



**3. KOMMUNALE GESUNDHEITSKONFERENZ
DER STADT MANNHEIM**

KULTURSENSIBILITÄT UND GESUND ÄLTER WERDEN

**26. NOVEMBER 2015
BÜRGERHAUS NECKARSTADT-WEST**



INHALT

1.	ZIELSETZUNG	3
2.	PROGRAMM	3
3.	GRÜßWORTE DER BÜRGERMEISTERIN FÜR BILDUNG, JUGEND UND GESUNDHEIT DR. ULRIKE FREUNDLIEB	5
4.	EINFÜHRUNG: VIELFALT DES ALTERNS IN MANNHEIM DR. PETER SCHÄFER, LEITER DES FACHBEREICHS GESUNDHEIT, STADT MANNHEIM.....	7
5.	IMPULSVORTRAG: GESUNDHEITSVERSORGUNG IN EINER PLURALEN GESELLSCHAFT: BARRIEREN, HERAUSFORDERUNGEN, HANDLUNGSANSÄTZE GABRIELLA ZANIER, CARITASVERBAND FRANKFURT	12
6.	DIE WORKSHOPS.....	21
	6.1 WORKSHOP 1: DER EINSAMKEIT IM ALTER BEGEGNEN	21
	6.2 WORKSHOP 2: SPRACHBARRIEREN UND QUALITÄT DER VERSORGUNG	25
	6.3 WORKSHOP 3: ZUGÄNGE UND BEDARFSGERECHTE UNTERSTÜTZUNG FÜR SORGENDE.....	28
	6.4 WORKSHOP 4: GESUND ÄLTER WERDEN IM QUARTIER.....	32
7.	ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK.....	34



1. ZIELSETZUNG

Im Jahr 2012 fand die erste Kommunale Gesundheitskonferenz mit der Intention statt, das Augenmerk auf die Versorgungslage und die Strukturen in sozial benachteiligten Stadtteilen und deren Bürgerinnen und Bürger zu richten. Es galt, Zielgruppen und Bedarfe zu identifizieren, auf die sich Angebote und Maßnahmen verstärkt ausrichten müssen, um eine gleichberechtigte Teilhabe an Gesundheitsförderung und Prävention für alle zu gewährleisten.

Auch die 3. Kommunale Gesundheitskonferenz am 26. November 2015 hatte das Ziel, Möglichkeiten zur Stärkung der Bürgerbeteiligung sowie der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit auszuloten und konkrete Umsetzungsmaßnahmen zu erarbeiten.

Angesichts der allgemeinen, auch in Mannheim sich deutlich abzeichnenden demographischen Entwicklung, die durch eine Alterung der Gesellschaft und durch eine Zunahme an Menschen mit Zuwanderungsgeschichte geprägt ist, stand bei der diesjährigen Gesundheitskonferenz eine Gruppe im Fokus, deren Anteil an unserer Stadtgesellschaft stetig steigt und beide Merkmale auf sich vereint: Senior/-innen mit Migrationshintergrund.



Mehrere Studien belegen, dass Migrant/-innen nicht nur ein deutlich schlechteres subjektives Gesundheitsempfinden haben als Menschen ohne Zuwanderungsgeschichte, sondern auch tatsächlich einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind und schneller altern.¹

Gleichzeitig werden Menschen mit Migrationshintergrund bei der medizinischen Versorgung und in der Pflege nachweislich benachteiligt. Sprachliche und kulturelle Barrieren sowohl auf Seiten der betreffenden Patienten als auch auf Seiten des Systems führen zu defizitärer Information und Aufklärung sowie entsprechend zu einer Benachteiligung in Beratung und Behandlung.

Im Zentrum der 3. Kommunalen Gesundheitskonferenz stand deshalb die Frage, wie kultursensible Ansätze im Gesundheitssystem verankert werden können, um Hürden bei der Inanspruchnahme von Versorgungs- und Präventionsangeboten abzubauen. Nach einem Einführungsvortrag mit sozialraumbezogener demographischer Analyse und einem Gastbeitrag zum Thema Kultursensibilität sollten in vier Workshops zielgruppenspezifische Bedarfe und mögliche Lösungsansätze ermittelt werden. Neben der Identifikation konkreter Anforderungen und Handlungsfelder galt es gleichzeitig, die Basis für eine bessere und wirkungsorientierte Vernetzung der Akteure vor Ort zu legen.

¹Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Forschungsbericht 18, 2012: *Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven.*



2. PROGRAMM

- 16:30 UHR ANMELDUNG UND COME TOGETHER
- 17:00 UHR BEGRÜßUNG
DR. ULRIKE FREUNDLIEB, BÜRGERMEISTERIN FÜR BILDUNG,
JUGEND UND GESUNDHEIT
- 17:10 UHR EINFÜHRUNG: VIELFALT DES ALTERNS IN MANNHEIM
DR. PETER SCHÄFER, LEITER DES FACHBEREICHS GESUNDHEIT,
STADT MANNHEIM
- 17:30 UHR IMPULSVORTRAG: GESUNDHEITSVERSORGUNG IN EINER PLURALEN GESELLSCHAFT:
BARRIEREN, HERAUSFORDERUNGEN, HANDLUNGSANSÄTZE
GABRIELLA ZANIER, CARITASVERBAND FRANKFURT, UND
FORUM KULTURSENSIBLE ALTENHILFE
- 18:15 UHR GELEGENHEIT ZUM AUSTAUSCH
- 18:45 UHR PARALLELE WORKSHOPS 1 – 4
- 20:30 UHR PLENUM:
ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE AUS DEN WORKSHOPS –
WIE GEHT ES WEITER?

GEGEN 21:00 UHR: ENDE DER VERANSTALTUNG

MODERATION: ROSA OMEÑACA PRADO



3. GRÜßWORTE DER BÜRGERMEISTERIN FÜR BILDUNG, JUGEND UND GESUNDHEIT DR. ULRIKE FREUNDLIEB



Meine sehr geehrten Damen und Herren,
sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter des Gemeinderates,

ich begrüße Sie ganz herzlich im Namen des Oberbürgermeisters Dr. Kurz und des Gemeinderats zur mittlerweile 3. Mannheimer Gesundheitskonferenz mit dem Thema „Kultursensibilität und gesund älter werden“.

Die Frage des Alterns und Älter-Werdens beschäftigt unsere Gesellschaft schon seit längerer Zeit. Überalterung, demografischer Wandel, das sind häufig zitierte Schlagworte. Bereits jetzt leben in Mannheim mehr Menschen über 65 Jahre als Kinder und Jugendliche.

Nun ist es ja so, dass Alter heute durchaus anders erlebt wird als früher. Die Lebenserwartung steigt insgesamt, ältere Menschen sind wesentlich präsenter in der öffentlichen Wahrnehmung. Sie bringen sich verstärkt in politische Diskussionen ein, pflegen ein aktives Freizeitverhalten und sind durch ihr Konsumverhalten und ihre Kaufkraft ein wichtiger Faktor für die Wirtschaft.

Diese Aspekte betreffen jedoch nur einen Teil der älteren Generation, viele Menschen sind davon ausgenommen. Woran liegt das? Eine ungünstige Erwerbsbiografie, geringe Rente, Altersarmut, ungünstige Wohnbedingungen und ein schlechter Gesundheitszustand sind u.a. Gründe, welche ein gesundes Altern und gesellschaftliche Teilhabe für viele ältere Menschen schwer erreichbar, wenn nicht gar unerreichbar werden lassen. Zwar haben wir bereits ein sehr ausdifferenziertes Versorgungssystem, doch diese Menschen kommen dort kaum an.

Die am schnellsten wachsende Gruppe unter den älter werdenden sind Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. Ihre Lebenssituation ist im Durchschnitt schlechter als die von Menschen ohne Migrationshintergrund. In Mannheim leben viele Ältere mit Migrationserfahrung, neben den Arbeitsmigrantinnen und -migranten der ersten Generation auch neu zugewanderte Menschen aus anderen Regionen der Welt. Sie stehen nun vermehrt vor dem Eintritt ins Rentenalter oder sind bereits verrentet. Gesundheitssystem, Altenhilfe und Pflege müssen sich also perspektivisch einer wachsenden Nachfrage stellen.

Wir haben in Mannheim bereits frühzeitig auf diese Entwicklung reagiert und verfolgen mit unserem „Entwicklungsplan Bildung und Integration“ die strategische Zielsetzung der interkulturellen Öffnung unserer Verwaltung bzw. Bildungsinstitutionen und der Entwicklung zielgruppenspezifischer, passgenauer Angebote.



Eine gute Versorgung im Alter und ein langes selbst- und eigenständiges Leben sind zentrale Themen für alle Seniorinnen und Senioren. Dies gilt in besonderer Weise für die zugewanderten Bürgerinnen und Bürger unserer Stadt.

Oftmals verhindern jedoch Barrieren den Zugang bzw. die optimale Nutzung der verschiedenen Systeme, ihrer Strukturen und Angebote:

- sprachliche Hürden,
- ein unterschiedliches kulturelles und individuelles Verständnis, wie Versorgung im Alter sein soll,
- Angebote passen nicht,
- Informationsdefizite über Versorgungsstrukturen und Angebote.

Interkulturelle Öffnung und Kultursensibilität werden daher zu wichtigen Parametern in der Arbeit des Gesundheitswesens, der Altenhilfe und der Pflege, um die Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund zu steigern. Dabei spielt auch die Vernetzung mit Akteuren und Anbietern aus dem Migrationsbereich eine wichtige Rolle.

Die kulturelle Vielfalt in Mannheim erlebe ich als großes Gut, das es für die Weiterentwicklung der örtlichen Strukturen und Angebote zu nutzen gilt. Gleichzeitig zeigen sich beim Thema „Alter und Migration“ vor allem die Grenzen der derzeitigen Versorgungsstrukturen im Allgemeinen. Denn Unterstützungsangebote sind, wie eingangs erwähnt, nicht nur für eingewanderte Menschen oft schwer zugänglich oder nicht angemessen. Und so muss es perspektivisch aus meiner Sicht vor allem darum gehen, die Versorgungslandschaft für Ältere, unter besonderer Berücksichtigung der Bedarfe älterer Menschen mit Migrationshintergrund, weiterzuentwickeln und zu modernisieren. Denn in der Folge bedeuten kultursensible Versorgungsangebote eine bedarfsgerechtere Hilfeleistung und eine bessere Qualität.

Mit der 3. Kommunalen Gesundheitskonferenz wollen wir dazu beitragen, die Vernetzung der Akteure untereinander zu fördern und diesen Modernisierungsprozess voranzutreiben. Kultursensibilität entsteht nicht von heute auf morgen, sie setzt einen kontinuierlichen Austausch und Diskurs voraus, der durchaus auch gerne kontrovers verlaufen kann. Aber das Überdenken von Haltungen und Sichtweisen und die Erarbeitung eines gemeinsamen Verständnisses sind eben oftmals das Ergebnis langer, harter Arbeit.

Und deshalb freue ich mich, dass Sie unserer Einladung gefolgt sind, zeigt es doch, dass auch Sie an einer Weiterentwicklung der Strukturen und Angebote interessiert sind. Ich wünsche Ihnen erkenntnisreiche Vorträge und spannende Diskussionen in den Workshops.

Vielen Dank!



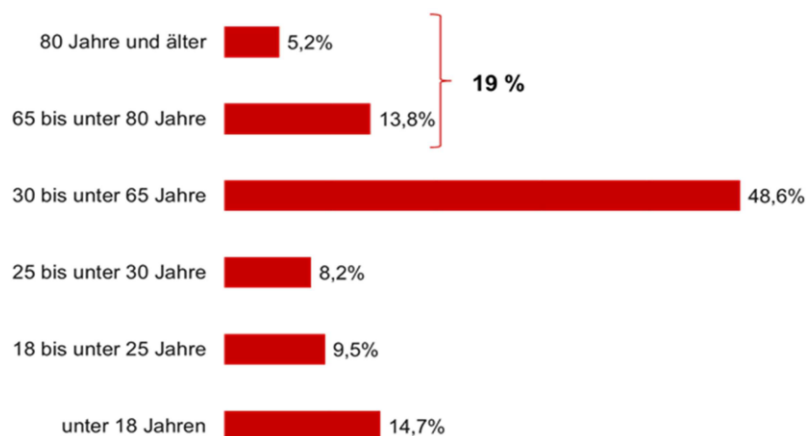
4. EINFÜHRUNG: VIelfALT DES ALTERNS IN MANNHEIM DR. PETER SCHÄFER, LEITER DES FACHBEREICHES GESUNDHEIT, STADT MANNHEIM



Herr Dr. Schäfer präsentierte in seinem Vortrag gesellschaftliche Rahmenbedingungen des Alterns in Mannheim. Seine Schwerpunkte waren allgemeine demographische Faktoren, Diversifikation und Migration sowie die Lebenssituation älterer Menschen.

Herausforderung Demographie

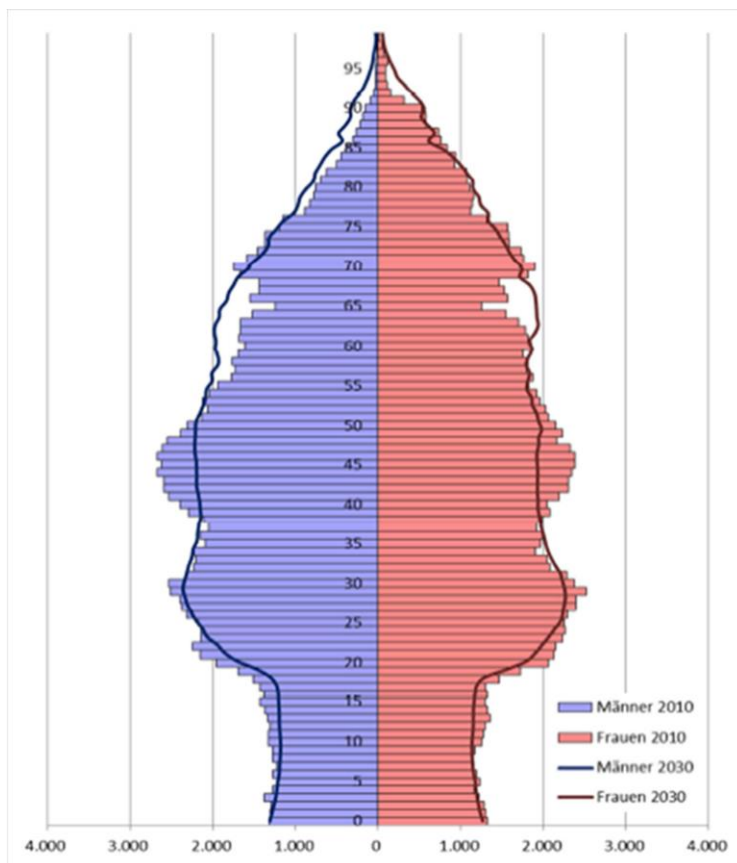
Allgemein steigt die Lebenserwartung der Menschen. Wie die folgende Graphik zeigt, leben in Mannheim schon jetzt mehr Menschen ab 65 Jahren als Kinder und Jugendliche. Der Anteil der Menschen in der Altersgruppe ab 65 Jahren und älter beträgt in Mannheim 19 %, im Jahr 2009 lag dieser Anteil noch bei 14,5 %.



Quelle: Kommunale Statistikstelle, Stadt Mannheim

Der Altersdurchschnitt in Mannheim liegt bei 42,7 Jahren. Damit liegt Mannheim sowohl hinsichtlich des Anteils der Personen ab 65 Jahren an der Gesamtbevölkerung (Deutschland: 21 %) als auch hinsichtlich des Durchschnittsalters (Deutschland 2013: Männer 42,8 Jahre, Frauen 45,5 Jahre) unter den bundesdeutschen Zahlen.

Dennoch wird sich der Trend zu einer Alterung der Gesellschaft auch in Mannheim voraussichtlich verstetigen. Unter der Annahme, dass sich Bevölkerungsbewegungen (Geburten-, Sterberaten sowie Zu- und Wegzüge) aus der Vergangenheit in gleicher Weise fortsetzen werden, ergibt sich laut Prognose der kommunalen Statistikstelle im Jahr 2030 voraussichtlich folgendes Gesamtbild für Mannheim:



Wie der Bevölkerungsbaum zeigt, ist mit einer Verschiebung der starken mittleren Jahrgänge nach oben zu rechnen. Es wird eine Zunahme bei den 65- bis unter 80-Jährigen sowie bei den Hochaltrigen (80 Jahre und älter) zu verzeichnen sein:

Die Zahl der Personen im Alter von 65 Jahren und älter wird bis 2030 überproportional steigen auf über 63.000, das entspricht einer Zunahme von rund 9 %. Bei den Hochaltrigen ist mit schätzungsweise 10,7 % der größte Zuwachs zu erwarten.

Quelle: Kommunale Statistikstelle, Stadt Mannheim

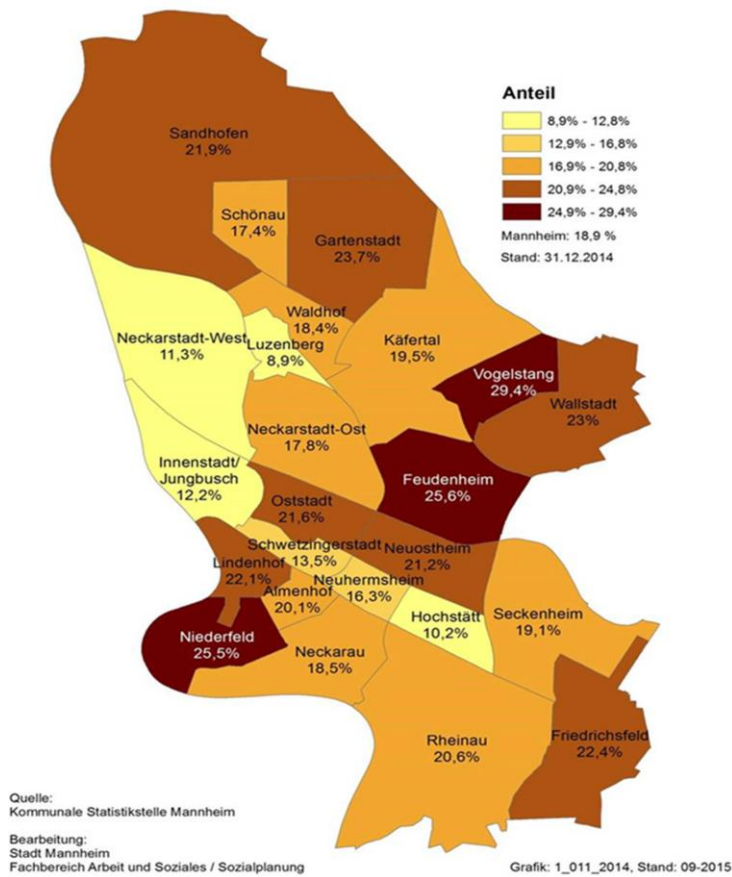
Diversifikation

Nach seinen Ausführungen zur allgemeinen demographischen Entwicklung in Mannheim betrachtete Herr Dr. Schäfer die Zusammensetzung der Bevölkerung in den einzelnen Mannheimer Stadtteilen. Im Fokus standen dabei die über 65-Jährigen sowie Personen mit Migrationshintergrund.

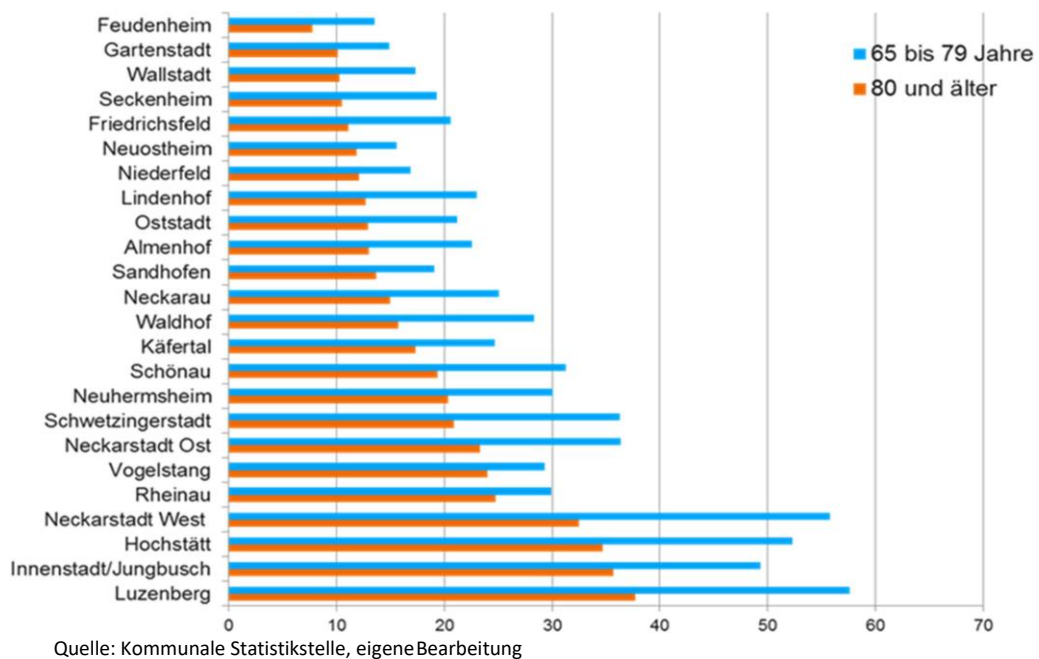
Zwischen den Stadtteilen zeigen sich deutliche Unterschiede in der Altersstruktur der Einwohner. Der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung schwankt zwischen 8,9 % bis 29,4 %.

In absoluten Zahlen betrachtet, leben die meisten Personen ab 65 Jahren in den bevölkerungsreichen Gebieten Innenstadt-Jungbusch (3.689) und Neckarstadt-Ost (5.740). Der höchste Anteil an Hochaltrigen unter der älteren Bevölkerung findet sich in Niederfeld, Vogelstang und Neuhermsheim.

Der folgenden Graphik kann der Anteil der über 65-Jährigen an allen Einwohnerinnen und Einwohnern im jeweiligen Stadtteil entnommen werden:



Anschließend beleuchtete Herr Dr. Schäfer den Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in den jeweiligen Altersgruppen und Stadtteilen.





Insgesamt haben 41% der Mannheimer Bürgerinnen und Bürger einen Migrationshintergrund. Davon stellen Menschen mit türkischer Zuwanderungsgeschichte mit 9% den größten Anteil.

15.715 Personen bzw. 25,5 % der Bürgerinnen und Bürger im Alter ab 65 Jahren verfügen über einen Migrationshintergrund. Der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund an den 65- bis 79-Jährigen sowie an den über 80-Jährigen ist in den Stadtteilen Neckarstadt-West, Hochstätt, Innenstand-Jungbusch und Luzenberg am höchsten. Alle diese Stadtteile können dem Sozialraumtyp 5 zugeordnet werden. Gerade in „jüngeren“ Stadtteilen stellen Migrantinnen und Migranten mehr als 50 % der älteren Bevölkerung und mehr als ein Drittel der Hochaltrigen.

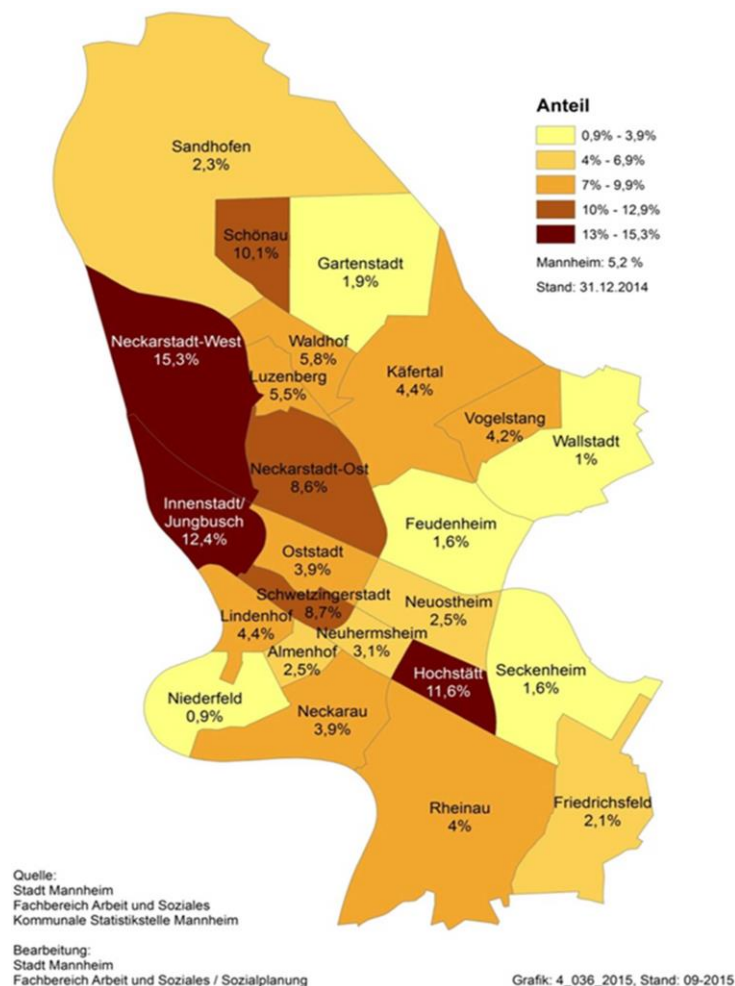
Lebenssituation im Alter

Im Anschluss nahm Herr Dr. Schäfer die Themen Armutsgefährdung, Pflege und Wohnsituation in den Blick.

Für die Ermittlung von Armutsgefährdung wird häufig das Konzept des Leistungsbezugs verwendet, da auf kleinräumiger Ebene Einkommensdaten selten verfügbar sind. Der Anteil an Grundsicherung im

Alter lag in der ausländischen Bevölkerung ab 65 Jahren im Jahr 2013 bei 13 %, der Anteil bei Älteren mit deutscher Staatsangehörigkeit, also auch eingebürgerten Personen, lag demgegenüber bei 6 %. Dabei liegt der Anteil der Frauen im Leistungsbezug deutlich höher.

Die Zahl der Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherungsleistungen im Alter steigt. Vor allem in den zentrumsnahen Stadtteilen Neckarstadt-West





(15,3 %), Innenstadt-Jungbusch (12,4 %) und Hochstätt (11,6 %) ist der Anteil von Leistungsbeziehern bzw. das Armutsrisiko besonders hoch.

In Einpersonenhaushalten leben insgesamt 18.869 Personen (32 %) der Altersgruppe ab 65 Jahren. In den Stadtteilen Neckarstadt-Ost, Innenstadt-Jungbusch, Käfertal und Rheinau wohnen absolut gesehen die meisten Alleinlebenden im Alter von 65 Jahren und älter. Prozentual gesehen findet sich der größte Anteil im Stadtteil Schwetzingenstadt.

Die Wohneigentumsquote steigt über alle Einkommensgruppen hinweg mit dem Lebensalter. In Großstädten (2010 in Westdeutschland bei 28 %) ist sie niedriger als in Kleinstädten oder im ländlichen Raum. In Baden-Württemberg liegt sie im Durchschnitt bei 51,6 %.

In Mannheim stehen für Alternative Wohnformen im Alter 47 Wohnungen zur Verfügung (Verein MaJunA - eingetragener gemeinnütziger Verein mit dem Ziel der Förderung und Umsetzung des gemeinschaftlichen und selbstbestimmten Wohnens). Es gibt ferner ca. 34 Angebote des Betreuten Wohnens auf 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 75 Jahren und älter. Dabei sind die Angebote ungleich über das Stadtgebiet verteilt, am besten versorgt sind die Stadtteile Wallstadt und Lindenhof.

Derzeit sind in Mannheim 7.452 Personen ab 65 Jahren pflegebedürftig nach SGB XI, das entspricht 12,8 % der Menschen in dieser Altersgruppe. Der Anteil der Menschen mit Zuwanderungshintergrund unter den Pflegebedürftigen ist unbekannt. In den Jahren von 2001 bis 2013 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen um 36 %.

4,3 % der Bürgerinnen und Bürger ab 65 Jahren leben in stationären Pflegeeinrichtungen (Stand 2013). Der Bundesschnitt beträgt hier 7 %, liegt also deutlich höher.

Fazit

Herr Dr. Schäfer schloss seinen Vortrag mit den Worten, dass angesichts der großen Vielfalt des Alterns in Mannheim Gesundheit nicht isoliert betrachtet werden kann. Themen wie:

- Einsamkeit im Alter
- Migrationshintergrund (u.a. Sprache, Kultur)
- Zugänge und bedarfsgerechte Unterstützung

gewinnen angesichts der demographischen Entwicklung, der Diversifikation und der Lebensumstände älterer Menschen an Bedeutung.

Zur Verbesserung der medizinischen Versorgungslage, und um zielgruppenspezifischen Bedarfen besser gerecht werden zu können, ist eine Gesundheitsförderung im Quartier – der Lebenswelt der Menschen – zielführend.



5. IMPULSVORTRAG:

GESUNDHEITSVERSORGUNG IN EINER PLURALEN GESELLSCHAFT: BARRIEREN, HERAUSFORDERUNGEN, HANDLUNGSANSÄTZE GABRIELLA ZANIER, CARITASVERBAND FRANKFURT

Frau Gabriella Zanier, Caritasverband Frankfurt, ist seit 22 Jahren in der präventiven Altenhilfe tätig, (beispielsweise im Forum Kultursensible Altenhilfe oder in Brückenprojekten mit Migrant/-innen).



@pixabay

Demographische Faktoren und Migration

Die Entwicklungen zu einer zunehmend pluralen Gesellschaft implizieren soziale, ökonomische, kulturelle Differenzen und unterschiedliche Ausgangsbedingungen, die zu heterogenen Gesundheitslagen, Bedarfen und Bedürfnissen ihrer Mitglieder führen.

Die Gesundheitslage von Migrantinnen und Migranten lässt – im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Zuwanderungsgeschichte – insgesamt einen schlechteren Gesundheitszustand erkennen, z. B. eine höhere Rate an Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen (mit der Folge früher und häufiger auftretender Behinderung), eine häufigere Multimorbidität (Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, Arthrosen, Krankheiten der Atemwege) und Chronifizierung, einen circa 10 Jahre früher einsetzenden Alterungsprozess und ein früheres Auftreten von Pflegebedürftigkeit.

Bereits mehrfach belegt ist auch die Erkenntnis, dass Migrant/-innen deutlich weniger Gesundheitsmaßnahmen sowohl der primären als auch der sekundären Prävention (Vorsorgeuntersuchungen, Bewegungsangebote, Krebsnachsorge, Reha-Maßnahmen...) in Anspruch nehmen. Im Krankheitsfall oder bei Pflegebedarf beanspruchen sie diagnostische und therapeutische Maßnahmen sowie Beratung, Betreuung und Pflege erst im fortgeschrittenen Stadium bzw. bei fortgeschrittener Pflegebedürftigkeit.

Einflussfaktoren auf Gesundheitszustand und –verhalten

Für die Erklärung von Gesundheitszustand und –verhalten von Migrant/-innen lassen sich Individuelle, ökonomische, strukturelle, soziokulturelle und migrationsbedingte Einflussfaktoren identifizieren.

Zu den individuellen und migrationsbedingten Einflussfaktoren zählen beispielsweise der Lebensstil, migrationsspezifische Belastungen (Anpassungsstress, Trennung von Angehörigen, unsichere Zukunftsorientierungen, geringeres Zugehörigkeitsgefühl, Ohnmachtsgefühle und Identitätskrisen, Traumaerfahrungen, negative Migrationsbilanz), Isolation und Vereinsamung.



Strukturelle Einflussfaktoren sind beispielsweise eine unzureichende wohnortnahe Gesundheitsversorgung im Quartier, Mangel an zugehenden Gesundheitsleistungen, fehlende kultursensible Angebote aber auch unsichere Rechtslage bzw. Leistungsanspruch, geringere Partizipationschancen und soziale Ausgrenzung.

Als sozioökonomische Faktoren wirken sich niedriges Bildungsniveau, schlechte Arbeitsbedingungen bzw. Arbeitslosigkeit, ungünstige Wohnbedingungen, unzureichende finanzielle Absicherung, prekäres Milieu aus.

Zu den soziokulturellen Einflussfaktoren zählen ein kulturell und religiös geprägtes Gesundheitskonzept und Copingstrategien, sowie das sozialisations- und migrationsbedingte Gesundheitsverhalten. Die wenig ausgeprägte Gesundheitsvorsorge bei älteren Migrant/-innen lässt sich vor dem Hintergrund folgender Aspekte nachvollziehen:

- Gesundheitsvorsorge wurde jahrelang zugunsten des Migrationsziels vernachlässigt
- Sinnhaftigkeit präventiver Gesundheitsmaßnahmen wird von den Nutzern nicht erkannt bzw. von Gesundheitssystem nicht angemessen vermittelt, (der Sinn wird nicht aus der Perspektive des Patienten vermittelt, sondern nur aus der westlich geprägten ärztlichen Sicht)
- Präventive Maßnahmen kollidieren mit kulturellen Vorstellungen (z.B. Stellenwert und Rolle des älteren Menschen,) oder religiösen Vorgaben
- tradiertes Verhalten: aufgrund fehlender staatlicher Versorgungsstrukturen im Herkunftsland werden Lösungen für Gesundheitsprobleme auch in Deutschland vorwiegend im privaten Bereich gesucht.

Barrieren

Der Handlungsbedarf für die Verbesserung dieses Zustands ist bereits mehrfach erkannt. Ansatzpunkte für die Entwicklung von kultursensiblen Handlungskonzepten und Maßnahmen bieten die Analyse der individuellen *soziokulturellen* Barrieren bei den *Zielgruppen mit Migrationshintergrund* sowie der *strukturellen* Barrieren beim *Gesundheits- und Versorgungssystem*.

Unter den strukturell bedingten Barrieren des Gesundheits- und Versorgungssystems, die sowohl den Zugang zu professionellen Beratungs- und Leistungsangeboten erschweren als auch eine bedarfsgerechte Behandlung verwehren, sind zu erwähnen: die Unübersichtlichkeit von Strukturen und Zuständigkeiten, das Überwiegen von Komm-Strukturen, mangelnde Kenntnis über die verschiedenen Zielgruppen (Migrationsgeschichte, Wertvorstellungen, Kommunikationskultur), mangelnde interkulturelle Kompetenz, fehlende Mehrsprachigkeit in Information, Beratung, Betreuung und Pflege, fehlende neutrale und fachkundige Dolmetscher, Überlastung und Überforderung der Mitarbeiter, undifferenzierte Behandlung und unzureichende Beteiligung der Patienten, unzureichende Koordination der Angebote.



Die Barrieren sind ebenso auch in Diagnostik und Therapie zu konstatieren. Anamneseverfahren und Dokumentation sind nicht kultur- und migrationssensibel ausgerichtet, die Patienteninformationen z.B. Aufklärungsbögen oft nur in deutscher Sprache und schwer verständlich. Es existieren komplizierte Verfahren für die Leistungserbringung, aber wenig diversifizierte und ganzheitliche Behandlungskonzepte für die unterschiedlichen Patientengruppen (Hochspezialisierung und Segmentierung der Medizin). Gerade diese Aspekte lösen insbesondere bei bildungsfernen Patientengruppen Hilflosigkeit und Abhängigkeit aus und führen oft zu endloser Diagnostik und Fehlbehandlung bei höheren Kosten.

ZWISCHENFAZIT: Ein Migrationshintergrund in Zusammenhang mit niedriger sozioökonomischer Lage und Isolation kann die KRANKHEITSRISIKEN erhöhen und den ZUGANG zur medizinischen Versorgung erschweren. Der mehrfach bestätigte Zusammenhang zwischen niedrigem sozioökonomischem Status und schlechterem Gesundheitszustand bei Zugewanderten beschränkt sich nicht nur auf die Einwanderergeneration, sondern „die sozioökonomischen Nachteile vererben sich in nicht wenigen Fällen bis in die zweite oder dritte Migrantengeneration“.²

HERAUSFORDERUNGEN und ANSÄTZE

Die Behebung der Hürden bei Zugang und Nutzung von Gesundheitsleistungen stellt eine zentrale Herausforderung für die Entwicklung einer bedarfsgerechten und kultursensiblen Gesundheitsversorgung in einer pluralen Gesellschaft dar. Vor dem Hintergrund der skizzierten Ausgangslage der Nutzer/-innen und der soziokulturellen und strukturellen Barrieren identifiziert Frau Zanier drei Kernelemente für eine differenzierte, kultursensible und nutzergerechte Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung:

- Kultursensibilität
- Interkulturelle Öffnung
- Beteiligungsfähigkeit

1. Kultursensibilität

Eine kultursensible Ausrichtung des Versorgungssystems zielt auf die Schaffung niedrigschwelliger und gleichberechtigter Zugangswege, Nutzungsmöglichkeiten und gleichwertiger Qualität der Versorgungsangebote für alle Gruppen. Gleichzeitig ermöglicht ein kultursensibler Ansatz die Anpassung der bestehenden Angebote und Regeldienste an die zielgruppenspezifischen Ausgangsbedingungen und Bedarfe. Durch nutzergerechte Informationen und Aufklärung kann darüber hinaus das Gesundheitsbewusstsein und -verhalten auf Seiten der Patienten gestärkt, sowie Mitbestimmung und Patientenbeteiligung ermöglicht

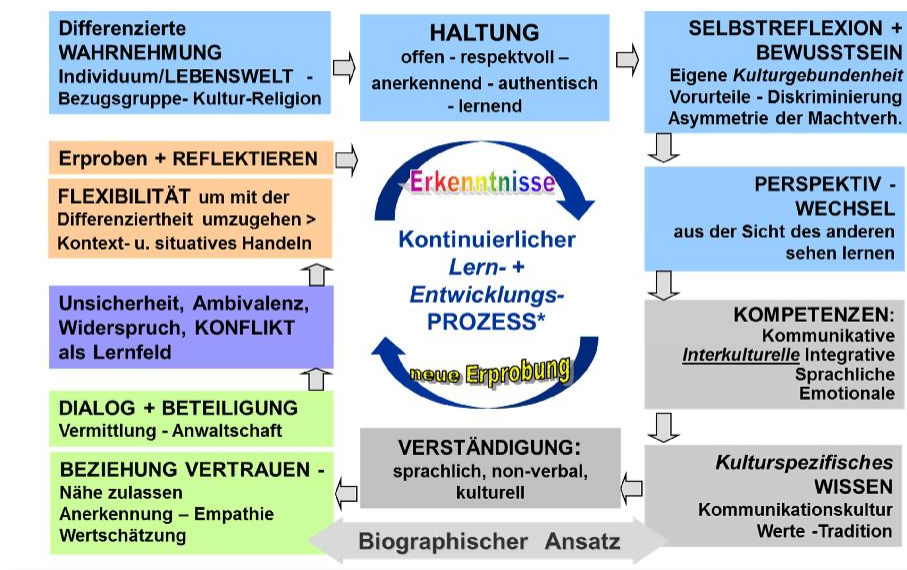
² Vgl. A. Krasnik: Aktuelle Herausforderungen und deren Lösung in Skandinavischen Gesundheitssystemen, Dokumentation zur Konferenz *Gesundheitsversorgung und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft* der Friedrich-Ebert-Stiftung am 21. April 2015, Berlin



werden. Leitgedanke ist stets, die Versorgungsstrukturen zu verbessern und eine gleichwertige Versorgungsqualität für alle Gruppen anzubieten.

Für die Entwicklung einer kultursensiblen Versorgung in der Einrichtung kann die Orientierung an zehn Grundsätzen hilfreich sein, die einen kontinuierlichen Lernprozess beschreiben, den Frau Zanier grafisch zusammenfasst.

Grundsätze einer kultursensiblen Versorgungsqualität 10 zentrale MARKSTEINE



Schritte zur einen kultursensiblen Ausrichtung des Versorgungssystems nach außen

- KENNTNISSE über die Lebenswelten und spezifischen Bedürfnisse der Migrant/-innen eruieren, deren interkulturelle Ressourcen wahrnehmen und einbinden
- KOMMUNIKATIONSWEGE zu den spezifischen Migrant/-innen-Gruppen erschließen und nutzen
- AKZEPTANZ – VERTRAUEN der Migrant/-innen für die Nutzung der Angebote gewinnen
- Sprachliche und kulturelle VERSTÄNDIGUNG sicherstellen, die spezifische Kommunikationskultur berücksichtigen
- Motivation zur Mitwirkung, Ermöglichen und Unterstützen der BETEILIGUNG von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund
- KOOPERATION mit den Communities und deren Multiplikatoren
- individuelles und KOLLEKTIVWISSEN bei Anpassung bestehender Gesundheitsleistungen einbeziehen
- Akzeptanz für die Gewährung spezifischer Angebote für bestimmte Zielgruppen fördern und Vermeiden sozialer Konkurrenz

Schritte einer kultursensiblen Ausrichtung einrichtungintern

- Entwicklung einer ZUSAMMENARBEITSKULTUR durch einen gemeinsamen Lernprozess



- KENNTNISSE über die Lebenswelten und spezifischen Bedürfnisse der Migrant/-innen eruieren, deren interkulturelle Ressourcen wahrnehmen und einbinden
- KOMMUNIKATIONSWEGE zu den spezifischen Migrant/-innen-Gruppen erschließen und nutzen
- AKZEPTANZ – VERTRAUEN der Migrant/-innen für die Nutzung der Angebote gewinnen
- Sprachliche und kulturelle VERSTÄNDIGUNG sicherstellen, die spezifische Kommunikationskultur berücksichtigen
- Motivation zur Mitwirkung, Ermöglichen und Unterstützen der BETEILIGUNG von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund
- KOOPERATION mit den Communities und deren Multiplikatoren
- individuelles und KOLLEKTIVWISSEN bei Anpassung bestehender Gesundheitsleistungen Einbeziehen
- Akzeptanz für die Gewährung spezifischer Angebote für bestimmte Zielgruppen fördern und Vermeiden sozialer Konkurrenz

2. Interkulturelle Öffnung

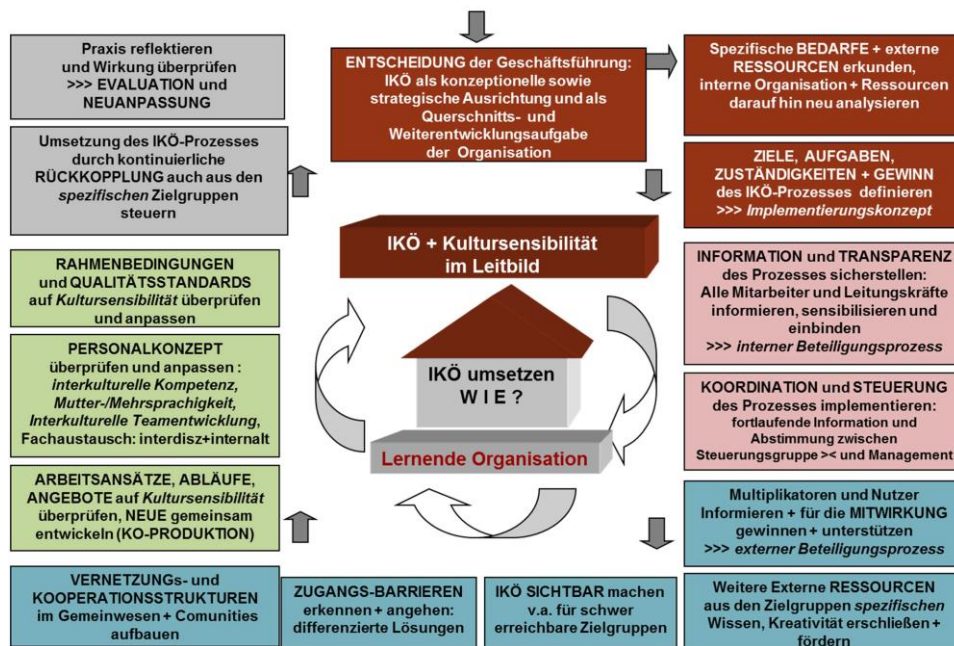
Die interkulturelle Öffnung der Organisationen und des Gesellschaftssystems insgesamt ist Grundvoraussetzung für die Implementierung einer kultursensiblen medizinischen Versorgung und Pflege. Interkulturelle Öffnung impliziert die Anerkennung von Differenz und Diversität, den Abbau von strukturellen und mentalen Barrieren, Machtgefällen und Ausgrenzungsmechanismen. Interkulturalität reduziert sich nicht auf Deutsche und Eingewanderte, sondern betrifft genau so die Unterschiede des Geschlechts, der Generationszugehörigkeit, der Religion, der sexuellen Orientierung, der körperlichen Ausstattung, der sozialen Herkunft...

Sie ist kein Projekt, sondern eine Querschnittsaufgabe der gesamten Organisation und ein fortlaufender, langfristiger Veränderungsprozess, welcher das Ziel verfolgt, den unterschiedlichen Bedürfnissen aller Beteiligten gerecht zu werden und sich zu einer lernenden, an die stetigen gesellschaftlichen Veränderungen anpassungsfähigen Organisation zu entwickeln.

Durch den IKÖ-Prozess entwickelt die Organisation Beteiligungsstrukturen für ihre Nutzer/-innen und Mitarbeitenden, sucht aktiv den Kontakt zu den Netzwerken der jeweiligen Minderheiten und bindet sie in ihre Struktur ein.



IKÖ Prozess : SCHRITTE der UMSETZUNG



3. Beteiligung

Wirksame Lösungen können langfristig nur tragfähig sein, wenn auch die Zielgruppen beteiligt werden. Deshalb gilt es, Schlüsselpersonen und Selbstorganisationen zu identifizieren und sie für die Entwicklung kultursensibler Öffnungsstrategien im Gesundheitswesen zu gewinnen. Voraussetzungen für die Förderung von Beteiligungsprozessen sind unter anderem: die Vorbereitung mit Insidern planen, ein gemeinsames Verständnis und den Gewinn von Beteiligungsprozessen klären, das Wissen von einander und den Austausch untereinander fördern, das Bewusstsein über die Asymmetrie der Machtverhältnisse zwischen Mehrheit und zu beteiligenden Minderheiten, die Bereitschaft aller Beteiligten zur Flexibilität und zum Umdenken, um eine gemeinsamen Kultur der Zusammenarbeit zu entwickeln.



IMPLUSE zur kultursensiblen und interkulturellen Informations- und Zugangsgestaltung

Als relevante Elemente einer Strategie zur Erleichterung des Zugangs zu medizinischer Versorgung und Pflege für noch nicht erreichte Minderheiten nennt Frau Zanier

→ die Sicherstellung sprachlicher und kultureller *Verständigung* :

Übersetzung und kulturelle Anpassung des Informationsmaterials, Kulturdolmetscher, Gesundheitslotsen, Einsatz neuer Medien

→ eine nutzergerechte *Informationsgestaltung*:

Muttersprache, einfach verständliche Sprache, Piktogrammen, Identifikationselemente (Symbole und Bilder, die die spezifische Zielgruppe ansprechen)

→ eine zielgruppenspezifische *Informationsvermittlung*:

Identifikation und Nutzung der spezifischen, alltagsnahen Informationskanäle der Migrantengruppen, insb. auch informelle Netzwerke (in Laden, in öffentlichen Räumen z.B. öffentlichen Verkehrsmitteln, typische Treffpunkte im Stadtteil, im am Arbeitsplatz...)

→ zugehende *Aufklärung* in den Communities:

bspw. zweisprachige Informations- oder Filmreihen, Präsenz bei den Veranstaltungen der Communities, Sprechstunden in den Einrichtungen der Communities, in den Beratungsstellen der Migrationsdienste oder am Arbeitsplatz, quartiersbezogene Gesundheitsstammtische oder Gesundheitstreffs...

Um ältere Migrantinnen und Migranten besser erreichen zu können, ist gleichzeitig eine Differenzierung und Erweiterung des Angebotsportfolios unerlässlich. Beispielhaft wäre eine aufsuchende muttersprachliche Beratung durch Tandems aus professionellen und „komplementären“ Diensten durch Freiwillige und semiprofessionell Tätige³, eine Schulung pflegender Angehöriger in der häuslichen Umgebung, ein muttersprachliches Gesundheits-/Pflege-Telefon, Sprechstunden in den Organisationen, Einrichtungen und traditionellen Treffpunkten der jeweiligen Migrantengruppen oder in muttersprachlichen Arztpraxen.

Als Maßnahmen zur Gestaltung einer kultursensiblen Infrastruktur im stationären Bereich sind zu erwähnen: die Anpassung der Essensangebote und der hygienischen Bereichen (geeignete Wascheinrichtungen für die persönliche Hygiene), die Einrichtung von Gebetsräumen und die Ausstattung mit landeseigenen Medien, die Anpassung der Organisationsabläufe an die individuellen Alltagsrituale, die Sicherstellung einer seelsorgerischen Begleitung für die unterschiedlichen Glaubensrichtungen sowie die Anbindung einer kultursensiblen palliativen Betreuung und Begleitung von Patienten und Angehörigen.

Diese Maßnahmen sollten in enger Kooperation mit den Organisationen der jeweiligen Communities und deren Religionsgemeinschaften, informellen Netzwerken und Freiwilligen, den landeseigenen Medien, muttersprachigen Ärzten, Migrationsdiensten und Arbeitgebern geplant

³ Gemeint sind z.B. Migranteninitiativen, -organisationen, -vereine, Religionsgemeinden, die soziale Dienstleistungen meist ehrenamtlich anbieten und deren informellen Netzwerke, im Gesundheitsbereich engagierte Multiplikatoren, Peers, freiwillige Initiativen und Brückenprojekte (Gesundheitslosen, Wegbegleiter, Pflegebegleiter, Hospizgruppe,) Seelsorger, Besuchsdienste, Krankenhauslotsen, Kulturdolmetscher in Gesundheits- und sozialem Bereich



und umgesetzt werden. Die Entwicklung einer Vertrauensbeziehung ist Voraussetzung für die Entstehung einer kontinuierlichen und tragfähigen Zusammenarbeit.

Kultursensibilität in Diagnostik und Therapie

Eine kultursensible Diagnostik und Therapie zielt nicht zuletzt auf eine bessere Beteiligung des Patienten. Hilfreich sind hierfür etwa zweisprachige Patientenaufklärungsblätter, die Einbeziehung des Familiensystems in die Behandlung, die Überprüfung der Diagnostikverfahren für eine kultur- und migrationssensible Anamnese, die Berücksichtigung des soziokulturell geprägten Gesundheits-/Krankheitsverständnis und -verhalten und Copingstrategien der Patienten bei der Planung von Diagnostik und Therapie, die Entwicklung von Indikatoren zur Erfassung auch anderer Symptomatik- und Krankheitserleben, der verstärkte Ausbau und angemessene Honorierung zugehender medizinischer Leistungen (z.B. zugehende Erstdiagnostik in Verbindung mit Beratungsangeboten), Qualitätssicherung durch Kennzahlen und Wirkungsorientierung.

ANPASSUNG der RAHMENBEDINGUNGEN

Für das Gelingen einer nachhaltigen kultursensiblen und interkulturellen Ausrichtung des Gesundheitssystems ist die Überprüfung und Anpassung der Rahmenbedingungen von Angebotsstrukturen, Fachlichkeit, finanzieller Ausstattung und Bedarfsermittlung erforderlich.

Zur Erleichterung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen würden einige strukturelle Veränderungen beitragen:

- A. Bestehende Beratungs- und Gesundheitsleistungen *flexibel* und in Verbindung mit *kultursensiblen aufsuchenden und begleitenden* Dienstleistungen zu gestalten
- B. KOMPLEMENTÄRE DIENSTE interkulturell weiter auszubauen, mit den professionellen Einrichtungen systematisch vernetzt und als Bestandteil des Gesundheits- und Altenhilfesystems zu integrieren
- C. DOLMETSCHER-NETZWERKE auszubauen und an das Gesundheitssystem - auch medial – anzudocken (zeitnah und ortsunabhängig)
- D. Interkulturelle CASEMANAGEMENT-Teams für Menschen mit erhöhter Vulnerabilität
- E. KONTINUITÄT und kultursensible Ausrichtung der VERSORGUNGSKETTEN (insb. vom Krankenhaus zurück in die häusliche Versorgung)
- F. Zuständigkeitssegmentierungen zu minimieren durch systematische RESSORTÜBERGREIFENDE Vernetzung, Koordination und verbindliche Kooperationsstrukturen auf kommunaler Ebene
- G. Vernetzungsarbeit – BETEILIGUNGSPROZESSE – Reflexionsräume als Bestandteil des Auftrags aller beteiligten Einrichtungen insbesondere von Beratungsdiensten zu verankern
- H. ein „KOORDINATIONSKNOTEN“ auf Kreisebene zur Anbahnung, Koordinierung und Moderation der Vernetzung der Professionellen Dienstleistungen untereinander und mit



komplementären, insbesondere auch Multiplikatoren, Initiativen der Migranten-Communities

Förderung *fachlicher* und partizipativer Prozessqualität

Zur qualitativen Weiterentwicklung der fachlichen Rahmenbedingungen ist die Vermittlung interkultureller Kompetenzen von zentraler Bedeutung. Kontinuierliche und aufeinander aufbauende Fortbildungsmodulare sowie spezifische einzelne Qualifizierungsmaßnahmen können das Personal für soziokulturelle Unterschiede sensibilisieren und dazu befähigen, differenziert und flexibel mit den unterschiedlichen Zielgruppen zu handeln. Gleichzeitig sind die Migrantenstrukturen zu stärken und komplementäre Dienste bzw. Multiplikatoren in diese Richtung zu qualifizieren.

Eine ernst gemeinte Partizipation erfordert die Öffnung von Arbeitsstrukturen und Entscheidungsverfahren sowohl innerhalb Gesundheitseinrichtungen als auch in den Verwaltungs- und Entscheidungsgremien von Gesundheitswesen und Kommunalpolitik. Auf eine neue Zusammenarbeitskultur sollen sowohl die diversen Nutzergruppen als auch Professionelle und Entscheider vorbereitet werden. Das bedeutet konkret z.B. kostenfreie und niederschwellige Schulung von Multiplikatoren und komplementärer Dienstleistung (Lotsen, Brückenprojekte...) zur Vorbereitung auf die Zusammenarbeit mit professionellen Strukturen.

Partizipation ist eine wichtige Voraussetzung für die interkulturelle Öffnung. Sie erfordert aber Kompetenz, Zeit und Bereitschaft zur Veränderung, und ihre Früchte sind oft erst langfristig sichtbar. Doch ist sie eine lohnenswerte Investition in die Zukunftsentwicklung nicht nur im Gesundheitswesen.

FAZIT

Frau Zanier schloss mit dem Statement, dass die Implementierung und Umsetzung von Kultursensibilität, Interkultureller Öffnung und Partizipation im Gesundheitswesen politische Entscheidungen und reale Beteiligungsstrukturen ebenso voraussetze wie eine langfristige Finanzplanung und Änderungen in den Fördermodalitäten, und die aktive und verantwortungsvolle Mitwirkung aller Beteiligten benötige: Professionell und freiwillige Tätige, Organisationen und Entscheider, Nutzer/-innen mit und ohne Migrationshintergrund.

Doch ziele die gemeinsame Anstrengung für die Gestaltung einer kultursensiblen, interkulturell und partizipativ ausgerichteten Gesundheitsversorgung letztlich nicht nur auf eine qualitative Verbesserung für ältere Migrant/-innen, sondern für *alle* Bürgerinnen und Bürger der (Stadt-) Gesellschaft.



6. DIE WORKSHOPS

Es wurden vier Workshops angeboten, die sich mit der Gesundheitslage und dem Versorgungsbedarf speziell älterer Migrant/innen befassten. Es galt jeweils auszuloten, wie Barrieren abgebaut, Zugänge erleichtert und Angebote besser in das Lebensumfeld älterer Migrant/-innen integriert werden können. Zentral war dabei in allen Workshops die Frage, wie das Zusammenwirken verschiedener Akteure optimiert und in der Stadtgesellschaft vorhandene Ressourcen aktiviert werden können.

6.1 WORKSHOP 1: DER EINSAMKEIT IM ALTER BEGEGNEN

Leitung und Moderation

Dr. Werner Besier, Gesundheitsprojekt Mannheim e. G.

Nadja Wersinski, Team Bürgerschaft und Beteiligung, Fachbereich Rat, Beteiligung und Wahlen, Stadt Mannheim

Leitgedanke

Die Vereinsamung unter älteren Menschen nimmt immer mehr zu. Doch an verschiedenen Schnittstellen können diese Menschen erkannt werden: im Krankenhaus, beim Hausarzt, in der Nachbarschaft oder einer sozialen Einrichtung. Über das Netzwerk bekommt der vereinsamte Mensch eine Patin oder einen Paten zur Seite, der ihn solange begleitet, bis eine Unterstützung nicht mehr nötig ist oder nicht mehr gewünscht wird.

Leitfragen

- Wie sieht der Informationsfluss in einer Hilfekette aus?
- Welche Voraussetzungen brauchen Patinnen/Paten?
- Wo bestehen Anschlussmöglichkeiten?

Modellprojekt „Mannheim gegen Einsamkeit“ / Mag1

Herr Dr. Besier hat zum Thema Einsamkeit im Alter referiert und das Projekt Mannheim gegen Einsamkeit / Mag 1 vorgestellt. Folgende Kernthesen liegen dem Projekt zugrunde:

- In Deutschland gibt es keine Studien / Arbeiten über Einsamkeit (im Alter).
- 27 % der Älteren treffen höchstens einmal im Monat Familien oder Freunde.
- Einsamkeit einzudämmen ist die beste Prophylaxe gegen Demenz.



- Einsamkeit befördert die Verschlechterung von Krankheiten, eine ungesündere Lebensweise, eine unregelmäßige Medikamenten-Einnahme, fehlende oder verspätete Hilfe in Notlagen und ein frühes Ableben.

Mit dem Projekt „Mannheim gegen Einsamkeit“ sollen Patinnen und Paten für vereinsamte oder von Vereinsamung bedrohte ältere Menschen gewonnen werden. Die Patinnen und Paten unterstützen die angesprochenen Personen über einen Zeitraum von 3 Jahren dabei, Angebote und Maßnahmen wahrzunehmen sowie vermehrt an gesellschaftlichen Aktivitäten teilzuhaben. Hausärzte, soziale Dienste, Pflegedienste, aber auch die Nachbarschaft fungieren dabei als Schnittstellen, an denen Menschen, die der Unterstützung bedürfen, erkannt und an Patinnen bzw. Paten vermittelt werden. Zu diesem Zweck soll eine zentrale Kontaktstelle eingerichtet werden, die auch ein Netzwerk aus verschiedenen Akteuren und Anbietern (Seniorentagesstätten, Nachbarschaftshilfe, Vereine, VHS etc.) aufbaut und koordiniert.

Von Beginn an bekundeten die Workshop-Teilnehmer große Zustimmung zu dem Projekt. In der anschließenden Diskussion ging es vor allem darum, welche Einrichtungen angesprochen bzw. wo Paten akquiriert werden können.

Fragen und Diskussionsbeiträge

*„EIN SUPER PROJEKT!
ICH BIN SOFORT BEREIT,
HILFESUCHENDE ZU
VERMITTELN.“*

1. Das Projekt ist auf Erfolg ausgerichtet. Was ist mit demenzten Personen? Diese müssen dauerhaft betreut werden (nicht nur 3 Jahre), und es ist nicht absehbar, wann die Begleitung enden kann.

Die skizzierte Begleitungsdauer von max. 3 Jahren hängt mit der vorhandenen Finanzierung zusammen. Es wird eine Folgeförderung angestrebt. Für Menschen mit fortgeschrittener Demenz ist das Projekt nicht geeignet.

2. Wie sieht das Anforderungsprofil für Paten aus? Eignet sich jeder?

Prinzipiell ist jeder für die Tätigkeit als Pate geeignet, Empathie und Sozialkompetenz sollten jedoch vorhanden sein.

3. Wie ist gewährleistet, dass die Hilfesuchenden ihre Paten akzeptieren? Gibt es ein „Mitspracherecht“?

Patienten werden sehr sorgfältig zugewiesen, es wird darauf geachtet, wer zu wem passt – auch um die Paten zu schützen.

4. Wie weit gehen die Aufgaben der Paten? Gehört z.B. Einkaufen und Wäschewaschen dazu?



Die Paten sollen zu unterstützenden Angeboten vermitteln, nicht durch ihre Besuche die Einsamkeit der Betroffenen lindern. Tatkräftige Unterstützung im Haushalt gehört deshalb nicht zu den Aufgaben.

4. Gibt es ein Mindestalter für die Hilfesuchenden?

Als Untergrenze wurde zunächst ein Alter von 65 Jahren formuliert. Je nach Zustand des Hilfesuchenden ist es jedoch auch möglich, unter 65 Jahren als Patinnen und Paten teilzunehmen.

Aus der Gruppe wurde darauf hingewiesen, dass manche Menschen einen gewissen Betreuungs- und Begleitungsbedarf haben, der für eine rechtliche Betreuung jedoch nicht ausreicht. Hier könnte das Projekt gut greifen. Gleiches gilt für Menschen, die sich aus Sorge um möglicherweise entstehende Kosten nicht auf professionelle Hilfe einlassen wollen.

5. Wie kommt man als interessierte Einrichtung in den Verteiler?

Der Aufbau der Datenbank läuft derzeit, im Januar findet eine Informationsveranstaltung statt.

„ES IST SCHÖN, MIT ÄLTEREN MENSCHEN ZU ARBEITEN! WER EINSAM IST, FREUT SICH ÜBER MENSCHLICHEN KONTAKT. UND DER EINSATZ WIRD DURCH EINE GROSSE DANKBARKEIT BELOHNT.“

6. Wie können Menschen mit Migrationshintergrund erreicht werden?

Betroffene mit Migrationshintergrund brauchen Patinnen und Paten aus dem eigenen Kulturkreis. Deshalb ist es wichtig, z.B. Paten mit türkischen Wurzeln zu finden. Hierzu nutzt die Projektleitung u.a. die Freiwilligenbörse der Stadt Mannheim. Die Gruppe empfiehlt, Migrationsvereine über den Integrationsbeirat einzubinden.

7. Wen könnte man als Paten motivieren?

Die Workshop-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer empfehlen Nachbarn, Angehörige, Kirchen, Nachbarschaftshilfe. Kleine private Pflegedienste sollten früh ins Boot geholt werden. Als mögliches Problem wurde angesprochen, zum gegenwärtigen Zeitpunkt Ehrenamtliche als Paten gewinnen zu können, da sich die allgemeine Hilfsbereitschaft (verständlicherweise) auf Flüchtlinge konzentriert. Es war Konsens, dass die Welle der Hilfsbereitschaft für das Projekt positiv genutzt werden kann.

Es wurde darüber hinaus darauf hingewiesen, dass die Paten Supervision benötigen. Dies ist gewährleistet. Das Netzwerk muss gut mitarbeiten, die beteiligten Institutionen müssen das Projekt auch intern in der eigenen Organisation transparent machen, damit Hilfevermittlungen zügig verlaufen. So wird verhindert, dass die Betroffenen enttäuscht und die Paten frustriert werden.



Ergebnis

Alle Gruppenteilnehmer wollen aktiv an dem Projekt mitarbeiten und sind an weiteren Informationen – zu Inhalten, Informationsveranstaltungen etc. – interessiert. Es sollen Flyer angefertigt werden, um aktiv für das Projekt zu werben und Paten zu gewinnen.



6.2 WORKSHOP 2: SPRACHBARRIEREN UND QUALITÄT DER VERSORGUNG

Leitung und Moderation

Dr. Manfred Mayer, Ausschuss Ausländische Patienten der Landesärztekammer Baden-Württemberg; Gesundheitsprojekt Mannheim e.G.

Dr. Gökce Karakas, Patientenberatung Rhein-Neckar im Gesundheitstreffpunkt Mannheim e.V.

Claus Preißler, Beauftragter für Integration und Migration, Stadt Mannheim

Leitgedanke

Die Qualität der Diagnose und Behandlung wird nicht unerheblich beeinträchtigt durch sprachliche Barrieren. In komplexen Situationen gelangt eine Zweitsprachenkenntnis schnell an Grenzen. Ein Ansatz liegt in der kultursensitiven Schulung von medizinischen Fachangestellten in Fachsprache und muttersprachlicher Kommunikation mit Patientinnen und Patienten.

Leitfragen

- Wie werden wir auf Missverständnisse und Verunsicherung aufmerksam?
- Wo kann sprachliche Vernetzung ansetzen?
- Welche Gruppen brauchen besonderes Augenmerk?

Modellprojekt „Sprachkompetenz für medizinische Fachberufe“

Herr Dr. Manfred Mayer stellte das Pilotprojekt des „Ausschusses Ausländische Patienten“ der Bezirksärztekammer Nordbaden als niederschwelliges kultursensibles Dolmetscherangebot durch muttersprachliche Medizinische Fachangestellte sowie dessen Hintergründe und Ziele vor:

- Ärzte haben Schwierigkeiten mit Menschen mit Migrationshintergrund zu kommunizieren.
- Übersetzer-Apps helfen nicht weiter.
- Die Arbeit mit Bildern von Körperteilen, Piktogrammen ist unzureichend.
- Muttersprachliche medizinische Fachangestellte sind nicht für medizinische Fachgespräche ausgebildet.
- → Es sollen muttersprachliche medizinische Fachangestellte mit medizinischem Wortschatz ausgebildet werden. In diesem Rahmen soll ihnen kultursensitives medizinisches Fachwissen und medizinische Sprachmittlungskompetenz vermittelt werden, damit medizinische Sachverhalte in der Muttersprache kommuniziert werden können.
- Zielgruppen des Projekts in Mannheim sind medizinische Fachangestellte, zahnmedizinische Fachangestellte und Apothekerinnen.



- Die Ausbildung hat einen Arbeitsumfang von ca. 40 – 60 Stunden und kann in Wochenendseminaren absolviert werden.

Verwiesen wurde in dem Kontext auch auf den Start von „MiMi“ - Mit MigrantInnen für MigrantInnen - in der Metropolregion Rhein-Neckar, einem Projekt mit dem Ziel, Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zu Gesundheitsinformationen zu erleichtern und die Eigenverantwortung für Gesundheit und für Präventionsmaßnahmen zu stärken. Migrant/-innen werden geschult und in die Lage versetzt, in ihrer jeweiligen Muttersprache Informations- und Aufklärungsveranstaltungen zu Themen der Gesundheit durchzuführen.

Fragen und Diskussionsbeiträge

Sprachkompetenz und Pflege: Es wurde diskutiert, wie und wer den Bedarf jeweils anmeldet.

Breiten Raum nahm die Frage ein, wie das Modell auf die Pflege übertragbar ist. Hier stand vor allem im Vordergrund, wie dem Krankheitsverständnis und -verhalten älterer Migrant/-innen begegnet werden kann, und wie kultursensible Aspekte in die Ausbildung von Pflegekräften einfließen können.

*„MAN BRAUCHT MEHR
INFORMATIONEN DARÜBER,
WIE SICH DAS KRANKHEITSGEFÜHL
KONKRET AUSDRÜCKT.“*

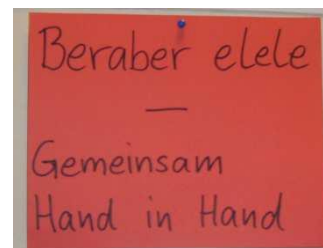
Es wurde darauf hingewiesen, dass es besonders wichtig ist, die Familienangehörigen im Pflegeheim einzubeziehen. Man müsse berücksichtigen, dass der Einzelne in einigen Kulturen (z. B. der türkischen) weniger bedeutsam ist, dafür Gruppendynamiken stärker ausgeprägt sind. Menschen mit türkischem Zuwanderungshintergrund involvieren deshalb auch stärker die gesamte Familie in Krankheitsverläufe und Arztbesuche. Beratungsgespräche sind in diesem Rahmen oftmals schwierig. Diese und andere Hürden gilt es zu abzubauen.

Die Workshop-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer waren sich einig, dass ein Modell entwickelt werden müsse, wie man speziell ältere Migrant/-innen unterstützen kann.

*„WIR MÜSSEN ÄLTEREN MIGRANT/-INNEN
DEN ZUGANG ZU MEDIZINISCHEN ANGEBOTEN
ERLEICHTERN.““*

„Gemeinsam sind wir bunt“ und „Beraber elele“

Herr Dr. Gökce Karakas stellte das Projekt "Beraber elele - Gemeinsam Hand in Hand" des Gesundheitstreffpunkts Mannheim e.V. vor. Es handelt sich um ein Projekt im Rahmen des landesweiten Programmes „Gemeinsam sind wir bunt“ und wird in Zusammenarbeit mit der Genossenschaft Gesundheitsprojekt Mannheim e.G., der Stadt Mannheim, der Migrationserstberatungsstelle des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und der Hochschule Mannheim sowie des Quartiermanagements Neckarstadt-West durchgeführt. Es richtet sich speziell an türkischsprachige Einwohner. Seine Schwerpunkte liegen neben der Teilnahme und Mitentwicklung des Modellprojekt „Sprachkompetenz für medizinische Fachberufe in der Gewinnung kultursensibler Gesundheitslotsen,





der Entwicklung von Modulen zur Gesundheitsbildung zur besseren Orientierung im deutschen Gesundheitssystem für Migrantinnen und Migranten sowie der Vernetzung von Organisationen und Institutionen der Neckarstadt-West.

Es wurde darauf hingewiesen, dass derzeit in Mannheim fünf unterschiedliche Projekte für die türkische Zielgruppe existieren. Das Augenmerk muss verstärkt auch auf Menschen mit anderem Migrationshintergrund gerichtet werden. Hier sind weitere Projekte vorgesehen. Das Pilotprojekt kultursensibles Dolmetschen durch die Medizinische Fachangestellte kann problemlos auch auf weitere Sprach- und Kulturräume ausgedehnt werden.

Lösungsvorschläge

Man war sich einig, dass vorhandene Ressourcen starker aktiviert werden müssen. Dies soll weniger durch Öffentlichkeitsarbeit als durch gezielte Basisarbeit erfolgen. So gilt es, in die Haushalte zu gehen und über Kontakte an Menschen direkt heranzutreten. Es wurde darüberhinaus vorgeschlagen, Patienten ehrenamtliche Mitarbeiter zur Seite zu stellen, die ihnen einen leichteren Zugang zum medizinischen Versorgungssystem ermöglichen.

Als Schlüssel zu einem niedrigschwelligen Zugang und zu letztlich besserer Versorgung wurde der Einsatz kultursensibler Medizinischer Fachangestellter identifiziert. Eine Finanzierungsmöglichkeit über das Präventionsgesetz ist zu prüfen.

Ergebnis

Um Sprachbarrieren im Gesundheitswesen abzubauen, ist eine bessere Vernetzung im Stadtteil unerlässlich. Zwischen Herrn Dr. Mayer als Vertreter der Genossenschaft Gesundheitsprojekt Mannheim e.G. und Herrn Dr. Karakas als Vertreter der Patientenberatung Rhein-Neckar beim Gesundheitstreffpunkt Mannheim besteht bereits eine engmaschige Kooperation:

Das Modellprojekt „Sprachkompetenz für medizinische Fachberufe“ hat im Rahmen von „Beraber elele“ ein Schulungskonzept entwickelt und bildet medizinische „Dolmetscher“ für eine bessere, kultursensible muttersprachliche Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten aus. Diese werden im Rahmen von „Beraber elele“ zum Einsatz kommen.



6.3 WORKSHOP 3: ZUGÄNGE UND BEDARFSGERECHTE UNTERSTÜTZUNG FÜR SORGENDE

Leitung und Moderation

Gabriel Höfle, Quartiermanagement Neckarstadt-West, Mannheim

Fouzia Hammoud, Gesundheitslotsin, Mitglied des Migrationsbeirats der Stadt Mannheim

Holger Kairies, Gesundheitsförderung, Fachbereich Gesundheit, Stadt Mannheim

Leitgedanke

Unterstützung und Pflege wird vorrangig im familialen Kontext verortet. Wenn der Pflegebedarf steigt, kommen die sorgenden Familienmitglieder schnell an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Auch die Fähigkeit zur Selbstsorge muss erst erlernt werden. Doch Hilfe in Familien mit Migrationsgeschichte wird nur zögerlich mit professioneller Unterstützung gestaltet. Die Barrieren sind unterschiedlich und oftmals hoch.

Leitfragen

- Welche Hilfestellung würde den Alltag pflegender Angehöriger erleichtern?
- Wie lassen sich Zugangsbarrieren überbrücken?
- An welche Ressourcen lässt sich aktiv anknüpfen?

Informationstransfer mittels Integrationslotsen am Beispiel bulgarischer Zuwanderer

Herr Höfle berichtete von der Arbeitspraxis des Quartiermanagements Neckarstadt-West am Beispiel bulgarischer Zuwanderer und stellte das „Modell Kommunikationshelfer und Integrationslotsen“ vor. Er identifizierte Barrieren sowohl auf Seiten der Zuwanderer als auch systemischer Art: Zum einen sind sich die Zuwanderer oftmals selbst ihrer eigenen Problemlage nicht gänzlich bewusst; gleichzeitig fehlen ihnen Kontakte und Netzwerke zu ihrer Unterstützung. Zum anderen mangelt es an zielgruppengerechten Informationen, die sprachlichen Hürden sind sehr hoch. Es besteht ein hohes Segregationsrisiko.

Die in Neckarstadt-West angesiedelten Zuwanderer aus Bulgarien sind mit vielfältigen Problemen konfrontiert und in verschiedenen Bereichen benachteiligt. Sie sind meist nur gering qualifiziert, verfügen über unzureichende Sprachkenntnisse, haben schlechte Chancen auf dem Arbeitsmarkt und bei der Wohnungssuche.



Sehr häufig wohnen sie bei Mietwucher in maroden Gebäuden. Reguläre Beratungsangebote erreichen sie nur sehr schlecht, oftmals werden sie Opfer einer Falschberatung gegen Entgelt.

Es fehlen in vielerlei Hinsicht Kenntnisse über die Systematik des Versorgungssystems in Deutschland. Das Quartiermanagement will durch Kommunikationshelfer und Integrationslotsen den Zugang zu Fachstellen erleichtern bzw. ermöglichen. Es soll Hilfe zur Selbsthilfe gegeben werden, die Zuwanderer sollen aktiv einbezogen werden.

Um dies zu gewährleisten, ist aufsuchende Arbeit nötig. Es geht zunächst darum, das Vertrauen der Zielgruppe zu gewinnen. Es bedarf der Erfragung aktueller Problemlagen, der Durchführung von Interviews und einer Datenanalyse, um die Lebenswelten der

*„DAS WERTVOLLSTE GUT
FÜR INTEGRATION UND
PARTIZIPATION IN DER
MODERNE IST DIE
INFORMATION.“*

Zuwanderer zu erfassen. Durch entsprechende Themenveranstaltungen sollen gezielte Informationen vermittelt werden. Diese sind entscheidend für Integration und Partizipation überhaupt.

Abschließend und im Hinblick auf die folgende Diskussion wurde die Frage aufgeworfen, ob und wie dieses Konzept übertragbar ist.

Vertrauen gewinnen im Projekt „Migrantinnen lotsen Migranten“

Frau Hammoud stellte im Anschluss das Projekt „Migrantinnen lotsen Migrantinnen“ vor. Hier werden in jeweils unterschiedlichen Veranstaltungen – z.B. VHS-Kurse, interkulturelles Frühstück – Themen wie Zugänge zu Behörden, Erziehung, Frauengesundheit, Freizeit usw. behandelt. Im Rahmen des Projekts wurde ein gemeinsames Kochbuch gestaltet, in dem jede Teilnehmerin Rezepte aus ihrem Herkunftsland vorstellte. Frau Hammoud wies darauf hin, dass Vertrauensgewinn entscheidend ist. Dies gelingt am besten durch Plattformen wie z.B. gemeinsames Kochen oder ein interkulturelles Frühstück.

Fragen und Diskussionsbeiträge

Die vorgestellten Projekte wurden von den Teilnehmenden sehr positiv aufgenommen. Es wurde angefragt, ob hier auch speziell Seniorinnen und Senioren einbezogen werden. Dies ist im Projekt von Frau Hammoud der Fall, im Projekt des Quartiermanagements noch nicht.

In der Folge wurden spezifische Bedarfe und Problemlagen im Hinblick auf Ältere erörtert. Es besteht eine große Differenz zwischen mobilen und nicht mobilen Senior/innen. Letztere haben besondere Schwierigkeiten, an Informationen zu gelangen, und benötigen deshalb weiterführende Unterstützung. Außerdem ist zu prüfen, inwiefern Angehörige einbezogen werden müssen, und wie alleinstehende Senior/innen erreicht werden können.



Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wiesen darauf hin, dass es im Allgemeinen wenige Angebote für Seniorinnen und Senioren in Neckarstadt-West gibt. Außerdem fehlt oftmals das Wissen über die Lebenswelt der Zuwanderer.

Man war sich einig, dass Präventionsangebote oft unbekannt sind und Menschen mit Zuwanderungshintergrund professionelle Hilfe erst sehr spät in Anspruch nehmen (v.a. in Bezug auf psychische Gesundheit). Aufgrund kultureller Gepflogenheiten werden Senior/-innen häufig durch Angehörige gepflegt. Die betroffenen Angehörigen sind dabei sehr hohen Anforderungen, zuweilen auch gesellschaftlichem Druck ausgesetzt. Hier reichen Informationen zur Lösung nicht aus.

Die Erfahrung zeigt darüber hinaus, dass Migrantinnen und Migranten in Pflegestufen häufig zu niedrig eingestuft werden. Hier müsse gezielt ermittelt werden, inwiefern dies durch mangelnde Informationen oder durch ein spezifisches Krankheitsverständnis verursacht ist.

Es wurde auch darauf hingewiesen, dass es gerade in sozial benachteiligten Stadtteilen viele Unterstützungsangebote und soziale Leistungen gibt. Dies führt zu einem weiteren Zuzug sozial benachteiligter Personen.

Lösungsvorschläge und Handlungsansätze

Folgende Lösungsansätze wurden als zielführend erörtert:

- Um Senior/-innen zu erreichen, soll ein Netzwerk aufgebaut werden, das Informationsfluss und Zusammenschlüsse fördert (Geriatrisches Zentrum).
- Die Matrix des Konzeptes Neckarstadt-West kann auf die spezifischen Belange der Senior/-innen übertragen werden.
- Senior/-innen brauchen eine Vertrauensperson als Brückenbauer für den Zugang zum Gesundheitssystem und zu vorhandenen Angeboten (z.B. mehrsprachige Pfleger).
- Es sollten auch informelle Netzwerke gefördert werden, da hier Vertrauen entsteht. Durch diesen Vertrauensvorsprung können Verbindungen zur professionellen Ebene leichter hergestellt werden.
- Fachkräfte sollen die Eigenprozesse in den Milieus unterstützen, da diese selbst einen Veränderungsprozess durchlaufen müssen.
- Es ist ein Forschungsprojekt der Hochschule Mannheim geplant zum Thema: „Wie gestaltet sich die Pflegesituation in türkischen Familien?“ Dieses Projekt könnte gut mit dem Projekt des Quartiermanagements verbunden werden.

*„SENIOR/-INNEN BRAUCHEN
VERTRAuensPERSONEN ALS
BRÜCKENBAUER FÜR DEN
ZUGANG ZUM
GESUNDHEITSSYSTEM.“*



Ergebnis

Als Schlüssel zur Verbesserung der Versorgungslage und -qualität wurden von allen Workshop-Teilnehmerinnen und -Teilnehmern der Aufbau und die Stärkung von Netzwerken genannt. Entscheidend dabei ist, das Vertrauen der Zielgruppe zu gewinnen, Brücken zu bauen sowie Informationen zwischen den Ebenen und den verschiedenen Akteuren adäquat zu vermitteln. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben ihre Kontakte zwecks Netzwerkarbeit und Kooperation ausgetauscht. Sie signalisierten die Bereitschaft, bei der Entwicklung der Quartiersarbeit mitzuwirken.

*„WIR BRAUCHEN EIN
NETZWERK, DAS ALLE
SENIORINNEN UND
SENIOREN ERREICHT.“*



6.4 WORKSHOP 4: GESUND ÄLTER WERDEN IM QUARTIER

Leitung und Moderation

Dr. Kristina Hoffmann, Mannheimer Institut für Public Health, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg

Sabine Trabold-Schaller, Gesundheitsförderung, Fachbereich Gesundheit, Stadt Mannheim

Leitgedanke

Körperliche und geistige Aktivität, Selbständigkeit und Wohlbefinden, Begegnung und Partizipation, Kultur und ein transparentes Netzwerk an Unterstützung bilden wichtige Voraussetzungen, um gesund älter zu werden. Das Lebensumfeld hat eine große Bedeutung besonders für ältere Menschen und bietet daher viele Anknüpfungsmöglichkeiten für Gesundheitsförderung und Prävention. Doch auch unterschiedliche Problemlagen kommen im Quartier zusammen.

Leitfragen

- Wie kann die Gestaltung des Quartiers dabei helfen, gesund älter zu werden?
- Welche Gruppen brauchen besonderes Augenmerk?
- Wo können wir konkret anknüpfen?

*„VEREINSAMUNG IST EIN GROSSES
PROBLEM VIELER SENIOR/-INNEN
MIT MIGRATIONSHINTERGRUND.“*

Ausgangspunkt

Zur Einführung in das Thema verwies Frau Dr. Hoffmann auf zwei Kernprobleme von Senior/-innen mit Migrationshintergrund: Die Vereinsamung und das Krankheitsverständnis.

Voraussetzung für eine gelungene Problemlösungsstrategie ist die Vernetzung verschiedener Akteure. Es gibt bereits jetzt entsprechende Aktivitäten und Angebote. Deklariertes Ziel der Workshops war eine Verstärkung der Vernetzung in der täglichen Arbeit.

Systematisches Brainstorming in zwei Gruppen

Anschließend bildeten die Teilnehmenden zwei Gruppen zu einem 30-minütigen Brainstorming zu einem Themenbereich ihrer Wahl. In beiden Gruppen wurde unabhängig voneinander „Einsamkeit“ als eine der aktuellsten und wichtigsten Herausforderungen in der Seniorenarbeit identifiziert.



@pixabay



Beide Gruppen sollten jeweils im Hinblick auf ihr Thema Ideen sammeln zu den Stichworten

- Zielgruppe,
- Erreichbarkeit,
- Teilnahme,
- Umsetzung,
- Nachhaltigkeit.

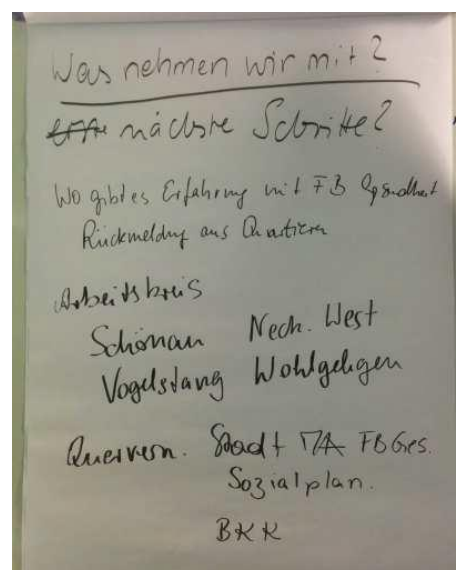
Es galt, jeweils Hürden, vorhandene Ressourcen und Erfolgsfaktoren zu identifizieren. Beide Gruppen ermittelten Angst, fehlende Mobilität und fehlende soziale Kontakte als größte Hürden in der Seniorenarbeit. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kamen überein, dass durch persönliche, aufsuchende Arbeit die Zielgruppe am besten erreicht werden kann. Für eine möglichst optimale Versorgungslage bedarf es im Quartier der Kontinuität in den Bereichen Ansprechpartner, Finanzierung und Projektangebote. Voraussetzung ist eine gezielte Vernetzung der Fachkräfte vor Ort.

„ÄLTERE MENSCHEN BRAUCHEN MEHR
PERSÖNLICHE ANSPRACHE UND EINE
KONTINUITÄT IHRER ANSPRECHPARTNER.“

Ergebnis

Die Quartiere bilden die Lebenswelt der Zielgruppe. Manche Quartiere verfügen über Ressourcen, die anderen Quartieren fehlen. Es ist deshalb zweckdienlich, unterschiedliche Quartiere miteinander zu verbinden und die Akteure engmaschiger miteinander zu vernetzen.

Die Workshop-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer vereinbarten ein erstes Arbeitstreffen mit dem Ziel, sich auszutauschen sowie Ressourcen zu aktivieren und zu bündeln. An dem Treffen werden Vertreter der Stadtteile Vogelstang, Wohlgelegen, Neckarstadt-West und Schönau teilnehmen. Thema des Arbeitstreffens ist „Einsamkeit“. Es wird durch den Fachbereich Gesundheit organisiert und soll im Stadtteil Schönau stattfinden. Die BKK Pfalz unterstützt die Arbeitsgruppe.

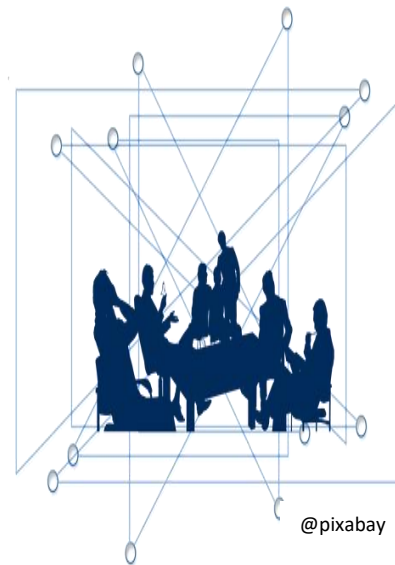




7. ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Die Ergebnisse der Workshops wurden abschließend im Plenum vorgestellt. Die Tatsache, dass so viele Akteure aus unterschiedlichen Bereichen an der Gesundheitskonferenz teilgenommen und viele Ideen und Ansätze in die Workshops eingebracht haben, belegt, wie wichtig und hochaktuell das Thema „Kultursensibilität und gesund älter werden“ ist.

Es war Konsens, dass Gesundheitsförderung und Prävention kultursensibel und stadtteilorientiert auszurichten ist. In allen Workshops konnten konkrete Handlungsbedarfe ermittelt werden. Die Qualifizierung und Fortbildung der Fachkräfte, aber auch die Arbeit mit Ehrenamtlichen aus verschiedenen Kulturkreisen sind erste zielführende Lösungsansätze. Außerdem waren alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer sehr interessiert an Möglichkeiten, vorhandene Ressourcen zu aktivieren und aufeinander abzustimmen. Schnittstellen und mögliche Kooperationen zwischen verschiedenen Akteuren sowie die Zusammenarbeit mit bereits etablierten Projekten standen deshalb darüber hinaus im Zentrum der Workshops.



Mit der Vereinbarung gemeinsamer Arbeitstreffen sowie der Anbahnung und Verstetigung von Kooperationen konnte das Kernziel der 3. Kommunalen Gesundheitskonferenz – die Vernetzung der Akteure – erreicht werden.

In seinem abschließenden Dank an alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie Referentinnen und Referenten sprach Dr. Peter Schäfer, Leiter des Fachbereichs Gesundheit, entsprechend von einem „gemeinsamen Aufbrechen“ mit dem Ziel, Kultursensibilität in der medizinischen Versorgung und Pflege fest zu verankern.

Die Ergebnisse aus den Kooperationen und Projekten sowie den Arbeitstreffen sollen bei der nächsten Kommunalen Gesundheitskonferenz vorgestellt werden.