel ein besonders vertrauensvolles Verhältnis zu den Müttern und eine hohe Akzeptanz haben.
3. Schließlich arbeitet die Hebamme eng mit allen Diensten, die in der je-weiligen Familie tätig sind, sowie mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zusammen. Diese **Kooperation** ermöglicht eine niedrigschwellige Betreuung von Problemfamilien. Die Familienhebamme ist den koope-rierenden Institutionen als feste Ansprechpartnerin bekannt. Sie macht andere freiberuflich tätige Hebammen, mit denen das Gesundheitsamt zusammenarbeitet, mit den unterschiedlichen Kulturen bekannt und ver-sucht die Sensibilität ihrer Kolleginnen für die besonderen Problemlagen dieser Frauen zu steigern. Ziel ist dabei immer eine Integration in das Re-gelversorgungssystem.

Für die Hebamme selbst bedeutet ihre Tätigkeit eine hohe Herausforderung und die Bereitschaft, sich in neue Aufgabengebiete und Problemsituationen einzuarbeiten. Die Tätigkeit erfordert ein hohes Maß an Berufserfahrung und eine kontinuierliche Weiterbildung.

Die Anbindung an das Gesundheitsamt und hier an die Fachstelle für sozial-medizinische Hilfen und Beratung in der Abteilung Gesundheitsförderung ist für beide Seiten gewinnbringend. Die Arbeit der Hebamme ergänzt die aufsu-chenden Gesundheitshilfen im Sektor Frauenarbeit und Familienhilfe. Da die

Fachstellenleiterin Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist, steht sie der Hebamme als kompetente Beraterin zur Seite. Alle betreuten Fälle werden in regelmäßigen Rücksprachen aufgerollt und diskutiert.

Die Erfahrungen des letzten Jahres zeigen, dass durch die Unterstützung einer Hebamme die aufsuchenden Hilfen für bestimmte Problemgruppen deutlich ausgebaut und verbessert werden konnten. Gerade in den letzten Monaten wurden die Dienste der Hebamme auch verstärkt vom Amt für Kinder, Jugendliche und Familien angefordert. In zahlreichen Fällen wurde deutlich, dass die Arbeit der Hebamme auch eine Einsparung bedeuten kann, da durch die frühzeitige Hilfestellung dem Sozial- oder Jugendhilfeträger Kosten erspart bleiben.

Die Hebammenarbeit soll daher dauerhaft im Gesundheitsamt verankert werden.

3.4. Gesund leben

Karim Mashkooari

Münster (Westfalen) hat 278.925 Einwohner. Der Migrantenanteil beträgt ca. 7,6 %,

(Stand 31.12.2005) die Migrantinnen und Migranten kommen aus über 114 Nationen. Die am stärksten vertretenen Migrantengruppen in Münster sind

- 1 – Türken
- 2 – Jugoslawen (ehemaliges Jugoslawien)
- 3 – Rumänen
- 4 – Portugiesen.

Derzeit leben ca. 1.473 Asylsuchende und Kriegsflüchtlinge in Münster, 591 davon (Stand 30.09.2006) wohnen in zehn städtischen Übergangseinrichtungen. Sie kommen aus über 61 Nationen.

Durch Elend und Flucht haben diese Menschen in den meisten Fällen auch unter gesundheitlichen Defiziten zu leiden. Das Lebensumfeld der Flüchtlinge hier hat oft wenig mit dem Kulturkreis, der Sprache, der Erziehung sowie der sozialen und gesundheitlichen Infrastruktur ihrer Heimat gemein.

Deutschland und auch die Stadt Münster verfügen über ein gut ausgebildetes Gesundheitsversorgungssystem, das es jedem ermöglicht, im Krankheitsfall, aber auch zur Vorsorge notwendige Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Hierzu sind aber eine gewisse Eigeninitiative und Kenntnisse der Strukturen Voraussetzung, um die Angebote nutzen zu können. Dadurch fallen häufig sozial benachteiligte Gruppen durch das Versorgungsnetz, weil sie durch fehlende Ressourcen, wie z. B. mangelnde Sprachkenntnisse oder Überforderung, die Hindernisse bei den Zugangswegen nicht überwinden können.

Das Gesundheitsamt der Stadt Münster hat daher für bestimmte Gruppen der **sozial Benachteiligten** ein Konzept der Aufsuchenden Gesundheitshilfen entwickelt und etabliert. Hierbei wird der Focus besonders auf die Bewohner und Bewohnerinnen in sozialen Brennpunkten, die Gruppen der Migranten sowie auf Flüchtlinge und Asylbewerber in den Übergangwohnheimen gelegt.

Eine gesunde Ernährung – was ist das?

Wenn man von gesunder Ernährung spricht, meint man eine Kost, welche die bestehende Gesundheit erhält, bzw. eine bereits aufgetretene Krankheit günstig beeinflussen kann. Unter Kost versteht man Essen und Trinken, die uns das ganze Leben lang begleiten.

Wird eine Lebenssituation durch Krankheit, Reise, Naturkatastrophe oder Migration verändert, so wirkt sich diese neue Situation automatisch auf das Ernährungsverhalten der betroffenen Menschen aus.

Die Migrantinnen und Migranten werden durch den Wechsel in ein anderes Land mit einer neuen Sprache, anderer Kleidung, unbekanntem Straßen, Gebäuden und neuen Einkaufsmöglichkeiten konfrontiert. Andere Warenangebote, Essge-

wohnheiten, eine veränderte finanzielle Situation sowie ein anderes soziokulturelles Umfeld wirken auf den Migranten und die Migranten ein.

Inwieweit die Gesundheit der Migranten durch die veränderte Ernährungsweise beeinträchtigt wird, hängt ab

- a) vom Ursprungsland: ob man aus einem kleinen Dorf oder aus einer großen bzw. kleinen Stadt kommt; in den größeren Städten hat man die Möglichkeit, sich andere Lebensmittel zu kaufen sowie andere Lebensmittel kennen zu lernen. In kleinen Dörfern ist die Zahl der vorhandenen Lebensmittel begrenzt, aber diese sind meist gesund;
- b) von den finanziellen Möglichkeiten: ob man aus einer reichen Familie oder aus einer armen Familie stammt; durch bessere finanzielle Möglichkeiten kann man sich qualitativ bessere Lebensmittel leisten;
- c) vom Bildungsniveau: ob man Analphabet ist oder eine Schulausbildung hat. Je höher das Bildungsniveau ist, desto bewusster ernährt man sich;
- d) vom Einwanderungsland: zu Anfang vor allem, ob die hier vorhandene Infrastruktur der des Herkunftslands ähnlich ist oder ob sie fremd ist;

sowie

- von der persönlichen Lebenseinstellung: wie man selbst gesunde Ernährung bewertet;
- vom Alter: im Jugendalter ist man flexibler;
- ob ledig oder mit Familie: Ledige ernähren sich schlechter als Personen mit Familie;
- von der Toleranz: wie man das neue Einwanderungsland toleriert;
- vom Lebensalltag: wie man seinen Lebensalltag strukturiert; ob man einer Tätigkeit nachgeht oder arbeitslos ist.

Die oben genannte Auflistung spielt bei den Essgewohnheiten eine größere Rolle. Die Essgewohnheiten des Einwanderungslandes zu übernehmen, dauert Jahre bzw. Generationen; es handelt sich auf jedem Fall um einen langjährigen Prozess.

Eine gesunde Ernährung fällt Migrantinnen und Migranten schon deshalb schwer, weil man z. B. auf Lebensmitteln Angaben zu Nährstoffgehalt, Aufbewahrung, Haltbarkeit und Dosierung nicht lesen kann, die Unterschiede zwischen H-Milch und Vollmilch unbekannt sind, man manche Lebensmittel gar nicht kennt, mit gefriergeköhlten Lebensmitteln nicht viel anfangen kann, weil es sie in der Heimat nicht gibt. Dann ist es oft nur unter erschwerten Bedingungen möglich, sich gesund zu ernähren.

Zusätzlich erschwert die Rolle der Werbung in Deutschland die gesunde Ernährung bei den Migranten und deren Kindern.

Sie sehen im Fernsehen und auf der Straße die Litfasssäulen mit den bunten schönen Bildern und Menschen, die glücklich und gesund aussehen.

Sie glauben an das, was die Werbeindustrie ihnen suggeriert. Die Migranten können nicht verstehen, dass, wenn auf der Verpackung „Milchschnitte“,

„Nimm 2“, „Müsliriegel“ oder Ähnliches steht, diese nicht gesund und vollwertig sind.

Wenn die Migranten das Bild von einem Baby auf einer Dose Milchpulver sehen, das gut ernährt und gesund aussieht, dann werden ihre Kinder leider nicht mehr gestillt, sondern werden mit Kunstmilch ernährt.

Migrantinnen und Migranten greifen oft zu Konserven und Fertiggerichten, da es bequemer ist, eine Mahlzeit so zu erstellen. In ihrer Heimat haben sie oft frisches Gemüse und Obst auf den Tisch gebracht. Die Liste dieser Beispiele kann man noch beliebig erweitern.

Entscheidend ist dabei, in welchem Ausmaß die traditionelle Ernährungsweise aufgegeben und durch welche neuen Lebensmittel sie ersetzt wird.

Gesund Leben

Eine Prävention und gesundheitsfördernde Maßnahme

Es wäre besser, wenn die Migranten ihre zum Teil mitgebrachten guten Essgewohnheiten beibehalten könnten. So habe ich z. B. erfahren, dass afrikanische Kinder Reis, in Lateinamerika Bananen und in arabischen Ländern Datteln anstatt Schokolade als Trostmittel bekommen.

Es wird empfohlen: Intensivierung des Dialogs mit den Migranten über ihre traditionellen Kompetenzen der Gesundheitsförderung und angemessenen Ernährungsgewohnheiten im Sinne einer transkulturellen Gesundheitspflege sowie Sicherstellung der Fortführung sinnvoller aus dem Herkunftsland tradierter gesundheitsförderlicher Verhaltens- und Ernährungsgewohnheiten und fachkompetente Anleitung zu einem kritischen Umgang mit dem hiesigen Nahrungsmittelangebot.

Die Flüchtlinge, vor allem die Kinder, brauchen auch lebenspraktische Hilfestellungen. Da sie aber in den meisten Fällen nicht über ausreichende Kenntnisse verfügen, entsprechende Angebote der Gesundheitsversorgung, der Prävention und Gesundheitshilfe aktiv nachzufragen und zu nutzen, leistet die Stadt Münster verstärkt aufsuchende Gesundheitshilfen.

Unter dem Stichwort „Hilfe zur Selbsthilfe“ hat das städtische Gesundheitsamt ein Paket aus sozialmedizinischen, sozialpädiatrischen, vorbeugenden und lebenspraktischen Hilfestellungen entwickelt. Ziel des Projekts ist ein gesunder Lebensstil. Dieser soll durch Motivation und durch Hilfestellungen erreicht werden. Ebenso soll die Entwicklung persönlicher Kompetenz der Betroffenen im Umgang mit Gesundheit unterstützt werden. Eine stärkere Vernetzung mit den etablierten Angeboten im kommunalen Versorgungssystem, insbesondere eine engere Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern vor Ort wird angestrebt.


Ein besonderes Augenmerk liegt bei diesem Projekt auf der richtigen Ernährung. Unter dem Titel „Gesund leben“ wurde daher ein alltagsbezogenes Informationspaket entwickelt – von der gesunden Ernährung in jedem Alter über die richtige Lagerung von Lebensmitteln bis hin zur Zahnpflege

und Wohnraumhygiene. Die Informationen sind so aufgearbeitet, dass sie die besonderen Bedürfnisse, Gewohnheiten und Umsetzungsmöglichkeiten von Migrantinnen und Migranten berücksichtigen.

Wegen der unterschiedlichen Nationalitäten der Flüchtlinge in Münster sind die Infoblätter so angelegt, dass neben der deutschen Fassung die fremdsprachige gesetzt werden kann. Die Zweisprachigkeit erleichtert die Anwendung der Ratschläge zum Beispiel beim Einkauf oder beim Arztbesuch. Anschauliche Grafiken ergänzen die Tipps.

Die Mappe „Gesund leben“ liegt in den sechs gängigsten Sprachen Arabisch, Türkisch, Serbokroatisch, Russisch, Englisch und Persisch vor.

Gesund leben



STADT MÜNSTER
Gesundheitsamt

Gesund durch richtige Ernährung

سلامتی از طریق تغذیه صحیح:

Eine richtig zusammengesetzte Nahrung ist die wichtigste Grundlage, damit Körper und Geist gesund bleiben.


Wenn Sie nicht die richtigen Lebensmittel in richtigen Mengen essen, können Sie krank werden. Falsche Ernährungsgewohnheiten schaden der Gesundheit und fördern Krankheiten wie Magen-Darm-Beschwerden, Bluthochdruck, Gicht, Zuckerkrankheit (Diabetes), Stoffwechselstörungen und Zahnerkrankungen.

So ernähren Sie sich richtig

Essen Sie täglich:

- A Getreideprodukte und Kartoffeln (zum Beispiel Brot, Nudeln, Reis, Haferflocken)
- B Obst, Gemüse und Hülsenfrüchte (zum Beispiel Erbsen oder Linsen)
- C Milch und Milchprodukte (zum Beispiel Joghurt, Käse, Quark)
- D Fleisch, Fisch oder Eier
- E Öle und Fette
- mindestens eine warme Mahlzeit

Was Sie an einem Tag zu sich nehmen, sollte sich so zusammensetzen:



eine Hälfte A+B
andere Hälfte C, D, E und Getränke

یک ترکیب غذایی صحیح مهم ترین اصل سلامت تان است که جسم و روح سالم بماند.

وقتی که شما مواد غذایی مناسب را در مقادیر صحیح مصرف نکنید، ممکن است بیمار شوید. عادات ندرستی فقط باعث ضرر به سلامتی بدن میشوند و همچنین باعث بسیاری از بیماریها از قبیل بیماریهای معده و روده، یالارتقن فشارخون، نقرس، بیماری قند، بیماریهای اختلالات متابولیکی و نیز یالارتقن باعث بیماریهای دندان خواهند شد.

از این طریق شما میتوانید تغذیه صحیح داشته باشید:

مصرف روزانه:

الف. غلات و حبوبات (برای مثال نان، رشته، برنج، عودا، مایه، سبزیجات و حبوبات برای مثال لوبیا و یا عدس)

ب. شیر و لبنیات برای مثال ماست، پنیر، ماست چکیده.

د. گوشت، ماهی و یا تخم مرغ

ه. روغن ها و چربی ها

■ حداقل یک وعده غذایی گرم در روز غذایی که شما روزانه مصرف میکنید.

بایستی از ترکیبات زیر شامل شده باشد:

یکی از آن شامل ترکیبات الف و ب -
و دیگری شامل ترکیبات ث، د، ه و نوشیدنیها

3.5. „Gesundheit Hand in Hand – das deutsche Gesundheitssystem“ – Interkulturelle Gesundheitswegweiser fördern Integration und Gesundheit

Martina Stickan-Verfürth, Sigrid Pettrup

1. Allgemeine Übersicht:



Das deutsche Gesundheitssystem zählt immer noch zu den besten der Welt – nicht aber zu den einfachsten. Nicht nur für Menschen, die gerade erst nach Deutschland gekommen sind oder noch nicht lange hier leben ist es oft schwer zu verstehen, wie es funktioniert. In Deutschland verfügt mittlerweile jeder achte Einwohner über einen Migrationshintergrund. Trotzdem haben Migrantinnen und Migranten noch immer erheblich schlechtere Gesundheitschancen als die übrige Bevölkerung. Die notwendige Orientierung im Alltag eines fremden Landes lässt die Vorsorge für die eigene Gesundheit oft in den Hintergrund treten. Hinzu kommen nicht selten kulturelle Barrieren, so dass Ärzte zu spät oder gar nicht aufgesucht werden. Dies gilt besonders für ältere Migrantinnen und Migranten. Der gleichberechtigte Zugang zur gesundheitlichen Versorgung sollte auch für Migrantinnen und Migranten eine Selbstverständlichkeit sein. Verständliches, kultursensibles und mehrsprachiges Informationsmaterial ist deshalb dringend notwendig.

Schon die Frage, ob und wie sich der Einzelne krankenversichern kann, ist schwierig zu beantworten. Oder er fragt sich, an wen er sich wenden kann,

wenn er selbst oder ein Familienmitglied krank ist. Geht man zuerst zu einem Arzt oder direkt ins Krankenhaus? Und wenn zum Arzt, zu welchem eigentlich?

Die gesundheitliche Versorgung durch bessere sprachliche und informative Vernetzung zu fördern war deshalb eine Idee, für welche die Zeit einfach reif war. So wurden beispielsweise nahezu zeitgleich in Köln (Sozialdezernat) und Frankfurt (Gesundheitsamt) Verzeichnisse von mehrsprachigen Ärzten oder Institutionen, in denen mehrsprachige Mitarbeiter vorhanden sind, bereitgestellt. Hinzu kommen eine große Anzahl von Aufklärungsbroschüren zu zahlreichen Themen und in den unterschiedlichsten Sprachen. An dieser Stelle sei auf die hervorragende Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) hingewiesen, die in den vergangenen Jahren u. a. Präventionsmappen, AIDS-Broschüren und Informationsmedien zur Kindergesundheit in zahlreichen Sprachen und kulturell angepasst entwickelt und verbreitet hat. In Münster entwickelte das Gesundheitsamt einen Wegweiser für das lokale Gesundheitssystem, in dem alle Angebote und Institutionen der Stadt dargestellt und deren Nutzen für Migrantinnen und Migranten beschrieben wurden. Dieser Wegweiser ist in deutscher Sprache und richtet sich vorwiegend an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beratungsstellen. Der Landkreis Halberstadt entwickelte gegen die „Verständigungsnot“ ein kostengünstiges Angebot. Es wurden umfangreiche Impfangebote und Informationen in sieben Sprachen ins Internet gestellt und können dort als PDF-Datei heruntergeladen werden.

Darüber hinaus entstanden in jüngster Zeit eine Reihe von Wegweisern in verschiedenen Sprachen, teilweise mit einem Umfang von bis über 50 Seiten. Die neue Idee besteht darin, ein gesellschaftliches Integrationsfeld und die dazu notwendigen Informationen zusammenzufassen und in den am meisten verbreiteten Migranten-Sprachen bereitzustellen. Diese Wegweiser richten sich direkt an die Migrantinnen und Migranten und sollen ihnen ermöglichen, das jeweilige Integrationsfeld – in unserem Fall das Gesundheitswesen – kennen zu lernen und zu verstehen, um dann selbstständig die beschriebenen Regelanbote zu nutzen. In diesem Zusammenhang sind besonders umfangreiche und ausgereifte Wegweiser auch in Hannover und Hessen entstanden. In Hannover entwickelte und vertreibt das Institut für transkulturelle Betreuung e.V. einen Wegweiser zum Umgang mit seelisch und körperlich behinderten Menschen im Rahmen des Betreuungsrechts.

Der BKK Landesverband Hessen und das Sozialministerium in Hessen finanzierten die ersten mehrsprachigen Wegweiser zu den gesundheitlichen Präventionsangeboten im Lande Hessen. Dieser, in fünfzehn Sprachen erschienene, Wegweiser enthält außerdem ein Glossar mit den wichtigsten Fachbegriffen und Schlüsselworten. Er kann in deutscher Sprache in einer gedruckten Version und in anderen Sprachen über Internet als PDF-Datei heruntergeladen werden. In Wiesbaden entsteht darüber hinaus ein Wegweiser im Büro der Städtischen Integrationsförderung und Stelle für interkulturelle Angelegenheiten für Menschen, die nicht lesen und schreiben können. Alle

diese Entwicklungen helfen auch im Rahmen der Sprachförderung, denn die Migrantinnen und Migranten können mehrsprachige Wegweiser auch dazu nutzen, die entsprechende Fachsprache zu erlernen. Deutlich wird hier die integrative Konzeption der mehrsprachigen Wegweisereditionen: Die betroffenen Menschen sollen lernen und zugleich Zugang zu den Regelangeboten erhalten. Auch dies leistet einen Beitrag zu mehr Chancengleichheit nicht nur im Bereich Gesundheit.

Das Grundproblem liegt weniger darin, die Versorgungsbarrieren zu lokalisieren und entsprechende Konzepte zu ihrer Beseitigung zu entwickeln, sondern eher darin, Verantwortung zu übernehmen, Vertrauen zu schaffen, Veränderungen anzustoßen und zu begleiten, beteiligte Institutionen zu vernetzen und last but not least für die notwendige finanzielle, rechtliche und politische Grundlage zu sorgen. Deshalb hatte sich der BKK Bundesverband seinerzeit entschlossen, einen bundesweiten, einheitlichen und hochwertigen Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten zum deutschen Gesundheitssystem zu entwickeln und diesen allen interessierten Bürgerinnen und Bürgern in Deutschland zur Verfügung zu stellen. Wir betrachten dies als Service an allen gesetzlich und privat Krankenversicherten und sonstigen Interessierten. Wir wollen damit die Integration von Migrantinnen und Migranten ebenso fördern, wie Arbeitserleichterungen auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitssystems schaffen.

Gesundheit ist ein wesentlicher Schlüssel, um sich im Sozialgefüge zu bewegen und die eigenen Möglichkeiten nutzen und einbringen zu können. Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit erfordert eine gesundheitsbewusste Lebensweise und Umfeldgestaltung. Zugleich ist entscheidend, sich im Bedarfsfall kompetent und sicher im Versorgungssystem bewegen zu können. Selbst für Muttersprachler ist das deutsche Gesundheitssystem oft ein Buch mit sieben Siegeln. Deswegen haben wir das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. (EMZ) beauftragt, in Zusammenarbeit mit externen Fachleuten den Gesundheitswegweiser „Gesundheit Hand in Hand – das deutsche Gesundheitssystem“ zu erstellen. Der Wegweiser liegt bereits in der zweiten Auflage in den Sprachen Arabisch, Bosnisch, Englisch, Französisch, Kroatisch, Russisch, Serbisch, Türkisch und Deutsch als Druckversion vor. Darüber hinaus wird diese Version gerade ins Albanische, Polnische, Persische, Spanische, Italienische, Griechische, Kurdische und Vietnamesische übersetzt.

Diese Broschüre enthält leicht verständliche Informationen über die Institutionen und den Aufbau des deutschen Gesundheitssystems. Sie erleichtert es Migrantinnen und Migranten, die Angebote ihren Bedürfnissen entsprechend wahrzunehmen. Folgende Themen können nachgelesen werden:

2. Darstellung eines Aspektes mit besonderem Gewicht

Ideal ist es, wenn übersetzte Materialien zweisprachig vorliegen. Beispielsweise in Türkisch/Deutsch oder Russisch/Deutsch. Auf Grund des Umfangs (52 Seiten) konnte dies aber nicht realisiert werden. Daher wurde der Satz so angelegt, dass der gleiche Inhalt/die gleiche Anzahl von Absätzen in allen

Inhalt des Wegweisers „Gesundheit Hand in Hand – das deutsche Gesundheitssystem“	
<p>1. Die Krankenversicherung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wer ist gesetzlich krankenversichert? • Freie Kassenwahl • Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen • Zuzahlungen/ Eigenanteile • Leistungen n. d. Asylbewerberleistungsgesetz • Leistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe) 	<p>2. Beim Arzt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitung auf den Arztbesuch • Gespräch mit dem Arzt • Darüber sollte Ihnen Ihr Arzt Auskunft erteilen • Schweigepflicht • Regelmäßige Früherkennungsuntersuchungen • Schutzimpfungen
<p>3. Beim Zahnarzt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorsorge und Bonusheft • Zahnersatz • Heil- und Kostenplan • Zahnbehandlung im Ausland? 	<p>4. Im Krankenhaus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welches Krankenhaus ist das richtige für mich? • Verordnung zur Krankenhausbehandlung (Einweisung) • Krankenhausvertrag • Was nehme ich mit ins Krankenhaus? • Häufige Untersuchungen • Aufklärung vor Operationen • Krankenhausalltag • Entlassung
<p>5. In der Apotheke</p>	<p>6. Der „öffentliche Gesundheitsdienst“</p>
<p>7. Was tun im Notfall?</p>	<p>Weiterführende Adressen</p>

Versionen auf den selben Seiten steht. Wird also im deutschen Text auf Seite 50 über den Notfall berichtet, so findet man diese Thematik in allen Übersetzungen auf der Seite 50 wieder.

Weiterhin reicht es nicht aus, muttersprachliche Materialien zu erstellen und an beliebigen Orten auszulegen. Die Broschüre ist so ausgerichtet, dass sie im Schulunterricht, in Sprach- und Integrationskursen oder in muttersprachlichen Informationsveranstaltungen eingesetzt werden kann. Um etwas über die Nutzer zu erfahren, wird die Bestellung in einer Access-Datenbank er-

fasst. Darüber hinaus werden Besteller zur Frequenz der Bestellungen, zu Erstbestellung, zur Zufriedenheit, zum Verwendungszweck und Einsatzort befragt. Jedem Wegweiser liegt ein Formular für Nachbestellungen und für ein gezieltes Feedback bei.

3. Schwierigkeiten und Hürden

Entscheidend für die Erstellung von mehrsprachigen Materialien sind die kulturelle Ausrichtung, die richtige Sprache für die Zielgruppe und die Möglichkeit der Aktualisierung der Materialien. An der Erstellung des mehrsprachigen Gesundheitswegweisers haben Experten unterschiedlicher Fachgebiete aus dem gesamten Bundesgebiet mitgewirkt, Migrantinnen und Migranten wurden befragt, und eine erfahrene Journalistin hat die Broschüre in eine auf die Zielgruppe zugeschnittene sprachliche Form gebracht.

Der Wegweiser liegt in der zweiten Ausgabe vor. Aufgrund von Veränderungen durch Gesundheitsreformen und daraus resultierenden gesetzlichen Änderungen wird der Wegweiser mindestens alle zwei Jahre aktualisiert.

4. Bewertung von Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung und Übertragbarkeit – Zusammenfassung

Erstmals ist es in Deutschland gelungen, einen Wegweiser zum deutschen Gesundheitssystem in bisher neun Sprachen für Migrantinnen und Migranten zu erstellen. Dieser wurde Hand in Hand von Fachkräften und Migrantinnen und Migranten erstellt.

„Gesundheit Hand in Hand“ – dies bedeutet auch, dass sich Eigenverantwortung und solidarische Hilfe im Krankheitsfall ergänzen. Eigenverantwortung bedeutet, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, soweit dies möglich ist. Gesundheitsbewusste Lebensführung, frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen, aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation tragen dazu bei, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder zu verzögern und die Folgen zu überwinden. In diesem Sinne weist die Broschüre den Weg zu Institutionen des Gesundheitswesens, die hierbei Hilfestellung und Tipps geben können.

Mit der Verbreitung des Gesundheitswegweisers kann die Zahl derer, die sich aktiv für ihre Gesundheit einsetzen, um ein Vielfaches gesteigert und somit -ergänzend zu den Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und der Krankheitsfrüherkennung- die Gesundheit von vielen in Deutschland lebenden Bürgern nachhaltig gesichert werden.

Die Verbreitung des Gesundheitswegweisers „Gesundheit Hand in Hand“ ist durch eine einheitliche Vertriebsstruktur gesichert. Der BKK Bundesverband hat hierfür das EMZ in Hannover mit dem bundesweiten Vertrieb, der Qualitätssicherung und der Übersetzung des Wegweisers beauftragt. Der Wegweiser kann dort oder auf der Internetseite www.bkk-promig.de bestellt bzw. als PDF-Datei herunter geladen werden. Der Wegweiser kann bestellt werden beim:

Ethno-Medizinischen Zentrum e.V.
Königstr. 6
30175 Hannover
Telefon: 0511/16841020
Fax: 0511/457215

Einzelbesteller erhalten max. 4 Exemplare des Wegweisers kostenlos zugesandt. Von 5 bis 50 Exemplaren wird lediglich eine Pauschale für Verpackung und Versand nach folgendem Schema erhoben. Besteller größerer Mengen (ab 51 Expl.) zahlen zuzüglich dieser Pauschale eine Schutzgebühr von 0,50 € je Wegweiser.

- bis 10 Exemplare 4,- €
- bis 20 Exemplare 6,- €
- bis 50 Exemplare 9,- €
- bis 100 Exemplare 12,- € (zzgl. 0,50 € je Expl.)
- bis 500 Exemplare 20,- € (zzgl. 0,50 € je Expl.)
- ab 501 Exemplare – auf Anfrage

4. Gesundheitsförderung und Prävention

4.1. „Gesundheitsförderung für MigrantInnen“ – ein Angebot von pro familia Bonn

Stéphanie Berrut

Allgemeine Übersicht

Seit März 2000 existiert bei pro familia die „Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten“. Zunächst als Projekt angelegt, handelt es sich inzwischen um ein reguläres Angebot, das bis heute vom Referat für Multikulturelles der Stadt Bonn finanziert wird.

Ausgangspunkt des Projekts war die Erfahrung, dass bestimmte Migrantengruppen die Angebote von pro familia in unterschiedlicher Weise nutzen: Während sie im eher präventiv orientierten Bereich relativ wenig Zugang finden, sind sie in der Schwangerschaftskonfliktberatung im Vergleich zu ihrem Anteil in der Bevölkerung überproportional vertreten. Eine Grundlage des Projekts ist die Annahme, dass sprachliche, kulturelle und andere Barrieren verhindern, dass das Angebot der pro familia in seiner ganzen Vielfalt Migrantinnen und Migranten erreicht.

Somit ist das übergeordnete Ziel der „Gesundheitsförderung für MigrantInnen“, die genannten Barrieren zu überwinden und die Themen und Angebote von pro familia besser zugänglich zu machen. Und zwar insbesondere für diejenigen Migrantinnen und Migranten, die wenig Zugangsmöglichkeiten zum gesundheitlichen und psychosozialen System haben. Im zentralen Themenfeld von pro familia – der sexuellen und reproduktiven Gesundheit – sollen Informationen vermittelt und Handlungsmöglichkeiten erweitert werden. Zu den Zielsetzungen gehört implizit die Prävention ungewollter Schwangerschaften und sexuell übertragbarer Infektionen, die Förderung einer selbstbestimmten Sexualität sowie der Gesundheit von Mutter und Kind (verbesserte Nutzung von gynäkologischen Vorsorge-, Schwangerschafts- und Kinderarztuntersuchungen). Drei Strategien haben sich im Laufe der Jahre zur Zielerreichung bewährt:

Die aufsuchende Arbeit mit Erwachsenen und Jugendlichen

Bereits in einem frühen Projektstadium stellte sich die fundamentale Bedeutung einer aufsuchenden Strategie und einer engen Kooperation mit anderen Organisationen und Institutionen im interkulturellen Bereich heraus.

„Aufsuchend“ meint, die Angebote von pro familia zu den MigrantInnen und in ihre Alltagsstrukturen zu „tragen“. Da ich selber weiblich bin, richtet sich dieses Vorgehen besonders an Mädchen und Frauen. Neben dem Argument einer vertrauten Gruppe und Umgebung spricht für die aufsuchende Arbeit, dass für eine Reihe von Frauen mit Migrationshintergrund eine Ausgekkultur

zu öffentlichen Informationsveranstaltungen wenig üblich ist. Dementsprechend reichen die Räumlichkeiten von öffentlichen Orten wie Schulen und Kindergärten über Räume der Kontaktorganisationen bis zu den Wohnungen von TeilnehmerInnen. Besonders bedeutsam zur Erreichung der Zielgruppe und der beschriebenen Ziele sind Veranstaltungen in Kursen für Deutsch als Fremdsprache, so dass auf diesen Aspekt als Beispiel der aufsuchenden Arbeit im Erwachsenenbereich im nächsten Abschnitt noch genauer eingegangen wird.

Im Jugendbereich sind die Veranstaltungen stärker (sexual-)pädagogisch ausgerichtet. Sie richten sich vor allem an solche Jugendliche, die aus kulturellen, sprachlichen oder formalen Gründen (z. B. späte Einreise) durch die sexualpädagogischen Angebote während der Schulzeit wenig bzw. nicht erreicht werden. In kleinen, je nach Zielsetzung kulturell homogenen Gruppen wird gezielt auf Fragen und Schwierigkeiten der Jugendlichen eingegangen. Diese ergeben sich unter anderem aus den oftmals widersprüchlichen Erwartungen der Herkunftsfamilie und der deutschen Mehrheitsgesellschaft, denen die Sexualerziehung in der Schulklasse oft wenig Rechnung trägt. Viele Jugendliche, die erst später nach Deutschland kommen, haben außerdem keine Sexualaufklärung in den Schulen ihres Herkunftslands erhalten. Da auch in den Familien nicht immer aufgeklärt wird, haben sie zum Teil erhebliche Wissenslücken.

Schulungen von MultiplikatorInnen anderer Einrichtungen (i.d.R. fremdfinanziert)

Zum Bereich der Multiplikatorenschulungen gehören zum einen Anfragen zu Präsentationen auf Tagungen in anderen Regionen Deutschlands, um dort zu überlegen, ob sich (Teil-)Inhalte des Projekts auch vor Ort umsetzen lassen. Zum anderen ist es ein Anliegen, die gesammelten Erfahrungen aus Bonn weiterzugeben und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Institutionen im Themenfeld Migration und sexuelle Gesundheit zu schulen. Hintergrund dieses Vorgehens ist der Gedanke, dass der Abbau von Barrieren nicht nur auf der Seite der Migrantinnen und Migranten, sondern insbesondere auch auf der Seite der Anbieter und Angebote zu erfolgen hat. Daher werden Workshops für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren unterschiedlicher Berufe und Arbeitsfelder durchgeführt. Ziel ist es beispielsweise, durch die Vermittlung von Informationen zur Sozialisation „zwischen den Kulturen“, zu unterschiedlichen Konzepten im Bereich Gesundheit/Prävention und durch Klärung von Unsicherheiten im Umgang mit dem Thema Sexualität bei bestimmten Migrantengruppen mehr Handlungssicherheit und Kompetenzen in interkultureller Kommunikation zu vermitteln.

Prozess der migrationssensiblen Öffnung

Da es ein langfristiges Ziel sein sollte, das Gesundheits- und psychosoziale System so zu öffnen, dass sich alle Mitglieder der Gesellschaft durch die Angebote angesprochen fühlen, wurde auch in der pro familia Beratungs-

(Heil-)Wissen verfügen, ist das biologische Schulwissen in unserem Sinne sehr unterschiedlich ausgeprägt – und gleichzeitig notwendig für das Verständnis ärztlicher Erläuterungen. Mit den Vokabeln zu Krankheitssymptomen werden Präventionsbotschaften verknüpft, und die Verhütungsmethoden werden nicht nur benannt, sondern auch genau erläutert. Spätestens an dieser Stelle fangen die Frauen in der Regel auch an, persönliche Fragen zu stellen und sich untereinander über ihre Erfahrungen auszutauschen.

Die weiteren Themen der Veranstaltungen orientieren sich stark an den Wünschen der Frauen. Beispiele sind: die Angebotsstruktur des deutschen Gesundheitssystems (hier liegen oft Unklarheiten vor, auch schon deshalb, weil andere Nutzungsformen in den Herkunftsländern bestehen), (unerfüllter) Kinderwunsch, Schwangerschaftsabbruch, weibliche genitale Exzision (die sog. „Beschneidung der Frau“), Sexualerziehung der eigenen Kinder. In allen Veranstaltungen sprechen die Frauen bzw. Mädchen außerdem auch immer wieder den unterschiedlichen kulturellen Umgang mit diesen Themen an und die sich daraus für sie ergebenden Konsequenzen – sei es als Tochter, Mutter oder Partnerin. Gerade auch dann ist es eine Bereicherung, dass es sich um multikulturelle Gruppen handelt. Sie ermöglichen einen Erfahrungsaustausch unter Frauen gleicher und unterschiedlicher Nationalität mit ähnlichen und unterschiedlichen Migrationserfahrungen. Diskussionen machen deutlich, dass es verschiedene Sichtweisen ähnlicher Problemlagen gibt, und die Teilnehmerinnen sehen, dass andere Frauen bei gleichen Erfahrungen andere Bewertungen vornehmen und vielleicht andere Lösungsstrategien gefunden haben.

Das Angebot der pro familia wird abgerundet durch das Verteilen von fremdsprachigen Broschüren verschiedener Anbieter sowie eigens für diese Veranstaltungen angefertigter Materialien wie Vokabellisten, Erinnerungslisten etc. So können die Teilnehmerinnen beispielsweise neben die deutschen Vokabeln und Bilder die Bezeichnungen in der Muttersprache schreiben und so die Listen beim Arztbesuch zur Verständigung nutzen. Die Veranstaltungen sind auch bei geringen Deutschkenntnissen möglich, weil langsam, mit Modellen, Händen und Füßen sowie gemeinsamen Übersetzungen quer durch alle Sprachen vorgegangen wird. Da die Frauen unter sich sind und eine ausführliche Eingangsrunde stattfindet, ist die Atmosphäre entspannt und meist voller Humor. Sprachgewirr und Erzählungen aus den Herkunftsländern tragen dazu zusätzlich bei. Falls es sich nicht um reine Frauendeutschkurse, sondern um gemischtgeschlechtliche Kurse handelt, ist es zuweilen möglich, Lehrer dafür zu gewinnen, parallele Veranstaltungen für die Männer durchzuführen. Dies ist jedoch von der (insgesamt geringen) Verfügbarkeit männlicher Lehrer und deren Bereitschaft abhängig, sich dem Thema Gesundheit bzw. sexuelle Gesundheit ausführlicher im Rahmen der Deutschkurse zu widmen.

Ein den Deutschkursen entlehntes, jedoch noch intensiveres Vorgehen ist in Kooperationen mit Kindergärten möglich. Diese Zusammenarbeit existiert seit einigen Jahren in Stadtteilen mit hohem Migrantenanteil. Hintergrund dieser Kooperationen ist das Projektziel, auch Frauen zu erreichen, die keiner-

lei Kontakt zur deutschen Gesellschaft haben – außer dem zum Kindergarten. Da eine Reihe von Kindergärten Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund haben und außerdem viel Zeit zur Verfügung stellen, können mit ihnen mehrtägige Veranstaltungsreihen angeboten werden, die zahlreich von der gewünschten Zielgruppe besucht werden. In diesen Veranstaltungen steht neben der Frauengesundheit stets auch die Kindergesundheit auf dem Programm, die mit ähnlichem Vorgehen (Vokabeln, Informationen, Motivierung zu gesundheitsförderlichem Verhalten) behandelt wird. Da die Zielgruppe in diesem Fall oft sehr wenig Deutsch versteht und einen höheren Analphabetinnenanteil hat, ist das Vorgehen jedoch noch stärker an Mimik, Gestik und Bilder gekoppelt.

Schwierigkeiten und Hürden

Es hat sich bewährt, Veranstaltungen in vorgegebenen Strukturen wie zum Beispiel Deutschkursen und Gesprächskreisen zu machen, an denen die Frauen ohnehin regelmäßig teilnehmen. Extra organisierte offene Veranstaltungen, zu denen eingeladen wird wie z. B. in den Kindergärten, funktionieren nur, wenn Kooperationspersonen – i.d.R. mit Migrationshintergrund! – existieren, die intensiven Kontakt zur Zielgruppe haben und diese nachdrücklich einladen.

Auch sollte die Beschreibung der zahlreichen Veranstaltungsformen nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich um eine hohe, jedoch meist „passive“ Nachfrage handelt. Das heißt, dass das Angebot, Veranstaltungen durchzuführen, von den Kontaktpartnern stets erfreut angenommen wird, jedoch eine kontinuierliche aktive Kontaktpflege durch pro familia notwendig ist. Erst in letzter Zeit deutet sich hier eine kleine Veränderung an: Frauen(-gruppen), zu denen bisher noch kein Kontakt bestand, fragen von selber das Angebot nach. Dies spricht für eine gute Mund-zu-Mund-Propaganda im Anschluss an miterlebte Veranstaltungen.

Ferner bot pro familia zu Beginn des Projekts eine offene Sprechstunde für Migrantinnen und Migranten an, die breit beworben, jedoch nicht angenommen wurde. Im Gegensatz dazu wird die Möglichkeit der persönlichen Beratung unmittelbar nach den Veranstaltungen gerne genutzt. Teilnehmerinnen aus den Kursen oder ihre Bekannten finden den Weg in die Beratungsstelle, wenn sie ein Anliegen haben, und auch Weitervermittlungen an andere Stellen sind erfolgreich möglich. Hemmschwellen sind also durchaus abbaubar, allerdings über den persönlichen Kontakt, der in den Veranstaltungen entsteht. Dies ist nur eine derjenigen Erfahrungen, die deutlich machen, dass eine aufsuchende personalkommunikative Strategie im Sinne des Setting-Ansatzes für die Erreichung sozial benachteiligter MigrantInnen wohl auch weiterhin notwendig sein wird – unabhängig von der fraglos wichtigen migrations-sensiblen Öffnung der Regelangebote.

Da oft danach gefragt wird, soll auf einen Punkt hingewiesen werden, der explizit keine Hürde darstellt: bisweilen besteht die Vorstellung, dass es ein besonderes Problem sei, in Gruppen mit Migrationshintergrund das Thema

Sexualität anzusprechen. Dies ist nicht der Fall. Frauen auf der ganzen Welt sind es gewohnt, untereinander über dieses Thema zu reden. Aufgeschlossen, ohne wertende Vorannahmen und unter der Berücksichtigung allgemeingültiger (Beratungs-)Regeln (z. B. nicht mit der Tür in Haus fallen) kommt man ohne Schwierigkeiten ins Gespräch.

Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung, Übertragbarkeit

Verschiedene Aspekte weisen auf den Nutzen des Projekts für die Frauen und Mädchen hin. Abgesehen von einer Fragebogenerhebung unter den (bei den Veranstaltungen anwesenden) Deutschkurslehrerinnen basieren sie auf Beobachtung und Rückmeldungen. Ein wesentliches Kriterium für den Erfolg des Projekts ist die Reaktion der Teilnehmerinnen selber. Sie nehmen nach der Veranstaltung meist begeistert und mit vielen Dankesworten Abschied. Auch während der Veranstaltung zeigt die gelöste Atmosphäre, dass sie sich wohlfühlen. Ihre Fragen zu allgemeinen Informationen und persönlichen Themen verdeutlichen ihr Interesse. Nachhaltige Wirkung wird deutlich, wenn Teilnehmerinnen über die Jahre wiederholt an Veranstaltungen teilnehmen: sie sind dann zunehmend sprachlich gewandter, stellen tiefergehende Fragen oder berichten, dass sie die Informationen z. B. an ihre Kinder weitergeben oder mit Hilfe der Vokabellisten eigenständig eine Gynäkologin aufgesucht haben.

Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung in diesem Sinne entstehen durch die Verknüpfung von Spracherwerb und Themenvermittlung – eine Kombination, die sich auf viele Gesundheitsbereiche übertragen lässt. Da es sich um ein sehr kleines Angebot mit entsprechend geringem Etat handelt (3-5 Wochenstunden), lässt es sich finanziell unaufwändig realisieren. Durch eine über Jahre gewachsene Zusammenarbeit mit Kontaktorganisationen und Routine ist es außerdem möglich, die meiste Zeit direkt mit der Zielgruppe zu verbringen: von 2000 bis 2005 fanden 126 Veranstaltungen mit durchschnittlich 10 bis 15 TeilnehmerInnen statt. Als Nachteil kann erlebt werden, dass die aufsuchende Strategie eine hohe zeitliche Flexibilität erfordert, da man sich z. B. nach den Kurszeiten der Deutschkursveranstalter richten muss.

Zukunftsorientierung ist außerdem gegeben, in dem nicht nur Verhaltenprävention mit der Zielgruppe erfolgt, sondern auch Verhältnisprävention im Sinne einer migrationssensiblen Öffnung der Beratungsstelle, um deren Tätigkeit zunehmend einem breiteren Publikum verfügbar zu machen. Diesem Ziel dient auch die Vernetzung auf kommunaler Ebene, die im Kontext der „Gesundheitsförderung für MigrantInnen“ über die üblichen Kooperationspartner hinausgeht und Kindergärten, Sprachkurs- und andere Bildungsträger, Frauenhäuser, Hochschulgemeinden, Migrantenselbstorganisationen etc. umfasst. Auch die Weitergabe der Projekterfahrungen bei Schulungen und Tagungen in anderen Regionen Deutschlands wird als Beitrag zu einer langfristigen Umorientierung der Angebote im gesundheitlichen und psychosozialen Bereich gesehen – hin zu einer stärkeren Berücksichtigung der Vielfalt unserer Gesellschaft.

Zusammenfassung

„Gesundheitsförderung für MigrantInnen“ ist ein Angebot von pro familia Bonn, das sich schwerpunktmäßig an Mädchen und Frauen mit Migrationshintergrund richtet, die wenig Zugang zu psychosozialen und medizinischen Angeboten haben. Ziel des Angebots ist es, Wissen und selbstbestimmtes Handeln im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu fördern. Wesentliche Elemente sind die aufsuchende Strategie sowie eine enge Kooperation mit anderen, im interkulturellen Bereich tätigen Organisationen. Darüber hinaus gehören Multiplikatorenschulungen sowie die Initiierung eines Prozesses der migrationssensiblen Öffnung der Beratungsstelle ins Programm. Verschiedene Parameter belegen den Erfolg des Ansatzes.

4.2. Frankfurter Afrikasprechstunde – Gesundheitsberatung für Menschen mit Migrationshintergrund im Regeldienst

Sonja Stark, Virginia Wangara-Greiner, Hans Wolter

Vorgeschichte und Konzept

Das Projekt „Gesundheitsberatung für afrikanische Frauen, Männer und Familien“ begann Anfang 2001 mit einem Kooperationsverbund verschiedener kommunaler Stellen und Migrationsvereine in Frankfurt am Main¹. Es wurde ein Konzept erarbeitet, das vom humanitären Hilfsgedanken ausgeht und an den Einwohnern Frankfurts ausgerichtet ist, welche durch die bestehenden Versorgungsaufträge im Gesundheitswesen aus verschiedenen Gründen nicht erreicht werden. Wesentlicher Bestandteil des Konzepts war und ist von Beginn an eine effektive Beteiligung der Betroffenen an der Planung und Umsetzung des neuen Gesundheitshilfeprojekts.

Aus pragmatischen und integrationsrelevanten Überlegungen heraus wurde das Konzept ausschließlich auf alle afrikanischen Einwohner der Stadt bezogen. Wie sich in der Folge zeigte, wurde das neu zu schaffende Angebot wiederum aus pragmatischen Gründen auf Menschen aus subsaharischen und ostafrikanischen Staaten eingegrenzt.²

Die bei dem Frankfurter Projekt angelegten pragmatischen Kriterien für die Konzeptentwicklung und die Planung beziehen sich vor allem auf folgende Tatbestände:

- Eine Fachkraft mit Migrationshintergrund und einschlägigen Sprachkenntnissen sowie Erfahrung in der Gesundheits- und Sozialberatung stand zur Verfügung.
- das neue Angebot konnte innerhalb bestehender Kapazitäten geplant werden.
- Selbsthilfestruckturen in Form von Migrantenvereinen und Gesundheitsinitiativen waren vorhanden bzw. im Aufbau begriffen. Sie boten sich für eine komplementäre Förderung an (auch im Sinne der Mobilisierung neuer und eigenständiger Ressourcen von Migranten).
- Es lagen gute Erfahrungen beim Zugang zur Kultur-, Medien- und Öffentlichkeitsarbeit in den verschiedenen afrikanischen Communities bzw. Vereinen vor

¹ Beteiligt sind neben dem Frankfurter Gesundheitsamt das Amt für multikulturelle Angelegenheiten, Frauenreferat, Sozialamt und Maisha e.V., Selbsthilferuppe afrikanischer Frauen in Deutschland

² Am 31.12. 2004 waren in Frankfurt 13.176 Staatsangehörige aus Afrika mit Hauptwohnung in Frankfurt am Main gemeldet. Davon kamen 8.254 aus nordafrikanischen Ländern und rd. 4.800 aus den Staaten südlich der Sahara wie z. B., Kamerun, Ghana, Kenia, Kongo, , Sierra Leone, Nigeria sowie Äthiopien, Somalia, Sudan und Eritrea. Die Statistik kann jedoch nicht die tatsächliche Anzahl der afrikanischstämmigen Bevölkerung benennen. Es müssen weitere Gruppen hinzugezählt werden: Afrikaner mit englischer, französischer, portugiesischer und amerikanischer Staatsangehörigkeit, Eingebürgerte Afrikaner, Asylbewerber, Asylberechtigte, nicht registrierte Personen wie z. B. Touristen oder Prostituierte.

- Innerhalb des Frankfurter Gesundheitsamtes gibt es wöchentlich seit 1998 die rein ärztlich geleiteten „Roma-Sprechstunde“. Die entsprechenden Erfahrungen wurden quantitativ und qualitativ für das neue Konzept und die neue Zielgruppe ausgewertet.

Die integrationsfördernden Überlegungen, die innerhalb des Konzepts zum Tragen kommen, resultieren aus den Erfahrungen und Erkenntnissen der Migrationsdienste und kommunalen Stellen mit kleinen Migrantengruppen unter der insgesamt rund 180.000 Menschen zählenden Migrantenbevölkerung Frankfurts:

- die Lebenssituation vieler Afrikaner hinsichtlich des Aufenthalts- und Versicherungsstatus unterscheidet sich von den Hauptgruppen der Frankfurter Migranten aus dem süd-, südosteuropäische, türkischen und arabischem Raum rechtlich und materiell z.T. gravierend;
- gerade für kleinere Minderheiten in der Ausländerbevölkerung („Minderheit in der Minderheit“) fehlen häufig die sprachlichen und informativischen Zugänge zur Sozial- und Gesundheitsversorgung; sie sind im Vergleich deutlich schlechter als bei den Hauptgruppen der ausländischen Bevölkerung
- für die nationalstaatlich und sprachlich vergleichsweise stark heterogene Gruppe der Schwarzafrikaner sind neue Formen gemeinsamer Selbsthilfestrukturen nützlich und können gerade durch gesundheitsfördernde Maßnahmen neu entwickelt bzw. unterstützt werden.

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht waren folgende Aspekte für die Konzeption von Bedeutung:

- Während für die großen Gruppen der Frankfurter Migrantenbevölkerung insgesamt (noch) gilt, dass eine Segregation bzw. „Inselbildung“ nach ethnischen und nationalen Merkmalen nicht erfolgt, siedeln sich kleine bzw. neu in der Stadt eintreffende Migrantengruppen vorzugsweise in einem oder wenigen Quartieren an. Dieses Verhalten und sozialräumliche Determinanten schränken die soziale und kulturelle Teilhabe dieser Bevölkerungsgruppen ein und können den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung erschweren.
- Durch die vorliegenden Erfahrungen aus den Migrationsdiensten stand fest, dass die Patienteninformation über den Zugang zur ambulanten und stationären Versorgung für diese Gruppen als nicht gesichert gelten muss. Insbesondere die großen Fachanhörungen zur psychosozialen und zur medizinischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Frankfurt hatten bereits in der Vergangenheit eine Reihe von Hinweisen zur gesundheitlichen Benachteiligung von zahlenmäßig relativ kleinen Migrantengruppen in Frankfurt am Main ergeben.
- Durch vorhergehende Kooperationen und Kontakte mit verschiedenen Migrantenvereinen waren Elemente für die Planung und Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Settings, in dem die Vernetzung und Beteiligung von afrikanischstämmigen Migranten ermöglicht wird, bekannt. Das Kon-

zept sieht deshalb vor, dass die Afrikasprechstunde selbst zu einem Element in der Lebenswelt der afrikanischen Migranten werden soll. Entsprechend sind die Organisation und das Selbstverständnis des Angebots im Gesundheitsamt in einem längeren Prozess innovativ zu gestalten.

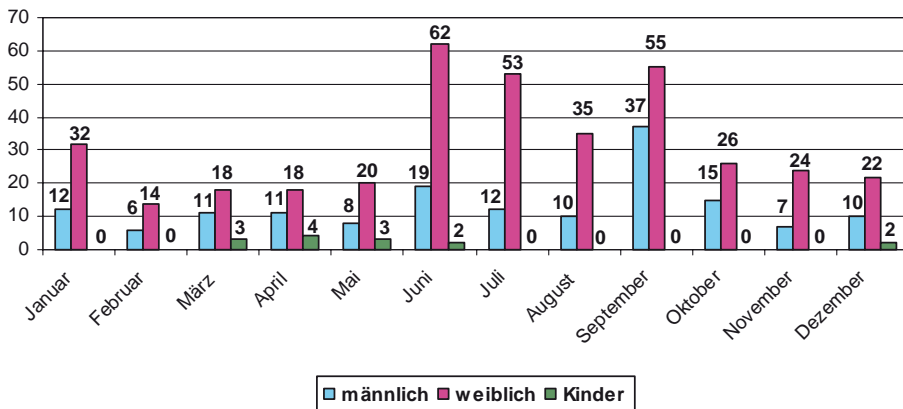
Die Frankfurter Afrikasprechstunde in der Praxis

Die Planung im Kooperationsverbund führte zur Eröffnung der allgemein nach kurzer Zeit so genannten Afrikasprechstunde am 13. Dezember 2001 in sehr gut geeigneten Räumlichkeiten des Gesundheitsamtes.

Um das Angebot bekannt zu machen, wurden im Vorfeld Informationsveranstaltungen z.B. in afrikanischen Gemeinden durchgeführt. In afrikanischen Geschäften und Lokalen wurden der Kontakt zu Geschäftsinhabern und Kunden gesucht und Informations-broschüren verteilt. Aber auch Bordellbewohnerinnen wurden über Streetworkmaßnahmen erreicht und informiert. Solche Informationen werden bis heute regelmäßig an die Migrantenvereine und Migrationsdienste und nicht zuletzt innerhalb der Gottesdienste der afrikanischen Kirchengemeinden an die Menschen dort herangetragen. Interventionen dieser Art im Lebensumfeld der Menschen führten offenbar ganz wesentlich dazu, dass das Anbot von Beginn an bis an die bestehenden Kapazitätsgrenzen (Personal, Öffnungszeiten und Räumlichkeiten) in Anspruch genommen wurde.

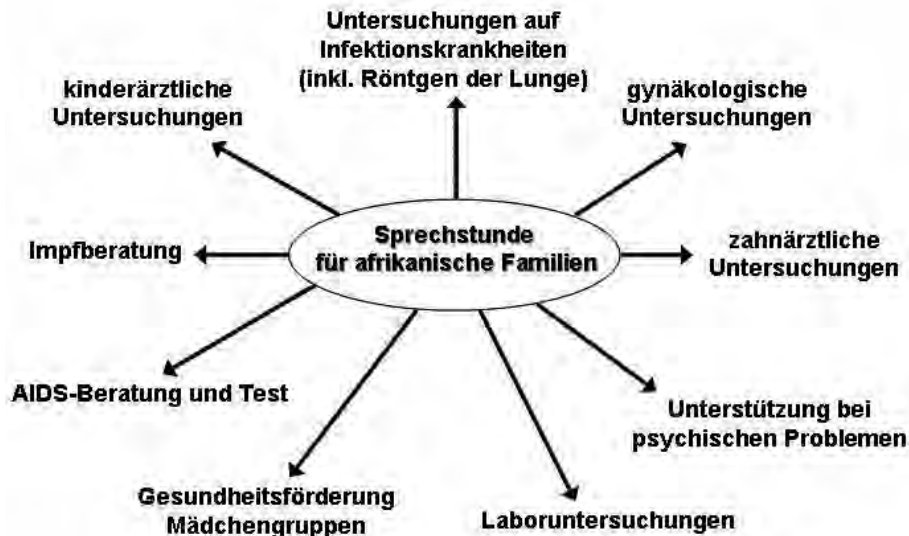
Die Öffnungszeiten der Frankfurter Afrikasprechstunde sind jeden Donnerstag von 8 bis 12 Uhr. Im Durchschnitt wurden 2005 rund 12 Beratungsfälle pro Sprechstundentag erreicht. Bei den Zahlen ist jeweils zu berücksichtigen, dass in aller Regel eine Begleitung von Angehörigen, Freunden oder Dolmetschern stattfindet. Die Beratungen sind kostenlos und anonym und finden in Deutsch, Englisch, Kikuyu oder Kisuaheli statt. Für weitere Sprachen erfolgt die Beratung über Dolmetscher.

Besucherzahlen Afrikasprechstunde 2005; gesamt 551 (ohne Familienangehörigen, Dolmetscher und sonstige Begleitpersonen)



In dreiviertel der Konsultationen werden die soziale und familiäre Situation von den Besuchern der Sprechstunde von sich aus angesprochen. In diesen Fällen wird die Afrikasprechstunde jeweils zur Clearingstelle für Integrationsfragen. In der Praxis zeigt sich sehr deutlich, dass erst durch Klärung materieller und psychosozialer Probleme der Zugang zu den medizinischen Fragen möglich wird. Sie werden von den Betroffenen häufig nicht als existenziell bedrohlich definiert, sind jedoch unter dem medizinischen Aspekt durchaus als kurz-, mittel- oder langfristig schwerwiegend zu betrachten. Die allgemeinmedizinischen Beschwerden zeigten im Wesentlichen das ganze hausärztliche Spektrum, d.h. angefangen von akuten Infekten des oberen Respirationstraktes über Magen-Darm-Beschwerden, Erkrankungen des Bewegungsapparates, chronische Herz-Kreislaufferkrankungen, Diabetes mellitus bis hin zu infektiösen Diarrhoen und offener TBC. Auffällig ist hier der Schweregrad der Erkrankung bei Erstkonsultation. Obwohl Beschwerden schon seit längerem bestehen, erfolgen häufig keine Arztkonsultationen oder aber es war ein einmaliger Arztbesuch erfolgt, ohne dass die Therapieempfehlung vom Patienten angenommen wurde.

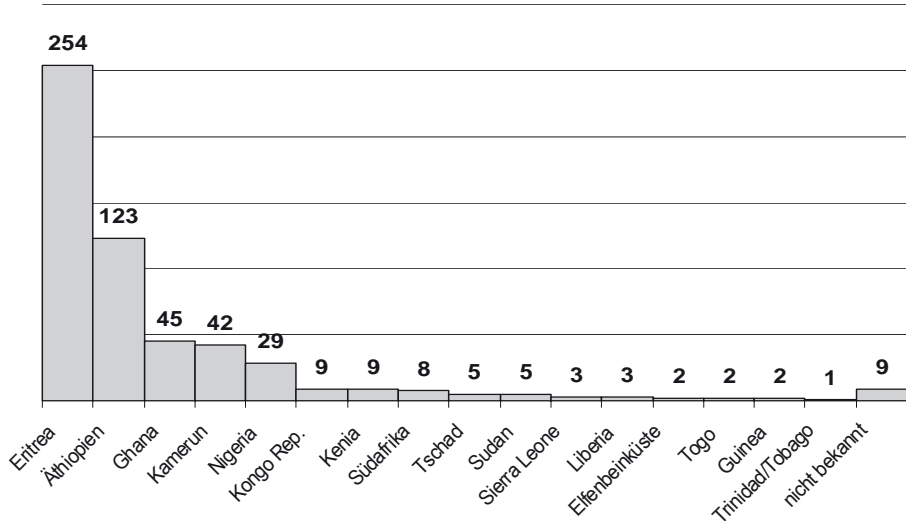
Zur medizinischen Beratung steht eine Allgemeinmedizinerin des Gesundheitsamtes während der Sprechzeiten zur Verfügung. Über sie kann unmittelbar die Vermittlung zu verschiedenen Fachabteilungen des Hauses erfolgen. Die Möglichkeiten innerhalb des Gesundheitsamtes sind vielfältig (siehe Grafik) Für eine weitergehende Diagnostik und Therapie erfolgt eine Weitervermittlung zu niedergelassenen Ärzten.



In relativ wenigen Fällen (unter 5%) erfolgen Konsultationen bezüglich der Problematik der weiblichen Genitalverstümmelung. Nach allen Erfahrungen liegt sehr viel häufiger eine Beschneidung vor, allerdings erfordert das Ansprechen dieser Problematik hohes Vertrauen, das sich im Einzelfall erst über längere Zeiträume hin entwickelt. Der zweite Grund dafür, dass Beschneidung selten thematisiert wird, liegt in den vielen vordringlich existenziellen

Problemen, die vor einer Bearbeitung dieses tabuisierten Themas angesprochen werden und alle Kräfte binden. Im Einzelfall findet – häufig erst nach mehreren Gesprächen innerhalb der Afrikasprechstunde – eine Begleitung zu einer niedergelassenen Psychologin statt.

Herkunftsländer in der Afrikasprechstunde 2005



Probleme und Herausforderungen

Die hausinternen Erfahrungen und Erhebungen der Vergangenheit zeigen einerseits, dass der Anteil ausländischer Ratsuchender im Hinblick auf Präventionsangebote gering bis sehr gering ist. Eine systematische Datenerhebung im Hinblick auf den Bedarf ist in diesen Fällen- auch in einem Gemeinwesen von der Größe und der Migrationsdichte Frankfurts – gerade im Hinblick auf vergleichsweise kleine Gruppen in der Migrantenbevölkerung nicht möglich. Andererseits zeigt der Versorgungsalltag in den Frankfurter Regeldiensten und in den Migrationsdiensten eine Vielzahl grenzwertiger Einzelfälle: sei es im Hinblick auf fehlende Patienteninformation zu gesundheitlichen Versorgungs- bzw. Therapiemöglichkeiten, sei es im Hinblick auf schwere Erkrankungen infolge unterbliebener medizinischer Behandlung.

Übersehen wird allerdings häufig, dass zusätzliche Versorgungs- und Hilfsangebote diese Nachteile bei vielen Migranten nicht quasi automatisch kompensieren. Vielmehr können dadurch durchaus neue Risiken im Gesundheitsverhalten der Menschen entstehen. Denn Medizin und Gesundheitsversorgung in Deutschland werden gerade auf Seiten vieler Migrantinnen und Migranten als hochentwickelt und leistungsfähig angesehen. Daher bestehen hohe Erwartungen an das Sozial- und Gesundheitssystem, die in vielen Fällen unerfüllbar sind. Tatsächliche Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung werden häufig als Form von Diskriminierung erlebt bzw. als solche vermutet.

Hingegen fehlen Eigeninitiative, Information und Bildung als Voraussetzung, um Medizin und psychosoziale Beratungsleistungen effektiv zu nutzen. Häu-

fig werden solche Kompetenzen von Migrantinnen und Migranten im Zusammenhang mit medizinischer und gesundheitlicher Hilfe unterschätzt oder als überflüssig betrachtet.

Insofern muss der Gedanke der sozialen Selbsthilfe bis hin zur Bildung von Selbsthilfegruppen und Gesundheitsinitiativen unter den Migranten viel stärker verbreitet werden als bisher. Entsprechende Mediatorenprogramme müssen propagiert und weiterentwickelt werden, damit Diskriminierungsvermutungen auf Seiten der Migranten nicht die Ausbildung von Selbstbewusstsein und Eigeninitiative verhindern. Nur so können neue einseitige Abhängigkeiten auch im Falle von innovativ gestalteten und humanitär begründeten Hilfsstrukturen wie im Fall der Frankfurter Afrikasprechstunde vermieden werden.

Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung und Übertragbarkeit

Das Gesundheitshilfeprojekt Afrikasprechstunde ist von Anfang an darauf angelegt, durch Beteiligung von Migranten an der Konzeption und der Umsetzung in die Praxis, durch mehrsprachige Falblätter, den Einsatz von Dolmetschern und ein Programm zur Schulung von Multiplikatoren ein dauerhaftes integratives Angebot im Regeldienst des Gesundheitsamtes zu werden. Im Gesundheitsamt selbst befinden sich auf den verschiedenen Hierarchie- und Funktionsebenen Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund, die an der konzeptionellen und planerischen Arbeit beteiligt werden. Fortbildungen zur interkulturellen Kompetenz werden von Mitarbeiter/innen laufend besucht.

Die Kooperation mit einem Migrantinnenverein stellt ein konzeptionelles Kernstück der Afrikasprechstunde dar. Im Rahmen dieser Kooperation wird erfolgreich versucht, begleitende Angebote und gesundheitsfördernde Prozesse zu initiieren. Dazu gehören unter anderem Gesundheitsförderungsangebote in Zusammenarbeit mit einem Frankfurter Sportverein und Trainern aus Afrika, in die vor allem afrikanische Kinder und Jugendliche einbezogen werden. Offene Gruppenangebote und Kurse zum Umgang mit Ernährungs- und Hygienefragen werden inzwischen laufend angeboten ebenso wie Gruppenabende zur Familienplanung und Sexualaufklärung. Diese Aktivitäten und die Bereitstellung geeigneter Räumlichkeiten werden in Kooperation mit dem Sportverein mit Mitteln aus dem Gesundheitsetat der Stadt Frankfurt und mit Spenden finanziert.

Seit 2005 beteiligt sich das Gesundheitsamt Frankfurt am bundesweiten interkulturellen Gesundheitsprojekt „Mit Migranten für Migranten“ des BKK-Bundesverbandes. Die Beteiligung am MiMi-Projekt³ wurde in Frankfurt immer auch als ein Projekt zur Stärkung von Ressourcen für die Afrikasprechstunde gesehen. Bei der Auswahl von Schulungsteilnehmer/innen für das bundesweite Gesundheitsprojekt wurde von daher besonderer Wert auf die Ausbildung von afrikanischstämmigen Gesundheitsmediator/innen gelegt⁴. Es zeigte sich, dass die Arbeitszusammenhänge in und um die Afrikasprech-

³ Darstellung des MiMi-Projekts unter www.bkk-promig.de/

⁴ Herkunftsländer der 46 MiMi-Schulungsteilnehmer/innen in Frankfurt am Main (2005 und 2006 zusammengefaßt) siehe Tabelle

stunde herum einerseits den Zugang zu und die Auswahl von geeigneten Bewerber/innen (gesundheitsfördernde Motivation, Mehrsprachigkeit, hoher Bildungsgrad) für das MiMi-Programm sehr erleichterten. Andererseits bedeutet die Ausbildung von 33 interkulturellen Gesundheitsmediatoren aus insgesamt 8 afrikanischen Staaten einen vielfältigen und direkten Zugang zu afrikanischen Gemeinden, Familien und Individuen.

Tabelle Länder und Besuche

Eritrea	10
Äthiopien	8
Russland	2
Äthiopien, Eritrea	1
Togo	2
Kamerun	4
Ghana	1
Ukraine	2
Türkei	4
Somalia	1
Kenia	5
Ukraine	2
Kroatien	1
Burkina-Faso	1
Kasachstan	1
Afghanistan	1
Bosnien-Herzeg.	1

Zusammenfassende Bewertung

Ein Gesundheitshilfeprojekt für „kleine“ Minderheiten in der Migrantenbevölkerung, wie die Frankfurter Afrikasprechstunde, leitet innerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes neue Prozesse des interkulturellen Lernens, des intersektoralen Handelns und der Netzwerkförderung ein. Die Verbindung zu lokalen und überlokalen Leistungsstrukturen wie Sportvereinen und Krankenkassenprojekten ist vergleichsweise einfach herzustellen und erleichtert Innovationen in der kommunalen Präventionspolitik. Ein Gesundheitshilfeprojekt wie die Afrikasprechstunde im Gesundheitsamt, scheint konzeptionell, planerisch und finanziell auch auf Kommunen mit anders zusammengesetzter Migrantenbevölkerung übertragbar zu sein. Maßgeblich für die Nachhaltigkeit ist – eingebettet in ein Tableau von pragmatischen, integrationsfördernden und gesundheitswissenschaftlichen Kriterien – die Unterstützung sozialer Selbsthilfestrukturen von Migrantinnen und Migranten.

4.3. FLUG – Flucht und Gesundheit Freiburg.

Ein Projekt zur Veresserung der Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung bei Flüchtlingen. Gefördert durch den Europäischen Flüchtlingsfonds

Jochen Hilpert

Allgemeine Beschreibung des Projektes

Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung von Flüchtlingen ist der Schwerpunkt des Projektes „FLUG – Flucht und Gesundheit“ des DRK-Landesverbandes Badisches Rotes Kreuz. Flüchtlinge und Asylbewerber/-innen sind in ihrer psychischen und physischen Gesundheit häufig sehr belastet. Das Projekt FLUG stellt mit niedrigschwelligen Angeboten den Flüchtlingen Möglichkeiten zu Verfügung, ihre zum Teil traumatischen Fluchterlebnisse zu bewältigen und mit den Belastungen in ihrer schwierigen Lebenssituation in Deutschland umzugehen.

Gezielte Information und Aufklärung zum deutschen Gesundheitswesen, psychosoziale Beratung, HIV-Prävention und Krisenintervention gehören ebenso zu den Angeboten wie Bewegung, Sport und Rechtsberatung. Weitere Angebote entstehen in Themenbereichen wie z.B. Zahnpflege, Ernährung und Freizeitgestaltung. Modellhaft sind die Kooperation unterschiedlicher Träger, innovative Methoden in der Gesundheits- und Aidsprävention bei Flüchtlingen und die örtliche Vernetzung.

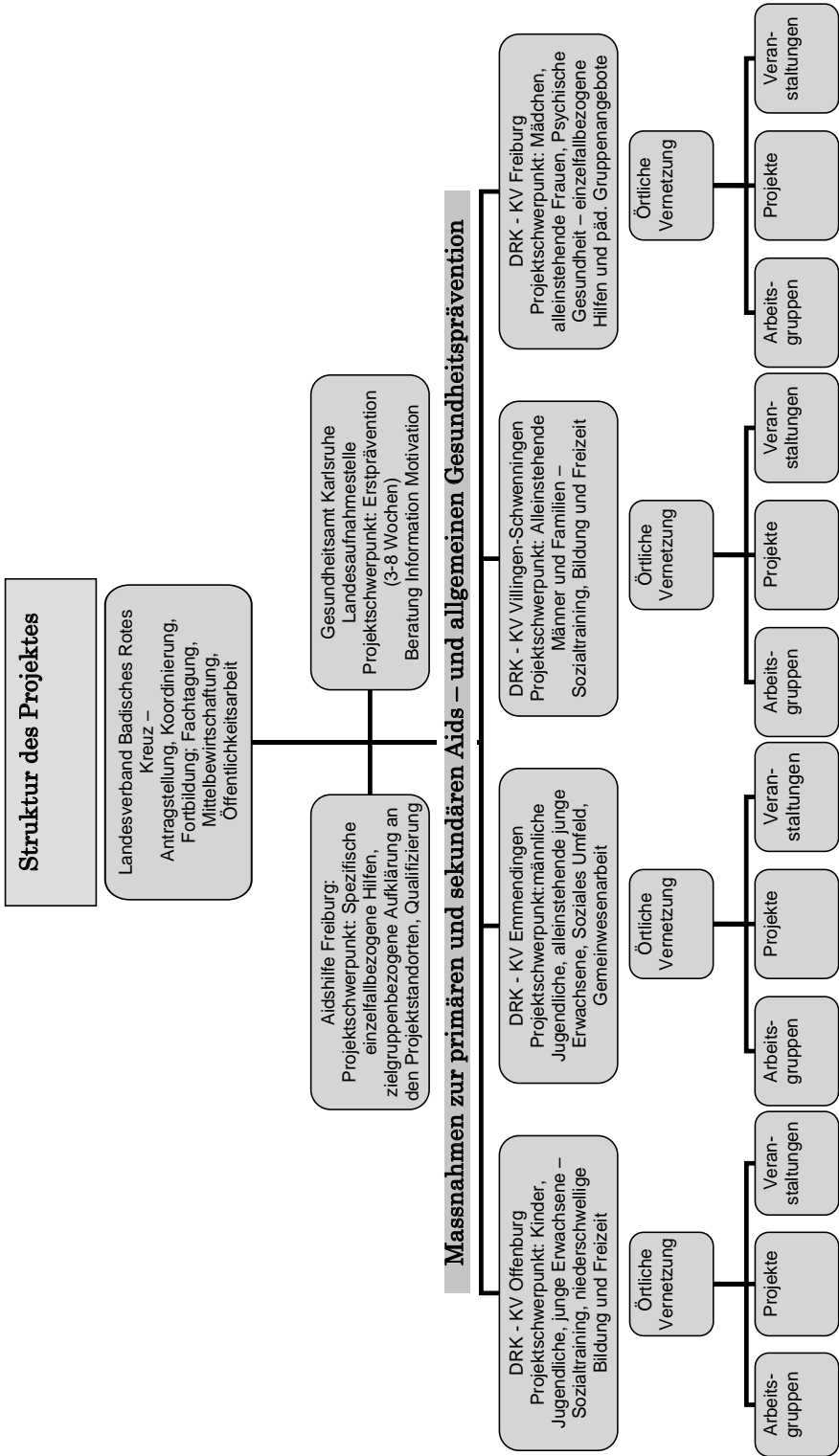
Der Einsatz und die Schulung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern im Projekt dienen nicht nur der reinen Übersetzung in eine andere Sprache, sondern auch ganz wesentlich dem kulturellen Transfer medizinischer Informationen. Weitere Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, wie ehrenamtliche peer-educators oder Mitarbeiter/-innen von kommunalen Sozialdiensten erhalten Schulungen zur Förderung interkultureller Kompetenzen. Von den Angeboten des Projektes profitieren ca. 1500 Flüchtlinge und Asylbewerber/-innen.

Projektstandorte sind die Landesaufnahmestelle in Karlsruhe und die Gemeinschaftsunterkünfte für Flüchtlinge in Karlsruhe, Offenburg, Emmendingen, Freiburg und dem Landkreis Schwarzwald-Baar. Das Projekt ist gefördert vom Europäischen Flüchtlingsfonds und hat eine Laufzeit bis 28.2.2008.

Ansatzpunkte

„Gesundheit ist ...ein Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht lediglich das Freisein von Krankheit und Schwäche“ (WHO).

Indikatoren von Gesundheit in diesem Verständnis sind bspw. körperliche Leistungsfähigkeit, emotionale Ausgeglichenheit, Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen, soziale Geborgenheit, Beweglichkeit und Fitness, Stressbe-



wältigung und Erholungsvermögen. Gesundheit ist also bei allen Menschen Ergebnis der gesamten Lebensführung. Die Lebenssituation für Flüchtlinge und Asylbewerber/-innen ist nahezu vollständig geprägt durch fluchtbezogene und aufenthaltsbezogene Beschränkungen und Belastungen. Eine wie oben beschriebene Gesundheit zu erreichen ist fast nicht möglich, z. B. wegen folgender Begleitumstände der Flucht nach Deutschland:

- Der Wohnraumsanspruch eines in der Gemeinschaftsunterkunft lebenden Flüchtlings beträgt 4,5 qm bei gemeinschaftlicher Nutzung von Küchen und sanitären Anlagen.
- Häufig beträgt die Aufenthaltsdauer der Flüchtlinge und ihrer Familien in einer solchen Unterkunft viele Jahre.
- Asylbewerber/-innen haben keinen Anspruch auf Sprachförderung und sind in der Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens benachteiligt.
- Durch das Arbeitsverbot und die Residenzpflicht gehen für Flüchtlinge wichtige Möglichkeiten sinnstiftender Lebensstrukturierung verloren, welche die allgemeine Grundlage für eine „gesunde“ Lebensführung darstellen.
- Hinzu treten die unaufgearbeiteten Erlebnisse der Flucht, in vielen Fällen psychische Erkrankungen und Störungen, sowie der „Kulturschock“ und die Isolation im fremden Exil.
- Die fehlenden Integrationsmöglichkeiten und Konflikte im sozialen Umfeld der Flüchtlinge verstärken die psychosozialen Belastungen. Insbesondere Familien haben sehr geringe Möglichkeiten, „Familienleben“ im eigentlichen Sinne aufrechtzuerhalten, zu stabilisieren oder wieder neu zu entwickeln.



Inhalte – besondere Schwerpunkte des Projektes

Das Projekt **FLUG** mit den beiden Schwerpunkten Aidsprävention und allgemeine Gesundheitsförderung setzt an den o.g. Bedingungen mit folgenden inhaltlichen Bausteinen an:

- Primär- und Sekundärprävention im Themenkomplex Aids: Vorbeugung einer weiteren Verbreitung, Umgang mit der Krankheit, Informationen zur Behandlung, Förderung der Selbsthilfe, Eröffnung des Zugangs zu Beratung und Versorgung, Förderung der Anwendung von Verhütungsmitteln zur Krankheitsvorbeugung
- geschlechtsspezifische, pädagogische Arbeit mit Gruppen zu allgemeinen und spezifischen Themen der Gesundheitsvorsorge zur Verbreitung relevanter Informationen und Erweiterung des Verhaltensrepertoires
- einzelfallbezogene Hilfen zu allgemeinen und spezifischen Themen der Gesundheitsvorsorge, Versorgung und Begleitung in konkreten krankheitsbedingten Krisensituationen
- Abbau von sprachlichen Barrieren,-Aufbau eines Dolmetscherdienstes: Gewinnung, Qualifizierung und Einsatz von Dolmetschern im Rahmen der Projektmaßnahmen
- Entwicklung und Verbreitung zielgruppengerechter Informationsmodule zum Thema Gesundheit
- rechtliche Beratung für Flüchtlinge
- Kooperation und Vernetzung zur nachhaltigen Realisierung der Projektziele und Nutzung lokaler Ressourcen



Standorte – Räumlicher Wirkungsbereich – Flüchtlinge im Projekteinzugsgebiet

Das Gebiet des Landesverbandes Badisches Rotes Kreuz erstreckt sich von Rastatt bis Lörrach und zum Bodensee. In 4 Kreisverbänden hält der Landesverband Sozialdienste für Flüchtlinge in staatlichen Gemeinschaftsunterkünften und Beratungsstellen für rund 900 Asylbewerber/-innen und angrenzende Arbeitsfelder, wie z. B. internationale Vorbereitungsklassen vor.

- Landkreis Ortenau/ Stadt Offenburg: ca. 350 – 500 Flüchtlinge
- Landkreis Emmendingen/Stadt Emmendingen 150 Flüchtlinge
- Stadtkreis Freiburg: ca. 300 Flüchtlinge
- Landkreis Schwarzwald-Baar/ Stadt Villingen: ca. 300 Flüchtlinge

Hinzu kommt die Landesaufnahmestelle in Karlsruhe. Dort werden innerhalb des Prozesses der Aufnahme und Vorbereitung der Verteilung der Flüchtlinge in die Gemeinschaftsunterkünfte notwendige Präventions- und Aufklärungsmaßnahmen umgesetzt. Weiterhin ist das Einzugsgebiet – und damit auch der Zugang zur Zielgruppe – der AIDS-Hilfe Freiburg e.V. nahezu deckungsgleich mit dem Einzugsgebiet des Badischen Roten Kreuzes und der beteiligten Kreisverbände.

Die Standortauswahl ermöglicht, das Konzept **FLUG** in städtisch und ländlich strukturierten Gebieten mit verschiedenen Ausgangsvoraussetzungen zu erproben, so dass eine Übertragbarkeit in andere Regionen erreicht werden kann. Inhaltliche Differenzierungen an den Standorten bezogen auf unterschiedliche Themen und Zielgruppen erweitern den Modellcharakter des Projektes.



Innovation, Übertragbarkeit, Nachhaltigkeit

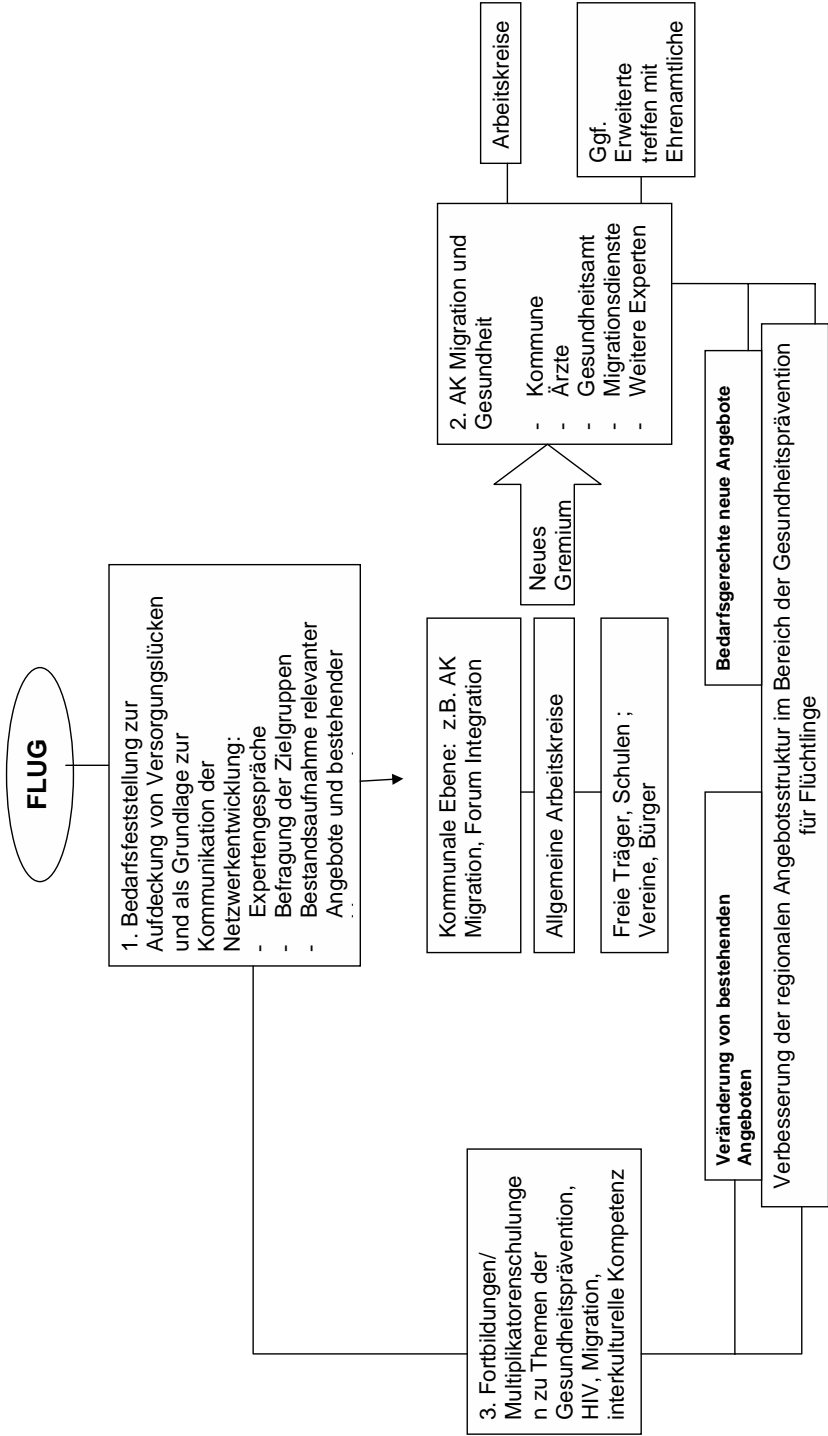
Schon nach kurzer Laufzeit des Modellprojektes (seit 1.12.2005) wird aus weiteren angrenzenden Landkreisen der Region Bedarf an den Projektmodulen angemeldet, und bei den Flüchtlingen selbst ist die quantitative und qualitative Resonanz der Maßnahmen ebenfalls groß. Die geschlechtsspezifische und altersbezogene Differenzierung der Maßnahmen zeigt sich als besonders wirkungsvoll.

Der besondere Gewinn des Modellprojektes liegt auch in der effizienten und effektiven Kooperation der beteiligten Organisationen, die ihre fachlichen Kernkompetenzen jeweils in die gemeinsame Zielrichtung einer Verbesserung der Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung bei Flüchtlingen stellen. Die gemeinsame Konzeptentwicklung und Antragstellung beim Europäischen Flüchtlingsfonds, die auch eine Abstimmung der jeweiligen Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen der Projektträger erfordert haben, sind die Grundlage einer Projektdurchführung ohne kooperationsbedingte Reibungsverluste.

Die dezentrale Ausrichtung der Maßnahmen und Angebote erreicht eine hohe „Kundenorientierung“, Zugangsbarrieren z. B. zur Aidsberatung konnten auf diese Weise komplett abgebaut werden. Der Einsatz von geschulten muttersprachlichen peer-educators in den Maßnahmen der HIV-Prävention bewirkt einen guten Anschluss der Inhalte an die Lebenssituation der Zielgruppe, da „einer von ihnen“ mitwirkt.

Bemerkenswert sind auch die „Selbstläufer“ eines solche Modellprojektes, also die Prozesse, die ungeplant sozusagen als „Projektspäne“ abfallen:

- die Anzahl der Flüchtlinge, die einen freiwilligen HIV-Test durchführen, ist nach entsprechende Maßnahmen angestiegen
- ehrenamtliches Engagement von Bürgerinnen und Bürgern für Flüchtlinge ist neu entstanden
- Beteiligungsmodelle, wie z. B. die Hausversammlung in Unterkünften werden neu belebt und von Flüchtlingen wahrgenommen und
- Besuche beim Hausarzt werden weniger häufig.



4.4. Mit Migranten für Migranten – Das MiMi-Projekt des Ethno-Medizinischen Zentrums als Beitrag zur interkulturellen Gesundheitsförderung und Integration in Deutschland

Ramazan Salman, Björn Menkhaus

1. Allgemeine Übersicht



Gesundheitsreform, Zuzahlung, Präventionsgesetz oder Gesundheitsfond? Nicht erst mit der aktuellen Diskussion über die bevorstehende Gesundheitsreform und den damit verbundenen Veränderungen fällt es vielen Migrantinnen und Migranten schwer, sich im deutschen Gesundheitssystem zurecht zu finden. Das komplexe System mit seiner Angebotsvielfalt und den zahlreichen Akteuren ist für viele Menschen kaum zu durchschauen. Bei Migrantinnen und Migranten kommen noch sprachliche, kulturelle oder rechtliche Barrieren hinzu, die sie zusätzlich daran hindern, die Angebote des Gesundheitssystems in Anspruch zu nehmen – obgleich sie aufgrund ihrer häufig schwierigen Lebensbedingungen tendenziell stärker gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind.

Um vorhandene Informationslücken zu schließen und gesundheitliche Ressourcen von Menschen mit Migrationshintergrund zu fördern, wurde 2003 vom Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. (EMZ) das Projekt „MiMi – Mit Migranten für Migranten“ entwickelt. MiMi wird im Auftrag des Betriebskrankenkassen-Bundesverbandes vom EMZ in Kooperation mit über 80 regionalen Partnern aus dem Sozial-, Gesundheits- und Integrationssektor durchgeführt. Die Staatsministerin Prof. Dr. Böhmer, Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, ist seit 2006 Schirmherrin des Projekts MiMi.

Nach erfolgreicher Pilotphase in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen ist MiMi auch in Bayern, Hamburg, Hessen, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Bremen und Brandenburg an insgesamt 21 Standorten (u. a. München, Kiel, Duisburg, Duisburg, Stuttgart) vertreten und wird in kürze in weiteren vier Standorten ausgebaut. In Hessen findet 2006 ein zusätzliches flächendeckendes Bundesland-MiMi-Projekt „MiMi-Gesundheitslotsen – interkulturelle Gesundheit in Hessen“ in Frankfurt, Kassel, Gießen, Darmstadt, Kreis Offenbach und Wiesbaden statt. Dieses wird finanziert vom Hessischen Sozialministerium und dem Landesverband der Betriebskrankenkassen in Hessen.

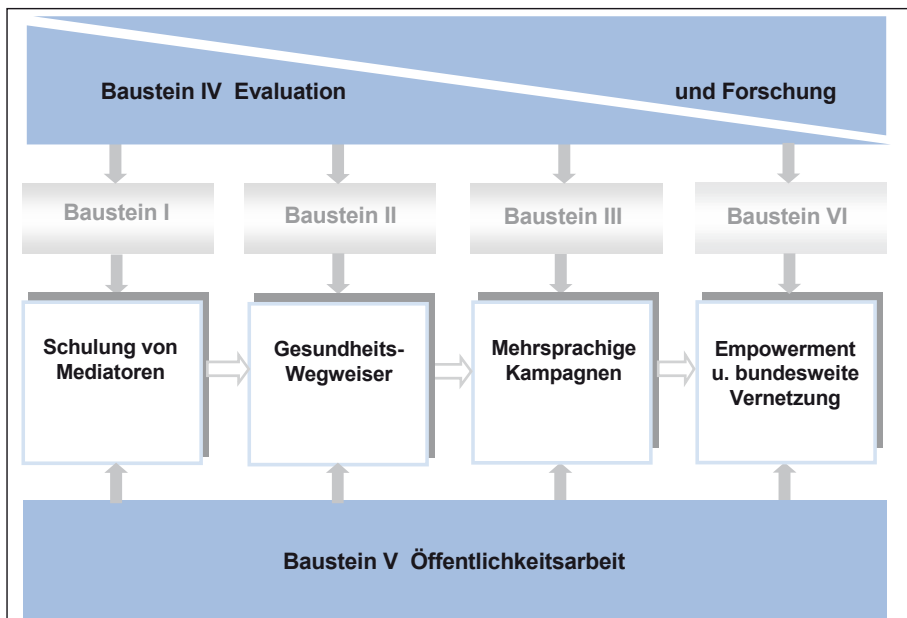
Die Grundidee des MiMi-Projekts besteht darin, gut integrierte Migrantinnen und Migranten aus 15 Sprachgruppen von Fachleuten aus dem Gesundheitswesen schulen zu lassen und sie darauf vorzubereiten, muttersprachliche Informationsveranstaltungen für Ihre Landsleute durchzuführen, in denen sie über das deutsche Gesundheitssystem und über öffentliche Präventions- und Vorsorgeangebote informieren. Durch muttersprachliche Informationsvermittlung können bestehende sprachliche und kulturelle Zugangsbarrieren überwunden und zudem wichtige und notwendige Gesundheitsinformationen vermittelt werden. Die erforderliche inhaltlich-sachliche Qualität wird durch die Zusammenarbeit der fortgebildeten Migrantinnen und Migranten (Mediatoren bzw. Lotsen) mit Fachkräften aus der Praxis des öffentlichen Gesundheitswesens gewährleistet. Darüber hinaus lernen die Mediatoren die verschiedenen Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens und deren lokale Vertreter kennen, die wiederum in ihnen Ansprechpartner für die ansonsten schwer erreichbare Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten finden.

Mit Hilfe gut integrierter Mediatoren/lotsen können Personen erreicht werden, die sich in einer benachteiligten Lebenssituation befinden. Die Mediatoren bzw. Lotsen „bauen“ Brücken zwischen den Kulturen, zwischen den Gesundheitsdiensten der Regelversorgung und den Migranten. Sie helfen den Migranten von den Regelversorgungsangeboten zu profitieren und leisten einen wichtigen Beitrag zu „gesunder“ Integration.

Mittels projektbegleitender Evaluation und Forschung können erfolgreiche Zugangswege zu den Migrantinnen und Migranten hinsichtlich ihrer Effektivität überprüft und Indikatoren für die angestrebte Nachhaltigkeit der Projektarbeit entwickelt werden.

Übergeordnetes langfristiges Ziel ist es, die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in das deutsche Gesundheitssystem zu fördern, d. h. ihnen die gleichberechtigte Inanspruchnahme von Leistungen desselben sowie den Zugang zu relevanten Gesundheitsinformationen zu ermöglichen bzw. zu erleichtern.

Auf diese Weise kann ein Beitrag zur Reduzierung ungleicher Gesundheitschancen geleistet werden, indem eine vermehrte Teilnahme an Vorsorgeangeboten der Regelversorgung und eine Steigerung der Eigenverantwortung für die Gesundheit angestrebt werden. Um die genannten Ziele zu erreichen, gliedert sich das Projekt in folgende sechs Bausteine:



Im ersten Baustein des Projektes werden engagierte, gut integrierte und in deutscher sowie ihrer Herkunftssprache versierte Migrantinnen und Migranten, so genannte Schlüsselpersonen, zu interkulturellen Gesundheitsmediatoren bzw. Gesundheitslotsen ausgebildet. Die Unterrichtssprache ist deutsch und so ist es möglich, Migranten aus beliebig vielen Sprachen gleichzeitig zu unterrichten.

Schlüsselpersonen haben in der Regel einen hohen Sozialindex (s.u.) und genießen die Anerkennung Ihrer Landsleute. Sie akzeptieren die jeweiligen Lebenswelten und sind mit der Lebenssituation ihrer Migrantencommunities vertraut.

Inhalte der Schulung sind gesundheitsrelevante Themen wie Strukturen des deutschen Gesundheitswesens oder Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sowie gesunde Lebensweisen. Darüber hinaus kann an jedem Standort eine Auswahl aus den angebotenen Themen Bewegung, Ernährung, Unfallprävention, Tabakkonsum, Alkoholkonsum, Umgang mit Medikamen-

ten, seelische Gesundheit, Vermeidung von Übergewicht, Familienplanung, Schwangerschaft, Erste Hilfe beim Kind, Mundgesundheit, Kindergesundheit sowie Alter, Pflege und Gesundheit unterrichtet werden. Zu allen diesen Themen wurden in 15 Sprachen Unterrichts- und Präsentationsfoliensätze erstellt.

Die angehenden Mediatorinnen und Mediatoren lernen darüber hinaus, wie sie selbstständig Informationsveranstaltungen für ihre Landsleute durchführen können.

Im zweiten Baustein des Projektes geben die ausgebildeten Mediatoren ihr neu erworbenes Wissen gegen eine anerkennende Honorarzählung an ihre Landsleute weiter. Hierzu führen sie mehrsprachige/muttersprachliche und kultursensible Informationsveranstaltungen zum deutschen Gesundheitssystem und zu Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge in den Settings der Migrantinnen und Migranten durch. Zu bewährten Veranstaltungsorten zählen u. a. Sprachkurse, Moscheen, Gemeindehäuser der Aussiedler und Juden, Vereine, Schulen oder Freizeitheime.

Der dritte Baustein des Projektes besteht aus einem mehrsprachigen, bundesweiten Wegweiser für Migrantinnen und Migranten „Gesundheit Hand in Hand – das deutsche Gesundheitssystem“. Dieser enthält auf über 40 Seiten Informationen zu Aufbau und Angeboten des Gesundheitswesens und gesunden Lebensweisen. Der Wegweiser liegt gegenwärtig in der zweiten Auflage (100.000) in neun Sprachen vor. Darüber hinaus wurde im Rahmen des MiMi-Projekts in Hessen ein landesweiter Wegweiser zu Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen erstellt. Dieser liegt sogar in 15 Sprachen vor.

Empowerment und Vernetzung der Mediatorinnen und Mediatoren bilden **den vierten Baustein** des Projekts. Die bisher ausgebildeten Mediatoren sollen die Chance erhalten, sich lokal, landesweit und in einem bundesweiten Netzwerk zu organisieren. Dieser Baustein dient der nachhaltigen Sicherung des bisher Erreichten. Er stärkt die Strukturen der Selbstorganisation von Menschen mit Migrationshintergrund und verschafft zugleich den Institutionen und verantwortlichen Personen der Gesundheitsversorgung Ansprechpartner, mit denen umfassende Kooperationen zur Integration von Migrantinnen und Migranten in das deutsche Gesundheitswesen gestaltet werden können.

Der fünfte Baustein setzt sich aus der Evaluation aller Projektaktivitäten zusammen. Diese erfolgt mit Hilfe von Fragebögen für die Schulungsteilnehmer und die mehrsprachigen Kampagnen, mittels Interviews sowie anhand der Auswertung regelmäßiger Projektkonferenzen.

Die Nachhaltigkeit des Projektansatzes wird darüber hinaus von der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover in einem Forschungsauftrag im Rahmen des EU-Projekts „City to City“ am Beispiel der Hansestadt Hamburg zur Entwicklung eines nachhaltigen Selbsthilfesystems bei Migrantinnen und Migranten durch den Einsatz von

kulturellen Mediatoren untersucht. Die (Kosten-) Effektivität des Zugangsweges über muttersprachliche Präventionsberater zur Optimierung des Gesundheitsverhaltens von Menschen mit Migrationshintergrund wird am Beispiel des regionalen Mediatorenprojekts „Interkulturelle Suchthilfe Hannover“ im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung gemeinsam vom EMZ und der Medizinischen Hochschule Hannover (Abt. Sozialpsychiatrie und Stiftungslehrstuhl Prävention und Rehabilitation) erforscht.

Umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit durch Broschüren, Internetpräsenz, Presseerklärungen, Videofilme und Projektkonferenzen sind im **sechsten Projektbaustein gebündelt**.

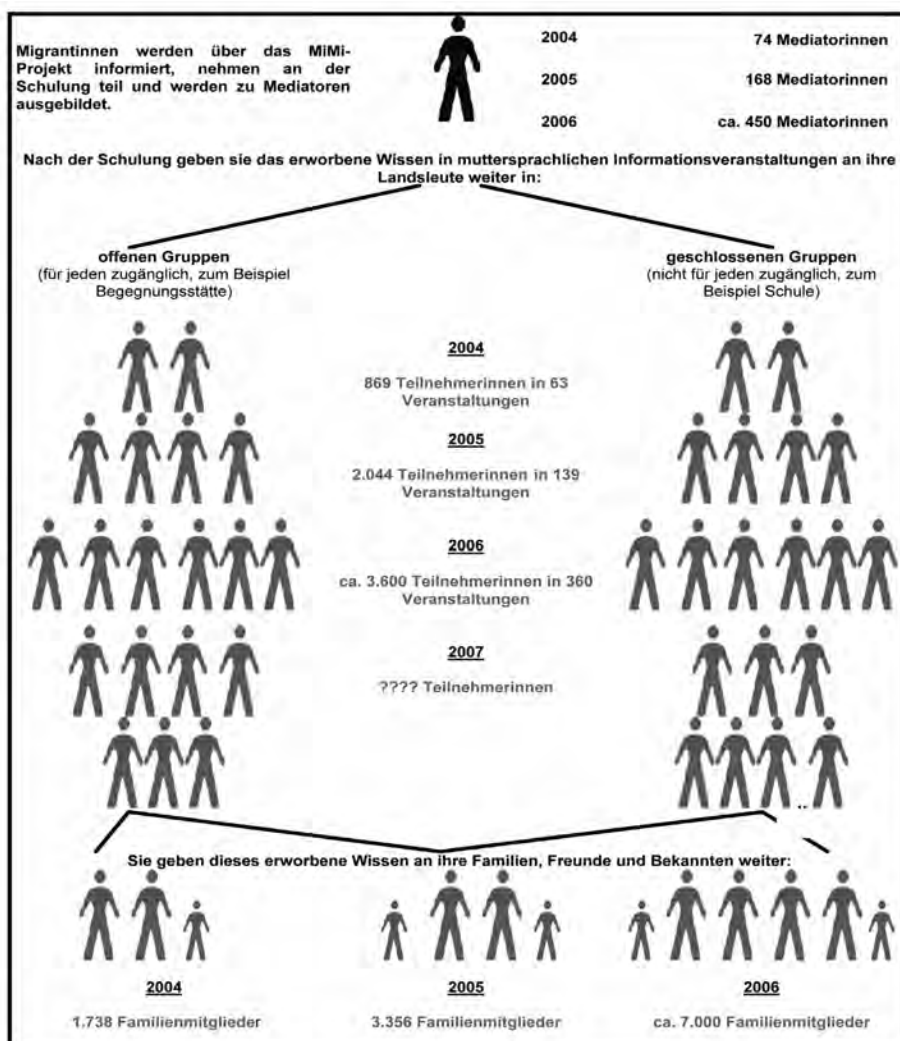
2. Darstellung eines Aspektes mit besonderem Gewicht

Der spezielle Fokus des Projektes liegt bisher auf der Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Migrantenschichten einerseits und in der Vernetzung wesentlicher Akteure unterschiedlicher Fachgebiete im Integrations-, Sozial-, und Gesundheitssektor auf regionaler und überregionaler Ebene andererseits.

Die Ergebnisse der Evaluationen aus den Jahren 2004/2005 zeigen, dass 87 % der befragten Mediatorinnen und Mediatoren im Jahr 2004 und 77 % der Befragten 2005 über einen hohen und die übrigen jeweils über einen mittleren Sozialindex verfügen (Grundlage für den Index sind die Variablen „Schulbildung“, „momentane Beschäftigung“ und „Deutschkenntnisse“). Unter den Teilnehmern von Informationsveranstaltungen hingegen überwiegen Personen mit niedrigem (42,3 %) und mittlerem Sozialindex (39,5 %). Somit kann in diesem Projekt nachgewiesen werden, dass sich der Ansatz „Mit Migranten für Migranten“ bewährt, bisher kaum erreichte Zielgruppen über mögliche und notwendige Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu informieren.

Die Bedeutung der Vernetzung für das Projekt kommt in der Umsetzung des Konzepts zum Tragen, insofern als dass durch sie die erforderliche Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung sichergestellt werden sollen. Dies betrifft sowohl die Akteure des Gesundheitswesens als auch die Migrantinnen und Migranten – sowohl untereinander als auch in der Zusammenarbeit beider Seiten.

Um Migrantinnen und Migranten zu erreichen und sie für eine Schulungsmaßnahme zu gewinnen, sollten sie durch Dritte angesprochen werden. Dies ist vielen Akteuren im Gesundheitswesen jedoch nicht möglich. Aus diesem Grund müssen Integrationsdienste, Migrantenvereinigungen etc. als Partner im Projekt mit agieren und u. a. die Ansprache dieser Personen übernehmen. Die regionalen Vertreter der Gesundheitseinrichtungen (z. B. Leiter des Gesundheitsamtes oder Zahnärztin) übernehmen einzelne Unterrichtseinheiten im Rahmen der Schulung. So lernen die Migrantinnen und Migranten wesentliche Vertreter des Gesundheitssektors einer Region kennen, und die Fachkräfte aus diesen Einrichtungen wissen, an wen sie sich bei migrantenspezifischen Fragestellungen wenden können. Dass die Idee von MiMi über



Länder- und Fachgrenzen hinaus erfolgreich umgesetzt wird, ist ein weiterer Faktor für die Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit des dem Projekt zugrunde liegenden Konzepts.

Bei der Umsetzung dieses Konzepts profitieren einerseits die Städte, Kreise, Kommunen und Länder, indem sie Menschen mit Migrationshintergrund als Partner gewinnen und diese eine Brücke zwischen ihren Landsleuten und den Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens bilden. Darüber hinaus haben auch die Krankenkassen die Möglichkeit, durch die Gesundheitsmediatoren als „Schlüsselpersonen“ gezielt Maßnahmen für die Bevölkerungsgruppe der Migrantinnen und Migranten umzusetzen und so, durch eine frühzeitige Aufklärung dieser Zielgruppe und geeignete Interventionen zur Vermeidung gesundheitlicher Defizite, Folgekosten zu reduzieren.

3. Schwierigkeiten und Hürden

Der bisherige MiMi-Ansatz fokussiert bestimmte Zielgruppen. Andere Zielgruppen wurden bislang nur bedingt mit einbezogen. Damit auch Menschen mit einer Schreib- und/oder Leseschwäche oder Kinder/Jugendliche bzw. ältere Personen ab 65 Jahren als jeweils besondere Zielgruppe von diesem Projekt profitieren können, müssten diese als Zielgruppen genauer erfasst bzw. bestimmt werden, so dass ein entsprechend auf sie zugeschnittenes Modell ausgearbeitet werden kann. Darüber hinaus müssen die Materialien für die Schulungen und Veranstaltungen regelmäßig aktualisiert werden, was in Anbetracht ihrer vielsprachigen Auflagen eine relativ aufwändige Angelegenheit ist.

Außerdem könnte das Projekt noch auf weitere Sprachgruppen ausgedehnt werden. Erweiterungsmöglichkeiten bieten auch Themen- und Integrationsfelder wie Arbeitsmarkt, Schul- bzw. Berufsbildung, Vermögensbildung und vieles mehr. Ausbau der Themenvielfalt kann besonders deshalb sinnvoll sein, weil sie das Tätigkeitsspektrum der Mediatoren und Lotsen erweitert und diesen häufigere Einsatzmöglichkeiten bietet. So werden sie zusätzlich motiviert, ihre Mediatorentätigkeit aufrechtzuerhalten und durch ihre Expertise auszubauen.

In Deutschland werden zunehmend Projekte realisiert, die mit ähnlichen Ansätzen andere Zielgruppen erreichen oder andere Themenfelder bearbeiten. Daher wäre es im Hinblick auf die Ausbildung, den Einsatz und die Bezahlung von Gesundheitsmediatoren, Schlüsselpersonen oder Lotsen sehr hilfreich und nützlich, einheitliche Qualitätsstandards zu formulieren und diese in die Praxis einzuführen. Auf diese Weise kann Transparenz bezüglich der Leistungen und potenziellen Tätigkeitsfelder der Schlüsselpersonen auch für außenstehende Interessenten erreicht werden. Sicherlich wären auch einheitliche Richtlinien zur Evaluation von Mediatorenprojekten hilfreich.

4. Bewertung von Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung und Übertragbarkeit

Indikatoren für die Nachhaltigkeit sehen wir derzeit im ständig anwachsenden Pool an ausgebildeten Gesundheitsmediatoren und darüber hinaus in der Entwicklung und Aktualisierung der mehrsprachigen Materialien (150-seitiger Foliensatz in 15 Sprachen, Wegweiser in 16 Sprachen). Hinzu kommen verwertbare Evaluationsergebnisse und der (vorangeschrittene) Vernetzungsgrad der Akteure regional, überregional und fachübergreifend sowohl untereinander als auch mit den Migranten. Die potenzielle Übertragbarkeit des Ansatzes auf weitere Zielgruppen, Themenfelder und Settings ist ebenfalls ein Indiz für die Nachhaltigkeit des Projektes.

Wie erwähnt, ist die Nachhaltigkeit des MiMi-Projektes Gegenstand eines EU-Forschungsprojektes, welches gegenwärtig am Projektstandort Hamburg durchgeführt wird. Es ist davon auszugehen, dass im Laufe der Jahre

2006/2007 detailliertere wissenschaftlich differenzierte Aussagen bezüglich der Nachhaltigkeit getroffen werden können.

Zur Zukunftsorientierung und dauerhaften Implementierung gehören daneben auch die Finanzierbarkeit des Projektes und insbesondere die Arbeit der Mediatoren und Lotsen, die in Kürze auf 1000 Personen aus über 40 Sprach- und Kulturgruppen anwachsen werden. Die Finanzierung von MiMi kann langfristig nur sichergestellt werden, wenn die finanzielle Last auf mehrere Schultern verteilt wird und von allen Projektstandorten und den örtlichen Kooperationspartnern Eigenleistungen in Form von personellen Ressourcen eingebracht werden, um das vereinbarte Ziel „Gesundheit Hand in Hand – Migranten gemeinsam mit den Akteuren des deutschen Sozial- und Gesundheitswesens“ zu ermöglichen.

Die bisherigen Ergebnisse des MiMi-Projekts verdeutlichen, dass sich mediatorengestützte Gesundheitsaufklärung als geeignete Methode erweist, einen Zugang zu Migrantengruppen zu erschließen, die bisher kaum oder gar nicht erreicht werden konnten. Es zeigt sich, dass durch speziell ausgebildete Mediatoren und Lotsen Migranten muttersprachlich und kultursensibel über das deutsche Gesundheitssystem informiert werden können.

Mediatorenprojekte einzuführen und dauerhaft zu implementieren ist ein wesentlicher Beitrag, Migranten in Deutschland Chancengleichheit in der gesundheitlichen Versorgung zu ermöglichen. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass der Einsatz von Mediatoren und Lotsen ein Erfolg versprechender Weg ist, der einen besseren Informationsfluss zwischen Akteuren des Gesundheitswesens und sozial benachteiligten Migranten zu erreichen vermag und damit zu mehr interkultureller Verständigung und gegenseitigem Verständnis beiträgt. Dies dokumentiert sich auch in zahlreichen Auszeichnungen, die dem interkulturellen Mediatorenansatz des Ethno-Medizinischen Zentrums 2005 („Qualitätspreis der Akademie des öffentlichen Gesundheitswesens in Düsseldorf“ und „Prix d'ÖGD“) und 2006 („Jansen-Cilag-Zukunftspreis“) zugesprochen wurden.

4.5. Kultursensible AIDS-Prävention – das KAMAHH-Projekt des Kinder- und Familienzentrums in Schnelsen (KiFaZ) als Beispiel für den Umgang mit tabuisierten Gesundheitsthemen in der Integration

Karen Robben, Werner Brayer, Matthias Wienold

1. Allgemeine Übersicht: KAMAHH – AIDS zum Kennenlernen

Das Kinder- und Familienzentrum (KiFaZ) in Schnelsen ist eine Einrichtung des Verbands Kinder- und Jugendarbeit Hamburg e.V., in dem eine wohnortnahe, niedrigschwellige, kulturell integrierende Arbeit geleistet wird. Angesiedelt mitten in einem „Problembereich“ Hamburgs finden sich zahlreiche und spannende Aufgabenfelder. Durch die Erfahrungen in der Einbindung von Migrantinnen und Migranten in die Arbeit mit muttersprachlichen Gruppen im Bereich der Gesundheitsförderung seit 2004 (MiMi-Hamburg) wurde aber deutlich, dass die mit AIDS verbundenen Themen von großem Interesse waren (und sind) für in Hamburg lebende Menschen mit Migrationshintergrund.

AIDS-Prävention wurde deshalb auf Anregung von engagierten Migrantinnen und Migranten und durch Fachkräfte der HIV/AIDS-Beratungsstellen ange-regt, die darauf hinwiesen, dass Migranten die vorhandenen Angebote nicht in dem Maße nutzten, wie es ihrem Bevölkerungsanteil entspreche. Mit finanzieller Unterstützung durch den Pharmahersteller Glaxo-Smith-Kline wurde von einem Projektteam des KiFaZ mit Unterstützung von HIV/AIDS-Experten (u. a. Ethno-Medizinisches Zentrum) das Projekt KAMAHH (Kultursensible AIDS-Mediatoren für AIDS-Prävention in Hamburg) entwickelt.

Ziel des Projekts war die Schaffung eines Pools von AIDS-Mediatorinnen und Mediatoren für die Hansestadt Hamburg, die in einem sich selbst tragenden System AIDS-Präventionsarbeit in ihren Communities durchführen. Durch AIDS-Mediatoren werden neue Zugänge für AIDS-Prävention geschaffen. Marginalisierungsprozessen kann so wirksamer entgegengewirkt werden.

Aus dem Antragstext:

„Wir wollen so dazu beitragen, die vorhandenen Beratungsressourcen für Migranten zugänglicher zu gestalten, ihre Ängste abzubauen und die Eigenverantwortlichkeit zur Teilhabe am Gesundheitssystem zu stärken.“

KAMAHH begann im November 2004 mit der fachlichen und organisatorischen Vorbereitung in einem multikulturellen, interdisziplinären Team (Soziologie, Pädagogik, Medizin, Psychologie). Im Dezember 2005 wurde eine Informationsveranstaltung für interessierte Migranten durchgeführt. Eingeladen wurden Migranten, die bereits im Rahmen des Projektes „MiMi“-„Mit Migranten für Migranten“ im Jahr 2005 zu interkulturellen Gesundheitsmediatoren ausgebildet worden waren. Zusätzlich wurde in den Vereinen und Verbänden von Migranten die Schulung bekannt gemacht. Die Gesundheitsmediatoren haben in ihren Communities die Schulung beworben.

Kriterium für die Teilnahme an der Schulung war für uns vor allem das Beherrschen der deutschen sowie der Muttersprache. Auch eine entsprechender beruflicher Hintergrund aus dem sozialen oder medizinischen Bereich war von Vorteil. Besonders ausschlaggebend für die Teilnahme war allerdings der Zugang zu den jeweiligen Communities. Besonders bei diesem doch noch mit viel Scham besetzten Thema war es uns wichtig, Personen zu finden, die einen guten Zugang zu den Menschen haben, die informiert werden sollen.

Die Schulung begann im Januar 2006 mit 26 Mediatoren, die an 50 Stunden strukturiertem Gruppenunterricht teilnahmen (mit Arbeitsgruppen zur Vorbereitung von Musterpräsentationen). Der Unterricht bezog sich auf Epidemiologie, Medizin, Sexualität, Politik und Psychologie. Dafür wurden Referenten der AIDS-Hilfe Hamburg, des Familienplanungszentrums, des Instituts für interdisziplinäre Medizin und des Ethno-Medizinischen Zentrums eingesetzt. Während der Schulung berichteten Mediatoren, die aus afrikanischen Ländern stammen, ihre Erfahrungen in ihren Heimatländern. Sie haben das Gefühl, dass die Gesellschaft denke, sie seien selbst Schuld an dem Virus. Auch die Mediatoren aus Russland haben spezielle Erfahrungen. Sie berichten, dass HIV/AIDS in ihrem Heimatland nicht als Problem angesehen und deswegen auch nicht darüber gesprochen werde.

24 Mediatoren haben die Schulung mit einer Übungspräsentation beendet. Neben Fachkenntnissen erwarben die Mediatorinnen und Migranten Kenntnisse in Erwachsenenbildung und Gruppenarbeit. Nach der Schulung haben die Mediatoren begonnen, ihre Vorträge zu erarbeiten und zu übersetzen. Ein Standardvortrag wurde für alle Kampagneveranstaltungen entwickelt und (auch der Fragebogen zur Evaluation der Gruppenveranstaltungen) in mehrere Sprachen übersetzt.

23 Veranstaltungen wurden vorbereitet. Lernziel der Veranstaltungen sollte sein, dass die Menschen lernen, keine Angst vor Menschen mit HIV/AIDS und „normalem“ Umgang mit ihnen zu haben. Es geht darum, dass man die Menschen, die infiziert sind nicht aus der Community ausschließt, nachdem sie schon ihre Heimat verlassen mussten. Außerdem sollten die lokalen Hilfeangebote bekannt gemacht werden.

Die Orte für die Veranstaltungen wurden unterschiedlich ausgewählt. Zum einen wurden die Hamburger Referenten aus der Schulung in die Kampagnenplanung eingebunden. Das Familienplanungszentrum hatte den Wunsch, mehrere muttersprachliche Veranstaltungen bei sich durchzuführen. Auch die Beratungsstelle pro familia hat Bedarf angemeldet. Gemeinsam mit der AIDS-Hilfe wurde besprochen, dort zunächst keine Veranstaltung durchzuführen, da Hemmschwellen von Seiten der Teilnehmer vermutet wurden.

Ab Sommer 2006 begann die Kampagnenphase. Die ersten Veranstaltungen fanden in unterschiedlichen Settings der jeweiligen Communities statt. Die russischen Mediatoren bevorzugten den privaten Rahmen, um über das Thema zu sprechen. Für persisch sprechende Menschen wurden Veranstaltungen in Frauenvereinen, in einer Arztpraxis oder Begegnungszentren organisiert.



Auch die türkisch sprechende Mediatorin konnte in ihrem Verein das Thema präsentieren. Die Veranstaltungen in den speziellen Beratungsstellen wie beispielsweise bei pro familia oder im Familienplanungszentrum stellten sich als zu hochschwellig heraus. Dorthin kamen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nur gemeinsam mit den Mediatoren. Auf die öffentliche Werbung reagierte niemand.

Zum Welt-AIDS-Tag am 1. Dezember 2006 ist geplant, an verschiedenen Orten muttersprachliche Kampagnen durchzuführen: Türkisch in der islamischen Gemeinde Schnelsen/Eidelstedt, Spanisch im Internationales Zentrum/Treffen der lateinamerikanischen Frauen, Persisch im Friseursalon in St. Georg in der Nähe der AIDS-Hilfe und Französisch im Afrika Club mit Togolesen.

2. Darstellung eines Aspektes mit besonderem Gewicht

Als Vorzüge des neuen Angebots im Rahmen der Hamburger AIDS-Arbeit lassen sich herausstellen:

- Die weltanschauliche und parteiliche Unabhängigkeit sichert den Zugang zu unterschiedlichen (Religions-)Gemeinschaften.
- Die Angliederung an eine gemeinnützige Trägereinrichtung bietet organisatorischen und personellen Back-up und sichert den Rahmen der Schulung (z. B. Zertifikation, Supervision, Buchhaltung).
- Die Einbindung von lokalen Fachexperten aus lokalen Einrichtungen stärkt den Praxisbezug und erlaubt aktuelle Einblicke in die Anliegen der Arbeit mit Migrantinnen und Migranten.

- Auf die Bezeichnung „AIDS“ kann in der Außendarstellung verzichtet werden, was den Zugang zu den Angeboten aus Sicht von Migrantinnen und Migranten oft erleichtert.

3. Schwierigkeiten und Hürden

Das Angebot von KAMAHH ist im Kern eine Mediatorenschulung, von der wiederum Veranstaltungen zur Aufklärung in den Communities der Migrantinnen und Migranten ausgehen. Das Ziel, hieraus eine sich selbst tragende Arbeit entstehen zu lassen, ist in Zeiten ausgeschöpfter öffentlicher Kassen ambitioniert.

Zunächst wurde deshalb nach Partnern gesucht, die das Projekt unterstützen wollten. Bei der Suche nach dem Sponsor für die Pilotphase ergab sich das Interesse des Pharmaherstellers Glaxo-Smith-Kline, der sich gemeinsam mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum einbrachte.

Die Bewertung der Schulungsmaßnahme durch die 24 Teilnehmer (20 Frauen, vier Männer) war „gut“ bis „sehr gut“. Die Kampagnenveranstaltungen in Beratungseinrichtungen (z. B. Familienplanungszentrum, pro familia) erwiesen sich als zu hochschwellig.

In Hamburg entstand inzwischen eine enge Zusammenarbeit mit der Hamburger AIDS-Hilfe. Ende 2007 soll ein gemeinsamer Plan zur Aufklärung von Menschen mit Migrationshintergrund erstellt werden.

Zusätzlich führen die Projekte Gespräche mit öffentlichen Stellen und Stiftungen in Hamburg, um den Zugang zu AIDS-Aufklärung über die AIDS-Mediatoren zu erleichtern.

4. Bewertung von Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung und Übertragbarkeit

KAMAHH hat in der Pilotphase gezeigt, dass der Aufbau eines Pools an kultursensiblen AIDS-Mediatoren innerhalb eines Jahres über einen nicht im AIDS-Bereich angesiedelten Träger in Hamburg möglich ist. Erste Schritte wurden unternommen, um den Mediatoren Zugang zu regelmäßigen Aktualisierungen ihrer Kenntnisse (u. a. über die Gesundheitsbehörde und die Hamburger AIDS-Hilfe) perspektivisch zu sichern.

Langfristig könnte es über diese Zusammenarbeit gelingen, ein „Migranten-AIDS-Präventionsteam“ nach dem Vorbild des vom Land Niedersachsen geförderten Projekts in Hannover und Hildesheim entstehen zu lassen. Dort wurde aus einem Pool von AIDS-Mediatoren heraus (seit 1991 entwickelt) auch eine telefonische Beratungshotline (auch in türkischer Sprache) organisiert, die Fortbildung von Multiplikatoren und Fortbildungen für Fachkräfte anbietet und muttersprachliche Informationsmaterialien und Plakate entwickelt.

Die Übertragbarkeit des Ansatzes ist mit dem Erfolg des Pilotprojekts belegt. Die Voraussetzungen sind deutlicher geworden und der „Marktwert“ der Ar-

beit wurde erprobt. Das KiFaZ wird die Arbeit der Mediatoren weiterhin an den Gegebenheiten und Möglichkeiten in Hamburg orientieren können.

In Zusammenarbeit mit Fachinstitutionen im Bereich HIV/AIDS und mit nicht-öffentlicher Unterstützung wurde eine länderübergreifende fachliche Zusammenarbeit und Vernetzung im HIV/AIDS-Bereich gesichert. Menschen mit Migrationshintergrund haben erfahren, dass man AIDS kennenlernen kann, ohne davor Angst zu haben. 24 Mediatoren können nun in Hamburg zusätzlich über AIDS aufklären. Kultursensibel und in mehr als zehn Sprachen.

5. Qualifizierung/Weiterbildung

5.1. Weiterbildung zu Integrationsassistentinnen und -assistenten, Darmstadt

Alp Otman

Allgemeine Übersicht

Die Ziele des Projektes sind folgende:

- Weiterqualifizierung von Migrantinnen und Migranten zu Integrationsassistentinnen und -assistenten im Bereich Migration
- Sensibilisierung von Trägern im Gesundheits- und Sozialwesen
- professioneller Einsatz von Integrationsassistentinnen und -assistenten in Tätigkeitsfeldern des Gesundheits- und Sozialwesens
- Weiterbildung für interessierte Integrationsassistentinnen und -assistenten durch ein Studium an einer Fachhochschule

In Kooperation mit der Hochschule Darmstadt ist eine Weiterbildungsmaßnahme für Migrantinnen und Migranten entwickelt worden, die angemessene Vorqualifikationen aus den Herkunftsländern mitbringen, die oft in Deutschland nicht anerkannt werden.

Zugangsvoraussetzungen sind angemessene Deutschkenntnisse sowie eine der Mittleren Reife in Deutschland entsprechende Allgemeinbildung im Herkunftsland. Eine berufliche Ausbildung, Berufserfahrungen und Erfahrungen im ehrenamtlichen Engagement (z. B. Arbeit in Migrantenvereinen) sind besonders erwünscht.

Die Weiterbildung mit einem Grund- und Aufbausemester besteht aus ca. 450 Stunden Fachunterricht, ca. 200 Stunden Deutschunterricht und 325 Stunden Praktikum. Neben einer deutschsprachlichen Förderung in Schrift- und Fachsprache, werden folgende Elemente im Rahmen der Qualifizierung vermittelt:

- Institutionen und rechtliche Aspekte des Gesundheits- und Sozialwesens
- Aspekte der Sprachmittlung
- Migrationssoziologie
- Soziale Kompetenz
- Methoden und Grundlagen der Sozialarbeit
- Einführung in die Praxis der verschiedenen Einsatzfelder
- Praxisreflexion

Zur Vermittlung der „interkulturellen Kompetenz“ wird der Situationsansatz genutzt: Die Vielfalt innerhalb der Gruppe wird als Unterrichtsprinzip im jeweiligen thematischen Zusammenhang reflektiert, wobei gleichzeitig die Herausbildung einer integrierenden Gruppenidentität unterstützt wird. Die

Unterrichtsmethode wird so an die Gruppe als künftige Arbeitsmethode vermittelt.

Um das Zertifikat zu erlangen, das gemeinsam von der Hochschule Darmstadt und den anderen Kooperationspartnern ausgestellt wird, sind die regelmäßige Präsenz im Unterricht und Praktikum (mindestens 80 %), die Verfassung einer Kolloquiumsarbeit und die erfolgreiche Teilnahme am Abschlusskolloquium erforderlich.

Die Weiterqualifizierung wird von einer Öffentlichkeitskampagne zur Information der Träger des Gesundheits- und Sozialwesens in der Region begleitet, um die Beschäftigungschancen der Absolventinnen und Absolventen zu erhöhen.

Einsatzfelder der Integrationsassistentinnen und -assistenten sind:

- Gesundheitsförderung und -versorgung
- Altenhilfe und -pflege
- Familienhilfe
- Kinder- und Jugendhilfe
- Arbeit mit Frauen
- Sozialdienste
- Schulsozialarbeit und Elternkooperation
- Berufsförderung
- Quartiersarbeit

Zu Beginn des Projekts wurde eine Bedarfsanalyse (extern) durchgeführt. Wichtiges Ergebnis war eine uneingeschränkte inhaltliche Befürwortung der Weiterbildung durch die Träger der Sozialen Arbeit. Die Bereitschaft, Praktikumsstellen anzubieten war groß. Die Einstellungsbereitschaft hing eindeutig von vorhandenen Stellen bzw. Honorarmitteln ab.

Das von den potentiellen Arbeitgebern angeforderte Qualifikationsprofil enthielt neben guten Deutschkenntnissen und grundlegenden Fachkenntnissen des jeweiligen Handlungsfeldes insbesondere auch soziale Kompetenzen im interkulturellen Bereich.

Das Projekt ist im Rahmen des Equal-Programms 2002 – 2005 durchgeführt worden. Es wurden in der Region Starkenburg insgesamt 40 Integrationsassistentinnen und -assistenten, die 20 Sprachen sprechen, weitergebildet. (15 von ihnen hatten bereits Hochschul- und Fachhochschulabschlüsse aus den Herkunftsländern.) 60 % der Absolventinnen und Absolventen sind im ersten und zweiten Arbeitsmarkt bzw. im Studium an der Fachhochschule untergekommen.

Das Projekt wird nun (01.09.2006 – 30.08.2007) mit leichten Modifikationen und auf einer anderen finanziellen Basis fortgesetzt. Die Projektförderung besteht jetzt aus Bundesmitteln der Arbeitsgemeinschaft zwischen der bundesagentur für Arbeit und der Kommunen (ca. 52 %), Mitteln des Landes

aus dem Europäischen Sozialfonds (ca. 25 %) und kommunalen Mitteln (ca. 23 %). Kooperationspartner sind die Hochschule Darmstadt und Internationaler Bund (IB) als Träger.



Innovativer Hauptaspekt: Ein neues Berufsbild im Bereich der Migration

Ein besonders innovativer Aspekt des Projekts besteht darin, dass mit dieser Weiterbildung gleichzeitig ein neues Berufsbild initiiert wird.

Die Einbeziehung von Vermittlungskräften aus den jeweiligen Migranten-Communities in die Integrationsarbeit ist erforderlich, um Effektivität, Effizienz und Nachhaltigkeit der Integrationsarbeit zu verstärken. So können Verständigungsprobleme sowie Informationsdefizite verringert und die Motivation zur Integration innerhalb der Community besonders effektiv verstärkt werden.

Dies wird optimal durch die Assistenz von entsprechend weiterqualifizierten Vermittlungskräften mit Kontakten zu einzelnen Migranten-Communities und fachlichen Institutionen erreicht. Integrationsassistentinnen und -assistenten ersetzen nicht, sondern sie ergänzen die Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialbereich in der Arbeit mit Migrantinnen und Migranten. Sie sind vielfältig einsetzbar in verschiedenen Arbeitsfeldern – sie kommunizieren und kooperieren sowohl mit Fachkräften als auch mit Zugewanderten.

Dazu brauchen sie möglichst breite und solide Grundkenntnisse in verschiedenen Arbeitsfeldern des Gesundheits- und Sozialwesens. Hierin unterscheiden sie sich wiederum von ehrenamtlichen und entweder gar nicht oder nur kurzzeitig fortgebildeten „Lotsenkräften“.

Eine möglichst breite Beteiligung von „Lotsenkräften“ an der Gestaltung der Integration auf ehrenamtlicher Basis kann optimal über die Aktivierung, prak-

tische Qualifizierung (training-on-the-job) und Anleitung durch Integrationsassistentinnen und -assistenten erfolgen.

Fachlich und finanziell sinnvoll ist die Orientierung auf Bildung von flexiblen Arbeitsteams mit Personalkräften aus drei Ebenen: Fachkräfte, Integrationsassistentinnen und -assistenten sowie „Lotsenkräfte“ für bestimmte Sprachgruppen. Neu ist dabei die Einführung der mittleren Ebene zwischen den „Diplomierten“ und Ehrenamtlichen.

Die Integrationsassistentinnen und -assistenten bilden auch deshalb ein wichtiges Zwischenglied in dieser Kette, weil Ihre Tätigkeit gleichzeitig einen eigenen Qualifizierungseffekt hat: Durch die fachlich gestützte Vermittlungsarbeit zwischen Fachinstitutionen und Zugewanderten erfolgt ein Beitrag zur interkulturellen Qualifizierung des Fachpersonals und somit zur interkulturellen Öffnung der entsprechenden Dienste und Einrichtungen.



Durch die Vernetzung von Integrationsassistentinnen und -assistenten entsteht ein Pool von Vermittlungskräften für das Gesundheits- und Sozialwesen in der Region.

Schwierigkeiten und Hürden des Projekts

Die Fluktuation der Teilnehmenden während der Maßnahme war gering und die Erfolgsquote beim Abschlusskolloquium sehr hoch. Die Qualifizierung wurde durch externe und interne Evaluationen aus unterschiedlichen Perspektiven (Teilnehmenden, Lehrenden, Praxisstellen, Projektleitung) als positiv eingeschätzt.

Die Überführung der Absolventinnen und Absolventen in den Arbeitsmarkt stellt sich als die größte Schwierigkeit dar. Die allgemeine wirtschaftliche Lage und die öffentlichen Sparmaßnahmen haben die Beschäftigungschancen erheblich reduziert. Als eine weitere Hürde bei der Arbeitssuche erweist sich das Informationsdefizit bei den Trägern über die Funktion der neuen Vermittlungskräfte bzw. über das neue Berufsbild.

Die institutionelle Anerkennung des Berufsbildes gestaltet sich als recht langwierig.

Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung und Übertragbarkeit

Die Übertragbarkeit des Projekts auf andere Kommunen und Regionen ist ohne weiteres gegeben. Durch die Fortsetzung des Projekts auf einer neuen Finanzierungsbasis wurde ein wichtiger Nachhaltigkeitsaspekt realisiert.

Die umfassende Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung hängt weitgehend vom Bekanntheitsgrad und der institutionellen Anerkennung des neuen Berufsbildes ab.

Mit zwei weiteren EQUAL-Projekten aus Wuppertal („Sprach- und Kulturmittler“) und Berlin („Gemeindedolmetschdienst“), die vergleichbare Weiterbildungskonzepte für Vermittlungskräfte zwischen Institutionen und Zugewanderten im Rahmen der Integrationsarbeit erarbeitet haben, wurde eine bundesweite Arbeitsgruppe gebildet.

Gemeinsam wird die Etablierung eines neuen Berufsbildes unter dem Titel „Sprach- und Integrationsmittler“ angestrebt und mit diesem Ziel auf drei Ebenen gearbeitet:

- Bedarfserfassung und Erschließung des Arbeitsmarktes
- Erarbeitung von unterschiedlichen Finanzierungsmodellen
- Entwicklung eines einheitlichen Curriculums in modularisierter Form

Dabei werden neben einem gemeinsamen Basismodul weitere Aufbaumodule entwickelt, die den Schwerpunkten und Besonderheiten der jeweiligen Projekte entsprechen. Neben der pädagogischen Arbeit spielen Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit eine wichtige Rolle.

Die Ergebnisse werden auf einer bundesweiten Konferenz präsentiert.

Zusammenfassung

Durch den Einsatz von Integrationsassistentinnen und -assistenten werden die Ressourcen von Migrantinnen und Migranten für die Integration stärker mobilisiert und die Effektivität, Effizienz und Nachhaltigkeit in der Integrationsarbeit gesteigert. Die ausgearbeitete Weiterqualifizierung bereitet die Vermittlungskräfte angemessen auf ihre Tätigkeit in verschiedenen Handlungsfeldern vor. Für die weitere Erschließung des Arbeitsmarktes sind Anstrengungen in bundesweit vernetzter Form für Öffentlichkeitsarbeit und die Anerkennung des Berufsbildes erforderlich.

5.2. Interkulturelle Kompetenztrainings

Ein Beratungsmodell für Dienstleister im Gesundheitswesen, der psychosozialen Versorgung und der öffentlichen Verwaltung¹

Thomas Hegemann, Ramazan Salman

Allgemeine Übersicht zu Entwicklungen und Kontexten

Interkulturelle Kompetenz ist gefragt wie nie! Die Globalisierung macht es offensichtlich, dass auf Export angewiesene Nationen in ihren Wirtschaftsbeziehungen interkulturelle Beziehungen benötigen – eine Voraussetzung, um im Wettbewerb mit anderen bestehen zu können. Trainings, Fort- und Weiterbildung in Industrie und Handel sind daher zu einer Selbstverständlichkeit geworden und werden in vielen Universitäten und Akademien regelmäßig angeboten.

Aber auch im Gesundheits- und Sozialwesen und in der öffentlichen Verwaltung wird die Notwendigkeit interkultureller Kompetenz immer offensichtlicher. Migration ist ein gesellschaftlicher Fakt, dem auch die Institutionen der öffentlichen Versorgung konzeptionell in ihren Angebotsstrukturen Rechnung tragen müssen. In den meisten Ballungszentren stellen Menschen mit Migrationshintergrund einen Bevölkerungsanteil von 20 bis 40 %; sie sind somit auch Kundinnen und Kunden, Klientinnen und Klienten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter öffentlicher Servicedienste. Menschen mit Migrationshintergrund werden daher in zunehmendem Maße als relevante Zielgruppe erkannt. Institutionen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung kommen nicht umhin, eigene Profile zu entwickeln, nicht nur um diese Personengruppe nicht zu verlieren, sondern diese auch gezielt anzusprechen. Hierfür benötigen sie nachhaltige Entwicklungen interkultureller Kompetenzen sowohl auf der Ebene der Fachlichkeit der Beschäftigten als auch auf der institutionellen Ebene, hier insbesondere bei organisatorischen und Managementfragestellungen. Untersuchungen der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Medizinischen Hochschule Hannover (Calliess 2006; Machleidt 2003) haben dies für die psychiatrische Versorgung in Deutschland beispielhaft nachweisen können.

Um auf diesen Bedarf ein gutes Angebot machen zu können, haben wir seit 2003 ein Trainings- und Schulungsprogramm entwickelt, welches in Institutionen des Gesundheitswesens (Kliniken, Beratungsstellen, Gesundheitsämter, Hochschulen, Therapieeinrichtungen), in der psychosozialen Versorgung (Sozialdienste, Beratungsstellen, Betreuungswesen) und in der öffentlichen Verwaltung (Sozialämter, Ausländerbehörden, Standesämter etc.) umgesetzt wurde und wissenschaftlich begleitet wird.

¹ Ein Kooperationsprojekt von ISTOB, München, dem Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. (EMZ) Hannover und dem Bayerischen Zentrum für Transkulturelle Medizin (BAYZENT), begleitet von der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). s. hierzu Calliess 2006

Innovative Hauptaspekte und Leitideen

Schulungsprogramme und Trainings zur interkulturellen Kompetenz sind dann am erfolgreichsten, wenn sie den folgenden Kriterien gerecht werden:

- o Die Verantwortlichkeit zu interkultureller Kompetenzentwicklung und zu interkultureller Öffnung liegt beim Management und kann nur in Kooperation mit diesem gelingen.
- o Je intensiver eine Institution interkulturelle Kompetenzentwicklung zu einem eigenen Qualitätsmerkmal macht, umso größer ist die Nachhaltigkeit.
- o Je stärker eine Institution Migrantinnen und Migranten als Beschäftigte und als Kooperationspartner einbindet, umso kostengünstiger und nachhaltiger ist die Entwicklung
- o Je sorgfältiger die Interessen und Anliegen sowohl des Managements als auch der Beschäftigten bei der Auftragsklärung zu interkulturellen Kompetenztrainings besprochen werden, umso kostengünstiger fallen die Schulungsmaßnahmen aus.
- o Feedback-Veranstaltungen in jährlichem Abstand erhöhen die Nachhaltigkeit durch kontinuierliche Anpassungsprozesse.

Wir haben dieses Programm in oben benannten Institutionen beispielhaft umgesetzt und schrittweise durch ein ständiges Feed-back mit den Beschäftigten und Auftraggebern der jeweiligen Einrichtungen verbessert und an die Gegebenheiten der Versorgungslandschaft angepasst.

Orientierend und wegweisend war für uns eine Untersuchung des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit. Dieses hat das schweizerische Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien beauftragt, am Beispiel der Suchthilfe herauszufinden, was die Akteure von Einrichtungen, die einen Prozess der *interkulturellen Öffnung* durchlaufen hatten, rückwirkend als die wichtigsten Schritte zur Entwicklung eines interkulturell kompetenten Service beschrieben haben.

Wir haben darauf aufbauend Leitlinien für die Entwicklung interkultureller Kompetenzen für Dienstleister im Bereich gesundheitlicher und psychosozialer Servicedienste und der öffentlichen Verwaltung erarbeitet.

Zur Implementierung interkultureller Kompetenz sind längerfristige, mittelfristige und konkret umsetzbare und überprüfbare operationale Ziele ebenso notwendig, wie Ressourcen, die den Umfang und das Tempo der Entwicklungsprozesse bestimmen:

- o Längerfristige Ziele geben die Richtung vor. Sie drücken den politischen Willen der Institution, der Kostenträger und der politisch Verantwortlichen aus. Dies kann beispielsweise den Abbau von Zugangsbarrieren betreffen.
- o Mittelfristige Ziele legen die wichtigsten Felder für Veränderungsprozesse fest. Zu diesen gehört die Notwendigkeit einer migrationspezifischen Organisations- und Personalentwicklung sowie migrationspezifischer

Serviceangebote, die sich an den Bedürfnissen der Migrantinnen und Migranten orientieren. Notwendig sind auch Vernetzung und Rückkopplung mit den Communities der Migranten und deren Repräsentanten, damit das Wissen über die vorgehaltenen Angebote dort verbreitert wird.

Auf diesen Leitideen aufbauend, haben wir ein Standardprogramm entwickelt, das wir in seinen Grundzügen allen Auftraggebern vorschlagen. Es besteht aus fünf Schritten.

1. Schritt: Auftragsklärung mit dem Management

Hier gilt es, ausführlich zu vereinbaren, zu welchem Zweck die Entwicklung von interkultureller Kompetenz erfolgen soll. Welche politischen Interessen von welchen Personen damit verbunden sind, welche bisherigen Klagen und Beschwerden dadurch abgebaut werden sollen und welche wirtschaftlichen und sozialpolitischen Interessen damit verfolgt werden sollten, sind die relevanten Fragen. Es hat sich herausgestellt, dass je unvoreingenommener die Auftraggeber ihre Ziele ansprechen, desto offener unsererseits die dafür notwendigen Strategien zur Sprache gebracht werden konnten. Dies bietet die beste Gewähr dafür, dass unrealistische Ziele den Gegebenheiten angepasst werden und dass auch Konfliktthemen, welche in jeder Institution zu finden sind, in die Planung der folgenden Schritte einbezogen werden. Die Vertreter des Managements werden von uns darin beraten, in welcher Weise sie die Beschäftigten der Institution am besten dafür gewinnen können, sich am Prozess interkultureller Kompetenzentwicklung zu beteiligen.

2. Schritt: Auftaktveranstaltung zur Abklärung des Auftrages mit den Beschäftigten

Hier werden die Ziele des Managements und die Vorstellungen der Beschäftigten miteinander abgeglichen. Großer Wert muss daher darauf gelegt werden, dass das Management seine Ziele selbst den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorstellt. Diese werden dann gebeten, die aus ihrer Sicht notwendigen Schritte in die vorgegebene Richtung zu benennen, sowohl aus inhaltlicher als auch aus organisatorischer Sicht. Weiterhin benennen sie die notwendigsten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und die Formen und Methoden des Trainings, die aus den bisherigen Erfahrungen als wünschenswert erachtet werden. Die Vertretung des Managements benennt die zur Verfügung stehenden Ressourcen und die realisierbaren Schritte zu strukturellen und organisatorischen Veränderungen in den jeweiligen Häusern.

Methodisch lässt sich dies gut in Großgruppenveranstaltungen durchführen, die nach einem Kaskadenmodell ablaufen. Manche Institutionen bevorzugen auch Delegationsmodelle, die dann über zwei Termine verteilt werden.

Aus dem Repertoire unserer oben genannten Zentren werden während der Auftaktveranstaltung Angebote zu möglichen Schulungen gemacht. Im Laufe der letzten Jahre hat sich herausgestellt, dass die Auftraggeber und ihre

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die folgenden Themen besonders wichtig finden:

- Kulturelle Hintergründe der relevantesten Migrantenpopulationen. *Was erklärt die Unterschiedlichkeit verschiedener ethnischer Gruppen?*
- Psychologische und soziale Dimension von Migration. *Wieso gelingt Integration so unterschiedlich?*
- Überbrückung der Sprachbarriere und Gestaltung von Dolmetsch-Situationen. *Wie können wir die Verständigung verbessern?*
- Kulturell beeinflusste Vorstellungen zu Fragen von Gesundheit und Krankheit. *Warum unterscheiden sich die Erwartungen an den Service?*
- Kulturbedingtes Verständnis zu sozialen Rollen mit Schwerpunkt der Geschlechterrolle und der professionellen Rollen. *Wie können wir den professionellen Kontakt gestalten?*
- Konfliktmoderation. *Wie können wir interkulturelle und institutionelle Konflikte bewältigen?*
- Netzwerkarbeit
Wie gelingt uns ein guter Kontakt mit den Communities?
- Führungs- und Leitungskräfteschulung. *Wie kann die Prozesssteuerung gelingen?*

Die Auftaktveranstaltung endet mit der Erstellung eines Zeit- und Ablaufplans.

3. Schritt: Schulung zu den in der Auftaktveranstaltung festgelegten Schwerpunktthemen

Hier werden in Ein- oder Zweitagesveranstaltungen für Gruppen zwischen 15 und 20 Personen Schulungen durchgeführt. Bewährt hat sich ein Mix aus bisher bewährten Vorgehensweisen, Theorie-Inputs, Vorstellen von bewährten Handlungsmodellen und Vereinbarungen zu kleinen gemeinsamen Veränderungsschritten im Team. Wir empfehlen eher kürzere Veranstaltungen zu mehreren Terminen, um eigene Erfahrungen mit den erlernten Methoden in die Schulungen einbauen zu können.

4. Schritt: Feed-back mit dem Management

Wir halten eine Rückmeldung mit dem Management für unverzichtbar. Die sich aus der oben genannten schweizerischen Studie ergebende Notwendigkeit von Organisationsentwicklung, die Schaffung migrationspezifischer Angebote und eine bessere Vernetzung mit den Communities lässt sich in den meisten Einrichtungen nur von der Managementebene aus bewältigen; jedenfalls nicht ohne oder gar gegen diese. Weiterhin ist es notwendig, die in den Schulungen geäußerten Rückmeldungen der Teilnehmenden auf eine respektvolle Weise so zu transportieren, dass eine Feed-back-Kultur über die verschiedenen Hierarchieebenen hinweg gefördert wird. Ohne diese wird eine Kultur des gemeinsamen Lernens – sowohl nach der obengenannten

Untersuchung, als auch unseren eigenen Erfahrungen – keine Nachhaltigkeit haben.

Wir vereinbaren dazu einen halb- bis eintägigen Termin nach der ersten Schulungsserie.

5. Schritt: Supervisionseinheiten zur Vertiefung

Die meisten Institutionen entscheiden sich für unterschiedliche Formen der Supervision, um die Entwicklung von interkultureller Kompetenz zu vertiefen. Hier können von ausgewählten Gruppen (z.B. Modellstationen oder Modellabteilungen, Steuerungsgruppen) gezielte Umsetzungsfragen besprochen werden.

Es hat sich herausgestellt, dass in der Mehrzahl der dort beschriebenen Problemsituationen nicht so sehr mangelndes Hintergrundwissen ausschlaggebend ist. Institutionen, die eine Kultur des gemeinsamen Lernens pflegen, sind nach den oben beschriebenen Einführungen leicht in der Lage, sich Wissen mit eigenen Mitteln zu beschaffen. Viel häufiger sind strukturelle Hintergründe der jeweiligen Institutionen dafür verantwortlich, dass der Prozess der interkulturellen Kompetenz sich verlangsamt, stoppt oder gar rückläufig ist. Die häufigsten sind: fehlende Transparenz der Abläufe und Entscheidungskompetenzen, Vorrang von Beziehungsfragen vor Fachfragen oder mangelndes Interesse der Führungsebenen.

Fairerweise muss an dieser Stelle auch angemerkt werden, dass die gesundheitlichen und psychosozialen Servicedienste in Deutschland vor massiven Veränderungsanforderungen stehen, sodass interkulturelle Kompetenz auf der als notwendig erachteten Agenda leicht nach hinten platziert wird.

Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung und Übertragbarkeit

Wir betonen bei der Auftragsklärung während der Auftaktveranstaltung sowohl mit dem Management wie mit den Beschäftigten, dass der Prozess der Implementierung interkultureller Kompetenz einen Entwicklungsbedarf aufzeigt, welcher über die unmittelbare Versorgung der Migranten hinaus von Nutzen für die Institutionen ist. Letztlich ist die Schwerpunktidee unsers Ansatzes die Verbesserung des Kundenkontaktes. Unsere Auftraggeber lernen, sorgfältiger darauf zu achten, was die Kunden wollen und brauchen, wie dies herauszufinden ist und wie das Angebot der Einrichtung in handhabbaren Schritten an diese Erkenntnisse angepasst werden kann.

Wir raten allen Institutionen, die interkulturelle Kompetenz implementieren wollen, ein Jahr nach den Schulungsmaßnahmen eine Befragung über das Ergebnis unserer Maßnahme zu machen. Zu diesem Zweck legen wir Wert darauf, dass alle Veranstaltungen mit einer Qualitätsabfrage (standardisierter Fragebogen) revidiert werden und die Protokolle der erarbeiteten Ergebnisse allen Beteiligten zur Verfügung stehen. Transparenz und Verbindlichkeit, welche eine zentrale Ressource interkultureller Kompetenz sind, können nur eingefordert werden, wenn entsprechende Haltungen vorgelebt werden.

In fünf bis zehn Trainingstagen lassen sich so in den meisten Einrichtungen Grundlagen interkultureller Kompetenzentwicklung gut einführen.

Bewährt haben sich die konzeptionelle Einbindung des Leitungspersonals in die Schulungen, die Beteiligung der Beschäftigten an der Entwicklung der zukünftigen Schulungen, Feed-backrunden mit dem Leitungspersonal und im Nachgang zu den Schulungen zu einem späteren Zeitpunkt das Angebot von Supervisionen oder vertiefenden Schulungen.

Größere Institutionen profitieren von Train-the-Trainer-Modellen. Hier sind gute Auftrags- und Verantwortungsklärunge von besonderer Bedeutung.

Tipps zur Vertiefung

Hegemann, T. & Salman, R. (Hrsg.). (2001). *Transkulturelle Psychiatrie – Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Salman R., Tuna, S. & Lessing, A. (1999) *Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie*. Edition psychosozial, Psychosozial Verlag: Giessen

Fischer M. & Graf P. (2000) *Coaching – ein Fernworkshop*; Augsburg: Ziel Vlg.

Dahinden J., Delli C. & Grisenti W. (2005) *Nationale Machbarkeitsstudie Projektmodell „Migration und Sucht“*; Neuchatel: Swiss Forum for Migration and Population Studies

Thomas A. (Hrsg.) (2003) *Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation – Grundlagen und Praxisfelder*; Göttingen: Vandenhoeck und Rupprecht

Domenig D. (Hg.): *Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber-Verlag

Machleidt W. (2003) *Sonnenberger Leitlinien. Zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland*. *Soziale Psychiatrie* 27 (2), S. 40–41

Calliess I. T. (2006) *Fort- und Weiterbildung in Transkultureller Psychiatrie: Ergebnisse einer Umfrage zum Weiterbildungsbedarf*. In: Machleidt W., Salman R. & Calliess I.T. (Hrsg.) *Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa*. Reihe „Forum Migration, Integration, Gesundheit“ Bd. 4. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg (2006) (Hrsg.): *Qualität und Kompetenz in der Betreuung von MigrantInnen – Veranstaltungen und Fortbildungen für Akteure rechtlicher Betreuung in Hamburg – Abschlussbericht*

Collatz, J.; Hackhausen, W.; Salman, R. (Hrsg.) (1999): *Begutachtung im interkulturellen Feld*, Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung, Amand Aglaster

5.3. „FrauenServiceStelle“ – Migrantinnen werden zu Akteurinnen Braunschweig

Doris Bonkowski

1. Allgemeine Einführungen

Die Zahl der Migranten als Kunden im Jugend-, Sozial- und Gesundheitswesen nimmt rasant zu. Gerade die Älteren unter ihnen weisen ein hohes Hilfs- und Pflegebedürftigkeitsrisiko auf. In Altenpflegeeinrichtungen und Kindertagesstätten, in Beratungsstellen und Gesundheitsämtern wächst das Bewusstsein, dass sprachliche und kulturelle Unterschiede das Personal vor besondere medizinische, pädagogische und gesundheitspolitische Anforderungen stellen.

Wie aber erreicht man Zuwanderer für präventive Gesundheitsangebote? Und wie vermittelt man die notwendigen Behandlungsschritte, wenn die Patienten nur wenig Deutsch verstehen? Welche Unterstützung können geschulte Dolmetscher in sozialen und gesundheitlichen Arbeitsfeldern leisten? Wie können Kindertagesstätten, die von Pluralität geprägt sind, ihren pädagogischen Erziehungsauftrag erfüllen und wie kann eine flexible Kinderbetreuung vor Ort gesichert werden?

Migrantinnen als Akteurinnen im Jugend-, Sozial- und Gesundheitswesen gewinnen mehr und mehr an Bedeutung. Deshalb hat das Büro für Migrationsfragen im Sozialreferat der Stadt Braunschweig mit dem Aufbau einer „FrauenServiceStelle“ (FSS) dieser wachsenden Bedeutung Rechnung getragen und liefert hiermit einen integrierenden und aktivierenden Arbeitsansatz für den Umgang mit Migrantinnen in Bereich der Arbeitsförderung, Bildung und Integrationsarbeit. Die Laufzeit des Projekts beginnt am 01.07.2005 und endet am 31.12.2007. Als Teilprojekt der Entwicklungspartnerschaft PAMIR-SON der Gemeinschaftsinitiative EQUAL unterstützt sie gemeinsam mit anderen Akteuren der Region Süd-Ost-Niedersachsen die Integration von Migrantinnen und Migranten in den ersten Arbeitsmarkt – gefördert durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Europäischen Sozialfonds.

Migrantinnen aus verschiedenen Herkunftsländern bringen oft gute Berufsabschlüsse mit: als Ingenieurinnen oder Pädagoginnen, Krankenschwestern oder Betriebswirtinnen, einige haben aber auch keinen Ausbildungsabschluß. Sie verfügen zwar über vielfältige Kompetenzen, wie Mehrsprachigkeit, interkulturelle, soziale und fachliche Fähigkeiten, seltener aber über berufliche Kontakte, Netzwerke und Rollenvorbilder, die ihnen den Einstieg in das Erwerbsleben erleichtern.

Leitidee der FrauenServiceStelle (FSS) ist es, die Fähigkeiten von Migrantinnen als wichtige Ressource im Integrations- und Arbeitsprozeß zu erkennen, zu fördern und für den Arbeitsmarkt nutzbar werden zu lassen. Dafür werden die Kompetenzen älterer arbeitsloser Migrantinnen durch drei Qualifizierungsmodule zur Sprachmittlung

- in sozialen und gesundheitlichen Einsatzfeldern,
- Gesundheit und Pflege,
- sowie in der Kindertagesbetreuung

systematisch für eine Arbeitsmarktintegration genutzt.

Sofern alle drei Module mit abschließender Prüfung erfolgreich durchlaufen werden, erhalten die Teilnehmerinnen im Braunschweiger Rathaus in einer feierlichen Veranstaltung ihr Abschlusßzertifikat.

In einer **Kompetenzbilanz** und einem -profil wird die Eignung der durch die ARGE für das Projekt vorgeschlagenen Teilnehmerinnen zusätzlich auch über informell erworbene und persönliche Fähigkeiten und Kenntnisse ausgelotet.

Die Orientierungsmaßnahme des FSS ist auf jeweils sechs Monate ausgelegt. Sie umfasst eine Startphase, in der die Teilnehmerinnen staatsbürgerliches, rechtliches und berufliches Grundlagenwissen erarbeiten, Sprache, Kommunikation oder Selbstpräsentation trainieren sowie soziale und gesundheitliche Arbeitsfelder in Braunschweig, vom Gesundheitsamt bis zur Aidshilfe, kennenlernen.

Ein Curriculum im Umfang von 200 Stunden bereitet sie auf die drei Bausteine vor.

- So lernen sie im Modul **Kindertagesbetreuung** die pädagogische Arbeit mit Kindern oder die Arbeitsbedingungen von Tagesmüttern kennen und erfahren etwas über Entwicklungspsychologie, Elternarbeit, Erziehungsstile oder gesunde Ernährung.
- In Zusammenarbeit mit dem Ethno-medizinischen Zentrum (EMZ) wird die Ausbildung zu **Dolmetschern in gesundheitlichen und sozialen Einsatzfeldern** mit Themen wie Rolle und Funktion des Sprachmittlers, Kommunikation und Interaktion, Übersetzungsmethoden usw. auf eine fachlich fundierte Grundlage gestellt.
- Im Baustein **Gesundheit und Pflege** setzen sie sich vertieft beispielsweise mit den Themen Hilfesystem und Gesundheitswesen, Migration und Gesundheit, Ernährung, Zahngesundheit, Kindergesundheit, psychosoziale Fragen, Sucht, Pflege oder Familienplanung auseinander.

Reale berufliche Situationen erleben sie mit insgesamt 300 Stunden in verschiedenen Praktikumsstellen, die, je nach Schwerpunkt ausgewählt, durch die FSS intensiv begleitet werden. Praktikumsgeber sind Behörden und städtische Dienststellen, Wohlfahrtsverbände und private wie öffentliche Einrichtungen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens.

Alle drei Bausteine sind eng miteinander verzahnt und stellen Grundqualifizierungen dar, die Impulse für eine Neuorientierung bieten und in eine Berufsfindung, Beschäftigungsmöglichkeit oder aber in die Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit münden können.

Ergänzendes Angebot ist eine jährliche **BerufsInfoBörse für Migrantinnen**, die mit Präsentationen beruflich erfolgreicher Migrantinnen Identifikationsmöglichkeiten für Zuwanderinnen bietet, ein breiteres Berufswahlspektrum

vorstellt und – über die Einbeziehung von Unternehmern und Unternehmerinnen – Vorbehalte und Vorurteile gegenüber der Beschäftigung von Migrantinnen abbaut.

2. Innovative Aspekte

Die Arbeitsansätze und Methoden des Projektes sind vielfältig und innovativ.

- Mit dem an den Ressourcen der Frauen orientierten Arbeitsansatz knüpft die FSS arbeitsmarktbezogen an die Kompetenzen von Zuwanderinnen an und eröffnet neue berufliche Optionen. So können sie den Tätigkeitsbereich einer Tagesmutter kennen lernen, der mit ihrer eigenen Familienarbeit zu vereinbaren ist, oder im expandierenden Gesundheitswesen Beschäftigungschancen finden.
- Das Projekt hält passgenaue und bedürfnisgerechte Angebote bereit, die sich an den persönlichen, fachlichen und auch sprachlichen Ausgangsbedingungen der Teilnehmergruppe ausrichtet. So wurde beispielsweise das Curriculum um Themen wie „Lernen lernen“, ein logopädisches Sprechtraining, Konfliktbearbeitung und praktische Elemente der Altenpflege ergänzt.
- Intensive Begleitung und flankierende Hilfen knüpfen vertrauensbildend an das kulturell Mitgebrachte sowie an die beruflichen und persönlichen Kompetenzen an. Dabei bringen die Teilnehmerinnen in dem interkulturellen Lernprozess ihre Differenz und Vielfalt zu Gehör – mental, sozial, kulturell und lebensgeschichtlich. Im gegenseitigen Austausch erfahren sie Interesse, Wertschätzung und Anerkennung, eine wichtige Motivation für ihre berufliche und gesellschaftliche Integration.
- Die Stabilisierung des Selbstbewusstseins und der Persönlichkeit der Migrantinnen ist für das multikulturell besetzte Dozentinnenteam – das per se seine emanzipatorische Wirkung entfaltet – ein wichtiges und arbeitsmarktrelevantes Anliegen.
- Das Projekt setzt einen gegenseitigen Lernprozess in Gang: Migrantinnen und Praktikumsstellen bringen ihr Kultur- sowie ihr Institutionswissen in die Zusammenarbeit ein und lernen im Prozess des „Aufeinander – Zugehens“.
- Die Methoden der Unterrichtsgestaltung – von der Text- und Gruppenarbeit über Rollenspiele bis zur Präsentation usw. – unterstützen die Lernsituation nach dem Motto: Wer motiviert ist, investiert – wer investiert, wird aktiv und nimmt teil.

3. Schwierigkeiten und Hürden

Die Beschäftigungszahlen zeigen: die Kombination der Merkmale „Migrationshintergrund“ und „weiblich“ ist gerade für ältere Frauen ein signifikantes Arbeitsmarktrisiko.

- Schwer wiegt für sie die fehlende Anerkennung von beruflichen Erfahrungen und Ausbildungsabschlüssen im Herkunftsland. Zugleich fehlt vielen Migrantinnen ein realistisches Wissen über die die formalen, in-

haltlichen und qualifikatorischen Anforderungen, welche die jeweiligen Arbeitsplätze an die Bewerberinnen stellen. Die Mechanismen des deutschen Arbeitsmarktes, das Sozial-, Gesundheits- und Bildungssystem, aber auch Fördermöglichkeiten und mögliche Berufswege sind ihnen in der Regel nicht bekannt.

- Der persönliche Hintergrund der am Projekt beteiligten Migrantinnen beeinflusst auch deren berufliche Chancen. Manchmal stellen familiäre und gesundheitliche Belastungen, sprachliche Anforderungen sowie fehlende Bildungsvoraussetzungen sie vor schwer, und nur langsam zu überwindende Hürden.
- Vorbehalte und Vorurteile sind ein Hemmnis für die erfolgreiche Arbeitsmarktintegration. Institutionen und Einrichtungen orientieren sich eher an den Defiziten von Zuwanderinnen und weniger an den vorhandenen Stärken. Häufig führt es dazu, daß Deutschkenntnisse zu stark und sonstige Fähigkeiten zu gering gewichtet werden.

4. Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung, Fazit

Nach wie vor bestehen Barrieren: Die Erfahrung zeigt, dass die herkömmlichen Regelangebote von Migranten nicht oder nicht ausreichend wahrgenommen werden. Sich „Hilfe zu holen“ ist in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund zu wenig bekannt. Die Schwellenangst ist groß.

Das Projekt „FrauenServiceStelle“ des Büros für Migrationsfragen der Stadt Braunschweig ist ein wichtiger Baustein, die Zugangsbarrieren im Sozial- und Gesundheitssektor durchlässiger zu gestalten. Die Professionalisierung von Zuwanderinnen für ein berufliches Engagement in pädagogischen, sozialen und gesundheitlichen Einsatzfeldern bildet dabei ein wichtiges Instrument und kann die Inanspruchnahme und das Beratungsangebot für Migranten auf Dauer verbessern. Gleichzeitig stellt es die Integration auf eine breitere Basis. Als Akteurinnen in Sozial- und Gesundheitsbereichen gewinnen Frauen mit Migrationshintergrund auch in anderer Hinsicht an Bedeutung: sie nutzen ihre Kenntnisse in ihren familiären Netzwerken, tragen gesellschaftlich wichtige Informationen in die Migrantengemeinschaften hinein und mobilisieren dort Selbsthilfepotentiale.

Die Erfahrungen in der FrauenServiceStelle zeigen einmal mehr: Frauen sind bedeutende „Motoren“ der Integration – in ihren Familien, in der Gesellschaft und auf dem Arbeitsmarkt. Trotz schlechter Ausgangsbedingungen leisten sie ein enormes Engagement – familiärer, beruflicher, gesellschaftlicher, kultureller und sozialer Art. Das wird nicht immer so wahrgenommen und entspricht nicht den landläufigen Stereotypen und Fremdbildern von Migrantinnen.

Deren berufliche Integration hat viele Facetten. Als Schlüsselindikator für ein gelungenes gesellschaftliches Zusammenleben braucht Integration einen langen Atem seitens der Frauen und vor allem Offenheit von Institutionen und Personalverantwortlichen seitens der Unternehmen.

5.4. Die Interkulturelle Elternschule

Gerhard W. Lauth

1. Allgemeine Übersicht zur Thematik

Die Interkulturelle Elternschule in Nordrhein-Westfalen wird durch die Universität Köln, Fakultät für Heilpädagogik, Psychologie und Psychotherapie gefördert.

Entsprechend dem im November 2006 beschlossenen Entwurf zur Europaratsempfehlung zu Gesundheitsdiensten in einer multikulturellen Gesellschaft, die auch der Bundesregierung vorgelegt werden wird, spiegeln ethnische Gesundheitsmuster weitgehend sozioökonomische Unterschiede zwischen ethnischen Minderheiten und der Hauptbevölkerungsgruppe wider. Deswegen ist es wichtig, dass die Regierungen Methoden entwickeln, um den sozioökonomischen Status dieser Minderheiten zu verbessern. Besonders bedeutsam ist gleichberechtigter Zugang zu Nahrung, Wohnraum, einer gesunden Umwelt, Bildung, Arbeit, sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen. Der effektivste Weg, um die Unterschiede, die den Gesundheitsbereich betreffen, zu vermindern und die Verbesserung des sozioökonomischen Status von ethnischen Minderheiten zu erreichen, sind Bildungsmaßnahmen für Migranten im Bereich gesunde Umwelt und gesundes Verhalten. Der ungleiche Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und fehlende kulturelle Kompetenz der Institutionen sind strukturelle Barrieren zu qualitativer Versorgung, welche abgebaut werden müssen.

Familien mit Migrationshintergrund sind häufig erhöhten Stressbelastungen ausgesetzt, die sich aus niedrigem sozioökonomischen Status, Arbeitslosigkeit, geringer Bildung und fehlender beruflicher Absicherung, Migrationserfahrung, Gesundheitsproblemen, Alltagsstress u. a. durch schwierige Familienkonstellationen und sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten ergeben. Diese Belastungen (Stressoren) wirken sich negativ auf das Familienklima aus und begünstigen ein abtrüggliches Erziehungsverhalten der Eltern, das sich vor allem durch bestrafende und einengende Erziehungsformen auszeichnet. Diese entstehen hauptsächlich dann, wenn die Kraft der Eltern fast ausschließlich für die Bewältigung von Alltagsanforderungen und kritischen Lebensereignissen gebunden ist, mangelnde partnerschaftliche Unterstützung besteht und die Eltern nur wenig Zeit für ihre Kinder aufbringen können. Dann steigt das Risiko für eine ungünstige Entwicklung der Kinder deutlich an, es stellen sich auch eher Verhaltensauffälligkeiten und schulische Beeinträchtigungen ein. Je höher die Belastungen der Familie sind, desto größer ist das Risiko für die Entwicklung auffälligen Verhaltens seitens der Kinder.

Ein Elterntaining, das früh durchlaufen wird, wirkt dem konstruktiv und vergleichsweise „ursächlich“ entgegen. Bislange fehlt es an geeigneten Interventionsmaßnahmen für Eltern und Kinder mit Migrationshintergrund, die sowohl den kulturellen Kontext der Familien (z. B. ihre Erziehungseinstellungen, Rollenbeziehungen und Orientierungen), ihre spezifische Migrationsgeschichte

und Lebenslage in der Migration als auch die soziokulturellen Anforderungen des Aufnahmelandes berücksichtigen.

2. Darstellung von Aspekten mit besonderem Gewicht

Die „Interkulturelle Elternschule“ beinhaltet die Durchführung präventiver Elterntrainings mit dem „Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder“. Dieses Training soll die psychische Gesundheit von Eltern und Kindern fördern und eine bessere Entwicklung der Kinder in die Wege leiten.

Das Training besteht aus insgesamt 7 Sitzungen und je nach Bedarf 2 vorbereitenden Informationstreffen. Die Eltern lernen, wie sie mit familiären Alltagsschwierigkeiten (z. B. die Kinder zu Bett bringen, Hausaufgaben machen, die Kinder zur Ausführung von Tätigkeiten bewegen, Fernsehkonsum regeln, etc.) umgehen sollen. Ferner werden die familiären Strukturen verändert und Väter bzw. Lebenspartner stärker an den familiären Aufgaben beteiligt.

Das Training ist stress- und ressourcentheoretisch aufgebaut. Es geht davon aus, dass die Eltern ihren Aufgaben dann nur noch unzureichend nachkommen können, wenn die Alltagsbelastungen überhand nehmen und es an den notwendigen Fertigkeiten fehlt, die Situation wieder „in den Griff zu bekommen“. Das Training ist alltagspraktisch ausgerichtet.

Dazu wird ein adressatenspezifisches Elterntraining durchgeführt. Es soll die Erziehungskompetenz der Eltern fördern sowie die psychischen Belastungen in der Familie reduzieren. Dadurch sollen wiederum die Sozialisationsleistungen der Familie nachdrücklich verbessert werden (beispielsweise verbesserter Umgang mit Kindergarten, Schule, Förderung der kindlichen Entwicklung, Förderung der schulischen Leistungsfähigkeit, Reduzierung von Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern, Reduzierung familiärer Schwierigkeiten, Verminderung von Paarkonflikten).

Durchführung: Die Eltern werden über Migrantenvereinigungen sowie die Medien (z. B. Tagespresse, Radio, Fernsehen, Informationsbroschüren in Kindergärten und Schulen, Vorträge in Migrantenvereinen) auf das Angebot aufmerksam gemacht. Danach werden drei Maßnahmen, die eng aufeinander abgestimmt sind, durchgeführt:

1. Die interessierten Eltern werden zu einem Gespräch eingeladen (Dauer etwa 50 Minuten), bei dem es um die Erklärung des Trainings sowie das Interesse der Eltern und ihre Trainingsteilnahmebereitschaft geht (z. B. Termine wahrnehmen können, Betreuung der Kinder während der Teilnahme, Informationsstand der Eltern bezüglich der Entwicklung von Kindern, können beide Eltern zusammen kommen?) geht. Dabei werden auch die einzelnen Trainingstermine gemeinsam mit den Eltern festgelegt.
2. Das Training wird sodann in Gruppen von 6 – 8 Elternpaaren durchgeführt. Es besteht aus 7 Sitzungen à 3 Zeitstunden, in denen Erziehungsfertigkeiten für konkrete Alltagssituationen vermittelt werden (siehe unten).
3. Gegebenenfalls werden – je nach Zusammensetzung der Elterngruppe – zwei Sitzungen mit kürzerer Dauer (1,5 Stunden) vorgeschaltet, in denen

es um Informationen über das Bildungssystem der Bundesrepublik (Kindergarten, Schule) sowie die Entwicklung von Kindern allgemein geht. Ob dies notwendig und angezeigt ist, zeigt sich im Erstgespräch und hängt von dem Kenntnisstand der Eltern ab.

Beschreibung des Elterstrainings: Das Elterstraining besteht aus 6 wöchentlich aufeinander folgenden Sitzungen und einer Auffrischsitzung eineinhalb Monate später. Insgesamt erstreckt es sich über ca. 12 Wochen, einen für die Eltern planbaren Zeitrahmen. In jeder Sitzung wird eine spezielle Erziehungskompetenz vermittelt:

1. Trainingseinheit: Was soll sich ändern? Was kann so bleiben?
Feststellung von Ressourcen und Schwierigkeiten in der Familie sowie Konkretisierung der aktuellen Problematik.
2. Trainingseinheit: Sich dem Kind zuwenden – Positive Spielzeit.
Die Eltern sollen zuhause pro Tag etwa 30 Minuten lang „wertvolle Zeit“ mit den Kindern verbringen (sich ihnen positiv widmen, spielen). Dadurch lernen sie ihr Kind besser kennen und verbessern ihre Beziehung zu ihm. Dies ist die Grundlage für die weiteren Maßnahmen.
3. Trainingseinheit: Eigene Gefühle und Gedanken wahrnehmen
Es geht um Gedanken, Erwartungen und Gefühle in schwierigen Alltagssituationen. Letztlich sollen sich die Eltern ein problemlösendes Denken zu Eigen machen und zwischen Anlässen und „anheizenden Interpretationen“ sowie den Konsequenzen daraus (Ärger, Enttäuschung, Rückzug) unterscheiden. Nicht dass sie ihre Gefühle unterdrücken, aber dass sie klar denken und Schwierigkeiten konsequent angehen.
4. Trainingseinheit: Abläufe ändern
Diese Trainingseinheit hat die Neustrukturierung von wiederkehrenden Alltagsverläufen und -pflichten zum Ziel. Die Eltern sollen günstigere Abläufe und Vorkehrungen entwickeln (z. B. für das Zu-Bett-Gehen, die Hausaufgaben, das Fernsehen, den Familienalltag), die erwartbare Schwierigkeiten nicht nur verhindern, sondern ein positives Miteinander mit sich bringen.
5. Trainingseinheit: Durch Konsequenzen anleiten
Die Teilnehmer lernen ihr Kind durch Belohnung zu steuern und vor allem auf das gewünschte Verhalten zu reagieren. Sie sollen unangemessene Strafen unterlassen, aber bei „Fehlverhalten“ durchaus auch kleine negative Konsequenzen bereithalten (z. B. der Nachtschrank entfällt, wenn es beim Mittagessen schon wieder einen heftigen Streit beim Essen zwischen den Geschwistern gegeben hat). Die negativen Konsequenzen sollen aber tunlichst aus der Situation heraus begründet sein (overcorrection) und nicht Ausdruck des elterlichen Ärgers sein.
6. Trainingseinheit: Effektive Aufforderungen stellen
Die Aufforderungen sollen effektiv und für das Kind verständlich sein. Das wird in Alltagssituationen der Familie, die momentan eher schwierig sind, eingeübt.
7. Auffrischungssitzung: Ein Blick zurück – auf dem Weg nach vorn
Ca. 4 – 6 Wochen nach der 6. Trainingseinheit findet eine weitere Sit-

zung statt, in der die Eltern berichten, was sich geändert hat und welche Schwierigkeiten noch fortbestehen. Dafür werden Lösungen gesucht. Ferner geht es um das familiäre Zusammenleben und wie es nun organisiert werden kann, damit alle zufrieden sein können.

Zielgruppe sind Eltern mit Kindern im Alter von 4 – 11 Jahren, die Erziehungsschwierigkeiten mit ihren Kindern haben. Ferner gibt es eine Version des Trainings für die Eltern von pubertären Jugendlichen (14 – 18 Jahre), bei denen es eher darum geht, eine angemessene Selbstständigkeit bei den Jugendlichen zu fördern und den Eltern einen angemessenen Einfluss auf die Jugendlichen zu sichern.

3. Schwierigkeiten und Hürden

Ein Problem stellt die häufig schwierige Erreichbarkeit dieser Eltern bzw. ihre mangelnde Compliance dar. Die Bereitschaft der Eltern zur Zusammenarbeit steigt aber mit einer ortsnahen Erreichbarkeit sowie Transparenz und Konkretheit der Angebote. Alle vorliegenden Erfahrungen und Befunde zeigen, dass entsprechende Programme für diese Familien nur dann angenommen werden und Erfolg haben, wenn sie die spezifische Lage, speziellen Schwierigkeiten und Bedürfnisse dieser Zielgruppe auch berücksichtigen.

Bei Elterntrainings gibt es im Allgemeinen die Schwierigkeit, dass die Eltern regelmäßig an den angebotenen Sitzungen teilnehmen. Dies hängt vor allem mit alltagspraktischen Dingen zusammen, etwa dass die Kinder betreut werden müssen, ein Familienmitglied krank geworden ist, eine Familienfeier ansteht oder der Wagen nicht zur Verfügung steht, um zur Sitzung zu gelangen. Diese Schwierigkeiten gelten für alle Elterntrainings, unabhängig davon, ob die Eltern einen Migrationshintergrund haben oder nicht. Deshalb empfehlen sich ganz praktische Maßnahmen: Die Termine frühzeitig und genau festlegen, säumige Eltern per Telefonanruf erinnern, eine Kinderbetreuung organisieren, Fahrgemeinschaften bilden etc. Auch sollte für eine angenehme räumliche und soziale Atmosphäre bei den Treffen gesorgt werden.

4. Bewertung von Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung und Übertragbarkeit

Elterntrainings haben im Allgemeinen beträchtlichen Erfolg. Sie verbessern das kindliche Verhalten sowie die elterliche Erziehungsfähigkeit. Dabei kann man mit einer durchschnittlichen Verbesserung von etwa 60 Prozent rechnen.

Das vorliegende Elterntaining wurde in mehreren Studien sowie unter Alltagsbedingungen in Erziehungsberatungsstellen erprobt. Es hat eine Reduktion der elterlichen Belastung und eine Verringerung des kindlichen Auffälligkeit zur Folge. Die Wirkung steigt nach Ende der Maßnahme weiter an (Nachuntersuchung nach 1.5 Jahren), was als „sleeper effect“ bezeichnet wird und meint, dass dem Training eine konstruktive Wirksamkeit innewohnt, die sich Zug um Zug weiter entfaltet. Offensichtlich sind solche Trainings sowohl für die Kinder als auch die Eltern entwicklungsförderlich.

6. Biografischer Aspekt

6.1. DRK-Projekt „Gesundheit für Ihr Kind“ Köln

Gesundheitsvorsorge für Kinder aus Zuwandererfamilien

Monika Knepper

Kurzbeschreibung

Das Deutsche Rote Kreuz hat seit dem 1.8.2005 in Köln den Fachdienst Gesundheit und Migration eingerichtet mit einem Projekt zur Verbesserung der Gesundheitsvorsorge von Kindern – hier speziell die U-Untersuchungen und die 2. Masern-, Mumps-, Röteln-Impfung .

Dabei sind niedergelassene Kinderärzte, Kindertagesstätten, Familienzentren, Migrationsdienste und Selbsthilfegruppen sowie Gesundheitsamt, Jugendamt und Interkultureller Dienst für 3 Jahre Partner des Projektes, in dem das DRK auch die Moderation, Koordination und Dokumentation übernimmt.

Mit der Fokussierung auf ausgewählte und differenziert beschriebene Sozialräume, der damit einhergehenden Kooperation und der interkulturellen Öffnung aller im Sozialraum Tätigen, soll eine möglichst optimale Gesundheitsprävention, Intervention und nachhaltige Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Zuwanderern erreicht und gleichberechtigte Teilhabe ermöglicht werden.

Vorgehensweise, Methoden und deren Wirkungen, sowie Hindernisse und Beschleuniger werden dokumentiert und das „best-practice-Modell“ an alle Interessierten – auf Wunsch mit Beratung unsererseits – weitergegeben (Transfer).

Fragestellung und Ziel

Das Projekt hat zum Ziel

1. der Fragestellung nachzugehen, warum Kinder aus Migrantenfamilien signifikant weniger an der Gesundheitsvorsorge teilnehmen. Insbesondere
 - wie die regelmäßige Teilnahme an den U3 – U9/J1 Vorsorgeuntersuchungen erhöht werden kann, mit dem Ziel, das Risiko von zu spät entdeckten Entwicklungsdefiziten oder gesundheitlichen Störungen bei diesen Kindern zu senken.
 - wie die Aufklärung über und die Rate der 2. MMR-Impfung (Masern, Mumps, Röteln) bis zum 2. Lebensjahr gemäß Landesvorgaben auf 95 % erhöht werden kann.
2. wie erfolgreich Zugänge zur o.g. Gesundheitsvorsorge etabliert werden und wie die Kenntnisse über diese Präventionsangebote und ihre Wichtigkeit bei Eltern, Erziehern und Mitarbeitern in Beratungsstellen, Integrationszentren und Migrantenselbstorganisationen sicher verankert werden können.

Vorbeugen

Masern- Mumps- Röteln- Impfung

Masern, Mumps, und Röteln (MMR) sind weltweit verbreitete, hoch ansteckende Virenkrankungen. Da es keine spezifische medizinische Behandlung gibt, führt eine Infektion mit Masern, Mumps oder Röteln zu ernsthaften Komplikationen wie Hirnhautentzündung, Zeugungsunfähigkeit, Missbildungen beim Ungeborenen.

- Nur die Impfung schützt Ihr Kind wirksam.
- Für den vollen Impfschutz sind zwei Impfungen notwendig:
 - 1. Impfung: 11-14 Monate
 - 2. Impfung: 15-23 Monate
- Grundsätzlich sind die Impfungen in jedem Alter möglich!



Die Kosten der Impfung trägt Ihre Krankenkasse. Die Praxisgebühr entfällt bis zum 18. Lebensjahr.

Früherkennung

Vorsorgeuntersuchungen U1-U9/J1

Die Vorsorgeuntersuchungen, die jeder Kinderarzt durchführt, dienen dazu, Krankheiten oder Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

U1+U2	bis 10. Tag	Atmung, Herz, Reflexe
U3	4.- 6. Woche	Hüftgelenk, Ernährung
U4	3.- 4. Monat	Greifreflex, Gehör
U5	6.- 7. Monat	Beweglichkeit
U6	10.- 12. Monat	Sprache, erste Schritte
U7	1,9- 2 Jahre	Augen, Ohren
U8	3,7- 4 Jahre	Organe, Motorik
U9	5- 5,4 Jahre	geistige Entwicklung, Schulfähigkeit
J1	13.- 14. Jahre	psychisch-soziale Entwicklung, Impfstatus

Die Kosten aller Früherkennungsuntersuchungen trägt Ihre Krankenkasse, aber nur, wenn Sie die Reihenfolge einhalten.

Kostenloses DRK- Angebot

Wir kommen zu Ihnen!

Wir besuchen Kindergärten und andere Einrichtungen für ca. 1 Std. und beraten Eltern und Mitarbeiter über die Dringlichkeit der Vorsorgeuntersuchungen U1-U9/J1 und die MMR – Impfungen.

Insbesondere soll die gesundheitliche Entwicklung von Kindern mit Migrationshintergrund nachhaltig verbessert werden. Für diese Überprüfung sollten die Impfpässe sowie das gelbe Untersuchungsheft der Kinder vorliegen.

Gerne beantwortet unser mehrsprachiges Fachteam auch weitere Fragen zur Gesundheit der Kinder.

Zusätzlich bieten wir bei Ihnen an :

- Kinder ab 4 Jahre können bei unserem Jugendrotkreuz spielerisch und spannend Erste Hilfe lernen und „Power Pänz“ werden.
- den DRK- Kurs „Kindernotfälle“ (7 Std.), der Eltern und MitarbeiterInnen in Erste Hilfe am Kind schult.

Das „Power- Pänz“ Programm und der Erste Hilfe Kurs sind im Rahmen unseres Migrationsfachdienstes kostenlos.

Damit soll die gesundheitliche Entwicklung von Kindern aus Zuwandererfamilien sowie insgesamt ihre Chancen, in dieser Gesellschaft gesund aufzuwachsen, unterstützt werden.

Zielgruppe

Frauen/Partner mit Kindern zwischen 0 und 10 Jahren

ErzieherInnen in Kindertagesstätten/Kindergärten und Mitarbeiter in Gesundheitsdiensten, Familienzentren, Migrantenselbsthilfegruppen, kommunalen Ämtern und ehrenamtlich Engagierte.

Begründung:

Die Gesundheitsversorgung in Zuwandererfamilien folgt oft überlieferten Traditionen oder ist noch dem Gesundheitssystem des Herkunftslandes verbunden. Obwohl dem deutschen Gesundheitssystem generell eine hohe Wertschätzung entgegengebracht wird, ist ein beträchtlicher Teil der Zuwanderer mit dem vielfältigen, freiwilligen Angebot wenig vertraut und unzureichende Sprachkenntnisse sowie unterschiedliche Wertvorstellungen und Normen erschweren die adäquate Nutzung. Umgekehrt kann das Potential des Personals mit Migrationshintergrund in unseren Gesundheitsdiensten noch viel besser genutzt werden.

Vorgehensweise:

Die Gesamtdauer des Projektes ist in 3 Phasen unterteilt:

Phase I	01.07. – 31.12.2005 Einbindung der Partner, Bekanntmachung, Erprobung
Phase II	01.01.06 – 30.06.07 Umsetzung (Methoden und Wirkung)
Phase III	01.07. – 31.12.2007 Auswertung, Dokumentation, Übertragung

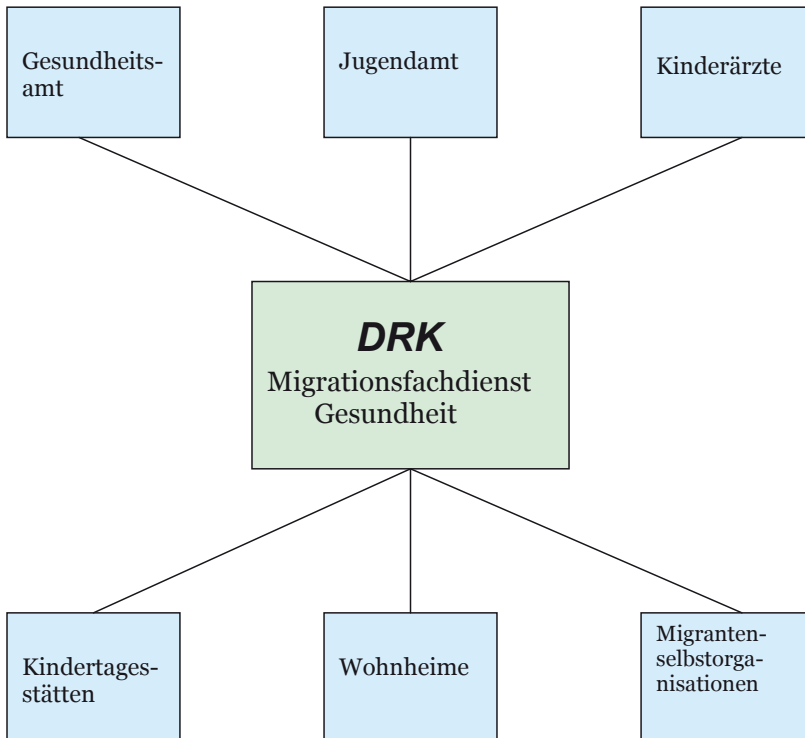
Bisherige Erfahrungen:

Vorteile für die Durchführung

- > Hohe Akzeptanz des DRK bei den Partnern für das Thema Gesundheit und Migration
- > Die thematische und räumliche Beschränkung des Projektes mit Erprobungsphase in einem Sozialraum
- > Personalauswahl mit Kinderarzt und Pädagogin, deren Migrationshintergrund und Mehrsprachigkeit sowie der Personalwechsel nach 1 Jahr. Das neue Team hat eine andere Sichtweise im selben Projekt und neue Ideen.
- > Die zusätzliche Projektleitung und Steuerung

- > Die intensive Bekanntmachung des Projektes bei allen Partnern im Sozialraum und die Nutzung vorhandener Netzwerke und Strukturen. Nur so lassen sich Misstrauen und Konkurrenzbedürfnisse vor Arbeitsbeginn ausräumen und Unterstützung einholen.
- > Die finanzielle Unterstützung durch das Land NRW

Vernetzung des DRK-Projektes Migrationsfachdienst Gesundheit mit Ämtern und Einrichtungen im Sozialraum



Hindernisse:

- > Projektbeginn 1.7.2005 fiel in die Sommerferien, was die Kontaktaufnahme zu den Kindertagesstätten erschwerte. Ramadan und jüdische Feste verzögerten die Projektdurchführung bei den Migrantenselbstorganisationen.
- > Die fehlende deutsche Approbation des russischen Kinderarztes verhinderte eine *medizinische* Mitarbeit im Impfbus, die willkommen gewesen wäre. Die neue Kinderärztin in Phase II erfüllt diese Voraussetzungen.
- > Die von unserer Seite erwünschte Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kam nicht zustande. Im September 2005 bestellten wir Informationsbroschüren in russischer Sprache, erhiel-

ten sie erst Ende Januar 2006. Gut, dass wir einen russisch sprechenden Kinderarzt haben.

- > Wegen der ungewissen Finanzierung haben die angestellten Mitarbeiter nur kurz befristete Verträge.

Perspektiven:

1. Die Erfüllung der U – Vorsorge und MMR II – Impfung als Aufnahmekriterium in Kindergärten/Kindertagesstätten/Familienzentren und bei der Einschulung.
2. Die kultursensible Arbeit in allen Gesundheitsdiensten

6.2. Migrantinnen als Gesundheitsmanagerinnen der Familie Berlin

Ein kultursensibler Ernährungskurs nach partizipativem Ansatz

Tülin Dumann

Übersicht

Fehlende Bewegung und ungünstige Ernährungsgewohnheiten stellen für viele Kinder und Jugendliche ein zunehmendes Gesundheitsrisiko dar. Verschiedenste Akteure bieten mittlerweile Kurse und Maßnahmen zur Prävention gesundheitlicher Risiken an. Besonders Risikogruppen wie Familien mit Migrationshintergrund und sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen werden jedoch trotz eines großen Bedarfs nur selten erreicht.

Im Rahmen des BKK Programms „Mehr Gesundheit für alle“ entwickelte Gesundheit Berlin e.V. ein Modellprojekt zur Förderung gesunden Ernährungsverhaltens in Familien mit Migrationshintergrund. Kindern und Jugendlichen soll so über das Elternhaus ausgewogene Ernährung näher gebracht werden. In einem partizipativen Prozess wurde gemeinsam mit türkischen Frauen aus einem sozial benachteiligten Stadtteil Berlins ein Ernährungskurs mit wechselnden theoretischen und praktischen Einheiten entwickelt. Es wurden Kursmodule erarbeitet, die den kulturell geprägten Alltag und die traditionellen Ernährungsgewohnheiten der Mütter berücksichtigten. Die Teilnehmerinnen überprüften ihre Gewohnheiten auf gesundheitsförderndes und –gefährdendes Verhalten und erprobten gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten auch praktisch in Kochkursen. In einem zweiten Kurs wurde das Konzept auf das Setting Schule und eine Gruppe von Müttern unterschiedlicher Herkunft übertragen.



Die wichtigen Informationen zu den im Kurs behandelten Themen wie auch die ausprobierten Rezepte wurden im zweisprachigen Kochbuch „Gesund essen mit Freude“ zusammengefasst. Das Kochbuch wie auch ein Leitfaden und ein Kursmanual stehen nun interessierten Akteuren zur Verfügung und regen zur Umsetzung eigener Programme an.

Good Practice – Projekt

Das Projekt „Migrantinnen als Gesundheitsmanagerinnen der Familie“ wurde unter Berücksichtigung der Richtlinien der GKV zur Förderung von Gesundheitsangeboten gem. § 20 SGB V entwickelt. Außerdem wurden die 10 – 12-wöchigen Koch- und Ernährungskurse nach den „Good Practice“-Kriterien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als Projekt guter Praxis anerkannt.

Ein besonders hervorzuhebender Aspekt des Projektes liegt in der Partizipation der Teilnehmerinnen. So bestimmten die Mütter die Themen des Kurses, indem sie ihre Erfahrungen und Gewohnheiten einbrachten, auch die Rezepte zu den im Kurs zubereiteten Gerichten stammten aus dem Kulturbereich der Teilnehmerinnen und wurden von diesen vorgeschlagen. Die Orientierung am Alltagsleben und den Ressourcen der Teilnehmerinnen erleichterte es diesen, das neu Erlernte im Alltag umzusetzen. Der Rahmen eines Koch- und Ernährungskurses eignete sich besonders gut, die Frauen anzusprechen, da das Thema an einen für sie positiv besetzten Aspekt ihres Lebens anknüpfte. Vor diesem Hintergrund gelang über das Thema Ernährung hinaus auch die Erörterung problematischer Lebenssituationen und die gemeinsame Entwicklung adäquater Lösungsstrategien.

Durch die Berücksichtigung vorhandener Kompetenzen der Teilnehmerinnen konnte deren Selbstwertgefühl gezielt verbessert werden.



Voraussetzung für das Gelingen eines solchen partizipativen Ansatzes waren eine „nicht belehrende“ Vermittlungsform sowie ausreichend Platz für die stattfindenden Gruppenbildungsprozesse. Die Gruppenzusammensetzung, besonders in Gruppen mit Teilnehmern unterschiedlicher Kulturen, ermöglichte außerdem interkulturelles Lernen. Neben dem eigentlichen Projektziel, der Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten in der Familie, gelang es im Rahmen des Kurses, einen Kontakt und Vertrauen zwischen den Müttern und Mitarbeiterinnen der Schule aufzubauen. Den Müttern, die bisher wegen ihrer zum Teil schlechten Deutschkenntnisse in ihrem Engagement eher zurückhaltend waren, wurde so eine Möglichkeit gegeben, sich aktiv an Schulaktionen zu beteiligen. Besonders deutlich wird der Erfolg des partizipativen Ansatzes am Fortbestehen der Gruppe und der Weiterführung des Angebots, unabhängig von den in der Projektphase gewährten Zuschüssen.

Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung und Übertragbarkeit

Die Kurse wurden speziell für den Einsatz im Setting (Stadtteil, Schule etc.) entwickelt und ergänzen z. B. gesundheitsfördernde Programme für Kinder und Jugendliche. Der erste Kurs fand in einem Stadtteilzentrum mit einer Gruppe ausschließlich türkischer Frauen statt. Im zweiten Kurs wurde das Konzept auf das Setting Schule übertragen. Hier wurden Mütter türkischer, deutscher, bosnischer und pakistanischer Herkunft für den Kurs gewonnen. In beiden Kursen gelang es, die Mütter für Themen zu sensibilisieren, für die vor dem Kurs kein Problembewusstsein bestand. Außerdem konnten die Mütter auch über den Zeitraum des Kurses hinaus zu Engagement und Initiative an der Schule sowie im Stadtteil motiviert werden. Auch das Interesse zur Teilnahme an weiteren Fortbildungsprogrammen, wie Deutsch- oder Computerkursen, konnte bei den Frauen geweckt werden.

Ein Kursmanual, welches Informationen zum Aufbau und zu Inhalten kultursensibler Koch- und Ernährungskurse liefert, ein Leitfaden zur Implementierung und das deutsch-türkische Kiezkochbuch mit den im Kurs erprobten Rezepten und Informationen zu den Themen „gesunde Ernährung“, „Ernährungsverhalten“, „Ernährung von Kindergarten- und Schulkindern“ sowie zu „Übergewicht“ und „Essstörungen“ soll Ernährungsberater/innen, Mitarbeiter/innen aus Vereinen und Stadtteilzentren, Erzieher/innen, Lehrer/innen etc. bei der Durchführung solcher Ernährungs- und Kochkurse für Migrantinnen unterstützen. Bereits 6 Monate nach Erscheinen des Kursmanuals und des Leitfadens waren die jeweils etwa 800 Druckexemplare vergriffen. Da es an Materialien zur gesunden Ernährung in türkischer Sprache mangelt, wird besonders das Kochbuch stark nachgefragt. In gedruckter Form wurden bereits etwa 3500 Exemplare der ersten vier Auflagen verschickt. Alle Materialien können weiterhin über die Website <http://www.saglik-berlin.de> heruntergeladen werden. Auf Grundlage der zum Ernährungskurs entwickelten Materialien wurden auch über Berlin hinaus Projekte umgesetzt. So wurde in Baden-Württemberg in einer Kooperation zwischen dem Gesundheitsamt, dem Landesverband einer gesetzlichen Krankenkasse und einer Ernährungsberaterin ein Kurs zum Thema Ernährung angeboten. Desweiteren wurde von

einem Anbieter ein auf den Kursmaterialien beruhender Ernährungsbaustein in ein bestehendes Programm integriert, die Kochbücher wurden an die Teilnehmer verteilt.



Zusammenfassung

Bei dem Projekt „Migrantinnen als Gesundheitsmanagerinnen der Familie“ handelt es sich um einen kultursensiblen Koch- und Ernährungskurs, welcher sich besonders an Mütter aus sozial benachteiligten bzw. Familien mit Migrationshintergrund richtet. Das Projekt wurde unter Berücksichtigung der Richtlinien der GKV zur Förderung von Gesundheitsangeboten gem. § 20 SGB V entwickelt und wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als Projekt guter Praxis anerkannt. Ziel des Projektes ist es, die Frauen für verschiedene Ernährungsthemen zu sensibilisieren und mit ihnen Möglichkeiten zur Umsetzung einer ausgewogenen Ernährung im Alltag zu erarbeiten. Dabei wird in besonderem Maße auf die Partizipation der Teilnehmerinnen gesetzt. So regen die Teilnehmerinnen selbst die Themen an und setzen das neu erworbene Wissen aktiv im praktischen Kursteil um.

Die entwickelten Kursmaterialien Kursmanual, Leitfaden und Kochbuch leiten andere Anbieter zur Durchführung eigener Kurse an und können unter <http://www.saglik-berlin.de/materialien.html> heruntergeladen werden.

6.3. Forum für eine kultursensible Altenhilfe Köln

Simone Helck

Auch in der ausländischen Bevölkerung vollzieht sich ein sichtbarer demografischer Wandel. Die Zahl der über 60jährigen MigrantInnen wächst kontinuierlich. Im Jahr 2010 werden es schätzungsweise 1,3 Mio. ältere MitbürgerInnen mit ausländischem Pass sein.

Die Institutionen der Altenhilfe und Altenarbeit stehen somit vor der Herausforderung, das Recht alt gewordener MigrantInnen auf Beratung, Betreuung und Pflege sicherzustellen und ihre Angebote dementsprechend kultursensibel auszurichten.

Aus diesem Grund schlossen sich im März 2000 MitarbeiterInnen verschiedener Verbände und Institutionen aus den Bereichen Altenhilfe und Migrations- bzw. Integrationsfragen zu einem Arbeitskreis zusammen. Sie entwickelten gemeinsam das „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ sowie die Handreichung „Für eine kultursensible Altenpflege“. Im Juni 2002 wurden diese in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt und von Trägern der Altenhilfe, den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege und der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen unterzeichnet. Das Memorandum hat das Ziel, die Öffentlichkeit von der Notwendigkeit einer Altenhilfe zu überzeugen, die den zugewanderten sowie den einheimischen Seniorinnen und Senioren ein Leben in Würde ermöglicht und ihre besondere Situation berücksichtigt. Dafür sollen die entsprechenden Rahmenbedingungen („Marksteine“) in Politik und Gesellschaft geschaffen werden.

Als erster Schritt in eine breitere Öffentlichkeit startete am Weltaltentag 2004 in Berlin die Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe unter dem Motto „Aufeinander zugehen – voneinander lernen“, die unter der Schirmherrschaft der damaligen Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend stand. Gemeinsam mit KooperationspartnerInnen aus der Schweiz und Österreich wurde für die Unterzeichnung des Memorandums geworben. Grenzüberschreitend sollte ein Bewusstsein für die Notwendigkeit kultursensibler Arbeitsweisen in den Einrichtungen und bei den Diensten der Altenhilfe geschaffen werden. Mehr als 60 Verbände und Institutionen beteiligten sich an der Kampagne, unter ihnen:

- Arbeitsstab der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration
- Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KDA)
- Arbeiterwohlfahrt (AWO)
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK)
- afw Elisabethenstift Darmstadt
- IKoM (Informations- und Kontaktstelle Migration)
- Bundesverband Information und Beratung NS-Verfolgter

- Caritas Oberösterreich
- Pro Senectute und Eidgenössische Ausländerkommission (EKA) / Schweiz Verbände der MigrantInnen (VIA Verband für Interkulturelle Arbeit; Türkischer Bund Berlin-Brandenburg; AES Spanische Weiterbildungsakademie)



Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe

"Aufeinander zugehen -
voneinander lernen"

Wie das Motto der Kampagne „Aufeinander zugehen – voneinander lernen“ bereits ausdrückt, sollte MigrantInnen der Zugang zu Angeboten der Altenhilfe erleichtert werden. Zugleich wurden Einrichtungen der Altenhilfe bei der Umsetzung der kultursensiblen Altenhilfe durch Informationen und Schulungen unterstützt. Als Symbol für Wanderschaft und Migration hatten die OrganisatorInnen die Materialien, mit denen Aktionen, Projekte, Aus- und Fortbildungen durchgeführt werden konnten, in Koffer gepackt.

15 Monate reisten diese Kampagnenkoffer durch Deutschland, die Schweiz und Österreich und trugen so dazu bei, die Prinzipien einer kultursensiblen Altenhilfe in den Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe bekannt zu machen.

Mehr als 167 Altenhilfeeinrichtungen, Kommunen, Ausländer- und Seniorenbeiräte, Selbstorganisationen der Migrantinnen und Migranten, Verbände und Fachkräfte verpflichteten sich bis Ende der Kampagne mit ihrer Unterschrift, für die Umsetzung einer kultursensiblen Altenhilfe einzutreten. Es gelang während der Kampagne nicht nur, zahlreiche spannende Diskussionsprozesse anzustoßen, sondern auch

- regionale und lokale Netzwerke aufzubauen,
- Fachkräfte für die Problematik und das Thema zu sensibilisieren,
- Konzepte und Projekte für interkulturelle Öffnung und Begegnung zu entwickeln,
- und mehr als 206 Veranstaltungen (z. B. Ausstellungen, Fachtagungen, Feste, Schulungen, Workshops, interkulturelle Begegnungen) durchzuführen.

„Potenziale des Alters – MigrantInnen gestalten mit!“ – unter diesem Motto fand Ende Januar 2006 die Abschlussveranstaltung der Kampagne in Bonn statt. Alle Beteiligten, unter ihnen auch die Integrationsbeauftragte der Bundesregierung, Staatsministerin Prof. Dr. Maria Böhmer, sowie Dr. Gertrud Zimmermann vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, würdigten die geleistete Pionierarbeit und bundesweite Bedeutung der Kampagne. Der Geschäftsführer des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA), Klaus Großjohann, plädierte für weitere Anstrengungen auf dem Gebiet der kultursensiblen Altenhilfe. Sein Vorschlag, die entstandenen bundesweiten

und regionalen Netzwerke, Initiativen und Personen im Rahmen eines Forums weiter zu unterstützen, stieß auf die einhellige Zustimmung der InitiatorInnen und TagungsteilnehmerInnen.

Das Forum für eine kultursensible Altenhilfe setzt die erfolgreiche Vernetzungs- und Aufklärungsarbeit der Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe fort. Die Mitglieder des Forums wollen die Dienste und Institutionen der Altenhilfe weiterhin dabei unterstützen, ihre Angebote auf die Bedürfnisse älterer MigrantInnen auszurichten. Denn: Jeder Mensch hat das Recht, in Würde zu altern: die jeweilige (fremde) Kultur und Lebensgeschichte muss bei der Betreuung berücksichtigt werden!

Ziele des Forums

Mit Hilfe des Forums soll eine bessere Vernetzung der beiden Systeme Altenhilfe und Migrationsarbeit erreicht werden. Die Lebenssituation der Zugewanderten soll verbessert und ihre Teilhabe an den Angeboten der Altenhilfe erleichtert werden. Durch verstärkte Bekanntmachung des Memorandums, auch auf regionaler und kommunaler Ebene, sollen weitere Unterstützer in der Gesellschaft und Politik für die Idee der kultursensiblen Altenhilfe gewonnen und die Prinzipien einer kultursensiblen Altenhilfe in den Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe verankert werden.

Partnerschaftliches und trägerübergreifendes Arbeiten sind dabei sehr wichtig. Denn nur wenn die TeilnehmerInnen die verfügbaren Ressourcen ihrer Einrichtungen bzw. Institutionen einbringen, sind kreative Wege und Lösungen möglich.

Strukturen sollen aufgebaut werden, die MigrantInnen den Zugang zu Angeboten der Altenhilfe ermöglichen. Hemmnisse der Zugewanderten gegenüber den Diensten der Altenhilfe sollen abgebaut und Einrichtungen und Dienste der Altenhilfe bei der Gestaltung kultursensibler Angebote beraten werden. Eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Organisationen von MigrantInnen wird angestrebt.

Die Koffer

Neben dem Memorandum und der „Handreichung für eine kultursensible Altenhilfe“ wurden viele Materialien zum Thema zusammengestellt: Bücher, mehrsprachige Broschüren und Videos, Leitfäden, Checklisten und Arbeitshilfen, Projektbeispiele, Tagungsdokumentationen und noch vieles mehr. Als Symbol für Migration und Wanderschaft befinden sich diese Informationen in fünf verschiedenen Koffern. Jeder Koffer hat ein eigenes Thema und kann jederzeit mit neuen Materialien erweitert werden. Im Inhaltsverzeichnis der Koffer finden die Nutzer Bezugsquellen der darin enthaltenen Informationen. Er kann gegen Übernahme der Transportkosten bei den zuständigen regionalen Ansprechpartnern ausgeliehen werden. Die Adressen der regionalen Ansprechpersonen findet man auf der Internetseite des Forums für eine kultursensible Altenhilfe unter www.kultursensible-altenhilfe.de

Koffer 1: Aus-, Fort- und Weiterbildung

Zielgruppe: Dozentinnen und Dozenten Altenpflegefachschulen, in der Fort- und Weiterbildung, von Inhouse-Schulungen

Der Koffer enthält Unterrichtsmaterialien und Unterrichtskonzepte für die Aus- und Fortbildung zum Thema kultursensible Altenhilfe und interkulturelle Kompetenz. Das sind u. a. Filme und Videos über die Lebenssituation von älteren MigrantInnen, DVD, CDs mit Folien und Texten, Biographien und Interviews mit älteren zugewanderten Menschen.

Koffer 2: Materialien für die Altenhilfe- und Altenpflegepraxis

Zielgruppe: Leitungskräfte und Mitarbeitende von Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe und Altenpflege

Dieser Koffer enthält unter anderem Checklisten für ambulante und stationäre Einrichtungen, beispielhafte Konzepte für die Umsetzung einer kultursensiblen Betreuung und Pflege sowie Handreichungen für die Praxis (z. B. richtiger Umgang mit Muslimen oder älteren Menschen, die traumatisiert wurden)

Koffer 3: Beispielhafte Projekte und Einrichtungen

Zielgruppe: Träger von Diensten und Einrichtungen, Leitungskräfte, Altenhilfepraxis, Migrationsarbeit und Personen, die Projekte zur interkulturellen Orientierung in der Altenhilfe planen und umsetzen wollen,

Dieser Koffer enthält Berichte über kultursensible Projekte, Dienste und Einrichtungen in den Bereichen der ambulanten und stationären Pflege, Altenbegegnungsstätten sowie über offene Seniorenarbeit mit älteren MigrantInnen und Betreutes Wohnen.

Koffer 4: Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen

Zielgruppe: ältere zugewanderte Menschen und ihre Angehörigen; Beratungsdienste sowie Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe, die diese Materialien und Informationen weiterreichen können,

Der Koffer enthält Informationsmaterial über die Pflegeversicherung und Gesundheitsthemen wie z. B. Diabetes, Harninkontinenz, Depressionen, gesunde Ernährung, Alkoholsucht usw. Die Materialien sind in den verschiedenen Sprachen der Migrantengruppen vorhanden (z. B. in Türkisch, Russisch, Spanisch, Polnisch, Serbisch/Kroatisch, Italienisch).

Koffer 5: „Älter werden in Deutschland“ – eine Informationsreihe für türkische Seniorinnen und Senioren

Zielgruppe: ältere Menschen türkischer Abstammung sowie Multiplikatoren aus der Migrations- und/oder Altenarbeit,

Die Informationsreihe nach niederländischem Vorbild soll ältere Menschen aus der Türkei und Aussiedlerinnen und Aussiedler bei sechs aufeinander folgenden Treffen über wohnortnahe Angebote der Altenhilfe unterrichten. Gleichzeitig werden dabei Altenhilfe und Migrationsarbeit miteinander vernetzt, wodurch mehr kultursensible Angebote entstehen können. Die dazu gehörenden Materialien umfassen zwei Videofilme zur Lebenssituation türkischer Seniorinnen und Senioren, Fotokarten, Dias und Folien sowie eine Broschüre über das deutsche Altenhilfesystem für die Teilnehmenden. Die Informationsreihe ist zweisprachig (deutsch/türkisch) angelegt. Der Koffer kann beim DRK Generalsekretariat in Berlin oder beim AWO Bundesverband in Bonn ausgeliehen werden. Die Version für Aussiedler und Aussiedlerinnen ist festgestellt und wird gerade für die Praxis erprobt.

Darstellung der Schwierigkeiten und Hürden, die von uns zu überwinden waren:

Leider wurde für die Kampagne keine Finanzierung aus öffentlichen Geldern oder durch Sponsoren sichergestellt. Somit konnte die Kampagne „nur“ aus eigenen Ressourcen der Mitwirkenden verwirklicht werden.

Nachhaltigkeit

Memorandum, Handreichung, Kampagne und das sich daran anschließende Forum haben eine nachhaltige Wirkung bewiesen:

- Regionale und lokale Netzwerke wurden in den vergangenen Jahren aufgebaut.
- Fachkräfte und Öffentlichkeit wurden für die Problematik und das Thema sensibilisiert.
- Konzepte und Projekte wurden für die interkulturelle Öffnung und Begegnung entwickelt.

Kurze Zusammenfassung

Die Verfasserinnen und Verfasser und die Unterzeichner des Memorandums haben sich verpflichtet, aktiv zur Umsetzung der darin geforderten Rahmenbedingungen beizutragen. Menschen mit und ohne Migrationshintergrund, die in den verschiedenen Projekten und Einrichtungen tätig waren, fanden sich zu einem Arbeitskreis zusammen. Sie initiierten die erfolgreiche **„Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe“** unter dem Motto „Aufeinander zugehen – voneinander lernen“. Diese startete am 1. Oktober 2004 (Weltaltentag) in Berlin und endete Ende Januar 2006 mit einer Tagung in Bonn. Dort wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern beschlossen, die begonnene Arbeit als **„Forum für eine kultursensible Altenhilfe“** weiterzuführen.

6.4. Gesundheitsförderung mit älteren Menschen im AWO Begegnungszentrum, Berlin

Ben Eberle, Susanne Koch, Filiz Mueller-Lenhartz

Das AWO Begegnungszentrum

Das Begegnungszentrum der AWO Berlin Kreuzberg bietet seit über 30 Jahren eine breite Palette an Beratungsangeboten, kulturellen Aktivitäten und Kursen im Berliner Stadtteil Kreuzberg. Anfänglich ein Ort für Beratungs-, Bildungs- und Freizeitangebote für türkische Arbeitnehmer und ihre Familien, zählen inzwischen auch Deutsche sowie Migrantinnen und Migranten aller Altersgruppen insbesondere aus der Türkei, Griechenland, Spanien, Polen, Kroatien, Bosnien, Italien, Iran und Sri Lanka zu den Besuchern.

Zu unserer Arbeit gehören die Migrationserstberatung für Neuzuwanderer, Qualifizierungsprojekte, Internetkurse für Senioren und Frauen, soziale Gruppenarbeit mit Kindern, interkulturelle Workshops, Beratung pflegebedürftiger Migrantinnen und Migranten und ihrer Angehörigen sowie Fachberatung für interkulturelle Öffnung.

Der überwiegende Teil unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist mehrsprachig und hat Migrationshintergrund oder Auslandserfahrung. Interkulturelle Kompetenz ist eine wesentliche Qualifikation unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Mit unserer Arbeit möchten wir einen Beitrag zu einer sinnvollen Integration von Menschen unabhängig vom Alter oder kulturellem Hintergrund leisten. Sie soll nicht von einer Ideologie geleitet sein sondern soll aus der Interaktion zwischen Einwanderern und Mehrheitsgesellschaft entstehen für deren Erfolg alle Beteiligten verantwortlich sind.

Weitere Ziele unserer Arbeit sind:

- Die gesellschaftliche Partizipation der Migrantinnen und Migranten am sozialen und kulturellen Leben der Stadt fördern,
- Begegnungen zwischen Menschen aus unterschiedlichen Kulturkreisen ermöglichen, sie ins Gespräch bringen, mehr Sensibilität und Eigenverantwortung für das Wohnumfeld schaffen und die Freude am gemeinsamen Handeln fördern,
- Menschen unterstützen, um mehr Gesundheit für sie und ihre Familien zu erreichen.

Gesundheitsfördernde Angebote für ältere Migrantinnen und Migranten im Begegnungszentrum

Mit zunehmendem Alter steigt der Beratungs- und Betreuungsbedarf der Migrantinnen und Migranten. Die Altenhilfe ist ihrerseits noch nicht ausreichend auf die Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten vorbereitet und viele der bestehenden Einrichtungen nehmen diese Zielgruppe noch nicht

ausreichend wahr. Das führt dazu, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund kaum Zugang zu den bestehenden Angeboten der Altenhilfe finden.

Bei der Konzeption des gesundheitsfördernden Angebots orientiert sich das AWO – Begegnungszentrum an der Definition von Gesundheit durch die Weltgesundheitsorganisation WHO:

„Gesundheit ist ein Zustand, der nicht durch die Abwesenheit von Krankheit gekennzeichnet ist, sondern sich durch psychisches, physisches und soziales Wohlbefinden ausdrückt.“

Diesem Zustand nähern wir uns mit den „vier Säulen“ unseres Angebots:

- Informationsveranstaltungen
- Kurse
- Gruppenangebote
- Netzwerkbildung

Informationsveranstaltungen

Viele ältere Menschen mit Migrationshintergrund finden nur schwer einen adäquaten Zugang zu hiesigen, altersrelevanten „Gesundheitsinformationen“ und können so nicht optimal mit den Herausforderungen des Älterwerdens in Deutschland umgehen. In Kooperation mit Ärzten und Gesundheitseinrichtungen bieten wir muttersprachliche und zweisprachige (mit deutscher und türkischer Übersetzung) Veranstaltungen an. Themen der Veranstaltungen sind u. a. Diabeteserkrankungen, Vorsorgeuntersuchungen, Schlafstörungen, Wechseljahre, Stoffwechselstörungen, Depressionen, Ernährung, Übergewicht, Schmerzbewältigung sowie Demenzerkrankungen. Weil das Begegnungszentrum seit vielen Jahren bei der Zielgruppe als eine vertrauensvolle und niedrigschwellige Einrichtung bekannt ist, profitieren davon viele Menschen, die ansonsten nur schwer von den Regeleinrichtungen erreicht werden (Setting Ansatz).

Die Veranstaltungen werden grundsätzlich in Kooperation mit Fachkräften und Experten durchgeführt. Unsere wichtigsten Kooperationspartner der letzten Jahren sind u. a.:

- Deutsche Diabetesgesellschaft
- Feministisches Frauen – Gesundheitszentrum (FFGZ)
- Türkischsprachige Ärzte und Psychologen
- Deutsche Schmerzhilfe
- Deutsche Alzheimergesellschaft
- Gesundheit Berlin e.V.

Kurse

Es ist auch entscheidend, dass die Zielgruppe Möglichkeiten hat, sich über längere Zeiträume neues Wissen anzueignen und Erlerntes einzuüben, um ein optimales „Gesundheitsverhalten“ zu erreichen. Wir bieten deshalb Kurse

mit unterschiedlichen Inhalten an. Erwünschter Nebeneffekt der Teilnahme an solchen Kursen ist das positive Gefühl, welches durch das gemeinsame Arbeiten und Wachsen an den Kursinhalten entsteht.

Wir bieten regelmäßige Kurse mit folgenden Inhalten an:

- Internetgestützte Computer-Kurse zu gesundheitsrelevanten Themen (Wie finde ich einen Arzt in meiner Muttersprache? Wo finde ich Informationen zu gesundheitlichen Themen? Wie kann ich Informationen im Internet unterscheiden oder einordnen?)
- Seminare für ältere Migrantinnen und Migranten über die Altenhilfe in Deutschland
- Multiplikatorenschulungen in Kooperation mit diversen Altenhilfeeinrichtungen
- Patientinnenschulungen
- Gymnastikkurse und Qi Gong Kurse

Gruppenangebote

Um einer zunehmenden Isolation entgegenzuwirken, werden die sozialen Kontakte und die Kommunikation untereinander gefördert, gegenseitige Hausbesuche oder Krankenbesuche organisiert und durchgeführt.

Aus der von uns angeleiteten Gruppenarbeit haben sich im Laufe der Jahre mehrere Selbsthilfegruppen von Migrantinnen und Migranten gebildet, die von Ehrenamtlichen geleitet werden. Wöchentlich treffen sich erwachsene und ältere Menschen vorwiegend aus der Türkei in unserem Seniorencafé, es treffen sich eine Gruppe von Rentnern aus Griechenland und ab und zu alle zu einem großen Familiencafé. Einige der Ehrenamtlichen betreuen auch Gruppen in städtischen Altenhilfeeinrichtungen. Durch die Gruppenangebote fühlen die Menschen sich zugehörig und lernen auch, Hilfe und Unterstützung von Freiwilligen sowie die Fachangebote im Haus in Anspruch zu nehmen – wichtige immaterielle Beiträge zu einem gesunden und erfolgreichen Altern.

Aus der Gruppenarbeit sind weitere Aktivitäten entstanden z. B.

- Krankenbesuch-Teams
- Frauenselbsthilfegruppen
- offene Seniorengruppen
- Theatergruppe
- Wander- und Reisegruppen

Netzwerkbildung

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund wollen – so seit langem unsere Erfahrung – nicht nur in ihren eigenen Nischen und Gruppen bleiben. Wie für alle Menschen ist es ihnen wichtig, das Gefühl zu haben, Teil einer größeren Gemeinschaft und nicht nur auf sich allein gestellt zu sein und als gleichwertig akzeptiert zu werden. Sie möchten an der Gesellschaft teilhaben und Einfluss auf das eigene Leben und die eigene Lebensumwelt nehmen. Deshalb

versuchen wir mit verschiedenen Aktivitäten, diese Menschen mit anderen Personen und Gruppen, auch Einheimischen, zusammenzubringen.

Ein Beispiel sind die monatlichen Aktivitäten mit kommunalen Seniorenfreizeitstätten im Bezirk, die sogenannten Dienstagsveranstaltungen. Seit über zehn Jahren werden kulturelle Aktivitäten in den unterschiedlichen Freizeitstätten, Ausflüge und andere Bildungsaktivitäten regelmäßig gemeinsam veranstaltet. Inzwischen ist es für viele ältere Migrantinnen und Migranten selbstverständlich, an diesen und anderen Aktivitäten der Seniorenfreizeitstätten direkt mitzuwirken. Für andere wiederum ist es wichtig, sich über die Gruppenarbeit im Begegnungszentrum an den gemeinsamen Veranstaltungen zu beteiligen. So haben sie das Gefühl, dass sie gleichwertig sind, weil sie auch als Gastgeber und veranstaltende Gruppe auftreten. Sie haben auch die Sicherheit der ihnen bekannten Gruppe im Rücken, aus der heraus es manchen leichter fällt, Kontakte mit anderen zu knüpfen.

Eine weitere, wichtige Tätigkeit ist unsere Stadtteilentwicklungsaktion „Buntes Kreuzberg“, die wir seit 2001 jährlich mit verschiedenen Angeboten veranstalten. Diese werden ehrenamtlich durchgeführt, sind generationsübergreifend, interkulturell besetzt und offen für alle. Sie haben das Ziel, gemeinsam mit anderen zur Erhöhung der Lebensqualität im Stadtteil beizutragen. Die älteren Menschen, die unsere Einrichtung besuchen, sind die wichtigsten Träger dieser Veranstaltungen. Die positiven Gesundheitseffekte dieser Aktionen liegen auf der Hand: Die Menschen gestalten Prozesse, die ihr Leben und das Leben anderer nachhaltig verbessern, sie sind mit Gleichgesinnten gemeinsam aktiv und lernen immer wieder neue Menschen und neue Sichtweisen kennen. Einige Beispiele sind:

- Aufräum- und Bildungsaktivitäten mit Zeitzeugen auf dem Bethaniengelände und um den Mariannenplatz
- Bepflanzungsaktionen
- Koch- und Kinoabende mit Länder- und Kulturschwerpunkten
- Interreligiöse Dialoge und Interreligiöse Veranstaltungen.

Mehr Informationen hierzu finden Sie unter dem Stichwort „Buntes Kreuzberg“ auf unserer Internetseite www.begegnungszentrum.org und der Internetseite www.bunteskreuzberg.de.

Kriterien für Niedrigschwelligkeit und Zugang zu Migrantinnen und Migranten

Die zahlenmäßig große Gruppe von Migrantinnen und Migranten mit geringem Bildungsstand und schlechten Deutschkenntnissen wird von konventionellen Angeboten der Gesundheitsförderung häufig nicht erreicht. Diese Gruppe konnten wir durch eine kontinuierliche Arbeit im Begegnungszentrum, über Gesprächskreise unter Anleitung muttersprachlicher Fachleute und über die Vermittlung von Basiswissen mit Gesundheitsvorträgen von muttersprachlichen Ärzten, auch für Gesundheitsthemen, gewinnen.

Das Angebot muss auf die spezifischen Bedürfnisse der Bewohner des Stadtteils ausgerichtet sein. Die Mehrzahl unserer Besucher verfügt nur über ein geringes Einkommen. Deshalb dürfen keine hohen Kosten für die Teilnahme an den Veranstaltungen entstehen.

Da unser Haus von Migrantinnen und Migranten oft für allgemeine Sozialberatung, Beratung bei Fragen der Existenzsicherung, Aufenthaltsfragen, zu Gesundheitsproblemen und Rentenfragen aufgesucht wird, erfahren wir viel über die Lebenssituationen, Probleme und Sorgen der Menschen.

Dabei spielen die Fach- und Sprachkenntnisse sowie die interkulturelle Kompetenz unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine entscheidende Rolle.

Mit den so gewonnenen Erfahrungswerten sind wir in der Lage, Veranstaltungen anzubieten, die auf die realen Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten ausgerichtet sind und deshalb auch angenommen und gut besucht werden.

Leider sind bei den meisten Projekten keine ausreichenden Mittel für die Öffentlichkeitsarbeit vorgesehen. Dabei sind die Bekanntheit der Arbeit und die Verbreitung der Angebote auch für eine gute Vernetzung im Stadtteil von großer Bedeutung, insbesondere mit sozialen Einrichtungen und anderen Anlaufstellen der verschiedenen Gruppen (Vereine, Ärzte, religiöse Gemeinden).

Nachhaltigkeit

Um die Migrantinnen und Migranten für unsere Angebote zu gewinnen, haben wir Kriterien ausgearbeitet, die einen nachhaltigen Zugang zu dieser Gruppe gewährleisten:

- Kontinuität (Vertrauensverhältnis aufgrund langjähriger Beratungsarbeit, das Haus ist im Stadtteil fest verankert)
- Verbindlichkeit (Sprechstunden, telefonische Erreichbarkeit, Transparenz des Angebots)
- Atmosphäre („Kultur des offenen Hauses“ mit gastfreundlicher Stimmung, Cafeteria mit Ehrenamtlichen, Freitagstafel sowie hohe Identifikation unter den Mitarbeitern und den Besuchern mit den Zielen des Hauses)
- Überzeugungsarbeit bei Politikern und bei zuständigen politischen Gremien, um sie von der Notwendigkeit der Basisarbeit zu überzeugen und um die Projektfinanzierung zu garantieren
- Vernetzung mit eigenen Organisationen der Migrant/innen und Gemeinden. Unsere engsten Kooperationspartner sind: der Polnische Sozialrat, die Griechische Gemeinde, die Italienische Beratungsstelle beim DGB „Ital UIL“ sowie der Jüdische Kulturverein. Über diesen Weg können sich die Projektpartner gegenseitig ergänzen und unterstützen (Synergieeffekt). Diese Kooperationen sorgen einerseits für Besucher aus den unterschiedlichsten Zusammenhängen und ermöglichen es uns andererseits,

freiwillig Aktive auch außerhalb unseres bezirklichen Wirkungskreises zu akquirieren.

Zusammenfassung

Die gesundheitsfördernden Angebote im Begegnungszentrum leisten einen wichtigen Beitrag zum gesunden und erfolgreichen Altern von Menschen mit Migrationshintergrund und so auch zur sozialen Integration dieser Zielgruppe. Von den niedrighwelligen, bedürfnisorientierten Aktivitäten und zuverlässigen Dienstleistungen profitiert eine große Anzahl von Personen, die häufig von anderen Institutionen und Einrichtungen nicht erreicht werden. Wir helfen Menschen mit Migrationshintergrund, Experten in eigener Gesundheit zu werden. Wir stellen eine Brücke zwischen Migrantinnen und Migranten sowie Experten und Regeldiensten her, so dass nicht nur die Migrantinnen und Migranten davon profitieren, sondern auch die Regeldienste wichtige Erkenntnisse über die Zielgruppe bekommen sowie Anregungen zur Weiterentwicklung ihrer Leistungen zum Wohle aller.

7. Gender

7.1. DONNA MOBILE, München

Mobile Gesundheitsberatung für Migrantinnen und ihre Familien

Feyza Palecek

Zielgruppen

Unsere Zielgruppen sind hauptsächlich Migrantinnen aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien. Hinzu kommen Migrantinnen albanischer, griechischer und kurdischer Herkunft. Durch die Veränderung der Zuwanderungsbewegungen wenden sich vermehrt russische, ukrainische, arabische, polnische Migrantinnen und Frauen aus verschiedenen afrikanischen und asiatischen Ländern an uns.

Unsere Klientinnen gehören überwiegend der 1. und 2. Migrationsgeneration an. Viele gehören zur Gruppe der benachteiligten Bevölkerung. Mangelnde Deutschkenntnisse, Berufe in gesundheitsbelastender Umgebung und fehlende schulische Bildung erschweren ihre Lebensbedingungen. Zu uns kommen auch Frauen, die in ihren Herkunftsländern eine gute Ausbildung abgeschlossen haben und aus verschiedenen Gründen in Deutschland keinen beruflichen Anschluss finden.

Besonderheiten

Ein besonderer Aspekt unserer Einrichtung ist, dass die Mitarbeiterinnen von Donna Mobile unterschiedliche Herkunft und Profession haben. Unser Referentinnenpool besteht aus 36 Referentinnen, die aus verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufen kommen und unterschiedliche Migrationshintergründe haben, ebenso wie unsere ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen. Dies gibt uns die Möglichkeit sehr flexibel zu sein und konkret die vielfältigen Anforderungen zu erfüllen, welche die Gesundheits- und Migrationsarbeit an uns stellt.

Beratungs- und Bildungsarbeit zu gesundheits- und frauenspezifischen Themen, welche häufig auch Bereiche wie die Familie, Ehe, Erziehung, Geschlecht, Religion oder Sexualität berühren, können in der Arbeit mit Migrantinnen nur auf der Ebene einer Vertrauensbasis erfolgreich bearbeitet werden. Wissen um Sprache und Kultur aus dem jeweiligen Klientinnenkreis ist hierbei unverzichtbar.

Zwar bieten wir auch Angebote für Männer und Frauen an – etwa ein Fünftel der Gruppen, in denen wir unsere Vorträge halten, werden von beiden Geschlechtern besucht – aber primär ist Donna Mobile eine frauenspezifische Einrichtung.

Migrantinnen bedürfen häufig eines geschützten Rahmens, um sich frei und ungezwungen entfalten zu können, zudem ist es in vielen Kulturkreisen nicht

Organigramm



üblich, über bestimmte Themen, siehe oben, in gemischten Gruppen zu sprechen.

Migrantinnen unterliegen häufig Mehrfachbelastungen, z. B. Erwerbsarbeit im Niedriglohnsektor, die mit körperlichen Belastungen verbunden ist, Arbeitslosigkeit in der Familie, Haus- und Erziehungsarbeit, Diskriminierung.

Unsere Angebote sind spezifisch auf die Zielgruppe von Migrantinnen ausgerichtet, beziehen aber auch die ganze Familie mit ein. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der gesundheitlichen Prävention, wozu ein bewusster

Umgang mit dem eigenen Körper zählt. In unseren Angeboten verbinden wir das Vermitteln von theoretischem Wissen mit dem Erwerb von praktischen Erfahrungen. Die Themen Ernährung, Bewegung, Stressreduktion stehen dabei im Vordergrund und sollen miteinander verbunden werden (z. B. Kochen für Mütter und Kinder, Stressbewältigung für junge Frauen mit Migrationshintergrund).

Unsere Angebote sollen die Migrantinnen sowohl stadtteil-, als auch münchenerweit ansprechen. Deshalb kooperieren wir mit vielen städtischen und Stadtteileinrichtungen und führen mit diesen gemeinsame Veranstaltungen und Projekte durch. Im Jahr 2005 haben wir in 30 Einrichtungen münchenerweit unsere Vorträge gehalten. Die Einrichtungen der Altersservicezentren und Selbsthilfegruppen sind dabei wichtige Kooperationspartner.

Schwierigkeiten und Hürden

Migration, speziell die Situation von Migrantinnen, ist eine Thematik für die wir immer wieder Akteure in Politik und Fachbereich, sowie in der Öffentlichkeit sensibilisieren und zur Diskussion anregen wollen. Dies erfordert viel Geduld und Ausdauer. In der Politik ist die Migrationsdebatte erst in letzter Zeit aus der „Nischenecke“ herausgekommen und meist negativ besetzt. Wir arbeiten mit vielen Gremien und Arbeitskreisen zusammen, um strukturell an der Öffnung der deutschen Gesundheitsversorgung mitzuwirken, mit dem Ziel, sie für die Belange der Migrantinnen zu öffnen.

In der Fachöffentlichkeit überwiegt oft die Sichtweise vom Migranten als Hilfeempfänger und Problemerklient. Wir möchten hingegen die Ressourcen der MigrantInnen und ihr häufig ungenutztes Potential in den Vordergrund stellen und arbeiten nach dem Empowermentansatz. Für Multiplikatorinnen bieten wir Fortbildungen an, um sie für die Arbeit mit Migrantinnen zu qualifizieren.



In Zeiten, da öffentliche Mittel immer knapper werden, muss auch Donna Mobile immer mehr Eigenmittel aufbringen, um seine Projekte zu finanzieren und am Laufen zu halten. Dies erfordert einen hohen Aufwand an Zeit und Personal. Die Bezuschussung von Projekten erfolgt oft kurzfristig und ist häufig auf einen kurzen Zeitraum hin ausgelegt. Dies erschwert eine langfristige Planung auch im Hinblick auf die Nachhaltigkeit von Projekten.

Nachhaltigkeit

Donna Mobile hält regelmäßig Organisations-, Inhalts-, Team-, und Referent*innentreffen ab, um die Qualität zu erhalten und verbessern, hierzu dienen auch regelmäßige Fortbildungen im Bereich des Qualitätsmanagements der Mitarbeiter.

Die einzelnen Seminare und Projekte werden mittels Seminar- und Evaluationsbogen ausgewertet. Der Jahresbericht enthält sämtliche Zahlen zur Statistik unserer Einrichtung.

Ausgewertete Projekte werden der Fachöffentlichkeit und in Netzwerken und Presse vorgestellt.

Der Bereich der Qualifizierung von Migrantinnen, der Bereich Ehrenamtliche und Selbsthilfe wird künftig immer mehr ausgebaut. Es gilt, das Potential und die Ressourcen der Migrantinnen zu stärken.

Zusammenfassung

Donna Mobile ist in verschiedenen Arbeitsfeldern tätig, mit dem Ziel die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und ihren Familien zu verbessern. Zu diesem Zweck arbeiten wir auf mehreren Ebenen.

Wir wirken **strukturell** auf die deutsche Gesundheitsversorgung ein, mit dem Ziel, sie für die gesundheitlichen Belange der Migrantinnen zu öffnen. Durch **Öffentlichkeitsarbeit** informieren wir über die gesundheitliche und soziale Situation von Migrantinnen und deren Familien.

Wir leisten Gesundheitsarbeit in Form von **Gesundheitsberatungen und Veranstaltungen** (Kurse, Seminare) mit der Klientel und bieten Unterstützung und Begleitung von **Selbsthilfegruppen** an. Wir fördern und bilden Migrantinnen zu **Ehrenamtlichen** aus. Ein weiterer Schwerpunkt unserer Arbeit liegt in der **Fortbildung für Multiplikatorinnen**, um sie für die Arbeit mit Migrantinnen und Migranten zu qualifizieren.

Grundlage unserer Tätigkeit ist ein an die WHO-Charta angelehnter, ganzheitlicher Gesundheitsbegriff. Wir berücksichtigen psychische, physische, ökologische, soziale, frauenspezifische und kulturelle Bedingungen. Unser Hauptaugenmerk liegt auf der gesundheitlichen Prävention, wozu ein bewusster Umgang mit dem eigenen Körper zählt. Wir setzen auf muttersprachliche und kulturkompetente Angebote.

7.2. Das Frauen- und Familienzentrum in der AIDS-Hilfe Köln e.V.

Michaela Diers

Seit 1985, dem Gründungsjahr der AIDS-Hilfe Köln e.V., findet unter dem Dach der AIDS-Hilfe Aufklärung zu HIV und AIDS, Beratung, Betreuung und Versorgung von Menschen mit HIV und AIDS, Förderung von Selbsthilfe, Angehörigenarbeit und politische Lobbyarbeit statt.

Um den HIV-positiven Frauen eigenen Raum und Stimme zu geben, gibt es seit 1993 das „Frauen- und Familienzentrum“ als eigene Fachabteilung in der AIDS-Hilfe Köln.

Männer und Frauen sind „anders krank“ und haben andere Fragen, Wünsche, Vorstellungen, Bewältigungsmechanismen, Träume und Ideen.

Den Umgang mit der Infektion, mit Themen wie Tod und Sterben, und wie in der Familie über diese Frage gesprochen wird, erleben Frauen oft anders als Männer.

„Frauensachen“ Zeit und Raum zu geben, Unterschiedlichkeiten Platz zu lassen, und den spezifischen Bedürfnissen von Frauen und Familien entgegen zu kommen – dafür steht das Beratungs- und Begleitungsangebot des Frauen- und Familienzentrums in der AIDS-Hilfe Köln.

Entstanden aus der Selbsthilfeinitiative, hat sich eine breite Angebotspalette aufgefächert, in der sich viele Frauen mit den unterschiedlichsten Wünschen, Interessen und Bedürfnissen wiederfinden können.

So finden sich unter dem Dach des Frauen- und Familienzentrums u. a. folgende Angebote:

- Information und Beratung zu den Themen HIV und AIDS, Ansteckungswege und -risiken, Test und Testergebnis, Schwangerschaft und Kinderwunsch im Rahmen von offenen Sprechstunden
- Langfristig angelegte Beratung und Begleitung HIV-positiver Frauen und deren Familien zu allen Fragen der Existenzsicherung und Gesundheit
- Vermittlung an andere Fachdienste (Schuldenberatungsstellen, Psychotherapeutinnen etc.)
- Selbsthilfegruppen und das „Frauencafé“ als Treffpunkt für HIV-positive Frauen
- Aufsuchende Beratung in Krankenhäusern
- Schulung und Begleitung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen
- Workshops, Seminare und Wochenenden zu Fragen der Gesundheitsförderung, medizinischen Fragen, sowie der Förderung der Vernetzung und des Austausches untereinander
- Organisation von Freizeitangeboten wie z. B. Urlaubsfahrten.

Bei allen Angeboten wird bei Bedarf eine Kinderbetreuung durch haupt- oder ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter organisiert.

Im Frauen- und Familienzentrum werden alle Bereiche der Beratung, zielgruppenspezifischen Prävention und Information von 2 Sozialpädagoginnen mit 1,75 Stellenanteilen umgesetzt.

Migrantinnen im Frauen- und Familienzentrum der AIDS-Hilfe Köln e.V.

Vom Robert-Koch Institut wird in den vergangenen Jahren für Deutschland der Prozentsatz HIV-positiver Frauen mit ca. 25 % gegenüber 75 % Männern angegeben.

Hauptübertragungsweg ist heterosexueller Geschlechtsverkehr. Mitverantwortlich für diese Tendenz wird die ökonomische und soziale Abhängigkeit vieler Frauen gemacht, die das Eingehen eines höheren Infektionsrisikos begünstigt.

Das Frauen- und Familienzentrum der AIDS-Hilfe Köln e.V. kam ca. ab 1999 verstärkt mit einer weiteren Gruppe von HIV-positiven Personen in Kontakt: Menschen aus sogenannten Hochprävalenzgebieten, die aus Flucht vor Krieg und Gewalt, aber auch als Ausweg aus einer hoffnungslosen wirtschaftlichen Situation nach Europa kamen, erfuhren im Rahmen von sog. „Routineuntersuchungen“, oft im Rahmen der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen von ihrer HIV-Infektion.

Die vom Robert-Koch Institut genannten Zahlen, aber auch die Interpretation derselben (hier vornehmlich die ökonomische und soziale Abhängigkeit von Frauen) trifft besonders für die Gruppe der HIV positiven Frauen mit Migrationshintergrund zu.

In Anbetracht der steigenden Infektionszahlen und dem sich daraus ableitenden Bedarf besonders für Migrantinnen, verlagerte eine Mitarbeiterin ihren inhaltlichen Schwerpunkt auf die Beratung von Frauen und Familien mit afrikanischem Migrationshintergrund.

Die Bemühungen, diesen Menschen ein Hilfsangebot zu unterbreiten, schlagen sich in steigenden Beratungskontakten nieder.

So wurden in diesem Jahr (Zeitraum Januar bis Juni 2006) allein im Rahmen der einmal wöchentlich stattfindenden Sprechstunde des Frauen- und Familienzentrums 35 einmalige Beratungskontakte zu Frauen mit Migrationshintergrund gezählt¹.

In der langfristigen Begleitung durch das Frauen- und Familienzentrum der AIDS-Hilfe Köln e.V. haben von 36 Frauen, die *langfristig*² beraten und betreut werden, 18 Frauen einen Migrationshintergrund.

Der grösste Teil der betreuten Frauen kommt aus einem afrikanischen Land.

¹ Nicht mit erwähnt sind die Beratungsgespräche mit Männern mit Migrationshintergrund, die von einer anderen Abteilung statistisch erfasst werden

² Mehr als 3 Beratungskontakte

Neben HIV spezifischen Fragen sind Probleme mit dem Aufenthaltsstatus, (damit verbundene) materielle Sorgen, familiäre Probleme und sprachliche Schwierigkeiten oft genannte Themen in der Beratung und Begleitung. Erschwerend kommt hinzu, dass ein nicht unwesentlicher Teil der Frauen grundsätzliche Probleme damit hat, das deutsche Sozial- und Gesundheitssystem zu verstehen. (Das ist zwar auch für Nichtmigrantinnen nicht einfach, aber es zeigt sich bei dieser Personengruppe in besonders scharfer Form.)

Auch in Köln, wo die Universitäts-Frauenklinik ein grosses Einzugsgebiet versorgt und viele Migrantinnen medizinisch versorgt werden, ein engagiertes Gesundheitsamt ebenfalls einen Baustein in der medizinischen Versorgung von Migrantinnen darstellt und auch die Kooperationen der unterschiedlichen Institutionen im grossen und ganzen gut funktionieren, werden in Beratungszusammenhängen immer wieder Lücken im System deutlich: Kulturelle Unterschiede im Hinblick auf Definition von Krankheit, Sexualität, Medizin und Familie und Familienstrukturen erforder(te)n andere Konzepte und ein hohes Mass an Integrationsfähig- und -willigkeit von beiden Seiten. Hier ist neben der erwähnten Motivation zum gegenseitigen Lernen und Lehren eine enge Kooperation mit anderen (migrantinnenspezifischen) Institutionen hilfreich und notwendig. Dies gilt insbesondere für die Prävention.

Konzeptionelle Entwicklung im Hinblick auf die Beratung und Begleitung HIV positiver Migrantinnen im Frauen- und Familienzentrum der AIDS-Hilfe Köln e.V.

Konzeptionell waren folgende Entwicklungen in den letzten Jahren im Frauen- und Familienzentrum zu beobachten:

Waren es zunächst „migrantinnenspezifische“ Angebote, die in den Vordergrund gestellt wurden und die in Angeboten wie bspw. Sprachkursen für Migrantinnen ihren Niederschlag fanden, so ist in gerade in den letzten beiden Jahren die interkulturelle Öffnung der Beratungs- und Betreuungsangebote noch einmal mehr in den Focus der Überlegungen gerückt.

Die ersten Erfahrungen des Frauen- und Familienzentrums mit speziellen Angeboten für afrikanische Frauen (afrikanisches Kochen, „afrikanischer Abend“, Gesundheitsabend für afrikanische Frauen und deren Familien) waren eher gemischt:

viele Klientinnen mit Migrationshintergrund waren von der Aussicht, andere HIV – positive afrikanische Frauen zu treffen, weniger begeistert, als wir es – beseelt vom Vernetzungs- und Selbsthilfedanken – erwartet (gehofft?) hatten.

Im Gegenteil: die Angst vor einem Outing in der jeweiligen Community war gross und hielt viele Besucherinnen des Frauen- und Familienzentrums davon ab, diese Angebote wahrzunehmen.

So kamen die Angebote und Gruppen zwar immer zustande, waren für die Teilnehmerinnen auch individuell wertvoll und wichtig, aber die „grosse Masse“ unserer Klientinnen fühlte sich nicht angesprochen.

Auch der Ansatz, möglichst viele Vorstellungen und Wünsche von den Klientinnen direkt umzusetzen, scheiterte daran, dass die afrikanischen Frauen wenig Ideen einbrachten.³

Dies schien also, was diesen Bereich der Arbeit anging, nicht der angemessene Weg zu sein.

Es stellte sich folgende Situation dar:

HIV positive Frauen und deren Familien nahmen die (individuelle) Beratung zu allen sie betreffenden Fragen gern wahr, was auch in der Statistik deutlich wurde.

Alle Bemühungen, sie darüber hinaus im Sinne einer „klassischen Selbsthilfe“ oder Vernetzung in der AIDS-Hilfe auch räumlich anzusiedeln, waren bis auf Ausnahmen nicht erfolgreich.

Somit wurden die bestehenden Selbsthilfe- und Gruppenangebote daraufhin überprüft, ob sie auch Frauen aus Afrika offen stehen: waren die Angebote für HIV positive Frauen aus Deutschland **und** aus anderen Ländern interessant? Gab es Schwellen- und Berührungspunkte, die abgebaut werden mussten?

In der gezielten Befragung der Besucherinnen des Frauen- und Familienzentrums zeigte sich, dass die Bereitschaft und der Wunsch der Migrantinnen gross war, an den „allgemeinen“ Veranstaltungen des Zentrums teilzunehmen.

In der Einzelberatung motiviert, und mit der Aussicht, andere, (nicht nur afrikanische) HIV-positive Frauen und Mütter kennenzulernen, nahmen immer regelmässiger Frauen mit Migrationshintergrund an den Veranstaltungen des Frauen- und Familienzentrums teil.

Medizinische Veranstaltungen zum Thema „Nebenwirkungen“ mit der Möglichkeit der Übersetzung, Wochenendfahrten für Familien (hier z. B. auch zum Thema „afrikanischer Tanz“ – aber eben für alle Teilnehmerinnen, nicht nur die Afrikanerinnen) und das niedrigschwellige Kontaktangebot des Frauencafés werden nun auch mehr und mehr von Migrantinnen besucht.

Hilfreich war es also nicht, ein spezielles Angebot exklusiv für Migrantinnen bereitzustellen, sondern die bestehenden Angebote auf ihre „interkulturelle Tauglichkeit“ hin zu überprüfen und sie ggf. so zu verändern, dass sie für alle Besucherinnen des Zentrums attraktiv wurden. Hier waren neben praktischen Fragen (Übersetzerinnen, Kinderbetreuung etc.) auch inhaltliche Fragen wie kulturelle Tabus, unterschiedliche Definitionen von Krankheit, Medizin, Behandlung, sowie die Berücksichtigung von Geschlechterdefinitionen von Bedeutung.

Auch ganz praktische Erwägungen fanden ihren Niederschlag. So wurden z. B. insbesondere von Besucherinnen mit Migrationshintergrund die Prä-

³ Dies scheint weniger das Ergebnis mangelnder Ideen seitens der Migrantinnen zu sein, als vielmehr ein Fehlen an Energie angesichts existentiell und materiell äusserst schwieriger und kraftraubender Lebensumstände.

ventionsplakate, die im Treppenhaus der AIDS-Hilfe hingen und die sehr offensiv mit dem Thema „männliche Sexualität“ umgehen, bemängelt und als abschreckend bezeichnet. In der Folge der Überlegungen wurde die Lösung gefunden, dass die Präventionsplakate mit „eindeutigen“ Botschaften nicht in dem Treppenbereich, der zum Frauen- und Familienzentrum führt, aufgehängt werden.

Der Prozess der interkulturellen Öffnung ist eben genau dies: ein Prozess, der viel Lernwilligkeit auf beiden Seiten erfordert. In der Vernetzung und der Einbindung von HIV-positiven Frauen in die Beratung und die bestehenden Angebote der AIDS-Hilfe Köln e.V. sind wir in den vergangenen Jahren einen Schritt weitergekommen.

Die statistischen Zahlen belegen, dass die Beratungs- und Betreuungsangebote von HIV-positiven afrikanischen Frauen mehr und mehr angenommen werden. Auch die Öffnung der frauenspezifischen Aktivitäten für alle Besucherinnen scheint verstärkt zu gelingen, wenngleich wir auch uns von dem Anspruch lösen mussten, für ALLE etwas „in petto“ zu haben.

Prävention in den afrikanischen Communities

Anders als in der migrantinnenspezifischen Beratung einzelner Frauen und deren Familien, die nach wie vor sinnvoll und notwendig ist, und dem integrierenden Ansatz im Bereich der Selbsthilfe und der Vernetzung der HIV-positiven Frauen mit und ohne Migrationshintergrund, stellt sich die Sachlage im Bereich der Prävention dar.

Seit 2004 führt die AIDS Hilfe Köln im Auftrag der Deutschen AIDS Hilfe ein Projekt zur Erarbeitung und Erprobung von Präventionsmodellen in den afrikanischen Communities Kölns und Umgebung durch, da sich gezeigt hat, dass Präventionsbotschaften im Hinblick auf HIV und AIDS anders konzipiert sein müssen, als für die anderen Bevölkerungsgruppen.

Kulturspezifische Aspekte und Besonderheiten müssen gezielter in die Präventionsarbeit eingebracht werden, damit eine nachhaltige Wirkung in den afrikanischen Communities erzielt werden kann.

Die Zusammenfassung der Ergebnisse des Projekts werden 2007 veröffentlicht, und dann wiederum in die Arbeit der AIDS-Hilfe Köln e.V. einfließen. Schon jetzt ist durch die Projektarbeit deutlich geworden, dass hier nach wie vor ein grosser Handlungsbedarf besteht, der durch die bisherigen Präventionskonzepte nicht komplett abgedeckt werden kann.

Zusammenfassung:

- Im Kontext von HIV und AIDS werden ohnehin bestehende (medizinische und sozialrechtliche) Probleme von Migrantinnen verschärft
- Institutionelle Konzepte müssen ständig daraufhin überprüft werden, ob sie für alle Personengruppen, auch die mit einem anderen sozio-kulturellen Hintergrund, tauglich sind. Dies erfordert von allen Beteiligten die Be-

reitschaft, sich ständig auf dem Hintergrund des institutionellen Auftrags zu überprüfen.

- Die Balance zwischen notwendigen „Spezialangeboten“ für Migrantinnen und der Integration von Migrantinnen in bestehende Angebote muss ständig austariert werden
- Gerade in der Prävention müssen neue Wege beschritten werden, um sozio-kulturell angepasste Präventionsbotschaften nachhaltig weiterzugeben.

7.3. Orientierungskurs zur individuellen Lebensbewältigung für Migrantinnen, Halle

Christiane Langer

Allgemeine Übersicht:

Die Konzeption des Projekts „Orientierungskurs zur individuellen Lebensbewältigung für Migrantinnen“ wurde von Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle für Migranten beim Caritasverband für die Stadt und das Dekanat Halle(Saale) e.V. Anfang 1999 entwickelt. Seit Mai 1999 wird das Projekt erfolgreich durchgeführt, wobei die Konzeption fortlaufend an die aktuellen Bedingungen angepasst wird.

Die gegenwärtige **Zielgruppe** des Projekts stellen erwachsene Migrantinnen aus russischsprachigen Herkunftsländern unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus oder ihrer Staatsangehörigkeit dar. Im Einzelnen handelt es sich hierbei um Spätaussiedlerinnen, deren Familienangehörige, jüdische Migrantinnen (sogenannte Kontingentflüchtlinge), Asylbewerberinnen und Migrantinnen, die in binationalen Partnerschaften leben oder gelebt haben.

Methodisch betrachtet, handelt es sich um ein Angebot sozialpädagogischer Gruppenarbeit, das folgende **Zielstellungen** verfolgt:

In den von einer Diplomsozialarbeiterin/Diplomsozialpädagogin als Gruppenleiterin wöchentlich durchgeführten Gruppenveranstaltungen werden den Teilnehmerinnen **Orientierungshilfen** und **lebenspraktische Informationen** vermittelt, die eine erfolgreiche Integration in das neue Lebensumfeld erleichtern sollen. So werden je nach Bedarfslage der Teilnehmerinnen beispielsweise Themen aus den Bereichen Gesundheit, Familie und Erziehung, Altersvorsorge, deutsches Rechtssystem usw. erörtert. Zu speziellen fachlichen Themen besteht darüber hinaus die Möglichkeit Referenten einzuladen (z. B. Vertreter der Verbraucherzentrale), die für die Beantwortung von Fragen der Teilnehmerinnen zur Verfügung stehen.

Eine weitere Zielstellung besteht in der Schaffung eines **Kommunikationsangebotes**. Ausgehend von der aktuellen wöchentlichen Themenstellung sollen die Teilnehmerinnen untereinander ins Gespräch kommen, diskutieren und sich mit der jeweiligen Problemstellung auseinandersetzen. Neben der Lenkung der Aufmerksamkeit auf aktuelle politische, kulturelle oder soziale Ereignisse durch die Gruppenleiterin sollen persönliche Erfahrungen, Kenntnisse und Fähigkeiten der Migrantinnen die Veranstaltungen bereichern. Dabei wird angestrebt, vorrangig die **deutsche Sprache** zu verwenden. Die Gruppenveranstaltungen dienen in diesem Zusammenhang auch als vertrauter Ort des angstfreien Übens der oft noch defizitär beherrschten deutschen Sprache. Bei komplizierten Themenstellungen ist es aber auch möglich, sich in der russischen Sprache zu unterhalten. Dabei sind Kenntnisse der russischen Sprache für die Gruppenleiterin unerlässlich.

Gemeinsame Erlebnisse wie das Begehen von Festlichkeiten, die Durchführung von Exkursionen und die Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen sollen den Teilnehmerinnen als Quelle der **Lebensfreude** dienen.

In der erfolgreichen Umsetzung der beschriebenen Projektziele spiegelt sich nicht zuletzt auch das Anliegen des Orientierungskurses wider: Migrantinnen sollen eine **Stärkung** ihres **Selbstwertgefühls** erfahren; ihre persönlichen Kompetenzen und eigenen Ressourcen sollen (wieder)entdeckt und gefördert werden, um sich erfolgreich mit der individuellen Lebenssituation auseinandersetzen zu können.

Präventiver Ansatz

Ausgehend von den beschriebenen Zielstellungen stellt der „Orientierungskurs“ kein Projekt dar, in dem unmittelbar eine Gesundheitsförderung von Migrantinnen angestrebt wird. Im Rahmen der Evaluierung des Projekts wurde und wird allerdings deutlich, dass bei den Migrantinnen im gesamten Zeitraum der Teilnahme ein hohes Maß an **psychischer Stabilität** erreicht wurde bzw. seelische (beispielsweise depressive) Verstimmungen deutlich abgeschwächt werden konnten. Insofern trägt das Projekt einen geradezu und unbedingten präventiven Charakter. Diese Tatsache soll an einigen Aspekten veranschaulicht werden:

- a) Die Gruppenveranstaltungen finden regelmäßig mittwochs im Gebäude des Caritasverbandes für die Stadt und das Dekanat Halle(Saale) e.V. statt. Viele der Teilnehmerinnen sind aus verschiedenen Gründen ohne Erwerbstätigkeit, sie pflegen bedürftige Familienmitglieder, sind bereits im Rentenalter oder gesundheitlich bedingt nicht erwerbsfähig, finden keinen Arbeitsplatz oder erhalten gesetzlich bedingt keine Arbeitserlaubnis. Ihr Lebensalltag ist oft eintönig, zum Teil einsam und wenig strukturiert. Die wöchentlichen Veranstaltungen tragen dazu bei, den Wochenverlauf äußerlich zu strukturieren. Die Migrantinnen äußerten selbst, dass sie sich immer auf den Mittwoch Nachmittag freut, wenn sie die anderen Frauen trafen. Das sei ein richtig fester Termin geworden.
- b) Die Mehrheit der Teilnehmerinnen lebt allein und getrennt von nahen Verwandten, die sich häufig noch im Herkunftsgebiet befinden. Besuchsmöglichkeiten oder Familienzusammenführungen sind häufig eingeschränkt oder ausgeschlossen. Unter anderem durch die schwierigen innerfamiliären Bedingungen lässt sich häufig die schlechte psychische Verfassung der Migrantinnen erklären, die geprägt ist von der existenziellen Sorge um Angehörige im Ausland, der Angst vor eigener Einsamkeit und dem Erlebnis persönlicher Machtlosigkeit im Hinblick auf die Akzeptanz festgelegter gesetzlicher Regelungen. Die wöchentlichen Gruppentreffen ermöglichen den Teilnehmerinnen den Austausch über diese Probleme und vermitteln die Erfahrung, dass sich auch andere Migranten in ähnlichen Situationen befinden. Die oftmals reduzierte Sicht auf ausschließlich eigene Probleme wird erweitert und innere Anspannung gemildert.
- c) Das gemeinsame Begehen von Festen, Feierlichkeiten (Geburtstage, Weihnachten usw.), gemeinsames Singen oder die Durchführung von Ex-

kursionen vermitteln Freude, Abwechslung und viele positive Impulse, die depressiver Verstimmtheit oder Antriebslosigkeit entgegenwirken.

- d) Über die Gruppentreffen hinaus haben sich zwischen den Teilnehmerinnen soziale Beziehungen und Freundschaften herausgebildet. Gegenseitige Hilfe und praktische Unterstützung in verschiedenen Situationen und emotionaler Beistand erleichtern die Bewältigung der individuellen Lebenssituation der Migrantinnen erheblich.
- e) Alle Teilnehmerinnen des Projekts machten deutliche Fortschritte bei der Beherrschung der deutschen Sprache. Diese Tatsache wirkt sich sehr positiv auf die Entwicklung eigener alltäglicher Problembewältigungskompetenzen und auf das Selbstwertgefühl der Teilnehmerinnen aus.

Schwierigkeiten der Projektrealisierung

Bei der Umsetzung des Projekts erweist sich die Gruppenbildung als schwierig. Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses der Teilnehmerinnen untereinander, der Abbau von Vorurteilen (u. a. beruhend auf unterschiedlichen Aufenthaltsgrundlagen und Statusformen wie Aussiedlerin, Flüchtling, Asylbewerberin), Akzeptanz der Gruppenleiterin und die Erreichung der Bewertung der Gruppenveranstaltungen als subjektiv wertvoll, stellen einen Entwicklungsprozess dar, der in der Projektumsetzung viel Geduld, Einfühlungsvermögen und Kreativität erfordert. Anfangs hatten die Teilnehmerinnen Schwierigkeiten, über eigene Wünsche zu reflektieren und Vorstellungen über Inhalt und Verlauf der Gruppenveranstaltungen auszudrücken.

Das Projekt muss auch neuen Teilnehmerinnen die Möglichkeit geben, sich in die Gruppe einzubringen, wobei ein halboffener Gruppencharakter anzustreben ist.

Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit

Da die präventive Ausrichtung gewissermaßen ein „Nebenprodukt“ zur allgemeinen Projektidee, Migrantinnen in Deutschland die Orientierung zu erleichtern, darstellt, bietet sich die Übertragung des Projekts auch auf andere Orientierungskurse an. Dabei soll es sich aber um Kurse mit einer relativ homogenen Teilnehmergruppe handeln, die sich über längere Zeiträume erstrecken und neben der Bildung auch insbesondere das Training von Kompetenzen der Teilnehmer und die Stärkung von Ressourcen beabsichtigen. Dabei ist die Bildung relativ beständiger Gruppenbeziehungen anzustreben.

Da sich das beschriebene Projekt förderlich auf den psychischen Gesamtzustand der Migrantinnen auswirkt, kann eine nachhaltige Verbesserung der psychischen Situation erreicht werden. Insbesondere über den präventiven Effekt des Projekts wird Nachhaltigkeit erreicht.

Zusammenfassung

Das Projekt „Orientierungskurs zur individuellen Lebensbewältigung für Migrantinnen“ dient nicht nur der Vermittlung von bildenden und orientierenden Inhalten. Durch kommunikativen Austausch der Teilnehmerinnen

untereinander, methodische Stärkung des Selbstwertgefühls und Training persönlicher Kompetenzen wirkt sich das Projekt äußerst förderlich auf den psychischen Gesamtzustand der Teilnehmerinnen aus und gewinnt dadurch seinen präventiven Charakter.

Anhang:

Beispiele aus einer kurzen Befragung der Teilnehmerinnen über ihre Motivation, an den Gruppenveranstaltungen teilzunehmen:

„Ich komme gern zu den anderen Frauen. Da spüre ich wenigstens, dass ich nicht allein so viele Schwierigkeiten habe.“ (I., 60 J.)

„Ich bin viel allein. Mein Mann ist ein Pflegefall, die Kinder sind weit weg. Bei den Frauen kann ich diese Probleme vergessen.“ (E., 59 J.)

„Es ist sehr interessant. Wir erfahren viel über Deutschland, was ich vorher nicht wusste.“ (N., 70 J.)

„Auch wenn viele Frauen älter als ich sind, ist es schön, mit ihnen zusammen zu sein. Manchmal fühle ich mich sehr alt und müde. Wenn ich bei den anderen Frauen bin, fühle ich mich viel jünger und vergesse meine Probleme und Angst.“ (E., 44 J.)

„Ich freue mich immer darauf mit den anderen zu lachen. Es gibt viel Spaß.“ (E., 47 J.)

„Was ich hier erlebe, habe ich noch nie erlebt. Ich kannte solch eine Möglichkeit des Vertrauens bisher nicht und werde die Gruppe sehr vermissen. Sie hat mir für mein Leben viel gegeben.“ (I., 59 J. verzogen)

7.4. Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung, Berlin

Maya Krock

Allgemeine Übersicht

Das Feministische Frauen Gesundheits Zentrum Berlin e.V. Berlin (FFGZ) setzt sich seit 1974 für eine bessere Gesundheitsversorgung von Frauen ein, informiert und berät sie, unterstützt sie bei der Wahrnehmung ihrer Patientinnenrechte und vertritt ihre Interessen in der Gesundheitspolitik.

Seit Januar 2004 wird vom FFGZ das Projekt „Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung“ durchgeführt. Finanziell gefördert wurde es anfangs von der ARD-Fernsehlotterie und in der Folge von der AOK und im Rahmen von Volkshochschul- und Integrationsprogrammen des Landes Berlin. Die Patientinnenschulung zielt darauf ab, sozial benachteiligte ältere Frauen und insbesondere Migrantinnen zu befähigen, eine bessere Gesundheitsinformation und –versorgung zu bekommen, und sie dabei zu unterstützen, mündige Patientinnen zu werden. Ein zentrales Anliegen ist die Stärkung der Selbsthilfepotenziale.

Migrantinnen: Älterwerden und Gesundheit

Der Lebensabschnitt ab den Wechseljahren ist von entscheidender Bedeutung für den weiteren Umgang der Frauen mit ihrer Gesundheit. Im Übergang zum Alter werden häufig soziale, körperliche und psychische Belastungen der vergangenen Jahre als Beschwerden spürbar und chronische Erkrankungen beginnen manifest zu werden. Zudem werden altersgemäße Veränderungen dieser Lebensphase oftmals zu gesundheitlichen Defiziten erklärt und medizinisch behandelt. Diese Faktoren führen dazu, dass Frauen häufiger ärztliche Praxen aufsuchen und mehr Medikamente verschrieben bekommen als Männer. Die Verordnungsdaten der Krankenkassen bestätigen, was in vielen Studien zu geschlechtsspezifischer Diagnostik und Therapie festgestellt wurde: Insbesondere ältere Frauen sind – auch auf dem Hintergrund bestehender Multimorbidität – den Risiken von Über- und Fehlmedikation mehr ausgesetzt als Männer. Zusätzliche Gefährdungen ergeben sich durch – zum Teil nicht notwendige – Operationen (z. B. Gebärmutterentfernungen) und fehlende Ausschöpfung von Möglichkeiten der Rehabilitation.

Besonders betroffen sind sozial benachteiligte Frauen und hier noch einmal häufiger die Gruppe der Migrantinnen. Armut führt allgemein zu einem schlechteren Gesundheitsstatus und häufiger zu chronischen Erkrankungen. Migrantinnen erleben aufgrund der spezifischen Lebens- und Arbeitsbedingungen oft früher und mehr schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigungen als die Mehrheitsbevölkerung.

Die Informationen zu Angeboten des Gesundheitswesens zur Prävention und zum Umgang mit Beschwerden sowie zur Nachsorge nach Krankheiten und

Operationen gelangen meist nicht zu ihnen. Auch das notwendige Wissen zum Verständnis von Diagnosen und der Wirkungen vorgeschlagener Therapien und Medikamente fehlt meist weitgehend. Es gibt auf der Seite der Behandelnden häufig eklatante Vermittlungs- und Sprachbarrieren, von denen allgemein sehr viele Patientinnen und Patienten betroffen sind. Auf der Seite der Migrantinnen bestehen allerdings besonders hohe Hürden, die notwendigen Informationen zu erfragen oder sich anderweitig zu beschaffen.

Das Projekt

Das Projekt zielt darauf ab, die Frauen zu befähigen, sich im Gesundheitssystem besser zu orientieren und ihre Rechte wahrzunehmen. Ansetzend am kulturellen, sozialen und individuellen Hintergrund und ihren damit verbundenen Kompetenzen sollen die älteren Migrantinnen dabei unterstützt werden, als informierte und eigenverantwortliche Partnerinnen mit ärztlichen und anderen Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitswesens zu kommunizieren. Besonders wichtig ist außerdem, dass die Frauen ihre eigenen Selbsthilfepotenziale kennen, schätzen und nutzen lernen.

Es wurde ein Programm erarbeitet, das den Teilnehmerinnen mehr Gesundheitswissen vermitteln, ihre Eigenkompetenz erhöhen und ihre konkrete Handlungsfähigkeit im Umgang mit Ärztinnen und Ärzten verbessern soll.

Grundlage der Entwicklung des Kursprogramms war unser Erfahrungswissen aus der Gesundheitsarbeit mit älteren Frauen bzw. Migrantinnen sowie die langjährige Zusammenarbeit und Kommunikation mit Kolleginnen von Beratungsstellen und Treffpunkten für diese Zielgruppe.

Die Patientinnenschulung richtet sich allgemein an sozial benachteiligte Frauen, nicht an spezifische Patientinnengruppen, wie z. B. Diabetes-, Rheuma- oder andere Patientinnen, für die beschwerdezentrierte Schulungen vom Gesundheitssystem selbst oder von anderen Trägern (z. B. Rheuma-Liga) angeboten werden. Unsere Patientinnenschulung orientiert sich an den grundlegenden gesundheitlichen Belangen und häufigen Beschwerden älterer Frauen, wobei jeweils auch gruppen- und altersspezifische Schwerpunkte gesetzt werden können.

Mit unserem Angebot eines mehrwöchigen kostenlosen Kurses wenden wir uns an die Kooperationspartnerinnen der Migrations-, Frauen- und SeniorInnenarbeit. Deren Besucherinnen wird die Patientinnenschulung vorab vorgestellt. Die Fragen und wichtigen Anliegen der Interessentinnen werden aufgegriffen und fließen in die konkrete Gestaltung des Kurses vor Ort mit ein.

Für die Kurseinheiten sind folgende Themen in Form von Modulen festgelegt worden:

1. Körperliche Veränderungen und gesundheitliche Risiken in der zweiten Lebenshälfte; Die Rolle von Ernährung und Bewegung
2. Die Wechseljahre
3. Gebärmutter, Blase und Beckenboden

4. Schlafstörungen, depressive Verstimmungen und Depressionen
5. Selbsthilfemöglichkeiten zur Stressbewältigung, Entspannung und Förderung von Heilung
6. Die ärztliche Sprechstunde, Untersuchung und Behandlung im Krankenhaus, PatientInnenrechte
7. Der Umgang mit Medikamenten
8. Rehabilitation und Nachsorge

Der erste Teil des Kurses bezieht sich vorrangig auf den Umgang mit gesundheitlichen Beschwerden bzw. die eigenen Möglichkeiten zur Verbesserung der Gesundheit.

Der zweite Teil geht vor allem auf die Rolle der Frauen als Patientinnen ein. Hier stehen die Kommunikationsmöglichkeiten gegenüber den Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitssystems im Mittelpunkt, und damit auch die Erweiterung der Eigenverantwortlichkeit in bezug auf die gesundheitliche Versorgung.

Schriftliche Materialien

Begleitend zu fast allen Modulen sind gut verständliche Merkblätter in deutscher Sprache und in türkischer, russischer und arabischer Übersetzung entwickelt worden, die an die Frauen verteilt werden. So haben die Teilnehmerinnen eine Sammelmappe mit den wichtigsten Inhalten der PatientInnenschulung zur Verfügung. Diese ist als unmittelbare Gedächtnisstütze wie auch zur späteren Verwendung für die Frauen selbst und ihr Umfeld nutzbar. Auch wenn Frauen nicht lesen können, nehmen sie gerne die Merkblätter mit, denn die Inhalte sind für sie, vermittelt über ihre Angehörigen auch später wieder nutzbar.

Zu zwei Themen, die nicht nur für die Kursteilnehmerinnen, sondern auch für andere Besucherinnen und Klientinnen von Treffpunkten von zentraler Bedeutung sind, haben wir Flyer entwickelt. Diese Faltblätter zum Umgang mit den Wechseljahren und zum Besuch in der ärztlichen Praxis sind in höherer Auflage gedruckt worden, es werden jeweils Übersetzungen eingelegt, und so gelangen sie über die kooperierenden Träger an einen erweiterten Kreis von Migrantinnen.

Empowerment

Gesundheitswissen und Alltag

Die wichtigsten Leitlinien unseres Projekts sollen die Orientierung an den jeweiligen Lebenswelten der Adressatinnen sicherstellen:

- Zweisprachigkeit in Kursen mit Migrantinnen
- Ressourcen und Interessen der Teilnehmerinnen als Ausgangspunkt für Informationsvermittlung
- Verbindung von Gesundheitswissen mit praktischer Anwendung

- Möglichkeiten der Selbsthilfe durch alltagstaugliche und kostengünstige bzw. kostenlose Maßnahmen, die nach Bedarf in Eigenregie eingesetzt werden können
- Erhöhung der Eigenkompetenz und Erweiterung der Kommunikationsmöglichkeiten bezogen auf den jeweiligen kulturellen, sozialen und individuellen Kontext

Austausch, Information und praktische Anwendung

Viele Kurseinheiten werden mit einer Runde eingeleitet, in der die Teilnehmerinnen sich zum Thema äußern. Diese und die anderen Beiträge der Frauen im Gespräch haben eine Schlüsselfunktion für den Kursverlauf. Einerseits tragen zum Teil schon die spontanen Äußerungen zur Erweiterung von Wissen bei, das von den anderen genutzt werden kann. Andererseits kann die zusätzliche und systematisierte Vermittlung gesundheitlicher Informationen zur Vorbeugung oder Verbesserung von Beschwerden hier ansetzen. Ausgangspunkt sind dabei die Einstellungen, die Kenntnisse, die Umgangsweisen und Erfahrungen, welche die Frauen mitbringen.

Ein Beispiel ist das Thema Gebärmutterentfernung. Teilnehmerinnen berichten immer wieder, dass die ärztliche Zweitmeinung im Urlaub in der Türkei sie zu der Entscheidung geführt hat, keine Operation vornehmen zu lassen. Hier kann die Beratung im Herkunftsland eine Ressource sein, denn sie wirkt als Korrektiv und Gegengewicht zum allzu häufig nicht gerechtfertigten Vorschlag der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, eine Gebärmutterentfernung vornehmen zu lassen.

Bei den Spätaussiedlerinnen ist oftmals ein Fundus von Selbsthilfemaßnahmen der traditionellen Hausmittel der „Volksmedizin“ ein wichtiges Potenzial, das aktiviert werden kann.

Im Kurs wird Wissensvermittlung durchgehend mit praktischer Anwendung verbunden:

- Zum Modul Gebärmutter, Blase und Beckenboden werden z. B. Übungen im Sitzen gezeigt, die jede beim Fernsehen oder in der U-Bahn machen kann.
- Zum Thema Schlafstörungen wird die Jacobson Muskelentspannungsmethode angewandt.
- Zur Thematik Stressabbau und Förderung von Heilungsprozessen werden Visualisierungsübungen vorgestellt.
- Die Verbesserung der Kommunikationskompetenz und die Stärkung des Selbstbewusstseins als Patientin in der ärztlichen Praxis wird mit Rollenspielen unterstützt.

In allen Sitzungen wird Kräutertee angeboten, je nachdem auch passend zu den Themen werden z. B. Wechseljahrestees oder Beruhigungstees vorgestellt und ggf. ausprobiert. Außerdem werden immer wieder Bewegungsübungen integriert.

Empowerment im zweisprachigen Gruppenprozess

Für die Kursleiterinnen und die Teilnehmerinnen ist die Kontinuität des mehrwöchigen Projekts, dessen Struktur essenziell vom Austausch und von der Verbindung zwischen Alltagserfahrung und Wissensvermittlung bestimmt ist, von zentraler Bedeutung. Auf beiden Seiten finden wichtige Lernprozesse statt, die der Stärkung der gesundheitlichen Eigenkompetenzen der Migrantinnen zugute kommen.

Die Kursleiterinnen lernen, bei der Interpretation des Kursgeschehens unterstützt von den Dolmetscherinnen, die Interessen und Ressourcen der Teilnehmerinnen immer besser kennen und bauen darauf die Vertiefung und Vermittlung von Wissen auf. Schwerpunkte ergeben sich aufgrund der Beiträge und Fragen; die Frauen erhalten – ggf. auch individuell – zusätzliche wichtige Informationen. Der zwei- bis dreimonatige Prozess führt zum besseren Erkennen von Zusammenhängen, die den Gesundheitszustand der Frauen beeinflussen.

Die Teilnehmerinnen entwickeln im Laufe der Zeit immer mehr Vertrauen in das Angebot und eine entsprechend wachsende Offenheit. Die Kurse finden in den Treffpunkten und Beratungsstellen in den Stadtteilen statt, in denen die Frauen sich schon vorher Informationen holen konnten, Hilfe erfahren haben und wohin sie für Veranstaltungen, informelles Zusammensein und Feste kommen. Dadurch, dass unsere Kooperationspartnerinnen dort die Frauen über unser Angebot informieren und sie dazu einladen, ist grundsätzlich schon ein Vertrauensvorschuss vorhanden. Die Zweisprachigkeit ist dann von Kursbeginn an eine weitere „vertrauensbildende Maßnahme“. Da ein hoher Informationsbedarf besteht, freuen sich die Frauen, dass hier nichts durch sprachliche Barrieren im Unklaren bleibt. Auch das Einbringen von Erfahrungen, der Austausch und die Fragestellungen werden durch die muttersprachliche Kommunikation erleichtert und oft überhaupt erst ermöglicht. Allerdings haben auch manche Frauen in fast allen Kursen gern die Gelegenheit ergriffen, sich in deutscher Sprache mitzuteilen, sie zu dieser Gelegenheit (wieder) zu aktivieren.

Ganz vereinzelt wurde ein nur muttersprachlicher Kurs gewünscht. Doch die Zweisprachigkeit ist gerade in Bezug auf Gesundheitswissen ein wichtiger Faktor der Eigenkompetenz, da die Frauen hier leben und im Gesundheitswesen mit deutschsprachigen Informationen und Begrifflichkeiten konfrontiert sind. Die Zweisprachigkeit verbessert die Orientierungsmöglichkeit, die durch die schriftlichen Merkblätter in beiden Sprachen auch über den Kurs hinaus (z.T.vermittelt über Angehörige) unterstützt wird.

Bei unseren Kursen wird immer eine Dolmetscherin mit Migrationshintergrund eingesetzt, die schwerpunktmäßig für den Sozial- und Gesundheitsbereich qualifiziert ist. Der Gemeindedolmetschdienst Berlin bietet eine entsprechende Ausbildung an, die darauf ausgerichtet ist, die Kommunikation zwischen Migrantinnen und Einrichtungen zu verbessern. Die Kooperation mit dem Gemeindedolmetschdienst hat sich für unser Projekt sehr gut bewährt.

Dass eine Migrantin als Dolmetscherin dabei ist, ist weit über ihre sprachliche und interkulturelle Kompetenz hinaus sehr wichtig für den Kursverlauf. Die Teilnehmerinnen können sich von ihr in spezifischer Weise verstanden fühlen. Die von den Frauen immer wieder genannte „angenehme Atmosphäre“ und „menschliche Nähe“ in den Kursen hat auch wesentlich mit ihr zu tun. Für die Zielsetzung des Empowerments ist dies grundlegend: Die Offenheit in Bezug auf die eigenen Belange ist eine Voraussetzung dafür, Ressourcen zu aktivieren und Kompetenzen zu erweitern.

Dafür spielt auch die Dauer des Kurses eine große Rolle, denn die Teilnehmerinnen können im Verlauf Informationen überdenken, sie im Alltag verwenden und über ihre damit gemachten Erfahrungen kommunizieren. In den bisherigen Kursen haben die Frauen immer wieder über Einstellungs- und Verhaltensänderungen berichtet. Diese beziehen sich vor allem auf Ernährung und Bewegung, auf Selbsthilfestrategien, auf die Kommunikation in der ärztlichen Sprechstunde und auf die Einnahme von Medikamenten.

Einige Beispiele zur Verdeutlichung: Teilnehmerinnen sagten, dass sie durch die Patientinnenschulung eine neue Stärke und ein Bewusstsein ihrer Rechte gewonnen haben. Praktisch setzten sie dies um in Fragen, die sie den Ärztinnen oder Ärzten stellten oder dadurch, dass sie eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung diesmal ohne Praxisgebühr einforderten. Eine türkische Teilnehmerin erzählte, dass sie mit einer vorbereiteten Liste zu ihrem Arzt gegangen sei. Der habe zwar etwas komisch geguckt, aber sie habe sich damit sehr gut gefühlt. In mehreren Kursen entschieden sich Frauen dafür, den Ausstieg aus der Hormonbehandlung in den Wechseljahren anzugehen. Eine russische Teilnehmerin beendete die vor kurzem begonnene Einnahme eines Schlafmittels mit starkem Abhängigkeitspotenzial und kam fortan mit Kräuterberuhigungstees, die ihr andere Frauen mitbrachten, gut zurecht.

Die Teilnehmerinnen aller Kurse haben in Bezug auf das Thema Medikamente ein sehr großes Interesse und einen hohen Bedarf an Informationen. Diese sind angesichts der aus wissenschaftlichen Untersuchungen bekannten Über- und Fehlmedikamentierung gerade für ältere Frauen tatsächlich lebenswichtig. In der Folge sind oftmals weitere vertiefende Veranstaltungen bei den Kooperationspartnerinnen durchgeführt worden.

Herauszuheben ist, dass die vorgestellten Entspannungs- und Visualisierungsübungen bisher ganz besonders gut bei den Migrantinnen türkischer Herkunft angekommen sind. Die Gemeindedolmetscherin Fatma Aydin meint dazu: „Ich war erstaunt, wie konzentriert die Frauen Entspannungsübungen machten. Ich glaube, aufgrund ihres religiösen Hintergrundes haben sie viel Erfahrung damit, sich etwas vorstellen zu können, da es viele Parallelen zum Beten gibt.“ Teilnehmerinnen berichteten, dass ihnen die Übungen gut taten und dass sie sie zuhause anwendeten bzw. noch besser erlernen wollten.

Anregungen zu Ernährung und Bewegung wurden immer wieder aufgegriffen und von den Frauen selbst wurden eigene Vorschläge weitergegeben.

Die kommunizierten Erfahrungen sind von großer Überzeugungskraft; sie führen die Praktikabilität der Kursinhalte vor Augen und zeigen den Frauen,

dass der Erwerb von Eigenkompetenz realisierbar und lohnend ist. Resümee: Zeit, Vertrauen und Kommunikation sind konstituierend für die Formulierung von Interessen, die Aktivierung von Ressourcen und die Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten.

Schwierigkeiten und Hürden

Eine wesentliche Grundlage für die erfolgreiche Umsetzung des Kursangebots ist die gute Kooperation mit den Kolleginnen der Treffpunkte. Sie war und ist bisher in hohem Maße gegeben, da das FFGZ seit vielen Jahren Veranstaltungen für Migrantinnen vor Ort durchgeführt hat. Bei Beratungsstellen im Stadtteil, in denen sonst kaum oder gar keine Veranstaltungs- oder Kursangebote stattfinden, durch die Besucherinnen an verbindliche Strukturen gewöhnt sind, ist eine entsprechende Vorbereitungszeit notwendig. Als günstig hat sich hier ein Vorlauf von Einzelveranstaltungen zu Gesundheitsthemen erwiesen, der die Bereitschaft zur Verbindlichkeit bei den Besucherinnen fördert. Diese Hürde kann nur dann überwunden werden, wenn die Kolleginnen der Migrationsarbeit Möglichkeiten zur Realisierung dieser Vorbereitung für das Kursangebot sehen und umsetzen.

Die Entwicklung und Durchführung des Patientinnenschulungsprogramms erfordert hohe personelle und fachliche Ressourcen. Zwar war die Erarbeitung des Konzepts aufgrund unserer langjährigen Veranstaltungs- und Beratungserfahrungen sowie wegen unserer sehr guten Vernetzung und Kooperation mit Fachfrauen der interkulturellen Arbeit keine Schwierigkeit, sondern eine spannende Herausforderung. Diese konnte aber nur mit einer entsprechenden Projektförderung geleistet und umgesetzt werden. Nach deren Ablauf sind wir mit der Darstellung des Projekts und seiner Ergebnisse auf Kongressen und Fachtagungen und mit sonstiger Öffentlichkeitsarbeit in die „Offensive“ gegangen, um in der Folge Mittel für die Kurse und die Ausweitung ihrer Möglichkeiten (u. a. zusätzliche Übersetzungen des schriftlichen Materials) sicherzustellen. Bis heute ist eine Fortführung über 2006 hinaus nicht gesichert. Die Durchführung des Projekts ist gebunden an gesundheitsbezogene und interkulturelle Kompetenzen, d. h. es muss ein ausreichendes Maß an Mitteln für entsprechend qualifizierte und erfahrene Kolleginnen der Frauengesundheitsarbeit und für die Dolmetscherinnen über einen relativ langen Zeitraum bereitgestellt werden.

Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung und Übertragbarkeit

Evaluation

Bisher sind elf Patientinnenschulungen mit türkisch-, russisch- und arabischsprachigen Migrantinnen in verschiedenen Bezirken Berlins abgeschlossen worden, bis Jahresende 2006 werden weitere fünf Kurse durchgeführt. Die Schulungen wurden bisher durchschnittlich von 10 bis 12 regelmäßigen Teilnehmerinnen besucht.

Die Auswertung basiert auf den Mitteilungen während der Kurse sowie auf Fragebögen und Gesprächen zum Abschluss. Außerdem wurden Interviews im Zusammenhang der Diplomarbeit „Gesundheitsförderung als Aufgabe der Sozialarbeit“ an der Evangelischen Fachhochschule geführt (Anja Wheelhouse, Berlin 2005).

Die Rückmeldungen ergaben eine sehr hohe Zufriedenheit mit dem Angebot. Diese wurde auch deutlich durch die verbindliche Teilnahme vieler Frauen über einen relativ langen Zeitraum (zwei bis vier Monate). Die Teilnehmerinnen bestätigten, dass sie viele neue Informationen erhalten haben, wobei die Merkblätter zum großen Teil als hilfreich empfunden wurden. Die Frauen, welche die Blätter nicht oder nur schwer lesen konnten, nahmen sie meist gern in beiden Sprachen mit nach Hause. Mit allen Themen, deren individuelle Wichtigkeit für die Teilnehmerinnen wir abfragten, trafen wir den Bedarf. Besonders hoch bewerteten vor allem die türkischen Migrantinnen die Möglichkeit zum Einbringen und zum Austausch von Erfahrungen. Die Atmosphäre in allen Kursen wurde insgesamt als sehr positiv empfunden. Die Zweisprachigkeit der Kurse wurde meist ausdrücklich und in hohem Maße wertgeschätzt.

Die Evaluation war und ist eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung des Projekts. Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass das Projekt eine sehr gut angenommene und in den Alltag hineinwirkende und damit auch nachhaltige Maßnahme der Gesundheitsförderung und Prävention im Stadtteil ist. Die Zweisprachigkeit der Kommunikations- und Informationsmöglichkeiten bringt die „gesunde Integration“ der Migrantinnen voran.

Nachhaltigkeit und Wirkungsradius

Das Spektrum der Handlungsmöglichkeiten ist für die Teilnehmerinnen grundsätzlich erweitert worden. Fatma Aydin: „Mich persönlich hat es sehr gefreut zu sehen, dass die Frauen mit der Zeit wissen wollten, was sie (selbst) gegen ihre Krankheiten tun und wo sie sich Hilfe und Informationen holen können.“ Dazu kommt, dass es in den Treffpunkten der Frauen zum Teil schon ein Angebot an Gesundheitsveranstaltungen und -kursen gegeben hat und gibt, für die durch die Patientinnenschulung weitere Interessentinnen gewonnen werden. Darüber hinaus haben die Kooperationspartnerinnen neue Schwerpunkte zur Vertiefung und Weiterführung der behandelten Themen gesetzt bzw. unsere Vorschläge aufgegriffen. So hatten und haben die Teilnehmerinnen die Möglichkeit zur weiteren Aneignung von Gesundheitswissen und -praxis, die sie bisher auch zahlreich genutzt haben.

Wichtig ist weiterhin, dass der Wirkungsradius des Projekts über den Kreis der Kursteilnehmerinnen hinausgeht. Es kommen immer wieder Freundinnen und Nachbarinnen mit oder andere Besucherinnen bleiben aus Interesse da. Außerdem wirken die Frauen in ihren Familien, im freundschaftlichen und nachbarschaftlichen Zusammenhang als Multiplikatorinnen im Alltagskontext. Dies wird auch immer wieder deutlich, sei es durch Fragestellungen

bezogen auf Angehörige oder Freundinnen oder durch die Mitnahme von Merkblättern für andere.

So ist in Bezug auf Nachhaltigkeit und Radius festzustellen, dass die Kurse des Projekts über ihre unmittelbare Zeit- und Personenbegrenzung hinaus wirken.

Zukunftsorientierung und Übertragbarkeit

Mit dem Projekt „Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung“ wurde ein Modell entwickelt, das die Kriterien des Setting-Ansatzes im Stadtteil erfüllt und durch das Empowerment in Verbindung mit der Zweisprachigkeit das Selbstvertrauen stärkt, Informations-, Kommunikations- und Handlungsmöglichkeiten erweitert und damit die Integration fördert. Die Zukunftsorientierung dieser Ziele zeigt sich u. a. darin, dass sie im geplanten Präventionsgesetz aufgegriffen werden, was die Perspektive unseres Projekts als kontinuierliche Maßnahme sicherstellen könnte.

Das erprobte und flexible Konzept ist nicht nur für Kurse mit türkisch-, arabisch- und russischsprachigen Migrantinnen, sondern für Gesundheitsschulungen mit Frauen jeglicher kulturellen Herkunft anwendbar. Die Schwerpunkte werden dem jeweiligen Alters- und Interessenspektrum angepasst, grundsätzlich können nach dem Modell Kurse für alle Altersgruppen entworfen und angeboten werden.

Zusammenfassung

Das seit 2004 durchgeführte zweisprachige Projekt des Feministischen Frauen Gesundheits Zentrums e.V. Berlin (FFGZ) „Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung“ zielt darauf ab, die Eigenkompetenz sozial benachteiligter älterer Migrantinnen zu erhöhen, ihr Selbsthilfepotenzial zu aktivieren und ihre Kommunikations- und Handlungsfähigkeit im Gesundheitssystem zu verbessern. Ansatzpunkt ist der kulturelle, soziale und individuelle Hintergrund und die damit verbundenen Ressourcen der Frauen. Im kontinuierlichen Gruppenprozess der Kurse können die Teilnehmerinnen neue Informationen mit ihren eigenen Erfahrungen verbinden, sie in der Alltagspraxis nutzen und überprüfen. Schwerpunkte sind körperliche Veränderungen in der 2. Lebenshälfte, Schlaf und Stimmung, Selbsthilfe zum Stressabbau und zur Entspannung, die ärztliche Sprechstunde, Krankenhaus und Rehabilitation sowie der Umgang mit Medikamenten. Das kostenlose Angebot wird in Kooperation mit den Kolleginnen der Migrationsarbeit in den jeweiligen Treffpunkten im Stadtteil umgesetzt und hat eine sehr positive Resonanz gefunden. Die Auswertung hat ergeben, dass die Patientinnenschulung ein wirksames und nachhaltiges Modell der Prävention und Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Migrantinnen darstellt.

8. Nicht-somatische Erkrankungen

8.1. Die Sonnenberger Leitlinien – Programmatik und Handlungsimpulse für eine bessere psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Migranten, Hannover

Wielant Machleidt, Petra Garlipp, Iris Tatjana Calliess

1. Allgemeine Übersicht

Die Öffnung des Gesundheitssystems und die Entwicklung von Qualitätsstandards in allen seinen Bereichen, insbesondere im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung für die Bedürfnisse und kulturellen Erfordernisse der Migrantenpopulationen, haben einen breiten Konsens erfahren. Dabei geht es um einen wechselseitigen Prozess des Kompetenzzuwachses und der Vertrauensbildung mit dem Ziel, Migranten mit denselben hohen Qualitätsstandards und Heilerfolgen zu behandeln wie Einheimische. Die Sonnenberger Leitlinien geben programmatisch Handlungsimpulse für die Integration von Migranten in die psychiatrisch-psychotherapeutische Regelversorgung. Zur Entwicklung der Leitlinien haben wir die wesentlichen Akteure und Experten der transkulturellen Psychiatrie in Deutschland im Jahr 2002 nach Sonnenberg (bei St. Andreasberg in Niedersachsen) eingeladen und dort in einem mehrtägigen Prozess Entwicklungs-, Verhandlungs- und Strategiearbeit geleistet. Uns war wichtig, dass die bedeutendsten Organisationen der Psychiatrie in Deutschland (u. a. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosoziale Gesundheit, Ethno-Medizinisches Zentrum, Bayrisches Zentrum für transkulturelle Medizin, Systemische Gesellschaften), die entsprechenden Lehrstuhlinhaber und die Leiter der größten Kliniken und Ambulanzen, unterstützt von einem internationalen Expertenteam, bundesweit einheitliche Standards vertreten und dann bundesweit mittel- und langfristig auch in die Praxis umsetzen. Die Zusammenarbeit und der Konsens dieser Akteure versprechen für die Zukunft wesentliche Veränderungen zugunsten der Versorgung von Migranten in Deutschland. In der Folge stellen wir die Sonnenberger Leitlinien und die daraus entwickelten Praxisergebnisse für die Region Hannover vor.

„Die 12 Sonnenberger Leitlinien“ für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Migranten

1. Erleichterung des Zugangs zur psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Regelversorgung durch Niedrigschwelligkeit, Kultursensibilität und Kulturkompetenz.
2. Bildung multikultureller Behandler Teams aus allen in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz.

3. Organisation und Einsatz psychologisch geschulter Fachdolmetscher als zertifizierte Übersetzer und Kulturmediatoren „face-to-face“ oder als Telefondolmetscher.
4. Kooperation der Dienste der Regelversorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund und der Allgemeinmediziner mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, -organisationen und -verbände. Spezielle Behandlungserfordernisse können Spezialeinrichtungen notwendig machen.
5. Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen.
6. Verbesserung der Informationen durch muttersprachliche Medien und Multiplikatoren über das regionale gemeindepsychiatrische klinische und ambulante Versorgungsangebot und über die niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten sowie Allgemeinärztin.
7. Aus-, Fort- und Weiterbildung für in der Psychiatrie, Psychotherapie und Allgemeinmedizin tätige Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen in transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie unter Einschluss von Sprachfortbildungen.
8. Entwicklung und Umsetzung familienbasierter primär und sekundär präventiver Strategien für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien.
9. Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen mit oder ohne professionelle Begleitung.
10. Sicherung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von Migranten im Straf-, Zivil- (Asyl-) und Sozialrecht.
11. Aufnahme der Transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie in die Curricula des Unterrichts für Studierende an Hochschulen.
12. Initiierung von Forschungsprojekten zur seelischen Gesundheit von Migranten und deren Behandlung.

2. Darstellung eines Aspektes mit besonderem Gewicht:

Beispiele von „Good practice“ für die Integration von Migranten in die therapeutischen Einrichtungen des Gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems.

Erstes Beispiel: Tagesklinik

Während Migranten auf geschlossenen Stationen häufig überrepräsentiert sind und auf offenen Stationen und in Tageskliniken deutlich unterrepräsentiert sind, zeigte die Sozialpsychiatrische Tagesklinik der Medizinischen Hochschule Hannover einen Migrantenanteil von 8 % (Migrantenanteil in der Bevölkerung 10 %). Das Durchschnittsalter der zur Hälfte weiblichen Migranten betrug 33,4 Jahre. Ein Drittel der Migranten litt an einer Psycho-

se aus dem schizophrenem Formenkreis, gut ein Viertel an einer affektiven Erkrankung, knapp ein Viertel an einer psychovegetativen Störung. Persönlichkeitsstörungen sowie Sucht betragen anteilmäßig jeweils 10 % und 5 %. Das Diagnosespektrum und die diesbezügliche Häufigkeitsverteilung bei Migranten entsprachen damit auch denen bei den Einheimischen. Die Klientel der Migranten und der Einheimischen unterschieden sich auch in ihren soziodemographischen Grunddaten nicht von einander, was eine gute Voraussetzung für tagesklinische Arbeit ist. Unterschiede gab es vielmehr in ganz anderen Bereichen: Dies betraf z. B. die Krankheitseinsicht, bei der es bedeutsame transkulturell unterschiedliche Auffassungen über Krankheit, Behandlung und Genesung gab. Vielleicht lag es an dieser Diskrepanz, dass Therapieerfolge bei Migranten und Einheimischen differierten und weniger gute Ergebnisse für die Migranten ergab. Trotz dieser Inkongruenz beendeten Migranten die Tagesklinikbehandlung nicht früher oder später als die übrigen Patienten. Das Fazit war, dass kulturell geprägte Verständniszugänge zu Krankheit und Behandlung den Erfolg einer tagesklinischen Behandlung beeinflussen.

Die Evaluationsergebnisse und Erfahrungen des Tagesklinikteams zum Verhalten von Patienten mit Migrationshintergrund und des kultursensitiven Behandlungsstils können wie folgt zusammengefasst werden:

Migranten – auch mit guten Sprachkenntnissen – bedürfen bei den subtileren Verständigungsprozessen in therapeutischen Gruppen der Verständnisvermittlung durch die Gruppentherapeuten. Dabei ist eine einfache und bildhaft-metaphorische Sprache von Gewinn. Psychologisierenden und introspektiven Reflexionen innerer Gefühlsabläufe sollten Muslimen gegenüber eher körpertherapeutische Verfahren und die Integration in die Patientengruppe vorgezogen werden. In der Bezugstherapeutenarbeit muss der Genderaspekt sowie das Bedürfnis nach paternalistischer Orientierung Berücksichtigung finden, insbesondere bei Muslimen und Aussiedlern. Eine konfrontative Interventionstechnik vertieft eher Kränkungen bei einer migrationsbedingt ohnehin erhöhten Vulnerabilität. Bei den therapeutischen Zielen spielen die Herausarbeitung des kulturtypischen und subjektiven Krankheitsverständnisses und das individualistische bzw. kollektivistische Sozialverständnis für die Erarbeitung der Behandlungsziele eine wesentliche Rolle. Entlastend und bereichernd für das Team sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus islamischen und osteuropäischen Ländern für die Sprach- und Kulturvermittlung und darüber hinaus auch für die Bewältigung migrationspezifischer Problematiken im Behandlerteam.

Zweites Beispiel: Integration von Migranten in eine Nachsorge- bzw. Institutsambulanz

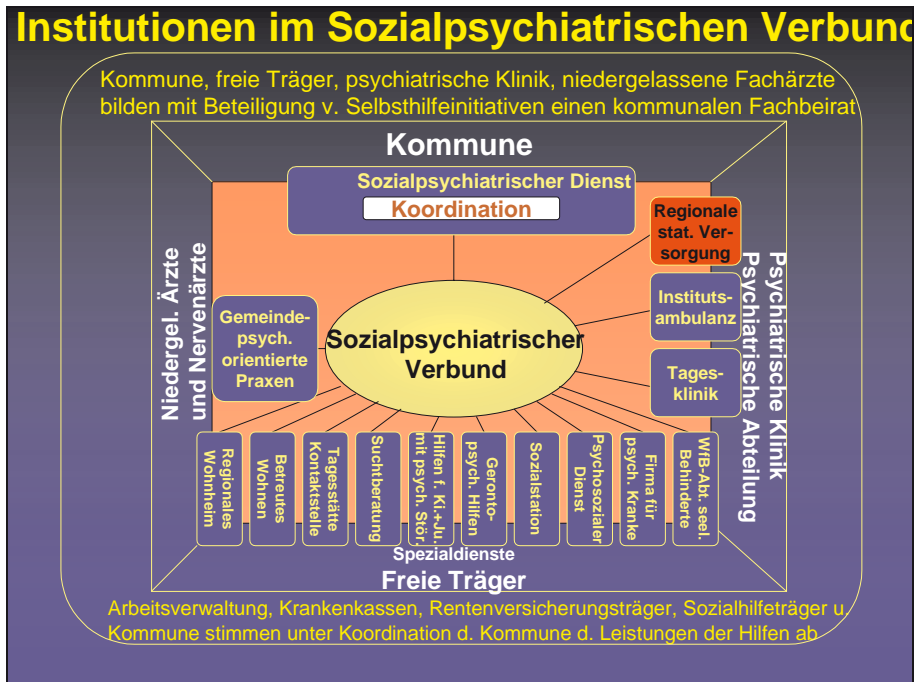
In einer retrospektiven 10-Jahres-Studie wurde die Integration von Migranten in die ambulante psychiatrische Versorgung am Beispiel einer Institutsambulanz im Vergleich zu Einheimischen untersucht. Dabei ergaben sich für die Migrantengruppe u. a. vier signifikante Ergebnisse, die hier hervorgehoben werden sollen:

1. Migranten waren zu 45 % in der ambulanten sozialpsychiatrischen Langzeitbetreuung unterrepräsentiert.
2. Bei den Merkmalen der Erkrankung und der Intensität und Qualität der Nachsorgebehandlung ergaben sich beim Vergleich von Migranten zu Einheimischen keine Unterschiede.
3. Die Zeitdauer zwischen Erstdiagnose und institutionalisiertem Nachsorgekontakt betrug bei Einheimischen 6 Jahre, bei Migranten jedoch nur 3 Jahre.
4. Migranten erhalten zu Behandlungsbeginn häufiger ein Depotneuroleptikum als Einheimische; die Neuroleptikadosierung zeigt bei Migranten größere Schwankungen bei im Durchschnitt gleicher Dosierungsmenge insgesamt.

Diese Ergebnisse belegen zum einen die Unterrepräsentation von Migranten im ambulanten Nachsorgebereich um etwa die Hälfte, einen Wert, der auch auf die stationäre Situation zutrifft. Als Gründe für die Unterrepräsentation in psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen werden angeführt: Schamgefühle wegen einer psychischen Erkrankung, schlechte Erfahrungen mit deutschen Institutionen und Behörden, Abschiebung in das Heimatland bei chronischer Erkrankung, bei Somatisierung psychischer Leiden Fehldiagnosen durch somatische Fachärzte, Aversionen gegen psychiatrisch-psychotherapeutische Dienste generell, Sprachbarrieren, aber auch – und dies ist ein positiver Aspekt – die Familie und die Landsleute des erkrankten Migranten, die alternative soziale Hilfssysteme in Anspruch nehmen, wie zum Beispiel familiäre und gruppenspezifische Systeme oder auch traditionelle Heiler, die durchaus nicht ohne Erfolg arbeiten.

Die Ergebnisse zeigen auch, dass bei einer offenen Haltung der Behandler die Behandlungsfrequenz und Qualität bei Migranten nicht schlechter sein muss als bei Einheimischen, dass deren Familien- und Gruppenressourcen allerdings bei schwerwiegenden Erkrankungen schnell überfordert sind und dann das Hilfesystem schneller als bei Deutschen in Anspruch genommen wird. Therapeuten sind bei der Einschätzung der Compliance bei Migranten zur Neuroleptikaeinnahme unsicherer als bei Einheimischen. Eine Intervention/Reflexion dieser Tatsache im therapeutischen Team kann allerdings die Unsicherheiten beseitigen mit dem Erfolg, dass die Depotneuroleptikagabe bei Einheimischen und Migranten auf die gleiche Häufigkeit absinkt. Das heißt, dass die tatsächliche Compliance bei Migranten in Bezug auf die orale Neuroleptikaeinnahme höher ist als von den Therapeuten angenommen wird. Allerdings, und dies muss auch gesagt werden, ist die Motivierung von Migranten zur Neuroleptikaeinnahme wesentlich aufwendiger als bei Einheimischen. Wenn diese Motivationsarbeit aber professionell geleistet wird, können bei Migranten dieselben guten Ergebnisse erreicht werden wie bei Einheimischen.

Drittes Beispiel: Vernetzung der Dienste im Gemeindepsychiatrischen Verbund zur besseren Integration von Migranten in die Regelversorgung



Legende: Sozialpsychiatrischer Verbund Modell Hannover

Der Sozialpsychiatrische Dienst der Kommune koordiniert im Modell Hannover die Institutionen im Sozialpsychiatrischen Verbund. Zu diesem gehören die regionalen psychiatrischen-psychotherapeutischen Kliniken mit ihren stationären, teilstationären und Nachsorgeeinrichtungen, die Hausärzte und Nervenärzte sowie die von den Freien Trägern vorgehaltenen Spezialdienste. Das Zusammenwirken aller Beteiligten erfolgt mit dem Ziel, chronisch psychisch kranken Menschen – Einheimischen und Migranten gleichermaßen – durch Behandlung, Betreuung und Rehabilitation eine möglichst gute Partizipation am gesellschaftlichen Leben in der Gemeinde zu ermöglichen. Migranten sind praktisch im gesamten psychiatrischen Versorgungssystem zu etwa 50 % unterrepräsentiert!

Der gemeindepsychiatrische Verbund als Organisationsstruktur für die Koordination und Kooperation der Dienste der gemeindepsychiatrischen Regelversorgung hat originär die Aufgabe, alle Patientengruppen – so heterogen sie auch sein mögen – in die Dienste der Regelversorgung zu integrieren. Dazu gehören nicht zuletzt auch die Migranten. Das Ziel muss also sein, eine Interkulturalisierung der Dienste sowohl von der Seite der Patienten als auch – wie oben gesagt – von der Seite der Behandler her zu erreichen. Dies gehört zu den Aufgaben der regionalen Psychiatriekoordinatoren im Sinne einer Schrittmacherfunktion. Wie das – kostenneutral – zu leisten ist, muss

dem Einfallsreichtum der betreffenden Psychiatriekoordinatoren überlassen sein, aber es gibt vielversprechende Wege. Einbezogen werden müssen die regionalen, psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG), die den Wissenstransfer und die Vernetzung mit den Migrationsdiensten zum einen zum Thema machen und sich zum anderen einen Überblick über den Bedarf an Versorgung für Migranten verschaffen. Um der PSAG mehr Kompetenz zur Integration von Migranten in das System zukommen zu lassen, wurde in Hannover zusätzlich die Arbeitsgruppe „Migranten in der Psychiatrie“ gegründet. Um den Umfang der Migrantengruppe quantitativ und diagnostisch zu erfassen, wurde eine Stichtagserhebung von Patienten mit Migrationshintergrund in den zum Gemeindepsychiatrischen Verbund der Region Hannover gehörenden Institutionen geplant. Anhand dieser Daten lässt sich die unterschiedliche „Schwelligkeit“ der verschiedenen Institutionen für Migranten abschätzen und die Erfordernisse für die Migrantenpopulation in den Sozialpsychiatrischen Plan einbringen. Der Sozialpsychiatrische Plan erfasst die Strukturen und Patientenströme in der Region Hannover und bildet die Grundlage für die Planungen in den kommenden Jahren.

3. Schwierigkeiten und Hürden

Voraussetzung für eine akzeptierende offene Zugewandtheit auf Migranten, sind eine positive gesellschaftliche Einstellung, eine Öffnung des Gesundheitswesens und nicht zuletzt eine annehmende und neugierige Haltung der Behandler im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem. Eine solche Haltung ist in den verschiedensten Institutionen immer wieder zu erarbeiten und zu hinterfragen und Behandler Teams, wie in der Tagesklinik, der Institutsambulanz und der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft des Sozialpsychiatrischen Verbundes aufzubauen. Die Bildung multikultureller Behandler Teams in den Institutionen gelingt nur selten, weil zu wenige Mitarbeiter mit Migrationshintergrund eingestellt werden. Vermieden wird dadurch die notwendige ständige Auseinandersetzung mit/-und Bewältigung von Rassismus, Diskriminierung und Ausgrenzung, was in multikulturellen Teams zur Alltagsaufgabe zählt, jedoch unbequem ist. Allerdings ist auch deutlich, dass in psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandler Teams, in denen Reflexion und Bewusstmachung eigener unbewusster Haltungen zu den Alltagsaufgaben zählen, die Bewältigung von kulturellen Vorurteilen leichter gelingt als in anderen Zusammenhängen. Die Reflexion des „fremden Blicks“ ist genauso unverzichtbar, wie die innere Bereitschaft, Mehrsprachigkeit zu praktizieren. Für eine ausreichend gute und wirksame Therapeuten-Patienten-Interaktion ist der Erwerb interkultureller Kompetenz und Kultursensibilität genauso hilfreich, wie die Reflexion der eigenen Kulturgebundenheit in Fühlen, Wahrnehmung und Denken. Insofern muss kulturelle Diversität in multikulturellen Behandler Teams als Qualitätsmerkmal verstanden und bewertet werden. Dies bedeutet auch, den Zugang von Migranten zu den Ausbildungsgängen im Bereich der psychologischen Medizin und ihrer Einrichtungen entschiedener zu fördern. Die erforderlichen strukturellen Veränderungen, zum Beispiel im Sozialpsychiatrischen Verbund, sind bei einer solchen Haltung der Akteure

leichter umzusetzen. Bezüglich der erforderlichen strukturellen Veränderungen sind insbesondere die folgenden Punkte zu nennen:

- die Verortung der Verantwortung für eine gute Migrantenversorgung beim Psychiatriekoordinator
- die Erarbeitung von interkulturellen Versorgungskonzepten durch eine Expertenarbeitsgruppe, die der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft zuarbeitet und
- die Integration von Fort- und Weiterbildungsmodulen zum Umgang mit Migranten in die Curricula aller in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen.

4. Bewertung von Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung und Übertragbarkeit

Um Nachhaltigkeit zu garantieren, muss der Umgang mit kultureller Diversität als Qualitätsmerkmal für psychiatrisch-psychotherapeutische Institutionen eingeführt werden. Es ist heute schon möglich, durch ein Benchmarking, das Prädikat „migrantenfreundliche Institution“ zu erwerben, auch für psychiatrisch-psychotherapeutische Einrichtungen. Die Nachhaltigkeit kann dadurch garantiert werden, dass ein System der Leistungsüberprüfung durch kompetente interkulturelle Supervision von Einzelfällen erfolgt sowie die Intervention in einem multikulturell zusammengesetzten Team. Darüber hinaus kann – und dies ist Spezialfällen mit komplexer Problematik vorbehalten – der Rat eines außenstehenden Migrationsexperten angefordert werden. Diese drei qualitätssichernden Elemente eines therapeutischen Behandlungsteams mit multikultureller Kompetenz können ergänzt werden durch einen Feedbackbogen, mit dem Patienten anonym eine Einschätzung über Zufriedenheit und Behandlungsqualität abgeben können. Diese Methodik der Qualitätssicherung und -überprüfung kann in den verschiedensten multikulturellen Behandlungsteams eingesetzt werden und ist bei einer zu erwartenden Erhöhung des Migrantenanteils in dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem ein funktionsfähiges Zukunftsmodell.

Zusammenfassung

Multikulturelle Behandlungsteams, wie hier anhand der Tagesklinik und der Institutsambulanz im Modell Hannover (Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover) dargestellt, müssen Kernvoraussetzungen erfüllen, hinsichtlich der Qualität ihrer Arbeitsweise in Bezug auf Patienten mit Migrationshintergrund. Ein Modell zur Qualitätssicherung interkultureller Behandlungen sorgt für eine gleiche Behandlungsqualität bei Einheimischen und Migranten. Durch Benchmarking kann die Migrantenfreundlichkeit einer ganzen Institution auf den Prüfstand gestellt werden. Gemeindepsychiatrische Versorgungssysteme können durch Stichtagserhebungen in allen zum Sozialpsychiatrischen Verbund gehörenden Institutionen einen Überblick über die psychiatrisch-psychotherapeutische Migrantenversorgung in einer Region erhalten; darüber hinaus können sie durch Experten geleitete Beratung über die Psychiatriekoordinatoren und die

psychosozialen Arbeitsgemeinschaften mit Hilfe sozialpsychiatrischer Pläne die Voraussetzungen für eine angemessene Behandlung und Versorgung psychisch kranker Migranten schaffen und durch ein Qualitätsmonitoring kontinuierlich verbessern.

Hegemann, T. & Salman, R (Hrsg.). (2001). *Transkulturelle Psychiatrie – Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Machleidt W. (2003) Sonnenberger Leitlinien. Zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. *Soziale Psychiatrie* 27 (2), S. 40–41
Machleidt, W. & Callies, I. (2004). Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Migranten und transkulturelle Psychiatrie. In: M. Berger (Hg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (S. 1161-1183). München: Urban & Fischer.

8.2. Berliner Bündnis gegen Depression, Berlin

Meryam Schouler-Ozak

Allgemeiner Überblick:



Einleitung:

Die WHO-Studie „Global Burden of Disease“ aus dem Jahre 1997 hat aufgezeigt, dass unipolar verlaufende Depressionen eine der wichtigsten Volkskrankheiten darstellen. Wenn die Schwere der Beeinträchtigung und die Häufigkeit sowie die Dauer der Erkrankung betrachtet werden, steht die Depression an erster Stelle vor allen anderen körperlichen und psychiatrischen Erkrankungen. Die Lebensqualität der Betroffenen wird durch kaum eine andere Erkrankung so wesentlich beeinträchtigt wie durch Depressionen. Zudem bilden Depressionen durch wiederkehrende z. B. suizidale Krisen eine lebensbedrohliche Erkrankung. Im Rahmen des Kompetenznetzes „Depression und Suizidalität“ (<http://www.kompetenznetz-depression.de>) wurde das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Forschungsprojekt „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ in den Jahren 2001 und 2002 durchgeführt. Es handelt sich hierbei um ein Mehrebenen-Interventionsprogramm mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgung depressiver Patienten und dem Vorbeugen von Suiziden.

Diese Interventionen auf mehrfachen Ebenen haben im Vergleich zu der Kontrollregion Würzburg zu sehr positiven Effekten, wie z. B. Reduktion der Suizidraten um mehr als 20 %, Rückgang der Suizidversuchsraten ebenfalls um mehr als 20 % geführt. Auf Grund dieser sehr positiven Ergebnisse wurde das Konzept des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ inzwischen bundesweit in 32 Städten, europaweit in 16 Staaten etabliert.



Mit der Auftaktveranstaltung am 27.04.2005 wurde das „Berliner Bündnis gegen Depression“ ins Leben gerufen. Frau Prof. Dr. Rita Süßmuth, Bundestagspräsidentin a. D., ehemalige Vorsitzende der Kommission für Zuwanderung, ehemalige Vorsitzende der Sachverständigenkommission, und Herr Aydin Durusoy bzw. sein Nachfolger Ahmet Nazif Alpman, Türkischer Generalkonsul in Berlin, übernahmen die Schirmherrschaft.



Foto: Ahmet Nazif Alpman (Türkischer Generalkonsul in Berlin)

Das „Berliner Bündnis gegen Depression“ richtet sich zwar in erster Linie an alle Bürger der Stadt, legt aber im ersten Schritt seiner Arbeit einen Schwerpunkt auf die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere türkischer Herkunft. In weiteren Schritten sind andere Migranten als Zielgruppen vorgesehen. Diese sind Menschen mit russischem, polnischem und arabischem Migrationshintergrund.

Damit trägt das Projekt den demographischen Besonderheiten der Region Berlin Rechnung.

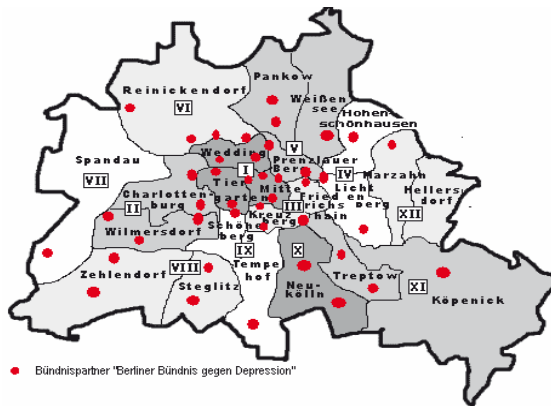
Die wichtigsten Ziele des „Berliner Bündnisses gegen Depression“ sind:

- Verbesserung der gesundheitlichen Situation depressiver Menschen
- Erweiterung des Wissens über die Krankheit in der Bevölkerung
- Beitrag zur Früh-Erkennung
- Gesundheitsförderung und Suizidprävention
- Enttabuisierung
- Entstigmatisierung
- Steigerung der Zahl von Betroffenen, die fachgerecht behandelt werden
- Optimierung der Versorgungsqualität
- Bessere Erreichbarkeit der Zielgruppe Menschen mit Migrationshintergrund
- Aufbau eines Netzwerkes

Das „Berliner Bündnis gegen Depression“ hat inzwischen zahlreiche **Kooperations- bzw. Bündnispartner** gewinnen können. Zur Zeit zählen u. a. zu ihnen

- Betriebskrankenkasse Bundesverband und Betriebskrankenkasse Landesverband Ost
- Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus
- Berliner Krisendienste
- Sozialpsychiatrische Dienste
- BIG-Hotline
- Notfallseelsorge
- Niedergelassene Ärzte/innen
- Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Katholische Hochschule für Sozialwesen
- Polizei
- Jüdisches Krankenhaus
- Berliner Gesellschaft Türkischer Mediziner e. V.
- Türkische Gemeinde zu Berlin
- Türkischer Bund Berlin-Brandenburg
- Arbeitskreis Türkischsprachiger Psychotherapeuten/innen in Berlin
- Angehörige Psychisch Kranker Landesverband Berlin e. V.
- Freunde fürs Leben e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention
- Bündnis gegen häusliche Gewalt
- SEKIS Berlin
- Verband Psychologischer Psychotherapeuten in Berlin
- Verein Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin
- Psychiatriereferent des Landes Berlin
- Neuhland e. V.
- Kammer für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin
- Vivantes Humboldt Universität, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik für Suchtmedizin in der
- St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee GmbH
- Alice-Salomon-Fachhochschule
- Selbsthilfenetzwerk Depression und Ängste Berlin Brandenburg

Das „Berliner Bündnis gegen Depression“ ist nach wie vor offen für weitere Bündnispartner.



Interventionsstrategie:

- o Medienwirksames Auftreten
- o Umfassende Verbreitung der Informationen für Laien, Betroffene, Angehörige, Interessierte und Professionelle
- o Kooperation mit Multiplikatoren und Mediatoren, Key-persons sowie Kooperation mit

Professionellen, z. B. Hausärzten, Nervenärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Pflegemitarbeiter.

- o Trainingsseminare bei relevanten Berufsgruppen wie Hausärzten, Pflegeberufen, Lehrern, Beratern etc.
- o Informationsveranstaltungen und kulturelle Veranstaltungen zum Thema Depression für die Bevölkerung
- o Workshops, Seminare, Tagungen, Kongresse, Fortbildung, Netzwerkbildung
- o Internetauftritt: www.berlinerbuendnisgegendepression.de (Information, mehrsprachige Infolyer, berlinweite Adressen, Kontaktadressen)
- o Depressionssprechstunde und Beratung in der Psychiatrische Institutsambulanz der PUK Charité im SHK; Tel.: + 49 30 2311 2120, Fax: +49 30 2311 2790
- o Verein „Berliner Bündnis gegen Depression“ e. V. wurde gegründet.

Mit freundlicher **Unterstützung der BKK** – Initiative „Mehr Gesundheit für alle“

Darstellung der Interventionen für Menschen mit Migrationshintergrund:

Anhand der Interventionen für Menschen mit türkischem Migrationshintergrund soll die Arbeit des Bündnisprojektes im Folgenden dargestellt werden:

BKK Bundesverband
BKK Landesverband Ost



In einem interaktiven Workshop für türkeistämmige Hausärzte wurden den Teilnehmern Informationen zur Epidemiologie und gesundheitspolitischen Bedeutung der Depression, Informationen über Symptome, Diagnose, Differenzialdiagnose, Verlauf, Behandlung, Rückfallvorbeugung, Psychoedukation und Einbeziehung der Angehörigen wie auch Informationen über Suizidalität und Umgang mit suizidalen Patienten sowie Anlaufstellen und Ansprech-

partner vermittelt. Zudem wurden interkulturelle Kompetenz, interkulturelle Öffnung, unterschiedliche Krankheitskonzepte und -verständnisse, unterschiedliche Ausdrucksformen der Depression im kulturellen Kontext, Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern hervorgehoben.

Öffentliche Vorträge für Laien, Interessierte, Betroffene und Angehörige mit anschließender Diskussionsmöglichkeit wurden ermöglicht. Einen Schwerpunkt bildeten z.B. Informationsveranstaltungen für Frauen unter Berücksichtigung von frauenspezifischen Themen.

Ein weiterer Schwerpunkt war die Zusammenarbeit mit türkischen Medien. Mehrere Berichte in den Printmedien, Interviews in Rundfunk und Berichte im Fernsehen halfen dabei, Menschen mit Migrationshintergrund zu erreichen. Muttersprachliche Informationsbroschüren wurden ausgearbeitet und kostenlos zur Verfügung gestellt. Diese sind auch jetzt beim Bündnisprojekt kostenlos zu beziehen.

Des Weiteren wurde ein muttersprachliches Beratungs- und Behandlungsangebot in der Institutsambulanz der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus eingerichtet, das von zahlreichen Betroffenen, Laien und Angehörigen gut angenommen wird.

Das Bündnisprojekt veranstaltet für verschiedene Berufsgruppen aus dem Bereich der Psychiatrie, wie Krankenpfleger und Ärzte, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wie interaktive Workshops zu der Thematik „Patienten mit Migrationshintergrund in der Psychiatrie“. Insbesondere werden hierin unterschiedliche Krankheitskonzepte, Krankheitsverständnisse, Beschwerdeschilderungen, Behandlungserwartungen, Umgang mit Erkrankten, interkulturelle Kompetenz, Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern etc. bezogen auf das Krankheitsbild der Depression in unterschiedlichen kulturellen Kontexten vermittelt.

Eine weitere Intervention richtete sich an Leiterinnen und Leiter von Migrantenprojekten bei verschiedenen Trägern. Auch für diese wurden interaktive Workshops zur Thematik „Depression und Suizidalität in der Beratungsarbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund“ angeboten. Hier wurden Professionelle an wichtigen Schnittstellen qualifiziert im Umgang mit Depression, Krisen und Suizidalität.

Die Tagung „Versorgungslücken bei psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund – Ausblicke und Perspektiven in der Selbsthilfe“ am 13. Mai 2006 stand unter der Schirmherrschaft von Frau Prof. Dr. Barbara John und richtete sich an Interessierte, Betroffene und Fachleute. Das Bündnisprojekt möchte die Menschen mit Migrationshintergrund zur Gründung von Selbsthilfegruppen ermutigen, sie dabei unterstützen und professionell begleiten.

Darstellung der Schwierigkeiten und Hürden:

Mit großer Unterstützung des Deutschen Bündnisses gegen Depression e.V. unter der Leitung von Prof. Ulrich Hegerl konnte das Bündnisprojekt realisiert werden.

Zu den Schwierigkeiten, die zu überwinden waren, zählte insbesondere die Aqoise von finanzieller Unterstützung. Erst die freundliche Unterstützung durch die BKK machte das Projekt möglich. Es gelang, zahlreiche Bündnispartner auf verschiedenen Ebenen zu gewinnen. Durch eine intensive Öffentlichkeitsarbeit war es möglich, auf das Projekt aufmerksam zu machen und dadurch weitere Kooperationspartner und Ressourcen zu finden und zu bündeln. Obwohl das Bündnisprojekt in erster Linie ehrenamtlich getragen wird und die Mitglieder des Projektteams sich an den Interventionen vorwiegend unentgeltlich beteiligen, stehen genügend Mitglieder für die Durchführung der jeweiligen Aktivitäten zur Verfügung. Auch zur Erarbeitung der Arbeitsmaterialien konnten bislang sowohl finanzielle als auch personelle Mittel bereitgestellt werden.

Zahlreiche Trainer konnten qualifiziert werden und bildeten ihrerseits Mediatoren bzw. Multiplikatoren aus.

Bewertung von Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung und Übertragbarkeit:

Das „Berliner Bündnis gegen Depression“ bietet verschiedene Fortbildungsveranstaltungen an. In „Train-the-Trainer-Seminaren“ werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der zahlreichen Bündnispartner vor allem aus den Bereichen Medizin, Pflege, Psychologie und Sozialpädagogik ausgebildet und stehen als Referenten für zukünftige Veranstaltungen zur Verfügung. Auf diese Weise gelingt es, das Wissen zum Thema „Depression und Suizidalität“ in der jeweiligen Berufsgruppe weiter zu verbreiten und es in der Öffentlichkeit stärker publik zu machen. Interaktive Workshops für türkische und deutsche Hausärzte, Angehörige der Pflegeberufe, der Polizei u. a. tragen dazu bei, das Wissen über die Erkrankung zu erweitern, eine Depression schneller zu erkennen und durch die Vermittlung kultureller Hintergründe auch die Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund zu verbessern.

Das „Berliner Bündnis gegen Depression“ ist bei seiner Konzeption neue Wege gegangen, es wendet sich, neben der Aufklärungsarbeit über das Thema „Depression und Suizidalität“ für die Allgemeinbevölkerung, gezielt an die sonst nur schwer zu erreichende Personengruppe der Menschen mit Migrationshintergrund. Innovativ ist auch die Vorgehensweise, sich bei der Erstellung von Informationsmaterialien nicht allein auf eine inhaltliche Übersetzung zu beschränken, sondern zudem den kulturellen Kontext der z. B. türkischen Bevölkerung einzubeziehen. Für die anderen oben aufgeführten Sprachen gilt ein ähnliches Vorgehen. Vielfach wird zu wenig beachtet, dass jeder Kulturkreis etwas anderes unter bestimmten Krankheitssymptomen, wie z. B. Traurigkeit oder Depressivität versteht und sich anders ausdrückt. Dies hat zur Folge, dass Professionelle ohne ein entsprechendes Hintergrundwissen aus den Symptombeschreibungen des Betroffenen u.U. nicht auf eine Depression schließen. Ebenso hat jede Kultur ihre ganz eigene Strategie, auf eine Symptomatik oder eine Krankheit zu reagieren, was bei der Behandlung einer

Erkrankung Berücksichtigung finden sollte. Das Konzept des Bündnisprojektes ist ohne Zweifel auch auf andere Bereiche übertragbar.

Zusammenfassung:

Das „Berliner Bündnis gegen Depression“ versucht auf mehreren Ebenen die Information und Versorgung von Menschen mit depressiven Erkrankungen, insbesondere für die in Berlin große Anzahl der Zuwanderer zu verbessern und einen Beitrag zur Suizidprävention zu leisten. Wesentliche Arbeitsschwerpunkte sind Öffentlichkeitsarbeit, Train-the-Trainer-Seminare für Bündnispartner aus verschiedenen Bereichen der Medizin, Pflege, Psychologie und Sozialpädagogik und interaktive Workshops sowie an soziokulturelle Aspekte angepasste Informationsmaterialien in sechs verschiedenen Sprachen.

8.3. Psychologischer Dienst für Migrantinnen und Migranten, München

Birsen Kahraman

Allgemeine Übersicht

Der psychologische Dienst für Migrantinnen und Migranten ist seit 2002 Teil der „Beratungsdienste der Arbeiterwohlfahrt München gGmbH, Migration und interkulturelle Arbeit“. Der Dienst wurde 1979 vom Landesverband der AWO Bayern ergänzend zur Sozialberatung gegründet, um Arbeitnehmerinnen aus der Türkei und ihre Familien in psychischen Notlagen zu beraten. Mittlerweile nehmen vier Psychologinnen aus Kroatien und der Türkei ca. 500 Anfragen pro Jahr entgegen.

Klientinnen wie Klienten wenden sich überwiegend mit familiären und beruflichen Anliegen bzw. bei psychischen Störungen wie Depressionen, Ängsten, Zwängen etc. an uns. Anfragen gehen im häufigsten Fall auf persönliche Empfehlungen aus dem Familien- und Bekanntenkreis (ca. 40 %) zurück. An zweiter Stelle stehen fast ebenso häufig Überweisungen von niedergelassenen Ärzten, Kliniken und anderen beraterischen bzw. pädagogischen Institutionen, wie z. B. Kindergärten und Schulen.

Von besonderer Bedeutung für die Mitarbeiterinnen unserer Dienststelle ist es, sprachliche, kulturelle, religiöse und migrationsspezifische Hintergründe bei der Klärung familiärer und beruflicher Probleme bzw. bei der Behandlung psychischer Störungen zu berücksichtigen. Dabei konzentrieren wir uns u. a. auf individuelle sowie in der Familie und im Migrationsprozess erworbene Ressourcen.

Durch die Anpassung unserer Arbeit an die spezifischen Bedürfnisse unserer Klientel (z. B. Option der Muttersprache, Bikulturalität, Migrationserfahrungen und interkulturelle Fortbildung unserer Mitarbeiterinnen, Vernetzung mit anderen interkulturellen Institutionen etc.) fördern wir psychische Integrationsleistungen unserer Klientel, damit sie langfristig psychische Krisen selbstständig bewältigen und ein selbstbestimmtes Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft führen können.

Zweiter Schwerpunkt unseres Dienstes ist die Beratung, Supervision und Fortbildung von Fachkolleginnen und -kollegen, die mit Migrantinnen und Migranten arbeiten, um die Öffnung psychosozialer Regeldienste für interkulturelle Fragestellungen zu fördern. Des Weiteren ist es Ziel der Mitarbeit in verschiedenen kommunalen und regionalen Gremien, die Fachöffentlichkeit über die Versorgungslage von Menschen mit Migrationshintergrund zu informieren bzw. ihre gleichberechtigte Versorgung voranzutreiben.

Darstellung von Aspekten mit besonderem Gewicht:

Muttersprachliches Angebot

Klienten haben in unserem Dienst die Möglichkeit, in der Sprache ihrer Wahl, also in der Sprache, in der sie stark sind, beraten zu werden. Ziel unseres

Angebots ist es, Beratungssuchenden zu ermöglichen, sich ohne Versagens- oder Rechtfertigungsdruck mitzuteilen. Berater und Klient kommunizieren sprachlich auf vergleichbaren Ebenen, was Beziehungsaufbau und Öffnung erleichtert. Klienten berichten häufig große Entlastung darüber, erstmals in ihrer Muttersprache selbstständig und uneingeschränkt berichten zu können bzw. verstanden zu werden. Der sichere sprachliche Ausdruck steigert das subjektive Kontrollgefühl und den Selbstwert; dadurch wird die Begegnung mit eigenen Ängsten und Schwächen bzw. die Entwicklung neuer Handlungskompetenzen in der Therapie gefördert.

Wertschätzung durch Werteneutralität

Migration bringt stets Veränderungen und Belastungen in verschiedenen Lebensbereichen mit sich. Insbesondere der Verlust gewohnter sozialer Bezüge und übereinstimmender Wertvorstellungen kann anhaltende Konflikte innerhalb der Familie, in der Wohnumgebung, am Arbeitsplatz etc. zur Folge haben. Wenn erlernte, bisher wirksame Verhaltensmuster versagen, kann die Nutzung externer Hilfsangebote eingeschränkt sein, wenn dort ähnliche Wertkonflikte erwartet werden. Klientinnen und Klienten unserer Beratungsstelle geben neben der Möglichkeit Nutzung ihrer Muttersprache am häufigsten an, sich an uns zu wenden, um vor demselben kulturellen Hintergrund beurteilt und behandelt zu werden. Oftmals wünschen sie sich Veränderungen ihrer Lebenssituation, die vereinbar mit traditionellen Werten der Herkunftsfamilie sind, auch wenn sie schon viele Jahre in Deutschland leben bzw. hier geboren sind. Gleichzeitig ist vielfach eine Anpassung an die Aufnahmegesellschaft zu beobachten. Wir begreifen die Fähigkeit unserer Klientinnen, Altes zu bewahren und sich an Neues anzupassen gleichermaßen als positive Ressource, die im Beratungsprozess genutzt wird. Vor dem Hintergrund einer wertschätzenden, akzeptierenden Haltung bemühen wir uns gemeinsam mit unseren Klientinnen und Klienten, um optimale, individuelle Lösungen, die ihren eigenen Wertvorstellungen, Lebensanforderungen und Lebenszielen gerecht werden, zu erarbeiten.

Darstellung von Schwierigkeiten und Hürden:

Die größte Schwierigkeit in unserem Dienst stellt die hohe Zahl von derzeit ca. 500 Anfragen pro Jahr mit dauerhaft steigender Tendenz dar, dem ein seit ca. 10 Jahren unveränderter Personalschlüssel von 2,8 Stellen gegenübersteht. Verschärft wird die Situation durch die meist einseitige Kooperationsmöglichkeit mit den Regeldiensten, die häufig an uns überweisen, aber seltener Klienten von uns übernehmen können, da an Kliniken, Beratungsstellen, Praxen, Selbsthilfezentren etc. selten sprach- bzw. kultursensible Angebote bestehen. Dadurch sind wir gezwungen, eine Vielzahl verschiedenster Anfragen, von der Einschätzung der Schulfähigkeit bilingualer Kinder bis zur Nachbetreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten, zu übernehmen. Gleichzeitig müssen wir unser Angebot stetig durch Formulierung von Ausschlusskriterien (z.B. Sucht, chronische Schmerzstörung, Rentenbegehren etc.) bzw. durch Herabsetzung von Dauer und Frequenz (max. 10 Sitzungen

im Abstand von 2 – 6 Wochen) begrenzen. Dennoch stauen sich Anfragen z.T. bis zu einer Wartezeit von acht bis zehn Monaten nach dem Erstgespräch. Diese Verzögerung gefährdet in erster Linie die Therapiemotivation bzw. Gesundheit hilfeschuchender Klienten und ihrer Angehörigen, vermindert ihre Chancen auf ein selbstständiges Leben und gesellschaftliche Integration und vertieft die Kluft zwischen einheimischer und zugewanderter Bevölkerung. Außerdem stellt dieser Umstand eine chronisch hohe Belastung für die Mitarbeiterinnen dar.

Bewertung von Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung und Übertragbarkeit

Die stetig steigenden Aufnahmezahlen seit Bestehen des Dienstes zeigen, dass unsere Beratungsstelle mit ihrem muttersprachlichen, kultur- und migrationssensiblen Angebot auf einen hohen Bedarf an psychologischen und psychotherapeutischen Dienstleistungen unter Migrantinnen und ihren Familien trifft. Die hohe Zahl persönlicher Empfehlungen und selbstmotivierter Nachfragen belegt die Bekanntheit und Akzeptanz unseres Dienstes. Wir gehen auch in Zukunft von einer steigenden Nachfrage aus; so wenden sich beispielsweise immer häufiger Männer selbstständig an uns. Wir planen bei entsprechender personeller Erweiterung spezielle Hilfsangebote einzurichten, wie z. B. Gruppen (Elternteraining, Depressionsgruppe, Selbstsicherheits-training, Trennungsfamilien etc.). Außerdem ist es uns ein Anliegen, verstärkt Fachkräfte in interkulturellen Arbeitszusammenhängen zu schulen.

Zusammenfassung

Ein muttersprachliches Angebot signalisiert Wertschätzung gegenüber Personen mit Migrationshintergrund, gewährleistet eine effektivere Kommunikation, erleichtert das Verständnis kulturgebundener Verhaltensformen und senkt Zugangsbarrieren, so dass kurative und präventive Wirksamkeit erreicht wird. Der Psychologische Dienst für Migrantinnen und ihre Familien schafft bereits seit über 25 Jahren ein solches Angebot in München, dessen Notwendigkeit und Erfolg sich insbesondere in der stetig steigenden Nachfrage durch die Klientel und Fachkolleginnen und -kollegen zeigen. Angeboten werden Einzel- und Familienberatung bzw. -therapie für Erwachsene und Kinder, sowie Supervision und Fachberatung für Kolleginnen und Kollegen, die mit Menschen mit Migrationshintergrund arbeiten. Geplant sind Erweiterungen des Gruppenangebots.

8.4. Spezifisches Behandlungskonzept in der Psychosomatik für Migranten, Königsfeld

Ilhan Kizilhan*

Sind spezifische Behandlungskonzepte notwendig?

Bei der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund benötigen sowohl Behandler als auch die Gesundheitsinstitutionen spezifische interkulturelle Kenntnisse, um diese Gruppe frühzeitig und präventiv behandeln zu können und so z.B. eine Chronifizierung der Krankheit zu vermeiden (vgl. Schulte-Sasse, 2003). In der medizinischen Rehabilitation von Migranten bestehen wie in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung Defizite im Wissenstand aber auch in den Behandlungskonzepten. Sprachliche Barrieren, die Unkenntnis vorhandener Beratungs- und Hilfesysteme, der Umgang mit verschiedenen Krankheiten (z.B. psychische Erkrankungen und Sucht) und deren Tabuisierung erschweren die Versorgung. Aufgrund ethnozentrischer Fehldeutungen entstehen Zugangsbarrieren, die kaum überwunden werden können (vgl. Salman, 2001). Dadurch ist in der Regel auch die Leistungsfähigkeit gefährdet, weswegen viele Migranten im Vergleich zu deutschen Mitbürgern früher einen Rentenantrag stellen. Notwendig sind spezifische Behandlungskonzepte, um eine effektivere Behandlung zu gewährleisten. Die Implementierung eines spezifischen Behandlungskonzeptes trägt u.a. zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Migranten bei. Sowohl Behandler, Versicherungen als auch die Patienten profitieren von einem solchen Ansatz.

Erfolgreiche Migrantenabteilung in Königsfeld

Die Fachklinik für Psychosomatik und Ganzheitsmedizin in Königsfeld hat sich auf die Behandlung von Migranten vor allem aus der Türkei spezialisiert. Seit 2000 werden in einer Abteilung mit 30 Betten kultursensitiv und muttersprachlich Migranten mit großem Erfolg behandelt. In einem kleineren Umfang werden Migranten in Russisch, Arabisch und Kurdisch behandelt. Dieses Konzept wird inzwischen in weiteren psychosomatischen Kliniken in Deutschland erfolgreich angewendet und von uns betreut. Mit zahlreichen Universitäten bestehen Kooperationen und werden Forschungsarbeiten durchgeführt.

Das Konzept

Zur Anwendung gelangen, schulübergreifend, hauptsächlich störungsorientierte bzw. störungsspezifische Psychotherapieverfahren: Sowohl Einzelpsy-

* Dr. Ilhan Kizilhan, Dipl. Psychologe, Leitender Dipl. Psychologe, Abteilungsleiter, Wissenschaftlicher Berater zur Transkulturellen Psychiatrie/Psychologie, psych. Sachverständiger, Psychotherapeut, Supervisor. Mitarbeiter der Projektgruppe Konflikt und Friedensforschung an der Universität Konstanz, Mitarbeiter der Forschungsambulanz, Institut für Psychologie, Universität Freiburg

chotherapie als auch spezifische psychoedukative Gruppen, interaktionelle Gruppentherapie, vor allem zu den Themen Depression, Angststörung und Psychosomatik. Die Einzelpsychotherapie wie auch die Gruppentherapien erfolgen in ihrer Muttersprache. Gestaltungstherapie (Malen, Keramikarbeit und Materialerfahrung) wird von einem türkischsprechenden Künstler angeboten. Bei den Entspannungsübungen wird z. B. das PMR in der türkischen Sprache angeboten, was vor allem der ersten Generation zugute kommt. Im Rahmen unseres Konzeptes wird jeder Patient türkischer Herkunft nach seinen Sprachkenntnissen und dem Wunsch nach einem türkischsprechenden Therapeuten gefragt. Türkische Patienten der 2. und 3. Generation, die keine Sprachprobleme haben, können ihre Behandlung auch mit deutschen Therapeuten durchführen.

Die Patienten nehmen an allen Angeboten der Klinik nach Indikation und Wunsch teil. Dazu gehören besonders Physiotherapie, körperorientierte Selbsterfahrung, PMR, Autogenes Training, Atemtraining, Qi-Gong, Shiatsu, Selbstsicherheitstraining, Bewerbungstraining, etc.

Die körperliche Betreuung erfolgt nach Wunsch durch einen bilingualen Arzt.

Türkische Patienten werden bei der Aufnahme auch nach ihren Ernährungsgewohnheiten gefragt und auf Wunsch wird ihnen kein Schweinefleisch serviert. Gleichzeitig haben sie die Möglichkeit vegetarisch oder bei Essstörungen durch eine spezielle Diät versorgt zu werden. Ferner werden regelmäßig Ernährungsvorträge in unserem Hause durchgeführt.

Muttersprachliche Einzeltherapie

Falls ein türkischsprachiger Patient über keine oder sehr wenige Deutschkenntnisse verfügt und sich mit einem muttersprachlichen Therapeuten einverstanden erklärt, übernehmen die bilingualen Therapeuten (drei Ärzte, zwei Diplompsychologen) bei entsprechender Indikation die muttersprachliche Behandlung. Das Setting der Station wird beibehalten. Bei der Behandlung wird eine enge Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Stationsteam und dem Oberarzt gepflegt. Es gibt die Möglichkeit bestimmte Fälle einmal die Woche stationsübergreifend in einer Gesamtkonferenz zu besprechen oder mit auswärtigen Supervisoren, die einmal die Woche in der Klinik sind.

Sozialmedizinische Begutachtung

Vor allem die Zahl der ersten Generation, die u. a. wegen einer sozialmedizinischen Beurteilung unsere Klinik aufsuchen, ist steigend. Dabei wird in wöchentlichen Sitzungen und persönlicher Beratung die sozialmedizinische Beurteilung diskutiert und weiteres Vorgehen besprochen.

Einbeziehung der Partner/Familie in die Therapie

Für die Bewältigung dieser Störungsbilder spielt die Entwicklung eines aktiven Verarbeitungsmodus eine entscheidende Rolle. Hier müssen jedoch die Erwartungen an selbstbestimmtes Handeln erheblich zurückgeschraubt wer-

den, da die kulturbedingte kollektive Selbstdefinition der Patienten der individuellen Entfaltung Grenzen setzt. Deswegen wird frühzeitig der Partner oder die Familie in die Therapie- und Veränderungsprozesse mit einbezogen.

Interaktionelle Gruppentherapie

Einen weiteren Punkt des Konzeptes stellt die offene Gruppentherapie für Reha- und Akutpatienten dar, bei der Patienten türkischer Herkunft freiwillig teilnehmen. In dieser Gruppe wird an den Bedürfnissen orientiert, themenzentriert, edukativ und ressourcenorientiert gearbeitet.

Besonders migrationsspezifische Themen wie Gesundheit und Kultur, Verwurzelung, Identität, Geschlechterrollen, Arbeitslosigkeit, etc. werden bevorzugt von den Patienten behandelt. Die Gruppen werden von türkischen Therapeuten begleitet.

Kommunikation und Ernährung

Einmal in der Woche haben die Patienten die Möglichkeit, in einer Kleingruppe für sich selbst zu kochen. Hier werden meist türkische Gerichte gekocht und wie bei der Teesitzung wird in einer lockeren Atmosphäre mit anderen Patienten über verschiedene Themen gesprochen. Gesunde Ernährung wird immer wieder auf Grund vom häufigen Auftreten von Übergewicht, Cholesterinproblemen, Diabetes, etc. diskutiert. Dies geschieht am besten, indem heimische Gerichte gekocht und Alternativen angeboten werden.

Störungsspezifische psychoedukative Gruppentherapie

Die geringen Sprachkenntnisse und das Bildungsniveau unserer Klientel, verbunden mit einer externalen Kausalattribution, erfordert ein behutsames Heranführen an psychosomatische Erklärungsmuster. Die Erklärungsmuster orientieren sich an den täglichen Erfahrungen der Klientel, die mit konkreten Beispielen untermauert werden.

Die Öffnung für solche alternativen Krankheitsmodelle stellt die Voraussetzung dar, um in den weiteren Gruppentherapien neue Handlungsmuster bzw. Verhaltensnormen entwickeln zu können.

Drei Hauptgruppen, somatoforme Störungen, Angststörung und Depression, bilden die Mehrheit bei den Patienten aus der Türkei. Daher werden diese drei Bereiche (Psychosomatik, Angststörung und Depression) sowohl im psychoedukativen Bereich als auch in spezifischen Gruppen behandelt. Zusätzlich werden in den Einzelbehandlungen Schmerzbewältigungsfähigkeiten vermittelt.

Ferner finden regelmäßig Vorträge in türkischer Sprache über Migration und Gesundheit, Identität und Wertewandel, Spielsucht, spezifische Situation von Migranten in der Bundesrepublik Deutschland, etc. statt. Hier werden Hintergründe der Migrationsproblematik nach neuesten Forschungsarbeiten beleuchtet und dies gibt viele Erklärungsansätze für Krankheiten und psychosoziale Belastungen in der Migration und kann die Patienten entlasten. Proble-

me und Lösungsmöglichkeiten für eine gesunde Integration von Migranten werden immer wieder rege von den Patienten in Gruppen diskutiert.

Physiotherapeutische und sportliche Angebote

Physiotherapeutische und sportliche Angebote sowie Entspannungsübungen, die keine guten Deutschkenntnisse erfordern, werden mit anderen Patienten der Klinik gemeinsam durchgeführt. Schrittweise Einübung von Sportbewegungen und physiotherapeutische Maßnahmen werden besonders bei Somatoformen Störungen und Depressionen mit den Therapeuten geplant und ausgeführt. Eine Tanzgruppe für türkische Frauen führt gleichzeitig zur Bewegung und Freude. Diese Tanzgruppe wird von allen Altersgruppen besucht und ist sehr beliebt.

Zum Hintergrund der Patienten und deren Krankheitsbildern

Allein im Jahre 2005 wurden in der Abteilung 220 Patienten türkischer Herkunft behandelt; dies entspricht einem durchschnittlichen Anteil von 28,76 %. Von den 220 Patienten türkischer Herkunft waren 140 (63 %) Frauen und 80 (37 %) Männer. Hierbei wurde eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 5 Wochen verzeichnet. Ein Großteil wuchs in ländlicher Umgebung (78,5 %) auf, wodurch sich auch das niedrige Bildungsniveau erklären lässt. Der hohe Anteil von Analphabeten (35,3 %) und Patienten mit 5-jähriger Schulbildung (42,3 %) erklärt den geringen Grad an beruflicher Qualifikation – ungelernete Arbeiter überwiegen mit 78,3 % – und stellt eine besondere Herausforderung bezüglich der Vermittlung abstrakter Denkinhalte dar.

Krankheitsbilder

Bei den Krankheitsbildern wurden für das Jahr 2005 am häufigsten als Erstdiagnose eine depressive Störung (44,5 %) festgestellt. Hiernach folgen die Angststörungen (20,9 %) und Somatoforme Störungen (14,5 %).

Tabelle 1: Das Krankheitsbild der Patienten türkischer Herkunft kann der ICD 10 entsprechend wie folgt dargestellt werden:

Häufigkeit der Hauptdiagnosen			
	Gesamtzahl:120	m: 80	w: 140
Depressive Störungen	98 (44,5%)	36 (16,4%)	62 (28,2%)
Angststörungen	46 (20,9%)	18 (8,2%)	28 (12,7)
Somatoforme Störungen	32 (14,5%)	8 (3,6%)	24 (10,9)
Posttraumatische Belastungsstörung	22 (10,0%)	9 (4,1%)	13 (5,9%)
Anpassungsstörung	10 (4,5%)	6 (2,7%)	4 (1,8%)
Essstörung	5 (4,5%)	0 (0)	5 (2,8%)
Zwangsstörung	4 (2,2%)	2 (0,9%)	2 (0,9%)
Dissoziative Krampfanfälle	3 (2,4%)	1 (0,4 %)	2 (0,9%)

Gleichzeitig ist eine starke Kombination mit depressiven Störungen und Somatoformen Störungen zu beobachten. So war eine Depressionsstörung meistens mit einer Somatoformen Störung oder einer Angststörung zu beobachten.

Wie aus der Tabelle 1 ersichtlich, sind bei den ersten drei häufig diagnostizierten Krankheitsbildern die Frauen am häufigsten vertreten. Dieses Bild zeigt sich auch in der psychosozialen Situation, wie z.B. in geringerer Schulbildung, ungelernter Tätigkeit, geringem Einkommen, Arbeitslosigkeit. Schon zu Beginn der Aufnahme kommen türkische Patienten mit einer Reihe von physischen und psychischen Beschwerden in die Klinik. Die Auswertung mit dem SCL 90R im Vergleich zu deutschen Patienten zeigt eine deutliche Tendenz zur Somatisierung (1,86), Depressivität (2,14), Zwanghaftigkeit (2,05) und Ängstlichkeit (1,99). Die Beschwerden werden bei den türkischen Patienten insgesamt höher bewertet, was mit dem Krankheitsverständnis aufgrund des unterschiedlichen kulturellen Hintergrundes zu tun haben könnte.

	Einschätzung der Beschwerden bei der Aufnahme, deutsche Patienten (SCL-90-R)		Einschätzung der Beschwerden bei der Aufnahme, türkische Patienten (SCL-90-R, türk. Version)	
	(Mittelwerte)	s	(Mittelwerte)	s
Somatisierung	1,09	0,79	1,86	0,84
Zwanghaftigkeit	1,50	0,89	2,05	0,89
Unsicherheit und Sozialkontakte	1,35	0,89	1,65	0,79
Depressivität	1,66	0,91	2,14	0,75
Ängstlichkeit	1,29	0,90	1,99	1,03
Aggressivität	0,97	0,84	1,54	0,95
Phobische Angst	1,04	1,90	1,55	1,07
Paranoides Denken	1,12	0,88	1,67	0,83
Psychotizismus	0,81	0,72	1,58	0,90
GSI (Genereller Symptom-Index)	1,24	0,72	1,83	0,80
PST (Positive Symptome total)	52,09	19,48	68,71	18,01
PSDI (Index belastender positiver Symptome)	1,99	0,59	2,28	0,53

Einschätzung Beschwerden

Einschätzung der Beschwerden bei der Aufnahme (deutsche und türkische Patienten:

Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit ist ein wichtiger Indikator für eine gute Behandlung, weswegen zum Ende der Behandlung die Patienten befragt werden.

Die Auswertung für das Jahr 2005 (siehe Abbildung) erbrachte eine überdurchschnittlich hohe Patientenzufriedenheit. Die Migranten fanden besonders die muttersprachliche Behandlung und psychoedukativen Seminare als sehr hilfreich, die sie immer wieder unter dem Punkt „Sonstiges“ verdeutlichten.

Nr.	Patientenzufriedenheit	Anzahl Werte	Ø Note
1	Der Arzt / die Ärztin war einfühlsam und verständnisvoll	220	1,70
2	Beurteilung Familien- /Paargespräche	80	1,85
3	Psychotherapeutische Betreuung	220	1,95
4	Beurteilung der Unterkunft	220	2,02
5	Beurteilung Pflegekräfte	220	2,19
6	Der Arzt/ Die Ärztin hat mir alles verständlich erklärt	219	2,04
7	Beurteilung Entspannungstherapien	166	1,92
8	Beurteilung Training der sozialen Kompetenzen	128	2,62
9	Beurteilung Kreativtherapie	159	2,00
10	Ich habe ausreichend ärztliche Betreuung erhalten	218	1,92
11	Beurteilung der Organisation in der Klinik	220	3,02
12	Beurteilung Physikalische Anwendungen	132	2,12
13	Sauberkeit des Hauses	220	1,97
14	Chef/Oberarztvisite habe ich als hilfreich erlebt	220	2,10
15	Beurteilung Krankengymnastik	212	2,16
16	Beurteilung Sport und Bewegungstherapie	189	1,85
17	Beurteilung Gruppentherapie	208	1,98
18	Ich musste mich zu häufig auf einen anderen Bezugstherapeuten einstellen	218	2,01
19	Beurteilung Einzelgespräche	221	1,71
20	In der Klinik wurde genügend Wert darauf gelegt, die Behandlungsziele und Behandlungen mit mir abzustimmen	220	2,05
21	Qualität der Verpflegung	219	2,20
22	Beurteilung Lehrküche	73	2,28
23	Beurteilung Gesundheitsbildung/-training	125	1,96
24	In der Klinik wurde genügend Wert darauf gelegt, dass die Patientinnen / Patienten lernen, mit ihren Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen umzugehen	225	2,20
25	Beurteilung Sozial- und Berufsberatung	117	2,21
26	Beurteilung der Schulungen	105	1,91
27	Beurteilung Arbeitstherapie	66	2,87

Zusammenfassung und Fazit

Durch dieses spezifische Behandlungskonzept werden Patienten kultursensitiv und muttersprachlich über medizinische Krankheitsbilder in der Psychosomatik zu den Themen Krankheitsverständnis und Krankheitsverarbeitung informiert und entsprechend behandelt.

In der Klinik kommen auf sehr engem Raum Migranten und Deutsche zusammen, die mögliche vorhandene Vorurteile durch die Unterstützung von interkulturell kompetenten Mitarbeitern abbauen und lernen, miteinander umzugehen.

Gerade in der Psychiatrie und Psychotherapie ist eine gute sprachliche Verständigung Voraussetzung für eine gute Diagnostik und Behandlung. Bereits für deutsche Patienten ist die Kommunikation in diesem Kontext mitunter schwierig. Dies gilt umso mehr für Migranten, wo neben dem Problem, eine gemeinsame Sprache zu finden noch die Gefahr kultureller Missverständnisse hinzukommt.

Die Entwicklung von solchen Konzepten und ihre wissenschaftliche Betreuung sind besonders wichtig. Daher führen wir seit einigen Jahren in Kooperation mit einigen Universitäten Studien zu kulturspezifischen Störungsbildern durch mit dem Ziel, effektive Behandlungsmodule zu entwickeln. Die Weiterentwicklung dieser und anderer Ansätze dienen u. a. einer Verbesserung der Versorgungsgestaltung von Migranten in Deutschland. Profitieren werden davon alle Beteiligten, die Patienten, die Behandler und die Versicherungen.

Literatur:

Machleidt, W. & Calliess, I. (2004). Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Migranten und transkulturelle Psychiatrie. In: M. Berger (Hg.), Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie (S. 1161-1183). München: Urban & Fischer.

Salman, R. (2001). Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Hannover: Psychiatrie-Verlag.

Schulte-Sasse, H. (2003). Was bedeutet Migration für die Gesundheit? In: Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin, Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Berlin und Bonn.

8.5. Stationär- psychiatrische Behandlung von Migranten und die Zusammenarbeit mit einweisenden Ärzten an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd

Eckhardt Koch, Marburg

I. Einleitung

Die Notwendigkeit der gesellschaftlichen Integration von Menschen mit Migrationshintergrund ist mittlerweile unumstritten. Damit rückt auch die Aufgabe des psychiatrischen Versorgungssystems, angemessene Zugangswege zu ermöglichen, zunehmend in den Blickpunkt der Gesundheitspolitik. Bereits vor mehr als zehn Jahren hatte Collatz (1995) mit Nachdruck auf dieses Problemfeld hingewiesen. Doch zunächst waren es Rehabilitationskliniken, die Ende der 90er Jahre spezielle Stationen mit muttersprachlichen Fachkräften aufbauten (Rodewig 2002). Kliniken der Regelversorgung sind bis auf wenige Ausnahmen bislang nicht auf Patienten mit Migrationshintergrund zugegangen und dementsprechend fehlen psychiatrische Versorgungskonzepte weitgehend.

Eine dieser Ausnahmen ist die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd, die sich seit 1992 vor allem für Migranten aus der Türkei öffnete (Koch 1997). In diesem Beitrag sollen Entwicklung und Arbeitsweise der Station für interkulturelle Psychiatrie sowie die Zusammenarbeit mit einweisenden Ärzten vorgestellt werden.

II. Der Beginn

Zunächst wurde eine Sprechstunde für türkische Patienten in der Institutsambulanz der Klinik eingeführt. Die Inanspruchnahme dieses Angebotes erhöhte sich stetig und wurde bald auch überregional, meist aus der Rhein-Main-Region, genutzt.

Tabelle 1: Inanspruchnahme der Sprechstunde für türkische Patienten in der Institutsambulanz der Klinik f. Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd

Jahr	1992	1995	1997	2001	2002	2005
Türkische Patienten	56	120	161	264	430	663

Ab 1993 wurde auch mit stationärer Behandlung türkischer Patienten auf einer 20-Betten-Station begonnen, seit 1994 werden dort Patienten deutscher und türkischer Herkunft gemeinsam behandelt. Dabei ist der Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund auf höchstens 40 %, d.h. acht Patienten begrenzt, um ein ausgewogenes Miteinander auf der Station zu ermöglichen. Bezüglich der ersten Erfahrungen sei auf frühere Publikationen verwiesen (Koch 1995; Steffen & Koch 1995; Koch 1997)

Auch die stationäre Behandlung von Migranten nahm von 0,3 % der belegten Betten 1992 auf mehr als 20 % im Jahre 2005 stetig zu. Die überregionale Nutzung – und damit der große Bedarf – wird dadurch belegt, dass 60 % der türkischen Patienten außerhalb des Einzugsgebietes der Klinik wohnen.

Tabelle 2.: Herkunftsregion der türkischen Patienten

1.	Landkreis Marburg Biedenkopf	40 %
2.	Rhein-Main-Region	30 %
3.	Lahn-Dill-Kreis (mit Gießen)	12 %
4.	Nordhessen (mit Kassel)	7 %
5.	Osthessen (mit Fulda)	6 %
6.	außerhalb Hessens	5 %

III. Das Behandlungskonzept

In der Mehrzahl werden Migranten der ersten Generation, vorrangig mit allgemeinen Erschöpfungs- und uncharakteristischen Schmerzzuständen, depressiven Entwicklungen und organbezogenen Symptomen stationär aufgenommen. Psychiatrisch-diagnostisch lassen sich die Beschwerdebilder nach ICD 10 meist den affektiven, seltener den somatoformen, dissoziativen und Anpassungsstörungen zuordnen. Dabei überwiegen Frauen mit ca. 60 % der Aufnahmen. Die körperlichen Beschwerden sind überwiegend als Ausdruck depressiver Erkrankungen zu verstehen (Kraus und Koch 2006). Die deutschen Patienten ähneln diagnostisch dieser Klientel, wobei dissoziative und somatoforme Störungen seltener vorkommen.

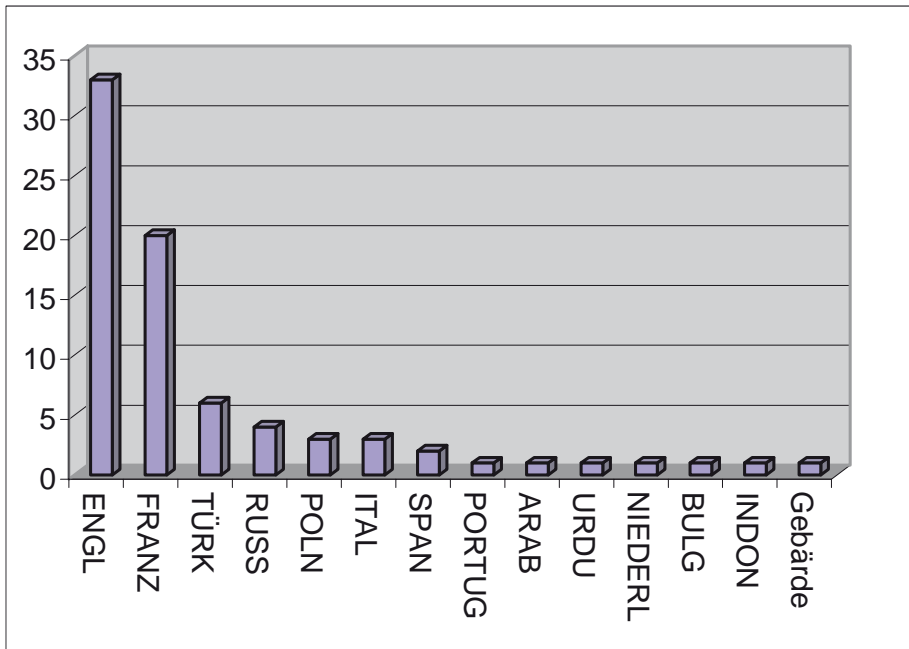
In der Ambulanz lassen sich drei Gruppen unterscheiden (Reihenfolge nach der Häufigkeit):

1. Arbeitsmigranten der ersten Generation
2. Heiratsmigranten, Flüchtlinge und Asylsuchende
3. In Deutschland Geborene der 2. u. 3. Generation.

Das Behandlungskonzept umfasst neben tiefenpsychologischer Orientierung der Gruppen- und Einzeltherapie auch verhaltenstherapeutische Ansätze sowie sozialpsychiatrische Vorgehensweisen. Das Behandlungsteam besteht in der Mehrzahl aus deutschen Mitarbeitern, die meist über langjährige Erfahrungen und vielfältige Kenntnisse des kulturellen Hintergrundes der Patienten verfügen. Aktuell stammen fünf Mitarbeiterinnen ursprünglich aus der Türkei und sind bilingual: zwei Krankenschwestern und drei Psychologinnen, von denen zwei in der Institutsambulanz tätig sind. Außerdem gehören drei psychiatrisch erfahrene und langfristig an der Klinik tätige Studenten als Sprach- und Kulturvermittler zum Team, die vor allem zu den Einzelgesprächen, die von den deutschen Therapeuten geführt werden, zugezogen werden.

Nur zwei Gruppenangebote richten sich ausschließlich an Patienten mit Migrationshintergrund. Die **themenzentrierte Gesprächsgruppe** wird von stationären und ambulanten Patienten gemeinsam besucht: Hier geht es um

Fremdsprachenkenntnisse der Mitarbeiter (N=42)



zentrale psychosoziale Themen wie Migration und Remigration, Religion, Erziehung, Besonderheiten türkischer und deutscher Kultur, Integrationsprobleme, Arbeitsplatzsituation, Generationskonflikte und den Lebensalltag in Deutschland. Die Gruppe wird von dem leitenden Arzt und der Sozialpädagogin der Station geführt, ein Mitglied des Pflegepersonals nimmt zusätzlich teil. Die Sprachvermittlung wird durch einen Dolmetscher gesichert, wobei Patienten mit guten Kenntnissen der deutschen Sprache ihre Wortbeiträge selber übersetzen.

Außerdem leitet die Sozialpädagogin eine **Gruppe zur Stärkung der Sozialkompetenz** in deutscher Sprache. Sprachunterricht in Deutsch sowie ein Gesprächskreis für türkische Literatur begleitend zum Therapieprogramm wurden wieder aufgegeben. Beide Angebote trafen nicht auf die erhoffte Resonanz. Sie wurden von den Patienten als „Arbeit“ angesehen und widersprachen dem Selbstverständnis, krank und schonungsbedürftig zu sein. Wie wichtig der Erwerb der deutschen Sprache ist, wird im Verlauf der Behandlung durch das Miteinander mit den deutschen Patienten und Personal deutlich. Wir verweisen regelmäßig auf entsprechende Kursangebote in der Region der Patienten.

Alle weiteren Therapiebausteine gelten gemeinsam für deutsche und türkische Patienten.

1. Gesundheitsaufklärung in der Gruppe: Hier werden Informationen über verschiedene Krankheitsbilder und Ansatzpunkte für ein psychosomatisches Krankheitsverständnis vermittelt. Die therapeutische Haltung ist

von einem respektvollen Verständnis für traditionelle Krankheitskonzepte geprägt.

2. Frauengruppe: Häufige Themen sind die Frauenrolle in Familie und Beruf sowie Fragen der Sexualität. Immer wieder werden die Bedingungen der Frauen in der deutschen und der türkischen Kultur verglichen. Von türkischen Frauen wird zunächst Neid über die vermeintliche Freiheit der deutschen Frauen geäußert, die sich aber z. B. in Dörfern des sog. „Hinterlandes“ weniger freizügig gestaltet, als von den Türkinnen vermutet. Deutsche Frauen hingegen sehnen sich nach dem engen Familienzusammenhalt der Türkinnen. Letztlich werden mehr Gemeinsamkeiten als Trennendes gefunden – sicher auch ein Beitrag zu Integration und gegenseitigem Verständnis.
3. Sozialtherapie und Beratung: Die Einzelgespräche dienen der Fokussierung und der Klärung von außermedizinischen individuellen Konfliktsituationen. Dabei handelt es sich bei den türkischen Patienten häufig um Arbeitsplatzprobleme oder Schwierigkeiten mit dem Ausländerrecht. Generell ist das Wissen um rechtliche Hintergründe für die unterschiedlichen Konfliktfelder gering.
4. Medikamentengruppe: Hier werden, bei anfangs meist überhöhten Erwartungen an die Wirksamkeit von Medikamenten, Informationen über Nutzen und Nebenwirkungen von Psychopharmaka vermittelt und Grundlagen für eine bessere Compliance gelegt. Dabei ist das bei Therapiebeginn vorhandene Wissen bei türkischen Patienten in der Regel deutlich geringer als bei den deutschen Patienten.
5. Gruppensitzungen (2mal wöchentlich) zum Erlernen einer Entspannungsmethode (progressive Muskelrelaxation nach Jacobson) fördern die Sensibilität für Körperwahrnehmung als Grundlage psychosomatischen Verständnisses.
6. Bei allen weiteren Therapieangeboten wie Ergo-, Körper- und Musiktherapie wird einmal wöchentlich ein Dolmetscher der türkischen Sprache zugezogen, um Verständigungsprobleme zu minimieren.

Alle Therapiebausteine zusammengenommen fördern die Introspektion in Wechselwirkungen von Krankheitssymptomen mit psychosozialen Belastungen. So kann die zunächst bei den Patienten bestehende passive Haltung mit überhöhten und unrealistischen Erwartungen an die Behandlung verändert werden.

Die erste Phase der Behandlung ist von Interesse an der Lebensgeschichte und Respekt vor der Lebensleistung der Patienten geprägt. Erst auf der Basis des so geförderten Vertrauens können dann auch psychosoziale Belastungen thematisiert werden.

Wichtig sind auch Familiengespräche, die mindestens ein- bis zweimal während der stationären Behandlung angestrebt werden. Vor allem das Pflegepersonal hat bei den häufigen Verwandtenbesuchen an den Wochenenden intensiven Kontakt zu den Angehörigen und bringt seine Beobachtungen in die regelmäßigen Teambesprechungen ein.

IV. Zusammenarbeit mit den einweisenden Ärzten

Die Ergebnisse einer **katamnestischen Untersuchung** im Anschluß an eine prospektive Studie zur Prüfung des Therapieerfolges (Strate 1999) ca. drei Jahre nach Entlassung aus der stationären Behandlung zeigen, dass verringerte Medikation, weniger Facharzt- und Notarztkonsultationen die Krankenkassen entlasten. Auch wurde die Beziehung zwischen Hausarzt und Patienten gestärkt. Das Interesse an Informationen über kulturspezifische Hintergründe der Erkrankung fördert kulturelle Sensibilität der Weiterbehandler und kommt auch anderen Patienten zugute.

Unsere Befragung bestätigt, dass die Bedeutung des Austauschs zwischen Klinik und einweisenden Ärzten bislang deutlich unterschätzt wurde (Spießl & Cording, 2000).

Zur besseren Abstimmung zwischen Erwartungen und Behandlungszielen seitens der einweisenden Ärzte und der Klinik wurde ein **Fragebogen an die einweisenden Ärzte** entwickelt, der bereits vor einem obligaten ambulanten Vorgespräch an die Untersucher verschickt wird. Dieses Instrument fragt nach Erwartungen der einweisenden Ärzte an die Behandlung, Aspekten der Arzt-Patient-Beziehung sowie möglichen psychosozialen Konflikten:

Seit Herbst 2001 werden diese Bögen verschickt und laufend ausgewertet. Die bisherigen Ergebnisse beziehen sich auf 273 Patienten. Ende 2006 werden Daten von insgesamt fünf Jahren vorliegen, die zusätzlich die Ergebnisse der ambulanten Untersuchung wie auch der stationären Behandlungen – falls erfolgt – dokumentieren.

Es überweisen mehr Allgemeinärzte und Internisten (60 %) als Psychiater und Psychotherapeuten (40 %). Dabei beträgt der Anteil der Ärzte, die selber türkisch sprechen und ursprünglich aus dem türkischen Kulturkreis stammen, ca. 15 %. Mehr als die Hälfte der einweisenden Nervenärzte und knapp die Hälfte der Hausärzte sind an telefonischem Kontakt während der stationären Behandlung interessiert. Die positive Kooperation wird außerdem durch die Zusendung von Befunden und Arztberichten deutlich. Die Sichtung dieser Befunde erspart kostspielige Doppeluntersuchungen.

Die für eine psychiatrische Klinik hohe Zahl einweisender Hausärzte bringen wir mit den vielfältigen Körperklagen der Klientel in Verbindung. Insbesondere sind meist multilokuläre Schmerzen zu Beginn der Behandlung Leitsymptom der Beschwerden. Psychiater überweisen nach kürzerer ambulanter Behandlung als Allgemeinärzte.

Regelmäßige Kooperationspartner überweisen zunehmend früher, was Chronifizierung vermindert.

Die **medikamentöse Behandlung** wird von Psychiatern im Vergleich zu Allgemeinärzten häufiger mit Antidepressiva (60 vs. 28 %) und Neuroleptika (14 vs. 9 %) durchgeführt, von Allgemeinärzten hingegen werden Analgetika (20 vs. 6 %) und Tranquillizer (13 vs. 7 %) häufiger eingesetzt. Internistische Begleitmedikation verordneten 35 % der Haus- und 10 % der Nervenärzte.

Beim ambulanten Klärungsgespräch, zu dem die Patienten ihre Medikamente mitbringen sollten, waren die Angaben zum Medikamentenkonsum jedoch deutlich höher. Bis zu 15 verschiedene Medikamente wurden glaubhaft regelmäßig eingenommen. Die meist in Plastiktüten mitgeführten Schachteln gaben Hinweise auf häufigen Präparatewechsel wie auch schlechte Compliance bezüglich der Einnahme. Nicht selten waren die Schachteln kaum angerührt und bereits nach einmaliger Einnahme wurde die verordnete Medikation von den Patienten wegen „Unverträglichkeit“ ohne Rücksprache mit dem Behandler abgesetzt.

14 % der Patienten gaben bei der ambulanten Untersuchung an, regelmäßig vier verschiedene Medikamente einzunehmen (gegenüber 7 % nach den Fragebögen). Diese Diskrepanz nahm dann noch weiter zu: bei fünf Medikamenten betrug sie 8 vs. 1,4 %, bei sechs 5 vs. 0,4 %.

Es ist zu vermuten, dass mehrere behandelnde Ärzte ohne Wissen voneinander Medikamente verordnet hatten.

Nach stationärer Behandlung hatte der Medikamentenkonsum deutlich abgenommen. So wurden Analgetika (bis auf drei Ausnahmen) grundsätzlich abgesetzt. Auch verringerte sich die Anzahl der verordneten Präparate, wobei die internistische Medikation überwiegend fortgeführt wurde. Monotherapien mit Psychopharmaka nahmen deutlich zu.

Bezüglich der **sprachlichen Verständigung** werden (von den türkischsprachigen Ärzten abgesehen) nur in weniger als 20 % „keine Probleme“ angegeben. In der Mehrzahl handelt es sich dann um jüngere Patienten, die in Deutschland aufgewachsen sind. Das bestätigt die Erwartung von Kommunikationseinschränkungen in deutscher Sprache bei der Klientel der ersten Migrantengeneration.

In den Praxen der deutschen Ärzte wird die sprachliche Verständigung in 30 % über Familienangehörige oder türkischsprachige Arzthelferinnen (7,5 %) vermittelt. Professionelle Dolmetscher werden nach wie vor von den Krankenkassen nicht finanziert und wurden nur in 3 % der Fälle (meist in vorbehandelnden Kliniken) eingesetzt.

Bei 57 Einweisern war die ambulante Behandlung durch „wenig sprachlichen Kontakt“ geprägt, das entspricht bei 225 ausgewerteten Bögen 25 % der Behandlungen.

Hier zeigt sich ein generelles und außerdem für das Gesundheitswesen teures Problem: bei ca. 55 % der ambulanten Behandlungen konnten allein aufgrund mangelnder sprachlicher Verständigung (wenig sprachlicher Kontakt sowie Familienangehörige als Dolmetscher) keine optimalen Therapiestrategien entwickelt und die Ressourcen der Patienten nicht ausreichend genutzt werden. Vergleichbare Ergebnisse fand auch Brucks (2002).

IV.1. Alternativen zur stationären Behandlung

Nach der Auswertung der ersten 273 Patienten wurde knapp die Hälfte (135 Pat.) auch stationär behandelt. Spätere Zwischenauswertungen zeigen, dass weniger als 40 % der vorgestellten Patienten in stationäre Behandlung über-

nommen werden. Nach den Erfahrungen der Pilotstudie (Strate 1999) wurden vor allem Patienten mit laufenden Rentenverfahren mehrheitlich in dafür spezialisierte Rehakliniken verwiesen. Nach 111 Vorgesprächen wurde eine stationär-psychiatrische Behandlung nicht für erforderlich gehalten. Den Patienten und den zuweisenden Ärzten wurden aber konkrete Behandlungsvorschläge unterbreitet:

Tabelle 3: Behandlungsvorschlag III bei fehlender Indikation für stationär-psychiatrische Behandlung

	N	%
Rehabilitationsklinik	29	26,1
muttersprachliche ambulante Therapie	14	12,6
Nutzung komplementärer Einrichtungen	36	32,4
Eigene Ambulanz	32	28,9
Gesamt	111	100,0

Die geringe Zahl der Empfehlung ambulanter muttersprachlicher Therapie erklärt sich aus der unzureichenden Zahl niedergelassener bilingualer Psychotherapeuten. In Frankfurt z.B. bestehen Wartelisten bis zu zwei Jahren – ein Zustand, der keine ausreichende und vor allem zeitnahe Behandlung ermöglicht und Chronifizierung begünstigt.

IV.2. Kulturelle und migrationspezifische Einflussgrößen

In den Arztbriefen nach ambulanter Untersuchung wurden den einweisenden Ärzten Überlegungen der Klinik mitgeteilt, inwieweit kulturelle und migrations-spezifische Einflussfaktoren das Krankheitsgeschehen beeinflussen könnten. Es wurden folgende Kategorien gebildet:

1. Verständigungerschwernisse

Hierunter werden neben Problemen der sprachlichen Verständigung auch traditionelles Krankheitsverständnis und kulturtypische Symptompräsentation wie auch kulturell geprägte Erwartungen an Ärzte und Institutionen verstanden, die Missverständnisse auslösen können.

2. Familienunstimmigkeiten

Im traditionellen Kontext der ländlichen Türkei wird die Familie durch das Familienoberhaupt, in der Regel das älteste männliche Familienmitglied, nach außen repräsentiert. Das Familienoberhaupt ist für den guten Ruf der Familie und das Einhalten von Normen und Regeln verantwortlich. Der Mutter oder Großmutter werden in diesem Familienkontext ebenfalls besondere Aufgaben zugeschrieben. Sie sind für Ausgleich zwischen den Generationen wie auch

die Kindererziehung verantwortlich. Beispiele für Familienunstimmigkeiten können z. B. die Ablehnung eines Ehepartners durch die Familie sein. Auch Ehekonflikte aufgrund des in der Migration veränderten Rollenverständnisses von Mann und Frau sind hier zu nennen, ebenso wie Konflikte zwischen (traditionell orientierten) Eltern und (westlich orientierten) Kindern.

3. Schwierige Migrationsgeschichte

Diese Kategorie umfasst Bedingungen, die das übliche Maß an Belastung, das durch Migration entstehen kann, überschreitet, wie z. B. beim sog. „Pendeln“ in der Kindheit mit häufigem Wechsel der Bezugspersonen und des Lebensmittelpunktes bis hin zu mehrjähriger Trennung der Kinder von den Eltern bei zwischenzeitlicher Rückkehr in die Türkei. Auch Vertreibung und Flucht sind als schwierige Migration anzusehen.

4. Statusverlust

Hier geht es um Beschädigung der traditionellen Führungsrolle des (Ehe)mannes (siehe auch zu 2.). Zu nennen wären Ehekonflikte, sexuelle Funktionsstörungen, Gewalt gegen die Ehefrau, Verlust des Arbeitsplatzes, langjährige Krankheit oder Mobbing am Arbeitsplatz oder das Scheitern von traditionellen Konzepten des Familienoberhauptes gegenüber der Restfamilie, insbesondere den Kindern.

Weiterhin können Schwierigkeiten geschiedener oder verwitweter Frauen, die häufig in der türkischen Community unter Akzeptanzproblemen leiden, aber auch Probleme bei der Erziehung der Kinder, fehlende Möglichkeiten der Unterstützung der Kinder in der Schule wie auch bei der Vermittlung kultureller Werte genannt werden.

5. Schambehaftete Themen

Hier können Folter, sexuelle Traumatisierung, sexueller Missbrauch oder sexuelle Belästigung, aber auch sexuelle Funktionsstörungen zusammengefasst werden.

6. Schuldbehaftete Themen

Mögliche Hintergründe sind das zumindest vorübergehende Zurücklassen der Kinder in der Türkei. Aber auch die Trennung von den Eltern oder Tod der Eltern in Abwesenheit der Patienten gehören zu diesen Themen. Auch Erziehungsprobleme mit negativen Folgen wie Drogenkonsum oder Delinquenz von Kindern können schuldhaft verarbeitet werden.

7. Heiratsmigration

Frauen, insbesondere junge Frauen, haben häufig in einer kulturell fremden Umgebung ohne Schutz der in der Türkei zurückgebliebenen Primärfamilie einen schweren Stand, z. B. der Schwiegermutter gegenüber.

Männer können bei fehlender Kompetenz für die deutschen Verhältnisse die nahtlose Übernahme der traditionellen Führungsrolle meist nicht leisten. Dies wird häufig noch erschwert durch Arbeitslosigkeit und geringe Kenntnisse der deutschen Sprache.

8. Innere Bezogenheit auf die Heimat

Hier geht es z. B. um Wünsche nach Remigration, aber auch innere Bindungen an die Heimat und die Ursprungsfamilie, die Integration und Ausrichtung auf das Leben in Deutschland in stärkerem Maß beeinträchtigen.

9. Erlebte Diskriminierung

Das Gefühl, aufgrund von Herkunft und/oder Religion benachteiligt zu werden, wird mit dieser Kategorie erfasst. Dazu gehören auch eigene Erfahrungen mit Ausländerfeindlichkeit sowie Arbeitslosigkeit und die damit verbundene Gratifikationskrise, weiterhin intransparentes Verhalten deutscher Behörden und Dienststellen bei Renten- und Asylverfahren.

Allen genannten Kategorien ist gemeinsam, dass sie den Verlust sozialer Ressourcen begünstigen. Das Ansehen in der türkischen Community wird geschmälert und freundschaftliche und nachbarschaftliche Beziehungen leiden bis hin zur sozialen Isolierung.

Tabelle 4: Migrationsbedingte Belastungsfaktoren (N=64)

1.	Statusverlust	62 %
2.	Verständigungserschwernisse	53 %
3.	Familienunstimmigkeiten	51 %
4.	Schwierige Migrationsgeschichte	39 %
5.	Schambehaftete Themen	23 %
6.	Schuldbehaftete Themen	17 %
7.	Heiratsmigration	17 %
8.	Innere Bezogenheit auf die Heimat	7 %
9.	Erlebte Diskriminierung	3 %

Eine erste Auswertung macht deutlich, dass insbesondere Statusverlust, Verständigungserschwernisse und Familienunstimmigkeiten die Matrix der psychischen Störung darstellen. Dass Heiratsmigration doch recht häufig den Hintergrund psychiatrischer Erkrankung darstellt, verwundert nicht, da in diesen Ehen oft unterschiedlichste Erfahrungen und Wertewelten aufeinander prallen und Copingstrategien meist fehlen.

Die Thematisierung dieser mit der Migration zusammenhängenden Belastungsfaktoren zeigt das Interesse des Behandlers und stärkt somit die Arzt-Patient-Beziehung. Eine **Kasuistik** soll verdeutlichen, wie diese Kategorien den Blick für Anamnese und psychosoziale Situation der Patienten schärfen und therapeutisch genutzt werden können:

Frau X, 52 Jahre

Auswertung des Fragebogens: Frau X. befindet sich seit vier Wochen in Behandlung des überweisenden Arztes: Er hält die Patientin mit der Organisation ihres Lebens für überfordert, „sie zieht das Unglück an“. Es wird eine depressive Anpassungsstörung diagnostiziert.

Durch die stationäre Behandlung soll die Hilf- und Ratlosigkeit von Frau X überwunden und Suizidalität verhindert werden. An psychosozialen Problemen wird Mobbing am Arbeitsplatz beschrieben.

Bei der **ambulanten Untersuchung** äußerte Frau X. dann folgende Beschwerden: Seit der Scheidung ihrer 30-jährigen Ehe vor vier Jahren besteht psychische Labilität mit Neigung zu vegetativen Krisen, Schmerzen am ganzen Körper und depressiven Grübeleien. Früher traten bereits depressive Verstimmungen auf.

Den gewalttätigen Ehemann zeigte Frau X gegen den Willen der Familie offiziell an und fühlt sich aktuell gekränkt und erniedrigt, da ihr Mann in der türkischen Gemeinde öffentliche Vergleiche zwischen ihr und seiner neuen Partnerin anstellt. Ein Sohn ist drogenabhängig. Ihre Tochter dekompenzierte im Zusammenhang mit der Scheidung der Eltern und musste stationär psychiatrisch behandelt werden.

Zur Biographie: Frau X stammt aus der Schwarzmeerregion. Ihr Vater war im Bergbau tätig. Die Eltern trennten sich in ihrem dritten Lebensjahr und sie wuchs die nächsten acht Jahre beim Großvater auf. Ab dem 11. Lebensjahr kam sie dann zu ihrer Stiefmutter, von der sie schlecht behandelt wurde. Ihre leibliche Mutter sah sie erstmals im Alter von 12 Jahren wieder. 14-jährig wurde sie traditionell mit einem acht Jahre älteren Mann verheiratet und folgte ihm vier Jahre nach der Hochzeit nach Deutschland. Sei hat zwei Söhne und eine Tochter, arbeitet in einer Reinigungsfirma. Nach der Scheidung isolierte sie sich zunehmend, da schlecht über sie geredet wurde. Probleme am Arbeitsplatz führten zu weiterem sozialem Rückzug.

Es wurde die **Diagnose** einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom vor dem Hintergrund massiver psychosozialer Problematik gestellt und eine stationäre Behandlung in unserer Klinik vereinbart.

Kulturelle und psychodynamische Hinweise: Die psychosozialen Konflikte konnten folgenden Problemfeldern zugeordnet werden: Familienunstimmigkeiten, Statusverlust der Frau sowie scham- und schuldbehaftete Themen.

Die **stationäre Therapie** dauerte viereinhalb Wochen. Im Vordergrund standen zunächst weiterhin Schmerzen und Schlafstörungen, auch wurden Suizidgedanken geäußert. Frau X. war zunächst sehr zurückgezogen. Es kam dann im weiteren Verlauf zu besserer Integration auf der Station. Die Arbeitsplatzsituation konnte durch unsere Sozialarbeiterin geklärt werden und die genannten Problemfelder konnten in Einzel- und Gruppengesprächen thematisiert werden. Gegen Ende der Behandlung war Frau X. wieder zukunftsorientiert, wirkte lebendiger, hatte lebhaft soziale Kontakte entwickelt und konnte über Schuld- und Schamgefühle auch mit ihren Mitpatienten reden.

Wir sahen, dass der Verlust der inneren Bezüge zur Heimat wie auch zu Deutschland – nach den Problemen am Arbeitsplatz mit deutschen Kollegen – die depressive Entwicklung gefördert hatten. Durch Fokussierung auf die migrationsbedingten Belastungen fühlte sich Frau X zunächst verstanden und dann auch entlastet. Sie war schließlich in der Lage, wieder soziale Kontakte aufzubauen. Für die ambulante Weiterbehandlung konnten wichtige Themenfelder benannt werden.

Das Fallbeispiel zeigt die therapeutische Bedeutung der kulturellen und migrationsspezifischen Zusammenhänge (Erim & Senf 2002, Krieg et al. 2003). Das Aufgreifen unserer Kategorien in therapeutischen Einzel- und Gruppensitzungen ermöglicht einen Brückenschlag zwischen alltagsweltlichem Verständnis von Krankheitsgenese und medizinischem Krankheitskonzept für Patienten und Therapeuten. Das Weiterführen dieser Themen nach der Entlassung stärkt außerdem die ambulante Weiterbehandlung und wirkt der häufigen Medikalisierung psychosozialer Probleme entgegen. Den Fokus von psychosozialen Konflikten in Verbindung mit kulturellen Besonderheiten zu erkennen ebnet darüber hinaus den Weg für Prophylaxe und Stärkung der Ressourcen.

In einem aktuell durchgeführten Projekt wird in einer Nachuntersuchung drei Monate nach der Entlassung aus der stationären Behandlung überprüft, inwieweit vereinbarte Therapieziele auch im ambulanten Kontext weiter verfolgt wurden. Es wird anhand dreier Messzeitpunkte (stationäre Aufnahme, Entlassung und Nachgespräch) untersucht, ob durch diese Maßnahme Motivation und Zukunftsorientierung der Patienten gestärkt werden kann. Ergänzt wird die Nachuntersuchung durch ein strukturiertes Telefoninterview mit dem ambulanten Behandler, das diesen auch stärker in den während der stationären Behandlung begonnenen Therapieprozeß einbindet.

V. Zusammenfassung

Die Katamnesen und neuerdings die Befragung der einweisenden Ärzte vor der Aufnahme der Patienten zur stationären Psychotherapie haben bewusst gemacht, dass die Station Glied einer Therapiekette ist, was zuvor nicht ausreichend beachtet wurde.

Die umfassende Auswertung der Ergebnisse der stationären Behandlung sowie katamnestische Angaben über den weiteren Verlauf werden 2007 zur Verfügung stehen. Es ist vorgesehen, den Erfolg der stationären Behandlung daran zu messen, inwieweit individuell erarbeitete Therapieziele von den Patienten auch umgesetzt werden konnten.

Die ersten Erfahrungen gehen dahin, dass die Informationssammlung vor der Aufnahme den Zugang der Patienten zur stationären Therapie verbessert und die Formulierung konkreter Therapieziele erleichtert. Dadurch wird die stärkere Individualisierung der Therapiepläne unterstützt. Außerdem kann im Abschlussbericht detaillierter auf die Fragestellung des Einweisers mit entsprechenden Empfehlungen eingegangen werden.

Die hohe Zahl chronifizierter Krankheitsverläufe dürfte in engem Zusammenhang mit der eingeschränkten sprachlichen Kommunikation sowie mit den von den Einweisern nur schwer zu beurteilenden kulturellen und familiären Hintergründen stehen. Die ambulanten Voruntersuchungen in der Ambulanz der Klinik haben deutlich gemacht, dass nur in weniger als 40 % aller Fälle eine Indikation zur stationär-psychiatrischen Behandlung in Marburg gesehen wurde. Problematisch für eine angemessene gemeindenahе ambulante Behandlung ist die unzureichende Zahl türkischsprachiger Psychotherapeuten in allen Regionen, aus denen die Patienten nach Marburg geschickt wurden.

VI. Abschließende Überlegungen

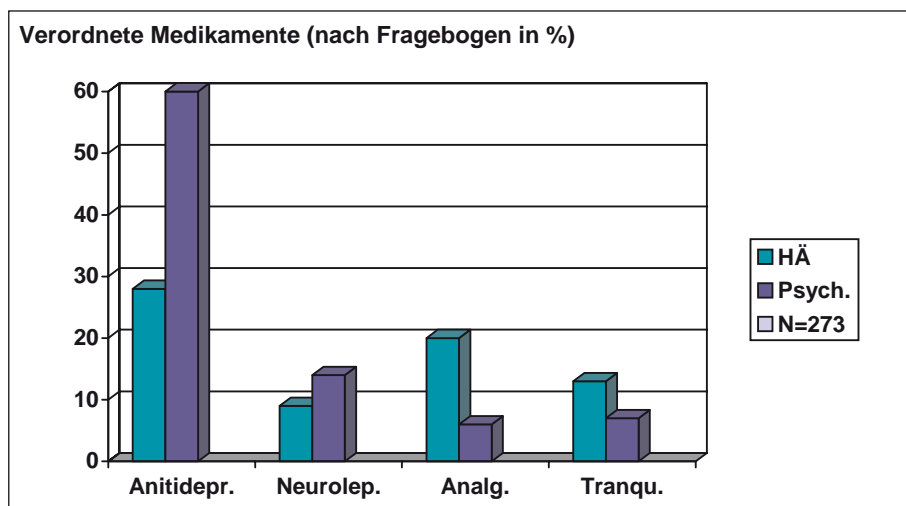
In Marburg wurde das Behandlungsangebot der Klinik für die Bedürfnisse von Patienten mit Migrationshintergrund (bislang überwiegend türkischer Herkunft) modifiziert. Angeregt durch eigene Begleitforschung und zunehmende klinische Erfahrung wurde das Therapiekonzept stetig verändert. Die Kommunikation mit den einweisenden Ärzten wird intensiv verbessert. Die Klinik berücksichtigt als ein Glied der Therapiekette stärker die Bedürfnisse und Bedingungen der Vor- und Nachbehandlung (Brucks & Wahl 2003). Sicher gibt es unterschiedliche Wege, interkulturelle Kompetenz in Institutionen zu etablieren (Oesterreich 2001). Das in Marburg entwickelte Behandlungsetting bietet spezielle Vorteile:

Durch den Stationsalltag und die gemeinsamen Therapiesitzungen von deutschen und türkischen Patienten ergeben sich vielfältige Berührungspunkte und gegenseitiger Austausch. Dabei sind die Patienten mit Migrationshintergrund nicht isoliert, sondern bilden eine eigene Gruppe von bis zu acht Patienten. Das eröffnet auf der Basis eines „Heimatgefühls“ die Möglichkeit, gemeinsame Erfahrungen mit dem Leben in Deutschland auszutauschen und Veränderungsprozesse in Gang zu setzen. Dabei wird Integration nicht nur für die aus der Türkei stammenden Patienten gefördert. Ein positiver Effekt für die Mitarbeiter der Klinik ist evident: Sie werden mit den besonderen Lebensumständen und Verhaltensweisen unserer Patienten mit Migrationshintergrund vertrauter und interkulturelle Kompetenz wächst in allen Bereichen unserer Institution.

Die vielmals lange Zeitspanne bis zum Aufsuchen psychiatrischer Angebote fördert nach unseren Eindrücken Chronifizierung und damit unnötige Behandlungskosten auf der einen und das Leid der Patienten auf der anderen Seite. Interkulturelle Sensibilität im Gesundheitswesen ist somit bei einem Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland, der 2005 19 % betrug (mit steigender Tendenz) kein übertriebener Luxus, sondern Notwendigkeit.

Die positiven Erfahrungen der Station für interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie führten zu Überlegungen, das Profil aller Abteilungen der Klinik für interkulturelle Behandlung zu erweitern. Das erfordert, auch andere Migrantengruppen stärker wahrzunehmen. Die kürzlich erfolgte Umfrage der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz

psychiatrischer Krankenhäuser (Koch et. al. 2004) hat nachdrücklich auf die zunehmende Inanspruchnahme stationärer Versorgung durch Patienten mit Migrationshintergrund hingewiesen. Dabei gilt es, die in den Institutionen bereits vorhandenen Ressourcen an qualifizierten Mitarbeitern auch zu nutzen. Abb. 2 zeigt das Potential von Fremdsprachen- und kulturellen Kenntnissen der Mitarbeiter der Marburger Klinik, die in einer internen Umfrage ermittelt wurden.



Es gilt nun in einem nächsten Schritt, Konzepte umzusetzen, die dieses Potential auch nutzen. Dabei sind folgende Möglichkeiten denkbar:

- Mitarbeiter aus verschiedenen Kulturen einstellen
- Arbeit mit qualifizierten Dolmetschern (besser: Sprach- und Kulturvermittlern)
- Einsatz muttersprachlicher Fachkräfte stationsübergreifend für individuelle Behandlungen
- Gruppenangebote stationsübergreifend (z. B. Gesprächsgruppe für Migranten, Sprachunterricht)
- „Transkulturelles Konsil“ durch erfahrene Mitarbeiter
- Zusammenarbeit mit Migranten-Beratungsstellen der Region
- Spezialisierte Stationen mit integrativem Konzept (wie hier vorgestellt)
- Fortbildung (Marburger Gespräche zur Transkulturellen Psychiatrie, Curricula zur interkulturellen Kompetenz)
- Supervision und Balintarbeit mit Fokus für interkulturelle Fragen
- Kooperation mit ambulanten Behandlern

Grundlage für eine angemessene Behandlung ist neben der fachlichen Kompetenz Interesse und Wertschätzung. Das Gespräch über Herkunft, Migration und Erfahrungen in Deutschland ist eine Bereicherung für Patienten und Behandler.

Verwendete Literatur:

- Brucks, U. (2002) Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein aus der Sicht der Ärztinnen und Ärzte. In: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 5, 55, 51-55
- Brucks U. & Wahl, W.-B. (2003) Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten. In: Borde, T. & David, M.: Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse, Frankfurt, S. 15-34
- Collatz, J.: Auf dem Weg in das Jahrhundert der Migration. Auswirkungen der Migrationbewegungen auf den Bedarf an psychosozialer und sozialpsychiatrischer Versorgung. In: Koch, E., Özek, M. u. Pfeiffer, W.M. (Hrsg.): Psychologie und Pathologie der Migration. Lambertus, Freiburg 1995, S. 31-45
- Erim, E. & Senf, W. (2002) Psychotherapie mit Migranten. Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie. In: Psychotherapeut 47,; 336-346
- Koch, E. (1995) Erfahrungen aus der psychiatrischen Arbeit mit türkischen Patienten. In: Kiesel, D., Kriechhammer-Yagmur, S. & v.Lüpke, H. (Hrsg.) Bittersüße Herkunft. Frankfurt: Haag und Herchen.
- Koch, E. (1997) Migranten türkischer Herkunft am Psychiatrischen Krankenhaus Marburg – eine Institution öffnet sich für Arbeit mit Ausländern. In: Curare 20;1: 65-74
- Koch, E. (1999) Anamneseleitfaden für Minoritäten in Sozialgerichtsverfahren am Beispiel türkischstämmiger Probanden. In: Collatz, J., Hackhausen, W. & Salman, R. (Hrsg.): Begutachtung im interkulturellen Feld. VWB, Berlin, 189-207
- Koch, E., Brucks, U. & Strate, P. (2002) Stationäre Psychotherapie – zur Methodik einer kontinuierlichen Selbstüberprüfung des Therapiekonzeptes. In: Mattke, D., Hertel, G., Büsing, S. & Schreiber-Willnow, K.: Störungsspezifische Konzepte und Behandlung in der Psychosomatik. Frankfurt: VAS
- Koch, E., Hartkamp, N., Schepker, R., Schouler-Ocak, M. & Wolfersdorf, M. (2004) Patienten mit Migrationshintergrund in Psychiatrischen Kliniken – eine Umfrage der Arbeitsgruppe Psychiatrie und Migration der Bundesdirektorenkonferenz. In: Nervenarzt, Bd. 75, Supplement 2, S 357
- Kraus, M. & Koch, E. (2006): „Hintergründe und Zusammenhänge – Kultur“. In: Stoppe, Bramesfeld, Schwarz (Hg): Volkskrankheit Depression“, Heidelberg, Springer Medizin Verlag, 139-162
- Krieg, S., Penka, S., Wohlfart, E. & Heinz, A. (2003) Körperbilder und Ess-Störungen türkischer Migrantinnen. In: psychomed 15/2, 80-84
- Oestereich, C. (2001) Interkulturelle Psychotherapie in der Psychiatrie. Eine professionelle Herausforderung. In: Hegemann, Th. u. Salman, R. (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn, Psychiatrie Verlag, 152-165
- Rodewig, K. (2002) Psychosomatische Rehabilitation türkeistämmiger Migranten. In: Dettmers, Ch., Albrecht, N.-J. & Weiller, C.: Gesundheit, Migration, Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde. Bad Honnef, Hippocampus, 204-217
- Spießl, H. & Cording, C (2000) Zusammenarbeit niedergelassener Allgemeinärzte und Nervenärzte mit der psychiatrischen Klinik. In: Fortschr Neurol Psychiat 68: 206-215.
- Steffen, K. & Koch, E. (1995) Modell stationärer Versorgung von türkischen Patienten in einem Psychiatrischen Krankenhaus. In: Koch, E., Özek, M. & Pfeiffer, W.M. (Hrsg): Psychologie und Pathologie der Migration (S. 194-198). Freiburg: Lambertus.
- Strate, P. (1999) Pilotstudie zur Evaluation psychiatrischer Versorgung von türkischen Schmerzpatienten am Zentrum für Soziale Psychiatrie Marburg-Süd. Wissenschaft in Dissertationen, Bd. 461. Marburg: Görlich und Weiershäuser.
- Strate, P. & Koch, E. (2000) Pilotstudie zur Evaluation psychiatrischer Versorgung von Schmerzpatienten türkischer Herkunft. In: Koch, E. Schepker, R. & Taneli, S.: Psychosoziale Versorgung in der Migrationgesellschaft (S. 211-227). Freiburg: Lambertus

9. Sozialräumliche Bedingungen

9.1. Verbesserung der gesundheitlichen Prävention bei Kindern mit Migrationshintergrund – Konzepte des Gesundheitsamtes Stade

Gerhard Pallasch, Christine Hartwig, Johannes Gnegel

Übersicht

Das Gesundheitsamt des Landkreises Stade ist für ca. 200.000 Einwohner zuständig, die auf einer Fläche von etwa 1.300 qkm leben. Seit 1997 ist im Kinder- und jugendärztlichen Dienst eine Kinderärztin tätig, zu deren Aufgabenbereich die Durchführung von Einschulungsuntersuchungen gehört. Diese werden mit dem Programm SOPHIA (Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgaben) ausgeführt und die Daten kleinräumig ausgewertet. Ziel der Auswertungen ist zu erkennen, wo Interventionen des Gesundheitsamtes notwendig sind, um die Gesundheit von Kindern zu schützen.

Impfungen gehören zu den wirksamsten Präventionsmaßnahmen. In Deutschland wird eine Vielzahl von Impfungen aufgrund öffentlicher Empfehlung der zuständigen Landesministerien kostenfrei angeboten. Trotzdem wird dieses Präventionsangebot nicht von allen Bevölkerungsgruppen in vollem Umfang wahrgenommen. Dies trifft besonders für sozial benachteiligte Gruppen oder Menschen mit Migrationshintergrund zu.

Zu den Erkrankungen, die durch Impfungen verhindert werden können, zählen auch die Masern. Deshalb hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Ziel formuliert, diese komplikationsträchtige Erkrankung bis zu Jahr 2010 weltweit auszurotten. Die Gabe von zwei Impfdosen wird durch die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen, um Kinder zuverlässig vor Masernerkrankungen zu schützen. Bei mangelndem Impfschutz kommt es immer wieder zu Ausbrüchen dieser Erkrankung, wie 2006 in Nordrhein-Westfalen (NRW). Dabei können die ermittelten Impfraten – wie am Beispiel NRW zu sehen – durchaus im Bundesdurchschnitt liegen (93,8 % Masern-Erstimpfung, 67 % Zweitimpfung). Der bestimmende Faktor für die Morbidität von Masern ist die örtliche Impfrate. Entscheidend für die Möglichkeit von Ausbrüchen sind dabei unterdurchschnittliche Impfraten in Teilpopulationen, die zu einer Viruszirkulation unter ungeimpften Personen vor allem in Gemeinschaftseinrichtungen führen kann. Diese Situation besteht im Landkreis Stade bei Kindern mit Migrationshintergrund.

Neben den Daten der Schuleingangsuntersuchungen werden auch die Ergebnisse der Reihenuntersuchungen des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes kleinräumig ausgewertet, um Aussagen über die Zahngesundheit zu gewinnen. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen fallen je nach sozialer

und ethnischer Herkunft der Kinder sehr unterschiedlich aus, so dass auch in diesem Fachgebiet Handlungsbedarf bei der gleichen Zielgruppe besteht.

Wesentliche Aspekte der Projekte

Um Chancengleichheit für die gesunde Entwicklung bei Kindern mit Migrationshintergrund zu erreichen, haben wir zwei Impfprojekte und ein zahnärztliches Projekt entwickelt.

Die Impfprojekte:

Die Daten unserer Schuleingangsuntersuchungen zeigten, dass Kinder ausländischer Herkunft unterdurchschnittlich gegen Masern geimpft waren. Erfahrungsgemäß besuchen genau diese in Urlaubszeiten ihre Heimat. Dort haben sie mit größerer Wahrscheinlichkeit als in Deutschland Kontakt mit an Masern erkrankten Personen. Auf diesem Wege kann eine komplikationsreiche Erkrankung in eine Bevölkerungsgruppe importiert werden, die einen geringen Impfschutz aufweist und so Ausgangspunkt eines Ausbruchs wird. Deshalb waren neben unserer ausführlichen Impfberatung bei der Schuleingangsuntersuchung (zielt auf Kinder, die noch nicht bei den Vorsorgeuntersuchungen altersgerecht geimpft wurden) und dem eigenen Impfangebot gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR) in der 5. Klasse (zielt auf den Schutz der Kinder, die immer noch nicht altergerecht geimpft sind) Instrumentarien zu entwickeln, die speziell auf diese Gruppe ausgerichtet sind.

Zwei der Ortsteile mit einem hohen Anteil ausländischer Bewohner, deren Kinder eine unterdurchschnittliche Durchimpfung aufweisen, sind das Altländer Viertel in Stade und der Ortsteil Stade-Bützfleth.

Im Jahr 1998 führten wir im Altländer Viertel die erste Intervention durch. Mit Hilfe der dortigen Kindertagesstätte und Grundschule wurden die Eltern der dort betreuten Kinder zusammengerufen, über Nutzen und Risiken der Impfung aufgeklärt und zur Impfung beim Haus-/Kinderarzt aufgerufen. Die danach befragten Arztpraxen im Einzugsbereich konnten nicht über ein vermehrtes Aufkommen Impfwilliger aus dem Viertel berichten. Bei Erhebung der Durchimpfungsrate im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung stellte sich heraus, dass diese Intervention keinen Erfolg hatte, obwohl wir Dolmetscher und Informationsmaterial für die entsprechenden Sprachen eingesetzt hatten.

Bei der Analyse und Entwicklung eines Lösungsansatzes für das Problem unterstützte uns das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover: Menschen, die in unserem Kulturkreis fremd sind, Sprachverständnisprobleme haben und ohne Bildungschancen aufwuchsen, waren durch die Vermittlung von Zahlen, Daten und Fakten allein nicht erreichbar. Unter Beachtung der unterschiedlichen sozialen und kulturellen Bedingungen und Hintergründe wurden in den beiden Stadtteilen zwei Konzepte zur Verbesserung der Durchimpfungsraten für Masern in besonders gefährdeten Teilpopulationen entwickelt.

Das zahnärztliche Projekt:

Maßstab für die Zahngesundheit ist der dmf-t Index. Dieser beziffert die Anzahl der kariösen, gefüllten oder aus Kariesgründen extrahierten Milchzähne pro Kind. In der Kindertagesstätte Altländer Viertel wurde im Jahr 1997, dem ersten Jahr der flächendeckenden zahnärztlichen Untersuchungen im Landkreis, ein dmf-t Wert von 4,2 festgestellt. Der altersentsprechende dmf-t Wert im übrigen Landkreis lag in den letzten 9 Jahren stabil zwischen 1,7 und 1,5 und zeigte somit eine deutlich bessere Zahngesundheit an. Hinzu kommt, dass nur 27,7 % der Kinder der Kindertagesstätte Altländer Viertel ein naturgesundes Gebiss hatten, 3,2 % waren saniert und 69,2 % ließen zahnärztlichen Behandlungsbedarf erkennen. In der Grundschule Altländer Viertel wurde im Jahr 1997 ein dmft-Wert von 4,5 festgestellt. Wie in der dortigen Kindertagesstätte war der Anteil der Kinder mit zahnärztlichem Behandlungsbedarf auch in der Grundschule außerordentlich groß. Auf 9,4 % Kinder mit naturgesundem Gebiss kamen 22,3 % mit saniertem Gebiss. Bei 68,3 % der dortigen Grundschul Kinder bestand zahnärztlicher Behandlungsbedarf, während dieser Wert im Landkreisdurchschnitt 44,7 % betrug, bei einem durchschnittlichen dmf-t Wert in dieser Altersgruppe zwischen 2,5 und 2,1 in den letzten 9 Jahren. Alle im Altländer Viertel ermittelten Werte liegen somit deutlich über dem Durchschnitt des Landkreises.

Schwierigkeiten und Hürden – und deren Überwindung

Die zu lösenden Probleme sind durch die Sozialstruktur der Interventionsgebiete begründet.

Sozialraumbeschreibung der Interventionsgebiete

Im *Altländer Viertel* wohnen etwa 2000 der rund 46.000 Einwohner der Stadt Stade, häufig in sogenannten Massenquartieren. Der Anteil der Ausländer beträgt dabei rund 50 %. Diese stammen aus vielen Nationen. Fast 69 % der dort lebenden Menschen bestreiten ihren Lebensunterhalt durch Sozialleistungen, bei Kindern und Jugendlichen beträgt die Quote ca. 76 %. Eines der Probleme ist das mangelnde Sprachverständnis. Nahezu 67 % der Ausländer und fast ebenso viele der hier lebenden Aussiedler möchten deshalb einen Sprachkurs besuchen (Daten der Sozialraumstudie 2000). Die Auswertung der bei der Schuleingangsuntersuchung erhobenen Sozialdaten zeigt, dass hier lebende Menschen kaum Bildungschancen hatten, da rund 24 % der Eltern angeben, nicht über einen Schulabschluss zu verfügen (Daten 2005).

Ein weiteres Problem war die mangelhafte Teilnahme an der Elternarbeit des zahnärztlichen Dienstes. Die Eltern werden im Landkreis im Rahmen von Elternabenden in Kindertagesstätten und Grundschulen direkt angesprochen und gebeten, die Angebote der Zahnarztpraxen zur Behandlung ihrer Kinder und zur Durchführung von prophylaktischen Maßnahmen wahrzunehmen. Mangels Beteiligung der Elternschaft im Altländer Viertel können diese Elternabende jedoch nicht durchgeführt werden. Die dortige Kindertagesstätte und Grundschule berichteten beide, dass auch an den von ihnen ausgerichteten

Elternabend kaum Eltern teilnehmen. Insgesamt ist das Altländer Viertel als klassischer sozialer Brennpunkt zu bezeichnen.

Im Stadtteil *Bützfleth* wohnen demgegenüber rund 4500 Einwohner in einem z.T. noch dörflich geprägten Umfeld ohne große Massenquartiere. Nach Daten des Einwohner-meldeamtes der Stadt Stade liegt hier der Anteil von Kindern unter 10 Jahren mit ausländischer, fast ausschließlich türkischer, Staatsbürgerschaft bei 18 Prozent (Bundesdurchschnitt 9%). Weitere 14 Prozent haben neben der deutschen noch eine andere, ebenfalls meist türkische, Staatsbürgerschaft. Die Auswertung der bei der Schuleingangsuntersuchung erhobenen Sozialdaten zeigt, dass etwa 9% der Eltern keinen Schulabschluss erworben haben (Daten 2005). Hier haben sich ab 1970 im Zuge der Industrialisierung viele türkischstämmige Arbeitnehmer angesiedelt. Insofern gibt es hier keinen hohen Anteil von Arbeitslosen mit den typischen Begleitproblemen eines sozialen Brennpunktes.

Konzeption und Ziele der Impfprojekte

Um die Probleme zu lösen, wurden zwei Konzepte, zugeschnitten auf die jeweiligen Rahmenbedingungen, entwickelt.

Strategie im Altländer Viertel: Impfkampagne unter Mithilfe von Vertrauenspersonen

Vom Ethno-Medizinischen Zentrum in Hannover wurde für die Präventionsarbeit mit Migranten das Konzept der Vertrauenspersonen (Keyperson-Ansatz) entwickelt, welches auf die Bedürfnisse im Altländer Viertel angepasst und umgesetzt wurde. Vertrauenspersonen sind Migranten, die zwischen dem Gesundheitsamt und der Zielgruppe vermitteln können. Daneben können sie durch ihre muttersprachliche und kultursensible Aufklärungsarbeit das Vertrauen der Migranten für gesundheitsfördernde Maßnahmen des Gesundheitswesens erhöhen. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie Personen sind, deren Integrationsgrad weit fortgeschritten ist, so dass sie sowohl Zugang zur Herkunftskultur als auch zur Aufnahmekultur haben. Vertrauenspersonen sind oft Lehrer, Ärzte, andere Akademiker oder Geistliche. Die Tatsache, dass sie ihre Landsleute in der jeweiligen Muttersprache ansprechen und informieren, hat besonders bei Migranten, welche die deutsche Sprache nicht oder nicht ausreichend verstehen, den Effekt, dass gesundheitsrelevante Informationen überhaupt verstanden und erwünschte Verhaltensänderungen möglich werden. Diese Strategie wurde wie folgt umgesetzt:

Konzeption Altländer Viertel

Bei der Impfkampagne im Altländer Viertel wurde nach lokalen Partnern gesucht und der Ablauf gemeinsam geplant. Neben dem Gesundheitsamt beteiligten sich die Sozialarbeiterin des örtlichen Gemeindezentrums, die Ausländer- und Flüchtlingsberatung der Arbeiterwohlfahrt, Migrantenvertreter aus Hannover, Dolmetscher und Vertreter der Schule und der Kindertagesstätte im Stadtteil. Die Umsetzung wurde in fünf Schritten geplant:

1. Schritt: Gewinnung und Motivierung von geeigneten Vertrauenspersonen aus dem Viertel zur Mitarbeit an der Impfkampagne
2. Schritt: Schulung und Orientierung der Vertrauenspersonen in den Grundlagen zum Thema Impfung und Prävention
3. Schritt: Bekanntmachung der Angebote und Impftermine durch Öffentlichkeitsarbeit und mehrsprachige Informationsveranstaltungen vor Ort. Vor den Impfkaktionen im Stadtteil fanden Informationsveranstaltungen statt, bei denen die Teilnehmer durch die Vertrauenspersonen und Mitarbeiter des Gesundheitsamtes umfassend über die Impfkaktion auch in ihrer Muttersprache aufgeklärt und zur Teilnahme motiviert wurden. In diesem Rahmen suchten die Vertrauenspersonen die typischen Treffpunkte ihrer kulturellen Gruppe auf, führten auch Hausbesuche durch und verteilten bei der ersten Impfkaktion zusätzlich noch Handzettel und Plakate.
4. Schritt: Durchführung von Impfungen. Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes richtete an bis zu vier Tagen in einer Woche im Stadtteil an insgesamt drei der Bevölkerung vertrauten und für sie gut erreichbaren Orten halbtags Impfstationen ein und impfte die Impfwilligen.
5. Schritt: Anerkennung der Vertrauenspersonen und Auswertung der Kampagne

Wir setzten hier primär auf Vertrauen, Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der Botschaft, nicht so sehr auf die Vermittlung von Zahlen, Daten und Fakten. Dies bot die Chance, die Selbsthilfe und Eigenverantwortung der Zielgruppe unter Schonung der eigenen Ressourcen zu nutzen. Die erste so konzipierte Intervention führen wir im September 2002 durch.

Strategie in Bützfleth: Zusammenarbeit mit dem türkischen Kulturverein – Gewinnung von Multiplikatoren für Multiplikatoren

Für den Ortsteil Bützfleth musste ein Konzept zur Durchführung einer Impfkampagne entwickelt werden, das sowohl die eigenen knappen Ressourcen als auch die speziellen Rahmenbedingungen des Stadtteils berücksichtigt. Da die hier lebenden Menschen ausländischer Herkunft fast ausschließlich aus der Türkei stammten, betraf der mangelnde Impfschutz unter den ausländischen Kindern fast ausschließlich diese Gruppe. Aufgrund der Weitläufigkeit des Stadtteils Bützfleth hätten sehr viele Personen als Vertrauenspersonen gesucht, geschult und begleitet werden müssen, um die Zielgruppe der türkischen Landsleute in den Wohnungen aufzusuchen und zeitnah für die Aktion zu werben. Das hätte einen hohen Aufwand bedeutet, der nicht zusätzlich hätte geleistet werden können. Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Sozialdaten in Bützfleth im Gegensatz zum Altländer Viertel anzeigen, dass das Sprachverständnis der Eltern in der Regel zulässt, die Notwendigkeit der Impfung auf der Ebene von Zahlen, Daten und Fakten nachvollziehbar zu erläutern. Deshalb wurde der Zugang nicht wie im Altländer Viertel über Vertrauenspersonen, sondern über den türkischen Kulturverein gewählt.

In diesem Verein treffen sich regelmäßig Menschen aus der Türkei. Wir waren uns dabei der Tatsache bewusst, dass dort nicht die Eltern der zu impfenden Grundschüler verkehren, sondern eher die Generation der Großeltern. Wir sind aber von der Vorstellung ausgegangen, dass bei erhaltenen traditionellen Familienstrukturen der Großvater als Familienoberhaupt akzeptiert und seiner Empfehlung Folge geleistet wird. Im Grunde wurden Multiplikatoren für Multiplikatoren gewonnen. In diesem Rahmen hat der Vertreter des türkischen Kulturvereins auch seinen intensiven Kontakt zum Imam genutzt und ihn für unser Vorhaben gewonnen.

Konzeption Bützfleth

Mit der Grundschule, dem Elternvertreter und den Vertretern des dortigen türkischen Kulturvereins wurde bei einer Besprechung vereinbart, dass in allen Klassen der Grundschule die Impfausweise von einer Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes durchgesehen werden.

- Aufgabe des/der Klassenlehrers/Lehrerin war, die Eltern zu bitten, den Kindern die Impfdokumente mitzugeben und über das Impfangebot zu informieren.
- Aufgabe des türkischen Kulturvereins Bützfleth war es, in seiner Bevölkerungsgruppe für die Impfkation zu werben.
- Aufgabe des Imam war es, in der Moschee anlässlich der Zusammenkunft zum Freitagsgebet unmittelbar vor der durchgeführten Impfkation, die Teilnahme an der Impfkation zu empfehlen.
- weitere Aufgabe der zuständigen Lehrer/innen war, den Kindern, welche die Impfung benötigten, die Zettel mit den Informationen und Empfehlungen sowie den Einverständniserklärungen den Eltern zur Durchsicht bzw. zur Unterschrift mitzugeben und zur Teilnahme an der Impfung zu motivieren. Ferner wurden die Personensorgeberechtigten auf die Impfungen aufmerksam gemacht, die für einen zeitgerechten Impfschutz darüber hinaus noch zu verabreichen waren und an den Haus- oder Kinderarzt verwiesen.

Nach der Ermittlung der Durchimpfungsrate wurde die Impfung (wie seit 2002 auch im Altländer Viertel) als Dreifachimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes im Jahr 2005 erstmalig durchgeführt. Zuvor hatten wir in diesem Stadtteil keine diesbezüglichen Interventionen durchgeführt.

Erstes Ziel war in beiden Stadtteilen, die Zahl der ein- oder zweimal gegen Masern geimpften Kinder deutlich zu erhöhen. Während im Altländer Viertel Migrantenkinder im Alter zwischen 15 Monaten und 10 Jahren erreicht werden sollten, stellten in Bützfleth Kinder, welche die Grundschule besuchen, die primäre Zielgruppe dar. Mit der Begrenzung des Angebotes auf die Kinder der Grundschule sollte zum einen der Häufung von Masernerkrankungen in den ersten 10 Lebensjahren Rechnung getragen werden, zum anderen sollten unter Berücksichtigung eigener Ressourcen möglichst viele Kinder

ein Impfangebot bekommen, die im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen beim niedergelassenen Arzt noch keinen altersgerechten Impfschutz erworben hatten.

Ein **zweites Ziel** in Bützfleth bestand darin, zu ermitteln, ob sich mangelhaft durch Impfung gegen Masern geschützte Kinder in einzelnen Klassen konzentrieren, da Klassenverbände bei der Einschulung oft unter Berücksichtigung der sozialen Beziehungen zusammengestellt werden. Das würde erlauben, die Ressourcen auf diese Klassen zu konzentrieren.

Drittes Ziel war zu ermitteln, in wie weit unserer zeitaufwändigen Impfempfehlung, die bei der Schuleingangsuntersuchung gegeben wurde, außerhalb eines sozialen Brennpunktes tatsächlich Folge geleistet wurde. Da die erbetenen Rückmeldungen unterblieben, war unklar, ob der vorgenannten Impfempfehlung Folge geleistet wurde und lediglich die Rückmeldung unterblieb, oder ob die Beratung unwirksam war und damit zu verbessern wäre.

Konzeption und Ziele der zahnärztlichen Intervention

Wichtig war uns, eine auf die Bevölkerung zugehende Aufklärungsarbeit zu realisieren, um so die Migranten für die Mundgesundheit zu sensibilisieren und die Akzeptanz gegenüber den allgemein angebotenen zahnärztlichen Versorgungsmöglichkeiten zu vergrößern.

Aus unserer Sicht kann nur eine aufsuchende Prophylaxe dieses Vorhaben erreichen, welche bereits die Eltern (Mütter) einschließt, deren Kinder noch nicht das Kindergartenalter erreicht haben. Immerhin sind bei Kindern, die in der Kindertagesstätte betreut werden, durchschnittlich bereits fast 5 der 20 Milchzähne kariös, gefüllt oder fehlen. Da in der Zielpopulation aus der arabischen Welt traditionell Frauen für Erziehung und Hygiene zuständig sind, müssen weibliche Personen eingesetzt werden, die das Vertrauen der Zielgruppe genießen. Da Migrantinnen häufig Probleme mit der deutschen Sprache haben, kann solche Arbeit nur dann Erfolg haben, wenn die Informationen auch muttersprachlich angeboten werden.

Deshalb wurde das im Gesundheitsamt erprobte Konzept, mit Vertrauenspersonen zu arbeiten, auch hier angewendet. Diese sind sprachlich qualifiziert und verfügen über einen guten Kontakt zur Zielpopulation. Zudem stammen sie aus der jeweiligen Zielpopulation, so dass ein kultursensibles Vorgehen garantiert ist.

Hierzu wurden die folgenden Ziele definiert:

- Kenntnisse über die Möglichkeiten zur Vorbeugung von Zahnschäden sollen vermittelt werden: Vermeidung der frühen Karies (early-childhood-caries) durch zahnfreundliche Getränke in den Saugerflaschen, Fluoridanwendung, bewusster Umgang mit Süßwaren, Verwendung von Interdentalhygienika (z. B. Zahnseide).
- Akzeptanz der zahnärztlichen Versorgungsangebote: Fissurenversiegelung, Fluoridtouchierung, Zahnputzschule, Behandlung auch des kariösen Milchgebisses, Einsatz von Lückenhaltern

- Prävention des Lutschoffenen Bisses zur Vermeidung späterer kieferorthopädischer Interventionen.

Dieses Konzept der zahnmedizinischen Prävention unter Einsatz von muttersprachlichen Oralprophylaxe-Mediatoren wurde im Stadtteil Altländer Viertel vorgestellt.

Die Sozialarbeiterin des örtlichen Gemeindezentrums war behilflich bei der Auswahl von geeigneten Vertrauenspersonen aus dem Stadtteil. Diese beiden waren Vertreterinnen aus dem türkisch-kurdischen und dem arabischen Kulturkreis. Leider ist es uns nicht gelungen, auch eine Vertrauensperson aus anderen Kulturkreisen zu gewinnen.

Die beiden Vertrauenspersonen wurden von Mitarbeitern des Zahnärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes mit den wesentlichen zahnmedizinischen Zusammenhängen und den Möglichkeiten der Prävention bekannt gemacht. Die Schulungsinhalte wurden ihnen in Form eines erstellten Kompendiums schriftlich mitgegeben. Dabei waren die folgenden Punkte wichtig: Erkennen eines erkrankten Zahnes, Wahrnehmung von Lutschgewohnheiten und Mundatmung, Folgen des frühzeitigen Milchzahnverlustes, Kariesentstehung und -therapie sowie eine Übersicht über Zahnpflegeprodukte. Diese Schulung diente dazu, bei den Vertrauenspersonen die notwendige Kompetenz entstehen zu lassen, so dass sie als Ansprechpartnerinnen auch auf diesem Gebiet im Stadtteil akzeptiert waren.

Darüber hinaus wurden Informationsveranstaltungen speziell für Mütter angeboten. Die Aufgabe der Vertrauenspersonen hierbei war es, Teilnehmerinnen aus ihrem Stadtteil gezielt anzusprechen und einzuladen. Sie waren die Garanten, dass die Migrantinnen nachvollziehen konnten, wie wichtig die Informationsveranstaltungen waren. Die Informationen wurden von einer weiblichen Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes vorgetragen, wobei viel Wert auf die Anschaulichkeit gelegt wurde. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass ein männlicher Vortragender auf deutlich mehr Skepsis traf.

Beginnend im Jahr 2004 wurden Informationsveranstaltungen in 3 bestehenden Versammlungsorten (Türkische Moschee, Libanesische Moschee, Volkshochschul-Kurs: Deutsch für Migrantinnen) und in 3 eigens von den Vertrauenspersonen einberufenen Gruppen abgehalten. Aufgrund der Fülle an Informationen war geplant, pro Gruppe 3 Veranstaltungen mit den oben genannten Themen durchzuführen. Sehr erfolgreich waren diese in der Volkshochschule, in einer Moschee und in einer Gruppe. Diese konnten hier im geplanten Umfang abgehalten werden.

Bei zwei der Gruppen war die Teilnahme zu gering, so dass keine weiteren Termine angeboten wurden. In einer Moschee haben wir lediglich die Einwilligung erhalten, einen kurzen Vortrag vor großer Zuhörerschaft zu halten.

Ergebnisse

A. der beiden Impfkationen

Altländer Viertel

Zur Erzielung eines kompletten Impfschutzes gegen Masern sind 2 Impfungen pro Kind notwendig. Bei 100 Kindern müssen dafür demnach 200 Impfungen verabreicht werden. Im Altländer Viertel lag die Zahl der nachweislich verabreichten Masern-Impfungen vor unserer ersten Aktion, hochgerechnet auf 100 Kinder, bei 62 Impfungen, bei 115 nach unserer zweiten Aktion, ein weiteres Jahr später bei 144, zuletzt (2006) bei 159 Impfdosen (Erst- und Zweitimpfung zusammengefasst). Bei der ersten Impfkation wurden 100, bei der zweiten 30 Impfungen durch unseren Kinder- und Jugendärztlichen Dienst verabreicht. Im Ergebnis ist die Zahl der Kinder ohne dokumentierten Impfschutz von über 40 % auf zuletzt rund 7 % zurückgegangen. Damit haben wir den Landkreisdurchschnitt erreicht, jedoch nicht die für die Eliminierung der Masern notwendige Impfquote.

Bützfleth

Im Rahmen der bislang erst einmal durchgeführten Aktion in Bützfleth wurde der Schutz gegen MMR bei 19 % der ausländischen Kinder verbessert, was ein besonderes Anliegen der Aktion war, während nur 6 % der deutschen Kinder erreichbar waren. Wir stellten fest, dass kurz nach der Einschulung 50 % der Impfpfehlungen bereits umgesetzt waren, sich unsere Beratung somit als wirksam erwies. Wie erfolgreich unser Beitrag ist, lässt sich an den Angaben der ersten Klasse ablesen. Kurz vor der Einschulung betrug die Rate nachweislich zweifach geimpfter Kinder hier 73 %. Die Beratung erreichte in Verbindung mit der Impfkation eine Steigerung auf 83 bzw. 88 %. Dabei hatten die Kinder, die einen Impfpass vorlegten in 96 % (türkisch) bis 94 % (deutsch) wenigstens eine dokumentierte Impfung. Dabei wird unterstellt, dass die Kinder, die keine Impfdokumente vorlegten, keine Masernimpfung bekommen haben. Dies ist sicher zu pessimistisch, haben doch einige der Eltern dieser Kinder mitgeteilt, ihr Kind sei komplett geschützt. Dass dies ein Irrtum war, ist schwer vorstellbar, zumal diese Eltern um nochmalige Kontrolle des Impfstatus anhand mitgegebener Unterlagen gebeten wurden. Auch haben wir bei unserer Impfkation nicht mehr alle Impfbücher gesehen, die uns noch im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung vorgelegt wurden. Somit ist die Impflücke sicher kleiner als die Zahl der dokumentierten Impfungen ausweist.

Das zeigt die Wichtigkeit des aktiven Beitrags des Gesundheitsamtes, wenn das Ziel, 95 % der Kinder durch Impfung zeitgerecht zu schützen, auch in bisher schwer motivierbaren Teilpopulationen erreicht werden soll.

B. der zahnärztlichen Intervention

Unser Ziel war es, die Eltern zu erreichen. Dies ist gelungen. Wenn wir auch nicht in allen kulturellen Gruppen Fuß fassen konnten, haben wir unsere Infor-

mationen doch einer großen Zahl von Müttern vorgestellt. Wir können nicht ermitteln, ob die deutliche Verbesserung des aktuell erhobenen dmf-t Index der Grundschul Kinder bzw. der Kindertagesstätte im Stadtteil auf jeweils 3,4 und der Rückgang des Anteils von Kindern mit zahnärztlichem Behandlungsbedarf in der Grundschule auf 54,2 % und in der Kindertagesstätte auf 47,4 % mit weiter sinkender Tendenz auf die Elternarbeit oder andere Teile unserer Intervention zurück zu führen ist. (2 bis 4 Prophylaxe-Kontakte, bei denen praktische Zahnputzübungen erfolgen, ferner weitergehende Informationen zur zahngesunden Ernährung und Rollenspiele zum Besuch beim Zahnarzt, dazu 1x jährlich zahnärztliche Reihenuntersuchungen).

Bewertung von Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung und Übertragbarkeit

Generell ist festzuhalten, dass wir die oben genannten Ziele erreichten, wir aber noch weiteren Interventionsbedarf sehen.

Durch die Impfkationen hat sich der Anteil der zeitgerecht gegen Masern, Mumps und Röteln geimpften Kinder mit Migrationshintergrund erhöht und liegt nun, mit Ausnahme der unten genannten Klassen in Bützfleth, im Vergleich zum übrigen Landkreis im Durchschnitt. Obwohl Impfkationen wie die hier beschriebenen erfolgreich sind, ist die zur Verhinderung von Ausbrüchen notwendige Durchimpfungsrate von 95 Prozent komplett gegen Masern geschützter Kinder nicht erreicht. Die Aktionen müssen deshalb fortgeführt werden. Deshalb wird diese Impfkation entsprechend unseren personellen Möglichkeiten weitergeführt, wenn möglich jedes Jahr. Das bedeutet für das Altländer Viertel, dass ein jetzt 15 Monate altes Kind zehnmal ein Impfangebot erhält.

Im Altländer Viertel konnte für den Öffentlichen Gesundheitsdienst das Konzept der Vertrauenspersonen auf der methodischen Ebene erfolgreich getestet werden. Diese Personen haben besonders dazu beigetragen, Migranten durch Vermittlung von Vertrauen zu motivieren und sie für das Gesundheitsamt erreichbar zu machen. Die Erfahrungen belegen, dass ein auf Kultur und Sprache abgestimmtes Angebot des Öffentlichen Gesundheitsdienstes das Inanspruchnahmeverhalten steigert, Selbsthilfepotenziale freisetzt und die Eigenverantwortung der Migranten fördert. Die vernetzte, engagierte Zusammenarbeit der Vertrauenspersonen mit verschiedenen Institutionen und Berufsgruppen bei der Planung und Durchführung der Impfkationen trug erheblich zum Erfolg der Maßnahme bei. Die Verknüpfung dieser Art der Informationsvermittlung mit einem zeitnahen Angebot der Impfung vor Ort ist ein weiterer wichtiger Faktor.

Die Tätigkeit der Vertrauenspersonen ist dort besonders wichtig, wo sich größere Gruppen treffen. Hier können die Vertrauenspersonen den Einverständnissbogen erläutern. Da weiter entfernt sitzende Personen die Schrift nicht mehr lesen können, ist nachvollziehbar, warum demonstriert wird, wo die Kreuze zur Erklärung des Einverständnisses gesetzt werden müssen. Auf diese Weise wird auch Menschen ohne Lese- und Rechtschreibkenntnisse

ermöglicht zu erfahren, wie sie ihr Einverständnis erklären können, ohne dass sie sich als Analphabeten zu erkennen geben müssen. Unter den uns vorgelegten Einverständniserklärungen fanden sich auch solche, die mit drei Kreuzen als Unterschrift gekennzeichnet waren.

Es gelang, die Glaubwürdigkeit und Nachvollziehbarkeit unseres Vorhabens bei den Vertrauenspersonen und in der Zielgruppe der Eltern deutlich zu machen. Nach Mitteilung einiger Vertrauenspersonen war für sie entscheidend, dass in jeder der vorbereitenden Sitzungen im Viertel die leitenden Vertreter aller Kooperationspartner selbst dann vor Ort waren, wenn die Sitzungen außerhalb der üblichen Dienstzeiten stattfanden. Für die Eltern war offensichtlich entscheidend, dass sie von den Vertrauenspersonen, also von Menschen, die hohen Respekt genießen, sogar zu Hause aufgesucht und informiert wurden.

Hilfreich waren unsere Kooperationspartner in zweifacher Weise: Bei der Vermittlung der Vertrauenspersonen und bei Rückfragen aus der Zielgruppe. Treten im Altländer Viertel Probleme auf, werden häufig die vorgenannten Institutionen von den Menschen um Rat gefragt. Bezüglich der Impfungen gegen Masern wurde bei Anfragen von jedem unserer Partner zur Impfung geraten.

In Bützfleth zeigen die vorliegenden Daten eine erhebliche Streuung der Durchimpfungsrate mit bis zu 30% zwischen den Parallel-Klassen. Das liegt weniger daran, dass einzelne Kinder wegen Erkrankungen fehlten, da dem Gesundheitsamt über die Daten der Schuleingangsuntersuchungen der Impfstatus oft bekannt ist. Vielmehr ist in den höheren Klassen die Zahl der Eltern, die dem Impfschutz nicht die notwendige Bedeutung beimessen, offensichtlich höher. Hier wurde unser Impfangebot vor Ort ebenfalls unzureichend genutzt und auch die Zahl der vorgelegten Impfbücher, sowohl bei der Schuleingangsuntersuchung als auch der Impfkation, war geringer als in den unteren Klassen.

Trotz der kleinen Fallzahlen ließ sich feststellen, dass unter Beteiligung des türkischen Kulturvereins die Zielgruppe der türkischen Kinder besser erreichbar war. Ferner lässt sich der Schluss ziehen, dass es in sozial durchmischten Regionen auch mit anderen, weniger aufwändigen Konzepten als in sozialen Brennpunkten möglich ist, den Durchimpfungsgrad bei ausländischen Kindern zu steigern. Dennoch konnten wir mangelhaft durchimpfte Teilpopulationen selbst unter Mithilfe der Schule, des türkischen Kulturvereins, des Imam sowie des Schulleiternrates noch nicht zufrieden stellend erreichen. Hier sind aufwändigere Interventionen unter Einschluss von Vertrauenspersonen, welche die Menschen aktiv aufsuchen, erforderlich. Dieser Aufwand kann aber auf einzelne Klassen konzentriert werden.

Wir haben auch in diesem Jahr zahnärztliche Informationsveranstaltungen durchgeführt. Da die beiden Vertrauenspersonen uns weiterhin zur Verfügung stehen, konnte der Aufwand gesenkt werden. Wir hoffen, dass der zahnärztliche Behandlungsbedarf weiter abnimmt und sich dem Landkreisdurchschnitt

angleicht. Das zahnärztliche Konzept wird gegenwärtig auf den Stader Stadtteil Bützfleth übertragen, auch dort konnten bereits Informationsveranstaltungen mit Hilfe einer Vertrauensperson organisiert werden.

Nach der ersten Intervention mit Vertrauenspersonen im Altländer Viertel erhielten diese ein Dankschreiben unseres Landrates als Anerkennung. Vor der zweiten Intervention haben wir feststellen müssen, dass ohne eine finanzielle Form der Anerkennung der kontinuierliche Einsatz der Vertrauenspersonen nur eingeschränkt möglich ist, da mehrere von ihnen uns nicht mehr zu Verfügung standen. Dieses Problem versuchen wir zurzeit mit Werkverträgen in den Griff zu bekommen, um zwar nicht eine Bezahlung von Einsatzstunden, wohl aber eine finanzielle Anerkennung zu gewähren. Das ist notwendig, wenn sich mehrere Abteilungen des Gesundheitsamtes Stade bei der Arbeit der Mithilfe von Vertrauenspersonen bedienen, weil ein kontinuierliches Engagement mit ehrenamtlich tätigen Menschen nur begrenzt möglich ist.

Ziel unserer Interventionen ist, auch auf dem Gebiet der Gesunderhaltung von Menschen Chancengleichheit zwischen allen Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Deshalb werden die vorgenannten Interventionen weiter geführt, bis diese dauerhaft erreicht ist. Das ist unser Beitrag zur Integration von Migranten und Flüchtlingen. Das von uns gewählte Instrumentarium bietet die Möglichkeit, in der Zielgruppe auch andere Probleme auf der sozialen wie gesundheitlichen Ebene anzugehen.

Da auch das Risiko Adipositas bei Kindern von Migration und Bildungsgrad der Eltern abhängig ist, überlegen wir, das Instrumentarium der Vertrauenspersonen auch in diesem Bereich zu erproben.

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass auch Populationen, die bisher durch Präventionsangebote schlecht erreicht wurden, mit vertretbarem Aufwand ansprechbar sind, wenn auf die jeweiligen kulturellen Besonderheiten eingegangen wird. Eine weitere Voraussetzung für das zielgruppengerechte Impfangebot ist die Datenerhebung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung. Durch deren anschließende zeitnahe und kleinräumige Auswertung können Versorgungslücken erkannt und Konzepte zielgenau entwickelt werden.

9.2. Kiezdetektive – Kinderbeteiligung für eine gesunde Stadt, Berlin

Ingrid Papies-Winkler



Allgemeine Übersicht

Der Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg mit seinen ca. 260.000 Einwohnern ist gekennzeichnet durch

- den niedrigsten Sozialindex (siehe Berliner Sozialstrukturatlas)
- die höchste Arbeitslosenquote (ca. 24 %, Berlin 17,9 %)
- den zweithöchsten Anteil von Migrant(inn)en (Ortsteil Kreuzberg höchster Anteil: ca. 35 %)
- die dichteste Bezirksbesiedlung
- die geringste Grünfläche je Einwohner
- den höchsten Anteil von Kindern unter 15 Jahren.

Trotz niedrigstem Sozialindex Berlins, verfügt der Bezirk über viele wertvolle Ressourcen. Hierzu zählen

- die reiche Projektlandschaft
- die Vielfalt der Kulturen
- das hohe Potenzial an Selbsthilfe
- nachbarschaftliche Kiezstrukturen
- gute Modelle von Stadtplanung und –entwicklung
- eine lange Tradition der Bürgerbeteiligung.

Hier setzt auch das Projekt zur Kinderbeteiligung – **Kiezdetektive** – an, eine Idee, die vom Kinder- und Jugendbüro Marzahn entwickelt wurde. In enger Kooperation zwischen dem Gesunde-Städte-Netzwerk und der Lokalen Agenda 21 wurde 1999 begonnen, Kinder als Experten in eigener Sache in Planungs- und Entscheidungsprozesse zur nachhaltigen gesunden Stadtentwicklung und –gestaltung einzubinden. Kinder und Jugendliche erkunden als Kiezdetektive ihr Lebens- und Wohnumfeld, ermitteln Probleme aber auch „Schätze“, dokumentieren diese in Form einer Ausstellung und präsentieren die Ergebnisse auf einer Kinderversammlung den verantwortlichen Politikern, die – mit ihren Verwaltungen, freien Trägern und gemeinsam mit den Kindern – aufgefordert sind, die Probleme zu bearbeiten. Nach ca. sechs Monaten werden auf einer Folgeversammlung die Umsetzungsergebnisse nachgefragt bzw. präsentiert.

Die Kiezerkundungen, die Kinderversammlung und die Ergebniskontrolle werden als nachhaltige Planungs- und Kooperationsstruktur in bezirkliche Entscheidungsprozesse einbezogen.

Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet vom Wissenschaftszentrum Berlin und Gesundheit Berlin e.V. mit Unterstützung des Bundesministeriums für Forschung.

Aspekte, die in dem Projekt besonderes Gewicht haben

- Gesunde-Städte-Netzwerk, Kinderbeteiligung, Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Kindern mit Migrationshintergrund, Empowerment, Partizipation, Förderung von individuellen und sozialen Kompetenzen

Ziele und Zielgruppen des Projektes

In dem Projekt geht es darum, Kinder zu befähigen, ihre Lebensumwelt selbstständig zu erforschen, sie zu verstehen und zu hinterfragen. Sie sollen lernen, dass sie aktiv ihre Umwelt mit gestalten und verändern können. Die Kinder werden an die Politik herangeführt und für gesundheits- und umweltbezogene Fragestellungen sensibilisiert. Sie erfahren, dass gesunde Wohnbedingungen und ein gesundes Wohnumfeld wichtige Voraussetzungen für das persönliche Wohlbefinden sind. Die Erkenntnis, selbst Einfluss zu nehmen und Veränderungen herbeiführen zu können, soll zur Stärkung des Selbstbewusstseins und der Eigenverantwortlichkeit beitragen. Das Projekt „Kiezdetektive“ zielt somit auf das Erleben demokratischen Handelns und stellt demzufolge einen umfassenden Ansatz zur Gesundheitsförderung dar. Insbesondere in problembelasteten Stadtgebieten – oft mit hohem Migrantenanteil – werden durch dieses Projekt Kinder erreicht und für gesundheitliche und soziale Belange aktiviert.

Die Zielgruppe des Projektes sind 6- bis 14-jährige Kinder, vor allem aus sozial benachteiligten Familien und Stadtteilen. Neben den beteiligten Kindergruppen mit ihren jeweiligen Lehrer/-innen, Erzieher/-innen und Sozialpädagog(inn)en sind häufig auch Schulstationen aktiv in die Projektdurchführung eingebunden. Weitere Kooperationspartner sind Nachbarschaftseinrichtungen, „Quartiersmanager“ im Rahmen des Programms Soziale Stadt, die Jugendförderung, Kinder- und Jugendprojekte freier Träger, Kirchengemeinden sowie ehren-

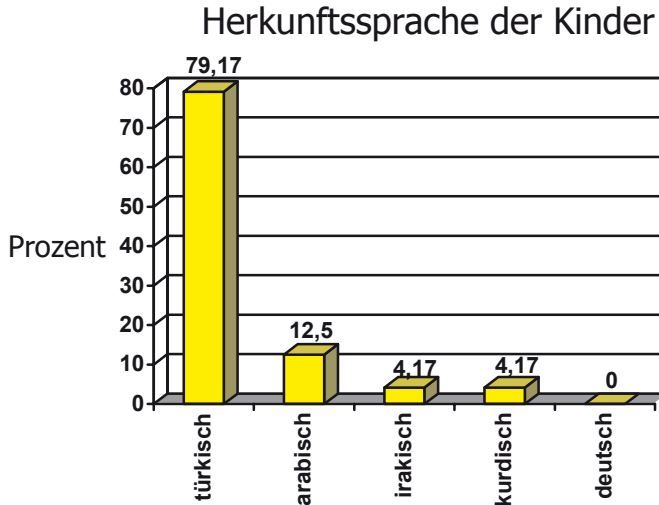
amtliche Begleiter/-innen.



Aktivitäten

Bisher haben sich ca. 450 Kinder aus 7 Kindertagesstätten, 12 Schulen und 2 Freizeiteinrichtungen beteiligt. Sie waren überwiegend in den Quartiersgebieten des Programms Soziale

Stadt unterwegs, da dort der größte Entwicklungsbedarf gesehen wird und die Kinder zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen können. Ca. 80 % der insgesamt beteiligten Kinder haben einen Migrationshintergrund, bei der Stadtteilbegehung im Mai 2004 mit der Nürtingen-Grundschule lag der Anteil der beteiligten Schüler nichtdeutscher Herkunftssprache sogar bei 100 %.



Ausgewählte Ergebnisse des Projektes

- Zäune zwischen einem Kita-Grundstück und einer Seniorenfreizeitstätte wurden entfernt, eine Freifläche im Sinne der Kinder umgestaltet. Zwischen Kindern und Senioren wurden überdies Kontakte geknüpft und gemeinsame Aktivitäten gestartet.
- Weil eine Mädchengruppe mehrfach von Jungen aus einem Fahrrad-Projekt belästigt wurde, fand unter Leitung des Bezirksamts ein Gespräch statt, bei dem das konkrete Problem und das grundsätzliche Verhältnis von Mädchen und Jungen angesprochen wurden. Mittlerweile haben die Jungen die Mädchen zu einem gemeinsamen Essen eingeladen und ihre Projektarbeit vorgestellt.
- Ein Fußball-Verbot im Mendelsson-Bartholdy-Park wurde aufgehoben, ein neuer Bolzplatz ist geplant.
- Eine islamische Grundschule, die seit langem auf zugesagte Spielgeräte wartete, bekam die Zusicherung, dass diese direkt nach Aufhebung der Haushaltssperre geliefert werden.
- Bei nahezu jeder Begehung wurden als Probleme Verschmutzung, Hundekot und die Drogenszene (Spritzen in Parks und auf Spielplätzen) identifiziert. Gerade für die vermeintlich „geringfügigen“ Probleme (Graffitis und Hundekot) konnten bislang keine dauerhaften Lösungen gefunden werden. Am Kottbusser Tor, einem Brennpunkt der Berliner Drogenszene, ist inzwischen ein Druckraum für Abhängige eingerichtet worden.

Umsetzungsmaßnahmen

Die Erfahrungen der ersten Projektdurchläufe und deren Auswertung machten deutlich, dass eine stärkere Einbindung der Kinder in die Umsetzung von Ergebnissen sinnvoll ist, um die Projektziele,

- den Lebensraum näher kennenzulernen,
- die Lebenswelt aktiv mitzugestalten,
- Verantwortung zu übernehmen,
- demokratisches Handeln zu erleben und zu fördern,

noch nachhaltiger umzusetzen.

So wurden die Kiezdetektive des letzten Durchlaufs aus der Nürtingen-Grundschule in ein anschließendes Planning-for-Real-Verfahren im Rahmen des Programms Soziale Stadt einbezogen. Sie bauten ein Modell ihres Stadtteils, in das die Ergebnisse der Kiezbegehung integriert wurden. Das Modell wurde öffentlich ausgestellt und diskutiert. Die Bewohner konnten weitere Vorschläge zu Veränderungen einbringen. Die Kinder sind an den weiteren Planungen beteiligt.

Die Kiezdetektive der Lemgo-Grundschule sind ebenfalls an Planungs- und Umsetzungsmaßnahmen im Rahmen des Programms Soziale Stadt in der Düttmann-Siedlung beteiligt.

Auch im Anschluss an die Kiezbegehungen 2006 wurden die Schüler in die Planung eines neu eingerichteten Familienzentrums in ihrem Wohngebiet durch das Quartiersmanagement einbezogen.

An den Schulen wurden eine Schulhofbetreuung durch türkische Frauen, Bewegungsangebote, Gewaltpräventionsmaßnahmen sowie Umweltprojekte mit externen Partnern auf den Weg gebracht.

Schwierigkeiten und Hürden

Bei der Evaluation der ersten Durchläufe des Projektes ergaben sich folgende Probleme:

- Der Zeitraum zwischen Kiezerkundungen, 1. Kinderversammlung mit den Bezirkspolitikern und 2. Kinderversammlung war mit 6 Monaten für die Kinder zu lang. Teilweise war die Erinnerung an die Ergebnisse nicht mehr präsent. Hinzu kam, dass die Bearbeitung der Probleme weitgehend durch die Verwaltung erfolgte. Um eine weitergehende Partizipation der Kinder zu erreichen, wurden in den folgenden Durchläufen die Kinder in die Umsetzungsmaßnahmen mit einbezogen durch Projekte, die an den Schulen stattfanden.
- Ein Teil der beteiligten Kinder mit Migrationshintergrund hatte Sprachschwierigkeiten und Konzentrationsmängel. Darüber hinaus fehlten die Erfahrungen, eigene Interessen und Ideen zu artikulieren. Es wurde versucht, dem durch eine intensivere Vorbereitung des Projekts entgegenzuwirken.

- Sehr wichtig für den Erfolg der Kiezdetektive ist außerdem die kontinuierliche, verantwortliche Projektkoordination, die Kontakt zu den beteiligten Einrichtungen hält, den Einführungsworkshop mit den Kindern und Begleitpersonen durchführt, die Kiezerkundungen begleitet, Ausstellung und Kinderversammlungen vorbereitet, Ergebnisse kontrolliert, dokumentiert und evaluiert, eine intensive Öffentlichkeitsarbeit organisiert sowie die Verantwortlichkeit und Zuverlässigkeit von Politik und Verwaltung einfordert.

Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit des Projektes

Das Projekt Kiezdetektive wird regelmäßig 1 x jährlich mit ca. 60 Kindern im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg durchgeführt. Durch die Koordination im Rahmen des Gesunde-Städte-Netzwerks sind die Verbindlichkeit und Kontinuität sowie Vernetzung mit anderen bezirklichen Akteuren und Angeboten gewährleistet. Durch die Auswahl der Schulen in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf können sozial benachteiligte Kinder mit Migrationshintergrund aktiviert werden.

Die Übertragbarkeit auch auf andere Städte und Regionen ist erwünscht und wird von BKK-Bundesverband unterstützt. Wichtig ist eine Person, die verbindlich die Koordination des Projektes übernimmt, sowie interessierte und engagierte Politiker, die Kinder als wichtige Partner sehen.

Mit dem Konzept der Kiezdetektive ist ein Instrument geschaffen, durch das junge Menschen in schwierigen sozialen Situationen über Partizipationsmöglichkeiten demokratisches Handeln erlernen können, durch das sie in ihren persönlichen Kompetenzen gestärkt werden und mit dem sie, nicht zuletzt, ihr alltägliches Umfeld im Hinblick auf eine gesündere Umwelt verändern können. Und dafür gibt es Bedarf in beinahe jeder deutschen Stadt.

Unterstützung erhielt das Projekt durch den BKK-Bundesverband, durch das Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit (APUG) und im Rahmen des Ak-

tionsprogramms „Vielfalt fördern – Zusammenhalt stärken“ des Berliner Integrationsbeauftragten. Es wurde in enger Kooperation mit Gesundheit Berlin e.V. durchgeführt.



Zusammenfassung

Kinder zwischen 6 und 14 Jahren erforschen ihren Kiez, decken Missstände auf und konfrontieren Politiker damit. Der Projektansatz „Kiezdetektive“ befähigt Kinder, ihre Lebensumwelt selbstständig zu erforschen, sie zu verstehen und zu hinterfragen. Insbesondere Kinder in sozial schwierigen Lebensumständen – oftmals mit Migrationshintergrund – sollen lernen, dass sie aktiv ihr Lebensumfeld mitgestalten und verändern können. Sie werden dabei sowohl an die Politik herangeführt, als auch für gesundheits- und umweltbezogene Fragestellungen sensibilisiert.

9.3. Migration, Integration und Gesundheit – 10 Jahre Interkulturelles Gesundheitsnetzwerk, Berlin Friedrichshain- Kreuzberg

Ingrid Papies-Winkler

Im Rahmen der Mitgliedschaft im Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland bietet der Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg als so genanntes Kompetenzzentrum seine Erfahrungen zum Themenschwerpunkt *Migration, Integration und Gesundheit* allen Mitgliedsstädten und anderen Interessierten an.

Vor 10 Jahren konstituierte sich im damaligen Bezirk Kreuzberg ein *Interkulturelles Gesundheitsnetzwerk*, dem inzwischen berlinweit ca. 120 Mitglieder angehören aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst, der ambulanten und stationären Versorgung, von Wohlfahrtsverbänden und freien Trägern, aus Migrationsdiensten, der Jugendhilfe, Schulen, der Sozialen Stadt, der Wissenschaft sowie von Krankenkassen.

Impulsgeber war hierbei das Ethnomedizinische Zentrum Hannover, das auf dem ersten Bundeskongress „Armut und Gesundheit“ 1995 seine Arbeit vorstellte und zu dem politischen Prüfauftrag führte, ggf. eine ähnliche Einrichtung für Berlin zu schaffen.

Im Bezirk Kreuzberg, mit dem höchsten Migrantenanteil von 34 %, wurde unter Federführung der Plan- und Leitstelle Gesundheit und der Ausländerbeauftragten eine interdisziplinäre Planungsgruppe gebildet, die eine Problem- und Beteiligtenanalyse erarbeitete sowie Ziele und Handlungsfelder formulierte.

Vor dem Hintergrund der seit den 1970er/1980er-Jahren in Berlin existierenden, stark ausgeprägten Struktur von Selbsthilfegruppen, Initiativen von Wohlfahrtsverbänden und freien Trägern sowie staatlichen Institutionen, die in der Gesundheitsversorgung und -förderung von Migrantinnen und Migranten tätig sind, kam die Planungsgruppe zu dem Ergebnis, dass nicht so sehr die Einrichtung von Basisdiensten zur gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung von Migrantinnen und Migranten notwendig sei, sondern die Vernetzung der bestehenden Institutionen durch Stärkung der Kooperationsbeziehungen sowie die interkulturelle Öffnung der Regeldienste. Es sollte ein Interkulturelles Gesundheitsnetzwerk entstehen.

Ziele

Auf der Basis der Bestandsaufnahme, der Bedarfs- und Beteiligtenanalyse wurde folgendes gemeinsame Ziel formuliert:

Die gesundheitliche und psychosoziale Situation von Migrantinnen und Migranten, Flüchtlingen, Aussiedlerinnen und Aussiedlern in Berlin soll verbessert werden und die Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und -versorgung soll gewährleistet werden.

Handlungsfelder

Von der Planungsgruppe wurden folgende Aufgaben bzw. Handlungsfelder vorgeschlagen

- Förderung der Kooperation und interdisziplinären Vernetzung zwischen Institutionen, Projekten und Einzelpersonen im Gesundheits- und Sozialbereich, um Lücken und Defizite in der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung zu erfassen und gezielt Planung und Durchführung gemeinsamer Maßnahmen und Projekte zu realisieren
- Einrichtung eines Sprach- und Kulturmittlerdienstes für medizinische, psychosoziale und therapeutische Institutionen in Berlin
- Gesundheitswegweiser bzw. Patienteninformation für Migrantinnen und Migranten
- Berlinweite Information, Beratung und Weitervermittlung zwischen gesundheitlichen, psychosozialen und therapeutischen Angeboten und Anbietern in der Arbeit mit Migrantinnen und Migranten
- Zugangsbarrieren identifizieren und abbauen durch interkulturelle Öffnung und Organisationsentwicklung
- Initiierung und Organisation von Veranstaltungen, Fort- und Weiterbildungsangeboten zur interkulturellen Kompetenzerweiterung für Fachpersonal im Gesundheits- und Sozialwesen
- Kooperation mit wissenschaftlichen Einrichtungen zur Initiierung von Untersuchungen zu spezifischen Zielgruppen und Problemen in der Migrationsforschung
- Unterstützung des Laien- und Selbsthilfepotenzials im Migrantenbereich
- Erarbeitung und Bereitstellen von Informationen in Form von Literatur, (fremdsprachigen) Materialien, Dokumentationen, wissenschaftlichen Untersuchungen etc.

Ergebnisse

Zur Analyse der gesundheitlichen und psychosozialen Situation von Migrantinnen und Migranten hat die Plan- und Leitstelle Gesundheit bisher mit verschiedenen wissenschaftlichen Einrichtungen zusammengearbeitet.

Mit dem Studiengang Public Health der TU Berlin, der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin, und der Evangelischen Fachhochschule Berlin wurden folgende Forschungsarbeiten erstellt

- Zum Umgang mit Verständigungsproblemen in der stationären Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Eine Untersuchung am Beispiel eines Akutkrankenhauses unter besonderer Berücksichtigung der ärztlichen Sicht
- Gesundheitsversorgung von Migranten und Migrantinnen in Berlin-Kreuzberg – Eine Bestandsaufnahme im Rahmen der Planung eines „Ethnomedizinischen Zentrums“

- Beratungskonzept für Migrantinnen und Migranten bezüglich der Kommunikation in Apotheken in Kreuzberg
- Interkulturelle Kompetenz in der öffentlichen Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten in Berlin-Kreuzberg
- Untersuchung zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung von Migranten in Berlin-Kreuzberg aus Sicht der niedergelassenen Ärzte
- Kommunale Gesundheitsberichterstattung zur gesundheitlichen und psychosozialen Situation von Migrantinnen und Migranten am Beispiel von Kreuzberger Daten
- Die gesundheitliche und psychosoziale Situation von Asylsuchenden am Beispiel des Bezirks Friedrichshain-Kreuzberg
- Medizinische und psychosoziale Versorgung von Migrantinnen und Migranten aus afrikanischen Ländern in Berlin
- Kommunikation in den sozialen Regeldiensten, am Beispiel des Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienstes der Jugendämter. Eine empirische Studie zum Bedarf an Sprach- und Kulturmittlern und Kulturmittlerinnen
- Interkulturelle Öffnung der medizinischen und sozialen Einrichtungen in Berlin für die Belange von Migrantinnen und Migranten durch das Unterstützungsangebot des Gemeindedolmetschdienstes
- Evaluation zum Gemeindedolmetschdienst
- Sprachliche und kulturelle Verständigung in der sozialen Regelversorgung. Eine Studie zum Bedarf an Sprach- und Kulturmittlern und -mittlerinnen im Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin

Mit dem **Arbeitskreis Migration, Integration und Gesundheit** wurde ein organisatorisches Modul geschaffen zur Konstitution des Interkulturellen Gesundheitsnetzwerkes. Unter Federführung der Plan- und Leitstelle und des Bayouma-Hauses und in Kooperation mit der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, Gesundheit Berlin e.V., gehören dem Arbeitskreis inzwischen ca. 120 Mitglieder an.

An den themenspezifischen Arbeitskreissitzungen nehmen jeweils ca. 30 – 40 Personen teil. Er setzt sich zusammen aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Wohlfahrtsverbänden, Projekten, freien Trägern, des öffentlichen Gesundheits- und Sozialwesens, der Jugendhilfe, von Kliniken, der Wissenschaft, von Krankenkassen, der Selbsthilfe sowie niedergelassenen Ärzten und Therapeuten.

Ziel des Arbeitskreises ist es, ein regelmäßiges Austausch- und Vernetzungsforum zu bieten, in dem Ansätze von Theorie und Praxis zur gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung und Gesundheitsförderung von Menschen mit Migrationshintergrund diskutiert und konkrete Projekte der Zusammenarbeit entwickelt werden.

Themen sind u. a.

- Gesundheitsförderung und Prävention mit Kindern und Familien mit Migrationshintergrund

- Migrantenspezifische Gesundheitsberichterstattung
- Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylbewerbern und Flüchtlingen sowie Menschen ohne Aufenthaltsstatus
- Psychiatrische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung
- (Chronische) Krankheiten bei Migrantinnen und Migranten
- Interkulturelle Kommunikation und Kompetenz in der Gesundheitsversorgung
- Suchtprobleme bei Migrantinnen und Migranten
- Kultursensible Altenhilfe
- (Häusliche) Gewalt bei Migrantinnen
- Kulturspezifische Sexualität.

Der Arbeitskreis gestaltet auch inhaltlich das Forum **Migration** mit beim jährlichen **Bundeskongress Armut und Gesundheit**.

Ein Projekt, das im Rahmen des Interkulturellen Gesundheitsnetzwerks konzipiert wurde, ist der **Gemeindedolmetschdienst**. Orientiert am Modell des Ethnomedizinischen Zentrums Hannover, wurden – gefördert durch das EU-Programm EQUAL – 70 Migrantinnen und Migranten zu Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittlern für den Einsatz in gesundheitlichen und sozialen Einrichtungen qualifiziert. In der 2. Förderphase, die bis Ende 2007 läuft, soll der Vermittlungsdienst in zzt. 20 Sprachen weiterentwickelt, die Inanspruchnahme erhöht, die Menschen weiter qualifiziert und die Finanzierung gesichert werden.

Eine aktuelle Erhebung der Senatsverwaltung Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz in Krankenhäusern hat ergeben, dass ca. 34.000 Berliner und Berlinerinnen jährlich sprachliche Unterstützung in der gesundheitlichen Versorgung benötigen.

Die Mitarbeiterbefragung im Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg zur sprachlichen und kulturellen Verständigung hatte u. a. zum Ergebnis, dass ca. 53 % mit der Kommunikation unzufrieden sind und den Einsatz von externen Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittlern für notwendig halten.

Als ein Bedarf wurde von den Beteiligten des Interkulturellen Gesundheitsnetzwerkes ein **Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten sowie Professionelle** formuliert zur besseren Transparenz über Angebote und Anbieter von gesundheitlichen, psychosozialen und therapeutischen Leistungen.

Hier wurde in Kooperation mit Gesundheit Berlin und dem Projekt „Patienteninfo.de“ ein Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten im Internet in verschiedenen Sprachen eingerichtet. Gleichzeitig wurden im AWO-Begegnungszentrum Internet-Schulungen in türkischer Sprache durchgeführt. Im Klinikum Am Urban wird 2-mal wöchentlich eine Internet-Beratung angeboten.

Das Bayouma-Haus hat je einen **Wegweiser** zu **Ärzten** und zu **Rechtsanwälten** mit speziellen Sprachkompetenzen erarbeitet. Ein Impfplan, Materialien zur Unfallprävention und Gesundheitsinformationen wurden in verschiedene Sprachen übersetzt und veröffentlicht.

In Kooperation mit dem Frauengesundheitsnetzwerk, dem Deutschen Ärztinnenbund, Gesundheit Berlin e.V., der Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten sowie AIDS und der Plan- und Leitstelle wurde eine **Medikamentensammlung** initiiert, die Einrichtungen bei der medizinischen Versorgung von Menschen ohne einen festen Aufenthaltsstatus und ohne Krankenversicherung mit Medikamenten unterstützt.

Durch die Beschäftigungs- und Qualifizierungsgesellschaft für Gesundheit (MUT) – wird seit ca. 3 Jahren, finanziell unterstützt durch das Bundesamt für Aussiedler, eine **Gesundheitsberatung für russischsprachige Menschen** angeboten, die ebenfalls vernetzt mit verschiedenen Einrichtungen arbeitet.

Im Rahmen des bezirklichen **Arbeitskreises „Ältere Migranten“** werden regelmäßig Themen zur interkulturellen Pflege und zu spezifischen Erkrankungen älterer Migranten behandelt.

Im Rahmen der bundesweiten **Kampagne zur Kultursensiblen Altenhilfe** haben seit Oktober 2004 verschiedene Institutionen im Bezirk Veranstaltungen, Beratungen und Informationen zum Thema durchgeführt in enger Kooperation mit dem Bundesarbeitskreis.

Spezifische **interkulturelle Gesundheitsveranstaltungen** werden neben den Regeldiensten und niedergelassenen Ärzten und Therapeuten von freien Trägern im Bezirk angeboten.

In Kooperation mit 7 türkischen und 5 weiteren Organisationen wurden vom 23. bis 26. November 2005 die türkischsprachigen **3. Türkischen Gesundheitstage** im Bezirk durchgeführt. Ca. 500 Personen nahmen an den Veranstaltungen teil.

- Im Rahmen des Vernetzungs-Arbeitskreises **Gesundheitsförderung vor und nach der Geburt** wurden spezifische Angebote für sozial benachteiligte Schwangere und junge Familien mit Migrationshintergrund entwickelt.
- 2003 und 2005 wurden zwei **Kindergesundheitskonferenzen** – mit Kinderbeteiligung – durchgeführt mit begleitenden Befragungen von Kindern, Kitas und Schulen zu der Fragestellung, wie Gesundheitsförderung in Kita, Schule und Familie gestärkt werden kann. Verschiedene Ergebnisse konnten bisher in Maßnahmen umgesetzt werden. Unterstützt vom Bundesministerium für Landwirtschaft werden in den nächsten 3 Jahren im Rahmen des Programms „Besser essen – mehr bewegen“ Migrantinnen und Migranten zu Gesundheitstrainern qualifiziert.
- Seit 6 Jahren wird das Projekt zur Kinderbeteiligung **Kiezdetektive** (siehe Beitrag 9.2.) regelmäßig mit Schulen in Gebieten mit besonderem Ent-

wicklungsbedarf durchgeführt und erreicht insbesondere Kinder mit Migrationshintergrund. Bisher nahmen ca. 500 Kinder teil.

- Am Gutachten und an den Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation für psychisch erkrankte ältere Migrantinnen und Migranten im Land Berlin wurde mitgearbeitet.
- Die Landesgesundheitskonferenz Berlin hat zum Thema „Migration und Gesundheit“ einen Arbeitskreis gebildet zur Entwicklung von Gesundheitszielen und –maßnahmen zur Unterstützung von Menschen mit Migrationshintergrund. Hier wird ebenfalls mitgearbeitet.

Schwierigkeiten und Hürden

Obwohl in den vergangenen 10 Jahren das Thema Migration und Gesundheit erhöhte Aufmerksamkeit erfahren hat und zahlreiche interkulturelle Ansätze, Projekte und Initiativen entstanden sind, gibt es noch erheblichen Handlungsbedarf, wie

- Migrantensensible, abgestimmte Datenerhebung und Berichterstattung im Gesundheits-, Sozial-, Jugend- und Bildungsbereich
- Umsetzung des Rechts auf Verständigung für Patientinnen und Patienten aller Nationalitäten in medizinischen und psychosozialen Einrichtungen
Erweiterung des Einsatzes von Sprach- und Kulturmittlerinnen/-mittlern
Sicherung der Grundfinanzierung und der organisatorischen Strukturen des Gemeindedolmetschdienstes für Berlin
- Zugänge sozial benachteiligte Menschen mit Migrationshintergrund verbessern:
Qualifizierung von Migrantinnen und Migranten als Multiplikatoren für gesundheitliche und psychosoziale Belange in ihrer jeweiligen Gemeinde
- Interkulturelle Öffnung in allen Diensten der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung sowie Fortbildungen zur interkulturellen Kompetenz in Kliniken, der öffentlichen Verwaltung, bei niedergelassenen Ärzten und Therapeuten, bei Krankenkassen und Pflegeeinrichtungen
- Schaffung bzw. Erweiterung einer berlinweiten Informations- und Transparenzplattform über Einrichtungen, Projekte und Angebote für Migrantinnen und Migranten mit Erfassung des spezifischen kulturellen und sprachlichen Hintergrundes
- Insbesondere in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung bestehen erhebliche Zugangsbarrieren. Durch mangelnde sprachliche und kulturelle Verständigung kommt es häufig zu verzögerten Diagnosen. Es fehlen muttersprachliche Fachleute. Eine kultursensible Betreuung fehlt weitgehend. Es bestehen lange Wartezeiten bis zu 3 Jahren auf einen Therapieplatz. Hier sind kultursensible Information und Beratung, Einsatz von Sprach- und Kulturmittlerinnen/-mittlern, enge Kooperation mit Migranteneinrichtungen, Angehörigen-Selbsthilfe und Schulung von Multiplikatoren notwendig.

- Bei der medizinischen Versorgung von Menschen ohne festen Aufenthaltsstatus sowie bei Problemen häuslicher Gewalt in Migrantenfamilien sind der Austausch, die Vernetzung und die Kooperation von staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen weiter zu optimieren.
Ein sicherer Zugang zur medizinischen Regelversorgung für Menschen ohne Aufenthaltsstatus und ohne Krankenversicherung muss gewährleistet werden.
- Erfassung von qualitätsgesicherten „good practice“-Ansätzen zur Gesundheitsförderung von Kindern und Familien unter Berücksichtigung des Migrationshintergrundes und des sozialen Status.
Abstimmung über erfolgreiche Gesundheitsförderungs-Programme, sowie Sicherung von Finanzierung und Übertragung in verschiedene Regionen.
- Migrantinnen und Migranten mit chronischen Erkrankungen (z.B. Rheuma, Krebs, Diabetes) und Behinderungen bedürfen einer stärkeren medizinischen, sozialen, sprachlichen und kulturellen Unterstützung.
- Weiterführung der Kampagne zur Kultursensiblen Altenhilfe in Form eines Forums (siehe Beitrag 6.3.). Für spezifische Zielgruppen, wie russische, vietnamesische, bosnische, palästinensische und afrikanische ältere Migrant(inn)en, müssen differenzierte Angebote gemacht und Zugangswege gefunden werden.

Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit des Projektes

In Städten, Stadtteilen und Gemeinden mit einem hohen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere sozial benachteiligten, stellt sich die Problematik des Zugangs zur gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung ähnlich. Hier hat sich das interkulturelle Netzwerkmodell mit vielen niedrigschwellig arbeitenden Partnern bewährt. Die Übertragbarkeit ist gut möglich, wichtig ist jedoch eine verantwortliche, kontinuierliche, neutrale Koordination und die politische Unterstützung.

10. Kommunikation/Verständigung

10.1. Gemeindedolmetscherdienste als Beitrag zur Integration von Migranten¹ in das regionale Sozial- und Gesundheitswesen – das Modell des Ethno-Medizinischen Zentrums

Ramazan Salman

1. Allgemeine Übersicht zu Gemeindedolmetscherdiensten und ihrer Arbeitsweise

Menschen aus anderen Ländern erweitern zunehmend das kulturelle und sprachliche Spektrum der Patienten und Mitarbeiter im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen. Immigrations- und Integrationsprozesse fordern unsere Gesellschaft als Ganzes und so auch das Sozial- und Gesundheitswesen und deren Akteure in besonderem Maße heraus. Missverständnisse erfolgen aus sprachlichen und kulturellen Gründen und erschweren Sozialanamnese, Diagnose und Therapie. Sie führen zu Unsicherheiten und Vertrauensvorbehalten und können zu unüberbrückbaren Hürden in beratenden und therapeutischen Prozessen werden und so auch gesellschaftliche Integrationsbemühungen ad absurdum führen. Ohne Sprache sind alle weiteren Fragen, wie unterschiedliche beiderseitige Erwartungen, Zielvorstellungen, Vorurteilsstrukturen und Informationsdefizite, die für Migranten zu einer eingeschränkten Inanspruchnahme präventiver, kurativer und rehabilitativer Angebote und Leistungen führen, schlichtweg nicht zu besprechen.

Um die sprachliche Verständigung im Sozial- und Gesundheitswesen zu unterstützen, sind in den letzten Jahren nach Vorbildern in den Niederlanden (Drenthen 2000), Großbritannien und Skandinavien („community interpreter services“) auch in Deutschland regionale so genannte „Gemeindedolmetscherdienste“ entstanden. Unter Gemeindedolmetschern werden Migranten verstanden, die zu Experten für soziale Kommunikation ausgebildet sind. Als »Brücke zwischen den Kulturen« sollen sie helfen, zwischen dem Sozial- und Gesundheitswesen auf der einen und den Migranten auf der anderen Seite sprachliche sowie kulturelle Verständigung und effektive Hilfe zu ermöglichen (Salman 2001). Mit Hilfe sozial und medizinisch geschulter professioneller und semiprofessioneller Dolmetscher soll nach einheitlichen Kosten- und Qualitätsstandards die Verständigung im Bereich sozialer, medizinischer und therapeutischer Versorgung im Sinne der Chancengleichheit verbessert werden (Salman 2001).

Der erste öffentliche medizinische Gemeindedolmetscherdienst wurde vor 15 Jahren in Hannover, finanziert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, vom Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. (EMZ), kurz Zentrum genannt, aufgebaut (Heise, Collatz, Machleidt

¹ In diesem Text sind bei Verwendung der männlichen Form der Substantive Migranten, Dolmetscher etc. grundsätzlich immer männliche und weibliche Personen gemeint.

& Salman 2000). In der Region Hannover können die öffentlichen Sozial- und Gesundheitsdienste bei Bedarf im Zentrum einen Gemeindedolmetscher anfordern oder eine Fortbildung für den effektiven Einsatz von Gemeindedolmetschern bestellen. Der hier modellhaft vorgestellte Gemeindedolmetscherdienst in Hannover deckt mit 161 Dolmetscherinnen und Dolmetschern ein Spektrum von über 50 Sprachen ab. Ein Vermittlungsservice sendet einen vom Zentrum speziell für den sozialen und medizinischen Bedarf ausgebildeten Dolmetscher, schreibt die Rechnung, evaluiert den Einsatz und berät die beteiligten Akteure zu einem professionellen qualifizierten und ökonomischen Dolmetschereinsatz.

Im Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. werden bis heute in einem Radius von 70 km Gemeindedolmetscher vermittelt. Die Auswertung von 1167 Dolmetschereinsätzen (1330 Stunden) im Zeitraum Mai 2004 bis Mai 2005 ergab, dass durch den Gemeindedolmetscherdienst in Hannover insgesamt 54 Sprachen und Dialekte abgedeckt werden. Der Einsatzort der Dolmetscher verteilte sich auf Landeskrankenhäuser (659), medizinische Begutachtungsgespräche in Versicherungsanstalten (238), Kommunale Sozialdienste (81), Krankenhäuser (78), Behörden (44), Beratungseinrichtungen (37), soziale Einrichtungen (15), Arztpraxen (5) und auf sonstige Auftraggeber (10). Es kamen hierbei 89 der insgesamt 161 vom Zentrum in speziellen Kursen mit einem Umfang von 60 Stunden Unterricht geschulten Fach- und Laiendolmetscher zum Einsatz.

Enge Kooperationsbeziehungen unterhält das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. zum Bayrischen Zentrum für transkulturelle Medizin e.V., welches vor sieben Jahren in München ebenfalls einen Gemeindedolmetscherdienst, stark orientiert am Vorbild des EMZ Hannover, aufgebaut hat – finanziert durch das Sozialministerium der Bayerischen Staatsregierung und das Sozialreferat der Stadt München (Hegemann 2002). Die Zusammenarbeit konzentriert sich auf die Entwicklung von einheitlichen Standards in der Auswahl, Finanzierung, Qualität des Dolmetschens und Ausbildung von Gemeindedolmetschern. Enge Zusammenarbeit findet auch in der Evaluation und beim Aufbau einer einheitlichen Vermittlungslogistik statt.

In München wurden die Dolmetschereinsatzdaten im Zeitraum Januar bis Dezember 2005, die eine Gesamtübersetzungsstundenzahl von 2801 ergaben, ausgewertet. Hier waren häufigste Einsatzorte Gemeinschaftsunterkünfte von Flüchtlingen und Aussiedlern (24 %), Sozialbürgerhäusern (20 %), Kinder- und Jugendhilfedienste (16 %), allgemeine Sozialhilfedienste, Beratungsstellen und Flüchtlingshilfen (16 %), Frauenhilfe (12 %), Kinder- und allgemeine Krankenhäuser, Psychatrien (8 %) und Sonstige (4 %). Dem Bayrischen Zentrum stehen etwa 110 gemeinsam mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum speziell geschulte Gemeindedolmetscher zur Vermittlung zur Verfügung.

Die Kliniken und Beratungsstellen in der Region Hannover und in München werden regelmäßig über die Notwendigkeit und den rechtlichen und sozialen Hintergrund von Dolmetschereinsätzen informiert. Die Gemeindedolmetscher arbeiten nach einheitlich festgelegten Tarifen, deren Höhe die Einrichtungen

durchaus motivieren, Dolmetschereinsätze zu finanzieren. Die Arbeit der Dolmetscher wird ständig von Fortbildungen und Qualitätssicherung begleitet. Die Einrichtungen schätzen die Möglichkeit, kurzfristig ohne größeren Verwaltungsaufwand und mit einer planbaren Kostensicherheit auf einen Dolmetscher zurückgreifen zu können.

In die Zusammenarbeit der ersten beiden Gemeindedolmetscherdienste in Hannover und München reihten sich später auch das Deutsche Rote Kreuz in Bielefeld, das Büro für Migrationsfragen der Stadt Braunschweig, Gesundheit Berlin e.V. und das Schnittstellenprojekt Hamburg/Schnelsen im Kinder- und Familienzentrum (KiFaZ) ein. Die Gemeindedolmetscherprojekte in Bielefeld, Braunschweig und Berlin haben zunächst Migranten nach dem Modell in Hannover ausgebildet und werden aller Voraussicht nach in Zukunft entsprechende lokale Vermittlungsdienste aufbauen. Das KiFaZ in Hamburg baut seit 2001 einen stadtteilorientierten Gemeindedolmetscherdienst auf, der ehrenamtlich tätige Gemeindedolmetscher fortbildet und dann hauptsächlich in der Sozialbetreuung und bei Arztbesuchen einsetzt. Dieser Dienst realisierte von September 2001 bis Juni 2003 über 1000 Stunden (schriftliche und mündliche) Übersetzungsdienste, am häufigsten im Rahmen von Arztbesuchen, Behördenangelegenheiten und im schulischen Bereich. Die hier beschriebene Zusammenarbeit ist zumindest in Bezug auf die Ausbildungskonzepte und Inhalte recht gut entwickelt und standardgebend. Unabhängig davon sind vergleichbare Angebote gegenwärtig beispielsweise in Aachen, Bremen, Kassel, Kiel und Leipzig in Entwicklung oder Planung.

In der Hamburger Universitätsklinik und im Schwabinger Krankenhaus in München konnten in den letzten zehn Jahren umfassende Erfahrungen – hier allerdings beschränkt auf den klinikinternen Bereich – mit klinikinternen Dolmetscherdiensten gesammelt werden. Im Hamburger Projekt wurden externe, sprachlich versierte Migranten zu medizinisch versierten Dolmetschern fortgebildet, die dann gegen Honorar in die Klinik bestellt werden konnten. In München wurden interne, sprachlich versierte Mitarbeiter (Krankenpfleger) fortgebildet, die bei Bedarf in die einzelnen Abteilungen als Dolmetscher vermittelt werden (können).

Weitere Projekte, Konzepte, Ideen und Angebote können hier leider aus Platzgründen nicht weiter dargestellt werden. Die beschriebenen Beispiele belegen eindeutig den Bedarf in Kliniken, bei Sozialdiensten, Ämtern, Justizeinrichtungen, Beratungsstellen, bei der Polizei, in Schulen und vielen weiteren Einrichtungen, in denen die Gemeindedolmetscher eingesetzt werden (könnten).

In Deutschland bereitet es zudem keine Schwierigkeiten, ausreichend geeignete kompetente Personen – zumeist mit Migrationshintergrund – als Gemeindedolmetscher, Übersetzer und Kulturvermittler anzuwerben und zu motivieren. Es gibt schon jetzt zahlreiche curriculare Grundlagen für mehrtägige, mehrwöchige und mehrmonatige Fortbildungen und Ausbildungen für Gemeindedolmetscher, die sich bereits bewährt haben und auf denen ein professioneller Standard, der im allgemeinen unter dem Begriff „Gemeinde-

dolmetschen“ (engl. community interpreting) subsumiert wird (Salman 2001), aufgebaut werden kann. Einheitliche Kostenstrukturen und -standards entstehen zwar nur langsam, aber auch in diesem Bereich können nachhaltige Entwicklungen erwartet werden. Zusammenfassend lässt sich formulieren, dass die bereits erfolgreich arbeitenden Akteure nun von den politisch und rechtlich Verantwortlichen erwarten können, dass auch diese einen Beitrag zur Verbesserung der Lage leisten.

2. Darstellung von Aspekten mit besonderem Gewicht – konzeptionelle Grundlagen

Der Einsatz von Gemeindedolmetschern hilft in erster Linie, die Interessen von Flüchtlingen und Aussiedlern, einer Personengruppe, die häufig besonders belastet und benachteiligt ist, zu berücksichtigen und erhöht ihre Chancen auf gesundheitliche Sicherung und Förderung. Darüber hinaus handelt es sich dabei um ein neues Arbeitsfeld für Migranten mit entsprechendem Tätigkeits- oder Berufsprofil. Gemeindedolmetscher haben über das genaue Übersetzen hinaus die Aufgabe, den Professionellen kulturelle Hintergründe der Klienten zu vermitteln und sie zur Reflexion anzuregen, damit die fachlichen Aufgaben, die Vorgehensweisen von Einrichtungen und die kulturellen Sichtweisen aller Beteiligten besser in Einklang gebracht werden können. Dies können nur Dolmetscher leisten, die kompetent kulturelle Aspekte aufmerksam beachten und diese in einer für beide Seiten akzeptablen Weise mitteilen können (Salman, 2001). Dazu ist es erforderlich, das Dolmetschen und Interpretieren deutlich von einander zu trennen.

Um das Dolmetschen über das Niveau familiärer Hilfe und freundschaftlicher Unterstützung hinaus auf einen fachlich hohen Standard zu bringen, ist es erforderlich, sprachkompetenten Personen ein Methodenrepertoire zu vermitteln, welches inhaltlich, formal und stilistisch Missverständnisse minimiert – auch dann, wenn emotional betrachtete Themen wie Tod, Trauer oder Sexualität zur Sprache kommen (Salman 2001). Die gute Beherrschung beider Sprachen und die Vertrautheit mit den lokalen Arbeitsabläufen sind dazu erforderlich, aber allein nicht ausreichend.

Zur interkulturellen Verständigung ist das rein sprachliche Verstehen eine notwendige, aber bei Weitem keine ausreichende Voraussetzung. Kulturell unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, von gesellschaftlichen und familiären Rollen sowie von Sinn und Zweck gesundheitlicher und psychosozialer Einrichtungen führen nicht nur im Umgang mit Migranten und ethnischen/kulturellen Minderheiten zu Missverständnissen, welche die Behandlungsergebnisse verschlechtern und für viele eine strukturelle Zugangsbarriere darstellen. Daher ist es neben der Schaffung guter Rahmenbedingungen und dem Angebot von Sprach- und Übersetzungshilfen erforderlich, die interkulturelle Kompetenz aller Mitarbeiter kontinuierlich zu erweitern, denn die Mehrzahl der Mitarbeiter in Krankenhäusern wie auch in anderen Einrichtungen fühlen sich „fremd“ im Umgang mit „Fremden“. Es besteht daher ein hoher Bedarf an gezielten Fort- und Weiterbildungsmög-

lichkeiten (hierzu bieten u.a. das Ethno-Medizinische Zentrum in Hannover und das Bayerische Zentrum für Transkulturelle Medizin in München Tagungen, Seminare, und Vorträge an).

Öffentlich finanzierte Gemeindedolmetscher und entsprechende zentrale Vermittlungsdienste eignen sich gut, die Kompetenzlücke zwischen Angebot und Nachfrage im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen zu schließen. Der professionelle und gezielte Einsatz von Gemeindedolmetschern ist hierbei ein Mittel zur Ausgestaltung von Integrationsprozessen, welches hilft, die Interessen von Migranten, Flüchtlingen und Aussiedlern wahrzunehmen und zu berücksichtigen. Zudem beschreibt dieser Ansatz – wie bereits erwähnt – auch ein völlig neues Arbeitsfeld für Migranten.

Grundzüge der Arbeitsweisen und Arbeitsinhalte von Gemeindedolmetscherdiensten sind in den Ausbildungskursen – vor allem in Hannover und in München – bereits gelegt. Die Fach- und Laiendolmetscher werden von den Zentren fachspezifisch in Kursen mit einem Umfang von 60 Unterrichtsstunden geschult. Darin erlernen sie Grundzüge sozialer, medizinischer und psychologischer Terminologien und erwerben, zusätzlich zu dem bei ihnen bereits vorhandenen kulturellen Wissen, Kenntnisse über soziokulturelle Bedeutungszusammenhänge. In Zusammenarbeit mit den Psychiatrien und Gesundheitsdiensten der jeweiligen Regionen werden sie auf ihre gewünschte bzw. unerwünschte co-therapeutische Funktion hingewiesen. Sie lernen, sich abzugrenzen und trainieren, neutral zu sein. So helfen sie Patienten und Therapeuten, Zugang zueinander zu finden.

Als bedeutsam hat sich in der Praxis jedoch auch erwiesen, dass das Fachpersonal seinerseits Kenntnisse benötigt, wie sachgerecht mit einem Dolmetscher gearbeitet werden kann. So sollte z. B. an einen Dolmetscher nicht die dem Therapeuten obliegende Verantwortung delegiert werden. Vielmehr sollte der Dolmetscher dazu beitragen, dass Therapeuten ihrer Verantwortung gerecht werden. Er ist das Sprachrohr der Beteiligten und sollte unter keinen Umständen eigene Gespräche mit dem Patienten führen oder zu solchen animiert werden. Deshalb führen das Ethno-Medizinische Zentrum und das Bayrische Zentrum für transkulturelle Medizin auch Kurzseminare zum fachgerechten und effektiven Einsatz von Dolmetschern für das Personal der Fachdienste und Kliniken durch.

3. Handlungsempfehlungen für die Arbeit mit Dolmetschern in der Psychiatrie

Das Gelingen eines guten, verständlichen und effektiven Gesprächs zwischen Patienten, Dolmetschern und Heilern in professionellen Zusammenhängen (translingualer Dialog) basiert auf methodischen Konzepten. Der translinguale Dialog erfordert – ebenso wie eine therapeutische oder Beratungssitzung – Planung, Ziel, Methode, Konzept und Auswertung.

Um ein fachlich angemessenes Dolmetschen garantieren zu können, sollte mit dem Dolmetscher ein Vorgespräch geführt werden (bewährt haben sich ca. fünfminütige Vorgespräche), in dem die bisherigen Erfahrungen mit dem

Klienten dargestellt werden und das Ziel des Gesprächs vorgestellt wird. Dies ermöglicht, sich auf zu erwartende Schwierigkeiten vorzubereiten. Von gleicher Bedeutung ist das Nachgespräch, in dem sich die Fachkräfte nach der Verabschiedung des Klienten kulturell fremde Themen und Verhaltensweisen vom Dolmetscher erklären lassen können. Dies erleichtert es, sich abzugrenzen, eigene Übertragungen zu vermeiden und eine Haltung der Neutralität aufrecht zu erhalten.

Es ist wichtig, in dem Übersetzungsgespräch mit den Patienten/Klienten möglichst konsekutives Dolmetschen zu praktizieren. Die Betroffenen sollten ca. einen bis vier Sätze sprechen, die dann vom Dolmetscher bzw. der Dolmetscherin genau übersetzt werden.

Es sollte darauf geachtet werden, dass Dolmetscher nicht zusammenfassend oder selektiv übersetzen, also das Gesagte in irgend einer Weise selektieren oder verändern.

Die Betroffenen (auf der einen Seite z. B. Berater und Therapeuten und auf der anderen Seite Klienten und Patienten) nutzen die Dolmetscher, um durch sie zu dem Gegenüber zu sprechen. Die Sprache ist klar, frei von Redewendungen oder frei von Humor/Slang und möglichst auch von überflüssigen Fremdworten zu halten, da diese für die Dolmetscher nur schwer übertragbar sind. Die direkte Rede und das direkte Sprechen der Betroffenen zueinander sind wichtig.

Die Dolmetscher sollten eher „unsichtbar“ sein und haben lediglich die Rolle des „Sprachrohrs“. Also sollten Berater oder Therapeuten direkt zum Klienten/Patienten sprechen und ihn ansehen, selbst wenn Dolmetscher gerade sprechen/übersetzen. Der direkte Augenkontakt zwischen Beratern/Therapeuten und Klienten/Patienten ist wichtiger, als der Augenkontakt zwischen Dolmetschern und den anderen Beteiligten.

Gerade zu Beginn des Dolmetschgesprächs sollte nicht vergessen werden, alle Beteiligten zu begrüßen, sie vorzustellen und die Rollen festzulegen. Alle Beteiligten sind auf die Schweigepflicht hinzuweisen.

Bei längeren Gesprächen sollten Berater oder Therapeuten von Zeit zu Zeit in regelmäßigen Abständen Gesprächsetappen zusammenfassen und übersetzen lassen, damit die Klienten/Patienten nicht ermüden und den Überblick nicht verlieren, denn durch Dolmetschen verlängern sich Gespräche über das normale Maß hinaus.

Der Einsatz von Verwandten und Freunden des Klienten ist gerade aus Gründen der Neutralität eher als problematisch anzusehen. Außerdem haben sich der Einsatz möglichst gleichgeschlechtlicher Dolmetscher und die Auswahl eines Dolmetschers mit möglichst geringem Altersunterschied zum Patienten bewährt. Auch Kontinuität in den Gesprächsbeziehungen durch den Einsatz von Dolmetschern, mit denen bereits positive Erfahrungen erzielt wurden, ist sinnvoller als ständig wechselnde Dolmetscher innerhalb einer Beratung oder Therapie. Dolmetscher, die neben ihren Sprachkenntnissen nicht über ausreichendes zusätzliches Hintergrundwissen verfügen, erschweren Thera-

pieprozesse (Salman 2001). Regelmäßig eingesetzte Gemeindedolmetscher sollten in den Institutionen, in denen sie häufig tätig werden, möglichst angemessen in die Supervision, Intervision und Teamsitzungen (zumindest gelegentlich) einbezogen werden, damit eine gemeinsame Abstimmung und Qualität wachsen können.

Außerdem hat es sich bewährt, bei der Auswahl von Dolmetschern auf solche Personen zuzugehen, für die kulturelle Vielfalt zu einer lebensgeschichtlichen Selbstverständlichkeit gehört, denn als „Brücke zwischen den Kulturen“ zu fungieren ist nur dann möglich, wenn eine Person zu beiden beteiligten Kulturen eine ausgewogene Haltung annehmen kann. Begünstigt wird dadurch auch die meistens vorausgesetzte neutrale bzw. parteilose Haltung der Dolmetscher.

Vieles spricht dafür, in die Arbeit im Gesundheitswesen (u. a.) Gemeindedolmetscherdienste einzubeziehen. Sie kennen die ethischen Grundsätze, nämlich wörtlich sowie inhaltlich genau, kommentarlos und unparteiisch zu übersetzen und sich an die Schweigepflicht zu halten. Dolmetscherdienste, wie sie oben beispielhaft erwähnt wurden, achten darauf, ob Dolmetscher für spezielle Fachgebiete oder in Bezug auf Geschlecht bzw. Alter für einen bestimmten Einsatz geeignet sind. Vertrauen und Respekt wachsen durch kontinuierliche Zusammenarbeit, in der beide Seiten gemeinsam Erfahrungen sammeln und dazulernen können.

4. Schwierigkeiten und Hürden: zu Rolle, Aufgaben und Auswahl von Dolmetschern

Soziale und gesundheitliche Fachdienste beteiligen bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten häufig ausländische Reinigungskräfte, Familienangehörige oder Freunde sowie engagierte Landsleute der Patienten als „Helfer in der Not“. Dieses Vorgehen führt jedoch zu einer ganzen Reihe von Schwierigkeiten. Anders als professionelle Dolmetscher sind kostenlose ehrenamtliche Helfer und Reinigungskräfte nicht an die Schweigepflicht gebunden. Der Einsatz eines professionellen bzw. versierten Dolmetschers spart Zeit, erhöht die Chancen einer erfolgreichen therapeutischen Intervention und schafft bei den Patienten Vertrauen.

Für Dolmetscher ist es eine anspruchsvolle Aufgabe, einen Puffer zwischen interdependenten Erwartungen und Vorstellungen der an Übersetzungssituationen beteiligten Akteure zu bilden. So sind beispielsweise in der Psychiatrie Aspekte wie Co-Abhängigkeit, Co-Therapie oder professionelle Umgangsweisen mit bestimmten Störungen von besonderer Bedeutung, denn hier sind neben sprachlichen auch nicht unwesentliche Kenntnisse über Therapieansätze und Therapieverläufe oder über psychiatrische Arbeitsweisen erforderlich.

Festzustellen bleibt jedoch, dass viele dieser Erwartungen und Forderungen dem Dolmetscher insgesamt eine erhebliche Verantwortung zuweisen, obwohl diese eigentlich bei der jeweiligen medizinischen oder sozialen Fach-

kraft verortet werden müsste. Deshalb ist es erforderlich, dass auch Fachpersonen Kenntnisse über den professionellen Umgang mit Dolmetschern erwerben (was u. a. auch bei o.g. Institutionen möglich ist). An Dolmetscher professionelle Verantwortlichkeiten zu delegieren, bewährt sich nur selten. Die genuine Aufgabe von Dolmetschern ist es, „Sprachrohr“ der Beteiligten zu sein und nicht eigene Gespräche oder Kontakte mit Patienten zu führen.

Ein Dolmetscher kann nicht zugleich übersetzen, als Sozialarbeiter oder Pfleger tätig sein und selbstständig innerhalb von Hilfeleistungsprozessen agieren. Dolmetscher und Klienten oder Patienten werden durch das „Delegationsprinzip“ überfordert. Dolmetscher werden in der Regel lediglich auf sprachliche und eher nicht auf therapeutische oder Kompetenzen der Sozialarbeit zurückgreifen können. Letztere müssen von den behandelnden oder betreuenden Fachpersonen mitgebracht und eingebracht werden, denn das sprachliche Übersetzen ist eine Sekundärkompetenz. Es obliegt den auftraggebenden Fachkräften oder Institutionen, durch sachgerechten Umgang, konzeptionell und methodisch fundiert einen erfolgreichen Gesprächsverlauf sicherzustellen – den Dolmetschervermittlungsdiensten obliegt es, durch Training und Supervision die Qualität der Sprach- und Kulturvermittlung zu garantieren.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Dimension der Neutralität, die für alle Dolmetscher eine besondere psychische und ethnische Herausforderung darstellt. Nicht selten solidarisieren sie sich mit Landsleuten und geraten so in die Rolle eines Koalitionspartners, der die Rechte des Klienten oder Patienten zu verteidigen hat. Geschulte Gemeindedolmetscher sind in der Regel in der Lage, sich abzugrenzen, eigene Übertragungen zu vermeiden und neutral zu sein (Drenthen 2000).

5. Bewertung von Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung und Übertragbarkeit

Weder durch öffentliche Haushalte noch durch Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens werden in Deutschland bisher ausreichende finanzielle Mittel bzw. Etats bereitgestellt, um den tatsächlichen Bedarf an Dolmetschern abzusichern. Dies mindert beim Zugriff auf öffentliche gesundheitliche oder soziale Dienstleistungen die Chancengleichheit für Migranten. Darüber hinaus erschwert es Medizinern und Beratern, den nicht Deutsch sprechenden Klienten und Patienten alle Regelversorgungsangebote integrativ und qualitätsgerecht zugänglich zu machen.

In Zukunft wird es nötig sein, die bisherigen (oben beschriebenen) erfolgreichen und maßgebenden Erfahrungen der Gemeindedolmetscherdienste in Hannover (Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.) und München (Bayrisches Zentrum für transkulturelle Medizin e.V.) auszuwerten und das entstandene konzeptionelle und methodische Inventar weiterzuentwickeln und zu vereinheitlichen. Wir benötigen flächendeckende Konzeptionen und Standards des Gemeindedolmetschens, entsprechende Ausbildungs- und Prüfungsrichtlinien, Honorarordnungen und Qualitätsstandards der sprachlichen Verständi-

gung im Sozial- und Gesundheitswesen. Hierzu zählen u. a. klare Richtlinien darüber, wann konkret der Einsatz eines professionellen Dolmetschers notwendig und verpflichtend ist und in welchen Kontexten Klienten/Patienten sowie Fachkräfte einen Anspruch auf deren Finanzierung haben. Bisherige Erfahrungen verdeutlichen auch, dass es notwendig ist, eine gute Vernetzung und Logistik zu entwickeln. Es ist wichtig, hierbei auf Dolmetscher zugreifen zu können, die nach einer einheitlichen, öffentlich festgelegten Gebührenordnung arbeiten, wie sie für die Justiz bereits vorliegt.

Öffentliche, staatlich finanzierte Dolmetscherzentren wie die in Hannover und München könnten dazu führen, unsere medizinischen Angebote inter- bzw. transkulturell und multilingual weiter zu entwickeln. Ihre Einbindung in die soziale und medizinische Versorgung der jeweiligen Region kann beider Qualität, Funktionalität und Optimierung sichern. Solchen Dolmetscherzentren wären auch Aufgaben der Qualitätssicherung, Kostenkontrolle und Ausbildung zu übertragen, um einen einheitlichen Standard zu gewährleisten. Zur Verbesserung des Versorgungsstandards einer bestimmten Region ist es erforderlich, eine größtmögliche Breitenwirkung zu erzielen, ein Konzept, das wiederum auf Vernetzung, Anregung und Austausch möglichst vieler Einrichtungen des Gesundheits- und psycho-sozialen Sektors abzielt. Dolmetscherdienste, die sich an diesem Ziel orientieren, beschränken ihren Service daher nicht auf eine einzelne Einrichtung. Ein Dolmetscher-Service sollte einfach und kundenorientiert allen Interessierten staatlichen bzw. öffentlichen Organisationen zur Verfügung stehen, um so einen konzeptionellen Beitrag zur Integration von Migrantinnen und Migranten in kommunale Regeldienste und Angebote zu fördern.

Die rechtlichen Grundlagen für das Gemeindedolmetschen sollten in einer Expertise erfasst werden – unter Berücksichtigung des Arztrechts, der Schweigepflicht, des Sozial-, Familien-, Kinder- und Jugendrechts, des Ausländerrechts, des Datenschutzrechts, des Versicherungsrechts, des Zeugen- und Sachverständigenrechts sowie unter Berücksichtigung von Haftungsfragen. Es müssen Verhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen über die Finanzierung von Dolmetscherleistungen bei ambulanter Versorgung geführt werden. Die Entwicklung von Qualifikationsprofilen, ethischen Grundprinzipien sowie entsprechenden Qualitätsstandards für das neue Arbeitsfeld „Gemeindedolmetschen im Gesundheitswesen“ ist notwendig.

Hochentwickelte und spezialisierte soziale medizinische Gemeindedolmetscherdienste in vielen europäischen Ländern zeigen, dass öffentlich finanzierte, qualifizierte Dolmetscher eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme sozialer und medizinischer Infrastrukturen im Sinne der Chancengleichheit ermöglichen.

Zusammenfassung

Öffentliche, staatlich finanzierte Dolmetscherzentren – wie die Gemeindedolmetscherzentren des Ethno-Medizinischen Zentrums in Hannover und des Bayrischen Zentrums für transkulturelle Medizin in München könnten dazu

führen, medizinische Angebote interkulturell und multilingual weiter zu entwickeln. Ihre Einbindung in die soziale und medizinische Versorgung der Regionen kann durch den Einsatz von sozial und medizinisch geschulten Gemeindedolmetschern helfen, auch die Interessen von besonders belasteten und benachteiligten Migranten, Flüchtlingen und Aussiedlern zu berücksichtigen. So erhöhen sich einerseits deren Chancen auf gesundheitliche Sicherung und Förderung und andererseits kann auf diese Weise dazu beigetragen werden, die Qualität und Funktionalität der medizinischen-sozialen Versorgung für alle zu optimieren.

Aufgaben der Qualitätssicherung, Kostenkontrolle und Ausbildung für das Gemeindedolmetschen wären dabei den Dolmetscherzentren zu übertragen, damit ein einheitlicher Standard gewährleistet werden kann.

Das Spektrum an Verständigungshilfen im Sozial- und Gesundheitswesen ist insgesamt breit gefächert, es reicht von unterschiedlich konzipierten lokalen Dolmetscherdiensten, mehrsprachigen Informationsbroschüren und Gesundheitswegweisern bis hin zu Internetangeboten zum besseren Verständnis von Sozialinformationen bzw. der Aufklärung über Krankheiten und entsprechende Versorgungsangebote. Gleichzeitig bleibt festzuhalten, dass die Angebote und Konzepte bezüglich der Qualitätsstandards, Reichweite, Finanzierung und Nachhaltigkeit uneinheitlich sind. Bundesweite Grundlagen liegen nicht vor, der tatsächliche Bedarf ist noch nicht verifiziert und eine Kosten-Nutzen-Analyse wurde bisher nicht vorgenommen. Sprachliche Unterstützung durch Dolmetscher ist gerade im Gesundheitswesen – auch trotz der seit 2005 angebotenen Integrationskurse nach dem Zuwanderungsgesetz – unverzichtbar, weil man bei Zugewanderten gerade in der ersten Zeit und bei akuten gesundheitlichen Problemen noch keine ausreichenden Sprachkompetenzen in diesem speziellen Bereich voraussetzen kann.

Literatur

- [1] Drenthen, G. (2000): Migration und Gesundheit – Lösungsansätze in den Niederlanden. In: Gardemann, J.; Müller, W.; Remmers, A. (2000): Migration und Gesundheit. Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation und Handbuch anlässlich einer Arbeitstagung, gefördert im Rahmen des Kooperationsprogramms der Bundesrepublik Deutschland mit der WHO. Düsseldorf.
- [2] Hegemann, T. (2002): Das Bayrische Zentrum für Transkulturelle Medizin e.V. in München. In: Hegemann, T.; Lenk-Neumann, B. (Hrsg.): Interkulturelle Beratung – Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung. Berlin.
- [3] Heise, T.; Collatz, J.; Machleidt, W.; Salman, R. (2000): Das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover und die Medizinische Hochschule Hannover im Rahmen der transkulturellen Gesundheitsversorgung. In: Heise, Th. (Hrsg.): Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Berlin.
- [4] Salman, R. (2000): Der Einsatz von (Gemeinde-) Dolmetschern im Sozial- und Gesundheitswesen als Beitrag zur Integration. In: Gardemann, J.; Müller, W.; Remmers, A. (2000): Migration und Gesundheit. Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation und Handbuch anlässlich einer Arbeitstagung, gefördert im Rahmen des Kooperationsprogramms der Bundesrepublik Deutschland mit der WHO. Düsseldorf.

- [5] Salman, R. (2001): Sprach- und Kulturvermittlung. Konzepte und Methoden der Arbeit mit Dolmetschern in therapeutischen Prozessen. In: Hegemann, T.; Salman, R. (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie – Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn.
- [6] Zimmermann, E. (2000): Kulturelle Missverständnisse in der Medizin: Ausländische Patienten besser versorgen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

10.2. Der Hausinterne Dolmetscherdienst im Städtischen Klinikum München

Elisabeth Wesselman

Am 1. Januar 2005 fusionierten die fünf Krankenhäuser der Landeshauptstadt München Bogenhausen, Neuperlach, Harlaching, Schwabing und Thalkirchner Straße sowie drei Betriebe (Institut für Pflegeberufe, Textilservice und Blutspendendienst) zum Städtischen Klinikum München GmbH. Mit 3 500 Betten, 260 tagesklinischen Plätzen und 8 500 Mitarbeitern ist das neue Großklinikum der größte Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen im süddeutschen Raum. Knapp ein Drittel aller Patienten im Großraum München wird hier kompetent und umfassend versorgt.

Da München eine der Städte ist, die im Bundesvergleich den höchsten Ausländeranteil haben, – etwa 30 % der Einwohner verfügen über Migrationshintergrund – hat die Versorgung von nichtdeutschen Patienten einen hohen Stellenwert. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden und eine migrationsfreundliche Angebotsstruktur in allen Kliniken zu entwickeln, hat die Leitung der Städt. Klinikum GmbH auf Geschäftsführungsebene im Bereich Strategie und Planung das Fachreferat „Interkulturelle Versorgung“ eingerichtet.

Es gibt gute Ausgangsbedingungen, auf die sich die Arbeit des neu geschaffenen Fachreferats beziehen kann. Vor allem bezüglich des Klinikums Schwabing kann von einer interkulturellen Öffnung gesprochen und auf positive Erfahrungen und Praxismodelle zurückgegriffen werden. So erhielt 2002 das ehemalige Städtische Krankenhaus München Schwabing im Rahmen eines bundesweiten Wettbewerbs einen Preis „für vorbildliches Engagement bei der Integration von Zuwanderern“ von Bundespräsident Rau.



Grundlage und Ausgangspunkt der migrationspezifischen Anstrengungen und Verbesserungen im Krankenhaus Schwabing war die Installierung eines „Hausinternen Dolmetscherdienstes“ 1995. Mittlerweile kann nicht mehr von einem Projekt gesprochen werden, sondern von einer Angebotsstruktur, die sich bestens bewährt hat und mittlerweile von großen Kliniken in Ludwigshafen, Frankfurt, Kassel, Bad Hersfeld, Duisburg und Pforzheim übernommen wurde. In letzter Zeit gibt es dazu auch vermehrt Anfragen aus Österreich, wo der Oberösterreichische Gewerkschaftsbund an einem Modellprojekt „Hausinterner Dolmetscherdienst“ für Kliniken nach dem Vorbild des „Hausinternen Dolmetscherdienstes“ des Städtischen Klinikums München arbeitet.

Grundsätze des „Hausinternen Dolmetscherdienstes“

- Die Übersetzungsleistung der hausinternen Dolmetscher ist eine freiwillige Leistung von Mitarbeitern.
- Dolmetscher sind Mediatoren/Brückenbauer hinsichtlich Kommunikation, medizinischer Information und kultureller Unterschiede zwischen Patienten/Angehörigen und Krankenhaus.
- Mitarbeitern des Hausinternen Dolmetscherdienstes dürfen durch ihre Tätigkeit keine Nachteile entstehen.
- Dolmetscher sind Mitarbeiter, die über eine pflegerische oder medizinische Grundausbildung verfügen.
- Dolmetscher sind für Übersetzungen zuständig, nicht jedoch für alle Probleme, die im Bereich der interkulturellen Versorgung von Patienten anfallen.
- Dolmetscher werden geschult und jederzeit von ihrer Leitung unterstützt.
- Dolmetscher genießen die Wertschätzung der gesamten Klinik.

Durch den Einsatz eines Hausinternen Dolmetscherdienstes sind in der stationären Versorgung von Patientinnen und Patienten folgende Verbesserungen möglich:

Dolmetscher unterstützen die Behandlung und Versorgung nichtdeutscher Patienten durch

- eine verbesserte Erhebung ärztlich wichtiger Daten und Symptome,
- eine gezielte und für den Patienten verständliche Information,
- eine vertrauensvollere Arzt-Patienten-Beziehung und
- eine größere Akzeptanz hinsichtlich Therapie und gesundheitsgerechtem Verhalten.

Folglich können folgende Problematiken in der stationären Versorgung von Migrantinnen und Migranten besser angegangen werden:

- Fehl-, Über- und Unterversorgung in der Behandlung von Migranten abgebaut,
- Reibungen im Behandlungsprozess minimiert,
- gezieltere und effektivere Therapieerfolge erreicht bei
- ökonomisch vorteilhafteren Handlungsweisen.

Organisatorische Regelungen

Die Mitarbeiter des Hausinternen Dolmetscherdienstes arbeiten in einem strukturierten Organisationskonzept zur Sicherstellung eines qualitativ hochwertigen Übersetzungs-Angebots, Schutz der Dolmetscher vor Überforderung, rechtlicher Absicherung der Übersetzertätigkeit und Sicherung eines weitgehend störungsfreien Betriebsablaufs.

Dolmetscher-Einsatz/Planung

Die Übersetzungen erfolgen nur mündlich und sind zeitlich limitiert.

Die Einsätze sind bis auf wenige Notfälle geplant und finden vor oder nach der üblichen Dienstzeit der Dolmetscher (mit deren terminlicher Zustimmung) statt.

Akuteinsätze sind bei großer Dringlichkeit möglich, benötigen jedoch die Zustimmung des Dienstvorgesetzten/der Schichtleitung des Dolmetschers. Damit ist der Dienstvorgesetzte verpflichtet, für einen Ersatz wegen des akuten Arbeitsausfalls des Dolmetschers zu sorgen. Die Dolmetscher erhalten für ihre Dolmetschertätigkeit Arbeitszeitausgleich.

Dolmetscher-Einsatz/Durchführung

Die Dolmetscher führen mit den Nutzern Vor- und bei Bedarf Nachgespräche, soweit es sich um Klinikmitarbeiter handelt. Sie können aber auch von Patienten und Angehörigen kostenlos in Anspruch genommen werden.

Die Dolmetscher holen zu Beginn der Übersetzung die schriftliche Zustimmung der Patienten/Angehörigen ein, dass diese mit dem Einsatz des „Hausinternen Dolmetscherdienstes“ einverstanden sind.

Die Dolmetscher dokumentieren ihre Einsätze.

Der Ablauf und die Durchführung des Einsatzes erfolgt nach festgelegten Kriterien.

Festlegungen zu Fortbildung und Beratung

Die Dolmetscher sind berechtigt, bei Überforderung sprachlicher und seelischer Art die Übersetzungstätigkeit abubrechen. Sie sind nicht verpflichtet, diskriminierende Inhalte oder kränkende Fragen zu übersetzen. Die Dolmetscher erhalten eine ausführliche Einweisung in ihre Tätigkeit, sie erhalten regelmässig Fortbildung und jederzeit eine zeitnahe Supervision/Beratung durch die Leitung des „Hausinternen Dolmetscherdienstes“ bei auftretenden Problemen.

Vorteile

Hausinterne Dolmetscher verfügen über eine hohe Fachkompetenz

- im medizinischen/pflegerischen Bereich

- im psychosozialen Umgang mit Patienten
- hinsichtlich der Kenntnisse über das deutsche Gesundheitswesen, die Struktur im Krankenhaus und die Präsenz geeigneter Ansprechpartner (z. B. Überleitungspflege, Krankenhaussozialdienst, Seelsorger, Psychologen etc.) und
- im empathischen und kulturkompetenten Umgang, auch aufgrund des eigenen Migrantenschicksals.
- Hausinterne Dolmetscher sind rasch einsetzbar und kostengünstig.

Das Modell „Hausinterner Dolmetscherdienst“ intensiviert interkulturelles Lernen im Klinikalltag dadurch, dass

- Mitarbeiter oft überraschende Einblicke in die Lebenswelten und kulturell anderen Sichtweisen von Migranten erhalten, die ihr Interesse wecken,
- Dolmetscher häufig als Kulturmittler anhand konkreter Probleme Wissen an Mitarbeiter weitergeben und ein größeres Verständnis herstellen können,
- Dolmetscher mit Migrationshintergrund von ihren deutschen Kollegen aufgrund ihrer Tätigkeit eine hohe Wertschätzung erhalten,
- ein tatsächlicher „gefühlter“ Bedarf an Mitarbeitern besteht, die anderen Sprach- und Kulturkreisen angehören.

Das Modell „Hausinterner Dolmetscherdienst“ verbessert damit das kultursensible Profil des Krankenhauses nach innen wie nach außen.

Es zieht weitere migrationsspezifische Maßnahmen und Angebote nach sich, wie die Einrichtung von muslimischen Gebetsräumen, mehrsprachige Patientenbefragungen, Übersetzung von Patienten-Informationsmaterial, Fortbildungen für Mitarbeiter etc.

Wettbewerbsbedingungen verbessern sich gegenüber anderen Kliniken (Migranten, einweisende Ärzte, Vereine und Beratungsstellen aus dem Migrationsbereich zeigen ein großes Interesse an dem Übersetzungsangebot).

In der Zertifizierung werden migrantenorientierte Angebote wie ein „Hausinterner Dolmetscherdienst“, Gebetsräume und fremdsprachiges Patienten-Informationsmaterial von den Visitatoren eigens benannt und hinsichtlich ihrer Patientenorientierung positiv bewertet.



Besonders wertvoll ist die Tatsache, dass im Hausinternen Dolmetscherdienst Migranten für Migranten tätig sind. Damit steigen nicht zuletzt die Arbeitszufriedenheit dieser Mitarbeiter und ihre Bindung an den Betrieb. Dies ist besonders bedeutsam hinsichtlich der Nachhaltigkeit der Maßnahme. Die Win-Win-Situation bei allen Beteiligten (Nutzer, Patient, Dolmetscher) führt bei Vorhandensein einer geeigneten Leitung, die auf die Einhaltung der Regelungen achtet, zu einem sehr stabilen, qualitätsorientierten Angebot.

Mittlerweile ist der Hausinterne Dolmetscherdienst klinikweit im Städtischen Klinikum München GmbH eingeführt. Derzeit bieten 60 geschulte Mitarbeiter aus dem medizinischen pflegerischen Bereich in 30 Sprachen Übersetzungsleistungen an. Ist in einer Klinik für die gesuchte Sprache kein zuständiger Übersetzer vorhanden, kann seit der Fusionierung aushilfsweise ein Kollege aus einem anderen Haus aushelfen.

Stolpersteine bei der Implementierung:

- Einen Dolmetscherdienst mit eigenen Mitarbeitern zu gründen, für den sich kein Mitglied einer Krankenhausleitung verantwortlich erklärt, wird nicht erfolgreich sein, da die organisatorischen Regelungen nicht angemahnt und eingefordert werden können,
- Mitarbeiter mit Migrationshintergrund per Zuweisung zu verpflichten und damit das Prinzip der Freiwilligkeit zu verletzen, ist langfristig erfolglos,
- ein Büro als Einsatzzentrale und Vermittlungsstelle zu eröffnen, bringt mehr Nachteile als Vorteile; besser hat sich der direkte Kontakt zwischen Nutzer und Dolmetscher im organisatorischen Bereich bewährt.
- die Wertschätzung und Schulung von Dolmetschern zu unterlassen, führt zu unzufriedenen, frustrierten Mitarbeitern und einer qualitativ schlechten Übersetzerleistung
- Dolmetschereinsätze ohne Einverständniserklärung des Patienten, ohne Dokumentation und Evaluation sind nicht nur unter dem Aspekt von Qualität sondern auch bezüglich des Risk-Managements kritisch zu beurteilen.
- Schubladenlisten über sprachkundige Mitarbeiter in der Öffentlichkeit als Dolmetscherdienst zu verkaufen, ist irreführend.

Fazit: In der stationären gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten können sprachkundige qualifizierte Mitarbeiter mit Migrationshintergrund in einem strukturierten System mit begleitender Schulung und Evaluation qualitativ hochwertig, kostengünstig und zeitnah als Dolmetscher eingesetzt werden.

Aus den Leitgedanken des Städt. Klinikums München GmbH: „Wir achten die Menschen mit ihren individuellen, physischen, psychischen, kulturellen und geistigen Bedürfnissen. Wir respektieren ihre Würde und ihr Recht auf Selbstbestimmung.“

Der Hausinterne Dolmetscherdienst hat einen entscheidenden Anteil daran, diese Leitgedanken im Klinikalltag umzusetzen. Er wird auch in Zukunft

alle weiteren Angebote, die im Städtischen Klinikum München GmbH für Migrantinnen und Migranten entwickelt werden, begleiten und unseren nicht-deutschen Patientinnen und Patienten nahebringen.

Derzeit versorgt das Städtische Klinikum München GmbH monatlich über 1000 Patienten nichtdeutscher Nationalität. Es gibt noch viel zu tun.

11. Selbsthilfe

11.1. Das Netzwerk Migration und Behinderung, Essen

Cornelia Kauczor

Allgemeine Übersicht

Das „Netzwerk Migration und Behinderung“ wurde im Januar 2001 mit dem Wunsch gegründet, Kollegen und von Behinderung betroffene Zuwanderer/Deutsche mit Migrationshintergrund kennen zu lernen und miteinander in Kontakt zu bringen, um eine interkulturelle Öffnung der hiesigen Angebote der deutschen Behindertenhilfe voranzutreiben. Vor allen Dingen sollte im Austausch mit Interessierten und Betroffenen ergründet werden, welche Konzepte eine transkulturelle Öffnung unserer deutschen Angebote denn überhaupt benötigt. Grundlage dessen waren Pilotuntersuchungen, die eine eklatante Unter- und Fehlversorgung von Migranten mit Behinderung in Deutschland deutlich machten. Das Netzwerk Migration und Behinderung bietet Beratung, Information, Fortbildung und Vernetzung für Fachkräfte, Interessierte und Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen bundesweit an. Mittlerweile sind im Netzwerk 103 Mitglieder bzw. Mitgliedsorganisationen organisiert. Es handelt sich um einen Zusammenschluss von Menschen, die in diesem Feld beruflich tätig sind, sich privat engagieren oder sich fortbilden möchten. Wir sind kein Verein und bisher an keine Institution angebunden. Die Verwaltung und Organisation wird bisher durchgängig ehrenamtlich organisiert und ist an die Geschäftsstelle in Essen angebunden. Die Beratung ist kostenlos. Für Seminare, Fortbildungen und Vorträge werden für die Referenten Honorare fällig. Diese strukturelle Ausrichtung des Netzwerks hat sich in der Fortentwicklung unserer Arbeit in den letzten Jahren als zunehmende Schwierigkeit herausgestellt, auf die weiter unten eingegangen wird.

Aufgaben des Netzwerks

Bisher existieren über die Bundesrepublik verteilt – zum Teil schon seit vielen Jahren – verschiedenste, auch explizite Angebote für von Behinderung betroffene Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Angehörigen. Diese sind jedoch überwiegend regional tätig und zumeist auf wenige Ballungszentren in Deutschland begrenzt. Durch das Netzwerk Migration und Behinderung und die darin organisierten Mitglieder sollen Informationen über die Arbeit von Institutionen, Vereinen und Privatpersonen zum Thema einem breiteren Publikum auf Bundesebene zugänglich gemacht werden. Wer macht was in dem noch kleinen Arbeitsfeld? Das Netzwerk Migration und Behinderung bietet sich für alle als Forum an, die in irgendeiner Form mit diesem Thema konfrontiert sind. Darüber hinaus sehen wir es als unsere Aufgabe an, die Diskussion um die Notwendigkeit und die fachlichen Voraussetzungen einer transkulturellen Behindertenhilfe in Deutschland voranzutreiben, da sie trotz steigender Migrantenzahlen sozialpolitisch zu wenig Beachtung findet.

Ziele

Ziel des Netzwerks ist die Förderung einer interkulturellen Öffnung der Regeldienste für Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen in Deutschland durch Information und Fortbildung zum Thema, um der derzeit bestehenden Unterversorgung und Fehlversorgung von Migranten entgegenzuwirken. Dies schließt auch die Sensibilisierung und den Abbau von Zugangsbarrieren sowie die Verringerung von Diskriminierungsfällen mit ein. Unter Regeldiensten verstehen wir insbesondere Angebote aus den Bereichen Medizin/alternative Therapien, Erziehung/Bildung/Beruf und Soziales/Gesellschaft. Weiterhin ist es ein Anliegen des Netzwerks, der deutschen Behindertenhilfe insgesamt die Chancen und Vorzüge einer transkulturellen Öffnung ihrer Angebote auch für die deutsche Mehrheitsgesellschaft aufzuzeigen.

Konkret haben wir uns die Umsetzung folgender Angebotsbereiche zur Aufgabe gemacht:

- Aufbau und Vernetzung von Selbsthilfestrukturen von in die Bundesrepublik migrierten Menschen mit Behinderungen und/oder ihren Angehörigen
- Sensibilisierung der bundesdeutschen Selbsthilfebewegung hinsichtlich der Gruppe der behinderten Migranten
- Tagungs-, Seminar- und Fortbildungsangebote für oben genannte Zielgruppen (Menschen mit Behinderung, ihre Angehörigen, Fachkräfte, Studierende und Schüler)
- Vernetzung von im Bereich Migration und Behinderung tätigen Professionellen aus Praxis und Forschung, Vernetzung von Dienstleistungsanbietern, Vernetzung von Lobbygruppierungen und Vereinen, Initiativen, Selbsthilfegruppen
- Förderung von Publikationen zum Thema in der Fachliteratur, Etablierung des Themas in der bundesdeutschen Öffentlichkeit, Förderung der Forschungsaktivitäten zum Thema
- Blick über die Bundesrepublik hinaus ins Ausland
- Vorstellung von "Good-Practice-Beispielen", die zur Nachahmung im eigenen Umfeld einladen sollen.

Service und Angebote des Netzwerks Migration und Behinderung für Fachkräfte und Privatpersonen

Wir bieten:

- Allgemeine Informationen zum Thema als Überblick
- Beratung zu allgemeinen Fragen und Einzelfallfragen im Kontext Migration, Behinderung und Kultur
- Die Vermittlung von Kontakten zwischen Migrantengruppen oder Einzelpersonen auf regionaler und überregionaler Ebene, um Selbsthilfe- und Lobbyangebote zu unterstützen
- Die Vermittlung von bundesweiten Kontakten zwischen Berufsgruppen zum kollegialen, überregionalen und auch interdisziplinären Austausch
- Vorträge zum Thema in der jeweiligen Stadt, Einrichtung, Praxis, o.ä.,

- Fortbildungen und Tagungen zum Thema für Fachkräfte, Migranten mit Behinderung und ihre Familienangehörigen sowie weitere interessierte Personen
- Informationen über Arbeitskreise und weitere Treffen von Fachkräften und Betroffenen in Deutschland zum Thema
- Schriftliche Beiträge für Publikationen zum Thema
- Eine engagierte Gemeinschaft von Interessierten am Thema *Migration und Behinderung*.

Darstellung eines Aspektes, der im Projekt besonderes Gewicht hat:

Einführung in kultursensibles Arbeiten in den Angeboten der deutschen Behindertenhilfe, Information über und Abbau von Zugangsbarrieren.

Die Versorgungslage in Deutschland zum Themenfeld Migration und Behinderung gestaltet sich auch 2006 weiterhin so, dass derzeit zwei parallel, aber nicht unbedingt kooperativ arbeitende strukturelle Angebote für MigrantInnen mit Behinderung und ihre Angehörigen in Deutschland existieren und überwiegend durch die freie Wohlfahrt angeboten werden. Hierbei handelt es sich einerseits um die Angebote im Themenfeld „Migration“, insbesondere um die Migrantensozialberatung. Auf der anderen Seite stehen die Angebote, die allgemein umgangssprachlich unter dem Begriff „Behindertenhilfe“ zusammengefasst werden können (Förderung/Lernen, Wohnen, Arbeit, Freizeit). Viele Zuwanderer erleben sich orientierungslos zwischen diesen beiden Angebotsbereichen, die selten miteinander vernetzt sind. Durch die unzureichende Kooperation müssen Migranten sich bisher mehrheitlich geeignete Strukturen zur Beratung und Hilfe selbst erschließen. Wir erleben auch, dass Migranten durch die jeweiligen Stellen an die jeweils anderen weiter hin und her verwiesen werden. Dies ist eben nicht sinnvoll. Durch die unzureichende Bearbeitung der Thematik Migration und Behinderung insbesondere in den Angeboten der Behindertenhilfe bleibt es jedoch bei der aktuellen Situation. Unkenntnis der Professionellen ist hier weit verbreitet, teilweise ohne dass die Kolleginnen und Kollegen dies bemerken. Beiden Seiten fehlen das jeweilige Hintergrundwissen und Know-how zum anderen Angebot. Dies geschieht meist nicht absichtlich. Es fehlt vielmehr an einem transkulturellen Umgang mit Behinderung in einer durch Zuwanderung geprägten bundesdeutschen Gesellschaft. Fälschlicherweise wird das Thema Migration und Behinderung durch Verantwortliche dabei gerne als „neu“ betitelt. Wenn wir also von Zugangssicherung und Teilhabe für Menschen mit Behinderung sprechen, bedeutet dies, die überwiegend kulturhomogene deutsche Behindertenhilfe genauer ins Auge zu fassen, um Migranten und ihre Angehörigen in die hiesigen Angebote zu integrieren. Im Kontext einer transkulturellen Behindertenhilfe müssen von allen Beteiligten Konzepte entwickelt werden, die Zugangsbarrieren für Migranten mit Behinderung und ihre Angehörigen abbauen helfen und allen Menschen mit Behinderung vielfältige Angebote bieten. (Es ist an dieser Stelle auf einen massiven Assimilierungsdruck hinzuweisen, dem sich behinderte Migranten im Kontakt mit den deutschen Anbietern von Leistungen regelmäßig ausgesetzt fühlen. Dieser Druck zur Anpassung verhindert

jedoch, dass sich die bundesdeutschen Angebote der Behindertenhilfe der Ressourcen bewusst werden können, welche die Migranten selbst mitbringen, um auch unsere hiesigen Arbeitsansätze fortzuentwickeln.) Hier setzt das Netzwerk Migration und Behinderung an, indem es vielfältige Informationen und Unterstützungsmöglichkeiten für ratsuchende Privatpersonen und Professionelle anbietet, jedoch auch Einrichtungen auf Wunsch bei ihrer interkulturellen Öffnung begleitet. Die Umsetzung der Ziele basiert auf drei „Säulen“ unserer Arbeit bzw. grundsätzlichen Annahmen, die wir vertreten. Es geht uns dabei um die *Wahrnehmung* unserer Angebote durch die Öffentlichkeit, das *Verstehen* unserer Motivation und das *Erleben* konkreter Lösungsmöglichkeiten in oft schwierigen und auch die Helfenden entkräftenden oder frustrierenden Einzelfällen.

1. Wahrnehmung oder Unser Bekanntheitsgrad: Ich kann nur finden, was sich finden lässt. Dies impliziert die Publikation der Kontaktdaten z. B. im Internet, in wichtigen Migrantenwegweisern, bei Vernetzungsstellen der Behindertenhilfe und Migrantensozialberatung, in Ratgebern etc.
2. Verstehen oder Vermittlung von Hintergrundinformationen und bewusste Sensibilisierung gegenüber der Thematik Behinderung, Migration und Kultur: Ich kann nur mitreden, wenn ich weiß, worum es geht. Landauf, landab finden Informationsveranstaltungen und Workshops zur Einführung in das Thema kultursensible Behindertenhilfe sowie Kultur und Behinderung statt. Weiterhin werden Fortbildungen und Supervisionen angeboten. Hierbei sind wir auf die Unterstützung unserer Kooperationspartner angewiesen, da eine Finanzierung durch das Netzwerk aktuell nicht gewährleistet werden kann. Weiterhin werden Fachbeiträge in der einschlägigen Fachliteratur für Fachkräfte und Betroffene veröffentlicht. Im Hinblick auf andere Medien findet ein reger Austausch mit verschiedenen Journalisten statt, die Beiträge zum Thema ebenfalls in den Print- und Hörfunkmedien platzieren.
3. Erleben oder Unsere Einzelfallberatung: Ob es um die ersten Schritte zur interkulturellen Öffnung einer Einrichtung, um einen Tagesworkshop im Rahmen einer sozialen Ausbildung/Studium oder die konkrete Anfrage einer Migrantenfamilie oder eines Sozialarbeiters geht, jede Anfrage wird individuell und engagiert bearbeitet. Hier geht es nicht in erster Linie um die „kompakte Lösung“ des Problems, sondern oft eher um ein erstes Clearing und eine erste Ideensammlung, was zu tun ist, wer angesprochen werden könnte (im Netzwerk, unter den Kooperationspartnern, öffentlichen Stellen etc.). Die Arbeit des Netzwerks ersetzt keine klassische Kontakt- und Beratungsstelle der Behindertenhilfe, sondern kann nur unterstützend im Clearingsprozess behilflich sein.

Die Erfahrung zeigt, dass – einmal mit den Angeboten des Netzwerks Migration und Behinderung in Kontakt gekommen – die Anfragen durch Familien und Fachkräfte zunehmen. In den Anfragen spiegelt sich dabei regelmäßig eine große Hilflosigkeit oder auch Überforderung auf beiden Seiten wieder. „Ich bin so froh, dass ich Sie gefunden habe, ich weiß da nicht mehr weiter!“ Hier ist es unsere Aufgabe, durch die Vermittlung von praktischen Lösungs-

möglichkeiten mit kultursensibler Schwerpunktsetzung, Gespräche, sonstige Anregungen und die Vermittlung von Hintergrundwissen, Festgefahrenes oder ins Stocken Geratenes wieder „besprechbar“ zu machen, um in der Folge Lösungen im Miteinander der beteiligten Personen und Professionen zu finden. Hier stehen genaues Zuhören, eine bewusste Sensibilisierung für beide Seiten und die Vermittlung von Informationen, Methoden etc. im Vordergrund, um die Fähigkeiten, die unbestritten beide Seiten mitbringen, gemeinsam effektiv nutzen zu können. Dieses Vorgehen ist unbedingt nötig, da die Unwissenheit vieler Zuwanderer über das deutsche Hilfenetz sehr groß ist, viele Fachkräfte der Behindertenhilfe sich jedoch für diese Zielgruppe und ihre Bedarfe nicht ausgebildet fühlen. Ein Hilfebedarf aller Migranten pauschal kann nicht konstituiert werden. Es können jedoch aufgrund unserer Beobachtungen und der Rückmeldungen der anfragenden Organisationen ein unter Migranten regelmäßig weniger gut verbreiteter Kenntnisstand und oft falsche Fremdbilder über die hiesigen Angebote der Behindertenhilfe festgestellt werden, als dies in der Gruppe der deutsch sozialisierten Menschen der Fall ist. Dieser Mangel an Zugängen zur Versorgung und zu den Rechten der Inanspruchnahme ist deshalb als so folgenschwer zu bezeichnen, weil im Kontext der Rehabilitation und fachbezogenen Begleitung einer Behinderung Zeit regelmäßig ein bedeutsamer Faktor ist.

Wir erleben Zugangsbarrieren insbesondere in der Unwissenheit der Zuwanderer über den deutschen Umgang mit Behinderung, die Angebotsformen, die Inanspruchnahmekriterien und die Gründe und Ursachen einer Behinderung. Auf der deutschen Seite verhindern falsche Fremdbilder und auch Angst vor dem Fremden, sowie dem anderen Umgang mit der Behinderung in der anderen Kultur eine den Deutschen gleichgestellte Versorgung und Begleitung. Hier sehen wir auch die dringende Notwendigkeit für veränderte Curricula in den jeweiligen Ausbildungsgängen, die dringend den Kontext Migration, Kultur und Behinderung intensiver als bisher aufgreifen müssen.

Schwierigkeiten und Hürden

Die Schwierigkeiten und Hürden wandeln sich im Netzwerk stark. Zunächst galt es, sich als kleine, unbekannte Gruppierung zu einem „exotischen“ Thema den Respekt „der Großen“ zu erarbeiten. Das Netzwerk Migration und Behinderung wurde in der – rückblickend naiven – Annahme gegründet, dass, wenn die bundesdeutschen Träger der freien Wohlfahrtspflege im Bereich der Angebote für Menschen mit Behinderung erst einmal über die eklatanten Zugangsbarrieren informiert wären, sie die Aufgaben des Netzwerks Migration und Behinderung sicherlich sofort übernehmen würden. Von Anfang an beschäftigte man sich im Netzwerk deshalb bereits mit der Auflösung der Gruppe: Wer kann unsere Arbeit gut fortsetzen? Leider stellen wir bis heute fest, dass zahlreiche andere – durchaus wichtige – Themen die Träger der Behindertenhilfe davon abhalten zu verstehen, dass es ohne eine interkulturelle Öffnung der Angebote zukünftig in der deutschen Behindertenhilfe nicht gehen kann. Wenn wir jedoch heute sozialpolitisch über „Empowerment“ und „persönliches Budget“ diskutieren, bedeutet dies auch, die Menschen mit Migrationshintergrund dort abzuholen, wo sie stehen. Es fehlt in Deutschland

an geeigneten Fachkräften mit Erfahrung in den Themenbereichen Migration, Behinderung und kultursensibles Arbeiten. Einem hohen Ausbildungsniveau im pädagogischen und medizinischen Bereichen steht oft Unwissen über interkulturelle Öffnung gegenüber, die nicht durch – wie mitunter angenommen – die Beschäftigung von muttersprachlichem Personal allein geleistet werden kann. Die deutsche Behindertenhilfe muss lernen, ihre Haltung gegenüber der Zielgruppe der Migranten und der Deutschen mit Behinderung und ihrer Angehörigen in einer durch Migrationsprozesse geprägten Gesellschaft im Sinne einer lernenden Organisation zu verändern.

Resümierend ist das Netzwerk Migration und Behinderung nach sechs Jahren gelassener geworden. Die Öffnung wird wesentlich länger dauern, als zunächst angenommen. Wir stellen quasi „den ewigen Wurm im Holz“ dar, der beharrlich im Brett der Verantwortlichen bohrt. Durch den zunehmenden Respekt gegenüber unserer Arbeit sind die Mitglieder des Netzwerks und unsere Referenten inzwischen als „Experten“ gefragt. Das ehrt uns. Da das Netzwerk jedoch im Schwerpunkt die Vernetzung, Fortbildung, Information und Beratung verfolgt, bedeutet ein zunehmender Bekanntheitsgrad auch zunehmende Kontaktzahlen und eine längere Bearbeitungszeit. Seit langem kann das Netzwerk nicht mehr in der ursprünglich gedachten Form alle eingehenden Anfragen bearbeiten in einer Qualität, die unseren ursprünglichen Qualitätsstandards entspricht. Während aktuell weiterhin alle durchschnittlich ca. 400 – 450 Anfragen pro Jahr durch die Geschäftsstelle bearbeitet und ggf. an andere Netzwerker oder Kooperationspartner weitergeleitet werden, leiden die interne Mitgliederbetreuung, die Organisation von Arbeitskreisen und die Unterstützung der Zuwanderergruppen bei der Selbsthilfebewegung (Aufbau von Selbsthilfegruppen, Vereine betreuen etc.) stark unter der ehrenamtlichen Struktur der Netzwerkgeschäftsstelle.

Im Rahmen der internen Evaluation kommen wir zu dem Ergebnis, dass die vielfältigen Aufgaben und die dahinter stehenden hohen Ziele des Netzwerks durch eine ehrenamtliche Koordinatorin nicht auf Dauer zu gewährleisten sind. Durch die bundesweite Struktur ist jedoch auch die Distanz der Mitglieder zueinander eine Hürde bei der Verteilung von Aufgaben. Aktuell wird deshalb die Möglichkeit einer Ausgründung des Netzwerkes Migration und Behinderung als Modellprojekt mit hauptamtlichen Mitarbeitern geprüft. Dabei stellt nicht nur die Erschließung von finanziellen Mitteln ein Problem dar, sondern es müssen auch geeignete Fachkräfte gefunden werden, welche die bisher ehrenamtliche Arbeit im Sinne der Netzwerkkonzeption fortführen und über das nötige Hintergrundwissen verfügen.

Sollte eine Ausgründung nicht möglich sein, sind die durch das Ehrenamt am stärksten geforderten und damit nach sechs Jahren auch belasteten Mitstreiter im Netzwerk mittlerweile bereit, das Engagement zu beenden. Die Träger der Behindertenhilfe und die Politik sind nun als Unterstützer des Netzwerks Migration und Behinderung gefragt, nachdem bürgerschaftliches Engagement aufgrund steigender Anfragen und zunehmender Aufgaben an seine Grenzen gestoßen ist.

Bewertung von Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung und Übertragbarkeit

Nach sechs Jahren ist der ehrenamtliche Charakter, wie oben dargelegt, an seine Grenzen gestoßen. Nur durch eine Modellprojektfinanzierung können Tragfähigkeit und Zukunftsfähigkeit unserer zunehmend wachsenden und sich weiter entwickelnden Arbeit strukturell gesichert werden. Dabei sind bisher durch den vernetzenden Charakter und den offenen Informationsfluss die Partizipationsfähigkeit aller Interessierten bundesweit ebenso gewährleistet, wie die Übertragbarkeit von erarbeiteten Lösungen in die Arbeit der regionalen Träger und Gruppen vor Ort. Die aufgebaute Datenbank ist regelmäßig zu überarbeiten, bietet jedoch ein gutes Fundament für die weitere transkulturelle Öffnung der Behindertenhilfe in Deutschland. Durch die bisherige Unabhängigkeit von einem festen Träger der freien Wohlfahrtspflege stand regelmäßig die Thematik im Vordergrund, keine ureigenen Interessen eines Verbandes in Konkurrenzwirkung mit anderen Trägern behinderten die Zusammenarbeit aller an einer Öffnung beteiligten und interessierten Stellen. Durch die Arbeit des unabhängigen Netzwerkes Migration und Behinderung ist die Umsetzung des politischen Zieles der Integration in den letzten sechs Jahren für Migranten mit Behinderung und ihre Angehörigen konkreter geworden. Das Ziel ist jedoch noch lange nicht erreicht. Es geht nun um eine weitere – und durch die Ressourcen einer Projektmittelhilfe mögliche – Kontinuität der Arbeit, um eine Förderung der sozialen und beruflichen Integration behinderter Menschen mit Migrationshintergrund, eine Beendigung der Fehletikettierung von jungen Menschen mit Migrationshintergrund als lernbehindert, um eine Unterstützung der Forschung durch Hintergrundinformationen, um eine Vermeidung steigender Kosten/Folgekosten in sozialen Systemen (z. B. Gesundheitswesen, Eingliederungshilfe) und um ein verbessertes soziales Klima in Deutschland durch die Chancen einer transkulturellen Öffnung der Angebote der Behindertenhilfe.

Zusammenfassung

Das Netzwerk Migration und Behinderung bietet Beratung, Information und Vernetzung für Fachkräfte, Interessierte und Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen bundesweit zum Thema an. Mittlerweile sind im Netzwerk 103 Mitglieder bzw. Mitgliedsorganisationen organisiert. Die Verwaltung und Organisation wird seit sechs Jahren durchgängig ehrenamtlich organisiert und ist an die Geschäftsstelle in Essen angebunden. Ziel des Netzwerkes ist die Förderung einer interkulturellen Öffnung der Regeldienste der Behindertenhilfe in Deutschland durch Information und Fortbildung zum Thema, um der derzeit teilweise bestehenden Unter- und Fehlversorgung von Migranten mit Behinderung und ihren Angehörigen entgegenzuwirken. Dies schließt auch die Sensibilisierung der Fachdienste und den Abbau von Zugangsbarrieren sowie die Verringerung von Diskriminierungsfällen mit ein. Die Migrantenselbsthilfe wird gefördert und unterstützt. Durch eine Modellprojektfinanzierung kann die Tragfähigkeit und Zukunftsfähigkeit unserer zunehmend wachsenden und sich weiterentwickelnden Arbeit strukturell gesichert werden. Dies wird aktuell geprüft.

12. Institutionelle Bedingungen

12.1. Türkisch – muslimische Patienten (Migranten) in der Rehabilitation am MEDIAN Klinikum für Rehabilitation Bad Oeynhausen

Arthur Springfeld

Obwohl Migrantinnen und Migranten aufgrund ihrer Aufenthaltsdauer ein fester Bestandteil in Deutschland sind, stehen sie noch immer vor Zugangsbarrieren zum deutschen Gesundheitswesen. Durch Kommunikations- und Informationshindernisse nehmen Migranten deutlich weniger als deutsche Vergleichsgruppen medizinische Dienste des Gesundheitswesens in Anspruch.

Das Patientenkontingent „Muslime“ ist für Deutschland kein vorübergehendes, sondern ein wachsendes Phänomen, und je nach Standort und Einzugsgebiet ergibt sich ein unterschiedlich großer Migrantenanteil unter den Patienten. Deshalb muss sich das deutsche Gesundheitswesen infolge der erwarteten demographischen Entwicklungen auf eine deutliche Zunahme dieser Patientengruppe einstellen, was letztlich eine qualifizierte Auseinandersetzung mit diesem Thema zwingend notwendig macht.

(Sozialgesetzbuch V § 2 Abs. 3: Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre Vielfalt zu beachten. Den religiösen Bedürfnissen der Versicherten ist Rechnung zu tragen)

Allgemeines

Das MEDIAN Klinikum für Rehabilitation Bad Oeynhausen richtete sich als erste Rehabilitationseinrichtung in Deutschland bereits 2000 umfassend auf die Bedürfnisse der muslimischen Patienten ein. Das medizinische Therapiekonzept berücksichtigt in der Umsetzung der Rehabilitationsziele in besonderer Weise den kulturellen Hintergrund der überwiegend türkisch-muslimischen Patienten sowie deren individuelle religiöse Bedürfnisse.

Letztendlich handelt es sich um eine Ausweitung der im Klinikum bereits seit Jahrzehnten bestehenden Unternehmensphilosophie, den Patienten in den Mittelpunkt des Geschehens zu stellen und seinen individuellen medizinischen Erfordernissen vor dem differenzierten Hintergrund seiner gesundheitlichen Karriere zu entsprechen.

Sechs Jahre Erfahrung mit muslimischen Patienten in der Rehabilitation

Eine Erfolgsgeschichte gelungener Integration im MEDIAN-Klinikum Bad Oeynhausen. Seit sechs Jahren werden hier muslimische Patienten in besonderer Weise betreut. Neben der fachlichen Spezialisierung auf orthopädische, neurologische, kardiologische und onkologische Diagnosen hat die Klinik einen Therapieschwerpunkt auf die Gruppe muslimischer Migranten

gelegt. „Der Mensch im Mittelpunkt“ heißt das Motto der Median-Gruppe aus Berlin. In Bad Oeynhausen bedeutet das auch die Integration muslimischer Patienten in den Klinik-Alltag durch die Berücksichtigung der besonderen Ernährungs-Bedürfnisse und eine Unterstützung der religions- und kulturspezifischen Riten, wie sie für den praktizierenden Moslem durch Gebete, Fasten und Feste festgelegt sind.

Damit das funktioniert, mussten massive Verständigungsschwierigkeiten minimiert und abgebaut werden. Das beinhaltete beispielsweise auch einen Türkischkurs für Mitarbeiter mit dem Ziel, ein gewisses Grundwissen der türkischen Sprache zu vermitteln, konnte aber in erster Linie durch die Einstellung einer türkischsprechenden Sozialarbeiterin verwirklicht werden.

Diese lebt seit ihrem dritten Lebensjahr in Deutschland. Seit vier Jahren engagiert sie sich für die kleinen und großen Nöte der Patienten. Für Dr. med. Gerhard Kratzsch, leitender Chefarzt der Klinik (Kardiologie), ist sie schlichtweg „eine Wohltat“. „Früher war die vollständige und umfassende Anamnese und Untersuchung muslimischer Patienten äußerst schwierig und wohl auch nicht immer ganz eindeutig“, sagt der Mediziner. „Jetzt können wir mit Hilfe der türkischen Sozialarbeiterin einen sicheren Rehabilitationsverlauf erstellen“. „Aufklärungen zu den medizinischen Untersuchungen und Schulungen, wie zum Beispiel die Schulung zur Marcumarselbstmessung, können stressfrei und adäquat vermittelt werden.“ Die Patienten, einige sind schon zum zweiten Mal in der Klinik, haben diese Entwicklung mit Freude beobachtet. Zwar konnten sie sich schon vor fünf Jahren einen Gebetsteppich nebst Kompass ausleihen, um auf ihrem Zimmer fünfmal am Tag, wie es der Islam vorschreibt, Richtung Mekka zu beten, und damals wie heute nutzten sie das Transfer-Angebot der Klinik zur nahegelegenen Moschee. Doch die Integration in die Klinik und den organisatorischen Ablauf der Rehabilitation hat in den letzten Jahren viele Fortschritte gemacht. „Learning by doing“ ist das Prinzip. Muslimische Patienten werden integrativ im Haus untergebracht, nicht isoliert oder ghettoisiert auf einer Station. Gemeinsamer Leidensdruck und Krankheitsbewältigung sowie der Austausch von oft identischen Krankheitserlebnissen bringen Nähe zu anderen, auch deutschstämmigen Patienten.

Viele türkisch-muslimische Patienten, insbesondere Frauen der ersten Migrationswelle, die ihren kulturellen Ursprung im Osten der Türkei haben, sind oft nicht nur der deutschen Sprache nicht mächtig sondern auch auf Grund ihrer Herkunft Analphabeten. Ihnen hilft die Klinik durch eine anschauliche Piktogramm-Bilder-Sprache, sich in der Klinik und im Therapie-Anwendungs-Alltag zurecht zu finden. Das ist insbesondere auch für den Speiseplan wichtig. Ernährung hat einen hohen Stellenwert in der islamischen Kultur und ist mit einigen Vorschriften verbunden.

Das MEDIAN-Klinikum Bad Oeynhausen bietet neben vegetarischem Essen daher auch „helal-Speisen“ an und bezieht sein Fleisch und einen Teil seiner Wurst aus einer muslimischen Fleischerei. Auf Wunsch kann im Speisesaal an einem reinen Männer- oder Frauentisch gegessen werden. Für die türkische Sozialarbeiterin ist der integrative Ansatz der richtige Weg. „Integration wird

hier gelebt“, sagt sie. Lob und Anerkennung spiegeln sich in der Wiedergabe durch die Medien, in Dankschreiben der Bundesregierung und nahezu uneingeschränkter Akzeptanz durch alle Patienten und Mitarbeiter des Klinikums. Sechs Jahre Erfahrung machen auch Mut, Neues anzupacken. So hat sich die MEDIAN Schwesternklinik in Bad Salzuflen mit einem integrativen, frauenspezifischen gynäkologischen Konzept auf türkisch/arabisch-muslimische Patientinnen eingestellt. Ein Angebot für die psychosomatische Rehabilitation muslimischer Patienten wird im Herbst 2006 professionell installiert sein.

Schwierigkeiten und Hürden

Selbstverständlich müssen an dieser Stelle auch die Schwierigkeiten bei der Umsetzung der integrativen Konzeption für muslimische Patienten berichtet werden. Neben Sprachbarrieren zwischen Mitarbeitern und Patienten sind bei deutschen Mitarbeitern das Nichtwissen und Nichtverstehen kulturell-historischer Hintergründe zu minimieren.

Bezüglich des Krankheitsverständnisses gibt es große Unterschiede bei den Migranten. Je nach Schulbildung, Herkunft und familiärem Umfeld verändern sich die Erklärungsmuster und mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland gleichen sich diese an die hier üblichen Erklärungsmuster an.

Aus islamischer Sicht werden Gesundheit und Krankheit oft im Zusammenhang mit Gottes Wirken verstanden. Krankheit wird häufig als Strafe für religiöses Fehlverhalten oder als Prüfung des Menschen durch Gott verstanden. Der Glaube, dass Krankheit von Gott kommt führt allerdings nicht selten dazu, dass sich der Krankheit passiv hingeeben und nichts dagegen unternommen wird. Die Funktionsfähigkeit des Körpers durch gezielte Gesundheitsprophylaxe zu erhalten bzw. die Funktionsfähigkeit des Körpers im Krankheitsfall wiederherzustellen, sind aber ethisch-religiöse Grundhaltungen im Islam.

Neben dem genannten religiösen Erklärungsmuster gibt es noch volksmedizinische Erklärungsversuche für Krankheitsursachen. Diese werden dann herangezogen, wenn es sich u.a. um psychische oder psychosomatische Beschwerden handelt. Solche Erklärungsmuster wie „böser Blick“ oder „Magie“ sind nach unseren Erfahrungen weit verbreitet und haben eine entlastende Funktion seitens des Patienten, da er den Ursprung seiner Krankheit nicht bei sich sieht.

Der Koran gibt der Gesundheit des Körpers absolute Priorität. Gebote und Verbote werden entsprechend der gesundheitlichen Konstellation relativiert. Diese grundlegende Tatsache ist dem gläubigen Muslim oft nicht bewusst, so dass darauf durch einen Arzt (im Regelfall Nichtmuslim) aufmerksam gemacht werden muss, weil die Durchführung von lebenswichtigen medizinischen Behandlungen sonst gefährdet ist.

Viele muslimische Patienten, insbesondere solche ohne nennenswerte schulische Ausbildung, drücken ihre Schmerzen und Beschwerden intensiver und lauter aus als deutsche Patienten. Durch ihre Gestik und Mimik versu-

chen sie, dem Arzt ihre Schmerzen erlebbar und nachvollziehbar zu machen. Wenn Angst hinzukommt, wird der Ausdruck des Schmerzes noch verstärkt. Vielfach wird also angenommen, dass nicht als krank angesehen wird, wer kontrolliert über seine Schmerzen berichten kann.

Das Krankheitsverständnis steht eng im Zusammenhang mit dem medizinischen Wissen.

Bei vielen muslimischen Patienten ist kaum Wissen über Körperfunktionen, Lokalisation und Aufgaben von einzelnen Organen vorhanden. Hintergrund ist oft mangelnde muttersprachliche Informationsmöglichkeit. Ein übermäßiger Glaube an die Wirkung von Medikamenten kann dazu führen, dass Medikamente die nicht sofort wirken, eigenmächtig abgesetzt oder Dosierungen frei geändert werden.

Lösungsansätze

Das Konzept „Türkisch-muslimische Patienten in der Rehabilitation“ beinhaltet differenzierte Ansätze bezüglich Versorgung und Betreuung im Blick auf erfolgreiche und nachhaltige Rehabilitation der Patienten. Neben individueller ärztlicher Betreuung und auf Erkrankungsbilder zugeschnittene therapeutische Behandlung legt das MEDIAN-Klinikum besonderen Wert auf 4 Punkte in der Begegnung mit muslimischen Patienten:

- **Verständigung**
Neben laufend angebotenen Sprachkursen für deutsche Mitarbeiter, in denen Grundkenntnisse der türkischen Sprache vermittelt werden, stehen in allen Bereichen perfekt türkisch sprechende Mitarbeiter als Dolmetscher zur Verfügung.
Regelmäßige Weiterbildung über sozio-kulturell-reigiöse Hintergründe der Migranten insbesondere für neue Mitarbeiter.
Alle Formulare, Speisepläne, gesundheitsbildende Informationen liegen in türkischer Sprache vor.
Medizinische Vorträge (Stress, Herz-Kreislauf, gesunde Wirbelsäule, Ernährung, etc.) werden in türkischer Sprache angeboten.
Alle Räume der Klinik sind mit Piktogrammen gezeichnet, die sich in den Therapieplänen für Patienten mit Leseschwierigkeiten wiederfinden.
- **Ernährung**
Die überwiegende Mehrheit der Muslime legt großen Wert auf die Einhaltung der Speisevorschriften.
Laufende Fortbildung der Küchenmitarbeiter über helal-Kost.
Fleisch und Wurst für Migranten werden durch eine muslimische Fleischerei geliefert.
Erlaubte Speisen sind am Büfett extra gekennzeichnet.
- **Riten**
Zu den islamischen Riten gehören neben bestimmten Festen auch die Gebete und das Fasten im Ramadan.
Zu den wesentlichen Festen werden Feierlichkeiten mit Musik, Tee und Süßigkeiten organisiert.

Die Patientinnen und Patienten, äußern bei Aufnahme ihre Wünsche in Bezug auf die Ausübung ihrer Religion. Auf Wunsch werden – eher selten – Therapien und Untersuchungen außerhalb der Gebetszeiten geplant. Nach ärztlicher Zustimmung können einige Patienten während des Ramadan auch fasten. Für diese werden die Mahlzeiten entsprechend serviert. Am Ende des Ramadan findet für alle ein Fest statt.

- Scham

Wegen der im Koran vorgegebenen Richtlinien scheinen muslimische Patienten oft sehr schamhaft zu sein, obwohl es große individuelle und intrakulturelle Unterschiede gibt. Vor allem in der Begegnung mit muslimischen Frauen ist eine deutlich erhöhte Sensibilität angezeigt. Angebote von gleichgeschlechtlichen Therapiegruppen, sowie Therapien durch gleichgeschlechtliche Therapeuten finden hohe Akzeptanz.

Nachhaltigkeit, Zukunftsorientierung und Übertragbarkeit

Die zunehmende Anzahl von Patienten, die auf Empfehlung anderer Patienten kommen, bestätigt unser Engagement für diese Patientengruppe. Das MEDIAN-Klinikum für Rehabilitation bekommt mittlerweile Patienten aller Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bundesweit. Das Projekt findet Anerkennung durch höchste deutsche politische Gremien sowie muslimische Kulturverbände und Vereine.

In Abgrenzung zu anderen medizinischen Einrichtungen wird der integrative Ansatz geradlinig gesucht und weiterentwickelt.

Grundsätzlich ist eine Übertragbarkeit auch auf andere medizinische Einrichtungen möglich, wobei das primäre Interesse an den Menschen dieser speziellen Patientengruppe wichtiger sein muss als wirtschaftliche Aspekte, sonst ist jeder Versuch mittelfristig zum Scheitern verurteilt.

Nach anfänglicher ‚Zurückhaltung‘ in der Belegung (189 im Jahr 2000), wurden bis Mitte 2006 fast 2000 muslimische Patientinnen und Patienten in den MEDIAN-Kliniken in Bad Oeynhausen behandelt. Von Jahr zu Jahr wuchs die Belegung um rund 10 bis 15 Prozent. Von den im Jahr 2005 statistisch erfassten Patienten war die überwiegende Mehrzahl türkischer Abstammung, 15 Prozent der Patienten waren nahezu Analphabeten.

13. Gesundheitsberichterstattung

13.1. Gesundheitsfördernde Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund

Sonderauswertung der Projektdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Springer Medizin Verlages, veröffentlicht im „Bundesgesundheitsblatt“, heft 9/2006, S. 893-897

C. Bunge, H. Kilian, M. Meyer-Nürnberg

Zusammenfassung deutsch

Die bundesweite Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) enthält ca. 2700 Angebote, Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte, u. a. auch Angebote für Migrantinnen und Migranten. Der vorliegende Beitrag basiert auf einer leitfadengestützten Befragung 6 ausgewählter Angebote, die sich an die Zielgruppe sozial benachteiligter Menschen mit Migrationshintergrund wenden. Auf der Basis qualitativer Interviews mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren der Projekte und Maßnahmen werden grundlegende adäquate Ansätze der Zielgruppenerreichung herausgearbeitet, insbesondere niedrigschwellige und lebensweltbezogene Strategien, die auf die aktive Partizipation der Zielgruppe sowie die Einbindung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren setzen.

Schlüsselwörter

Datenbank – Multiplikatorenkonzept – Partizipation der Zielgruppe – Niedrigschwelligkeit – Migration – Gesundheitsförderung

Zusammenfassung englisch

Health promoting interventions for migrants

Analysis of the data base “Health promotion for the socially disadvantaged” www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Abstract

The nationwide database “Health promotion for the socially disadvantaged” www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, set up by Federal Centre for Health Education (BZgA) includes about 2,700 projects, among those interventions for migrants living under socially disadvantaged circumstances. Based on qualitative interviews with the co-ordinators of some selected interventions, this contribution presents basic strategies and methods to reach the target group.

Keywords

Data base – Multiplier/snowballing concept – Participation of target group
– Low barrier method – Migration – Health promotion

Migranten und Migrantinnen bilden eine äußerst heterogen zusammengesetzte Gruppe, z. B. bezogen auf die kulturellen und sprachlichen Hintergründe [1]¹. Auf der Basis amtlicher Statistiken kann davon ausgegangen werden, dass Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland im Durchschnitt auf einem vergleichsweise niedrigen sozioökonomischen Niveau leben [2]. Ein niedriger Sozialstatus bringt eine höhere Gesundheitsgefährdung durch strukturelle Risikofaktoren bzw. riskantes individuelles Gesundheitsverhalten mit sich. Nach Mielck [3] zählen Migrantinnen und Migranten (einschließlich Aussiedlerinnen/Aussiedler, Asylbewerberinnen/Asylbewerber und „Illegale“) in Anlehnung an die vom europäischen Regionalbüro der WHO als vulnerable groups identifizierten Gruppen zu den Bevölkerungsgruppen, bei denen die sozialen und gesundheitlichen Belastungen sowie der Gesundheitsförderungsbedarf besonders groß sind. Angebote der Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund bedürfen der speziellen Ausrichtung und Orientierung an den jeweiligen Hintergründen und Problemlagen (vgl. [4]).

Die vorliegende Auswertung basiert auf den Einträgen in der bundesweiten Angebotsdatenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, die Gesundheit Berlin e.V. im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Jahr 2003 aufgebaut hat [5]². Die Datenbank ist Kernstück der umfassenden Internetplattform zum Thema „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ und gibt einen Einblick in das vielfältige Spektrum gesundheitsfördernder Angebote für sozial Benachteiligte in Deutschland.

Methodisches Vorgehen

Ein vollständiger bundesweiter Überblick speziell über Praxisangebote der Gesundheitsförderung mit Migrationsbezug liegt bisher nicht vor. Als erster Feldzugang wurde die o.g. online recherchierbare Projektdatenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de genutzt, die im Grundsatz Angebote für sozial benachteiligte Personengruppen enthält und hierbei u. a. auch gesundheitsfördernde Angebote und Maßnahmen, die sich an Migrantinnen und Migranten richten. Die Datenbank wurde 2003 auf der Grundlage einer bundesweiten Ansprache von Trägern soziallagenbezogener Gesundheitsförderung mit dem Ziel aufgebaut, die vielgestaltige Praxis mittels differenzierter Rechercheoptionen transparent(er) zu machen. Die Angaben in der Datenbank basieren auf Selbstauskünften der Anbieter, die ihre Angebote

¹ Wie Razum und Geiger[1] erläutern, ist es „nicht einfach, einen treffenden Oberbegriff“ für Menschen zu finden, die z. B. als Asylbewerber, als Arbeitsmigranten oder als „3. Generation“ mit deutschem Pass in der Bundesrepublik leben. Aus gesundheitsfördernder Perspektive ist entscheidend, dass die Lebensweise dieser Menschen zu einem großen Teil durch deren Herkunftskultur geprägt wird.

² Die Sonderauswertung „Gesundheitsfördernde Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund“ wurde von der BZgA finanziert.

über ein Online-Formular eingeben und bei Bedarf kontinuierlich aktualisieren können [5]. Mit derzeit ca. 2700 Einträgen stellt die Datenbank den bundesweit umfassendsten Überblick über die Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung dar, wenn sie auch keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben kann.

Aus der Gesamtheit der Datenbankeinträge wurden in einem ersten Arbeitsschritt 877 Angebote gefiltert, die Migrantinnen und Migranten als zentrale Zielgruppe bzw. als eine ihrer Zielgruppen angeben. Im Umkehrschluss ergibt sich daraus nicht die Aussage, dass die übrigen Angebote der Datenbank nicht auch für Migrantinnen und Migranten offen sind und diese erreichen – sie stellen lediglich aus Sicht der Anbieter keine zentrale Zielgruppe dar. Bei Auswahl der Angebote für eine telefonische Befragung wurde angestrebt, ein möglichst breites Spektrum gesundheitsfördernder Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund zu erfassen und sowohl unterschiedliche Altersgruppen als auch besonders bedeutende Handlungsfelder zu berücksichtigen. Auswahlkriterien waren die Lebensweltorientierung der Angebote (d. h. eine Ausrichtung der Intervention nicht nur auf das Verhalten der Zielgruppe, sondern auch auf deren Lebensbedingungen [6]), die Arbeit in den Handlungsfeldern Suchtprävention und Ernährung sowie die Zielgruppen Kinder und Jugendliche sowie Seniorinnen und Senioren.

Die Handlungsfelder Suchtprävention und Ernährung wurden ausgewählt, da in beiden ein großer Bedarf an zielgruppengerechten Interventionsmaßnahmen besteht. Neuere Studien zeigen beispielsweise, dass Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund häufiger als Kinder ohne Migrationshintergrund übergewichtig sind [7]. Im Hinblick auf suchtpreventive Maßnahmen zeigt sich, dass in verschiedenen Migrantengruppen aufgrund kulturell bedingter Konzepte und Religionszugehörigkeit sehr spezifische Herangehensweisen erforderlich sind [8].

Weiter wurde darauf geachtet, eine möglichst breite Streuung der Trägerschaft abzubilden (öffentliche Träger, freie Träger, kirchliche Träger). Schließlich sollte auch eine schriftliche Dokumentation und Beschreibung des Angebotes vorliegen. Auf der Grundlage dieser Eingrenzung wurden schließlich 6 Angebote für eine Befragung ausgewählt.

Die telefonische Befragung wurde als leitfadengestütztes Interview gestaltet. Der Leitfaden orientierte sich an den Kriterien guter Praxis, die im Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ entwickelt wurden [9]. Der inhaltliche Fokus lag auf den Zugangswegen der Angebote zu ihren Zielgruppen und den Erfahrungen mit deren Erreichbarkeit³. Die ausgewählten Projekte wurden telefonisch kontaktiert und ein Termin für die telefonische Befragung vereinbart. Die 6 Interviews wurden im Februar 2005

³ Der Fragebogen gliederte sich in die Abteilungen 1. Selbstverständnis, Leitbild und Konzept, 2. Strategien der Zielgruppenerreichung und Niedrigschwelligkeit, 3. Partizipation, 4. Multiplikatoren- bzw. Mediatorenkonzept, 5. Kontinuität und Nachhaltigkeit, 6. Ressourcenbündelung, Kooperationsstrukturen und Vernetzung, 7. Qualitätssicherung, Dokumentation und Evaluation, 8. Finanzierung

von einer Mitarbeiterin bei Gesundheit Berlin e.V. mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren der jeweiligen Projekte geführt und nahmen jeweils zwischen 30 und 45 Minuten in Anspruch. Die Antworten der befragten Projektzuständigen wurden von einer zweiten Mitarbeiterin protokolliert und die Inhalte der Interviews im Anschluss an die Gespräche gemeinsam verschriftlicht. Die Gesprächsprotokolle dienen als Grundlage für die Auswertung der Interviews. Für die Auswertung wurde eine interpretativ-reduktive Form nach Lamnek [10] gewählt. Anhand eines Themenkatalogs erfolgte zunächst eine Einzelanalyse der Befragungen. Anschließend wurden in der generalisierenden Analyse Grundtendenzen und inhaltliche Differenzen herausgearbeitet.

Ergebnisse

Die für die qualitativen Interviews ausgewählten Projekte zeigen einen Ausschnitt aus der Vielfalt gesundheitsfördernder Angebote für Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik Deutschland, der keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben kann, aber einen Einblick in die Praxis ermöglicht. Im Mittelpunkt der Interviews mit den Projektanbieterinnen und Projektanbietern standen Fragen zu den Zugangswegen und der Erreichbarkeit der Zielgruppe(n). Die Befragungen haben einige wichtige grundlegende Faktoren sowie Ansätze der Zielgruppenerreichung deutlich hervortreten lassen, die für die Gesundheitsförderung bei Migrantinnen und Migranten von Bedeutung sind. Sie sind Bestandteil einer „gemeinsamen Kultur zielorientierter Gesundheitsförderung“ [11]. Die Ergebnisse der Befragungen sind im Folgenden zusammengefasst dargestellt.

Vernetzung und Kooperationen im Stadtteil: bestehende Strukturen nutzen

Für den Zugang zu Migrantinnen und Migranten erweist sich nach Auskunft der Interviewpartner und -partnerinnen bei allen Angeboten die Nutzung bestehender Strukturen sowie vorhandener Netzwerke als sehr hilfreich. Punktuelle Kooperationen, vor allem aber eine kontinuierliche Zusammenarbeit übernehmen die Funktion von „abrufbaren“ Zugangswegen für Menschen mit Migrationshintergrund. Die Vernetzung und Verankerung im Stadtteil, das Anbinden von gesundheitsfördernden Angeboten an Gemeinwesenzentren, die Nutzung von Sozialberatungsstellen und die Zusammenarbeit mit Vereinen der Migrantengemeinschaften werden als wichtige Faktoren für einen zielgruppenadäquaten, erfolgreichen und vor allem nachhaltigen Zugang genannt. Einige Befragte berichten, dass über die Einrichtung beispielsweise eines Runden Tisches oder Arbeitskreises zudem die wechselseitige „Öffnung“ sowohl der Regeleinrichtungen als auch von Institutionen der Migrantengruppen vorangetrieben werden. Gesundheitsfördernde Angebote, die bei einigen Projekten einen Baustein unter mehreren darstellen, können gleichzeitig zu einer Stärkung bestehender Strukturen und der Implementierung des Themas Gesundheitsförderung im jeweiligen Setting, bei der Zielgruppe und bei den anderen Akteuren führen.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund und interkulturelle Projektteams

Von den befragten Projektverantwortlichen werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund als die entscheidenden „Türöffner“ und kommunikativen Brücken zwischen Projektmitarbeitenden ohne Migrationshintergrund und der Zielgruppe hervorgehoben. Es können auf diese Weise zum einen Sprachbarrieren überwunden werden. Zwar wird auch die Arbeit von Dolmetscherinnen und Dolmetschern als wichtig erachtet und in der Praxis vielfach genutzt. Von wesentlicher Bedeutung sind jedoch im Projekt mitarbeitende Personen, die die Muttersprache der jeweils angesprochenen Zielgruppe(n) sprechen (vgl. hierzu auch den Beitrag von Wimmer-Puchinger, Wolf und Engleder in diesem Heft). Ihre herausragende Stellung wird betont.

Qualifizierte Fachkräfte mit Migrationshintergrund sind zum anderen kulturelle Mittler. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund leisten einen wichtigen Beitrag zur Sensibilisierung im Hinblick auf interkulturelle Missverständnisse und Probleme auf Seiten der Einrichtungen und auf Seiten der Migrantengemeinschaften. Sie erleichtern den Migranten und Migrantinnen u. a. aufgrund gemeinsamer Migrationserfahrungen den Zugang zum deutschen Versorgungs- und Hilfesystem und eröffnen der Zielgruppe neue Themen und Betätigungsfelder.

Einige Befragte betonen ausdrücklich, dass die interkulturelle Zusammensetzung eines Projektteams nicht nur sprachliche Vorteile bietet und speziell den Migrantinnen und Migranten nützt, sondern in der gesamten Arbeit auf innovative Wege führt und allen Nutzergruppen zugute kommt.

Niedrigschwellige Angebote, Lebensweltbezug und integrative Ansätze

In der aufsuchenden Arbeit, aber auch bei den Angeboten mit niedrigschwelliger Komm-Struktur, sind ein enger Lebensweltbezug und die Einbettung in eine vertraute Umgebung wichtige Faktoren sowohl für den Zugang als auch bei den auf Verhaltens- und Verhältnisprävention ausgerichteten Interventionsmaßnahmen. Gemeinwesenorientierung ist für einen erfolgreichen Zugang zu Migrantinnen und Migranten in besonderem Maße hilfreich.

Zielgruppenadäquate Angebote setzen Kenntnisse über relevante Handlungsfelder ebenso voraus wie über Hintergründe möglicher Problemlagen der Zielgruppe. Die interviewten Personen weisen darauf hin, dass bei Migrantinnen und Migranten insbesondere der soziale Status und vor allem der meist niedrige Bildungsstand zu berücksichtigen sind.

Gesundheitsthemen mit praktischem Handlungsbezug wie „gesunde Ernährung“ bieten der Zielgruppe einen Anreiz zur Teilnahme am breiten Angebot vieler Einrichtungen. Hierbei werden von der Mehrzahl der Projekte integrative Ansätze mit Maßnahmebündeln verfolgt. So werden beispielsweise Gesprächskreise, zu denen Expertinnen und Experten eingeladen werden, in Kombination mit Projektelementen, die die dauerhafte Umsetzung in praktisches Alltagshandeln erleichtern, von den interviewten Projektverantwortlichen als besonders Erfolg versprechend eingeschätzt.

Gruppenangebote, die einen sozialen Rahmen bieten und ein Gemeinschaftserlebnis erzeugen, fördern aus Erfahrung der Projektanbieterinnen und Projektanbieter den Abbau von Schwellenängsten bei Migrantinnen und Migranten in besonderem Maße. Ebenso erleichtert ein flexibler Umgang mit Angebotsstrukturen, wie etwa die Erweiterung der Öffnungszeiten bzw. Beratungen außerhalb der Öffnungszeiten, den Zugang zu diesem Personenkreis und wirkt sich auch für die Angebotsnutzenden ohne Migrationshintergrund positiv aus.

Finanzielle Ressourcenausstattung

Es zeigt sich bei der Hälfte der befragten Projekte, dass knappe finanzielle und personelle Ressourcen die Umsetzung spezieller Maßnahmen verhindern bzw. es den Angeboten erschweren, den Bedarf der Zielgruppe zu decken. Ebenso wird deutlich, dass ein eigener finanzieller Beitrag die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten zum Teil davon abhält, Angebote wahrzunehmen. Umgekehrt wird in den Gesprächen berichtet, dass eine hohe Ressourcenausstattung die Inanspruchnahme der Angebote tendenziell erhöht.

Partizipation und Multiplikatorenkonzept

In Hinblick auf die aktive Einbindung der Zielgruppe (vgl. u. a. [12]) in die Gestaltung der Angebote und die Mobilisierung von Ressourcen zeigt sich, dass die Migrantinnen und Migranten in den befragten Projekten vielfach an der Organisation von Veranstaltungen beteiligt sind und kontinuierliche Aufgaben beispielsweise in Gemeinwesenzentren übernehmen.

Bei den befragten Projekten lässt sich jedoch ein Handlungsbedarf im Bereich der Multiplikatorenkonzepte⁴ erkennen. Nach Angaben der Interviewten bestehen teilweise Schwierigkeiten in der Gewinnung von Migrantinnen und Migranten als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Als Problem wird u. a. der geringe Bildungsgrad vieler Menschen mit Migrationshintergrund genannt, der dazu führt, dass die Zielgruppe den hohen Erwartungen an die Multiplikatoren aufgabe vielfach nicht gerecht werden kann. Auch fehlende finanzielle Ressourcen spielen hierbei eine Rolle.

Fazit

Im Mittelpunkt der hier vorgestellten Befragung von Anbietern aus dem Feld der Gesundheitsförderung mit und für Migrantinnen und Migranten stand die Ermittlung von Zugangswegen und Strategien der Zielgruppenerreichung. Es hat sich jedoch darüber hinaus gezeigt, dass im Hinblick auf die inhaltliche

⁴ Multiplikatorenkonzepte in der Gesundheitsförderung sind darauf ausgerichtet, Personen oder Gruppen, die professionell oder ehrenamtlich auf Gesundheitsförderung und Prävention bei den Zielgruppen hinwirken, gezielt auf diese Aufgabe vorzubereiten. Ein Großteil der Angebote wendet sich direkt an Personengruppen, bei denen von einem hohen Multiplikationseffekt ausgegangen wird (z. B. Fortbildung von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern). Betroffene, in diesem Fall Menschen mit Migrationshintergrund, im Laufe der Projektdurchführung zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu machen und in diesem Sinne zu schulen, verspricht ebenfalls einen hohen Multiplikationseffekt [9].

Ausrichtung und mögliche sowie sinnvolle Handlungsfelder in der gesundheitsfördernden Arbeit bei Menschen mit Migrationshintergrund noch Fragen offen und weitere differenzierte Untersuchungen erforderlich sind, um dem Bedarf und den besonderen Problemlagen gerecht zu werden. Hierbei sind Studien, Forschungsarbeiten und eine Gesundheitsberichterstattung unerlässlich, die einen Migrationshintergrund als Kriterium zur Beschreibung soziodemographischer Rahmenbedingungen mit einbeziehen [4, 13]. Soziokulturelle Faktoren und Migrationserfahrungen sollten grundsätzlich bei der Entwicklung und Umsetzung von Multiplikatorenkonzepten stärker berücksichtigt werden, um Migranten und Migrantinnen wirkungsvoll einbinden zu können. Im Bereich der Gesundheitsförderung bei Menschen mit Migrationshintergrund ist es erforderlich, die Bedarfe und adäquaten Zugangswege der verschiedenen Gruppen innerhalb der heterogenen Zielgruppe genauer zu beleuchten. Kinder und Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen, d. h. die verschiedenen Migrantengenerationen, aber auch unterschiedliche Migrationserfahrungen und soziokulturelle Hintergründe sind differenziert zu betrachten.

Regeleinrichtungen benötigen eine stärkere Unterstützung bei der interkulturellen Öffnung und sollten gleichermaßen umfassende Anstrengungen unternehmen, ihr Angebot für alle Bevölkerungsgruppen zu öffnen. Die Befragung konnte einige wichtige Hinweise darüber liefern, wie der Zugang und die Erreichbarkeit der Zielgruppe verbessert werden können.

Mit weiteren umfassenden Erhebungen und der Analyse bestehender Angebote können eine größere Transparenz im Bereich der Gesundheitsförderung bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland geschaffen und erfolgreiche Ansätze von Good-Practice-Projekten vorgestellt und in angepasster Form übertragen werden.

Literatur:

1. Razum O, Geiger I (2003) Migranten. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, et al. (Hrsg) Das Public-Health-Buch. 2. Auflage. Urban&Fischer, München; S 686-692
2. Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) (2005) Lebenslagen in Deutschland. 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin, 200ff
3. Mielck A (2003) Projekte für mehr gesundheitliche Chancengleichheit: „Bei welchen Bevölkerungsgruppen ist der Bedarf besonders groß?“ In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung und Vernetzung der Akteure. Eigenverlag, Köln; 10-19
4. Razum O, Geiger I, Zeeb H, Ronellenfitch U (2004) Gesundheitsversorgung von Migranten. Deutsches Ärzteblatt; 101: A 2882-2887 (43)
5. Kilian H, et al. (2003) Abschlussbericht Projektphase I: „Erhebung von Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in der Bundesrepublik Deutschland“. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung und Vernetzung der Akteure. Eigenverlag, Köln; 65-118
6. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005) Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. SVR, Bonn; S 130

7. Bau A-M (2004) Gibt es Unterschiede im Erklärungsmuster von Kitakindern verschiedener Ethnien? – Ergebnisse aus Berlin. In: Gesundheit Berlin e.V. (Hrsg.) Tagungsabstracts des 10. bundesweiten Kongresses Armut und Gesundheit. Berlin, S 54
 8. Salman R, Menkhaus B (2004) Mit Migranten – Für Migranten, Gesundheitsförderung durch interkulturelle Gesundheitsmediatoren. In: Geene R, Philippi T (Hrsg.) Mehr Gesundheit für alle. Die BKK-Initiative als ein Modell für soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung. Essen, Berlin; 93-96
 9. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2005) Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. Gesundheitsförderung Konkret 5. Eigenverlag, Köln
 10. Lamnek S. (1995) Qualitative Sozialforschung. Band 1: Methodologie (3., korrigierte Auflage). Beltz, Weinheim; S. 107 ff
 11. Stikkan-Verfürth M (2004) Einführung: Kultursensible und interkulturelle Gesundheitsförderung. In: Geene R., Philippi T (Hrsg.) Mehr Gesundheit für alle. Die BKK-Initiative als ein Modell für soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung. Essen, Berlin. 87-92
 12. Whitehead M (1990) The concepts and principles of equity and health. World Health Organisation Regional Office for Europe, Copenhagen
 13. Schenk L, Neuhauser H (2005) Standards einer migrantensensiblen Forschung in der Epidemiologie. Bundesgesundheitsblatt 2005: 279-286
- Dr. Monika Meyer-Nürnberg, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ref. 2-21, Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln, E-Mail: monika.meyer-nuernbrger@bzga.de

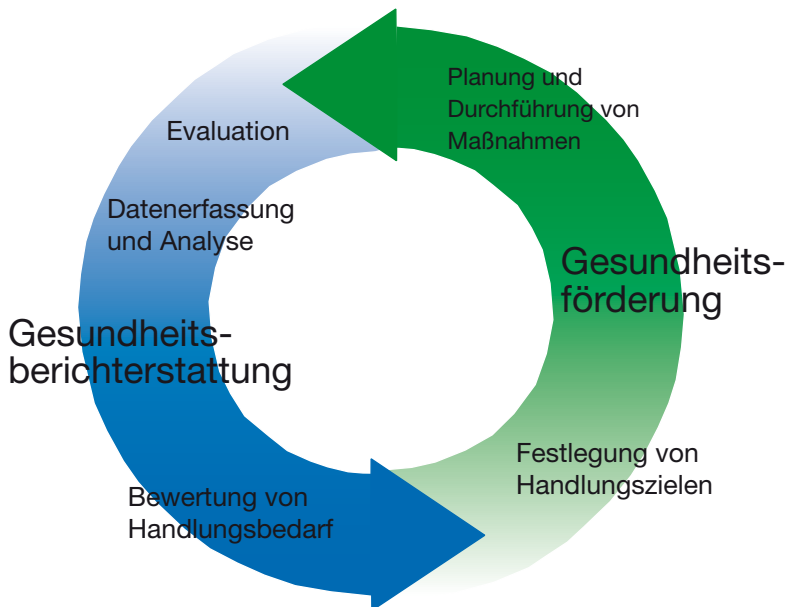
13.2. Gesundheitsberichtserstattungs-basierte Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen – Bezirk Berlin-Mitte, Plan- und Leitstelle Gesundheit

Jeffrey Butler, Tobias Prey

Im Berliner Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) wurde nach dem Gesundheitsdienstgesetz (1994) in den meisten Bezirken eine Plan- und Leitstelle Gesundheit – als Stabsstelle des Gesundheitsstadtrates – mit folgenden Aufgaben gebildet:

Gesundheitsberichterstattung (GBE)
Gesundheitsförderung
Gesundheitsplanung
Psychosoziale Koordination
Suchthilfekoordination (später hinzugekommen)

Bei der Einrichtung der Plan- und Leitstelle Berlin Mitte (bzw. in den Vorgängerbezirken Tiergarten, Mitte und Wedding) wurde darauf geachtet, dass qualifiziertes Fachpersonal für die neuen Aufgabengebiete bereit stand. Die Stellen wurden sowohl durch Mitarbeiter aus ÖGD-Dienststellen als auch durch externe Ausschreibung besetzt, was dazu führte, dass z. B. Mitarbeiter mit Erfahrung in der Public-Health-Forschung bzw. im bezirklichen Selbsthilfebereich rekrutiert wurden. Darüber hinaus qualifizierte sich eine Mitarbeiterin aus dem Gesundheitsamt als MPH für die Arbeit in der Plan- und Leitstelle weiter. Diese besondere Konstellation führte dazu, dass sich sehr früh eine engagierte inhaltliche Zusammenarbeit zwischen den Arbeitsbereichen entwickelte – gemäß dem Regelkreis Gesundheitsplanung.



Da es im Bezirk Mitte große Anteile an Menschen nicht deutscher Herkunft gibt (insgesamt ca. 28 % der Bevölkerung haben nicht die deutsche Staatsangehörigkeit), sind fast alle Maßnahmen zwangsläufig auch stark an die Bevölkerung mit Migrationshintergrund gerichtet. Insgesamt weist der Bezirk im Berliner Vergleich anhand mehrerer Indikatoren (Arbeitslosigkeit: 23,3 %, Sozialhilfeempfang: ca. 14 % sowie niedrige Werte in landesweiten Armuts- bzw. Sozialstrukturberichten) sehr hohe Anteile an sozial benachteiligten Menschen auf. Diese sind wiederum verstärkt in den Bezirksteilen Tiergarten und Wedding und unter den Bewohnern mit Migrationshintergrund zu finden.

Entsprechend dem oben vorgestellten Regelkreis Gesundheitsplanung wird in der Plan- und Leitstelle Mitte die Gesundheitsberichterstattung als Datenbasis für zielgruppengerechte Angebote der Gesundheitsförderung verstanden. Hierfür müssen die Analysen möglichst differenziert und kleinräumig gestaltet werden. Insgesamt wird in der Gesundheitsberichterstattung der Aspekt des Migrationshintergrundes so weit wie möglich anhand der verfügbaren Daten differenziert berücksichtigt. In den Bereichen, in denen die Datengrundlage hierfür nicht ausreichend ist wird versucht, dies zu verbessern, was bei den schulischen Reihenuntersuchungen bereits gelungen ist (s. unten). In vielen Bereichen der amtlichen Statistik, in denen Migrationshintergrund bislang nur ungenügend, z.B. die Todesursachenstatistik (nur deutsch/nicht deutsch) und die Bevölkerungsstatistik (nur Nationalität) bzw. gar nicht erfasst wird (die Krankenhausdiagnosestatistik) wird versucht, Einfluss auf die Erhebungsmodalität auszuüben, um dies zu verbessern.

Da der Bezirk Mitte über so gut wie keine Sachmittel für die bevölkerungsbezogene Gesundheitsförderung verfügt, besteht die Hauptaufgabe der Arbeit in der Gesundheitsförderung aus der Mobilisierung von Kooperationspartnern bzw. Sponsoren für Projekte, die Problembereiche aus der GBE adressieren. Hierbei wird besonderer Wert auf eine enge Kooperation mit dem universitären Bereich gelegt. Ohne die engagierte Mitwirkung von angehenden Gesundheitswissenschaftlern wären viele der unten dargestellten Projekte nicht durchzuführen gewesen.

Die Angebote der Plan- und Leitstelle im Bezirk Mitte sind sowohl migran-spezifisch, wie z. B. die Türkische Gesundheitsmesse, die im November 2004 zusammen mit dem Türkischen Bund Berlin-Brandenburg und der Beratungsstelle Akarsu e.V. veranstaltet wurde, als auch settingorientiert, wie die Angebote der schulischen Gesundheitsförderung. Da mittlererweile eine ganze Reihe von Maßnahmen der Gesundheitsförderung entweder durchgeführt worden sind oder Maßnahmen noch realisiert werden, widmet sich die GBE stärker der Aufgabe der Evaluation, um festzustellen, in wie weit die selbst gesetzten Ziele (bzw. Zielgruppen) erreicht worden sind.

Arbeitsschwerpunkt Kinder- und Jugendgesundheit

Sehr früh wurden Kinder und Jugendliche als besonders zu berücksichtigende Zielgruppe für die Arbeit der Gesundheitsförderung benannt. Die Tier-

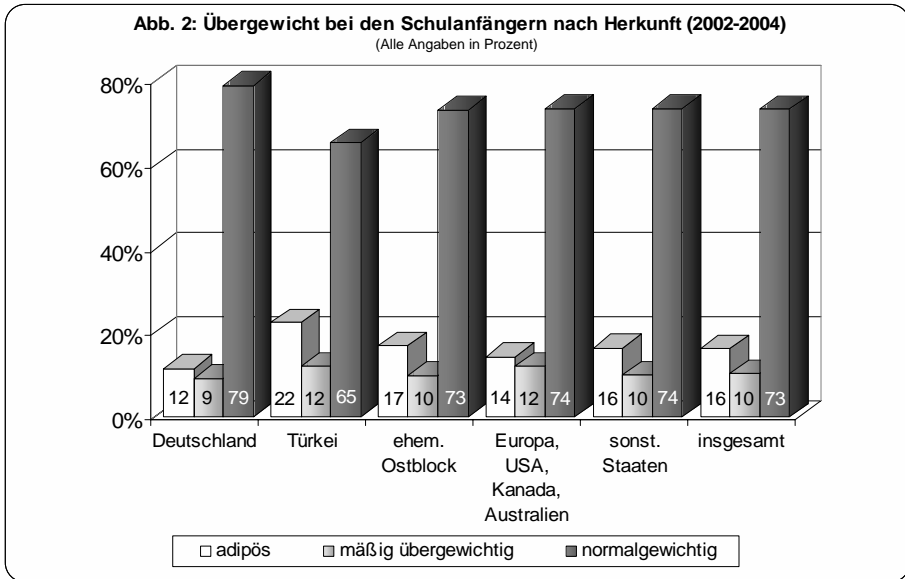
gartener Gesundheitskonferenz „Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“ (1998) stellte u. a. eine mangelnde Datenlage für die Prävention im Kinder- und Jugendbereich fest. Aus der Gesundheitskonferenz sind auch Projekte zur Zahngesundheit bei türkischen Kindern in der Kindertagesstätte (Dantas 2001) sowie zur Akzeptanz von Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern mit Migrationshintergrund (Yehia 2000) entstanden. Aus dem zweitgenannten Projekt entwickelte sich ein muttersprachliches Gesundheitsberatungsangebot für arabisch-stämmige Migrantinnen und Migranten in einem Quartiersmanagementgebiet. Der Gesundheitsbericht „Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“ (2000) brachte Verbesserungen hinsichtlich der Datenlage. Die Erfahrungen mit der Konferenz und mit dem Bericht führten zum Bestreben, die im ÖGD gesammelten schulärztlichen Daten für die GBE fruchtbar zu machen. Hierbei wurde auch die Notwendigkeit der Erhebung von differenzierten Daten zur sozialen Lage und Herkunft sowie zur Feststellung kleinräumiger Unterschiede im Bezirk festgestellt.

Seit 2001 werden flächendeckend sowohl bei der Schuleingangsuntersuchung als auch bei der Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz gesundheitsrelevante Daten nahezu aller Schulanfänger und 10.-Klässler standardisiert erhoben.¹ Diese Daten erlauben detaillierte Analysen von gesundheitlichen Problemlagen sowie die Zuordnung zu einer sozialen Schicht für die entsprechenden Familien. Darüber hinaus können anhand der Schulen bzw. von Merkmalen des regionalen Bezugssystems auch kleinräumig Analysen durchgeführt werden. Gegenwärtig wird versucht, durch „data-linkage“ die Daten des bezirklichen Zahnärztlichen Dienstes, der die Kinder nach Eintritt in die Schulen betreut, mit denen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) zu verbinden, um auch die Daten zum Zahnstatus nach sozialer Lage und nationaler Herkunft auswerten zu können.

Die Untersuchungsdaten sind als Basis für bislang zwei Gesundheitsberichte (vgl. BA-Mitte 2001 und 2003) und als Handlungsorientierung für zahlreiche Maßnahmen der Gesundheitsförderung verwendet worden. Insbesondere der erste (Kinder-) Bericht führte zu einem gesteigerten Problembewusstsein bei den relevanten Akteuren im Bezirk. Anlässlich dieses Berichtes wurden 3 bezirkliche Gesundheitskonferenzen mit betroffenen Lehrer/-innen, Kita-Erzieher/-innen und Kinderärzten/-ärztinnen durchgeführt. Die Ergebnisse der GBE fließen in eine ganze Reihe von Projekten zur schulischen Gesundheitsförderung mit ein – u. a. gesunde Schulkioske, Bewegungsförderungsprojekte, Klasse 2000 (in Schulen in einem Quartiersmanagementgebiet) und Schulstationen. Auch beim Projekt „Fitness für Kids“, das in 25 Kitas in sozial benachteiligten Bezirksteilen durchgeführt wird, wurde die GBE für die Auswahl der teilnehmenden Kitas verwendet. Diese Maßnahmen sind nicht spezifisch für Kinder mit Migrationshintergrund – sie sind jedoch niedrigschwellig

¹ Bei allen Schülern werden Größe, Gewicht, Durchimpfungsgrad, Nationalität, Herkunft, Geschlecht sowie Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern festgehalten – bei den Schulanfängern werden zudem u. a. deutsche Sprachkenntnisse, vorschulische Betreuung und Vorsorgestatus, bei den Zehntklässlern u. a. der Raucherstatus erhoben.

und werden in Settings angeboten, in denen viele Kinder aus dieser Zielgruppe erreicht werden.



Die Erkenntnis aus der GBE, dass insbesondere türkische Kinder und Jugendliche von Adipositas betroffen sind, führte zu verstärkten Überlegungen hinsichtlich der besseren Erreichbarkeit dieser Zielgruppe im Bezirk und zu einer tiefer gehenden Untersuchung des Ernährungsverhaltens von Kindern nach kultureller Herkunft in einigen bezirklichen Kindertagesstätten (vgl. Bau 2002). Insgesamt wurde anhand einer Auswertung der Daten zu Adipositas nach Grundschuleinzugsgebiet (vgl. BA Mitte 2001) eine neue Prioritätensetzung für die Arbeit im Bereich Bewegung und Ernährung vorgenommen – statt in den Schulen mit interessierten Lehrern bzw. Eltern, aber nur mäßigen Problemen mit Übergewicht tätig zu sein, wird zunehmend in den Schulen mit hohen Anteilen von sozial benachteiligten und nicht deutschen Kindern und Jugendlichen gearbeitet.

Im Arbeitsschwerpunkt schulische Gesundheitsförderung wurde 2003 zusammen mit einem Public-Health-Studenten anhand einer Befragung in den bezirklichen Schulen der Bestand und Bedarf an Gesundheitsförderung für Schüler und Lehrer festgestellt (Mukhtar 2004). Dieses Projekt zusammen mit den oben beschriebenen Aktivitäten im Bereich der GBE und Gesundheitsförderung führte dazu, dass der Bezirk Mitte von der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport als Modellgebiet für Anschub.de, dem dreijährigen Projekt der Bertelsmann-Stiftung zur schulischen Gesundheitsförderung, vorgeschlagen wurde. Mittlerweile läuft das Projekt in 13 bezirklichen Schulen, die z.T. große Anteile an Schülern nicht deutscher Herkunft aufweisen. Im Frühjahr 2005 fand eine Schülerbefragung zum Gesundheitsverhalten und allgemeinen Befinden in den Anschub-Oberschulen statt, durch die die bezirkliche GBE zusammen mit 4 Kontrollschulen durchgeführt wurde, die nach

dem Ende der Anschlag-Intervention bei der Schulentlassungsuntersuchung als Evaluationsmaßnahme wiederholt werden soll.

Vernetzungstätigkeit

Neben tagtäglicher projektbezogener Vernetzungsarbeit in der Gesundheitsförderung agiert die Plan- und Leitstelle Gesundheit auch als Organisator für eine Reihe von festen themenbezogenen Gremien im Bezirk. Seit 2002 gibt es den bezirklichen Arbeitskreis Migration und Gesundheit, in dem sich lokale Akteure auf diesem Feld treffen und gemeinsame Handlungsstrategien diskutieren. Ein wichtiges Thema ist gegenwärtig der Bedarf an und die Verfügbarkeit von fremdsprachlichen Informationsmaterialien. In diesem Zusammenhang unterstützt die Plan- und Leitstelle die Ausbildung und Qualifizierung von Sprach- und Kulturmittlern sowie den Einsatz von sogenannten Gemeindedolmetschern in der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung. Ein wichtiges und immer wieder in den Focus zu stellendes Thema ist die Frage nach der interkulturellen Öffnung der Regeldienste zur Verbesserung der Zugänglichkeit und Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen. Die Türkische Gesundheitsmesse in November 2004 hat daher ihre Auftaktveranstaltung in Form eines Fachgesprächs (unter Beteiligung der Dienststellen des ÖGD, der Politik sowie niedergelassener Ärzte) diesem Thema gewidmet, um diesen notwendigen Prozess voranzubringen.

Seit fast drei Jahren bietet das von der Plan- und Leitstelle moderierte Forum Suchtprävention Mitte den lokalen Akteuren insbesondere der primären Suchtprävention die Möglichkeit des regelmäßigen Erfahrungsaustausches und der Vernetzung.

Die Plan- und Leitstelle Mitte fungiert darüber hinaus als Geschäftsstelle für die bezirkliche Mitgliedschaft im Gesunde-Städte-Netzwerk.

Nachhaltigkeit

Dank der gesetzlichen Verankerung, der qualifizierten fachlichen Arbeit und der politischen Rückendeckung durch den jeweiligen Stadtrat konnte die Plan- und Leitstelle Mitte trotz Sparzwängen und Fusionsverlusten über Jahre hinweg arbeitsfähig bleiben. Die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt ist insgesamt gut, trotz gelegentlicher Reibereien. Hier wird versucht, Inhalte von New-Public-Health auch in der Arbeit der tradierten ÖGD-Dienststellen zu verankern.

Momentan dominiert die ÖGD-Reform im Land Berlin die Diskussion im Gesundheitssektor. Wie überall heißt „Reform“ in diesem Kontext auch Einsparung. Im neuen ÖGD-Gesetz erscheinen die bezirklichen Plan- und Leitstellen unter neuem Namen und mit etwas erweitertem Aufgabenspektrum. Bei der personellen Ausstattung jedoch werden die Aufgabenbereiche Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung nicht ausdrücklich erwähnt (im Gegensatz zu psychosozialer und Suchthilfeoordination). Demnach wird die Erledigung dieser Aufgaben von der jeweiligen Situation und Wertschätzung in den Bezirken abhängig sein.

Literatur:

Bau, Anne-Madeleine

Ernährungsverhalten von 3-6jährigen Kindern verschiedener Ethnien im Quartier Soldiner Straße, Berlin-Wedding, Magisterarbeit im Studiengang Gesundheitswissenschaften / Public Health der TU Berlin, Berlin 2002

Bezirksamt Mitte, Abteilung Gesundheit und Soziales

Gesundheitliche und soziale Lage der Schulanfänger in Berlin-Mitte, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung, Band 1, November 2001

Bezirksamt Mitte, Abteilung Gesundheit und Soziales

Jugendgesundheit in Berlin-Mitte, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung, Band 3, Oktober 2003

Dantas das Virgens, Marivalda

Zahngesundheit bei Kindergartenkindern unterschiedlicher Kulturkreise: Eine Untersuchung im Berliner Bezirk Tiergarten, Magisterarbeit im Studiengang Gesundheitswissenschaften / Public Health der TU Berlin, Berlin 1999

Mukhtar, Abdel Moniem

Schulische Gesundheitsförderung im Bezirk Berlin-Mitte: Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung von Daten der schulärztlichen Untersuchungen. BA Mitte von Berlin, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung, Band 4, Berlin 2003

Yehia, Ibrahim,

Entwicklung wirksamer Strategien zur Verbesserung der Akzeptanz von Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen unter Migrantenkindern in Berlin-Tiergarten – Untersuchung zur Akzeptanz der Impfungen und Kindervorsorgeuntersuchungen, Magisterarbeit im Studiengang Gesundheitswissenschaften/Public Health der TU Berlin, Berlin 2000

Autorinnen und Autoren

Dr. Wolfgang Bautz

Fachberatungsdienst Zuwanderung, Integration und Toleranz im Land
Brandenburg
Zum Jagenstein 3, 14478 Potsdam

Stéphanie Berrut

Gesundheitsförderung für MigrantInnen
Pro familia Bonn
Poppelsdorfer Allee 15, 53115 Bonn

Doris Bonkowski

Stadt Braunschweig-Sozialreferat
Büro für Migrationsfragen
Hamburger Str. 226
38114 Braunschweig

Werner Brayer

Kinder- und Familienzentrum Schnelsen (KiFaZ)
Graf-Ernst Weg 31
22459 Hamburg

C. Bunge

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln

Jeffrey Butler

Bezirksamt Mitte von Berlin
Plan- und Leitstelle Gesundheit
Müllerstr. 146/147, 13353 Berlin

Iris Tatjana Calliess

Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

Michaela Diers

Frauen- und Familienzentrum i.d. AIDS-Hilfe Köln e.V.
Beethovenstraße 1, 50674 Köln

Tülin Duman

Gesundheit Berlin
Friedrichstr. 231, 10969 Berlin

Ben Eberle

AWO-Begegnungszentrum
Adalbertstraße 23A, 10997 Berlin

Natascha Garay

Interkulturelle Begegnungsstätte „Bayouma-Haus“ der AWO Friedrichshain
e.V.
Rudolfstraße 15, 10245 Berlin

Prof. Dr. Joachim Gardemann

Kompetenzzentrum Humanitäre Hilfe
Fachhochschule Münster
Leonardo Campus 7, 48149 Münster

Petra Garlipp

Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

Johannes Gnegel

Gesundheitsamt Landkreis Stade, der Landrat
Heckenweg 7, 21680 Stade

Dr. Dorothea Grieger

Arbeitsstab der Beauftragten der Bundesregierung
für Migration, Flüchtlinge und Integration
11012 Berlin

Dr. med. Ferdinand Haenel

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Behandlungszentrum für Folteropfer
Turmstr. 21, 10559 Berlin

Christine Hartwig

Gesundheitsamt Landkreis Stade, der Landrat
Heckenweg 7, 21680 Stade

Dr. Thomas Hegemann

Bayerisches Zentrum für transkulturelle Medizin e.V.
Sandstraße 41/Rgb, 80335 München

Simone Helck

Kuratorium Deutsche Altenhilfe Köln
Fachbereich Öffentlichkeitsarbeit
An der Pauluskirche 3, 50677 Köln

Jochen Hilpert

Deutsches Rotes Kreuz Landesverband
Badisches Rotes Kreuz e.V.
Schlettstadter Str. 31-33, 79110 Freiburg

Dipl.-Psych. Dr. Birsen Kahraman

Migration und interkulturelle Arbeit psychologischer Dienst
Goethestr. 53, 80336 München

Cornelia Kauczor

Netzwerk Migration und Behinderung
Simsonstr. 47, 45147 Essen

H. Kilian

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Dr. Ilhan Kizilhan

Bichael Balint Klinik
Hermann-Voland-Strasse 10, 78126 Königsfeld/Schwarzwald

Monika Knepper

Deutsches Rotes Kreuz
Kreisverband Köln e.V.
Oskar-Jäger-Str. 101-103, 50825 Köln

Dr. Eckhardt Koch,

Klinik für Psychiatrie Marburg
Capeller Str. 98, 35039 Marburg

Susanne Koch

AWO-Begegnungszentrum
Adalbertstraße 23A, 10997 Berlin

Maja Krock

Feministisches Frauen Gesundheitszentrum e.V.
Bamberger Str. 51, 10777 Berlin

Christiane Langer

Caritasverband e.V.
Migrantenbetreuung
Bernburger Str. 12/13, 06108 Halle

Prof. Gerhard W. Lauth

Heilpädagogisch-Rehabilitationswissenschaftliche Fakultät der Universität
zu Köln
Frangenheimstr. 4a, 50931 Köln

Prof. Dr. Wielant Machleidt

Medizinische Hochschule Hannover
Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

Karim Mashkooi

Gesundheitsamt Münster
Stühmer Weg 8, 48147 Münster

Björn Menkhaus

Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover
Königstr. 6, 30175 Hannover

Dr. Monika Meyer-Nürnberg

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Filiz Müller-Lenhartz

AWO-Begegnungszentrum
Adalbertstraße 23A, 10997 Berlin

Lucia Muriel

Fachberatungsdienst Zuwanderung, Integration und Toleranz im Land
Brandenburg
Zum Jagenstein 3, 14478 Potsdam

Alp Otman

Interkulturelles Büro der Stadt Darmstadt
Frankfurter Str. 71, 64293
Darmstadt

Feyza Palecek

Mobile Gesundheitsberatung für Migrantinnen und ihre Familien
Landsberger Str. 45 a, 80339 München

Dr. Gert Pallasch

Gesundheitsamt Landkreis Stade, der Landrat
Heckenweg 7, 21680 Stade

Ingrid Papies-Winkler

Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg
Plan- und Leitstelle Gesundheit
Müllenhoffstr. 17, 10967 Berlin

Gari Pavkovic

Integrationsbeauftragter der Stadt Stuttgart
Eberhardstr. 61, 70173 Stuttgart

Sigrid Pettrup

BKK Bundesverband
Abteilung Gesundheit
Ref.: Gesundheitsförderung und Selbsthilfe
Kronprinzenstr. 6, 45128 Essen

Karen Robben

Kinder- und Familienzentrum Schnelsen (KiFaZ)
Graf-Ernst Weg 31
22459 Hamburg

Ramazan Salman

Ethnomedizinisches Zentrum
Königstr. 6, 30175 Hannover

Dr. Meryam Schouler-Ocak

Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus
Große Hamburger Str. 5-11, 10115 Berlin

Dr. Dagmar Schwarte

Gesundheitsamt Münster
Stühmerweg 8, 48147 Münster

Arthur Springfield

Median Klinikum für Rehabilitation
Am Brinkkamp 15, 32545 Bad Oeynhausen

Dr. Sonja Stark

Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main
Braubachstr. 18-22, 60311 Frankfurt am Main

Sven Stenner-Boghoff

MW Malteser Werke GmbH
Apricker Weg 21, 58675 Hemer

Martina Stickan-Verfürth

BKK Bundesverband
Abteilung Gesundheit
Ref.: Gesundheitsförderung und Selbsthilfe
Kronprinzenstr. 6, 45128 Essen

Ali Türk

Institut für transkulturelle Betreuung e.V.
Am Listholze 31a, 30177 Hannover

Virginia Wangare-Greiner

Maisha – Selbsthilfegruppe Afrikanischer Frauen e.V. Ravensteinzentrum
Pfingstweidstr. 7, 60316 Frankfurt am Main

Elisabeth Wesselman

Städtisches Klinikum München GmbH
Klinikum Schwabing
Kölner Platz 1, 80804 München

Matthias Wienold

Ethnomedizinisches Zentrum Hannover
Königstraße 6
30175 Hannover

Dr. Hans Wolter

Gesundheitsamt, 60275 Frankfurt am Main

Marc Ziegenbein

Medizinische Hochschule Hannover
Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover



ISBN 3-937619-23-2