

Eckhard Lotze

Interkulturelle Öffnung als Auftrag und Ziel der Gesundheitsämter – Das Referat Migration und Gesundheit des Gesundheitsamts Bremen

Die Anfänge

Vor 15 Jahren erlebte Deutschland eine historisch hohe Zuwanderung von Flüchtlingen und Asylbewerbern. Neben der einmalig hohen Zahl dieser Gruppe von Menschen reisten auch sehr viele (Spät-)Aussiedler ein. Insbesondere die Unterbringung dieser Menschen in Gemeinschaftsunterkünften brachte und bringt gesundheitliche Probleme mit sich. In Bremen wurde 1993 auf diese nicht zu planende Notsituation¹ hin vom Gesundheitsamt eine Untersuchung zur gesundheitlichen Lage und Versorgung der Flüchtlinge in Bremen durchgeführt (Mohammadzadeh 1993). Die Ergebnisse führten zum Aufbau des „Gesundheitsprogramms für Asylbewerber, Flüchtlinge und Spätaussiedler“ und damit zur Gründung des damaligen Referats „*Medizinische Untersuchung und Betreuung von Zuwanderern*“ im Gesundheitsamt.

Neben der Festlegung von (z.B. hygienischen) Mindeststandards der Unterbringung dieser Menschen wird im Gesundheitsprogramm ein umfassendes Angebot ärztlicher Hilfe geleistet. Eine Ärztin und ein Arzt des Referats bieten regelmäßig in den Erst- und Folgeunterkünften medizinische Sprechstunden an. Dadurch werden die durch das Asylbewerberleistungsgesetz verursachten Versorgungsdefizite für diese Gruppen ansatzweise kompensiert. In den Sprechstunden wird eine primäre Diagnostik und Beratung geleistet, aber auch (begrenzte) medikamentöse Behandlung angeboten. Durch die aufsuchende Arbeit in den Heimen sind die Ärzte gleichsam Hausärzte für die Bewohner der Gemeinschaftsunterkünfte. Dieser Ansatz ist als das „Bremer Modell“ bundesweit bekannt geworden und gilt als vorbildlich.

Im Jahr 2003 wurde das Referat inhaltlich und personell erweitert und folgerichtig zum Referat „*Migration und Gesundheit*“ umbenannt. Seitdem wird die Situation der (Arbeits-)Migranten der ersten Generation verstärkt in den Blick genommen. Dafür wurde ein Pflegewissenschaftler eingestellt. Zur Verbesserung der kommunalen Datenlage über Gesundheit und Pflegebedürftigkeit der älter werdenden Migranten wurden zwei Untersuchungen durchgeführt, die als Gesundheitsberichte (GBE-Berichte) des Gesundheitsamts über Bremen hinaus einige Beachtung fanden (Mohammadzadeh 2004 und Lotze 2007).²

Interkulturelle Öffnung

Seit seiner Gründung befasst sich das Referat Migration und Gesundheit mit der interkulturellen Öffnung des Bremer Gesundheitswesens. Ein Gesundheitsamt ist nach unserer Erfahrung als operative Ebene kommunalen (Gesundheits-)Handelns eine gut geeignete Institution zur Umsetzung der Ziele einer Interkulturellen Öffnung (IKÖ). Das aktuell dritte Integrationskonzept (für die Jahre 2007 bis 2011) des Landes Bremen enthält einen Schwerpunkt „Gesundheitsversorgung“. Die darin

¹ Die Unterbringung erfolgte z.T. auf Schiffen im Bremer Hafen, in Weltkriegsbunkern, Turnhallen etc.

² Sämtliche Veröffentlichungen des Referats Migration und Gesundheit finden Sie unter der URL: <http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen125.c.2507.de>

formulierten integrativen Ziele stammen vom Referat Migration und Gesundheit. Folgende Vorhaben stehen in den kommenden Jahren vordringlich zur Umsetzung bzw. Weiterentwicklung an und sind dort verzeichnet:

- Fortbildungsangebote im Gesundheits-/Sozialwesen
- zielgruppenspezifisches muttersprachliches Infomaterial
- Integration älterer Migranten in Bremer Altenhilfe / Gesundheitssystem
- Weiterentwicklung des Dolmetscherdiensts Bremen (DDB)
- Erweiterung des Gesundheitswegweisers für Migrantinnen und Migranten
- Sicherung der Gesundheitsversorgung Papierloser
- Offene Gesundheitsberatung für Migranten

Mit seinem Beitrag zum Integrationskonzept positioniert sich das Gesundheitsamt Bremen also durchaus auch als Impulsgeber für die zukünftige Richtung der Interkulturellen Öffnung im Bremer Gesundheitssystem.

Aktuelle Schwerpunkte

Allerdings gilt nicht nur für Bremen: Der großen möglichen Breite des Aufgabenfelds Interkulturelle Öffnung im Gesundheitssystem stehen wegen der Unterfinanzierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes immer geringere Gestaltungsmöglichkeiten der Gesundheitsämter gegenüber. Auf diese Situation reagiert das Referat Migration und Gesundheit mit zwei strategischen Ausrichtungen:

1. Schon wegen des genannten Ressourcenmangels bedarf es einerseits eines kooperativen und koordinierenden Arbeitsansatzes im Gesundheitsamt.³ Das Gesundheitsamt ist eine mögliche Schnittstelle von „oben und unten“, von „Experten und Laien“, von „Politikern und Bürgern“ und hat insofern eine potenzielle Scharnierfunktion zwischen verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen.
2. Andererseits ist nach unserer Auffassung ein zentraler programmatischer Schwerpunkt die Gesundheit besonders vulnerabler bzw. vernachlässigter Bevölkerungsgruppen, weil hier die „Kernkompetenz“ der Gesundheitsämter liegt bzw. weiter zu entwickeln ist.

Zwei aktuelle Beispiele verdeutlichen unsere Umsetzung beider Strategien in Bremen:

1. Kooperativer / Koordinierender Ansatz:

Auf Initiative des ZERP (Zentrum für Europäische Rechtspolitik / Uni Bremen)⁴, des EU-geförderten Projekts XENOS („Leben und Arbeiten in Vielfalt“), der LVG (Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.) und des Referats Migration und Gesundheit des Gesundheitsamtes Bremen wurde Anfang 2008 das **Interkulturelle Gesundheitsnetzwerk Bremen (IGN)** gegründet. Über 50 Bremer Institutionen und

³ Auf die weiteren Gründe für dieses Selbstverständnis des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (wie die Paradigmen von Selbsthilfe, Empowerment, Bürgerbeteiligung, Gemeinwesenorientierung, etc.) soll hier nicht eingegangen werden.

⁴ Das ZERP engagiert sich im Zuge eines von der Volkswagenstiftung geförderten internationalen Forschungsprojekts zur Inklusion von Zuwanderern in bestehende Gesundheitssysteme („Giving new subjects a voice“).

Personen sind seitdem Mitglied des IGN geworden. Die Aufgabe für das Referat Migration und Gesundheit ist die verantwortliche Koordination der Arbeit des Netzwerks. In den zehn thematisch gegliederten Arbeitsgruppen des IGN widmen sich viele Aktive den gesundheitlichen Versorgungsbereichen, in denen Migrantinnen und Migranten besonders benachteiligt sind.⁵ Die thematischen Schwerpunkte der zehn Arbeitsgruppen lauten:

1. Psychische und psychosoziale Gesundheit
2. Interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens (insbes. der Krankenhäuser)
3. Situation Papierloser/ Asylbewerber
4. Migrantinnengesundheit
5. Altenhilfe (inklusive Pflegeversorgung)
6. Gesundheitsförderung / Prävention
7. Gesundheits-Selbsthilfe / Stadtteilbezug
8. Behinderung
9. Suchtkrankenhilfe
10. Qualifizierung

Das Hauptziel der Arbeit im IGN ist die Herstellung von Chancengleichheit und Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Situation von Migrantinnen und Migranten in Bremen. Seit November 2008 gibt es eine gemeinsam beschlossene „Geschäftsgrundlage“, die den Umgang miteinander und die Außendarstellung des IGN regelt. Einige grundlegende Aspekte der Zusammenarbeit im IGN sind die prinzipielle Offenheit für Themen und interessierte Menschen, die Hierarchiefreiheit im Umgang miteinander und der bewusst grenzüberschreitende Ansatz. So bietet das Netzwerk die Möglichkeit, berufs-, verbands- und kulturübergreifend in den Austausch zu kommen und aus den verschiedensten privaten und professionellen Blickwinkeln voneinander zu lernen.

2. Fokussierung vulnerabler Zuwanderergruppen:

Schon mit dem bereits beschriebenen Gesundheitsprogramm für Asylbewerber, Flüchtlinge und Spätaussiedler widmet sich das Referat Migration und Gesundheit seit Jahren Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus und damit in schwieriger Lebenslage. Diese Erfahrung und der in Deutschland im EU-weiten Vergleich besonders schlechte Zugang von Papierlosen⁶ zur gesundheitlichen Versorgung führte zur Entwicklung eines Konzepts, das dem Gesundheitsamt Bremen eine federführende Rolle bei der Gewährung einer gesundheitlichen Grund- bzw. Notversorgung für Papierlose in Bremen zuschreibt. Denn es ist nach aller Erfahrung in deutschen Großstädten (vgl. Landeshauptstadt München 2003) von einer äußerst defizitären gesundheitlichen Versorgungssituation dieser Menschen auszugehen.

Das Konzept wurde und wird in Zusammenarbeit mit MediNetz Bremen⁷ entwickelt und ab dem Jahr 2009 praktisch umgesetzt. In Form einer **Humanitären Sprechstunde** wird an geeigneter Stelle ein primärärztliches Angebot für Papierlose entwickelt.⁸

⁵ eine genauere Beschreibung findet sich auf den Internetseiten des Gesundheitsamts Bremen unter URL: <http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen125.c.2699.de>

⁶ Menschen, die sich aufenthaltsrechtlich illegal in Deutschland aufhalten.

⁷ MediNetze sind Teil der bundesweiten Flüchtlingsinitiativen und existieren in vielen deutschen Großstädten. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter vermitteln medizinische Hilfen an aufenthaltsrechtlich illegal in Deutschland lebende Menschen (sog. Papierlose).

⁸ Erste praktische Erfahrungen hat das Stadtgesundheitsamt Frankfurt mit der Einrichtung einer Humanitären Sprechstunde gemacht. Dort wurden jüngst die etablierten Roma- und Afrika-

Natürlich sind zunächst verschiedene potenzielle Trägerschaften eines solchen Angebots diskutiert und gegeneinander abgewogen worden (z.B. wohlfahrtsverbandliche Träger). Die folgenden Argumente aber waren letztlich ausschlaggebend für die Ansiedlung beim Gesundheitsamt Bremen:

Der organisatorische Aufwand zur Implementierung einer Humanitären Sprechstunde ist bei einer Übernahme durch das Gesundheitsamt Bremen nur gering. Die Infrastruktur des Referats Migration und Gesundheit kann gut genutzt werden und ist weniger kostenträchtig als die Neuschaffung von Strukturen.

Zwar ist die Niedrigschwelligkeit des Angebots einer Humanitären Sprechstunde von Seiten des Gesundheitsamts nicht ohne weiteres vorauszusetzen. Die den meisten Papierlosen in Deutschland bekannte Übermittlungspflicht für öffentliche Stellen an die Ausländerbehörden oder die Polizei wird auch für das Gesundheitsamt (fälschlicherweise) vermutet. Allerdings haben auch andere Referate des Gesundheitsamts (z.B. die AIDS / STD-Beratung) mit einer länger eingeführten "Komm-Struktur" das Problem der notwendigen Niedrigschwelligkeit gelöst. Die enge Kooperation mit MediNetz Bremen kann außerdem die Schwelle zur Nutzung eines neuen Angebots des Gesundheitsamts senken helfen.

Das Verhältnis einer Humanitären Sprechstunde zum Aufenthaltsgesetz ist nach der uns vorliegenden Einschätzung des Rechtsreferates im Bremer Gesundheitsressort nicht als grundsätzlich hinderlich für dieses Angebot seitens des Gesundheitsamtes zu betrachten.

Die notwendige Verlässlichkeit und Dauerhaftigkeit einer Humanitären Sprechstunde wird bei einer Anbindung an das Gesundheitsamt als hoch eingeschätzt. In punkto Verlässlichkeit ist insbesondere zu beachten, dass im Gesundheitsamt sowohl eine operative Leitung des Angebots sowie eine gegenseitige Vertretung (bei Krankheit, Urlaub etc.) vorhanden ist. Die Lösung der Humanitären Sprechstunde durch das Gesundheitsamt ist außerdem eine politische Aussage, dass Bremen sich dauerhaft der existenziellen Probleme von Papierlosen bei Gesundheitsproblemen annehmen will. So wie es der aktuelle Koalitionsvertrag der Bremer Regierungsparteien und das gültige Integrationskonzept des Bremer Senats ausdrücken.

Die Gewinnung von freiwilliger finanzieller Unterstützung und von Spenden ist für das Gesundheitsamt Bremen schwierig, aber nicht unmöglich. Allerdings steht die Frage der Einrichtung eines „Fonds zur Gesundheitssicherung von Papierlosen“ wie in anderen deutschen Großstädten in Bremen zur Diskussion an.

Wegen der langjährigen epidemiologischen Auswertung des existierenden Gesundheitsprogramms für Asylbewerber, Flüchtlinge und Spätaussiedler im Referat Migration und Gesundheit ist eine fundierte Auswertung der Behandlungsdaten zu sozialmedizinischen, epidemiologischen und migrationsrelevanten Fragestellungen im Gesundheitsamt ohne finanziellen Aufwand möglich.

Die Ausgabentransparenz für ein Sprechstundenangebot ist im Gesundheitsamt ausgesprochen hoch. Internes Controlling und regelmäßige Leistungsberichte schaffen eine hochgradige Transparenz gegenüber den kostenverantwortlichen Stellen.

Zur Wirtschaftlichkeit des Angebots einer Humanitären Sprechstunde kann nur für die Lösung durch das Gesundheitsamt eine Aussage getroffen werden. Es erscheint durch die vorhandene personelle und räumliche Infrastruktur im Referat Migration und Gesundheit, die beschriebene Ausgabentransparenz und die Einbettung in die

gesamte Organisationsstruktur des Gesundheitsamts die beschriebene Lösung als der wirtschaftlich sinnvollste Ansatz.⁹

Das Gesundheitsamt Bremen bietet im Referat Migration und Gesundheit bereits eine selten zu findende interkulturelle Handlungskompetenz auf ärztlicher Seite. Diese Kompetenz qualifiziert die Mediziner des Gesundheitsamts in besonderer Weise für die Anforderungen einer Humanitären Sprechstunde.

Die Einrichtung und nachhaltige Gewährleistung des Angebots einer Humanitären Sprechstunde beim Gesundheitsamt Bremen wäre das deutlichste Signal für eine dem Problem angemessene Wahrnehmung kommunaler Verantwortung für die Gesundheit aller in der Stadt Bremen lebenden Menschen.

Selbstverständlich ist die Humanitäre Sprechstunde durch das Gesundheitsamt keine Maximallösung. Diese ist aber auch kurz- und mittelfristig auf bundespolitischer Ebene unwahrscheinlich. Sie ist eher ein Versuch, auf kommunaler Ebene der Verantwortung für das Recht auf Gesundheit für alle Menschen – unabhängig von einem Aufenthaltstitel – gerecht zu werden. Zur Einordnung der Möglichkeiten in einer Humanitären Sprechstunde muss hinzugefügt werden, dass sie keinesfalls die Tätigkeit der humanitär gesinnten Ärzte ersetzen kann, die sich mit MediNetz Bremen für die Gesundheit dieser Menschen oft unentgeltlich einsetzen. Insofern bleibt noch viel zu tun, um eine umfassende staatlich gewährte Gesundheitsversorgung für Papierlose im Rahmen der Regelversorgung zu schaffen.

Mögliche Stolpersteine

Als Stolpersteine für die Interkulturelle Öffnung eines Gesundheitsamts werden hier vier mögliche Probleme aufgeführt, die aber überwindbar sind.

1. Die Etablierung eines spezialisierten Referats Migration und Gesundheit sollte die anderen Abteilungen eines Gesundheitsamtes nicht „entlasten“. Die Interkulturelle Öffnung ist nicht nur in Feiertagsreden ein Querschnittsthema. Jede Abteilung muss selbstkritisch überprüfen, wie eine bessere Integration von Migrantinnen und Migranten in die eigenen spezifischen (Regel-)Angebote erreicht werden kann. Ein Referat Migration und Gesundheit darf keine Feigenblattfunktion für das Beharrungsvermögen integrationshemmender Gesamtstrukturen innehaben.
2. Die Festlegung des Ziels der Interkulturellen Öffnung und die daraus folgenden Maßnahmen können nicht durch ein Referat Migration und Gesundheit für das Gesundheitsamt insgesamt geleistet werden. Der kollegiale Appell, auch andere Arbeitsbereiche eines Gesundheitsamtes mögen sich doch bitte interkulturell bewegen, reicht nicht aus. Notwendig ist eine „von oben“ beschlossene Festlegung und ausdrückliche Unterstützung aller Aktivitäten der Interkulturellen Öffnung.
3. Die personelle Ausstattung eines Referats Migration und Gesundheit muss der gewünschten Aufgabenwahrnehmung entsprechen. Wenn die Interkulturelle Öffnung der Gesundheitsämter sich in der Einrichtung spezialisierter Referate mit umfangreichen Aufgaben ausdrücken soll, bedarf es u.U. auch einer personalwirtschaftlichen Umschichtung.

⁹ Zu einer Wirtschaftlichkeitsbetrachtung kann es selbstverständlich nicht gehören, die von humanitär gesinnten Ärzten in Kooperation mit MediNetz Bremen kostenfrei erbrachten Leistungen in Anschlag zu bringen und einer einzurichtenden Humanitären Sprechstunde gegenüber zu stellen. Denn das hieße, sich der Verantwortung zu entziehen und den untragbaren Status quo zu zementieren, weil er ja für den potenziellen Kostenträger wirtschaftlich sei.

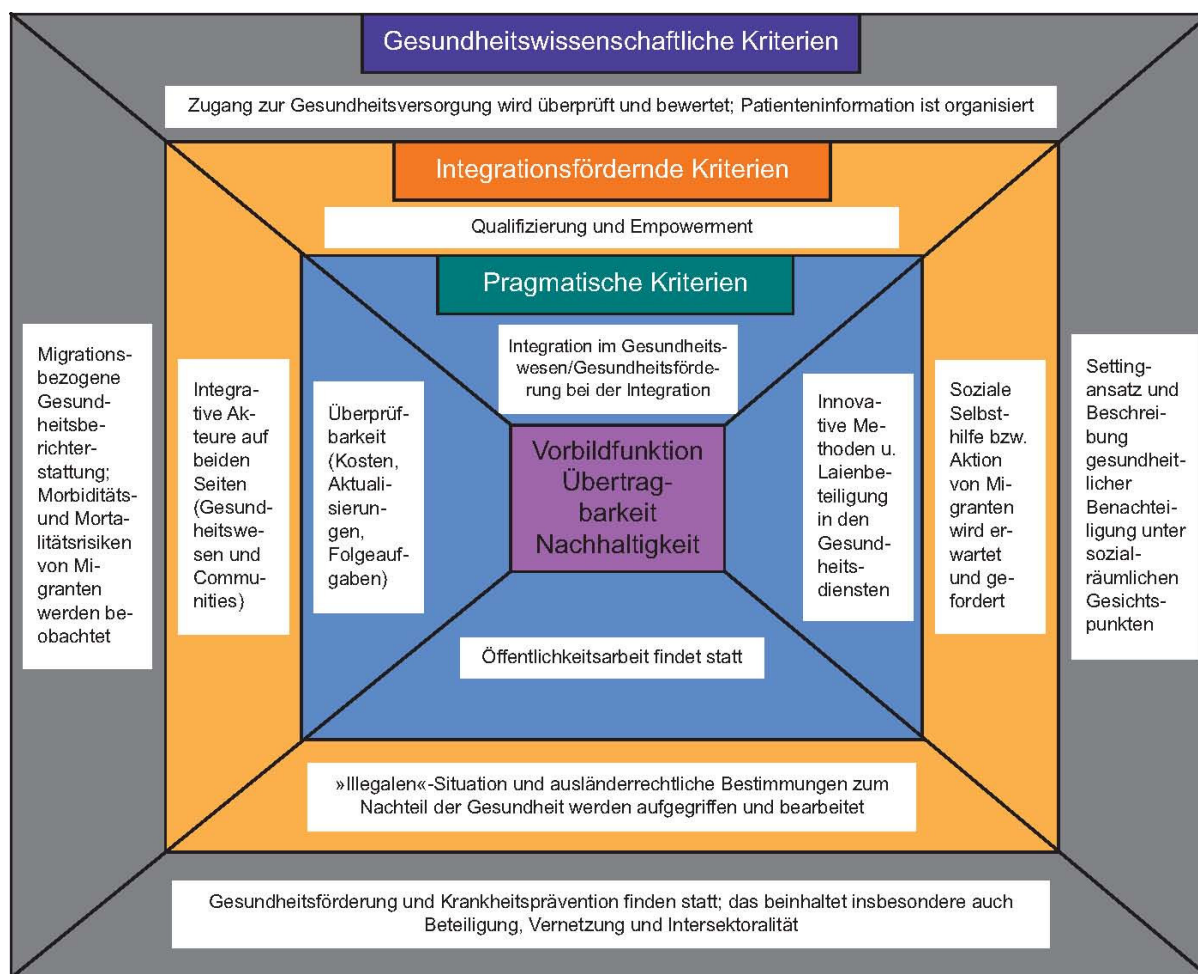
4. Wichtig ist, eine eindimensionale Betrachtung des notwendigen Prozesses der Interkulturellen Öffnung zu vermeiden („Stellen wir halt mal einen türkischen Sozialpädagogen ein!“). Es gibt viele Dimensionen interkultureller Veränderung, die zu einer nachhaltigen Öffnung gehören (vgl. AWO Bremen 2003 : 18 ff). Diese können von einem Referat Migration und Gesundheit intern (und extern) vermittelt und erfahrbar gemacht werden.

Das „Frankfurter Raster“

Die Interkulturelle Öffnung ist Aufgabe aller Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Und jedem potenziell Interessierten inner- und außerhalb von Gesundheitsämtern können die gleichen Maßstäbe bei der Beurteilung des integrativen Gehalts eines Projekts oder sogar neuen Regelangebots in der Gesundheitsversorgung an die Hand gegeben werden. Deshalb wird an dieser Stelle das „Frankfurter Raster“ vorgestellt. Es kann für die Planung, Durchführung und Evaluation von Aktivitäten der Interkulturellen Öffnung ein hilfreiches Instrument zur (eigenen) Bewertung sein.

Unter der Schirmherrschaft der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Frau Staatsministerin Böhmer, arbeitet seit vielen Jahren der Arbeitskreis Migration und Öffentliche Gesundheit u.a. am Thema der Interkulturellen Öffnung des Gesundheitssystems. In diesem Arbeitskreis, in dem auch viele Mitglieder aus Gesundheitsministerien, -behörden und -ämtern stammen, entstand das sogenannte „Frankfurter Raster“. Das Raster entstand im Zusammenhang mit der Sammlung von etwa 40 bundesweiten Gute-Praxis-Beispielen aus dem Bereich der integrativen Gesundheitsarbeit. Diese Sammlung und das begleitende Raster wurde im Jahr 2007 von der Integrationsbeauftragten herausgegeben (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2007). Als grundlegende Basiskriterien zur Beurteilung der Gute-Praxis-Beispiele dienen die Konzeption, der integrative Gehalt und die Kooperation innerhalb der dort dargestellten Projekte. Das Raster listet zwölf Einzelkriterien für gelingende integrative Arbeit im Gesundheitsbereich auf. Diese wurden nach gesundheitswissenschaftlichen, integrationsfördernden und pragmatischen Maßstäben geordnet. Im Anhang finden sich diese Kriterien in ausführlich beschriebener Form. Hier soll zuletzt als Anregung nur das Schaubild des Frankfurter Rasters dargestellt werden:

Abb. 1: Das Frankfurter Raster



Fazit

Die Einrichtung eines eigenen Referats Migration und Gesundheit ermöglicht Gesundheitsämtern, ein innovatives und wachsendes Aufgabenfeld angemessen in den Blick zu nehmen. Es konnten hier nicht alle Aufgaben des Referats im Gesundheitsamt Bremen dargestellt werden. Die Schwerpunktsetzung auf kooperative / koordinierende Arbeitsansätze und besonders vulnerable Zuwanderergruppen verdeutlicht das Profil des Bremer Gesundheitsamts im Umgang mit dem Auftrag der Interkulturellen Öffnung.

Die Interkulturelle Öffnung der Gesundheitsämter kann weder von außen verordnet werden noch von unten durch engagierte einzelne Mitarbeiter erfolgreich sein. Sie ist nur über die Leitungskräfte der Gesundheitsämter zu erreichen. Auf allen Hierarchie- und Abteilungsebenen muss die selbstkritische Überprüfung stattfinden, inwiefern die eigene Aufgabenwahrnehmung interkulturell angemessen erfolgt. Ein eigenes Referat Migration und Gesundheit kann dabei ein geeigneter Moderator für die notwendigen *internen* Veränderungen sein. Gleichzeitig bietet ein Referat Migration und Gesundheit die Möglichkeit, nach *außen* zu wirken – und zwar in der Kommune als „change agent“ für die Interkulturelle Öffnung. Die Gesundheitsämter sind bzw. wären gut geeignete Akteure zur Überführung politisch-theoretischer Forderungen in praktische Aktivitäten zur Interkulturellen Öffnung des Gesundheitssystems.

Eckhard Lotze; Kontakt: eckhard.lotze@gesundheitsamt.bremen.de

Literatur

AWO Bremen (Hg.): Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe. Bremen 2003, S. 18 ff

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg.): Gesundheit und Integration – Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Berlin 2007, S. 9 – 16

Lotze, E. et al.: Pflegegutachten bei Migrantinnen und Migranten – Ein Bericht zu Daten des Gesundheitsamtes Bremen. Gesundheitsamt Bremen 2007

Mohammadzadeh, Z. et al.: Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen – Lebenssituation, potenzielle Versorgungsbedarfe und gesundheitspolitische Perspektiven. Gesundheitsamt Bremen 2004

Landeshauptstadt München, Sozialreferat, Stelle für interkulturelle Zusammenarbeit (Hg.): „Dass Sie uns nicht vergessen...“ – Menschen in der Illegalität in München. München 2003

Mohammadzadeh, Z.: Die gesundheitliche Lage und Versorgung der Flüchtlinge in Bremen. Verlag für Interkulturelle Kommunikation, Frankfurt/Main 1993

Anhang

Das Frankfurter Raster¹⁰

(...)

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

Konzeption

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

Integrativer Gehalt

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

Kooperation

Akteure und Einrichtungen im Gesundheitswesen und in der Migrationsarbeit müssen heute, um erfolgreich zu sein, in stabilen und vernetzten Strukturen agieren: Auf kommunaler Ebene zum Beispiel insbesondere zwischen professionellen Diensten und dem Laienbereich in Communities und Migrantenvereinen. Zeichen für besonders gelungene Handlungsansätze sind gemeinsame Handlungsansätze innerhalb des „versäulten“ Gesundheitswesens in Deutschland, um Migrantinnen und Migranten besser zu versorgen bzw. zu beteiligen, z. B. durch verständliche und fachlich begleitete Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Sowohl die Einbindung „unüblicher“ Partner auf lokaler Ebene (z. B. Wirtschafts- und Arbeitsmarktexperten, Sportverbände), als

¹⁰ zit. aus dem Buch: „Gesundheit und Integration - Ein Handbuch für Modelle guter Praxis“. Berlin, 2007, S. 11 – 16 (2. überarbeitete Auflage vom Juli 2007), vgl. Literaturliste

auch die Verbindung zu überregionalen Netzwerken, Projekten und Beratungsgremien (Bund, Land, Region) zeichnen Maßnahmen und Projekte für gesunde Integration aus.

Einzelkriterien (Frankfurter Raster)

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

Pragmatische Kriterien

1. Öffentlichkeitsarbeit findet statt

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

2. Innovative Methoden

Als innovativ gelten im Rahmen der Gesundheitsversorgung neue Wege, die insbesondere die Vielfalt verschiedener Gesundheitskonzepte betonen und eine Begegnung von Laien mit Migrationshintergrund einerseits und medizinischen und nichtmedizinischen Experten andererseits bei Konzeption und Planung von Gesundheitsangeboten ermöglichen. Gute Praxis zeigt sich nicht zuletzt auch am Maß von Kreativität und Experimentierfreude. Selbstverständlich soll die daraus resultierende Innovation zielführend sein. Zu beachten ist darüber hinaus, dass immer bestimmte sachliche, soziale und zeitliche Umstände einem Vorhaben den Charakter der Innovation verleihen. Das bedeutet, dass eine neue Praxis an anderem Ort bereits Standard sein kann.

3. Überprüfbarkeit

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

besondere gesundheitliche Problemlagen einer Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund im Laufe eines Projekts erkannt werden und eine Folgeplanung auslösen, gilt dies als Erfolg.

4. Gesundheitsförderung bei der Integrationsarbeit

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

Integrationsfördernde Kriterien

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

Im Rahmen eines Projekts, einer Maßnahme oder eines Regeldienstes soll als wesentliches Ziel immer auch die Befähigung und Qualifizierung der Menschen mit und ohne Migrationshintergrund zur Gestaltung ihrer Lebensbedingungen gesehen werden. Wie mit Gesundheit und Krankheit, mit dem Fremden und den Fremden umgegangen wird, kann und muss gelernt und eingeübt werden. Projekte und Maßnahmen sind wichtig, die direkt bei Migranten und Nichtmigranten ansetzen, auf deren Stärken und Ressourcen aufbauen und sie mittels Information, Bildung sowie der Verbesserung ihrer Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und dem Fremden bei der Entwicklung ihrer Persönlichkeit und ihrer Fähigkeiten im sozialen und politischen Kontext unterstützen.

2. Integrative Gesundheitsakteure im „Experten- und Laienbereich“

Vorhaben, bei denen Gesundheitsakteure sowohl auf der Seite der Dienste und Experten, als auch auf Seiten der Laien, Communities und Migranteninstitutionen identifizierbar sind, haben eher Aussicht auf nachhaltigen Erfolg als andere. Weil isolierte medizinische, gesundheitsbezogene und soziale Interventionen meist schon kurzfristig ohne Empowerment und Befähigung der Menschen zu selbstverantwortlichem gesundheits- und integrationsförderndem Verhalten scheitern, muss über die Mobilisierung kultursensibler und qualifizierter Fachkräfte hinaus die Anerkennung von Gesundheitsakteuren auf Migrantenseite erfolgen, die als Mittler, Interessenvertreter ihrer Landsleute und als soziale Veränderungsmotoren an Prozessen zur Gesunden Integration beteiligt sind.

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

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

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

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

Gesundheitswissenschaftliche Kriterien

1. Zugang zur Gesundheitsversorgung

Selbstevaluierungsmaßnahmen der bestehenden Regeldienste sind wichtig im Hinblick auf Verständlichkeit und Glaubwürdigkeit des jeweiligen Angebots für Migrantinnen und Migranten. Migranten haben aus systemischen und individuellen Gründen oftmals einen

schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung als die Mehrheitsbevölkerung. Die sprachliche, kulturelle und religiöse Herkunft von Patienten nicht als Hindernis, sondern als positiven Anknüpfungspunkt für gesundheitlichen Service und gesundheitliche Aufklärung zu verstehen und durch geeignete Medien und Personaleinsatz zu nutzen, zeichnet Gute-Praxis-Projekte und -Maßnahmen aus. Kommunikationshürden bei der Gesundheitsaufklärung, Prävention und allgemeinen Gesundheitsversorgung müssen also erkannt und der Versuch gemacht werden, sie mit geeigneten Wegweisern und Lotsen zu überwinden. Hierfür ist mehrsprachiges und kultursensibel aufbereitetes Informationsmaterial ein wichtiger Anfangsschritt. Die Qualität von Übersetzungen und Dolmetscherleistungen erhöht auch die Qualität der Maßnahmen.

2. Setting-Ansatz

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

3. Gesundheitsberichterstattung

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

4. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

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

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