

Ramazan Salman\*

# Gesundheit mit Migranten für Migranten – die MiMi Präventionstechnologie als interkulturelles Health-Literacy-Programm

Health with Migrants for Migrants – The MiMi-Prevention Technology as an Intercultural Health Literacy Programme

DOI 10.1515/pubhef-2015-0040

**Zusammenfassung:** Migranten haben im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung insgesamt schlechtere Gesundheitschancen. Hierauf wurde mit verschiedensten Programmen und Maßnahmen reagiert. Dabei wurde jedoch die Stärkung der Gesundheitskompetenzen der Migranten selbst vernachlässigt. Das vom Ethno-Medizinischen Zentrum entwickelte MiMi-Programm als effektive Integrationstechnologie befähigt Migranten durch die Vermittlung von Gesundheitswissen dazu, Verantwortung für Ihre Gesundheit zu übernehmen und vorhandene Versorgungsangebote besser für sich zu nutzen.

**Schlüsselwörter:** Health Literacy; Prävention; Migranten; Gesundheitslotsen; Integration/Inklusion.

**Abstract:** Compared to the majority population, migrants altogether have worse health-related opportunities. In response to this, various programmes and measures were initiated. However, the strengthening of health literacy among migrants themselves was neglected in this context. The MiMi programme was developed by the Ethno-Medical Center as an effective technology for integration and social inclusion. Through the provision of health knowledge, it enables migrants to take responsibility for their health and obtain access to existing health care services in a more sustainable way.

**Keywords:** health literacy; health mediators; integration/inclusion; migrant health; prevention.

Migranten – aus insgesamt über 194 Herkunftsländern – stellen schon bald ein Fünftel (20,5%) der Gesamtbevölkerung

\*Korrespondenz: Ramazan Salman, Ethno-Medizinisches Zentrum e.V., Königstr. 6, 30175 Hannover, E-mail: ethno@salman.info

in Deutschland [1]. Dennoch haben Migranten erheblich schlechtere Gesundheits-, Bildungs- und Arbeitsmarktchancen als die übrige Bevölkerung [2]. Besonderer Handlungsdruck besteht in der Gesundheitsversorgung, insbesondere bei Arbeitsmigranten und Flüchtlingen.

Oftmals können gute Unterstützungsangebote nicht genutzt werden, weil sprachliche Hürden oder kulturelle Unterschiede die Beziehungen zwischen Migranten und Fachkräften des Gesundheitswesens erschweren oder die Angebote nicht bekannt sind [3].

Auf diese Herausforderungen wurde seit den frühen 1990er Jahren mit vielfältigen Konzepten reagiert. Es wurden Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung oder zur „Sensibilisierung“ der Fachkräfte durchgeführt, jedoch ohne den gewünschten Erfolg. Offensichtlich wurde bei all diesen Aktivitäten die Stärkung der Gesundheitskompetenz bei den Migranten selbst vergessen.

## Health Literacy, Empowerment und Capacity Building

Mitte der 1990er Jahre hießen die Primare im Bereich der Sozialarbeit und Gesundheitsförderung „Beratung“ und „Betreuung“. Nahezu alle Integrationsprobleme sollten von „außen“ gelöst, Migranten geleitet und begleitet werden [4]. Dieser Ansatz schien uns, den Akteuren im Ethno-Medizinischen Zentrum (EMZ) e.V., mitverantwortlich für viele Jahrzehnte unzureichender Integrationsprozesse und Gesundheitsförderung zu sein.

Deshalb entwickelten wir das erste Integrationsprojekt mit Migranten für Migranten in Deutschland, damals zum Thema AIDS/HIV [5]. Soziale „High Potentials“ der Migranten, die wir später als „Mediatoren“ oder „Lotsen“ bezeichneten, sollten sich bürgerschaftlich für ihre Mitmenschen engagieren, in ihrer Vorbildfunktion Rollenmodelle anbieten, zu Eigenverantwortung und gesunden Lebensweisen motivieren. Zum ersten Mal

waren Migranten die zentralen Akteure ihrer eigenen (gesunden) Integration.

Diese neugewonnene Achtsamkeit legte den Bedarf an Konzepten zur sozialen und gesundheitsbezogenen Inklusion offen, in deren Fokus der Migrant selbst, als eigenverantwortlich handelnder Akteur rücken müsste. Es war evident, dass Empowerment der Migranten notwendig war, dass ihre Selbstkompetenz durch die Unterstützung ihrer eigenen, bereits vorhandenen Ressourcen gestärkt und sie dazu befähigt werden mussten, Handlungskompetenzen und Wissen zu erwerben, um bestehende Hindernisse in ihrer Lebenswelt zu überwinden. „Health Literacy“ wurde zur Maxime.

In Schulungen, zu denen wir Experten aus Beratung, Betreuung und Behandlung von AIDS/HIV als Lehrkräfte einluden, bereiteten wir die Migranten (Mediatoren) auf die Thematik vor. Die Ausgangsidee bestand darin, dass Migranten andere Migranten dabei unterstützen, im komplexen deutschen Gesundheitssystem Orientierung zu finden und ihre Handlungskompetenz zu stärken („Capacity Building“).

## Das MiMi-Programm: „Executive Education“ für „High Potentials“

Aus den Erfahrungen zahlreicher Einzelprojekte beispielsweise zur Suchtprävention oder Oralprophylaxe (z.B. [6, 7]) mit speziellen Gesundheitsthemen heraus reifte der Plan „Gesundheit und Integration mit Migranten für Migranten“ (MiMi) auf weitere Handlungsfelder und Regionen auszuweiten. Mediatoren sollten nicht nur ein Thema beherrschen, sondern „Gesundheitswesen lernen“ und Menschen zu präventiven Verhaltensweisen sowie der Nutzung entsprechender Angebote motivieren. So entstand ein Gesundheitsförderungsprogramm, in dem Bundes- und Landesregierungen in Deutschland und Österreich, Stiftungen, Krankenkassen, Verbände und Unternehmen kooperieren und für die Finanzierung sorgen [8].

Curricula wurden konzipiert und Mindeststandards wie z.B. ein fortgeschrittenes Integrationsniveau, gute Sprachkenntnisse, ein hoher Bildungsabschluss, Zugang zur kulturellen und ethnischen Community und die Bereitschaft, sich bürgerschaftlich zu engagieren, für die Kandidaten festgelegt. Aufgabe der fortgebildeten Mediatoren sollte die aufsuchende muttersprachliche Vermittlung von Gesundheitssystemkenntnissen und gesunden Lebensweisen durch zwei- bis dreistündige „Volkskonferenzen“ in den Lebensräumen („settings“) der Migranten

sein, z.B. in religiösen, kulturellen, sozialen oder Bildungsstätten, Vereinen, Schulen oder Moscheen.

Die MiMi-Lotsen sollen loyal gegenüber sowohl der eigenen Herkunfts- als auch der Aufnahmegesellschaft sein und Brücken zwischen den Kulturen schlagen. Es ist dabei hilfreich, wenn die Mediatoren *für* etwas eintreten und nicht *gegen* etwas „ankämpfen“, also eher unternehmerisch, lernend und zusammenführend agieren. Schließlich muss die Investition in die „Executive Education“ mit den hochqualifizierten Unterrichtsfachkräften gerechtfertigt werden. Mehrheitlich sind das einheimische Deutsche: der Gesundheitsamtsleiter einer Stadt, der Professor einer Hochschule, der Leiter einer Suchtberatungsstelle. In den Schulungseinheiten begegnen sich somit „High Potentials“ der Migranten und wohlgesonnene Vertreter des „Systems“. Dabei entdeckt man die Kompetenzen und Fähigkeiten des jeweils anderen.

## Qualitätssicherung, Evaluation, Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit

Im MiMi-Programm werden alle Materialien regelmäßig aktualisiert und in ihrer Qualität gesichert. Die ausgebildeten MiMi-Mediatoren erhalten Ansichtsmaterialien, Moderationskoffer, Folien und vorbereitete Power-Point-Präsentationen, um die Einheitlichkeit von Inhalten und Botschaften zu gewährleisten. Zusätzlich werden zu allen angebotenen Themen mehrsprachige Wegweiser (Informationsbroschüren) an die Veranstaltungsbesucher ausgehändigt (aktuell in 15 Sprachen und für 19 Themen).

Alle MiMi-Programme werden evaluiert. Die Mediatoren bekommen nur dann ihr Honorar für eine Veranstaltung, wenn sie einen Veranstaltungsbericht erstellen und ausgefüllte Fragebögen über den Veranstaltungsverlauf von den Teilnehmern mitbringen. Auf diese Weise können wir Interessen, Nöte und Vorlieben der Migranten analysieren und unser System immer wieder neu justieren und auf die Bedürfnisse der Zielgruppen abstimmen.

Die Kampagnen selbst werden im EMZ durch umfangreiche Infrastrukturangebote, Öffentlichkeitsarbeit, Evaluation, Dokumentation, politische Arbeit, Mittelakquise und Vernetzung unterstützt. Wir wollen damit auch die nach wie vor gegebene Dominanz der negativen Berichterstattung über Migranten durch eine Fokussierung auf das bürgerschaftliche Engagement von Migranten ablösen. So berichteten u.a. *Zeit*, die *Süddeutsche Zeitung*, das *Handelsblatt* oder die *Frankfurter Allgemeine Zeitung* über MiMi.

## Verbreitung, Impact und Nachhaltigkeit

Von 2003 bis 2014 konnte das MiMi-Programm an 61 Standorten in zehn Bundesländern (u.a. Niedersachsen, Bayern, Hamburg, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Hessen) implementiert werden (inkl. Wien und Linz). Hierbei wurden über 2.400 Mediatoren geschult und 7.054 Infoveranstaltungen in 55 Sprachen und Dialekten durchgeführt, an denen über 87.000 Migranten teilnahmen. Gemeinsam mit den bis jetzt ca. 490.000 ausgehändigten Wegweisern, durchgeführten Expertenfortbildungen und Tagungen erhöht sich die Zahl aller Nutznießer auf über 580.000. Hierbei wurden Menschen nahezu aller kulturellen und religiösen Gruppen, unabhängig von ihrem sozialen Status und ihrem Bildungsniveau, sowie Menschen aller Altersgruppen von 18 bis 75 Jahren erreicht. Über 75% der Mediatoren und der Veranstaltungsteilnehmer sind weiblichen Geschlechts.

Die Analyse der sozialen Hintergründe der MiMi-Mediatoren und Veranstaltungsteilnehmer zeigt einen hohen Sozialindex bei den Mediatoren, der Sozialindex der Teilnehmer hingegen ist deutlich geringer. So verfügen 19% der Teilnehmer über überhaupt keine Schulbildung oder sind weniger als sechs Jahre zur Schule gegangen. 24% der Teilnehmer verfügen über keine oder lediglich ausreichende Deutschkenntnisse. 34% sind nicht erwerbstätig oder arbeitssuchend. Ein trefflicher Beleg dafür, wie mit Migranten, die über einen hohen Bildungsstand verfügen, jene nachhaltig zu erreichen sind, die über einen geringeren Sozialindex verfügen. Dies betrifft insbesondere auch kinderreiche Familien: 77% der Veranstaltungsteilnehmer haben Kinder, 29% sogar drei oder mehr. 65% der Teilnehmer gaben an, dass die Inhalte der „Volkskonferenzen“ für sie komplett oder überwiegend neu waren.

Hier deutet sich eine Effektivität und Nachhaltigkeit der MiMi-Technologie im Zugang zu Migrantengruppen an, die durch die Auszeichnung als „Leuchtturmprojekt“ durch den Rat für Nachhaltige Entwicklung ([www.mission-sustainability.org](http://www.mission-sustainability.org)), eine von der WHO durchgeführte Fallstudie [9], ein Pilotprojekt des Gesundheitsamtes Stade [10] und eine Lotsenbefragung von Mc Kinsey [11] bestätigt wurde. Auch die Forschung nahm sich dem MiMi-Programm an und bewertete mehrfach die Kosteneffektivität sowie die Optimierung der Zugangswege und des Gesundheitsverhaltens durch den MiMi-Lotsen-Ansatz als nachhaltig, effektiv und effizient (u.a. [12, 13]).

## Forschung

Mit den Erfolgen des Projekts und seiner Etablierung auf einem Feld, das bislang nur wenig erforscht war, kontaktierten uns zunehmend Vertreter von Hochschulen und boten Kooperationen an: mit der Medizinischen Hochschule Hannover für das Bundesministerium für Gesundheit zur Kosteneffektivität Mediatoren-gestützter Gesundheitsförderung [14]; mit dem Institut für Arbeitsmedizin der Ludwig-Maximilian-Universität München und der Universität Ulm im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zur Gesundheit arbeitsloser Migranten [15]; mit der sportmedizinischen Fakultät Frankfurt zum Bewegungsmangel bei Migranten.

In eigenständigen Versorgungsstudien untersuchten wir für die Region Hannover die sozialpsychiatrische Versorgungslage bei Migranten [16, 17] und aktuell in Kooperation mit der Klinik für Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) Zugangsbarrieren von Migranten in die medizinische Rehabilitation („MiMi-Reha“).

## Standardisierung und Übertragbarkeit

Heute wendet sich MiMi als Handlungsprogramm gleichermaßen an professionelle Akteure wie an Migranten. Die MiMi-Programme werden auf die Bedürfnisse und Ausgangslagen von städtischen und ländlichen Kommunen zugeschnitten, mit den örtlichen Verantwortungsträgern abgestimmt und unter Beteiligung von Fachdiensten, Wohlfahrtsverbänden und zivilgesellschaftlichen Organisationen umgesetzt. Hierbei kommen stets einheitliche und standardisierte Instrumente, Strategien, Routinen, Maßstäbe, Materialien und Kostenkalkulationen zum Einsatz, woraus Nachhaltigkeit, Wiederholbarkeit und Kostenersparnis erwachsen. Integration und Inklusion werden so für die Verantwortlichen erschwinglich, planbar und messbar.

Auch auf den Bereich der betrieblichen Gesundheit konnte MiMi bereits angewandt werden: so etwa bei BMW in München, bei der Stadt-Entwässerung München [18] oder gemeinsam mit der Deutschen Diabetesstiftung im Volkswagenwerk Hannover.

## Schlussbetrachtungen

Das MiMi-Programm und der Einsatz seiner Instrumente und Technologien haben gezeigt, dass Integration und

Teilhabe nachhaltig erreicht werden, wenn soziale, politische, wissenschaftliche und sozialunternehmerische Perspektiven gleichermaßen und vernetzt wirken können. Integration und Inklusion betreffen alle gesellschaftlichen Ebenen. Folgerichtig kann die Erreichung der Ziele nur in gemeinsamer Verantwortung aller gesellschaftlichen Instanzen zum Erfolg werden. Dadurch werden auf allen relevanten Ebenen Prozesse im Sinne von Wirkungsketten ausgelöst, die Akteure zu wirksamem Handeln befähigt und ihre gesamtgesellschaftliche Handlungs- und Leistungsfähigkeit erhöht.

MiMi sichert die Beteiligung von Migranten an Integrationsprozessen, bezieht sie als verantwortliche Partner ein, legt ihre Ressourcen frei und motiviert zu mehr Eigenverantwortung und Selbsthilfe. Es wurde eine effiziente, leicht übertragbare soziale Integrations- und Inklusionstechnologie zur Sicherstellung von ganzheitlichen Integrationsprozessen entwickelt, getestet und implementiert. Somit wird die Realisierung von Integration und Inklusion verbindlich, messbar und ganzheitlich.

**Interessenkonflikt:** Der korrespondierende Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

## Literatur

1. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2013. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden, 2014.
2. Razum O, Zeeb H, Meesmann U, et al. Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch Institut, 2008.
3. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2007). Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. 2. überarbeitete Auflage, Berlin, 2007.
4. Puskeppeleit J, Thränhardt D. Vom betreuten Ausländer zum gleichberechtigten Bürger: Perspektiven der Beratung und Sozialarbeit, der Selbsthilfe und Artikulation und der Organisation und Integration der eingewanderten Ausländer aus den Anwerbestaaten in der Bundesrepublik Deutschland. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag, 1990.
5. Salman R. AIDS-Prävention und Migration. Aus der Reihe: Edition AIDS. Band 15. Hannover: Niedersächsisches Sozialministerium, 1992.
6. Salman R, Tuna S, Lessing A. Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen: Edition psychosozial, Psychosozial-Verlag, 1999.
7. Schneller T, Salman R, Goepel Ch. Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. – Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. Bonn: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ), 2001.
8. Salman R, Ngassa D. Migration, Integration und Gesundheit in Deutschland. In: Gesemann F, Roth R, Hrsg. Lokale Integrationspolitik in der Einwanderungsgesellschaft – Migration und Integration als Herausforderung von Kommunen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2009:55–72.
9. Salman R, Weyers S. MiMi project – with migrants for migrants. In: Koller T, editor. Poverty and social exclusion in the WHO European region: health systems respond. WHO Regional Office for Europe. Venice, Rome: WHO Europe, 2010.
10. Pallasch G, Salman R, Hartwig C. Verbesserung des Impfschutzes für sozial benachteiligte Gruppen unter Mitarbeit von Vertrauenspersonen – Ergebnisse einer kultur- und sprachsensiblen Intervention des Gesundheitsamtes Stade und des Ethno-Medizinischen Zentrums für Migrantenkinder im Altländer Viertel. In: Das Gesundheitswesen. 2005;67:33–8.
11. Salman R. Interkulturelle Gesundheitsmediatoren. Aufbau eines sich langfristig selbsttragenden Systems. Begleitstudie zum MiMi-Gesundheitsprojekt in Hamburg. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2008.
12. Krauth C, A'Walelu O, Bisson S, Gerken U, Machleidt W, Salman R, et al. Kosteneffektivität von aktiven und passiven Zugangswegen zu russischsprachigen Migranten in der Suchtprävention. In: Prävention und Gesundheitsförderung. 6, Berlin: Springer Verlag, 2011:116–23.
13. Walter U, Machleidt W, Krauth C, Salman R, Bisson S, A'Walelu O, et al. Abschlussbericht des BMBF-Projekts. Effektivität und Kosteneffektivität des Zugangswegs über muttersprachliche Präventionsberater zur Optimierung des Gesundheitsverhaltens von Migranten. Medizinische Hochschule Hannover (Hrsg.): Hannover, 2008.
14. Bisson S, Kimil A, Krauth C, Machleidt W, Salman R, Walter U. Welche Migrantinnen und Migranten erreicht man mit welchen Zugangswegen? In: Gesundheit Berlin-Brandenburg, Hrsg. Dokumentation 16. Bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin, 2011.
15. Horns K, et al. Gesundheitskompetenztraining für Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit – Auswirkungen auf die Motivation zu einem gesünderen Lebensstil. Bundesgesundheitsblatt 2012;55:728–38.
16. Region Hannover. Sozialpsychiatrische Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover. Sozialpsychiatrische Schriften, Band 2. Hannover, 2007.
17. Region Hannover. Sozialpsychiatrische Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover – Studie 2012. Sozialpsychiatrische Schriften, Band 4. Hannover, 2012.
18. Harms M, Salman R, Bödeker W. Interkulturelles Betriebliches Gesundheitsmanagement -Konzept und praktische Erfahrungen. In: Fehlzeiten-Report 2010. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Fehlzeiten-Report Volume 2010:153–61.