

Psychische Erkrankungen – Mythen und Fakten

Hilfe bei psychosozialen Problemen für Menschen mit Migrationshintergrund

PROF. DR. GISELA CHARLOTTE FISCHER, VORSITZENDE DES ETHNO-MEDIZINISCHEN ZENTRUMS E.V., HANNOVER



Spezifische Zugangsprobleme führen dazu, dass Menschen mit Migrationshintergrund das deutsche Gesundheitssystem und seine Hilfs- und Beratungsangebote nicht im gleichen Maße nutzen wie die übrigen Bürger. Dabei belasten psychosoziale Probleme Menschen mit ausländischer Herkunft in besonderem Maße, weil sie in einer oft als fremd erlebten Welt verarbeitet werden müssen. Vor diesem Hintergrund ist 1989 das Ethno-Medizinische Zentrum in Hannover gegründet worden. Seine Arbeit verdankt sich insbesondere der Einsicht, dass viele Konflikte und seelische Belastungen an der Schnittstelle von Gesellschaft und familiärem Umfeld nicht durch Hilfsangebote von „außen“ angegangen werden können. Demgegenüber zielt das Projekt „Migranten für Migranten“ (MiMi) darauf ab, eine Mit-Verantwortlichkeit der Migranten für das Gelingen der Integration ihrer Landsleute zu bahnen. Als Lotsen zwischen den Welten hat sich beispielsweise die Schulung von Gesundheitsmediatoren als erfolgreicher Ansatz erwiesen, der mittlerweile bundesweit eingesetzt wird.

Einführung

Migration ist heute ein globales Phänomen von wachsendem Ausmaß. Der Anteil der Migranten lag im Jahr 2011 in Deutschland bei 15,96 Millionen Personen, was einem Bevölkerungsanteil von 19,5 % entspricht. Bis zum Jahre 2030 wird weltweit mit 230 Millionen Menschen gerechnet, die ihre Heimat verlassen, um andernorts zu leben. Weltweit werden auf diese Weise multikulturelle und multiethnische Gesellschaften gefördert, ein besonderer und bemerkenswerter Trend des Zusammenwachsens der Weltbevölkerung. In der EU leben zur Zeit etwa 64 Millionen Migranten – bei steigender Tendenz.

In den alternden westlichen Gesellschaften, namentlich in Deutschland, ist Migration mit einer Verjüngung der Gesellschaft verbunden. So liegt bei uns das Durchschnittsalter der Migranten bei 35,2, das der Deutschen bei 44 Jahren. Der Anteil der unter 15-Jährigen beläuft sich bei Migranten auf 22,0 % und bei Deutschen nur auf 11,5 %, der der unter Fünfjährigen bei Migranten auf 34,9 %.

Die Verarbeitung der Migration und der damit verbundenen Erfahrungen kann in der Regel nicht in einer Generation geleistet werden. Wir haben es mit generationsübergreifenden Anpassungsprozessen zu tun, die im Kern psychisch vermittelt werden, was in der Sozialpsychologie auch als „Akkulturation“ beschrieben wird. Die Veränderungen sind tiefgreifend und betreffen alle Lebensbereiche von Individuen und Familien. Hierzu gehören z.B. Sprache, Identität, Loyalität, Autoritätsstrukturen, Werte, Normen und Verhaltensstandards. Kommt es zu Dysbalancen, können daraus psychosoziale Probleme und psychische Störungen wie z.B. Suchterkrankungen oder Depressionen

resultieren. Benötigen Migranten psychosoziale Beratung und Therapie, so muss die Qualität der sprachlichen Kommunikation, besonders Identität, Erleben und Emotionen in angemessener Weise zu erfassen vermögen.

Gelingt es nicht, die familiären und seelischen Nöte von Menschen und Familien richtig zu verstehen, so hat dies Auswirkungen auf die Krankheitserfassung, die Diagnose und den Therapieplan. Für Patienten können psychosoziale Probleme existenzielle und für die Gesellschaft kostspielige Folgen haben, angefangen vom „Doktor-Hopping“, über Medikamentenmissbrauch, Chronifizierung und Arbeitsausfällen bis hin zu vorzeitiger Berentung. Das bedeutet auch, dass interkulturelle Lösungen (wie z.B. der Einsatz von Dolmetschern) helfen können, individuelle und volkswirtschaftliche Kosten zu vermeiden oder zu reduzieren.

Die Frage einer erfolgreichen Hilfe stellt sich neben der individuellen auch auf der gesellschaftlicher Ebene, und zwar auch jenseits ökonomischer Erwägungen. Gesundheitschancen sind zugleich Lebenschancen und verdeutlichen die Notwendigkeit, auch hier im Sinne der sogenannten „Gesundheitsgerechtigkeit“ optimale Hilfen bereit zu halten.

Psychosoziale Probleme

Psychosoziale Probleme belasten Menschen mit Migrationshintergrund in besonderem Maße, da sie in einer oft als fremd erlebten Umgebung verarbeitet werden müssen und vielfach aus der Konfrontation mit derselben resultieren. In besonderem Maße offenbaren sich hier die kulturell geprägten Grundauffassungen, Hoffnungen und Erwartungen. Aber auch die Enttäuschungen und das Fremdsein treten oft als Konflikt zwischen den Grundsätzen der Her-

kunftskultur und den Anforderungen an ein erfolgreiches Leben in der „neuen“ Welt hervor.

Psychosoziale Probleme bei Migranten bedürfen somit der besonderen Beachtung. Sie können zu erheblichen Eskalationen und Auseinandersetzungen mit der Arbeitswelt, Familie und im sozialen und öffentlichen Raum werden. Die Darstellungen hierzu, z.B. der Berliner Richterinnen Heisig oder des Berliner Bezirks-Bürgermeisters Buschkowsky zeigen das Ausmaß der psychosozialen Problematik ebenso, wie die Vordringlichkeit, wirklich wirksame Lösungswege bereitzustellen. Sie zeigen aber auch, dass wir uns keine Illusionen machen dürfen, die Probleme seien seltene Ausnahmefälle und regelten sich allmählich und gleichsam von selbst.

Dabei können politische Appelle von maßgeblichen Politikern der Mutterländer, z.B. der Türkei, eine Anpassung an das Gastland weitgehend zu vermeiden und der Aufrechterhaltung der eigenen ethnischen und religiösen Prägungen einen Vorrang zu geben, zu einer Verschärfung psychosozialer Probleme für den Einzelnen und zu einer gesellschaftlichen Behinderung der Integration führen.

Psychosoziale Probleme von Menschen mit Migrationshintergrund stellen besondere Anforderungen auch an unser Gesundheitswesen. Sie können als Bewährungsprobe für die Fähigkeit gelten, mit Menschen aus anderen Kulturkreisen unter oft schwierigen Bedingungen (Sprache, Gesundheitsverständnis) umzugehen und auch fremd anmutende Eindrücke zu verstehen, einzuordnen und Hilfen zu entwickeln, die auch als solche akzeptiert und wahrgenommen werden.

Die Häufigkeit psychischer und psychosozialer Probleme wurde bei Migranten im Jahre 2001 höher gefunden, als bei Deutschen. Fasst man somatoforme und affektive

Migration in Deutschland – ein Überblick

	Personen mit Migrationshintergrund	Personen ohne Migrationshintergrund
Gesamtzahl	15,4 Mio. (18,6%)	66,8 Mio. (81,4%)
Männer	7,8 Mio. (50,7%)	32,5 Mio. (48,6%)
Frauen	7,6 Mio. (49,3%)	34,4 Mio. (51,4%)
Deutsche Staatsangehörige	8,1 Mio.	66,8 Mio.
Ausländische Staatsangehörige	7,3 Mio.	—
Mit eigener Migrationserfahrung	10,5 Mio.	—
Ohne eigene Migrationserfahrung	4,9 Mio.	—
Durchschnittsalter	34,3	44,9
Anteil der unter 15-jährigen	22,0%	11,5%
Anteil der über 65-jährigen	9,0%	22,8%

Quelle: Statistisches Bundesamt: Mikrozensus 2007



Fast jeder fünfte dauerhaft in Deutschland lebende Bürger hat im Jahr 2007 einen Migrationshintergrund gehabt.

Störungen zusammen, so finden sich diese bei 37,8 % aller Migranten, aber nur bei 21,6 % der Deutschen. Allerdings müssen solche Daten mit Vorsicht gesehen werden, da Migranten keine homogene Gruppe bilden. Außerdem sind sie im medizinischen Versorgungssystem unterrepräsentiert. Studien von 2009 zeigen, dass Migranten im Durchschnitt nicht öfter psychisch krank sind als Deutsche. Die vom Ethno-Medizinischen Zentrum im Jahr 2006 durchgeführte erste Studie zur sozialpsychiatrischen Versorgung von Migranten in Deutschland (die 2012 wiederholt wurde) zeigt, dass Migranten häufiger in psychiatrischen stationären Akutabteilungen als in Beratungsstellen vertreten sind.

Als migrationsspezifische Probleme gelten posttraumatische Belastungsstörungen durch Flucht und Verfolgung und Anpassungsstörungen nach der Ankunft. Eine zunehmende Bedeutung gewinnen Bilanzierungskrisen im mittleren Lebensalter, wobei die Frage, ob man mit dem Älterwerden im Gastland bleiben oder wieder in die Heimat zurückgehen soll, eine große Rolle spielt. Besondere psychische Belastungen und Gesundheitsprobleme ergeben sich bei Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Aus Angst, dass der Kontakt zum Gesundheitswesen eine behördliche Registrierung als illegal mit den Folgen einer möglichen Ausweisung nach sich ziehen könnte, werden

auch gravierende Gesundheitsstörungen verschleppt und die zwangsläufige Behandlungsnotwendigkeit erfolgt oft über die Notfallambulanzen. Auch die bei der Bundesärztekammer angesiedelte Zentrale Ethikkommission fordert für diese Patienten Lösungen auf europäischer Ebene.

Nach Erfahrungen des Ethno-Medizinischen-Zentrums Hannover entstehen psychosoziale Probleme gleichsam von Tag zu Tag durch die unterschiedliche Konfrontation mit der neuen Gesellschaft durch z.B. verschiedene Familienmitglieder einer Sippe. Schüler bringen andere Eindrücke und eigene Ansprüche mit nach Hause als Berufstätige oder die zu Hause lebenden Frauen. Die Auseinandersetzung mit der fremden Gesellschaft wird somit überlagert durch migrationstypische Generationenkonflikte.

Spezifische Zugangsbarrieren führen dazu, dass Migranten das psychosoziale Hilfesystem in Deutschland nicht in dem Maße nutzen, wie es eigentlich vom Bedarf her sinnvoll wäre. Solche Barrieren sind z.B. fehlende oder mangelnde Deutschkenntnisse, fehlende Informationen über das Hilfesystem, rechtliche Barrieren und Ängste. Dies führt dazu, dass viele mit ihren Problemen so lange warten bis es zu einer Dekompensation kommt, was dann zu einer stationären Behandlung führt. Nach der Entlassung in der Nachsorgephase gelangt auf Grund der

genannten Barrieren auch nur ein Teil dieser Patienten in eine Anschlussbehandlung.

Insgesamt lässt sich feststellen: Migration macht nicht zwangsläufig krank, sie stellt aber im Sinne eines kritischen Lebensereignisses einen Risikofaktor für Gesundheit dar. Im gegebenen Zusammenhang ist festzuhalten, dass individuelle Coping- und Bewältigungsmechanismen auch unter Zuhilfenahme gesellschaftlich bereitgestellter Angebote oft nicht ausreichen oder nicht in Anspruch genommen werden, um psychosoziale Probleme und entsprechende gesundheitliche Belastungen zu verhindern oder zu beseitigen. Diese Tatsache, ebenso wie die offenkundigen Probleme selbst, haben 1989 zur Gründung des Ethno-Medizinischen Zentrums in Hannover geführt.

Das Ethno-Medizinische Zentrum e. V. (EMZ)

Beim Ethno-Medizinischen Zentrum handelt sich um einen gemeinnützigen Verein, der sich aus einer finanziellen Unterstützung durch Stadt und Land und im Wesentlichen aus Dienstleistungen und Projektmitteln trägt.

Bundesweit und international werden Projekte zur Gesundheit und sozialen Integration von Migranten durchgeführt. Das Ziel besteht darin:

- Organisationen und Fachkräfte für den Umgang mit Menschen unterschiedlicher Herkunftskulturen zu sensibilisieren und zu qualifizieren;
- Migranten zu informieren und zu einem selbstständigem Umgang mit dem Gesundheitswesen zu befähigen und
- Bildung und Integration zu fördern.

Es wurde bewusst darauf verzichtet, nur eine einzige Migrantengruppe in Deutschland zu adressieren, vielmehr sollten möglichst alle Migranten erreicht werden. Zwischen den verschiedenen Herkunftskulturen zeigen sich erhebliche Unterschiede hinsichtlich Lebensstilen und Integrationserwartungen. Spezifische Probleme der Identitätsbildung weist z.B. die relativ große Gruppe der Russlanddeutschen auf. Sie hängen oft an Traditionen aus vergangenen Zeiten und sehen sich dem Risiko ausgeliefert, ebenso wie in Russland, auch hier als fremd zu gelten. Heute erreicht die Arbeit des EMZ etwa zu 40 % die türkischstämmige, zu ca. 30 % die russischsprachige und zu 30 % die übrigen Migrantengruppen in weiteren dreizehn Sprachen. Die Vorgehensweise, möglichst alle Migrantengruppen zu erfassen, führte auch zu guten Beziehungen unter den Migranten selbst. Kulturelles Zusammenleben gewinnt so eine neue realistischere mehrkulturelle Dimension.

Migrationsspezifische Gesundheitsbelastungen

- Posttraumatische Belastungsstörungen durch Verfolgung und Flucht
- Anpassungsstörungen nach Ankunft
- Bilanzierungskrisen im mittleren Lebensalter
- Gesundheits-Probleme bei Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus

Quelle: Prof. Dr. Gisela C. Fischer, Ahmet Kimil,
Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover



Migration macht nicht zwangsläufig krank, stellt aber einen Risikofaktor für Gesundheit dar.

Die Aufgabenschwerpunkte reichen heute von einem umfangreichen Dolmetscherdienst (aus dem Dolmetscher-Pool können Leistungen in mehr als 50 verschiedenen Sprachen in Anspruch genommen werden), über Programme zur Gesundheitsförderung von Migranten, der transkulturellen Öffnung von Ausbildungsgängen für Fachberufe, der Fachkräfteschulung und Beratung von Organisationen über Öffentlichkeitsarbeit mit Fachtagungen, Erstellen von Fachinformationen und muttersprachlichem Informationsmaterial (in 15 Sprachen wurde ein Wegweiser durch das deutsche Gesundheitswesen erstellt) bis hin zu Forschungsprojekten.

Das Zentrum ist regelmäßiger Gast beim Integrationsgipfel von Bundeskanzlerin Angela Merkel, entsendet Delegierte in zahlreiche Integrationskommissionen der Länderparlamente und ist vertreten im „Committee of Experts on Migration and Access to Health Care“ des Europarates. Jährlich wird vom Ethno-Medizinischen Zentrum der „International Migrants Day“ mit viel politischer Prominenz aus dem In- und Ausland in Hannover veranstaltet.

Im Laufe der Jahre hat sich die Einsicht verdichtet, dass viele Konflikte und seelische Belastungen sich an der Schnittstelle von Gesellschaft und familiärem Umfeld ergeben, bzw. in der unterschiedlichen Wahrnehmung der fremden Gesellschaft durch verschiedene Familienmitglieder liegen. Mit den gesellschaftlich angebotenen Maßnahmen von „außen“ wird der Kern dieser Problemfelder oft nicht erreicht. Hier bedarf es einer anderen Grundlage des Verstehens und des Zugangs. Aus solchen Überlegungen heraus ist die Idee von „Migranten für Migranten“ (MiMi) entstanden.

Das MiMi-Projekt

Hintergründe

Zur näheren Begründung dieses Modells seien die Hintergründe noch etwas eingehender beleuchtet:

Viele Migranten, auch solche, die schon lange in Deutschland leben, weisen nicht selten in Bezug auf Gesundheit gänzlich andere als die uns gewohnten Denk- und Bewertungsformen auf. Der Umgang mit körperlichen Störungen und seelischem Leid wird früh in der individuellen Entwicklung gebahnt und entspricht den jeweils tradierten Mustern. So können die Beziehung zum eigenen Körper und die Deutungen von Beschwerden und – was auch praktisch sehr wichtig ist – die therapeutischen Erwartungen weitreichend von hiesigen abweichen.

Der Umgang mit Gesundheit, besonders auch die grundlegende Gesundheitsmotivation, hängt eng mit den eigenen Ansprüchen an das Leben und der Wertbemessung des eigenen Daseins zusammen. Fragen individueller Verwirklichungstendenzen spielen nach unseren Vorstellungen hierbei eine wichtige Rolle.

Ein westliches Gesundheitssystem und die gesamte Gesellschaft, man denke z.B. auch an das Bildungswesen, sehen sich in dieser Hinsicht fundamentalen Unterschieden gegenüber. Ihr Einfluss auf das Alltagsverhalten einerseits, aber auch grundlegenden Auffassungen zur Positionierung als Bürger werden m.E. noch zu wenig gesehen und verstanden.

Im Ethno-Medizinischen Zentrum wurden unter der Leitvorstellung „Kollektivistische (hier verstanden als durch Familie, Sippe, Clan oder religiöse Gruppe bestimmte Vorstellungen) und individualistische Wertvorstellungen“ folgende Unterschiede herausgearbeitet, die in geraffter Form wie folgt wiedergegeben seien:

- Die Identität begründet sich unter kollektivistischen Wertvorstellungen im sozialen Netzwerk, wie Familie und Sippe, dem man angehört, während sie nach westlichen Vorstellungen im Individuum begründet ist.
- Kinder lernen dort in „Wir“-Begriffen, hier in „Ich“-Begriffen zu denken.
- Das Ziel der Erziehung z.B. in der muslimischen Gesellschaft besteht in Anpassung. Eine im europäischen Sinne individuelle Persönlichkeitsentwicklung ist nicht erwünscht. Hier hingegen ist das Ziel der Erziehung erfüllt, sofern Lernen als Entwicklung der Persönlichkeit verstanden wird.

- Dementsprechend dominieren die individuellen Interessen hier vor denen des Kollektivs, während der Einzelne z.B. in der muslimischen Gesellschaft mit seinen Interessen immer hinter denen des Kollektivs steht.
- Folglich wird das Privatleben stets von der Gruppe beherrscht, während das Recht auf Privatsphäre bei uns auch in den Familien hoch geachtet wird.
- Als allgemeine höchste Ziele lassen sich besonders bei muslimisch orientierten Gesellschaften Harmonie und Konsens erkennen. Im europäischen Denken hingegen stellt die Selbstverwirklichung eines jeden Individuums eines der höchsten Ziele dar.

Insgesamt wird deutlich, in welchem großem Umfang das Kollektiv, also Sippe und Familie zur Richtschnur für eigenes Verhalten werden und wie wenig Wert auf eine z.B. auch leistungsorientierte durch die jeweilige Persönlichkeit geprägte Entwicklung des Individuums gelegt wird. Menschen aus im o.g. Sinne „kollektiven“ Kulturen müssen in der Migration oft lernen, sich an die neue individualistische Kultur anzupassen. Selbstbestimmung, eigene Bedürfnisse und Interessen verfolgen, eine eigene Meinung vertreten oder Unabhängigkeit müssen erst erlernt werden. Das lässt sich auch als eine „Reise vom Wir zum Ich“ bezeichnen. Die entsprechenden Erfahrungen können Betroffene überfordern und sehr schmerzhaft sein. Viele Migranten müssen dabei eine gesunde Balance zwischen dem Eigenen und Fremden finden.

Solche Gegensätze sind sehr grundsätzlicher Natur und lassen sich weder auf individueller noch auf gesellschaftlicher Ebene einfach überbrücken oder „harmonisieren“. Was wir aber tun können, ist zu helfen, wenn sich psychosoziale Probleme daraus für Familien und Einzelpersonen ergeben. Die Hilfe kann grundsätzlich aktuelle Einzelsituationen aufgreifen oder auch als präventive Maßnahme wirken. Sie setzt jedoch voraus, dass die tiefgreifende Dimension der Verhältnisse und ihr Konfliktpotenzial wirklich, gleichsam „von innen“ heraus verstanden werden und im Hinblick auf die fremde Gesellschaft gewertet und eingeordnet werden können. Dabei ist ein Verständnis der jeweiligen Religionspraktiken und Motivationen von besonderer Bedeutung.

Es leuchtet ein, dass hier Lebensfelder liegen, die am besten von Menschen verstanden werden können, die selbst aus den jeweiligen Herkunftsländern stammen, die in Deutschland leben, erfolgreich integriert sind, beide Sprachen beherrschen und die Bereitschaft aufbringen,

ihren Landsleuten und der sie aufnehmenden Gesellschaft zu helfen, psychosoziale Probleme zu reduzieren. Ihren Landsleuten dienen sie als Vertrauen bildende „Mediatoren“ oder „Lotsen“ zwischen den Welten (Interkultureller Setting-Ansatz). Das ist die Grundidee von „Migranten für Migranten“ (MiMi).

Damit wird eine Mit-Verantwortlichkeit der Migranten für das Gelingen der Integration – hier eine angemessene Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und dies speziell bei psycho-sozialen Problemlagen – ihrer Landsleute gebahnt. Mediatoren des MiMi-Projektes erfüllen auch indirekt weitreichende Funktionen: sie leisten wie kaum eine andere gesellschaftliche Gruppe eine authentische, von Verständnis für beide Seiten getragene Vermittlerrolle, deren gesellschaftlicher Wert nicht hoch genug eingeschätzt werden kann.

Bei den Migranten entsteht Vertrauen in die Person des Mediators. Dieser stellt ein gelungenes Beispiel dafür dar, dass es sich, sogar erfolgreich, in diesem Lande leben lässt, dass andererseits aber auch Anpassungen gefordert werden. Schließlich zeigen Mediatoren am eigenen Beispiel, welche Chancen, z.B. der beruflichen Entwicklung, gerade auch für Frauen, das Gastland bietet, die häufig in der Heimat nicht bestehen. Indem die neue Gesellschaft dadurch besser verstanden werden kann, können starre Verhaltensformen aufgebrochen und die gesellschaftlichen Angebote aufgegriffen werden.

Auf diese Weise wird es möglich, dass bei den Migrantenfamilien Reflexionsprozesse in Gang kommen, die anders kaum erreichbar wären. Psychische Probleme werden überhaupt erst einmal benannt, als solche erkannt und Wege der Hilfen sichtbar und direkt vermittelt. Besonders schwierig ist z.B. das Feld der heiklen Fragen zum Komplex Assimilation / Adaption. Solche Fragen könnten Personen ohne Migrationshintergrund kaum ansprechen.

Mit dem Projekt MiMi hat sich das Ethno-Medizinische Zentrum zum Ziel gesetzt, der gesundheitlichen Benachteiligung von Migranten entgegenzuwirken und diese in einen Prozess sowohl der Aufklärung als auch der interkulturellen Öffnung mit einzubinden.

Das Projekt MiMi wird von sechs Landesregierungen, dem Bundesverband und zahlreichen Landesverbänden der Betriebskrankenkassen, von den Unternehmen Sanofi Pasteur MSD, Janssen-Cilag (Johnson & Johnson), Glaxo Smith Kline sowie der Levis Strauss Foundation finanziell unterstützt. MiMi wird vom EMZ mit über 180 Koopera-

tionspartnern bundesweit in 58 Städten und Kommunen durchgeführt. Denn die Kommune ist für viele Migranten ein Ort, in dem am besten Vertrauen aufgebaut und Sicherheit für die Qualität in Beratung, Gesundheitsförderung und Behandlung gewonnen werden können. Staatsministerin Prof. Dr. Maria Böhmer, Bundesbeauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration, ist die bundesweite Schirmherrin des Projekts MiMi.

Auswahlkriterien und Schulung der Mediatoren

Es geht darum, Mitbürger mit Migrationshintergrund zu finden, die bereit sind zum bürgerlichen Engagement und die

- ein Verständnis für soziale Fragen besitzen,
- mit der Lebenssituation ihrer Landsleute vertraut sind,
- über gute Sprachkenntnisse der Muttersprache und des Deutschen verfügen,
- einen hohen Bildungsgrad (Akademiker) aufweisen
- und Zugang zu schwer erreichbaren Migrantenmilieus haben.

Das MiMi-Projekt besteht aus sechs Bausteinen:

1. Schulung der Gesundheitsmediatoren und Lotsen: In einer 50-stündigen Schulung werden Migranten mit guten Sprachkenntnissen und hoher Bildung von Ärzten, Psychologen und Pädagogen zu interkulturellen Gesundheitsmediatoren ausgebildet. Die Inhalte der Schulung sind: der Aufbau und die Angebote des deutschen Gesundheitssystems, wichtige Präventionsthemen wie Ernährung und Bewegung, Kinderge-sundheit, seelische Gesundheit sowie Methoden der Erwachsenenbildung.
2. Mehrsprachige Gesundheitskampagnen: Die ausgebildeten Mediatoren geben das neu erworbene Wissen an ihre Landsleute weiter. Das Besondere: Die mehrsprachigen Veranstaltungen finden in Vereinen, Moscheen, Schulen, Betrieben und in den Gemein-dehäusern der Migrantengruppen statt (Lebenswelt orientierter Ansatz).
3. Gesundheitswegweiser: In einem „Gesundheitswegweiser“ bzw. in „Gesundheitsleitfäden“ oder Broschüren werden relevante Informationen über das Gesundheitssystem und wichtige Präventionsthemen in bis zu 15 Sprachen bereitgestellt.
4. Öffentlichkeitsarbeit & Vernetzung: Die bisher ausgebildeten Mediatoren organisieren sich lokal und in einem nationalen Netzwerk. Presseberichte, Tagun-

gen und Projektkonferenzen sowie eine Internetpräsenz sind ein fester Bestandteil des Projekts.

5. Evaluation: Diese erfolgt mit Hilfe von Fragebögen für die mehrsprachigen Kampagnen, mittels Interviews sowie anhand der Auswertung regelmäßiger Projektkonferenzen.
6. Forschung: Durch Kooperationen mit Universitäten und Forschungseinrichtungen werden wichtige Themen und Fragestellungen analysiert und erforscht. Mit Hilfe dieser Ergebnisse können neue Lösungen entwickelt und nachhaltigere Strukturen aufgebaut werden.

Veranstaltungsformate

Das Arbeiten mit den Migranten erfolgt in vielfältigen Formen und Formaten. Es kann sich um Vortragsveranstaltungen mit hinzugezogenen Experten und umfänglichen Frage- und Diskussionsstunden, um praktische Übungen (z.B. Umgang mit chronischen Krankheiten (Diabetes mellitus, Blutzuckermessung u.ä.), um kleine Diskussionsgruppen, um problemzentrierte Familiengespräche und um die Vermittlung weiterführender Hilfen an Kliniken oder Fachspezialisten handeln.

Der Zulauf der Migranten kommt im Wesentlichen durch Mund-zu-Mund-Propaganda zustande. Auch die Auswahl der Themen erfolgt auf der Basis der Nachfrage seitens der Migranten, die jeweils vor Ort erhoben wird. Fragen der seelischen Gesundheit stehen an zweithäufigster Stelle der gewünschten und bearbeiteten Themen.

Erfolgskriterien und Projektevaluation

Alle Veranstaltungen wurden systematisch mit Fragebogenaktionen begleitet, aus denen z.B. hervorging, wie Migranten zu ihrer Gesundheit stehen, wie sich ihre Einstellung durch die Teilnahme an den Programmen geändert hat und mit welcher Motivation sie die Veranstaltungen besuchten. Erwähnenswert ist, dass mehr als 80% der Teilnehmer bei den Veranstaltungen etwas Neues gelernt haben und dass knapp 90 % von ihnen mehr für ihre Gesundheit tun wollen (Zahlen gültig für 2008).

Bemerkenswert sind auch die übergreifenden Effekte, die sich in einer neuen Verbindung zwischen den Migranten und ihren Kommunen sowie den zuständigen Bereichen der Verwaltung ergeben haben und nicht nur zu besserem gegenseitigen Verständnis, sondern auch zu konkreten veränderten Vorgehensweisen geführt haben. In manchen Kommunen sind beispielsweise soziale oder gesundheitsbe-

zogene Beratungsangebote vermehrt nachgefragt worden.

Als neue Einsicht wurde deutlich, welcher gleichsam noch „schlummernder“ Bedarf an Ressourcen sich bei verbesserter Nachfrage des Gesundheitssystems durch Migranten tatsächlich stellt. Für die gesundheitliche Versorgung zeigte sich ein weites Feld für Prävention und Gesundheitsförderung, das schließlich auch zu verstärkter politischer Aufmerksamkeit (z.B. Schirmherrschaft für das Projekt durch die Bundesbeauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration) führte. Die an dem Projekt teilnehmenden Regionen, Städte und Kommunen sind in einem Netzwerk zum Erfahrungs- und Entwicklungsaustausch verbunden.

Die WHO untersuchte in einer Case Study die MiMi-Technologie auf ihre Nachhaltigkeit. Die Ergebnisse bezüglich des Zugangs zu den Migrantencommunities und der Kosteneffizienz waren derart vielversprechend, dass die WHO in der Folge MiMi als Best-Practice-Modell auszeichnete. Hiervon ließ sich auch die Europäische Union überzeugen und führte gemeinsam mit dem EMZ ein dreijähriges MiMi-Programm zum Thema AIDS- und Suchthilfe in sechs Staaten durch. Mit dem Projekt ist es gelungen, Migranten aller in Deutschland vertretenen Kulturen zu erreichen. Dazu wurden über 1.800 Mediatoren/innen aus 136 verschiedenen Ländern ausgebildet.

Das Projekt konnte an 58 Standorten in zehn Bundesländern verankert werden. Es wurde in sechs europäische Länder transferiert, davon kürzlich auch erstmals in Österreich (Wien) realisiert. Bisher hat es in Deutschland über 5.000 evaluierte Veranstaltungen mit Migranten gegeben. Dabei wurden über 60.000 Migranten direkt und unter Einbeziehung der Familienangehörigen und der verbreiteten Gesundheitsbroschüren über 450.000 Migranten indirekt erreicht. Der Frauenanteil unter den Mediator/innen sowie unter den Teilnehmern lag bei über 75 %.

Von dem im Projekt MiMi entwickelten mehrsprachigen Wegweiser wurden bisher über 280.000 Exemplare bestellt, die Wegweiser wurden zudem mehr als 150.000 mal im Internet heruntergeladen. Die Wegweiser können in deutscher und türkischer Sprache sowie in weiteren 13 Sprachen im Internet bestellt oder abgerufen werden. Darin werden das deutsche Gesundheitswesen und seine Angebote dargestellt oder Krankheiten – und wie man sich dagegen schützen kann – beschrieben.

Als Erfolgskriterium kann auch die vielfältige Anerkennung angesehen werden, die das Projekt in Form von bis-

her zwölf nennenswerten Auszeichnungen erhalten hat. Beispielsweise seien genannt:

- 2001 Deutscher Prophylaxepreis (DGZ),
- 2004 Qualitätspreis (Dt. Gesundheitsakademie),
- 2006 Zukunftspreis (Janssen-Cilag),
- 2008 MiMi als „Case Study“ von der WHO geehrt,
- 2008 Nachhaltigkeitspreis „Leuchtturmprojekt“.

Die Wirksamkeit und Sinnhaftigkeit des MiMi-Ansatzes lässt sich auch an seiner Übertragbarkeit erkennen. So wurde das Prinzip im interkulturellen Arbeitsschutz und betrieblichen Gesundheitsmanagement eingesetzt, z.B. bei BMW und bei der Stadtbewässerung München. Hervorzuheben ist die Weiterentwicklung für die Gesundheitsförderung von Langzeitarbeitslosen in Kooperation mit Jobcentren und die Übertragung in den Bereich Sport in Zusammenarbeit mit nationalen Sportverbänden.

Als nicht unerheblich für unsere kulturelle und wirtschaftliche Entwicklung könnte die Anwendung des MiMi-Prinzips im Bereich der Bildung, namentlich der Schul-, Berufs- und Fachschulbildung sein. Dort liegt ein großer vulnerabler Bereich für psychosoziale Probleme, der geradezu zwangsläufig die Auseinandersetzung mit der fremden Gesellschaft in die Familien trägt. Disziplinierungs- und Motivationsprobleme im Schulalltag und die immer noch relativ hohe Schulabbrecher-Quote bei Kindern aus Migrantenfamilien können als Beispiele dafür dienen.

Literatur bei der Autorin

E-Mail-Kontakt: giselacharl.fischer@t-online.de

.....
PROF. DR. MED. GISELA CHARLOTTE FISCHER



Frau Professor Fischer hat Medizin und Philosophie an den Universitäten Köln und Freiburg/Breisgau studiert und im Fach Allgemeinmedizin habilitiert.

Zu ihren beruflichen Stationen gehört die Niederlassung als Landärztin sowie die Leitung der Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule

Hannover. Fischer ist seit vielen Jahren in nationalen und internationalen Expertengremien aktiv. Dazu gehört die Mitarbeit in Gremien der WONCA (Internationale Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Primärmedizinische Versorgung). Zudem ist sie bis zum Jahr 2000 Vizepräsidentin der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) gewesen und zudem Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gegenwärtig ist Fischer unter anderem Vorsitzende des Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover und leitet das Qualifizierungsprogramm für Führungskräfte im Gesundheitswesen „TRANSFERIS – Leadership in Healthcare“.

