

Von muttersprachlichen Präventionsberatern werden Migranten besser erreicht

Ute Gerken, Ramazan Salman, Christian Krauth, Wielant Machleidt, Susanne Bisson, Ahmet Kimil und Ulla Walter

Nach den jüngsten Erhebungen des Mikrozensus stellen Personen mit Migrationshintergrund etwa ein Fünftel der Gesamtbevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland (StaBa, 2006). Diese stetig wachsende Personengruppe hat oftmals einen schlechteren Gesundheitszustand als Menschen ohne Migrationshintergrund (Aparicio et al., 2004; Krämer und Prüfer-Krämer, 2004; Wittig et al., 2004). Die spezifischen Ursachen und Gründe für die gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Migranten sind vielfältig und werden sowohl in diesem Heft als auch an anderer Stelle ausführlich erörtert (Palecek, 2005; Razum et al., 2004; Wimmer-Puchinger et al., 2006; Zeeb et al., 2004).

Das für die Mehrheitsgesellschaft gültige Erklärungsmodell – *soziale* Ungleichheit führt über bestimmte Vermittlungsebenen auch zu *gesundheitlicher* Ungleichheit (Mielck, 2005, 2000) – lässt sich für Migranten ebenfalls heranziehen: Sie befinden sich häufig in unteren Bildungsschichten, leben häufiger „... in prekären Erwerbs- und Einkommenssituationen [...] und tragen damit aufgrund ihrer benachteiligten sozialen Lage größere Krankheitsrisiken als Nicht-Migranten“ (Schenk, 2007, S.87). Hinzu kommen unterschiedliche kulturelle Krankheitskonzepte und kulturspezifische Deutungen von Beschwerden, die eine Verständigung erschweren. Doch durch die Schichtangehörigkeit allein lässt sich die

gesundheitliche Ungleichheit von Migranten nicht erklären. Weitere Einflüsse wie z.B. biologische Faktoren, gesundheitliche Folgen der Migration, gesundheitliche Bedingungen im Herkunftsland oder Zugangsbarrieren im deutschen Gesundheitssystem müssen ebenfalls in ein Erklärungsmodell einfließen (Schenk, 2007).

Um Zugangsbarrieren zu überwinden, werden zunehmend geschulte Muttersprachler eingesetzt – Präventionsberater oder Mediator genannt –, die in ihrer Funktion als akzeptierte „Türöffner“ (Keypersons) den Zugang zu ihrer ethnischen Gemeinschaft ebnen, um Informationen zu verschiedenen Gesundheitsthemen in ihrer Herkunftssprache anzubieten (Penka, 2004; Salman und Collatz, 2002). Da sie sowohl mit der Herkunftskultur als auch mit der deutschen Kultur vertraut sind, können sie auf diese Weise als Mittler zwischen beiden Kulturen fungieren. Maßgeblich entwickelt wurde dieses Konzept vom Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. in Hannover (EMZ), mittlerweile gibt es bundesweite Partner für das 2003 daraus entstandene Projekt *MiMi – Mit Migranten für Migranten* (Salman und Menkhaus, 2005).

An der Medizinischen Hochschule Hannover wird zu diesem Thema das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Projekt „Effektivität des Zugangsweges über muttersprachliche Präventionsberater zur Optimie-

rung des Gesundheitsverhaltens von Migranten“ durchgeführt. In Kooperation mit dem EMZ werden aktive und passive Zugangswege (Walter, 2007) für die Vermittlung suchtpreventiver Informationen an russisch- und türkischsprachige Personen in Hannover untersucht. Zur *aktiven Komm-Struktur* gehören öffentlich angekündigte Informationsveranstaltungen in neutralen Gebäuden, wie z.B. städtischen Kultureinrichtungen. Zur *passiven Zugeh-Struktur* zählt das Angebot von Informationsveranstaltungen in Institutionen (z.B. Berufsschulen) sowie migrantenspezifischen Gemeinschaften (z.B. russische/türkische Vereine).

An die Teilnehmer dieser russisch- oder türkischsprachigen Informationsveranstaltungen zur Suchtprevention wurde ein zweisprachiger Selbstausfüller-Fragebogen ausgegeben, der neben soziodemografischen Informationen ebenfalls Fragen zum Gesundheits- und Präventionsverhalten enthielt. Insgesamt 822 Personen konnten zwischen November 2006 und Juli 2007 befragt werden. Die Eingangsfrage „Wie sind Sie auf diese Veranstaltung aufmerksam geworden?“ wurde wie in Abb. 1 ersichtlich beantwortet.

Jeweils knapp die Hälfte der Befragten nannten den Präventionsberater/Veranstalter selbst (48,6%) oder Freunde und Bekannte (47%). Weitere 10% hatten über die Familie oder ausgehängte Plakate und Flyer von dieser Veranstaltung

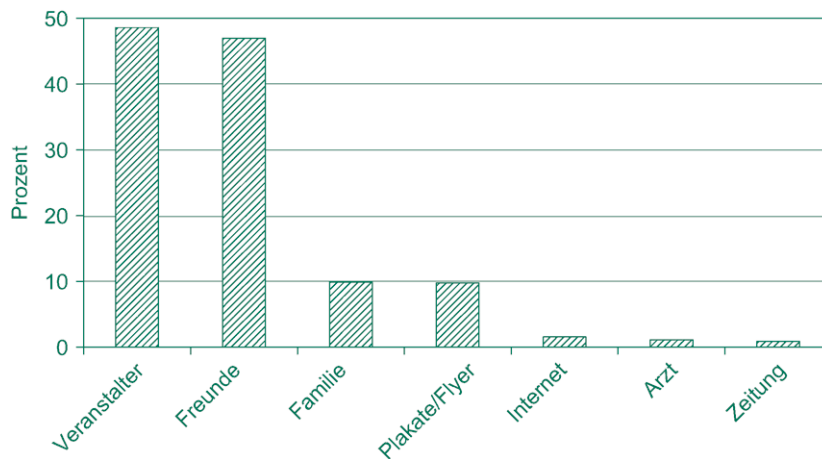


Abbildung 1. Wie sind Sie auf die Veranstaltung aufmerksam geworden? (Mehrfachnennungen, N = 810).

erfahren. Keine Rolle für die Ankündigung spielten Medien oder Ärzte. Diese Zahlen verdeutlichen den engen Bezug, der zwischen den Präventionsberatern und den Teilnehmern der Veranstaltungen zur Suchtprävention besteht. Ein weiteres Ergebnis illustriert diese scheinbar notwendige enge Bindung zwischen Interessierten und Präventionsberatern: 50 der 51 durchgeführten Veranstaltungen sind der Zugehör-Struktur zuzuordnen, d.h. der Präventionsberater

hat aktiv potenzielle Veranstaltungsorte kontaktiert, um die Durchführung einer Veranstaltung vor Ort anzubieten. Die Komm-Struktur sollte über zwölf Veranstaltungen bedient werden, die durch Plakate, Flyer und Postwurfsendungen in zentralen oder stark von Migranten bewohnten Stadtteilen öffentlich angekündigt wurden und in zentralen, aber migrantenunspezifischen Gebäuden stattfanden bzw. stattfinden sollten. Dieser Zugang über eine unpersönliche öffentliche

Ankündigung – die ja in Deutschland durchaus üblich ist – hat bei den russisch- und türkischsprachigen Migranten keine Resonanz gezeigt: Nur zwei Personen sind überhaupt zu diesen Veranstaltungen gekommen.

Fazit: Bei dem sensiblen Thema Suchtprävention sind der persönliche Kontakt des Präventionsberaters und ein funktionierendes Netzwerk unerlässlich, um die Erreichbarkeit von Migranten zu gewährleisten.

Literatur siehe *Literatur zum Schwerpunktthema*.

www.elsevier.de/phf-literatur

doi:10.1016/j.phf.2008.04.011

Dipl.-Soz. Ute Gerken
Medizinische Hochschule Hannover
Stiftungslehrstuhl Prävention und
Rehabilitation in der System- und
Versorgungsforschung
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Gerken.Ute@mh-hannover.de

Literaturverzeichnis

- Aparicio ML, Döring A, Mielck A, Holle R, die Kora-Studiengruppe. Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten: eine vergleichende Analyse anhand des KORA – Surveys 2000. *Sozial Präventivmedizin* 2000;50:107–18.
- Krämer A, Prüfer-Krämer L. Gesundheit von Migranten. Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven. Weinheim und München: Juventa-Verlag; 2004.
- Mielck A. Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 2000.
- Mielck A. Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 2005.
- Palecek F. Migration und Gesundheit. *Migration und soziale Arbeit* 2005;27:373–7.
- Penka S. Migration und Sucht-Notwendigkeit einer “Interkulturellen Suchthilfe”? Leipzig: Leipziger Universitätsverlag GmbH; 2004.
- Razum O, Geiger I, Zeeb H, Ronellenfitsch U. Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt* 2004;101:2882–7.
- Salman R, Collatz J. Interkulturelle Suchtprävention und Beratung–Qualifizierung von “Keypersons” und Aufklärungsveranstaltungen. In: Salman R, Tuna S, Lessing A, Herausgeber. *Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie*. Giessen: Psychosozial-Verlag, 2002: 128–45.
- Salman R, Menkhaus B. Gesundheit Hand in Hand–Mit Migranten für Migranten (MiMi) Ein interkulturelles Gesundheitsprojekt stellt sich vor. *Soziale Psychiatrie* 2005;29:26–8.
- Schenk L. Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *Int J Public Health* 2007;52:87–96.
- Statistisches Bundesamt, Herausgeber. *Leben und Arbeiten in Deutschland. Haushalt, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Wiesbaden: 2006.
- Wimmer-Puchinger B, Wolf H, Engleder A. Migrantinnen im Gesundheitssystem. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2006;9:884–92.
- Walter U, Salman R, Krauth CH, Machleidt W. Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. *Psychiat Prax* 2007;34:349–59.
- Wittig U, Merbach M, Siefen RG, Brähler E. Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland. *Gesundheitswesen* 2004;66:85–92.
- Zeeb H, Baune BT, Vollmer W, Cremer D, Krämer A. Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten – ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung. *Gesundheitswesen* 2004;66:76–84.