

Transkulturelle Gesundheitsförderung als Beitrag zu Integration und Chancengleichheit – Ausgangslage, Konzepte und Aufgaben

Die Sorge um die Gesundheit von Migrant/innen hat triftige politische und wirtschaftliche Gründe. Die Gesundheit spielt für den Integrationsprozess von Migrant/innen und ihren Familien in die Gesellschaft des Gastlandes eine äußerst wichtige Rolle. Für die Betroffenen bringt Migration mehr oder weniger große innere (psychische) und äußere (soziale) Veränderungsanforderungen mit sich, die sich nachhaltig auf ihre Gesundheit auswirken (OESTERREICH 2000). Deshalb wurde im vergangenen Jahrzehnt den gesundheitlichen und sozialen Problemen von Migrant/innen und Flüchtlingen immer mehr Aufmerksamkeit gewidmet. Der Schutz und die Verbesserung des gesundheitlichen Status von Migrant/innen ist aus sozialer und integrativer Perspektive bedeutsam, denn auf diesbezügliche Ungleichheiten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung wurde auch hinsichtlich der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen bereits mehrfach hingewiesen (COLLATZ 1995). Dies hängt teils mit der Art der Erkrankungen zusammen und teils mit der Akzeptanz gegenüber den verfügbaren Leistungen, sofern sie den Betroffenen überhaupt zugänglich sind. Tatsächlich ist mit Besorgnis festgestellt worden, dass die erwähnten Gruppen nicht immer über die üblichen Wege des Gesundheits- und Wohlfahrtssystems erreicht werden können (COLLATZ 1997).

Der Zugang von Migrant/innen zu den bestehenden Angeboten der Sozial- und Gesundheitsdienste ist zwar meistens formal gegeben, wird jedoch durch strukturelle Barrieren auf ganz unterschiedlichen Ebenen erschwert (SALMAN 2001). Es mangelt an muttersprachlichem Fachpersonal, qualifizierten Dolmetscher/innen, transkulturellen Kompetenzprofilen und den erforderlichen psychosozialen Rahmenbedingungen.

Psychosoziale und gesundheitliche Belastungen jugendlicher Migrant/innen

In der Migration kumulieren spezifische soziale und psychische Faktoren zu Mehrfachbelastungen – mit unterschiedlichen Auswirkungen bei Frauen oder Männern sowie bei Jüngeren oder Älteren. Durch sich rasch wandelnde Vorstel-

lungen über die Generationen- und Geschlechterrollen werden familiäre Unterstützungssysteme nachteilig tangiert. Diffuse Ängste und befürchtete oder tatsächlich erlebte fremdenfeindliche Aggressionen gehören bei Migrant/innen zu weiteren Faktoren, die gemeinsam mit eingeschränkten Ressourcen der Konfliktbewältigung zu erhöhten Erkrankungsrisiken führen. Als Folge lässt sich eine generell schlechtere gesundheitliche Situation von Migrant/innen in den Einwanderungsstaaten feststellen. Dies erschwert Integrationschancen und kann zu konfliktreichen Entwicklungen führen.

Jugendliche Migrant/innen stehen in ihrer deutschen gesellschaftlichen Umgebung Handlungsanforderungen gegenüber, welche oftmals in krassem Widerspruch zu den Anforderungen des Elternhauses stehen. Die Eltern haben Angst, ihre Kinder zu verlieren und allein zu bleiben. Autoritäre Erziehungsstile scheinen dem Verlust vorzubeugen und die individuellen Interessen der Jugendlichen zu verhindern, denn diese werden mit Egoismus gleichgesetzt. Dieser Erziehungsstil geht jedoch von den Autoritätsverhältnissen der Herkunftsgesellschaft aus, die im Aufnahmeland regelrecht auf den Kopf gestellt werden. Zudem hat die schulische Erziehung häufig andere Ziele als die Erziehung der Eltern. Während häufig die Eltern die Unterordnung individueller Interessen zugunsten des familiären Wohls fordern, steht im deutschen Bildungssystem Individualität eher im Vordergrund. Eine solche „kulturelle Doppelerziehung“ der Heranwachsenden führt nicht selten zu innerfamiliären Schwierigkeiten. Dies erfordert von den Jugendlichen beinahe täglich zwischen den unterschiedlichen kulturellen Anforderungen zu balancieren und setzt sie enormen Belastungen aus.

Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Sprache. Die Deutschkenntnisse von jungen Migrant/innen sind in der Regel besser als die der Eltern, wohingegen es sich bei Kenntnissen der Heimatsprachen umgekehrt verhält. Dies belastet die Beziehungen zwischen Eltern und ihren Kindern. Schlechte Sprachkenntnisse der Elterngeneration behindern aber auch die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Lehrer/innen bzw. Erzieher/innen in den Kindergärten. Eltern haben es so noch schwerer, prophylaktische Maßnahmen, die in der Jugendhilfe, in Schulen oder Kindergärten durchgeführt werden, im häuslichen Bereich zu unterstützen oder ihre häuslichen Erziehungstechniken mit denen der deutschen Institutionen zu harmonisieren. Das Integrationsniveau der Eltern und ihrer Kinder ist häufig unterschiedlich ausgeprägt. Eltern fühlen sich leichter von „Außen“ bedroht oder entwickeln eher Zukunftsängste

als ihre heranwachsenden Kinder, die sich der Aufnahmegesellschaft meistens gelassener öffnen und anpassen können. Eltern haben häufig eine nicht auf den Verbleib in der Aufnahmegesellschaft abgestellte Lebensplanung für sich und ihre Kinder – allerdings trifft dies nicht in gleichem Maße auf die Aussiedler/innen zu. Deshalb neigen sie dazu, Distanz zu Institutionen der Chancenverteilung (Schulen, Ämter, Jugendhilfe, Gesundheitsdienste, Sozialberatungsstellen etc.) zu halten. Von diesen wird häufig angenommen, dass diese ihnen ihre Kinder in eine andere als von ihnen gewünschte Richtung erziehen.

Transkulturelle Öffnung und Qualitätssicherung

Angesichts der zu vollziehenden komplexen Anpassungsleistungen, die Migrant/innen erbringen müssen, lässt sich unschwer vorstellen, dass Gesundheitsvorsorge im Bewusstsein der Migrant/innen zunächst eine untergeordnete Rolle spielt. Prophylaxe ist zudem in vielen der Herkunftsländer unserer Migrant/innen nicht von herausragender Bedeutung gewesen oder nicht kulturell durch Sozialisation mit Handlungsmustern gesichert. Zumindest nicht vor dem Hintergrund der Nutzung von Ressourcen eines komplizierten arbeitsteiligen und Aufgaben delegierenden Gesundheitssystems.

Konkrete gestalterische Beiträge des Gesundheitswesens können helfen, gesellschaftliche Integrationsbemühungen zum Erfolg zu führen. Hierbei sind präventive Angebote eminent wichtig, denn sie signalisieren den Migrant/innen, dass wir an eine gemeinsame Zukunft glauben und deshalb an den Nöten und am Wohlergehen unserer Mitmenschen interessiert sind.

Moderne Präventionsansätze sehen die Vermittlung allgemeiner Handlungs- und Konfliktbewältigungskompetenzen vor und versuchen, die Eigenverantwortung von Kindern, Jugendlichen und auch Erwachsenen zu fördern, Selbständigkeit und Unabhängigkeit zu entwickeln und Entscheidungskraft zu stärken. Gerade diese Ziele sind es, die bei der Mehrheit der Migrant/innen, Aussiedler/innen und Flüchtlinge von den Vorstellungen über das traditionelle Lebenskonzept abweichen. So steht häufig der Selbständigkeit die Autorität entgegen, der Unabhängigkeit die Rangordnung und der Stärkung der Entscheidungskraft die Achtung vor den Älteren und das Befolgen ihrer Anweisungen (TUNA 2001). Es ist also wichtig in Präventions-, Beratungs- oder Therapieprozessen der Jugendhilfedienste die Eltern oder andere Familienmitglieder stärker einzubeziehen – sofern sich real die Möglichkeit ergibt –

da häufig gerade die gestörte Beziehung zwischen Jung und Alt die Basis für integrative Fehlverläufe darstellt.

Der Einbezug migrationspezifischer und soziokultureller Aspekte und die Berücksichtigung von Migrant/innen als spezielle Zielgruppe in den unterschiedlichen Handlungsfeldern des Sozial- und Gesundheitswesens begünstigt und begründet transkulturelle Angebotsstrukturen (HEGEMANN UND SALMAN 2001, SCHNELLER/ SALMAN/ GOEPEL 2001). Hierzu zählt auch eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten, Gesundheitswesen und Jugendhilfediensten. Es wird immer einiger Anstrengung zur Veränderung etablierter Strukturen bedürfen, um auf diesem Wege weiterzukommen. Deshalb ist es notwendig die großen kulturellen, politischen und fachlichen Herausforderungen auf gesellschaftlicher, sowie professioneller Ebene anzunehmen und Grundlagen für eine integrative Versorgung und für kultursensible Angebote in den Bereichen Beratung, Therapie, Prävention und Selbsthilfe zu schaffen (PAVKOVIC 1994; SALMAN/ TUNA/ LESSING 1999; GARDEMANN/ MÜLLER/ REMMERS 2000). Auf der organisatorischen Ebene gilt es in erster Linie Zugangsbarrieren zu senken und langfristig abzubauen (COLLATZ 1998; PAVKOVIC 2000; SCHNELLER/ SALMAN/ GOEPEL 2001).

Sollen alle gesellschaftlichen Gruppen, einschließlich derer aus anderen Kulturen, effizient und effektiv im Gesundheitswesen integrativ versorgt werden, ist nach PAVKOVIC (1993, 1994, 2000) und HINZ-ROMMEL (1994) die Sicherung von Strukturqualität, Konzeptqualität, Mitarbeiterqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität Basis für transkulturelle Handlungskompetenz:

- Transkulturelle Öffnung kann u. a. durch die Vernetzung und Kooperation mit Migrationsdiensten oder durch die Akzeptanz der kulturellen Vielfalt der „Kunden“ zur Strukturqualität beitragen.
- Die Anerkennung von Menschen aus anderen Kulturen als spezifische Zielgruppe, oder systematisches kultursensibles Handeln begründen die Konzeptqualität transkultureller Handlungskompetenz.
- Mitarbeiterqualität kann u. a. durch den Ausbau multiethnischer und multilingualer Arbeitsteams, Fortbildung deutscher Fachkräfte oder Einsatz von Fachdolmetscher/innen gesichert werden.
- Zur Prozessqualität tragen u. a. kontinuierliche interkulturelle Reflexion und Supervision bei.
- Zur Sicherung der Ergebnisqualität sind u. a. die Überprüfung der Wirksamkeit erbrachter Leistungen, Organisation profes-

sioneller Nachsorge und Einbindung in Selbsthilfegruppen notwendig.

Das Grundproblem scheint also nicht so sehr darin zu liegen, die Versorgungsbarrieren zu lokalisieren und entsprechende Konzepte zu ihrer Beseitigung zu entwickeln, sondern darin, wer die Verantwortung übernimmt, Vertrauen schafft, komplexe Veränderungen moderiert, beteiligte Institutionen vernetzt, „Brücken“ zu den Migrant/innen baut und wer für die notwendige finanzielle Grundlage sorgt. Ein viel versprechender erfolgreicher Ansatz konnte modellhaft in Niedersachsen realisiert werden. Hier finanziert das Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit einen moderierenden und vernetzenden transkulturellen Gesundheitsdienst: das Ethno-Medizinische Zentrum in Hannover (HEISE/ COLLATZ/ MACHLEIDT/ SALMAN 2000).

Konzept und Arbeit des Ethno-Medizinischen Zentrums

Das „Ethno-Medizinische Zentrum e.V.“ (EMZ) wurde im Jahre 1989 auf Anregung und nach Vorarbeiten des Medizinsoziologen Dr. Jürgen Collatz (Arbeitsbereich Medizinische Soziologie in der Abt. Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover) und Gabriele Erpenbeck (Ausländerbeauftragte des Landes Niedersachsen) in Hannover gegründet. Ziel war es, die eskalierende gesundheitliche Fehlversorgung von Migrant/innen zu vermindern und Ressourcen der Gesundheitsförderung für erfolgreiche Integration zu erschließen.

Das EMZ war bemüht hier neue Ansätze zu entwickeln und für die interkulturelle Versorgung ausreichende Kompetenzen herauszubilden. Dies betrifft besonders Laienpotentiale und Selbsthilfebemühungen. Als besonders erfolgreich erwiesen sich Konzepte, die auf dem Einsatz von „kulturellen Schlüsselpersonen“ (Keypersons-Konzeption) aufbauten. Hier wurden Migrant/innen, die eine erfolgreiche Integration durchlaufen hatten, gewonnen, geschult und dann in Präventionskampagnen eingesetzt, um ihre Landleute muttersprachlich und kultursensibel aufzuklären. Hierbei entwickelten sich in den letzten Jahren Projekte um folgende Themen: modellhafter Aufbau eines öffentlichen Dolmetscherdienstes (face to face, Vorortdolmetscher), Suchtprävention, AIDS-Beratung, Frauen- und Kindergesundheit und Oralprophylaxe. Aber auch allgemeine Themen wie Sexualität und Gewalt wurden behandelt.

Das Zentrum moderierte die fachliche Diskussion in Theorie und Praxis. Wichtige Fragen waren hierbei, inwiefern kulturspezifische An-

gebote kulturelle Gruppen oder Professionelle des Gesundheitswesens motivieren, wie die Probleme von den Akteur/innen gesehen und erlebt werden, welche Widerstände oder Barrieren zu überwinden, oder welche sprachlichen oder kulturellen Kompetenzen notwendig sind, und wie betroffene Gruppen Zugänge zu stationären und ambulanten Angeboten des Gesundheitswesens erhalten können? Letztendlich stand im Zentrum der Fragestellung, wie kompensatorische Angebote und Versorgungsstrukturen beschaffen sein müssen, um Migrant/innen effektiv zu berücksichtigen.

Wesentliche Arbeiten richteten sich auf die sozialpsychiatrische, psychosomatische Versorgung und auf die Probleme der Begutachtung (COLLATZ 1998; COLLATZ/ HACKHAUSEN/ SALMAN 1999; COLLATZ/ SALMAN/ KOCH/ MACHLEIDT 1997).

Das Ethno-Medizinische Zentrum bietet den Migrant/innen keine eigenen Gesundheitsdienste an. Es ist eine Brücke zwischen den Kulturen und hilft den Migrant/innen Zugang zu vorhandenen Regelversorgungsangeboten zu finden oder unterstützt die vorhandenen Dienste dabei, – beispielsweise durch Fortbildungen, Publikationen, Fallsupervisionen, Dolmetscherbereitstellung oder Vernetzung – Migrant/innen Teilhabe und Chancengleichheit bei der Nutzung vorhandener Angebote zu ermöglichen. Darüber hinaus führt es mehrsprachige Kampagnen in den communities der Migrant/innen (Moscheen, Sportvereine etc.) zum Beispiel zu den Themen AIDS, Sucht, Zahngesundheit oder Schwangerschaft durch. In diesen Veranstaltungen werden in der Muttersprache der jeweiligen Gruppe Basisinformationen vermittelt. Einzelberatung findet nur in begründeten Ausnahmefällen statt, denn wenn tiefer greifendere Fragen lokalisiert werden, wird aufgefordert, den entsprechenden Fachdienst der Regelversorgung aufzusuchen. So werden Betroffene den vorhandenen Diensten integrativ zugeführt. Die Dienste können dann bei Bedarf im Zentrum eine/n Dolmetscher/in anfordern oder eine Fortbildung bestellen. Auch werden mehrsprachige Informationsbroschüren entwickelt und veröffentlicht.

Eine weitere wichtige Aufgabe die das Zentrum wahrnimmt, ist die Förderung der Selbsthilfe und die Gewinnung von Ehrenamtlichen unter den Migrant/innen. Aus dieser Arbeit entstand auch der erste transkulturelle Betreuungsverein nach dem Betreuungsrecht (ehem. Vormundschaftsrecht) in Deutschland, das Institut für transkulturelle Betreuung e.V., welches zurzeit über 220 Schwerstzubetreuende rechtlich betreut. Im Wirkungskreis des Zentrums entstanden auch die ersten transkulturellen ambulanten Pflegedienste nach Pflege-

gesetz in Deutschland, der Transkulturelle Pflegedienst e.V. und der Interkulturelle Pflegedienst e.V. in Hannover. Das Ethno-Medizinische Zentrum konnte also als Initiator, Moderator und durch Vernetzung zu erheblichen Veränderungen in der Gesundheits- und Sozialversorgung in Hannover und weit darüber hinaus motivieren und beitragen.

Das EMZ wird durch die niedersächsische Landesregierung und die Stadt Hannover seit Bestehen projektbezogen und seit 1992 institutionell gefördert und ist als gemeinnützig anerkannt. Enge Verbindungen bestehen zur Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), dem psychiatrischen Landeskrankenhaus Wunstorf, zahlreichen Fachhochschulen, Pflegeschulen, Kliniken in Niedersachsen, Gesundheitsämtern und Behörden. Intensive Kontakte werden aber auch in weiterem Rahmen zu zahlreichen anderen Hochschulen und Institutionen im In- und Ausland gepflegt.

Die vier Mitarbeiter der Geschäftsstelle werden durch zahlreiche freie und ehrenamtliche Helfer/innen neben wechselnden Teilzeitkräften sowie durch den Trägerverein des Zentrums mit ca. 100 Mitgliedern aus Wissenschaft, Forschung und Praxis unterstützt. So bündelt das EMZ das Engagement von rund 400 Menschen aus zahlreichen Ländern, darunter neben den hannoverischen Dolmetscher/innen für rund 70 Sprachen, 60 niedersächsische Präventivkräfte für Gesundheitsprojekte (Sucht, AIDS, Zahngesundheit etc.) sowie viele Ärzt/innen, Psycholog/innen, Sozialarbeiter/innen, Soziolog/innen, Krankenpflegekräfte, Student/innen und Rentner/innen. In den vergangenen drei Jahren gestaltete das EMZ über 200 transkulturell orientierte Aus-, Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen und Tagungen für Angehörige der Gesundheitsberufe und des Sozial- und Justizwesens.

Die qualifizierte Arbeit eines solchen Zentrums kann nur mit einem Mindeststandard an Ressourcen und in einer Kontinuität von mehreren Jahren erreicht werden. Ein Kernpunkt der Arbeit solcher Zentren sollte es sein, Verständnis für einen kulturanthropologischen Zugang der Versorgung multikultureller Wohnbevölkerung bei den einheimischen Professionellen zu erreichen und ethnozentristische Orientierungen in der Medizin und Jugendarbeit aufzubrechen.

Folgerungen

Damit integrierende Versorgung von Migrant/innen innerhalb bestehender Regeldienste erfolgen kann, ist eine transkulturelle Öffnung und Sensibilisierung notwendig. Deshalb stehen Professionelle der Gesundheitsdienste

und Jugendhilfe vor der Aufgabe, ihre vorhandenen (guten) Angebote migrationspezifisch und kulturell abzustimmen bzw. zu erweitern, damit ein bedarfsorientiertes Angebot gesichert werden kann und die vorhandenen (guten) Dienste für den wachsenden Personenkreis der Migrant/innen effizienter zugänglich werden. Hilfreich für eine gelungene Integration ist die Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte. Hierbei kann die Zusammenarbeit der Jugendhilfe mit den Diensten des Gesundheitswesens bei der Förderung von jungen Migrant/innen weiterführen.

Transkulturelle, integrierende Gesundheitsversorgung und Jugendhilfe kann erfolgen durch den Einbezug von migrationspezifischen und soziokulturellen Aspekten, durch mehrsprachige Angebote, eine verstärkte Aufklärung von Migrant/innen über Art, Sinn und Umfang vorhandener Angebote, und durch die Berücksichtigung von Migrant/innen als spezielle Zielgruppe bei Aktivitäten der Prophylaxe und Behandlung.

Auf der Ebene der Kompetenzbildung ist es erforderlich, den Professionellen der öffentlichen Dienste während der Dienstzeit qualifizierte Fortbildungsangebote zur transkulturellen Kompetenz anzubieten. Ansätze versprechen Erfolg, wenn sie familiäre Strukturen, Erziehungsstile und Erwartungen der Migrant/innen an die Gesundheitsversorgung und Jugendhilfe berücksichtigen.