

Fluchtpunkt Kommune – Perspektiven auf Gesundheitsförderung bei Geflüchteten und Menschen mit Zuwanderungsgeschichte

Satellitenveranstaltung zum Kongress Armut und Gesundheit

Mittwoch, 15 März 2017, 11.00 bis 17.30 Uhr

Technische Universität, Straße des 17. Juni, 10623 Berlin

Eröffnung

Moderation: Stefan Bräunling, Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit

Hinweis: Die PowerPoint-Präsentationen zu den Vorträgen finden Sie [hier](#).

Begrüßung

Dr. Ursula von Rüden

- Geflüchtete als vulnerable Gruppe → Kommunen zu einer gesunden Lebenswelt für Geflüchtete machen
- Aufmerksamkeit und Aktivitäten stärker auf längerfristige Bedarfe der Geflüchteten ausrichten statt nur auf Akutversorgung

Fragen für die Tagung:

- Was können/müssen Kommunen leisten, um Geflüchtete zu integrieren?
- Wie können hierbei integrierte kommunale Strategien aufgegriffen werden?

Vortrag: Datenlage zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund

Status Quo und Perspektiven

Dr. Claudia Santos-Hövenner

- Menschen mit Migrationshintergrund stellen eine sehr heterogene Gruppe dar
- Größte Migrantengruppe in Deutschland stammt aus der Türkei; durch den Zuzug von Geflüchteten (v.a. 2015) bildet sich auch der Zuzug aus Syrien ab
- Die Datenlage verbessert sich zwar, jedoch bestehen noch Limitationen hinsichtlich...
 - der Gesundheitsversorgung
 - der psychischen Gesundheit
 - der Auswertbarkeit im Hinblick auf spezifische Gruppen
 - der Repräsentativität und Vergleichbarkeit der Daten
- Migrantenspezifisches Vorgehen in den Studien des Gesundheitsmonitorings des RKI (DEGS, KIGGS, GEDA)
 - umfangreiche Operationalisierung von „Migrationshintergrund“
 - spezifische Öffentlichkeitsarbeit, Einbindung von Fachkräften der Integrationsstrukturen (Integrationsbeauftragte)...
 - übersetzte Anschreiben und Fragebögen
 - Erfolgsfaktoren:
 - persönliche Ansprache
 - Einsatz von „Feldvorbegehern“

- Kontaktaufnahme zu Non-Respondern
- Projekt zur Verbesserung der Datenlage: Menschen mit Migrationshintergrund besser in Gesundheitsberichterstattung einbeziehen, Maßnahmen u.a. Nutzung von Sekundärdaten, Anpassung von Erhebungsinstrumenten und Indikatoren, usw.
- Nächste Erhebungsphase erst 2019 zur KIGGS-Studie, erste Ergebnisse erst mittelfristig verfügbar

<p>Vortrag: Herausforderungen und Perspektiven in der Gesundheitsförderung Dr. Kayvan Bozorgmehr</p>

- Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Geflüchteten und Menschen mit Migrationshintergrund als Zielgruppe der Gesundheitsförderung
 - sehr heterogene Gruppe, da sozial konstruiert
unterschiedliche Hintergründe im Herkunftsland
oft einzige Gemeinsamkeit: unfreiwilliges Verlassen der Heimatländer
 - trotz Heterogenität: gleiche Gesundheitsdeterminanten
diese sind für Geflüchtete anders ausgeprägt/andere
Rahmenbedingungen (Zugangsbeschränkungen, eingeschränkte
Autonomie...)
- Gesundheit von Geflüchteten:
 - spezielle Bedarfe: erhöhte Krankheitslast in Hinblick auf Infektionskrankheiten sowie psychischen Erkrankungen (PTBS, Depressionen, Angststörungen)
 - in erster Linie Versorgungsbedarfe im allgemeinmedizinischen Spektrum
 - kaum Informationen zu chronischen Erkrankungen und Kindergesundheit
- Erkenntnisse aus internationalen Studien:
 - im Vergleich zu Arbeitsmigrantinnen und -migranten haben Geflüchtete ein höheres Risiko für die Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Ankunftsland

→ **Postmigrationsphase entscheidend für Gesundheit**
- Risikofaktoren im Ankunftsland:
 - Unterbringungssituation (Gemeinschaftsunterkünfte, Lager)
 - Kein Zugang zum Arbeitsmarkt, Beschäftigungslosigkeit

Beispiel: Risiko- und Schutzfaktoren bei Kindern

 - schützend: soziale Kontakte (auch mit Kindern aus Heimatland)
 - Risiken: Häufige Transferierungen
- Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende: „Flickenteppich“ in Deutschland
- Keine bedarfsgerechte Versorgung, Versorgung läuft in Landkreisen sehr unterschiedlich (= Ergebnis der Befragung von Gesundheitsämtern)

- Herausforderung: Multifaktorielle Zusammenhänge müssen in Kommunen angegangen werden

Herausforderungen/Perspektiven der Gesundheitsförderung

- Verweis auf Vienna Declaration der WHO 2016 → Menschenrechtsbasierte Gesundheitspolitik!
- Ansatzpunkte:
 - dezentrale Unterbringungsformen
 - Stärkung von community actions
 - Gesundheitsversorgung anpassen → Paradoxon: Integration in Regelversorgung bedarf Veränderung der Strukturen

Diskussion und Ausblick auf die Foren

Prof. Dr. Christine Färber:

- Vorstellung des Programms Refugium (**R**at mit **E**rfahrung: **F**lucht und **G**esundheit – **I**nformation und **M**ultiplikation) der HAW Hamburg
- wichtig ist die Niedrigschwelligkeit, daher Peer-to-Peer-Ansatz und Aufsuchen in Unterkünften

Dr. Joost Butenop:

- in der Versorgung von Geflüchteten besteht generell ein Koordinierungsproblem
- Sammlung von Daten und Informationen um die Versorgung zu verbessern
- Schief lagen in der gesundheitlichen Versorgung, die vorher schon da waren, wurden durch den Flüchtlingszuzug offensichtlich bzw. verstärkt

Dr. Kayvan Bozorgmehr:

- Kostendiskussion auch mal umgekehrt betrachten: Was sind vermeidbare Kosten? Was kostet das Nichtstun?

Dr. Claudia Santos-Hövenner:

- Zukünftig intensivere Zusammenarbeit mit kommunaler Ebene zur Verbesserung der Datenlage

Aus der Diskussion

- Wie kann die Gesundheit von Geflüchteten gefördert werden, trotz der Leistungsbegrenzung in den ersten 15 Monaten nach AsylbLG ?
 - Chancen liegen in der lebensweltorientierten/stadteilbezogenen Gesundheitsförderung
- Brauchen Geflüchtete eigene Projekte/Programme/Versorgungsstrukturen?
 - Integration in Regelsysteme sinnvoll, aber darüber hinaus sind auch auf die Gruppe der Geflüchteten zugeschnittene Angebote sinnvoll, aufgrund der Spezifika und der Anzahl der Geflüchteten

- Sozial benachteiligte Gruppen nicht gegeneinander (bzw. gegen Geflüchtete) ausspielen. Klar kommunizieren, dass viele Angebote für alle zugänglich sind.
- Stärkere Orientierung an Diversity Management; starkes Plädoyer gegen die Verhältnisse in Gemeinschaftsunterkünften aus Public Health-Sicht