

Die psycho-soziale Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Brandenburg

Drei Jahre El Puente - „Erfahrungen zum Weitersagen“

Fachtagung am 25.Juni 2008

Diplompsychologin Lucía Muriel

Sehr geehrte Anwesende, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich begrüße Sie hiermit sehr herzlich zu unserer Fachtagung zum Abschluss des Projektes „El puente – Clearingstelle für die Beratung, Behandlung und Prävention psychisch erkrankter, insbesondere traumatisierter MigrantInnen“ im Land Brandenburg, das in diesem Monat erfolgreich beendet wird. Und ich freue mich, Sie alle zu diesem Anlass als unsere Gäste, mehr noch als unsere Partner und Partnerinnen, unsere interessierten Kolleginnen und Kollegen willkommen zu heißen. Für mich, als die frühere Projektfachkraft von El puente und für das noch bestehende Team ist Ihre Anwesenheit nicht nur Ausdruck Ihres fachlichen Interesses an diesem beispielhaften und für Brandenburg innovativem Projekt, sondern auch ein Zeichen einer gebührenden Beachtung des Themas der psychischen Gesundheit von Flüchtlingen bzw. durch Stress beeinträchtigten MigrantInnen. Und, das Team des Projektes stellt mit dieser Veranstaltung einmal mehr eins der wichtigsten Arbeits- und Kooperationsprinzipien des Fachberatungsdienstes FaZIT unter Beweis: die Bereitschaft und die Offenheit, gewonnene Erkenntnisse und lehrreiche Erfahrungen der Fachöffentlichkeit und interessierten Akteuren zur Verfügung zu stellen, kritische Fragen in die Diskussion einzubringen und damit das integrative Potential Brandenburgs gegenüber den ZuwandererInnen zu stärken.

In der Wahl der Methode für einen angemessenen Abschluss eines solch relevanten Projektes wie es El puente darstellt, war uns der interaktive, kommunikative Wert eines Fachtages, mit wertvollen, ergänzenden Beiträgen von hochspezialisierten, praxiserfahrenen Wissensträgern im Bereich der transkulturellen psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen und Migranten der entscheidende Faktor, Sie an dieser Form der Dokumentation unserer Projektarbeit teilhaben zu lassen. Ich bin jetzt schon neugierig auf Ihre Fragen und Meinungen über die geleisteten Fortschritte. Aber zunächst bitte ich Sie um Ihre geschätzte

Aufmerksamkeit für meine Ausführungen, die ich nach folgender Gliederung strukturiert habe:

Gliederung

1. Was mein Vortrag behandeln wird und beabsichtigt
2. Migranten, Migrantinnen und Flüchtlinge in Brandenburg
 - 2.1. Ihre Lebens- und rechtlichen Bedingungen
 - 2.2. Über ihre psychische Gesundheit
3. Vorstellung von El puente
 - 3.1. Warum El puente?
 - 3.2. Ziele von El puente
4. Drei Jahre El puente
 - 4.1. Arbeitsweise und Methoden
 - 4.2. Fakten und Zahlen
 - 4.3. Weitere Angebote
5. Ergebnisse und Erkenntnisse
 - 5.1. Barrieren in den Gesundheitsdiensten
 - 5.2. Potentiale und Hindernisse im chancengerechten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung
6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen
7. Perspektiven der Clearingstelle
8. Abschluss

1. Was mein Vortrag behandelt und beabsichtigt

Was ich jetzt präsentieren werde, sind im wesentlichen die wichtigsten Aussagen, Ergebnisse und Erkenntnisse aus dem Projekt El puente. Ich werde präsentieren, was sich aus der Arbeit von El puente nutzen lässt für die weitere Arbeit mit psychisch erkrankten MigrantInnen im Land Brandenburg.

Der Anlass zum Aufbau von El puente war die Feststellung von nicht genau erfassten Mängeln im Zugang von MigrantInnen zur öffentlichen gesundheitlichen Versorgung und zu den psychotherapeutischen Angeboten für traumatisierte Flüchtlinge. Die Ausgangslage des Handlungsspielraumes war geprägt von einem fast völlig abwesenden Bildes über die realen gesundheitlichen Bedürfnisse der in Brandenburg lebenden Zugewanderten.

Soweit war ein Problem des öffentlichen Gesundheitswesens erkannt.

Der strukturell abgeleitete Auftrag des Landes Brandenburg an das Projektes bestand unter anderem darin, in modellhafter Form, Wege zu Lösung des erkannten Problems zu erproben, aufzuzeigen und zu diskutieren. Sehr schnell wurde dem beteiligten Team klar, dass diese Arbeit sich unmittelbar auch mit gesellschaftlich verankerten Gewohnheiten wie beispielsweise kommunikativen Barrieren zwischen verschiedenen Berufsgruppen reiben werden würde. Probleme löst man bekanntermaßen, indem man diese und den daraus resultierenden Handlungsbedarf zunächst erkennt und indem man diese möglichst in klaren Begrifflichkeiten kommuniziert. In Begriffen, die möglichst keine Verwirrungen, Verwechslungen oder Ignoranzen begünstigen, sondern solche, die handlungsweisend sind, die Ursachen beleuchten und Auswege erkennen lassen.

Hier soll es nicht um die Aberkennung von vorbildlichen Leistungen vieler Ärzte und Ärztinnen und anderer behandelnden Fachkräften gehen, sondern um das Identifizieren von Handlungsbedarf und (noch) nicht erkannten Herausforderungen. Es geht nicht um das Leugnen guter Absichten, sondern um die genaue Prüfung der Folgen gut gemeinter, aber nicht kritisch reflektierter Absichten. Es geht um die Würdigung und Einbeziehung von good-practice- Erfahrungen und von WissensträgerInnen, und nicht um die unreflektierte Darstellung von Gewohntem. Es geht um die Sichtbarmachung von Potentialen und Wertschätzung von Ressourcen, nicht um die Verharmlosung von wirksamen und folgenschweren Einschränkungen und vorhandenen, aber kaum thematisierten Konflikten. Ich bin davon überzeugt, dass die Benennung und die Aufdeckung von Problemen, Mängeln und Hindernissen der

erste, oft der schwierigste, aber immer der entscheidende Schritt zur Überwindung von Problemen ist. Dazu gehört auch, dass man den Finger in die Wunde legt. Und im Rahmen unserer Arbeit musste ich lernen, dass man dabei schnell selbst auf die eigene Verwundbarkeit geprüft wird.

Die Wahl der heutigen Beiträge zeigen, wie wichtig es für ein Projekt wie El puente ist, sich auf Kooperationen verlassen zu können, wie unverzichtbar der Blick auf Erfahrungen, auf die Stärken, auf good-practice Beispiele ist, sozusagen als Weichenstellung für die Nachhaltigkeit von Verbesserungen.

Erlauben Sie mir zunächst die Darstellung einer relevanten Bezugsgröße des Projektes: die Lebenssituation der

2. Migranten, Migrantinnen und Flüchtlinge in Brandenburg

2.1 Ihre (rechtlichen) Lebensbedingungen

MigrantInnen leben (nicht nur) in Brandenburg unter einer Stressbelastung im Alltag, die um ein Vielfaches höher als die der Einheimischen ist. Viele Asyl suchende Menschen haben schon in ihren Ursprungsländern ernste und extreme traumatische Stressbelastungen erfahren und oftmals zusätzlich während der Flucht selbst. Nach der Ankunft sind sie mit dem Verlust vieler Beziehungen konfrontiert und sie müssen sich gleichzeitig mit einer komplett fremden Umwelt vertraut machen: mit unbekanntem Normen und Werten, Sprache und anderen äußeren Bedingungen. Oftmals belasten die Flüchtlinge große Sorgen und schwere Schuldgefühle gegenüber den in der Heimat zurück gelassenen; das dann oft undurchschaubare und jahrelang andauernde Anerkennungsverfahren erhöht das Ausmaß an Stressbelastung ins Unerträgliche. Die Ungewissheit zieht eine tiefe Verunsicherung bezüglich Zukunftsperspektiven, was Lebensplanung, Rollenbestimmung, Identitätsprozesse usw. nach sich.

Zu den belastenden Stressoren zählt auch die Erfahrung mit der Unfähigkeit der Aufnahmegesellschaft, Menschen anderer Hautfarbe, anderer Religion und mit anderen Gewohnheiten willkommen zu heißen und als gleichberechtigte Individuen anzunehmen.

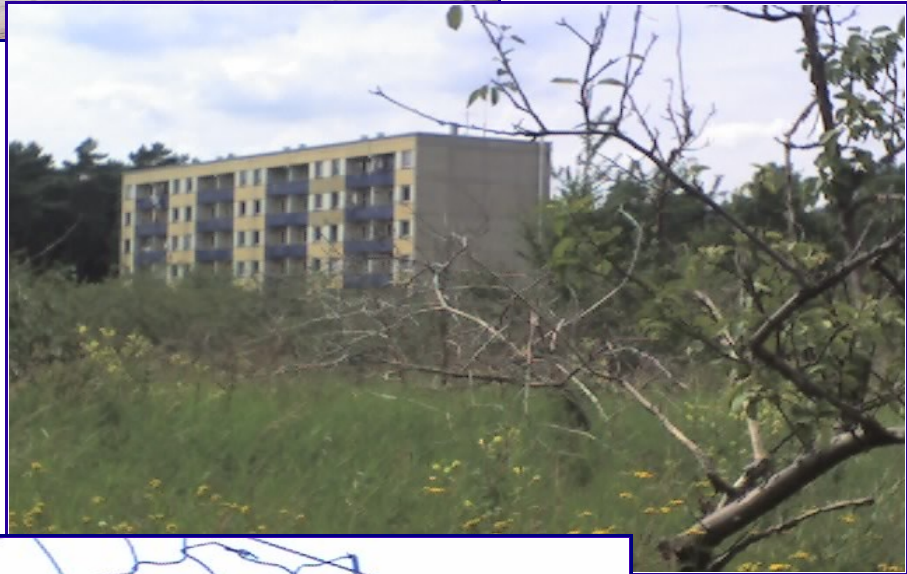
Zur Zeit leben in Brandenburg etwa 3000 AsylbewerberInnen, verteilt auf etwa 18-Heime und einer nicht genau bekannten Zahl von Wohnungen. Wie in vielen anderen Bundesländern sind sie in Heimen untergebracht, wo sich kein gemeinschaftliches oder soziales Leben der einheimischen Bevölkerung mehr abspielt: oft kilometerweit

entfernt von den befahrbaren Straßen und Ortschaften. Damit fällt nicht nur die Existenz dieser Menschen aus der Wahrnehmung der Mehrheitsgesellschaft, sondern auch ihre menschen(un)rechtliche Lebenssituation, ihre Bedürfnisse, ihre Gesamtheit als Bevölkerungsgruppe. So ist es nicht verwunderlich, dass es der allgemeinen Beachtung entgeht, dass in den meisten dieser Heime 70, 80 und bis zu 100 % der Bewohner männlich sind. Die Heime liegen oftmals in einem Umfeld von Ausbildungszentren, von Industriegebieten, wo kein familiäres, altersgemäßes Leben verläuft, wo sich keine Begegnungen, Gespräche oder Begrüßungen ereignen.

Im Widerspruch zur allgemeinen Unkenntnis und Fremdheit gegenüber den Asylbewerbern erleben wir jedoch in den vermittelten Bildern von männlichen Asylbewerbern und Flüchtlingen eine verzerrende Stereotypisierung. Sie werden häufig in den Zusammenhang mit Drogen- und Zigarettenhandel gebracht, mit der Bereitschaft zu Scheinehen oder Eheschließungen aus „rein“ aufenthaltsrechtlichen Überlegungen. In Brandenburg gibt es mehrere Gemeinden, aus denen deutsche Familien weg zogen, mit der Begründung, ihre Töchter wären nun nicht mehr in Sicherheit vor möglichen sexuellen Übergriffen der Asylbewerber. In Wahrheit sind männliche Asylbewerber die meisten Opfer rechtsextremer und rassistischer Gewalt, meistens von weißen deutschen Männern ausgeübt und nicht selten in Verbindung mit sexuellen Beweggründen. Männliche Asylbewerber erscheinen immer wieder in Berichten, als Menschen, die nur auf die Auszahlung der Sozialhilfe oder ähnlicher Leistungen warten, ansonsten nur schlafen und nichts tun.

Die meisten Asylbewerber sind isoliert und leiden unter Einsamkeit. In den Heimen können sie keinen Kontakt zu ihren Landsleuten pflegen. Muslime müssen ihre Religion ohne Anbindung an ihre Gemeinschaft praktizieren.

Jahrelang teilen sich durch sexuelle Gewalterfahrungen schwer traumatisierte Frauen mit mehreren fremden Männern Flur, Küche, Bad und Toiletten. In Familien mit kranken Familienmitgliedern, die keine Wohnung erhalten, erkrankt nach und nach die gesamte Familie. In der Folge versagen ihre Kinder in der Schule und das begünstigt familiäre Krisen, die oft nicht aufgefangen werden.



2.2. Über ihre psychische Gesundheit

Das Thema der Gesundheit von MigrantInnen wurde bisher in Verbindung mit HIV/Aids, Suchterkrankungen oder in den letzten Jahren verstärkt mit Traumatisierungen oder dem PTSD behandelt. Damit wird ein Panorama konstruiert, indem die gesundheitlichen Anliegen der MigrantInnen nur auf diese Themen begrenzt zu sein scheinen. Oder, als ob diese Erkrankungen die häufigsten unter MigrantInnen wären oder, als wären MigrantInnen besonders anfällig für diese Symptome und vor allem, als ob mit der Abhandlung dieser Themen den gesundheitlichen Bedürfnissen der MigrantInnen schon Genüge getan wäre. Dabei macht dieses Bild das Kernproblem der MigrantInnen mit dem vorherrschenden Gesundheitssystem deutlich: Die geringen Kenntnisse über die gesundheitlichen Belange dieser Bevölkerungsgruppe. Ihre ausländerrechtlichen Probleme nehmen alle Aufmerksamkeit und Priorität ein, denn davon hängen real ihre Integrationschancen ab.

Wenn das Asylverfahren gescheitert ist, wenn die Verfolgungsgeschichte aus dem Heimatland nicht glaubhaft gemacht werden konnte, wenn die Abschiebung– oft nach Jahren der Ungewissheit– bevorsteht, dann können Traumatisierungen, psychische oder schwere körperliche Erkrankungen eine Abschiebung verbieten, weil sonst das Leben des Asylbewerbers bedroht wäre. Hausärzte, Fachärzte, Kliniken, Amtsärzte, Gutachter und Gerichte werden zur Begutachtung hinzugezogen. Im Ergebnis steht dann möglicherweise eine Aussetzung der Abschiebung. Die Asylbewerber bleiben aber grundsätzlich ausreisepflichtig. Und sie dürfen nicht gesund werden, weil sie und mit ihnen oft die ganze Familie sonst ihren Abschiebeschutz verlieren.

Das dauerhafte Fehlen eines „normalen“ stabilen Lebens in dem Land, das man für die Konstruktion von Zukunft, von Teilhabe am gesellschaftlichen Leben als ein nützliches und mündiges Mitglied gewählt hat, raubt Kraft und Energie, die für die Integration notwendig sind. Die Tatsachen, dass die erwartete Integration vorrangig am Grad der Beherrschung der deutschen Sprache gemessen wird und, dass der Vorwurf der Integrationsunwilligkeit fast ausschließlich den MigrantInnen angelastet wird, werden als Assimilationsdruck erlebt, von dem wir wissen, dass er krank macht.

Folglich sind schwere Schlafstörungen, Angstzustände, erhöhte Krisenzustände die geringsten, zu erwartenden Erkrankungen. Die meisten reagieren richtigerweise mit Erkrankungen, mit psychosomatischen Signalen, suchen Fachkräfte der medizinischen und gesundheitlichen Einrichtungen auf und erleben dann oftmals befremdende Haltungen gegenüber ihrer Person, ihrer Geschichte, ihren Beschwerden und Symptomen.

3. Vorstellung von El puente

3.1. Warum El puente?

Flucht und Einwanderung in ein fremdes Land, der Beginn eines neuen Lebens unter fremden Bedingungen fordert von allen Menschen ein hohes Maß an Mut, Kraft und Offenheit. Viele EinwanderInnen wollen in Deutschland ihre Zukunft aufbauen, für einige von ihnen sind die tragischen und gewaltvollen Erfahrungen aus der Vergangenheit in der Heimat nicht vergessen, nicht verarbeitet und immer wieder schmerzvoll gegenwärtig.

In solchen Situationen brauchen viele Hilfe, Beratung, Begleitung oder einfach Gespräche, in denen man sich verstanden und anerkannt fühlt. Wichtig ist auch das Vertrauen, dass das Gefühl des Alleinseins und Überfordertseins nicht als ein Zeichen der persönlichen Schwäche gewertet wird. Dafür muss mit erfahrenen BeraterInnen, UnterstützerInnen, ÄrztInnen, mit spezialisierten Behandlungs- und Beratungsstellen in Ihrem Umfeld zusammen gearbeitet werden und gemeinsam mit ihnen geeignete Wege entwickelt werden. Wer mit einem Anliegen zu El puente kommt, bleibt in der Selbstverantwortung für sein Handeln. Wir beraten und unterstützen mit dem Ziel, die Eigeninitiative zu erhalten und zu stärken.

Die Fachöffentlichkeit mahnt seit Jahren den dringenden Handlungsbedarf bei der medizinischen Versorgung von in Brandenburg lebenden psychisch erkrankten und traumatisierten MigrantInnen an und fordert den Ausbau dieser Kapazitäten, die Verbesserung des spezifischen Beratungs- und Betreuungsbedarf von traumatisierten und psychisch erkrankten Personen und die Koordinierung der verschiedenen Akteure mit unterschiedlichen institutionellen Einbettungen.

El Puente hat eine Reihe von spezifischen Fortbildungs- und Beratungsangeboten durchgeführt, die unterschiedliche Zielgruppen einschließen.

3.2. Ziel von El puente

Ziel ist die Verbesserung des vorhandenen dezentralen Angebots im Land Brandenburg zur Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen und Traumatisierungen von Flüchtlingen. Das Oberziel von El Puente lässt sich darin bestimmen, zunächst ersteinmal zum chancengerechten Zugang zu den Angebotsstrukturen des Gesundheitswesens beizutragen. Die darauf ausgerichteten Anstrengungen zielen auch auf die Vermittlung von spezifischen, migrations- und

fluchtrelevanten Kenntnissen an Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter der Gemeinschaftsunterkünfte als auch an die Mitarbeitenden des öffentlichen Gesundheitswesens. Grundsatz dabei ist, die sich aus der mangelnden interkulturellen Öffnung des öffentlichen Gesundheitswesens ergebenden Hürden abzubauen und den wahrgenommenen Assimilationsdruck zu vermeiden.

4. Drei Jahre El puente

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

Ein vom Projektteam schon seit Beginn der Arbeit und mit großem Vorbereitungsaufwand geplante Fach-Beirat kam nicht zustande. Von uns waren Verantwortungsträger des Gesundheitswesens dafür ausgewählt worden: die Leiterin des Landesgesundheitsamtes, Frau Dr. Elsässer, Leiterin des SpD Potsdam-Mittelmark, Frau Dr. Aulich und der Leiter des SpD Neuruppin, Dr. Müller-Ortstein. Später versuchten wir zusammen mit Frau Kühne einen auswertenden Gedankenaustausch mit ExpertInnen zu organisieren. Auch diese ExpertInnenrunde kam nicht zustande, jedoch gelang es uns in der zweiten Phase des Projektes, in vereinzelter Form die Kooperation mit engagierten und erfahrenen Expertinnen zu etablieren und durch ihre Kooperationsbereitschaft unsere Angebote zu stärken.

Wie schon zu Beginn erwähnt, hat El puente einen besonderen Stellenwert u.a. dadurch eingenommen, dass es sich unermüdlich zur qualitativen Erfassung des Ist-Zustandes eingesetzt hat. Jedoch wurden El puente-eigene Beiträge zur Bestandsaufnahme nicht immer von allen mit „Freude“, besser gesagt mit der erforderlichen Problemoffenheit aufgenommen, viele haben lieber Widerstände

mobilisiert, sich auf das Infrage stellen des gesamten Projektes konzentriert und dabei die Chancen der Zusammenarbeit blockiert. Wir erlebten wie Arbeitsgruppen, die anstatt sich auf die Schaffung von Synergien unter den Akteuren und einer dringend benötigten Plattform zur Stärkung des professionellen Handelns zu konzentrieren, lieber ihre Energien dafür freisetzen, um mit unseren Ergebnissen das zu wiederholen, was unserer Zielgruppe ebenfalls widerfährt: die Ausblendung.

4.1. Arbeitsweise und Methoden

Unter dem Gesichtspunkt des Aufbaus regionaler Ressourcen für die Behandlung traumatisierter, und psychisch belasteter bzw. gefährdeter MigrantInnen konzentrierte sich „El puente“ auf folgende Maßnahmen:

- Clearing und Casemanagement;
- Stabilisierung, Krisenintervention, Konfliktbewältigung, auch vor Ort;
- Vermittlung an andere therapeutische Angebote für traumatisierte bzw. psychisch belastete Flüchtlinge mit laufendem Monitoring;
- Stellungnahmen in gesundheitlichen und sozialen Fragen;
- psychosoziale, psychologische und/ oder soziale Beratung;
- Beratung zu migrationsrelevanten Fragen von Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatischer Rehabilitation;
- Vermittlung von fremdsprachlicher Unterstützung und Sicherung des Monitoring in Konfliktfällen;
- Unterstützung bei der Bildung regionaler Netzwerke;
- Gremien und Netzwerkarbeit/MultiplikatorInnenarbeit/ Fortbildungen;
- Aufbau und qualitätssichere Etablierung eines DolmetscherInnen- Pools und Schulungen der Sprach und KulturmittlerInnen;
- Kooperation und Koordination von Hilfemaßnahmen mit TherapeutInnen, PsychologInnen, ÄrztInnen;
- MultiplikatorInnenarbeit im Gesundheits- und Sozialbereich;
- Sensibilisierung zu trauma- , flüchtlings- und migrationsspezifischen Themen in Form von Weiterbildungen, Seminaren, Fachtagungen, Vorträgen;
- Mitarbeit in verschiedenen Gremien und Arbeitskreisen

Das Projekt „El puente“ leistete damit erstmalig einen Beitrag zur Einbindung vorhandener Behandlungs- und Therapiekapazitäten im Land Brandenburg in die

medizinische Versorgung von psychisch erkrankten und traumatisierten MigrantInnen und zum Ausbau dieser Kapazitäten.

El puente hat ein Verzeichnis von fremdsprachigen Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten im Land Brandenburg erstellt und Kontakte zu engagierten und motivierten medizinischen Fachkräften aufgenommen, die bereits mit Flüchtlingen gearbeitet haben.

in 18 Landkreisen bei ÄrztInnen vorhandenen Sprachen

Russisch, am häufigsten	Mehr als 100
Französisch	> 20
Dänisch	> 20
Afrikaans	20
Tschechisch	>10
Holländisch	10
Bulgarisch	10
Rumänisch	10
Polnisch	10
Ungarisch	3
Griechisch	2
Spanisch	2
Chinesisch	2
Italienisch	1
Mongolisch	1
Persisch	1
Koreanisch	1
Portugiesisch	1
Schwedisch	1
Arabisch	1
Ukrainisch	1

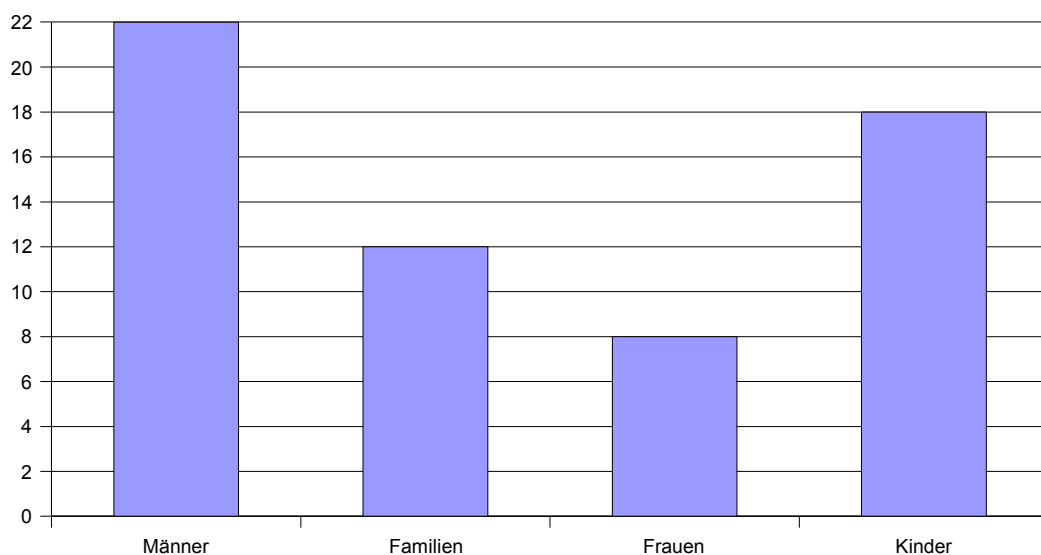
Unter den erfassten ÄrztInnen sind 8 PsychotherapeutInnen, ansonsten Allgemeinmediziner bzw. praktische ÄrztInnen.

El puente verfügt über einen Beratungsraum und zeichnet sich in der personellen Besetzung durch die Mehrsprachigkeit des Beratungsteam aus, das selbst über Migrations- und Fluchterfahrungen verfügt: Dr. Wolfgang Bautz (englisch, portugiesisch, spanisch), Lucía Muriel (spanisch, englisch), und Yahya Alwan (arabisch, englisch). Die Beratungen erfolgen aufsuchend und im Büro nach Vereinbarung.

4.2.Fakten und Zahlen

Im Projektzeitraum wurden von El puente 37 Fälle umfassend betreut. Davon fanden sechs im Beratungsraum von El puente statt und 32 Fälle wurden vor Ort aufgesucht. Von den 37 Fällen waren 22 Männer, 10 Familien, und 5 Frauen.

Klienten und Klientinnen



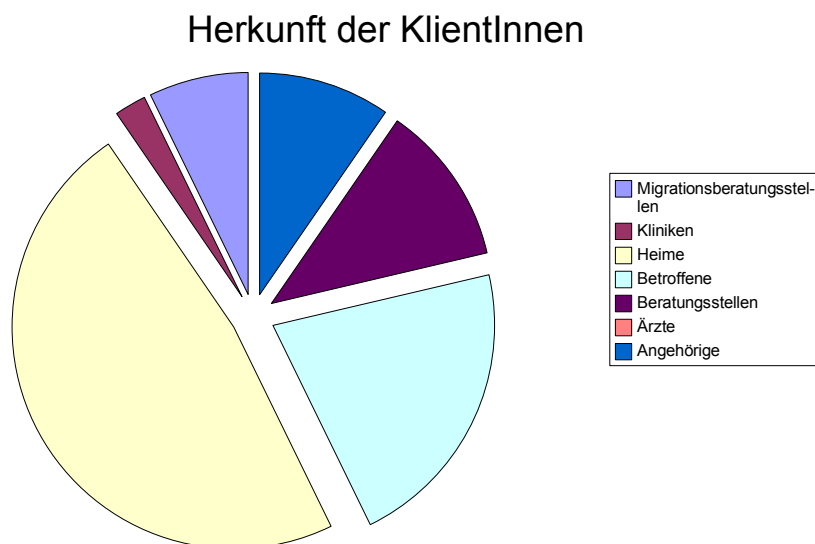
Von den 37 Fällen wurde bei 12 Fällen die bis dahin erstellte medizinische Diagnose hinzu gezogen. Bei zwei weiteren Fällen hätten wir dringend eine Diagnostik benötigt, jedoch ist es aufgrund der Schwere der Störung nicht dazu gekommen, am Ende haben freiwillig diese beiden Klienten Deutschland verlassen.

Bei 34 weiteren Beratungen wurden lediglich einmalige Anfragen von Fachkräften als auch von Betroffenen bedient. Zusätzlich wurden pro halbes Jahr mindestens ein Besuch in alle Heime durchgeführt. Auf allen Besuchen wurden intensive Beratungsgespräche mit den Betroffenen, mit den Bezugspersonen und

MitarbeiterInnen der Heime durchgeführt. Bei dreizehn Klienten/-innen wurden die Beratungen durch den Einsatz der ehrenamtlichen Sprachmittler/-innen unterstützt. In acht weiteren Fällen dienten die eigenen Fremdsprachkenntnisse der Mitarbeiter/in von El puente zur Verständigung in der Muttersprache der Klienten/-innen. In sechsundzwanzig Fällen waren die Beratungen ergänzt durch Gespräche und Interviews mit Angehörigen, anderen Akteuren und Fachkräften im unmittelbaren Umfeld des Klientels. In fünf Fällen wurde lediglich sprachlich/kulturell vermittelt bzw. fehlende Informationen über den psychischen Zustand der Betroffenen ermittelt. Die Zusammenarbeit mit Ämtern, Anwälten, Beratenden und Behandelnden im Sinne des Casemanagement war in allen Fällen Gegenstand der Interventionen. In zehn Fällen hat El puente Stellungnahmen zur Unterstützung der Betreuung geliefert. Ausgehend vom konkreten Unterstützungsbedarf der betroffenen Person wurden für 12 KlientInnen Helferkonferenzen durchgeführt, um die Zusammenarbeit zielgerichtet zu organisieren.

Wohnhaft waren die betreuten Personen in Belzig, Biesenthal, Brandenburg, Frankfurt/Oder, Henningsdorf, Luckenwalde, Ludwigsfelde, Lübben, Neuruppin, Potsdam, Prenzlau, Sedlitz und Waldsiedersdorf. Unter ihnen überwiegen deutlich alleinstehende Männer.

Wie gelangten die Betroffenen zu uns bzw. umgekehrt?



In den meisten Fällen waren es unsere Partner in den Heimen, die sich an uns mit konkreten Fällen wandten. Regelmäßig, in Abständen von etwa sechs Monaten

wurden durch Rundschreiben und massiven Versendungen unserer mehrsprachigen Flyer Kliniken, Beratungsstellen, Ärztezentren, Krankenhäuser, Arztpraxen, sozialpsychiatrische Dienste, jugendpsychiatrische Dienste, Übergangsheime, Migrationsberatungsstellen der Verbände über unsere Angebote informiert.

Auffallend zurückhaltend waren über den gesamten Zeitraum die Kooperation mit den regionalen Migrationsberatungsstellen, z.B. die des Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e. V und dem Flüchtlingsrat Brandenburg.

Auch Betroffene selbst haben sich bei uns gemeldet, insgesamt 9. Diese Zahl ist ein wichtiger Hinweis auf das selbst bestimmte und kompetente Verhalten der MigrantInnen bezüglich ihrer eigenen Gesundheit. In mehreren dieser Fälle muss hinzugefügt werden, dass diese schon lange, sehr gut integriert in Brandenburg leben und Familie haben. Möglicherweise ist das auch ein Hinweis darauf, dass das Maß an Vertrautheit mit dem deutschen Gesundheitswesen eine Rolle spielt.

Das Potential von El Puente ist nicht in dem ganzen Umfang der Möglichkeiten genutzt worden. El Puente wurde von einigen, für diese Aufgabe verantwortlichen, institutionellen Akteuren im Bereich Gesundheit und Integration bezüglich einer vernetzten Wirkungsweise blockiert.

4.3. weitere Angebote

Die Stabilisierung der Gruppe ehrenamtlich wirkender, muttersprachlicher Unterstützerinnen und Unterstützer war schon vor dem Projektbeginn von zentraler Bedeutung. Durch Ihren Einsatz wurde in vielen Fällen ein Arzt-Patienten-Gespräch erst möglich, vor allem konnte mit diesem Angebot dazu beigetragen werden, dass die Abbrüche von Behandlungen oder wichtigen Therapien aufgrund von Sprachbarrieren sich verringerten. Mit Hilfe dieser Gruppe wurde es erstmals möglich, in den Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende und Flüchtlinge muttersprachliche Gruppen- und Einzelberatungen zur medizinischen Versorgung und Gesundheitsprävention durchzuführen. Über diese Arbeit erhielten die Projektmitarbeitenden konkrete Einblicke in gravierende und bisher kaum wahrgenommene Problemfelder in der Gesundheitsversorgung, vor allem im Wirken der unterschiedlichsten Barrieren beim Zugang zu den medizinischen Diensten in bezug auf das Befinden der Asylsuchenden und Flüchtlinge.

Supervisionsangebot

Behandelnde berichten häufig von Ratlosigkeit im Zusammenhang mit Behandlungsabbrüchen durch KlientInnen, von Gefühlen, mit diesen KlientInnen allein gelassen zu werden, bzw. von Missverständnissen mit anderen Einrichtungen (z.B. Sozialamt, Ausländerbehörde). Deshalb entwickelten wir ein Supervisionsangebot. Das Angebot wurde entgegen der Erwartungen nur zögerlich abgerufen. Über die kollegialen Umfragen wissen wir, dass Supervision von einigen Fachkräften noch als eine Kontrolle bzw. als Infragestellung erworbener Kompetenzen und Kenntnisse bewertet wird und Widerstände weckt. Im Ergebnis unserer Selbstevaluation wurde ein Fachforum im Internet eingerichtet, das medizinischen und therapeutischen Fachkräften die Möglichkeit bietet, sich unabhängig von Ort und Sprechzeiten von Experten beraten zu lassen oder sich auszutauschen.

5. Ergebnisse und Erkenntnisse

Erkenntnisse über die Belastungen:

Die Existenz der Flüchtlinge spielt sich jenseits von dem ab, was weltweit als minimale Lebensgrundlage für ein würdiges Leben von der WHO als auch innerhalb der Menschenrechtsabkommen festgelegt wurde.

Ihre materielle Existenz ist gesichert, wenn auch im bescheidensten Umfang. Und wie bescheiden sich diese gestaltet, erfährt man nur dann, wenn man sich in diese Heime begibt. Und spätestens dann lernt man Orte kennen, wo Einheimische sich unter gar keinen Umständen ansiedeln. Die Ablehnung gegenüber ihrer Präsenz beginnt also schon in der Wahl des Ortes ihrer Unterbringung. Viele emotionalen Verletzungen, ein angegriffenes Selbstbewusstsein, psychische Krisen, psychosomatische Erkrankungen bis hin zu Suchterkrankungen und Suizidalität sind einige der von uns wahrgenommenen Konsequenzen. Der Alltag in den Heimen spielt sich ohne gesellschaftliche Wertschätzung, ohne Abwechslung, ohne Herausforderungen ab. Wenn der Tag beginnt, erwartet sie keine Aufgaben, keine FreundInnen, kaum Aktivitäten, keine Pläne, die es zu erfüllen gibt, weder kurz- noch langfristig; keine Perspektiven, die sie - wie aus ihrem vormigratorischen Leben gewohnt sind -, verfolgen oder anstreben könnten.

Erkenntnisse über die Erkrankungen

Aus allen von uns betreuten Fällen sind wir zu der Erkenntnis gelangt, dass die lang

andauernde Unsicherheit bezüglich des Aufenthaltsstatus die psychische Gesundheit am stärksten bedroht. Dieser Aspekt beeinflusst auch negativ die Heilungschancen bis hin zur Krankheitseinsicht. Da die rechtliche Situation als eine „von außen“ auf die Befindlichkeit wirkende Belastung erlebt wird, wird eine psychische Erkrankung, also der Zusammenbruch der Belastbarkeit in der Manifestation der Störungen nicht erkannt. Sich als „psychisch krank“ zu outen, ist eine tiefe Kränkung, so dass selbst sehr schwer kranke Patienten keine Krankheitseinsicht zeigen können. Abschiebeandrohungen machen erfahrungsgemäß alle Hilfen wirkungslos.

Die häufigsten Symptome sind:

Chronische Schmerzen, Psychose, Sucht und Schizophrenie

Bei chronisch Schmerzkranken richten sich die mit den Schmerzen verbundenen Aggressionszustände oft gegen Heimleitung bzw. der im Heim lebenden.

Erkenntnisse über die Versorgungssituation:

Eine gravierende Rolle für die psychische Stabilität spielt der Grad der Einbindung in soziale Kontakte. Diejenigen sind psychisch stabiler, die immer im Land Berlin eingebunden sind und gute Kontakte zu eigenen Landsleuten pflegen bzw. auf sie zurückgreifen können. Wir stellten fest, dass diejenigen gut von Landsleuten über die gesundheitlichen Angebote informiert werden, die stabile Communities aufrecht erhalten können.

In manchen Heimen wird gut auf die Weitergabe von Informationen geachtet, was besonders für die sozial isolierten Bewohner der Heime relevant ist. Unsere Beobachtung ist, dass die psychisch „Fitten“ von den Heimen weg gehen. Die schon erkrankten bleiben in den Heimen und können sich nicht weiter bewegen, nicht integrieren. Unsere Besuche bestätigen immer wieder: Wenn sich in einem Heim zwanzig Personen aufhalten, muss man von zwanzig psychisch Erkrankten ausgehen. Alarmierend ist jedoch, dass sich die wenigsten von ihnen in psychologischer Behandlung befinden, aber auch, dass wir von einigen der Heimleitungen bzw. Mitarbeitenden vergleichsweise selten einbezogen werden. Oftmals werden viele schwere Krisen von den MitbewohnerInnen gehandelt.

Die Rolle der Sozialpsychiatrischen und anderer Dienste des öffentlichen Gesundheitswesens:

Der SpD und die darin tätigen Ärzte werden immer häufiger zur Klärung von Kostenübernahme- Fragen herangezogen. Ihre Interventionen sind meistens kurz und

stehen meistens im Zusammenhang mit Zwangseinweisungen, die erstens bei vielen Retraumatisierungen auslösen und zweitens das sowieso schon vorhandene Misstrauen gegen öffentliche Dienste und Ämter bei vielen MigrantInnen untermauert. In Krisensituationen, akuten Ausbrüchen bringen oftmals Mitbewohner bzw. die Wahlfamilien in den Heimen die Erkrankten zum SpD. An diesem Punkt wird deutlich, wie wichtig es ist, dass die AsylbewerberInnen rechtzeitig über vollständige Informationen über El puente verfügen.

Die Rolle der eigenen Ressourcen:

Angesichts der bisher aufgezeichneten Realität grenzt es an ein Wunder, wie stabilisierend und de-eskalierend sich die in der Herkunft erworbenen Ressourcen auf die Belastbarkeit und Konfliktstärke auswirken.

Das deutlich ressourcenorientierte Beratungs- und Betreuungskonzept von El puente erlaubt eine genauere Betrachtung der Folgen von einigen der dargestellten Belastungen auf die individuellen Ressourcen, was ich in dieser Übersicht sichtbar gemacht habe.

Psychische Situation	Belastung	Folge	Auswirkung auf Ressource
Einsamkeit und Isolation	gestörter Zugang zu sozial und menschlich relevanten Bezugsfeldern, zu Informationen und Perspektiven, Krisen	Fehlende zwischenmenschliche Kommunikation, fehlende Beziehungen (soziale und emotional) fehlende Wertschätzung, Vereinsamung	Angegriffenes/ geschwächtes Selbstbewusstsein, gestörter Rückgriff auf positive Erfahrungen, Verlust von Lebensfreude und Kontakten
Diskriminierung	Erhöhte Angst, Anspannung, Stress, Krisen	Verlust von Vertrauen, Erhöhtes Misstrauen, Fehleinschätzung der eigenen als auch der anderen Kräfte, der Absichten anderer	Störung im Selbstbild, Verlust von stärkenden Gewohnheiten, Abnahme von Interesse und Lust auf neue Kontakte
Konfrontation mit mehrheitlich negativen Zuschreibungen und unzutreffenden, willkürlichen Konstruktionen	Erhöhte Distanzierung, Desorientierung, aufgezwungene Auseinandersetzung mit ungekannten Irritationen und Kommunikationsstörungen, erhöhte Mißverständnisse, ständige Angst entlarvt zu werden	Schuldgefühle, Verlust des früheren Selbstbildes, Entfremdung von sich selbst, Aggressivität, Selbstzweifel, Einschränkung des Handlungsradius	Angegriffenes Selbstbewusstsein, Verlust bzw. Bruch des lebenslangen gestärkten Selbstbildes, Verlust von Selbstwertschätzung
Traumatisierung	PTSD, Schlaflosigkeit, diffuse Angst- und Schmerzzustände, unerklärbare Unruhe, Panik, Erkrankungen	Zum Teil tief greifende Veränderung des gesamten Lebens als auch des Lebensgefühls, Verlust von Lebensfreude, Zukunftsangst bzw. Hemmungen	Tiefer seelischer Bruch, umfassender Verlust des Glaubens an den Menschen, Schwierigkeiten, Alltag und Gegenwart zu bewältigen, Angst vor Entspannung und Freude
Assimilationsdruck	Tiefe Verunsicherung, erhöhte Konflikthäufigkeit, Zwang, sich zu verstellen, sich ausgeblendet fühlen	Verleumdung der eigenen Identität, der eigenen Vergangenheit, Herkunft und Prägung, Leere in geistiger und emot. Ebene	Verlust des Kontakts zu wichtigster Ressource: Identität, Funktionalisierung und Ausgesetzt sein gegenüber allen Diskriminierungen, Verlust von eigenen Bewältigungspotentialen

5. 2. Barrieren in den Gesundheitsdiensten

Bisher existieren keine verlässlichen Daten noch wissenschaftliche empirische Untersuchungen darüber was Migrantinnen und Migranten gesund erhält, gesund macht, noch darüber, was sie krank macht. Verstärkt wird dieser offensichtliche Mangel durch eine Anreihung von Hürden, die vor allem die Betroffenen in ihrem Alltag zu überwinden haben. Außerdem fehlen den Flüchtlingen häufig Informationen über das deutsche Gesundheitssystem und seine Möglichkeiten. Vieles hängt vom Zufall ab, bzw. vom „Pech“, wenn sie nichts erfahren. Auch wenn mit ein wenig „Glück“ ein Weg zum richtigen Arzt gefunden wurde, dann bestehen häufig Verständigungsschwierigkeiten, die ein wesentliches Hindernis für die Erkennung und Behandlung von Krankheiten darstellen. Sprachmittlung ist keine Leistung der Krankenkassen mehr und andere Kostenträger übernehmen nur Ausnahmefällen die entsprechenden Aufwendungen. Über die tatsächlichen Implikationen der kulturellen Missverständnisse fängt man mancherorts in Brandenburg gerade an nachzudenken. Die vorherrschende Monokulturalität in den Angeboten, vor allem die unzureichende Kenntnis um die unterschiedlichen kulturellen Vorstellungen und Ausdrucksformen von Gesundheit und Krankheit, schränkt die Kompetenz im Umgang mit Patientinnen und Patienten aus anderen Lebenshintergründen, mit anderen Biographien und Kommunikations- bzw. Lebensgewohnheiten erheblich ein. So sind selbst unter psychotherapeutischen Fachkräften weder die Gründe, die eine Flucht provozierten, noch die Restriktionen in Hinblick auf alle elementaren Lebensinhalte wie Aufenthalt, Wohnen, Ausbildung, Arbeit, Gesundheitsleistungen und die damit verbundenen Folgen bekannt. Seelisch erkrankten Asylbewerberinnen und Asylbewerbern wird folglich oft „Erkrankung am Heimweh“ zugeschrieben.

Viele wichtige Behandlungen werden aufgrund mangelnder Spezialisierungen abgebrochen. Und immer wieder wird von routinierten Verschreibungen von Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerztabletten berichtet, die die Menschen auf Dauer nicht nur nicht gesund, sondern auch unglücklicher machen und die Lebensqualität beeinträchtigen. Gegenwärtig scheint die Beziehung Arzt-Patient sowohl aus Sicht der Behandelnden als auch der Betroffenen belastet. Viele der Migrantinnen und Migranten sprechen daher von einem Rückzug ins Schweigen, in die Nichtvermittlung, was die medizinischen Interventionen der Ärzte zur Heilung erschwert.

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Ärzte über ein sehr zuverlässigen und fundierten Wissen verfügen, so dass nicht davon die Rede sein kann, dass die Ausbildung ein wesentlicher Grund für die Behandlungsabbrüche ist. Der fachliche Schwerpunkt ist

vielmehr auf die Erweiterung der kommunikativen Kompetenzen zu legen und zwar in der Weise, dass die Prägungen und Stereotypisierungen bearbeitet werden. Mit anderen Worten, eine reine ethnologisierende Informationsansammlung über die vermeintlichen Traditionen und kulturspezifischen Besonderheiten der Patienten und Patientinnen, wie es bisher praktiziert wird, hat sich entsprechend der Erfahrungen noch nie als angemessene Weg zur Erweiterung der interkulturellen Kompetenzen bewährt. Der kulturzentrische Blick gefährdet oft die gebührende Betrachtung der individuellen Besonderheiten unserer Klientinnen und Klienten.

6. Empfehlungen

Brandenburg braucht für die medizinische, psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung traumatisierter, psychisch Erkrankter MigrantInnen und Flüchtlingen eine institutionalisierte Clearingstelle so wie es El puente modellhaft erprobt hat. Besonders die Bereitschaft zum kontinuierlichen und offenen Austausch beispielsweise über die einzelnen Beratungskonzepte der Akteure muss noch gestärkt werden. Es muss eine aufsuchende und gut vernetzte Stelle sein.

Im folgenden präsentiere ich Ihnen die Empfehlungen, die nach meinen Erkenntnissen das Funktionieren einer künftigen Clearingstelle unterstützen. Um es voraus zuschicken: Sie werden sehen, diese sind nur in vernetzter Kooperation und mit einer hohen Bereitschaft zum Dialog zu verwirklichen:

Institutionelle Voraussetzungen und Vernetzung:

- Die Erwartungen der einzelnen Akteure an die Clearingstelle sind auf der Basis der Realität zu überprüfen. Bei vielen Beteiligten schien sich die Erwartung darauf zu beschränken, den „Fall“ abzugeben, sozusagen: an El puente Abgegeben, also habe ich damit nichts zu tun. Einen Fall an die fachlich kompetente Stelle weiter zu geben, ist einerseits wichtig im Sinne einer emanzipatorischen Beratungsarbeit, jedoch gehört dazu auch, dass eine vernetzende Zusammenarbeit im Sinne des Case-Managements bestehen bleibt.

- Die Betreuung von psychisch Erkrankten bedeutet eine vernetzte Betreuung, innerhalb dessen die verschiedenen Rollen, Möglichkeiten und Zuständigkeiten geklärt werden müssen. So bleiben wichtige Aufgaben für die Akteure vor ORT, wie z.B. zu verfolgen, ob der Krankenschein ausgeschrieben wird, ob das Gesundheitsamt schließlich einwilligt, nachdem über die Clearingstelle Sprachmittlung, ärztliche Stellungnahmen, Klienten-Gespräche, bzw. Interviews mit Angehörigen und dem Umfeld durchgeführt wurden.
- Die Bereitschaft zusammen zu arbeiten, muss über den ersten Hilferuf hinaus gelten. Der Antrieb, sich innerhalb der Fallbetreuung zu profilieren, behindert die notwendige Transparenz.
- Unsichere und undurchschaubare Perspektiven der Einrichtungen wirken sich direkt auf die Qualität der Zusammenarbeit und lenken von der Gestaltung einer effektiven Zusammenarbeit ab.

Auf der Ebene der Infrastrukturen:

- Der Ort und die institutionelle Einbindung der Clearingstelle sollte nicht an Einrichtungen angebunden werden, die Ängste auslösen und an die Assoziationen der Abschiebung, Unverständnis, Vorwürfe oder Ausländerbehördliche Kontrolle geknüpft werden.
- Muttersprachliche Informationen
Öffentliche Sichtbarmachung der ehrenamtlichen SprachmittlerInnen-Gruppe, dazu gehört auch, dass die Gruppe in verschiedenen Gesundheitsdiensten eingesetzt werden, dass medizinische Einrichtungen und Fachkräfte von ihnen Gebrauch machen,
- Um so wichtiger ist demzufolge, dass die muttersprachlichen Informationen so aufgearbeitet werden müssen, dass diese auch aus dem Verständnis ihres Herkunftslandes als Hilfen bzw. Angebote verstanden werden können. Das Benutzen von Begriffen wie „psychische Erkrankung, PTSD, Traumatisierung“ usw. kann da eher kontraproduktiv sein. .

Auf der Ebene der Betreuung und Versorgung:

- Bei Zwangseinweisungen sollte dringend Polizeigewalt oder zu massive Polizeipräsenz vermieden werden.
- Die vorhandenen Selbsthilfeangebote, besonders im Suchtbereich sollten auf integrative Potentiale gegenüber migrantischen Patienten und Patientinnen

überprüft und ausgebaut werden.

Auf der fachlichen Ebene:

- Zum Umgang mit dem Krankheitsbild bzw. mit der Zuschreibung PTSD hat die internationale Forschung nachgewiesen, dass das Benutzen des Begriffes und die Einstufung PTSD für traumatisierte Flüchtlinge nicht benutzt werden sollte, weil das „post“ nicht zutrifft, da sich in der Flüchtlingssituation die Traumatisierung wiederholt.

Auf der Ebene der Qualitätsentwicklung:

- In der Schaffung von supervisionsähnlichen Kreisen in fachlich-spezifischen Zusammensetzungen sehen wir eine wertvolle Chance, so wie wir es in der in der Bildung facheigener Fachkreise erlebt haben, zum Beispiel: Frauenspezifische Therapien, Therapien mit Sprachmittlung.

7. Perspektiven für eine Clearingstelle

An dieser Stelle möchte ich einen Satz von der Integrationsbeauftragten im Land Brandenburg Frau Prof. Weiss aufgreifen, den sie auf einer von FaZIT angeregten und geplanten Fachtagung für die Migrationsberatungsstellen zum Thema Qualitätsentwicklung in den Raum stellte: sie sagte

„Wir prüfen nicht immer noch mal nach, ob das richtig ist, was wir da tun“ und bezog sich damit ausdrücklich nicht nur auf die Form der Fremdevaluation, sondern meinte dies vor allem im Sinne einer Selbstevaluation.

El puente hat aus diesem Grund immer Informations- und Berichtstransparenz angeboten. Wie sollen jedoch Standards eingelöst werden, wenn es davor gar nicht dazu kommt, diese zu vereinbaren? In vielen Gremien wird so getan, als gäbe es diese und jeder bezieht sich dann auf die, die man jeweils im Kopf hat, ohne die eigene Arbeit zu veröffentlichen oder sich auf Vereinbarungsprozesse einzulassen. Sicher, auch das wird noch Zeit brauchen. Als El puente begann, transparent über Probleme zu sprechen, wurde ratlos mit Schuldzuweisungen reagiert.

8. Abschluss

Mit folgendem Gedanken von *Albert Einstein* möchte ich abschließen:

Die Probleme, die es in der Welt gibt, können nicht mit den gleichen Denkweisen gelöst werden, die sie verursacht haben.

Das Thema der Gesundheit von Migrantinnen und Flüchtlingen wird besonders in Deutschland tabuisiert nach dem Motto: „nach dem Krieg haben wir es auch geschafft“ und so stehen wir mit dem Thema oft gegenüber einer Wand von Abwehr und Verdrängung, die auch strukturell verankert ist und innerhalb der Vorstellung von Kurzfristigkeit nicht einzuordnen ist, da es sich auch um Haltungen handelt.

Abschließend möchte ich mich bei allen Fachkräften, Ärzten, Therapeuten, Beratern, Betreuern, bei allen KollegInnen danken, die unsere Arbeit mit allen Kräften, Offenheit, Kollegialität unterstützt haben, die sich uns bereitwillig zur Verfügung gestellt haben, die unsere Arbeit in der einen oder anderen Weise zu würdigen wussten, die uns vor allem fachliche Stärkung und Anregungen gegeben haben:

Dr. Maryam Schouler-Ocak, Meryam Karakoc, Rosalin Mbayo, Dr. Mohammad Hamdali, Dr. Orhan Akbiyik, Daniel Orellana, Dr. Ernestine Wohlfart, Ekkehard, Schröder unter anderen.

Besonderen Dank an Herrn Hauk.

Und Dank an alle Fachkräfte, die wir im Laufe des Projektes kennen lernen durften, die hier im Land Brandenburg mit einem bewundernswerten Engagement psychisch erkrankte Männer und Frauen, die die Orientierung und Hoffnung verloren haben, Menschen, die ihre Nerven oder Kontrolle über sich verloren haben, die zusammenbrechen, die verzweifeln und mit so genannten Verhaltensauffälligkeiten versuchen auf sich aufmerksam zu machen, behandeln. Fachkräfte, die sich von kulturellen Barrieren und Vorurteilen nicht abhalten lassen, und es auch noch schaffen, sich für das Resultat der Behandlung verantwortlich zu fühlen, die vor allem Verständnis und Trost allen Patienten und PatientInnen entgegenbringen, unabhängig von der Herkunft, von der Hautfarbe, vom Aufenthaltsstatus, vom Aufenthaltsgrund, unabhängig der Nationalität, also auch den Einheimischen!

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!