

Statusbericht | 14

Dokumentation der Statuskonferenz 2016 »Flucht und Gesundheit«

Inhalt

- Vorwort der Präsidentin
- I Einleitung
- II Stärken und Schwächen von Public Health-Strukturen in Deutschland im Kontext der Versorgung von Geflüchteten
- III Impulsforum: Wie können Geflüchtete mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung erreicht werden?
 - III.1 Resilienzförderndes und kultursensibles Denken und Handeln in der Flüchtlingshilfe
 - III.2 Sprachmittlung im deutschen Gesundheitswesen
 - III.3 Zugang zur Gesundheitsversorgung und gesundheitlichen Prävention im Rahmen von integrierten kommunalen Strategien für ein gesundes Aufwachsen
 - III.4 REFUGIUM – MultiplikatorInnenausbildung für Geflüchtete
 - III.5 Projekt »pro familia: Flüchtlinge im Blick«
 - III.6 Gesundheitsschulung für Geflüchtete
- IV Zusammenfassung: Wie können Geflüchtete mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung erreicht werden?
- V Referentinnen und Referenten
- VI Teilnehmende Organisationen
- Impressum

Vorwort der Präsidentin

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe BVPG-Mitglieder,

aufgrund von Krieg, Verfolgung und Diskriminierung haben sich in den letzten Monaten immer mehr Menschen auf eine oft lebensgefährliche Flucht begeben.

Die Verarbeitung des Erlebten während der Flucht, der Verlust von Heimat, Familie und Freunden sowie schwierige Lebensbedingungen im Asyl müssen bewältigt werden. Hinzu kommt die Angst vor einer ungewissen Zukunft in einem fremden Land mit fremder Sprache und andersartiger Kultur. All diese Aspekte tragen dazu bei, dass geflüchtete Menschen eine besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe sind.

Prävention und Gesundheitsförderung kommen vor diesem Hintergrund eine besondere Bedeutung zu, denn sie können zur Steigerung der Lebensqualität sowie zur Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Nachteile beitragen. Doch wie können Geflüchtete durch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung erreicht werden? Welche Kompetenzen sind auf Seiten der Akteure im Feld und auch auf Seiten der Geflüchteten gefragt? Und was brauchen die Beteiligten für den Umgang miteinander? Diese Fragen haben wir mit der Statuskonferenz »Flucht und Gesundheit« aufgegriffen.

Bedanken möchte ich mich ganz herzlich bei allen Referentinnen und Referenten der Statuskonferenz. Durch ihr Engagement sowie ihre anschaulichen Vorträge konnten vielfältige Einblicke in das komplexe Feld vermittelt sowie Impulse für die Praxis gewonnen werden.

Gemeinsam Gesundheit fördern.

Auch gilt mein Dank der Geschäftsführerin der BVPG, Dr. Beate Grossmann, und ihrer Mitarbeiterin Ann-Cathrin Hellwig, die diese Statuskonferenz gemeinsam vorbereitet und begleitet haben. Meinen besonderen Dank möchte ich ebenfalls Frau Dr. Ute Teichert, Leiterin der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, aussprechen, die durch ihre Kooperationsbereitschaft und Unterstützung die strukturellen Rahmenbedingungen für unsere Konferenz geschaffen hat.

Ihre



Helga Kühn-Mengel MdB
Präsidentin der BVPG

I | Einleitung

Wie können Geflüchtete mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung erreicht werden? Mit dieser Frage beschäftigte sich die 14. Statuskonferenz der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG). Diese fand am 22. Juni 2016 in der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf statt.

Einleitend begrüßten Frau Dr. Ute Teichert, Leiterin der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, und Helga Kühn-Mengel MdB, Präsidentin der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Veranstaltung. Dabei stellte Frau Dr. Teichert die Akademie in ihren Grundzügen vor und zeigte auf, dass kultursensible Angebote auch in den Bereichen Aus-, Fort- und Weiterbildung eine Rolle spielen. Auch Frau Kühn-Mengel griff den Aspekt der Kompetenzentwicklung im Handlungsfeld »Prävention und Gesundheitsförderung bei Geflüchteten« auf und machte deutlich, dass entsprechende Ansatzpunkte sowohl auf individueller als auch auf institutioneller Ebene identifiziert werden müssen.

II | Stärken und Schwächen von Public Health-Strukturen in Deutschland im Kontext der Versorgung von Geflüchteten

Stärken und Schwächen von Public Health-Strukturen in Deutschland im Kontext der Versorgung von Geflüchteten zeigte anschließend Prof. Dr. Ansgar Gerhardus, Universität Bremen, auf.

Eingangs verwies der Referent auf den aktuellen Jahresbericht der UN Refugee Agency. Demnach waren im Jahr 2015 weltweit mehr als 65 Millionen Menschen von Flucht und Vertreibung betroffen. Geflüchtete Menschen stellen dem Experten zufolge eine vulnerable Bevölkerungsgruppe dar. Denn durch Erfahrungen von Krieg und Verfolgung, dem Erlebnis der Flucht und

schwierigen Lebensbedingungen im Asyl ist ihre Gesundheit besonders belastet.

Neben Infektionskrankheiten und chronischen Erkrankungen ist ein hoher Anteil geflüchteter Menschen von schwerwiegenden psychischen Belastungen betroffen. Hier eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, die den sprachlichen, kommunikativen und kulturellen Spezifika gerecht wird, ist eine Herausforderung, der das deutsche Gesundheitssystem noch nicht gerecht wird, so der Referent.

Die Strukturen der Versorgung sind durch die Beteiligung vieler verschiedener Akteure und Systeme gekennzeichnet: In den Erstaufnahmestellen und -unterkünften finden eine Erstuntersuchung, Akutversorgung sowie gezielte Präventionsmaßnahmen statt. Das reguläre Versorgungssystem kann im gesetzlichen Rahmen in den ersten 15 Monaten jedoch nur eingeschränkt genutzt werden, ergänzt wird dieses durch Angebote von Nichtregierungsorganisationen und Freiwilligen-Netzwerken.

Zur Bewertung der Public Health-Strukturen Deutschlands im internationalen Vergleich zog Herr Prof. Gerhardus den Migration Integration Policy Index (MIPEX) heran. Dieser erhebt und vergleicht die Integration von MigrantInnen, Geflüchteten und Menschen ohne Papiere. Der Länderindex umfasst 167 Indikatoren, die acht Politikbereiche abfragen. Insbesondere im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung weist Deutschland Verbesserungspotenzial auf. So wird vor allem der barrierefreie Zugang zu Public Health-Strukturen sowie die Flexibilität im Hinblick auf individuelle Bedürfnisse als »weniger günstig« angesehen.

Hinweise zur Verbesserung deutscher Public Health-Strukturen liefert dem Experten zufolge auch die Ottawa-Charta. Ansatzpunkte identifizierte Herr Prof. Gerhardus u.a. in der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (Art der Unterbringung, Dauer der Asylverfahren). Ebenso plädierte der Referent für eine Neuorientierung der Gesundheitsdienste. Dies umfasse neben einer integrierten Versorgung und der Aus- und Weiterbildung von Versorgenden auch eine interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens. Notwendig hierfür seien eine umfassende Gesundheitsberichterstattung sowie Public Health-Forschung zur gesundheitlichen Lage, zum Bedarf und zu Versorgungskonzepten.

Abschließend machte Prof. Gerhardus deutlich, dass auch zukünftig Menschen in Deutschland Asyl suchen werden und die Aufnahme und Versorgung von Geflüchteten eine dauerhafte Aufgabe für das Gesundheitssystem sein wird. Die gegenwärtige Situation ist somit ein Weckruf an alle Akteure des Public Health-Systems, sich auf diese Aufgabe besser einzustellen, so der Referent. Die derzeitigen Stärken und Schwächen der Public Health-Strukturen in Deutschland fasste er abschließend wie folgt zusammen:

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Staatliche Verbände und Organisationen haben ihre Aufgabe so gut es geht angenommen • Gesellschaftliches Engagement füllt viele der Lücken • Erstuntersuchung • Vielfalt der Initiativen 	<ul style="list-style-type: none"> • Im internationalen Vergleich Schwächen in den Bereichen, die die spezifischen Bedürfnisse von Geflüchteten abbilden • Versorgung von Geflüchteten mit psychischen Erkrankungen nicht adäquat • Strukturelle Schwächen bei Kommunikation und Berücksichtigung der Kultur • Rechtliche Einschränkungen in der Versorgung → Unsicherheit bei allen Beteiligten • Gesundheitsförderung muss noch entwickelt werden • Fehlende Gesundheitsberichterstattung

Public Health Forschung

Universität Bremen* ipp

Abbildung 1: Stärken und Schwächen der Public Health-Strukturen (Vortragsfolie Prof. Dr. Ansgar Gerhardus und Jennifer Koch)

III | Impulsforum: Wie können Geflüchtete mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung erreicht werden?

III.1 | Resilienzförderndes und kultursensibles Denken und Handeln in der Flüchtlingshilfe

Mit dem Projekt ReKulDH stellte Ulrike Prell, Hochschule Niederrhein, ein Projekt zum **resilienzfördernden** und **kultursensiblen Denken und Handeln** in der Arbeit mit geflüchteten Menschen und AsylbewerberInnen vor. Dieses wurde auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ins Leben gerufen und in Kooperation mit dem SO.CON Institut (Social Concepts – Institut für Forschung und Entwicklung in der Sozialen Arbeit) der Hochschule Niederrhein durchgeführt.

Im Mittelpunkt des Projekts steht die Konzeptionierung eines Coaching- und Fortbildungsangebots, das ehrenamtlich Helfende und Fachkräfte dabei unterstützen soll, mit den Herausforderungen der Flüchtlingsarbeit umzugehen.

Aufgegriffen werden dabei folgende Leitfragen:

- Wo liegen meine Stärken und Ressourcen, um hilfreich in der Flüchtlingshilfe mitzuwirken? Wie kann ich sie erweitern?
- Wie kann ich meine Stärken, meine Fachlichkeit und mein Engagement kultursensibel und situationsangemessen einsetzen?
- Wie kann ich mich selbst stärken und zugleich vor Überlastung schützen?

Basierend auf diesen Fragen werden im Rahmen von fünf Fortbildungsmodulen die Aspekte Resilienzförderung, Kultursensibilität und Ressourcenförderung behandelt. Die Inhalte des Angebots orientieren sich an den konkreten Bedarfen der

Teilnehmenden, welche im Vorfeld erhoben wurden. Ergänzt werden die Fortbildungsmodulen durch Gruppencoachings, in denen die Teilnehmenden die Gelegenheit haben, persönliche Erfahrungen im Einsatzfeld zu reflektieren. Das Projekt wird zudem durch eine Lehr- und Lernstandskontrolle begleitet.

Wie Frau Prell ausführte, befindet sich das Projekt derzeit noch in der Entwicklungsphase; erste Schulungen wurden jedoch bereits durchgeführt. Diese konnten der Referentin zufolge zu einem besseren Verständnis der Situation aller Beteiligten beitragen, den Perspektivwechsel fördern sowie ein klareres Verständnis für die eigenen Grenzen schaffen.

III.2 | Sprachmittlung im deutschen Gesundheitswesen

Die Bedeutung einer professionellen Sprachmittlung im Gesundheitsbereich¹ zeigte Marcus Wächter-Raquet, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., im Rahmen seines Vortrags auf. Wie der Referent ausführte, sprechen dem 10. Ausländerbericht der Bundesregierung zufolge rund 20 Prozent der Zugewanderten nicht ausreichend Deutsch, um in einer psychotherapeutischen Behandlung ihre Beschwerden adäquat mitteilen zu können. Zu den Folgen zählen Fehldiagnosen, damit einhergehende Behandlungsfehler, persönliches Leid und unnötige Kosten. Auch fühlen sich die Fachkräfte im Gesundheitswesen bei der Versorgung von fremdsprachigen Patientinnen und Patienten oft überfordert.

In Deutschland werden derzeit sehr unterschiedliche Modelle der Sprachmittlung angewandt. In Situationen, in denen innerhalb von Minuten eine Sprachmittlung gebraucht wird, ist Herrn Wächter-Raquet zufolge bilinguales Personal derzeit die beste Lösung. Weiterhin besteht die Möglichkeit, auf Videodolmetschen oder Telefondolmetscherdienste zurückzugreifen. In eher planbaren Situationen können externe Dolmetschende eingesetzt werden.

Das derzeit am häufigsten eingesetzte Modell der Sprachmittlung ist dem Referenten zufolge das Ad-hoc Dolmetschen. Hier übersetzen Personen aus dem privaten Umfeld der Patientinnen und Patienten, ehrenamtlich Engagierte oder im besten Fall bilinguales Personal ohne formale Kenntnisse im Dolmetschen.

¹ Weiterführende Informationen bietet die Studie »Erhebung und einheitliche Beschreibung der Sprachmittlung im Gesundheitswesen«. Diese steht Interessierten kostenfrei auf der Homepage der Bundesregierung zur Verfügung.

Link: <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/1B/Artikel/Allgemein/2016-06-21-studie-sprachmittlung-gesundheit.html;jsessionid=9715A4D469D2327A9191F8D7DB67F36D.s2t2>

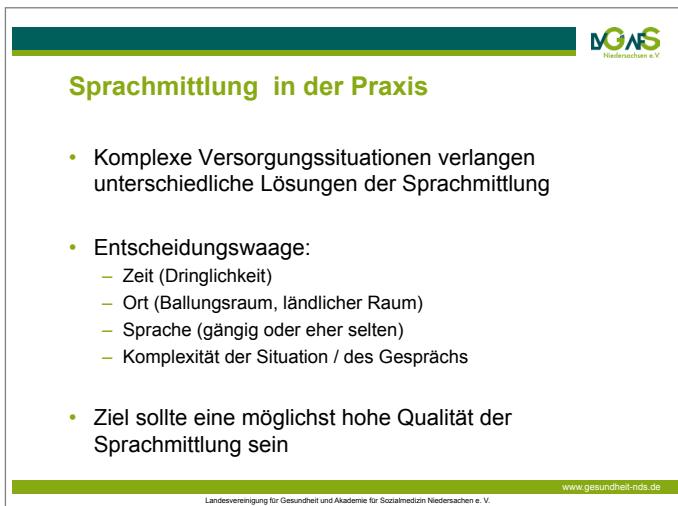


Abbildung 2: Sprachmittlung in der Praxis (Vortragsfolie Marcus Wächter-Raquet)

Der Einsatz qualifizierter SprachmittlerInnen scheitert häufig an der Frage der Finanzierung. Denn Dolmetscherleistungen sind kein Bestandteil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen und können daher auch nicht abgerechnet werden. Manche Kliniken sind dazu übergegangen, unabhängig von der Finanzierung über Fallpauschalen eigene Budgets zur Finanzierung von Sprachmittelnden einzurichten.

Um die gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten sicherzustellen, haben die zuständigen Behörden in den Kommunen jedoch einen Ermessensspielraum, ob Dolmetschen als zusätzliche Leistung nach §6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) gewertet wird oder nicht. Besitzen die Geflüchteten jedoch eine elektronische Gesundheitskarte (eGK), gilt wiederum der Leistungskatalog der Krankenkassen, und Dolmetscherleistungen werden nicht finanziert.

Vor diesem Hintergrund wäre eine einheitliche flächendeckende Regelung zur Finanzierung von Dolmetschereinsätzen sinnvoll, so das Fazit des Referenten – nicht zuletzt, um Behandlungsfehler zu vermeiden und das Gesundheitspersonal zu entlasten.

III.3 | Zugang zur Gesundheitsversorgung und gesundheitlichen Prävention im Rahmen von integrierten kommunalen Strategien für ein gesundes Aufwachsen

Ute Sadowski, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., stellte anschließend erste Ergebnisse des Projekts »Zugang zur Gesundheitsversorgung und gesundheitlichen Prävention für Kinder und Jugendliche aus Flüchtlingsfamilien im Rahmen von integrierten kommunalen Strategien für ein gesundes Aufwachsen« vor. Dieses ist an die Aktivitäten der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg angebunden.

Wie die Referentin einleitend ausführte, ist die Studienlage zum Gesundheitszustand geflüchteter Menschen derzeit unzureichend. So lagen zum Erhebungszeitpunkt noch keine aktuellen Daten zur Gesundheitsberichterstattung vor. Auch die im Rahmen von Erstuntersuchungen gewonnenen Daten waren zum Zeitpunkt nicht in digitaler Form verfügbar; Datenauswertungen wurden damit erschwert.

In einem ersten Schritt wurden somit im Rahmen des Projekts Bedarfe und Bedürfnisse geflüchteter Kinder, Jugendlicher sowie ihrer Eltern hinsichtlich eines niedrigschwelligen Zugangs zur medizinischen Versorgung und Prävention/Gesundheitsförderung erhoben. Hierzu wurden mit Akteuren der Flüchtlingsversorgung in den Kommunen sowie mit Betroffenen Fokusgruppen und Interviews durchgeführt.

Wie im Rahmen dieser Gespräche deutlich wurde, stellen insbesondere bürokratische Verfahren der Ausgabe von Krankenhausbehandlungsscheinen, die Versorgungsstruktur im ländlichen Raum sowie unklare Regelungen zur Kostenübernahme Zugangshürden zum gesundheitlichen Versorgungssystem dar. Hinzu kommen Sprachbarrieren, eine fehlende Vernetzung der Akteure sowie die fehlende Aufklärung der Asylsuchenden über das deutsche Gesundheitssystem und mögliche Leistungen. Ebenso wurde im Rahmen der Gespräche eine fehlende interkulturelle Öffnung der Systeme deutlich.

Damit diese Zugangshürden überwunden werden können, haben die TeilnehmerInnen der Fokusgruppen eine Reihe von Maßnahmen benannt. Diese umfassen u.a.:

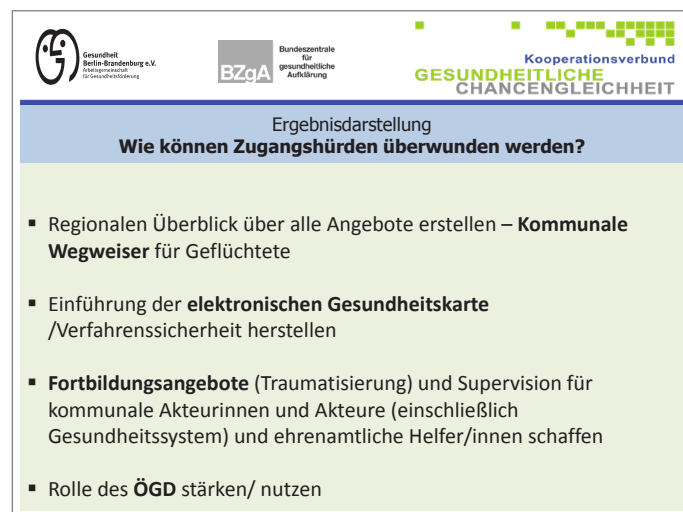


Abbildung 3: Wie können Zugangshürden überwunden werden? (Vortragsfolie Ute Sadowski)

Darüber hinaus bedarf es aus Sicht der Akteure eines systematischen Screenings von besonders Schutzbedürftigen sowie der Förderung der Weiterbildung von Dolmetschenden speziell für den Bereich Begleitung einer psychotherapeutischen Therapie. Auch sei insgesamt eine bessere Vernetzung von Akteuren aus unterschiedlichen Bereichen notwendig.

Diese Bedarfe und Bedürfnisse aufgreifend zielt nun die zweite Projektphase darauf, die gewonnenen Erkenntnisse auszuwerten und in Handlungsempfehlungen für kommunale Akteure in den Bereichen Kita, Schule, Kommune und Unterkünfte zusammenzufassen. Im Rahmen einer Fachtagung sollen die Ergebnisse der Studie präsentiert und in Fachforen weitergehende Fragestellungen zur Gesundheitsförderung/Integration der Zielgruppe diskutiert und ausgewertet werden. Darüber hinaus wird ein Schulungsmodul für kommunale Akteure entwickelt und modellhaft erprobt, so die Referentin.

III.4 | REFUGIUM – MultiplikatorInnenausbildung für Geflüchtete

Geflüchtete Menschen benötigen Informationen über Gesundheit und Handlungskompetenzen, um selbst ihre Gesundheit erhalten und wiederherstellen zu können, so die Botschaft von Dr. Omar Aboelyazeid, Hochschule für angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg.

Dazu wurde von der HAW Hamburg das Projekt REFUGIUM ins Leben gerufen. Dieses zielt darauf ab, die Gesundheitsressourcen von Geflüchteten in Unterkünften und anderen Settings zu stärken und ihre Potenziale für Gesundheitsförderung und Prävention zu aktivieren.

Im Mittelpunkt des Projekts steht die Ausbildung Geflüchteter zu GesundheitsmultiplikatorInnen. Im Rahmen von 16 Unterrichtsstunden werden diese dazu befähigt, themenbezogene Gesundheitsworkshops für andere Geflüchtete durchzuführen. Die Inhalte der Workshops sind modular aufgebaut. Die Teilmodule umfassen die Themen Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit, Hygiene und lokale Gesundheitsversorgung. Dafür wurden Gesundheitsinformationen in sieben Themenflyern in jeweils acht Sprachen zusammengestellt. Diese werden ergänzt durch Manuale, die das didaktische und methodische Vorgehen erklären und den ausgebildeten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren als Leitfaden für die Durchführung von Workshops dienen.

Die Inhalte des Programms wurden gemeinsam mit einer Lehrenden, drei Gaststudierenden im Asylbewerberstatus und Studierenden mit Fluchtbiographie sowie der ersten Generation ausgebildeter Flüchtlinge partizipativ entwickelt und auf Relevanz, Verständlichkeit und unterstützende Wirkung erprobt.

Wie Dr. Aboelyazeid aufzeigte, wurde der ganzheitliche und partizipative Ansatz als positiv erlebt, stellte aber zugleich eine große Herausforderung dar:

Partizipation als Herausforderung

- Partizipation ist der einzige Lösungsweg, aber auch Herausforderung:
 - Zeit, Vulnerabilität und Marginalität der einzubeziehenden Gruppe,
 - Volatilität studentischen und freiwilligen Engagements
 - Verlegung der Flüchtlinge in eine neue Unterkunft (Anreisewege und -kosten)
 - Probleme der Einbeziehung von Frauen: Kinderbetreuung, großer Männeranteil
 - Management der Sprachenvielfalt und der großen, heterogenen Gruppe in den Plenumsveranstaltungen
- Ergebnis: sehr hohe, konstante Partizipation!
- Participation is also a challenge: time, vulnerability, change of camp, management of multitude of languages in class.
- Result: High commitment!

Abbildung 4: Partizipation als Herausforderung (Vortragsfolie Dr. Omar Aboelyazeid)

Hürden stellten weiterhin die Mehrsprachigkeit der Veranstaltungen, das Contentmanagement der mehrsprachigen Materialien, der Zugang zur Zielgruppe über die zuständigen Verwaltungsstrukturen sowie die Finanzierung der Materialien dar.

III.5 | Projekt »pro familia: Flüchtlinge im Blick«

Das Projekt »pro familia: Flüchtlinge im Blick« stellte Stéphanie Berrut, pro familia Bonn, vor. Hierbei handelt es sich um ein aufsuchendes Angebot, das der Landesverband pro familia NRW in Kooperation mit der Beratungsstelle Bonn umsetzt. Im Rahmen des Projekts werden Zugangswege, Methoden und Inhalte erarbeitet, um geflüchtete Menschen zum Thema Gesundheit von Mutter und Kind bzw. Familiengesundheit zu erreichen. Übergeordnetes Ziel ist es, dass Geflüchtete von (Schwangeren-)Beratungsstellen stärker berücksichtigt und besser erreicht werden.

Vier zentrale Kennzeichen des Projekts

- Das Projekt dient der Entwicklung von Ansätzen, die ab 2017 in Schulungen an andere Beratungsstelle weitergegeben werden.
- Es verbindet aufsuchende Arbeit an den Wohnorten der Menschen mit einer Vermittlung in Regelangebote.
- Ehrenamtliche übersetzen in den Veranstaltungen und begleiten zu Ärzt*innen. Die Ehrenamtlichen erhalten Schulungen.
- Vernetzung und Kooperation mit anderen Institutionen und Organisationen, die in der Flüchtlingsarbeit tätig sind, ermöglichen eine breite Versorgung.

Abbildung 5: Vier zentrale Kennzeichen des Projekts (Vortragsfolie Stéphanie Berrut)

Eine zentrale Rolle im Rahmen des Projekts stellen Veranstaltungen zu präventionsrelevanten Themen dar. Dazu gehören u.a. Schwangerschaft, physische und psychische Gesundheit von Kindern sowie partnerschaftliches Zusammenleben.

Die Veranstaltungen werden von einer Pädagogin und einer (Familien-)Hebamme durchgeführt. Diese werden punktuell durch ehrenamtliche Helferinnen unterstützt. Hierbei handelt es sich um Frauen mit eigenem Migrations- bzw. Fluchthintergrund, welche die Sprachen der Geflüchteten sprechen und Übersetzung bei Veranstaltungen leisten oder Begleitung bei Arztbesuchen bieten.

Die Ehrenamtlichen erhalten regelmäßige Schulungen und Supervision, von denen auch die Festangestellten der Beratungsstelle profitieren.

Wie Frau Berrut weiterhin ausführte, ergeben sich aus dem Projekt vielfältige Ansatzpunkte für die Prävention bei Geflüchteten. Wesentliches Kennzeichen des Gelingens ist die aufsuchende Arbeit, vor allem auch, um besonders vulnerable Gruppen wie Frauen mit Gewalterfahrung oder Schwangere zu erreichen. Auch wenn einerseits festgestellt werden kann, dass die Erreichbarkeit von Geflüchteten durch einen Mangel an Strukturen sowie psychische Beeinträchtigungen der Menschen erschwert wird, so ermöglicht ihnen andererseits gerade die Gesundheitsförderung, in einer insgesamt durch Ohnmacht gekennzeichneten Situation Handlungskompetenz zurückzugewinnen und zumindest Teilbereiche des eigenen Wohlergehens wieder in die Hand nehmen zu können

Auf die Fragestellung der Veranstaltung hin »Welche Kompetenzen brauchen Geflüchtete, um von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung profitieren zu können?«, beschreibt Frau Berrut die sprachlichen, kulturellen und migrationsbedingten Barrieren, die zwischen Angeboten und Menschen mit Migrationshintergrund bestehen. Diese gilt es zu überwinden. Auf der Seite der Geflüchteten ist hierfür der Anschluss an die »einheimische« Bevölkerung, der durch Kita, Schule und berufliche Integration erfolgt, grundlegend. Der wesentliche Teil der Aufgabe liegt jedoch auf Seiten der Gesundheitsanbieter, deren interkulturelle Öffnung essentiell ist, so die Referentin.

III.6 | Gesundheitsschulung für Geflüchtete

Veronika Schreiner, Caritas Region Schwarzwald-Alb-Donau, und Anja Klingelhöfer, Baden Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation, stellten ein Schulungsangebot vor, das gemeinsam von regionalen Trägern in Rottweil erarbeitet wurde. Dieses zielt darauf ab, geflüchteten Menschen niederschwellig wichtige Basisinformationen zu vermitteln.

Anlass für das Projekt waren sowohl die zunehmende Anzahl geflüchteter Menschen, die vom Landkreis Rottweil in den Jahren 2013 bis 2015 aufgenommen wurden, damit verbundene

Koordinierungsdefizite und Schnittstellenprobleme lokaler Akteure als auch Ängste in der Bevölkerung.

Als Herausforderung benannten die Referentinnen zudem die dezentrale Unterbringung der Geflüchteten in rund 80 Unterkünften, die sich über den gesamten Landkreis verteilen. In der ländlich geprägten Region ergeben sich damit für geflüchtete Menschen besondere Schwierigkeiten – auch im Hinblick auf ihre Integration und die Teilnahme an Angeboten.

Um das Zusammenleben im Landkreis Rottweil zu fördern und zudem einen Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung der Geflüchteten zu leisten, haben sich das Gesundheitsamt, die Caritas, die Fachstelle Sucht sowie Frauen helfen Frauen + Auswege e.V. in Rottweil zusammengeschlossen, um ein Konzept zu erarbeiten, in dem verschiedene Themen im Bereich Gesundheit vermittelt werden sollen. Gemeinsam wurde eine Schulung entwickelt, die geflüchteten Menschen niederschwellig wichtige Basisinformationen vermittelt, Orientierung im neuen Lebensumfeld gibt und den Zugang zu den verschiedenen psychosozialen und medizinischen Einrichtungen erleichtern soll.

Jede Institution hat dabei die für sie relevanten Themen inhaltlich aufbereitet. Hieraus entstand eine rund 100 Folien umfassende Präsentation zu den Themen Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch, Verhütung, Gleichberechtigung von Männern und Frauen, Infektionsschutz und Hygiene sowie Drogen.

Wie die Referentinnen im Rahmen ihrer Präsentation darstellten, werden die Inhalte der Schulung mithilfe von leicht verständlichen, aussagekräftigen Bildern vermittelt, um Sprachbarrieren zu überbrücken. Dies habe sich ebenso wie die Darstellung von Gebäuden (anstelle von Adressen) sowie Piktogrammen als hilfreich erwiesen. Berücksichtigt werden müsse den Referentinnen zufolge zudem die Genderspezifität – insbesondere Themen wie Sexualität und Fortpflanzung sollten in geschlechtshomogenen Gruppen aufgegriffen werden.

➤ Erfahrungen

- Hohe Flexibilität der Multiplikatoren gefordert
- Angebotscharakter
- Aufbau der Module – positiv besetzter Einstieg
- Sensibilität (Bilder, Geschlechtertrennung)
- Chance für Kulturverständnis und –sensibilität
- Austausch in der Zielgruppe



Basisschulung für Prävention, Gesundheit und Zusammenleben



Abbildung 6: Erfahrungen
(Vortragsfolie Veronika Schreiner und Anja Klingelhöfer)

IV | Zusammenfassung: Wie können Geflüchtete mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung erreicht werden?

Die abschließende Diskussion machte deutlich, dass im Handlungsfeld »Prävention und Gesundheitsförderung bei Geflüchteten« bereits viele gute Ansätze vorhanden sind – es mangle jedoch häufig an Kenntnissen darüber. Als sinnvoll wird vor diesem Hintergrund der Aufbau eines professionsübergreifenden Netzwerks erachtet, das einen Überblick über vorhandene Strukturen gibt, diese bündelt sowie Best Practice-Beispiele aufzeigt.

Wie die Teilnehmenden weiterhin herausstellten, sollte das Handlungsfeld »Prävention und Gesundheitsförderung« nicht als »Sahnehäubchen der Flüchtlingsarbeit« betrachtet werden. Vielmehr beinhaltet es großes Potenzial, von dem die vielfach noch jungen Geflüchteten lebenslang profitieren können. Darüber hinaus können geflüchtete Menschen durch die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen wieder einen Zuwachs an Handlungskompetenz und Eigenverantwortung erlangen, indem sie etwas für die eigene Gesundheit oder die ihrer Kinder tun.

Wichtig sei es im Hinblick auf die Planung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen jedoch, keine Parallelstrukturen aufzubauen, sondern vorhandene Strukturen zu nutzen. Hier gilt es, relevante Akteure zusammenzuführen, diese für neue Bedarfe zu sensibilisieren und ggf. entsprechend zu schulen.

Damit Geflüchtete von den Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung profitieren können, sind neben sprachlichen auch kulturelle und migrationsbedingte Barrieren zu überwinden. Berücksichtigt werden müsse in der Präventionsarbeit mit Geflüchteten insbesondere die Genderspezifika. Hier habe sich – in Abhängigkeit von der behandelten Thematik – die Einteilung in geschlechtshomogene Gruppen bewährt. Darüber hinaus haben sich insbesondere bei besonders vulnerablen Gruppen aufsuchende Angebote sowie der Einsatz von MultiplikatorInnen als sinnvoll erwiesen.

Wie die Anwesenden weiterhin deutlich machten, fehlen der Mehrheit der Geflüchteten Kenntnisse über das deutsche Gesundheitssystem. Zwar seien entsprechende Informationen teilweise vorhanden, diese müssten aber in die Fläche getragen werden. Wichtig sei in diesem Zusammenhang zudem die interkulturelle Öffnung aller Institutionen des deutschen Gesundheitswesens. Diese – so die Kritik einiger Teilnehmenden – bleibe aber häufig neben anderen Themen auf der Strecke. Um diese Öffnung voranzubringen, sollte die Entwicklung interkultureller Kompetenz bereits in die Ausbildung aller Akteure integriert werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine umfassende Kompetenzentwicklung vonnöten ist, und zwar sowohl auf Seiten der Geflüchteten – hier v.a. im Hinblick auf Sprachkenntnisse und Toleranz gegenüber als unverständlich/fremdartig erlebtem Handeln – als auch auf Seiten der professionellen

Akteure und Institutionen. Hier bedarf es neben Schulungen zu psychosozialen Kompetenzen sowie Sprach- und Kultursensibilität auch der Weiterentwicklung struktureller Rahmenbedingungen (z.B. Art der Unterbringung, Dauer der Asylverfahren, Lotsen im Gesundheitswesen), um die Integration und damit auch die Gesundheit von Geflüchteten zu fördern.

V | Referentinnen und Referenten

Dr. Omar Aboelyazeid

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

E-Mail: omar.aboelyazeid@haw-hamburg.de

Stéphanie Berrut

pro familia Bonn

E-Mail: stephanie.berrut@profamilia.de

Prof. Dr. Ansgar Gerhardus

Universität Bremen

E-Mail: ansgar.gerhardus@uni-bremen.de

Anja Klingelhöfer

Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation, Fachstelle Sucht Rottweil

E-Mail: anja.klingelhoef@bw-lv.de

Helga Kühn-Mengel MdB

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPFG)

E-Mail: info@bvpraevention.de

Ulrike Prell

Hochschule Niederrhein

E-Mail: ulrike.prell@hs-niederrhein.de

Dr. med. Ute Teichert MPH

Akademie für öffentliches Gesundheitswesen

E-Mail: teichert@akademie-oegw.de

Marcus Wächter-Raquet

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

E-Mail: marcus.waechter@gesundheit-nds.de

Ute Sadowski

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

E-Mail: sadowski@gesundheitbb.de

Veronika Schreiner

Caritas Region Schwarzwald-Alb-Donau, Schwangerschaftsberatung

E-Mail: schreiner.v@caritas-schwarzwald-alb-donau.de

VI | Teilnehmende Organisationen

- Akademie für öffentliches Gesundheitswesen
- Ärztekammer Nordrhein
- Ärztekammer Westfalen-Lippe
- AWO Bundesverband e.V.
- Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation
- BAG SELBSTHILFE e.V.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit – Akademie für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
- Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
- Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e.V.
- Bundesverband Betriebliches Gesundheitsmanagement e.V.
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
- Deutscher Caritasverband e.V.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
- Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Euskirchen e.V.
- Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Oberhausen e.V.
- Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Westfalen-Lippe e.V.
- Diakonie im Kirchenkreis Kleve e.V.
- Faize Berger Management Services
- Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung
- Gesundheit Berlin-Brandenburg – Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes »Gesundheitliche Chancengleichheit«
- Gesundheitsamt Düsseldorf
- Gesundheitsamt Frankfurt am Main
- Gesundheitsamt Rhein-Kreis Neuss
- Gesundheitsamt Salzgitter
- Gesundheitsamt Wuppertal
- Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
- Hochschule Niederrhein
- Höhenkonzepte – Strategien für Training und Gesundheit
- Integrationsagentur der Diakonie an Sieg und Rhein
- Katholische Schwangerschaftsberatung
Caritas Region Schwarzwald-Alb-Donau
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V.
- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
- Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
- Paritätische Projekte gGmbH: Selbsthilfebüro Darmstadt
- Paritätischer Wohlfahrtsverband Hessen
- pro familia Bonn
- Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf
- Stadt Moers – Fachbereich Jugend und Soziales
- Stadt Oberhausen – Bereich Gesundheitswesen
- Universität Bielefeld
- Universität Bremen
- Universität Heidelberg
- Universität Witten/Herdecke
- Zentrum Familie – Willkommenstage in der frühen Elternzeit

Impressum

Bundesvereinigung Prävention und
Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)

Heilsbachstraße 30 • 53123 Bonn
Telefon 0228 – 9 87 27-0 • Fax 0228 – 64 200 24

E-Mail: info@bvpraevention.de
www.bvpraevention.de

Redaktionelle Bearbeitung: Ann-Cathrin Hellwig

© 2016 Bundesvereinigung Prävention und
Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)

V.i.S.d.P.: Dr. Beate Grossmann

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) wird aufgrund eines Beschlusses des Bundestages vom Bundesministerium für Gesundheit institutionell gefördert.

