

Workshop 2: Kook-Nam Cho-Ruwwe: Migrantinnenselbstorganisationen – Ihre Bedeutung in der Gesundheitsversorgung

Das Recht auf Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht!

Die Weltgesundheitsorganisation definiert „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Beschwerden und Krankheit.“ Diese ganzheitliche Gesundheit ist in der UN Menschenrechtscharta als ein Menschenrecht verankert: „Jeder hat ein Recht auf einen Lebensstandard, der seine und die seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet. (Artikel 25).“

Zudem hat Deutschland mehrere menschenrechtlichen Konventionen ratifiziert und hat sich zur Einhaltung des Menschenrechtes auf Gesundheit verpflichtet, zum Beispiel im UN-Sozialpakt (1973), der Frauenrechtskonvention (CEDAW, 1985), der UN Kinderrechtskonvention (1992) und der Charta der Grundrechte der Europäischen Union (2000). (1) Die Gesellschaft ist verpflichtet, die Teilhabe aller Menschen an gesundheitlicher Versorgung sicherzustellen, unabhängig von sozialer und kultureller Herkunft. In Deutschland steht dafür ein gut ausgebautes Gesundheitssystem zur Verfügung.

Die Realität jedoch zeigt, dass nicht alle gleiche Chance haben, dieses Menschenrecht auf Gesundheit in Anspruch zu nehmen. Migrantinnen, insbesondere Arbeitsmigrantinnen, die schon vor Jahrzehnten eingewandert sind, und geflüchtete Frauen erfahren Benachteiligungen und Ausgrenzungen. Nach wie vor bestehen Barrieren für sie, die den gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitssystem erschweren. Das ist nur eine Seite. Auf der anderen Seite steht das Personal in Gesundheitseinrichtungen. Für sie bestehen ebenfalls Zugangsbarrieren zu den unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen, die letztendlich eine optimale medizinische, gesundheitliche Versorgung erschweren. Dass diese schon längst erkannten Problemfelder immer noch bestehen, ist auf die bisherige, realitätsignorierende und blinde Migrations- und Integrationspolitik zurückzuführen. Die Politik hat die eingewanderten Frauen jahrzehntelang ignoriert und nicht als Bürgerinnen wahrgenommen. Sie waren auf sich allein gestellt. Die entstandenen Probleme wurden als „migrationspezifische Probleme“ pauschalisiert, ethnisiert, kulturalisiert und als Versagen der einzelnen Person privatisiert. Damit wurden die Frauen stigmatisiert. Die Gesellschaft, also wir alle, sind aufgefordert, dieses fundamentale Menschenrecht im Sinne des ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses der WHO endlich zu realisieren. Diese Überzeugung muss in der Gesellschaft, in ihrer Organisationen und Institutionen, also auf allen Ebenen des Gesundheitssystems verankert und übersetzt werden. Die Migrantinnenselbstorganisationen können hierbei einen wichtigen Beitrag leisten.

Zugangsbarrieren im Gesundheitswesen

Sprachliche Barrieren: Migrantinnen haben Sprachschwierigkeiten und Verständigungsprobleme. Aber im Gesundheitswesen fehlen mehrsprachige Ärztinnen, Therapeutinnen, Pflegepersonal und Sozialarbeiterinnen. Auch an organisierten Dolmetscherinnendiensten mangelt es.

Kulturelle Barrieren: Migrantinnen haben ein unterschiedliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit, kulturspezifische Krankheitsvorstellung, unterschiedliche Interpretation von Symptom einer Erkrankung. Doch die Gesundheitseinrichtungen verfügen nicht über ausreichendes Personal, das kultursensibel /transkulturell ausgebildet und ausgerichtet ist.

Informationsdefizit: Migrantinnen fehlt es an Kenntnissen über das Menschenrecht auf Gesundheit, über das deutsche Gesundheitssystem, über Gesundheitsförderungsprogramme. Personal in medizinischen Einrichtungen ist nicht ausreichend informiert über die verschiedenen Aspekte der Diversität, über die Auswirkung der Kultur auf Gesundheit.

Rechtlichen Einschränkungen: Bei geflüchteten Frauen im Asylverfahren ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung zu sehr eingeschränkt. Nach Asylbewerberleistungsgesetz ist die Leistungsgewährung nur auf die Notfallversorgung begrenzt. (2) Bei Frauen ohne gültige Aufenthaltspapiere, die sich ohnehin in gesundheitlich ungünstigen Lebensbedingungen befinden, wird der Zugang zu diesem Recht nahezu verwehrt. Aufgrund der Meldepflicht im Aufenthaltsgesetz leben sie in steter Angst vor Abschiebung.

Die Situation der Migrantinnen in Deutschland

Offener, subtiler, institutionalisierter Rassismus und Diskriminierungen wirken wie äußerst gefährliche Krankheitskeime in der menschlichen Gesellschaft. Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen machen Menschen physisch und psychisch krank, die Migrantinnen sind hier besonders betroffen. Diese Erfahrungen machen nicht nur krank, sondern sie können tödlich sein. Dies belegen die rassistischen Überfälle in Solingen, in Hoyerswerda, in Mölln, in Lichtenhagen, der NSU-Komplex und unzählige weitere Ereignisse. Rassismus und Diskriminierungen sind schwerste gesundheitsgefährdende psychosoziale Barrieren.

Migrantinnen sind heterogene Bevölkerungsgruppen: Arbeitsmigrantinnen, zugezogene Familienangehörigen, Neuzugewanderte, Geflüchtete, Asylsuchende, Frauen ohne gültige Aufenthaltspapiere. Innerhalb dieser Gruppen gibt es Differenzen bezogen auf die soziale Lage, den Aufenthaltsstatus, die ethnischen und kulturellen Hintergründe, das Herkunftsland, die geschlechts- und generationsspezifischen Merkmalen. Diese Vielfalt und Heterogenität von Migrantinnen wurde seither kaum beachtet. Vielmehr beherrschen Stereotype von Migrantinnen den Alltag: Migrantinnen werden lediglich auf ihre „Migrationsgeschichte reduziert, defizitär, pauschal, namenlos, gesichtslos, geschlechtslos betrachtet. Aber die Frauen mit Migrations- und Fluchtgeschichte haben Namen, Gesicht, Geschlecht. Sie bringen ihre Lebenserfahrungen aus verschiedenen Kulturen mit in die Einwanderungsgesellschaft. Sie besitzen wertvolle Ressourcen. Wie können wir diese verzerrten Bilder von Migrantinnen korrigieren. Wie können wir einen Perspektivwechsel erreichen? Darüber möchte ich mit Ihnen nachher diskutieren.

Migrantinnen sind allgemein mit den geschlechtsspezifischen Anforderungen in der Fremde konfrontiert. Geflüchtete Frauen sind häufig durch Krieg und Flucht traumatisiert, hinzukommen noch die frauenspezifischen

sche Fluchtgründe und Bedrohungssituation, die die Gesundheit der Betroffenen beeinträchtigen. Viele Frauen erleben durch die Migration einen Statusverlust, sowohl im beruflichen als auch im sozialen Umfeld. Auch das kann zu prekären Gesundheitssituationen führen. Hier ist die Altersarmut bereits vorhersehbar. Oft migrieren Frauen allein mit ihren Kindern. Für alleinerziehende Frauen stellt die Situation eine enorme Belastung dar.

Die Arbeitsmigrantinnen, die sogenannten „Gastarbeiterinnen“, waren in der „Ära der Gastarbeiterinnen (1955-1973)“ nur als Arbeitskräfte willkommen, jedoch nicht als Bürgerinnen. Ganz zu Recht schrieb der Schweizer Schriftsteller Max Frisch 1965: „Man hat die Arbeitskräfte gerufen, und es kamen Menschen. Sie fressen den Wohlstand nicht auf, im Gegenteil, sie sind für den Wohlstand unerlässlich“. Es gab damals das Rotationsprinzip, fehlende Sprachförderung und die Schwierigkeiten beim Familiennachzug. Integration war nicht erwünscht: Deutschland war eben keine Einwanderungsland. Die Kritik von Max Frisch verhallte. Die Politik ignorierte weiterhin die real existierenden Arbeitsmigrantinnen. Über sechs Jahrzehnte lebten/leben sie im Schatten der deutschen Migrationspolitik. Über ihr Schattendasein wurde geschwiegen, demzufolge sind sie in Vergessenheit geraten. Wie mag ihre gesundheitliche Situation damals gewesen sein, und wie vermochten sie ihre Lebenssituation zu bewältigen? Wie sieht ihre heutige Situation aus? Hierzu gibt es keinerlei Daten. Untersuchungen und Forschungen in diesem Bereich wären dringend notwendig, um den schon längst in den Ruhestand eingetretenen „Gastarbeiterinnen“ und ihrer Situation im Alter gerecht zu werden.

Die Bedeutung der Migrantinnenselbstorganisationen

Bei den Fragen zur Vergangenheit stoßen wir auf die unzähligen Aktivitäten der Migrantinnengruppen, -initiativen und -organisationen, die ebenfalls im Schatten der Gesellschaft bis heute unsichtbar geblieben sind. Welche Aufgabenbereiche haben sie initiiert, welche Rolle haben sie übernommen und welche Bedeutungen haben sie in der Gesundheitsversorgung in den letzten Jahrzehnten hervorgebracht?

Anlaufstellen für Migrantinnen: Fraueninitiativen und -gruppen, insbesondere jene aus der Ära der „Gastarbeiterinnen“, haben vielfältige und unsichtbare Arbeit gerade im Bereich der Gesundheitsversorgung geleistet. Sie wirken in der durch Migration und Flucht ausgelösten Umbruchs- und Veränderungssituationen haltgebend und stabilisierend.

Soziale Netze: Sie haben Räume für Frauen geschaffen, selbstbestimmt und gesund zu leben, einen Zufluchtsort in der Einwanderungsgesellschaft zu finden.

Mutmacherinnen und Brückenbauerinnen: Sie greifen auf eigene Migrationserfahrung zurück.

Soziale Übersetzerinnen: Sie vermitteln zwischen Migrantinnen und Mehrheitsgesellschaft, mit ihren Kompetenzen und vielfältigen Ressourcen wie Muttersprache. Als Sprachmittlerin, Kulturmittlerin, Dolmetscherin, Multiplikatorin, Lotsin vermitteln sie auch ein kulturelles Verständnis.

Politische Funktion: Sie sind Interessenvertretung, um die eigene Stimme erheben und Forderungen aufstellen zu können.

Bildungsarbeit: Sie informieren und vermitteln Wissen über die Mehrheitsgesellschaft sowie fachliche Kenntnisse. Sie schaffen im Einwanderungsland neue soziale Werte, sind multifunktional, agieren als soziale Akteurinnen, um den Zugang zu den gesellschaftlichen Ressourcen Bildung, Arbeit, Wohnen, Gesundheit und Politik in der Einwanderungsgesellschaft zu erreichen.

Die Bedarfe von Migrantinnenselbstorganisationen in Deutschland (3)

Wie sind diese Organisationen aufgestellt? Hier fehlen wieder die Daten. Schätzungsweise gibt es je nach Definition 2.000 – 10.000 Organisationen, die größtenteils ehrenamtlich arbeiten. Ihre Situation lässt sich aus ihren Bedarfsforderungen entnehmen.

Die Migrantinnenselbstorganisationen brauchen Anerkennung und Honorierung der ehrenamtlichen Arbeit sowie eine Strukturförderung der Selbsthilfegruppen /Initiativen. Ihre Rolle bei der Gestaltung der Einwanderungsgesellschaft muss ausgebaut und erweitert werden. Dazu bedarf es eines Zugangs zu Fördermitteln und finanzieller Ressourcen, einer Professionalisierung ihrer Struktur in Form von hauptamtlichen Mitarbeiterinnen sowie einer besseren räumlichen Ausstattung. Nur so kann die kontinuierliche und nachhaltige Arbeit sichergestellt werden. Zur Anerkennung gehört auch, dass die Kompetenzen und Ressourcen der Mitarbeiterinnen und ehrenamtlich Engagierten wahrgenommen werden, ihre Bildungsnachweise und Berufserfahrungen aus den Herkunftsländern. Eine Kooperation auf gleicher Augenhöhe und mit Wertschätzung bedeutet auch, dass die Migrantinnenorganisationen nicht nur im Migrationskontext angesprochen und auf diese Funktion reduziert werden. Sie dürfen nicht als bloße „Informationslieferinnen“ und „Lückenfüllerinnen“ im Sozialstaat instrumentalisiert werden.

Die verschiedenen Organisationen sind mittlerweile vernetzt. DaMigra ist der bundesweite herkunftsunabhängige Dachverband von über 70 Migrantinnenorganisationen und vertritt seit 2014 die Interessen von Migrantinnen in Politik, Öffentlichkeit, Medien und Wirtschaft. Sein zentrales Ziel: Die gleichberechtigte politische, soziale, berufliche und kulturelle Teilhabe von Migrantinnen am gesellschaftlichen Leben. DaMigra vernetzt, qualifiziert und fördert diese Selbstorganisation und bündelt die Interessen von Migrantinnen, um sie auf Bundesebene hörbar und sichtbar zu machen. Gemäß der Haltung, dass Migrantinnenrechte Menschenrechte sind, werden Rassismus, Sexismus und soziale Ungleichheit bekämpft.

Seit der Gründung hat sich DaMigra als verlässliche Ansprechpartnerin für die Bundesregierung zu migrations- und gleichstellungspolitischen Fragen etabliert. Die Ergebnisse einer Umfrage über die Aktivitäten in der Gesundheitsversorgung dokumentieren eindeutig, dass sie sich anstrengen, die von der Politik und Gesellschaft vernachlässigte Versorgungslücke im Gesundheitsbereich zu ersetzen und zu überwinden helfen.

Im MUT-Projekt-„Migrantinnen als Mutmacherinnen und Brückenbauerinnen“ greift DaMigra auf wertvolle Erfahrungen von Migrantinnen zurück, die schon länger in Deutschland leben. Als „Mutmacherinnen und Brückenbauerinnen“ informieren, beraten, bilden und begleiten sie geflüchtete Frauen und unterstützen dadurch ihre gesellschaftliche Teilhabe. In diesem Projekt organisieren Frauen bundesweit Veranstaltungen sowie Beratungsprojekte mit dem Ziel, Frauen mit Flucht- und Migrationsgeschichte in die Lage zu versetzen, in ihrem neuen Umfeld ein selbstbestimmtes Leben führen zu können, auch dass diese Frauen schließlich selbst zu „Mutmacherinnen“ werden und Angebote für geflüchtete Frauen entwickeln und durchführen.

In Nord-, Süd-, Ost- und Westdeutschland, insgesamt an 10 Standorten (Flyer), wurden siebzig Veranstaltungen und Beratungsprojekte im Zeitraum von März bis September 2017 zur „Gesundheitsversorgung“ durchgeführt. Unter den 49 unterschiedlichen Themen im Gesundheitsbereich waren die Schwerpunkte: Depression, Ernährung, Erst-Hilfe-Kurse, Frauengesundheit, Gesundheitssystem/Bildung/Arbeitsmarkt, Selbststärkung und Empowerment, Sexuelle Gesundheit, Traumata/Gewalt und deren Bewältigung.

Im Jahr 2005 trat das Zuwanderungsgesetz in Kraft. In den letzten Jahren befassen sich mehre Institutionen und Stiftungen mit dem Thema „Migration und Gesundheit. (4) Ihre Studien /Veranstaltungen weisen auf die bestehenden Problemfelder der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen hin. (5) „Gesundheit und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft“ war das Schwerpunktthema des 8. Integrationsgipfels 2015. Ich freue mich darüber, dass „Einwanderungsgesellschaft“ oder „Gesundheit von Migrantinnen“ heutzutage durchaus ein akzeptiertes Thema in der politischen Debatte und in gesellschaftlichen Diskussionen geworden ist. Ebenfalls begrüße ich, dass sich der Arbeitskreis Frauengesundheit mit dem Thema „Auswirkungen von Kulturen und subjektiven Überzeugungen auf die Gesundheit von Frauen“ beschäftigt.

Gesundheit von Migrantinnen als Schlüssel im Integrationsprozess

„Gesund leben“ aktiviert die Kraft, bewusst am Integrationsprozess teilzunehmen und zu handeln. Die gelungene Integration, d.h., die gesicherte Teilhabe von Migrantinnen an den politischen, sozialen und wirtschaftlichen Ressourcen, fördert wiederum gesund und selbstbestimmt zu leben. Sie sind eng miteinander verknüpft. Deshalb fordern Migrantinnenorganisationen gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Gleichberechtigte Teilhabe bedeutet auch Chancengleichheit. Dafür müssen sich Vereine, Unternehmen und Institutionen öffnen, um wirklich die ganze Vielfalt der Gesellschaft widerzuspiegeln.

2016 wurde ein „Impulspapier der Migrantinnenorganisationen zur Teilhabe in der Einwanderungsgesellschaft“(6) erarbeitet und aufgezeigt wie interkulturelle Öffnung gelingen kann. „Ein wichtiger Schlüssel für gesellschaftliche Teilhabe ist die nachhaltige interkulturelle Öffnung der Gesellschaft, ihrer Organisationen und Institutionen. Dadurch wird Teilhabe an Entscheidungs- und Willensbildungsprozessen strukturell verankert. Die kulturellen Perspektiven werden von vornherein stärker einbezogen. Dadurch können Zugangsbarrieren für Menschen mit Einwanderungsgeschichte abgebaut werden. Interkulturelle Öffnung bedeutet, eine Gesellschaft zu gestalten, in der allen wirklich Chancen eingeräumt werden. Es bedeutet auch, Rassismus und Diskriminierungen nachdrücklich zu ächten und zu sanktionieren.“ Mit der Frage, die im Impulspapier Eingang gestellt wird, möchte ich mein Input beenden. „Woran würden wir erkennen, dass die interkulturelle Öffnung von Organisationen und Institutionen gelungen ist?“

- ☐ Vielfalt wäre eine gelebte Grundüberzeugung von Organisationen und Institutionen.
- ☐ Menschen mit Einwanderungsgeschichte wären in Institutionen und Organisationen gemäß ihrem Bevölkerungsanteil vertreten und an Entscheidungsprozessen beteiligt.
- ☐ Die Leistungen und Angebote der Organisationen und Institutionen würden allen Bürgerinnen – unabhängig ihrer Herkunft – in gleicher Qualität zur Verfügung stehen.

Literatur und Quellenangaben

(1) Rechtliche Verankerungen

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit als den „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“

Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Artikel 25

1. Jeder hat ein Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie Recht auf Sicherheit im Fall von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.
2. Mütter und Kinder haben Anspruch auf besondere Fürsorge und Unterstützung. Alle Kinder, eheliche wie außereheliche, genießen den gleichen sozialen Schutz.

Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UN-Sozialpakt)

Diesem Pakt zufolge versteht man das Recht auf Gesundheit als das Recht eines jeden Menschen auf das für ihn bzw. sie erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit (Artikel 12 Absatz 1: Das Recht auf höchstmögliche körperliche und geistige Gesundheit). Dies verpflichtet den Staat, die Voraussetzungen zu schaffen, die für eine Person „im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen“ (Artikel 12 Absatz 2 d: Das Recht auf medizinische Versorgung für jedermann/jedefrau) Im Sinne des UN-Sozialpakts eröffnet das Recht auf Gesundheit einen Anspruch auf Zugang zur bestehenden Infrastruktur der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Das Recht auf Gesundheit soll ohne Diskriminierung gewährleistet werden.

Das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (Frauenrechtskonvention, CEDAW), Artikel 11 und 12

Mit der Zielrichtung, die Gleichberechtigung von Mann und Frau zu erreichen, verbietet sich Diskriminierung von Frauen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung, und werden Pflichten des Staates zum Schutz von Frauen in Zeiten vor und nach der Geburt eines Kindes begründet.

Das Übereinkommen über die Rechte des Kindes (UN Kinderrechtskonvention), Artikel 24

Jedes Kind hat das Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit, auf Gesundheitsvorsorge und medizinische Betreuung.

Charta der Grundrechte der Europäischen Union, Artikel 35

Jede Person hat das Recht auf Zugang zu Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten.

(2) Asylbewerberleistungsgesetz

Leistungen zur medizinischen Versorgung werden nach § 4 AsylbLG nur bei akuter Krankheit bzw. akutem Behandlungsbedarf und bei schmerzhafter Krankheit erbracht. Leistungen für sonstige Behandlungen – insbesondere bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen – „können“ nach § 6 AsylbLG als Ermessensleistungen gewährt werden, soweit dies „zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich“ ist.

(3) Bedarfe/Forderungen der Mitgliedsorganisationen von DaMigra

Sprachlich:

- o Kostenlose Deutschsprachkurs für Migrantinnen
- o Sprachliche Unterstützung als Regelleistung für Migrantinnen
- o Mehr Sprachmittlerinnen für Fachärzte(sehr wichtig)
- o Mehr Dolmetscherinnen (geschulte für den Medizinbereich)
- o Die Krankenkasse sollten einen eigenen Dolmetscher-Pool haben, um ihre Mitglieder besser beraten und unterstützen zu können.
- o Flächendeckendes Netz von medizinischen Dolmetscherdienst
- o Bundesweite Regelung für die Kosten von Sprach- und Kulturmittlerinnen
- o Förderung muttersprachlichen Personals zur Gesundheitsdolmetscherin
- o Förderung mehrsprachiger Psychotherapeutinnen und erleichterte Zulassung für Psychotherapeutinnen mit Migrationsgeschichte.

Kulturell:

- o Interkulturalität/Transkulturalität in der Ausbildung der medizinischen, gesundheitlichen und sozialen Berufe verankern
- o Integration für Hausfrauen, z. B. Unterstützung Handarbeit
- o Potenziale anerkennen
- o Ressourcen stärken
- o Miteinander stärken, niemand wird allein gelassen
- o Salutogenetische Denkweise unterstützen und verstärken
- o Augenmerk auf die Situation älterer Migrantinnen
- o Aufbau des kultursensiblen Altenhilfesystems

Aufklärung:

- o Aufklärungs- und Anlaufstelle ausbauen
- o Mehrsprachige und altersgerechte Informations- und Aufklärungsmaterialien
- o Fragen zur Gesundheit und Lösungen rechtzeitig klären
- o Einfache Beschreibung (z.B. Flyer) des deutschen Gesundheitssystems für Migrantinnen über Gesundheitsvorsorge, Impfungen für Kinder, etc.
- o Informationen über das deutsche Gesundheitssystem als ein fester Bestandteil von Integrationskurse

Institutionell/Professionalisierung:

- o Mehr bezahlte Stellen für kleine Vereine
- o Weniger Bürokratie bei der Beantragung der Fördermittel vor Ort

- o Mehr Möglichkeiten bei der medizinischen Versorgung für Menschen ohne Papiere
- o Unterstützung der Mobilität (Auto)
- o Lotsen für Gesundheitssystem
- o Kooperation mit Migrantinnenorganisationen

(4) „Fremdsein und Gesundheit – eine Herausforderung für Gesundheitswesen“
 Fachtagung der Heinrich Böll Stiftung 2002

„Migration und Gesundheit“
 Schwerpunkt Gesundheitsbericht des Bundes, Robert-Koch-Institut, 2008

„Migration und Gesundheit“
 Studie, Konrad-Adenauer-Stiftung und Türkisch-Deutschen Gesundheitsstiftung, 2009

„Gesundheitsversorgung und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft“
 Konferenz, Friedrich-Ebert-Stiftung, 2015

„Sexuelle Gesundheit von Migrantinnen und Migranten stärken“
 Fachkonferenz - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung(BZgA)

„Migration, Flucht und Gesundheit“ („Gesundheit und öffentliche Gesundheit“)
 Infodienst, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung(BZgA)

(5) Probleme:

- o Erschwernis bei Anamnese, Diagnose, Therapie und Rehabilitation.
- o Fehldiagnose, Mehrfachuntersuchung, falsche Behandlung, häufiger Arztwechsel
- o Operation ohne ausreichende Aufklärung (Einschränkung des Patientenrechtes).
- o Unsicherheit, Missverständnisse, Fehlbehandlung (häufig wird der psychische und psychosomatische Aspekte vernachlässigt)
- o Unzureichende psychotherapeutische, psychiatrische Versorgung
- o Unterversorgung im Bereich der Prävention, Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsbildung
- o Geringe Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen (Schwangerschaft, Zahnarzt, Kindervorsorge), Reha-Maßnahmen
- o Geringe Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Pflegehilfswesen
- o Seltene Teilnahme an Selbsthilfegruppen

(6) „Impulspapier der Migrantinnenorganisationen zur Teilhabe in der Einwanderungsgesellschaft“
<http://www.ditib.de/media/Image/hutbe/Impulspapier.pdf>