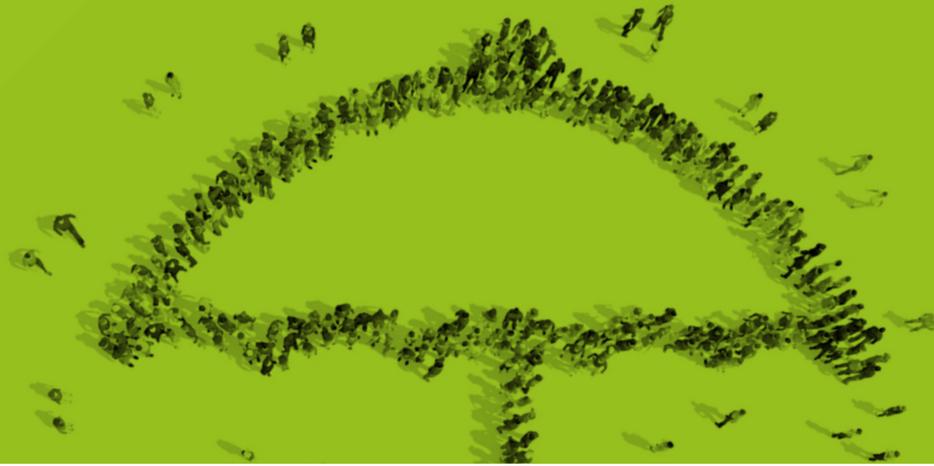


90 **impulse**

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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



Gekommen um zu bleiben

EDITORIAL » Kein anderes Wort wie das Wort »Flüchtlinge« dominiert zurzeit die öffentlichen Diskurse in Europa und nun auch die Ergebnisse von Wahlen, wie man im März 2016 deutlich wieder erkennen konnte. Es wurde sogar von der Gesellschaft für deutsche Sprache zum Wort des Jahres 2015 erklärt. Dabei ist niemand, der jetzt auf sehr unterschiedlichen Wegen in Deutschland ankommt, nur Flüchtling, sondern vor allem ein Mensch. Wir haben im Titel dieses Heftes nicht versucht einen politisch möglicherweise korrekteren Begriff wie Geflüchtete zu verwenden, sondern eher auf die Ausgangslage fokussiert. »Gekommen, um zu bleiben«, kann vieles heißen, sagt auch nichts über die Dauer dieses Bleibens aus, sondern beschreibt eine aktuelle Situation, in der sich auch viele gesundheitsrelevante Fragen stellen. Dabei lässt sich die gesundheitliche Situation der Geflüchteten nicht trennen von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Integrationsmöglichkeiten sowie von Zugangsbarrieren in unsere Gesellschaft und in deren Gesundheitswesen. Die Artikel des Heftes spannen deshalb einen weiten Bogen von ethischen Fragen, beziehungsweise der ethischen Frage des 21. Jahrhunderts wie der Eröffnungartikel sie charakterisiert, Eigeninitiativen und Engagement bis hin zu Gesundheitsstatus und -versorgungsfragen. Der längste Artikel, den wir je in den Impulsen veröffentlicht haben, ist ein »Nachruf zum Aufruf« von Annelie Keil und öffnet zum Abschluss des Schwerpunktteils den Blick für die »Zeitlosigkeit« des Themas. Auch in den aktuellen und kommunalen Teilen zeigen wir, was alles gehen kann, wenn Engagement vor Ort und politische Handlungsbereitschaft zusammen kommen.

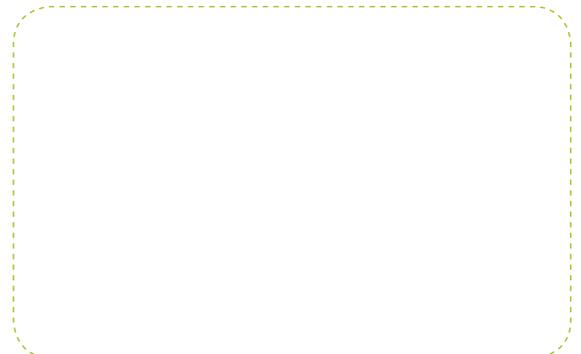
Im Jahr eins der Umsetzung des Präventionsgesetzes in Deutschland jährt sich die Verabschiedung der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation zum dreißigsten Mal. Deshalb starten wir dieses Jubiläumsjahr mit einer Sonderseite, die in insgesamt fünf Ausgaben alle Handlungsebenen der Charta kritisch reflektieren wird und zugleich ihre Aktualität aufzeigen soll. Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Das Präventionsgesetz und seine Perspektiven« (Redaktionsschluss 06.05.2016) und »Identität und Gesundheit« (Redaktionsschluss 05.08.2016). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit verschiedensten Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen.

Mit herzlichen Grüßen!

Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT

Flucht und Diskurse	02
Schutzsuchende in Deutschland und Niedersachsen	03
Über Menschlichkeit, Eigeninitiative und Flüchtlingspolitik	04
Gesundheitliche Versorgung für Asylsuchende	05
Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden	06
Versorgung traumatisierter Geflüchteter	07
Freiwilliges Engagement für und mit geflüchteten Menschen	09
Professionelle Sprachmittlung im Gesundheitswesen	10
Resilienzförderndes und kultursensibles Denken und Handeln ...	11
Ökonomische Risiken und Chancen der Flüchtlingsmigration	12
Geflohen, um zu bleiben – Ein Nachruf zum Aufruf	13
Sonderseite: 30 Jahre Ottawa-Charta	16
Zwischen Menschenrecht und humanitärer Hilfe	17
pro familia: Flüchtlinge im Blick	17
Gut ankommen und in Frieden leben	18
Gesundheitsförderung für Flüchtlinge – Freiwilligenarbeit?	19
Ordnungsdefizit und Verwahrlosung	20
Betriebliches Gesundheitsmanagement an Hochschulen	20
Gesundheit für Flüchtlinge – Das Bremer Modell	22
Die Situation unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge	22
Gesundheitsregionen Niedersachsen	23
Fortbildung zur/m Demenzbeauftragten	24
Cameo – Ein Magazinprojekt zum Mitmachen	25
Impressum	25
Bücher, Medien	26
Termine LVG & AFS	30





PAUL MECHERIL

Flucht und Diskurse

Die Ungleichheit der Welt

Knapp 60 Millionen Menschen sind gegenwärtig auf der Flucht, Prognose steigend. Von diesen 60 Millionen sind mehr als die Hälfte unter 18 Jahren alt. 86 Prozent dieser 60 Millionen fliehen in sogenannte Entwicklungsländer und leben dort unter existenziell bedrohlichen Verhältnissen. Die komplexen Ursachen von Fluchtbewegungen finden sich in einer Weltordnung, die Not global sehr unterschiedlich verteilt und verortet: etwa 45 Prozent der Weltbevölkerung lebt von weniger als zwei US-Dollar am Tag. Auch der immer höhere technologische und strategische Entwicklungsstand der Waffen- und Kriegsführung, sowie die durch die Entwicklung von Transport- und Kommunikationstechnologien bedingte Schrumpfung der Welt, verstärken die Wanderung von Menschen, die in der Jetztzeit auch verstärkt deshalb Grenzen politischer Ordnungen überschreiten, weil sie davon ausgehen, dass ihnen dies zusteht.

Die Dämonisierung der Anderen oder wozu Rassismus fähig ist

Nicht erst seit »der Kölner Silvesternacht«, aber seither in sich steigenden Dosen, ist rassistische Rede und Tun in Deutschland wieder salonfähig. Woher kommt dieser rassistische Affekt in den vergangenen Wochen? Der Affekt, den wir gegenwärtig erleben, die Intensität mit der eine ganze Gruppe abgeurteilt wird, kann nur erklärt werden, wenn wir uns klar machen, dass es um den Kampf um Herrschaft und Privilegien geht und dass in diesem Kampf Bilder und Vorstellungen und Imaginationen der Anderen notwendig sind. Es ist – psychoanalytisch gesprochen – nicht nur so, dass an den, nicht zuletzt über Medienbilder, vielfach imaginierten Anderen (»arabisch«, »nordafrikanisch«, »muslimisch«), auch das bekämpft wird, was ich an mir selbst nicht zulassen darf. Es geht darum, das Eigene, vor allem in der Figur Europas, zu sakralisieren. Europa befindet sich aus mehreren Gründen in einer grund-

legenden Krise und inszeniert sich unter Ausblendung oder sagen wir lieber im Spiegel der 30.000 Toten im Mittelmeer, die dort ihr Leben als direkte Folge Europäischer Grenzpolitik verloren haben, als Ort des auserwählten Guten, der Werte, als Hort der Geschlechteregalität, zynischer Weise der Menschenrechte und im Lichte und Spiegel einer ausgeprägten und zunehmenden sozialen Ungleichheit doppelzünftig als Raum der Gerechtigkeit. Für diese Inszenierung brauchen wir die Anderen, ihre Hässlichkeit, ihre Gefährlichkeit, ihre Unzivilisiertheit. Der britische Kulturwissenschaftler Stuart Hall hat einmal in einem Interview gesagt, dass die weißen Engländer nicht deshalb rassistisch seien, weil sie die Schwarzen hassen, sondern weil sie ohne die Schwarzen nicht wissen, wer sie sind. Auch meine zweite Überlegung, warum in Deutschland und in Europa so intensiv abfällig über Flüchtlinge, die nordafrikanischen Männer, über die Muslime gesprochen wird, hat etwas mit Imagination und Herrschaft zu tun. Wie gehen wir mit der Situation um, dass uns die Anwesenheit von geflüchteten Menschen täglich nicht nur die geopolitischen Verhältnisse der Not der Anderen vor Augen führt, sondern auch unsere eigene unverschuldete Privilegiertheit verdeutlicht?

Drei empirisch beobachtbare Reaktionsweisen möchte ich hierzu benennen. Erstens Privilegien abgeben und teilen, zweitens Gleichgültigkeit und drittens eine spezifische Wut. Diese Wut scheint mir gegenwärtig vielen Menschen in Stimme, Mailgebaren und Gesicht eingeschrieben. Es ist die paradoxe Wut auf die leidenden Anderen. Wir, die wir geopolitisch privilegiert sind, verzeihen den Flüchtlingen nicht, dass sie leiden und uns mit ihrem Leid in den gut eingerichteten Vierteln unseres Wohlstands im wahrsten Sinne zu Leibe rücken. Deshalb müssen sie dämonisiert, herabgewürdigt und letztlich entmenschlicht werden. Wenn wir über dieses Handeln sprechen, müssen wir es so tun, dass es nicht selbst zu einer selbstherrlich unangemessenen Gewalt wird. Wer wie die NPD, AfD, manche Politikerinnen und Politiker der als respektabler geltenden Parteien, ethnische, migrantische Gruppen unter Generalverdacht stellt, handelt nicht gegen Gewalt, sondern ist Teil und Motor der Gewaltverhältnisse.

Die ethische Frage des 21. Jahrhunderts

Meines Erachtens ist die ethische Frage des 21. Jahrhunderts, wie Solidarität in der Weltgesellschaft neu definiert werden kann und wie jeder/jede Einzelne zur Ausgestaltung beitragen kann. Die neue Definition von Solidarität sollte sich auf Andere beziehen, mit denen ich zwar in einem praktischen Zusammenhang (die Näherin in Bangladesch, mein Hemd, ich) stehe, die aber entfernt von mir sind. Wie können wir dazu beitragen, dass Solidarität für Menschen sinnvoller wird und möglich ist und nicht mehr nur im Modell der Gemeinschaft (Gewerkschaft, Nation) gesehen wird?

Solidarität heißt: Den und die Andere als Subjekt anerkennen und ermöglichen. Das ist mehr und etwas anderes als jene Barmherzigkeit, die den Sommer über in Deutschland als eine Art nationaler Selbstgenuss gefeiert wurde, Solidarität ist mehr und etwas anderes, da es den Anderen auch als politisches Subjekt anerkennt, das für sich sprechen kann und darf. Und diese Anerkennung ist wohl die größte Schwierigkeit, die wir weltgesellschaftlich erleben, weil sie damit einhergeht, von sich selbst Abstand zu nehmen und nehmen zu können in einem sehr grundlegenden Sinne. Wer die anderen hört, muss zunächst einmal still sein. Bescheidenheit statt Wachstum, nicht dermaßen auf die eigene Identität angewiesen

sein, nicht in dieser Art und nicht in dieser Intensität meinen identitären und materiellen Interessen verpflichtet sein. – Es scheint mir lohnenswert, diese Bildungsperspektive für diejenigen, die geopolitisch privilegiert sind, ernst zu nehmen. Der Text geht zurück auf eine Gastrede im Rahmen des Neujahrsempfangs der Stadt Bremen am 13. Januar 2016: www.tinyurl.com/Gastrede

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. PAUL MECHERIL, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Ammerländer Heerstraße 114–118, 26129 Oldenburg, E-Mail: paul.mecheril@uni-oldenburg.de

SEBASTIAN ROSE

Schutzsuchende in Deutschland und Niedersachsen – Aktuelle Herausforderungen und Chancen

Die Gesellschaft steht angesichts der zuletzt gestiegenen Zahlen geflüchteter Menschen zweifellos vor Herausforderungen. 2015 haben knapp 477.000 Personen einen Asylantrag in Deutschland gestellt. Im gleichen Zeitraum sind allerdings über 1.000.000 Personen als Eingereiste erstregistriert worden. Das Missverhältnis dieser Zahlen hängt mit einem Bearbeitungsrückstand bei der Erfassung zusammen. Zum Vergleich: 1992 wurden rund 440.000 Asylanträge in Deutschland gestellt. Bei der aktuellen Entwicklung ist zu bedenken, dass in den letzten Monaten allein über Schleswig-Holstein täglich etwa 1.000 Personen Deutschland wieder verlassen haben.

Großteil der Schutzsuchenden kommt aus Kriegs- und Krisengebieten

Der Großteil, der in den letzten Monaten ankommenden Menschen, stammt aus Syrien, Irak sowie Afghanistan und damit aus von Kriegen, Gewalt und Rechtlosigkeit geprägten Regionen. Daneben waren Hauptherkunftsländer zuletzt Staaten wie Iran, Eritrea oder Pakistan. Aus den südosteuropäischen Westbalkanstaaten kamen zuletzt nur noch sehr wenige Menschen. Alle Asylsuchenden werden nach Ankunft in Deutschland auf die 16 Bundesländer verteilt, wobei 9,3 Prozent der Asylsuchenden nach Niedersachsen kommen. Nach längstens

ASYLANTRÄGE IN DEUTSCHLAND 2015

Derzeit befinden sich weltweit 60 Millionen Menschen auf der Flucht. In Deutschland wurden im Jahr 2015 nach Angaben des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) 441.899 Asylerstanträge und 34.750 Folgeanträge gestellt. Das bedeutet einen Anstieg bei den Erstanträgen um 155,3 Prozent und bei den Folgeanträgen um 16,8 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Folgende Herkunftsländer waren im Zeitraum Januar bis Dezember 2015 am stärksten vertreten: Syrien mit 158.657 Erstanträgen; Albanien mit 53.805 Erstanträgen und der Kosovo mit 37.095 Erstanträgen. Zweidrittel der Erstanträge wurden von Männern gestellt. Ungefähr 70 Prozent der Ankommenden sind jünger als 30 Jahre. Drei Prozent der Erstanträge (14.439) wurden von unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten gestellt.

sechs Monaten in einer Erstaufnahmeinrichtung erfolgt die Verteilung auf die Kommunen, wo die Asylsuchenden für die weitere Zeit des Asylverfahrens wohnen. Aufgrund mangelnder Erstunterkunftsplätze sind in Niedersachsen an zahlreichen Standorten Notunterkünfte entstanden.

Gesundheitliche Situation der Schutzsuchenden

Schutzsuchende sind zum Teil gesundheitlich erheblich belastet. Nach Studien, die auf dem letzten Symposium der Bundespsychotherapeutenkammer im Jahr 2015 zur Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge diskutiert wurden, leiden 40 bis 50 Prozent der einreisenden Asylsuchenden an psychischen Erkrankungen. Dazu zählen etwa posttraumatische Belastungsstörungen oder Depressionen, häufig in Folge von Krieg, Folter oder anderen Gewalterfahrungen.

Im Rahmen des Aufenthalts der Asylsuchenden in den Erstaufnahmeinrichtungen erfolgt nach Maßgabe von § 62 Asylgesetz eine ärztliche Untersuchung der Asylsuchenden auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane. Daneben hat Deutschland die Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie zu beachten, die bis Mitte des Jahres 2015 in nationales Recht umzusetzen war, was bisher aber nicht erfolgt ist, da der Bundesgesetzgeber dazu bisher keinen Umsetzungsvorschlag vorgelegt hat. In der Aufnahmerichtlinie sind bestimmte Personengruppen als besonders schutzbedürftig benannt worden. Dazu zählen etwa Personen mit psychischen Störungen sowie Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben. Die staatlichen Stellen sind verpflichtet diese Personen zu Beginn des Asylverfahrens zu identifizieren, was derzeit noch nicht hinreichend erfolgt.

Rechtlicher Rahmen der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden

Asylsuchende haben zunächst keinen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung. Sie sind auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz angewiesen, das allerdings im Kern nur die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände ermöglicht. Daneben sind medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen sowie Schutzimpfungen möglich. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung über Krankenscheine ist bürokratisch und diskriminierend. Zugang zu erforderlichen Psychotherapien wird vielfach verhindert. Ein großes praktisches Problem ist häufig auch die fehlende Finanzierung von Fachdolmetscherinnen und Fachdolmetschern. Mit der möglichen Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende kann zwar der diskriminierenden Krankenscheinvergabepraxis begegnet werden, allerdings bleibt der Leistungsumfang nach dem Asylbewerberleistungsgesetz weiterhin eingeschränkt.

Im Jahr 2015 sind Einschränkungen im Asylrecht in Kraft getreten: Zu nennen sind hier die Erweiterung der Liste der sicheren Herkunftsstaaten, das Verbot der Ankündigung von Abschiebungen und Einschränkungen beim Familiennachzug. Mit der jüngsten Novelle sollen Verfahren für bestimmte Gruppen beschleunigt werden, um innerhalb kürzester Zeit die Asylverfahren zu entscheiden, was eine Identifizierung vulnerabler Personen nicht ermöglicht und medizinische Begutachtungen erschwert. Abschiebungen auch bei schweren psychischen Erkrankungen sollen generell einfacher ermöglicht werden.

Frühestmögliche Teilhabe erforderlich

Aus Sicht des Flüchtlingsrats ist es erforderlich andere Akzente zu setzen. Im Jahr 2015 lag die Schutzquote bei knapp 61 Prozent. In den letzten Monaten lag sie zum Teil sogar bei über 70 Prozent. Insofern wird deutlich, dass ein Großteil der Einreisenden dauerhaft hier bleiben wird. Teilhabe muss daher möglichst früh ermöglicht werden. Dazu zählen der Zugang zu Spracherwerb, Bildung, Schule, Arbeit und Ausbildung. Im Rahmen des Asylverfahrens sind eine unabhängige Verfahrensberatung sowie qualifizierte Flüchtlingssozialarbeit wichtig. Im Bereich der Gesundheitsversorgung führt kein Weg vorbei an einem Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung von Anfang an. Die ehrenamtliche Bereitschaft zehntausender Menschen in Niedersachsen, die Personen auf der Flucht willkommen heißen, bildet einen fruchtbaren Boden für die zu fordernde Willkommenskultur.

Literatur beim Verfasser

SEBASTIAN ROSE, Flüchtlingsrat Niedersachsen e. V., Röpkestraße 12, 30173 Hannover, Tel.: (05 11) 98 24 60 30, E-Mail: nds@nds-fluerat.org

RUNAK SABBAR-LETAIEF**Über Menschlichkeit, Eigeninitiative und Flüchtlingspolitik**

Runak Sabbar-Letaief ist 1988/89 als Jugendliche zusammen mit ihrer Familie aus dem Iran geflüchtet und nach mehreren Stationen in der ehemaligen Sowjetunion 1990 in Deutschland angekommen. Nach diversen Aufenthalten in Flüchtlingsunterkünften wurde schließlich der Asylantrag bewilligt. Frau Sabbar-Letaief war zu diesem Zeitpunkt 12 Jahre alt. Heute ist sie als freie Journalistin tätig.

Impulse: Was hat ihnen das Ankommen in der »neuen Heimat« erleichtert?

» R. S.-L.: Das Ankommen erleichtern vor allem Menschen, die einem bei der Orientierung ihre Unterstützung anbieten, egal in welcher Form. Aus eigener Erfahrung kann ich berichten, dass die Begegnungen mit Menschen, die sich für uns ehrenamtlich engagiert haben, mir am meisten in Erinnerung geblieben sind und auch einen nachhaltigen Eindruck hinterlassen haben. Ganz besonders sind mir die regelmäßigen Treffen, zum Beispiel mit einer wunderbaren Frau, in Erinnerung geblieben, die sich zur Aufgabe gemacht hatte, uns die deutsche Sprache beizubringen. Wir trafen uns dazu einmal pro Woche bei ihr Zuhause und tauschten uns gemeinsam bei Kaffee und Kuchen aus. Durch das Vorlesen aus unterschiedlichen Janosch Büchern, habe ich meine ersten sprachlichen Erfolge gefeiert! Darüber hinaus haben wir durch unseren Austausch viel über die kulturellen sowie strukturellen Gegebenheiten in Deutschland in Erfahrung bringen können. Das Wesentliche war jedoch, dass wir in diesem Rahmen Menschlichkeit erfahren haben, wonach wir uns nach unserer langen Odyssee förmlich gesehnt hatten. Einmal in der Woche hatten wir das Gefühl in ein normales Leben hinein schlüpfen zu können, in welchem geordnete Verhältnisse vorherrschen. Das war eine große Erleichterung, zugleich auch eine Ablenkung und eine große Freude. In dieser Atmosphäre gelang das Lernen und Annehmen auf eine wunderbar natürliche und unkomplizierte Art und Weise. Beide Seiten zeigten großes Interesse daran voneinander zu lernen und wir genossen die Gesellschaft des Anderen. Ich weiß, dass das Gefühl des Ankommens keine mechanische Angelegenheit ist, dahinter steckt viel mehr. Eine neue Heimat bedeutet nicht nur das Annehmen von neuen Regeln und neuen Werten, sondern vor allem auch das Gefühl angenommen zu werden und dazu zu gehören. Das kann nur wachsen, wenn Menschen ein Interes-

ASYLBERECHTIGUNG UND SCHUTZBEDÜRFTIGKEIT NACH INTERNATIONALEM RECHT

Die Entscheidung über einen Asylantrag beziehungsweise das Feststellen der Schutzbedürftigkeit nach internationalem Recht setzt die Prüfung des Antrags nach dem sogenannten Dublin-Verfahren voraus. Hier wird festgestellt, ob Deutschland oder ein anderes Land der Europäischen Union (EU) für die Durchführung des Verfahrens zuständig ist. Kann der Antrag in Deutschland bearbeitet werden, prüft das BAMF die Zuerkennung des internationalen Schutzes (Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft, subsidiärer Schutz) und die Anerkennung als Asylberechtigter. Kommt beides nicht in Betracht, entscheidet das BAMF, ob Abschiebungsverbote nach § 60 des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG) vorliegen. Kann auch kein Abschiebeverbot festgestellt werden, erfolgt die Ausweisung der Asylsuchenden. Die Asylsuchenden können Einspruch gegen die Entscheidungen des BAMF erheben.

Schutzkategorie	Bezeichnung	Erteilungsdauer
Schutz vor politischer Verfolgung nach Artikel 16a Grundgesetz	Asylberechtigter	3 Jahre
Schutz vor Verfolgung nach der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK)	Flüchtling	3 Jahre
Internationaler subsidiärer Schutz	Subsidiärer Schutz	zunächst 1 Jahr, Verlängerung für zwei weitere Jahre möglich
Schutz nach der Europäischen Menschenrechtskonvention	Abschiebungsverbot	mindestens 1 Jahr

se daran haben, voneinander zu lernen und neues zu zulassen und genau dafür müssen Grundlagen geschaffen werden. Das ist ein langer Prozess.

Impulse: Was hindert Menschen daran anzukommen?

» **R. S.-L.:** Ich kann hier nur aus eigener Erfahrung sprechen. Wenn meine Eltern beispielsweise keine Eigeninitiative gezeigt hätten, wäre unser Ankommen in Deutschland weitaus schwieriger verlaufen. Für uns stellte sich schnell heraus, dass wir zwar Unterstützung erhalten, dass diese jedoch nicht ausreichend ist und wir uns selber fehlende Informationen beschaffen müssen, um unser Leben in Deutschland erfolgreich zu gestalten. Man muss aber auch dazu sagen, dass meine Eltern sehr gebildet sind, was für die Entwicklung von uns Kindern von großer Bedeutung war.

Sie setzten sich mit allen Mitteln dafür ein, so schnell wie möglich die deutsche Sprache zu lernen und wirtschaftlich unabhängig zu sein. Es war ihnen wichtig, dass sich ihre drei Kinder beruflich erfolgreich integrieren. Ein Beispiel: Ich sollte auf Empfehlung meiner Lehrerin nach der sechsten Klasse auf eine Realschule kommen. Meine Eltern haben sich trotz der Sprachbarriere umfassend informiert und dabei herausgefunden, dass dies nur eine Möglichkeit ist und dass es höhere Schulformen gibt. Sie haben sich dafür eingesetzt, dass ich auf ein Gymnasium komme. Sie wussten, dass ein guter Abschluss entscheidend für meine spätere Berufslaufbahn ist. Damals war ich gerade einmal ein halbes Jahr in Deutschland. Und das ist nur ein Beispiel. Letztendlich ist die eigene wirtschaftliche Unabhängigkeit der beste Weg, um sich in einer neuen Heimat zu integrieren. Das kann vor allem gut gelingen, wenn bessere Bedingungen für geflüchtete Menschen geschaffen werden, bei denen sie nicht lange in komplizierten Verfahren verharren und ihnen ein Zugang in die Berufswelt dadurch erschwert wird. Neben notwendigen Informationen in der Orientierungsphase, benötigen wir Strukturen, die geflüchteten Menschen die Möglichkeit bieten ihre Kompetenzen einzusetzen.

Impulse: Was muss sich in der Gesellschaft ändern und welche Strukturen werden gebraucht?

» **R. S.-L.:** Neben den zuvor genannten Erleichterungen für eine berufliche Integration der geflüchteten Menschen, muss vor allem zunächst einmal die Begegnung zwischen Geflüchteten und Bürgerinnen sowie Bürgern, die sich für sie einsetzen, gewürdigt und gefördert werden. Denn genau aus diesen Begegnungen heraus entstehen neue wertvolle Strukturen und Netzwerke. Ob ärztliche Behandlung, Sprachkurse, Hilfe bei Behördengängen, Freizeitangebote, viele ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unterstützen bereits geflüchtete Menschen in vielen unterschiedlichen Bereichen. Ohne diese Arbeit würden viele Netzwerke gar nicht existieren. Hier ist die Politik gefragt, denn diese neuen Netzwerke, die durch ehrenamtliche Arbeit entstanden sind, können nicht allein überleben. Das kostet Geld, Personal, Ressourcen. Diese Aufgabe darf nicht allein der kommunalen Flüchtlingspolitik überlassen werden! Hier wird die Unterstützung des Bundes und der Länder benötigt.

RUNAK SABBAR-LETAIEF, Zeitung Basar, E-Mail: redaktion@basar-zeitung.de, www.basar-zeitung.de



OLIVER RAZUM, KAYVAN BOZORGMEHR

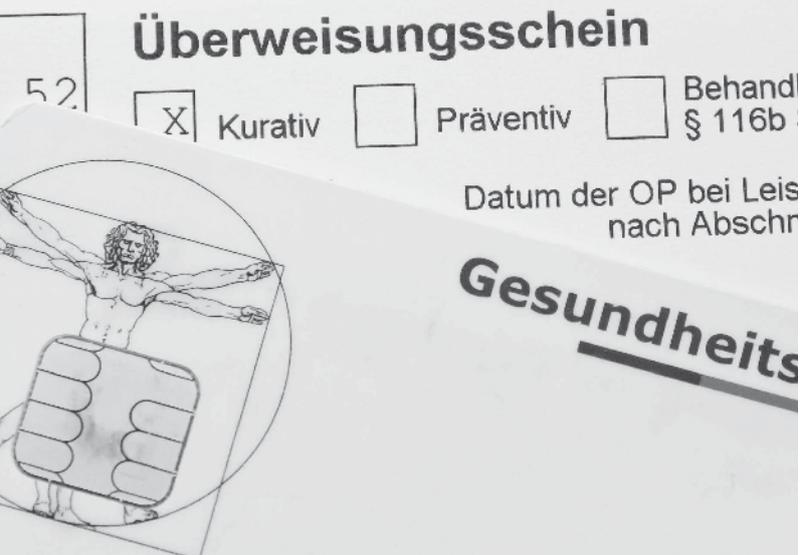
Gesundheitliche Versorgung für Asylsuchende ohne Einschränkungen und bürokratische Hürden

Im Jahr 2015 hat Deutschland über eine Million schutzsuchende Menschen aufgenommen. Angesichts der politischen Lage im nahen Osten sowie der weltweiten großen wirtschaftlichen und gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen Nationen ist davon auszugehen, dass die Fluchtmigration nach Europa weiter anhalten wird.

Die gesundheitliche Versorgung geflüchteter und asylsuchender Menschen in Deutschland stellt eine große Herausforderung dar, insbesondere für den Öffentlichen Gesundheitsdienst der Bundesländer. Aufgrund der föderalen Strukturen gibt es in Deutschland kein einheitliches Vorgehen bei der Erstuntersuchung, der Behandlung und präventiven Maßnahmen wie Impfungen. Gesundheitsämter und Kommunen sind oftmals gezwungen, unter Nutzung vorhandener Ressourcen die lokal bestmöglichen Lösungsstrategien zu entwickeln und müssen dabei oft improvisieren. Dem Einsatz vieler freiwilliger Helferinnen und Helfer ist es mit zu verdanken, dass die Versorgung aufrechterhalten werden kann. Über die Bedarfe von Geflüchteten und Asylsuchenden in der gesundheitlichen Versorgung ist bislang allerdings zu wenig bekannt. So lassen sich Defizite in der Versorgung nur schlecht oder spät erkennen. Leistungen, die im Rahmen der Versorgung erbracht werden, sind nur schwer zu evaluieren. Um hier Abhilfe zu schaffen, müssen Daten standardisiert erhoben und datenschutzkonform zusammengeführt werden.

Eingeschränkte Gesundheitsversorgung

Für Geflüchtete und Asylsuchende bestehen Einschränkungen beim Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung. Nur wenn Asylsuchende unter akuten Gesundheitsproblemen leiden, sie Schmerzen haben oder eine Behandlung unaufschiebbar ist, werden sie medizinisch behandelt. So ist es seit 1993 in § 4 und § 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) geregelt. Erst nach längerem Aufenthalt in Deutschland – derzeit 15 Monate – können sie die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in vollem Umfang beanspruchen.



Keine Mehrkosten durch die Gesundheitskarte für Asylsuchende

Durch das AsylbLG sollen die Gesundheitsausgaben gering gehalten und keine Anreize zur Asylsuche in Deutschland geboten werden. Die Regelung ist ethisch umstritten. Darüber hinaus macht sie auch wirtschaftlich keinen Sinn. Die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben für die medizinische Versorgung von Asylsuchenden mit nur eingeschränktem Zugang zur medizinischen Versorgung waren in den vergangenen 20 Jahren (1994–2013) um circa 40 Prozent und damit 376 Euro höher als bei Asylsuchenden, die bereits Anspruch auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung haben. Unterschiede im Bedarf – gemessen an Alter, Geschlecht, Herkunftskontinent und Unterbringungsart – konnten die jährlichen Ausgabenunterschiede zum Teil, jedoch nicht gänzlich erklären. Die 2015 veröffentlichte Studie der beiden Autoren dieses Artikels belegt somit, dass eine bundesweite Umsetzung des Bremer Modells – bei dem seit 2005 bürokratische Hürden abgebaut wurden – nicht zwingend mit Mehrkosten verbunden sein muss.

In Bremen und Hamburg erhalten Asylsuchende schon seit mehreren Jahren ohne Wartezeit eine Gesundheitskarte und damit besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung. Das ermöglicht eine frühe Anbindung an die Regeldienste und somit eine umfassende Versorgung mit primärmedizinischen Maßnahmen. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht ist mittlerweile international unumstritten, dass eine qualitativ gute, bedarfsgerechte und kostengünstige Versorgung vor allem durch integrierte, primärmedizinisch orientierte Systeme zu erreichen ist. Parallelsysteme hingegen sind teuer und ineffizient, vor allem, wenn sie Teile der Bevölkerung von der Versorgung ausschließen.

Verteilung von Asylsuchenden und Ressourcen

Auf politischer Ebene sind weitere Anstrengungen zur sozialen und gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten erforderlich. Aktuelle Analysen zeigen, dass die dabei auftretenden Anforderungen nicht fair auf die Bundesländer und Kommunen verteilt sind. Das bestehende Quotensystem zur Verteilung von Geflüchteten auf die Länder (»Königsteiner Schlüssel«) berücksichtigt soziale und gesundheitliche Bedarfe nicht ausreichend; viele der wirtschaftlich schwächeren Bundesländer sehen sich dadurch überdurchschnittlich hohen Anforderungen gegenüber. Dies hat Implikationen auch für die ak-

tuellen Diskussionen um »faire« Verteilungsquoten innerhalb der Europäischen Union (EU). Wünschenswert wäre, dass Ressourcen innerhalb der EU so (um)verteilt werden, dass sie den Geflüchteten und ihren Bedarfen folgen. Die augenblicklichen Konflikte zwischen Ländergruppen innerhalb der EU stehen jedoch einer einheitlichen Flüchtlingspolitik der Gemeinschaft im Wege.

Aus einer Global-Health-Perspektive können sich Deutschland und die EU-Mitgliedsstaaten nicht allein auf Grenzsicherung beschränken. Mit Stacheldraht ist die europäische »Flüchtlingskrise« nicht zu lösen. Vielmehr müssen die EU-Staaten auch die Fluchtursachen angehen – auf politischer wie auf wirtschaftlicher Ebene. Entsprechende globale Gesundheitsstrategien haben verschiedene EU-Staaten, darunter auch Deutschland, bereits vor Jahren verabschiedet. Zudem muss die EU vermehrt legale Zuwanderung in die Mitgliedsstaaten ermöglichen. Nur so wird sich längerfristig die ungeordnete Zuwanderung regulieren lassen.

Literatur bei den Verfassern

PROF. DR. MED. OLIVER RAZUM, Universität Bielefeld, Abt. Epidemiologie & International Public Health, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, E-Mail: oliver.razum@uni-bielefeld.de

DR. KAYVAN BOZORGMEHR, Universitätsklinikum Heidelberg, Abt. Allgemeinmedizin & Versorgungsforschung, E-Mail: kayvan.bozorgmehr@med.uni-heidelberg.de

SANDRA BEERMANN, UTE REXROTH, ANDREAS GILSDORF

Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden

Als Asylsuchende werden in diesem Artikel alle Personen verstanden, die sich in Deutschland aufhalten und sich gerade im Asylprozess befinden oder eine Duldung nach § 60 a Aufenthaltsgesetz erhalten haben. Das schließt alle Asylsuchenden, Asylbewerber und -bewerberinnen (auch Minderjährige) und geduldete Personen ein.

In Presseberichten, aber auch bei fachlichen Diskussionen, wurde in letzter Zeit immer häufiger auf bestehende Ängste in der Bevölkerung verwiesen, dass Migrantinnen und Migranten oder Reisende aus anderen Kulturkreisen Krankheiten nach Deutschland mitbringen, besonders Infektionskrankheiten. Doch stellen Asylsuchende aus Sicht des Infektionsschutzes in Deutschland tatsächlich eine Gefahr dar oder handelt es sich hierbei eher um eine gefährdete Gruppe? Tatsächlich gibt es historische und zeitgenössische Beispiele dafür, dass Reisende Krankheitserreger in Bevölkerungen eingebracht haben, die es dort vorher nicht gegeben hat. Zum Beispiel litten die nordamerikanischen Ureinwohner sehr unter den von den Europäern mitgebrachten Pocken und auch noch im letzten Jahr wurden aus Deutschland Masern in Länder exportiert, die bis dahin Masern eliminiert hatten. Durchaus kommen auch in Deutschland manche Infektionskrankheiten, wie zum Beispiel die Tuberkulose (TB), bei Menschen, die im Ausland geboren wurden, sehr viel häufiger vor als bei der einheimischen Bevölkerung. Dennoch geht das Robert Koch-Institut (RKI) nicht davon aus, dass durch die aktuellen Zuströme von Asylsuchenden eine erhöhte Gefahr für den Infektionsschutz in Deutschland ausgeht.

Um diesen scheinbaren Widerspruch zu verstehen, muss man sich klar machen, dass Deutschland kein abgeschottetes Land

ist. Unsere Bevölkerung steht durch Reise- und Handelsfreiheit ständig in regem Austausch mit fast allen Teilen der Welt. Die Globalisierung spiegelt sich seit Jahrzehnten darin wieder, dass reiseassoziierte Erkrankungen in Deutschland diagnostiziert werden, die hierzulande nur selten vorkommen, wie zum Beispiel Malaria, TB und Hepatitis A. Ein Land kann sich alleine aus diesem Grund nicht vor der Einschleppung von Infektionskrankheiten schützen. Wirksame Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung sind gute Surveillance-Mechanismen (Überwachung), Prävention und schnelle Therapien.

Asylsuchende sind grundsätzlich durch die gleichen Infektionskrankheiten gefährdet, wie die in Deutschland ansässige Bevölkerung.

Bei der Gruppe der Asylsuchenden kommt aber hinzu, dass die schwierigen Umstände während der Flucht nach Deutschland, ein eingeschränkter oder fehlender Impfschutz sowie die engen räumlichen Bedingungen in den Aufnahmeeinrichtungen, zu einer höheren Anfälligkeit gegenüber bestimmten Infektionskrankheiten führen können. Damit sind die Asylsuchenden eher eine gefährdete Gruppe als eine, von der eine Gefahr ausgeht. Insbesondere Magen-Darm-Infektionen sowie TB, parasitäre Hauterkrankungen (zum Beispiel Krätze) und impfpräventable Erkrankungen sind aufgrund ihres Übertragungsweges, ihres Vorkommens in den Herkunftsländern, ihres gehäufteten Auftretens in Gemeinschaftsunterkünften oder ihres Ausbruchspotenzials in diesem Zusammenhang relevant. Die meisten dieser Erkrankungen setzen für die Übertragung einen engen Kontakt voraus. Gefährdet sind also in der Regel Familienmitglieder oder andere Asylsuchende. Bei helfenden Personen sowie der Allgemeinbevölkerung besteht daher nur eine geringe Infektionsgefährdung. Zusätzlich können sich diese durch Standardvorkehrungen wie Impfungen und einfache Hygienemaßnahmen wirksam schützen.

Prävention und Kontrolle von Infektionskrankheiten

Beim Auftreten von Infektionskrankheiten ist es wichtig, die Weiterverbreitung durch einen zeitnahen Therapiebeginn und schnell umgesetzte Infektionsschutzmaßnahmen zu unterbinden und frühzeitig Impfungen nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision anzubieten. Vor oder unmittelbar nach Aufnahme in Gemeinschaftsunterkünfte erhalten Asylsuchende auf Basis gesetzlicher Bestimmungen eine Erstaufnahmeuntersuchung, die dem Erkennen akuter Infektionen dient.

Es fehlen belastbare Daten

Belastbare Zahlen zum Vorkommen von Infektionskrankheiten unter Asylsuchenden liegen zum jetzigen Zeitpunkt nur eingeschränkt vor. Das Asylbewerberleistungsgesetz umfasst nur die medizinische Versorgung akuter und/oder schmerzhafter Leiden, weswegen die Routinedaten des Gesundheitswesens bezogen auf diese Fragestellung nicht gut auswertbar sind. Mit einem Informationsbrief des RKI im September 2015 wurden alle Gesundheitsämter in Deutschland gebeten, bei Asylsuchenden zusätzliche Angaben zum Herkunftsland und zum Datum der Einreise über die Bundesländer an das RKI zu übermitteln, wenn die Information im Gesundheitsamt vorhanden ist. Die Meldedaten bestätigen das Bild, dass Asylsuchende durch impfpräventable Krankheiten und Magen-Darm-Infektionen gefährdet sind, gegen die Impfungen und Basishygienemaßnahmen schützen. Außerdem werden durch Screening-

Untersuchungen erwartungsgemäß mehr Fälle mit TB, Hepatitis B und C gefunden. Es wurden nur vereinzelte Fälle von schwerwiegenden importierten Krankheiten, wie Typhus und Läuserückfallfieber, übermittelt. Auch Daten aus diversen Notunterkünften und Aufnahmelagern, die im Deutschen Ärzteblatt und in regionalen ärztlichen Mitteilungen publiziert worden sind, bestätigen diese Aussagen. Das RKI betreibt weitere Forschungsaktivitäten, um unter anderem die Datenlage zu der gesundheitlichen Erstversorgung sowie zu Prävalenzen und Inzidenzen von verschiedenen Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden in Deutschland zu verbessern.

Fazit

Das RKI sieht derzeit weiterhin keine erhöhte Infektionsgefährdung der Allgemeinbevölkerung durch Asylsuchende. Die Gesundheit der Asylsuchenden hinsichtlich übertragbarer und nicht-übertragbarer Erkrankungen hängt aber wesentlich davon ab, wie gut sie hier in Deutschland versorgt sind und ob ihnen ein niedrigschwelliger, barrierefreier Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, einschließlich Präventions-, Diagnostik- und Therapieangeboten gewährt wird.

Weitere Informationen, Literatur und Empfehlungen zum Thema Asylsuchende und Gesundheit finden Sie unter: www.rki.de/asylsuchende

Literatur bei den Verfasserinnen und dem Verfasser
DR. SANDRA BEERMANN, Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin,
E-Mail: BeermannS@rki.de

MARIA BELZ, IBRAHIM ÖZKAN

Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung traumatisierter Geflüchteter

Geflüchtete sind vor, während und nach ihrer Flucht Situationen ausgesetzt, die das Risiko einer psychischen Störung erhöhen können. Zum einen können dies Traumata im Sinne eines »belastenden Ereignisses oder einer Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde« sein. Hierzu zählen unter anderem Krieg, Verfolgung und Folter im Herkunftsland, rassistisch motivierte Gewalt im Zielland, gewaltsame Übergriffe durch Polizei oder Schleuser und Seenot auf der Flucht. Diese traumatischen Erlebnisse können zu psychischen Störungen im Sinne einer Stressfolgenstörung (PTBS) führen, jedoch auch die Vulnerabilität für andere Störungsbilder (beispielsweise Depression, Suchterkrankungen, psychosomatische Erkrankungen, Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung) erhöhen. Zum anderen kann die Migration an sich ein kritisches Lebensereignis darstellen, welches eine besondere Anpassungsleistung erfordert. Ein zentraler Begriff ist in diesem Zusammenhang der so genannte »Akkulturationsstress«, welcher als Folge herkunftsbezogener Ablehnung definiert wird. Hierzu zählen Situationen, denen die Person unmittelbar ausgesetzt ist (beispielsweise rassistische Äußerungen oder Übergriffe), aber auch das Miterleben dieser Situation mittels medialer Berichterstattung oder Berichte anderer Betroffener. So stellt auch die Antizipation der herkunftsbezogenen Ablehnung einen Stressor dar. Akkultura-



tionsstress kann als ein Faktor in der Entstehung psychischer Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund, also auch bei Geflüchteten, gesehen werden.

Zugangsbarrieren

Als besonders vulnerable Gruppe sind Geflüchtete auf eine adäquate psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung angewiesen. Dem steht in der Realität eine Unterversorgung entgegen. An vielen Orten fehlen spezialisierte Angebote und die Regelversorgung ist bisweilen zumeist unzureichend auf die Bedürfnisse der Geflüchteten eingestellt. Ebenfalls verhindern gesetzliche Grundlagen und Strukturen der Kostenträger oft eine adäquate Versorgung.

Beispielsweise können Sprachbarrieren oft nicht oder nur unzureichend behoben werden. Solange Patientinnen und Patienten noch keine Gesundheitskarte erhalten haben, können Dolmetscherkosten zwar nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beim zuständigen Sozialamt beantragt werden, jedoch ist ein Antrag mit hohem bürokratischem und zeitlichem Aufwand verbunden und geht nicht immer mit einer Kostenbewilligung einher. Oft ist es schwierig für das psychotherapeutisch-psychiatrische Setting qualifizierte Dolmetschende (keine Angehörigen!) zu finden, die bereit sind, für das in der Höhe eingeschränkte Honorar zu arbeiten. Weiterhin müssen auch Behandelnde in der Gesprächsführung mit Dolmetschenden geschult werden.

Negative Vorerfahrungen mit dem Gesundheitssystem von Patientenseite aus können ein weiteres Hindernis in der Regelversorgung darstellen: Ein wenig wertschätzender Umgang mit Vielfalt, Stereotype und Ablehnungserfahrungen, sowie eine nicht behobene Sprachbarriere reduzieren die Bereitschaft der Patientinnen und Patienten, sich erneut oder überhaupt in Behandlung zu begeben. Die Nutzung migrantenspezifischer Angebote und somit eine Meidung der Regelversorgung wird verstärkt.

Behandlungskonzepte

In der psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund und somit auch Geflüchteter gibt es unterschiedliche Modelle der Versorgung. Spezialisierte Angebote ausschließlich für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund bieten häufiger die Möglichkeit muttersprachlicher Behandlung. Jedoch stellen sie eine erneute Segregation der Patientinnen und Patienten in der

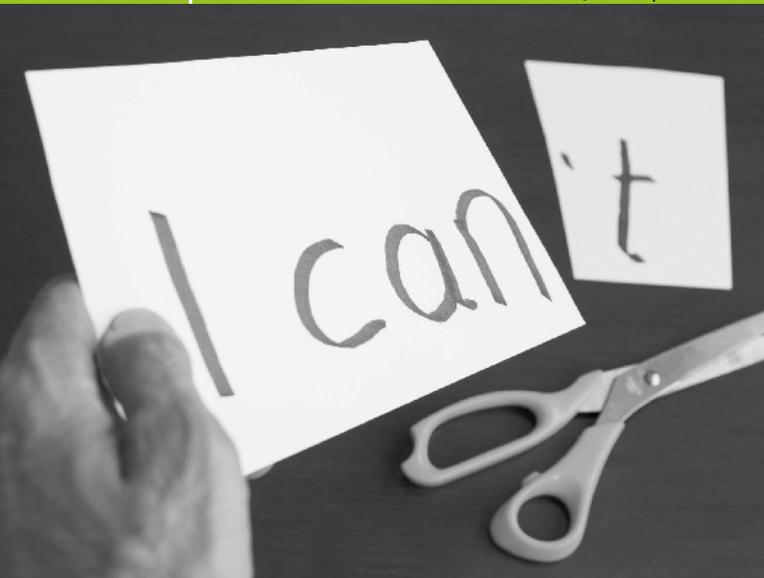
Krankheit dar und wiederholen so Erfahrungen der Migration. Vor diesem Hintergrund muss sich die Regelversorgung in ihrer Gesamtheit transkulturell öffnen, um Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund zu integrieren. Migrationserfahrung sollte als normaler Bestandteil menschlicher Vielfalt gesehen werden, sodass Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund weniger die Erfahrungen machen, nicht verstanden zu werden – sowohl sprachlich als auch im Kontext des biografischen Hintergrundes. Hierzu ist es keinesfalls ausreichend alle gleich zu behandeln. Geflüchtete weisen besondere Bedürfnisse auf. Diese müssen erfüllt werden, um eine Integration in die Regelversorgung zu gewährleisten. Hierzu zählen unter anderem Schulungen für alle Mitarbeitenden, Einrichtung eines Dolmetscherpools, Systematisierung des Kostenantragsverfahrens nach Asylbewerberleistungsgesetz (beispielsweise durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter oder Verwaltungsangestellte) oder Bereitstellung fremdsprachiger Informations- und Arbeitsmaterialien.

Finanzierung der Behandlung

Die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden ist geregelt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz und ist beschränkt auf die »Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände«. Eine psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung kann dann durch das Asylbewerberleistungsgesetz abgedeckt sein, wenn die Nichtbehandlung der vorliegenden psychischen Störung zu akut behandlungsbedürftigen Zuständen, im Sinne von Dekompensation mit gegebenenfalls akuter Suizidalität, führen würde.

Ist das zuständige Sozialamt der Kostenträger für Gesundheitsleistungen, so sind Therapiekostenanträge dorthin zu richten. Auch können Dolmetscherinnen und Dolmetscher sowie Fahrtkosten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 4 beantragt werden. Die Anträge können durch die Behandelnden gestellt werden, sofern sie eine Vollmachtserklärung und eine Schweigepflichtsentbindung beilegen. Die Sozialämter beauftragen nach Antragstellung das zuständige Gesundheitsamt zur Begutachtung der Patientin oder des Patienten. In der Regel findet dies nach einer Bewilligung eines kleinen Stundenkontingents (beispielsweise ein Quartal oder fünf Sitzungen) statt. Die Erstellung eines Befundberichts seitens der Behandelnden ist häufig erforderlich. Dieser Befundbericht ist dem ärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes direkt oder in einem geschlossenen Umschlag zur Weiterleitung durch das Sozialamt zuzusenden, da die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter des Sozialamtes nicht dazu berechtigt sind, Informationen über Diagnosen oder Symptomatik zu erhalten. Nach einer Begutachtung durch den ärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes, erfolgt eine Empfehlung an das Sozialamt hinsichtlich der Bewilligung des gestellten Antrags. Der Bescheid des Sozialamtes folgt in der Regel dieser Empfehlung und orientiert sich bei der Bewilligung an der Dauer des Aufenthaltsstatus oder der Duldung.

Erhält die Patientin oder der Patient eine Gesundheitskarte, so werden die Behandlungskosten regelhaft mit der zuständigen Krankenkasse abgerechnet. Dolmetscherkosten werden von den Gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen. Anträge werden abgelehnt mit dem Verweis auf § 19 SGB X. Nach Erhalt dieses negativen Bescheids ist es möglich, die Dolmetscherkosten wiederum beim zuständigen Sozialamt zu beantragen. Ob diese Leistung nach § 73 SGB XII gewährt wird, variiert zwischen den verschiedenen Sozialämtern.



Fazit

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung Geflüchteter ist nach wie vor defizitär. Um eine Integration in die Regelversorgung zu gewährleisten, müssen zum einen politisch-strukturelle Gegebenheiten verändert (Einschluss von Psychotherapie in den Leistungskatalog des AsylbLG, Beschleunigung der Antragsverfahren, Übernahme von Dolmetscherkosten durch die Krankenkassen), zum anderen die Versorgungsstrukturen geöffnet werden (Transkulturelle Sensibilisierung der Mitarbeitenden, Schulung der Therapeutinnen und Therapeuten in der Arbeit mit Dolmetschenden, Schaffung bedarfsgerechter Angebote).

Literatur bei der Verfasserin

MARIA BELZ, Schwerpunkt für Kulturen, Migration und psych. Krankheiten, Asklepios Fachklinikum Göttingen, Rosdorfer Weg 70, 37081 Göttingen, Tel.: (05 51) 402 16 66, E-Mail: m.belz@asklepios.com

GISELA JAKOB

Freiwilliges Engagement für und mit geflüchteten Menschen

Ohne das zahlreiche und vielfältige freiwillige Engagement der Bürgerinnen und Bürger wären ein gutes Ankommen und die Unterbringung geflüchteter Menschen in den letzten Monaten nicht möglich gewesen. Die Fluchtbewegungen aus Ländern, die von Bürgerkriegen zerstört sind und in denen die Menschenrechte massiv verletzt werden, haben in Deutschland eine Hilfsbereitschaft und ein Engagement ausgelöst, das wohl niemand zuvor erwartet hätte. Während staatliche Instanzen und große Organisationen Schwierigkeiten hatten, dem unerwartetem Bedarf an Unterstützung zeitnah und ausreichend nachzukommen, haben sich zahlreiche Bürgerinnen und Bürger in Spendenaktionen, mit verschiedenen Sprachlernangeboten und in Patenschaftsprojekten spontan engagiert. Sie haben damit wertvolle Hilfen und Unterstützung für die Geflüchteten erbracht. Darüber hinaus ist dieses Engagement ein wichtiges gesellschaftliches Signal, weil es für eine Willkommenskultur steht und damit auch ein eindeutiges Zeichen gegen fremdenfeindliche Äußerungen und Aktivitäten darstellt. Ob das Engagement auch dann erhalten bleibt, wenn sich Konflikte und Schwierigkeiten im gesellschaftlichen Zusammenleben häufen, bleibt abzuwarten.

Wer sind die engagierten Bürgerinnen und Bürger

Zwei Online-Befragungen, eine Studie des Berliner Instituts für empirische Integrations- und Migrationsforschung und eine Studie der Hochschule München, die Ende 2014 und im Frühsommer 2015 durchgeführt wurden, geben erste Einblicke: In der Gruppe der Engagierten überwiegen mit mehr als 70 Prozent die Frauen, und Personen mit hohen Bildungsabschlüssen sind überproportional aktiv. Freiwillig Engagierte mit Migrationshintergrund sind mit 20 Prozent beziehungsweise 33 Prozent vertreten. Das Tätigkeitsspektrum reicht von spontanen Hilfen und Spenden über Unterstützung bei der Alltagsbewältigung und Behördengängen bis hin zu diversen Formen der Sprachförderung. Ein hoher Anteil von 25 Prozent der Befragten ist in Patenschaftsprojekten engagiert und hat damit ein hoch verbindliches und auf Dauer angelegtes Engagement übernommen. Die Befragten beider Untersuchungen beklagen die fehlende Unterstützung und Begleitung in ihrem Engagement und weisen auf den Mangel an Koordinierung und Absprachen hin.

Anforderungen an eine koordinierte lokale Engagementförderung

Die Engagementförderung in der Arbeit mit geflüchteten Menschen gestaltet sich in den Kommunen sehr unterschiedlich, ohne dass jemand zurzeit einen umfassenden Überblick geben könnte. In zahlreichen Städten, Gemeinden und Landkreisen haben sich mittlerweile koordinierende Strukturen entwickelt, um die Zusammenarbeit von Einzelpersonen, Helferkreisen und Gruppen in Kirchengemeinden und Verbänden zu forcieren. Derartige Strukturen sind aber keineswegs flächendeckend verbreitet, sondern vielerorts mangelt es an einer gut koordinierten und vernetzten Engagementförderung, mit der die Aktivitäten der verschiedenen Beteiligten, wie Kommunalverwaltung, Bürgergruppen, Migrantenselbstorganisationen, Einrichtungen der lokalen Engagementförderung, abgesprochen und zusammen geführt werden. Und dort, wo es koordinierende Strukturen gibt, sind diese finanziell und personell schlecht ausgestattet. Außerdem lässt sich eine Tendenz erkennen, das »Ehrenamt« als Lückenbüßer in den Dienst zu nehmen und mit Aufgaben zu betrauen, die in die Zuständigkeit von beruflichen Mitarbeitenden gehören. Um einer Überlastung der Engagierten vorzubeugen, Konflikte zu vermeiden und die Geflüchteten angemessen zu unterstützen, muss deshalb im Rahmen einer professionellen Engagementförderung geklärt werden, wer welche Aufgaben übernehmen kann. Eine Untersuchung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen macht auf ein weiteres Problem aufmerksam, dass die Zusammenarbeit erschwert: die unterschiedlichen Herangehensweisen der verschiedenen Organisationen bei der Arbeit mit Freiwilligen. So sehen beispielsweise die Träger einer Asylberatung die engagierten Bürgerinnen und Bürger eher als Risiko denn als Chance. Einzelne Träger aus dem wohlfahrtsverbandlichen Bereich geben an, dass sie dazu übergegangen sind, die Ehrenamtlichen stundenweise zu bezahlen. Einige, selbst organisierte Gruppen geben an, dass sie an einer Zusammenarbeit mit anderen Organisationen vor Ort nicht interessiert sind. All dies verweist auf die Notwendigkeit einer besseren Koordinierung des freiwilligen Engagements für und mit geflüchteten Menschen und einer Vernetzung möglichst aller Beteiligten vor Ort. Dabei kommt den Kommunen, Kommunalpolitik und -verwaltung, eine wichtige Rolle als übergreifende Instanz zu, um in Koope-

ration mit den zivilgesellschaftlichen Organisationen und Einrichtungen zur lokalen Engagementförderung sowie auch mit den geflüchteten Menschen selbst und ortsansässigen Migrantenselbstorganisationen gemeinsam Strukturen zur Engagementförderung zu entwickeln. Die dafür notwendigen finanziellen Mittel können nicht von den Kommunen allein aufgebracht werden, sondern hier sind Bundesländer und Bund gefordert.

Plädoyer für mehr sprachliche Sensibilität

In der öffentlichen Debatte und in der Praxis vor Ort dominiert ein Verständnis von freiwilligem oder ehrenamtlichem Engagement, bei dem die Ankommenden in erster Linie als Objekte von Hilfen und Unterstützung erscheinen. Die Menschen werden damit auf ihren Status als »Flüchtlinge« reduziert und erscheinen nicht mehr als handelnde Individuen mit einer eigenen Geschichte. Um einer Stigmatisierung vorzubeugen wird deshalb in Teilen der Fachdebatte bewusst von geflüchteten Menschen gesprochen. Auch Begriffe wie »Helferkreise« zur Bezeichnung der Gruppen engagierter Bürgerinnen und Bürger sind nicht unproblematisch, weil darin ein Verständnis von Engagement zum Ausdruck kommt, dass die Geflüchteten in erster Linie als Hilfebedürftige konstruiert. Dabei sollte aber nicht vergessen werden, dass sie zwar Unterstützung in ihrem Prozess des Ankommens brauchen, aber auch über vielfältige Ressourcen verfügen und handelnde Personen mit eigenen Interessen sind. Freiwilliges Engagement in der Arbeit für und mit geflüchteten Menschen sollte sich an dieser Perspektive orientieren. Dazu gehört auch, die Geflüchteten bei der Wahrnehmung ihrer Rechte und Interessenvertretung zu unterstützen, Prozesse der Selbstorganisation zu fördern und sie als Handelnde in Engagementstrukturen einzubinden. Letzteres setzt allerdings voraus, dass dies im Rahmen des Asylrechts auch ermöglicht wird.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. GISELA JAKOB, Fachbereich Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit, Hochschule Darmstadt University of Applied Sciences, Adelnstraße 51, 64283 Darmstadt, Tel.: (0 61 51) 16 89 67, E-Mail: gisela.jakob@h-da.de, www.sozarb.h-da.de

VARINIA FERNANDA MORALES

Professionelle Sprachmittlung im Gesundheitswesen ist eine Notwendigkeit

Das Nicht- oder Falschverstehen im Krankheitsfall sowie bei medizinischen Notfallsituationen verursacht nicht nur zusätzliches Leid bei fremdsprachigen Patientinnen und Patienten. Auch kann das medizinische Fachpersonal seiner Sorgfaltspflicht zur Behandlungs- und Risikoaufklärung nicht gerecht werden. Oft ist damit ein fehlender Zugang zu notwendigen Leistungen verbunden, so dass dem Grundrecht auf medizinische Versorgung nicht genüge getan wird.

Diese Problematik besteht in der Bundesrepublik Deutschland, seit Personen aus anderen Ländern einwandern oder hier Zuflucht finden. Bis heute greifen Zugewanderte und Flüchtlinge, die der deutschen Sprache nicht (ausreichend) mächtig sind, zu Selbsthilfestrategien, um die Sprachlosigkeit zu überwinden. So werden beispielsweise nahestehende Personen zum Dolmetschen herangezogen. Die Praxis zeigt jedoch und



auch die Wissenschaft belegt, dass der Einsatz von Laien-Dolmetscherinnen und -Dolmetschern oder Begleitpersonen aber auch von Sprachmittlern, die lediglich Kurzzeitschulungen besucht haben, keine adäquate Lösung zur Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten darstellt. Diese Personen sind meist nicht in der Lage die betreffenden Inhalte vollständig, fachlich korrekt und neutral wiederzugeben. Hinzu kommt, dass das Nicht-Dolmetschen von bestimmten Begriffen und Sätzen, beispielsweise durch ein gehemmtes Verhalten aufgrund von Schamgefühl, den Inhalt des Gesagten zusätzlich verzerrt. Auch erfordern unterschiedliche Vorstellungen von Krankheit, Heilung, Schmerz, Umgang mit Ehrgefühl und religiösen Fragen eine kultursensible Kommunikation. Rat- und Hilfesuchende sind zudem des Öfteren gegenüber »privaten« Dolmetscherinnen und Dolmetschern gehemmt, für sie sensible Themen bei Anamnese und Diagnose zu offenbaren. Missverständliche Kommunikation ist somit häufig nicht nur auf sprachliche Mängel, sondern auch auf mangelndes Vertrauen und soziokulturelle Unterschiede zurückzuführen, die in der Interaktion nicht auf den ersten Blick ersichtlich sind. Diese Überforderung führt zu Fehlinformationen sowohl bei Patientinnen und Patienten wie auch bei der Fachkraft. Dies fördert das Risiko einer Unter-, Über- oder Fehlversorgung. Eine daraus resultierende unnötige Steigerung der Kosten für das deutsche Gesundheitssystem ist die Folge.

Sprachmittlung in Zusammenhang mit der Flüchtlingshilfe

Bei Flüchtlingen wird die Kommunikation teilweise durch Traumata, Ängste und Misstrauen gegenüber Landsleuten erschwert. Aufgrund der hohen Flüchtlingszahlen sind Täter-Opfer-Begegnungen wie auch Begegnungen zwischen radikalen und moderaten Personen aus dem gleichen Herkunftsland kein Einzelfall. Umso mehr ist hier professionelle Sprachmittlung, die unter anderem Neutralität und Schweigepflicht beinhaltet und soziokulturell kompetent mit solchen Situationen umgeht, gefragt. Nur so können Hemmschwellen behoben und Konfliktsituationen deeskaliert werden. Die Fachkraft kann ihrer Versorgungspflicht gerecht werden und muss sich nicht mit der »Nicht-Verständigung« aufhalten.

Wir brauchen Profis!

Seit 2009 wird der Beruf des Sprach- und Integrationsmittlers, der explizit auf Nachfrage professioneller Sprachmittlung im Gesundheitswesen ausgerichtet ist, bundesweit ausgeübt. Den Sprach- und Integrationsmittler zeichnet aus, dass er in der Fortbildung nicht nur fachspezifisch, transparent und all-

parteilich zu dolmetschen lernt, sondern auch Kommunikationsstörungen in einer Gesprächssituation erkennen kann und angemessen zu intervenieren weiß, indem er je nach Fallsituation soziokulturelles Hintergrundwissen vermittelt wie auch länderspezifische Unterschiede der Versorgungsstrukturen erläutert. Bei professioneller Sprach- und Kulturmittlung geht es um das Schaffen von Vertrauen und gegenseitigem Verständnis mit dem Ziel eine reibungslose medizinische Versorgung zu gewährleisten. Dazu eignen sich Sprach- und Integrationsmittler im Rahmen ihrer Fortbildung neben interkulturellen und kommunikativen Kompetenzen auch ein breites Allgemeinwissen im Bereich Gesundheit und Soziales an.

Sprachmittlerpool NRW

Die Internationale Gesellschaft für Bildung, Kultur und Partizipation, kurz bikup gemeinnützige GmbH, betreibt seit dem Jahr 2009 den landesweiten Sprachmittlerpool in Nordrhein-Westfalen (NRW). Die Servicestelle vermittelt Auftraggeberinnen und -gebern aus den Bereichen Gesundheit und Soziales flexibel, unbürokratisch, zeitnah und passgenau professionelle Sprach- und Integrationsmittler. Diese zentrale Anlaufstelle in NRW wird von Krankenhäusern, öffentlichen Gesundheitsdiensten, psychosozialen und psychiatrischen Einrichtungen wie auch Traumazentren regelmäßig und von Arztpraxen vereinzelt genutzt.

Der Sprachmittlerpool NRW geht zudem Kooperationen mit Einrichtungen ein, um den Einsatz der Sprach- und Integrationsmittler flächendeckend zu verstetigen. So besteht seit 2013 beispielsweise eine Kooperationsvereinbarung mit dem Landschaftsverband Rheinland und seinen zehn Kliniken. Diese Form der Zusammenarbeit wurde auch auf Städte ausgeweitet. Das Kommunale Integrationszentrum der Stadt Leverkusen hat beispielhaft in Zusammenarbeit mit der bikup gGmbH das Modellprojekt »Sprachmittlerpool im Gesundheitswesen für die Stadt Leverkusen« ins Leben gerufen. Bei Verständigungsschwierigkeiten zwischen Fachkräften und Zugewanderten oder Geflüchteten werden seitdem systematisch professionelle Sprach- und Integrationsmittler eingesetzt. Aufgrund der Nachfrage und Zufriedenheit der Ärzteschaft sowie der Patientinnen und Patienten hat die Stadt das vorgesehene Stundenkontingent für die Einsätze von Sprach- und Integrationsmittlern kontinuierlich erhöht und die Laufzeit des Modellprojektes verlängert.

Literatur bei der Verfasserin

VARINIA FERNANDA MORALES, bikup gemeinnützige GmbH, Tel.: (02 21) 48 55 68 10, E-Mail: varinia.morales@bikup.de, www.bikup.de

ANN MARIE KREWER

Resilienzförderndes und kultursensibles Denken und Handeln in der Flüchtlingshilfe

Die Erstversorgung und Begleitung tausender geflüchteter Menschen bedeutet für die Institutionen des Hilfe- und Versorgungssystems eine enorme Kraftanstrengung. Damit dies funktioniert ist es notwendig, den Blick nicht nur auf die Geflüchteten zu richten, sondern auch die Helfenden darin zu unterstützen, sich den teils kräftezehrenden Anforderungen dauerhaft gewachsen zu fühlen.

Hierzu wurde auf Initiative und mit Finanzierung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Institut SO.CON der Hochschule Niederrhein das Fortbildungs- und Coaching-Angebot »ReKulDH – Resilienzförderndes und kultursensibles Denken und Handeln in der Flüchtlingshilfe« Ende des Jahres 2015 ins Leben gerufen.

Das Fortbildungskonzept ReKulDH

Die Fortbildung »ReKulDH« wird durch drei Leitfragen strukturiert, die die Aspekte Resilienzförderung, Kultursensibilität und Ressourcenförderung abbilden:

1. Wo liegen meine Stärken und Ressourcen, um hilfreich in der Flüchtlingshilfe mitzuwirken? Wie kann ich sie erweitern?
2. Wie kann ich meine Stärken, meine Fachlichkeit und mein Engagement kultursensibel und situationsangemessen einsetzen?
3. Wie kann ich mich selbst stärken und vor Burnout schützen? Wie trage ich Sorge für mich selbst, um andere fürsorglich begleiten zu können?

Methodisch liegt dem Angebot ein systemischer, ressourcen- und lösungsorientierter Ansatz zu Grunde. Die gesamte Maßnahme ist eng an den Bedarfen der Teilnehmenden orientiert, welche im Vorfeld erhoben wurden. Drei eintägige Fortbildungsmodule mit Fachinputs und angeleiteten Übungen werden ergänzt von Gruppencoachings, in denen die Teilnehmenden die Gelegenheit haben, persönliche Erfahrungen im Einsatzfeld zu reflektieren und ihre individuellen Lernprozesse zu entfalten.

Herausforderungen in der Betreuung geflüchteter Menschen

Die Anforderungen, mit denen die in der Flüchtlingshilfe Engagierten konfrontiert sind, sind aus der Sozialen sowie der Kulturarbeit allgemein bekannt und berühren die Aspekte: Kooperation von Haupt- und Ehrenamt, Interkulturalität sowie Abgrenzung/ Psychohygiene für die Helfenden. Sie entfalten allerdings aufgrund der Dynamik der Entwicklung seit letzten Sommer eine besondere Schärfe. Diese äußert sich vor allem darin, dass die Helfenden eine spannungsreiche Diskrepanz empfinden zwischen der gesellschaftspolitischen »Katastrophen- und Bewältigungsrhetorik« und ihrem persönlichen Erleben mit geflüchteten Menschen – insbesondere nach den Ereignissen der Sylvester-Nacht in Köln. Waren sie im Umfeld zum Teil ohnehin schon mit Stereotypen, Vorurteilen und diskriminierenden Äußerungen zu den Geflüchteten konfrontiert, werden sie in ihrer »Mittlerfunktion« nun noch stärker gefordert. Überspitzt formuliert bedeutet dies, den geflüchteten Menschen zu vermitteln, dass sie nicht kollektiv von »allen Deutschen« verurteilt werden und gleichzeitig im Umfeld zu verdeutlichen, dass nicht alle Asylbewerber frauenverachtende, gewaltbereite Täter sind.

Zusammenwirken von Haupt- und Ehrenamt

An den Schnittstellen von Haupt- und Ehrenamt treffen eine ungeheuer hohe Motivation und Hilfsbereitschaft auf letztlich doch begrenzt strukturierte Einsatzmöglichkeiten in relativ festen Abläufen unter schwierigsten Rahmenbedingungen. Die erforderliche Koordination, Einsatzplanung und Kommunikation können zur Belastung werden. Die Einteilung und Zusammensetzung der Ehrenamtsgruppen gestaltet sich unter Um-

ständen schwierig, da es sich auch hierbei um eine heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Fähigkeiten, Einstellungen, Ressourcen, Motivationen und Erwartungshaltungen handelt. Wenn Ehrenamtliche beispielsweise nicht direkt oder nicht nach ihren Vorlieben eingesetzt werden können, entsteht auf beiden Seiten Frustration. Die Fortbildung richtet sich aus diesem Grund sowohl an haupt- als auch an ehrenamtlich Engagierte. Vor allem das »Miteinander auf Augenhöhe« der beiden Gruppen wird als wertvoll beurteilt. Ein Perspektivwechsel wird ermöglicht, die jeweiligen Motive oder Zwänge der anderen Seite können besser verstanden werden und zu einem konstruktiven Miteinander führen.

Multi-Kulturalität und Verständigung

Anerkennung beziehungsweise Wertschätzung von Verschiedenheit, Reflektion eigener Verhaltensmuster im Kontext der eigenen kulturellen Prägungen und die Fähigkeit, unterschiedliche Bedürfnisse wahrnehmen und berücksichtigen zu können sind Aspekte kultureller Kompetenz. Die Enge einer Erstaufnahme-Einrichtung birgt für jeden dieser Aspekte Konflikt- und Lernpotential. Wie bewerte ich es, wenn meine Hilfsangebote nicht angenommen werden? Wie schaffe ich es, ein Minimum an Privatsphäre entstehen zu lassen, Rückzugsmöglichkeiten zu schaffen, um so einem »Lagerkoller« beziehungsweise Konflikten vorzubeugen? Wie ist denn nun das Frauenbild bei den Männern und was heißt das für mich als Frau? Trotz der schwierigen Rahmenbedingungen und der Verunsicherungen betonen alle Teilnehmenden, wie sehr das Kennenlernen der Menschen in ihrer Verschiedenheit und Einzigartigkeit das eigene Leben bereichert. Dies wird durch die Fortbildung weiter gestärkt, da hier der Fokus vor allem auf »gelungene Situationen« gerichtet wird.

Grenzen erkennen

Einhellig schildern haupt- und ehrenamtlich Tätige den Umgang mit dem enormen Druck als eine der größten Herausforderungen. Häufige rechtliche Änderungen in den Asylverfahren führen zu einer enormen Arbeitsverdichtung. Gerade die Verschärfung des Asylrechts mit der Erkenntnis, »dass einem die Hände gebunden sind« lässt Ohnmachtsgefühle entstehen. Dazu kommen Betroffenheit und Mitgefühl gegenüber Einzelschicksalen sowie Frustration und Trauer, wenn Menschen, zu denen eine Bindung entstanden ist, wieder abgeschoben werden. Dies führt auf Seiten der Helfenden zur Verunsicherung, wie mit diesen Menschen umzugehen sei. Um in dieser emotional kräftezehrenden Situation auf Dauer Stärke zu bewahren, ist es in einem ersten Schritt notwendig sich zu erlauben, die eigenen Grenzen zu erkennen, zu achten und für sich zu sorgen. Die Fortbildung ReKulDH möchte den Helfenden eine Möglichkeit bieten, innezuhalten und professionell unterstützt die eigene Belastungssituation zu reflektieren. Die Herausforderungen in der Arbeit mit geflüchteten Menschen werden sich nicht mindern. Aber es gilt: mehr Bewusstheit um die Fähigkeit zur Selbstfürsorge und um die eigenen Ressourcen ist auf der Ebene der konkreten Hilfe ein Schlüssel dafür, auch die geflüchteten Menschen in ihrer Resilienz zu stärken.

Literatur bei der Verfasserin

DR. ANN MARIE KREWER, Fachbereich Sozialwesen, Vertretungsprofessur Qualitäts-, Projekt- und Kommunikationsmanagement, SO.CON Social Concepts – Institut für Forschung und Entwicklung in der Sozialen Arbeit, Tel.: (0 21 61) 1 86 57 31, E-Mail: ann-marie.krewer@hs-niederrhein.de, www.hs-niederrhein.de/socon/



SIMON JUNKER

Ökonomische Risiken und Chancen der Flüchtlingsmigration

Die Flüchtlingsmigration prägt derzeit die gesellschaftliche Debatte in Deutschland, auch aufgrund der unerwartet hohen Zahl an geflüchteten Menschen. Sie stellt die Menschen hierzulande vor große Herausforderungen und dürfte zunächst mit erheblichen Kosten einhergehen – für dieses Jahr liegen die Schätzungen der staatlichen Mehrausgaben bei gut 15 Milliarden Euro. Die Debatte darf aber nicht bei den Kosten aufhören: diese Milliarden regen nämlich über Impulse, etwa im Bausektor, und insbesondere den durch Transfers stimulierten Konsum, die Wirtschaft an. Vor allem aber können richtig investierte Mittel langfristig die Arbeitsmarktchancen der Flüchtlinge verbessern. Nur wenn die hierfür zur Verfügung gestellten Mittel ausreichen, haben die Geflüchteten eine reelle Chance, am Arbeitsleben teilzunehmen – und sich damit in die Gesellschaft zu integrieren, statt dauerhaft auf Sozialleistungen angewiesen zu sein. Langfristig sind Kosten und Nutzen also nicht unabhängig voneinander. Daher ist es sinnvoll, die Ausgaben für Flüchtlinge weniger als Kosten sondern vielmehr als Investitionen zu begreifen. Die Integration der Geflüchteten kann aber nur gelingen, wenn wir als Gesellschaft willens sind, die mit ihr verbundenen Kosten und Anstrengungen zu tragen. Die überwältigende Bereitschaft vieler freiwilliger Helferinnen und auch Hauptamtlicher – ohne die es bereits heute kaum vorstellbar wäre, die Flüchtlingsmigration zu stemmen – zeigt deutlich, dass die deutsche Gesellschaft dazu bereit ist. Natürlich bringt die Migration von über einer Million Geflüchteter innerhalb eines Jahres – und die Aussicht, dass sich dies ungebremst fortsetzt – auch Risiken mit sich. Verständlich ist daher die Sorge vieler Menschen um ihre Arbeitsplätze, vor Versorgungsengpässen – etwa in Schulen – und finanziellen Einschränkungen. Diese Sorgen müssen wir ernst nehmen und ihnen soweit möglich mit geeigneten Maßnahmen begegnen.

Mögliche Auswirkungen der Flüchtlingsmigration auf den Arbeitsmarkt

Gegenwärtig ist unklar, wie sich die Zuwanderung auf den deutschen Arbeitsmarkt auswirken wird. Die wissenschaftliche Literatur kommt hier nicht zu einem eindeutigen Ergebnis. Geflüchtete werden auf dem Arbeitsmarkt den Beschäftigten Konkurrenz machen – mit Blick auf die im Durchschnitt mutmaßlich geringe Qualifikation der Geflüchteten wird dies vor allem Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Niedrig-

lohnsektor betreffen. Oftmals sind dies im Übrigen auch Menschen mit Migrationshintergrund. Entsprechend findet die Forschung in einigen Fällen negative Auswirkungen der Zuwanderung auf Löhne und Beschäftigung Einheimischer. Es muss jedoch nicht ausschließlich zu einer Verdrängung bestehender Arbeitsverhältnisse kommen. Neuere Studien belegen, dass – gerade im Bereich der geringfügigen Beschäftigung – auch der umgekehrte Fall eintreten kann: bereits beschäftigte Menschen rücken innerhalb des Unternehmens auf anspruchsvollere Stellen auf. Denkbar ist etwa, dass neu eingestellte Migrantinnen und Migranten die bislang Beschäftigten entlasten, welche dann verstärkt koordinierende Aufgaben übernehmen. Dieser positive Effekt kann sogar überwiegen, wie das Beispiel der Zuwanderung nach Dänemark in den 1980er und 90er Jahren gezeigt hat.

Von diesem Effekt profitieren alle: die Migrantinnen und Migranten, die Steuerzahlenden, die »alten« Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die einen höheren Lohn erzielen und die Unternehmen, da die Betriebe insgesamt produktiver werden. Dies kann insbesondere im Gesundheitssektor eine wichtige Rolle spielen, in dem bereits überdurchschnittlich viele Menschen mit Migrationshintergrund beschäftigt sind. Wir müssen also versuchen Geflüchteten die notwendigen Fähigkeiten zu vermitteln. Dabei darf nicht übersehen werden, dass die Gesundheitsbranche keineswegs nur geringqualifizierte Beschäftigte benötigt. Aber dort, wo eine Eingliederung geringqualifizierter Migrantinnen und Migranten möglich ist, sollte dies durch entsprechende Angebote – teils durch private Akteurinnen und Akteure, teils durch den Staat, unterstützt werden. Damit eröffnet sich die Chance, das wichtige Angebot im Pflegebereich, bei der Betreuung von Kindern oder älterer Familienangehöriger, zu stärken. Um auch höher qualifizierte Zugewanderte möglichst reibungslos zu integrieren, müssen deren Kenntnisse rasch, vor allem aber verlässlich überprüft und dokumentiert werden, damit potentielle Arbeitgeber dieses Potential nutzen können. Damit ergibt sich ein weiterer positiver Effekt durch die Integration der Geflüchteten: ein besseres Angebot etwa im Betreuungsbereich schafft Freiräume für Hochqualifizierte. Damit würden wir einen erfreulichen Trend fortsetzen und beschleunigen: bereits seit Jahren gehen mehr und mehr Frauen einer Beschäftigung nach – die Erwerbsquote der Frauen steigt. Bislang findet diese Entwicklung aber überwiegend im Teilzeitbereich statt. Umfragen legen nahe, dass viele Frauen den Wunsch haben, mehr zu arbeiten, dies aber teils an fehlenden Betreuungsmöglichkeiten für Familienmitglieder scheitert.

Chancen der Flüchtlingsmigration

Zudem war der Arbeitsmarkt in Deutschland selten stärker als heute. Auch der Internationale Währungsfond kommt in einer aktuellen Studie zu dem Ergebnis, dass dies die Integration selbst überwiegend Geringqualifizierter erleichtert. Es gibt über eine Million offene Stellen, und bis zum Jahr 2030 werden netto fünf Millionen Babyboomer in Rente gehen. Unternehmen benötigen nicht nur hoch qualifizierte Fachkräfte, sondern auch weniger Qualifizierte. Die Migration nach Deutschland, auch durch Flüchtlinge, wird sicherlich nicht all diese Lücken füllen können. Aber sie kann die negativen Auswirkungen der demografischen Entwicklung zumindest ein wenig abfedern. Dabei dürfen wir nicht aus den Augen verlieren gerade auch für bereits in Deutschland lebende Menschen mit geringem Einkommen bessere Perspektiven zu schaffen.

Um Versorgungsengpässe zu vermeiden, müssen wir schnell anfangen, den Bedarf abzuschätzen und versuchen, den Personalbestand aufzubauen. Der öffentliche Kapitalstock ist ohnehin vielerorts seit Langem marode – das ist kein Problem, das erst durch die Flüchtlingsmigration entstanden ist. Daher muss gerade jetzt investiert werden – etwa in Schulen und die Verkehrsinfrastruktur. Letztlich müssen die Kosten im Zusammenhang mit der Flüchtlingsmigration finanziert werden. Selten war jedoch die finanzielle Lage der öffentlichen Hand besser als heute. Der deutsche Staat erzielt – davon gehen derzeit die Prognosen mehrheitlich aus – in diesem Jahr hohe Überschüsse, und das trotz der erheblichen Mehrausgaben im Rahmen der Flüchtlingsmigration. Deutschland ist derzeit also in einer guten Ausgangslage, um die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Flüchtlingsmigration zu meistern.

Literatur beim Verfasser

SIMON JUNKER, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (DIW Berlin),
Abt. Konjunkturpolitik, Mohrenstraße 58, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 89 78 92 02,
E-Mail: sjunker@diw.de, www.diw.de

ANNELIE KEIL

Geflohen, um zu bleiben Ein Nachruf zum Aufruf

Verletzlichkeit, existenzielle Bedrohung, Flucht, Hunger, Sterben und Tod zu erfahren, heißt, dem Leben und seinen Ängsten zu begegnen, sich mittendrin zu erleben und auf das »Stirb und Werde« des Lebens auch dann einzulassen, wenn unklar ist, was mit uns und um uns herum geschieht. Auch wenn ein Mensch diese Art der Bedrohungen nicht selbst erlebt hat, sie verdrängt und als Vergangenheit abgelegt oder sich in Urteilen und Vorurteilen über das Weltgeschehen eingekelt hat, Sicherheit sein großes Ideal geworden ist, rütteln das abendliche Fernsehen mit dem konkreten Kriegserleben fremder Menschen und ihren Fluchtversuchen, die Seele wach, verlangen Stellungnahme und legen sich als Hilflosigkeit- und Ohnmachtsgefühl aufs Gemüt. Gesundheit ist ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden, hat die Weltgesundheitsorganisation einst definiert. Genau dieses Wohlbefinden schwankt und bedroht auch die mit Unwohlsein, deren Lebenswirklichkeit noch keinerlei Einschränkungen erfahren hat. Mit spitzen Pfeilen fliegen Angst, Bedrohungsgefühl, Wut, Rechthaberei und politische Arroganz durch die Luft: *Aber es könnte ja sein! Man weiß ja nie! Uns hat auch niemand geholfen! Keiner sagt die Wahrheit! Überschwemmung, Überfremdung! Wohnungslose Menschen haben wir selbst! Flüchtlinge bekommen alles! Zur Not schießen!*

Wir stecken gemeinsam in einer »Flüchtlingskrise« und erleben höchst Unterschiedliches. Die, die geflohen sind und bei uns Schutz und Hilfe im Asyl suchen, erleben etwas anderes als die, die gefragt sind, diesen Schutz zu gewähren. Die, die kommen, haben Zukunftsvorstellungen und Wünsche im Kopf, die sich konkret von denen unterscheiden, die die Ehrenamtlichen, Deutsche mit und ohne Fluchterfahrungen, Politiker und Politikerinnen unterschiedlicher Weltanschauungen, Kommunen und Gemeinden, Nachbarinnen und Nachbarn eines Aufnahmelaagers, für Flüchtlingskinder zuständige Erzieherinnen und Kinderärzte, Kirchen, Verbände und viele andere mehr haben. Was, wie, wozu, wann und bis zu



welcher Grenze wir etwas schaffen werden, kann in diesem Augenblick noch gar nicht klar sein. Leben ist ein Weg durch die Fremde und nur indem wir leben, lernen wir uns, das Leben und die Möglichkeiten kennen. Das Leben hat niemandem etwas fest versprochen, aber es hält viel von dem, was wir selbst zusammen mit anderen schaffen. Nichts bleibt wie es ist, das können wir täglich lernen. Aber vieles ist möglich, das können wir auch lernen. Die Hoffnung ist immer wieder ins Gelingen verliebt, schreibt Ernst Bloch. Der Verlust von Hoffnung, Gefühle von Hilflosigkeit, festgehaltene Wut, Resignation und vor allem die Verwandlung der eigenen Ratlosigkeit in Beschuldigungskampagnen und Hass sind stille Krankmacher mit großer Wirkung und gefährden die soziale Gesundheit.

Erinnerungen und Augenblicke, die bleiben – Der Flüchtling in uns

Wie prägend und nachhaltig meine ersten Begegnungen mit den Toten in einem Krieg, mit Hunger, Flucht und Vertriebenen werden auf mein Leben sein würden, habe ich als Kind nicht ahnen, geschweige denn einschätzen können. Und wie sehr mir diese Erfahrungen im zweiten Weltkrieg und dann bei meiner eigenen »Integration« als Flüchtlingskind aus dem Osten in eine vom Krieg weitgehend verschonte Region im Westen helfen würden, auch nicht. Dass ich mich vor Flüchtlingen aus mir fremden Kulturen und ihren Problemen nicht »fürchten« muss, in politischen Krisen nicht verzweifle und stattdessen so gut es geht die gesellschaftlich wie menschlich notwendige Verantwortung mit anderen teile, dass ich nicht ständig herausfinde, was nicht geht, macht mich auf meine alten Tage vor allem deshalb zufrieden, weil ich an die jetzigen Kriegskinder etwas von dem Glück zurückgeben kann, dass ich es geschafft und meinen Platz in dem Land gefunden habe, in das ich geflohen bin.

Ich wurde genau an diesem Tag sechs Jahre alt, als ich am 17. Januar 1945 zusammen mit meiner Mutter von Ciechocinek, einem kleinen Kurbad in Polen, das Hitler als seine Lazarettstadt nach Hermann Goebbels in »Hermannsbad« umbenannt hatte, zur Flucht nach Westen aufbrechen musste. Ich war dort in einem Waisenhaus und Kinderpflegeheim der NSDAP aufgewachsen, das 1940 von meiner Geburtsstadt Berlin nach Polen verlegt wurde und mit Hitlers kolonialistischem Kriegswahn verbunden war, Polen einzudeutschen. Die polnische

Bevölkerung wurde vertrieben, enteignet, umgesiedelt, ermordet. Wir Deutschen wurden freiwillig oder zwangsweise angesiedelt. Welche polnischen Kinder vorher in dem Kinderheim waren und wo sie geblieben sind, als wir deutschen Kinder kamen, hat mich später immer wieder umgetrieben. Wenige Monate vor Kriegsende befahl Hitler im Januar 1945 allen Deutschen, Polen umgehend zu verlassen. Meine Mutter holte mich ohne Vorankündigung am Morgen meines sechsten Geburtstages im Heim ab. Ohne zu verstehen musste ich die kleine mir vertraute »Heimfamilie« verlassen und trat an der Hand einer mir relativ fremden Frau den langen Marsch nach Westen an, der zu einem fast endlosen »Kriegs- und Nachkriegspfad« wurde und zunächst nach zwei Jahren russisch-polnischer Kriegsgefangenschaft und Internierung 1947 im Grenzdurchgangslager Friedland endete.

Ich erinnere mich noch sehr genau an den schmerzhaften Abschied von meiner bisherigen Heimat. Es war eiskalt und auf einem kleinen Schlitten zog ich meine Geburtstagstorte durch den hohen Schnee zum Bahnhof, wo sich die Menschen zum Abtransport versammeln sollten. Endloses Warten auf die Abfahrt in offenen Güterzügen. Nachdem es zwei Tage lang außer für Lazarettzüge für andere Züge aus Ciechocinek heraus kein Durchkommen gab, schlossen sich die wartenden Menschen, wesentlich Frauen, Kinder und einige alte Männer, am Bahnhof von Ciechocinek zu Gruppen zusammen, die sich dann als kleine »Trecks« von 50 bis 100 Personen unorganisiert, planlos, ohne Hilfe und mehr oder weniger verzweifelt auf ihre »Balkanroute« Richtung Westen machten. Jeder, auch wir Kinder, trug, was er tragen konnte und was wichtig schien. Warme Kleidung, ein Federbett, eine Decke, ein Fotoalbum, persönliche Papiere, eine Puppe, etwas zu essen. Was man während des Fußmarsches nicht mehr tragen konnte, blieb am Straßenrand liegen. Auch Menschen blieben zurück, weil ihre Kräfte nicht reichten. Als Kind wusste ich nicht, was aus den Zurückbleibenden wurde oder ob es für sie den Tod bedeutete. Fragen war nicht erlaubt. Bilder der Balkanroute kann ich kaum aushalten. Sie gleichen den Bildern in meiner Erinnerung und ich sehe meine »Geschwister«!

Ganz Polen schien Anfang 1945 auf der Flucht zu sein. Viele Dörfer waren verlassen. Wer vor wem die Flucht ergriff, Angst hatte oder sich verstecken musste, wer Freund oder Feind war, blieb unklar. Niemand hat mir erklärt, warum wir auf der Flucht waren, welche Gefahren drohten, wie lange der Marsch dauern sollte. Nichts schien mir als Kind normal: weder regelmäßige Mahlzeiten noch ein eigenes Bett, weder ein Schon- oder Schutzraum zum Spielen oder als Schutz vor Gewalt. In unserem kleinen Flüchtlingstreck übernahm ich bald wie schon vorher im Kinderheim kleine organisatorische Aufgaben und wurde schnell als »Späherin« auserkoren. Man muss sich eben kümmern, nach vorne schauen, sonst geht es nicht weiter, egal wie schwierig es ist. Wenn wir uns einem Dorf näherten, ging ich voraus und erkundete die Lage. Ein kleines sechsjähriges Mädchen schien unverdächtig, wenn es herauszufinden galt, ob ein Dorf noch bewohnt oder schon verlassen war, es einen Unterschlupf für die nächste Nacht gab oder etwas Essbares aufzutreiben war. Obwohl ich als kleines Mädchen damals sehr unbefangen und mutig war, erinnere ich mich sehr wohl auch an meine Angst. Aber Angst und Unsicherheit durfte ich nicht zeigen, wenn ich meine Sache gut machen wollte, und das wollte ich. Erst viel spä-

ter habe ich begriffen, dass diese Art von Tapferkeit viel mit Verleugnung zu tun hat. Zähne zusammenbeißen, nicht zugeben, dass man Angst hat, dass eine Situation nicht beherrschbar erscheint und man sich von nichts überraschen lassen will. Bei einer dieser Dorferkundungen auf der Flucht gab es meine erste Begegnung mit dem Tod. Eine große Scheune schien sich als Übernachtungsmöglichkeit anzubieten und musste ausgespäht werden. Ich öffnete mühsam das Scheunentor und stand unvermittelt vor drei Menschen, die mit Stricken um den Hals an einem Balken hingen. Für einen Augenblick dachte ich, es seien Stoffpuppen oder Vogelscheuchen, jene menschenähnlichen Figuren aus Holzstangen und alten Kleidungsstücken, die die Vögel abschrecken sollen. Fast kam ich mir wie ein solcher Vogel vor und ängstlich, ahnungslos und gleichzeitig neugierig näherte ich mich den Erhängten. In dem Augenblick, in dem ich die Füße eines der Erhängten berührte, um zu prüfen, ob er wirklich tot ist, kam meine Mutter in die Scheune, gab mir vor Schreck eine Ohrfeige und zerrte mich nach draußen. Sie erklärte knapp und kurz, dass man tote Menschen nicht berührt und sofort wegläuft, wenn man ihnen begegnet. Die erste Lektion im Umgang mit Toten: sich umdrehen und schweigen!

Auch meine zweite Begegnung mit dem Tod fand während dieser Flucht statt. Sie hat sich bis heute tief ins Gedächtnis eingegraben und meine Angst vor militärischer Gewalt im Widerstand gegen Krieg und Gewalt zu einer Lebensbegleiterin gemacht. Auf einer Landstraße kommt unserem Treck eine russische Panzerkolonne entgegen. Wir Flüchtlinge rücken näher zusammen und bleiben ängstlich stehen. Alle spüren die Bedrohung, die von den Panzern ausgeht. Plötzlich löst sich eine Frau aus unserer Gruppe und läuft schreiend und freudig mit ausgebreiteten Armen auf die Panzer zu, die ebenfalls zum Halt gekommen sind. In höchster Aufregung ruft sie immer wieder: »Heil Hitler! Heil Hitler! Die deutschen Befreier sind da«. Jeden, der sie aufhalten will, schüttelt sie wütend ab. Ein russischer Soldat steigt aus der Panzerluke und schreit die Frau an, verwarnt sie, will sie stoppen als sie auf den Panzer klettern will. Aber sie hört nicht auf. Klammert sich fest. Sie spürt die Gefahr nicht mehr, die von der Situation ausgeht, kann ihren Irrtum nicht wahrnehmen. Unvermittelt zieht der russische Soldat seine Pistole und schießt. Die Frau bricht neben mir zusammen. Versteinert schaue ich auf die Wunde an ihrer Schläfe, aus der das Blut sickert. »Ist sie jetzt gestorben?« frage ich meine Mutter. Sie zerrt mich wortlos weg.

Um mich herum entsetzte Gesichter. Niemand sagt etwas. Der Tod lauert hinter jeder Ecke, hinter einem Scheunentor, hinter einem Panzer, hinter einem Soldaten. Das Leben aber geht für die, die nicht tot sind, weiter. Und die Flucht auch. Die Leiche bleibt am Straßenrand liegen als die Panzer weiterfahren. Auch der Treck zieht weiter. Jemand hat eine Decke über die Frau gelegt. Meine Mutter nimmt mich für eine Weile fester an die Hand. Nur nicht weich werden! Für Tränen, Trauer und andere Gefühle gibt es in dieser Gegenwart keine Zeit und keinen Ort. Aber damit ist das erfahrene Leid nicht einfach verschwunden. Manchmal wartet es ein ganzes Leben darauf, erzählt und gehört zu werden. Immer wieder brechen bei alten Menschen der Kriegsgeneration, die heute im Sterben liegen, traumatische Erlebnisse auf, über die sie selten oder nie sprechen konnten und wollten. Jetzt am Ende ihres Lebens im Angesicht des Todes melden sich einige wieder, ver-

binden sich manchmal erneut mit Angst und Schrecken, aber oft auch mit der fast beruhigenden Gewissheit, dass der einzelne Mensch so vieles ertragen und hinter sich gelassen hat und nun im Schutz tröstlicher und achtsamer Sterbebegleitung hinter sich lassen kann.

Sich der eigenen wie auch der Lebenserfahrungen anderer Menschen bewusst zu werden, alte Gedanken und Gefühle wie neue Bündnispartner verstehen zu lernen, Vorurteile nicht nur der Sache nach, sondern auch auf ihre emotionale Bedeutung für uns zu überprüfen, ist eine wichtige Form der inneren, sozusagen kostenlosen Gesundheitsförderung. Auch für das eigene Wohlbefinden brauchen Seele und Geist immer wieder eine Reinigung, frischen Wind, um die Atemwege für Neues freizubekommen. In der Konfrontation mit den gegenwärtigen Flüchtlingsströmen nach Europa, den Flüchtlingsunterkünften vor unserer Tür, mit den kleinen und großen Kindern aus Syrien und anderswo in unseren Kindergärten und Schulen, aber auch den vielen anderen Fluchtbewegungen im globalen Zusammenhang, die auf uns zukommen, aber deren Teil wir vielleicht auch schon sind, müssen wir uns zusammen mit anderen Menschen dem jetzt Möglichen zuwenden und auch dem Unmöglichen wie den eigenen Befürchtungen Raum geben. Selbstsorge und Fremdsorge gehen Hand in Hand.

Jede tiefe Krise ist Gleichgewichtsverlust und Veränderungsangebot zugleich

Ein Schatten fällt auf das Bisherige. Nur wenige wirkliche Krisen sind leicht zu managen, mit einfachen Tricks wie »Grenzen dicht« schon gar nicht. Das gilt besonders für Lebenskrisen wie schwere Krankheiten und große Verluste, aber auch für politische oder wirtschaftliche Krisen, die an die Wurzeln gehen. Hier geht es um die Suche nach Ursachen, die Bedeutung und die Bereitschaft zu Veränderung. Krisen erschüttern eine bisherige Ordnung, führen zu Orientierungsverlust und Verunsicherung und verführen Menschen dazu, sich an das Bisherige zu klammern, auszuweichen oder zu kittern, was eigentlich schon zerbrochen ist. Krisen kommen selten überraschend. Sie kündigen sich an wie das Wasser, das durch kleine Blasen den kritischen Zustand einleitet, der zum Kochen führt. Nicht immer folgt einem kritischen Zustand eine Krise. Zur Chance wird eine Krise nur dann, wenn ihre Ursachen begriffen, die notwendigen Schlussfolgerungen gezogen und erforderliche Unterstützungsmöglichkeiten gesucht und gefunden werden. Krisen sind Strukturprinzipien allen Lebens. Als Existenzkrisen sind sie Entwicklungskrisen und Reinigungskrisen, die durch uns hindurch fegen, klar Schiff machen und auch Ecken nicht auslassen. Sie fordern uns auf, zu prüfen, wie auch ganze Gesellschaften oder das angedachte Europa in eine schwierige Situation hineingeraten sind. Was uns selbst betrifft: wie fühlen, erfahren und erleben wir ganz konkret das, was »Flüchtlingskrise« genannt wird? Was genau schmerzt uns, was fürchten wir, warum fühlen wir uns hilflos, worüber müssen wir mit wem sprechen, was könnten wir tun, um in Berührung zu bleiben und uns keine »Wirklichkeit« aufdrängen zu lassen? Dann hätten wir viel für unsere eigene Gesundheit und ein förderliches Zusammenleben getan.

PROF. DR. ANNELIE KEIL, Gesundheitswissenschaften in Biographie, Krankheit und Lebenswelten, Schenkendorfstraße 41, 28211 Bremen, E-Mail: annelie.keil@ewetel.net, www.anneliekeil.de

30 Jahre Ottawa-Charta

THOMAS ALTGELD

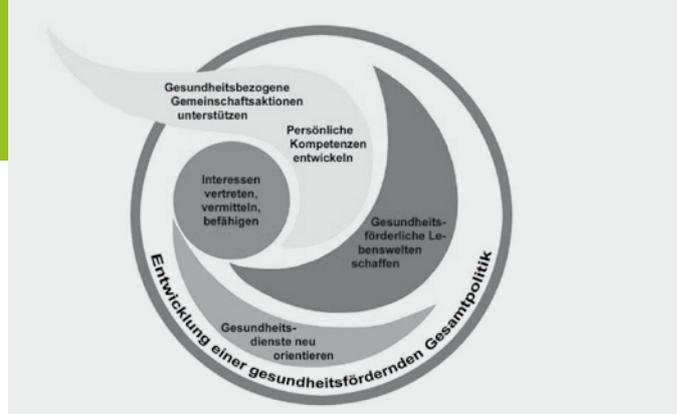
Hilfe! Wer hat die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik so geschrumpft?

Das Bundesamt für Risikobewertung brauchte am 25. Februar 2016 nur einen halben Tag, um Angst vor dem Bierkonsum in Deutschland gar nicht erst aufkommen zu lassen und Entwarnung zur Schadstoffbelastung im Bier zu geben: »Um gesundheitlich bedenkliche Mengen von Glyphosat aufzunehmen, müsste ein Erwachsener an einem Tag rund 1.000 Liter Bier trinken.« Die zur Weltgesundheitsorganisation (WHO) gehörende Internationale Krebsagentur stuft dagegen das in Deutschland mit knapp 6.000 Tonnen jährlich am häufigsten verwandte Pflanzenschutzmittel als »wahrscheinlich krebserregend« ein.

Wie ein Hauch aus längst vergangenen Zeiten wirkt das utopische Potenzial der 1986 verabschiedeten Ottawa-Charta angesichts der kleinteiligen, sektorenorientierten und unterm Strich industriefreundlichen Politik- und Risikobewertungsstrategien in den meisten europäischen Staaten heutzutage. Damals wurde die Verantwortung für mehr Gesundheit aller Bevölkerungsgruppen sehr bewusst nicht in die Zuständigkeit der Leistungserbringer und Kostenträger im Gesundheitswesen verortet, sondern unter der Überschrift »Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik« umfassend definiert: »Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Politikern müssen dabei die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für Gesundheitsförderung verdeutlicht werden.«

Wann sind in den letzten Jahren in den Wirtschafts- und Finanzministerien dieser Republik jemals gesundheitsgerechte Entscheidungen getroffen außer der systematischen Erhöhung der Tabaksteuer seit Beginn dieses Jahrtausends? Die Einnahmen daraus allerdings, 2014 immerhin 14,3 Milliarden Euro, fließen in den Bundeshaushalt und werden dort für alles Mögliche verwendet, aber nicht für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik. Über eine effektive Besteuerung von Alkoholprodukten oder gar Werbebeschränkungen in diesem Bereich darf hierzulande nicht mal nachgedacht werden wie das rein verhaltensorientierte, nationale Gesundheitsziel »Alkoholkonsum reduzieren« leider deutlich macht.

Sind selbst die Enthusiastinnen und Enthusiasten müde geworden, allen Politiksektoren die gesundheitlichen Auswirkungen von Entscheidungen deutlich zu machen? Die WHO hat den Gedanken der schon vor der Ottawa-Charta formulierten Strategie »Health in all Policies« systematisch weiterentwickelt. Auch die seit 1999 für Europa zurzeit gültige

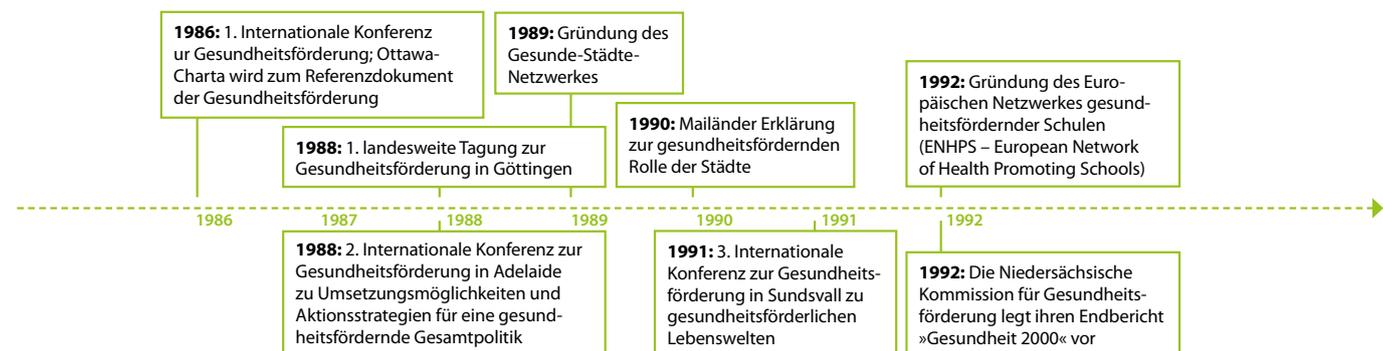


»Health21«-Strategie betont, dass bis zum Jahr 2020 alle Sektoren ihre Verantwortung für gesundheitliche Belange anerkennen und akzeptieren sowie in ihren Maßnahmen und Strategien gesundheitliche Auswirkungen mitberücksichtigen sollen. Für die EU wurde im Vertrag von Amsterdam 1997 festgehalten: »Bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.« Es folgen dann aber selbst dort nur genauere Festlegungen für den engeren Gesundheitsbereich.

Sektorenübergreifendes Denken ist offensichtlich nur schwer im hiesigen Politikbetrieb zu verankern. Ressortegoismen auf der einen Seite und Lobbyarbeit gegen zu viel einschränkende gesundheitliches Störfeuer in anderen Politikbereichen verhindern dies bislang. Ressortübergreifende Gremien produzieren entweder gleich für die Schublade oder mühevoll konsentrierte Aktionspläne versinken sehr schnell in der Bewirtschaftung von Einzelhaushaltsplänen der jeweiligen Ressorts. Das international etablierte Gesundheitsverträglichkeitsprüfungsinstrument »Health Impact Assessment« (HIA) findet bei Gesetzesvorhaben keinerlei Anwendung. Selbst das Präventionsgesetz, das ab 2016 in Lebenswelten Gesundheitsförderung vorantreiben will, beschränkt sich auf die Definition von Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenversicherungen und teilt dazu noch die Lebenswelten in finanziell gleich hoch ausgestattete betriebliche und nicht betriebliche Settings. Kleinteiliger geht es also immer.

Leichte Hoffnungsschimmer kommen seit 2011 von jenseits des Atlantiks. Die Nationale Präventionsstrategie der USA priorisiert vier strategische Zielbereiche: Die Schaffung gesunder Umweltbedingungen in den Gemeinden, die Befähigung von Personen, gesunde Entscheidungen zu treffen, die Integration der präventiven Leistungen von Gemeindediensten und medizinischen Anbietern, und die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten. Die Ottawa-Charta hatte als Ziel bereits klar formuliert, »auch politischen Entscheidungsträgern die gesundheitsgerechtere Entscheidung zur leichteren Entscheidung zu machen.« Das bleibt auch 30 Jahre später eine gewaltige Herausforderung, aber nichtsdestotrotz die zentrale Voraussetzung für mehr Gesundheit für Alle und deshalb jeglicher Mühen wert.

Adresse siehe Impressum





MAREN MYLIUS

Zwischen Menschenrecht und humanitärer Hilfe – Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere

Die Zahl der Menschen, die vor Gewalt, Armut oder Hunger flüchten, nimmt seit 2014 stark zu. Die meisten Menschen flüchten innerhalb ihres Landes oder in Nachbarländer. Manche migrieren bis nach Europa und müssen in dem Land der EU, das sie als erstes betreten, einen Asylantrag stellen. Dies gilt auch für EU-Länder, in denen Flüchtlinge unter katastrophalen Bedingungen leben müssen. Wenn sie trotzdem nach Deutschland weiterreisen, befinden sie sich hier unerlaubt; sie sind bei den Behörden nicht gemeldet. Auch Opfer von Menschenhandel können in diese aufenthaltsrechtliche Illegalität gelangen sowie Menschen, die sich vom gewalttätigen Partner beziehungsweise von der Partnerin mit Aufenthaltserlaubnis scheiden lassen. Es gibt viele Konstellationen, warum Menschen »ohne Papiere«, nach deutschem Recht unerlaubt, im Land leben und arbeiten. Sie haben allerdings alle gemeinsam, dass sie tatsächlich keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung erhalten.

Das Recht auf Gesundheitsversorgung

Deutschland hat sich in internationalen Abkommen dazu verpflichtet, das Menschenrecht auf Gesundheit zu achten, zu schützen und zu gewährleisten. Menschenrechte unterscheiden sich von Staatsbürgerrechten vor allem darin, dass sie allen Menschen vorbehaltlos zukommen. Sie sind unabhängig von Staatsbürgerschaft und Aufenthaltsstatus. Menschenrechte wie das Recht auf eine Gesundheitsversorgung kommen dem Menschen allein aufgrund seines Menschseins zu. Diese Vorbehaltlosigkeit ist allerdings in Deutschland für Menschen ohne Papiere nicht umgesetzt. Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ist zwar eine eingeschränkte medizinische Versorgung auch für Migrierte ohne Papiere geregelt, doch nur unter Vorbehalt. Zuerst müssten die Betroffenen ihren Status gegenüber den Behörden offen legen, um einen Krankenschein erhalten zu können. In der Folge wären sie unmittelbar von der Abschiebung bedroht. Der Handel »Daten für Krankenschein« ist daher für die Betroffenen keine faktische Option.

Humanitäre Hilfe

Um die prekäre Versorgungslage von Menschen ohne Papiere zu lindern, haben sich in verschiedenen Städten humanitär tätige Organisationen gegründet. Dazu gehören zum Beispiel die Medizinischen Flüchtlingshilfen, die in derzeit 32 Städten eine medizinische Versorgung in einem begrenzten Umfang ermöglichen. Auch die Medizinische Flüchtlingsberatung Hannover e. V. vermittelt Betroffene an Ärztinnen und Ärzte, die sich bereit erklärt haben, unentgeltlich zu behandeln. Medikamente, Diagnostik und kleinere operative Eingriffe werden durch Spenden finanziert. Die humanitäre Hilfe hat allerdings viele Limitationen, unter anderem bedingt durch sehr begrenzte finanzielle Mittel, Fluktuation des Spendenaufkommens, personeller Ressourcen sowie den Mangel an bestimmten Fachrichtungen, an die vermittelt werden könnte. Die Flüchtlingshilfen setzen sich daher auf politischer Ebene dafür ein, dass Deutschland seinen internationalen Verpflichtungen faktisch nachkommt und ein ungehinderter Zugang zur Gesundheitsversorgung auch tatsächlich möglich ist.

Modellprojekt »Anonymer Krankenschein«

In Niedersachsen gibt es nun etwas Bewegung, strukturelle Verbesserungen einzuführen. Der Landtag hat die Landesregierung im Dezember 2014 beauftragt, zunächst als Modellprojekt in Göttingen und Hannover, sogenannte »Anlauf- und Vergabestellen« in Kooperation mit den Medizinischen Flüchtlingshilfen und der Kassenärztlichen Vereinigung zu implementieren. Seit Januar 2016 können nun Menschen ohne Papiere in einem geschützten Rahmen einen »Anonymen Krankenschein« bekommen, mit dem sie ohne Angst vor Datenweitergabe eine Gesundheitsversorgung erhalten. So soll auf Basis des Asylbewerberleistungsgesetzes eine zumindest eingeschränkte medizinische Versorgung hürdenfreier möglich sein. Hierzu stellt das Land insgesamt 500.000 Euro pro Jahr in einem Fonds zur Verfügung. Nach drei Jahren soll geprüft werden, ob das Projekt auf ganz Niedersachsen ausgeweitet wird. Es ist zumindest ein erster kleiner Schritt, dem Menschenrecht auf einen freien Zugang zur Gesundheitsversorgung Geltung zu verschaffen.

Literatur bei der Verfasserin

DR. MAREN MYLIUS, MPH, Medizinische Flüchtlingsberatung Hannover e.V.,
Zur Bettfedernfabrik 3, 30451 Hannover, E-Mail: medinetz-hannover@gmx.de,
www.medinetz-hannover.de

STÉPHANIE BERRUT

pro familia: Flüchtlinge im Blick

Insbesondere vulnerable Gruppen wie schwangere Frauen und Frauen, die Gewalt erfahren haben, leben zum Teil sehr isoliert und zurückgezogen. Sie finden kaum Zugang zu den Regelangeboten des Gesundheitswesens. Vor diesem Hintergrund startete im Oktober 2014 der pro familia Landesverband Nordrhein-Westfalen (NRW) in Kooperation mit der Beratungsstelle Bonn mit finanzieller Unterstützung durch die UNO-Flüchtlingshilfe das Pilotprojekt »pro familia: Flüchtlinge im Blick«. Neben vier anderen Projektträgern wurde es mit dem Gesundheitspreis NRW 2015 ausgezeichnet. Das Folgeprojekt ist Teil der Landesinitiative »Gesundheit von Mutter und Kind«.



Aufsuchende Arbeit vor Ort

Im Rahmen des Projektes wird in Flüchtlingsunterkünften und Sprachkursen über Familiengesundheit sowie die Gesundheit von Mutter und Kind informiert. Die Teilnehmenden erhalten Informationen zum deutschen Gesundheitssystem, zu Themen wie Impfung, Schwangerschaftsvorsorge und Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und lernen Vokabeln für den Besuch bei Ärztinnen und Ärzten. Im Kontext dieser Veranstaltungen werden die Projektmitarbeitenden auch auf schwangere Frauen aufmerksam, die dringend eine Anbindung an das Gesundheitssystem brauchen oder bei denen Versicherungsfragen ungeklärt sind. Diese werden dann einzeln betreut und begleitet.

Ehrenamtliche helfen bei Sprachbarrieren

Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer mit eigener Zuwanderungs- beziehungsweise Fluchtbiografie helfen den Projektmitarbeitenden und Geflüchteten die Sprachbarrieren zu überwinden. Sie übersetzen bei Veranstaltungen und begleiten in Einzelfällen zu Frauen- sowie Kinderärztinnen und -ärzten. In der Beratungsstelle Bonn erhalten sie kurze Schulungen und auch Supervision. Die Logistik hinter den Ehrenamtlichen ist aufwendig, ohne sie wäre jedoch die Arbeit des Projekts undenkbar. Weit über die Übersetzung hinaus stellen die Ehrenamtlichen eine Bereicherung für die Arbeit mit den Flüchtlingen dar. Sie wirken als Kulturmittlerinnen und auch als Hoffnungsträgerinnen für Neuankömmlinge sowie als Modelle für gelungene Integration. An den Schulungen für die Ehrenamtlichen nehmen auch hauptamtlich Beschäftigte teil. Die Beraterinnen und Berater treffen im Rahmen ihrer Tätigkeit zunehmend auf Menschen mit einem Fluchthintergrund, so dass auch für sie diese Inputs nützlich sind.

Vermittlung in Regelangebote

Die Vermittlung der Geflüchteten erfolgt zu Beratungsstellen, Ärztinnen und Ärzten sowie zu den Angeboten von pro familia selber. Eine besondere Rolle spielen Familienhebammen, da sie zusammen mit einer Projektmitarbeiterin in einer Flüchtlingsunterkunft Kurse rund um die Geburt durchführen. In diesen Kursen machen Frauen aus unterschiedlichen Herkunftsländern gemeinsam Gymnastik und Atemübungen. Sie erhalten Informationen über Mutterpass, Ablauf der Geburt in Deutschland, Impfungen, Mutter-Kind-Bindung, Ernährung und lernen besonders wichtige Vokabeln für die Zeit vor der Geburt und die Geburt selber. Das Ziel dieses Kurses ist es, mit einfachen Methoden und angesichts potenzieller Traumata die Geburt in sehr fremder Umgebung so stabil wie möglich geschehen zu lassen und gegebenenfalls eine Retraumatisierung zu verhindern. Einige der Teilnehmerinnen haben vor,

während oder auch nach ihrer Flucht Gewalt erlebt. Bei ihnen lässt sich eine große Distanz zum eigenen Körper beobachten, bis hin zur Dissoziation. Einfache Atemübungen sind einigen Frauen unmöglich. Sexuelle Gewalterfahrung kann hier ebenso eine Rolle spielen wie andere schlimme Erfahrungen. »Flüchtlinge im Blick« findet seine Fortsetzung in einem Folgeprojekt, das bis 2018 läuft und über das Land NRW und in Einzelkomponenten über die UNO-Flüchtlingshilfe gefördert wird. Nach der Erarbeitung und Erprobung weiterer Zugangswege in Bonn sowie an ausgewählten Standorten im Rhein-Sieg-Kreis und Köln erfolgt ab 2017 die Verbreitung geeigneter Ansätze über Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

Literatur bei der Verfasserin

STÉPHANIE BERRUT, pro familia Bonn, Kölnstraße 96, 53111 Bonn, Tel.: (02 28) 338 00 00, E-Mail: stephanie.berrut@profamilia.de

DENNIS SCHÜTTE

Gut ankommen und in Frieden leben

Die Johanniter halten in Niedersachsen und Bremen aktuell 33 Flüchtlingsunterkünfte für mehr als 10.000 Flüchtlinge vor, teils im direkten Auftrag der Bundesländer, teils im Auftrag der Kommunen und im Rahmen der vom Niedersächsischen Innenministerium instruierten Amtshilfe. Bis zu 150 Flüchtlinge mit laufenden Asylverfahren, die noch nicht dezentral in Wohnungen vor Ort untergebracht werden können, leben gemeinsam in beispielsweise leerstehenden Schulgebäuden. Etwa vier bis sechs Wochen beträgt die Verweildauer, bis eine Zuteilung in eine Wohnung innerhalb des Landkreises erfolgt. Als Betreiber dieser Unterkünfte ist das Ziel der Johanniter, diese Zeit zu nutzen, um die Menschen bestmöglich auf das Leben in der eigenen Wohnung vorzubereiten.

Weg der kleinen Schritte

Das knappe Zeitfenster von zehn Tagen zwischen Auftrag und Erstbezug der Unterkunft ließ zunächst keinen Raum für konzeptionelle Arbeit, ebenso wie die kurze Verweildauer der ersten Bewohnerinnen und Bewohner von durchschnittlich nur einer Woche. Klar war zu dem Zeitpunkt nur, dass der Alltag in der Unterkunft mehr bieten sollte, als lediglich drei Mahlzeiten sowie einen Platz zum Schlafen. Die ersten Wochen im laufenden Betrieb wurden als Lern- und Ideenphase genutzt. Durch Beobachtung und Befragung der Bewohnerinnen und Bewohner einerseits und auf Basis der Fähigkeiten und Interessen der eigenen Mitarbeitenden andererseits konnten sinnvolle Betreuungs- und Beschäftigungsmaßnahmen ermittelt werden. Diese wurden Ende 2015 in ein Betreuungskonzept aufgenommen, das sich im Wesentlichen auf die folgenden vier Säulen stützt. Besonderer Fokus liegt dabei auf integrativen und vernetzenden Maßnahmen, um dem Aspekt der Nachhaltigkeit gerecht zu werden.

Von der groben Richtung zum Konzept

Vom ersten Tag an war eine hohe Nachfrage nach dem Erlernen der deutschen Sprache vorhanden. Die Vermittlung der Sprache stellt auch die erste und wohl wichtigste Säule des Konzeptes dar. Die zweite Säule ist die Vermittlung von Alltagskompetenzen und beschäftigt sich mit dem für uns selbstverständlich erscheinenden Leben in Deutschland. Dabei werden sowohl gesellschaftlich-kulturelle Aspekte aufgegriffen, wie auch das aktuelle Tages- und Nachrichtengeschehen bis hin zu

Mülltrennung oder Verkehrsregeln. Die dritte Säule fußt einerseits auf den Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner, andererseits auf den individuellen Fähigkeiten der Mitarbeitenden in der Sozialbetreuung. Wesentliche Punkte sind hier Sport, Musik, Handwerk, Kochen, Kunst und Kultur – im Prinzip alles, was keiner komplexen sprachlichen Verständigung bedarf, die deutsche Sprache jedoch sinnvoll mit einbauen lässt.

Phasen des Aufenthaltes

Die Erkenntnisse der ersten Tage zeigten schnell, dass eine sofortige Rundumbetreuung der Bewohnerinnen und Bewohner eher kontraproduktiv ist. Zuerst stehen Orientierung und der Aufbau von Vertrauen im Vordergrund. In Anlehnung an die Bedürfnispyramide von Abraham Maslow gilt es hier die physiologischen Bedürfnisse, das Bedürfnis nach Sicherheit sowie soziale Bedürfnisse sicherzustellen. In der zweiten Phase, nach ungefähr drei bis vier Tagen setzt dann das eigentliche Konzept an, bevor in einer dritten, abschließenden Phase die Vorbereitung auf den Auszug aus der Unterkunft erfolgt. Speziell in der zweiten Phase des Aufenthaltes steht neben hausinternen Angeboten eine Vernetzung in die jeweiligen Gemeinden im Vordergrund. Hier kommt die vierte Säule des Konzepts zum Tragen – die Arbeitsmarktintegration. Denn Zugang zu Bildung und der Arbeitswelt bedeuten letztendlich ein Ankommen in der Gesellschaft.

Fazit

Die bisherige konzeptionelle Arbeit zeigt, dass in den betriebenen Unterkünften eine hohe Zahl von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern gern die vorliegenden Angebote nutzt. Die Einbindung der Bewohnerinnen und Bewohner in alltägliche Aufgaben wirkt zudem der Langeweile entgegen und wirkt sich positiv auf die Grundstimmung innerhalb der Unterkünfte aus. Nicht selten werden die Unterkünfte von ehemaligen Bewohnerinnen und Bewohnern in regelmäßigen Abständen aufgesucht, um von ihrem weiteren Werdegang zu berichten.

Literatur beim Verfasser

DENNIS SCHÜTTE, Johanniter-Unfall-Hilfe e. V., Leintor 17, 31028 Gronau (Leine), E-Mail: dennis.schuette@johanniter.de

IRMTRAUT WINDEL

Gesundheitsförderung für Flüchtlinge – Freiwilligenarbeit?

Die Themen Gesundheit und Gesundheitsförderung spielten bislang bei der Versorgung von Flüchtlingen keine wesentliche Rolle. Im Vordergrund standen verständlicherweise erst einmal die Schaffung von Unterbringungsmöglichkeiten sowie die Sicherstellung von Nahrung, Kleidung und Hygiene. Beim Thema Gesundheit ging es bei der Untersuchung in den Erstaufnahmeeinrichtungen um ansteckende Krankheiten und den Impfstatus. Die Traumatisierung vieler Geflüchteter und die schwierige Situation in den Unterkünften (Leben im Provisorium und auf engstem Raum, kein gesicherter Aufenthaltsstatus, keine Möglichkeit zu arbeiten und aktiv zu sein, das Fehlen des bisherigen sozialen Umfeldes) lassen immer mehr Probleme deutlich werden. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 25 Prozent der Flüchtlinge traumatisiert sind, und der Aufenthalt in den Unterkünften verbessert die Situation nicht. Nicht alle diese Menschen werden eine post-

traumatische Belastungsstörung entwickeln, aber die psychologische beziehungsweise psychiatrische Versorgung so vieler Menschen wirft für das deutsche Gesundheitswesen Probleme auf. Durch Gesundheitsförderungsprojekte, die auf die Stärkung der Person und ihrer gesunderhaltenden Ressourcen, auf den Einsatz der personalen Fähigkeiten und Kompetenzen setzen, kann man die Zahl der behandlungsbedürftigen Fälle sicher reduzieren und die Lebenssituation vieler Geflüchteter erträglicher machen.

Probleme und Chancen

Der Aufbau solcher Projekte stößt auf einige Schwierigkeiten. Wie in vielen Bereichen der Flüchtlingshilfe wird die Arbeit auch hier vorwiegend von Freiwilligen geleistet. Voller Elan und Begeisterung möchten diese sofort helfen und auch schnell Erfolge sehen. Gesundheitsförderung ist aber auf Langfristigkeit angelegt. Sie setzt zum Beispiel eine Bedarfserhebung, Planungsphasen, Terminabsprachen, die Suche nach Kooperationspartnern und Absprachen beziehungsweise Koordinierung mit ihnen voraus. Wenn sich eine Freiwilligengruppe zu den Themen Gesundheit und Gesundheitsförderung zusammenschließt, treffen unterschiedliche Professionen, Erfahrungen und Erwartungen aufeinander. Ärztinnen und Ärzte sehen andere Probleme als zum Beispiel Hebammen, Psychologen oder Gesundheitswissenschaftlerinnen. Die Einigung auf gemeinsame Ziele für eine nachhaltige Arbeit wird zusätzlich erschwert durch das Prinzip der Freiwilligkeit beziehungsweise dadurch, dass es sich hier um Menschen handelt, die sich oft in verschiedenen Bereichen engagieren. Dadurch ist die Gruppe immer wieder anders zusammengesetzt und die Zielrichtung, die die Teilnehmenden vertreten, variiert von Sitzung zu Sitzung. Hier die Richtung zu halten ist eine Herausforderung.

Teilhabe und Partizipation als Grundsatz der Gesundheitsförderung

Ein wesentlicher Grundsatz der Gesundheitsförderung ist es, Betroffene zu Beteiligten zu machen. Das heißt also, Gesundheitsförderungsprojekte zusammen mit Geflüchteten zu entwickeln, nicht für sie. Das widerspricht häufig dem Wunsch der Freiwilligen, etwas zu tun, Hilfe zu leisten, sich einzusetzen. Diese Form der Arbeit scheitert teilweise auch an den Sprachproblemen. Die Freiwilligen sprechen selten die Hauptsprachen der Geflüchteten (Arabisch, Farsi, afrikanische Sprachen), viele Flüchtlinge sprechen nur wenig Englisch oder Französisch. Hier ist viel Fantasie bei der Kommunikation gefragt. Aber es gibt auch Mut machende Beispiele, beispielsweise das »Mütterzentrum Osnabrück e. V.« (www.muetterzentrum-osnabrueck.de) oder »Das Blaue Wunder im Grünen« (www.burg-gretesch.de), ausgezeichnet mit dem Niedersächsischen Gesundheitspreis 2015. Beide Projekte zeigen, wie Gesundheitsförderung bei Geflüchteten mit Hilfe von Freiwilligen gelingen kann. Sinnvoll ist es offensichtlich, Projekte nicht gesondert für Flüchtlinge aufzubauen, sondern für alle Menschen im Stadtteil beziehungsweise Quartier, damit keine Vorurteile aufkommen (immer alles für die Flüchtlinge!). Noch erfolgversprechender könnte es sein, bereits bestehende Projekte oder Initiativen für Geflüchtete zu öffnen, sie in die Arbeit mit einzubeziehen, sie darüber sprachlich und sozial zu integrieren und so im Alltag ankommen zu lassen.

Literatur bei der Verfasserin

IRMTRAUT WINDEL, Tel.: (05 11) 41 28 88, E-Mail: irmtraut.windel@googlemail.com



CAROLIN TELLER

Ordnungsdefizit und Verwahrlosung

Wenn es um Ordnung geht, gibt es verschiedenste Bedürfnisse und Meinungen. Wann jedoch ist es notwendig einzugreifen? Welche Prozesse stehen dahinter und was ist zu tun, um dem Menschen zu helfen? Wenn Wohnungen verwahrlost oder vermüllt sind, steckt nicht immer das sogenannte Messie-Syndrom dahinter. Je älter jemand wird, desto mehr rückt die Vergänglichkeit ins Bewusstsein. Ältere Menschen reagieren darauf oft mit der Neigung, Gegenstände aufzuheben, die sie in jüngeren Jahren nicht aufgehoben hätten.

Das sagt die Wissenschaft

Wie viele Menschen vom Messie-Syndrom betroffen sind, ist unklar. Scham führt dazu, dass die Betroffenen sich eher verstecken und es nicht zu Diagnosestellungen kommt. Es wird von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen. Der Begriff »messie« wurde von einer Betroffenen in den USA geprägt. Sandra Felton gründete bereits in den 90er Jahren eine Selbsthilfebewegung und machte dadurch in der Öffentlichkeit auf das Störungsbild aufmerksam. »Viele Betroffene sagen oft, sie können ihr Problem zu Hause lassen«, so die Psychotherapeutin Katharina Rebolj. Nicht selten sind Menschen erkrankt, von denen es gar nicht erwartet wird. Sie sind meist beruflich integriert, viel unterwegs und vielseitig interessiert. Messies sammeln und horten mit und ohne System oder leben in einer verwahrlosten Umgebung. Menschen, die horten, haben eine höhere Komorbidität zu anderen Störungen, wie Depression oder Beziehungsstörungen. Die Gründe für Vermüllung und Sammelleidenschaft sind vielfältig: Geiz und Gier, Eigensinn oder Angst vor Verschwendung. Es ist schwer Entscheidungen zu treffen. Die Frage, schmeiße ich es weg oder brauche ich es noch, steht permanent im Raum und gibt den Personen das Gefühl, unsauber und machtlos zu sein.

Vertrauen ist wichtig

Entmüllungsaktionen rufen häufig Panik hervor. Daher ist es besonders wichtig, eine vertrauensvolle Basis zu schaffen. Handlungsbedarf kann auf zwei Arten entstehen: durch Druck

von außen oder erhöhten inneren Leidensdruck. Letztes kommt in der Regel eher bei jüngeren Menschen vor. Druck von außen kann ein Pflegedienst sein, der sich weigert in der Umgebung zu arbeiten, ein Gerichtsverfahren mit drohendem Wohnungsverlust oder Angehörige, die den Stein ins Rollen bringen. »Das Ausmaß an Unordnung ist nicht gleichzusetzen mit innerem Leidensdruck«, so Andrea Hüttinger, die Gründerin des Vereins Freiraum in Berlin, der sich als Messie-Helfer gegründet hat. Viele Betroffene meinen kein Messie zu sein, wenn sie wissen, wo was zu finden ist.

Besonderheiten im Alter

Im höheren Lebensalter sind pädagogische Maßnahmen grundsätzlich eher schwer umsetzbar. Die Älteren lassen sich weniger sagen, nehmen dafür jedoch Hilfe an. Es wäre gut, therapeutisch aufsuchende Hilfe zu haben. Oftmals ist auch eine gesetzliche Betreuung sinnvoll, wenn der Mensch einverstanden ist. Ergo- und Soziotherapie können weitere Ergänzungen in einem interdisziplinären Hilfskonzept sein. Die Arbeit mit den Klientinnen und Klienten erfordert vor allem Geduld. Wichtig ist den Expertinnen und Experten auch, Angehörige aus der Hilfe herauszuhalten. Die Beziehungen sollten wichtig genommen und nicht zusätzlich belastet werden. Wenn Angehörige ebenfalls Unterstützung benötigen, können sie diese in Selbsthilfegruppen oder im Rahmen einer Therapie erhalten.

Literatur bei der Verfasserin

CAROLIN TELLER, Kompetenznetzwerk Gerontopsychiatrische Beratung Südostniedersachsen, ambet e. V., Triftweg 73, 38118 Braunschweig, Tel.: (05 31) 256 57 40, E-Mail: carolin.teller@ambet.de

UTE SONNTAG, STEPHANIE SCHLUCK, THOMAS HARTMANN, KERSTIN BAUMGARTEN, KURT GLÄSER, WOLF POLENZ

Betriebliches Gesundheitsmanagement an Hochschulen

In den letzten zehn Jahren ist ein stetiger Anstieg sowohl von Stellen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) an Hochschulen als auch bei der Etablierung von Studiengängen zur Gesundheitsförderung zu verzeichnen. Die Stelleninhaberinnen und -inhaber im Bereich BGM an Hochschulen kommen aus sehr unterschiedlichen Berufsfeldern, haben heterogene Studienabschlüsse und entsprechenden Fortbildungsbedarf. Hochschulen weisen gegenüber anderen Organisationen einige Besonderheiten auf und sind in der Regel vielschichtiger als klassische Betriebsstrukturen. Koordinatorinnen und Koordinatoren für BGM an Hochschulen benötigen besondere Kompetenzen. Hierzu gehören die Kenntnisse über die Komplexität des Settings und den unterschiedlichen Organisations- und Handlungslogiken von Verwaltung sowie selbstbestimmter Forschung und Lehre. Zudem sind unterschiedliche Kommunikationskanäle nötig, um die verschiedenen Statusgruppen (Studierende, Lehrende, nicht-wissenschaftliches Personal) zu erreichen. Seit 2010 befasst sich der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) intensiv mit dem Berufsbild der Koordinatorinnen und Koordinatoren für betriebliches Gesundheitsmanagement. Seither wurden an vielen Hochschulen Stellen in diesem Bereich eingerichtet, wodurch es auch im Arbeitskreis Gesundheitsfördernde

Hochschule mehr zum Thema wurde. In der Anfangszeit hat der AGH den Erfahrungsaustausch gefördert, der besonders zwischen den wenigen langjährig Tätigen und »Neulingen« ertragreich war. Dies erschöpfte sich jedoch schnell.

Das Expertinnen- und Expertengespräch

Der AGH, die BZgA und die LVG & AFS führten am 28. Januar 2016 in Hannover ein Expertinnen- und Expertengespräch mit 29 Teilnehmenden durch mit dem Ziel, einen fachlichen Konsens darüber herzustellen, ob ein Curriculum speziell für BGM im Setting Hochschule notwendig ist und wenn ja, wie dieses operationalisiert werden kann. In der Projektgruppe arbeiteten Prof. Dr. Thomas Hartmann und Prof. Dr. Kerstin Baumgarten (Hochschule Magdeburg-Stendal), Prof. Dr. Wolf Polenz (HAW Hamburg), Kurt Gläser (Bundesverband Betriebliches Gesundheitsmanagement e. V.) sowie Dr. Ute Sonntag und Stephanie Schluck (LVG & AFS) mit. Die Teilnehmenden des Gesprächs kamen aus Betrieben, gesundheitsbezogenen Organisationen, Hochschulen, sind freiberuflich und/oder in der Verbandsarbeit tätig. Bereits im Vorfeld wurden Steckbriefe durch die Teilnehmenden ausgefüllt, die die Bandbreite der Einschätzungen widerspiegeln. Dabei zeigte sich schon große Einigkeit darüber, dass es eine Ausbildungslücke in Bezug auf Settingarbeit gibt, die am Beispiel Hochschule bearbeitet werden sollte.

Ergebnisse

Am Ende der Veranstaltung haben sich nach intensiver Diskussion drei Schwerpunkte für eine gemeinsame Weiterarbeit der Teilnehmenden herauskristallisiert:

- » Eine AG erarbeitet ein Konzept für ein Kern-Curriculum für betriebliches Gesundheitsmanagement, welches auf einem Konsensus-Meeting mit Hochschulen diskutiert werden soll. Dabei soll die Ausbildung deutlicher auf die Bedarfe des Berufsbildes ausgerichtet werden.
- » Eine weitere AG entwickelt ein Zusatzmodul BGM/BGF (betriebliche Gesundheitsförderung) im Setting Hochschule. Darin werden die besonderen Anforderungen an Settingarbeit in den Mittelpunkt gestellt.
- » Es wurde zum einen eine Vorstellung entwickelt, dass Hochschulen unterschiedliche Ergänzungsmodule anbieten (Setting Hochschule, Schule, Kita); jede Hochschule je eines, und dass die Module gegenseitig anerkannt werden. Damit könnten Studierende für ein Modul an eine andere Hochschule gehen.

Bevor eine Umsetzung in der Fläche erfolgen kann, soll in einer Summer School dazu gearbeitet werden. Dabei sollen die Module diskutiert und aufeinander abgestimmt werden.

Ausblick

Durch das Expertinnen- und Expertengespräch sind konkrete Arbeitspakete vereinbart worden, die die Ausbildung zum BGM an Hochschulen aufwertet und das Berufsbild BGM klarer und transparenter macht. Die Ausbildungslücke bezüglich settingbezogener Arbeit wird geschlossen. Damit ist auch bezogen auf das Präventionsgesetz ein Aufschlag gemacht worden.

Anschrift siehe Impressum

Info

Apps und Internetseiten für Geflüchtete

Smartphones sind für Geflüchtete außerordentlich wichtig. Sie bilden oft die einzige Verbindung zu ihren Familien, und sie bieten die technische Voraussetzung, um sich in der neuen Umgebung zu orientieren.

» **ANKOMMEN:** Die App enthält Informationen zur Orientierung während der ersten Wochen wie Informationen zum Asylverfahren, zu Werten und Leben in Deutschland sowie zu Wegen in Ausbildung und Arbeit. Integriert ist ein kostenloser multi medialer Sprachkurs.

www.ankommenapp.de

» **BUSUU / ICOON:** Busuu ist eine Sprachlernplattform. Die Deutsch- und Englischkurse für arabischsprachige Benutzerinnen und Benutzer stehen kostenlos zur Verfügung. ICOON ist ein Bildwörterbuch und enthält wichtige Symbole und Fotos. Auf einer zugehörigen zentralen Internetseite finden Flüchtlinge, Hilfsorganisationen sowie Helferinnen und Helfer zudem weitere Informationen.

www.germanforrefugees.com

» **HELP HERE:** Die App dient als eine Art schwarzes Brett und sammelt Angebote sowie Gesuche von Ehrenamtlichen und Geflüchteten. www.helphere.de

» **HILFE FÜR FLÜCHTLINGE IN NIEDERSACHSEN:** Die Internetseite des Norddeutschen Rundfunks (NDR) informiert Geflüchtete über Anlaufstellen in Niedersachsen. www.tinyurl.com/guide-for-refugees

» **ARRIVING IN BERLIN: A MAPMADEBYREFUGEES:** Für Berlin haben Geflüchtete für Geflüchtete eine open-Source-basierte kartographische Aufbereitung von Informationen und Adressen erarbeitet. www.arriving-in-berlin.de

Info

Internetportale für Fachkräfte

» MEDIZIN HILFT FLÜCHTLINGEN:

Das Internetportal der Berliner Ärzteinitiative zur Flüchtlingshilfe enthält unterstützende Dokumente für die medizinische Versorgung in verschiedenen Sprachen.

www.medizin-hilft-fluechtlingen.de/index.php

» ONLINE-WEGWEISER FLÜCHTLINGE:

Mit dieser Sammlung von Online-Quellen möchte das Deutsche Institut für Urbanistik (DIFU) – unterstützt durch den Deutschen Städtetag – Kommunen bei der Recherche rund um das Thema Flüchtlinge und Asylsuchende unterstützen.

www.difu.de/fluechtlinge/online-wegweiser.html

» HELP AGAINST VIOLENCE:

Die Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichstellung der Frau bietet Erstinformationen in mehreren Sprachen bei Gewalt gegen Frauen.

www.tinyurl.com/frauen-bremen

» REFUGEE TOOLBOX:

Die Internetseite des Missionsärztlichen Institutes Würzburg enthält Handreichungen, medizinische Standards, Sprachtools, Gesetzestexte sowie fremdsprachliche Medien.

www.medbox.org/refugee/toolboxes/listing/

» ASYLSUCHEnde UND IMPFEN:

Informationen des Robert Koch-Institutes zur Umsetzung von Impfungen im Rahmen der medizinischen Erstversorgung von Geflüchteten.

www.tinyurl.com/pasmclj



ZAHRA MOHAMMADZADEH

Gesundheit für Flüchtlinge – Das Bremer Modell

Das 1993 entwickelte Bremer Gesundheitsprogramm für Migrantinnen und Migranten besteht im Kern aus einem regelmäßigen Sprechstundenangebot in den Gemeinschaftsunterkünften für Flüchtlinge auf Grundlage der Freiwilligkeit. Darüber hinaus erfüllen die durchführenden Ärztinnen und Ärzte die gesetzlichen Vorgaben für die Erstuntersuchung der Flüchtlinge und können akuten Behandlungsbedarf an Ort und Stelle abdecken. Ziel ist, den Flüchtlingen den bestmöglichen Einstieg in eine adäquate Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Dafür werden Gesundheitsprobleme erfasst und die Flüchtlinge dorthin weitergeleitet, wo ihnen nachhaltig geholfen werden kann. Das Bremer Modell versteht sich als »gate opener« zur Gesundheitsversorgung.

Erstuntersuchung und Sprechstundenangebot in Gemeinschaftsunterkünften

Die Erstuntersuchung bietet die Möglichkeit, Hinweise auf eine Erkrankung zu erfassen. Eine Röntgenuntersuchung allein reicht dafür nicht aus. Zudem wirft eine Untersuchung ohne ärztliche Maßnahmen medizinethische Fragen auf. Für die Erstuntersuchung sind daher Bedingungen herzustellen, die eine Akutversorgung und die Vermittlung weiterer Diagnostik und Therapie zulassen. Daher besteht nach der Erstuntersuchung die Möglichkeit, den Sprechstundenarzt mehrfach aufzusuchen. Auch ist das Vorhalten eines Bestandes an Medikamenten in den Sprechstundenräumen von zentraler Bedeutung. Ist eine weitere Behandlung beziehungsweise Diagnostik erforderlich, werden die Hilfesuchenden an Facharztpraxen, die mit dem Gesundheitsprogramm vertraut sind, überwiesen. Dabei werden nach Möglichkeit die benötigten Fremdsprachenkompetenzen berücksichtigt. Dieses seit 22 Jahren erprobte Verfahren der Basisversorgung vor Ort führt zu geringeren Ausgaben in der Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge. 2014 mussten Flüchtlinge dennoch vermehrt ambulant oder stationär überwiesen werden, da das Team des Gesundheitsprogramms zunächst nicht parallel zum Wachstum der Gesamtzielgruppe erweitert werden konnte. Heute

sind sechs Ärztinnen und Ärzte und fünf medizinische Fachangestellte im Untersuchungsprogramm tätig. Dolmetscherinnen und Dolmetscher helfen bei der Kommunikation mit den Flüchtlingen.

Zugang zur Regelversorgung mit elektronischer Gesundheitskarte

Die Flüchtlinge erhalten in Bremen seit 2005 eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) der AOK Bremen/Bremerhaven. Mit der eGK haben die Asylsuchenden direkten Zugang zur Regelversorgung, wenn auch mit eingeschränktem Leistungsumfang. Die eGK sorgt dafür, das Niveau der medizinischen Versorgung trotz des Anwachsens der Flüchtlingszahlen in den Grundzügen aufrechtzuerhalten. Um epidemiologische Daten über die Patientenschaft zu gewinnen ist die wissenschaftliche Begleitung der Sprechstunden unerlässlich. Zwischen 2011 und 2014 traten »Faktoren, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen« am häufigsten auf. Diese ICD-10-Kategorie schließt Untersuchungen ohne Krankheitsbefund, Impfberatung sowie Beratung von Schwangeren ein. An zweiter und dritter Stelle folgten Krankheiten des Atmungssystems und unklare, andernorts nicht klassifizierte Symptome. Noch vergleichsweise oft traten Krankheiten des Verdauungssystems, vor allem der Zähne, des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie der Haut und Unterhaut auf. Weniger häufig wurden Krankheiten des Kreislaufsystems, Infektionen und Parasitosen, Verletzungen und Folgen äußerer Ursachen sowie psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten verzeichnet. Die bisher ausgewerteten Daten aus 2015 bestätigen diese Erfahrungen. Sie liefern keinen Beleg für bestehende Ängste in der Öffentlichkeit bezüglich des Einschleppens von Infektionskrankheiten durch Flüchtlinge.

Fazit

Drei essenzielle Bestandteile machen das Bremer Modell aus: das niedrigschwellige regelmäßige Sprechstundenangebot in den Gemeinschaftsunterkünften, die Abdeckung akuten Behandlungsbedarfs durch ärztliche Basisversorgung zuzüglich zur gesetzlichen Erstuntersuchung und die Gesundheitskarte für den asylrechtlich zulässigen Zugang zur Regelversorgung. Die gewohnten Standards sind durch den Einsatz von Noteinrichtungen wie Zelten und Containern derzeit nur schwer einzuhalten. Das Bremer Gesundheitsprogramm bleibt jedoch ein Baustein der »Integration vom ersten Tag an«.

Literatur bei der Verfasserin

DR. ZAHRA MOHAMMADZADEH, Gesundheitsamt Bremen –
Referat Migration und Gesundheit, Horner Straße 60–70, 28203 Bremen,
E-Mail: zahra.mohammadzadeh@gesundheitsamt.bremen.de,
www.gesundheitsamt.bremen.de

ANDREAS BOGNER

Die Situation unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge in Braunschweig

Durch die in Braunschweig ansässige Landesaufnahmebehörde hat die Kommune schon seit jeher mit minderjährigen unbegleiteten Flüchtlingen zu tun. Die hohe Anzahl der im letzten Jahr in Obhut genommenen jungen Menschen stell-

te die Kommunalverwaltung vor die schwierige Aufgabe, in kürzester Zeit Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen, die den Standards der Jugendhilfe genügen. Hierzu gehört neben der Grundversorgung auch die Überprüfung des psychischen und physischen Gesundheitszustandes und die Klärung, ob in Deutschland Angehörige ausfindig gemacht werden können, bei denen der junge Mensch leben kann. Da die näheren Angehörigen jedoch zumeist in den Krisengebieten zurückbleiben, verbleibt der Auftrag zur Betreuung in der Kommune und wird an freie Träger der Jugendhilfe weitergegeben. In Braunschweig verfügt die freie Jugendhilfe bei Weitem nicht über genügend freie Plätze, so dass hier in kürzester Zeit vom Jugendamt eigene Betreuungseinrichtungen geschaffen werden mussten.

Heranwachsende als Hoffnungsträger der Herkunftsfamilien

Im Jahr 2015 erreichten um die 250 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge die Stadt Braunschweig. Der größte Teil stammt aus Krisen- oder Kriegsgebieten wie Afghanistan, Syrien, Irak, Iran sowie Eritrea, Marokko oder Bangladesch. Die meisten dieser jungen Menschen sind männlich und zwischen 14 und 18 Jahre alt. Die wenigen Mädchen können vergleichsweise problemlos in Pflege- oder Gastfamilien unterkommen. Die männlichen Flüchtlinge haben diese Möglichkeit nur in wenigen Fällen. Fast alle werden zurzeit in Großunterkünften betreut. In der Regel sind dies Gebäude, die hierzu zweckentfremdet werden. Zwei größere Gruppen werden in umgebauten Jugendzentren betreut. Hier müssen sich die jungen Menschen bei marginaler Privatsphäre ihren Lebensraum mit vielen anderen Jugendlichen teilen.

Mangelnder Rückzug und Kommunikation als Ursache von Konflikten

Die geringen Rückzugsmöglichkeiten führen im Alltag zu Konflikten. Hinzu kommen Sorgen um die Angehörigen aus dem Herkunftsland, eine unklare Zukunftsperspektive und vorhandene Sprachbarrieren. Da die Kommunikation im Alltag nicht in allen Fällen durch eine Dolmetscherin oder einen Dolmetscher begleitet werden kann, entstehen schnell Konflikte und Missverständnisse. Seit dem 01. November 2015 ist die Inobhutnahme im SGB VIII neu geregelt worden. Um Kommunen mit besonders hohen Fallzahlen, wie in Braunschweig, zu entlasten, wurde die Möglichkeit der Weiterverteilung geschaffen. Mittels einer festgelegten Quote werden die jungen Menschen innerhalb kurzer Zeit auf Landkreise und Städte weiterverteilt. Dieses Verfahren bedeutet für Braunschweig erst einmal leicht sinkende Aufnahmezahlen, führt aber bei den Flüchtlingen zur enormen Belastung. Zum einen erfahren diese erst sehr kurz vor der Abreise, wohin sie gebracht werden. Zum anderen möchten sie in der Regel gern in Braunschweig verbleiben, da sie auch in der kurzen Zeit erste Bindungen aufgebaut haben und die Stadt, gerade für junge Menschen, sehr attraktiv ist.

Traumata frühzeitig erkennen und behandeln

Nach einer Einschätzung der vor Ort in Braunschweig tätigen psychologischen Fachkräfte haben mindestens 20 Prozent der jungen Menschen behandlungsbedürftige traumatische Erlebnisse im Heimatland oder auf der Fluchtroute gemacht. Ziel ist es, diese trotz der schwierigen Umstände anhand ent-

sprechender Signale und Hinweise rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln. Dennoch ist nicht immer zweifelsfrei zu erkennen, ob ein unbegleiteter minderjähriger Flüchtling an den Folgen eines Traumas leidet. Ein weiterer Belastungsfaktor zeigt sich immer deutlicher, einige der jungen Menschen sind desillusioniert und haben starkes Heimweh. Die nicht endenden negativen Nachrichten aus ihren Heimatländern lassen sie verzweifeln. Sie bangen um ihre zurückgelassenen Angehörigen und können ihnen von Deutschland aus nicht in ersehnter Weise helfen. Diese jungen Menschen brauchen auch zukünftig eine enge und vertrauensvolle Begleitung, um ihnen die Integration bei uns zu ermöglichen.

Literatur beim Verfasser

ANDREAS BOGNER, Stadt Braunschweig, Fachbereich Kinder, Jugend und Familie, Jugendhilfeplanung und Koordination Inobhutnahmestellen UmF/UmA, Eiermarkt 4–5, 38100 Braunschweig, Tel.: (05 31) 4 70 84 29, E-Mail: andreas.bogner@braunschweig.de

BRITTA RICHTER, MAREN PREUSS

Gesundheitsregionen Niedersachsen – Die ersten vier Projekte wurden bewilligt

Mit den Gesundheitsregionen Niedersachsen werden neben dem Aufbau von kommunalen Strukturen auch innovative Projektideen zur Verbesserung der Gesundheitsförderung und -versorgung finanziell gefördert. Erstmals wurden im Herbst des Jahres 2015 zehn Projektanträge aus sechs Gesundheitsregionen eingereicht. Diese wurden durch das Lenkungsgremium auf Landesebene begutachtet, dem das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, die AOK Niedersachsen, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, die Ersatzkassen und der BKK Landesverband Mitte angehören. In beratender Funktion nehmen außerdem die Kommunalen Spitzenverbände und die LVG & AFS teil. In der ersten Runde werden nach Entscheidung des Lenkungsgremiums folgende vier Projekte mit jeweils 100.000 Euro gefördert.

Projekt »Lüneburger Alterslotsen«

Die Gesundheitsregion Lüneburg entwickelte das Projekt »Lüneburger Alterslotsen«, das darauf abzielt, eine Begleitung geriatrischer Patientinnen und Patienten in ihrem Krankheitsverlauf durch ein unabhängiges, sektorenübergreifendes und aufsuchendes Case-Management zu sichern. Aufgabe der Case-Managerin beziehungsweise des Case-Managers ist, den Zugang zum Versorgungssystem sicherzustellen, die Kommunikation zwischen allen Beteiligten zu verbessern und den Versorgungsprozess zu koordinieren. Das Projekt zielt darauf ab, auch bei altersbedingten Einschränkungen einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen und eine Pflegeeinstufung beziehungsweise Höherstufung zu vermeiden. Die Lotsinnen und Lotsen sind beim Landkreis Lüneburg angestellt.

Projekt »Interkulturelle Service- und Anlaufstelle für Gesundheitsfragen«

Die Gesundheitsregion Braunschweig möchte mit der Interkulturellen Service- und Anlaufstelle für Gesundheitsfragen die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrations-



Fortbildung zur/m Demenzbeauftragten – Dreizehn demenzspezifische Projektideen

Zweiundzwanzig Teilnehmende verschiedener Disziplinen aus dreizehn unterschiedlichen Einrichtungen der akutklinischen, geriatrischen und rehabilitativen Versorgung haben die Fortbildungsreihe zur/m Demenzbeauftragten im November 2015 erfolgreich abgeschlossen. (Foto der Abschlussveranstaltung 05. November 2015). Die Fortbildung mit einem Stundenumfang von 160 Stunden wurde innerhalb von fünf Monaten von der LVG & AFS in Kooperation mit dem Helios Klinikum und der Volkshochschule in Hildesheim durchgeführt.

hintergrund und deren Zugang zum Versorgungssystem vor Ort verbessern. Diese Einrichtung wird bei der Stadt Braunschweig angesiedelt sein. Zu den Kernaufgaben zählen unter anderem die Kontaktaufnahme zu den schwer erreichbaren Migrantengruppen, die Ermittlung des Hilfebedarfs, die Vermittlung der Migrantinnen und Migranten an Ärztinnen und Ärzte mit Fremdsprachenkenntnissen sowie die Unterstützung bei der Antragstellung.

Projekt »Genial-Lotse«

Aus der Gesundheitsregion Emsland werden zwei Projekte gefördert. Das Projekt Genial-Lotse zielt darauf ab, Erkrankte im erwerbsfähigen Alter durch die Bereitstellung einer Lotsin beziehungsweise eines Lotsen im Genesungsprozess zu fördern. Durch eine Koordination von therapeutischen Abläufen, individuellen Begleitungen bei Arzt- oder Behördenbesuchen sowie der Erledigung von bürokratischen Tätigkeiten soll eine möglichst zügige berufliche Wiedereingliederung ermöglicht werden. Die Lotsinnen und Lotsen werden vom Ärztenetz Genial angestellt und den beteiligten Praxen zur Verfügung gestellt.

Projekt »Regionales Wundmanagement«

Mit dem Projekt »Regionales Wundmanagement« sollen Behandlungsverläufe zwischen den unterschiedlichen Sektoren, Disziplinen und Professionen verbessert werden. Das Projekt will durch die Entwicklung intersektoraler Behandlungspfade entscheidende systemische Schnittstellen überwinden und dadurch Qualität, Kontinuität, Transparenz und Sicherheit in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Wunden sicherstellen. Dafür sind ein Leitfaden für Diagnostik und Therapie, eine Erprobung für Lokaltherapeutika und Wundverbände sowie ein Schema zur einheitlichen Dokumentation zu entwickeln und zu implementieren. Geprüft wird, welche ärztlichen Tätigkeiten in diesem Zusammenhang an ambulant tätige Wundexpertinnen delegiert werden können.

Förderung von Projekten weiterhin möglich

Weiterführende Informationen zu den Projekten sind bei den Koordinatorinnen und Koordinatoren der jeweiligen Gesundheitsregion abrufbar. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit weitere Projektanträge zum 30. September 2016 zu stellen.

Anschrift siehe Impressum

Innovative Projektkonzepte

Innerhalb der Fortbildung entwickelten die Teilnehmenden Ideen, die sie in Absprache mit den Leitungen ihrer jeweiligen Einrichtung nach der Fortbildung umzusetzen planen. Aus diesen Ideen sind dreizehn einrichtungsspezifische Projektkonzepte entstanden, die unterschiedliche Maßnahmen beinhalten:

» Schulung der Mitarbeitenden

Ein Fokus der Fortbildung lag darauf, den Teilnehmenden die Rolle einer/eines Multiplikatorin/Multiplikators zu ermöglichen. Die Fortbildungsinhalte zu Themen wie Verständnis, Kontakt und Umgang mit Demenzerkrankten waren an den alltäglichen, häufig problembehafteten Situationen von Menschen mit Demenz im Krankenhaus ausgerichtet. Dies spiegelt sich auch in den Projektkonzepten wider. Viele der Teilnehmenden sehen eine verpflichtende Schulung für alle Mitarbeitenden im Krankenhaus als Dreh- und Angelpunkt einer guten Versorgung von Menschen mit Demenz.

» Milieugestaltung

Die Teilnehmenden lernten innerhalb der Fortbildung Möglichkeiten kennen, wie räumliche Gestaltung dabei helfen kann, Menschen mit Demenz eine Orientierung zu geben. Die Projektkonzepte zeigen, dass sich dies auch schon mit einfachen, aber strukturierten Maßnahmen wie Uhren, Kalendern, Bildern oder bestimmten Raumaufteilungen umsetzen lässt.

» Sektorenübergreifende Versorgung

Bestandteil einiger Projektkonzepte ist die sektorenübergreifende Versorgung. Hierbei werden einheitliche Überleitungsbögen mit regionalen Einrichtungen entwickelt oder auch die Zusammenarbeit mit der demenzspezifischen Beratung in den Senioren- und Pflegestützpunkten Niedersachsen ausgebaut.

» Demenzspezifische Angebote und Unterstützung

Menschen mit Demenz benötigen kontinuierliche Unterstützung und angepasste Angebote auch innerhalb des Krankenhauses. Die Teilnehmenden entwickelten Konzepte, wie die Versorgung durch einen ehrenamtlichen Dienst oder durch Beschäftigungsangebote stattfinden kann.

» Gründung interdisziplinärer Arbeitsgruppen

Der Wille zur interdisziplinären Zusammenarbeit zeigte sich schon bei der Zusammensetzung der Teilnehmenden. Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeitende des sozialen Dienstes waren ebenso wie Pflegekräfte vertreten. Dass Menschen mit Demenz nur durch interdisziplinäre Zusammenarbeit im Krankenhaus gut versorgt werden können, greift die Mehrheit der Projektkonzepte auf.

» Neuausrichtung der Ablauforganisation

Die gewohnten Abläufe einer Klinik sind für Menschen mit Demenz nicht durchschaubar. Hier gilt es neue Prozessabläufe möglich werden zu lassen. Eine Umorganisation stationärer Einheiten wie der Notaufnahme oder von Prozessen wie der Verteilung der Mahlzeiten sind als Möglichkeiten für eine angepasste Versorgung Demenzerkrankter in Konzepten ausgearbeitet worden.

Bei allen geplanten Maßnahmen befinden sich die Demenzbeauftragten in fortlaufender Beratungsfunktion und sind zu einem Großteil federführend bei der Umsetzung beteiligt. Erfreulicherweise wurden in einzelnen Kliniken auch neue Stellenanteile für die Wahrnehmung der Aufgaben eines Demenzbeauftragten geschaffen.

Auszeichnung herausragender Ideen

Die dreizehn Kliniken haben nun die Chance, sich auf einen Preis von insgesamt 12.000 Euro, verteilt auf drei Preisträger, zu bewerben. Der Preis wurde von der Niedersächsischen Alzheimer Gesellschaft e. V. ausgelobt, um die demenzspezifische Qualifizierung von Personal und die Entwicklung von demenzsensiblen Konzepten in Krankenhäusern zu honorieren. Die Preisverleihung findet am 22. Juni 2016 in der Ärztekammer in Hannover statt.

Es geht weiter!

An die Erfolge von 2015 wird angeknüpft. Die Fortbildung wird erneut, dieses Mal in Kooperation mit dem Bildungswerk ver.di, von August bis Dezember 2016 in Hannover stattfinden. Weitere Informationen sind auf der Website der LVG & AFS zu finden oder direkt bei Tanja Möller unter tanja.moeller@gesundheit-nds.de oder Tel.: (05 11) 3 88 11 89 123 zu erhalten.

Anschrift siehe Impressum

CARMEN LUDWIG

Cameo – Ein Magazinprojekt zum Mitmachen

Wie bringt man Menschen unterschiedlicher Herkunft miteinander ins Gespräch? Der Cameo Kollektiv e. V., eine Gruppe Studierender aus dem Kreativbereich, will sich dieser Frage stellen. Das junge Kollektiv möchte Menschen, die ansonsten nur wenig miteinander verbindet, eine gemeinsame Arbeitsgrundlage bieten. Dafür laden sie Interessierte dazu ein, sich Gedanken zu dem Thema »Ankommen in Hannover« zu machen. Der Anspruch, das »Cameo Magazin« als eine vernetzende Plattform zu etablieren, zeichnete sich bereits in den ersten beiden Ausgaben ab. Dafür begaben sich zwei Mitglieder des Kollektivs, Fotografie-Studenten aus Hannover, in deutsche Flüchtlingsunterkünfte, um einige Wochen mit den Bewohnern zu leben, sie zu porträtieren und sich einfach mit ihnen zu unterhalten. Neugierde war damals das Hauptmotiv. Nach einer Weile kamen die Bewohner schließlich mit einem Anliegen auf die beiden zu. Sie hätten Briefe geschrieben, an die breite Öffentlichkeit gerichtet, in denen sie ihre Gedanken zum Thema Gastfreundschaft in Deutschland verarbeiteten. Zusammen mit den entstandenen Aufnahmen wurden die Briefe schließlich im Magazin abgedruckt. Nun möchte das Kollektiv einen Schritt weiter denken. Die dritte Ausgabe des

Magazins, deren Vorarbeit sich zum Teil aus dem Vertrieb der ersten Hefte finanziert, soll eine vielfältige Sammlung von Ideen aus verschiedenen Bevölkerungsgruppen sein. Um erste Impulse zu geben, werden zunächst Workshops zu medialen und kreativen Techniken angeboten. Dabei können die Teilnehmenden ihre Gedanken und Vorstellungen visualisieren, sich mit anderen darüber austauschen und selbst Anstöße geben. Miteinander statt übereinander reden – so lautet die Devise. Für die Durchführung des Vorhabens konnte der Verein bereits diverse Kooperationspartner und erste Teilnehmende gewinnen.

Wer das Projekt und seine Initiatoren kennen lernen möchte, ist dazu eingeladen, sich unter www.cameo-kollektiv.de näher zu informieren.

Literatur bei der Verfasserin

CARMEN LUDWIG, Cameo Kollektiv e. V., E-Mail: hallo@cameo-kollektiv.de, www.cameo-kollektiv.de

IMPRESSUM



» **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Fenskweg 2, 30165 Hannover
Tel.: (05 11) 3 88 11 89-0, Fax: (05 11) 3 50 55 95

E-Mail: info@gesundheit-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

» **ISSN:** 1438-6666

» **V.i.S.d.P.:** Thomas Altgeld

» **Redaktion:** Thomas Altgeld, Lena Bachus, Claudia Bindl, Sven Brandes, Mareike Claus, Sabine Erven, Sandra Exner, Dr. Birte Gebhardt, Alina Handermann, Jan Kreie, Angelika Maasberg, Tanja Möller, Anna Oeltjen, Lea Oesterle, Dr. Maren Preuß, Elena Reuschel, Britta Richter, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Patrizia Rothofer, Stephanie Schluck, Martin Schumacher, Dr. Ute Sonntag, Janna Stern, Nicole Tempel, Theresa Vanheiden, Marcus Wächter-Raquet, Birgit Wolff

» **Beiträge:** Thomas Altgeld, Prof. Dr. Kerstin Baumgarten, Dr. Sandra Beer-mann, Maria Belz, Stéphanie Berrut, Andreas Bogner, Dr. Kayvan Bozorgmehr, Dr. med. Andreas Gilsdorf, Kurt Gläser, Prof. Dr. Thomas Hartmann, Prof. Dr. Giesela Jakob, Simon Junker, Prof. Dr. Annelie Keil, Dr. Ann Marie Krewer, Prof. Dr. Paul Mecheril, Dr. Zahra Mohammadzadeh, Tanja Möller, Varinia Morales, Dr. Maren Mylius, Ibrahim Özkan, Dr. Maren Preuß, Prof. Dr. med. Oliver Razum, Dr. med. Ute Rexroth, Britta Richter, Sebastian Rose, Runak Sabbar-Letaief, Stephanie Schluck, Dennis Schütte, Dr. Ute Sonntag, Carolin Teller, Irmtraut Windel

» **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 91: 06.05.2016

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

» **Auflage:** 8.500

» **Gestaltung:** Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation

» **Druck:** Interdruck Berger & Hermann GmbH

» **Erscheinungsweise:** 4 x jährlich, im Quartal

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autorin / des Autors wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

» **Titelbild:** © Fotolia.com: tai111

» **Fotos:** S. 16: © Ottawa-Charta, S. 24: © Manuel Stender (Landkreis Hildesheim)

alle anderen: © Fotolia.com: Maren Winter, spuno, Jürgen Fälschle, hikrcn, Memed ÖZASLAN, BillionPhotos.com, Idprod, Guido Grochowski, karepa, Mediteraneo, Joseph Helfenberger, Andrey Kuzmin, Barbara Pheby, drubig-photo, exopixel, Robert Kneschke



Teamarbeit. Teamentwicklung. Teamberatung. Ein Praxisbuch für die Arbeit in und mit Teams

Teamarbeit und Teamorientierung hat in den vergangenen Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen und der Teambegriff fast schon eine inflationäre Anwendung erfahren. Die beiden Autoren, seit mehr als 20 Jahren in der Beratungs- und Teamentwicklungspraxis tätig, möchten mit ihrem Buch die positiven wie auch frustrierenden Erfahrungen in der Arbeit in und mit Teams Interessierten aus der Trainings- und Beratungsbranche wie auch Führungskräften aller Ebenen zugänglich machen und mit theoretischen Modellen hinterlegen. Im ersten Teil geht es um Teamverständnis, Verträge in Teams, Feedback sowie Rollen und Kooperation im Team, effektive Teambesprechungen und Strategieentwicklung. Der zweite Teil vertieft das Thema Teamentwicklung und nimmt Rahmenbedingungen, Verhaltensweisen, Rollendiagnosen und Gruppendynamiken in den Blick. Der dritte Teil befasst sich ausführlich mit der Teamberatung von der Auftragsklärung, zum Interventionskonzept über Konfliktmanagement bis hin zu Fallen in der Beratung. Ein Standardwerk seit vielen Jahren sowie hilfreiches Praxis- und Arbeitsbuch. (cb)

MANFRED GELLERT, CLAUDIUS NOWAK: Teamarbeit – Teamentwicklung – Teamberatung. Ein Praxisbuch für die Arbeit in und mit Teams. 5. unveränderte Auflage. Limmer Verlag, Meezen, 2014, 448 Seiten, ISBN 3-928922-13-0, 36,00 Euro

Handbuch Sozialversicherungswissenschaft

Das Handbuch gibt einen Gesamtüberblick über den Gestaltungsraum Sozialversicherung. Dabei ist es mehrdimensional und interdisziplinär angelegt. In 71 Beiträgen von 86 Autorinnen und Autoren geht es um die Entstehungsgeschichte der Sozialversicherung, um ihre Handlungsfelder, um die Beziehungen der Sozialversicherung zu ihren Stakeholdern und zu Organisationsaspekten wie dem Datenschutz. Den Abschluss bildet ein Kapitel zum internationalen Kontext. Das Handbuch ist dabei übersichtlich gegliedert. Die Handbuchbeiträge geben einen sehr guten Ein- und Überblick über das ganze Themengebiet. Moderne Diskurse wie zur Teilhabedimension, zu Diversity Management, E-Government oder zum Kommunikationsinstrument Social Media steigern noch einmal den Neuigkeitswert des Handbuches. Leider hat das neue Präventionsgesetz nicht mehr Eingang in die Artikel gefunden. Da dort Settingansätze Kita, Schule, Studieren, also Hochschule, Betrieb und Pflege explizit benannt werden, hätte dies viele Implikationen für dieses Handbuch. Ein Grund mehr, es zu aktualisieren und fortzuschreiben, was die Herausgeberinnen und Herausgeber in der Einleitung schon als Plan formulieren. (us)

LAURENZ MÜLHEIMS, KARIN HUMMEL, SUSANNE PETERS-LANGE, EDWIN TOEPLER, IRIS SCHUHMAN (HRSG.): Handbuch Sozialversicherungswissenschaft. Springer Fachmedien, Wiesbaden, 2015, ISBN 978-3-658-08840-8, 1174 Seiten, 69,99 Euro

Psychische Belastungen am Arbeitsplatz erkennen

Im Rahmen des Projektes »Gesund im Beruf« haben Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Innovations-Inkubators der Universität Lüneburg einen Fragebogen zur Identifikation von psychischen Belastungen entwickelt. Das Buch gibt einen umfangreichen Einblick in die Praxis dieser statistischen Fragebogenkonstruktion. In verständlicher Weise wird unter anderem beschrieben, wie der Fragebogen konzipiert wurde, auf welchen wissenschaftlichen Theorien er beruht, wie die Stichprobe durchgeführt wurde und wie die zu befragenden Beschäftigten vorab informiert wurden. Das Buch richtet sich vordergründig an Personen aus dem Bereich von Wissenschaft und Forschung. (mc)

KAI-MICHAEL KLEINLERCHER, SEBASTIAN FISCHER, BRITA MÜLLER-KANNEBERG, WULF RÖSSLER: Psychische Belastungen am Arbeitsplatz erkennen. UBalance – Fragebogen für Mitarbeiter. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2015, 74 Seiten, ISBN 978-3-17-030079-8, 19,99 Euro

Privatisierung im Gesundheitswesen – Chance oder Risiko?

Dieser erste Band der Reihe »Gesundheit im Fokus« thematisiert die Herausforderung, die durch die zunehmende Spezialisierung in der Medizin und die Grenzen zwischen einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens an das Gesundheitssystem gestellt werden. Eine Privatisierung im Gesundheitswesen kann Verbesserungen hervorbringen. Ebenso birgt eine Privatisierung Risiken. Der Herausgeberband beschäftigt sich daher mit den Fragen, ob eine Innovation durch eine Privatisierung stattfindet, ökonomisch nicht attraktive Aufgaben und Patientinnen und Patienten durch eine Privatisierung vernachlässigt werden und ob eine Privatisierung in erster Linie durch die Verteilung von Mitteln angetrieben wird. (ao)

WULF RÖSSLER, HOLM KELLER, JÖRN MOOCK (HRSG.): Privatisierung im Gesundheitswesen – Chance oder Risiko? Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2015, 177 Seiten, ISBN 987-3-17-024850-2, 29,99 Euro

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Im Rahmen einer Veranstaltungsreihe der Leuphana Universität Lüneburg referierten und diskutierten Expertinnen und Experten sowie Praktikerinnen und Praktiker zu der Frage »Betriebliches Gesundheitsmanagement – Muss das sein?« Der daraus resultierende Konferenzband beinhaltet Beiträge und Diskussionsstränge, die sich vordergründig mit den Themen Burnout, dem Ansatz des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und dessen Wirkung zur Steigerung der Arbeitgeberattraktivität auseinandersetzen. Dabei ging es unter anderem auch um die Frage, ob es sich bei Burnout um die neue Berufskrankheit handelt und wer für die Folgekosten verantwortlich ist. (mc)

WULF RÖSSLER, HOLM KELLER, JÖRN MOOCK (HRSG.): Betriebliches Gesundheitsmanagement – Herausforderung und Chance. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2015, 128 Seiten, ISBN 978-3-17-024818-2, 29,99 Euro

Pflegeheime am Pranger – Wie schaffen wir eine bessere Altenhilfe?

Die stationäre Altenpflege genießt in der öffentlichen Wahrnehmung einen zwiespältigen Ruf: Mit Blick auf den wachsenden Anteil alter und hochaltriger Menschen erscheint dieses Versorgungssegment unverzichtbar, gleichzeitig werden aber immer wieder Berichte über Missstände publik. Michael Graber-Dünow, seines Zeichens selbst Heimleiter, widmet sich in seinem Buch der Fragestellung, wie es um die stationäre Pflege in Deutschland bestellt ist. Hierzu richtet er seinen Blick zunächst auf zentrale Problembereiche im Heimalltag, zum Beispiel die Schwierigkeit, die Privatsphäre der Bewohnerinnen und Bewohner zu wahren oder auch die angespannte Personalsituation. Im Anschluss skizziert er hierfür relevante Rahmenbedingungen. Hierzu zählen Probleme der Personalbemessung, die Überregulierung der Heime und die Ausgestaltung der Pflegeversicherung. (mp)

MICHAEL GRABER-DÜNOW: Pflegeheime am Pranger. Wie schaffen wir eine bessere Altenhilfe? Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2015, 172 Seiten, ISBN 978-3-86321-179-0, 16,95 Euro

Versorgungsforschung: Einsichten, Beispiele und Akteure

Zahlreiche Wegbegleitende und Mitstreitende von Gerd Glaeske, einem Experten der Versorgungsforschung, äußern sich anlässlich seines 70. Geburtstages und seines Ausscheidens aus dem universitären Betrieb unter anderem über Themen wie Herausforderungen und Bedingungen der Versorgungsforschung, Vorstellungen und Erwartungen der Akteure im Gesundheitswesen sowie dem Einsatz der Behandlungsanalyse, Position der pharmazeutischen Industrie in Deutschland u.v.m. Das Buch richtet sich an Fachkräfte, die in Heilberufen und der Versorgungsforschung tätig sind und die sich zu neuen Lösungs- und Umsetzungsstrategien für eine qualitätsgesicherte patientenorientierte Versorgung inspirieren lassen wollen. (sb)

FREDRIKE HÖVEL (HRSG.): Versorgungsforschung: Einsichten, Beispiele und Akteure. Schattauer GmbH, Stuttgart, 2015, 161 Seiten, ISBN 978-3-7945-3146-2, 19,99 Euro

Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung

Demografische Entwicklungen sowie veränderte Lebensbedingungen tragen dazu bei, dass chronische Erkrankungen in der Bevölkerung immer weiter zunehmen. Vorbeugende Strategien und krankheitsbegleitende Förderstrategien rücken daher vermehrt in den Fokus der Öffentlichkeit. Die Autoren geben in den ersten beiden Kapiteln einen Überblick über die Grundlagen von Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Entwicklung lebenslaufbezogener Konzepte. In weiteren Kapiteln folgt die Vorstellung von Präventionsansätzen bei epidemiologisch relevanten Störungen und Krankheiten sowie Präventionsmaßnahmen bei psychosomatischen und psychischen Erkrankungen. Zielgruppenspezifische Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen werden näher beleuchtet. Die gesundheitspolitische Umsetzung wird in einem abschließendem Kapitel diskutiert. (er)

KLAUS HURRELMANN, THEODOR KLOTZ, JOCHEN HAISCH (HRSG.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Hans Huber, Bern, 2014, 470 Seiten, ISBN 978-3-456-85319-2, 39,95 Euro



Versorgungs-Report 2015/2016 Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche

Durch den Report wird die Reihe des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) um die Perspektive der versicherten Patientenversorgung erweitert. Dabei werden sektorenübergreifend Behandlungen von Niedergelassenen, in Krankenhäusern und von Therapeutinnen und Therapeuten analysiert. Der Gesundheitszustand der Heranwachsenden wird umfassend dargestellt, typische Krankheitsbilder sowie deren Behandlung aufgegriffen und mit vielen Tabellen anschaulich gestaltet. Außerdem wird die Verbreitung und Evidenz von bestehenden Programmen in der Prävention und Gesundheitsförderung beschrieben. Der zweite Teil des Reports »Krankheits- und Behandlungs-Monitoring« analysiert die Versorgung am Beispiel von depressiven Erkrankungen und Prostataveränderungen. Perspektivisch entstehen an dieser Stelle Basisdaten als Grundlage für weitere Erhebungen, damit Trends deutlich gemacht werden können. Der abschließende Teil »Daten und Analysen« beschreibt detailliert die Versorgung von AOK-Versicherten anhand häufiger Krankheitsbilder. Weiterführende Tabellen und Ergänzungen liefert ein Online-Zugang. (lo)

JÜRGEN KLAUBER, CHRISTIAN GÜNSTER, BETTINA GERSTE, BERNT-PETER ROBRA, NORBERT SCHMACKE (HRSG.): Versorgungs-Report 2015/2016 – Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche. Schattauer GmbH, Stuttgart, 2016, 471 Seiten, ISBN 978-3-7945-3144-8, 54,99 Euro

Familiensensibles Entlassungsmanagement

Das Buch zeigt anlässlich des zehnjährigen Bestehens des Modellprojektes »Familiale Pflege« der AOK Rheinland/Hamburg, der AOK NordWest und der Universität Bielefeld auf, wie der System-Lebenswelt-Wechsel einer Patientin oder eines Patienten von einer Institution nach Hause oder in ein Heim als neues zu Hause und der damit verbundenen familialen Pflege gelingen kann. Im Rahmen des Projektes wird Entlassungsmanagement weiter gedacht, die Familie mit den heterogenen Ausgangsvoraussetzungen wird als Pflegeinstitution einbezogen. Die Festschrift analysiert in vier Teilen kritisch die Entwicklungen innerhalb der Pflege sowie der Generations- und Geschlechterbeziehungen in der Familie. Dabei wird die Diagnose Demenz und der Umgang damit im Kontext des familiensensiblen Entlassungsmanagements beleuchtet, ebenso wie besondere Herausforderungen einer kultursensiblen Pflege. Das Buch weist darauf hin, was es für ein gelingendes familiensensibles Entlassungsmanagement braucht und welche weiteren Ressourcen genutzt werden können. (br)

KATHARINA GRÖNING, BRUNHILD SANDER, RUTH VON KAMEN (HRSG.): Familiensensibles Entlassungsmanagement. Festschrift zu zehn Jahren Modellprojekt »Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG«. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2015, 350 Seiten, ISBN 978-3-86321-233-9, 39,90, Euro

Agenda Gute Arbeit: geschlechtergerecht!

Frauen und Männer stehen in der Arbeitswelt vor unterschiedlichen Herausforderungen. Verschiedenartige Bedürfnisse, Verhaltensweisen und Rollen beider Geschlechter müssen bei der Gestaltung von Guter Arbeit einbezogen werden. Der vorliegende Sammelband umfasst Artikel von verschiedenen Autorinnen und Autoren aus Wissenschaft und Praxis. Das Buch unterteilt sich in drei Kapitel. Zu Beginn wird ein Blick auf unterschiedliche Genderperspektiven im Arbeits- und Gesundheitsschutz geworfen. Dann folgen konkrete Konzepte und Beispiele für die betriebliche Praxis. Zum Beispiel wird anhand einiger Betriebsfallstudien gezeigt, wie Männlichkeitspraxen zu einer erhöhten Arbeitszufriedenheit beitragen können. Das dritte Kapitel stellt Perspektiven einer

»Agenda für geschlechtergerechte Gute Arbeit« dar. Schützt der Arbeitsschutz Frauen und Männer gleichermaßen? Was kann von politischer Seite für den geschlechtersensiblen Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz getan werden? Muss der Mutterschutz geschlechtergerecht neu gedacht und umgesetzt werden? Das Buch richtet sich an alle in Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung Tätigen sowie an Betriebs- und Personalräte und an alle Interessierten. (ah)

MARIANNE WEG, BRIGITTE STOLZ-WILLIG (HRSG.): Agenda Gute Arbeit: geschlechtergerecht! Verlag Hamburg, 2014, 270 Seiten, ISBN 978-3-89965-632-9, 16,80 Euro

Lernen und Lehren mit Hirn – Ergebnisse der Hirnforschung für den Schulalltag nutzen

Die aus der schulischen, psychologischen, pädagogischen und beratenden Arbeit stammenden Autoren beschäftigen sich als Erste mit dem Transfer neurologischer und psychologischer Erkenntnisse zu den Voraussetzungen von Lernen in die Praxis des Unterrichts oder der Beratung. In dem ersten Teil des Buches werden Studien zur Unterrichtserforschung, zum Beispiel die Fähigkeit der Selbstreflexion von Lehrern und Lehrerinnen in Bezug auf die Motivation der Schüler und Schülerinnen, zusammengestellt. Der systemische Bezug, die Analyse und gegebenenfalls die Dekonstruktion von Lebenswirklichkeiten zur Problemlösung werden in dem zweiten Teil aufgeführt. Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit neuropsychologischen Zusammenhängen von Lernbereitschaft, Motivation, Transmitterausschüttung sowie Emotionen und leitet daraus optimale Lernbedingungen und Ansätze zur mentalen Problemlösung ab. Als Abschluss werden Umstände analysiert, warum die Ergebnisse der Hirnforschung zum Teil nur erschwert transferiert werden können und welche hemmenden Faktoren es gibt. Die Themen werden sehr anschaulich beschrieben und mit praxisnahen Beispielen versehen. (lo)

CHRISTA HUBRIG, BIRGIT HALLERBACH, THOMAS WOSNITZA, RALF HERZENSBERGER: Lernen und Lehren mit Hirn. Ergebnisse der Hirnforschung für den Schulalltag nutzen. Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg, 2015, 253 Seiten, ISBN 978-3-8497-0071-3, 29,95 Euro

Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat Interdisziplinäre Zugänge

In dem Band wird die Frage nach der Abgrenzung staatlicher Fürsorgeverpflichtungen und individueller Eigenverantwortungen in einem immer stärker marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen aus interdisziplinären Perspektiven beleuchtet. Der erste Teil des Buches setzt sich mit den Grundlagen auseinander. Nach einer Analyse, was unter Gesundheit verstanden wird, erfolgt in verschiedenen Beiträgen eine Auseinandersetzung damit, wie das Staatsverständnis und das Gesundheitswesen zusammenhängen. Im zweiten Teil wird die Gesundheitsversorgung zwischen Markt und Staat aus den unterschiedlichen Perspektiven analysiert. Neben verfassungsrechtlichen Aufgaben und Befugnissen des Staats werden Marktmechanismen im Gesundheitssektor untersucht bis hin zu Ansätzen solidarischer Prinzipien und Verteilungsgerechtigkeiten. (br)

A. KATARINA WEILERT (HRSG.): Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat. Interdisziplinäre Zugänge. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2015, 449 Seiten, ISBN 978-3-8487-1292-2, 84,00 Euro

Wahnsinnig jung

Junge Erwachsene im Alter zwischen 18 und 25 Jahren sind vielfältigen Entwicklungsaufgaben auf der Suche nach ihrer Identität, beruflich wie auch privat, ausgesetzt. Das vorliegende Buch richtet sich an Fachkräfte, die mit psychiatrisch Erkrankten dieser Altersgruppe arbeiten. Der Autor betrachtet auf Basis der systemischen Therapie mit vielen Praxisbeispielen angereichert das Case- und Care Management, Phänomene und Krankheitsbilder sowie Behandlungsansätze. Eingangs wird auf die besondere Situation junger Erwachsener und die Aufgabe der Psychiatrie in diesem Kontext eingegangen. Zusätzlich werden zu dem Buch umfangreiche Übungs- und Arbeitsmaterialien als Download zur Verfügung gestellt, die in Beratungssituationen eingesetzt werden können. (se)

WILFRIED HUCK: Wahnsinnig jung – Junge Erwachsene zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Psychiatrie Verlag, Köln, 2015, 222 Seiten, ISBN 978-3-86739-627-9, 29,95 Euro



Das gesunde Chaos. Status und Entwicklungen der Jugenddelinquenzprävention

Die Publikation, entstanden aus der Dissertation der Autorin, beleuchtet die Frage der Funktion von Jugendkriminalprävention aus verschiedenen Perspektiven. Neben klassischer und aktueller Literatur werden Interviews mit Spezialistinnen und Spezialisten der Jugendkriminalprävention herangezogen, um ein möglichst differenziertes Bild zu skizzieren. Die Autorin nimmt eine Unterteilung in drei Blöcke vor: Im ersten Teil der Publikation wird eine (kriminal-)soziologische und kriminologische Bestandsaufnahme zu Prävention im Allgemeinen und im Zusammenhang mit Jugenddelinquenz im Besonderen vorgenommen. Angereichert wird dieser Teil mit Erfahrungen aus den Interviews. Im zweiten Teil setzt sich die Autorin kritisch mit dem Begriff Experte und Experteninterviews auseinander. Im dritten Teil erfolgt eine systemtheoretische Analyse der neun Interviews. Die Autorin identifiziert den Faktor Zeit als Dreh- und Angelpunkt für erfolgreiche Jugendkriminalprävention. Allerdings sollte dieser Faktor vor dem Hintergrund der Komplexität der Einflussfaktoren auf delinquentes Verhalten sowie den unterschiedlichen Strukturen der Organisationen, in den Expertinnen und Experten arbeiten, als ein Ansatz für neue Forschungstätigkeiten gesehen werden. (br)

SIMONE REICHLÉ: Das gesunde Chaos. Status und Entwicklungen der Jugenddelinquenzprävention, 1. Auflage, Band 2 der Schriftenreihe »Kriminalsoziologie«. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2015, 307 Seiten, ISBN 978-3-8487-2227-3, 59,00 Euro

Integriertes Gesundheitsmanagement – Konzept und Handlungshilfen für die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen

Gesundheitsmanagement gehört schon heute zu einem wichtigen Baustein moderner Personalpolitik und Unternehmensentwicklung. Die deutsche Gesellschaft für Personalführung e. V. stellt in ihrem Buch Elemente, Strategien und Ziele des ganzheitlichen integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagements vor, das insbesondere Gesundheit und das Kriterium Gesundheitsförderlichkeit in der Strategie, der Kultur, den Strukturen und Prozessen des Unternehmens verankert. Es werden Standards für die Einführung und Weiterentwicklung eines integrierten Gesundheitsmanagements definiert. Durch Beispiele verschiedener Unternehmen liefert es Anregungen für die Praxis und dient als Handlungshilfe für Unternehmen. (cb)

DGFP E.V. (HRSG.): Integriertes Gesundheitsmanagement. Konzept und Handlungshilfen für die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen. W. Bertelsmann Verlag GmbH und Co. KG, Bielefeld, 2014, 171 Seiten, ISBN 978-3-7639-5376-9, 29,90 Euro

Die gierige Gesellschaft. Aufforderung zum Umdenken

Der Autor warnt in seinem Buch vor bereits schwelenden und in Zukunft kaum vermeidbaren Ängsten und Unsicherheiten im Zusammenhang mit der Konsumgesellschaft der heutigen Zeit. Er weist auf soziale, politische und finanzielle Disparitäten hin, welche zurzeit noch verleugnet oder schlichtweg ignoriert würden. Im ersten Teil führt er Beispiele der Gier mit politischen, sozialen und wirtschaftlichen Bezügen an. Teil zwei liefert die Begriffsbedeutung und beschreibt Formen der Gier in verschiedenen Kontexten und deren Auswirkungen auf das gesellschaftliche Miteinander sowie das Gefühlsleben des Einzelnen. Des Weiteren werden konkretisierte Wege in den verschiedenen Bereichen aufgezeigt, wie diesen Entwicklungen als Gesellschaft und als Einzelperson entgegengewirkt werden kann. (lo)

THOMAS BERGNER: Die gierige Gesellschaft. Aufforderung zum Umdenken (Wissen & Leben). Schattauer GmbH, Stuttgart, 2016, 334 Seiten, ISBN 978-3-7945-3152-3, 24,99 Euro

Im Dienste öffentlicher Güter

Der öffentliche Sektor war in den letzten Jahren vielen Veränderungen unterworfen. Besonders wird im Gesundheitswesen, bei der Post sowie der kommunalen Verwaltung der Wandel hin zu teils prekären Beschäftigungsverhältnissen beklagt. Der vorliegende Herausgeberband analysiert den öffentlichen Sektor in den Ländern Deutschland, Österreich und Schweiz in den oben genannten Bereichen. Aus Sicht der Beschäftigten werden die Herausforderungen, entstanden durch Ökonomisierung und Privatisierung sowie die daraus resultierenden Veränderungen, dargestellt. Der besondere Fokus für die kommunale Verwaltung liegt bei der Nachwuchsgewinnung und Wahrnehmung als attraktiver Arbeitgeber. Der Schwerpunkt der Betrachtung bei der Post liegt in allen drei Ländern bei den Veränderungen ausgelöst durch Privatisierung. (se)

JÖRG FLECKER, FRANZ SCHULTHEIS, BERTHOLD VOGEL (HRSG.): Im Dienste öffentlicher Güter. Verlag edition sigma, Berlin, 2014, 370 Seiten, ISBN 978-3-8360-6707-2, 25,90 Euro

Inklusive Gesellschaft – Teilhabe in Deutschland

Das Buch stellt Ergebnisse und theoretische Grundlagen zum gleichnamigen Projekt vor, für welches die Arbeiterwohlfahrt (AWO) und das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. eine Kooperation eingegangen sind. Zur Erhebung des aktuellen Standes von funktionierender Inklusion und auch deren Hemmnissen wurden von 2012 bis 2014 verschiedene Teilprojekte durchgeführt. Ziel ist es, genaue Ist-Analysen der Inklusion in verschiedenen Lebensphasen – von der frühen Kindheit bis ins Rentenalter – zu liefern und daraus Handlungsempfehlungen für die Politik und die Praxis der Sozialarbeit zu generieren. In dem Band wird ein guter Überblick über Inklusion in den spezifischen Lebensphasen gegeben. (lo)

AWO ARBEITERWOHLFAHRT BUNDESVERBAND E.V. (HRSG.): Inklusive Gesellschaft – Teilhabe in Deutschland. Reihe Wirtschafts- und Sozialpolitik, Band 15. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2015, 227 Seiten, ISBN 978-3-8487-1950-1, 44,00 Euro

Termine LVG & AFS

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



Veranstaltungsreihe Argumente für Gesundheit 2016: Wohin führt uns der Fortschritt? Gesundheitsrelevante Richtungsentscheidungen im Spannungsverhältnis von Humanität und Effizienz

04. April, 23. Mai, 30. Mai und 23. Juni 2016, Hannover

Der medizinisch-technische Fortschritt führt nicht nur zu mehr Medikamenten, Operationen und anderen Therapieformen, er trägt auch zur steigenden Lebenserwartung der Menschen bei. Doch ist jede medizinische Innovation für die erkrankten Menschen auch tatsächlich nützlich? Gilt für den Fortschritt in einer Gesellschaft, dass »immer mehr« auch gleich »immer besser« ist? Diese und weitere Fragen werden im Rahmen der Veranstaltungsreihe aus unterschiedlichen Perspektiven anhand ausgewählter Themen kritisch diskutiert.

Erfolgsfaktoren und Öffentlichkeit in der kommunalen Alkoholprävention

13. April 2016, Hannover

Erfolge können in der kommunalen Alkoholprävention sehr unterschiedlich gesehen werden: so können beispielsweise der Aufbau eines gut funktionierenden lokalen Netzwerkes oder die Senkung von Konsumraten in der Bevölkerung als Erfolgskriterien zählen. Im Rahmen der Tagung werden Möglichkeiten und Grenzen verschiedener Erfolgskriterien vorgestellt und diskutiert. Anmelden können Sie sich beim Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie in Hannover.

Kindergesundheit weiter gedacht – Schmerztherapie

13. April 2016, Hannover

Von chronischen Schmerzen betroffene Kinder und Jugendliche werden im Schnitt bis zu 28 Ärztinnen und Ärzten vorgestellt, bis sie zur geeigneten Schmerztherapeutin beziehungsweise zum geeigneten Schmerztherapeuten gelangen. Gründe hierfür sind unter anderem in der Komplexität der verschiedenen Erkrankungen, in der sektoralen Gliederung des Systems und in einer fehlenden Vernetzung über die Grenzen der Fachdisziplinen und Berufsgruppen hinaus zu finden. Zusammen mit Expertinnen und Experten sollen auf der Veranstaltung diese Problematiken und mögliche Lösungswege diskutiert werden.

Alterszahnmedizin und ambulante Altenpflege

15. April 2016, Hannover

Ein Großteil der älteren Menschen wird im häuslichen Umfeld durch pflegende Angehörige und ambulante Pflegedienste betreut und versorgt. Hier gilt es, eine zahnmedizinische Behandlung sicherzustellen. Pflegefachkräfte und pflegende Angehörige benötigen hierfür Kenntnisse über Mundgesundheit und Zahnmedizinerinnen und -mediziner Informationen über Pflege sowie den Alterungsprozess. Diese und weitere Kenntnisse werden in Vorträgen und praktischen Workshops vermittelt.

2. Frauengesundheitskonferenz

»Im Fokus: Psychische Gesundheit von Frauen«

19. April 2016, Köln

Gesellschaftlicher Wandel, steigende persönliche und gesellschaftliche Anspruchshaltungen sowie zunehmend komplexere Rollenbilder einer als »modern« geltenden Frau, können immer häufiger zu (Stress-) Belastungen und in der Folge auch zu psychischen Erkrankungen führen. Im Mittelpunkt der 2. Bundeskonferenz Frauengesundheit steht daher die psychische Gesundheit von Frauen in der Lebenslaufperspektive.

Segel setzen 2016

»Armut behindert Teilhabe – Was können wir dagegen tun?«

21.–22. April 2016, Hannover

Seit Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention im Jahre 2009 bekommt der Anspruch der von Behinderung betroffenen Menschen auf Gleichstellung und Teilhabe mehr Aufmerksamkeit. Die Tagung beleuchtet die Situation chronisch psychisch erkrankter und seelisch behinderter Menschen. Ihre Teilhabe wird häufig durch Armut behindert, und im Lichte eines erweiterten Armutsbegriffs bedeutet das nicht nur Geldmangel, sondern auch Arbeitslosigkeit, Vereinsamung und Ohnmacht. Die inzwischen vierte bundesweite Fachtagung bietet die Gelegenheit, mit Kolleginnen und Kollegen aus verschiedenen Berufsgruppen und Bundesländern Erfahrungen auszutauschen.

Tüchtig und / oder Süchtig?

EinBLICK für Sucht und Suchtprävention in Betrieben

27. April 2016, Hannover

Für die heutige Arbeitswelt, die stärker um die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten bemüht ist, bleibt auch die betriebliche Suchtprävention ein aktuelles und bedeutendes Thema. Nicht selten versuchen Beschäftigte die steigende Arbeitsverdichtung, Stress, Ängste und Sorgen mit riskantem Konsum von Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten zu bewältigen. Die Tagung lädt dazu ein, ihren Blick für Sucht und Suchtprävention im Betrieb zu weiten, über Fragen und Denkanstöße einer zeitgemäßen Suchtprävention zu diskutieren und neue Impulse für die eigene Praxis mitzunehmen.

Alle(s) auf einmal – Herausforderungen für Pflegekräfte in der stationären Krankenhausversorgung

28. April 2016, Hannover

Die Arbeitssituation von Gesundheits- und Krankenpflegekräften in der stationären Akutversorgung ist von ganz besonderen Herausforderungen gekennzeichnet. Neben kurzen Patientenkontakten, großer Verantwortung und einer starken Arbeitsverdichtung, sind Krankheitsbilder, die mit kognitiven Einschränkungen verbunden sind, immer häufiger vertreten. Aufzuzeigen, wie es gelingen kann, dieses Patientenkontext in den Krankenhausalltag zu integrieren, um zusätzliche Belastungen und Stressfaktoren für alle Beteiligten zu reduzieren, ist Ziel der Veranstaltung.

Selbstbestimmt bei Pflegebedürftigkeit – Wie kann das gelingen?

26. Mai 2016, Hannover

Pflegebedürftigkeit bedeutet für viele ein Leben in Abhängigkeit. Trotz Pflegebedürftigkeit möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben zu führen, scheint häufig undenkbar zu sein. Doch eine Pflegebedürftigkeit schließt Selbstbestimmtheit nicht aus. Die Veranstaltung führt Betroffene und Profis aus den Bereichen Pflege und Selbsthilfe zusammen und zeigt auf, was beide Bereiche voneinander lernen und wie sie miteinander die Lebensqualität von Pflegebedürftigen verbessern können.

Geflüchtete Mädchen und Frauen – Gesundheit, Versorgung, Perspektiven / 29. Fachtagung des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

31. Mai 2016, Oldenburg

30 Prozent der Geflüchteten, die in Deutschland Schutz suchen, sind Frauen und Mädchen. Wie geht es ihnen gesundheitlich? Welche Unterstützung brauchen sie? Wie lässt sich ihre psychische Gesundheit stärken? Diese Fragen werden auf der Tagung diskutiert. Außerdem soll der Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen reflektiert werden. Sind wir uns unserer Vorbehalte und Stereotype bewusst? Die Veranstaltung erfolgt in Kooperation mit dem Gleichstellungsbüro Oldenburg und dem Frauen- und MädchenGesundheitszentrum (FMGZ) Region Hannover e. V..

6. Fachtagung Tischlein deck dich. »Alle an einem Tisch. Der Umgang mit individuellem Essen in Kita und Co.«

02. Juni 2015, Oldenburg

Der Essalltag in der Kita nimmt einen immer größeren Raum ein und verlangt den Erzieherinnen und Erziehern einen sicheren Umgang mit besonderen Esssituationen ab. Am Beispiel von Nahrungsmittelunverträglichkeiten wird deutlich: Pädagogische Fachkräfte müssen die Balance zwischen der optimalen Versorgung betroffener Kinder mit einem angepassten Nahrungsmittelangebot und der gleichzeitigen Vermeidung von Ausgrenzung dieser Kinder finden. Doch was genau können und müssen Kitas leisten? Welche Handlungsempfehlungen für die Praxis sind hilfreich? Diese und ähnliche Fragen stehen im Mittelpunkt der Tagung und sollen durch Diskussion und gemeinsamen Austausch zu praktikablen Lösungen führen.

VORSCHAU

Suizide und deren Prävention: Alter, Geschlecht, Herkunft – Unterschiede machen Unterschiede

31. August 2016, Hannover

Autismus und medizinische Versorgung – (k)ein Problem?!

3. September 2016, Hannover

Robert-Koch Tagung

8.–9. September 2016, Lüneburg

Jahrestagung LVG & AFS: Das Präventionsgesetz in seiner Umsetzung

14. September 2016, Hannover

8. Netzwerktreffen Nord – Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste

14. September 2016, Bremen

Polymedikation

17. September 2016, Hannover

Netzwerk Kita und Gesundheit

19. September 2016, Hannover

Landesweite Fachtagung der Gesundheitsregionen Niedersachsen

21. September 2016, Hannover

Arbeit und Gesundheit in der niedersächsischen Landesverwaltung

3. Gesundheitskongress

22. September 2016, Hannover

Niedersachsen Forum »Alter und Zukunft«

28. September 2016, Wilhelmshaven



CAREALISIEREN

CAREalieren 1. Halbjahr 2016

Das CAREalieren Fortbildungsprogramm möchte mit aktuellen Themen Führungskräfte und Beschäftigte in der Pflege und Betreuung bei Veränderungsprozessen unterstützen und begleiten. Es werden Fortbildungen angeboten, die sich mit den neuen Regelungen auseinandersetzen aber auch bekannte Themen behandeln und hier neue Perspektiven aufzeigen. Der Aufbau von Versorgungsstrukturen wird ebenso thematisiert wie Kompetenzen, die im tagtäglichen Umgang mit ihren Bewohnerinnen und Bewohnern, Gästen, Besucherinnen und Besuchern oder Klientinnen und Klienten benötigt werden. Ein Großteil der Fortbildungen erfüllt hierbei die Anforderungen an die Fortbildungen für Betreuungskräfte nach §87b SGB XI.

Themen im 1. Halbjahr 2016

Alle zusammen, statt jeder für sich – Führung in buntgemischten Teams

05. April 2016, Hannover

Das neue Begutachtungsassessment (NBA) – Der sichere Weg zum richtigen Pflegegrad!

18. April 2016, Hannover

Von Anfang an dabei! Der Expertenstandard »Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege«

20. April 2016, Hannover

»Wenn ich glaube es geht nicht mehr« Gewaltprävention in der Pflege

21. April 2016, Hannover

»Gegner oder Kooperationspartner?«

Umgang mit Angehörigen

19. Mai 2016, Hannover

Demenz bewegt! Bewegungsförderung und Erhalt der Mobilität bei Demenz

02. Juni 2016, Hannover

NIEDERSACHSEN

13.04.2016 » Frühjahrsfachtagung 2016:

Vegetarismus und Veganismus, Hannover, Institut für Ernährungspsychologie Göttingen, Tel.: (05 51) 3 92 27 42,

E-Mail: sekretariat.ernaehrung@med.uni-goettingen.de, Internet: www.ernaehrungspsychologie.org

06.–08.05.2016 » 3. DachS-Symposium

»Gesundheit zwischen den Menschen«, Göttingen, Kontakt: Dachverband Salutogenese e. V., Tel.: (0 53 82) 9 55 47 30,

E-Mail: info@salutogenese-dachverband.de, Internet: www.dachverband-salutogenese.de

24.–25.05.2016 » Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin –

Jahrestagung 2016, Osnabrück, Kontakt: Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Prävention e. V., Tel.: (07 61) 27 08 23 60,

E-Mail: info@ghup.de, Internet: www.ghup.de

09.+10.06.2016 » Kinderschutz im interkulturellen Kontext, Oldenburg & Hannover, Kontakt: Kinderschutz-Zentrum in Hannover, Tel.: (05 11) 3 74 34 78,

E-Mail: kattenbusch@ksz-hannover.de, Internet: www.ksz-hannover.de

01.06.2016 » Partizipative Qualitätsentwicklung – ein Ansatz in Gesundheitsförderung und Prävention, Düsseldorf, Kontakt: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Tel.: (05 21) 80 07 31 29,

E-Mail: veranstaltungsmanagement@lzg.nrw.de, Internet: www.lzg.nrw.de

BUNDESWEIT

13.–15.04.2016 » 4. Caritas Kongress:

DemografieFest, Berlin, Kontakt: Deutscher Caritasverband e. V., Tel.: (07 61) 20 00,

E-Mail: info@caritas.de, Internet: www.caritaskongress.de

14.04.2016 » Healthy Campus –

Hochschule der Zukunft?, Bonn, Kontakt: Hochschulsport Universität Bonn

E-Mail: info@healthy-campus.de, Internet: www.healthy-campus.de

20.–21.04.2016 » Prävention und Gesundheitsförderung in Schulen – Vielfalt gestalten und

Gesundheit erhalten, Dresden, Kontakt: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V., Tel.: (0 30) 2 88 76 38 00,

E-Mail: info@dguv.de, Internet: www.dguv.de

23.04.2016 » 28. Deutscher Psychotherapeutentag, Berlin, Kontakt: Bundespsychotherapeutenkammer, Tel.: (0 30) 2 78 78 50,

E-Mail: info@bptk.de, Internet: www.bptk.de

28.–30.04.2016 » 66. Wissenschaftlicher Kongress »Öffentliche Gesundheit im Spiegel

der Zeit«, Reutlingen, Kontakt: Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V., Tel.: (02 11) 3 10 96 20,

E-Mail: sabine.treiber@mcon-mannheim.de, Internet: www.bvoegd.de

02.–04.05.2016 » XIV. Hebammenkongress

»HebammenWissen – Stärken für die Zukunft«, Hamburg, Kontakt: Deutscher Hebammen Verband, Tel.: (07 21) 98 18 90,

E-Mail: info@hebammenverband.de, Internet: www.hebammenverband.de

06.–08.05.2016 » 61. Ergotherapie-Kongress,

Würzburg, Kontakt: Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V., Tel.: (0 72 48) 9 18 10,

E-Mail: info@dve.info, Internet: www.dve.info

23.05.2016 » Kommunale Suchthilfeplanung,

Bielefeld, Kontakt: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Tel.: (02 11) 3 10 96 10,

E-Mail: info@akademie-oegw.de, Internet: www.akademie-oegw.de

01.06.2016 » Partizipative Qualitätsentwicklung – ein Ansatz in Gesundheitsförderung und

Prävention, Düsseldorf, Kontakt: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Tel.: (05 21) 80 07 31 29,

E-Mail: veranstaltungsmanagement@lzg.nrw.de, Internet: www.lzg.nrw.de

06.–07.06.2016 » Prävention und Freiheit. Zur Notwendigkeit eines Ethik-Diskurses,

Magdeburg, Kontakt: Deutscher Präventionstag gGmbH, Tel.: (05 11) 2 35 49 49,

Internet: www.praeventionstag.de

09.–10.06.2016 » 2. Forum Betriebliches Eingliederungsmanagement, Berlin, Kontakt: IAF Institut für Arbeitsfähigkeit GmbH, Tel.: (0 61 31) 6 03 98 40,

E-Mail: gutentag@arbeitsfaehig.com, Internet: www.arbeitsfaehig.com

09.–11.06.2016 » Ernährung 2016 – Ernährungsmedizin gemeinsam bewegen,

Dresden, Kontakt: Berufsverband Oecotrophologie e. V., Tel.: (02 28) 28 92 20,

E-Mail: vdoe@vdoe.de, Internet: www.ernaehrung2016.de

15.–16.06.2016 » 29. Heidelberger Kongress des Fachverbandes Sucht e. V. »Sucht bewegt –

Zugangswege erweitern!«, Heidelberg, Kontakt: Fachverband Sucht e. V., Tel.: (02 28) 26 15 55,

E-Mail: service@sucht.de, Internet: www.sucht.de

16.06.2016 » Inklusion und Kulturelle Bildung,

Essen, Kontakt: Bundesvereinigung Kulturelle Kinder- und Jugendbildung, Tel.: (0 21 91) 79 43 80,

E-Mail: k.witt@bkj.de, Internet: www.bkj.de

23.06.2016 » Mehr Vielfalt und Verantwortung in der Nachbarschaft, Hamburg, Kontakt: Hamburger Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-

Gemeinschaften, STATTBAU HAMBURG Stadtentwicklungsgesellschaft mbH, Tel.: (0 40) 43 29 42 23,

E-Mail: koordinationsstelle@stattbau-hamburg.de, Internet: www.stattbau-hamburg.de

30.06.–01.07.2016 » Netzwerke gestalten – Psychisch erkrankte Beschäftigte wirkungsvoll

unterstützen, Dresden, Kontakt: Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Tel.: (03 51) 4 57-19 14,

E-Mail: fachtagung.schnittstellen@dguv.de, Internet: www.dguv.de

INTERNATIONAL

13.–14.04.2016 » 25th European Stroke

Conference, Venedig (Italien), Kontakt: Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Tel.: (0 36 41) 3 11 64 00,

E-Mail: post@conventus.de, Internet: www.eurostroke.conventus.de

26.04.2016 » Young People's Mental Health in Europe: Promoting Prevention and Early Intervention Through Multi-Sector Cooperation,

Brüssel (Belgien), Kontakt: Public Policy Exchange, Tel.: (00 44) 20 31 37 86 30,

E-Mail: info@publicpolicyexchange.co.uk, Internet: www.publicpolicyexchange.co.uk

29.05.–02.06.2016 » 10th International Society of Physical and Rehabilitation Medicine World

Congress, Kuala Lumpur (Malaysia), Kontakt: Kenes International, Tel.: (00 41) 2 29 08 04 88,

E-Mail: Switzerland@kenes.com, Internet: www.isprm2016.com

07.–10.06.2016 » Global Cancer: Occurrence, causes and avenues to prevention,

Lion (Frankreich), Kontakt: INSIGHT OUTSIDE, Tel.: (00 33) 8 25 59 55 25,

E-Mail: iarc2016@inviteo.fr, Internet: www.iarc-conference2016.com

23.–25.06.2016 » EUPHA's 6th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health,

Oslo (Norwegen), Kontakt: KKS, Tel.: (00 47) 72 42 34 48,

E-Mail: post@kursogkongress.no, Internet: www.eupha-migranthealthconference.com