



Kooperationsverbund
Gesundheitliche
Chancengleichheit



Foto: Gerd Altmann/Pixabay

Gesundheits- förderung mit Geflüchteten

Lücken schließen –
Angebote ergänzen

Eine Handreichung des Kooperationsverbundes
Gesundheitliche Chancengleichheit



Konzeption und Zielsetzung dieser Handreichung

Ziele und Zielgruppen

Seit dem Anstieg der Geflüchtetenzahlen 2015/2016 engagieren sich viele Fachkräfte und Freiwillige neu in der Gesundheitsförderung mit Geflüchteten.

Die Handreichung richtet sich an diese Fachkräfte, Entscheidungspersonen, Engagierten ...

- in der Gesundheitsförderung, die sich mehr Wissen zum Thema Fluchtmigration aneignen möchten,
- in der Arbeit mit Geflüchteten, die sich mehr Wissen zum Thema Gesundheitsförderung aneignen möchten.

Diese Handreichung kommt dem Wunsch dieser Zielgruppen nach einer umfassenden Zusammenstellung von Grundlagenwissen zu Fluchtmigration und Gesundheitsförderung, Anleitungen zur Planung und Umsetzung von Maßnahmen sowie Beispielen guter Praxis entgegen.

Aufbau und Inhalte

Bei der Konzeption und Planung der Gesundheitsförderung mit Geflüchteten stellen sich den Fachkräften und Entscheidungspersonen grundlegende Fragen:

1. Inwieweit ist eine Integration der Gesundheitsförderung mit Geflüchteten in die allgemeinen Regelstrukturen der Gesundheitsförderung sinnvoll und möglich?
2. Welche spezifischen Bedarfe ergeben sich darüber hinaus aus den vielfältigen Hintergründen, Lebensbedingungen und Lebenswelten?
3. Wie kann eine soziokulturell sensible und der Vielfalt der Geflüchteten angemessene, „zielgruppengerechte“ Gesundheitsförderung mit Geflüchteten geplant und umgesetzt werden? Welche Beispiele guter Praxis können anregen?

Aus diesen Fragestellungen und Herausforderungen ergeben sich die Inhalte der vorliegenden Handreichung. Sie bietet eine grundlegende Einführung und einen Überblick über das Thema Gesundheitsförderung mit Geflüchteten sowie Verweise auf weiterführende, vertiefende Literatur. Der Überblick wird ergänzt durch eine Zusammenstellung der rechtlichen Grundlagen und ein Glossar wichtiger Begriffe und Konzepte im Anhang.

Die einzelnen Kapitel bauen aufeinander auf und ergänzen sich. Für einen umfassenden Überblick empfiehlt sich deshalb die Lektüre der gesamten Handreichung. Die Kapitel sind aber auch in sich soweit abgeschlossen, dass es möglich ist, sich nur auf die Bereiche und Kapitel zu konzentrieren, für die ein besonderes Interesse besteht.

Aktualität von Daten und Inhalten

Die dargestellten Daten und gesetzlichen Grundlagen beziehen sich auf die Situation und Quellen zum Zeitpunkt der Erstellung der Handreichung. Aktuelle Zahlen über das Fluchtgeschehen in Deutschland können dem jeweiligen Jahresbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (www.bamf.de) sowie dem monatlich erscheinenden Zuwanderungsmonitor des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) (www.iab.de/de/daten/zuwanderungsmonitor.aspx) entnommen werden.



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	2
Konzeption und Zielsetzung dieser Handreichung	4
Grußwort der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration	5
1. Fluchtmigration und Gesundheit. Lebenslagen und gesundheitliche Situation von geflüchteten Menschen	6
1.1. Soziodemografische Merkmale	6
1.2. Lebenslagen von Geflüchteten in Deutschland	7
1.3. Ressourcen, Belastungsfaktoren, gesundheitliche Situation	13
1.4. Herausforderungen in der Gesundheitsförderung mit Geflüchteten	17
2. Grundlagen, Begriffsklärungen und Konzepte der Gesundheitsförderung	21
2.1. Gesundheitsförderung	21
2.2. Handlungsebenen und Handlungsprinzipien in der Gesundheitsförderung	24
2.3. Gesundheit für alle – alle für Gesundheit. Gesundheit in allen Politikbereichen	26
2.4. Gesundheitsförderung und „gesundheitliche Versorgung“	27
3. Qualitätsentwicklung und Kriterien guter Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung	28
4. Leitprinzipien und Strategien für Maßnahmen der soziokulturell sensiblen Prävention und Gesundheitsförderung	32
4.1. Strategien und Maßnahmen der soziokulturell sensiblen Prävention und Gesundheitsförderung	33
4.2. Merkmale guter Ansätze in der soziokulturell sensiblen Prävention und Gesundheitsförderung	35
5. Praxisbeispiele	42
Verwendete und weiterführende Literatur	45
ANHANG 1. Rechtliche Grundlagen der Gesundheitsversorgung von Geflüchteten in Deutschland	
ANHANG 2. Glossar	

Abkürzungsverzeichnis

AsylG	Asylgesetz
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ISSOP	The International Society for Social Pediatrics & Child Health
IW	Institut der deutschen Wirtschaft, Köln
LSBTIQ	Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transsexuelle, Transgender und Intersexuelle, queer
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung Berlin
SVR	Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration
UMA	Unbegleitete minderjährige Ausländerinnen und Ausländer
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees (Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen)



Grußwort der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration

Foto: Steffen Kugler



Liebe Leserinnen und Leser,

Frauen, Männer und Kinder, die nach Deutschland geflüchtet sind, müssen angemessen gesundheitlich und sozial versorgt sein. Damit sie Schutz, Frieden und auch Ruhe nach dem Ankommen in unserem Land finden können. Viele Engagierte im Ehrenamt und Hauptamt stehen ihnen dabei zur Seite. Dafür bin ich von Herzen dankbar, denn das ist ein herausragendes, aber auch herausforderndes Engagement. Umso mehr freue ich mich, dass der Kooperationsverbund für dieses Arbeitsfeld und mit seiner Handreichung sein Wissen teilt, Vernetzung ermöglicht und uns gute Praxis vorstellt.

Wie sind die Lebensumstände geflüchteter Frauen, Männer und Kinder? Wie können wir sie bestmöglich vor Ort unterstützen, ob in der AnKER-Einrichtung oder in der Folgeunterbringung? Welchen Rahmen setzt das Asyl- oder Aufenthaltsrecht? Diese Fragen beantwortet die Handreichung für alle Engagierten in der Flüchtlingshilfe und in der Gesundheitsförderung und Prävention.

Die Gesundheit und ihr Schutz stehen an erster Stelle. Darauf müssen natürlich auch Menschen vertrauen können, die unter schwierigsten Bedingungen nach Deutschland geflohen sind und mitunter traumatische Erfahrungen mitbringen. Denn Gesundheit ist ein Menschenrecht. Die Weltgesundheitsorganisation hat den Staaten der Europäischen Union in ihrem Bericht zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen und Migranten ein gutes Zeugnis ausgestellt. Demnach haben die Gesundheitseinrichtungen auch seit 2015 die vielen geflüchteten Frauen, Männer und Kinder gut versorgen können. Aber wir dürfen bei dieser wichtigen Aufgabe nicht nachlassen und müssen, wie der Titel der Handreichung es mahnt, „Lücken schließen und Angebote ergänzen“. Dafür leistet der Kooperationsverbund einen wichtigen Beitrag. Denn eine gute Gesundheit ist die Grundlage, damit Integration und Partizipation gelingen können.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre und hoffe, dass Sie die Informationen für das Engagement in Ihrer Stadt oder Gemeinde nutzen können!

Ihre Annette Widmann-Mauz

Beauftragte der Bundesregierung
für Migration, Flüchtlinge und Integration, Staatsministerin

1. Fluchtmigration und Gesundheit.

Lebenslagen und gesundheitliche Situation von geflüchteten Menschen

Im Jahr 2019 befanden sich weltweit 70,8 Millionen Menschen auf der Flucht. Mehr als die Hälfte davon (41,3 Millionen Personen) waren Binnenvertriebene, also Menschen, die innerhalb ihres Heimatlandes auf der Flucht sind. In Europa suchen lediglich neun Prozent der weltweiten Geflüchteten Schutz (UNHCR, 2019). Innerhalb Europas ist Deutschland das Land, das zahlenmäßig am meisten Asylsuchende aufnimmt. In Deutschland lebten zum Stichtag 31. Dezember 2018 1.063.800 anerkannte Flüchtlinge (UNHCR, 2019).

Während weltweit die Anzahl geflüchteter Menschen steigt, sinkt die Zahl der Asylantragstellerinnen und -steller in Deutschland kontinuierlich. Ein Grund dafür ist die stärkere Sicherung der EU-Außengrenzen seit dem Jahr 2016 (SVR, 2019a). Stellten in den Jahren 2015 und 2016 noch insgesamt über eine Million Menschen einen Asylantrag, wurden im Jahr 2018 nur noch 164.693 Asylsuchende registriert (BAMF, 2019). Soziodemografische Merkmale von Asylsuchenden sind, ebenso wie Fluchtursachen, -bedingungen und Herkunftsländer stets im Wandel begriffen. Die Konzeption passgenauer Maßnahmen muss sich daher an den jeweils aktuellen Merkmalen und Bedingungen orientieren.

1.1. Soziodemografische Merkmale

2018 setzte sich die Gruppe der Asylsuchenden aus etwas mehr männlichen (56,7 %) als weiblichen Personen (42,3 %) zusammen.

Altersstruktur

74,1 Prozent der Schutzsuchenden waren unter 30 Jahre alt, 48,4 Prozent jünger als 18 Jahre und 19,9 Prozent waren in Deutschland Geborene im Alter von unter einem Jahr. Über 65 Jahre alt waren lediglich 0,6 Prozent (BAMF, 2019). Von minderjährigen unbegleiteten Ausländerinnen und Ausländern (UMA) – also von Minderjährigen, die ohne Familie in Deutschland Schutz suchen – wurden 2018 4.087 Asylanträge gestellt (BuMF, 2019). Der Anteil von Mädchen ist dabei von 20 Prozent im Jahr 2018 auf 22 Prozent im ersten Halbjahr 2019 gestiegen (BuMF 2019). Die Altersstruktur im Rahmen der weltweiten Fluchtmigration unterscheidet sich damit wesentlich von der Altersstruktur der Migrantinnen und Migranten insgesamt, bei der der Anteil der Minderjährigen bei 13 Prozent liegt (UNICEF, 2016). Dies fordert einerseits insbesondere den Schutz der Kinderrechte heraus (ISSOP, 2017b; basierend auf der UN-Kinderrechtskonvention von 1989), andererseits treten gesundheitliche Fragen Älterer quantitativ deutlich in den Hintergrund. Daher sind in der Gesundheitsförderung Geflüchteter altersentsprechend relevante Settings, wie z.B. Entbindungskliniken, Kindertagesstätten, Schulen und berufsbildende Einrichtungen und als Kooperationspartner Jugendhilfe, Jugendmigrationsdienste, Wohlfahrtsverbände sowie relevante Elternvertretungen von besonderer Bedeutung.

Herkunftsländer

Wie schon in den Jahren davor kamen auch 2018 die meisten Asylsuchenden aus Syrien, gefolgt von Irak, Afghanistan, Eritrea, Iran, Türkei, Somalia, Serbien und Kosovo, Russland, Pakistan und Nigeria. Der Großteil der Geflüchteten aus dem Irak (70,2 %) und 31,1 Prozent der Geflüchteten aus Syrien gehören der Volksgruppe der Kurden an (BAMF, 2019). Diese Vielfalt macht eine diversitäts-



orientierte Flexibilität in der Ausrichtung der Gesundheitsförderung notwendig, die insbesondere auch religiöse und ethnische Faktoren beachtet. Aktuelle Daten zur Anzahl der Asylsuchenden, deren Herkunftsländer und soziodemographische Merkmale können dem monatlich erscheinenden Zuwanderungsmonitor des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung entnommen werden: www.iab.de/de/daten/zuwanderungsmonitor.aspx.

87 Prozent der Geflüchteten haben vor ihrer Ankunft in Deutschland eine Schule besucht und rund 59 Prozent einen schulischen Abschluss erworben (IAB, 2019). Eine betriebliche oder andere berufliche Ausbildung haben sieben Prozent der Geflüchteten gemacht und fünf Prozent haben einen beruflichen Abschluss erworben (SVR, 2019b). Allerdings sind die Daten zur beruflichen Ausbildung nur bedingt aussagekräftig, da in den Herkunftsländern häufig ein dem deutschen Berufsbildungssystem vergleichbares Ausbildungssystem fehlt. Elf Prozent der geflüchteten Männer und Frauen weisen einen Hochschulabschluss auf (IAB, 2019). Unabhängig vom erworbenen Bildungsgrad gaben 73 Prozent der männlichen Geflüchteten im Alter zwischen 18 bis 65 Jahren im Rahmen der IAB-BAMF-SOEP-Befragung an, bereits vor der Einreise nach Deutschland Berufserfahrungen gesammelt zu haben. Dies trifft nur auf 37 Prozent der Frauen zu, was auf eine geringe Frauenbeschäftigungsquote hinweist (IAB, 2019). Insgesamt zeigt sich, dass Geflüchtete im Vergleich zur deutschen Bevölkerung einen deutlich geringeren Anteil in der Mitte und einen höheren Anteil am unteren Ende des Qualifikationsspektrums aufweisen (IAB, 2019). Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der Bundesagentur für Arbeit bzw. betriebsmedizinischen Gesundheitsförderung sollten daher insbesondere auch besondere Bedarfe der Zielgruppe der Geflüchteten berücksichtigen. Weiterhin sollten in Anbetracht einer zu erwartenden geringeren Beschäftigtenquote von geflüchteten Frauen auch außerbetriebliche Settings wie Quartiere in den Blick genommen werden.

Bildungsstand

1.2. Lebenslagen von Geflüchteten in Deutschland

Eine gemeinsame Studie der Robert Bosch Stiftung und des Forschungsbereichs des Sachverständigenrates Deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) sowie die IAB-BAMF-SOEP-Befragung geben erstmals einen detaillierten Einblick in die Lebenssituation Geflüchteter in Deutschland. Die Lebenslage Geflüchteter in Deutschland lässt sich detailliert beschreiben mittels der Daten zur Wohnsituation, zu Möglichkeiten des Spracherwerbs, zur finanziellen Lage, zu Bildungschancen, der damit einhergehenden Integration in den Arbeitsmarkt sowie nicht zuletzt dem Aufenthaltsstatus, der den Zugang zu Bildung, Arbeitsmarkt, Sozialleistungen sowie Gesundheitsversorgung regelt.

Unterbringung

Nach derzeitigem Stand (Februar 2021) sind Asylsuchende verpflichtet, bis zur Entscheidung des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) über den Asylantrag und im Falle der Ablehnung des Asylantrags bis zur Ausreise oder bis zum Vollzug der Abschiebungsandrohung oder -anordnung, längstens jedoch bis zu 18 Monate in der für ihre Aufnahme zuständigen Aufnahmeeinrichtung zu wohnen (§ 47 Asylgesetz [AsylG]). Wird durch den/die Asylsuchende/n die Mitwirkungspflicht verletzt, ist er/sie verpflichtet, über 18 Monate hinaus in einer Aufnahmeeinrichtung zu wohnen. (§ 15 AsylG). Minderjährige Kinder und ihre Eltern oder andere Sorgeberechtigte sowie ihre volljährigen, ledigen Geschwister sind verpflichtet,

Erstaufnahmeeinrichtung

längstens bis zu sechs Monate in einer Aufnahmeeinrichtung zu leben. Unbegleitete minderjährige Ausländer*innen (UMA) werden direkt nach ihrer Ankunft vorläufig durch das Jugendamt in Obhut genommen und in eigens dafür eingerichteten Erstaufnahmeeinrichtungen untergebracht. Einer Befragung des BuMF (2019) zufolge dauert bei 30 Prozent der UMA die vorläufige Inobhutnahme länger als einen Monat. Schutzsuchende aus sogenannten sicheren Herkunftsstaaten müssen bis zum Ergehen des Asylbescheids bzw. bis zur Ausreise in der Erstaufnahmeeinrichtung bleiben (BAMF, 2018; dtv, 2019).

Migrationspaket 2019

Im Juni 2019 verabschiedete der Bundestag ein kontrovers bewertetes Gesetzespaket zu Migration und Asyl. Zivilgesellschaftliche Organisationen kritisieren insbesondere das darin enthaltene Geordnete-Rückkehr-Gesetz, welches das Asylrecht aus deren Sicht deutlich verschärft. Es enthält unter anderem Bestimmungen über Zentren für Ankunft, Entscheidung, Rückführung (AnKER) – sogenannte Ankerzentren. Das sind Massenunterkünfte, in denen Ankunft, Asylverfahren sowie evtl. die Rückführung unter einem Dach abgewickelt werden, um Prozesse effektiver zu gestalten und schneller Entscheidungen über das Bleiberecht von Personen zu treffen. Die Einrichtung dieser Ankerzentren erhöht jedoch die Herausforderungen für die Gesundheitsförderung mit Geflüchteten (terre des hommes, 2020), die in Kapitel 1.4 näher beschrieben werden.

Ankerzentren

Bisher wurden in Bayern, in Sachsen und im Saarland insgesamt neun Erstaufnahmeeinrichtungen und die schon in Bayern bestehenden Transitzentren in Ankerzentren umgewandelt. In anderen Bundesländern gibt es Einrichtungen, die den Ankerzentren stark ähneln. Analog zu den Erstaufnahmeeinrichtungen in den anderen Bundesländern müssen Asylsuchende nun grundsätzlich bis zu 18 Monate (siehe oben, erster Absatz unter „Unterbringung“; Familien und minderjährige Geflüchtete bis zu 6 Monate) in Ankerzentren bleiben, bis sie in Kommunen verteilt oder abgeschoben werden (BAfF, 2020; Caritas, 2019).

Verteilung auf Kommunen

Im Anschluss an die Unterbringung in einer Aufnahmeeinrichtung werden die Asylsuchenden auf Kommunen verteilt. Erwachsene Asylsuchende und Familien wohnen dort in der Regel wieder in einer Gemeinschaftsunterkunft, wobei hierzu gesetzlich keine zwingende Verpflichtung mehr besteht. Die Regelungen variieren von Bundesland zu Bundesland. Spätestens mit Erteilung eines Aufenthaltstitels dürfen die Schutzberechtigten die Gemeinschaftsunterkünfte verlassen und sich privaten Wohnraum suchen (dtv, 2019).

Die meisten UMA (77 %) sind nach der Umverteilung bis mindestens zur Erreichung der Volljährigkeit in stationären Einrichtungen und betreuten Wohngruppen untergebracht. Die Unterbringung in Pflege- bzw. Gastfamilien oder bei Verwandten erfolgt in 9,4 Prozent aller Fälle. Einrichtungen des Jugendwohnens oder auch Gemeinschaftsunterkünfte hingegen werden eher selten für die Unterbringung von UMA genutzt (BMFSFJ, 2020).

Wohnqualität

Zur Beurteilung der Wohnqualität von Geflüchteten liegen keine aktuellen Daten vor. Die Daten einer 2018 veröffentlichten Kurzanalyse des BAMF (2018) beruhen auf einer Erhebung aus dem Jahr 2016 und dürften somit nicht mehr der momentanen Situation entsprechen. Bekannt ist, dass Kinder und Jugendliche sich in Gastfamilien vergleichsweise wohl fühlen (Deutsches Jugendinstitut, 2017, S. 53).

Die meisten Schutzberechtigten leben in großen Städten in Nordwestdeutschland (Henze, Kolvev, 2016). In den Großstädten treffen die Geflüchteten auf einen sehr



angespannten Wohnungsmarkt und finden bezahlbaren Wohnraum nur in bereits benachteiligten Stadtteilen. Dies hat zur Folge, dass sich die sozialräumlichen Ungleichheiten in den Städten verschärfen (BBSR, 2017, S. 6). In ländlichen Gegenden ist es um die Wohnungsmarktintegration besser bestellt. Jedoch erschweren es die Residenzpflicht (§ 56 AsylG), lange Wege und mangelhafte Nahverkehrsverbindungen Geflüchteten zum Beispiel, Integrationskurse oder Arztbesuche wahrzunehmen oder soziale Kontakte zu knüpfen. Des Weiteren mangelt es im ländlichen Raum an Arbeits- und Ausbildungsplätzen (BBSR, 2017). Die Bilanz ist ernüchternd: Im urbanen Raum steht Arbeit, aber wenig Wohnraum zur Verfügung, im ruralen Raum herrscht das Gegenteil vor.

Spracherwerb

Die Kenntnis der deutschen Sprache ist einer der wichtigsten Faktoren einer gelingenden Integration in die Gesellschaft. Aus diesem Grund wurden die 2005 eingeführten Integrationskurse fortlaufend ausdifferenziert. Aktuell werden spezielle Kurse für junge Erwachsene, Frauen, Menschen mit Behinderung aber auch Intensiv- und Alphabetisierungskurse angeboten. Sie sind in erster Linie für volljährige Asylsuchende mit guter Bleibeperspektive (derzeit Eritrea und Syrien), arbeitsmarktnahe Asylsuchende und zum Teil auch für Geduldete geöffnet. (BAMF, 2019b). Im Jahr 2018 haben aus den drei Hauptherkunftsländern Geflüchteter (Syrien, Afghanistan, Irak) 66.000 Personen an Integrationskursen teilgenommen. 52 Prozent der Gesamtheit der erstmals an einem Integrationskurs Teilnehmenden schlossen den Kurs mit einem Sprachniveau von B1 (fortgeschrittene Sprachverwendung) und 32 Prozent mit einem Sprachniveau von A2 (grundlegende Kenntnisse) ab (BAMF, 2019; e-trafix, o.D.).

Die IAB-BAMF-SOEP-Befragung macht Angaben über die Selbsteinschätzung der Sprachkompetenz von geflüchteten Jungen und Mädchen zwischen elf und 17 Jahren, die sich zum Zeitpunkt der Befragung zwischen einem und vier Jahren in Deutschland aufhielten. 86 Prozent der Befragten schätzten ihre Deutschkompetenzen als sehr gut oder gut ein, wobei Mädchen sich etwas besser einschätzten als Jungen. Wesentlichen Einfluss auf das Erlernen der deutschen Sprache hat der Besuch einer Schule. 82 Prozent der geflüchteten Kinder und Jugendlichen gaben an, dass sich ihre Deutschkenntnisse im Laufe der Schulzeit verbesserten.

Leistungen für Asylbewerber*innen und Menschen mit einer Duldung

Asylsuchende und Menschen mit einer Duldung beziehen Leistungen gemäß dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Die Art und Höhe der Leistungen ist abhängig vom Stand des Asylverfahrens und der Aufenthaltsdauer. So erhalten Asylsuchende in Erstaufnahmeeinrichtungen hauptsächlich Sachleistungen sowie weitere Leistungen für den „notwendigen persönlichen Bedarf“ (§ 3a AsylbLG) zumeist als Geldleistung (Der Paritätische Gesamtverband, 2019). Nach dem Verlassen der Erstaufnahmeeinrichtung erhalten Asylsuchende und Menschen mit einer Duldung, die noch keiner bezahlten Tätigkeit nachgehen, die Mittel für den notwendigen persönlichen Bedarf vorrangig als Geldleistung. Eine erwachsene leistungsberechtigte Person, die als Alleinstehende in einer Wohnung lebt, erhält in diesem Fall monatlich 351 Euro. Ein Kind asylsuchender Eltern erhält je nach Alter zwischen 218 und 280 Euro. Somit erhalten Asylsuchende und deren Kinder weniger finanzielle Leistungen als der Arbeitslosengeld-II-Regelsatz festlegt, der laut Bundesverfassungsgericht als Existenzminimum gilt. Zusätzlich zu den

Sprachkurse

Sprachkompetenz

Leistungen gemäß AsylbLG

Geldleistungen werden – wie beim Arbeitslosengeld-II-Regelsatz – die Kosten für Unterkunft, Heizung, Hausrat, Gebrauchs- und Verbrauchsgüter des Haushalts, Kosten der Wohnungsinstandhaltung, Haushaltsenergie (Strom), Warmwasser sowie Leistungen des Bildungs- und Teilhabepakets (z.B. und unterschiedlich je nach Bundesland: Schulbedarf, kostenloses Mittagessen in der Schule und Kita, ...) übernommen (Der Paritätische Gesamtverband, 2019). Asylsuchende und Menschen mit einer Duldung, die sich länger als 18 Monate in Deutschland befinden und keiner Beschäftigung nachgehen, erhalten grundsätzlich den vollen Arbeitslosengeld-II-Regelsatz nach § 2 AsylbLG analog zu Leistungen des zwölften Sozialgesetzbuchs (SGB XII), sind aber weiterhin dem AsylbLG zugeordnet. Erst nach der Anerkennung des Schutzstatus bzw. nach Erteilung einer anderen Aufenthaltserlaubnis wechseln Geflüchtete in das reguläre Sozialhilfesystem des zweiten Sozialgesetzbuchs (SGB II). Personen, die in einem anderen Staat der Europäischen Union oder in Liechtenstein, Island, Norwegen und der Schweiz als Flüchtlinge bzw. als subsidiär Schutzberechtigte anerkannt sind, sind von Leistungen nach dem AsylbLG grundsätzlich ausgeschlossen (Der Paritätische Gesamtverband, 2019).

Leistungen für UMA

Die Gruppe der unbegleiteten minderjährigen Ausländer*innen (UMA) fällt unter das Kinder- und Jugendhilferecht und erhält Leistungen nach dem Achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII). Welche Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe benötigt werden, wird im Clearingverfahren, das sich der Umverteilung anschließt, erörtert. Grundsätzlich haben UMA Anspruch auf Inobhutnahme durch ein Jugendamt, einen persönlichen Vormund und Unterbringung in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe. Darüber hinaus erhalten sie rechtlich den sofortigen Zugang zu Schule und Ausbildung (Diakonie Deutschland, 2018).

Bildungsverlauf in Deutschland

Schulpflicht

Der Bildungsverlauf geflüchteter Kinder und Jugendlicher steht und fällt mit dem erfolgreichen Besuch und Abschluss einer allgemeinbildenden Schule. Die in Deutschland bundesweit bestehende Schulpflicht gilt auch für Geflüchtete. Allerdings ist die Schulpflicht nur in den Bundesländern Berlin, Hamburg und Saarland an keine Voraussetzungen geknüpft. In den übrigen Bundesländern beginnt die Schulpflicht meist mit der Zuweisung auf eine Gebietskörperschaft, also bis zu sechs Monate nach der Ankunft der Kinder und Jugendlichen in Deutschland (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2019). Auch die Form der Beschulung (z. B. Vorbereitungsklassen, Migrationsklassen) wird regional sehr unterschiedlich gehandhabt. Teilweise entstehen durch Wartezeiten so Unterbrechungen und Lücken im Bildungsweg (Robert Bosch Stiftung & SVR, 2016, S. 25). Ein Gesamtüberblick, wie viele geflüchtete Kinder und Jugendliche an welchen Schulen in welchem Bundesland einen Platz haben, fehlt (SVR, 2016). Aufgrund der Schulpflicht ergibt sich ein besonderer Ansatzpunkt für gesundheitsförderliche Maßnahmen zu Schulbeginn (z.B. in Anbindung an Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen als Seiteneinsteigende durch den ÖGD) und in der Schule (z.B. über Schulgesundheitschwester/ Schulgesundheitsfachkräfte oder Schulsprechstunden). Diese sind jedoch bisher innerhalb der Bundesländer heterogen und nicht flächendeckend eingeführt.

Erwerb weiterer Bildungsabschlüsse

Bei erwachsenen Geflüchteten gehen die Autorinnen und Autoren des Endberichts der IAB-BAMF-SOEP-Befragung davon aus, dass aufgrund des geringen Durchschnittsalters viele ihre Bildungsbiographien in Deutschland fortsetzen. So strebt



rund die Hälfte der befragten erwachsenen Geflüchteten, die maximal über einen Sekundarschulabschluss verfügen, einen weiteren Schulabschluss in Deutschland an. Darüber hinaus planen zwei Drittel der Geflüchteten mit Berufs- oder Studienabschlüssen, in Deutschland weitere Berufs- oder Hochschulabschlüsse zu erwerben. Wichtige Einflussfaktoren auf die geplante weiterführende Bildungsbiographie sind das Alter der Geflüchteten sowie deren Geschlecht. So planen weibliche Geflüchtete seltener, ihre Bildungsbiographie in Deutschland fortzusetzen. Mit zunehmendem Alter sinkt außerdem die Neigung, noch Schulabschlüsse oder berufliche Abschlüsse und Studienabschlüsse zu erwerben. Weitere Einflussfaktoren sind die Vorbildung (mit zunehmender Qualifikation steigt das Interesse, einen weiteren Berufs- und/oder Hochschulabschluss in Deutschland zu erwerben), der Aufenthaltsstatus (Personen mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus weisen überdurchschnittliche Bildungsbestrebungen auf) sowie das Alter und die Anzahl der Kinder im Haushalt. Insbesondere Frauen mit kleinen Kindern sind beim Erwerb von Bildungsabschlüssen erheblich unterrepräsentiert (IAB, 2019).

Integration in den Arbeitsmarkt

Darüber hinaus ergeben sich für Geflüchtete auch Einschränkungen in der Realisierung qualifikationsentsprechender Beschäftigung.

Der Zugang von Geflüchteten zum Arbeitsmarkt und zur vollen Gesundheitsversorgung hängt primär vom Aufenthaltsstatus und der Aufenthaltsdauer ab. Diese und weitere Faktoren bestimmen, ob und wenn ja, wann eine Erlaubnis zur Erwerbstätigkeit erteilt wird. Eine Benennung aller Einflussfaktoren, deren Zusammenspiel sowie die Auswirkungen auf den Arbeitsmarktzugang sind aus Gründen der Komplexität an dieser Stelle nicht möglich. Aktuelle Informationen lassen sich dem 2019 erschienen Leitfaden zur Arbeitsmarktintegration von Geflüchteten des Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS, 2019) entnehmen.

Im Dezember 2018 lag die Beschäftigungsquote für Personen aus den acht wichtigsten außereuropäischen Herkunftsländern von Asylsuchenden bei 32,4 Prozent (SVR, 2019b). Bei der Bundesagentur für Arbeit waren 456.000 Geflüchtete – insbesondere für Arbeitsstellen im Niedriglohnbereich – als arbeitssuchend registriert. So suchten Ende Dezember 2018 22.000 eine Arbeitsstelle im Bereich Reinigung, 21.000 in der Logistik, 15.000 als Küchenhilfe und 10.000 im Verkauf (Bundesagentur für Arbeit, 2018). Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheit und Gesundheitsförderung kommt daher mit Blick auf die Realisierung gesundheitlicher Chancengleichheit besondere Bedeutung zu. Sie müssen auch auf die Zielgruppe der Geflüchteten ausgerichtet und Informationen hierzu adaptiert werden.

Besonders vulnerable Geflüchtete

Geflüchtete stellen aufgrund ihrer Erlebnisse, Lebensumstände und durch die zumindest zu Beginn ihres Aufenthalts eingeschränkten Sozialleistungen im Aufnahmeland eine vulnerable Bevölkerungsgruppe dar. Bestimmte Faktoren verstärken diese Vulnerabilität noch.

Die Europäische Union stellt in der Aufnahmerichtlinie fest, dass für manche Personengruppen besonderer Schutzbedarf besteht. Sie verpflichtet die EU-Mitgliedsstaaten dazu, die jeweils besonderen Bedürfnisse dieser Personen im Asylverfahren, in der Unterbringung und im Bereich der materiellen und medizinischen Leistungen zu berücksichtigen.

Beschäftigungsquote

schutzbedürftige Personengruppen

Zu den besonders schutzbedürftigen Personen zählen laut Art. 21 der EU-Aufnahmerichtlinie (Richtlinie 2013/33/EU) insbesondere: (unbegleitete) Minderjährige, Menschen mit Behinderung, Menschen mit schweren körperlichen oder psychischen Erkrankungen, Schwangere, Alleinerziehende, Opfer von Menschenhandel, Folter oder psychischer, physischer und sexueller Gewalt sowie ältere Menschen. Diese Liste ist nicht abschließend, sodass auch andere Personengruppen unter die Kategorie der besonders schutzbedürftigen Geflüchteten gefasst werden können. Somit kann beispielsweise auch für LSBTIQ-Geflüchtete (lesbische, schwule, bisexuelle, transsexuelle, Transgender-, intersexuelle und queere Menschen) eine besondere Schutzbedürftigkeit angenommen werden. Sie alle zählen zu den besonders vulnerablen Gruppen unter den Geflüchteten.

Intersektionalität

Um die Benachteiligung von Personen mit mehreren Diskriminierungsmerkmalen zu beschreiben, hat die US-amerikanische Rechtswissenschaftlerin Kimberlé Crenshaw das Konzept der Intersektionalität entwickelt. Das Konzept besagt, dass sich Diskriminierungsmerkmale nicht lediglich addieren, sondern dass das Zusammenwirken unterschiedlicher sozialer Ungleichheiten zu spezifischen Diskriminierungsformen führt (Walgenbach, 2012).

Dies ist insbesondere für Schwangere und Minderjährige bedeutsam. In der Schwangerschaft und frühen Kindheit sind frühzeitige Zugangschancen zu einer umfassenden Gesundheitsförderung und Prävention besonders wichtig (WHO Regionalbüro für Europa, 2004). Viele Maßnahmen sind nur in bestimmten Zeitfenstern sinnvoll und können später nicht oder nur teilweise nachgeholt oder kompensiert werden. Deshalb ist es essenziell, die Teilhabe von geflüchteten Schwangeren und Kindern an der Gesundheitsversorgung zeitnah und umfassend nach ihrer Ankunft zu realisieren. Gut koordinierte, darunter auch ehrenamtliche, Stellen können Möglichkeiten schaffen, um Familien in der Ankommensphase zu begleiten, sie im Sozialraum zu vernetzen und ihnen so einen Weg in die Regelversorgung zu ebnet. Darüber hinaus sollten Familien einen niedrigschwelligen, vom Aufenthaltsstatus unabhängigen Zugang zu Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie zu anderen psychosozialen Regelangeboten erhalten (NZFH, 2018 bzw. Fachausschuss Transkulturelle Pädiatrie, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie, 2009). Faktoren, die bei allen Migrantinnen und Migranten zu sozialer Benachteiligung führen können – wie die Trennung von Familien – beeinflussen die physische und seelische Gesundheit bei unbegleiteten Minderjährigen in besonderer Weise.

genderspezifische Aspekte

Dabei sind auch genderspezifische Aspekte zu berücksichtigen, wobei die Vulnerabilitäten von Mädchen bereits häufig thematisiert werden. Da der überwiegende Teil der unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten Jungen sind, sollten auch deren Fluchtursachen, Fluchtgeschichten, Lebenssituation in Deutschland und Bedarfe der körperlichen und seelischen Gesundheit aus einer genderspezifischen Perspektive betrachtet werden. Mehr Wissen über die geschlechtstypischen Prägungen der Jungen durch ihre Herkunftskultur sowie ihre Strategien zur Bewältigung von Angst und Trauma oder von mitunter unerfüllbaren Familienaufträgen ist eine wichtige Voraussetzung, um Angebote konzipieren bzw. weiterentwickeln zu können, mit denen die psychosoziale Entwicklung der Jungen gefördert wird – auch, um die Wahrscheinlichkeit von gesundheitsschädigendem Verhalten wie Sucht und Gewalttätigkeit zu vermindern (BZgA, 2019).



1.3. Ressourcen, Belastungsfaktoren, gesundheitliche Situation

Ressourcen

Der Diskurs über Geflüchtete wird häufig eher defizit- und weniger ressourcenorientiert geführt. Oft stehen ihre Bedarfe und empfundenen Defizite im Zentrum der Wahrnehmung und Handlung: Hilfsbedürftigkeit, Schutzbedürftigkeit oder Orientierungslosigkeit. Dabei ist jedoch unbedingt zu beachten, dass geflüchtete Menschen viele persönliche, familiäre, soziale und kulturelle Ressourcen und Potentiale mitbringen, die anerkannt, aktiviert und gestärkt werden sollten: Wissen, beruflich relevante Fähigkeiten unabhängig von einer in Deutschland formal anerkannten Qualifikation, private Erfahrungen wie z.B. Problemlösekompetenzen und Überlebenskunst (z.B. durch die Fluchterfahrung), Sprachkenntnisse, Lebenseinstellungen, soziale Netzwerke und Werte, wie z.B. ein ausgeprägter sozialer oder familiärer Zusammenhalt, moralische Vorstellungen, der Wunsch, Verantwortung in Deutschland zu übernehmen, etc.. Durch gesellschaftliche Teilhabe können geflüchtete Menschen eigene und die Lebensbedingungen anderer Menschen stärken (Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, 2012; MASGF, 2017; NZFH, 2018; Jansen & Zander, 2019; Schumann et al., 2019).

Dazu ist ein entsprechendes Umdenken in der gesundheitlichen und sozialen Versorgung notwendig. Es gibt bereits Institutionen und Strukturen, die über Ressourcen verfügen, um die gesellschaftliche und gesundheitliche Teilhabe von geflüchteten Menschen zu stärken. Strukturelle Ressourcen sind z.B. Planstellen für die Koordination der gesundheitsbezogenen Versorgung, berufsgruppenspezifische Fortbildungen und Lehrgänge für Fachkräfte in der Flüchtlingshilfe und der Gesundheitsförderung, das Nutzen von Erfahrungen aus der Begleitung von Arbeitsmigrantinnen und -migranten oder zentrale Informations- und Kommunikationsplattformen für den Austausch von guten Praxisbeispielen. Rechtliche Ressourcen sind z.B. das Präventions- und Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (Antidiskriminierungsgesetz), oder bundes- und landesweite Empfehlungen (Altgeld, 2016; Bozorgmehr, 2016; Schröder et al., 2018).

Es ist notwendig, dass Strukturen sich flexibel auf die Bedarfe geflüchteter Menschen einstellen können und diese Gruppe in ihrer Vielfaltigkeit und Verschiedenheit wahrnehmen und anerkennen – das heißt, dass sie sich transkulturell öffnen (MASGF, 2017; Sievers, 2016).

Belastungen

Bei aller Notwendigkeit, die Ressourcen von Geflüchteten in den Vordergrund zu stellen und sie gezielt zu stärken, ist zu beachten, dass Geflüchtete besonderen Herausforderungen und Belastungen gegenüber stehen. Diese Einflussfaktoren auf die Gesundheit werden in Kapitel 2.1, „Gesundheitsförderung“ genauer beschrieben. Abbildung 2 auf Seite 22 und Abbildung 3 auf Seite 23 stellen diese Einflussfaktoren schematisch dar und erweitern sie um die Perspektive auf die besondere Situation von Geflüchteten.

Fluchtursachen und -wege sind der Hauptgrund dafür, dass Geflüchtete im Herkunftsland und während der Flucht in Transitländern einem hohen gesundheitlichen Risiko ausgesetzt sind. Die meisten der in Deutschland Schutzsuchenden kommen aus Ländern, in denen kriegerische Konflikte und Gewalt das tägliche Leben bestimmen. Dementsprechend sind auch „Angst vor gewaltsamen Konflikten und Krieg“,

Ressourcenorientierung

kultursensibler Umgang

transkulturelle Öffnung

Traumatisierung

„Verfolgung“, „Angst vor Zwangsrekrutierung“, „Diskriminierung“ sowie „schlechte persönliche Lebensbedingungen“ die in der IAB-BAMF-SOEP-Befragung (IAB, 2019) am häufigsten genannten Fluchtmotive. Weiterhin geben nur ein Viertel der männlichen und ein Drittel der weiblichen Geflüchteten an, kein traumatisches Ereignis erlebt zu haben. Am häufigsten berichten Geflüchtete von Betrug und Ausbeutung, gefolgt von körperlichen Übergriffen und Gefängnisaufenthalten. Weiter nennen sie Erpressung, Raubüberfälle, Schiffbruch sowie sexuelle Übergriffe als traumatisierende Erlebnisse. Männliche Geflüchtete geben zu größeren Anteilen als weibliche an, traumatische Erfahrungen auf der Flucht gemacht zu haben (IAB, 2019).

Gesundheitszustand im Ankunftsland

Zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Ankunftsland tragen vielfältige Risiken bei, wie z.B.:

- Trennung von der Familie,
- beengte Wohnsituation, beispielsweise in Sammelunterkünften,
- fremde Umgebung,
- eingeschränkte Bewegungsfreiheit,
- Sprachprobleme,
- ein unvollständiger Impfschutz,
- oder ein unsicherer Aufenthaltsstatus

(Metzing et. al, 2020; Schröder et. al, 2018).

Abbildung 1 auf Seite 16 zeigt weitere wichtige Faktoren der Fluchtmigration, die die Gesundheit von Geflüchteten vor und bei ihrer Ankunft in Deutschland und im Verlauf ihres Aufenthalts beeinflussen.

Belastungen im Ankunftsland

Diese Belastungen betreffen die geflüchteten Menschen in unterschiedlichen Kombinationen – selten tritt nur einer dieser Stressoren alleine auf. Kinder und Jugendliche sind in besonderer Weise betroffen und gefährdet, Psychotraumata und Entwicklungsstörungen zu entwickeln. Zudem gilt die sogenannte Postmigrationsphase als entscheidend für die (psychische) Gesundheit (Schneider et al., 2017; Metzing et al., 2020; Schröder et al., 2018). Mit der Aufenthaltsdauer im Ankunftsland können Ungleichheiten und gesundheitliche Risiken zunehmen. Da Geflüchtete häufig in prekärer sozialer Lage leben, sind sie in besonderer Weise gefährdet, sich mit Infektionskrankheiten anzustecken, psychische oder chronische Erkrankungen zu entwickeln oder unter der Verschlechterung bestehender Erkrankungen zu leiden (Kupfer et al., 2020; WHO, 2018b; WHO, 2018d).

Die Unterbringung Geflüchteter in Gemeinschaftsunterkünften mit unterschiedlicher Größe und teilweise abseits gelegenen Flüchtlingsunterkünften ist mit besonderen Belastungsfaktoren verbunden, u.a.:

- Enge/Dichte der Wohnverhältnisse: Mangel an Privatsphäre, an Rückzugsmöglichkeiten, an Spiel- und Lernorten für Kinder (unicef, 2017, S. 23),
- Lärm,
- mangelnde finanzielle Mittel,
- Einschränkungen, Hygiene zu bewahren,
- Gewalterfahrungen bzw. Sicherheitsprobleme in der Unterkunft (unzureichende, ineffiziente Gewaltschutz-Konzepte oder mangelhaftes Beschwerdemanagement),
- häufig isolierte Lage von Unterkünften, erschwelter Kontakt zur Allgemeinbevölkerung (Robert Bosch Stiftung & SVR, 2016, S. 38),



- eingeschränkte Möglichkeiten eigenständig und selbstbestimmt Entscheidungen über das eigene Leben zu treffen,
- Diskriminierungserfahrungen (BAfF, 2020; BAMF, 2018; Der Paritätische Gesamtverband, 2019; Kompetenznetz Public Health COVID-19, 2020; PRO ASYL, 2020; Zenker et al., 2020),
- Suchtverhalten.

Es ist empfehlenswert, dass insbesondere Fachkräfte in den Gemeinschaftsunterkünften sich mit dem Thema Verbreitung von Suchtmitteln und abhängigem Verhalten auseinandersetzen. Teilweise sind sie unsicher, wie sie damit umgehen sollen, wenn Bewohnende Suchtmittel konsumieren. Das Thema „Sucht“/„Abhängigkeit“ wird in den Herkunftskulturen verschieden und je nach Suchtmittel unterschiedlich thematisiert und bewertet. Beispielsweise wird in bestimmten Kulturkreisen und sozialen Schichten Sucht als persönliche Verfehlung oder Ehrverletzung der Familie stigmatisiert und nicht als therapierbare Erkrankung wahrgenommen. Außerdem sind einige Suchtmittel in den Herkunftsländern weiter oder geringer verbreitet sowie gesellschaftlich mehr oder weniger akzeptiert. Suchtmittelkonsum ist in den Gemeinschaftsunterkünften meist verdeckt. (Belastbare Zahlen zum Suchtmittelkonsum in Gemeinschaftseinrichtungen liegen nicht vor.) Erfahrungen aus der ärztlichen Praxis zeigen, dass traumatische Fluchterfahrungen dazu führen können, dass Personen diese mit Betäubungsmitteln, Alkohol oder Glücksspiel zu bewältigen versuchen, zu denen sie in Deutschland häufig leichten Zugang haben (Stöver et. al, 2018; Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, o.D.; Caritas, 2020).

Sucht

Als besonders belastend empfinden Geflüchtete die Dauer und Unsicherheit des Asylverfahrens bzw. der Klärung des Aufenthaltsstatus sowie existenzielle Zukunftsängste für sich und die ggf. zurückgelassene Familie. Je länger der unklare Zustand anhält, desto belastender nehmen sie die Situation wahr. Traumatisierungen können in dieser Situation nur erschwert bearbeitet werden. Psychischer Stress, psychosomatische Reaktionen und mögliche Diskriminierungserfahrungen haben erheblichen Einfluss auf die aktuelle wie langfristige Gesundheit. Diese Umstände können insbesondere Kinder und Jugendliche stark belasten und sie in ihrer sozialen und emotionalen Entwicklung benachteiligen (unicef, 2017; Deutsches Jugendinstitut, 2017).

Prozess des Asylverfahrens

„Der UN-Kinderrechtsausschuss hat sich in seinen abschließenden Bemerkungen im Jahr 2014 besorgt über einen unzureichenden Zugang von asylsuchenden Kindern zu Gesundheitsdiensten gezeigt und dabei explizit die Behandlung akuter Krankheiten, die Gesundheitsvorsorge und psychosoziale Therapie benannt. In der Praxis zeigt sich, dass auch vier Jahre später nur ein unzureichender Zugang zu gesundheitlicher Grundversorgung (einschließlich Rehabilitation, Operation und Sehhilfen) sowie zur psychologischen Früherkennung und Betreuung besteht, insbesondere in Erstaufnahmeunterkünften“ (DKHW, 2019, S. 46).

Zugang zu Gesundheitsdiensten

Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status und genetische Faktoren beeinflussen die Gesundheit je nach Lebenslage unterschiedlich ausgeprägt durchgängig



Abb. 1: AG „Gesundheitsförderung mit Geflüchteten“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitlich relevante Faktoren im Zeitverlauf der Fluchtmigration. Adaptiert und ergänzt nach Matlin et al. (2018)



Gesundheitliche Situation

Aktuell gibt es nur wenige verlässliche Daten zur gesundheitsbezogenen Lage geflüchteter Menschen in Deutschland. Daten aus dem Bremer Gesundheitsprogramm für Geflüchtete (Mohammadzadeh, 2018) zeigen, dass Geflüchtete unter den gleichen körperlichen Erkrankungen wie die deutsche Mehrheitsgesellschaft leiden. Die am häufigsten bei geflüchteten Menschen diagnostizierten Erkrankungen sind Atemwegserkrankungen, Zahnerkrankungen und (psychosomatische) Schmerzzustände (Mall, 2015; Mohammadzadeh, 2018). In den meisten Fällen bringen geflüchtete Menschen keine akuten Erkrankungen aus dem Heimatland mit. Sie erkranken häufig auf der Flucht aufgrund widriger Bedingungen oder in Deutschland aufgrund eines defizitären Impfstatus sowie den Hygienestandards in Sammelunterkünften (Mall, 2015; Bozorgmehr, 2016; Sappa et. al, 2016; Mohammadzadeh, 2018). Darüber hinaus erkranken Geflüchtete im Durchschnitt häufiger an psychischen Störungen (Biddle et al 2019). In einer aktuellen Befragung gaben Asylsuchende und Geflüchtete aus Aufnahmezentren verschiedene Beeinträchtigungen an, wie z.B. schlechte/sehr schlechte Gesundheit (19 %), Schmerzen (25 %), chronische Erkrankung (40 %), Depression (46 %) und Angst (45 %). 52 Prozent nahmen im letzten Jahr allgemeine und 27 Prozent spezialisierte Versorgungen wahr, darüber hinaus wurden aber auch zu 31 bzw. 32 Prozent unbefriedigte Bedarfe in den Bereichen Primärversorgung und fachärztliche Betreuung angegeben (Biddle et al 2019).

Durch Fluchterfahrungen verschlechtert sich der sozioökonomische Status Geflüchteter häufig. Dies zeigt sich u.a. in ungleich verteilten Gesundheitschancen. So haben Geflüchtete ein größeres Risiko, gesundheitliche Belastungen wie psychische Erkrankungen zu entwickeln, weniger Bewältigungsressourcen zur Verfügung zu haben wie z.B. Erholungsmöglichkeiten und einen eingeschränkten Zugang zu gesundheitlicher Versorgung. Dies beeinflusst auch ihre gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen wie z.B. Risikoverhalten oder Stressbewältigung (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2019).

Bedeutung und Ausprägung der unterschiedlichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit ändern sich im Verlauf der Fluchtmigration. Abbildung 1 verdeutlicht, wie wichtig für den Gesundheitszustand sowohl die Ausgangsbedingungen als auch die Bedingungen auf der Flucht und im Ankunftsland sind. Hierbei bestehen Überschneidungen, insbesondere im Transitland, bei der Ankunft und in einer möglichen Integrationsphase im Zielland.

1.4. Herausforderungen in der Gesundheitsförderung mit Geflüchteten

Zur Begleitung geflüchteter Menschen müssen das psychosoziale Beratungs- und Therapieangebot und das soziale Umfeld, in dem geflüchtete Menschen leben, gestärkt werden. Für Akteure in der Gesundheitsförderung mit Geflüchteten gibt es einige bedeutsame Herausforderungen, wie z.B.:

- die soziokulturell sensible Verständigung

Geflüchtete Menschen in Deutschland sind eine sehr heterogene Gruppe. Sie sind durch vielfältige kulturelle Merkmale geprägt wie Sprache, Herkunft, Tradition oder Religion. Eine ebenso große Rolle spielen andere migrationsspezifische, soziallagen- und geschlechtsspezifische Merkmale wie soziale Lage, Alter, Geschlecht und

gesundheitliche
Beeinträchtigungen

Fluchterfahrung und
Gesundheit

soziokulturelle
Kommunikation

sexuelle Identität oder die Zugehörigkeit zu sozialen Netzwerken (siehe Anhang 2, Glossar, „Soziokulturelle Sensibilität“). Angebote, die diese Vielfalt berücksichtigen, legen gute Grundlagen für eine soziokulturell sensible Kommunikation.

- Wie unterscheiden sich die gesundheitlichen Bedarfe von Geflüchteten von denen der Allgemeingesellschaft?
- Wie können wir geflüchtete Menschen bei der Bewältigung ihrer spezifischen Bedarfe begleiten? Und wie können wir es ihnen dadurch erleichtern, niedrighschwelliger Zugang zu allgemeinen Vorsorgeangeboten zu erhalten?
- Spricht das geplante Angebot eine bestimmte Gruppe geflüchteter Menschen an, deren Gesundheit durch bestimmte Faktoren beeinflusst wird oder bei denen spezifische Verhaltensweisen besonders ausgeprägt sind, die ihre Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen?
- Wie bekomme ich Zugang zu dieser Gruppe? Brauche ich dazu eine spezifische Ansprache, z.B. spezielle Botschaften und Zugangswege?
- die Dominanz existenzieller Probleme gegenüber Gesundheitsvorsorge

„Ist das von in der Gesundheitsförderung Tätigen definierte Problem (z.B. Rauchen, fehlende Impfungen, Fehlernährung) für die Migrantengruppe (z.B. mit ungesichertem Aufenthaltsstatus) vordringlich? Oder stehen andere Probleme (z.B. fehlende Arbeitserlaubnis, Asylunterkunft, Traumatisierungen) im Vordergrund? Wie können Gesundheitsförderinnen und -förderer hier unterstützen und weiterhelfen und aufgrund des damit geschaffenen Vertrauens das Interesse an Vorsorgeangeboten wecken und den Zugang dazu erleichtern?“ (Blümel & Borde, 2020)

- die Verfügbarkeit von Dolmetschdiensten

Dolmetschdienste

Asylsuchende, Asylantragstellende und Geduldete, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) erhalten, bekommen auf dieser Grundlage auch Dolmetschleistungen für medizinische Behandlungen erstattet, wenn sie diese vor dem Arztbesuch bei den Sozialämtern beantragen. Für unbegleitete minderjährige Geflüchtete übernimmt das Jugendamt Dolmetschkosten, wenn die medizinische Versorgung sonst nicht sichergestellt werden kann.

Anerkannte Flüchtlinge, Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte mit Aufenthaltstitel haben zwar vollständigen Zugang zur Gesundheitsversorgung nach dem 5. Sozialgesetzbuch (SGB V). Durch den Wegfall des AsylbLG als Finanzierungsgrundlage können Dolmetschleistungen für medizinische Versorgung jedoch nur erschwert erstattet werden. Die zuständige Behörde entscheidet im Einzelfall (Gesundheit Berlin-Brandenburg. 2019). Dadurch entsteht eine Versorgungslücke: Geflüchtete, die eine Gesundheitsversorgung nach SGB V erhalten, sprechen häufig noch nicht ausreichend Deutsch und wären eigentlich auf Dolmetschleistungen angewiesen. Obwohl dies keine professionelle Qualität der Übersetzung gewährleistet, werden oft Verwandte oder Bekannte zum Übersetzen genutzt. Trifft es sogar Kinder, wird ihnen eine psychisch belastende und überfordernde Verantwortungsrolle aufgebürdet, die eigentlich eine erwachsene und entsprechend ausgebildete Person übernehmen sollte. Sie sollten deshalb grundsätzlich nicht hierzu herangezogen werden. Damit Patientinnen und Patienten sowie fachärztliches Personal gut und



unmissverständlich kommunizieren können, sind ausgebildete Sprach- und Kulturmittelnde bzw. Dolmetscherinnen und Dolmetscher ebenso notwendig, wie eine Qualifizierung des Fachpersonals in der Durchführung von Gesprächen (MASGF, 2019).

■ Diskriminierung entgegenwirken

Diskriminierung muss konsequent entgegen gewirkt werden. Gleichzeitig muss die Teilhabe von Menschen mit Fluchtgeschichte und die Solidarität der Mehrheitsgesellschaft gefördert werden. Kapitel 4.1 sowie 4.2 beschreiben ausführlich Strategien und Maßnahmen sowie Merkmale guter Ansätze in der soziokulturell sensiblen Prävention und Gesundheitsförderung, die Fachkräfte für die Vielfalt und Verschiedenheit geflüchteter Menschen sensibilisieren und die Partizipation Geflüchteter an Entscheidungsprozessen stärken.

■ Gesellschaftliche Teilhabe

Gesellschaftliche Teilhabe von Geflüchteten kann nur gelingen, wenn sie langfristig in den Alltag integriert werden, an der Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen teilhaben und in allen Phasen ihre Perspektive und Bedarfe einbringen können. Es muss strukturell verankert werden, dass auch weniger privilegierte Menschen mitgestalten können, die häufig keine Stimme haben. Im Umgang mit Geflüchteten sollte immer wieder reflektiert werden, wie die Stimmen geflüchteter Menschen hörbar gemacht werden können: Wie können sie als Mitglieder in ihren Nachbarschaften wahrgenommen werden? Auf diese Weise können z.B. Menschen mit Migrationshintergrund in diesen Strukturen als gleichberechtigte Mitbürgerinnen und -bürger mitgestalten (adis e.V., 2020; Kaba-Schönstein, 2020; MASGF, 2017; SVR, 2018).

Die Lebenslagen und -bedingungen geflüchteter Menschen verändern sich nach deren Ankunft in Deutschland mehrfach. Je nach Aufenthaltstatus werden andere rechtlich-politische Regelungen wirksam mit teilweise ganz praktischen Konsequenzen. So haben Asylsuchende in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthaltes nur eingeschränkte Möglichkeiten der gesundheitlichen Teilhabe. Detaillierte Informationen zu den rechtlichen Grundlagen der Gesundheitsversorgung von Geflüchteten in Deutschland finden sich in Anhang 1 dieser Handreichung. Erst nach Erteilung des Aufenthaltstitels oder nach Ablauf der o.g. 18 Monate steht ihnen der volle Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen zu.

Dazu kommt die Herausforderung für geflüchtete Menschen und für deutsche Institutionen, sich an wechselnde Strukturen und rechtliche Grundlagen anzupassen und hierüber zu informieren. Weitreichende gesetzliche Änderungen verabschiedete der Bundestag 2019 mit dem Migrationspaket, einem Gesetzespaket zu Migration und Asyl. Die bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) sieht damit die gesundheitlichen Rechte von Geflüchteten weiter eingeschränkt: Sie haben nun bis zu 18 statt 15 Monate nach Ankunft nur eingeschränkten Zugang zu medizinischer Versorgung. Außerdem können psychisch Erkrankte leichter abgeschoben werden, weil Atteste und Stellungnahmen zur Glaubhaftmachung krankheitsbedingter Abschiebungsverbote (§ 60 Abs. 7 AufenthG) strengeren Richtlinien unterworfen sind. Sie dürfen zusätzlich nur noch von Ärztinnen und Ärzten und nicht mehr von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten ausgestellt werden (BAfF, 2019a & b).

Diskriminierung

gesellschaftliche Teilhabe

eingeschränkte gesundheitliche Teilhabe

Belastung in Ankerzentren

Mit der offiziellen Einrichtung von Ankerzentren 2019 haben zivilgesellschaftliche Akteure immer wieder Bedenken geäußert, ob die Menschenrechte in diesen Einrichtungen gewahrt werden können. Äußere Faktoren wie beengte Wohnverhältnisse, fehlende Rückzugsmöglichkeiten, nächtliche Ruhestörungen, Gewalt und fehlender Schutz vor Übergriffen, Lärm oder Ruhestörungen und die Anwesenheit uniformierter Personen können psychosoziale Störungen wie Schlafstörungen, Angstsymptome und Übererregung auslösen oder diese verschlimmern und zu Retraumatisierungen führen. Teilweise leben bis zu 1.000 Personen in einem Ankerzentrum. Perspektivlosigkeit, Einsamkeit, depressive Reaktionen und aggressive Auseinandersetzungen zwischen Geflüchteten nehmen unter diesen Lebensbedingungen zu. Häufig fehlt es an Mindeststandards wie abschließbaren Schlaf- und Badezimmern, kinderfreundlichen Räumen, Beratungsangeboten mit Sprachmittlung oder der Sensibilisierung der Mitarbeitenden für psychosozial belastete Geflüchtete (BAfF, 2020; Zenker et al., 2020).

Die bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAfF) kritisiert, dass Geflüchtete in einigen Fällen nach Aufenthalt in der Erstaufnahme (maximal 18 Monate für Erwachsene, 6 Monate für Familien mit Kindern) „lediglich von einem Gebäudeabschnitt, der formal zum Ankerzentrum gehört, in einen anderen Trakt verlegt [würden], der formal als Gemeinschaftsunterkunft gilt. [...] Damit sind Massenunterkünfte auch für Kinder und Jugendliche [...] häufig für lange Zeit [...] der zentrale Lebensmittelpunkt“ (BAfF, 2020, S. 13). Trifft dies zu, so wäre das insbesondere für eine gesunde kindliche Entwicklung ein großes Hindernis. Gerade psychisch belastete Kinder, Jugendliche und andere besonders schutzbedürftige Geflüchtete haben in Ankerzentren seltener und später Zugang zu Unterstützungsangeboten als in klassischen Erstaufnahme- und Gemeinschaftsunterkünften. Zudem erkennen Mitarbeitende weniger häufig, wenn Bewohnerinnen und Bewohner Unterstützung benötigen. Auch bereits eingeleitete Behandlungen sind in diesen Verhältnissen weniger wirkungsvoll. Erschwerend fehlt es in diesen Einrichtungen an ausreichender ärztlicher Behandlung sowie Sprach- und Kulturmittlung. Einige Wohlfahrtsverbände mussten ihre psychologische sowie psychiatrische Beratung und Behandlung in Ankerzentren bereits abbrechen, da die Bedingungen eine adäquate Betreuung der betroffenen Personen nicht zuließen.

Viele junge Menschen in Ankerzentren haben einen eingeschränkten Zugang zu Schul- oder Ausbildung. Häufig besuchen sie nicht die Regelschulen. Der Schulunterricht in der Unterkunft bietet vielfach nur ein reduziertes Curriculum. Damit geht dann auch die Chance verloren, dass Lehrkräfte frühzeitig auf Auffälligkeiten aufmerksam machen können, weil der enge Kontakt zu den Kindern und damit die Beobachtung von Entwicklungen reduziert ist. Darüber hinaus fehlt es Geflüchteten in Ankerzentren häufig an unabhängiger Beratung, entsprechend sind die Anerkennungsquoten vergleichsweise geringer (BAfF, 2020; Zenker et. al., 2020).

2. Grundlagen, Begriffsklärungen und Konzepte der Gesundheitsförderung

2.1. Gesundheitsförderung

Die gesundheitlichen Bedarfe geflüchteter Menschen sollen wenn immer möglich in die Regelstrukturen und -angebote der Gesundheitsförderung und Prävention integriert werden. Deshalb werden in diesem Kapitel die besonders relevanten Grundlagen, Begriffe und Konzepte der Gesundheitsförderung zusammengefasst.

Das Konzept Gesundheitsförderung

Konzept und Prinzipien der Gesundheitsförderung wurden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Aktionsprogramm zur Umsetzung des Ziels „Gesundheit für alle“ entwickelt und in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986) zusammengefasst. Dabei definiert die Ottawa-Charta Gesundheitsförderung als einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Ottawa-Charta der WHO

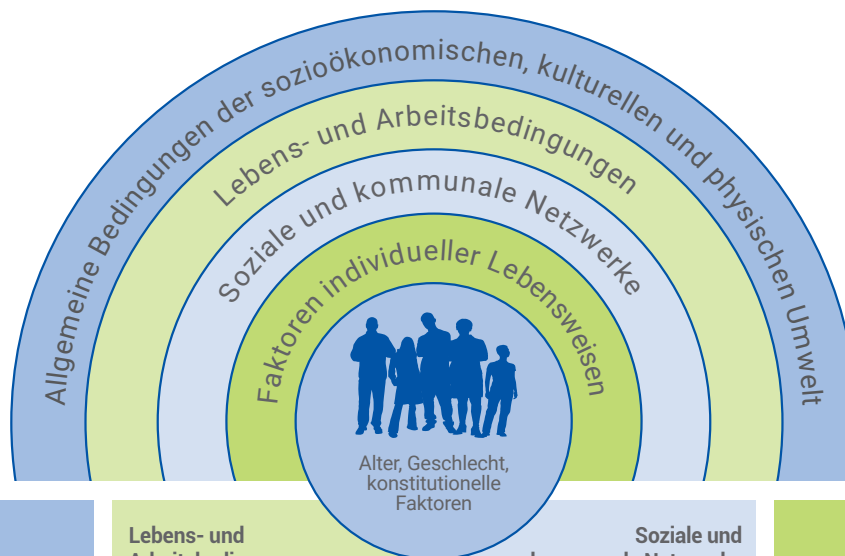
Für das 21. Jahrhundert definiert die Jakarta-Erklärung (1997) Gesundheitsförderung als einen Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern durch Beeinflussung der Determinanten der Gesundheit (Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert, 1997).

Jakarta-Erklärung der WHO



Abb. 2: Modell der Determinanten der Gesundheit. Modifikation Robert Koch-Institut nach Gesundheit Österreich GmbH, Quelle: Dahlgren & Whitehead (1991).

(Flucht-)Migration als Querschnittsthema mit unterschiedlichen Bedeutungsschwerpunkten sozialer Determinanten



Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt	Lebens- und Arbeitsbedingungen	Soziale und kommunale Netzwerke	Faktoren individueller Lebensweisen
<p><u>Fördernd:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ sektorenübergreifende Strategien, die die Gesundheit von Geflüchteten beeinflussen ■ transkulturelle Ausrichtung von Strukturen und Angeboten ■ passgenaue (Förder-)Angebote entsprechend vorausgehendem Bildungsstatus und beruflicher Qualifikation <p><u>Erschwerend:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ eingeschränkter Rechtsanspruch auf volle Regelversorgung im Gesundheitssystem ■ eingeschränkter Zugang zum Arbeitsmarkt mit fairen Arbeitsverhältnissen ■ niedriger sozioökonomischer Status im Herkunftsland: Bildung, Einkommen, berufliche Situation 	<p><u>Fördernd:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ zeitnah ansetzende sektorenübergreifende Maßnahmen zur Förderung des Zugangs zum Arbeitsmarkt und beruflicher Bildung ■ interkulturelle Informationsangebote ■ gesicherte Mobilität <p><u>Erschwerend:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ungesicherter Aufenthaltsstatus ■ schlechte Wohnsituation ■ eingeschränkter Zugang zu sauberem Wasser, Hygiene, sicherer Unterkunft, v. a. in Sammelunterkünften ■ Nicht-Anerkennung von Bildungsabschlüssen ■ erschwerte Zugang zu Informationen und Versorgung ■ eingeschränkter Zugang zum Arbeitsmarkt, zu qualifikationsentsprechender beruflicher Integration, sowie zu (beruflicher) Bildung ■ Statusverlust (Einkommen, berufliche Situation) ■ schlechte Qualität der Arbeitsbedingungen ■ eingeschränkte Mobilität (Isolation) 	<p><u>Fördernd:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ familiäre Einbindung/Unterstützung ■ Unterstützung durch ethnische Community/Gemeinschaft ■ transkulturelle Sozial- und Gesundheitsdienste ■ Initiativen und Organisationen der Hilfe für Geflüchtete (ehrenamtlich und hauptamtlich/professionell) ■ soziale Integration/Inklusion <p><u>Erschwerend:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Trennung von Familienverband und sozialem Netzwerk ■ eingeschränkte Autonomie ■ soziale Ausgrenzung ■ Diskriminierung, Stigmatisierung und Rassismus 	<p><u>Fördernd:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ gesundheitsförderliche Lebensweisen und Gesundheitskompetenzen aus der Kultur des Herkunfts- und des Aufnahmelandes ■ Zubereitung gewohnter und gesunder Ernährung ■ Ermöglichung körperlicher Aktivität <p><u>Erschwerend:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Stressempfinden bei ungesichertem Aufenthaltsstatus ■ Substanzmissbrauch/verfügbare Alltagsdrogen (z. B. Alkohol) ■ individuelle, kulturelle oder sprachliche Hindernisse im Zugang zu Informationen oder zur Versorgung

Abb. 3: AG „Gesundheitsförderung mit Geflüchteten“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, (Flucht-) Migration als Querschnittsthema mit unterschiedlichen Bedeutungsschwerpunkten sozialer Determinanten. Nach Modell der Determinanten der Gesundheit, Quelle: Dahlgren & Whitehead (1991)

Was sind Determinanten/Einflussfaktoren der Gesundheit?

Unter Determinanten der Gesundheit werden die Faktoren verstanden, die Gesundheit beeinflussen. Sie werden deshalb auch als Einflussfaktoren oder als Bedingungsfaktoren bezeichnet. Die Determinanten können bei positiver Ausprägung/Vorhandensein gesundheitsförderliche Ressourcen sein oder, wenn sie fehlen (z.B. soziale Unterstützung) oder negativ ausgeprägt sind, die Gesundheit gefährdende Risiken. Die Hauptdeterminanten für Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit bezeichnet, wurden von Dahlgren und Whitehead in einer Abbildung zusammengestellt (vgl. Abbildung 2).

Aus dieser Determinantenperspektive ergibt sich, dass Gesundheitsförderung die Bedingungen für Gesundheit auf allen Ebenen förderlich gestalten muss: der Ebene der allgemeinen Bedingungen, der Lebens- und Arbeitsbedingungen, der sozialen und kommunalen Netzwerke sowie der individuellen Lebensweise, des individuellen Gesundheitshandelns. Die Spielräume der einzelnen Menschen für ihr Gesundheitshandeln werden durch die übergeordneten Einflussbereiche vorgegeben („die Ursachen der Ursachen“ von Gesundheit und Krankheit) (ausführlich in Hurrelmann & Richter, 2018).

Insofern ist es sinnvoll, in einer determinantenorientierten Gesundheitspolitik in erster Linie die Bedingungen (die „Verhältnisse“) zu gestalten, um den Menschen günstige Verhältnisse für ihr Gesundheitshandeln (das „Gesundheitsverhalten“) zu verschaffen und „die gesündere Wahl zur leichteren Wahl“ zu machen.

Dabei ist immer auf gesundheitliche Chancengleichheit zu achten, die das Ziel der Gesundheitsförderung ist („Gesundheit für alle“). Um „Gesundheit für alle“ zu erreichen, muss Gesundheit in alle Politikbereiche integriert werden (Health in All Policies-Ansatz) und soll Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet werden (Whole of Society-Ansatz).

Die Determinanten von Gesundheit, Ressourcen und Risiken (Abbildung 2) sind auch für Geflüchtete und Migrantinnen und Migranten relevant. Sie müssen durch Faktoren ergänzt werden (Abbildung 3), die auch spezifische gesundheitliche Ressourcen und protektive Faktoren beinhalten.

Verhältnis von Gesundheitsförderung und Prävention

Abbildung 4 zeigt Gesundheitsförderung und Prävention als die beiden prinzipiellen Strategien zur Verbesserung der Gesundheit, die sinnvoll miteinander kombiniert werden sollten. Sie unterscheiden sich durch den Ansatz.

Während die Krankheitsprävention sich an (Krankheits-) Risiken orientiert, um Krankheit zu verhüten oder frühzeitig zu erkennen (pathogenetische Orientierung, Risikoorientierung), beruht die Gesundheitsförderung auf der Förderung von Ressourcen für Gesundheit (salutogenetische Orientierung, Ressourcenorientierung).

Determinanten der Gesundheit

Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention: Strategien und Methoden

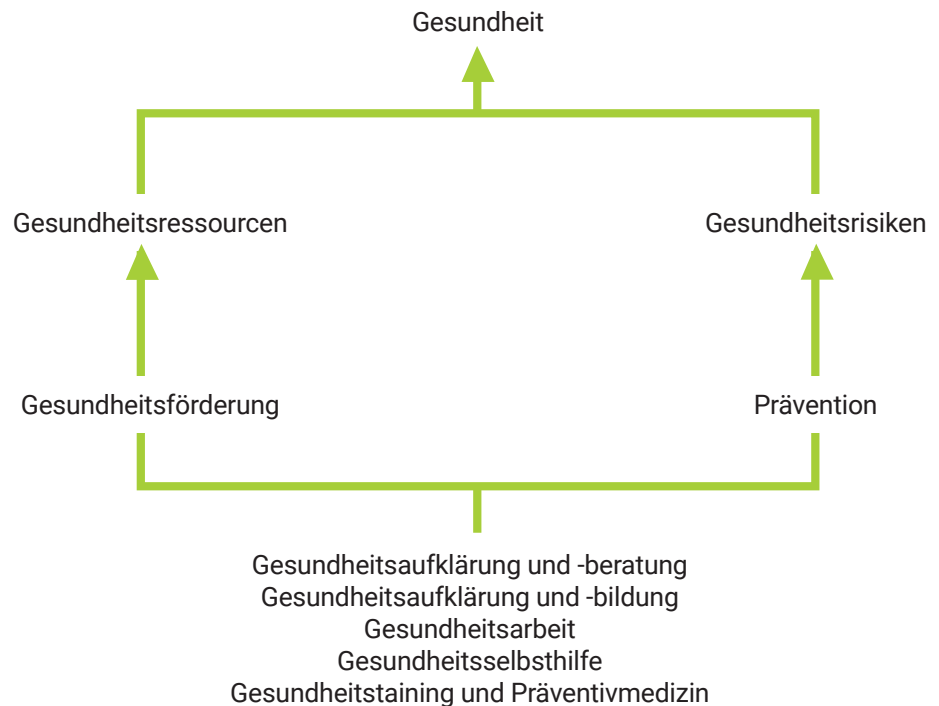


Abb. 4: Gesundheitsförderung und Prävention: Strategien und Methoden aus Waller (2006, S. 101), auch unter:

www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-1-grundlagen

salutogenetische Ressourcenorientierung

„Salutogenetische Orientierung“ und „Ressourcenorientierung“ bedeutet für die Gesundheitsförderung mit Geflüchteten, dass grundsätzlich davon ausgegangen wird, dass geflüchtete Menschen (auch unter schwierigen Lebensbedingungen) gesundheitliche Ressourcen und Kompetenzen mitbringen, die sie stärken und die sich mit ihnen entwickeln lassen. Die Kombination von Gesundheitsförderung und Prävention bedeutet, dass neben der Stärkung von Ressourcen auch Belastungen und Risiken angemessen wahrgenommen und über präventive Strategien Krankheit(en) verhütet werden.

2.2. Handlungsebenen und Handlungsprinzipien in der Gesundheitsförderung

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung liefert auch heute noch gültige Ansatzpunkte mit ihren Handlungsebenen. Diese geben Orientierung auch für die Gesundheitsförderung mit Geflüchteten:

Mehrebenen-Ansatz

Der Mehrebenen-Ansatz der Gesundheitsförderung beruht auf der Determinantenperspektive. Er umfasst und verknüpft die folgenden fünf Handlungsebenen der Gesundheitsförderung:

- Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik
- Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen
- Gesundheitsdienste (Institutionen) neu orientieren
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
- Persönliche Kompetenzen entwickeln.



Abb. 5: Mehrebenen-Modell der Gesundheitsförderung (modifiziert nach Projekt Gesundheitsförderung, Universität Bielefeld/Göpel o.J., zitiert nach Kaba-Schönstein, 2018), abzurufen unter: www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-1-grundlagen

Bei der Konzeption von Gesundheitsförderung mit geflüchteten Menschen sollte ausdrücklich geprüft werden, ob alle Handlungsebenen und Einflussbereiche auf die Gesundheit berücksichtigt werden (können), um die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Gesundheitsförderung zu verbessern. Eine umfassende Perspektive hilft auch zu vermeiden, dass es zur „Individualisierung“ von sozial bedingten gesundheitlichen Belastungen, zur „Ethnisierung“ und „Kulturalisierung“ kommt (Erläuterung in Kapitel 3, Seite 29) und dadurch „versehentlich“ den Opfern der Verhältnisse die Schuld für ihr Verhalten gegeben wird („blaming the victim“).

Fachkräfte und Entscheidungspersonen können meist nicht auf alle Handlungsebenen direkt einwirken. Allerdings können sie über Kooperationen, Partnerschaften und Initiativen auch diese Ebenen erreichen und beeinflussen (Anwaltschaft, vermitteln und vernetzen; ausführlich in: Kaba-Schönstein, 2018a, b, c, und Kaba-Schönstein & Kilian, 2018).

Vernetzung als Konzept

Empowerment und Partizipation

Empowerment und Partizipation sind zentrale Prinzipien der Gesundheitsförderung. Sie sollen unbedingt (auch) mit Geflüchteten verwirklicht werden. Das bedeutet, dass Menschen, auch wenn sie „in Not“ sind, nicht „belehrt“, sondern gestärkt und befähigt werden. Es bedeutet, dass dies nicht „für“ sie, sondern grundsätzlich „mit“ ihnen geschieht, in allen Phasen der Gesundheitsförderungsarbeit. Deshalb ist es auch notwendig, auf Begrifflichkeiten zu achten: Gesundheitsförderung „mit“ geflüchteten Menschen und nur in Ausnahmefällen: Gesundheitsförderung „für“ Geflüchtete (z.B. wenn es um Anwaltschaft oder gesundheitsfördernde Gesamtpolitik geht).

Empowerment und Partizipation

Lebensweltorientierung/Setting-Ansatz

Lebensbedingungen und Lebenswelten

Nach dem Verständnis der Ottawa-Charta wird Gesundheit von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen, „wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (Ottawa-Charta; WHO, 1986). Von daher muss Gesundheitsförderung auch im Alltag, in den Lebenswelten (Settings) ansetzen, wo Menschen viel Zeit verbringen und über Risiken geschädigt oder aber über Ressourcen gefördert werden können. In diesen Lebenswelten muss Gesundheitsförderung die Lebensbedingungen so gestalten, dass gesundheitsförderliches Handeln der Einzelnen ermöglicht und erleichtert wird. Dabei ist die „Gesundheitsförderung im Setting“ zu unterscheiden von der anspruchsvolleren Gestaltung eines „gesundheitsfördernden Settings“. Bedeutsame Lebenswelten sind Kindertageseinrichtungen, Schulen, Stadtteile, Städte, Betriebe, Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ausführlich in Hartung & Rosenbrock, 2018).

2.3. Gesundheit für alle – alle für Gesundheit. Gesundheit in allen Politikbereichen

Health in All Policies-Ansatz

In Weiterentwicklung der Ottawa-Charta hebt die WHO seit 2006 die Notwendigkeit einer „Gesundheit in allen Politikbereichen“ (Health in All Policies) hervor. Diese ist auch Teil der offiziellen Gesundheitspolitik in Deutschland („Gesundheit21“, „Gesundheit2030“). In dieser Perspektive wird besonders hervorgehoben, dass viele Einflussbereiche auf Gesundheit außerhalb des Gesundheitswesens liegen und nur über eine intersektorale, ressortübergreifende Politik beeinflusst werden können. Gesundheit wird als gesamtgesellschaftliche und Gesamtregierungsaufgabe angesehen, die auch von der Zivilgesellschaft unterstützt werden muss. Gesundheitsförderung muss außerdem in einem „Lebensverlaufsansatz“ alle Lebensphasen vom Kindes- bis zum Seniorenalter berücksichtigen.

Die 9. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung: Gesundheitsförderung 21. Jahrhundert: Gesundheit für alle – alle für Gesundheit in Shanghai (China) hat 2016 nach 30 Jahren die Ottawa-Charta bilanziert. Die Strategien der Ottawa-Charta werden als „Erbe und Kompass“ für die Zukunft der Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert hervorgehoben (World Health Organisation, 2016).

Säulen der Gesundheitsförderung

Auf dieser Grundlage und angesichts der neuen Herausforderungen für die Gesundheit werden drei prioritäre Säulen der Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert bestimmt:

- Führung und partizipative Steuerung im Gesundheitswesen (Good governance)
- Städte und Gemeinden als wesentliche Umgebungen für Gesundheitsförderung
- Die Befähigung der Menschen zur Förderung ihrer Gesundheitskompetenz (Health Literacy) als Grundlage für die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten (Inequity) und Verwirklichung von gesundheitlicher Chancengleichheit (Equity).

Die Förderung der Gesundheitskompetenz ist auch mit Blick auf die fehlenden Kenntnisse und Erfahrungen mit dem hiesigen Gesundheitssystem und dem eingeschränkten Zugang zu dessen Leistungen essentiell (ausführlich in: Kaba-Schönstein (2018c, d, e)).

2.4. Gesundheitsförderung und „gesundheitliche Versorgung“

Die „gesundheitliche Gesamtversorgung“ einer Bevölkerung enthält alle Versorgungselemente, inklusive Gesundheitsförderung und Prävention. Im alltäglichen Sprachgebrauch wird die „gesundheitliche Versorgung“ jedoch oft verkürzt zu „Versorgung“, wenn aber eigentlich die „medizinische Versorgung“ (Therapie) gemeint ist. „Versorgung“ und „Gesundheitsförderung“ werden in diesem Zusammenhang oft gegeneinander gesetzt und voneinander abgegrenzt.

gesundheitliche Gesamtversorgung

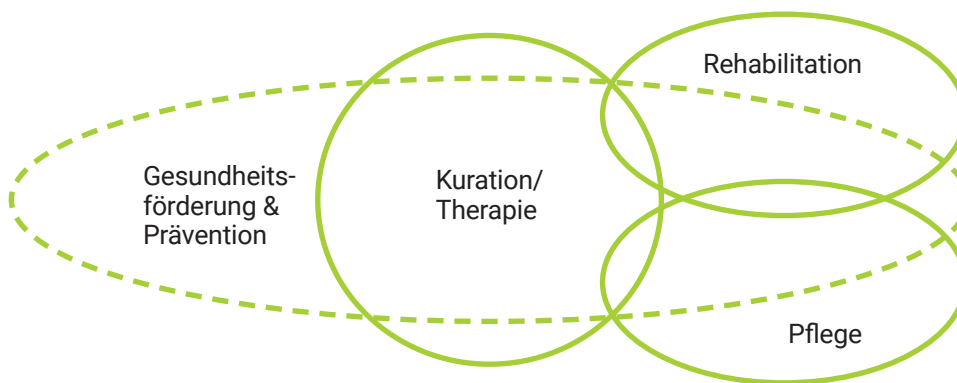


Abb. 6: Idealtypische Darstellung des Soll-Zustandes der einzelnen Versorgungssegmente des Gesundheitssystems (Hurrelmann et al., 2018)

Wie aus Abbildung 6 deutlich wird, ziehen sich Gesundheitsförderung und Prävention durch sämtliche Versorgungssegmente des Gesundheitssystems. Deshalb sind Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitliche Versorgung keine Gegensätze und nicht getrennt voneinander zu betrachten, sondern zu integrieren. Gesundheitsförderung und Prävention sind unverzichtbare Bestandteile der „gesundheitlichen Versorgung“ der Bevölkerung, die über die „medizinische Versorgung“ (Kuration/Therapie) hinausgehen muss.

integrierte Gesundheitsversorgung

Bei geflüchteten Menschen steht bisher oft die „medizinische“ Versorgung (Behandlung) im Vordergrund. Es ist jedoch ausdrücklich darauf zu achten, dass auch Gesundheitsförderung (und Prävention) zur umfassenden „gesundheitlichen Versorgung“ von geflüchteten Menschen gehören. Dies gilt insbesondere bei Schwangeren, Wöchnerinnen, Säuglingen und Kindern und in Institutionen im vor-/schulischen Bildungsbereich bzw. in Zuständigkeitsbereichen der Jugendhilfe, Jugendmigrationsdiensten etc. Im Interesse einer „integrierten“ Gesundheitsversorgung sollten Gesundheitsförderung und „medizinische Versorgung“ zusammen wirken und nicht aus „Abgrenzungsgründen“ noch weiter getrennt werden, als sie es ohnehin oft im „segmentierten“ Gesundheitswesen sind.

3. Qualitätsentwicklung und Kriterien guter Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsförderung mit geflüchteten Menschen muss selbstverständlich den geltenden Qualitätsansprüchen der Gesundheitsförderung genügen und diese Qualität kontinuierlich weiter entwickeln. Insofern sollten schon bestehende Ansätze der Qualitätsentwicklung und der guten Praxis auf die Gesundheitsförderung geflüchteter Menschen übertragen, und nicht „das Rad neu erfunden“ werden. So ist auch darauf zu achten, dass die Qualitätsentwicklung und Anwendung von Kriterien guter Praxis in die Strukturen, Hierarchien und Abläufe der umgebenden Organisation integriert werden.

Herausforderungen

Typische Gefahren bei neu auftretenden und drängenden Herausforderungen sind „konzeptionsloser Aktionismus“ und „Projektitis“. Sie führen oft zu einem kurzlebigen und die „Zielgruppen“ demotivierenden Projektstrohfeuer ohne Beteiligung der betroffenen Menschen. Sowohl Aktionismus als auch Projektitis vernachlässigen die systematische Planung und Zielsetzung sowie die Entwicklung nachhaltiger Maßnahmen und Strukturen.

Qualitätsverbesserung

So ist die Spirale der Qualitätsverbesserung grundsätzlich einzuhalten, die von der Situationsanalyse ausgehend, plant, durchführt, evaluiert und unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse auf einer höheren Stufe wieder durchführt, plant und evaluiert etc. (ausführlich: Kolip, 2017). Dieser Lernzyklus baut auf dem Public Health Action Cycle/Gesundheitspolitischer Aktionszyklus mit Problembestimmung, Strategieformulierung, Umsetzung und Bewertung auf (ausführlich: Rosenbrock, & Hartung, 2015).

Darüber hinaus stellen sich Fragen, wie dies in der besonderen Lebenslage aussehen soll: „Was macht die spezifische Qualität von gesundheitsförderlichen Maßnahmen mit geflüchteten Menschen aus? Welche Gefahren und Stolperfallen sind zu vermeiden? Welche Kriterien sollten sie erfüllen, damit sie sowohl bedarfsgerecht sind als auch zielgerichtet und wirkungsorientiert?“ Dieses Kapitel gibt Fachkräften und Entscheiderinnen und Entscheidern Kriterien und Beispiele an die Hand, wie Gesundheitsförderung mit geflüchteten Menschen soziallagen- und qualitätsorientiert gestaltet und weiter entwickelt werden kann.

Soziale Lage und gesundheitliche Chancengleichheit: Probleme und Herausforderungen für die Gesundheitsförderung

soziale Lage und gesundheitliche Chancengleichheit

Die sozialen und gesundheitlichen Unterschiede bei Gesundheit, Krankheit und Lebenserwartung sind auch in Deutschland zunehmend deutlich und als zentrales gesundheitspolitisches Problem wahrgenommen und diskutiert worden. Gesundheitliche Chancengleichheit („Gesundheit für alle“) ist ein zentrales Prinzip der internationalen und nationalen Gesundheitspolitik sowie des Gesundheitsförderungskonzeptes (siehe Kapitel 2).

Die Bevölkerung in Deutschland wird sozial und kulturell vielfältiger. So ist es eine besondere Herausforderung, gleiche Gesundheitschancen für ganz unterschiedliche Personengruppen herzustellen. Dies gilt in besonderer Weise auch für die



geflüchteten Menschen, für die zusätzlich eine Vielfalt der Fluchtgründe, -wege und -erfahrungen besteht.

Ungleichheiten können in Bildung, Einkommen, Beruf bestehen (vertikale Ungleichheit). Darüber hinaus gibt es auch „horizontale“ Unterschiede und Diversität mit den Dimensionen Alter, Geschlecht, Ethnie, Weltanschauung, Religion etc. Diese vertikalen und horizontalen Ungleichheiten und Unterschiede sind verknüpft („Intersektionalität“). Sie müssen in der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung und bei allen weiteren Aktivitäten zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit berücksichtigt werden.

Es ist dabei auch zu beachten, dass sich die Lebenslagen Geflüchteter untereinander, aber auch für die gleiche Person im Verlauf vor, während und nach der Flucht in kurzen Zeiträumen erheblich unterscheiden.

Typische Probleme und Herausforderungen der Gesundheitsförderung mit Menschen in schwierigen sozialen Lagen sind länger bekannt und müssen auch und gerade in der Gesundheitsförderung mit geflüchteten Menschen berücksichtigt werden:

- Missverhältnis zwischen größeren und vielfältigen Gesundheitsproblemen und „erschwertem Zugang“,
- „Versehentliche“ Vergrößerung der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit durch „soziallyagenblindes“ Vorgehen, Komm-Strukturen, Mittelschichtorientierung (z.B. komplexe Texte in Printmedien, die gelesen und verstanden werden müssen),
- Gefahr der Diskriminierung, Stigmatisierung und Schuldzuweisung (Blaming the victim- dem Opfer die Schuld geben),
- wohlmeinende Bevormundung.

(ausführlicher: Kaba-Schönstein & Kilian, 2018).

In der Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen für die Gruppe der Geflüchteten gibt es über diese Herausforderung der sozialen Lage hinaus noch weitere spezifische Stolperfallen und Gefahren: Stereotypisierung, Ethnisierung und Kulturalisierung.

Bei der „Ethnisierung“ und „Kulturalisierung“ werden soziallyagenbezogene Probleme und Unterschiede – ungeprüft und verallgemeinernd – einer bestimmten „Ethnie“ oder „Kultur“ zugeordnet, die vermeintlich „homogen“/einheitlich ist. Dabei besteht die Gefahr, die sozialen Ursachen (Bildung, Einkommen, Berufsstand, Wohngebiet und Situation etc.) einer Lebenslage zu vernachlässigen und „ethnischen“ und „kulturellen“ Unterschieden eine zu große Bedeutung beizumessen. Dadurch werden Unterschiede unnötig vertieft und eine rassistische Diskriminierung im „modernen Gewand“ der „Kultur“-Diskriminierung oder Stigmatisierung erleichtert.

Kriterien guter Praxis der soziallyagenorientierten Gesundheitsförderung

Vor dem Hintergrund der Probleme und Herausforderungen sind seit 2003 „Kriterien für gute Praxis der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit entwickelt worden. Sie geben hilfreiche Hinweise zur soziallyagen- und qualitätsorientierten Planung und Umset-

Diversität und Intersektionalität

Probleme und Herausforderungen

Stereotypisierung, Ethnisierung und Kulturalisierung

Kriterien guter Praxis

zung gesundheitsförderlicher Maßnahmen. Der Kriterienkatalog ist ein Hilfsmittel für Fachkräfte und Entscheidungspersonen, um Maßnahmen zu reflektieren und diese an die besonderen Bedarfe von Menschen entsprechend ihrer sozialen Lage anzupassen (Kilian, Hartl & Jordan, 2020). Dadurch soll u.a. vermieden werden, dass durch zwar gut gemeinte, aber „soziallagenblinde“ Gesundheitsförderung und Prävention die gesundheitlichen Unterschiede nicht verringert, sondern sogar noch vergrößert werden (ausführlich in: Kaba-Schönstein & Kilian, 2018).

Der Kriterienkatalog ist als Orientierungsrahmen zu verstehen, der Anregungen gibt. Er ermöglicht es Institutionen, zu prüfen, welche Kriterien für ihre Maßnahmenplanung und -umsetzung relevant sind. Die Kriterien sind nicht explizit auf geflüchtete Menschen ausgerichtet, sondern universell anwendbar (z.B. Empowerment, Partizipation, Setting-Ansatz). Fachkräfte und Entscheidungspersonen können sie jeweils an den eigenen Arbeitskontext anpassen. Dabei ist darauf zu achten, dass die Kriterien in die Hierarchien und Abläufe der umgebenden Organisation integriert werden (ausführlich: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2017).

Datenbank für gute Praxis

Auf der Grundlage der Kriterien werden Beispiele guter Praxis (nach intensiver Begutachtung) herausgehoben und auf der Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de veröffentlicht. Sie sind teilweise auf die Situation geflüchteter Menschen angepasst und aktualisiert worden (z.B. Schutzengel, MiMi). Diese Good Practice-Beispiele werden in Kapitel 5 detaillierter beschrieben.

Neben diesen Kriterien guter Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, die für alle Zielgruppen und Beteiligten gelten, sind weitere spezifische Merkmale einer soziokulturell sensiblen Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt worden, die im folgenden Kapitel 4 detailliert erläutert werden.

Auch diese Merkmale greifen Prinzipien und Kriterien wie Partizipation und Empowerment, Niederschwelligkeit, Multiplikatorenansatz etc. auf.



Die 12 Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention*

Basiskriterien

1. *Zielgruppenbezug*
Die Personengruppen, deren gesundheitliche Situation durch die Maßnahme verbessert werden soll, sind klar benannt.
2. *Konzeption*
Ziele, Wirkungsweisen und -wege sind klar benannt.
3. *Setting-Ansatz*
Lebenswelten sind gesundheitsgerecht gestaltet.

Zielgruppenorientierung der Maßnahmen

4. *Empowerment*
Einzelne und Gruppen sind befähigt, informierte Entscheidungen zu treffen und umzusetzen.
5. *Partizipation*
Entscheidungsbefugnisse sind an die Mitglieder der Zielgruppe übertragen.
6. *Niedrigschwellige Arbeitsweise*
Zugangshürden sind vermieden.
7. *Multiplikatorenkonzept*
Multiplikator/innen werden systematisch qualifiziert und einbezogen.

Nachhaltigkeit und Qualitätsentwicklung der Maßnahmen

8. *Nachhaltigkeit*
Die Maßnahme wird verstetigt und dabei kontinuierlich weiter entwickelt.
9. *Integriertes Handlungskonzept*
Die Maßnahme ist in kommunale und andere komplexe Strategien eingebunden.
10. *Qualitätsmanagement*
Methoden der Qualitätsentwicklung werden systematisch angewendet.
11. *Dokumentation und Evaluation*
Prozesse, Strukturen und Arbeitsergebnisse werden dokumentiert, überprüft und bewertet.
12. *Erfassung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses*
Indikatoren zur Bewertung der Kosten und der Wirksamkeit des Angebotes werden ermittelt.

Abb. 7: Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung (modifiziert nach Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2017; Kaba-Schönstein & Kilian, 2018)

* Der Kriterienkatalog wird 2021 überarbeitet. Diese Überarbeitung kann mit Umbenennungen einzelner Kriterien einhergehen

4. Leitprinzipien und Strategien für Maßnahmen der soziokulturell sensiblen Prävention und Gesundheitsförderung

existierende Strukturen nutzen

Die Gesundheitsförderung mit geflüchteten Menschen sollte in Regelstrukturen und -angebote integriert sein und immer auch die besondere Situation der Migration und der Fluchtmigration berücksichtigen. Die letzten Jahre haben gezeigt, dass die gesundheitliche Versorgung von geflüchteten Menschen dann am effektivsten ist, wenn sie in die existierenden Strukturen der Gesundheitsversorgung integriert wird. Das bedeutet, vorhandene Regelsysteme sind so zu stärken, dass sie auf die besonderen Bedarfe geflüchteter Menschen eingehen können. Dadurch können Parallelstrukturen vermieden werden, die letztlich eine gesundheitliche und soziale Ausgrenzung von Geflüchteten fördern würden.

Merkmale geflüchteter Menschen

Wichtig ist es somit, die bestehenden Regelangebote stärker für geflüchtete Menschen zu öffnen, um ihre gesundheitliche und gesellschaftliche Integration zu fördern. Dabei sind Lebenslagen und Merkmale der Zielgruppe zuberücksichtigen, wie z.B.

- Alter,
- Geschlecht,
- soziale Lage,
- Bildungsstand,
- kultureller Hintergrund,
- spezielle Risikosituationen,
- Aufenthaltsdauer in Deutschland.

ressourcenorientierte Regelangebote

Idealerweise beinhaltet die Integration von migrationsspezifischen und -sensiblen Angeboten in Strukturen der Gesundheitsförderung dann unter anderem:

- eine sprach- und kultursensible Ansprache von geflüchteten Menschen in Regelstrukturen,
- eine Integration von bestehenden migrationsorientierten Angeboten in Regelstrukturen (z.B. Migrationssozialarbeit),
- eine Integration von speziell für geflüchtete Menschen entwickelten Angeboten (z.B. Gesundheitsförderung in Sammelunterkünften) sowie
- eine Integration von Angeboten, die auch für andere Zuwanderer wichtig sind (z.B. Schuluntersuchungen bei Kindern, die innerhalb des Schuljahres einsteigen).

Um gesundheitliche Chancengleichheit für geflüchtete Menschen zu fördern, gilt es, folgende Grundvoraussetzungen zu erfüllen:

- Die äußeren Rahmenbedingungen berücksichtigen ihre besonderen Bedarfe.
- Ihre Ressourcen werden so gestärkt, dass sie ihr persönliches Wohlergehen gestalten können.

Wegweisend für eine migrationssensible und soziokulturell sensible Gestaltung von Regelsystemen können die Ergebnisse aktueller Analysen zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Menschen mit Migrationshintergrund sein.

In diesem Rahmen sind Strategien der soziokulturell sensiblen Prävention und Gesundheitsförderung beschrieben und weiter entwickelt worden, die in der unten stehenden Tabelle 1 dargestellt werden (GKV-Bündnis für Gesundheit, 2017).

„Migrationssensibilität“ umfasst Biografieorientierung und berücksichtigt verschiedene Migrationsaspekte wie Sprachkompetenzen, Herkunftsregion sowie Umstände von Migration und Aufenthaltsdauer sowie -status. Als noch weitergehender und umfassender wird der Begriff „soziokulturelle Sensibilität“ eingeschätzt. Er umfasst auch die Unterschiede zwischen sozialen Schichten und Lagen, das Geschlechterverhältnis und die sozialen Netzwerke. Dadurch wird er der Diversität und Heterogenität der Lebenslagen von migrierten Menschen und damit auch von geflüchteten Menschen eher gerecht. Damit trägt er dazu bei, die Gefahren der Ethnisierung und Kulturalisierung zu vermeiden (siehe Anhang 2, Glossar).

soziokulturelle Sensibilität

4.1. Strategien und Maßnahmen der soziokulturell sensiblen Prävention und Gesundheitsförderung

Aus der internationalen Literatur und Befragung von Expertinnen und Experten (GKV, 2017) wurden fünf Bereiche priorisiert, in denen die Gesundheitsförderung und Prävention „angepasst“ werden soll, um auf die Bedürfnisse von migrierten (und damit auch von geflüchteten) Menschen zugeschnitten zu werden:

1. Äußerliche Anpassung
2. Evidenzbezogene Anpassung
3. Sprachliche Anpassung
4. Einbeziehende Anpassung
5. Soziokulturelle Anpassung

Tab. 1: Strategien und Maßnahmen der soziokulturell sensiblen Prävention und Gesundheitsförderung. Geringfügig modifiziert nach: GKV-Spitzenverband (2017, S. 33-34). Diese Übersichtsdarstellung basiert auf der Auswertung der vorhandenen Evidenz aus der Kombination von Expertertinnen- und Expertenbefragungen, Rahmenmodellen aus der wissenschaftlichen Literatur und den Strategien von Kreuter (2003)

BESCHREIBUNG	MASSNAHMEN	BESCHREIBUNG
Äußerliche Anpassung (Peripheral)	Anpassung des Erscheinungsbilds der Interventionsmaterialien	Nutzung von zielgruppenadäquaten Bildern, Logos, Symbolen, Farben oder Schrifttypen, um die Aufmerksamkeit für die Materialien zu erhöhen
Evidenzbezogene Anpassung (Evidential)	Zielgruppenspezifische Risikokommunikation	Darstellung von epidemiologischen oder anderen Daten für einzelne Migrantinnen- und Migrantengruppen, um die Zielgruppe für die gesundheitliche Problematik zu sensibilisieren
	Bedarfsanalyse	Durchführung einer eigenen Erhebung und/oder Auswertungen der Gesundheitsrisiken und -ressourcen der Zielgruppe für die Interventionsplanung
Sprachliche Anpassung (Linguistic)	Übersetzung	Übersetzung der Programminhalte durch schriftliches Übersetzen, Einsatz von Dolmetschenden, Qualifizierung des Personals für die Arbeit mit Dolmetschenden
	Anpassung des Sprachniveaus	Anpassung des Sprachniveaus durch die Verwendung von leichter Sprache, Verwendung von audiovisuellen Methoden (z. B. Videos) zur Informationsvermittlung

BESCHREIBUNG	MASSNAHMEN	BESCHREIBUNG
Einbeziehende Anpassung (Constituent-involving)	Einbezug der Zielgruppe	Einbezug der Zielgruppe in die Planung und Implementierung der Intervention
	Einbezug lokaler Akteure	Aufbau eines lokalen Netzwerkes und Einbeziehung des Netzwerkes in die Planung und Implementierung der Intervention
	Einsatz von Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren	Ausbildung und Einsatz von Personen mit Migrationshintergrund zu Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren
Soziokulturelle Anpassung (sociocultural)	Vertraute Durchführungsorte	Wohnortnahe Durchführung der Angebote, Nutzung vertrauter Orte (z. B. religiöse Einrichtungen)
	Handlungsfeldübergreifende Maßnahmen	Offene Angebote zu alltagsrelevanten Themen für die Kontaktaufnahme
	Berücksichtigung der sozioökonomischen Verhältnisse	Geringe Teilnahmekosten, Berücksichtigung von Geschlechterrollenverpflichtungen (z. B. hinsichtlich der Terminierung von Maßnahmen)
	Einbezug der Familie und des sozialen Umfeldes	Erweiterung der Interventionen auf die Familien und das soziale Umfeld (z. B. Peers, Nachbarschaften) der Zielgruppe zur Adressierung von hinderlichen und förderlichen Faktoren in der sozialen Umwelt
	Berücksichtigung kulturell geprägter Überzeugungen und Verhaltensweisen	Thematisierung von kulturell geprägten Überzeugungen und Verhaltensweisen, die sich positiv oder negativ auf das gewünschte Gesundheitsverhalten auswirken
	Berücksichtigung von Spiritualität	Einbindung von Präventionsbotschaften in religiöse Gleichnisse und Erzählungen, Glaube als Bewältigungsressource
	Berücksichtigung der sozialen und kulturellen Heterogenität der Zielgruppe	Berücksichtigung von Unterschieden in der ethnischen Identifikation/Akkulturation, Umständen der Migration, sozialer Schichtzugehörigkeit, Geschlecht und sozialer Einbindung

Daneben bzw. darüber hinaus müssen für diese Gruppe und /oder Untergruppen auch systematische, strategische Anpassungen vorgenommen werden, wenn besondere Orte/Anlässe bestehen (Beispiel Schwangerschaft/Geburt, Aufenthalt in Gemeinschaftsunterkünften, Untersuchungen von seiteneinsteigenden Schülerinnen und Schülern in das Schulsystem, Betreuung von unbegleiteten Minderjährigen, etc.).

Im folgenden Abschnitt werden Merkmale guter Ansätze der soziokulturell sensiblen Prävention und Gesundheitsförderung erläutert. Sie lassen sich gut kombinieren mit den Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung vom Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Kapitel 3). Der Kooperationsverbund identifiziert und benennt mit den Kriterien guter Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung Projekte der Gesundheitsförderung von hoher Qualität, die in verschiedenen Handlungsbereichen mit vielfältigen Zielgruppen arbeiten. Alle diese Beispiele guter Praxis können in der Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank aufgerufen werden. Die Kriterien umfassen z.B. Zielgruppenorientierung, Empowerment, Partizipation, Setting-Ansatz, Niederschwelligkeit und ein integriertes Handlungskonzept. Bei der folgenden Beschreibung der Merkmale wird auch auf die jeweiligen Kriterien hingewiesen, die sich mit dem Merkmal kombinieren lassen.



4.2. Merkmale guter Ansätze in der soziokulturell sensiblen Prävention und Gesundheitsförderung

Bedarfsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung wirken sich auf das Wohlbefinden von geflüchteten Menschen von der frühen Kindheit an und ein Leben lang aus. Die gesundheitlichen Bewältigungsressourcen geflüchteter Menschen müssen wertgeschätzt und befördert werden, damit sie informierte Entscheidungen über ihre Gesundheit treffen können. Dies stärkt ihre Selbstbestimmung und soziale Teilhabe und fördert somit auch ihre Integration.

Aus den vorhandenen guten Praxisbeispielen sowie Befragungen von Expertinnen und Experten lassen sich die folgenden zentralen Merkmale soziokulturell sensibler Prävention und Gesundheitsförderung (siehe Anhang 2, Glossar) für geflüchtete Menschen ableiten. Diese sind in der Abfolge nach der obigen Tabelle sortiert:

Kriterien guter Praxis

Strategie – Evidenzbezogene Anpassung:

- **Maßnahme: Bedarfsanalyse**
- Merkmal: Bedarfsanalyse der spezifischen Gesundheitsrisiken und -ressourcen geflüchteter Menschen durchführen

Geflüchtete Menschen sind besonderen Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Durch traumatisierende Fluchterfahrungen sind sie in hohem Maß gefährdet, psychische Erkrankungen zu entwickeln. Im Umgang damit ist zu beachten, dass in einigen Kulturen und Milieus stärkere Hemmnisse bestehen, psychosoziale Beratungen und Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Scham, Stigmatisierung, Ehre/Stolz oder die Tabuisierung von Familieninterna können dabei eine Rolle spielen. Insbesondere die Bedürfnisse geflüchteter Kinder sollten bei der Planung und Umsetzung von Angeboten bzw. Strukturen berücksichtigt werden. Unbegleitete minderjährige Geflüchtete haben überdurchschnittlich häufig Gewalt auf der Flucht erfahren. Aber auch die besonderen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen, die mit ihren Familienangehörigen geflüchtet sind, müssen individuell berücksichtigt werden. In bestimmten Kontexten und Themenbereichen kann es sinnvoll sein, die Bedarfe von Geschlechtergruppen separat zu erheben und geschlechterspezifische Angebote zu entwickeln. So müssen insbesondere Menschen, die aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder ihrer geschlechtlichen Identität in den Herkunftsländern verfolgt wurden, Berücksichtigung finden.

Bedarfsanalyse und Ressourcenorientierung

Bei der Analyse gilt es, auch die Ressourcen der geflüchteten Menschen mit ihnen gemeinsam zu ermitteln und ggf. zu stärken und sich nicht auf Risiken und Defizite zu konzentrieren und zu beschränken.

Strategie – Sprachliche Anpassung:

- **Maßnahme: Übersetzung/ Anpassung des Sprachniveaus**
- Merkmal: Effektive Sprach- und Kulturmittlung nutzen

Eine bedarfsgerechte Sprach- und Kulturmittlung ist zentral, um den chancengleichen Zugang zu gesundheitsförderlichen Angeboten und langfristige Teilhabe und Integration von geflüchteten Menschen sicherzustellen. Dazu gehört z.B.

bedarfsgerechte Sprach- und Kulturmittlung

- Entwicklung bzw. Nutzung von mehrsprachigem Informationsmaterial auch über die sozialen Systeme (z.B. Schule, Gesundheitswesen, Polizei) in Deutschland

- Homepages, Apps oder Beschilderungen
- ergänzend: Informationen in einfacher deutscher Sprache
- Einsatz von Dolmetschenden (je nach Aufenthaltsstatus werden die Kosten für ihren Einsatz vom Sozialamt übernommen)
- Nutzung nonverbaler und innovativer Kommunikationsmethoden, wo Sprachbarrieren nicht ad hoc zu überwinden sind, z.B. durch das Schaffen einer einladenden Atmosphäre
- Einstellung von mehrsprachigem Fachpersonal: durch die gemeinsame Sprache können Mitarbeitende ein Vertrauensverhältnis mit den geflüchteten Menschen aufbauen und Informationen besser vermitteln. Diesen fällt es dann leichter, eigene Bedarfe und Gefühlslagen mitzuteilen, sich zu öffnen und herzlich willkommen zu fühlen.

Strategie – Einbeziehende Anpassung:

- **Maßnahme: Einbezug der Zielgruppe**
- Merkmal: Geflüchtete Menschen in der Entwicklung der Maßnahmen beteiligen

Beteiligung

Bedarfsgerechte Planung von Maßnahmen funktioniert dann, wenn die Menschen direkt einbezogen werden, die von der Intervention profitieren. Alternativ können auch Interessenvertretungen Unterstützung geben. Dies können z.B. Integrationsbeiräte und -beauftragte, Vertreterinnen und Vertreter migrantischer Selbstorganisationen, Geflüchtetenvertretungen und Religionsgemeinschaften sein, aber auch Einrichtungen und Dienste der Migrationsarbeit sowie Regelinstitutionen wie Kita, Schule oder engagierte Einzelpersonen. Der Grad der Partizipation der Zielgruppe an der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen kann variieren. In einigen Kontexten kann es ausreichen, die Akzeptanz der Zielgruppe für eine Maßnahme zu erfragen. Soll ein höheres Maß an Teilhabe erreicht werden, müssen geflüchtete Menschen folglich bereits bei der thematischen Ausrichtung und Konzeption der Intervention mitbestimmen.

Kriterium Partizipation

Verknüpfung mit den Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung: Das Kriterium Partizipation unterstützt Praktikerinnen und Praktiker dabei, die Beteiligung geflüchteter Menschen an ihrer Projektarbeit zu planen, umzusetzen und zu reflektieren. Ein Steckbrief beschreibt das Kriterium hier: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/qualitaetsentwicklung/07-partizipation.

- **Maßnahme: Einbezug lokaler Akteure**
- Merkmal: Alle relevanten lokalen Akteure an kooperativem Planungsprozess beteiligen

bereichsübergreifende Zusammenarbeit

Bereichsübergreifende Zusammenarbeit ist für Fachkräfte in der Arbeit mit Geflüchteten wichtig, da diese sich in unterschiedlichen Handlungsfeldern und Lebenswelten bewegen: vom Sozialrecht bis hin zum Aufenthalts- und Asylrecht. In der Gesundheitsförderung für Geflüchtete spielen somit unterschiedliche Institutionen und Personengruppen eine Rolle: Kitas, Schulen, Kirchengemeinden, Vereine, Beratungsstellen und Wohlfahrtsverbände, Treffs, Jugend- und Sozialhilfe, Gesundheitsämter, Jobcenter, Schlüsselpersonen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, etc.



Eine gute Methode der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit sind integrierte kommunale Gesundheitsstrategien, sogenannte Präventionsketten. Sie stärken die bereichsübergreifende Zusammenarbeit von Institutionen vor Ort, indem sie ressortübergreifend die Ressourcen und Kompetenzen aller öffentlichen und gesellschaftlichen Akteure bündeln, die das Wohlergehen der Menschen im jeweiligen Sozialraum verantworten. Damit vermitteln sie einen Überblick über bestehende Strukturen und Angebote und ermöglichen es den Institutionen, ihre Ziele und Prozesse gemeinsam abzustimmen. Die verfügbaren Mittel können so wirkungsvoller eingesetzt werden. Somit werden wichtige Voraussetzungen für gesunde Lebensbedingungen unabhängig von der sozialen Lage geschaffen. Außerdem verhindert die bereichsübergreifende Zusammenarbeit die Entstehung ineffektiver Parallelstrukturen und deckt Versorgungslücken auf.

integrierte Gesundheitsstrategien

Damit soll das Wohlergehen aller gestärkt werden sowie jegliche Ausgrenzung und Stigmatisierung verhindert werden. Deutschlandweit gibt es bereits viele gute Beispiele, wie bereichsübergreifende Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung das Wohlergehen von Menschen fördern kann (ausführlich: Richter-Kornweitz, Horn & Kilian (2017)).

Das gute Beispiel Salzgitter zeigt, wie eine Präventionskette auf kommunaler Ebene Zugangshürden zu Gesundheitsförderung und Versorgung für geflüchtete Menschen abbauen kann. Die Beispiele werden in Kapitel 5 näher beschrieben.

gute Praxis in Salzgitter

Verknüpfung mit den Kriterien für gute Praxis der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung: Das Kriterium Integriertes Handlungskonzept unterstützt Fachkräfte dabei, die bereichsübergreifenden Zusammenarbeit relevanter Akteure zu bewerten und weiterzuentwickeln. Ein Steckbrief beschreibt das Kriterium hier: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/qualitaetsentwicklung/09-vernetzung.

- **Maßnahme: Einsatz von Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren**
- Merkmal: Mediatorinnen und Mediatoren und Peers einsetzen, um geflüchtete Menschen anzusprechen

Geflüchtete Menschen, die noch nicht in soziale Netzwerke des Sozialraumes eingebunden sind, können erfahrungsgemäß über vermittelnde Personen erreicht werden. Das sind zumeist Menschen, die als Mediatorinnen und Mediatoren, Lotsinnen und Lotsen oder Übungsleitende ausgebildet worden sind und über ähnliche soziokulturelle Eigenschaften verfügen wie die geflüchteten Menschen, z.B. Sprache, Nationalität, Migrations- oder Fluchterfahrung (Peers). Derartige Gemeinsamkeiten können helfen, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und die Motivation fördern, gesundheitsförderliche Angebote wahrzunehmen. Ein Beispiel, wie muttersprachliche Mediation und Information gelingen kann, ist das Projekt MiMi, das in Kapitel 5 beschrieben wird.

Mediatorinnen und Mediatoren

Verknüpfung mit den Kriterien für gute Praxis der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung: Das Kriterium Multiplikatorenkonzept hilft Fachkräften dabei, Peers als „Schlüsselpersonen“ für die Gruppen zu nutzen, zu denen Professionelle nur schwer Zugang finden. Ein Steckbrief beschreibt das Kriterium hier: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/qualitaetsentwicklung/04-multiplikatorenkonzept.

Strategie – Soziokulturelle Anpassung:

■ Maßnahme: Vertraute Durchführungsorte

- Merkmal: Geflüchtete Menschen direkt ansprechen

Geflüchtete Menschen, die bereits gut in ihrem Umfeld vernetzt sind, können durch gezielte öffentliche Veranstaltungen angesprochen werden wie z.B. Sprechcafés, Kochkurse oder Sportangebote. Grundsätzlich ist es sinnvoll, geflüchtete Menschen dort aufzusuchen, wo sie sich bereits aufhalten: in Kitas, Schulen oder Gemeinschaftsunterkünften. Entsprechend wird diese Methode als aufsuchender Ansatz bezeichnet. Angebote sollten außerdem niedrigschwellig sein. Da heißt, sie sollten für alle Menschen problemlos erreichbar und nutzbar sein. Mit direkter Ansprache, persönlicher Einladung oder durch Flyer kann auf Veranstaltungen aufmerksam gemacht werden. Dabei sollten unbedingt konkrete Ansprechperson für die geflüchteten Menschen benannt werden.

Verknüpfung mit den Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung: Das Kriterium Niedrigschwelligkeit hilft Praktikerinnen und Praktikern dabei, Zugangshürden für geflüchtete Menschen zu gesundheitsförderlichen Angeboten abzubauen. Ein Steckbrief beschreibt das Kriterium hier: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/qualitaetsentwicklung/06-niedrigschwellige-arbeitsweise.

■ Maßnahme: Handlungsfeldübergreifende Maßnahmen

- Merkmal: Handlungsfeldübergreifende Maßnahmen und offene Angebote zum Vertrauensaufbau nutzen

handlungsfeld- übergreifende Maßnahmen

Offene bzw. handlungsfeldübergreifende Maßnahmen verbinden informellen Austausch mit Informations- und Bildungsangeboten, die sowohl geflüchtete wie nicht-geflüchtete Menschen ansprechen. Beispiele sind Vorträge von Expertinnen und Experten zu Themen wie Integration in den Arbeitsmarkt und Zugang zu Kinderbetreuung in einem Begegnungscafé oder Veranstaltungen zum sozialen Austausch, bei denen Geflüchtete sich und ihre Kultur der Mehrheitsgesellschaft vorstellen, z.B. durch ein interkulturelles Frühstück/Abendessen, Ausstellungen, etc.. Offene Angebote haben das Potential, vulnerable Gruppen wie geflüchtete Menschen anzusprechen, für welche die Gesundheitsförderung oft nicht als primäre Herausforderung gilt. Derartige Veranstaltungen können genutzt werden, um neben dem zentralen Thema der Veranstaltung auch gesundheitsförderliche Informationen zu transportieren. Handlungsfeldübergreifende Maßnahmen können eine Plattform sein, um wichtige Informationen für die Entwicklung oder Anpassung gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu sammeln. Sie bieten damit die Möglichkeit, die Bedarfe und Ressourcen von geflüchteten Menschen ganzheitlich aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten. Auf dieser Grundlage könnten integrierte Handlungskonzepte entwickelt werden, um sozioökonomische und ökologische Rahmenbedingungen gesundheitsförderlich zu gestalten. Ein interkulturelles Frühstück kann beispielsweise dazu genutzt werden, Vertrauen bei geflüchteten Menschen aufzubauen und so mehr über ihre spezifischen Bedarfe zu erfahren.

Integriertes Handlungskonzept

Verknüpfung mit den Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung: Das Kriterium Integriertes Handlungskonzept unterstützt Fachkräfte dabei, die Ziele und Maßnahmen von Akteuren aus verschiedenen Fachbereichen abzustimmen, um eine Zielgruppe gemeinsam zu erreichen. Ein Steck-



brief beschreibt das Kriterium hier: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/qualitaetsentwicklung/09-vernetzung.

- **Maßnahme: Berücksichtigung sozioökonomischer Verhältnisse**
- Merkmal: Niederschwellig wichtige Basisinformationen vermitteln

Viele bestehende Beratungs- und Begleitungsangebote agieren (oft unbewusst) sehr mittelschichtorientiert und können dadurch nicht als bedarfsorientierte Angebote für vulnerable Zielgruppen wie Geflüchtete wirksam werden. Damit alle Menschen gesundheitsförderliche Angebote in Anspruch nehmen können, müssen Zugangshürden abgebaut werden. Folglich müssen Angebote niedrigschwellig sein – also kostenlos bzw. -günstig und wohnortnah. Räume, die von den Zielgruppen bereits genutzt werden und ihnen geläufig sind, bieten sich in besonderer Weise an, z.B. Stadtteiltreffs, Schulen, Kitas oder das Jobcenter.

bedarfsorientierte Angebote

Verknüpfung mit den Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung: Das Kriterium Niederschwelligkeit hilft Praktikerinnen und Praktikern dabei, Zugangshürden für geflüchtete Menschen zu gesundheitsförderlichen Angeboten abzubauen. Ein Steckbrief beschreibt das Kriterium hier: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/qualitaetsentwicklung/06-niedrigschwellige-arbeitsweise.

Niedrigschwelligkeit

- **Maßnahme: Einbezug der Familie und des sozialen Umfelds**
- Merkmal: Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und Vertrauenspersonen einsetzen, um geflüchtete Menschen zu informieren

Personen mit Flucht- oder Migrationsgeschichte können geflüchtete Menschen als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren über gesundheitliche Themen informieren und dadurch deren Alltagskompetenz stärken. Diese agieren besonders wirkungsvoll, wenn sie geflüchtete Menschen dort aufsuchen, wo diese sich im Alltag aufhalten: zu Hause, in Gemeinschaftsunterkünften oder in öffentlichen Räumen wie Sprachschulen, Kitas oder Jobcentern. Gute Beispiele sind z.B. „Stadtteilmütter“ und „Gesundheitsförderung für MigrantInnen“ von pro familia Bonn, die in Kapitel 5 beschrieben werden.

Verknüpfung mit den Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung: Das Kriterium Multiplikatorenkonzept hilft Fachkräften dabei, festzulegen, welche Personen, Personengruppen oder Institutionen in die Umsetzung einer Maßnahme eingebunden und für diese Aufgabe qualifiziert werden sollen. Ein Steckbrief beschreibt das Kriterium hier: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/qualitaetsentwicklung/04-multiplikatorenkonzept.

Multiplikatorenkonzept

- **Maßnahme: Berücksichtigung kulturell geprägter Überzeugungen und Verhaltensweisen sowie von Spiritualität**
- Merkmal: Personal in interkultureller Kompetenz und Methoden weiterbilden

Die kulturelle Kompetenz (siehe Anhang 2, Glossar) von Fachkräften kann durch Fort- und Weiterbildungen gesteigert werden, die helfen, die Bedarfe von geflüchteten Menschen kennen zu lernen und weitere Beratungskompetenzen zu entwickeln. Fortbildungsthemen sind beispielsweise:

kulturelle Kompetenzen der Fachkräfte

- Informationen über Fluchtgründe, -wege und -erfahrungen,
 - Informationen über eventuelle familiäre Verknüpfungen und ggf. Verpflichtungen im Herkunftsland,
 - Grundlagenwissen zum Aufenthalts- und Asylrechts-, Asylbewerberleistungsgesetz, Zugang zum Arbeitsmarkt, EU-Recht, Widerspruchsverfahren, Familien- und Vormundschaftsrecht,
 - Grundlagen der Traumabewältigung und -pädagogik und Methoden zur Stärkung von Resilienz,
 - Strategien zum Selbstschutz / Erkennen und Respektieren eigener Grenzen bezüglich der psychisch-emotionalen Belastbarkeit,
 - Information über spezialisierte Beratungsstellen und Angebote im Falle umfassender rechtlicher, psychosozialer oder medizinischer Problemlagen und Herausforderungen,
 - Information über Materialien, Hilfsmittel, Handlungsansätze, Strategien und Methoden für die Arbeit mit geflüchteten Menschen.
- **Maßnahme: Berücksichtigung der sozialen und kulturellen Heterogenität der Zielgruppe**
 - Merkmal: Die Heterogenität/Vielfalt geflüchteter Menschen berücksichtigen

Diversity Management

Migrationensensible bzw. soziokulturell sensible Maßnahmen der Gesundheitsförderung beziehen bereits in der Planung die sozioökonomischen und kulturellen Bedarfe unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen ein. Diversity Management ist ein handlungsorientiertes Konzept, um das zu erreichen. Dabei geht es darum, Fachkräfte darin zu stärken, sich sowohl in fremde kulturelle und soziale Kontexte einzufühlen als auch eigene soziale und kulturelle Charakteristika sowie die eigene Identität kritisch zu bewerten. Verhaltensweisen, die der deutschen Mehrheitsgesellschaft ungewöhnlich erscheinen, können für Menschen mit Fluchtgeschichte wertvoll sein. In der Gesundheitsförderung und Prävention hilft Diversity Management dabei, Zielgruppen genauer zu definieren und einen Fokus auf gesellschaftliche Vielfalt zu legen. Welche Zielgruppe(n) möchte ich mit meinem Angebot erreichen? Was macht sie aus? Wie erreiche ich sie? Wie beteilige ich sie an der Planung und Umsetzung meiner Maßnahme (Altgeld, 2016)?

Es ist sinnvoll, umfassende Angebote für alle Menschen mit spezifischen Angeboten für besonders vulnerable Zielgruppen zu kombinieren. Zur Bewertung der Bedarfe kann ein Perspektivwechsel helfen: Gibt es Personengruppen, die in bestehenden Angeboten noch nicht berücksichtigt sind oder benachteiligt werden? Gibt es Personengruppen mit spezifischen Bedarfen, die durch ein gesondertes Angebot angesprochen werden sollten?

Dimensionen von Vielfalt

Ethnie bzw. kulturelle Herkunft ist dabei nur eine von vielen Dimensionen von Vielfalt. Vielfalt wird durch weitere unveränderliche Dimensionen wie Alter oder sexuelle Orientierung und veränderliche Dimensionen wie Familienstand oder Einkommen beeinflusst. Diversity Management wird allerdings auch kritisch gesehen, weil durch den Fokus auf zum Teil starre Identitätsbilder die Gefahr besteht, Ungleichheit eher zu manifestieren denn zu überwinden (Altgeld, 2016).

Darüber hinaus gibt es übergeordnete Merkmale bedarfsgerechter Prävention und Gesundheitsförderung, die Maßnahmen zugrunde liegen sollten:

- Merkmal: Die interkulturelle Öffnung von Institutionen befördern

Um geflüchtete Menschen wirksam anzusprechen und zu begleiten, müssen Institutionen sich trans- und interkulturell öffnen (siehe Anhang 2, Glossar). Dadurch werden Gesundheitsförderung und gesundheitliche Versorgung effektiver und kostengünstiger. Von effektiveren Prozessen profitieren alle:

- Menschen mit Fluchthintergrund bekommen schneller die Unterstützung, die sie brauchen.
- Fachkräfte profitieren von einer vereinfachten Kommunikation, um einvernehmliche Lösungen für die Bedarfe geflüchteter Menschen zu finden.

Zukünftigen Fachkräften schon in der Ausbildung trans- und interkulturelle Kompetenzen zu vermitteln, kann dazu beitragen, Institutionen nachhaltig interkulturell zu öffnen. Fachpersonal wäre damit von vornherein qualifiziert, rassistuskritische Haltungen einzunehmen und diskriminierungssensible Angebote zu planen. Insbesondere Führungskräfte müssen sensibel sein für eventuell bestehende diskriminierende Grundhaltungen, Strukturen oder Verfahrensweisen in den eigenen Teams und diesen dann konsequent entgegenwirken. Die Herausforderung für Institutionen besteht darin, Regelangebote für Menschen mit Fluchthintergrund zu öffnen und gleichzeitig die bisherigen Zielgruppen nicht zu benachteiligen.

Ein gutes Beispiel, wie geflüchtete Menschen in Regelstrukturen integriert werden können, sind die Frühen Hilfen Schutzengel Flensburg (vgl. Kapitel 5).

- Merkmal: Nachhaltigkeit sichern - Zusammenarbeit mit Krankenkassen und/oder anderen lokalen Partnern zur Absicherung der Finanzierung

Damit Angebote der Gesundheitsförderung nachhaltig wirken können, müssen sie in Regelstrukturen verankert werden. Nur eine langfristige Finanzierung kann die Nachhaltigkeit von Maßnahmen sicherstellen. Krankenkassen und andere lokale bzw. regionale Akteure sollten in die Planung, Umsetzung und Evaluation von Interventionen einbezogen werden.

Verknüpfung mit den Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung: Das Kriterium Nachhaltigkeit hilft Fachkräften dabei, dauerhafte und nachweisbare Veränderungen bei geflüchteten Menschen und in ihrem Lebensumfeld zu erzielen. Ein Steckbrief beschreibt das Kriterium hier: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/qualitaetsentwicklung/05-nachhaltigkeit.

- Merkmal: Evaluation der Maßnahmen

Evaluationen dienen dazu, zu überprüfen und zu bewerten, in welchem Umfang die formulierten Ziele im Projektverlauf erreicht worden sind. Sie liefern wichtige Hinweise zur Weiterentwicklung und Anpassung von Prozessen und ggf. zur Verbesserung der Arbeitsergebnisse und -erfolge.

Verknüpfung mit den Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung: Das Kriterium Dokumentation und Evaluation unterstützt Praktikerinnen und Praktiker dabei zu überprüfen, ob die formulierten Ziele erreicht wurden oder erreicht werden können. Es dient außerdem dazu, Arbeitsabläufe zu reflektieren und wenn nötig an die Bedarfe geflüchteter Menschen anzupassen. Ein Steckbrief beschreibt das Kriterium hier: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/qualitaetsentwicklung/11-dokumentation-und-evaluation.

Interkulturelle Öffnung von Institutionen

Kompetenzvermittlung in der Ausbildung

Frühe Hilfen Schutzengel Flensburg

Nachhaltigkeit

Dokumentation und Evaluation

5. Praxisbeispiele

Es gibt bereits etliche Praxisbeispiele für die Entwicklung von Projekten, Maßnahmen und Initiativen der Gesundheitsförderung mit Geflüchteten. Sie geben Hinweise auf zentrale Merkmale guter Prävention und Gesundheitsförderung.

Einige sind vom Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit als „Good Practice in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ ausgezeichnet worden. Diese Good Practice-Beispiele werden im Folgenden gesondert hervorgehoben durch das Logo „Good Practice“.

Weitere Projekte und Maßnahmen werden von der AG Gesundheitsförderung mit Geflüchteten als beispielhaft ausgewählt und vom Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit in der Reihe „Impulspapiere für Gesundheitsförderung mit Geflüchteten“ veröffentlicht. Ziel ist es, vielversprechende Projekte bekannt zu machen und Ideen und Anregungen für die praktische Arbeit zu liefern. Die Impulspapiere geben einen kleinen Einblick in Projekte und sollen Lust darauf machen, sich weiter zu informieren. Sie können heruntergeladen werden unter: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gefluechtete/impulspapiere.

Kommunale Präventionskette für Flüchtlinge Salzburg

Ziel: Integration von Neuankömmlingen in Salzburg durch Gesundheitsförderung

Maßnahmen: Die kommunale Präventionskette für Flüchtlinge bringt alle wichtigen Akteure zusammen: Gesundheit, Bildung, Integration und Fachkräftesicherung, Kinder, Jugend und Familie, Soziales und Senioren, das Jobcenter sowie öffentliche und zivilgesellschaftliche Akteure. Sie koordiniert den Zugang zu verschiedenen Angeboten: präventive medizinische Beratung und Unterstützung, Sprachkurseangebote verknüpft mit Alltagskompetenzen, Arbeitsmarktberatung mit beruflichem Profiling, Gastfamilien für unbegleitete minderjährige Geflüchtete, Unterbringung von Geflüchteten in Wohnungen in der Stadt sowie die Verknüpfung von Haupt- und Ehrenamt. Außerdem bekommen geflüchtete Personen eine Checkliste mit Ansprechpersonen in Verwaltung, Schulen, Kitas etc.

Förderer: Stadt Salzburg

Homepage: www.salzgitter.de/rathaus/fachdienstuebersicht/soziales/126010100000076568.php

„MiMi-Gesundheitsinitiative Deutschland“



Ziel: Die Eigenverantwortung von Migrantinnen und Migranten für Gesundheit und Prävention stärken und langfristig ungleiche Gesundheitschancen abbauen

Maßnahmen: Das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. bildet im Gesundheitsprojekt MiMi seit 2004 gut integrierte Migrantinnen und Migranten als interkulturelle Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren für kultursensible Prävention und Gesundheitsförderung aus. Sie führen muttersprachliche Veranstaltungen zu verschiedenen Gesundheitsthemen durch, wie z.B. Mütter- und Kindergesundheit, Ernährung und Bewegung, Seelische Gesundheit, Suchtprävention etc.. Das Multiplikatorenkonzept ist das zentrale Element des MiMi-Gesundheitsprojekts. MiMi ist das größte Präventionsprogramm für Migrantinnen und Migranten in Europa. Es wurde bereits 2006 vom Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit als „Good Practice“ ausgezeichnet. Mehr Informationen dazu gibt es hier: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/mit-migranten-fuer-migranten.

Ab September 2017 förderte das Bundesministerium für Gesundheit die „MiMi – Gesundheitsinitiative Deutschland“ zur kultursensiblen Prävention und Gesundheitsförderung mit dem Ziel, innerhalb von drei Jahren bundesweit mindestens 1.000 mehrsprachige Infoveranstaltungen zur Gesundheitsförderung in zehn Bundesländern durchzuführen. Partizipation, Bildung von Gesundheitskompetenz und Hilfe zur Selbsthilfe sind Kernelemente und Konzepte, die die MiMi-Gesundheitsinitiative prägen.

Gemeinsam mit der Dualen Hochschule Baden-Württemberg wird MiMi aktuell auf das Handlungsfeld Gewaltprävention übertragen. Geflüchtete Frauen und Mädchen sowie Migrantinnen sind von Gewalt in besonderer Weise betroffen. Das Projekt trägt dazu bei, dass jede Frau und jedes Mädchen in Deutschland den gleichen Zugang zu Schutz und allen Angeboten erhält, um ihr Leben unabhängig von sprachlichen oder kulturellen Barrieren selbstbestimmt und gewaltfrei gestalten zu können. MiMi-Mediatorinnen klären in ihrer Muttersprache über Gewaltprävention in Deutschland auf.

Förderer: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration

Homepage: www.mimi-gegen-gewalt.de

Stadtteilmütter (und -väter)

Ziel: Niedrigschwellige Informationsvermittlung für Migranten-Familien sowie interessierte Migrantinnen als Stadtteilmütter weiterbilden und ihnen dadurch den Einstieg in den Arbeitsmarkt erleichtern

Maßnahmen: Mütter mit Migrationshintergrund werden qualifiziert, um Zugang zu Familien mit gleichem Migrationshintergrund zu finden, die als „schwer erreichbar“ gelten. Das Projekt vermittelt familienrelevante Informationen zu Bildung, Sprache, Erziehung und Gesundheit auf Augenhöhe an Mütter mit Migrationshintergrund. Die Stadtteilmütter erreichen Familien, weil sie aus dem gleichen Umfeld kommen, den gleichen Migrationshintergrund haben und selbst Kinder haben (Peer-Ansatz).

Förderer: unterschiedliche kommunale und zivilgesellschaftliche Institutionen

Homepage: www.stadtteilmuetter.de

pro familia Bonn „Gesundheitsförderung für MigrantInnen“



Ziel: Geflüchtete sollen durch Information, Befähigung und den Abbau von Hemmschwellen in die Lage versetzt werden, die Angebote des Gesundheits- und psychosozialen Systems zu nutzen.

Maßnahmen: pro familia Bonn engagiert sich seit dem Jahr 2000 in der Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten. Bereits 2006 wurde das Angebot als „Good Practice“ vom Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit ausgezeichnet. Mehr Informationen dazu gibt es hier: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/gesundheitsfoerderung-fuer-migrantinnen-schwerpunkt-frauengesundheit.

Auf der Grundlage dieser Erfahrungen setzt die Beratungsstelle Bonn ihr Angebot auch für Geflüchtete um. Mitarbeitende suchen besonders vulnerable Geflüchtete wie Frauen mit Gewalterfahrung und Schwangere aber auch geflüchtete Männer in ihren Alltagsstrukturen auf und vermitteln sie in Regelangebote. Dazu werden Veranstaltungen an Wohnorten organisiert – es sind sowohl nach Geschlechtern getrennte wie gemischte Gruppen möglich. Themen sind u.a.: Gesundheitssystem in Deutschland, Kinderwunsch, Verhütungsmethoden und Familienplanung, Schwangerschaft und Geburt in Deutschland, ungewollte Schwangerschaft, Körper der Frau, Körper des Mannes bzw. allgemeine physiologische Grundlagen, Unterschiede im kulturellen Umgang mit Geschlechtsrollen, Partner-

schaft und Sexualität, etc. Ehrenamtliche übersetzen in Veranstaltungen und bei Ärztinnen und Ärzten. Geflüchtete bekommen deutsche Vokabeln an die Hand, so z.B. zum Körper der Frau und des Mannes, zu Schwangerschaft, Geburt und Verhütung. Um möglichst viele Menschen zu erreichen, arbeitet das Projekt mit anderen Institutionen der Flüchtlingshilfe vor Ort zusammen. Lernerfahrungen werden in Schulungen mit anderen Beratungsstellen geteilt.

Förderer: Stabsstelle Integration der Stadt Bonn

Homepage: www.profamilia.de/angebote-vor-ort/nordrhein-westfalen/bonn/migrantinnen-und-migranten/gesundheitsfoerderung-fuer-migrantinnen.html

Frühe Hilfen Schutzengel Flensburg



Ziel: Schutzengel sorgt mit der Gesundheitsförderung für einen guten Start innerhalb der Kommune Flensburg

Maßnahmen: Schutzengel Flensburg ist ein gutes Beispiel dafür, wie die Bedarfe geflüchteter Menschen in langjährig entwickelte Regelstrukturen integriert werden können. Schutzengel gibt seit vielen Jahren durch spezielle niedrigschwellige Frühe Hilfen (zum Beispiel Familienhebammen, Familienhelfende, Elterntreffpunkte) Hilfestellungen in Familien, um Entwicklungsstörungen und gesundheitliche Probleme bei Kindern zu verringern bzw. zu verhindern. Angesprochen werden Familien, häufig die Mütter, in schwierigen sozialen Lebenslagen mit Kindern von null bis drei Jahren. Dazu gehören allgemein Personen mit sehr niedrigem Einkommen sowie im Speziellen Schwangere, Alleinerziehende und Migrantinnen und Migranten in schwieriger sozialer Lage. Besonders bewährt hat sich die niedrigschwellige Arbeitsweise des Schutzengel-Projektes. Die Familien können anonym den Kontakt zu Schutzengel aufnehmen und unkompliziert, z.B. im Rahmen eines Frühstücks mit anderen Müttern, mit einer Kinder- und Jugendärztin oder einem -arzt oder Familienhebamme ins Gespräch kommen. Dass die Familien den Bedarf an Maßnahmen selbst benennen, ist dabei besonders wichtig, denn ohne Eigenmotivation wird auch ein wohlwollendes Angebot nicht gut angenommen. Die Ideen und Wünsche der Eltern aufzugreifen und die Angebote flexibel darauf auszurichten trägt zum Erfolg von Schutzengel bei. Bereits 2005 wurde das Angebot als „Good Practice“ vom Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit ausgezeichnet. Mehr Informationen dazu gibt es hier: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/schutzengel.

Die Angebote in den Stadtteilen haben sich seitdem bedarfsgerecht weiterentwickelt.

In Flensburg orientiert sich Jugendhilfeplanung an den Grundlagen der Präventionskette. Besonders im Stadtteil „Früerlund“ besuchen geflüchtete Familien täglich die Angebote der „Frühen Hilfen“. Gerade rund um die Geburt ist die Begleitung wichtig, da Mütter teilweise traumatisiert sind oder sich im für sie fremden Land und Gesundheitssystem nicht zurechtfinden. Im Mittelpunkt stehen das gemeinsame Kochen von gesunden Mahlzeiten, Entspannung für Eltern und Kind oder spielerische Bewegungserfahrungen. Durch den partizipativen Ansatz wird die Integration ermöglicht: Die Eltern bestimmen gemeinsam die Inhalte der Angebote. Mehr Informationen dazu gibt es hier: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/thueringen/themenblatt-gefluechtete.

Förderer: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein

Homepage: www.schutzengel-flensburg.de



Verwendete und weiterführende Literatur

- adis e.V. (2020). Social Distancing vor dem Hintergrund sozialer Ausgrenzung. https://adis-ev.de/wp-content/uploads/2020/06/Diskriminierungskritische_Quergedanken_zur_Corona-Krise.pdf
- Altgeld, T. (2016). Diversity und Diversity Management / Vielfalt gestalten. In BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/diversity-und-diversity-management-vielfalt-gestalten
- American Academy of Pediatrics (AAP) (Hrsg.) (2018). The effects on armed conflicts on children. Policy statement. <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2018/11/01/peds.2018-2586.full.pdf>
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (2016). Qualifizierung und Qualifikation von Fachkräften mit Blick auf die Begleitung, Unterstützung und Integration von geflüchteten Familien und unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten. www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2016/Qualifizierung_und_Qualifikation_von_Fachkräften.pdf
- Arrizabalaga, I. M. (2015). Interesse für Vielfalt und Unterschiede, in: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. Stadtpunkte Thema. Informationen zur Gesundheitsförderung. Thema Kultursensible Gesundheitsförderung. Ausgabe 01, Mai 2015, S. 10-11. www.hag-gesundheit.de/fileadmin/hag/data/Medien/Stadtpunkte/StadtpunkteThema_01-15.pdf
- Bach, S., Haan, P., van Deuverden, K., Brücker, H., Romiti, A., Weber, E. & Fischer, B. (2017). Abschätzung von Effekten der Integration von Flüchtlingen, (Forschungsbericht 477), 01/2017, Berlin, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.
- Biddle, L., Menold, N., Bentner, M., Nöst, S., Jahn, R., Ziegler, S. & Bozorgmehr, K. (2019). Health monitoring among asylum seekers and refugees: a state-wide, cross-sectional, population-based study in Germany. <https://ete-online.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12982-019-0085-2>
- Blümel, S., Borde, T. (2020). Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. In BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-migrationshintergrund
- Borde, T. (2015). Gleiche Gesundheitschancen für alle durch diversitätsgerechte Strukturen und Kompetenzen in allen Politikfeldern. In: BZgA (Hrsg.). Gesund aufwachsen in vielen Welten – Förderung der psychosozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/fachpublikationen/band-19-gesund-aufwachsen-in-vielen-welten-foerderung-der-psychosozialen-entwicklung-von-kindern-u
- Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF) (2019). Geflüchtete Frauen und Mädchen im Land Bremen - Bilanz und Perspektiven. www.frauen.bremen.de/sixcms/media.php/13/ZGF_Projektabschluss_Frauen_Flucht.pdf
- Bozorgmehr, K., Nöst, S., Thaiss, H. M. & Razum, O. (2016). Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden. Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter. In: Bundesgesundheitsblatt. (2016) 59: 545
- Brücker et al. (2016): IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten. Flucht, Ankunft in Deutschland und erste Schritte der Integration. IAB-Kurzbericht 24/2016.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2018). BAMF-Kurzanalyse. Die Wohnsituation Geflüchteter. www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Kurzanalysen/kurzanalyse11_iab-bamf-soep-befragung-gefluechtete-wohnsituation.pdf;jsessionid=39E8091C72D55AAE89DD1198B23FF175.internet542?__blob=publicationFile&v=11
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2019). Das Bundesamt in Zahlen 2018. Asyl, Migration und Integration. www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/BundesamtinZahlen/bundesamt-in-zahlen-2018.html?nn=284738
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2019b). Integrationskurs für Asylbewerber und Geduldete. www.bamf.de/DE/Themen/Integration/ZugewanderteTeilnehmende/AsylbewerberGeduldete/asylbewerbergeduldete.html;nn=282656
- Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (BuMF) (2019). Die Situation unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge in Deutschland. Auswertung der Online-Umfrage 2019. https://b-umf.de/src/wp-content/uploads/2019/12/bumfumfrage2019_web_v03.pdf
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2017). Integration von Flüchtlingen in den regulären Wohnungsmarkt. www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/FP/ReFo/Wohnungswesen/2016/integration-fluechtlinge/01-start.html?docId=1453808¬First=true
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2019). Flüchtlinge. Ein Leitfaden zu Arbeitsmarktzugang und -förderung. www.esf.de/portal/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/37926_ivaf_leitfaden.pdf?__blob=publicationFile&v=12
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2020. Bericht der Bundesregierung zu dem Gesetz zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlicher gem. § 42e SGB VIII – Die Situation unbegleiteter Minderjähriger in Deutschland. www.bmfsfj.de/blob/jump/115326/bericht-uma-bundeskabinett-data.pdf

- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (2016). Statusbericht 14. Dokumentation der Statuskonferenz 2016 »Flucht und Gesundheit«. www.bvpraevention.de/newbv/images/Publikationen/BVPG_Statusbericht_14.pdf
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) (2019a). Das Geordnete-Rückkehr-Gesetz ist eine Aushöhlung des Menschenrechts auf Gesundheit. www.baff-zentren.org/news/das-geordnete-rueckkehr-gesetz-ist-eine-aushoehlung-des-menschenrechts-auf-gesundheit
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) (2019b). Erweiterung der Anforderungen an ärztliche Gutachten und Stellungnahmen im asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren. www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/08/Aenderung_Anforderungen_Stellungnahmen_Geordnete_Rueckkehr.pdf
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) (2020). Living in a box. Psychosoziale Folgen des Lebens in Sammelunterkünften für geflüchtete Kinder. http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/05/BAFF_Living-in-a-box_Kinder-in-Ankerzentren.pdf
- Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (2012). Positionspapier. www.integrationsbeauftragte.de/resource/blob/72490/392836/9e39d097803a8607e651b27b9487a165/gesundheits-arbeitskreis-papier-data.pdf
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Infodienst Migration, Flucht, Gesundheit www.infodienst.bzga.de/migration-flucht-und-gesundheit
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2019). Jungen auf der Flucht. Gendergerechte Gesundheitsförderung für unbegleitete minderjährige männliche Geflüchtete. www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/fachpublikationen/band-23-jungen-auf-der-flucht-gendergerechte-gesundheitsfoerderung-fuer-unbegleitete-minderjaehrige-m
- Caritas (2019). Glossar: Migration. AnKER-Zentren. www.caritas.de/glossare/anker-zentren
- Dahlgren, G. & Whitehead, M (1991). Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm, Sweden
- Der Paritätische Gesamtverband (Hrsg.) (2019). Arbeitshilfe zum Thema Flucht und Migration. Soziale Rechte für Flüchtlinge. 3., aktualisierte Auflage 2020. www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/doc/sozialeleistungen-fluechtlinge-2019-auff3_web.pdf
- Deutsches Institut für Menschenrechte, (2019) Welchen Zugang haben geflüchtete Kinder zu Schulen? <https://landkarte-kinderrechte.de/downloads/Infos-Bundeslaender-Schule-2019.pdf>
- Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.) (2017). Ankommen nach der Flucht. Die Sicht begleiteter und unbegleiteter junger Geflüchteter auf ihre Lebenslagen in Deutschland. www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2017/25854_lechner_huber_ankommen_nach_der_flucht.pdf
- Deutsches Kinderhilfswerk (DKHW) (Hrsg.) (2019). Kinderrechte-Index. Die Umsetzung von Kinderrechten in den deutschen Bundesländern – eine Bestandsanalyse 2019. www.dkhw.de/fileadmin/Redaktion/1_Unsere_Arbeit/1_Schwerpunkte/2_Kinderrechte/2.25_Kinderrechte-Index_alle-Dokumente/Kinderrechte-Index_2019.pdf
- Diakonie Deutschland (Hrsg.) (2018). Wissen kompakt: Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Wissen_kompakt_PDF/2018_Wissen_kompakt_Unbegleitete_minderjaehrige_Fluechtlinge.pdf
- e-traffix (o.D.). Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen für Sprachen. www.europaesicher-referenzrahmen.de
- Fachausschuss Transkulturelle Pädiatrie, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie e.V. (2009). Transkulturelle Pädiatrie – aktuelle Perspektiven und Handlungsoptionen, Positionspapier. www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungnahmen-transkulturell-oktober-2009.pdf
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, Geschäftsstelle gesundheitsziele.de (2014). Leitfragen zur Stärkung der Querschnittsanforderung Gesundheitliche Chancengleichheit. https://gesundheitsziele.de/cms/medium/1229/Leitfragen_Gesundheitliche_Chancengleichheit.pdf
- Gesundheit Berlin-Brandenburg (2019a). How to deal with the health system im Land Brandenburg. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/brandenburg/aufgaben-und-schwerpunkte/how-to
- Gesundheit Berlin-Brandenburg (2019b). Integrierte kommunale Ansätze für ein gesundes Aufwachsen unter Einbeziehung von geflüchteten Kindern und Jugendlichen. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=fa2a98c1091bc9dc246662a54267b1c6
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2017). Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Menschen mit Migrationshintergrund und Auswertung der vorliegenden Evidenz. (Auftraggeberin BZgA im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach §20a SGB V Abs.3 und 4), Berlin. www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/MigrationsHG_Brand_Zeeb_2017.pdf
- Hartung, S. & Rosenbrock, R. (2018). Settingansatz / Lebensweltansatz. In BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz
- Hentze, T., Kolev, G. (2016). Gesamtwirtschaftliche Effekte der Flüchtlingsmigration in Deutschland. in: IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln, 43. Jahrgang, Heft 4/2016



- Holz G., Schöttle M. & Berg A. (2011). Fachliche Maßstäbe zum Auf- und Ausbau von Präventionsketten in Kommunen: Strukturansatz zur Förderung des „Aufwachsens im Wohlergehen“ für alle Kinder und Jugendliche. In: *inform* 2/2011, S. 3-12. www.lvr.de/media/wwwlvrde/jugend/service/publikationen/dokumente_97/inform_2_2011.pdf
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2018). Determinanten von Gesundheit. In BZgA (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-von-gesundheit
- Hurrelmann, K., Richter, M. & Klotz, T. (Hrsg.) (2018). *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung - Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (5., vollständig überarbeitete Auflage). Bern: hogrefe Verlag.
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) (Hrsg.) (2019). *Flüchtlingsmonitoring: Endbericht*. April 2019. www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb528-fluechtlingsmonitoring-endbericht.pdf;jsessionid=293E61C019EE659F485446C9CE9F1C06.delivery1-replication?__blob=publicationFile&v=1
- International Society of Social Pediatrics and Child Health (ISSOP) (2017a). *Budapest Declaration On the Rights, Health and Well-being of Children and Youth on the Move*. www.issop.org/cmdownloads/budapest-declaration-on-the-rights-health-and-well-being-of-children-and-youth-on-the-move
- International Society for Social Pediatrics and Child Health (ISSOP) (2017b). *ISSOP Position Statement on Migrant Child Health*. www.issop.org/wp-content/uploads/2017/02/ISSOP_DOCUMENTS_pdf_Position_statements_issop_position_statement_8_%20migrant_child_health_2017-01-30.pdf
- Jansen, J. & Zander, M. (2019). *Unterstützung von geflüchteten Menschen über die Lebensspanne. Ressourcenorientierung, Resilienzförderung, Biografiearbeit*. Beltz, Weinheim.
- Kaba-Schönstein, L. & Kilian, H. (2018). *Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und Gesundheitliche Chancengleichheit*. In BZgA (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-soziale-benachteiligung-gesundheitsfoerderung-und-gesundheitliche-chanceng
- Kaba-Schönstein, L. & Trojan, A. (2018a). *Gesundheitsförderung 5: Deutschland*. In BZgA (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-5-deutschland
- Kaba-Schönstein, L. & Trojan, A. (2018b). *Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven*. In BZgA (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-8-bewertung-und-perspektiven
- Kaba-Schönstein, L. (2018a). *Gesundheitsförderung 1: Grundlagen*. In BZgA (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-1-grundlagen
- Kaba-Schönstein, L. (2018b). *Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986*. In BZgA (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-2-entwicklung-vor-ottawa-1986
- Kaba-Schönstein, L. (2018c). *Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa*. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-3-entwicklung-nach-ottawa
- Kaba-Schönstein, L. (2020). *Gesundheitsförderung und Prävention bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen*. In: Liel, K. & Rademaker, A. L. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung und Prävention – Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe?* (S. 137-146). Beltz, Weinheim.
- Kilian, H., Hartl, S. & Jordan, S. (2020). *Good Practice-Kriterien: ein Werkzeug für die politikfeldübergreifende Zusammenarbeit*. In: Böhm, K., Bräunling, S., Geene, R. & Köckler, H. (Hrsg.): *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland*. Springer VS, Wiesbaden, S. 387-396
- Kolip, P. (2017). *Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement* In BZgA (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/qualitaets-sicherung-qualitaetsentwicklung-qualitaetsmanagement
- Kompetenznetz Public Health COVID-19 (2020). *SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete. Epidemiologische und normativ-rechtliche Aspekte*. http://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/FactSheet_PHNetwork-Covid19_Aufnahmeeinrichtungen_v1_inkl_ANNEX.pdf
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2016). *Themenblatt 2-2016. Gesundheitsförderung bei Geflüchteten*. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gefluechtete/themenblatt-gefluechtete
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2016). *Gute Gründe für die Teilnahme am kommunalen Partnerprozess „Gesundheit für alle“*. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=b6121c5fdf78a04c9ef936ae29468e16
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2017). *Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit*. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2019). *Soziale Lage und Gesundheit: Ursachen*, www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/hintergruende-daten-materialien
- Kreuter, M.W., Lukwago, S.N., Bucholtz, D.C., Clark, E.M. & Sanders-Thompson, V. (2003). *Achieving Cultural Appropriateness in Health Promotion Programs: Targeted and Tailored Approaches*. *Health Education & Behavior*, 30(2): 133-146.

- Kupfer, A. & Gamper, M. (2020). Migration als gesundheitliche Ungleichheitsdimension? Natioethno kulturelle Zugehörigkeit, Gesundheit und soziale Netzwerke. In: Klärner, A., Gamper, M., Keim-Klärner, S., Moor, I., Von der Lippe, H., Vonneilich, N. (Hrsg.): Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten. Eine neue Perspektive für die Forschung. <https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-658-21659-7>
- Lünse, D. (2015). Interkultur, in: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. Stadtpunkte Thema. Informationen zur Gesundheitsförderung. Thema Kultursensible Gesundheitsförderung. Ausgabe 01, Mai 2015, S. 8-9. www.hag-gesundheit.de/fileadmin/hag/data/Medien/Stadtpunkte/StadtpunkteThema_01-15.pdf
- Mall, V. (2015). Medizinische Versorgung minderjähriger Flüchtlinge in Deutschland: Eine neue große Herausforderung für die Kinder- und Jugendmedizin. In: Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) (Hrsg.). Pressegespräch 1. September 2015. www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-pressemitteilung-medizinische-versorgung-minderjaehrige-fluechtlinge-2015.pdf
- Matlin, S.A., Depoux, A., Schütte, S. et al. (2018). Migrants' and refugees' health: towards an agenda of solutions. Public Health Rev (39), 27. <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s40985-018-0104-9>
- Metzing, M., Schacht, D. & Scherz, A. (2020). Psychische und körperliche Gesundheit von Geflüchteten im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen. In: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.): DIW Wochenbericht 5/2020. www.diw.de/de/diw_01.c.704009.de/publikationen/wochenberichte/2020_05_1/psychische_und_koerperliche_gesundheit_von_gefluechteten_im_vergleich_zu_anderen_bevoelkerungsgruppen.html
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (MASGF) (2017). Zuwanderung und Integration als Chance für Brandenburg. Landesintegrationskonzept Brandenburg. Aktualisierte Fassung.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (MASGF) (2019). Dokumentation. Gesundheitsversorgung in den Kommunen. Wie kann gute Sprachmittlung gelingen? am 23.01.2019. https://msgiv.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/Dokumentation_Sprachmittlung_23012019.pdf
- Mohammadzadeh, Z. (2018). 25 Jahre Bremer Modell – Gesundheitsprogramm für Asylsuchende. www.gesundheitsamt.bremen.de/fluechtlinge-15222
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (2018). Impulspapier „Frühe Hilfen für geflüchtete Familien“, www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-Fruehe-Hilfen-fuer-gefluechtete-Familien-Impulse-fuer-Fachkraefte.pdf
- PRO ASYL (2020). Nach Sachsen jetzt das VG Münster: Infektionsschutz gilt auch für Geflüchtete! www.proasyl.de/news/nach-sachsen-jetzt-das-vg-muenster-infektionsschutz-gilt-auch-fuer-gefluechtete
- Paulus, M. & Kühner, A. (2018): Frühe Hilfen für geflüchtete Familien. Impulse für Fachkräfte. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln. www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-Fruehe-Hilfen-fuer-gefluechtete-Familien-Impulse-fuer-Fachkraefte.pdf
- Richter-Kornweitz, A., Kilian, H. & Holz, G. (2017). Präventionskette / Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie. In BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionskette-integrierte-kommunale-gesundheitsstrategie
- Robert Bosch Stiftung & Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) (2016). Was wir über Flüchtlinge (nicht) wissen. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand zur Lebenssituation von Flüchtlingen in Deutschland. Eine Expertise im Auftrag der Robert Bosch Stiftung und des SVR-Forschungsbereichs. www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/RBS_SVR_Expertise_Lebenssituation_Fluechtlinge.pdf
- Rosenbrock, R. & Hartung, S. (2015). Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/public-health-action-cycle-gesundheitspolitischer-aktionszyklus
- Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) (2016). Viele Götter, ein Staat: Religiöse Vielfalt und Teilhabe im Einwanderungsland. Jahresgutachten 2016 mit Integrationsbarometer. www.svr-migration.de/publikationen/jahresgutachten-2016-mit-integrationsbarometer
- Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) (2018). Steuern, was zu steuern ist: Was können Einwanderungs- und Integrationsgesetze leisten? Jahresgutachten 2018. www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2018/08/SVR_Jahresgutachten_2018.pdf
- Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) (2019a): Fakten zur Asylpolitik 2018. www.svr-migration.de/publikationen/fakten-zur-asylpolitik
- Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR). (2019b). Bewegte Zeiten: Rückblick auf die Integrations- und Migrationspolitik der letzten Jahre – Jahresgutachten 2019. www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2019/05/SVR_Jahresgutachten_2019.pdf



- Sappa, M., Mohammadzadeh, Z. & Lelgemann, M. (2016). Medizinische Erstuntersuchung und Akutversorgung von Flüchtlingen in Bremen. Ein Praxisbericht aus Sicht des öffentlichen Gesundheitsdienstes. In: Kinder- und Jugendarzt 473, 132-139. www.gesundheitsamt.bremen.de/fluechtlinge-15222
- Schneider, C. & Bozorgmehr, K. (2017). Prävalenz körperlicher und psychischer Erkrankungen bei Asylsuchenden und Geflüchteten. In: Borcsa M & Nikendei C (Hrsg.). Psychotherapie nach Flucht und Vertreibung: Eine praxisorientierte und interprofessionelle Perspektive auf die Hilfe für Flüchtlinge. Stuttgart: Thieme. S. 32-44.
- Schröder, H. Z., Zok, K. & Faulbaum, F. (2018). Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. In Wido Monitor, 1/2018. www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publicationen/Produkte/WidOmonitor/wido_monitor_2018_1_gesundheit_gefluechtete.pdf
- Schumann, S., Kajikhina, K., Polizzi, A., Sarma, N., Hoebel, J. et al. (2019). Konzepte für ein migrationssensibles Gesundheitsmonitoring. In: Journal of Health Monitoring 4(3): 51-68.
- Sievers, E. (2016). Gesundheitsversorgung: Ein Blick in die Praxis interkultureller Kommunikation im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. In: BZgA (Hrsg.): Kultursensibilität in der gesundheitlichen Aufklärung – kulturelle Unterschiede in der Kommunikation: Barrieren, Chancen, Lösungswege. www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/band-21-kultursensibilitaet-in-der-gesundheitlichen-aufklaerung-kulturelle-unterschiede-in-der-komm
- Stöver, H., Mittel, K., Grundmann, J., Kuhn, S., Zurhold, H. & Schneider, M. (2018). Geflüchtete Menschen und Drogen-/Abhängigkeitsproblematik. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. www.researchgate.net/profile/Heino_Stoever/publication/325497889_Gefluechtete_Menschen_und_Drogen-Abhaengigkeitsproblematik_Expertise_im_Auftrag_des_Bundesministeriums_fur_Gesundheit/links/5bbd9e44299bf1049b7877da/Gefluechtete-Menschen-und-Drogen-Abhaengigkeitsproblematik-Expertise-im-Auftrag-des-Bundesministeriums-fuer-Gesundheit.pdf
- terre des hommes (Hrsg.) (2020). Kein Ort für Kinder. Zur Lebenssituation von minderjährigen Geflüchteten in Aufnahmeeinrichtungen. www.tdh.de/fileadmin/user_upload/inhalte/04_Was_wir_tun/Themen/Weitere_Themen/Fluechtlingskinder/2020-06_terre-des-hommes-AnkerRecherche.pdf
- Ünal, A. (2015). Interkulturalität – (k)ein Thema für die Gesundheitsförderung? In: BZgA (Hrsg.). Gesund aufwachsen in vielen Welten – Förderung der psychosozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/fachpublikationen/band-19-gesund-aufwachsen-in-vielen-welten-foerderung-der-psychosozialen-entwicklung-von-kindern-u
- UNO-Flüchtlingshilfe (UNHCR) (2019). Jahresbericht 2018. www.uno-fluechtlingshilfe.de/uploads/media/20190881_Jahresbericht_Web.pdf
- unicef (Hrsg.) (2016). Uprooted: The growing crisis for refugee and migrant children. www.unicef.org/reports/uprooted-growing-crisis-refugee-and-migrant-children
- unicef (Hrsg.) (2017). Kindheit im Wartezustand. Studie zur Situation von Kindern und Jugendlichen in Flüchtlingsunterkünften in Deutschland. www.unicef.de/blob/137704/053ab16048c3f443736c4047694cc5d1/studie-kindheit-im-wartezustand-data.pdf
- Uslucan, H. (2015). Kultursensible Gesundheitsversorgung, in: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. Stadtpunkte Thema. Informationen zur Gesundheitsförderung. Thema Kultursensible Gesundheitsförderung. Ausgabe 01, Mai 2015, S. 3-4. www.hag-gesundheit.de/fileadmin/hag/data/Medien/Stadtpunkte/StadtpunkteThema_01-15.pdf
- Uslucan, H. (2015). Vielfältige Facetten eines kultursensiblen Kinderschutzes. In: BZgA (Hrsg.). Gesund aufwachsen in vielen Welten – Förderung der psychosozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/fachpublikationen/band-19-gesund-aufwachsen-in-vielen-welten-foerderung-der-psychosozialen-entwicklung-von-kindern-u
- Walgenbach, K. (2012): Intersektionalität – eine Einführung. <http://portal-intersektionalitaet.de/theoriebildung/ueberblickstexte>
- Waller, H. (2006). Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health (3., überarb. u. erw. Ausg.). Stuttgart: Kohlhammer.
- World Health Organisation (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- World Health Organisation (1997). Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf
- World Health Organisation (2016). Erklärung von Shanghai über Gesundheitsförderung im Rahmen der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1, deutsch: https://oepgk.at/wp-content/uploads/2019/09/9th_global_conference_on_health_promotion_german-original-1486020620.pdf
- World Health Organisation. Regionalbüro für Europa (2004). Soziale Determinanten von Gesundheit: die Fakten. Zweite Ausgabe / Redaktion Richard Wilkinson und Michael Marmot. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98441/e81384g.pdf
- World Health Organization. Regional Office for Europe (2018a). Health promotion for improved refugee and migrant health: policy brief. www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2018/health-promotion-for-improved-refugee-and-migrant-health-2018

World Health Organization. Regional Office for Europe (2018b). Health promotion for improved refugee and migrant health: Technical guidance. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/388363/tc-health-promotion-eng.pdf?ua=1

World Health Organization. Regional Office for Europe (2018c). Health of refugee and migrant children: policy brief. www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2018/health-of-refugee-and-migrant-children-2018

World Health Organization. Regional Office for Europe (2018d). Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. www.euro.who.int/en/publications/abstracts/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018

Zenker, H.-J. & Kirchner, S. (2020). Ankerzentren machen krank. In: Deutsches Ärzteblatt 3/2020. www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=211911

Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg. (o.D.). Lebenssituation von erwachsenen Geflüchteten in Deutschland. Repräsentative Erhebung zur Verbreitung des Substanzkonsums in Einrichtungen der Flüchtlingshilfe. www.zis-hamburg.de/projekte/projektetails/LOGIN/?L=766&cHash=e0ee0ec4c9d787b7fec024021d19b11b

Alle Internetverweise wurden zuletzt im Februar 2021 geprüft.



ANHANG

1. Rechtliche Grundlagen der Gesundheitsversorgung von Geflüchteten in Deutschland

Übersicht:

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung	SGB V	Allgemeine Regelung der Gesundheitsversorgung in Deutschland
Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)	§§ 1,4, 6 AsylbLG	Medizinische Grundversorgung für Asylbewerberinnen und -bewerber (u.w.)
Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen	Richtlinie 2013/33/EU, § 17 Abs. 2	Mindestnormen für die gesundheitliche Versorgung auf EU-Ebene
SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung	§ 264 Abs. 1 S. 5,6, SGB V	Bundesrahmenempfehlung als Grundlage für Landesrahmenvereinbarungen (spezifische Leistungsvereinbarungen) zur Betreuung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) (vor Ablauf von 18 Monaten Wartezeit)
SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung	§ 264 Abs. 2 SGB V	Gesundheitsversorgung für Asylbewerberinnen und -bewerber durch GKV-Betreuung (ab 18 Monaten Aufenthalt)
Asylgesetz (AsylG)	§ 62 AsylG	Untersuchung auf übertragbare Erkrankungen für Ausländerinnen und Ausländer in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft
Gesetz zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlicher	§ 42a SGB VIII	Inobhutnahme von unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten entsprechend dem Gesundheitszustand
Aufenthaltsgesetz (AufenthaltsG)	§§ 60 Abs. 7, 60a	Verbot bzw. vorübergehende Aussetzung von Abschiebungen
Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG)	§ 20 Abs. 1 SGB V	Krankenkassenleistungen zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen
UN-Kinderrechtskonvention	Art. 24 Abs. 1 UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK)	Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit. (Die UN-KRK steht über ihr deutsches Zustimmungsgesetz im Rang eines Bundesgesetzes.)

Ausführungen:

Grundsätzlich ist die Gesundheitsversorgung durch eine Krankenversicherung organisiert. Die rechtliche Grundlage für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bildet das fünfte Sozialgesetzbuch: SGB V Gesetzliche Krankenversicherung.¹

Für Asylbewerberinnen und -bewerber besteht in den ersten 18 Monaten Aufenthalt in Deutschland ein Sondersozialrecht, welches in Form des Asylbewerberleistungsgesetzes, §§ 4, 6 AsylbLG, auch die medizinische (Grund-)Versorgung regelt². Übergeordnet sind Mindestnormen für die gesundheitliche Versorgung auf EU-Ebene definiert mittels einer Richtlinie für Personen, die internationalen Schutz beantragen.³

Gemäß § 1 Abs. 1 AsylbLG sind leistungsberechtigt Ausländerinnen und Ausländer (inkl. Eheleute, Personen in Lebenspartnerschaft oder minderjährige Kinder) mit Aufenthalt im Bundesgebiet, die:

- eine Aufenthaltsgestattung nach dem Asylgesetz besitzen,
- ein Asylgesuch geäußert haben oder einen Asyl-Folge- oder Zweitantrag stellen,
- über einen Flughafen einreisen wollen und denen die Einreise nicht oder noch nicht gestattet ist,
- eine Aufenthaltserlaubnis besitzen wegen des Krieges in ihrem Heimatland, vorübergehend aus humanitären oder persönlichen Gründen oder weil er/sie Opfer einer Straftat geworden sind für die Dauer des Strafverfahrens und unter bestimmten Umständen darüber hinaus
- eine Duldung besitzen,
- vollziehbar ausreisepflichtig sind.

Die zuständige Sozialbehörde regelt die ärztliche und zahnärztliche Leistungsversorgung (inkl. Arznei- und Verbandmittel) gemäß § 4 AsylbLG bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt in Fällen von:

- akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen
- Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten (Zahnersatz nur im Einzelfall)
- Schwangerschaft und Geburt für werdende Mütter und Wöchnerinnen mittels ärztlicher und pflegerischer Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmitteln.

Nach einer Einzelfallprüfung können „Sonstige Leistungen“ durch die in § 6 AsylbLG verfasste Öffnungsklausel erbracht werden, die über die Leistungsbeschreibung in § 4 hinausgehen.

Die Landesregierungen bestimmen, welche vor Ort zuständigen Behörden und Kostenträger für die Umsetzung dieses Leistungsanspruchs zuständig sind (AsylbLG, 2019). Innerhalb der ersten 18 Monate des Aufenthalts in Deutschland müssen Asylsuchende in der Regel für jede Behandlung spezielle Behandlungsscheine bei ihrem zuständigen Sozialamt beantragen.

In einigen Bundesländern erhalten sie eine elektronische Gesundheitskarte (eGK), mit der sie ohne vorherige Genehmigung des Sozialamtes eine medizinische Grundversorgung nach AsylbLG in Anspruch nehmen können. Das wird geregelt auf der Grundlage der Bundesrahmenempfehlung gem. § 264 Abs. 1 S. 5, 6 SGB V, die in den Bundesländern in einer Landesrahmenvereinbarung umgesetzt wird, woraus sich jedoch im Ländervergleich spezifische Leistungsvereinbarungen ergeben. „Aktuell gibt es solche Vereinbarungen in Berlin, Bremen/ Bremerhaven, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und in Thüringen.

Die bestehenden Vereinbarungen folgen einem einheitlichen Grundmuster, in Details weichen sie jedoch – auch hinsichtlich konkreter Leistungsansprüche, insbesondere bei genehmigungspflichtigen Antragsleistungen - voneinander ab. Die Landesrahmenvereinbarungen führen nur zum Teil dazu, dass in diesen Ländern auch eine flächendeckende Betreuung [nach AsylbLG] durch die Krankenkassen und damit die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) an alle Leistungsberechtigten erfolgen kann (www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/fluechtlinge_asylbe



werber/fluechtlinge.jsp)". In Brandenburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Thüringen entscheiden die Kommunen/Landkreise selbst, ob sie einen Vertrag mit einer Krankenkasse zur Einführung der Gesundheitskarte für geflüchtete Menschen eingehen wollen. Deswegen ist hier die eGK noch nicht flächendeckend in allen Landkreisen eingeführt (<http://gesundheit-gefluechtete.info/gesundheitskarte>).

Erst nach einer 18-monatigen Wartezeit erhalten Asylbewerberinnen und -bewerber eine Versorgung im vollen Leistungsumfang der GKV (§ 264 Abs. 2 SGB V). Sie erhalten dann eine (neue) elektronische Gesundheitskarte.

Die standardisierte Erstaufnahmeuntersuchung gemäß § 62 Asylgesetz⁴, die Asylbewerberinnen und -bewerber dulden müssen, zielt vornehmlich nicht auf die Gesundheitsversorgung der Asylbewerberinnen und -bewerber ab, sondern hat primär den Zweck des Schutzes vor Infektionskrankheiten der Bevölkerung im Allgemeinen und der Bewohnerinnen und Bewohner in Aufnahmeunterkünften im Besonderen.

Die Gesundheitssituation ist bei der Umsetzung anderer Gesetze relevant. So regelt beispielsweise § 42 a im Gesetz zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlicher⁵, dass Maßnahmen der Inobhutnahme von unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten nur umgesetzt werden dürfen, wenn es der Gesundheitszustand der Person erlaubt. Laut Aufenthaltsgesetz⁶ sind Abschiebungen auszusetzen, wenn die gesundheitlichen Voraussetzungen der Reisetauglichkeit ärztlich attestiert nicht gegeben sind (§ 60 a Abs. 2c AufenthG) oder im Zielland eine Gefährdungslage oder durch die dortige medizinischen Versorgungslage eine Gesundheitsgefährdung (§ 60 Abs. 7) zu erwarten ist.

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG)⁷ ermöglicht unter Hinzuziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse die Identifikation von Handlungsfeldern und Kriterien für gesundheitsförderliche Maßnahmen zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten. Zielgruppen- und Setting-Ansatz ermöglichen dabei Maßnahmen für vulnerable Gruppen, so auch innerhalb der Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund einschließlich Geflüchteter.

Literatur zu Anhang 1

- 1 Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) geändert worden ist.
- 2 Asylbewerberleistungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1294) geändert worden ist.
- 3 Richtlinie 2013/33/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung). Amtsblatt Nr. L 180 vom 29/06/2013 S. 0096 - 0116.
- 4 Asylgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. September 2008 (BGBl. I S. 1798), das zuletzt durch Artikel 45 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist.
- 5 Gesetz zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlicher vom 28. Oktober 2015, BGBl. Nr. 42, 30.10.2015, S. 1802)
- 6 Aufenthaltsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. Februar 2008 (BGBl. I S. 162), das zuletzt durch Artikel 54 Absatz 2 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist.
- 7 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17. Juli 2015 (BGBl. I Nr. 31, 24.07.2015, S. 1368).



ANHANG



2. Glossar zur Gesundheitsförderung mit Geflüchteten

Abgrenzung und Empfehlungen
zur Verwendung von Begriffen und Konzepten

Stand: Juli 2019

Inhaltsverzeichnis

1. Migrantinnen und Migranten	A6
2. Flüchtlinge oder Geflüchtete	A6
2.2. Geflüchtete	A7
2.3. Asylbewerberinnen und Asylbewerber, Asylsuchende	A7
2.4. Asylberechtigung	A7
2.5. Subsidiärer Schutz	A8
2.6. Menschen ohne Papiere, Menschen ohne Aufenthaltsstatus, irreguläre oder illegalisierte Migrantinnen und Migranten	A8
2.7. Besonders schutzbedürftige Gruppen	A9
3. Kultursensibilität, Interkulturalität und Transkulturalität	A9
3.1. Kultur und Kultursensibilität	A9
3.2. Soziokulturelle Sensibilität	A10
3.3. Interkulturalität und Transkulturalität	A10
3.4. Interkulturelle und transkulturelle Kompetenz	A11

1. Migrantinnen und Migranten

Migration gewinnt im Zuge der globalen Veränderungen im Bereich Global Health zunehmend an Bedeutung [1] und geht insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung mit besonderen Anforderungen einher [2]. In der Umgangssprache finden sich häufig die Begriffe Ausländerinnen und Ausländer, Migrantinnen und Migranten oder Menschen mit Migrationshintergrund bzw. Migrations-/Zuwanderungsgeschichte. Obwohl oft synonym verwendet, ist damit nicht immer das Gleiche gemeint. Das Statistische Bundesamt hält fest, dass eine Person mit Migrationshintergrund als solche definiert wird, „[...] wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist.“ [3] Dazu zählen laut dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) folgende Personengruppen:

1. Zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländer;
2. Zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte;
3. (Spät-)Aussiedler;
4. mit deutscher Staatsangehörigkeit geborene Nachkommen der drei zuvor genannten Gruppen [3].

Da geflüchtete Personen häufig im Fokus stehen, gilt es zu beachten, dass diese lediglich eine Teilgruppe der Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund bilden.

2. Flüchtlinge oder Geflüchtete

Rund um das Themengebiet Flucht sind verschiedene Begrifflichkeiten verbreitet. Einige Begriffe, wie beispielsweise Geflüchtete, Flüchtling oder Asylbewerberin und Asylbewerber, werden synonym verwendet, umschreiben jedoch unterschiedliche rechtliche Status.

2.1. Flüchtling

„Auf Basis der Genfer Flüchtlingskonvention gelten Menschen als Flüchtlinge, die sich aus begründeter Furcht vor Verfolgung von staatlichen oder nichtstaatlichen Akteuren aufgrund ihrer

- Rasse (der Begriff „Rasse“ wird in Anlehnung an den Vertragstext der Genfer Flüchtlingskonvention verwendet),
- Nationalität,
- politischen Überzeugung,
- religiösen Grundentscheidung oder
- Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe (als bestimmte soziale Gruppe kann auch eine Gruppe gelten, die sich auf das gemeinsame Merkmal der sexuellen Orientierung gründet)

außerhalb ihres Herkunftslands befinden und die den Schutz ihres Herkunftslands nicht in Anspruch nehmen können oder aufgrund der begründeten Furcht nicht in Anspruch nehmen wollen.

Beispiele für Handlungen, die als Verfolgung gelten können, sind:

- Anwendung physischer oder psychischer Gewalt, einschließlich sexueller Gewalt,
- gesetzliche, administrative, polizeiliche und/oder justizielle Maßnahmen, die als solche diskriminierend sind oder in diskriminierender Weise angewandt werden,
- unverhältnismäßige oder diskriminierende Strafverfolgung oder Bestrafung,
- Verweigerung gerichtlichen Rechtsschutzes mit dem Ergebnis einer unverhältnismäßigen oder diskriminierenden Bestrafung,
- Handlungen, die an die Geschlechtszugehörigkeit anknüpfen oder gegen Kinder gerichtet sind.“ [4]

Das Suffix „-ling“ wird teils als kleinmachend oder abwertend empfunden. Dies beruht auch auf seiner häufigen Funktion der Verkleinerung (Diminutiv). Die Wertung des Suffixes ist jedoch eher abhängig von der Sprachsensibilität des Einzelnen [5]. So gibt es sowohl negativ konnotierte Wörter mit der Endung „-ling“ (z.B. „Schreiberling“, „Wüstling“ etc.) als auch neutrale bis positiv besetzte Wörter („Liebling“).

Ein weiterer Kritikpunkt an der Bezeichnung „Flüchtling“ ist, dass diese sich nicht gendern lässt. Bei der Verwendung von „Geflüchtete“ wird außerdem durch die Ableitung vom Partizip „geflüchtet“ ein potenzielles Ende der Flucht angedeutet. Der Status „Flüchtling“ hingegen scheint aus sprachlicher Sicht auf unbegrenzte Zeit angelegt bzw. nicht endlich [6].

Darüber hinaus gibt es weitere sprachliche Alternativen wie „Menschen mit Fluchthintergrund“, „Menschen mit Fluchtgeschichte oder Fluchterfahrung“. Vorteil an dieser Wortwahl ist, dass die Menschen an sich im Vordergrund stehen und nicht die oft stigmatisierende Eigenschaft des Geflüchteteins.

Ähnliche Diskussionen gab es beispielsweise rund um die Themenfelder Behinderung oder Migration. Hier wurden Alternativen wie „Menschen mit Behinderung“/„Menschen mit Beeinträchtigungen“ (alternativ zu „behinderte Menschen“) und „Menschen mit Migrationsgeschichte“ (alternativ zu „Migrantinnen und Migranten“) gewählt, welche sich größtenteils etabliert haben.

Ein Nachteil bei der Wahl solcher sprachlichen Alternativen bildet bei der Anwendung die Länge der Konstruktion. Auch besteht nicht immer Konsens darüber, welche Formulierung (Adjektiv oder Nominalisierung) am wenigsten stigmatisierend wirkt.

2.2. Geflüchtete

Der Begriff „Geflüchtete“ wird als Alternativbegriff für „Flüchtlinge“ verwendet. Da es kein juristischer Begriff ist, fallen unter „Geflüchtete“ auch Menschen, die keinen offiziellen Flüchtlingsstatus haben. Häufig wird der Begriff „Geflüchtete“ als Alternative für sprachliche Problematiken des Worts „Flüchtling“ verwendet (s.o.).



Grundsätzlich kann das Wort „Geflüchtete“ im alltäglichen Gebrauch verwendet werden. Um jedoch bestimmte rechtliche Status zu betonen, können die spezifischeren Begriffe wie zum Beispiel „Asylbewerberinnen und Asylbewerber“ oder „Menschen mit einer Duldung“ eingesetzt werden.

2.3. Asylbewerberinnen und Asylbewerber, Asylsuchende

Begrifflichkeiten wie „Asylbewerberinnen und Asylbewerber“ oder „Asylsuchende“ werden häufig synonym zum Wort „Flüchtling“ verwendet. Hier handelt es sich jedoch um rechtliche Begriffe, die ausdrücken, dass Geflüchtete sich im Asylverfahren befinden, also einen Antrag auf Anerkennung als politisch Verfolgte gestellt haben. Dementsprechend sagen die Begriffe etwas über den rechtlichen Status der Person und ihre damit einhergehenden möglichen Ansprüche z.B. hinsichtlich gesundheitlicher Leistungen aus [7].

2.4. Asylberechtigung

„Asylberechtigt und demnach politisch verfolgt sind Menschen, die im Falle der Rückkehr in ihr Herkunftsland einer schwerwiegenden Menschenrechtsverletzung ausgesetzt sein werden, aufgrund ihrer

- Rasse (der Begriff „Rasse“ wird in Anlehnung an den Vertragstext der Genfer Flüchtlingskonvention verwendet),
- Nationalität,
- politischen Überzeugung,
- religiösen Grundentscheidung oder
- Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe (als bestimmte soziale Gruppe kann auch eine Gruppe gelten, die sich auf das gemeinsame Merkmal der sexuellen Orientierung gründet),

ohne eine Fluchtalternative innerhalb des Herkunftslandes oder anderweitigen Schutz vor Verfolgung zu haben.

Nicht jede negative staatliche Maßnahme – selbst, wenn sie an eines der genannten persönlichen Merkmale anknüpft – stellt eine asylrelevante Verfolgung dar. Es muss sich vielmehr einerseits um eine gezielte Rechtsgutverletzung handeln, andererseits muss sie in ihrer Intensität darauf gerichtet sein, die Betroffenen aus der Gemeinschaft auszugrenzen. Schließlich muss es sich um eine Maßnahme handeln, die so schwerwiegend ist, dass sie die Menschenwürde verletzt und über das hinausgeht, was die Bewohnerinnen und Bewohner des jeweiligen Staates ansonsten allgemein hinzunehmen haben.

Berücksichtigt wird grundsätzlich nur staatliche Verfolgung, also Verfolgung, die vom Staat ausgeht. Ausnahmen gelten, wenn die nichtstaatliche Verfolgung dem Staat zuzurechnen ist oder die nichtstaatliche Verfolgung selbst an die Stelle des Staates getreten ist (quasistaatliche Verfolgung).

Notsituationen wie Armut, Bürgerkriege, Naturkatastrophen oder Perspektivlosigkeit sind damit als Gründe für eine Asylgewährung gemäß Artikel 16a GG grundsätzlich ausgeschlossen.“ [8]

2.5. Subsidiärer Schutz

„Der subsidiäre Schutz greift ein, wenn weder der Flüchtlingsschutz noch die Asylberechtigung gewährt werden können und im Herkunftsland ernsthafter Schaden droht.

Subsidiär schutzberechtigt sind Menschen, die stichhaltige Gründe dafür vorbringen, dass ihnen in ihrem Herkunftsland ein ernsthafter Schaden droht und sie den Schutz ihres Herkunftslands nicht in Anspruch nehmen können oder wegen der Bedrohung nicht in Anspruch nehmen wollen. Ein ernsthafter Schaden kann sowohl von staatlichen als auch von nichtstaatlichen Akteuren ausgehen.

Als ernsthafter Schaden gilt:

- die Verhängung oder Vollstreckung der Todesstrafe,
- Folter oder unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Bestrafung oder
- eine ernsthafte individuelle Bedrohung des Lebens oder der Unversehrtheit einer Zivilperson infolge willkürlicher Gewalt im Rahmen eines internationalen oder innerstaatlichen bewaffneten Konflikts.“ [9]

2.6. Menschen ohne Papiere, Menschen ohne Aufenthaltsstatus, irreguläre oder illegalisierte Migrantinnen und Migranten

Diese Wortgruppe beschreibt Menschen, die sich aus aufenthaltsrechtlicher Sicht illegal in einem Land aufhalten. Irreguläre Migrantinnen und Migranten sind Personen, die ohne eine Erlaubnis, z.B. Visum, in ein Land eingereist sind oder länger in einem Land bleiben, als ihre ursprüngliche Erlaubnis es vorsieht. Dies betrifft im Rahmen der Europäischen Union sogenannte Drittstaaten. „In Deutschland und in der Begriffswahl der Europäischen Union bezeichnet man sie auch oftmals als ‚illegale Einwanderer‘, im Französischen spricht man von den ‚Sans Papiers‘ (‚ohne Papiere‘).“ [10] Die Zuschreibung „illegal“ wird häufig problematisiert, da sie Assoziationen zu „kriminell“ weckt [11].

Der Status „irregulär“ enthält hingegen einen zeitlichen Faktor. So können sich z.B. durch die Änderungen von Gesetzen oder durch Erlässe Änderungen ergeben, die dazu führen, dass eine Person einen regulären Aufenthaltsstatus erhält oder ihn verliert.

Hiervon sind auch abgelehnte Asylbewerberinnen und -bewerber betroffen. Aufgrund ihres rechtlichen Status haben sie eingeschränkte Ansprüche auf die Gewährung sozialer Leistungen und gesundheitlicher Versorgung [11, 12, 13].

2.7. Besonders schutzbedürftige Gruppen

Im Diskurs zum Thema Geflüchtete wird häufig von sogenannten „besonders schutzbedürftigen Gruppen“ gesprochen. Laut der EU-Aufnahmerichtlinie von 2013 besteht insbesondere für diese Personengruppen ein erhöhter Schutzbedarf:

- (unbegleitete) minderjährige Flüchtlinge
- Menschen mit Behinderungen
- Menschen mit schweren körperlichen oder psychischen Erkrankungen
- Schwangere und Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern
- Überlebende von Menschenhandel, Folter, Vergewaltigung und allen anderen Formen physischer, psychischer und sexualisierter Gewalt

Die EU-Mitgliedstaaten sind durch die o.g. Richtlinie verpflichtet, die speziellen Bedürfnisse dieser vulnerablen Gruppen im Asylverfahren, in der Unterbringung etc. zu berücksichtigen. Dazu gehört zunächst auch die Feststellung, ob besondere Bedürfnisse vorliegen [14]. Die EU-Aufnahmerichtlinie trat im Juli 2013 in Kraft, den Mitgliedsstaaten wurde eine Umsetzungsfrist von zwei Jahren gewährt. Diese ist im Juli 2015 abgelaufen und aus Sicht der Europäischen Kommission in Deutschland jedoch nicht angemessen erfüllt worden. Die Kommission leitete ein Vertragsverletzungsverfahren ein. Die EU-Richtlinie ist weiterhin nicht explizit ins Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) aufgenommen worden.

Allerdings werden laut AsylbLG § 6, Abs. 2: „Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, (...) die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt.“

Eine systematische bundesweite Erfassung von besonders Schutzbedürftigen findet in Deutschland derzeit nicht statt und wird durch die Bundesregierung nicht als notwendig betrachtet. Sie verweist hier auf die Zuständigkeit der Bundesländer. Bezogen auf die gestellten Asylanträge lag bspw. der Anteil von minderjährigen Flüchtlingen 2016 bei 36,2 Prozent [15, 16].



Die Bedürfnisse von besonders schutzbedürftigen Geflüchteten sollten gerade in Bezug auf Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention verstärkt berücksichtigt werden.

3. Kultursensibilität, Interkulturalität und Transkulturalität

3.1. Kultur und Kultursensibilität

„Kultursensibel“ ist eine Begrifflichkeit, die bisher besonders in Arbeitsfeldern wie der Patientenversorgung (vor allem der Pflege und Altenhilfe), der Psychologie oder der sozialen Arbeit verwendet wird.

Genauere, auch wissenschaftliche Begriffsdefinitionen sind dabei schwer zu finden. So müsste zunächst definiert werden, was genau unter dem Begriff „Kultur“ verstanden wird, auf die bezogen man sich sensibel verhalten sollte. Grundsätzlich gibt es eine Vielzahl an unterschiedlichen Definitionen und Verständnissen von Kultur.

Diese reichen von normativen bis zu bedeutungs- und wissensorientierten Ansätzen. Häufig wird „Kultur“ als Oberbegriff genutzt, der Aspekte wie Herkunft, Muttersprache und Religion umfasst [17]. Beiträge zur Kultursensibilität in Prävention und Gesundheitsförderung finden sich bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) [18], eine ausführlichere Herleitung in Betsch et al. [19].

Im Zusammenhang einer im Jahr 2017 durchgeführten Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Menschen mit Migrationshintergrund und Auswertung der vorliegenden Evidenz fand auch eine Befragung von neun Expertinnen und Experten mit und ohne Migrationshintergrund aus Wissenschaft und Praxis statt [20]. Dabei wurden u.a. die Begriffe „Kultursensibilität“, „Migrationssensibilität“ und „soziokulturelle Sensibilität“ exploriert. „Kultursensibilität“ wurde kritisch betrachtet, weil dieser Begriff ein starres und vereinheitlichendes Verständnis der Kultur einer Bevölkerungsgruppe nahelege. Die Begriffe migrations- und soziokulturell sensibel werden hier bevorzugt. „Migrationssensibilität“ berücksichtigt Migrationsfaktoren wie Sprachkompetenzen, Herkunftsregion, Migrationsmotive und -umstände oder Aufenthaltsdauer und -status.

3.2. Soziokulturelle Sensibilität

„Soziokulturelle Sensibilität“ wird als noch weiter gehend verstanden. Dieser Begriff umfasst auch die Unterschiede zwischen sozialen Schichten, das Geschlechterverhältnis und die sozialen Netzwerke [20]. Hierbei kann es bedeutsam sein, neben der aktuellen Situation auch die Ausgangslage im Herkunftsland in den Blick zu nehmen.

„Die Berücksichtigung der Heterogenität innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist eines der zentralen Themen in den Interviews. Den Expertinnen und Experten war es wichtig, darauf hinzuweisen, dass eine genaue Definition und Differenzierung der Zielgruppe sowohl nach Migrationsaspekten als auch sozialen Aspekten für die Planung notwendig sei. Je nach genauer Zielgruppendefinition kann ein gezieltes Angebot, beispielsweise für kürzlich angekommene Flüchtlinge, sinnvoll sein. In anderen Fällen ist eine interkulturelle Öffnung von etablierten Angeboten zu bevorzugen. Soziale Aspekte wie die Einbindung in soziale Netzwerke sind ebenfalls zu berücksichtigen. Während der Zugang zu sozial eingebundenen Personen zu Gruppenveranstaltungen, wie beispielsweise Kochkurse, gelingen kann, so ist der Zugang zu weitgehend isolierten Personen eher indirekt über Vertrauenspersonen zu erreichen.

In praktischer Hinsicht wird die soziokulturelle Sensibilität häufig durch mehrsprachige Informationsmaterialien, den Einsatz von Dolmetschern, den Einsatz von Gesundheitsmediatoren, den Einbezug von Übungsleiterinnen und Übungsleitern mit ähnlichem Migrationshintergrund und der Partizipation der Zielgruppe in der Entwicklung der Maßnahmen erreicht.“ [20]

Eine reine Fokussierung auf ethnische und kulturelle Zuschreibungen ist zu vermeiden. Sie würde eine unzulässige Reduktion komplexer sozialer Situationen und Probleme darstellen („Ethnisierung“, „Kulturalisierung“). Vielmehr sollten stets auch die sozialen Determinanten der Gesundheit wie z.B. die Armutsquoten und ungleichen Bildungschancen [21, 22] und die sozialen Rahmenbedingungen der Zielgruppe in der Konzeption, Projektplanung und täglichen Arbeit berücksichtigt werden.



In Anlehnung an die oben aufgeführten Definitionen kann „kultursensibel“ verstanden werden als Haltung, die auf Verständnis von Kulturen und Religionen beruht. Die Sensibilität liegt in der Aufmerksamkeit für die kulturellen und migrationspezifischen Prägungen und Erfahrungen. Die soziokulturelle Sensibilität liegt in der Aufmerksamkeit für die kulturellen und migrationspezifischen Prägungen und Erfahrungen sowie für die soziale Lage und mögliche geschlechtsspezifische Bedürfnisse.

3.3. Interkulturalität und Transkulturalität

„Interkulturell“ bezieht sich im allgemeinen Sprachgebrauch auf die Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen. Eine kurze Definition von „Interkultureller Öffnung“ besagt: „Interkulturelle Öffnung ist ein Steuerungsinstrument der Organisationsentwicklung mit dem Ziel, der kulturellen Vielfalt der Gesellschaft gerecht zu werden.“ [23]



Der Prozess der interkulturellen Öffnung schließt auch eine bewusste Auseinandersetzung mit der eigenen Kultur ein. Dabei geht es darum, die „Orientierung an der Mehrheitskultur als alleiniger Maßstab für das eigene Wahrnehmen und Handeln in Frage zu stellen und sich zu öffnen für die Begegnung mit Menschen unterschiedlicher kultureller Prägung. Öffnung beschreibt dabei einen dauerhaften Prozess, der auch offen ist für eine Veränderung und Weiterentwicklung der eigenen Kultur.“ [24]

Das Konzept der Transkulturalität ist als ein Gegenentwurf zu Interkulturalität zu betrachten, da ihm ein weiteres, zeitgemäßes Kulturverständnis zugrunde liegt. Kulturen werden hier verstanden als heterogen, wandelbar und nicht klar voneinander zu trennen.

Dem Philosophen Wolfgang Welsch zufolge „[...] sind heutige Kulturen vor dem Hintergrund der Globalisierungsprozesse durch interne Differenziertheit und durch externe Austauschprozesse sowie Überlagerungen geformt. Die Vorsilbe „trans“ schließt dabei zwei Bedeutungen ein: „[einerseits], dass die heutige Verfassung der Kulturen jenseits der alten (der vermeintlich kugelhaften) Verfassung liegt und [andererseits] dass dies eben insofern der Fall ist, als die kulturellen Determinanten heute quer durch die Kulturen hindurchgehen, so dass diese nicht mehr durch klare Abgrenzung, sondern durch Verflechtungen und Gemeinsamkeiten gekennzeichnet sind.“ Dieser Ansatz basiert auf einem offenen, dynamischen und deterritorialisierten Kulturbegriff, wie er auch in den Kulturwissenschaften verstanden wird. Das Konzept der Transkulturalität trägt in der theoretischen Perspektive zu einer Auflösung bzw. „Entschärfung“ von kulturellen Differenzen bei, indem diese als temporäre, durchlässige und heterogene Phänomene betrachtet werden [25].

„Der transkulturelle Ansatz geht davon aus, dass sich kulturelle Systeme ständig wandeln und keine in sich geschlossenen Kulturkreise existieren. Stattdessen wird der kulturelle Referenzrahmen einer Gesellschaft von allen ihren Mitgliedern gestaltet.

Transkulturalität fokussiert nicht auf die Unterschiede, sondern auf die Gemeinsamkeiten von Personen aus verschiedenen Hintergründen. [...] Die transkulturelle Gesundheitsförderung und Prävention [...] will nicht ein spezifisches Modell der Prävention und Gesundheitsförderung für Personen mit Migrationshintergrund konstruieren. Vielmehr soll die professionelle Arbeit auf diesem Gebiet so weiterentwickelt werden, dass sie jederzeit auch auf die Bedürfnisse von Personen mit Migrationshintergrund angepasst und situationsgerecht ist.“ [26]

3.4. Interkulturelle und transkulturelle Kompetenz

„Transkulturelle Kompetenz ist dementsprechend die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten.“ [26] Die aus den Begriffen Inter- und Transkulturalität „abgeleiteten Ziele und Hauptaspekte der inter- und transkulturellen Kompetenz widersprechen sich allerdings nicht, sondern haben große Schnittmengen und können sich gegenseitig ergänzen“ [27]. Daher wurde die Verwendung des Begriffs „Kulturelle Kompetenz“ empfohlen.

In den USA wird in den „Standards“ der Begriff „Culturally and Linguistically Appropriate Services“ [28] geprägt und die WHO verwendet den Begriff der „cultural competency of services and policies“ [29]. Im Rahmen der Entwicklung der Health Promoting Hospitals wurde der Begriff „Task Force on Migrant Friendly & Culturally Competent Health Care“ (das Nachfolgeprojekt zu den vielzitierten „Migrant friendly Hospitals“) zu „Task Force Migration, Equity & Diversity (TF MED)“ weiterentwickelt [30]. Diese Weiterentwicklung zu „Migration, Chancengleichheit und Diversität“ verknüpft vertikale und horizontale Aspekte der sozialen Ungleichheit mit Diversität und verdeutlicht die Notwendigkeit der Kombination der Ziele Chancengleichheit und Diversitätssensibilität im Bereich der Migration.



Interkulturalität kann als eine bewusste Auseinandersetzung mit der eigenen und eine Offenheit und Akzeptanz gegenüber anderen Kulturen verstanden werden.

Transkulturalität hingegen wird als übergreifend, offen und dynamisch verstanden und beschreibt eine Verflochtenheit der Kulturen, die auch durch Gemeinsamkeiten geprägt und nicht mehr klar voneinander abzugrenzen sind.

Die Herausforderung der kulturellen Kompetenz liegt darin, die besonderen Lebenswelten, Situationen und Kontexte zu erfassen und in den eigenen Handlungen zu berücksichtigen.

Bitte zitieren Sie dieses Glossar als:

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2019): Glossar zur Gesundheitsförderung mit Geflüchteten. Abgrenzung und Empfehlungen zur Verwendung von Begriffen und Konzepten. Köln und Berlin.

Online verfügbar unter: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gefluechtete/glossar



Literatur zu diesem Glossar finden Sie unter:

<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gefluechtete/glossar>.



Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021). Gesundheitsförderung mit Geflüchteten. Lücken schließen – Angebote ergänzen.

Diese Handreichung wurde durch die Arbeitsgruppe „Gesundheitsförderung mit Geflüchteten“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit erstellt:

Prof. Lotte Kaba-Schönstein, Hochschule Esslingen

Dorothee Michalscheck, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e. V.

Martina Osterndorff-Windvogel, Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

PD Dr. Erika Sievers, MPH, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.

Dr. Gabriele Trost-Brinkhues, Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Marcus Wächter-Raquet, Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Stephan Blümel, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Julian Bollmann, Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

Stefan Bräunling, Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

Die Arbeitsgruppe dankt den Kolleginnen und Kollegen im Deutschen Kinderhilfswerk für sehr wertvolle Hinweise zum Thema Kinderrechte.

Für Verbesserungsvorschläge sind wir jederzeit dankbar.

Sie reiht sich ein in die Veröffentlichungen des Kooperationsverbundes, die auf dem Portal www.gesundheitliche-chancengleichheit.de unter „Gesundheitsförderung bei Geflüchteten“ abrufbar sind.

Nutzen Sie gerne auch die Möglichkeit zum fachlichen Austausch auf www.inforo.online, in der Gruppe „Gesundheit und Migration“.

Impressum:

Herausgeber:

Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit

bei Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

Stefan Pospiech (V.i.S.d.P.)

Friedrichstr. 231, 10969 Berlin

E-Mail: info@gesundheitliche-chancengleichheit.de

Gestaltung: Connye Wolff, Berlin

Stand: Februar 2021

Die Inhalte sind urheberrechtlich geschützt. Unerlaubte Vervielfältigung ist nicht gestattet.

Die Broschüre ist erhältlich unter der Bestelladresse BZgA, 50819 Köln, und über das Portal www.bzga.de. Diese Publikation wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt. Bestellnummer 615 00003



Gesundheitsförderung mit Geflüchteten

Lücken schließen – Angebote ergänzen

Die Handreichung gibt einen grundlegenden Überblick über die besonders bedeutsamen Themen und ermöglicht eine Vertiefung durch Literaturangaben. Der Überblick wird ergänzt durch eine Zusammenstellung der rechtlichen Grundlagen sowie ein Glossar wichtiger Begriffe und Konzepte.

Für einen umfassenden Überblick empfiehlt sich die Lektüre der gesamten Handreichung. Die Kapitel sind in sich soweit abgeschlossen, dass es auch möglich ist, sich auf die Kapitel zu konzentrieren, für die ein besonderes Interesse besteht.

1. Kapitel: Fluchtmigration und Gesundheit/Lebenslagen und gesundheitliche Situation

Das einführende Kapitel stellt Informationen zu Fluchtmigration und Gesundheit, den Lebenslagen und der gesundheitlichen Situation von Geflüchteten zur Verfügung. Sie sind notwendig, um soziallagenorientierte Gesundheitsförderung zu konzipieren. Dabei wird darauf Wert gelegt, dass auch die Ressourcen von geflüchteten Menschen beachtet werden, die durch Gesundheitsförderung mit ihnen zusammen gestärkt werden können.

2. Kapitel: Grundlagen, Begriffsklärungen und Konzepte der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung wird definiert und erläutert als ein Prozess, der Menschen befähigt, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit und ihre Determinanten zu erreichen. Grundlegende Prinzipien wie Empowerment und Partizipation werden erklärt und verdeutlicht, was das speziell für die Gesundheitsförderung mit Geflüchteten bedeutet. Gesundheitsförderung und Prävention werden als sich ergänzende Strategien in einer umfassenden „gesundheitlichen Gesamtversorgung“ erläutert, die auch die medizinische Versorgung umfasst, aber über diese hinausgeht.

3. Kapitel: Qualitätsentwicklung und Kriterien guter Praxis

Das Kapitel gibt Entscheidungspersonen und Fachkräften die Kriterien guter Praxis der gesundheitlichen Chancengleichheit des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit an die Hand: Zielgruppenbezug, Konzeption, Setting-Ansatz, Empowerment, Partizipation, Niedrigschwelligkeit etc. Besondere Herausforderungen und Gefahren werden erläutert: versehentliche Vergrößerung von Ungleichheit durch gutgemeinte, aber „soziallagenblinde“ Maßnahmen. Dies wird ergänzt um Hinweise auf typische „Stolperfallen“ der Gesundheitsförderung mit Geflüchteten, die es zu vermeiden gilt: Stereotypisierung, Ethnisierung und Kulturalisierung.

4. Kapitel: Leitprinzipien und Strategien für Maßnahmen der soziokulturell sensiblen Prävention und Gesundheitsförderung

Eine Integration der Gesundheitsförderung mit Geflüchteten in Regelstrukturen erfordert, dass diese noch stärker für geflüchtete Menschen und ihre Bedarfe geöffnet werden. Die fünf prioritären Bereiche, in denen eine Anpassung von Strategien und Maßnahmen an die Bedarfe von migrierten und damit auch fluchtmigrierten Menschen notwendig ist, werden detailliert und umsetzungsorientiert beschrieben:

- Äußerliche Anpassung (Erscheinungsbild von Interventionsmaterialien etc.)
- Evidenzbezogene Anpassung (zielgruppenspezifische Risikokommunikation, Bedarfsanalyse)
- Sprachliche Anpassung (Übersetzungen, Anpassung des Sprachniveaus, leichte Sprache etc.)
- Einbeziehende Anpassung (Einbezug von Zielgruppen, lokalen Akteuren, Gesundheitsmediator/innen)
- Soziokulturelle Anpassung (vertraute Orte, handlungsfeldübergreifende Maßnahmen, offene Angebote, Berücksichtigung sozioökonomischer Verhältnisse etc.)

5. Kapitel: Praxisbeispiele

Im Schlusskapitel wird dem Wunsch von Fachkräften und Freiwilligen nach anregenden Praxisbeispielen der Gesundheitsförderung mit Geflüchteten entsprochen.