

AUSGABE 01 | Mai 2015

Stadtpunkte **THEMA**



Informationen zur Gesundheitsförderung



Thema

Kultursensible Gesundheits- förderung

Aus dem Inhalt

Haci-Halil Usculan
Kultursensible Gesundheitsversorgung

Holger Hanck
Umsetzung des Integrationskonzeptes für den Gesundheitsbereich

Cornelia Reher
Flüchtlingsambulanz für Kinder und Jugendliche

Liebe Leserinnen und Leser!



„Es führt kein Weg vorbei an einer interkulturellen Öffnung“: Dieses Statement von Prof. Dr. Haci-Halil Uslucan (S. 3) zu einer kultursensiblen Gesundheitsversorgung ist aktueller denn je: In Hamburg werden voraussichtlich bis Ende diesen Jahres rund 22.000 Men-

schen, die vor Krieg, Vertreibung und Armut fliehen müssen, erwartet (Hamburger Abendblatt, 27.04.2015).

Das Hamburger Integrationskonzept der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration ist bereits im Februar 2013 erschienen und beschreibt eine Reihe von Maßnahmen zum Thema Gesundheit (S. 4). Der Grundrechteausschuss der Ärztekammer Hamburg kümmert sich seit 2005 unter anderem auch um die medizinische Versorgung von Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus (S. 6). Die Kinderkommission des Deutschen Bundestages hat einige Forderungen formuliert zum Umgang mit minderjährigen unbegleiteten Flüchtlingen (S. 7). Projekte im Bereich der interkulturellen Öffnung und

kultursensiblen Gesundheitsförderung in unterschiedlichen Settings beschreiben Dieter Lünse im Beitrag „Interkultur“ (S. 8), Cornelia Reher in ihrem Bericht über die Flüchtlingsambulanz für Kinder und Jugendliche, die von der Steffi Graf-Stiftung „Children for Tomorrow“ gefördert wird (S. 9), Isabel Marin Arrizabalaga im Artikel „Interesse für Vielfalt und Unterschiede“ über die Arbeit im MiMi-Projekt. Iris Jäger von verikom – Verbund für interkulturelle Kommunikation und Bildung e. V. stellt die Frage, ob die seelische Gesundheit von Migrant_innen (k)ein Thema für die Stadt ist (S. 11). Sie sollte es sein – angesichts der Flüchtlingsschicksale, die uns Tag für Tag über die Medien erreichen.

Der Kongress des Pakts für Prävention am 10. September wird sich – der aktuellen Lage entsprechend – mit dem Thema „Kultursensible Gesundheitsförderung“ beschäftigen. Und das UKE regt an, eine „Hamburger Erklärung zur interkulturellen Öffnung der Gesundheitsversorgung“ abzustimmen. Gerne unterstützt die HAG dabei, denn uns ist wichtig, dass alle Menschen Zugang zum Gesundheitssystem haben (S. 7).

Eine interessante Lektüre wünschen
Susanne Wehowsky und Team

Inhalt

- | | | | |
|---|--|----|---|
| 2 | Editorial | 7 | Auch unbegleitete minderjährige Flüchtlinge stehen unter dem Schutz der UN-Kinderrechtskonvention
Susann Rührich |
| 3 | Thema | 8 | Interkultur Dieter Lünse |
| 3 | Kultursensible Gesundheitsversorgung
Prof. Dr. Haci-Halil Uslucan | 9 | Flüchtlingsambulanz für Kinder und Jugendliche
Dipl. Psych. Cornelia Reher |
| 5 | Umsetzung des Integrationskonzeptes für den Gesundheitsbereich Holger Hanck | 10 | Interesse für Vielfalt und Unterschiede
Isabel Marin Arrizabalaga |
| 6 | Ausschuss Grundrechte bei der Ärztekammer Hamburg
Dr. Frauke Ishorst-Witte | 11 | Seelische Gesundheit von MigrantInnen Iris Jäger |
| 7 | Interkulturelle Öffnung der Gesundheitsversorgung in Hamburg? Dr. Mike Mösko | 13 | Mediothek |
| | | 15 | Impressum |

Bestellen Sie unseren Newsletter „Stadtunkte AKTUELL“: newsletter@hag-gesundheit.de oder unter www.hag-gesundheit.de. Er informiert Sie sechs Mal im Jahr über Aktivitäten und Veranstaltungen der HAG sowie über gesundheitspolitische Themen und Termine in Hamburg und auf Bundesebene.

Kultursensible Gesundheitsversorgung

Es führt kein Weg vorbei an einer interkulturellen Öffnung

Gegenwärtig kann es sich kaum eine Gesellschaft leisten, die medizinische und psychosoziale Versorgung und Gesundheitsförderung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte zu ignorieren. Hier eine stärkere Sensibilität und konkrete Verbesserung zu erzielen ist ethisch, medizinisch und wirtschaftlich unabdingbar.

Mit rund 16 Millionen in der Bundesrepublik stellt diese Gruppe keine vernachlässigbare Population mehr dar; und auch langfristig betrachtet – insbesondere durch neue Fluchtbewegungen aus Südosteuropa und dem Nahen Osten – wird diese Zahl vermutlich eher zu- als abnehmen.

Dabei lässt sich jedoch kein einheitliches Störungsbild identifizieren; wie die Gruppe selbst, sind auch die physischen und psychischen Belastungen recht heterogen. Denn die konkrete Frage, welchen Belastungen in welcher Intensität Zuwanderer ausgeliefert sind, hängt von einer Palette unterschiedlicher Bedingungen ab: So ist beispielsweise der Grad der Freiwilligkeit für eine Migration beim erlebten Akkulturationsstress eine entscheidende Variable. Denn je unfreiwilliger und erzwungener eine Migration erfolgt, desto mehr wird Stress erlebt. Flüchtlinge als auch deren Kinder erleben einen deutlich größeren Akkulturationsstress (und Traumatisierungen) als freiwillige Zuwanderer (Garcia Coll & Magnusson, 1997). Das ist ein Aspekt, der gegenwärtig kaum genug für eine humane und angemessene Versorgung von Flüchtlingen betont werden kann. Auch hängt die Frage, wie gut die Belastungen eines Wechsels des Lebensortes bewältigt werden, davon ab, mit welchen Erwartungen und mit welcher Motivation Menschen sich zur Auswanderung entscheiden, welche Hoffnungen und Träume, aber auch Ängste an eine Auswanderung gekoppelt sind und ob es vorbereitende Maßnahmen in den Herkunftsländern gegeben hat, die kompetenzfördernd und stressmindernd wirken (Berry, 1997). Neben früheren Erfahrungen mit Ortswechseln in der Heimat ist nicht zuletzt die familiäre Situation und die damit einhergehende soziale Unterstützung für die Bewältigung des Stresserlebens ein wichtiger Faktor. So gibt es in der Literatur übereinstimmende Befunde, die zeigen, dass Personen, die mit Familien umziehen, die Situation besser bewältigen als Alleinstehende oder geschiedene Menschen.

Psychische Probleme und Nöte von Zuwanderern

In der konkreten Berufspraxis stellen vor allem psychische Probleme und Nöte von Zuwanderern die involvierten Berufsgruppen wie Ärzt_innen, Psycholog_innen, Psychotherapeut_innen und Krankenschwestern durch kulturelle Differenzen bezüglich Symptomwahrnehmung, -ausdruck und -verarbeitung vor eine besondere Herausforderung (Kielhorn, 1996). So ist in kulturvergleichenden Studien bereits seit längerer Zeit gut dokumentiert, dass sich Menschen in gesundheitlichen Aspekten unter anderem unter folgenden Hinsichten unterscheiden:

- Erfahrung von Schmerz
- Identifizierung und Bezeichnung von Krankheitssymptomen
- Kommunikation über Leiden



- Annahmen über die Ursachen der Erkrankung
 - Erwartungen gegenüber Heilern
 - Behandlungswünsche
- (McGoldrick, 1982, S. 6, zitiert in Leyer, 1995, S. 79)

Das hat gravierende Implikationen für eine angemessene gesundheitliche Versorgung. Jedoch spielen hier nicht nur kulturelle Differenzen die einzige Rolle, auch die innerkulturelle Variation und sozialstrukturell unterschiedliche Verteilungsmuster gesundheitlicher Belastungen sind hier mit zu berücksichtigen. Aus der gesundheitspsychologischen Forschung ist die höhere Krankheitsanfälligkeit sozial benachteiligter Gruppen, verursacht unter anderem durch höhere Stressbelastung, seit längerem eindrücklich belegt (Schwarzer & Lepin, 1989). Und bei Zuwanderern überlappen sich häufig beide Aspekte (kulturelle Differenzen und Zugehörigkeit zu sozial deprivierten Gruppen). So zeigen sie gegenüber der einheimischen deutschen Bevölkerung deutlich mehr Risikozustände sowie Gesundheitsbelastungen auf und sind um ein Vielfaches kritischen, stressverursachenden Lebensereignissen ausgesetzt (Collatz, 1998).

Das tip doc Gesundheitsheft für Asylbewerber_innen

Im Gesundheitsheft können alle relevanten medizinischen Informationen zusammen- und dem/der zuständigen Arzt/Ärztin zur Verfügung gestellt werden.

Es soll so die gesundheitliche Versorgung von Asylbewerber_innen erleichtern. Download: www.medi-bild.de

Darüber hinaus weisen bspw. einige Befunde auf, dass zum Beispiel türkeistämmige Zuwanderer im Vergleich zu Deutschen deutlich stärkere Depressionssymptome zeigen (Diefenbacher & Heim, 1997), häufiger auch psychosomatische

Erkrankungen haben (Lajos, 1993). Somatisierung selbst ist jedoch nicht direkt etwas Kulturspezifisches, sondern oft auch mit Alter, Geschlecht und Schichtzugehörigkeit konfundiert (Berg, 1998). Möglicherweise sind die häufig somatisierten depressiven Leiden Ausdruck dessen, dass die krankheitsauslösenden und -aufrechterhaltenden Konflikte nicht anders als körperlich kommuniziert werden können. Deshalb gilt es, den kommunikativen Gehalt des Leidens zu berücksichtigen und die Frage zu stellen, was mittels der Krankheit ausgedrückt werden soll. Möglicherweise fungiert der Körper als ein Medium, als ein Ort, an dem soziale, kulturelle und individuelle Widersprüche ihren Ausdruck finden. Der Verlust an kommunikativen Beziehungen, der Handlungskompetenz und der kulturell vorgegebenen Orientierungen fördern eine Regression auf präverbale und sehr körpernahe Formen der Krankheitsbewältigung (Leyer, 1995).



Doch bei all dieser Befundlage kann nicht genug das methodische Problem der Konfundierung von ethnischer Zugehörigkeit und sozialer Schicht unterstrichen werden: Phänomene, die eventuell nur vor dem Hintergrund unterschiedlicher sozialer Zugehörigkeiten zu verstehen wären, werden unreflektiert ethnisiert und dadurch nicht als ein gesellschaftliches, sondern individuell bzw. kulturell zu verantwortendes Problem kategorisiert.

Was ist das zentrale Problem?

Zum einen gibt es eine mangelnde Inanspruchnahme seitens der Zuwanderer. Die Gründe für eine mangelnde Inanspruchnahmerate sind sehr vielfältig; in den meisten Fällen liegen sie jedoch am Informationsmangel über die Strukturen des Gesundheitssystems in Deutschland, den unzureichenden Deutschkenntnissen, Diskriminierungserfahrungen und eventuell künftigen Stigmatisierungen (insbesondere im psychotherapeutisch-psychiatrischen Bereich), Schamgefühlen, der Unsicherheit über die Finanzierung (insbesondere bei psychotherapeutischer Behandlung). Zum anderen sind jedoch auch die Einrichtungen der Gesundheitsförderung und -versorgung noch nicht angemessen genug interkulturell offen, haben institutionelle Barrieren; es fehlt die erforderliche Niederschwelligkeit des Zugangs.

Die Relevanz interkultureller Sensibilität wurde beispielsweise an einer jüngeren Studie deutlich, die wir am Marienhospital in Herne durchgeführt haben. Dort war rund 88,5 % der Befragten die Religion „wichtig“, ca. 90 % der befragten Türkeistämmigen wünschten sich eine Ernährung nach islamischen Geboten (Giese, Uyar, Henning, Uslucan, Westhoff & Pagonas, 2015).

Für eine künftige bessere Versorgung von Zuwanderern brauchen wir:

- Interkulturelle Öffnung und interkulturelle Kompetenzen müssen bereits in der Ausbildung von Gesundheitsberufen einen zentralen Platz im Curriculum haben und in der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter_innen verankert werden.
- Die Berücksichtigung unterschiedlicher Bedürfnisse von Patient_innen mit anderen kulturell-religiösen Herkünften, wie etwa Waschungs- und Gebetsräume, geschlechtsspezifische Behandlung oder schweinefleischfreie Kost für muslimische Patient_innen (und dies beispielsweise eigens zu kennzeichnen), sollte gewährleistet sein.
- Einsatz von Dolmetscherdiensten und Bereitstellung von fremdsprachiger Infomaterialien (so etwa in den am häufigsten vorkommenden Sprache von Zuwanderern wie etwa Türkisch, Russisch, Polnisch, Arabisch, Serbo-kroatisch usw.), aber auch eine multilinguale Beschilderung auf Krankenhausbauflächen etc., sollten eine Selbstverständlichkeit sein.
- Gezielte Beschäftigung bzw. Anwerbung von Fachkräften mit eigener Zuwanderungsgeschichte.
- Gerade für größere Krankenhäuser scheint die Schaffung einer Stelle eines/einer Integrationsbeauftragten, der/die als zentrale/r Ansprechpartner_in und Gestalter_in von Diversity-Maßnahmen fungiert, höchst sinnvoll zu sein (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration).
- Im strategischen Eigeninteresse ist solchen interkulturell offenen Einrichtungen auch zu empfehlen, dies durch multilinguale Webauftritte etc. publik zu machen.

Denn von dieser interkulturellen Öffnung werden nicht nur die Patient_innen profitieren, weil ihnen effektiv und schneller geholfen werden kann. Auch die Mitarbeiter_innen profitieren, weil Kommunikations- und Interaktionsprozesse glatter ablaufen, eher einvernehmliche Behandlungs- und Therapieformen gefunden werden können; somit auch volkswirtschaftlich: Fehldiagnosen, Fortschreibung von Falschdiagnosen, Fehl- und Mehrfachbehandlungen, Chronifizierungen durch verspätete Erkennung des Leidens können dadurch eher vermieden werden. Dies spart zusätzliche Untersuchungsmaßnahmen. Diese Punkte müssen getragen und durchgesetzt werden von der Leitungsebene, von den Mitarbeiter_innen auf den Stationen, die tagtäglich in Kontakt mit den Patient_innen sind und angenommen werden von den Patient_innen.

Autor und Literatur: Prof. Dr. Haci-Halil Uslucan, Universität Duisburg-Essen, Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung, www.uslucan.de

Umsetzung des Integrationskonzeptes für den Gesundheitsbereich

In Hamburg leben laut Angaben des statistischen Amtes mehr als eine halbe Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Diese haben vielfach einen anderen Umgang mit dem Gesundheitswesen bzw. ihrer eigenen gesundheitlichen Vorsorge. Das im Februar 2013 von der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration vorgelegten Hamburger Integrationskonzept beinhaltet u. a. auch deshalb eine Reihe von Maßnahmen zum Thema Gesundheit. Nach gut einem Jahr ist es ein guter Zeitpunkt eine erste Bilanz zu ziehen und einen Blick auf die bereits erfolgten Maßnahmen zu werfen.

Aus den Erkenntnissen der Gesundheitsberichterstattung ist bekannt, dass bildungsferne und ressourcenschwächere Menschen mit (und ohne) Migrationshintergrund die Angebote der Gesundheitsvorsorge und -versorgung weniger nutzen als andere. Die Ursachen hierfür liegen z. B. in geringen Kenntnissen über entsprechende Gesundheitsangebote, in sozialen und sprachlichen Unsicherheiten sowie in der teils noch nicht ausreichenden interkulturellen Öffnung von Gesundheitseinrichtungen. Das Hamburger Integrationskonzept sieht auch deshalb eine Reihe von Maßnahmen vor, die allen Menschen mit Migrationshintergrund helfen soll, den Zugang zum Gesundheitswesen zu finden. Hierzu gehören insbesondere:



status bei Schülerinnen und Schülern in der 8. und 9. Klasse zu prüfen und bestehende Impflücken zu schließen. Dies geschieht z. B. in den Impfsprechstunden der Gesundheitsämter und bei Besuchen in den Schulen. Die Broschüre „Impfen in Hamburg“ liegt zur Unterstützung in Deutsch und in englischer Sprache vor. Zu Masern sind Informationen über Erkrankung, Verhalten und Maßnahmen in einem Merkblatt, das u. a. an die Sorgeberechtigten von Kindern in Gemeinschaftseinrichtungen gerichtet ist, in neun verschiedenen Sprachen zusammengefasst. Die genannten Materialien sind über den ÖGD zu erhalten und auf der Internetseite der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) abrufbar.

Verbesserung des Gesundheitswissens und der Gesundheitskompetenz

Ein wichtiges Angebot zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Migrantinnen und Migranten sind die im Integrationskonzept hervorgehobenen MiMi-Gesundheits-Mediatorinnen und Mediatoren. In ca. 70 Informationsveranstaltungen zu ausgewählten Gesundheitsthemen sowie in den sich regelhaft treffenden muttersprachlichen Gesundheitsgruppen wird und wurde angestrebt, dass das Wissen und die Kompetenz über die Gesundheit erweitert werden – nach bisherigen Rückmeldungen mit gutem Erfolg. Auch werden die MiMi-Mediatoren_innen in hohem Maße für mündliche Übersetzungen im Gesundheitswesen sowie für die interkulturelle Begleitung von Gesundheitskampagnen angefragt. Im Jahr 2015 erhält MiMi zudem zusätzliche Kapazitäten, um gezielt in Flüchtlingsunterkünften die Zugänge für dort untergebrachte Flüchtlinge zu erleichtern.

Einladungswesen Kindervorsorgeuntersuchungen

Das vorrangige Ziel des Einladungswesens zu den Kindervorsorgeuntersuchungen U6 und U7 ist die Erhöhung der Teilnahmequoten, um damit möglichst allen Kindern, unabhängig von ihrer Herkunft, ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Das Einladungsschreiben zu den Vorsorgeuntersuchungen enthält dazu die wichtigsten Informationen in fünf Sprachen. Zusätzlich sind entsprechende Flyer und Texte im Internet verfügbar. <http://www.hamburg.de/kindergesundheit>

Verbesserung des Impfschutzes (Mumps, Masern, Röteln)

Ausreichender Impfschutz ist und bleibt ein aktuelles Thema. Ziel des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist es u. a., den Impf-

Verbesserung der rechtlichen Betreuung

Menschen mit Migrationshintergrund haben nach aktuellem Erkenntnisstand einen zunehmenden Bedarf an Unterstützung durch rechtliche Betreuung. Um die Defizite in der rechtlichen Betreuung für diese Zielgruppe zu beseitigen, hat die Stadt Hamburg in 2010 bis 2012 gemeinsam mit dem Betreuungsverein „MiA e. V. – Migranten in Aktion Hamburg“ ein Modellprojekt zur Verbesserung der sozialen Integration für Menschen mit Migrationshintergrund im System der rechtlichen Betreuung durchgeführt.

Die dort gewonnenen Erfahrungen sind in eine durch die Stadt unterstützte Regelversorgung eingeflossen. Inzwischen bietet der Verein Beratung zu betreuungsrechtlichen Themen der Vorsorge durch Vollmachten in fünfzehn Sprachen an. Zehn hauptamtliche Betreuerinnen und Betreuer mit sozialpädagogischen und juristischen Qualifikationen und eigenem Migrationshintergrund sind dafür angestellt. Mehr als vierzig Ehrenamtliche übernehmen zudem derzeit die Betreuung für Menschen mit Migrationshintergrund. Zusätzlich werden mehr als vierzig weitere Ehrenamtliche aus dem Kreis der Angehörigen vom Verein bei ihren Aufgaben unterstützt. Hamburg ist damit Vorreiter für bedarfsgerechte und kultursensible Hilfen in der rechtlichen Betreuung von Migrantinnen/Migranten. MiA e. V. hat dafür 2014 den Förderpreis des Betreuungsgerichtstages (BGT) erhalten. Der Preis würdigt Initiativen und Projekte, die neue Wege in der Praxis des Betreuungsrechts gehen.

Hamburg ist durch die skizzierten Beispiele auf einem guten Weg, die im Integrationskonzept formulierten Gesundheitsziele zu erreichen.

Autor: Holger Hanck, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Amt für Gesundheit, Fachabteilung Gesundheitsförderung, und Gesundheitsdaten, holger.hanck@bgv.hamburg.de

Ausschuss Grundrechte bei der Ärztekammer Hamburg

In dem interdisziplinär besetzten Ausschuss Grundrechte der Ärztekammer Hamburg beschäftigen sich Ärztinnen und Ärzte, aber auch eine Richterin sowie eine Theologin mit Fragen zu Grundrechten in der Medizin.

Die Ärztekammer Hamburg ist eine Körperschaft öffentlichen Rechts, die in Hamburg medizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte sind Pflichtmitglieder. Neben der Verwaltung mit angestellten Mitarbeitenden gibt es Ausschüsse und ein Parlament, die Delegiertenversammlung, in denen von der gesamten Hamburger Ärzteschaft für jeweils vier Jahre gewählte Ärzte ehrenamtlich tätig sind. Die Arbeit der Kammer wird durch die Mitgliedsbeiträge finanziert. Die Aufgaben der Ärztekammer sind vielfältig, zusammengefasst geht es um die Wahrung der beruflichen Belange der Ärzteschaft. Die Kammer ist das Organ der ärztlichen Selbstverwaltung in Hamburg.

Grundlegende Verbesserung der Versorgungssituation

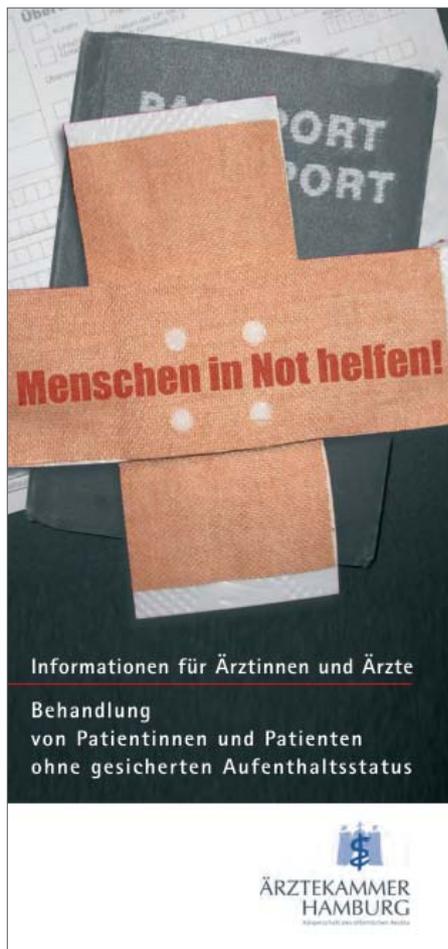
In Hamburg hat die Delegiertenversammlung bereits in 2005 beschlossen, einen Grundrechteausschuss ins Leben zu rufen. Ein wichtiges Thema ist seit Jahren die medizinische Versorgung von Asylbewerber_innen und nicht versicherten Migrant_innen, darunter insbesondere von Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus. Frühzeitig forderte die Delegiertenversammlung einen anonymen Krankenschein, um die Behandlung auch von in der Illegalität in Hamburg lebenden Menschen zu gewährleisten. Obgleich die Politik dieser Forderung nicht nachkam, wurden auf Hamburger Ebene in den folgenden Jahren Lösungen gefunden, die eine grundlegende Verbesserung der Versorgungssituation darstellten und an deren Planung und Ausgestaltung sich neben Behörden, Wohlfahrtsverbänden und anderen gemeinnütziger Träger auch die Ärztekammer beteiligte. So wurde die Clearingstelle ins Leben gerufen, die nach Prüfung und Beratung Gelder für die medizinische Versorgung nicht versicherter Migrant_innen bewilligen konnte. Dies war zunächst als dreijähriges Projekt mit Sondermitteln der Bürgerschaft geplant. Da sich im Verlauf der große Bedarf – wie vermutet – bestätigte, wurde das Projekt in 2015 unbefristet verstetigt.

Ehrenamtlich engagierte Ärztinnen und Ärzte

In Hamburg gibt ein großes ehrenamtliches Engagement von Ärzt_innen in der Versorgung von nicht versicherten Patienten, das die Kammer ausdrücklich begrüßt. Jedoch fordert sie, vorrangig Rechtsansprüche für die Patient_innen in der

Finanzierung von medizinischer Behandlung zu verwirklichen und nicht durch Ehrenamt zu ersetzen.

Die Ärztekammer veröffentlichte einen Flyer zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus („Menschen in Not helfen“), in dem die rechtlichen Fragen, vor allem bezüglich der Schweigepflicht von medizinischem Personal, übersichtlich dargestellt wurden. Er erfreute sich auch überregional großer Nachfrage und wurde für eine zweite Auflage überarbeitet. Wichtige Punkte waren der sogenannte verlängerte Geheimnisschutz, der gewährleistet, dass die Daten der Kliniken von den abrechnenden Sozialämtern nicht an die Ausländerbehörde weitergegeben werden dürfen, sowie die grundsätzliche Schweigepflicht behandelnder Ärzt_innen gegenüber ermittelnden Behörden, von der es nur wenige Ausnahmen gibt. Nachdem es bei einer schwangeren Asylbewerberin, die in eine Unterkunft außerhalb von Hamburg verlegt wurde, zu einer Fehlgeburt gekommen war, beschloss der Senat nach einer Resolution der Delegiertenversammlung einen Umverteilungsstopp im letzten Drittel der Schwangerschaft. Leider wurde diese Entscheidung in der darauf folgenden Legislaturperiode wieder zurückgenommen.



Themen im Ausschuss

Der Grundrechteausschuss befasste sich in den vergangenen Jahren u. a. mit der medizinischen Versorgung Haftentlassener, mit Kindwohlgefährdung und der Altersfeststellung minderjähriger unbegleiteter Flüchtlinge. Die Themen werden von den Kammermitgliedern angeregt oder entwickeln sich aus Fragen, die von außen an die Kammer herangetragen werden. Der Ausschuss hat in den vergangenen Jahren verschiedene Veranstaltungen zum Thema medizinische Versorgung von Menschen, die sich ohne gesicherten Aufenthaltsstatus in Hamburg aufhalten, organisiert, um auf der Suche nach Lösungen verschiedene gesellschaftliche Gruppen miteinander ins Gespräch zu bringen.

Autorin: Dr. Frauke Ishorst-Witte, Ärztekammer Hamburg
Weidestraße 122 b, 22083 Hamburg, Tel: 040 20 22 99-154
qm-produkte@aekhh.de

Interkulturelle Öffnung der Gesundheitsversorgung in Hamburg

Seit den 80er Jahren arbeiten viele Akteure im Gesundheitswesen in Deutschland daran, die gesundheitliche Versorgung stärker auf die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund auszurichten. Im Rahmen des Prozesses der „Interkulturellen Öffnung“ im Gesundheitswesen wurden vielfältige Initiativen gestartet und Maßnahmen eingeleitet, um diesem Ziel näher zu kommen.

Wegweisend waren die 12 Sonnenberger Leitlinien im Jahr 2002. Diese verfolgten das Ziel, die psychiatrisch-psychotherapeutische und allgemeinmedizinische Versorgung für Migrant_innen in Deutschland zu verbessern. Gefordert wurden darin unter anderem ein erleichteter Zugang zu Einrichtungen der psychosozialen Versorgung für Migrant_innen, interkulturell sensitives und kompetentes Personal mit heterogenem kulturellen Hintergrund, die Organisation und Nutzung psychologisch geschulter Dolmetscher_innen, die Bereitstellung von Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen, spezifische interkulturelle Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie die Sicherung von Qualitätsstandards für die Begutachtung von Migrant_innen im Straf-, Zivil-, Asyl- und Sozialrecht.

Auf europäischer Ebene hat der Prozess der Interkulturellen Öffnung dank der Initiative „Migrant-Friendly Hospital“ eine stärkere Beachtung gefunden. Umfangreiche Empfehlungen für migrant_innenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa finden sich in dem Abschlussdokument, der „Amsterdamer Erklärung“. Die Empfehlungen aus dem Jahr 2004 richteten sich an das Krankenhausmanagement, die Gesundheitsberufe, die Nutzer_innen des Gesundheitssystems sowie an die Gesundheitsverwaltung, die Gesundheitspolitik und die Gesundheitswissenschaften.

Trotz dieser und zahlreicher weiterer Projekte, Initiativen und Maßnahmen ist die gesundheitliche Versorgungssituation für bestimmte Patient_innen mit Migrationshintergrund bis heute in vielen Bereichen als defizitär zu betrachten. So geht der Migrationsstatus sowohl in der ambulanten als auch in der stationären (psychosozialen) Versorgung nach wie vor mit einer im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung geringeren Inanspruchnahme einher. Diejenigen Personen mit Migrationshintergrund, die die Versorgung in Anspruch nehmen, zeigen deutlich höhere psychopathologische Belastungen zu Beginn der Behandlung als Patient_innen ohne Migrationshintergrund. Bei Betrachtung des Behandlungsergebnisses finden sich bei einigen Migrantengruppen deutlich geringere Behandlungserfolge. Fehlbehandlungen kommen auch aufgrund kultureller und sprachlicher Verzerrungen im Diagnostikprozess zustande. Zudem haben Patient_innen,



deren Muttersprache nicht Deutsch ist, aufgrund der mangelnden Sprachsensibilität und Angebote der Gesundheitseinrichtungen größtenteils keine Chance auf eine angemessene Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus haben Asylsuchende und Menschen, die ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg leben, nur eingeschränkten bzw. kaum Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem.

Um die gesundheitliche Teilhabe und die Behandlungsqualität von Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg deutlich zu verbessern, bedarf es daher konkreter Anstrengungen. Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf hat die Tagung zur „Interkulturellen Öffnung der Gesundheitsversorgung in der Metropolregion Hamburg“ zum Anlass genommen (www.ikoe-gesundheit-hamburg.de), gemeinsam mit der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. und zahlreichen anderen Akteuren im Gesundheitssystem eine „Hamburger Erklärung zur Interkulturellen Öffnung der Gesundheitsversorgung“ zu diskutieren und in diesem Jahr konkrete Ziele zu verabschieden.

Autor: Dr. Mike Mösko, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
 Leiter Arbeitsgruppe Psychosoziale Migrationsforschung
 Martinistraße 52, 20246 Hamburg, mmoesko@uke.de

Auch unbegleitete minderjährige Flüchtlinge stehen unter dem Schutz der UN-Kinderrechtskonvention

Die Kinderkommission hat sich in ihrem öffentlichen Expertengespräch am 4. Februar 2015 mit der Situation unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge befasst. Vor dem Hintergrund des anstehenden Gesetzgebungsverfahrens zur „Aufnahmeverpflichtung der Länder zur Ermöglichung eines am Kindeswohl ausgerichteten landesinternen und bundesweiten Verteilungsverfahrens“ hat die Kinderkommission am 12. März 2015 einige Anregungen und Forderungen veröffentlicht, die sie zum Schutz der genannten Personengruppe als dringend notwendig berücksichtigt sehen möchte. Bei allen die unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge betreffenden Entscheidungen muss in jedem Falle das Kindeswohl („the best-interests of the child“) als Maßstab dienen.



Unter dieser Prämisse fordert die Kinderkommission deshalb:

1. generell für alle Belange im Zusammenhang mit (unbegleiteten) minderjährigen Flüchtlingen den Vorrang des Kindeswohls nach der UN-Kinderrechtskonvention anzuerkennen und festzulegen;
2. eine sofortige Inobhutnahme durch die zuständige Jugendhilfeeinrichtung bzw. das zuständige Jugendamt sowie die schnellstmögliche Bestellung eines Vormundes; keine Flughafenverfahren, da kein Zugang zum Jugendamt besteht;
3. keine Notversorgung im erstaufnehmenden Jugendamt, volle Anspruchsleistungen nach SGB VIII, bundesweite Standards für Betreuung durch die Jugendhilfe der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge;
4. eine gründliche und rechtssichere Bearbeitung nach einem bundesweit standardisierten, zeitlich flexiblen, aber zügigen Clearingverfahren;
5. ein bundesweit einheitlicher Standard zur Altersfestsetzung muss geprüft und weiterentwickelt werden, dabei darf bei keinem Verfahren die körperliche Integrität verletzt werden; im Zweifel ist für die Minderjährigkeit zu entscheiden;
6. eine Zuweisung nach Prüfung von Fachkompetenz vor Ort;
7. die bestmögliche Unterbringung, das heißt gegebenenfalls auch Unterbringung jenseits des eigentlichen Zuweisungsortes, etwa in einer Pflegefamilie oder Wohngruppe im Nachbarkreis/-kommune; bei der Zuweisung Beziehungen (familiäre oder persönliche, z. B. durch gemeinsame Flucht geknüpfte) zu beachten und nach Anknüpfungspunkten in Deutschland zu suchen;



8. statt der Verteilung der Kinder nach festen Quoten soll auf der Grundlage des Kindeswohls („the best-interests of the child“) die Unterbringung unbegleiteter Flüchtlinge zwischen dem Bund und den Ländern entsprechend den realen Anforderungen geregelt werden; die medizinische Vollversorgung statt Notversorgung und Berücksichtigung medizinischer Bedarfe bei der Verteilung (beispielsweise Zugang zu Traumambulanz);
9. die bundesweite Erfassung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen sowie kinderspezifische Fluchtgründe anzuerkennen (Kindersoldaten, Kinderbräute) und bei der Aufnahme systematisch zu identifizieren;
10. den Zugang zu Bildungseinrichtungen schnellstmöglich und unabhängig von Dokumenten gemäß der UN Kinderrechtskonvention bundesweit zu gewährleisten. Eine potentielle Rückführung sollte bis zu zwei Jahren nach Beendigung der Ausbildung ausgesetzt werden;
11. den Lebensunterhalt durch Gewährung von Schüler-, Auszubildenden- und Studienbafög sicherzustellen;
12. einen individuellen Anspruch auf Integrations- und Sprachkurse einzuführen und über das KJHG zu fördern;
13. im Rahmen der gestiegenen Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe auch und gerade durch das erhöhte Aufkommen an minderjährigen Flüchtlingen eine finanzielle Stärkung der Kinder- und Jugendhilfe umzusetzen.

Kontakt: Susann Rührich, MdB, Vorsitzende der Kinderkommission im Deutschen Bundestag, Platz der Republik 1
11011 Berlin, kinderkommission@bundestag.de

Interkultur

Wanderer zwischen Welten auf dem Weg zu einer gesunden Schule

Der Begriff „Interkultur“ kann deutlich machen, dass wir Wanderer zwischen den Welten sein können und dabei am Beispiel der Sprachen sehr gut eine zweite Sprache in einer anderen Umgebung lernen können ohne die Muttersprache aufzugeben. Und die interkulturelle Öffnung einer Schule und ihres Umfeldes soll bedeuten, dass nicht nur eine Seite wandert, sondern eine Bewegung von verschiedenen Seiten nötig ist. Zafer Senocak zeigt dies in seinem Buch „Deutschsein“ sehr einfühlsam, indem er die Perspektive auf die Mehrheitskultur lenkt und sagt, dass auch da viele Brüche und neue Zugänge zu entdecken sind. Mit dieser Bewegung in einer Schule entwickeln sich das Wohlbefinden und die gegenseitige Achtsamkeit. Und in einer kultursensiblen Umgebung wird die gesundheitliche Entwicklung aus der Anonymität hin zu einer Kultur der Anerkennung ausgebaut.

Das Institut für konstruktive Konfliktaustragung und Mediation (ikm) hat dazu den praktischen Ansatz seit über 15 Jahren aufgebaut. Beschrieben wird er mit dem englischen Begriff „Anti Bias“, der sich im neuen Südafrika herausgebildet hat, um den Rassismus zwischen den Menschen abzubauen. „Bias“

beschreibt genau die von Senocak geschilderten Schieflagen zwischen der Mehrheitsgesellschaft und Gruppen in der Minderheit.

Wenn nun an Schulen oder im sozialen Umfeld eine Sensibilität für Schieflagen aufgebaut wird, ist der erste Stein des



Institut für konstruktive Konfliktaustragung
und Mediation e.V.

Anstoß hin zu einer interkulturellen Öffnung gegeben. Für wen gibt es wirklich strukturelle Ungleichheit? Welche Gruppen haben wir in unserer Planung nicht berücksichtigt? Zur Sensibilität der Schieflagen gehört auch ein Blick aus mehreren Perspektiven. Manchmal sind sogenannte Schieflagen gar nicht so dramatisch. Eher steckt darin ein Potential. Es gilt diese zu erkennen und sie sich zu eigen zu machen, um sie ins Positive zu wenden. Zusätzlich ist wichtig, nach Gemeinsamkeiten zu suchen. So sind z. B. alle – Schülerinnen und Schüler, Eltern und Lehrkräfte – an einem guten Schulerfolg, aber auch an gegenseitigem Respekt interessiert. Also gilt es die verhärteten Gruppen aufzulösen, sich zu öffnen, sich zu erklären, anderen zuzuhören, neue Gruppen zu bilden und dadurch gemeinsam an einem Strang zu ziehen.



Konflikte als Entwicklungsschritt

Der Anstoß an einer Schule, der erste Anlass für eine interkulturelle Öffnung, kann sehr verschieden sein. So entschied sich eine Hamburger Grundschule, die türkische Sprache mit der deutschen im bilingualen Unterricht anzubieten, um auf einen in ihrem Stadtteil wichtigen Bevölkerungsteil zuzugehen.

Dabei verfolgte sie das Ziel, einerseits die herkunftssprachliche Kompetenz ihrer Schülerinnen und Schüler auszubilden, um so eine Grundlage für das Leben und Arbeiten in einer multikulturellen und globalisierten Welt zu legen. Andererseits gab sie Schülerinnen und Schülern der deutschsprachigen Mehrheitsgesellschaft die Möglichkeit schon im Kindesalter spielerisch eine seit Jahrzehnten in Deutschland präsen- te Sprache zu lernen.

Leider sind es jedoch oft Konflikte mit der multikulturellen Schüler- oder Elternschaft, die Schulen veranlassen, ihre Arbeit im interkulturellen Bereich zu überdenken. Am Beispiel des früheren Harburger Lessinggymnasiums waren es Gewaltvorfälle. Diese sollten an dem Aufbau- gymnasium mit einer Schülerschaft aus 35 Nationen verändert werden. Die Konflikte waren nicht automatisch durch die verschiedenen Herkunftsgruppen entstanden, sondern alle hatten sich zu sehr darauf zurückgezogen, dass sie nur einer Gruppe angehören, dass diese Gruppe in der Selbstwahrnehmung von den anderen missverstanden wurde. Somit wurden die zwischenmenschlichen Konflikte stets auf die Inter-Gruppen-Konflikte reduziert und die Gruppen verhärteten sich gegeneinander. Hier war intensive Anti-Bias Arbeit notwendig, um die verhärteten Gruppen aufzulösen und die Beziehungskonflikte zu klären. Vor allem wurde der Fokus auf die Gemeinsamkeiten gelenkt.



Autor: Dieter Lünse, Institut für konstruktive Konfliktaustragung und Mediation e. V., An der Alster 40, 20099 Hamburg
 Tel.: 040 28006852, www.ikm-hamburg.de

Literatur: Senocak, Zafer; *Deutschsein – Eine Aufklärungsschrift*, Hamburg 2011

Flüchtlingsambulanz für Kinder und Jugendliche

Noch nie waren laut UN-Flüchtlingshilfswerk so viele Menschen auf der Flucht wie im vergangenen Jahr: 51,2 Millionen. Eine Situation, die sich auch in Hamburg widerspiegelt. Laut Ausländerzentralregister leben hier aktuell etwa 1.800 Minderjährige mit einem laufenden Asylverfahren, wovon ca. 800 ohne ihre Eltern einreisen (Stichtag: 19.11.2014).

Die Zahl der Minderjährigen, die ohne die Begleitung eines Familienmitgliedes nach Deutschland kamen, hat sich zwischen 2008 und 2013 versechsfacht (Statistisches Bundesamt, 2014). Die Flüchtlingskinder und -jugendlichen haben meist monatelange lebensgefährliche Fluchtwege hinter sich. In ihrem Heimatland oder auf dem Weg machten sie häufig traumatische Erfahrungen, wie beispielsweise körperliche und psychische Misshandlungen, sexueller Missbrauch, Obdachlosigkeit. Psychosoziale Beratung und Psychotherapie für Flüchtlingskinder ist aufgrund ihrer Leidensgeschichten und oft vorhandenen schweren Traumafolgestörungen dringend notwendig. Die häu-

figste Traumafolgestörung bei Kindern und Jugendlichen ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Die betroffenen Personen leiden dabei unter anderem an schweren Schlafstörungen, Alpträumen oder sich aufdrängenden Erinnerungen an die traumatischen Erlebnisse. Um diese unangenehmen Gefühle auszuhalten, verletzen sie sich oft selbst oder entwickeln Gedanken, nicht mehr weiterleben zu wollen.

Nur selten finden die Kinder und Jugendlichen aber den Weg zu einem/einer niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder -therapeutin (Ruf et al., 2010). Muttersprachliche Therapeut_innen stehen gar nicht oder nur in zu



geringer Anzahl zur Verfügung. Es bedarf daher dolmetschergestützter Psychotherapien, die im deutschen Gesundheitssystem aber in der Regel nicht vergütet werden. Hinsichtlich der Wirksamkeit der Therapien bestehen keine Einschränkungen beim Einsatz von Dolmetschern (Brune et al, 2011).

Opfer von Krieg, Verfolgung und Gewalt

Das UKE betreibt daher seit 1998 in enger Kooperation mit der Stiftung „Children for Tomorrow“ die „Flüchtlingsambulanz für Kinder und Jugendliche“, um diese Versorgungslücke zu schließen. Children for Tomorrow ist eine 1998 von Stefanie Graf gegründete gemeinnützige Stiftung mit dem Ziel, Kinder und Familien, die Opfer von Krieg, Verfolgung und organisierter Gewalt geworden sind, zu unterstützen. Hier werden Kinder im Alter von 0 bis 21 Jahren dolmetschergestützt psychiatrisch und psychotherapeutisch behandelt, wovon circa 70% minderjährige unbegleitete Jugendliche sind. Das 12-köpfige multiprofessionelle Team aus Ärzt_innen, Psychotherapeut_innen, (Sozial-)Pädagog_innen und Kunsttherapeut_innen konnte im vergangenen Jahr 271 Flüchtlingskinder unterstützen. Eine Bildungsberaterin bemühte sich zudem um eine Verbesserung der schulischen Laufbahn der Patient_innen zum Beispiel durch Vermittlung an Nachhilfelehrkräfte, Praktika und – wenn nach dem Asylrecht möglich – Ausbildungsplätze. Möglich ist dieses Angebot nur durch Spendengelder über die Stiftung Children for Tomorrow.

Echte Integration und Gleichstellung ist erst bei ausreichender psychischer Gesundheit möglich. Sowohl der Sprach-



erwerb, das Erbringen von schulischen Leistungen sowie die soziale Kontaktaufnahme bleiben sonst deutlich reduziert. Die Warteliste der Flüchtlingsambulanz spiegelt den noch immer nicht gedeckten Bedarf an psychologischer Unterstützung wider: Über 200 traumatisierte Flüchtlingskinder unter 18 Jahren aus Hamburg warten derzeit auf einen ersten Termin.

Autorin: Dipl. Psych. Cornelia Reher, Therapeutische Leiterin der Flüchtlingsambulanz für Kinder und Jugendliche des Ambulanzzentrum des UKE GmbH, Martinistr. 52, Gebäude O44 20246 Hamburg, c.reher@uke.de, www.children-for-tomorrow.de

Interesse für Vielfalt und Unterschiede Erfahrungen aus der Arbeit im MiMi-Projekt

Das MiMi-Projekt in Hamburg wurde im Jahr 2005 vom Kinder- und Familienzentrum (KiFaZ) Schnelsen ins Leben gerufen, wo das Projekt auch sein erstes Zuhause hatte. Von dort bis zum heutigen Träger, dem Verband für Kinder- und Jugendarbeit Hamburg hat das Projekt vom Ethnomedizinischen Zentrum in Hannover unzählige Einsatzorte kennen gelernt. Denn das ist ein Charakteristikum von MiMi: Wir sind unterwegs, dort wo Informationen, Begleitung und interkulturelles Dolmetschen gebraucht werden, in über 15 Müttersprachen von Menschen, die in Hamburg ihren Wohnort und eventuell auch ihr Zuhause haben. Seit 2009 erhält MiMi Hamburg eine Finanzierung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz. Das Büro befindet sich im Gebäude der Werkstatt 3 in Altona.

Information ist der Schlüssel

„Mit Migranten für Migranten“ ist ein Name, der unsere Tätigkeit gut beschreibt, mit der Betonung, dass unsere Mediatoren in großer Mehrheit weiblich sind, die interkulturellen Gesundheitsmediatorinnen.

Neu in Hamburg oder seit Jahren da – ganz unterschiedlich sind diejenige, die bei MiMi nach Unterstützung fragen, denn in der Frage der Krankheit aber auch der Gesundheit bleibt das Land dem Menschen lange fremd. Themen sind etwa: Informationen über das Gesundheitssystem, darüber welche Möglichkeiten der Nutzung die einzelnen haben, wie die Spielregeln sind, also über Rechte und Pflichten. Unsere Erfahrung zeigt, dass sogar Menschen, die hier lange leben, nicht über all diese Fragen informiert sind. Vielleicht sind es viele Deutsche auch nicht? Information ist einer der Schlüssel für die Partizipation, die

Teilhabe in der Gesellschaft. MiMi bemüht sich darum, die Möglichkeiten, die das deutsche Gesundheitssystem bietet, all diesen Menschen zur Verfügung zu stellen, um damit einer realen Integration Unterstützung zu leisten.

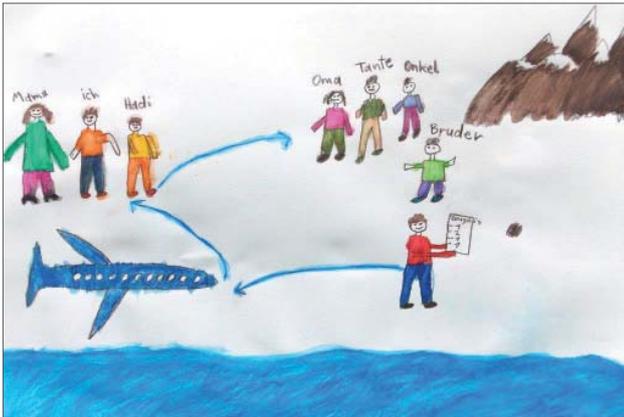


Zugang zu Communities

Nach einer kostenlosen Schulung, in der die MiMi-Mediatoren und -Mediatorinnen die Details des deutschen Gesundheitssystems und einzelne Gesundheitsthemen kennen lernen sowie mit der Methodik einer Veranstaltung vertraut gemacht werden, gehen die Mediator_innen dorthin, wo Menschen, die ihre Sprache sprechen, sich befinden.

Wie kann man die Menschen für gesundheitliche Themen, für Vorsorge interessieren, in welcher Form kann diese Information am besten vermittelt werden, wo befinden sich die Leute, mit denen ich arbeiten will? Die MiMi-Mediatorinnen und -Mediatoren haben den Zugang zu diesen Communities, die im Rahmen von Sprachkursen, von religiösen Veranstaltungen, von sozialen, musikalischen oder kulinarischen Interessen zusammen kommen.

Teilweise konzentriert sich die Information auf Themenbereiche, wie Ernährung und Bewegung, auf das Anpassen von angelernten Gewohnheiten an die aktuelle Lebensform, auf



die deutliche Präsenz von Krankheitserscheinungen wie Diabetes, auf die Folgen für die seelische Gesundheit, die diese neue Lebensform mit sich bringt, auf die unterschiedlichen Angebote zur Vorsorge wie beispielsweise Impfen. Teilweise verlangen die Menschen eine längere Auseinandersetzung mit einzelnen Themen. So sind die Gesprächsgruppen entstanden, dort wo eine Kontinuität gewünscht und gefordert wurde.

Begleitung in schwierige Lebenssituationen

Ein weiterer wichtiger Bereich, in dem wir MiMis zeitlich intensiv arbeiten, sind die Begleitungen in schwierigen Lebenssituationen, da wo diese Schwierigkeit das Wohlbefinden beeinflusst. Wenn Mensch krank ist, lässt ihn oft die Fremdsprache

im Stich oder es steigt der Bedarf, sich in der Muttersprache auszudrücken. Im Krankheitsfall ist man oft mit sensiblen Themen konfrontiert; darüber reden zu können, verlangt gleichzeitig einen gewissen Grad an kultureller Sensibilität.

Die Nachfrage kommt aber nicht ausschließlich von der Seite der Migrant_innen. Die Einrichtungen, die ihre Arbeit im sozialen Bereich entwickeln oder die Beratungsstellen, die mit der Bevölkerung Hamburgs arbeiten, sind oft im Kontakt mit Menschen, die nicht immer Deutsch sprechen und die – über die Sprache hinaus – eine andere Form haben, zu kommunizieren und die Welt wahrzunehmen.

Wenn wir eine Integration aller wollen, dann ist es auch eine Aufgabe jeglicher Einrichtungen, Interesse für diese Unterschiede, Interesse für die Vielfalt zu zeigen. Dieses ist nämlich ein entscheidender Aspekt einer Willkommenskultur.

Diese Theorie erleben wir in unserer internen Praxis bei MiMi. Alle bei uns aktiven und in dem Leben des Projekts implizierten Menschen kommen aus sehr unterschiedlichen Regionen des Planeten und aus unterschiedlichsten Sozialisationen. Eine Interkulturalität liegt nicht in der Natur des Ausländerseins, Berührungspunkte sollen gegenseitig abgebaut werden. Die Art des Anderen wünscht sich aus der Nähe betrachtet zu werden. Mit diesem Potential arbeitet MiMi. Teils durch die Sensibilität, von den in der Migration selbstgemachten Erfahrungen, teils durch ein starkes Engagement der Mediatorinnen und Mediatoren und nicht zuletzt durch das Kennen von Sprachen und kulturellen Merkmalen.

Diese Fähigkeiten benötigen aber auch strukturelle Bedingungen. Aktuell ist MiMi in den Flüchtlingsunterkünften unterwegs. Dort ist der Bedarf groß, die Menschen benötigen teils dringende medizinische oder therapeutische Behandlungen, der Zugang zu den Menschen kann durch die Sprache und die interkulturelle Sensibilität ermöglicht werden. Dabei ist die Unterstützung von MiMi sichtbar. Um diese erweitern zu können, braucht auch das Projekt MiMi starke finanzielle und strukturelle Unterstützung.

Autorin: Isabel Marin Arrizabalaga, Koordinatorin von MiMi-Hamburg, Verband für Kinder- und Jugendarbeit, Nernstweg 32 22765 Hamburg, Tel: 0171 1769011

Seelische Gesundheit von MigrantInnen (K)ein Thema für die Stadt?!

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation wird Gesundheit nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen, sondern als ein „Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ verstanden (WHO 1946). Durch diese mehrdimensionale Betrachtung und Definition wird hervorgehoben, dass das subjektive Wohlbefinden einen zentralen Aspekt des Gesundheitsbegriffes darstellt. Es steht so nicht nur der physische Körper im Mittelpunkt, sondern auch die andere wichtige Komponente des Wohlergehens: die seelisch-geistige Gesundheit.

Zur Frage des seelischen Gesundheitsbefindens von Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg, gibt es allerdings noch keine wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse – allerdings nicht aus Mangel an Anlässen, geschweige denn Bedarf dafür: Ende Januar 2012 lebten rund 513.000 Menschen

mit Migrationshintergrund in Hamburg, das sind 29,2% aller Einwohner_innen (Sonderauswertung des Melderegisters, Statistikamt Nord). In Anbetracht der Tatsache, dass Migration für viele Menschen mit kritischen Lebensereignissen und negativen Migrationserfahrungen verbunden ist, gelten Mi-

grant_innen als eine besonders große Risikogruppe, seelische Leiden zu entwickeln. Hinzu treten andere begünstigende Stressfaktoren wie beispielsweise unklare Zukunftsperspektiven, ungesicherter Aufenthaltsstatus, Entwurzelungsgefühle, Traumatisierungen, prekäre Arbeits- und Wohnsituationen, sozioökonomische Probleme, Verständigungsprobleme und erlebte Diskriminierung.

Der Ist-Zustand in der Beratungspraxis

Als eine der ersten Anlaufstellen für viele Migrant_innen kommen die Berater_innen von verikom immer häufiger mit Fällen von seelischen Belastungen bei Migrant_innen in Berührung und erleben die unterschiedlichsten Facetten ihrer Ausprägungen. Es wurden über viele Jahre Erfahrungen in der Beratungspraxis gesammelt, die selbst professionellen Berater_innen manchmal an ihre eigenen Grenzen brachten.

Im Jahr 2012 kamen zahlreiche Migrant_innen mit Trennungs- und Scheidungsfällen in die Beratung. Eine derartige Situation hat zur Folge, dass die einzelnen Elternteile, häufig vor allem die Mütter, die Alleinerziehung ihrer Kinder neben der materiellen Existenzsicherung übernehmen müssen. Sie sind



entsprechend großen nicht nur materiellen und praktischen, sondern auch seelischen Belastungen ausgesetzt. Viele der Frauen lösten sich aus einer Beziehung, in der sie sowohl psychischer als auch körperlicher Gewalt ausgesetzt waren, sind demnach bereits zu Beginn der Trennung schwer

belastet. Vielfach schaffen es die Frauen über Jahre nicht, sich aus der Beziehung zu lösen. Sie versuchen unter enormem seelischem Druck ihren Alltag zu bewältigen, selbst dann, wenn beim Partner eine Suchtproblematik zu Grunde liegt und die Verantwortung für die Familie bereits vollständig allein getragen werden muss. Erschwerend kommt hinzu, dass viele Kinder stumme Zeugen der Beziehungsprobleme ihrer Eltern werden.

Information, Beratung, Vermittlung

Weitere geistig-seelische Leiden bringen materielle Notlagen wie Ver- und Überschuldung, Bedrohung durch Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit, Existenzsicherungsängste. Auch herabwürdigende Umgangsweisen von Behörden, Mitarbeiter_innen, Drohungen und Gängelungen durch Jobcenter-Mitarbeiter_innen, erlebte Ausgrenzung und Diskriminierung stellen hohe Belastungen dar. Besondere Lebenskrisen wie Tod von Angehörigen, körperliche wie auch psychische Krankheiten, z. B. Depressionen, Alt- und Alleinsein sind für bereits belastete Ratsuchende Überforderungen, aus denen sie nicht ohne professionelle Hilfe herauskommen.

Die Beratungspraxis verdeutlicht, dass viele Migrant_innen aufgrund mangelnder zielgerichteter Hilfestellung im Gesundheitssystem für sich andere Auswege suchen und in Anspruch nehmen: Erwerbsminderungsrenten, Reha-Aufenthalte, Mutter-Kind-Kuren, Eingliederungshilfen wie unter anderem PPM oder Beantragung von Schwerbehinderungsrechten. Für ent-

sprechende Anträge suchen sie die Unterstützung in der sozialen Beratung von verikom.

Die Berater_innen von verikom leisten hier zunächst praktische Unterstützung. Sofern aber deutlich wird, dass im Grunde eine psychotherapeutische Hilfe notwendig ist, steht an, die Ratsuchenden darüber zu informieren und sie dorthin zu vermitteln. Doch nur die wenigsten Ratsuchenden können von den wenigen bestehenden psychosozialen Hilfsangeboten Gebrauch machen, da die Zugänge nicht frei von Barrieren sind.

Die interkulturelle Öffnung fehlt

Hinderungsgrund sind zunächst die sprachlichen Barrieren und daran anknüpfend die fehlende interkulturelle Öffnung der Regeldienste. Die Sozialberater_innen stehen immer häufiger vor der Schwierigkeit, Ratsuchende nicht an geeignete Hilfsangebote verweisen zu können, weil für viele die sprachlichen Hindernisse ein besonderes Problem darstellen. Darüber hinaus bestehen Hindernisse der Information und der Rechte und Ansprüche hinsichtlich der bestehenden Hilfsangebote im Versorgungssystem.

„Wer von seelischen Problemen geplagt wird und diese allein nicht bewältigen kann, sollte sich nicht scheuen ebenso wie bei körperlichen Erkrankungen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen“ – so heißt es schön und einfach auf der Internetseite des Psychotherapieinformationsdienstes. Doch es stehen nur sehr wenige kassenärztlich zugelassene mehrsprachige Psychotherapeut_innen für Menschen mit Migrationshintergrund zur Verfügung, und so werden derzeit Wartezeiten von ein bis zwei Jahren oftmals zum Verhängnis. Derartige Wartezeiten können erhebliches Leiden für die Betroffenen bedeuten und weitere Risiken mit sich bringen, wie etwa Suizidgefahr, die aufgrund von Wartezeiten nicht erkannt, der nicht rechtzeitig entgegen gewirkt wird.

Ausreichende Versorgung gefordert

Ein weiteres Problem stellt die der Übernahme der Kosten einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung dar: In der Regel ist eine Kostenübernahme in vollem Umfang möglich, doch die Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Therapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist, dass diese von der Kassenärztlichen Vereinigung zugelassen sind. In der Praxis ist es daher fast unmöglich, eine Genehmigung für eine Psychotherapie von den Krankenkassen zu erhalten, die nicht kassenärztlich zugelassen ist. Und obwohl die offizielle Bedarfsplanung von einer Überversorgung mit Psychotherapeut_innen ausgeht, herrscht in Deutschland faktisch eine Unterversorgung. Anfang des Jahres 2012 wurde eine Petition an den Bundestag herangetragen, die die ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie und -therapeut_innen forderte, denn diese kommt derzeit lediglich einem Bruchteil der Patient_innen zugute.

Ohne frühzeitige psychotherapeutische Maßnahmen drohen insbesondere bei schwerwiegenden Leiden zunächst lange Zeiten der Arbeitsunfähigkeit bis hin zu einer Frühverrentung. Vermehrt ist auch festzustellen, dass vielen Menschen mit Migrationshintergrund unbegleitet von psychotherapeutischer



Behandlung recht sorglos Medikamente wie Antidepressiva verschrieben werden und das über Jahre hinweg.

Die Unterversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund geht über den unmittelbar psychotherapeutischen Bereich geradewegs hinaus: In Krisensituationen benötigen Eltern vermehrt Beratung und Unterstützung in Erziehungsfragen und eine Stärkung ihrer erzieherischen Kompetenzen.



Vor allem alleinerziehende Mütter fühlen sich häufig mit der Erziehung ihrer Kinder überfordert. Doch in viel zu wenigen Erziehungsberatungsstellen sind mehrsprachige Sozialarbeiter_innen, Psycholog_innen oder auch Therapeut_innen tätig. Das vorhandene Angebot entspricht nicht mehr dem Bedarf der Bevölkerung eines Einwanderungslandes. Die Regeldienste müssen ihre Angebote interkulturell öffnen und anteilig Stellen für die häufig vertretenen Sprachen schaffen, um die Versorgung mit muttersprachlichen professionellen Hilfen, seien diese Sozialpädagog_innen, Psycholog_innen oder Therapeut_innen, sicherzustellen.

In einem Stadtteil wie Wilhelmsburg fehlt es seit Jahren an einer Erziehungsberatungsstelle mit türkischsprachigen Psycholog_innen. Eine früher vorhandene Stelle wurde schlichtweg nicht nachbesetzt. Auch für Billstedt ist die Einrichtung einer städtischen Erziehungsberatungsstelle, die mehrsprachig besetzt ist, dringend geboten. Als schlechten „Ersatz“ gibt es hier bisher ein System von Beratungsgutscheinen, die vom Jugendamt ausgestellt und für die Inanspruchnahme einer Erziehungsberatung bei einem freien Träger eingesetzt

werden kann. Diese Handhabung schafft weitere Hürden (das Jugendamt ist nicht unbedingt ein Partner des Vertrauens, wenn es um Erziehungshilfen gehen soll), sodass viele Ratsuchende diese Möglichkeit nicht nutzen. Außerdem wird in Billstedt dringend eine psychosoziale Beratungsstelle mit mehrsprachigen Mitarbeiter_innen benötigt. Bei der Besetzung der Stellen ist dabei darauf zu achten, dass sie sich nach dem Anteil der gesprochenen Sprachen im Stadtteil richtet.

Verantwortungen der Stadt

Angesichts dieser Tatsachen ist folgernd zu schließen, dass es ein wichtiges Thema für die Stadt ist und sein muss, sich der seelischen Gesundheit von Migrant_innen (mehr) anzunehmen. Das Gesundheitssystem steht vor der großen Herausforderung, sich auf diese gesellschaftlichen Entwicklungen einstellen und reagieren zu müssen. Gegenwärtig sind endlich wissenschaftlich begleitete Forschungsprojekte veranlasst, die sich dieser Thematik widmen, doch bewegen muss sich nun vor allem die Gesundheitspolitik, um systematisch psychotherapeutische und psychosoziale Dienste einzurichten, die interkulturell ausgebildet sind sowie die Sprachen und Herkunftskulturen der Migrant_innen berücksichtigen.

Gleiche Chancen und Möglichkeiten

Damit sich die Menschen mit Migrationshintergrund erfolgreich in die Gesellschaft integrieren und partizipieren können, braucht es eine gleichberechtigte Behandlungs- und Umgangsweise im öffentlichen Leben. Das bedeutet, dass ihnen gleiche Chancen und gleiche Möglichkeiten in vielen Bereichen zu geben sind: Beispielsweise in gleichen Wettbewerbschancen im Schul- und Berufsleben, wie auch in diese umgebenden Rahmenbedingungen, wozu vorrangig der seelische Zustand und das seelische Wohlbefinden eines jeden Menschen gehören. So geht es hierbei nicht zuletzt auch um verlorene Ressourcen, wenn nicht rechtzeitige und in ausreichender Form präventive und interventive Hilfsangebote für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund zur Verfügung gestellt werden.

Autorin: Iris Jäger, verikom – Verbund für interkulturelle Kommunikation und Bildung e. V., Hospitalstr. 109, 22767 Hamburg
Tel: 040 238558310, verikom@verikom.de, www.verikom.de

Leitfaden über die interkulturelle Öffnung der Selbsthilfe in Hamburg

Die Broschüre „Kultursensible Selbsthilfe. Wege zur Interkulturellen Öffnung der Selbsthilfe.“ ist Anfang des Jahres erschienen. Die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS Hamburg) will damit Impulse für ein nachhaltiges kultursensibles Klima in der Selbsthilfe in Hamburg und darüber hinaus setzen.

Der Leitfaden fasst die Erfahrungen und Erkenntnisse eines Modellprojekts zusammen, dass KISS Hamburg vor sechs Jahren gemein-



sam mit der AOK Rheinland/Hamburg gestartet hat. Ziel des Projekts war es, allen Hamburgerinnen und Hamburgern den gleichen Zugang zur Selbsthilfe zu schaffen – unabhängig von Alter, Geschlecht, Handicap und sozialer oder kultureller Herkunft. Die Broschüre zeigt anhand zahlreicher Beispiele aus der Praxis, wie es gelingen kann, dass Selbsthilfeangebote die kulturelle Vielfalt unserer Gesellschaft widerspiegeln und die Mehrsprachigkeit anerkennen. Interessierte können



den Leitfaden auf der Website von KISS Hamburg unter www.kiss-hh.de heruntergeladen oder telefonisch (040/41 52 01-80) oder per E-Mail (kiss@paritaet-hamburg.de) eine gedruckte Ausgabe kostenlos bestellen.

KISS Hamburg

Die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) in Hamburg ist eine Einrichtung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Hamburg. KISS informiert, berät und vermittelt Menschen, die an Selbsthilfegruppen interessiert sind und hilft bei der Gründung von neuen Selbsthilfegruppen. Die Kontaktstellen in Altona, Harburg und Wandsbek sind die

Zentren der Selbsthilfeaktivitäten.

Seit 2008 koordiniert KISS Hamburg das Modellprojekt „Selbsthilfeunterstützung für Migrantinnen und Migranten in Hamburg“. Sein Ziel ist die Interkulturelle Öffnung. Im Rahmen des Projektes entstand auch der Kurzfilm „Impressionen aus der kultursensiblen Selbsthilfe“ (<https://www.youtube.com/watch?v=hntsRvnKpT8>).

Mehr Informationen unter www.kiss-hh.de

Kontakt: Christa Herrmann
Gesamtleitung KISS Hamburg
christa.herrmann@paritaet-hamburg.de

Was ist Gerechtigkeit heute?



Ist Gerechtigkeit eine Norm, eine Moral, ein Verfahren oder ein Sachverhalt? Oder ist sie nichts von alledem und vielmehr eine Fiktion? Der Autor Christian Schüle setzt sich in seinem Buch „Was ist Gerechtigkeit heute?“ mit dem Gerechtigkeitsempfinden auseinander und hinterfragt provokant unsere bisherigen Wertvorstellungen von einem gerechten Leben. Es besteht scheinbar weder eine einheitliche Definition von Gerechtig-

keit, noch gibt es gültige Prinzipien oder einen gesellschaftlichen Konsens darüber, was Gerechtigkeit ist. An alltäglichen Beispielen wird verdeutlicht, dass Gerechtigkeit je nach Be-

trachtungswinkel ein einziger Widerspruch in sich sein kann. Da Schüle sich selbst in die Debatte einbezieht, gibt er sich mit keiner einfachen Antwort zufrieden, sondern veranschaulicht diesen komplexen Begriff aus der rechtsphilosophischen, politischen, theologischen und ethischen Perspektive. Hierbei hinterfragt der Autor, ob Gerechtigkeit mehr ist als ein Diskurs, der zumeist von politischen, ideologischen oder finanziellen Interessen geleitet ist, er versucht vielmehr Gerechtigkeit konstruktiv zu begreifen. Schüle unterbreitet den Leser_innen Denkanstöße, um die ergebnisoffene Gerechtigkeitsdebatte anzuregen und versucht eine zukunftstaugliche Idee von Gerechtigkeit zu entwickeln. Abschließend stellt der Autor fest: „Alles ist nichts ohne Gerechtigkeit, vermutlich ist sie das edelste Instrument, das dem Menschen zur Verfügung steht.“

Christian Schüle (2015). Was ist Gerechtigkeit heute? Eine Abrechnung. München: Pattloch Verlag. 359 S. EUR 19,99. ISBN 978-3-629-13049-5

Familienleitbilder in Deutschland

Der Sammelband des Bundesinstitutes für Bevölkerungsforschung eröffnet einen Blick auf die Vielfalt und Widersprüchlichkeiten der derzeit in Deutschland vorfindbaren Familienleitbilder. Wie sehen kulturelle Ideal- und Normalitätsvorstellungen eines guten Familienlebens aus? Welche unterschiedlichen Dimensionen von Familienleitbildern existieren? Und wie werden dadurch die Familiengründung und das Familienleben beeinflusst? Diese und weitere Fragestellungen werden in einer repräsentativen Befragung junger Menschen zwischen 20 und 39 Jahren, die im Jahr 2012 im Auftrag des Institutes erhoben wurde, beleuchtet. Die Ergebnisse bieten eine wichtige Grundlage für Empfehlungen künftiger Forschung und Familienpolitik, die durch ein besseres Verständnis der kulturellen Dimension dazu beitragen können, den Vorstellungen junger Menschen in Deutschland besser gerecht zu werden. Aufbauend auf einem Leitbildkonzept folgen in 16 Kapiteln eine detaillierte Studienbeschreibung sowie Bei-

träge beispielsweise zu den Themen Partnerschaft, Kinderwunsch, Familiengründung und Elternschaft, und ein Ausblick auf zukünftige Forschungsfragen.

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.) (2015) Familienleitbilder in Deutschland, Kulturelle Vorstellungen zu Partnerschaft, Elternschaft und Familienleben. Beiträge zur Bevölkerungswissenschaft Band 48. Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich Verlag. 288 S. EUR 42,00. ISBN 978-3-8474-0663-1





Jugendliche im Übergang von Schule zum Beruf

Die Tübinger Forschungsgruppe für Migration | Integration | Jugend | Verbände hat subjektive Berufsorientierungen von Hauptschüler_innen untersucht. Berufsorientierung erfolgt dabei auf zwei Wegen: Zum einen sind es die individuellen Wünsche und Neigungen der Jugendlichen, zum anderen unterstützen pädagogische Maßnahmen die Entscheidungsfindung. Aus den ermittelten und ausgewerteten Ergebnissen der Untersuchung, vor allem im Hinblick auf Probleme bei der Berufsorientierung oder Einflüsse des räumlichen und sozialen Umfeldes sowie beteiligter Einrichtungen, erarbeiteten die Forscher_innen ein praxisorientiertes Programm. Sie geben konkrete Handlungsanleitungen und machen einen Vorschlag für ein generelles Programm zur Unterstützung der Berufs-

orientierung – insbesondere für junge Migrant_innen, der auch in Schulen umgesetzt werden kann.

J. Held, J. Bröse, C. Rigotti, D. Donat (2015). Jugendliche im Übergang von Schule zum Beruf, Berufsorientierung junger Menschen mit Migrationsgeschichte. Opladen, Berlin, Toronto: Budrich UniPress. 140 S. EUR 22,90. ISBN: 978-3-86388-096-5



Impressum

Herausgeberin

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)

Repsoldstr. 4 | 20097 Hamburg

Telefon: 040 2880364 0 | Fax: 040 2880364 29

E-Mail: buero@hag-gesundheit.de

Internet: www.hag-gesundheit.de

V.i.S.d.P.: Susanne Wehowsky



Redaktion: Dörte Frevel | Petra Hofrichter | Christine Orlt | Susanne Wehowsky

Beiträge: Isabel Marin Arrizabalaga | Holger Hanck | Frauke Ishorst-Witte | Iris Jäger | Dieter Lünse | Lisa Maarzahl | Mike Mösko | Cornelia Reher | Susann Rührich | Haci-Halil Uslucan

Koordination: Dörte Frevel

Satzerstellung: Christine Orlt

Druck: Drucktechnik

Auflage: 2500

ISSN: 1860-7276

Erscheinungsweise: 2 x jährlich (Mai und November)

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung des/der Autor_in wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Fotos: S. 2 – Heike Günther, S. 3 – Foto: ines89, photocase.com, S. 4, 7, 10, 11, 13 – Stiftung Children for Tomorrow, S. 8 – Tinvo, photocase.com, S. 9 Grafiken – Nadine Wiese, ikm Hamburg

Sie können StadtpunkteThema kostenlos bestellen: per Telefon, Fax oder E-Mail.

Welche Medizin wollen wir?

Der Arzt Michael de Ridder fordert in seinem Buch, den Menschen wieder mehr in den Mittelpunkt ärztlichen Handelns zu stellen: „Patientenwohl und Empathie statt Cashflow, Fallpauschale und Bettenpolitik“, so steht es im Verlagstext. Zunehmend mehr gerät das Wohl der Patient_innen in den Arztpraxen aus dem Blick, weil vor allem

ökonomische Vorgaben das ärztliche Handeln bestimmen. Zeit für ein Gespräch, Zeit für Erläuterungen bei Eingriffen oder für die Bewältigung von Angst: sie bleibt auf der Strecke. Der Autor, der mehr als 35 Jahre als Arzt tätig war, wendet sich gegen eine Medizin, die den Patienten aus dem Blick verliert. De Ridder skizziert abschließend in sieben Thesen für eine „authentische, menschliche und zukunftsfeste Medizin“ Wege in eine patientenfreundlichere Zukunft und wie das Vertrauen zwischen Arzt und Patient_in wieder hergestellt werden kann.



ökonomische Vorgaben das ärztliche Handeln bestimmen. Zeit für ein Gespräch, Zeit für Erläuterungen bei Eingriffen oder für die Bewältigung von Angst: sie bleibt auf der Strecke. Der Autor, der mehr als 35 Jahre als Arzt tätig war, wendet sich gegen eine Medizin, die den Patienten aus dem Blick verliert. De Ridder skizziert abschließend in sieben Thesen für eine „authentische, menschliche und zukunftsfeste Medizin“ Wege in eine patientenfreundlichere Zukunft und wie das Vertrauen zwischen Arzt und Patient_in wieder hergestellt werden kann.

Michael de Ridder. Welche Medizin wollen wir? (2015). Warum wir den Menschen wieder in den Mittelpunkt ärztlichen Handelns stellen müssen. München: Deutsche Verlags-Anstalt. 304 S. EUR 19,99. ISBN: 978-3-421-04624-6

In Hamburg aktiv und gesund

Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) macht sich für soziallagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten stark. Sie arbeitet auf Grundlage der Ottawa Charta und ist das landesweite Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung in Hamburg. Zentrale Aufgaben sind: vernetzen, koordinieren,

qualifizieren, beraten, informieren und Projekte fördern. Die HAG ist unabhängig und gemeinnützig. Ihre Arbeit wird finanziert aus Mitteln der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV), aus Projektmitteln von Krankenkassen (GKV) und anderen Trägern.

www.hag-gesundheit.de