



BUNDESVERBAND NETZWERKE VON
MIGRANT*INNENORGANISATIONEN
BV-NEMO.DE

DOSSIER GESUNDHEIT

GESUNDHEIT FÜR ALLE - EIN MENSCHENRECHT!



IMPRESSUM

Herausgeber*innen:

Dr. Elizabeth Beloe, Agir Mustafa Birhîmeoglu, Emiliano Chaimite,
Elina Chernova, Mohamed Lamine Conté, Rolf Graser, Dr. Peyman Javaher-Haghighi
Adama Logosu-Teko, Cemalettin Özer

Redaktionsteam:

Brigitte Lawson mit Unterstützung von Atahan Demirel
und Lejla Medanhodžić

Gestaltung:

Ellen Windmüller – Kommunikationsdesign

Lektorat:

Frank Gerlich und Kai Mertig

Fotos:

© Bundesverbandes Netzwerke von Migrant*innenorganisationen e. V. (NeMO),
weitere Copyrights sind auf den jeweiligen Seiten an den Bildern vermerkt.
Für Verwendung der Bilder gelten Urheber*innenrechte.

Bundesverband Netzwerke von Migrant*innenorganisationen e. V. (NeMO)

Vorstand i. S. d. § 26 BGB: Dr. Elizabeth Beloe, Vorsitzende

Kontakt:

Geschäftsstelle Berlin | Am Sudhaus 2 | 12053 Berlin
Tel: +49 302 657 090 6
E-Mail: info@bv-nemo.de

Ein Projekt von:



Gefördert durch:



auf Grund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

INHALTSVERZEICHNIS

5

Editorial

6

Was ist ein Community-Based Participatory research (CBPr)-Projekt?
Brigitte Lawson

7

Das Virus verschärft die soziale Lage
Brigitte Lawson

11

Ein Gerücht widerlegt
Brigitte Lawson

14

Armut und Gesundheit hängen zusammen
Brigitte Lawson

19

Gesundheit: Diskriminierte Gruppen brauchen besseren Schutz vor Corona!
Ein Interview mit Maïmouna Ouattara

24

Gesundheitsförderung im Kiez – Geko
Im Gespräch mit Shao-Xi Lu und João Lukoki

33

Gesundheitsförderung im Bildungswesen - Eltern fragen Eltern (ElfE)
Brigitte Lawson

35

EMPOW-Projekt
Brigitte Lawson

INHALTSVERZEICHNIS

- 36** **Gespräch mit migrantischen Expert*innen – Ethik der partizipativen Forschung mit Geflüchteten**
Interview mit Rosaline M'Bayo
- 38** **Diskriminierungserfahrungen im Gesundheits- und Pflegebereich**
Brigitte Lawson
- 42** **Ethik spielt bei jeder Forschung eine wichtige Rolle**
Brigitte Lawson – ein Interview mit Stephen Amoah
- 43** **Förderung einer ganzheitlichen Gesundheitsvorsorge**
Stephen Amoah vom Team EMPOW Berlin
- 45** **Afrika ist kein Testlabor – Kontinuitäten von Kolonialismus und Rassismus im europäischen Blick auf Afrika in der Coronakrise**
Ein Beitrag von NARUD e. V.
- 52** **Ist eine globale und gerechte Gesundheit eine Illusion oder Vision?**
Ein Beitrag von Dr. Jos Schnurer
- 55** **Corona – Eine Sisypsherausforderung**
Ein Beitrag von Dr. Jos Schnurer

EDITORIAL

Interdisziplinarität: Für manche ist das Wort nicht viel mehr als ein Zungenbrecher. Doch seine Relevanz ist hoch, denn de facto stellt es einen essentiellen Baustein in der Antirassismus- und Antidiskriminierungsarbeit dar. Kurzum: Für die Bewältigung von Rassismus wird ein interdisziplinärer und machtkritischer Ansatz benötigt – einer, der Diskriminierungen in allen Gesellschaftsbereichen in den Blick nimmt.

Es genügt nicht, sich mit Antidiskriminierung in nur einem Einzelbereich zu beschäftigen. Um es anschaulicher zu machen: Viele Menschen sind beispielsweise von Rassismus in der Gesundheitsbranche getroffen. Darauf hat der Bundesverband NeMO bereits im Praxishandbuch Konstruktiv handeln in der Migrationsgesellschaft¹ hingewiesen. Die Folgen sind fatale Problemstellungen für diese Menschen in den jeweiligen Berufen.

Aus dem NeMO-Netzwerk gehen häufig Erfahrungsberichte bei uns ein, in denen eine dramatische Tendenz offensichtlich wird: Betroffene/Getroffene möchten teilweise keine Gesundheitseinrichtungen mehr aufsuchen. Für uns ist das ein deutliches Alarmzeichen.

Vor diesem Hintergrund fordern wir ein radikales Umdenken. Es braucht rassismuskritische Formate bei der Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen!

Der Bundesverband NeMO fordert ein Bündnis der demokratischen Ärzt*innen, das Raum für gesellschafts- und selbstkritische Diskussionen bietet, die Vernetzung aktiver Ärzt*innen, Medizinstudierender und Psycholog*innen, Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Migrations- und Zukunftsforscher*innen, Getroffene selbst u.a. fördert, Analysen erarbeitet und sich an gesellschaftlichen Auseinandersetzungen beteiligt.

Prinzipiell bedarf es für eine wirklich nachhaltige teilhabeorientierte Gemeinwesenarbeit und Antidiskriminierungsarbeit eine gesamtgesellschaftliche Anstrengung; eine, die mit dem Bewusstsein für den hohen Bedarf an einem interdisziplinären und intersektionalen Ansatz beginnt. Nicht minder wichtig zur Entwicklung zielgerichteter Maßnahmen ist das Einbinden wissenschaftliche Erkenntnisse, samt dem Wissen und den Expertisen aus den Communities.

Wir danken NARUD e. V. und Dr. Jos Schnurer für die Bereitstellung der verkürzten Beiträge in diesem Dossier.

Viel Spaß beim Lesen!

Herzlichst
Dr. Elizabeth Beloe

¹ https://www.bv-nemo.de/fileadmin/user_upload/22_10_26_Praxishandbuch_Webversion.pdf

WAS IST EIN COMMUNITY-BASED PARTICIPATORY RESEARCH (CBPR)-PROJEKT?

Ein Community-Based Participatory Research (CBPR)⁸-Projekt setzt in der Community an, die sich an allen Phasen des Lern- und Forschungsprozesses beteiligt. Was kann dürfen wir darunter verstehen? Community oder Gemeinschaft ist oft selbst definiert. Anders bei allgemeinen Kategorien von Gemeinschaften: Sie umfassen geografische Gemeinschaften, Gemeinschaften von Individuen mit einer gemeinsamen Herausforderung und Gemeinschaften von Individuen mit einer gemeinsamen Zielstellung.

Was macht nun CBPR genau? Zuerst einmal fördert es eine Zusammenarbeit von „formell ausgebildeten Forschungspartner*innen“ aus allen Fachgebieten (Interdisziplinarität). Voraussetzung dabei: die forschende Person stellt ihr Fachwissen zur Verfügung, das die Community für die jeweilige Untersuchung im Einzelfall als nützlich ansieht. **Die forschende Person setzt sich zudem für eine Partnerschaft auf Augenhöhe ein. Gemeint ist damit eine Kollaboration, die die Gleichwertigkeit beider oder aller Parteien garantiert – und Ergebnisse liefert, die für die Gemeinschaft nutzbar sind. Gerechte Partnerschaften erfordern das Teilen von Macht, Ressourcen, Krediten, Netzwerken, Ergebnissen und Wissen.**

Sie fußen auf einer gegenseitigen Wertschätzung der Kenntnisse und Fähigkeiten jeder/s Partnerin*/Partners*; und das zugleich in jeder Phase des Projekts, einschließlich der Problemdefinition beziehungsweise Problemauswahl.

Doch damit nicht genug: Auch bei der Erstellung des Forschungsdesigns, der Forschungsdurchführung und der Interpretation der Ergebnisse ist eine solche Wertschätzung unverzichtbar. Sie ist von größerer Wichtigkeit, auch beim Festlegen, wie die Ergebnisse für die Maßnahmen im Detail verwendet werden sollen.

Um es noch besser für Sie greifbar zu machen: **CBPR verfolgt also das Ziel, durch eine Kollaboration mit Partner*innen in den Communities, Probleme und Herausforderungen gegenseitig zu verstehen. Sie dient darüber hinaus dazu, Ressourcen zu identifizieren und Lösungsansätze gemeinsam zu entwickeln.**

All das wiederum fördert die (nachhaltige) Gesundheit ganz direkt. Seit der Corona-Pandemie laufen deutschlandweit Projekte, die sich mit vulnerablen Gruppen befassen. Das ist grundsätzlich eine Entwicklung in die richtige Richtung.

Die Frage, die sich dabei stellt, lautet: Inwiefern gehen die Communities in der praktischen Umsetzung tatsächlich gestärkt aus der Zusammenarbeit hervor?

DAS VIRUS VERSCHÄRFT DIE SOZIALE LAGE

Brigitte Lawson

In Anbetracht von Flucht, Rassismus, Diskriminierung, menschengemachte Klimakatastrophen und Armut stellen Migrant*innenorganisationen ihre Expertise, Erfahrung und Unterstützung allen zur Verfügung. Ihr Alltag zeichnet sich durch ein breites Angebot an niedrigschwelligen soziopolitischen, bildungspolitischen, kulturellen, sportlichen und freizeitbezogenen Maßnahmen sowie solidarischen Schutzräumen aus.

Im Jahr 2020 kamen weitere Herausforderungen zu den schon bestehenden hinzu: die Corona-Pandemie. Gewiss hat das Coronavirus unser Leben und unsere Stadtgesellschaft verändert. Die Pandemiezeit brachte tiefgreifende Veränderungen für die Lebenssituation nahezu aller Menschen mit sich. Vulnerable Personengruppen, die eine psychosoziale Beratung oder Begleitung, medizinische Behandlung, Pflegeleistung oder Therapie benötigten, waren und sind von diesen Veränderungen in mehrfacher Hinsicht besonders negativ betroffen: Die reduzierten Kontakt- und Beratungsangebote, der veränderte Zugang zu Leistungen, die Zunahme an digitaler Technik sowie reduzierte persönliche Begegnung mit Freund*innen, Schulkamerad*innen², Peers-Gruppen und Familie waren sie, wie viele andere Menschen, vor große Probleme gestellt. Eine Studie des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung macht offensichtlich, dass bei Jugendlichen ohne Migrationsgeschichte der Anteil mit depressiven Symptomen in der Pandemie von 9 Prozent auf 21 Prozent anstieg.

² https://gbp.vdaee.de/images/GbP_22_1-Kinder-_und_Jugendmedizin-neu.pdf

Bei jungen Menschen mit Migrationsgeschichte verdreifachte sich der Wert gar, von 11 Prozent auf 33 Prozent. Repräsentative Studien, die den direkten Zusammenhang von Rassismus mit der mentalen Gesundheit von BIPOC darstellen oder konkret aufzeigen, fehlen in Deutschland immer noch. Es fehlen handfeste Forschungsergebnisse, die zeigen, wie institutioneller Rassismus im Gesundheitswesen funktioniert. Dabei sind die psychischen Folgen von Rassismus in der internationalen Forschung längst belegt. Psychologische Beratungsbedarfe traten verstärkt auf – während gleichzeitig bestehende Angebote reduziert wurden. Im Schulwesen fehlten und fehlen beispielsweise großflächig Schulpsycholog*innen. Für Menschen mit Beeinträchtigungen oder psychosozialen Unterstützungsbedarfen ergeben sich dadurch kurz-, mittel- und langfristig negative Folgen unterschiedlichen Ausmaßes.

Das führt unweigerlich zu der Frage: Vor welche Herausforderungen waren und sind wir alle heute gestellt? Wir befinden uns inzwischen im dritten Jahr der Pandemie bzw. in der endemischen Phase. Was haben wir nach über zwei Jahren Pandemie aus dem Status Quo gelernt? Welche Schlüsse ziehen wir aus offensichtlichen infrastrukturellen Mängeln? Was muss sich ändern, damit in künftigen Krisenzeiten eine bessere Teilhabe und psychosoziale Begleitung gelingen kann?

Wir befinden uns neben einer Gesundheitskrise parallel auch in einer sozialen Krise:

Das Virus verschärft die soziale Lage für viele Menschen, sagt SPD-Politiker Karl Lauterbach – und zitiert damit Camus. Arbeitslosigkeit, Geldsorgen und schlechte Wohnverhältnisse zählen demnach zu den Faktoren, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken. Denn: Armut und schlechte Gesundheit hängen häufig zusammen.

EIN GERÜCHT

Brigitte Lawson

Wie alles **anfang**, wissen wir heute nicht mehr. Allerdings wirkt ein Gerücht nach.

Im März 2021 hatte ein Beitrag in der Boulevardblatt „Bild“ [bundesweit für Diskussionen gesorgt](#). Der Grund: Das Blatt hatte angebliche Aussagen von Lothar Wieler, Präsident des Robert Koch-Instituts, sowie die eines Chefarztes zitiert. Demnach hätten bis zu 90 Prozent der Covid-Intensivpatient*innen einen „Migrationshintergrund.“ Sowohl Wieler als auch der Chefarzt [widersprachen umgehend](#). Das Gerücht, Migrant*innen würden sich nicht impfen lassen, hält sich seitdem hartnäckig.

Der Winter ist wieder da – und mit ihm die gleichen Fragen: Was ist geblieben und wie geht es weiter? Was muss künftig besser gemacht werden?

Migrant*innenorganisationen, NeMO-Verbünde und Haupt- sowie Ehrenamtliche haben längst an unterschiedlichen Orten rasch bedarfsorientierte Aktivitäten konzipiert und umgesetzt. Sie haben diese Tätigkeiten zum Teil vor Ort für die Öffentlichkeitsarbeit genutzt. Der Wunsch, Migrant*innenorganisationen mögen aktiver in den Communities sein, ist längst Realität.

In unseren Reihen befindet sich das Haus der Kulturen Braunschweig e. V. Es hat eine spannende Audio-Aufklärung zum Thema in 20 Sprachen zur Verwendung im NeMO-Netzwerk erstellt. Die Ton-Dateien in 20 Sprachen sind auf der Homepage des Haus der Kulturen Braunschweig e. V. zu hören – und stehen auch als Download bereit.

In Kooperation mit medizinischen Akteur*innen in Saarbrücken startete Hausafrika e. V. eine Impfkampagne und eröffnete eine Impfstation. In Kooperation mit medizinischen Akteur*innen in Saarbrücken startete Hausafrika e. V. eine Impfkampagne und eröffnete eine Impf-Station.

Neben der Corona-spezifischen Fokussierung richtet das NeMO-Netzwerk seinen Blick auch in andere Richtungen. Es fragt sich zugleich, ob eine globale und gerechte Gesundheit eine Illusion oder Vision ist? Und: Welche Kontinuitäten von Kolonialismus und Rassismus werden im europäischen Blick und die Communities in der Corona-Krise fortgesetzt?



© CC Flickr1, Stop Asia Hate Victoria Pickering



Auch der Verein Cagintua e. V. berichtet regelmäßig in Sendungen des Refugee Radio Potsdam über das Leben der Geflüchteten unter Corona-Bedingungen in Gemeinschaftsunterkünften.

EIN GERÜCHT WIDERLEGT

Brigitte Lawson

Bremen ist im Umgang mit Coronaimpfungen anders vorgegangen und erfolgreich: Die Hansestadt weist eine Impfquote von 87 Prozent vor, die höchste bundesweit. Um dies zu erreichen, habe die Gesundheitsverwaltung die Leute da abgeholt, wo sie sind, so der Leiter der Bremer Impfzentren, Kay Bultmann³. Beispielsweise sei man mit mehrsprachigen mobilen Impfteams zu den Menschen bzw. an ihren Treffpunkten gefahren.

Eine aktuelle Studie stellt nun klar: Die Impfbereitschaft bei Migrant*innen war höher als bei Menschen ohne Migrationsbiografie. Die Herkunft der Menschen ist indes nicht entscheidend für ihre Impfbereitschaft. Vielmehr **waren Sprachbarrieren häufig die Ursache für eine Impfskepsis.**⁴

Für das Covid-19-Monitoring (Covimo) des Robert Koch-Instituts wird die Bevölkerung Deutschlands regelmäßig zu Themen rund um die Covid-19-Impfung befragt. Für die veröffentlichte neunte Erhebung wurden 1.000 Menschen mit und 1.000 Menschen ohne Einwanderungsgeschichte interviewt.⁵ **Von den Menschen mit Migrationsgeschichte gaben demnach etwa 84 Prozent an, mindestens einmal geimpft zu sein.**

³ <https://www.migazin.de/2022/02/04/corona-studie-impfbereitschaft-migranten-deutschen/> und <https://www.stern.de/politik/deutschland/impfkampagne-bremen--darum-ist-sie-so-erfolgreich-31567500.html>

⁴ Quelle: <https://www.migazin.de/2022/02/04/corona-studie-impfbereitschaft-migranten-deutschen/>

Die Impfquote für die Bevölkerungsgruppe ohne Migrationsgeschichte lag bei etwa 92 Prozent. In der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen lag in beiden Gruppen die Impfquote mit knapp 93 Prozent gleich hoch. Am wenigsten waren in beiden Gruppen die 30- bis 39-Jährigen geimpft. „Je besser die Deutschkenntnisse eingeschätzt werden, desto höher ist die Impfquote“, sagte RKI-Wissenschaftlerin Elisa Wulkotte.

So gaben von den Befragten mit Deutsch als Muttersprache oder sehr guten Deutschkenntnissen etwa 92 Prozent an, mindestens einmal geimpft zu sein. Bei den Befragten mit mittelmäßigen Deutschkenntnissen lag die Quote bei 83 Prozent, bei denen mit sehr schlechten Deutschkenntnissen bei 75 Prozent.

Der „Migrationshintergrund“ von Menschen spielt laut einer aktuellen Studie des Robert Koch-Instituts (RKI) für die Impfbereitschaft nur eine untergeordnete Rolle. **Vielmehr treffe dies auf sozioökonomische Merkmale wie Bildung, Einkommen, Alter und Sprachbarrieren zu,** bekräftigt Gesundheitswissenschaftlerin Elisa Wulkotte. Die durchschnittliche Impfbereitschaft der Befragten mit Migrationsgeschichte, die noch keine Impfungen erhalten haben, war dabei signifikant höher als in der Gruppe ohne Migrationsgeschichte, so Wulkotte weiter.

⁵ Weitere Informationen unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/COVIMO_Reports/covimo_studie_bericht_9.pdf?__blob=publicationFile



© CC Flickr, Marathon Berlin, Michele Meloni

**MEGATREND GESUNDHEIT
GESUNDHEIT IST NICHT
ALLES, ABER OHNE GESUND-
HEIT IST ALLES NICHTS**

Zugleich waren **Falschinformationen – beispielsweise zu den angeblichen Langzeitfolgen der Impfung mit Unfruchtbarkeit und Impotenz – unter den Befragten mit Migrationsgeschichte stärker verbreitet.**

In diesem Zusammenhang wurde eine Befragung zur Mediennutzung und zum Informationsverhalten während der Corona-Krise durchgeführt. Befragt wurden Personen mit und ohne Migrationsgeschichte. Der Forschungsbericht zeigt, dass Personen mit Migrationsgeschichte im Vergleich zu Personen aus der Dominanzgesellschaft solche Falschinformationen deutlich stärker bezogen, vor allem über Social Media- und Internetplattformen. **Da es hierzulande zu wenig seriöse Informationsangebote in anderen Sprachen gebe, würden viele bei ihrer Suche nach Informationen auf Internetseiten ihrer Herkunftsländer landen.**

Schwierige Suche nach Informationen

Die Bielefelder Gesundheitswissenschaftlerin Doris Schaeffer fordert deshalb und zukünftig mehr zielgruppenspezifische Aufklärung: „**Wir müssen viel mehr mehrsprachige Informationen bereitstellen – auf Flyern, Plakaten oder in den sozialen Medien**“, so Prof. Dr. D. Schaeffer. **Hinzu komme bei Ärzt*innen-Besuchen die Schwierigkeit, deren Fachbegriffe zu verstehen – ein Problem, was nicht nur Nicht-Muttersprachler*innen haben, betont Schaeffer.**

**MEGA
TREND
GESUND
HEIT**



COVID-19 does not discriminate.

Coronavirus can infect anyone, of any age.

ARMUT UND SCHLECHTE GESUNDHEIT HÄNGEN HÄUFIG ZUSAMMEN

Brigitte Lawson

In welche Familie ein Kind geboren wird, wo es aufwächst und zur Schule geht, was es später mal verdient: All das beeinflusst die Gesundheit ein Leben lang – und sogar den Tod.

Im Fernsehbeitrag „Plan B: Gesundheit für alle: Amsterdam: Damit Armut nicht krank macht“ vom 03.09.2022 zeigen Marijke Engel, Jana Kalms und Detlev Konnerth, dass Armut und schlechte Gesundheit häufig zusammenhängen. Eine Studie des Robert Koch Instituts von 2019 belegt, dass 13 Prozent der Frauen und 27 Prozent der Männer aus der niedrigsten Einkommensgruppe vor Vollendung des 65. Lebensjahres sterben. In der höchsten Einkommensgruppe sind dies 8 Prozent der Frauen und 14 Prozent der Männer.

Frauen mit niedrigem Einkommen leben laut einer Studie des Robert Koch-Instituts also fast viereinhalb Jahre kürzer als Gutverdiener*innen, arme Männer sterben sogar knapp neun Jahre früher als reiche.

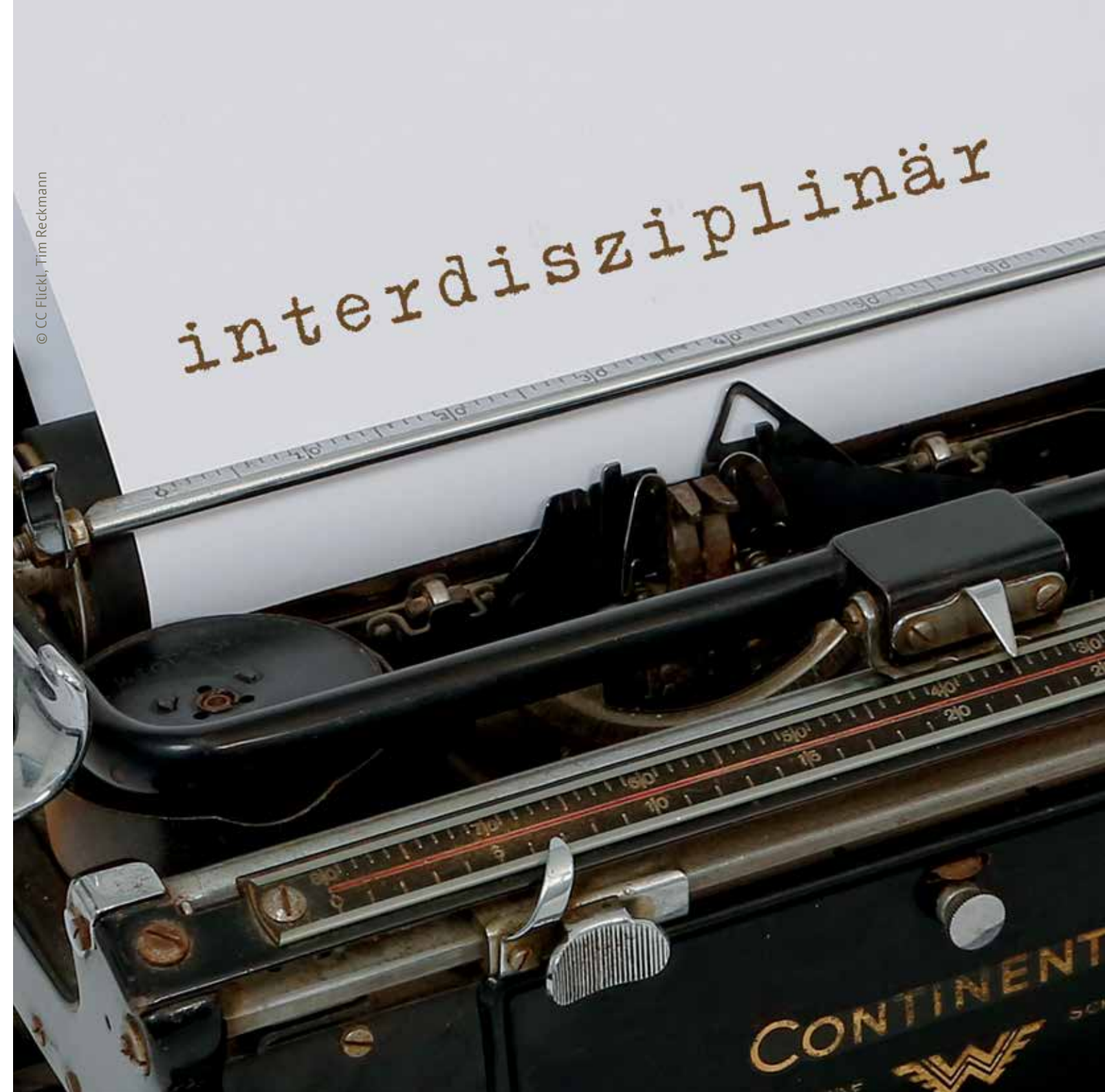
Laut dem „Paritätischen Armutsbericht 2022“ des Paritätischen Gesamtverbands leben in Deutschland 13,8 Millionen Menschen in Armut. Wie viel mehr Menschen durch die Folgen von Inflation und Krieg unter Armut leiden werden, kann niemand exakt vorhersagen. In jedem Fall aber werden die Folgen Generationen von Menschen belasten. Denn Armut ist eines der größten Krankheitsrisiken.

Beispiel Pandemie: Laut RKI war die Zahl der mit Covid assoziierten Sterbefälle in der zweiten Welle in sozial benachteiligten Regionen 150 % höher als in wohlhabenden – wobei Einflüsse wie Altersstruktur oder Bevölkerungsdichten bereits herausgerechnet sind.

Es ist die sozioökonomische Benachteiligung, die einen signifikanten Einfluss auf die Sterberaten hat. Grundsätzlich manifestiert sich Armut gesundheitlich auf verschiedenen Wegen. Zum einen leiden Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status häufiger an Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Krankheiten oder Krebs. Sie sterben auch früher: 13 Prozent der Frauen und 27 Prozent der Männer aus der untersten Einkommensgruppe werden laut RKI keine 65 Jahre alt. In der höchsten Einkommensgruppe sind es 8 Prozent der Frauen und 14 Prozent der Männer. Frühe Armutserfahrungen können bei Kindern lebenslange Beeinträchtigungen der Konzentration, des Gedächtnisses und des Lernverhaltens bewirken. Aber auch die Krankheiten selbst laufen bei sozioökonomisch schlechter gestellten Menschen schlimmer ab. Ihr Zugang zu Gesundheitsaufklärung ist eingeschränkt – und damit ihr Wissen um Gesundheit und Krankheit. Außerdem erfahren sie genau wie andere marginalisierte Gruppen im Gesundheitssystem Stigmatisierung und Diskriminierung. So weisen zum Beispiel die Krankheitsverläufe von Diabetes Typ 1 oder Brustkrebs soziale Muster auf“, so Gilda Sahebi, Ärztin und Journalistin.⁶

Doch es gibt Wege, diese Zusammenhänge zu durchbrechen. Ärzt*innen und Sozialarbeiter*innen, Pflegekräfte und Therapeut*innen kämpfen an unterschiedlichen Orten für ein gemeinsames Ziel: Gesundheit für alle – unabhängig von Einkommen, Herkunft und Bildung!

⁶ Gilda Sahebi (2022): „Folgen von Inflation und Krieg – Krankheitsrisiko Armut“ in taz am 01.08.2022. Gilda Sahebi: Ausgebildet als Ärztin und Politikwissenschaftlerin, dann den Weg in den Journalismus gefunden. Beschäftigt sich mit Rassismus, Antisemitismus, Medizin und Wissenschaft, Naher Osten.





© CC www.genderspectrum.vice.com

Für diesen ersten Newsletter 2023 des Bundesverbands NeMO sprachen wir mit Maïmouna Ouattara, Vorstandsmitglied von moveGLOBAL e. V., über einen besseren Schutz für marginalisierte und vulnerable Gruppen. Wir befragten weiterhin Shao-Xi Lu und João Lukoki vom Gesundheits-Kollektiv Berlin-Neukölln zum Thema partizipative und kollaborative Gesundheitsvorsorge – sowie darüber, wie sich der Zusammenhang zwischen [Armut](#) und schlechter Gesundheit aufbrechen lässt.

„Unsere Idee ist, dass man ein soziales Stadtteilzentrum mit einem Gesundheitszentrum verbindet“, erklärt Eva Weirich. Zusammen mit 25 Mitstreitenden aus verschiedenen Disziplinen hat die Gesundheitswissenschaftlerin ein Kollektiv gegründet, ein GesundheitsKollektiv Berlin-Neukölln.⁷

Der Ansatz: nicht nur Medikamente verschreiben, sondern die gesamte Lebenssituation in die Therapie einbeziehen. Dabei arbeiten die Ärzt*innen eng mit Psychotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen und Pädagog*innen zusammen. Kommt der Bluthochdruck vielleicht von Problemen mit dem Vermieter? Oder verursachen Konflikte in der Familie die chronischen Kopfschmerzen? Neben medizinischer Versorgung bietet das Stadtteil-Gesundheitszentrum Hilfestellungen im Alltag. Lesen Sie dazu in diesem Dossier unser Interview mit Shao-Xi Lu aus dem Neuköllner GesundheitsKollektiv von Seite 17 bis 25.

⁷ www.geko-berlin.de



© CC Flickr, Friends of Europe
Tamsin Rose

„Im Jahr 1998 verabschiedete die Weltgemeinschaft das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle!“ für das 21. Jahrhundert. Drei zentrale Grundwerte wurden damals genannt: **„Gesundheit als ein fundamentales Menschenrecht, gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität im Handeln zwischen den Ländern und innerhalb der Länder sowie Partizipation und Rechenschaftspflicht des einzelnen wie auch von Gruppen, Institutionen und Gemeinschaften in Hinsicht auf eine kontinuierliche gesundheitliche Entwicklung.“**

Eine der vier Hauptstrategien für die Entwicklung von Maßnahmen fordert beispielsweise einen partizipativen Gesundheitsentwicklungsprozess, der für die Gesundheit relevante Partner*innen auf allen Ebenen miteinbezieht – zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz, in der örtlichen Gemeinde und auf Landesebene. Ein solcher Entwicklungsprozess müsse einen kooperativen Ansatz bei der Entscheidungsfindung, Umsetzung und Rechenschaft fördern.

Dabei gilt es zu klären: Inwiefern wird diese Strategie in der lokalen Gesundheitsförderung und Prävention heutzutage bereits berücksichtigt? Ähnlich wie im Medizinstudium oder im Lehramtsstudium stellt sich auch hier die Frage, wie das Thema Diversität im Rahmen eines Medizinstudiums Raum findet beziehungsweise überhaupt angesprochen wird. Die aktuellen Entwicklungen rund um Covid-19 haben uns deutlich vor Augen geführt, wie eng die oben genannten Aspekte miteinander verbunden sind. Sie zeigen uns, dass eine enge Zusammenarbeit der Akteur*innen im Gesundheitswesen unabdingbar ist.



© Alina Louis

Maïmouna Ouattara

Vorstandsmitglied von moveGLOBAL

„Gesundheit für alle!“ ist der Slogan bzw. das Mantra vieler Länder, internationaler, nationaler sowie lokaler Organisationen. Sie alle verbindet ein hohes Ziel: Von Kreuzberg bis New York wird Gesundheit für alle ermöglicht. Unsere Gesundheitsversorgung muss definitiv diverser werden. Wir alle müssen dazu beitragen, dass Diversität kein Lippenbekenntnis bleibt“, so Maïmouna Ouattara.⁸

⁸ NeMO-Praxishandbuch Konstruktiv handeln in der Migrationsgesellschaft (2022): Seite 77 unter https://wirsind-viele.de/fileadmin/user_upload/22_06_22_Praxis-handbuch_Webversion.pdf

GESUNDHEIT: „DISKRIMINIERT GRUPPEN BRAUCHEN BESSEREN SCHUTZ VOR CORONA“

Ein Interview mit Maïmouna Ouattara

Atahan Demirel (AD): Wie wirkt sich aus Ihrer Sicht Rassismus in der Gesundheit aus?

Maïmouna Ouattara (MO): Ich finde diese Aussage aus der Zeitschrift *impulse*⁹ fasst das Problem gut zusammen: „Rassismus fängt bei Diagnosen in Lehrbüchern an, die sich nur auf weiße Haut beziehen, geht über in Diskriminierungspraktiken in vielfältigen Teams bis hin zu großen Zugangsbarrieren bei der Anerkennung von Abschlüssen für Professionelle aus anderen Staaten.“ Es geht nicht allein darum, dass eine Person im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung diskriminiert wird, es geht auch um die Frage, wie die Vielfalt der Bevölkerung in der medizinischen Ausbildung berücksichtigt wird? Wie sieht der Zugang aller zu gesundheitlichen Angeboten aus? Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist zum Beispiel für Asylsuchende durch das Asylbewerberleistungsgesetz (insb. §4 und §6) geregelt. Das bedeutet trotzdem nicht, dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen nicht eingeschränkt und mit bürokratischen Hürden verbunden ist.

Aufgrund ihrer Fluchterfahrung und ihrer ungewissen Lebenssituation haben Asylsuchende und Geflüchtete mit gesundheitlichen Belastungen zu tun. Es ist sehr schwierig und problematisch für diese Menschen, wenn der Zugang zum Gesundheitssystem ihnen viele Hürden bereithält. Eine Frage, die sich auch aufdrängt: Wie durchlässig ist das Medizinstudium bzw. das Gesundheitssystem für Ärzt*innen mit Migrationsgeschichte? Darüber hinaus ist die Folge des Rassismus auf die Gesundheit von Menschen, die Rassismus erfahren, nicht außer Acht zu lassen. Bei einer im Jahr 2015 veröffentlichten Metaanalyse (Paradies et al. 2015¹⁰) von 293 Studien aus verschiedenen Ländern, haben die Autor*innen eine Korrelation zwischen Rassismus und einem

schlechteren Gesundheitszustand signifikant festgestellt. Die Autor*innen berichten darin sogar, dass es Hinweise dafür gibt, dass Rassismus sich offenbar doppelt so stark auf die psychische Gesundheit auswirkt – zum Beispiel bei Suizidgedanken, Suizidplanung und -versuchen wie auch bei posttraumatischer Belastungsstörung. Das sollten wir nicht aus dem Blick verlieren.

AD: Wo liegen genau die systemischen Probleme?

MO: Viele Menschen, die Rassismus erfahren, melden diese Vorfälle nicht oder erkennen erst später, dass ihr gesundheitlicher Zustand auf Rassismus zurückzuführen ist. Gibt es außer der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) überhaupt Beschwerdestellen in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen? Wie werden rassistische Vorfälle im Gesundheitswesen dokumentiert? Im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie habe ich viele Beiträge über soziale Determinanten von Gesundheit gehört und gelesen. Die WHO hat vor mehreren Jahren mit einer Kampagne die Aufmerksamkeit der politischen Entscheidungsträger*innen auf die Aspekte der sozialen Bestimmungsfaktoren von Gesundheit bzw. sozialen Determinanten der Gesundheit in den Fokus gerückt. Es wurde auch eine WHO-Kommission zu den sozialen Determinanten der Gesundheit im Jahr 2005 eingesetzt. Die Kommission hat drei Jahre lang einen globalen Konsultationsprozess organisiert und Evidenzen für die Auswirkungen sozialer Determinanten auf die Gesundheit zusammengetragen.

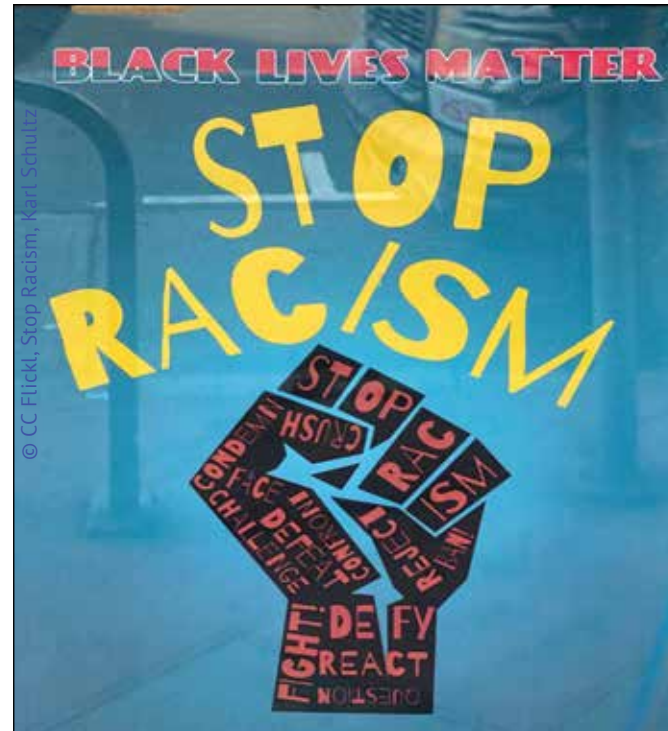
⁹ <https://www.gesundheit-nds.de/fileadmin/Publikationen/Impulse/impulse-nr110-web.pdf>, zuletzt aufgerufen 26.10.2022 um 22.00 Uhr

¹⁰ Yin Paradies, Jehonathan Ben, Nida Denson, Amanuel Elias, Naomi Priest, Alex Pieterse, Arpana Gupta, Margaret Kelaher, Gilbert Gee. Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>

Im Jahr 2008 veröffentlichte sie ihren Abschlussbericht hierzu. Der Zusammenhang von sozialen Determinanten und gesundheitlicher Versorgung wurde in diesem Bericht bestätigt – und Handlungsempfehlungen wurden ausgesprochen. Warum führe ich dieses Beispiel an? Rassismus ist eine soziale Determinante von Gesundheit. Wenn wir heute zum Thema Rassismus im Gesundheitssystem hierzulande recherchieren, ist die Datenlage sehr dürrig. Die Grundlage der Diskussion über Rassismus im Gesundheitswesen fußt oft auf Erfahrungsberichten. Diese bilden jedoch keine eindeutigen wissenschaftlichen Erkenntnisse, um dies als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen zu nehmen. Allerdings gibt es in kleinen Schritten Bewegung in den Diskursen; zum Beispiel durch den Afrozensus¹¹ oder eine geplante Studie des Antidiskriminierungsstelle des Bundes.

AD: Welche Folgen hatte Corona in diesem Kontext auf die bereits bestehende prekäre Lage?

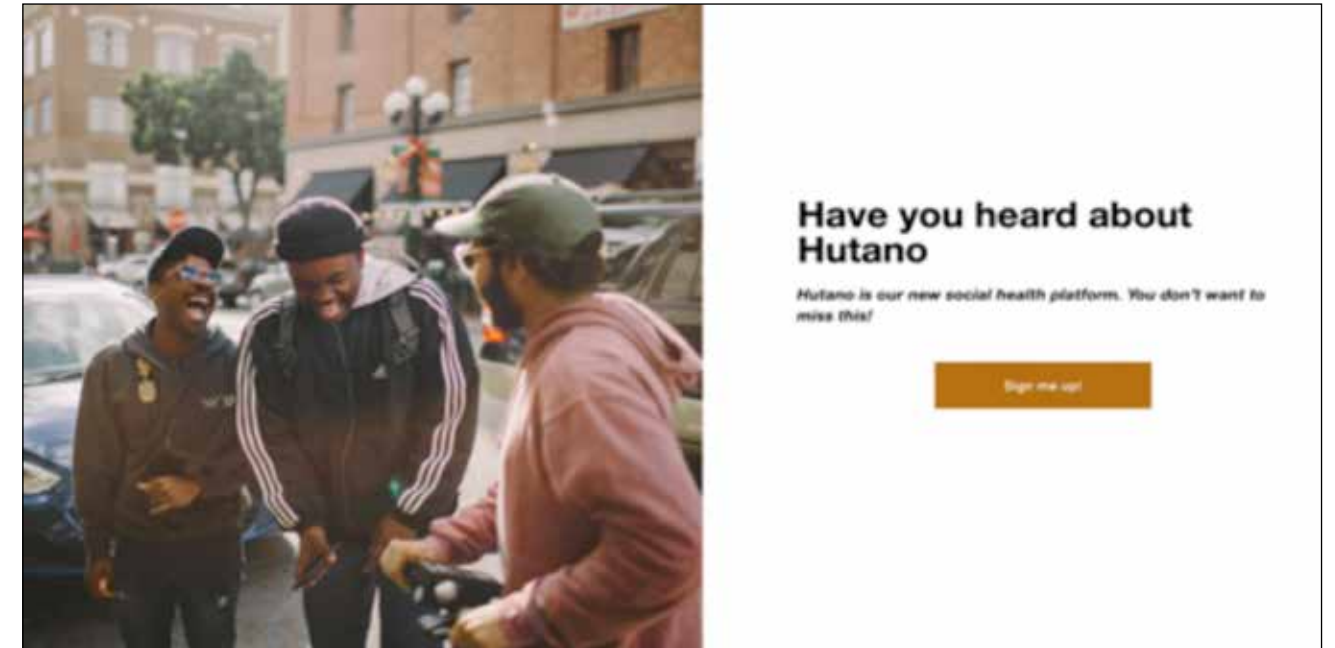
MO: Uns allen sind die Berichte über Anfeindungen von Menschen mit asiatischer Migrationsgeschichte bekannt. Viele Menschen müssen sich Beschimpfungen in der Öffentlichkeit wie „Corona Chinese“, „Virus“ oder Aussagen wie „Da, Corona kommt“¹² anhören. Etliche Studien zeigen auch, dass der Gesundheitszustand von PoC durch die Covid-19-Pandemie verschärft wird. Die Pandemie hat strukturelle Ungleichbehandlungen wie beengte Wohnverhältnisse zum Beispiel für Menschen mit Fluchterfahrung, die in Gemeinschaftsunterkünften leben, mit geringerem sozioökonomischer Status, schlechten Arbeitsbedingungen ohne ausreichende Möglichkeiten zu „Social Distancing“ verstärkt. Mehr noch, sie hat Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem und Risiken für eine COVID-19-Erkrankung sichtbar gemacht.



Rassismus ist der Elefant im Raum. Oft sind die Strukturen das Problem und nicht unbedingt die Einstellung des Einzelnen. Es gibt zweifellos Menschen mit rassistischen Einstellungen, wie die Erfahrungsberichte zeigen. Uns allen geht es darum, Strukturen, die Rassismen fördern, aufzubrechen und Menschen nicht an den Pranger zu stellen. Wir müssen über dieses Thema sprechen und einen Schutzraum für Menschen, die Rassismus erfahren, bieten.

¹¹ <https://afrozensus.de/>

¹² Erfahrungsberichte



AD: Welche Verantwortung haben Bildungseinrichtungen bei der medizinischen Ausbildung?

MO: Wenn ein Hautarzt oder eine Hautärztin mir sagt, dass er oder sie keine Erfahrung mit meiner Hautfarbe hat, dann frage ich mich, wo solche Themen in der medizinischen Ausbildung vorkommen. Ich glaube, dass es wichtig ist, Themen wie diversitätsorientierte medizinische Versorgung und Diagnostik in das Curriculum zu integrieren. Die Universität Köln hat zum Beispiel das Thema „kultursensibler Umgang mit Patient*innen“ als verbindlichen Teil des Studiums eingebaut. Es ist auch interessant zu sehen, wie in anderen Ländern das Thema diversitätsorientierte Gesundheitsversorgung gehandhabt wird. Ich finde, ein Projekt aus England mit dem Titel *Black and Brown Skin – Mind the gap*¹³ zum Beispiel sehr interessant.

Bildungseinrichtungen legen die Grundlage für die medizinische Ausbildung vor. Die aktuellen gesellschaftlichen Verhältnisse müssen Platz für dieses Grundrecht und wesentliche Inhalte in der Ausbildung finden. Bildungseinrichtungen müssen progressiv sein und sich auch mit dem Thema „Umgang mit Rassismen und rassistischer Sprache“ in Vorlesungen und Seminaren auseinandersetzen.

¹³ <https://www.blackandbrownskin.co.uk/mindthegap>



AD: Meine letzte Frage – Wie könnten Ihrer Meinung nach Sprachbarrieren überwunden werden?

MO: Die Sprache bildet auch eine Zugangsbarriere zum Gesundheitssystem. Die Kommunikation zwischen Ärzt*innen- bzw. dem medizinischen Personal und den Patient*innen – ist wichtig. Das gilt insbesondere dann, wenn es darum geht, eine gute Behandlung, Beratung, Aufklärung und Anweisung für den einzelnen Menschen zu gewährleisten. Genau hier müssen wir Wege zur Verständigung finden. Konkret heißt das: Studierende der Medizin, Ärzt*innen und Fachexpert*innen, müssen ihr Handeln hinterfragen und sich fragen, wie sie mit Deutschlernenden in ihrer Praxis umgehen? Wie können sie diesen Menschen helfen? Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) fordert ein Anrecht auf einen*eine* Dolmetscher*in und die Abrechnung dieser Sprachvermittlung über die Gesetzlichen Krankenkassen. Ärzt*innen können zwar bislang Patient*innen darum bitten, eine*n Sprachmittler*in zu ihrem Termin in die Arztpraxis mitzubringen., Aber es gibt keine Garantie dafür, dass die jeweilige Begleitperson auch wirklich gut fachlich dolmetschen kann. Die Aufbereitung von gesundheitsbezogenen Hinweisen und Informationen in unterschiedlichen Formaten und Sprachen in den Quartieren wie auch im Kiez wäre auch einen Weg, Sprach- und Zugangsbarrieren abzubauen.

Geko

Stadtteil-Gesundheits-Zentrum
Neukölln

Geko - Euer Stadtteil- Gesundheits-Zentrum in Neukölln

Hier findet ihr verschiedene Angebote rund um
Gesundheit - und darüber hinaus.

Allgemeinmedizinische und kindermedizinische
Praxen, Beratung, Selbsthilfe, Austausch und
ein Café, alles unter einem Dach.

Leicht zugänglich, mehrsprachig und kostenlos.

www.geko-berlin.de

Das Geko als städteübergreifende Bewegung hat ein Stadtteilgesundheitszentrum in Nord-Neukölln gebaut. Es entwickelt Angebote, die den Bedarfen der Kiezbewohner*innen entspricht. Seitens der Migrant*innenorganisationen wurde die Bitte um die Beachtung der Repräsentanz und Diversität bei den Angeboten sowie im Geko-Team eingebracht.

Um einem ganzheitlichen Ansatz gerecht zu werden, können zum Beispiel Migrant*innenorganisationen Sozialberatung oder Antidiskriminierungsberatung im Zentrum anbieten, lautet eine weitere dringliche Empfehlung. Das Geko denkt auch über die Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung auch von Geflüchteten mit.

GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM KIEZ

Im Gespräch mit Shao-Xi Lu und João Lukoki

Im zweiten Interview haben wir mit Mitarbeitenden und Aktivist*innen des Gesundheitskollektivs Berlin-Neukölln¹⁴ (kurz Geko) gesprochen:

Shao-Xi Lu weist in unserem Gespräch darauf hin, dass Städte und Gemeinden, die den Zusammenhang zwischen Armut und schlechter Gesundheit aufbrechen wollen, seit einigen Jahren nach Amsterdam schauen. Denn dort wird ein vielversprechender Ansatz verfolgt: Als das „Amsterdam Healthy Weight Programme“¹⁵ im Jahr 2012 im Stadtrat verabschiedet wurde, geschah das einstimmig. Die Stadträt*innen hatten Übergewicht, insbesondere bei Kindern, als Epidemie eingestuft. Und sie waren entschlossen, dem Problem entschlossen entgegenzutreten.

Shao-Xi Lu (SX L) nahm uns auf ein Beratungsgespräch im Stadtteil mit. Am Ende der Beratung – zurück auf dem Gelände von Geko in der „Café Praxis“ – durfte ich (Brigitte Lawson) einige weitere Fragen stellen.

João Lukoki (JL), Mitarbeitender im Café des Geko, setzte sich dazu. Brigitte Lawson (BL): Shao-Xi, João, wir sind nun in Eurer Café Praxis und möchten Geschichten über Menschen hinter dem Geko, über euch und über eure Arbeit während der Pandemie hier im Quartier erfahren. Wie geht es euch?

SX L: Es gibt tatsächlich eine Zeit vor Corona. Eine Zeit, in der wir das Geko mit allen Bereichen dezentral aufgebaut haben bis jetzt wo alle an einem Ort sind. Zum Beispiel hat jetzt auch die „Café Praxis“ mit Empowerment - Ansatz inzwischen geöffnet. Ursprünglich bin ich Physiotherapeutin und Gesundheitswissenschaftlerin.

JL: Ich bin João Lukoki und hier seit sechs Monaten im Cafébereich. Ich komme eigentlich aus einem anderen Bereich, habe Handwerk gelernt, bin Tischler und Tourismuskaufmann.

SX L: Die Corona-Zeit war eine sehr aufregende Zeit für uns alle. Damals hatten wir noch gar nicht das Zentrum. Es ist erst seit Januar dieses Jahres eröffnet. Die Bausteine vom Geko sind zum einen die Aufklärung, als Brücke zu Institutionen sowie zu den Communities, andererseits. In der Stadtteilarbeit kamen unterschiedliche Themen auf: Migrant*innen würden sich angeblich nicht so viel impfen lassen. Migrant*innen, blablabla. In unserer Arbeit wollten wir dem nachgehen – und haben daher die Träger, mit denen wir bereits gearbeitet haben, befragt. Wir sind zu den Migrant*innenorganisationen gegangen. Wir wollten schauen, wie diese arbeiten, was ihre Bedarfe sind, was sie interessiert. Wir haben dann zusammen mit ihnen über das Thema Corona geredet, gemeinsam Aufklärungsarbeit gemacht – aber auch gemerkt, was für eine krasse Arbeit eigentlich dort in den Communities bereits umgesetzt wird. Solche Erzählungen sind überhaupt nicht sichtbar, vor allem nicht in den Medien. Es wurde ja eher sehr negativ über Vieles hier berichtet, obwohl gerade in den Stadtteilen, in Moscheen und auch Vereinen riesengroße Hilfe in den verschiedenen Communities geleistet wurde.



Shao-Xi Lu ist seit sechs Jahren beim Gesundheitskollektiv tätig. Sie gestaltet dort die mobile Gesundheitsberatung im Kiez Flughafenstraße und in der Rollbergsiedlung sowie in unmittelbar angrenzenden Quartieren.

GeKo bietet ausführliche Beratungen rund um das Thema Gesundheit. In diesem Zusammenhang besucht Frau Lu Einrichtungen und andere Orte, wo Menschen zusammenkommen: etwa im Elterncafé in der Grundschule, beim Frauenfrühstück oder in der Moschee, in Lerngruppen, Bibliotheken oder an öffentlichen Plätzen.

Die Beratungen erfolgen durch Gesundheitsfachkräfte und Erfahrungsexpert*innen wie zum Beispiel Pflegefachkräfte, Ärzt*innen, Apotheker*innen, Physiotherapeut*innen oder Psycholog*innen. Eine Übersetzung in andere Sprachen kann dabei organisiert werden. Angebotene Themen sind zum Beispiel:

- Corona (Impfungen, Tests, Masken, psychische Belastungen)
- Depressionen
- ADHS bei Kindern und Erwachsenen
- Schmerzen
- Ernährung

Im Vordergrund steht der gemeinsame Austausch. Gesundheitsfachkräfte von GeKo bringen verschiedenes Wissen zusammen und unterstützen Ratsuchende darin, eigene Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen.

¹⁴ <https://geko-berlin.de>

¹⁵ <https://www.amsterdam.nl/sociaaldomein/aanpak-gezond-gewicht/amsterdam-healthy-weight-programme/>

Die Communities haben sozusagen das aufgefangen, was das Gesundheitssystem nicht leisten konnte. Zum Beispiel: die Übersetzung von Informationen. Aber auch den Zugang zu Impfungen, wenn jemand sich impfen lassen wollte. Und es gab viel nachbarschaftliche Hilfe. Wir haben dann versucht, hier eine Brücke zu bauen: zwischen den Institutionen, wie dem Gesundheitsamt und der Community. In den Communities fragten wir nach, was ihre Bedarfe waren, aber auch wie zum Beispiel Impfprogramme so angepasst werden können, dass sie gut angenommen werden.

JL: Geko ist nicht nur eine ärztliche Einrichtung, sondern auch ein nachbarschaftliches Café. Das kannte ich bis jetzt nicht so. Hier kommen Menschen, nicht nur wenn sie irgendwelche Schmerzen oder Beschwerden haben. Sie kommen auch einfach, um hier Kaffee zu trinken und sich zu unterhalten. Worüber man dann spricht? Zum Beispiel: Wenn jemand bei der Wohnungssuche nicht weiterweiß oder Wohnungsprobleme hat. Oder auch, wenn jemand auf der Suche nach einem Kitaplatz für sein Kind ist. Es ist uns bewusst: wir können hier durch unsere Arbeit den Leuten nicht alle Sorgen wegnehmen, das nicht. Wir versuchen so weit wie möglich, Menschen untereinander und mit anderen zu vernetzen. Denn manchmal wissen wir beim Geko beispielsweise von Leuten, die sich mit Kitaplätzen beschäftigen. Sie können wir wiederum an andere verweisen, bei denen sie sich als Ratsuchende melden können. Und das finde ich super. Gerade hier versuchen wir zumindest ein Netzwerk untereinander aufzubauen. Bald wollen wir bei uns im Café auch Schwarze Menschen empoweren – indem wir einen safe place ab November 2022 schaffen. Die Menschen können dann ihre innere Stärke aufbauen.

SX L: Ja, das beschreibt quasi, dass Menschen hier als Ganzes gesehen werden. Hier werden auch die Faktoren der Gesellschaft erkannt, die auf sie einwirken – wie Rassismus, Armut oder Bildung. Wir arbeiten dabei nicht alleine, sondern interdisziplinär mit anderen Akteur*innen zusammen. Netzwerke sind dabei total wichtig. Im Team versuchen wir, möglichst multidisziplinär, also mit unterschiedlichen Perspektiven aus unterschiedlichen Fachrichtungen, zu arbeiten.

BL: Wie genau macht ihr das, Shao-Xi? Wenn ich zu euch komme mit einem Problem und mit dir spreche, gehst du dann in dein Team und ihr besprecht das Ganze? Wie sieht euer Lösungsansatz, den ihr mir anbietet, aus?

SX L: Wenn eine Person zu einer Ärztin oder einem Arzt geht, könnte diese Person eine Schweigepflichtsentbindung unterschreiben. Im Anschluss darf die Ärztin mit der Psychologin oder dem Sozialarbeiter über die Patientin oder den Patienten sprechen. Auf diese Weise stimmt die Person zu, wer alles über sie sprechen darf. Natürlich nur, wenn die Person – du in dem Fall – möchtest, dass dein Gesundheitsproblem so behandelt wird. Das heißt, die Angebote, die wir machen, werden möglichst aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet. Damit verändern wir auch die Perspektive auf ein Problem oder auf den Menschen selbst.

BL: Wenn ihr jetzt auf eure Arbeit schaut: Wie würdet ihr heute nach zwei Jahren Pandemie Neukölln beschreiben? Was hat die Pandemie mit Neukölln gemacht? Wie geht es mit dem Kiez weiter? Was ist offengeblieben?



SX L: Ja, aktuell befinden wir uns natürlich mitten in der Ukraine-Krise. Es ist also noch eine Krise hinzugekommen.

JL: Ich glaube, das Problem ist dasselbe wie in anderen Stadtteilen: In Neukölln wird alles teurer. Diesen Trend hatte man auch schon vorhergesehen. Das Verdrängen der Arbeiterklasse zum Beispiel. Leute, die wenige Zugänge, also Möglichkeiten haben, für sie wird vieles immer weniger und schwieriger und prekärer. Ob es um die Wohnungssuche geht oder um andere Sachen. Der Stadtteil wächst und wächst, dabei erleben wir auch Gentrifizierung. Es ziehen immer mehr Menschen mit mehr bzw. besseren Einkommensmöglichkeiten hierher, sodass es immer schwieriger wird für Leute, die weniger haben.

BL: Wie passt das mit einem Gesundheitskollektiv mit interdisziplinärem Ansatz zusammen? Anscheinend wird die Pandemie nicht morgen vorbei sein und auch nicht im Jahr 2023. Was macht es mit den Menschen und wo stehen wir auf diese never ending Fahrt gerade? Es ist sozusagen eine Kumulation von komplexen Krisen in immer kürzer werdenden zeitlichen Intervallen. Wie halten diese Communities das alles aus?

SX L: Natürlich haben auch wir nur einen kleinen Einblick in die Community. Wir können nicht alles überblicken. Durch den Krieg in der Ukraine haben wir schon das Gefühl, dass große Belastungen herrschen. Das wird uns auch in sämtlichen Beratungsangeboten vor Ort rückgekoppelt. Die Communities kämpfen selber damit, die Träger, mit denen wir arbeiten, aber genauso. Weil Förderungen für Projekte vielleicht weniger gefördert werden, ja, weil generell einfach weniger Geld gegeben wird. Da herrscht aktuell eine große Ratlosigkeit – weil wir auch keine Lösung auf dieses Problem haben.

Wir hoffen, wenn das Empowerment zunimmt, dass wir dann irgendwie gemeinsam zumindest Räume schaffen können, wo sich Menschen treffen wo Menschen über ihre Probleme miteinander sprechen und sich austauschen können.

JL: Ja! Auf jeden Fall. Das ist ein wichtiges Thema. Ich hab in den letzten beiden Jahren zum Beispiel erlebt, wie zwei Familien auseinandergegangen sind. Im Streit. Einfach so, weil sie nicht richtig beraten wurden. Und dann wurden sie in der Familie nacheinander krank. Das ging so weit, bis irgendwann mal das kleinste Kind, gerade mal drei Jahre alt, so schlimm krank war, dass alle quasi Panik bekommen haben. Dann auf einmal kamen die Fragen: Warum hast du nicht aufgepasst? Das ist deine Schuld! Gegenseitige Anschuldigungen. Das alles hat viel damit zu tun, dass die Zugänge und Informationen, die diesen Familien fehlen, schlichtweg nicht vorhanden sind. Einige Familien kamen mit derartigen Problemen einfach nicht klar. Mittlerweile ist eine etwas andere Zeit angebrochen, in der wir uns quasi erstmal (wieder) erfinden müssen und dann einen (neuen) Weg zu bestreiten haben. Wir müssen uns jetzt Fragen stellen wie: Welche Projekte können wir in der Zukunft anstoßen?

SX L: Ganz genau. Durch das Schaffen von Gemeinschaft in den Communities wie auch hier, stellen wir wichtige soziale Weichen.

BL: Das Thema „Zugangsbarrieren“ würde ich gerne mit euch vertiefen. Die Problematik „Zugangsbarrieren im Gesundheitswesen“ bestand schon vor der Pandemie in eklatanter Form. Die Zugänge waren und sind nicht vorhanden. Familien personalisieren diese Probleme und

beschuldigen sich selbst. Doch es geht nicht um strukturelle Zugangsbarrieren. Es geht um Diskriminierung, auch im Gesundheitswesen. Welche Erfahrung machen Betroffene da und wie gehen sie damit um? Oder anders gefragt: Wie wirkt das Vorhandensein von Zugangsbarrieren auf die Gesundheit von Menschen, die zu euch kommen? Und welche Erfahrung macht ihr?

SX L: Ich bin mit meiner Arbeit im Stadtteil tätig, also im Außenbereich. Das heißt, diese Zugangsbarrieren werden uns kontinuierlich als Problem im Gesundheitssystem beschrieben. Beispielsweise durch Sprachbarrieren. Wir sind gerade dabei, Strukturen wie Kommunikationskanäle zu verändern. Wir wollen den Alpha - Siegel zu erwerben und übersetzten gerade unsere Internetseite in einfache Sprache. Diskriminierung im Gesundheitssystem ist ein akutes Problem, zumindest, soweit ich das mitkriege. Daher ist es wichtig, dies anzuerkennen und über sich selbst und sein Handeln zu reflektieren – ja, einen safe space anzubieten; einen Ort, wo sich Menschen zugehörig fühlen können. Und das verändert natürlich die komplette Zusammenarbeit mit den Menschen hier, wenn sie sich wirklich gesehen und weniger stark diskriminiert fühlen, wie das sonst im Gesundheitssystem üblich ist.

BL: Welche Pläne geht ihr als Kollektiv als nächstes an? Und wo seht ihr positive Entwicklungen, von denen ihr sagt, das ist gut und richtig, dass wir diesen Weg jetzt gehen?

JL: Also ich kann nur ganz kurz aus meiner Sicht schildern, was jetzt intern hier passiert. Die Entscheidungen, die getroffen worden sind, finde ich sinnvoll. Die Wege, die man hier bestreitet, halte ich für gewinnbringend, etwa im

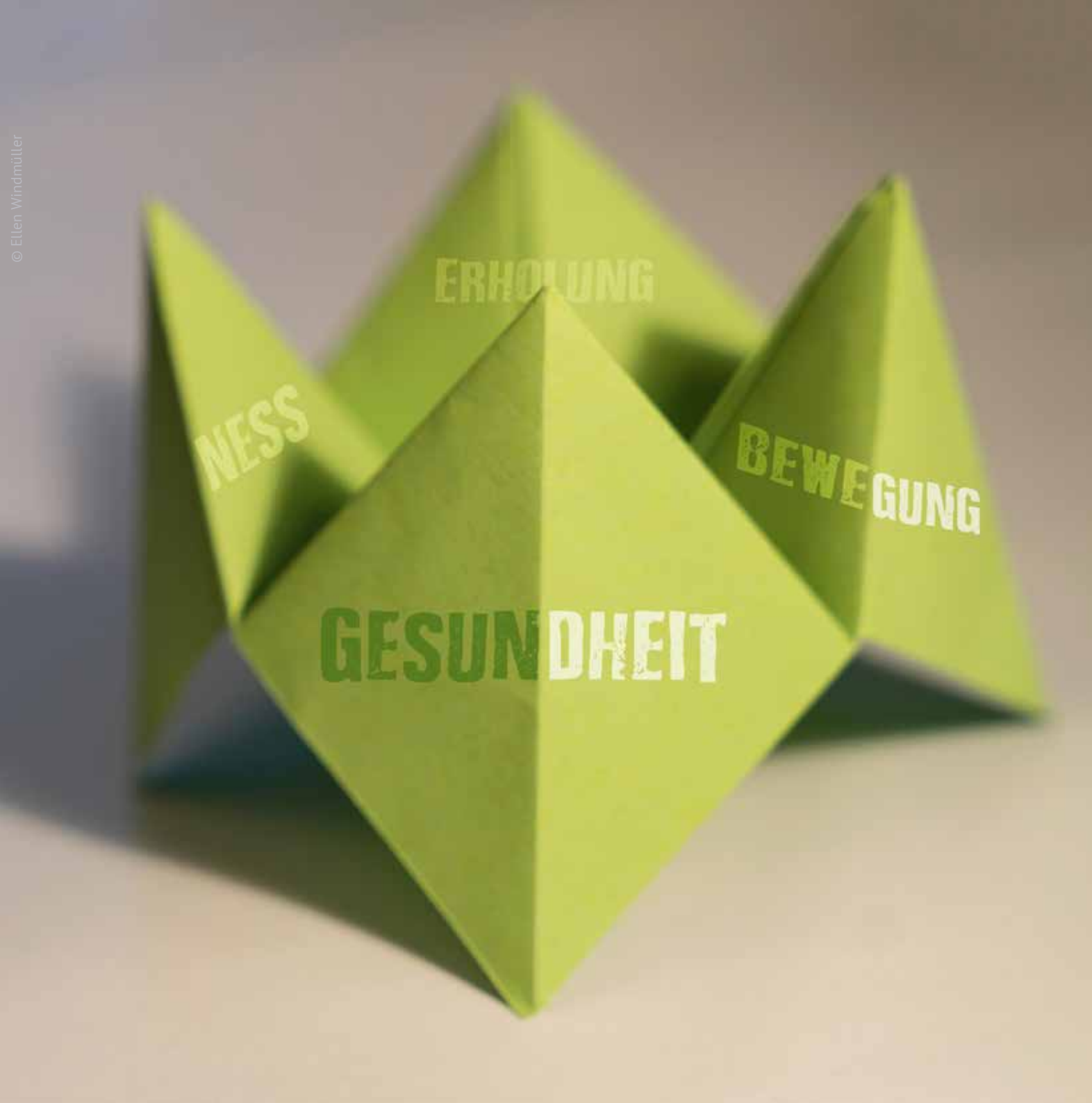
Bereich Personalwesen. Wir haben zum Beispiel hier eine gemischte Truppe von Menschen, die auch verschiedene Sprachen sprechen. Für mich persönlich ist es äußerst wichtig, auf Diversität zu achten –weil der Kampf gegen Rassismus uns alle etwas angeht.

SX L: Ja genau, also die rassistischen Strukturen sind nicht nur draußen, sondern natürlich auch bei uns zu finden. Das ist etwas, was wir in der nächsten Zeit vorhaben: die Gemeinschaft auch intern besser zu gestalten. In unserer Struktur sollten wir noch genauer darauf drauf achten und wir haben auch die Ressourcen dies zu tun. Wir sollten wirklich einen Zugang für alle anbieten, indem wir uns mit uns selbst auseinandersetzen. Der Prozess ist nicht einfach, aber er gehört dazu. Wir machen natürlich nicht alles perfekt, sondern können nur sagen, wir machen uns auf den Weg dahin. Dabei geben wir unser Bestes.

BL: Ich würde euch als ein lernendes Team beschreiben. Gehe ich da richtig in meiner Annahme? Dabei macht ihr regelmäßige Bestandsaufnahmen. Ihr geht eigentlich immer wieder in Klausur mit euch selbst, oder?

SX L: Genau, das ist auch eine Art der Evaluation. Es ist quasi auch im Rahmen der Forschung ein fester Bestandteil unseres Konzeptes, uns immer wieder anzupassen. Es geht ja auch nicht anders, wenn wir partizipativ arbeiten wollen. Dann müssen wir immer wieder unsere Vorhaben und das Zusammenwirken an sich verändernde Verhältnisse anpassen.

BL: Ein abgeschlossener Prozess, dessen Struktur an Ort und Stelle immer wieder angepasst, umgeschrieben und weitergeschrieben werden muss?



SX L: Ja, genau.

BL: Sehr schön.

BL: João, wie sieht deine Perspektive aus? Bezogen auf das, was Shao-Xi gerade sagt.

JL: Was auch wichtig ist: sich irgendwie verstanden zu fühlen. Bezogen auf uns in der Praxis finde ich gut, dass man schon erhört wird, also man spendet Zeit, um sich gegenseitig zuzuhören, was die Patient*innen quasi zu sagen haben. In manchen Praxen werden Menschen abgewiesen, weil sie ihre Versichertenkarte vergessen oder verloren haben. Und das obwohl sie ein Problem haben oder es ihnen nicht gut geht. Doch es gibt auch Praxen, da ist das anders: Man hört zu, wenn Kapazitäten vorhanden sind und es wird einem auch irgendwie geholfen. Es sind eben diese Unterschiede, die entscheidend sind. Im nächsten Schritt wollen wir schwarze Menschen empoweren. Das finde ich persönlich sehr wichtig. Und deswegen habe ich mich voll gefreut, dass es auch hier empowernde Räume geben wird. Um einfach auch einen Platz zu schaffen, wo jeder willkommen ist, und nicht nur bestimmte Leute. Wo jede*r sich wohlfühlen kann.

BL: Was geht dir im Augenblick durch den Kopf Shao-Xi? Du schaust nachdenklich.

SX L: Ja, ich stimme zu, es geht um genau das, was João so schön gesagt hat: sich selbst einzubringen. Ich versuche, meine eigenen Geschichten hier mit reinzubringen. Und das Ganze authentisch zu machen. Als BIPOC mit Übergewicht möchte ich mich als Person sehen, die sich hier wohlfühlt, in diesem System, das ist etwas super Wichtiges.

BL: Ihr habt gerade sehr anschaulich und Schritte für Schritt beschrieben, was das Gesundheitskollektiv ausmacht. Ihr habt über eure Rollenfunktion, aber auch Kompetenzen, Ressourcen, die Euch und andere Menschen zur Entfaltung bringen können, gesprochen. Es macht Spaß, euch dabei zuzuhören. Und ich frage mich nun, wie kann ich selbst solche Unterstützung erfahren? Gerade das Beispiel mit der Versichertenkarte ist dafür treffend ...

JL: Genau. Ja, wenn man die Sprache hierzulande nicht komplett beherrscht, ist man schnell raus. Es wird einem meistens auch gar nicht weitergeholfen. Anstelle wegzuschauen, schauen wir nach, ob man irgendwie vielleicht doch im Haus jemanden kennt, der irgendwie weiterhelfen kann. Bei uns hier gibt es die Möglichkeit, dass man doch irgendwie kurz nach oben läuft und da eine Übersetzung in einer Sache bekommt.

Das finde ich total gut. Natürlich kommt man auch an bestimmte Punkte, wo niemand einem helfen kann. Aber man versucht es – und das ist auf jeden Fall schon mal ein großer Schritt vorwärts.

BL: Gibt es ein Ziel, das ihr euch als Kollektiv und als Team gesetzt habt?

SX L: Wir sind aus unterschiedlichen Bereichen, deshalb glaube ich, dass wir mehr zusammenwachsen sollten. Wir waren, auch als Folge von Corona, viel im Homeoffice. Unser Zentrum war zersplittert. Nun sind wir eigentlich fast vollzählig und alle Bereiche sind jetzt wieder vor Ort. Wir müssen aber noch ein wenig zusammenwachsen. Ja, intensiver Interprofessionalität an den Tag legen.

DAS „CAFÉ PRAXIS“ GEKO-BERLIN STEHT FÜR ALLE OFFEN.



Georgina Espasa & Yvonne Kiefel (Koordination)
Fatma Adigüzel, João Lukoki, Susanne Ivi Hoffmann
und ehrenamtliche Mitarbeiter*innen

Es ist ein Ort für Begegnung und Information.

Wer auf den Ärzt*in/Arzt-Termin wartet, wird in der Zwischenzeit zum Beispiel über eine Beratung informiert. Es gibt dabei die Gelegenheit für kurze Gespräche. Die Kinder können sich mit Spielzeug vergnügen. Wer aber auch einfach sitzen will – findet Platz im Café. Hier gibt es offene Gruppen, zu denen jede*r ohne Anmeldung kommen kann. Zugleich finden regelmäßig Veranstaltungen zum Thema Gesundheit statt. Ankündigungen dazu hängen im Schaufenster vor Ort aus.

Weitere Informationen finden Sie unter
<https://geko-berlin.de/services/de/cafe/>
E-Mail: cafe@geko-berlin.de

Es gibt das Café, es gibt Ärzt*innenpraxen, es gibt Psychotherapie etc. Und das wollen wir jetzt weiter stärken.

JL: Ich sehe das genauso. Ich meine, es ist nie einfach, wenn Menschen zusammenkommen, weil jeder halt auch seine eigene Idee mit einbringen möchte. Deswegen sehe ich das als einen wunderbaren Lernprozess für mich an. Das Ziel ist, dass wir als Gemeinschaft zusammenbleiben. Dass man später auch noch zusammenhält.

Das wäre auf jeden Fall mein wichtigstes Ziel.

BL: Und dass das Café mit Empowerment-Ansatz weitergeht!

Ich danke Euch herzlich für das Gespräch!

ELTERN FRAGEN ELTERN

Gesundheitsförderung im Bildungswesen

Brigitte Lawson

Interessant im Zusammenhang unseres Leitthemas Gesundheit für alle ist auch ein Projekt, das vor kurzem auf operativer Ebene zu Ende gegangen ist: „Eltern fragen Eltern“ (ElfE). Gesundheitliche Chancengleichheit gemeinsam mit Kita-Familien zu erforschen und zu verbessern, war das übergreifende Ziel dieses partizipativen Forschungsprojektes. ElfE wurde von der Alice Salomon Hochschule Berlin (ASH) und der Arbeitsgemeinschaft **Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.** gemeinsam initiiert. **Es wurde in den Kommunen Berlin Marzahn-Hellersdorf und Lauchhammer sowie mit dem lokalen Netzwerk Gesunde Kinder als Kooperationspartner*innen umgesetzt – und in Kooperation mit dem Hellersdorfer Kinder-, Jugend- und Familienzentrum Haus „Aufwind“ der Jugendwerk Aufbau Ost JAO gGmbH weitergeführt. Im Zentrum stand die forschende Zusammenarbeit mit Eltern von Kindern im Kindergartenalter.**

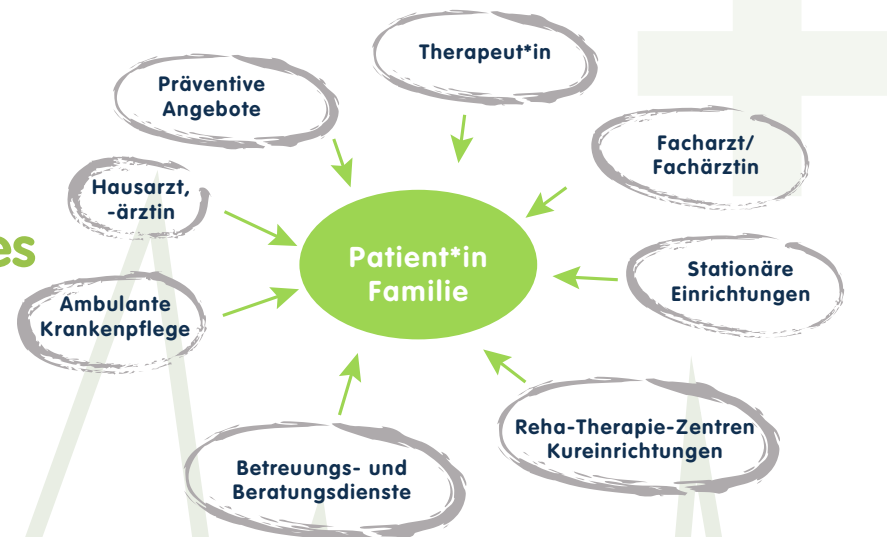
Kindertagesstätten stellen ein förderliches Umfeld für alle Kinder dar. Aus der Gesundheitsberichtserstattung ist bekannt, dass regelmäßig in den Einschulungsuntersuchungen Entwicklungsunterschiede festgestellt werden, die einen Zusammenhang mit der sozialen Lebenslage aufweisen. Hintergrundinformationen dazu wurden im Zuge einer **bezirklichen Recherche zu Kitas** zusammengetragen und flossen gemeinsam mit **Daten zur (frühkindlichen) Bildung und gesundheitlichen Ungleichheit sowie dem Berliner Bildungsprogramm (BBP)** in den Forschungsprozess ein.

Vor diesem Hintergrund war das übergreifende Ziel in beiden Förderphasen von Februar 2015 bis April 2021, **gesundheitliche Chancengleichheit gemeinsam mit „Kita-Familien“ im Kontext ihrer Lebenswelt zu erforschen und zu verbessern**. Dazu wurde der Peer-Forschungsansatz mit Eltern für die Weiterentwicklung Integrierter Kommunalen Strategien (IKS) genutzt. Eltern mit Kindern, die bereits die Kita besuchen oder künftig eine Betreuungseinrichtung nutzen wollen, wurden als Peer-Forschende eingebunden.

Die Weiterentwicklung von Strategien und der **Strukturaufbau für die regelmäßige Partizipation** von Eltern an bezirklichen Planungsprozessen standen im Mittelpunkt. Hierfür wurde ein **kompaktes community-basiertes Workshop-Modell** von acht Workshops unter dem Namen „ElsE: Eltern stärken Eltern“ mit den Peers und dem Kooperationspartner Jugendwerk Aufbau Ost gGmbH entwickelt und erprobt. Ziel war es, Eltern und Fachkräften eine regelmäßige Durchführung von Elternbeteiligung an kommunalen Planungsprozessen zu ermöglichen bzw. diese mit einzubeziehen.

Der Beitrag **„Partizipation im Setting Kita – wenn Eltern andere Eltern stärken“** berichtet detailliert von den ElsE-Workshops. Um die kommunale Verankerung von Partizipation an bezirklichen Planungs- und Entwicklungsprozessen zu stärken, wurde zudem ein **Handlungsleitfaden** unter dem Motto: „Partizipativ, kompakt, innovativ arbeiten“ entwickelt.

Interdisziplinäres Team



Die **Dialogformate** wurden **etabliert**, um die Ergebnisse der ElFe-Forschung aus der ersten Förderphase „in die Fläche“ zu bringen und zur Weiterentwicklung kommunaler und einrichtungsbezogener Strukturen zu nutzen.

Im Zuge von acht weiteren Workshops zur Entwicklung von Dialogformaten wurden in Zusammenarbeit mit den Peer-Forschenden und mit Kita-Fachkräften Produkte entwickelt, die das Gespräch zwischen Eltern und Fachkräften unterstützten: **Die Dialogkarten „Eltern, Erzieher*innen, Kinder: Wir wachsen zusammen“** sowie das aus der ersten Förderphase weiterentwickelte **Reflexionskartenset „Perspektivwechsel“**. In einem nächsten Schritt wurden die Kartensets und der Handlungsleitfaden an Akteur*innen (Kitas, Familienzentren) im Bezirk versandt. Zusätzlich wurden die Produkte im Format von Webseitenbeiträgen und Newsletter-Aussendungen an verschiedene Adressat*innen deutschlandweit kommuniziert.

Der gesamte ElSe-Prozess der zweiten Förderphase ist **hier** veranschaulicht. Weitere Informationen finden Sie unter <http://partkommplus.de/teilprojekte/elfe/>

Das oben beschriebene Partizipationsformat kann auch in der aktuellen Corona-Situation eingesetzt werden: Die Pandemie und die damit einhergehenden Infektionsschutzmaßnahmen haben viele bisher für selbstverständlich gehaltene Alltagsbereiche drastisch verändert. „Gesellschaftliche Ungleichheitsverhältnisse wurden verstärkt und soziale Spaltungen vergrößert. Bei aller Berechtigung des Handlungsdrucks der Politiker*innen haben gerade die neu entstandenen Herausforderungen durch die Pandemie für Eltern deutlich gemacht, dass die Einbeziehung

ihrer Perspektive in die Gestaltung von ungleichheits-sensiblen Maßnahmen unverzichtbar ist. Das Community-Konzept und die community-basierte Forschung können hierbei als Ansatzpunkt hilfreich sein.“, bilanzierten die Wissenschaftlerinnen Ina Schaefer und Gesine Bär von ASH.



www.empow-projekt.de

Über EMPOW

Das EMPOW-Projekt erforscht die gesundheitliche Situation geflüchteter Menschen in Deutschland und entwickelt Lösungen zur Gesundheitsförderung. Hierfür wird an drei Standorten (Berlin, Hannover, München) partizipativ geforscht. Das bedeutet, dass Menschen mit Fluchterfahrung mit Mitgliedern ihrer Community, Partner*innen aus der Praxis und Wissenschaftler*innen zusammen forschen und gleichberechtigt zusammenarbeiten. Durch das Einbeziehen lebensweltlicher Gemeinschaften (engl. communities) werden praktische Schritte unternommen, um Gesundheit zu fördern, Communities zu stärken und den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung zu verbessern.

Das Projekt ist an dem Institut für Soziologie der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) angebunden und wird von Prof. Dr. Hella von Unger geleitet. Neben dem LMU-Team sind zudem Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens und der Zivilgesellschaft als Partner*innen beteiligt (GEDA e.V. in Berlin, Refugio in München und die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. in Hannover).



Das Projekt wird von einem Beirat begleitet, bestehend aus: Angela Kühner (IU Internationale Hochschule), Anja Dieterich (Khsb Berlin), Annette Korntheuer (Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt), Claudia Santos-Hoevenier (Robert Koch-Institut), Herwig Reiber (Deutsches Jugendinstitut), Matthias Weinzierl (Münchner und Bayerischer Flüchtlingsrat), Omer Quedraogo (Deutsche Aidshilfe) und Tanja Gangarova (DeZIM-Institut). Zudem wird das Projekt von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert und ist Teil einer größeren Forschungsgruppe (PH-LENS) zu Flucht und Gesundheit, die von Oliver Razum (Universität Bielefeld) koordiniert wird.



EMPOW-PROJEKT

Ein Beitrag von Brigitte Lawson

Im EMPOW-Projekt erforschen wiederum Menschen mit Fluchterfahrung, Partner*innen aus der Praxis und Wissenschaftler*innen partizipativ die gesundheitliche Situation geflüchteter Menschen an den drei Standorten Berlin, Hannover und München – und entwickeln Lösungen zur Gesundheitsförderung. Das EMPOW-Projekt ist Teil der Forschungsgruppe PH-LENS und wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert. Weiterführende Informationen lesen Sie unter www.empow-projekt.de.

GESPRÄCH ZUR ETHIK DER PARTIZIPATIVEN FORSCHUNG MIT GEFLÜCHTETEN

Ein Interview mit Rosaline M'Bayo

Der Bundesverband NeMO befragte **Rosaline M'Bayo** zur Ethik der partizipativen Forschung mit Geflüchteten und aus dem **Team EMPOW Berlin** mit **Stephen Amoah** zur strukturellen Einschränkung der Teilhabe von Geflüchteten.

Rosaline M'Bayo: „Ethik in der Forschung mit Migrant*innen spielt eine große Rolle, besonders wenn es geflüchtete Menschen betrifft. Es gibt unterschiedliche Perspektiven von Seiten der Forschenden und auch der geflüchteten Menschen. Wenn Geflüchtete an Forschung teilnehmen, wollen sie auch dass ihre Situation durch die Ergebnisse verbessert wird. Die Geflüchteten sollten einen direkten Nutzen haben und durch die Forschung nicht benachteiligt werden. Durch die Forschung erleben Geflüchtete Menschen Retraumatisierungen, z. B. durch die Erzählung von ihrer Geschichte. Es gibt auch fehlende Behandlungsmöglichkeiten, es ist auch schwer, Plätze für solche Therapien zu finden. Manchmal dauert es bis zu zwei Jahre. Die Sprache ist weiterhin ein Problem: Für junge Migrant*innen ist es eher einfacher als für ältere, für die mit mehr Bildung von zuhause einfacher als für die mit weniger. Andere Barrieren sind zum Beispiel die Diskriminierung, die den Zugang zur Gesundheit betrifft. Alles hängt vom Aufenthaltsstatus ab. Für Geflüchtete gibt es einen eingeschränkten Zugriff auf das Gesundheitssystem. Das sind alle Aspekte die zu betrachten sind. Wenn man Forschung mit Geflüchteten macht, soll man den Schaden begrenzen.“

Dr. Jérémy Geeraert, Forscher für Mobilität, Migration und räumliche Neuordnung, zeigt an Beispielen des *Medibüros Berlin*, wie sich struktureller Rassismus im Gesundheitssystem zeigt, wie er sich auf Betroffene auswirkt und welche zum Teil menschenrechtswidrigen Regelungen des Aufenthaltsrechts, der Migrations- und Asylpolitik dafür verantwortlich sind.

Hier die Webseite: www.medibuero.de

MEDIBÜRO BERLIN

NETZWERK FÜR DAS RECHT AUF GESUNDHEITSVERSORGUNG

ÜBER UNS KAMPAGNEN MITMACHEN HINTERGRUND PRESSE



WER WIR SIND

Das Medibüro Berlin existiert seit 1996 als selbst organisiertes, nichtstaatliches und spendenfinanziertes Projekt mit dem Ziel, die Gesundheitsversorgung von illegalisierten Geflüchteten und Migrant*innen zu verbessern.



© CC Flickr, week of science

DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN IM GESUNDHEITS- UND PFLEGEBEREICH

Brigitte Lawson

Das Covid-19-Monitoring (Covimo) des Robert Koch-Instituts hebt hervor, dass Diskriminierungserfahrungen im Gesundheits- und Pflegebereich, etwa wegen des Aussehens, des Akzents oder wegen Verständnisproblemen, eine Rolle bei einer erhöhten Zahl der migrantischen Sterbenden in der Corona-Pandemie spielt. Diese Problematik wurde im NeMO-Praxishandbuch *Konstruktiv Handeln in der Migrationsgesellschaft* aufgegriffen und am Beispiel der Beiträge von Prof. Dr. Theda Borde et al. „Umgang mit Diskriminierung und Rassismus im Gesundheitswesen – das Fortbildungsprojekt IPIKA in der Charité Universitätsmedizin Berlin“ sowie Gilda Sahebi „Rassismus im Gesundheitssystem: Schutzlos im geschützten Raum“ (Ersterscheinung des Artikels, in der taz am 06.03.2021) ausführlich dargelegt.¹⁹ In Deutschland

wächst seit einigen Jahren die Bereitschaft, über Rassismus zu sprechen – sowohl in der Politik als auch in der Gesellschaft insgesamt. Damit rückt zunehmend die Einstellung des Ausübenden in den Mittelpunkt der Diskussion und nicht die Andersartigkeit der Opfer, wie es Begriffe wie Ausländer- oder auch Fremdenfeindlichkeit suggerieren. Menschen mit Rassismuserfahrungen erleben in verschiedenen Situationen, dass sie als „Andere“ wahrgenommen werden.

Im Gesundheitswesen fängt Rassismus bei Diagnosen in Lehrbüchern an, die sich nur auf weiße Haut beziehen, geht über Diskriminierungspraktiken in Teams bis hin zu großen Zugangsbarrieren bei der Anerkennung von in Ausland erworbenen Abschlüssen für Professionelle.²⁰



Rassismus ist ein gesamtgesellschaftliches Problem, das sich auch im Gesundheitssystem äußert. Stereotype Annahmen, Vorurteile und Diskriminierungen können die Anamnese beeinflussen.

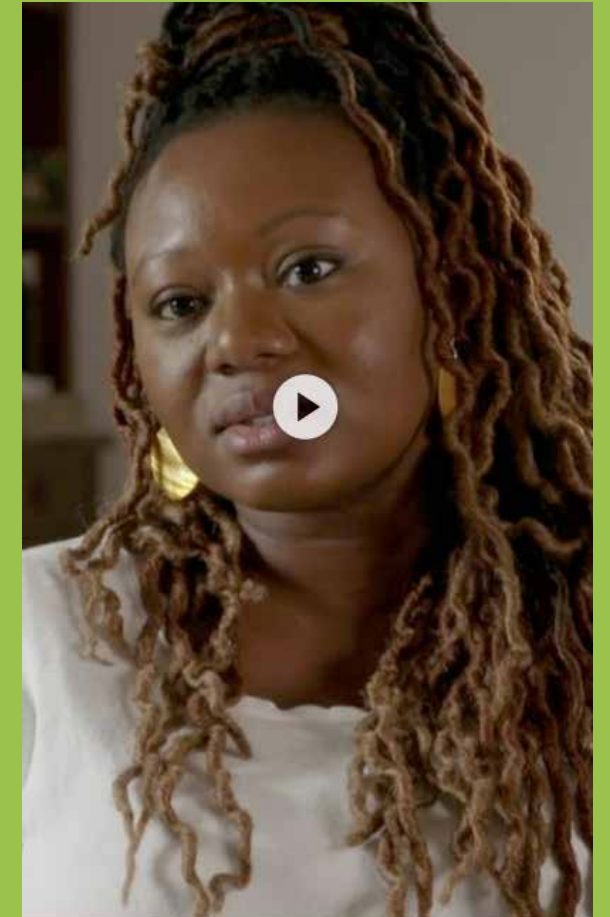
Aus Expert*inneninterviews geht hervor, dass sich Rassismus im Gesundheitssystem eher subtil äußert: beispielsweise in Form eines respektlosen Umgangs oder längerer Wartezeiten.

Mirrianne Mahn hat Rassismus im Krankenhaus erlebt. Sie berichtet, wie ihr ein Arzt aufgrund ihrer Hautfarbe mit Vorurteilen begegnet sei.

In Artikel 12 der UN-Frauenrechtskonvention sind die Maßnahmen zur Sicherung des gleichen Zugangs zu den Gesundheitsdiensten angesprochen. Damit werden die bereits mit der Ratifizierung des UN-Sozialpaktes übernommenen Verpflichtungen zur Gewährleistung des Rechts auf Gesundheit auf die Situation von Frauen angepasst.

Die Vertragsstaaten sind hiernach verpflichtet, für angemessene und erforderlichenfalls unentgeltliche Betreuung der Frau während Schwangerschaft, Entbindung und Stillzeit zu sorgen. Entsprechende Vorschriften finden sich in Deutschland insbesondere im Mutterschutzgesetz.

<https://www.zdf.de/nachrichten/video/panorama-rassismus-medizin-100.html>



Mirrianne Mahn erlebt Rassismus als sie im Krankenhaus ist. Es fällt auf, dass bestimmte Patientengruppen weniger ernst genommen werden. Das Problem dahinter ist gerade in der Medizin gravierend, da wirkliche Problemfälle nicht erkannt werden.

Artikel 12

1. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau im Bereich des Gesundheitswesens, um der Frau gleichberechtigt mit dem Mann Zugang zu den Gesundheitsdiensten, einschließlich derjenigen im Zusammenhang mit der Familienplanung, zu gewährleisten.

2. Unbeschadet des Absatzes 1 sorgen die Vertragsstaaten für angemessene und erforderlichenfalls unentgeltliche Betreuung der Frau während der Schwangerschaft sowie während und nach der Entbindung und für eine ausreichende Ernährung während der Schwangerschaft und der Stillzeit.

Quelle: <https://www.frauenrechtskonvention.de/diskriminierung-im-gesundheitswesen-23574/>

Das Heft Nr. 3 aus dem Jahre 2020 des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte „Gesundheit braucht Politik“ widmet sich der Kritik des Rassismus im Gesundheitswesen und beginnt mit einem „Text der Gruppe Kritische Medizin München, der die Funktionen und Wirkungen rassistischer Kategorisierung erfassen will;

dazu bedarf es einer gesellschaftskritischen Perspektive und eines Verständnisses für den historischen Kontext und die Rolle der Wissenschaft. In Deutschland werden bislang keine geeigneten Daten zur Messung von rassistischer Diskriminierung erhoben, im medizinischen Alltag hingegen werden Personen vom Gesundheitspersonal willkürlich fremdkategorisiert. Regina Brunnett diskutiert in diesem Heft dieses Problem mit einem Blick auf die internationale wissenschaftliche Public Health Forschung und Literatur; es bleibe zu klären, in welchem Verhältnis Rassismus und andere Achsen der Ungleichheit zueinanderstehen. Kritischer Gesundheitswissenschaft käme damit die Aufgabe zu, die kritische Perspektive in doppelter Weise auf Gesundheit bzw. die gesundheitliche Lage und auf soziale Herrschaftsverhältnisse als gesellschaftliche Verhältnisse zu beziehen. Cevher Sat und Urs Mörke diskutieren mit dem Begriff der epistemischen Gewalt den Zusammenhang von (wissenschaftlichem) Wissen und globalen Ungleichheits-, Macht- und Herrschaftsverhältnissen und damit auch die kolonialen Verstrickungen wissenschaftlicher Disziplinen. Bernhard Winter weist auf die Hessische Landesärztekammer, die sich schwer damit getan hat, den ersten Rassismusbeauftragten einer Ärzt*innenkammer in Deutschland zu benennen. Der Text von Dr. Amma Yeboah beschäftigt sich mit den Auswirkungen von Rassismus auf die psychische Gesundheit und diskutiert dabei auch die Frage nach dem Weißsein der Behandler*innen und deren Umgang damit.

Direkt im Anschluss daran stellt Anne-Sophie Windel Fragen an sich und den Text von Amma Yeboah aus der explizit subjektiven Perspektive einer weißen Ärztin: Es gibt viel zu wenige weiße Studierende, die das Wort ergreifen, wenn es in ihrem Umfeld (oder auch weiterweg)

rassistische Vorfälle oder Thesen gibt. Rassistische Strukturen werden so lange aufrechterhalten, solange man nichts aktiv dagegen unternimmt. Kurzum: Wir müssen Rassismus aktiv bekämpfen.“²¹

Wir empfehlen hierzu einige Artikel aus dem Heft:

- Regina Brunnett: Rassismus und Gesundheit
- Phil Dickel / Milli Schröder: Rassismus und Diskriminierung als Public Health Problem anerkennen!
- Jérémy Geeraert: Die Konstruktion von „minderwertigen Patientengruppen“
- Bernhard Winter: Hessische Ärztekammer benennt Rassismusbeauftragten
- Amma Yeboah: Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland
- Anne-Sophie Windel: Rassismus bei weißen Ärzt*innen und Patient*innen – offene Fragen und Gedanken nach dem Lesen von Amma Yeboahs Text

Zu sehen und hören sind außerdem:

- Diskriminierung von People of Colour in der Medizin
- „Aufgrund des Aussehens oder Namens von Patient*innen wird davon ausgegangen, dass die Menschen kein Deutsch sprechen. In den Unterlagen wird der Hinweis auf eine Sprachbarriere vermerkt. Ohne die Sachlage persönlich zu überprüfen, wird mit den Patient*innen automatisch lauter und künstlich „vereinfachtes“ Deutsch gesprochen. Sprachbarrieren können eine längere Wartezeit bedeuten und insgesamt weniger Aufmerksamkeit und Gründlichkeit bei der Behandlung die Konsequenzen sein.“

²¹ <https://gbp.vdaae.de/index.php/185-2020/2020-3/1251-gbp-3-2020-editorial>

²² Quelle: <https://www.ndr.de/ratgeber/gesundheit/Diskriminierung-von-People-of-Colour-in-der-Medizin,diskriminierung158.html>, Stand: 29.05.2022

²³ Ein Radiobeitrag des WDR „Es gibt ein Rassismusproblem im Gesundheitssystem“ vom 09.08.2022 um 17.33 Uhr unter <https://www1.wdr.de/nachrichten/rassismus-gesundheitswesen-100.html>

ETHIK SPIELT BEI JEDER FORSCHUNG EINE WICHTIGE ROLLE

Ein Interview mit Stephen Amoah

„Ethik spielt bei jeder Forschung vom Team EMPOW Berlin eine wichtige Rolle, vor allem, wenn man es mit einer gefährdeten Gruppe zu tun hat. Wenn man es mit einer schutzbedürftigen Gruppe zu tun hat, könnte die Tendenz bestehen, dass diese Gruppe, weil sie schutzbedürftig ist, benutzt oder missbraucht werden könnte, je nachdem, wie man es ausdrücken möchte. Bei der Schaffung dieses ethischen Rahmens stellen wir sicher, dass es Richtlinien für Forscher*innen gibt, die mit Geflüchteten oder Menschen ohne Dokumente arbeiten, damit sie verstehen, dass sie im Rahmen des Forschungsprojekts nicht benutzt oder überlastet werden. Wenn Sie es mit einem sensiblen Team zu tun haben, das sich mit ihrem Status auseinandersetzt, müssen Sie auch einen sicheren Raum für sie schaffen, in dem sie offen sprechen können.“

Empowerment bedeutet für so viele Menschen etwas anderes. Es hängt davon ab, wen Sie fragen, was es (Empowerment) bedeutet. Für die meisten Menschen ohne Dokumente und Geflüchtete bedeutet es, dass sie die Dokumente haben, um hier zu bleiben. Die meisten von ihnen sagen, dass sie auf die eine oder andere Weise empowered sind. Sie sind bereits empowered, aber es gibt

Schwachstellen, die sie daran hindern, die Ziele, die sie sich gesetzt haben, zu erreichen. Jemand, der beispielsweise aus Subsahara-Afrika kommt und die Wüste ohne Kompass oder ähnliches durchquert hat und es auch geschafft hat, das Meer zu überqueren, ist in gewisser Weise empowered, das zu tun. Aber wenn sie hierherkommen, werden sie aufgrund der Schwachstellen oder der Art und Weise, wie das System funktioniert, ihrer Macht beraubt, sie sind auf einen bestimmten Bereich beschränkt.“
(Übersetzung aus dem englischen Original)

„Ethics play an important role in any research and much more especially when you are dealing with a vulnerable group. When you deal with a vulnerable group there could be a tendency that this group because they are vulnerable, could be used or misused, it depends on which way you want to put it. In setting up we make sure there are guidelines in this ethic framework, between researchers working with them and also refugees or undocumented persons so that they understand so they are not (over) used or overworked in the research project. When you are dealing with a sensitive team, which has to do with their status, there is also a need to create a safe space for them where they can talk openly.“

FÖRDERUNG EINER GANZHEITLICHEN GESUNDHEITSVORSORGE

Brigitte Lawson

Die Förderung einer ganzheitlichen Gesundheitsvorsorge stellt ein genuines Tätigkeitsfeld sozialer Arbeit dar, oder? Spätestens in der Pandemie wurde deutlich, wie weitreichend die Praxis sozialer Arbeit auf die Gesundheit vulnerabler Bevölkerungsgruppen und gesundheitliche Chancengleichheit Einfluss nimmt. Diese Praxis ist „nah dran“ an den Menschen, im Quartier, der Schule und der Kommune. Viele der niedrigschwelligen Angebote sind jedoch in der Pandemie weggebrochen und das gerade zulasten derjenigen Bevölkerungsgruppen, die von den Folgen gesundheitlicher Ungleichheit in besonderem Maße betroffen sind.

Ein Beitrag der Forschung kommunaler Gesundheitsförderung (KGF) zeigt die Potenziale zur Erlangung gesundheitlicher Chancengleichheit auf. Für die erfolgreiche Umsetzung von KGF spielen interprofessionelle Kompetenzen und die Möglichkeiten zur Erreichung vulnerabler Adressat*innen eine große Rolle.

Unter den **Strategien und der theoretischen Modelle der kommunalen Gesundheitsförderung** befinden sich vier Aspekte²⁵, die wir hier besonders hervorheben möchten: **„Intersektorale Kooperationen“**: Die verschiedenen adressierten Aspekte der Gesundheit sowie der verschiedenen sozialen Determinanten

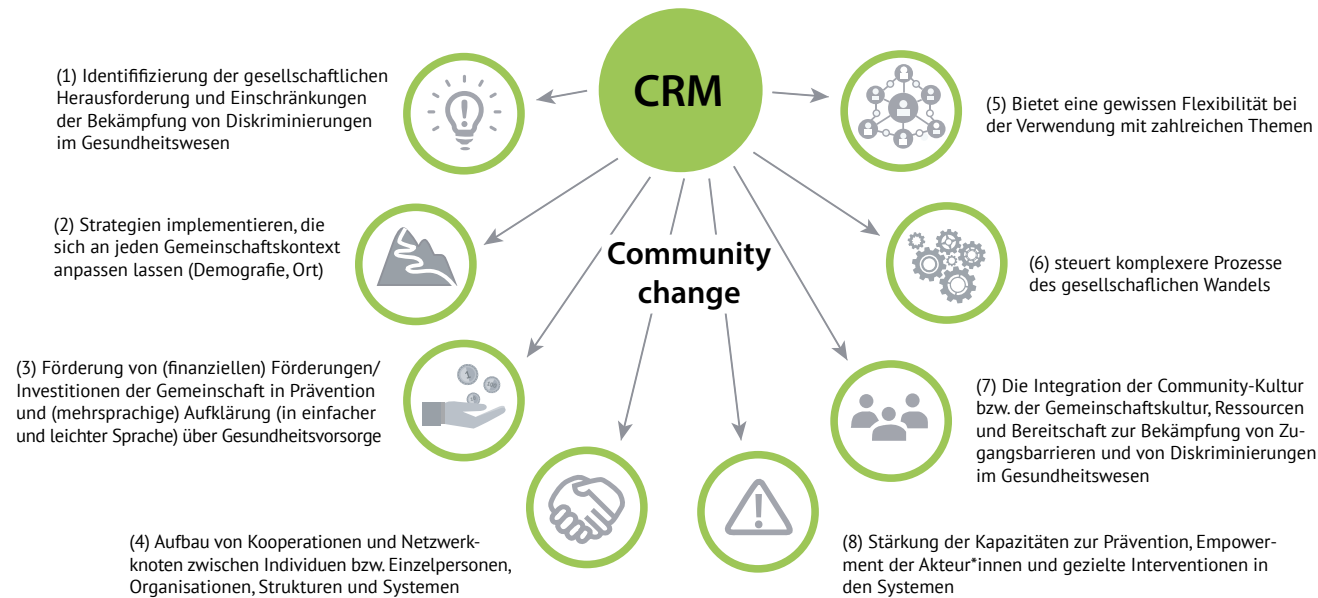
²⁵ <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/kommunale-gesundheitsfoerderung/>

erfordern das inter- und transdisziplinäre Zusammenwirken der Fachkräfte. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Strategie einer koordinierten intersektoralen Zusammenarbeit (Partnerschaften für Gesundheit) innerhalb der Kommunen, innerhalb der Berliner Bezirke zunehmend an Bedeutung (Walter & Volkenand 2017).

Capacity Building / Kapazitätsentwicklung / Strukturentwicklung: Dass Capacity Building eine der zentralen Strategien ist, konnten Quilling et al. (2022) in einem Scoping Review zur Evidenzlage kommunaler Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung zeigen. Die Weiterentwicklung von Wissen und Fähigkeiten kann z. B. durch das Einbeziehen, die Schulung, Ausstattung und Unterstützung von Ehrenamtlichen gelingen (Quilling et al. 2021b). Um Akteur*innen im Setting Kommune geeignete Rahmenbedingungen für ihr Handeln zu schaffen, eignet sich ebenfalls die Strategie der Strukturentwicklung (Kilian, Geene, Philippi & Walter 2004). Es müssen nachhaltige Strukturen verankert werden.

Partizipative Quartiersentwicklung: Der Settingansatz / Lebensweltansatz zielt auf das Empowerment der Adressat*innen ab. Eine zentrale Strategie dabei ist ihre partizipative, also die aktive Beteiligung.

Community Readiness Modell (CRM): Das CRM ist ein Stadienmodell, das die Handlungsbereitschaft von Kommunen im Hinblick auf ein (Gesundheits-)Problem erhebt. Das Vorgehen anhand dieses Modells hilft dabei, die Handlungsbereitschaft transparent zu machen und sie mittels der Stadien gezielt zu fördern. Zur Steigerung der Handlungsbereitschaft bedarf es dabei je nach Stadium individueller Maßnahmen (Gansefort, Peters & Brand 2020).“



Eine zentrale Frage unserer Zeit ist es, wie in unserer Gesellschaft kranke und hilfsbedürftige Menschen behandelt werden.

Diese Frage „sagt so viel mehr aus als nur darüber, wie das alles in der Praxis organisiert wird. Diese Frage bestimmt, ob wir Krankheit als etwas sehen, das verwaltet wird, das ein kaputter Teil des Körpers ist, der wie bei einem kaputten Auto repariert werden muss. Oder ob wir den erkrankten Menschen als ganzen sehen, der fühlt, der glaubt, und der emotional versorgt werden muss, während das „kaputte“ Teil repariert wird. Forschung für was?“ fragt Gilda Sahebi.²⁶

Gerechte Partnerschaften erfordern das Teilen von Macht, Ressourcen, Krediten, Netzwerken, Ergebnissen und Wissen sowie eine gegenseitige Wertschätzung der Kenntnisse und Fähigkeiten jeder/s Partnerin*/Partners* in jeder Phase des Projekts, einschließlich der Problemdefinition bzw. Problemauswahl, der Erstellung des Forschungsdesigns, der Forschungsdurchführung und der Interpretation der Ergebnisse und sowie des Festlegens, wie die Ergebnisse für die Maßnahmen verwendet werden sollen.

²⁶ Gilda Sahebi (2022): „Das System geht uns alle an“ in taz, 21.08.2022

AFRIKA IST KEIN TESTLABOR - KONTINUITÄTEN VON KOLONIALISMUS UND RASSISMUS IM EUROPÄISCHEN BLICK AUF AFRIKA IN DER CORONAKRISE

Ein Beitrag von NARUD e. V.

„Afrika ist kein Testlabor“, twitterte Didier Drogba, nachdem sich am 1. April auf dem französischen Fernsehsender LCI zwei Mediziner darüber ausgetauscht hatten, dass Impfstoffe gegen Corona doch prima in Afrika getestet werden könnten. Der Fußballstar von der Elfenbeinküste war nur eine von vielen Stimmen einer schnell entfalteten Empörungswelle, mit der sich die lebendigen afrikanischen Zivilgesellschaften sowie die afrikanischen Diasporen in Europa zur Wort meldeten und die Kontinuitäten von Kolonialismus und Rassismus anklagten, wie sie sich einmal mehr im Gespräch der beiden französischen Forscher geäußert hatten.

Jean-Paul Mira, Chefarzt an einem auch in der Forschung engagierten Pariser Krankenhaus, hatte in einer TV-Talkshow Camille Locht, Forschungsdirektor eines staatlichen Instituts, das für das Gesundheitsministerium zu einem Impfstoff gegen das Coronavirus forscht, gefragt: „Wenn ich provokativ sein würde – sollten wir diese Studie nicht auch in Afrika durchführen, wo es keine Masken, keine Behandlungen, keine Wiederbele-

bungsmethoden gibt?... So wie es auch bei einigen Studien zu Aids gemacht wurde. Bei Prostituierten kann man experimentieren, weil man weiß, dass sie besonders exponiert sind und sich nicht schützen.“ Damit bezog er sich auf HIV-Impfversuche, die an Prostituierten in Uganda und Südafrika durchgeführt worden waren. Der Forscher antwortete: „Sie haben recht, wir überlegen, eine parallele Studie in Afrika durchzuführen.“ Erst der schnell über die beiden in alter Kolonialherrenmentalität über Afrika parlierenden TV-Experten hereinbrechende Shitstorm musste sie belehren, dass Afrikaner*innen selbst dazu auch etwas zu sagen haben und dies sich in Zeiten globalisierter Social Media-Öffentlichkeiten auch schnell verbreitet: Kaum hatte der kenianische Blogger Bravin Yuri kommentiert: „Afrika hat die geringsten Zahlen von Covid-19-Infektionen und Toten weltweit. Und dennoch wollt ihr Impfstoffe in Afrika einführen, als wären wir Laborratten“, da entstand auch schon der Twitter-Hashtag #AfricansAreNotLabRats. Dort war z.B. zu lesen: „Wenn in Paris Bomben gezündet werden, zeigen wir alle Solidarität, obwohl sie umgekehrt

Afrikaner nicht als Menschen betrachten.“ Die Anti-Rassismus-Gruppe SOS Racisme forderte schließlich Frankreichs Medienaufsichtsbehörde auf, die Äußerungen formell zu verurteilen, was jedoch nicht geschah. Stattdessen wanden sich die beiden Mediziner zwischen Entschuldigungen und Erklärungen, sie seien missverstanden worden, hin und her.

KOLONIALE KONTINUITÄTEN BEI IMPF- UND MEDIKAMENTENTESTS IN AFRIKA

Doch die Sensibilität bei diesem Thema für die Kontinuitäten von Kolonialismus und Rassismus, die in vielen empörten Kommentaren zum Ausdruck gebracht wurde, ist leider allzu berechtigt - und nicht nur auf Frankreich bezogen. Derzeit hören wir in Deutschland ja fast täglich vom Robert-Koch-Institut. Doch wie wirkte der Namensgeber in Afrika? Robert Koch erforschte auf zwei Expeditionen Mittel gegen die Schlafkrankheit. Dies war eingebunden in die Aufgabe der Medizin im Kolonialismus, Gesundheitsfürsorge für Siedler, Kolonialbeamte und Militärs zu leisten und die Kolonien rentabel zu machen, indem man die Arbeitskraft der Kolonialuntertanen erhält. Dafür war Koch bereit, Mittel an Afrikaner*innen zu testen, deren schwere Nebenwirkungen bekannt waren. Zwar infizierte der Nobelpreisträger wohl nicht bewusst seine afrikanischen Versuchspersonen. Dies unterschied seine Tests noch von den späteren Menschenversuchen nationalsozialistischer Mediziner in deutschen KZs.

Doch die billigend in Kauf genommenen Nebenwirkungen bei bereits Erkrankten waren sehr schmerzhaft, dennoch wurden hohe Dosen verabreicht, die sogar oft zu Erblindungen der Testpersonen führten.

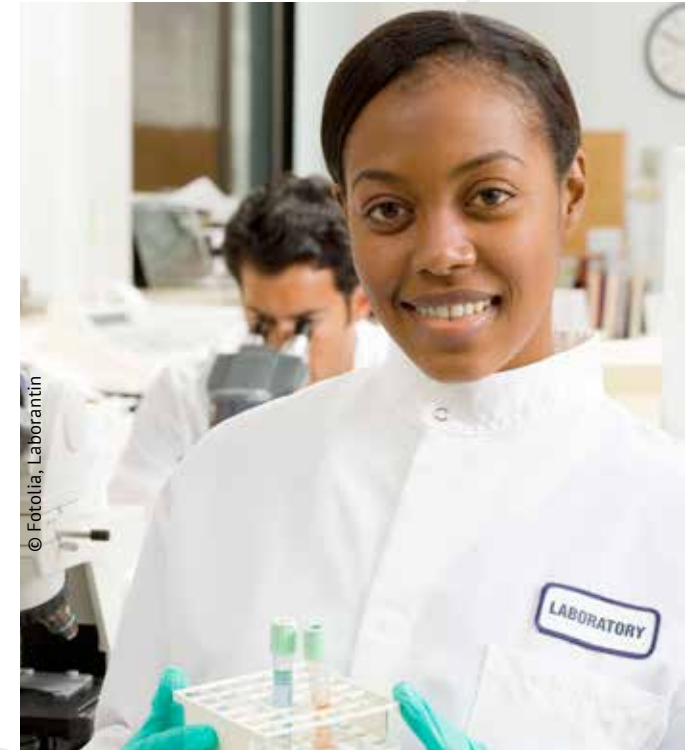
Außerdem wurde die Medizin zwangsweise verabreicht, wie der Kolonialismus-Experte Jürgen Zimmerer in einem Interview mit der Welt darstellte: „Dass die Kolonialherrschaft die Afrikanerinnen und Afrikaner nicht schützte, darin lag auf jeden Fall Rassismus.“ Denn solche Tests wären auch damals kaum in Deutschland an weißen Deutschen vollziehbar gewesen.

Dieses Beispiel ist leider kein Einzelfall und solche Praxen waren nicht nur auf die deutschen Kolonien und die Zeit der direkten Kolonialherrschaft begrenzt. Eine aktuelle Studie weist z.B. unethische klinische Versuche in den vier afrikanischen Ländern Ägypten, Kenia, Zimbabwe und Südafrika nach. Afrikaner*innen haben also allen Grund, höchst misstrauisch zu sein. Insbesondere, da sie in vielen autoritär regierten Ländern auch nicht ihren oft korrupten Regierungen trauen können, die meist ohne tatsächliche Dekolonisierung die schwachen kolonialen Institutionengefüge weitgehend übernommen haben, wodurch aus dem Kolonialismus stammende Abhängigkeiten bis heute reproduziert werden und Wertströme per saldo immer noch von Afrika in den Globalen Norden fließen.

AFRIKA WIDERSPRICHT IN DER CORONA-KRISE DEM EUROPÄISCHEN BLICK AUF AFRIKA

Afrika darf aber auch nicht auf Korruption, unfähige und schwache Regierungen und Elend reduziert werden. Der vielfache Aufschrei aus hoch sensiblen afrikanischen Zivilgesellschaften und Diasporen könnte Europäer*innen auch zeigen, dass in den meisten afrikanischen Ländern sehr lebendige, aktive und widerstandsfähige Zivilgesellschaften entstanden sind, die nicht bereit sind, alles mit sich machen zu lassen. Und sie sind erfahren darin, Aufgaben zu übernehmen, wo Regierungen versagen, wie die Aufstände im Sudan 2018 und 2019 mit starkem Protagonismus von Frauen und der Jugend zeigen. Vielmehr sollten Europäer*innen ihre eigenen Regierungen fragen, weswegen sie in vielen afrikanischen Ländern weiterhin korrupte Eliten unterstützen, die in ihrem Land erwirtschaftete sowie aus der Entwicklungszusammenarbeit bezogene Gelder über entwicklungshemmende ökonomische Regime der Enteignung wieder in den Werttransfer in den Globalen Norden umleiten, während z. B. öffentliche Gesundheitssysteme vernachlässigt werden.

Doch trotz dieser Schwierigkeiten muss zunächst festgehalten werden, dass die afrikanischen Länder bislang sehr erfolgreich die Ausbreitung der Corona-Pandemie auf ihrem Kontinent verhindert haben. Zum Beispiel haben afrikanische Länder



sehr schnell ihre Grenzen für die Einreisen von Europäer*innen geschlossen. Zwar ist der afrikanische Kontinent besonders verwundbar: Während das Verhältnis von Ärzt*innen zu Menschen in Europa durchschnittlich bei 1:300 liegt, kommen in Subsahara-Afrika etwa 5.000 Menschen auf eine*n Ärzt*in. Selbst Südafrika, in dem es ein halbwegs ausgebautes Gesundheitswesen gibt, verfügt nur über 3.000 Intensivbetten. Die Millionen Menschen, die in Elendsquartieren der Megastädte leben müssen oder gar in den vielen Flüchtlingslagern, haben wenig Möglichkeiten, Social Distancing einzuhalten.

Doch die afrikanischen Bevölkerungen wie auch ihre Regierungen haben viel Erfahrung im Umgang mit Epidemien und Katastrophen. Die jüngst relativ schnelle „Eindämmung von Ebola“ deutet auf ein effizientes Krisenmanagement in Staaten hin, die mit einem Bruchteil der Ressourcen arbeiten, die den Ländern des Westens zur Verfügung stehen. Und diese Eindämmung kam nicht vom Däumchendreher, wie Paul Dziedzic in der Analyse & Kritik bemerkte.

Als die Pandemie sich von China aus zu verbreiten begann, waren die westlichen Medien voll von Propheteien, dass als nächstes Afrika besonders schlimm betroffen sein werde. Der bislang nicht als Afrika-Experte aufgefallene neue Star-Virologe Christian Drosten warnte im Stern: „Die Menschen werden auf den Straßen sterben.“ Wie selbstverständlich wurde angenommen, dass Afrika nichts hinkriegen würde. Ebenso selbstverständlich scheint, wenn es um Afrika geht, dass jede*r mitreden kann und ‚Afrika‘ anscheinend ein einziges großes, unterschiedsloses Land sei. Doch die Bilder von überlasteten Krankenhäusern kamen bald aus Europa und den USA, die Horrormeldungen von zur Triage gezwungenen Ärzt*innen aus Italien und Spanien. Während der Britische Premierminister Boris Johnson und der US Präsident Donald Trump noch die „Grippe“ verharmlosten und wichtige Zeit zur Eindämmung verstreichen ließen, was ihre Länder mit vielen Toten (vor allem unter der armen, überproportional Schwarzen und Braunen Bevölkerung) bezahlen mussten, reagierten die afrikanischen Länder sehr schnell mit

strikten Einreisestopps und entschiedenen Maßnahmen trotz bislang sehr wenig Erkrankten auf dem afrikanischen Kontinent.

In Afrika scheint bis jetzt also einiges richtig gemacht worden zu sein, denn Corona verbreitete sich hier bislang viel langsamer als in Europa und den USA.

Doch wo blieben nun die anerkennenden Berichte in den westlichen Medien? Wäre es nicht an der Zeit, nun einmal differenzierter auf afrikanische Länder zu schauen und zu fragen: Was habt ihr richtig gemacht? Was können wir in Europa von eurer Erfahrung im Eindämmen von Epidemien lernen?

Doch positive Berichterstattung aus Afrika ist auch jetzt nirgendwo in den Massenmedien des Westens zu finden. Der rassistische, aus dem Kolonialismus stammende Blick, dass Afrika selbst nichts hinkriegt, ist dafür zu festgefahren. Die Stereotypen, mit denen in Afrika nur Elend und Korruption wahrgenommen werden, sind nicht nur eine gut verkäufliche Ware – Paul Dziedzic spricht von „Misery Porn“ – sie reproduzieren auch rassistische Ideologien: Die dauernde Wiederholung des immer gleichen Elends naturalisiert die weltweiten Ungleichheiten, und im schönen Schaudern über das gruselige Elend weit weg, nehmen die europäischen Subjekte sich selbstbestätigend als überlegen wahr. Da kann man sich sagen, uns geht’s doch noch gut, und damit die Hegemonie westlicher Gesellschaftssysteme und Regime bestätigen.

Diese Selbstbestätigungen lassen die eigenen Selbstbilder intakt, während sich auch im Westen die durch neoliberale Sparpolitiken arg angegriffenen Gesundheitssysteme angesichts der Pandemie als weitaus weniger intakt erweisen und die Sterblichkeitsraten in den Ländern besonders hoch sind, wo es in den letzten Jahren die meisten angeblich notwendigen Austeritätsprogramme oft Hand in Hand mit einer schleichenden Privatisierung des Gesundheitssektors gab.

Bilder von nigerianischen Ärzt*innen, die stolz vom erfolgreichen, im Umgang mit Epidemien erfahrungsgesättigten und durch eindrucksvolle Statistiken bestätigten Maßnahmenplan ihres Landes berichten, von dem Europa und die USA durchaus lernen könnten, würden diesen gewohnten und pauschalen Blick des Westens auf Afrika ebenso stören, wie Berichte über die vielen zivilgesellschaftlichen Initiativen, die in den meisten Ländern offenbar nicht unwirksame Aufklärungskampagnen starteten, oder gar über die Wissenschaftler*innen am Institut Pasteur in Dakar (Senegal), die an einem Covid19-Schnelltest arbeiten, der das Ergebnis in nur zehn Minuten liefern, nur einen US-Dollar kosten und auf dem ganzen Kontinent verteilt werden soll. Durchaus existierende Sicherheitsbestimmungen werden in fast allen Ländern Afrikas rund um die Uhr über TV, Radio und Social Media verbreitet, Regierungen ergreifen Maßnahmen und wo sie nicht greifen, werden sie von Initiativen aus den Zivilgesellschaften angepasst und ergänzt.

Jedoch gibt es auch zurückzuweisende repressive Maßnahmen gegen die Zivilbevölkerungen, wie z.B. in Kenia, wo es Anfang April mehrere Todesopfer durch Polizeigewalt inkl. Anwendung scharfer Munition gab. Während sich die deutsche Regierung dagegen sträubt, europäische Verantwortung mit gemeinsamen Euro-Bonds zur Minderung der ökonomischen Krisenfolgen zu übernehmen, bereitet die Regierung Ruandas Hilfen für andere afrikanische Länder vor, wenn diese Maßnahme auch von politischem Kalkül mitbestimmt ist.

Ja, es stimmt, afrikanische Länder sind besonders verwundbar und die Schlacht gegen die Epidemie ist auch in Afrika noch nicht geschlagen. Bei der enormen Bandbreite an besseren und schlechteren sozio-ökonomischen Bedingungen in afrikanischen Ländern und der enormen Größe des Kontinents ist schon davon auszugehen, dass es regional noch zu schlimmen Ausbrüchen kommen könnte. Aber die kolonialistische Annahme, Menschen auf den Straßen sterben zu lassen, hat wenig mit den Verhältnissen vor Ort zu tun. Dazu ist man auch in Afrika genau so wenig bereit, wie sich als „Laborratten“ missbrauchen zu lassen.

DIE KRISE ALS CHANCE?

Während kubanische Ärzt*innen Italien, Spanien und Frankreich solidarisch zu Hilfe eilen, um die schlimmen Folgen marode gesparter Gesundheitssysteme etwas zu lindern; während überproportional viele Menschen der afrikanischen Diasporen in den Krankenhäusern Europas überproportional prekär beschäftigt und miserabel bezahlt ihre Gesundheit riskieren, können sich Afrikaner*innen nun anschauen, wie Europa sich in der Krise das genehmigt, was afrikanischen Ländern auch in Situationen von Epidemien und Katastrophen immer im westlich dominierten internationale Finanzgefüge verwehrt wurde: Zwänge zur Schuldenrückzahlung oder Schuldenbremsen werden aufgegeben, ganze Industrien und Handelssektoren schuldenfinanziert gerettet, private Krankenhäuser in Spanien verstaatlicht oder wie in Italien unter staatliche Planung gestellt oder sogar Industriezweige vom Staat mit Produktionsquoten zur Herstellung in der Krise nötiger Produkte gezwungen.

Wie schon in der Krise nach den Bankenzusammenbrüchen in den USA 2008, die sich auf viele afrikanische Länder besonders verheerend und lange anhaltend auswirkte, muss nun erneut die kapitalistische Weltwirtschaft mit nicht-marktwirtschaftlichen Mitteln gerettet werden. Wird dies zu einer Abkehr von dem neoliberalen Universalpatentrezept – mehr Markt! – führen? Leider muss es skeptisch machen, wie schnell nach

den Rettungsaktionen in der Krise 2008 wieder zum neoliberalen business as usual übergegangen wurde und wie damals die afrikanischen Länder mit den Krisenfolgen allein gelassen wurden. Es ist zu befürchten, dass ein Globaler Norden, der selbst mit langanhaltenden ökonomischen und sozialen Krisenfolgen zu kämpfen haben wird, sich erst recht in seiner Selbstbezüglichkeit einrichtet, in dem Afrika immer noch weitgehend nur als kolonial geprägtes ideologisches Gegenbild vorkommt.

Dabei könnte die Krise auch zeigen, dass Weltprobleme wie Pandemien und die ökologische Krise nur international und solidarisch gelöst werden können. Dort hingegen, wo extreme Rechtspopulisten wie Trump, Bolsonaro oder Salvini regieren, versagt das Krisenmanagement.

So hatte die Partei Lega Nord Salvini in ihren besonders schlimm von der Pandemie betroffenen Hochburgen in Norditalien den privaten Gesundheitssektor jahrelang gehätschelt, den öffentlichen völlig vernachlässigt. Der Privatsektor stellt dort aber nicht einmal 8% der Intensivbetten. Deswegen müssen Ärzt*innen dort nun viele Schwerkranke dem sicheren Sterben überlassen. Dort zeigt sich nun nicht mehr nur vom Rassismus besonders betroffenen Menschen: Rechtspopulismus ist buchstäblich lebensgefährlich! Entscheidend wird jedoch sein, ob die demokratischen Gegenkräfte glaubwürdige und hegemoniefähige Anti-Krisenpolitiken entwickeln, die mit



Foto & Graffiti: Eme Freethinker

den notwendigen Transformationsperspektiven zu einer nachhaltigen Entwicklung verbunden sind. Damit muss jetzt dringend begonnen werden. Die afrikanischen Zivilgesellschaften und Diasporen sollten als Expert*innen auf nicht-paternalistische Weise einbezogen sein. Sonst gibt es die nächsten deutlichen und verdienten Wortmeldungen – wie im „Afrika ist kein Testlabor“-Shitstorm!

IST EINE GLOBALE UND GERECHTE GESUNDHEIT EINE ILLUSION ODER VISION?

Beitrag von Dr. Jos Schnurer

Die 1948 gegründete „World Health Organisation“ (WHO) beschreibt Gesundheit als einen „Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheiten oder Gebrechen.“ Ziel der WHO ist es, „einen möglichst guten Gesundheitszustand für alle Menschen ohne Unterschied der „Rasse“, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder gesellschaftlichen Stellung zu erreichen“. „Global Health“ als anzustrebende, humane und globale Herausforderung, gehört zu den Menschheitszielen, wie sie von den Vereinten Nationen als „Seventeen Goals“ propagiert werden.

In allen Bestandsaufnahmen zur Lage der Welt, angefangen von den Berichten an den Club of Rome, bis hin zu den Berichten der Weltkommissionen wird die existentielle, globale Bedeutung der Werte Menschenwürde, Freiheit und Gerechtigkeit mit den gesellschaftlichen und staatlichen Aufgaben einer Gesundheitspolitik verbunden. „Es geht nicht mehr nur um einzelne prioritäre Gesundheitsprobleme, sondern es gilt, in allen Ländern der Welt universell zugängliche Gesundheitssysteme aufzubauen.“ Durch die sich immer interdependenter und entgrenzender entwickelnde (Eine?) Welt erhält die Bedeutung von Public Health als bevölkerungs- und wohlstandsbezogene Aufgabe mit Global Health eine neue Dimension.

Die Gesundheitswissenschaftler Oliver Razum von der Universität Bielefeld, Hajo Zeeb von der Universität Bremen, Olaf Müller und Albrecht Jahn von der Heidelberger Ruprecht-Karls-Universität geben einen Sammelband heraus, in dem sie wissenschaftliche, interdisziplinäre Expert*innen und Fachleute aus internationalen Organisationen zu Wort kommen lassen.

World Day of SOCIAL JUSTICE

#Justice

© Justitia, Fotolia



Der Lichtzeiger für eine gerechtere, sozialere, friedlichere humane (Eine?) Welt lautet: „Hilfe zur Selbsthilfe“, also weg von den eurozentrierten Potenzen und „Weißseins“-Dominanzen – hin zu einer globalen Ethik, wie sie in der Präambel der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte formuliert wird: „Die Anerkennung der allen Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft innewohnenden Würde und ihrer gleichen und unveräußerlichen Rechte bildet die Grundlage der Freiheit, der Gerechtigkeit und des Friedens in der Welt.“

Der Sammelband vermittelt eindrucksvoll und prägnant die vielfältigen Wertevorstellungen, die mit dem Lebensgut „Gesundheit“ einen Anker haben – und deutlich machen, dass der ganzheitliche, humane Blick notwendig ist, um dem neuen Paradigma der globalen Gesundheit zur Verwirklichung (mit) zu verhelfen. Die wissenschaftlichen Zugänge orientieren sich dabei an der Überzeugung, dass eine soziale und gerechte Welt möglich ist; aber nur dann, wenn es gelingt, die Synergien zu bündeln – in einer globalen, gleichberechtigten Kooperation auf Augenhöhe.

POSITIVE SUBVERSION

Die Suche hält an, wie es gelingen kann, die Herausforderungen und Zumutungen der Covid-19-Pandemie zu bewältigen. Da sind die einen, die darauf vertrauen, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse und Forschungen vorankommen, Mittel gegen Sars-CoV-2 zu entwickeln. Es geht darum, die staatlichen und gesellschaftlichen Einschränkungen, die sich in der Abwehr-Anweisung AHA-L ausdrücken, zu befolgen. Es werden technische Apparaturen entwickelt, wie in Innenräumen die CO₂-Konzentration so geregelt werden kann, dass die Luftströmungen und der Luftaustausch funktionieren und damit die Aerosolbelastung nicht ansteigt. Es wird mit Hochdruck und mit ungeheuren finanziellen und personellen Aufwänden daran gearbeitet, dass möglichst schnell und wirksam Impfstoffe zur Verfügung stehen. Es werden umfangreiche Informationssysteme in Gang gesetzt, um die Menschen über Ursachen, Wirkungen, Gefahren und Hilfen bei der Epidemie aufzuklären. Und da sind auf der anderen Seite die Leugner*innen, die Corona als eine Erfindung und Verschwörung halten; die sich mit obskuren Mitteln, wie zum Beispiel Stanniolpapier-Hüten, vor Ansteckungen schützen wollen; die das Virus als Strafe Gottes gegen die Sünden der Menschen ausgeben und den richtigen Glauben und Gebete als einziges Mittel dagegen anempfehlen; da sind die Ideolog*innen, die in der Coronakrise politische, konspirative Mächte im Spiel sehen.

Der französische Denker Albert Camus (1913 – 1960) gilt als „Philosoph des Absurden.“ Mit dem 1942 / 2004 erschienenen Buch „Der Mythos des Sisyphos“ verweist er darauf, dass sich der Mensch in seinem Sein und Tun in einer absurden Situation befinde. Er dürfe die Absurdität seines Daseins nicht verleugnen oder ignorieren, sondern müsse sie annehmen und sich damit auseinandersetzen. Dann nämlich könne es gelingen, Sisyphos nicht als einen Versager und Ignoranten zu begreifen, sondern als einen Glücklichen zu verstehen: „Darin besteht die verborgene Freude des Sisyphos. Sein Schicksal gehört ihm. Sein Fels ist seine Sache ... Darüber hinaus weiß er sich als Herr seiner Tage. In diesem besonderen Augenblick, in dem der Mensch sich seinem Leben zuwendet, betrachtet Sisyphos, der zu seinem Stein zurückkehrt, die Reihe unzusammenhängender Handlungen, die sein Schicksal werden, als von ihm geschaffen, vereint unter dem Blick seiner Erinnerung und bald besiegelt durch den Tod. Der Kampf gegen den Gipfel vermag ein Menschenherz auszufüllen.“ Der Mensch als ein „unfertiges“ Lebewesen ist nur dann in der Lage, im Sinne der *Conditio Humana* zu leben[i], wenn es ihm gelingt, seine individuelle Existenz und sein kollektives Dasein als Eingebundensein in das Ganze der Menschheit und des Kosmos zu begreifen.

CORONA – EINE SISYPHOS-HERAUSFORDERUNG

Beitrag von Dr. Jos Schnurer

Ängste, die sich durch die globale Corona-Epidemie ergeben. Sorgen darüber, das Erreichte zu erhalten, wie auch die Befürchtungen, vom Virus angesteckt zu werden. Mit der Titelung seines erzählenden Geschichtswerks verweist Camus auf die Gewissheiten und Irrungen – und macht deutlich, dass dieses Sisyphos-Bemühen sinnvoll, notwendig und nützlich ist[i]. Der Schritt zum Heute, den Zeiten der Unsicherheiten, der Gefährdungen und vielfältigen Wandlungsprozesse mündet in die Frage: Wie soll unsere demokratische Gesellschaft nach Corona aussehen und sich weiterentwickeln?

Es sind die Herausforderungen, die sich durch die Bewältigung der zahlreichen Krisen ergeben: Wir sind Sisyphos! Der Jenenser Lyriker und Sächsische Landesbeauftragte zur Aufarbeitung der SED-Diktatur, Lutz Rathenow, formuliert in der Sammlung seiner Kurzgeschichten, die er mit dem Titel „Sisyphos“ herausbringt, in der Erzählung „Lieblos Leben“ den Satz: „Perversion ist die normale Art, auf den alltäglichen Wahnsinn zu reagieren.“

Wenn wir den Begriff nicht als abartige Tätigkeit, sondern im Sinne einer diskursanalytischen Betrachtung (Michel Foucault) verwenden, kommen wir damit dem sisyphosschem Denken und Handeln näher, als Mut und Kraft – um scheinbar Unmögliches zu wagen und zu vollbringen.

Fazit

Die Gedankenexperimente, wie wir sie im Sinne der positiven Subversion vorgenommen und gewissermaßen Begriffe gedreht haben, führen uns zum Selbstdenken und zum notwendigen Perspektivenwechsel, der nicht Selbstläufer wird, sondern Anstrengung, Zuversicht und aktives, selbstbewusstes, demokratisches Tun erfordert!

Autor: Dr. Jos Schnurer

Sozialpädagoge und ehemaliger Lehrbeauftragter der Universität Hildesheim im Fachbereich Politik (Stand: 26. November 2020, Quelle: <https://www.sozial.de/globale-gesundheit-und-corona.html>)

