

Gesunde Integration von Migranten in Deutschland - politische, medizinische, kulturelle und religiöse Aufgaben und Chancen sowie Konzepte des Ethno-Medizinischen Zentrums im Gesundheitswesen

Ramazan SALMAN

Gründer und Geschäftsführer des Ethno-Medizinischen Zentrums (EMZ), Hannover

Integration macht Schule in Deutschland. Getragen von einem breiten gesellschaftlichen Konsens werden Integrationsgipfel veranstaltet, ein Nationaler Integrationsplan liegt vor und wichtige staatliche und zivilgesellschaftliche Kräfte arbeiten gemeinsam daran, diesen Plan gemeinsam durch nachhaltige Maßnahmen der Integration zu realisieren. Der politische Wille zur Integration war niemals größer als heute, denn Integration ist zur Chefsache geworden – angeführt durch Bundeskanzlerin Merkel und die Staatsministerin im Kanzleramt Prof. Maria Böhmer als Integrationsbeauftragte der Bundesregierung. Integration ist zunehmend auch geprägt vom politischen Konsens der Parteien im Bundestag und auch die im Bundesrat verantwortlichen Akteure verfolgen die Integration von Migranten als wichtiges Staatsziel.

Zu einem wichtigen Handlungsfeld im Rahmen der Integrationsbemühungen in Deutschland (und Europa) ist die „gesunde“ Integration bzw. die Integration von Migranten in das Gesundheitswesen geworden. 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. Hinzu kommen sprachliche Defizite und kulturelle Hürden bei einem Teil der Migranten, die beispielsweise bei Angeboten psychotherapeutischer und präventiver Art als Barrieren wirken, die es zu überwinden gilt. Leider lässt bei Migrantinnen und Migranten die notwendige Orientierung im Alltag eines fremden Landes die Vorsorge für die eigene Gesundheit oft in den Hintergrund treten. Deshalb können Migrantinnen und Migranten in Deutschland, obwohl mittlerweile jeder achte Einwohner über einen Migrationshintergrund verfügt, nur unzureichend vom guten deutschen Gesundheitswesen profitieren. Das führt nicht selten zu erheblich schlechteren Gesundheitschancen. Dies gilt unter den Migranten in Deutschland besonders für Alte bzw. Hochbetagte z. B. in der psychotherapeutischen und geriatrischen Versorgung (Machleidt et al. 2006), für Frauen (David 2003) und für Kinder (RKI 2008a, 2008b).

Aufgrund der demographischen Entwicklung in den westlichen Industrienationen, der internationalen Migration und der Globalisierung werden diese Themen in Zukunft noch dringlicher werden, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die Entwicklung von wirksamen Maßnahmen heute eine effiziente und nachhaltige Prophylaxe für die Herausforderungen der Zukunft darstellt, wovon alle beteiligten Gruppen und Institutionen profitieren werden. Gesundheit und Migration stellt eine wichtige Aufgabe für das Sozial- und Gesundheitswesen dar. Denn eine gesunde Bevölkerung ist wirtschaftlich erfolgreicher, hat mehr Chancen auf Bildung und verursacht geringere soziale Kosten.

Das gewachsene Engagement hinzu mehr Integration und die Zunahme der Bemühungen um bessere Bildung und gesundheitliche Unterstützung zeigen, dass sich die Position der Migrantinnen und Migranten und nicht zuletzt auch der aus der Türkei stammenden, sowie ihre gesellschaftliche Bedeutung stark verbessert haben. Auch in der Türkei sind vergleichbare Entwicklungen am Voranschreiten. Ein Migrations- bzw. Emigrationsministerium steht kurz vor seiner Gründung, denn wie andere Länder auch, hat die Türkei den Wert ihrer Diaspora, ihrer „Auslandstürken“ erkannt und möchte von dieser profitieren. Private Transferleistungen, Investitionen in die Türkei und Brückenfunktion im wirtschaftlichen Zusammenwirken und im Handel zwischen der Türkei und Deutschland

sind nur einige wichtige Aufgaben und Leistungen, die den Migranten aus der Türkei zugeschrieben werden. Es ist überaus interessant in diesem Zusammenhang, dass Migranten aus der Türkei ein wichtiges politisches Thema in der Türkei darstellen, jedoch Migranten in der Türkei – so beispielsweise Deutsche, Iraner und viele mehr – bisher kaum eine Rolle in Politik und Medien spielen.

Integrationsperspektiven der Migrantinnen und Migranten aus der Türkei

Als Migrant, der seit über 40 Jahren in Deutschland lebt, freue ich mich ganz besonders über Zweierlei: Da ist zum einen der zunehmende Respekt gegenüber der Vielfalt in unserer Gesellschaft; Unterschiede werden mehr und mehr als Stärke und nicht nur als Belastung oder Ärgernis erlebt. So werden die unvermeidlichen Konflikte besser aushaltbar und vor allem eher als geteilte Konflikte und als gemeinsam bearbeitbar erkennbar (Maschwitz, Müller, Waldhoff 2009). Zum anderen und deshalb ist es erfreulich, dass Migrantinnen und Migranten zunehmend und überwiegend als Partner in der Realisierung von Integration akzeptiert und aktiv einbezogen werden. Bundeskanzlerin Merkel und EU-Kommissionspräsident Barroso brachten gemeinsam diese erforderliche Entwicklung in ganz pragmatischer Weise zum Ausdruck: „Integration geschieht mit Migranten, nicht nur für Migranten“. Diese partnerschaftlichen Sichtweisen und zum Ausdruck gebrachten beiderseitigen Interessen zeigen den Wandel der Beziehungen zwischen Majorität und Minorität von einer „Befehlskultur“ hin zu einer partnerschaftlichen „Verhandlungskultur“. Verhandlungskultur muss jedoch auf beiden Seiten geübt und internalisiert werden. Sie bedeutet nicht, dass alles nun harmonischer wird, sie bedeutet aber, dass sich neue selbstbewusste türkeistämmige deutsche Bürger entwickeln, dass sie für ihre Interessen kämpfen und so ihre gewachsene gesellschaftliche Rolle und Bedeutung zum Ausdruck bringen.

In diesem Zusammenhang wird die Aufmerksamkeit besonders auf Migranten aus der Türkei gerichtet. Anders ausgedrückt sind es gerade diese Migranten, die sich am deutlichsten in die Diskussion um Maßnahmen zur Integration einbringen und nicht selten betrachten sie sich als Integrationsopfer. Dies mag daran liegen, dass Menschen aus der Türkei, die, mit den bereits Eingebürgerten unter ihnen, nach seriösen Schätzungen eine Gesamtbevölkerungsgröße von ca. 2,5 Millionen (Muslimen) erreicht haben – die Gesamtzahl der Muslime in Deutschland beträgt bereits 3,3 Millionen – und deshalb und gerade wegen ihrer religiösen und kulturellen Unterschiede leichter Interesse im positiven wie im negativen Sinne auf sich ziehen als andere.

Zugegeben, in vielen Fragen sind Migranten bisher nicht besonders erfolgreich in der Durchsetzung ihrer Anliegen gewesen. Dies betrifft insbesondere Fragen, welche diejenigen Migranten, die aus der Türkei stammen, mehr als andere betreffen und treffen: Die Abschaffung der doppelten Staatsbürgerschaft, der Nachweis von Sprachkenntnissen vor Einreise in die Bundesrepublik selbst bei Familienzusammenführung oder die (Nicht-)Anerkennung von Zeugnissen und Berufsabschlüssen, die im Ausland erworben wurden. Letzteres wird aber durch den gemeinsamen Druck von Migranten und Arbeitgebern von der Politik in Kürze zugunsten der Anerkennung der Abschlüsse gelöst werden können. Ärzte, Pflegekräfte und Altenpfleger sind in Deutschland willkommen, sie werden dringend benötigt und zunehmend wächst in der deutschen Politik, hoffentlich bald auch in der Verwaltungsbürokratie, eine pragmatische Haltung.

Allerdings ist nicht zu wünschen, dass gerade die Fachkräfte ihre Heimat verlassen und nach Deutschland oder in die Türkei emigrieren, die in ihrem Land selbst dringend benötigt werden. Viele in Deutschland Sozialisierte, gut ausgebildete junge türkeistämmige Fachkräfte wagen mittlerweile die Remigration in die Türkei. Das fällt heute leichter als vor

15 Jahren, denn es hat große Demokratieschübe und wirtschaftliche sowie kulturelle Entwicklungen gegeben – die Türkei ist so für die Türkeistämmigen in Deutschland und anderswo als Lebensort attraktiver geworden. Sie haben Wahlmöglichkeiten und sie nutzen diese als Abwehr gegen die Benachteiligung auf dem Arbeitsmarkt.

Sie bilden neue Eliten in Wirtschaft und Wissenschaft, sie gehen in die Parlamente und sie werden in Zukunft auch lernen, sich mit Vernunft und Augenmaß in vielen Fragen durchzusetzen. Die Konflikte, die wir auf diesem Weg erleben, sind ganz überwiegend Integrationskonflikte, stellen also begrenzte und konstruktive Krisen dar, die der Linderung gesellschaftlicher Spaltungen dienen. Schon ihre Kennzeichnung und ihr Erkennen als Integrationskonflikte, im Unterschied zu destruktiven Konflikten, tragen zu ihrer Entschärfung bei (Waldhoff 2009). Ich bin sicher, und das habe ich aus dem Wiedervereinigungsprozess zweier deutscher Staaten gelernt, dass viele der Konfliktthemen sich durch den fortschreitenden europäischen Einigungsprozess lösen werden, so beispielsweise die Frage der doppelten Staatsbürgerschaft.

Zuwanderer aus der Türkei geben der deutschen Wirtschaft als dynamische Investoren wie als konsumfreudige junge Kunden erhebliche Impulse, auf die kaum mehr verzichtet werden kann. Nach Angaben des Zentrums für Türkeistudien bilden sie mit 68.000 Unternehmerinnen und Unternehmern die größte Zuwanderer-Unternehmergruppe. Jede zehnte türkische Familie ist selbstständig tätig und insgesamt beträgt das Gesamtvolumen ihrer Investitionen 7,7 Milliarden Euro. Die jährliche Kaufkraft der türkischen Haushalte in Deutschland beträgt 17 Mrd. Euro; zusätzlich verfügen sie über ca. 20 Mrd. Euro Ersparnisse (Zentrum für Türkeistudien 2007).

Gleiches lässt sich in Wissenschaft, Kultur und Sport beobachten. Beispielhaft seien hier die Erfolge des Filmemachers Fatih Akin und des Fußballnationalspieler Mesut Özil erwähnt, die im Namen Deutschlands und nicht zuletzt mit in Deutschland gelernten Techniken (aber auch mit viel türkischem Spielwitz und Fantasie) erzielt wurden. Es zeugt von Großzügigkeit und Souveränität, wenn auch viele in der Türkei ebenso darauf stolz sind, wie die Mehrheit in Deutschland, wenn sie es auch nicht gerade im direkten Aufeinandertreffen zweier Fußballnationalmannschaften sein mögen. Türkisch-Deutsche Kommissare jagen im Fernseh-Tatort Ehrenmördern hinterher oder sie bekämpfen Wirtschaftskriminalität.

Wir sind fast wie eine Art Patchwork- Familie geworden, wir zugewanderte Menschen aus der Türkei und die Bürger in Deutschland. In meinem persönlichen Leben erfahre ich das häufig sehr intensiv und manchmal überraschen mich selbst nach fast 45 Jahren als Bürger Deutschlands meine deutschen Mitbürger, nicht selten aber auch Menschen und Verantwortliche meiner Herkunftsheimat. Als ich im Juli 2009 in Boston die Harvard Business School besuchte, luden mich der deutsche Generalkonsul und der türkische Honorarkonsul gemeinsam zu einem Dinner und Gespräch. Für sie war klar, dass ich als Deutschtürke eine Zugehörigkeit zu beiden Gesellschaften verspüre. Sie sahen darin keine Schwierigkeit und lösten die Frage mit der gemeinsamen freundschaftlichen Einladung. Ein deutsch-türkisches Familientreffen in Boston, eigentlich keine schlechte Perspektive. Auf der gleichen Reise lud mich in Washington die Leitung des Goethe-Instituts zum Gespräch und zum Kennenlernen ein. Für sie war ich ein Gast aus ihrer Heimat, der ihr „neues“ Land in ganz besonderer Weise verkörpert. In New York wurde ich gebeten, in deutscher Sprache über Integration und kulturellen Respekt beim American Jewish Committee vorzutragen. Als Juden wollten sie von einem Kenner der Deutschen Verhältnisse, den sie als objektiv einschätzen, durch meinen Bericht über die aktuellen Entwicklungen in Deutschland erfahren. Sie schienen am Beispiel des Umgangs mit Migranten in Deutschland ihre Sichtweise von Deutschland abklären zu wollen – für mich

nicht ganz unverständlich! Als Bürger Deutschlands ist seine Geschichte Teil meiner eigenen Integration geworden, mit der ich mich intensiv auseinandersetzen musste. Und trägt nicht die Integration von allen Aspekten der Geschichte eines Landes, der ehrenvollen und der schmerzlichen, in sein kollektives Erinnerungsvermögen viel zu seiner Lösungsfähigkeit gegenwärtiger und zukünftiger Probleme und vor allem seiner allgemeinen Integrationsleistung bei? (Waldhoff 2009)

Deutsche und Menschen aus der Türkei lernen viel voneinander, nicht selten bewundern wir uns gegenseitig, wir streiten um Geschlechterrollensichtweisen, Erziehungsziele und suchen gemeinsam nach der Balance zwischen Tradition und Moderne, zwischen kollektivgeprägten großfamiliären Sichtweisen und individualitätsgerichteten Entwicklungen. Vielleicht haben wir uns gegenseitig so nötig, weil wir uns gegenseitig helfen können, den goldenen Mittelweg zu finden.

Manchmal wird die Angst vor unserer Religion übertrieben, aber ein generelles Verbot des Baus von Minaretten wie in der Schweiz scheint mir in Deutschland kaum möglich. Ganz im Gegenteil ermöglicht das zeitlos fortschrittliche deutsche Grundgesetz die freie Religionsausübung in einem Umfang, der Maßstäbe setzt. Die Angst des Missbrauchs der Freiheitsrechte scheint das Vertrauen in die Türkeistämmigen zu dominieren. Umgekehrt scheinen wir Migranten aus der Türkei uns viel zu sehr vor individuellen Freiheiten Einzelner und des Aufgebens von Autorität und Macht in den Geschlechterrollen- und in den Beziehungen der Generationen zu fürchten. Aber auch hier wäre größeres Vertrauen seitens der Majorität wie seitens der Türkeistämmigen in sich selbst angebracht. Denn die meisten passen sich doch stärker an, manchmal sogar „päpstlicher als der Papst“, als beide Seiten sich selbst und einander eingestehen mögen.

Der Streit um Integration und das Streiten um die besten Wege dorthin sind Alltag in Deutschland geworden. Dabei verhalten sich türkische und deutsche Beteiligte nicht selten wie heftig streitende Eheleute, um sich dann jedes Mal nach nur kurzem Anlauf zu versöhnen, wie uns unsere Politiker regelmäßig vor Augen führen. Das Auf und Ab in den Diskussionen um die Integration darf nicht mehr verwundern, als es verdient. Menschen aus der Türkei haben sich in Deutschland dauerhaft und unumkehrbar niedergelassen und so ihr Schicksal für die Zukunft mit dem Deutschlands und seiner Bürger verknüpft.

Deutschland braucht den Nachwuchs der Deutsch-Türken und der anderen Migrantinnen und Migranten, denn seine Bevölkerungszusammensetzung gehört zu den durchschnittlich Ältesten der Welt. Übrigens hat das vielleicht auch Vorteile. Eine psychologische Forschungsgruppe der University of Michigan glaubt beispielsweise das alte Sprichwort „mit dem Alter kommt die Weisheit“ wissenschaftlich untermauern zu können (Süddeutsche Zeitung 2010, S. 18). Demzufolge suchen Menschen über 60 bei Konflikten viel öfter Kompromisse, versuchen ein Problem aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten oder gestehen sich ein, noch nicht genug für ein ausgewogenes Urteil zu wissen. Diese höhere Fähigkeit zur Konfliktregulierung kommt jeder Gesellschaft zugute und sie spricht in Maßen für das alte Senioritätsprinzip. Deutschland hatte beispielsweise in Konrad Adenauer einmal einem 87 Jahre alten Regierungschef, Italien in Sandro Pertini einen noch älteren Präsidenten, die beide für weise Amtsführung stehen. Aber zum Ausgleich und zur Ergänzung bedarf es der Dynamik, Risikofreude und Innovationsfähigkeit jüngerer Menschen. Es wäre eine interessante Forschungsfrage, ob die Ergebnisse der Psychologen auch soziologisch für demographisch ältere und jüngere Staatsgesellschaften gelten. Manches spricht dafür und auch in dieser Hinsicht würden junge Migranten ältere Einwanderungsgesellschaften gut ergänzen.

Neben den unterschiedlichen Interessen der aufnehmenden und der zugewanderten Bevölkerungsgruppen, die auf mittel- und langfristige Sicht nach Ausgleich suchen, darf jedenfalls nicht außer Acht gelassen werden, dass insgesamt die gemeinsamen Interessen und Erfolge bei weitem überwiegen. Junge Migranten bringen beispielsweise ein Stück weit die Solidargemeinschaft im Gesundheitswesen wieder näher an eine Balance.

Ein gesellschaftlicher Gewinn, und das sei beiden Seiten deutlich ins Buch geschrieben, sind Migranten gleich welcher Herkunft jedoch nur als gut gebildete bzw. ausgebildete, sprachversierte, arbeitende, arbeitsschaffende, demokratiestützende und natürlich als gesunde Bürger. Um das zu erreichen bedarf es guten Willens auf beiden Seiten. Die Migranten müssen die Chance Deutschland, seine Bildungsangebote und seine guten und stabilen Investitionsbedingungen noch stärker nutzen und mittragen. Sie müssen sich selbst und ihre Kinder noch deutlicher erkennbar zu Mehrsprachigkeit motivieren: Deutsch, Türkisch und Englisch muss die minimale Devise für zukünftigen Erfolg sein. Die Majorität kann durch gute Rahmenbedingungen, durch Investitionen nicht zuletzt in Bildung und Arbeitsmarkt, durch Förderung und Anerkennung bürgerschaftlichen Engagements, durch rechtliche und gesellschaftliche Chancengleichheit und durch den europäischen Einigungsprozess mit seiner beharrlich und gelassen anzustrebenden Ausweitung auf die Türkei entscheidender Motor der Integrationsentwicklung sein.

Hierbei könnten konkrete gestalterische Beiträge des Gesundheitswesens helfen, gesellschaftliche Integrationsbemühungen zum Erfolg zu führen und Migranten in ihrem Engagement um den Erhalt oder die Wiedererlangung ihrer Gesundheit zu unterstützen. Sich um die Gesundheit der Migrantinnen und Migranten zu kümmern, sie nachhaltig in vorhandene Versorgungsstrukturen und Angebote der Prävention und Kuration im Gesundheitswesen zu integrieren und nicht stattdessen Sonderstrukturen aufbauen, signalisiert den Migranten, dass an eine gemeinsame gute Zukunft geglaubt und diese gewollt wird. Migranten fühlen sich in der Folge respektiert, akzeptiert und sie werden zur Integration motiviert. Die Grundfragen lauten 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 leisten kann. Es empfiehlt sich in diesem Bestreben, ganz im Sinne unserer gemeinsamen europäischen Werte, einen hohen Standard an Menschenrechten, Gleichheit, Antidiskriminierung, Solidarität, Teilhabe und Toleranz zugrunde zu legen. Der wesentliche Beitrag des Gesundheitswesens zur Integration sollte vor allem darin bestehen, dass Migrantinnen und Migranten, so auch die Türken unter ihnen, als Kunden und Klienten ebenso wie als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einem angemessenen Anteil an deutschen Institutionen, insbesondere denen der Regelversorgung, beteiligt werden.

Das Grundproblem liegt hierbei nicht so sehr darin, 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 Migranten baut und wer für die notwendige finanzielle Grundlage sorgt. Auf diesem Hintergrund wurde vor über 20 Jahren in Hannover das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. gegründet (s. nächstes Kapitel). Es gilt in Deutschland und Europa als führendes Kompetenzzentrum und als Beispiel guter Praxis für Migration, Gesundheit und Zugang zum Gesundheitssystem. Seine Aufgabe ist es, Vertrauen zu schaffen, Verantwortlichkeiten zu bestimmen und als „Brücken“ zwischen den Einrichtungen öffentlicher Gesundheit und den Migranten zu dienen.

Das Ethno-Medizinische Zentrum in Deutschland als Beispiel guter Praxis

Das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. (EMZ) ist ein gemeinnütziger Verein, der die gesundheitliche und soziale Integration von Migrantinnen und Migranten in Deutschland und Europa fördert. Ziele seiner Arbeit sind es, Migranten gleichberechtigten Zugang zu den Angeboten des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens zu ermöglichen.

Zu den Gründungsmitgliedern des EMZ gehörten mehrheitlich türkeistämmige und deutsche Wissenschaftler, Mediziner, Psychiater, Pflegekräfte, Psychologen, Pädagogen und Vertreter von Patientenorganisationen. Wir haben aber ganz bewusst darauf verzichtet, nur die türkischsprachige Bevölkerung in Deutschland zu adressieren, um nicht zu ihrer Isolation und Desintegration beizutragen. Heute erreicht unsere Arbeit etwa zu 40% die türkeistämmige, zu ca. 30% die russischsprachige und zu 30% die übrigen Migrantengruppen in weiteren dreizehn Sprachen. Diese Vorgehensweise führte auch zu guten Beziehungen unter den Migrantengruppen selbst. Kulturelles Zusammenleben gewinnt so eine neue realistischere mehrkulturelle Dimension, denn in Deutschland leben neben Deutschen und Türken noch Menschen aus weiteren über hundert Herkunftsländern.

Das EMZ wurde 1989 in Hannover gegründet. Haupttätigkeitsfelder waren der Dolmetscherdienst für das Sozial- und Gesundheitswesen, die Fortbildungen zur interkulturellen Kompetenz für Mitarbeiter der Gesundheitsberufe und die mehrsprachigen Kampagnenprogramme zur Gesundheitsaufklärung für Migranten durch muttersprachliche Mediatoren. Die Themen sind vielfältig, sie reichen von Frauen- und Kindergesundheit, Brustkrebsvorsorge, Ernährung und Bewegung bis zur seelischen Gesundheit. Heute gehören zu wichtigen Handlungsfeldern des Zentrums auch die Gesundheits- und Integrationsforschung. Diese realisieren wir in Kooperation mit der Medizinischen Hochschule in Hannover, der Ludwig-Maximilian Universität in München, der Uniklinik Ulm, der Hochschule Villingen-Schwenningen, der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg und der Abteilung Public Health der Universität Bielefeld. Gefördert werden diese Forschungstätigkeiten u.a. vom Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie vom Bundesministerium für Gesundheit.

Bis 2002 arbeitete das EMZ als ein Landeszentrum in Niedersachsen und wird vom Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit Niedersachsens und durch die Stadt und Region Hannover institutionell gefördert. Ab 2003 führte die finanzielle Unterstützung der Betriebskrankenkassen (BKK) zu Erprobung einer länderübergreifenden Projektidee (MiMi). Heute sind wir in zehn Bundesländern mit Landesgesundheitsprogrammen für Migranten aktiv, die von der Europäischen Union sowie von Ministerien in Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Bayern finanziert werden. Zusätzlich zur Zentrale in Hannover sind Landesfilialen in Bayern und Nordrhein-Westfalen eingerichtet, in denen Landesprojektkoordinatoren vor Ort tätig sind.

Im Rahmen europäischer Projekte findet unsere Arbeit auch internationale Verbreitung. Unsere Beteiligung am europäischen Projekt „City to City“ Hamburg und unser von der Europäischen Union seit 2008 finanziertes Projekt "AIDS and Mobility Europe" mit 16 Partnerländern gelten als Standards der Gesundheitsförderung „mit Migranten für Migranten“ weit über Deutschland hinaus. Letzteres Projekt führen wir europaweit als „Leading Partner“ der European Agency for Health and Consumers durch. Auch die Türkei ist mit dem Projektstandort Istanbul und der von Prof. Dr. Kültegin Ögel geführten Organisation „YENIDEN“ sind involviert.

Projekte des EMZ wurden mehrfach ausgezeichnet: Prophylaxepreis der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung 2001, Janssen Cilag Zukunftspreis 2006, Qualitätspreis der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen 2004, Gesundheitspreis Nordrhein-Westfalen 2006, Nachhaltigkeitspreis des Deutschen Rates für Nachhaltigkeit 2008 und Sozialunternehmer des Jahres 2009 (Schwab Foundation).

Das Zentrum ist regelmäßiger Gast der Integrationsgipfel der Bundeskanzlerin Merkel, entsendet Delegierte in zahlreiche Integrationskommissionen der Länderparlamente und ist vertreten im „Committee of Experts on Migration and Access to Health Care des Europarates.

Das größte und erfolgreichste Projekt des EMZ ist das Projekt „MiMi – Interkulturelle Gesundheit mit Migranten für Migranten in Deutschland“. Es ist heute als Schlüsseltechnologie der Integration anerkannt. Das Ethno-Medizinische Zentrum hat sich mit diesem Projekt 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 als Beispiel guter Praxis für Gesundheitsförderung Mit Migranten für Migranten

Ein Erfolg versprechender Weg, Migranten für Gesundheitsförderung und Prävention zu erreichen, sie zu informieren und für ein gesundheitsbewusstes Leben zu sensibilisieren, besteht in der Ausbildung von Mediatoren bzw. Lotsen und der muttersprachlichen Informationsvermittlung in den Lebenswelten der Migranten („Interkultureller Setting-Ansatz“). Das größte und auch erfolgreichste Projekt hierzu ist das MiMi-Gesundheitsprojekt „Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland“ des Ethno-Medizinischen Zentrums.

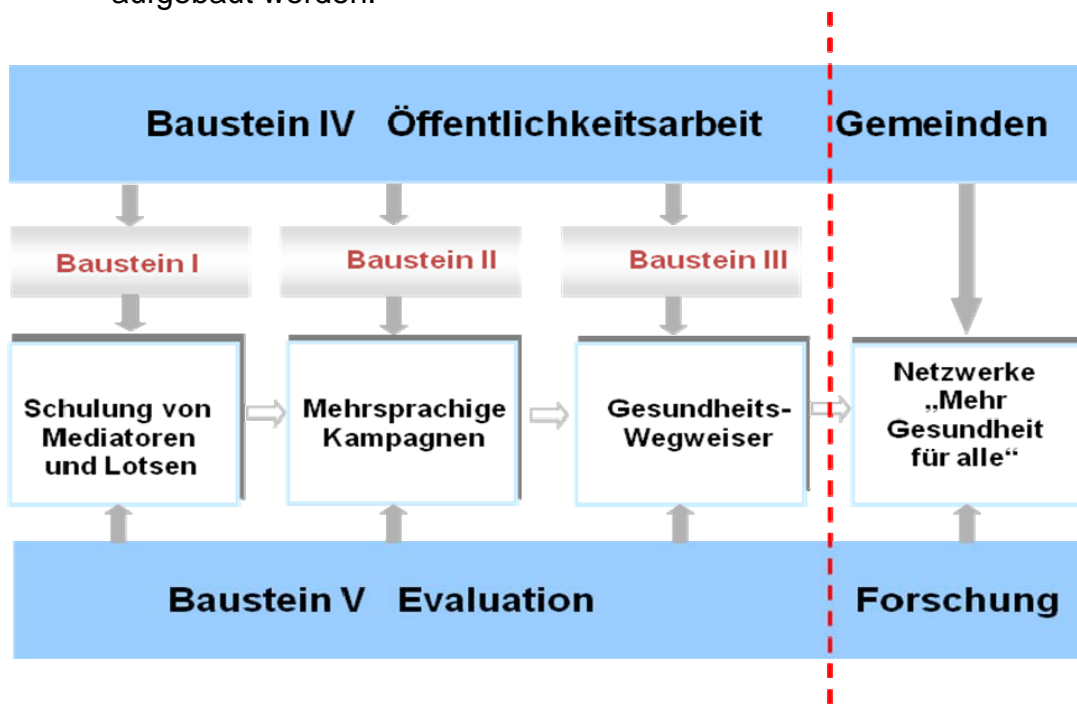
Das Projekt MiMi wird von sechs Landesregierungen, dem Bundesverband und zahlreichen Landesverbänden der Betriebskrankenkassen in Deutschland, von den Unternehmen Janssen-Cilag (Johnson&Johnson), Sanofi Pasteur, Glaxo Smith Kline und Levis Strauss Foundation finanziell unterstützt. Es wird vom EMZ mit über 180 Kooperationspartnern in 51 Städten und Kommunen bundesweit durchgeführt. Die Kommune ist für viele Migranten ohnehin ein Ort, in welchem am besten Vertrauen aufgebaut werden und Sicherheit für die Qualität in Beratung, Gesundheitsförderung und Behandlung gewonnen werden können (Salman, Ngassa Djomo 2009). Staatsministerin Prof. Dr. Maria Böhmer, Bundesbeauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration, ist die bundesweite Schirmherrin des Projekts MiMi.

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 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 (Halk Saglik Elemanlari) ausgebildet. Die Inhalte der Schulung sind: der Aufbau und die Angebote des deutschen Gesundheitssystems, wichtige Präventionsthemen wie Ernährung und Bewegung, Kindergesundheit, seelische Gesundheit u. a sowie Methoden der Erwachsenenbildung.

2. **Mehrsprachige Gesundheitskampagnen:** Die ausgebildeten Mediatoren geben das neu erworbene Wissen an ihre Landsleute weiter. Das Besondere: Die mehrsprachigen Veranstaltungen in Vereinen, Moscheen, Schulen, Betrieben und in den Gemeindehäusern 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, Tagungen und Projektkonferenzen sowie 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.



Das Projekt MiMi: Konzept und Bausteine, 2009

Mediatoren bzw. Lotsen sind engagierte, erfolgreich integrierte Migranten. Das heißt es handelt sich um Menschen, die in „beiderlei“ Richtungen loyal sind: Sie sprechen sowohl Deutsch als auch ihre Herkunftssprache gut, sie sind mit der Lebenssituation ihrer Landsleute vertraut und sind positive Schlüssel- und Identifikationspersonen für diese. In einer Schulung werden sie von Experten zu den Strukturen des deutschen Gesundheitswesens sowie gesundheitsrelevante Themen qualifiziert und lernen darüber hinaus, dieses Wissen in Gesundheitskampagnen in der Muttersprache an Landsleute zu vermitteln.

Die Kampagnen beinhalten beispielsweise Themen wie Infektionserkrankungen, Arbeitsunfälle, reproduktive Gesundheit, Zahngesundheit, Impfprogramme, HIV/AIDS, Suchtfragestellungen, Kindergesundheit, Brustkrebsfrüherkennung und viele mehr.

Das MiMi-Projekt läuft besonders erfolgreich mit der türkischen Community. Im Laufe des MiMi-Projekts wurden bereits 2.579 dokumentierte muttersprachliche Informationsveranstaltungen zur Gesundheit umgesetzt. Seit 2004 wurden hiervon 896 (34%) Veranstaltungen in türkischer Sprache durchgeführt. Von den insgesamt 1183 ausgebildeten MiMi-Mediatoren (Halk Saglik Elemanlari) stammen 203 Personen aus der Türkei. Sie erreichen ihre Landsleute vor allem in Moscheen sowie in Kultur- und Begegnungszentren. Insgesamt nahmen an den Veranstaltungen von MiMi bisher über 70.000 Migranten teil, darunter ca. 25.000 Türkeistämmige.

Sehr gefragte Themen der Mediatorenveranstaltungen in der türkischen Community waren bis jetzt „Ernährung und Bewegung“, „Kindergesundheit und Unfallprävention“ sowie seelische Gesundheit. Die meisten der Mediatoren und Lotsen sind Frauen (ca. drei Viertel), ebenso wie die Mehrheit der Teilnehmer in den Veranstaltungen.

Seit 2008 wird der MiMi-Ansatz von der Europäischen Union im Kontext des Projekts „Aids and Mobility Europe“ gefördert und vom Ethno-Medizinischen Zentrum gemeinsam mit „associated partners“ in Istanbul, London, Kopenhagen, Brüssel, Tallinn und Rom eingeführt. Somit wird MiMi als soziale Integrationstechnologie exportiert und findet vielerorts Nachahmer.

Von dem im Projekt MiMi entwickelten mehrsprachigen Wegweiser wurden bisher über 280.000 Exemplare bestellt, sie wurden mehr als 150.000 als Downloadversion im Internet herunter geladen. Sie können national und international in deutscher und türkischer Sprache, sowie in weiteren 13 Sprachen im Internet bestellt oder abgerufen werden (www.ethno-medizinisches-zentrum.de oder www.bkk-promig.de). In ihnen werden das deutsche Gesundheitswesen und seine Angebote dargestellt oder Krankheiten und wie man sich dagegen schützen kann beschrieben.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) würdigte das MiMi-Projekt 2009 als führendes Beispiel guter Praxis mit einer internationalen Case Study (http://www.euro.who.int/socialdeterminants/socmarketing/20070403_2). Damit ist auch die Übertragbarkeit des Konzeptes MiMi angesprochen. Diesbezüglich planen wir für die Zukunft die Implementierung unseres Konzeptes in der Türkei, denn Prävention und Gesundheitsförderung sind angesichts der Kostenexplosion im Gesundheitswesen der Türkei ebenso aktuell wie in Deutschland. Auch in der Türkei wird die Bedeutung der Vermeidung von Krankheit zunehmend anerkannt. Krankheit vermeiden heißt auch teure Behandlung vermeiden. Die Erfahrungen mit muslimischen Türkeistämmigen in Deutschland können hierbei sicherlich in der Türkei hilfreich sein, eine moderne, kosteneffiziente und nachhaltige Gesundheitsvorsorge aufzubauen.

Rolle der Religiosität und Sinnfragen in der medizinischen Versorgung

Religiosität als innere Stütze und Hilfe im Krankheitsfall hat für die Kranken und Patienten auch heute noch vielfach eine hohe Bedeutung. Je ernsthafter und lang anhaltender die Erkrankung, je mehr die körperliche Integrität verletzt ist und nicht wieder hergestellt werden kann, umso deutlicher treten Sinnfragen für den Kranken, seine Angehörigen und für die Professionellen – Ärzte, Pflegekräfte und andere – in den Mittelpunkt. Im klinischen Alltag wird gelebt, gelitten und gerade in technisch hochmodernen Kliniken oft sehr einsam

gestorben (Elias 2002). Hierbei bilden sich persönliche Bedürfnisse und Antworten auf die aufgeworfenen Lebens- und Sterbensfragen aus – und so auch sehr unterschiedliche religiöse Bedürfnisse. Medizinische Maßnahmen lassen sich vielfach erst verantworten, wenn diese persönlichen Bedürfnisse und Sinnfragen, die es auch in säkularer Form gibt, beachtet werden, und sie sind häufig auch erst dann wirksam oder wirksamer.

Während die Säkularisierungstendenzen in Europa und der Wertewandel evangelischer und katholischer Christen und ihre religiösen Bedürfnisse systematisch untersucht sind, liegen über die religiösen Bedürfnisse und die Religiosität von anderen Religionen zugehöriger Bevölkerungsgruppen kaum empirische Analysen vor. Insbesondere in der medizinischen Versorgung sind die Rolle der Religiosität von muslimischen Patientinnen und Patienten und ihre spezifischen Bedürfnisse bisher kaum diskutiert worden – ich frage mich übrigens, ob sie das in der Gesundheitsversorgung der Türkei werden.

Parallel zur gesellschaftlichen Säkularisierung vollzog sich in westlichen Industriegesellschaften eine Säkularisierung der Medizin und des Gesundheitswesens im Allgemeinen. Früher haben auch in den europäischen Gesellschaften viel engere Beziehungen zwischen Medizin und Religion bestanden. Spuren davon sind an den vielen konfessionellen Krankenhäusern ablesbar, die manchmal ein besonders hohes pflegerisches Ethos tradieren. Kirche, Geistliche und Spiritualität hatten eine größere Bedeutung als heute, wenn es um Vermeidung oder Heilung von Krankheiten ging. Religion und Kirche waren in früheren Jahrzehnten und Jahrhunderten stärkere menschliche Prägeinstanzen als staatliche und öffentlich-rechtliche Institutionen heute. Später gewannen staatliche und nichtfamiliäre menschliche Prägeinstanzen größeren Einfluss. Dies wirkte sich auch auf die Medizin und Gesundheitssysteme aus. Sie trennten sich stärker von den religiösen Instanzen und wurden letztlich unabhängig von ihnen. Auch in der Medizin hat also ein Säkularisierungsprozess stattgefunden. Die Medizin hat sich vor allem naturwissenschaftlichen Erkenntnissen zugewandt, so dass sich jahrzehntelang, vielleicht ein Jahrhundert lang – und in den letzten Jahren wieder verstärkt – mehr eine biomedizinische Medizin entwickelt hat, die im Prinzip psychische und soziale Dimensionen ausgeblendet, kulturelle Hintergründe ganz selten reflektiert und auch die spirituellen Bereiche weitgehend aus ihrem Blickfeld verbannt hat.

In muslimischen Gesellschaften und bei muslimischen Menschen in der Migration ist dieser Prozess noch nicht so weit fortgeschritten wie in abendländischen Gesellschaften. Hier spielen die Spiritualität und das familiäre Unterstützungssystem bei der Vermeidung oder Überwindung von Krankheit noch eine größere und tragendere Rolle. Dies können wir beispielsweise in Kliniken beobachten, wo muslimische Patienten teilweise viel mehr und häufiger Angehörigenbesuche erhalten als Einheimische aus der Mehrheitsbevölkerung. Auch wird häufig beobachtet, dass Muslime nicht selten zusätzlich zur professionellen Behandlung auch „nebenbei“ sog. Hodjas (religiöse Geistliche bzw. Lehrer) konsultieren – was übrigens wie mir scheint von deutschen Ärzten oft toleriert wird, zumindest wenn es die ärztliche Therapie nicht behindert und der Einfluss der Geistlichen eher moralisch unterstützender Natur ist und für den Arzt kontrollierbar bleibt. Aber was würde dagegen sprechen, die katholischen und evangelischen Krankenhausseelsorger durch professionell ausgebildete Krankenhausseelsorger anderer größerer Religionsgruppen, wie der muslimischen, zu ergänzen?

Respekt und Anerkennung sind wechselseitige Prozesse. So wie zu erwarten ist, dass sich die Akteure der medizinischen Versorgung in Deutschland stärker kundig machen und die religiösen Hintergründe ihrer Patienten und Klienten kennen und verstehen lernen, so ist es ebenso erforderlich, dass beispielsweise umgekehrt auch Muslime in unserem Land sich bemühen, sich mitzuteilen, verstanden zu werden und auch ihrerseits die Strukturen

im Aufnahmeland verstehen lernen. Hier sind sicherlich Kompromisse auf beiden Seiten möglich, wenn ein nachhaltigerer Dialog, wie er bereits mit dem Islamgipfel der Bundesregierung begonnen wurde, vertieft wird.

Migration und Gesundheit - Herausforderungen und Lösungen in der Gesundheitsversorgung

Es ist nicht hilfreich, Migranten lediglich über kulturelle oder religiöse Zugehörigkeit zu definieren und zu verstehen. Wichtig sind auch ihre jeweiligen sozialen Hintergründe und persönlichen Lebenssituationen. Ein Migrant, der aus dem ländlichen Osten der Türkei stammt, geht mit Krankheit und Krankheitsvorsorge anders um, als jemand, der in bürgerlichen Verhältnissen in Istanbul sozialisiert wurde. Es gibt viele Beispiele dafür, dass kulturelle und religiöse Hintergründe bei Erkrankungen wie auch bei Heilungsprozessen, insbesondere bei psychischen und psychosomatischen Krankheiten, eine große Rolle spielen. Selten jedoch sind Krankheiten oder deren Heilung allein mit kulturellen oder religiösen Aspekten erklärbar. Migration bringt für Migrantinnen und Migranten neben gesellschaftlichen (kulturellen), auch äußeren (sozialen) und inneren (psychischen) Anpassungsdruck und Veränderungsanforderung mit sich, die sich nachhaltig auf ihre Gesundheit auswirken können. Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit ergeben sich daher aus drei sehr unterschiedlichen, bei diesem Personenkreis zusammentreffenden Einflüssen (vgl. Razum et al. 2006):

- Soziale Ungleichheit führt dazu, dass viele Migranten den Risiken, die einen niedrigen Sozialstatus mit sich bringen, stärker ausgesetzt sind (dazu gehören neben Stressoren aus dem sozialen Bereich auch ungünstige Wohn- und Lebensverhältnisse, prekäre Arbeitsverhältnisse, höhere Erwerbslosigkeit).
- Sprachliche Barrieren und kulturelle Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverständnis sind innerhalb der gesundheitlichen Versorgung ausschlaggebend für Nutzung, Erfolg und Nachhaltigkeit von Maßnahmen (Salman & Hegemann 2003).
- Migration ist aber auch nicht zuletzt ein Lebensereignis, das die individuelle Biografie sowie die Familienentwicklung positiv oder negativ über mehrere Generationen hinweg prägen kann (Sluzki 2001).

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 zum einen eine gesundheitsbewusste Lebensweise. Zugleich ist entscheidend, sich im Bedarfsfall kompetent und sicher im Versorgungssystem bewegen zu können.

Wichtigstes Ziel einer Bedürfnisse und Interessen der Migrantenbevölkerung berücksichtigenden Gesundheitsversorgung ist deshalb die migrationssensible Öffnung der Gesundheitsdienste. Dies bedeutet, dass in Leistungsangeboten der öffentlichen Gesundheitsdienste die sprachlichen, sozialen und kulturellen Lebensbedingungen, Bedarfe und Unterschiede von Menschen mit Migrationshintergrund in ihrer ganzen Vielfalt angemessen berücksichtigt werden.

Die interkulturelle Öffnung der Regelversorgung ist vorrangiges Ziel und die Einrichtung von Sonderdiensten außerhalb der staatlichen oder gesetzlichen Regelversorgung wenig hilfreich. Beispielsweise dient eine türkische Herzklirik den Interessen türkischer Herzkranker weniger, als eine Herzklirik mit den besten Herzspezialisten (unabhängig von

ihrer religiösen, geschlechtlichen oder nationalen Herkunft), in der fremdsprachiges Personal oder Dolmetscher eingesetzt, unterschiedliche religiöse oder kulturelle Nahrungswünsche durch spezielles Essensangebot berücksichtigt oder kompetenter Umgang mit „Fremden“ durch Schulungen des Personals gesichert werden.

Selbstverständlich sind Spezialangebote für Migrantinnen und Migranten da nötig, wo die Regelversorgung ihre spezifische Lebenssituation (noch) nicht ausreichend berücksichtigen kann. Warum sollte es beispielsweise keine spezialisierten Angebote geben im Bereich der Psychotherapie oder warum sollte es kein türkischsprachiges Altersheim geben, wenn der Bedarf groß ist und sich genügend (an der sozialen Marktwirtschaft orientierte) Investoren finden, die das finanzieren wollen.

Insgesamt lässt sich jedoch feststellen, dass in Deutschland die interkulturelle Expertise und der Respekt vor den gesundheitlichen Anliegen der Migranten in den letzten Jahren gewachsen sind. Es gibt sehr viele kleine, vielversprechende Ansätze, die es zu institutionalisieren gilt (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2007). So bestehen beispielsweise sehr gute Dolmetscherdienstmodelle in Hannover, München, Hamburg und Berlin, wo medizinisch geschulte Dolmetscher für Kliniken kostengünstig bereitgestellt werden. In München gibt es den Dolmetscherdienst des Bayerischen Zentrums für transkulturelle Medizin. Dort werden jährlich 3.000 Dolmetschereinsätze in Kliniken und Sozialdiensten für Migranten realisiert. Auch in der Ausbildung lassen sich neue Entwicklungen beobachten, wie in Gießen oder Hannover, teilweise auch in Berlin. Dort haben bei der Hochschulausbildung der Mediziner mittlerweile auch Migrationsaspekte in die Lehre Eingang gefunden.

Im Rehabilitationsbereich gibt es mittlerweile viele Kliniken, die auch Konzepte der Arbeit mit türkischen/muslimischen oder russischsprachigen Patienten umsetzen. Eine Klinik in Nordrhein Westfalen bietet muslimische Rehabilitation mit speziellen Therapien und Halal-Essen an. Es ist interessant, dass sie dort viel mehr Halal kochen müssen – doppelt so viel! – als es für die muslimischen Patienten nötig wäre. Offenbar lernen zahlreiche nichtmuslimische Patienten dieses Essen ebenfalls schätzen. Auch dies dokumentiert den gewachsenen Willen, mit konstruktivem, professionellem und größerem Know-how mit kulturellen Herausforderungen umzugehen. Deshalb empfiehlt es sich, dem medizinischen Personal qualifizierte Fortbildungsangebote zur interkulturellen Kompetenz anzubieten bzw. dementsprechende Inhalte im Studium verpflichtend zu lehren, wie es bereits in den Ausbildungsordnungen für das Pflege- und Altenpflegepersonal der Fall ist. Die Förderung mehrkultureller Teams in der Pflege und die Ausbildung von Migranten zu medizinisch versierten Dolmetschern und Kulturmittlern seien dabei nur als zwei Beispiele von vielen genannt. Letztlich gilt es sensibel dafür zu sein, Migration als „Normalfall mit speziellen Herausforderungen und Potentialen“ und nicht als „defizitäre Sonderform der Lebensgestaltung“ begreifen. Ersteres wäre wünschenswert, letzteres blockiert Integration eher, als dass es sie fördert.

Elf deutsche 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-Management). Die gesteigerte Bedeutung, die der Gesundheitsversorgung von Migranten seitens Politik und Wissenschaft in Deutschland und auch international zugesprochen werden, lässt sich an vielen weiteren grundlegenden Entwicklungen bemessen:

- So hat das Robert Koch Institut gemeinsam mit dem Statistischen Bundesamt 2008 den ersten Schwerpunktbericht „Migration und Gesundheit“ veröffentlicht. Nun liegen mehr gesicherte Daten zur Gesundheit von Migranten vor.
- Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration veröffentlichte 2007 in einem Handbuch „Gesundheit und Integration“ Modelle guter Praxis in der gesundheitlichen Versorgung von Migranten. Damit können wir nun auf bereits bewährten Ideen und Modellen aufbauen.
- In einer Kooperation der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration mit dem Bundesministerium für Gesundheit gibt es seit über zehn Jahren einen „Bundesarbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit“ in den 30 Experten und Institutionen sowie Verbände des Gesundheitssektors berufen sind. Sie haben die Aufgabe der Vernetzung von Expertise und der Entwicklung von Lösungen.
- Verstärkt fördern das Bundesministerien für Bildung und Forschung sowie das Bundesministerium für Gesundheit in Deutschland Forschungsprojekte zur Thematik Migration und Gesundheit. Hierunter befinden sich Forschungsverbünde zur transkulturellen Psychiatrie (Charité Berlin), Diabetes (Universitätsklinikum Hamburg), Prävention und Gesundheitsförderung (Medizinische Hochschule Hannover und Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.), Arbeitslosengesundheit (Ludwig Maximilian Universität München), muslimische Gesundheitsethik (Universität Mainz) u.a.
- Seit zwei Jahren ist im Europarat ein „Committee of Experts on Migration and Access to Health Care“ aktiv. Die International Organization of Migration hat ein eigenes Department für „Migration and Health“ aufgebaut und entwickelt Konzepte zur Gesundheitsversorgung von Migranten weltweit. Die Weltgesundheitsorganisation WHO, European Public Health Association und die World Federation of Public Health Associations haben Migrantengesundheit zu Schwerpunktthemen ihrer Aktivitäten ausgebaut.

Diese genannten Beispiele verdeutlichen, dass der Zusammenhang von Integration und Gesundheit mit fortschreitendem Interesse erkannt, bearbeitet und in die Versorgungsstrukturen einbezogen wird.

Zur Überwindung kränkender Integration

Neben Schule und Arbeitsplatz ist das Gesundheitswesen die dritte Säule für die Förderung von Integration. Mehr als bei den Erstgenannten berührt die medizinische Versorgung die Menschen an ihren verletzlichen Stellen, in ihrem privaten Umfeld und macht sie angewiesen auf Beziehungen zum Arzt, zur Pflegekraft und zum System. Hier stehen das einzelne Individuum und seine Wertschätzung im Zentrum der Beachtung. Zugleich wird der Wert eines sozialen Umfeldes für die Patienten und ihres Einbezuges für Heilungsprozesse sichtbar, ein Bereich also, in dem die Kulturen voneinander lernen können und in dem Migrantenkulturen das deutsche Gesundheitssystem, seine Mitarbeiter und seine Patienten an vergessenes Wissen der eigenen Tradition erinnern könnten.

Heutzutage sind sowohl das Gesundheitswesen, als auch Migrantinnen und Migranten mehr denn je auf Konzepte und Ansätze für eine integrierende Versorgung angewiesen. Sicherung und Förderung der Gesundheit sind somit immer zugleich Bestandteil von Integrationsförderung. Bestimmte Krankheitsformen sind Ausdruck einer gescheiterten,

man könnte sagen einer kränkenden Art der Integration. Damit misst das Gesundheitswesen den Puls des Integrationsprozesses.

Interkulturelle Ansätze und Konzepte für Prävention, Beratung, Therapie und Pflege haben sich im Gesundheitswesen bewährt. Sie müssen in Zukunft weiter entwickelt und implementiert werden.

Zunehmend wird der Zusammenhang von Migration, Gesundheit und Integration auch zum Gegenstand von politischer Diskussion, Forschung und Versorgungspraxis im gesamten europäischen Raum und weit darüber hinaus. Hierbei sind noch viele Aufgaben zu erledigen, aber der Anfang ist gemacht und Deutschland schreitet nicht zuletzt wegen seiner wachsenden Migranteneliten zügig und wegweisend voran.

Literaturhinweise

- David, Matthias (2003): Die Realität der Versorgung von Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. Notwendige Konsequenzen für die Gesundheitspolitik. In: Borde, Theda (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag. 275-286
- Elias, Norbert (2002): Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. In: ders., Gesammelte Schriften Band 6. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Kimil, Ahmet & Salman, Ramazan (2008) Sozialpsychiatrische Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover. Eine Studie der Fachgruppe Migration und Psychiatrie. In: Sozialpsychiatrische Schriften Band 2. Herausgegeben von Region Hannover, Team Gemeindepsychiatrie als Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes.
- Maschwitz, Renate; Müller, Christoph; Waldhoff, Hans-Peter (2009): Die Kunst der Mehrstimmigkeit. Gruppenanalyse als Modell für die Zivilisierung von Konflikten. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Machleidt, Wielant; Grieger, Dorothea; Kimil, Ahmet; Menkhaus, Björn & Salman, Ramazan (2006): Psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Hilfen für ältere Migranten. Ein Überblick. In: Psychotherapie im Alter. 3. 9-30
- Razum, Oliver, Zeeb, Hajo & Laaser, Ulrich (Hrsg.) (2006): Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Einführung in International Public Health. Bern: Huber.
- RKI – Robert Koch Institut (2008a): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey – KiGGS. Berlin (Internet: www.kiggs.de).
- RKI – Robert Koch Institut & Statistisches Bundesamt (2008b): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2007): Gesundheit und Integration. Handbuch für Modelle guter Praxis. 2. überarbeitete Auflage, Berlin.
- Salman, Ramazan & Hegemann, Thomas (2003): Interkulturelle Dimensionen in psychosozialer und medizinischer Praxis. In: Thomas, Alexander et al. (Hrsg.): Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation. Band 2: Länder, Kulturen und interkulturelle Berufstätigkeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Salman, Ramazan & Menkhaus, Björn (2007): Mit Migranten für Migranten. Das MiMi-Projekt des Ethno-Medizinischen Zentrums als Beitrag zur interkulturellen Gesundheitsförderung und Integration in Deutschland. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Gesundheit und Integration. Handbuch für Modelle guter Praxis. 2. überarbeitete Auflage Berlin.
- Salman, Ramazan & Ngassa Djomo, Katja (2009): Migration, Integration und Gesundheit in Deutschland. In: Gesemann, F. und R. Roth: Lokale Integrationspolitik in der

- Einwanderungsgesellschaft – Migration und Integration als Herausforderung von Kommunen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Salman, Ramazan; Tuna, Soner & Lessing, Alfred (Hrsg.) (1999): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Schneller, Thomas; Salman, Ramazan & Goepel, Christiane (Hrsg.) (2001): Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten: Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. Bonn: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ).
- Sluzki, Carlos (2001): Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In: Hegemann, Thomas & Salman, Ramazan (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Süddeutsche Zeitung Nr. 79, 7. April 2010, München
- Tuna, Soner (1999): Konzept, Methoden und Strategien migrationsspezifischer Suchtpräventionsarbeit. In: Salman, Ramazan et al. (Hrsg.) (1999): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Waldhoff, Hans-Peter (2009): Verhängnisvolle Spaltungen. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.

(Ethno-Medizinisches Zentrum kann übersetzt werden als ETNO-TIB-MERKEZİ)

Erschienen in:

Integration und Dialog der Religionen in Deutschland und der Türkei – Beispiele und Probleme. Eine Veröffentlichung der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. (Ankara: 2010).