

Protokoll zur „Gründungsveranstaltung des Interkulturellen Gesundheitsnetzwerkes Bremen“

Datum: 28. März 2008; Beginn 13 Uhr

Ort: Gesundheitsamt Bremen, großer Saal im Pavillon – Hornerstr. 60-70, 28203 Bremen

Veranstalter: Die Einladung erfolgte durch die Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V., die Bremer Arbeitsgruppe zur Planung des Runden Tisches „Interkulturelle Öffnung der Bremer Krankenhäuser“ und durch das Referat Migration und Gesundheit des Gesundheitsamtes Bremen.

Moderation: Gudrun Zimmermann

Teilnehmerzahl: ca. 75 Personen

Begrüßung:

Herr Dr. Thomas Hilbert, Leiter des Sozialmedizinischen Dienstes für Erwachsene des Gesundheitsamtes, begrüßt alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer zur Gründungsveranstaltung des Interkulturellen Gesundheitsnetzwerkes Bremen.

Gudrun Zimmermann 7.5.08 14:16
Gelöscht: Bremer

Herr Hilbert unterstreicht die heutige Bedeutung dieser Gründungsveranstaltung und macht in diesem Zusammenhang zwei wichtige Anmerkungen:

1. Netzwerke haben in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen. Hierbei steht die Formulierung gemeinsamer und konkreter Ziele und Erfolge im Mittelpunkt. Deshalb ist besonders die Gründung eines Interkulturellen Gesundheitsnetzwerkes für Bremen wichtig und notwendig.
2. Die gesundheitliche Versorgungssituation von Papierlosen Migranten/innen sollte nicht Außeracht gelassen werden. So ist es wichtig, sich innerhalb des Netzwerkes auch diesem Thema zu zuwenden, um kreative Ideen und Anregungen zu entwickeln.

Gudrun Zimmermann 7.5.08 14:16
Gelöscht: zugenommen

Frau Gudrun Zimmermann (Mitarbeiterin des bereits abgeschlossenen Projekts XENOS – Gesundheit Interkulturell) begrüßt ebenfalls alle Teilnehmer/innen und stellt das Tagesprogramm der Gründungsveranstaltung kurz vor:

Gudrun Zimmermann 7.5.08 14:17
Gelöscht: Leiterin

Programm:

- Bericht: „Was bisher geschah!“
Vortrag der Ergebnisse aus der Veranstaltung im Februar 2008
Eckhard Lotze, Gesundheitsamt Bremen
- Vorstellung der Zugangsbarrieren von Migrantinnen und Migranten in das Bremer Gesundheitssystem
- Vortrag der Forschungsergebnisse „Die Interkulturelle Öffnung der Bremer Krankenhäuser“ von Dr. Christiane Falge, Zentrum für Europäische Rechtspolitik Universität Bremen
- Präsentation und Diskussion: Ziele des Interkulturellen Gesundheitsnetzwerkes Bremen

Pause

- Gründung Interkulturelles Gesundheitsnetzwerk Bremen
- Klärung der Koordination des Netzwerkes
- Bildung sinnvoller Arbeitsstrukturen des Bremer Netzwerkes
- Planung der Themenschwerpunkte für 2008
- Terminplanung

„Was bisher geschah!“

Frau Zimmermann fasst kurz die Entstehung der Idee, in Bremen ein Interkulturelles Gesundheitsnetzwerk zu gründen zusammen:

Im Anschluss an die Fachtagung (vom 24. bis 25. Mai 2007) `Grenzerfahrungen – Grenzbegegnungen: Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen` initiiert vom Xenos Projekt – Gesundheit Interkulturell und ZERP Forschungsprojekt `Migration und Gesundheit`, formierte sich die Arbeitsgruppe `Planung des Runden Tisches zur interkulturellen Öffnung der Bremer Krankenhäuser`. In diesem Zusammenhang entstand die Idee, die Zugangsbarrieren für Migranten/innen zu gesundheitlichen Versorgungsangeboten in Bremen, über eine Vernetzung bestehender Angebote und Gruppen zu senken. So fanden sich die Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V., die Bremer Arbeitsgruppe zur Planung des Runden Tisches „Interkulturelle Öffnung der Bremer Krankenhäuser“ sowie das Referat Migration und Gesundheit des Gesundheitsamtes Bremen zusammen und organisierten eine Diskussionsveranstaltung zu einer möglichen Gründung eines Interkulturellen

Gesundheitsnetzwerkes in Bremen. In Anlehnung an das Beispiel des Interkulturellen Gesundheitsnetzwerkes Berlin-Kreuzberg, berichtete Frau Papies-Winkler (Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg/ Berlin, Plan- und Leitstelle Gesundheit) - Mitbegründerin des Netzwerkes – in der Diskussionsveranstaltung über die Hintergründe und Erfahrungen des Netzwerkes in Berlin-Kreuzberg.

Ergebnisse aus der Veranstaltung im Februar 2008

Aus der Diskussionsveranstaltung wurden folgende Ergebnisse und Inhalte gesammelt, die Herr Lotze im Einzelnen darstellt:

In der vorgegangenen Diskussionsveranstaltung im Februar 2008 im

Gesundheitsamt Bremen, wurde das Interesse und der Bedarf an einer institutionellen und inhaltlichen Vernetzung zum Thema der Gesundheitsversorgung von Migranten/innen in Bremen, seitens der anwesenden Interessenten deutlich. Hier wurden insbesondere die Zugangsbarrieren und Problemlagen von Migranten/innen in das Gesundheitssystem thematisiert und durch die Teilnehmer/innen in Form von Überschriften gesammelt. Die formulierten Überschriften sind in der Folienpräsentation aufgeführt, die auch unter der Internetadresse des Gesundheitsamtes (<http://www.gesundheitsamt-bremen.de>) abrufbar sind.

Gudrun Zimmermann 7.5.08 14:19

Gelöscht: ist

Gudrun Zimmermann 7.5.08 14:19

Gelöscht: geworden

Zugangsbarrieren für Migrantinnen und Migranten

(Problemkategorien):

- Versorgung psychischer/psychiatrischer Problemlagen
- Geringer formaler Vernetzungsgrad vieler Migranten/innen und kaum gesundheitliche Versorgungsstrukturen
- Zu geringe Interkulturelle Öffnung der Gesundheitseinrichtungen, nicht nur der Krankenhäuser, sondern auch der Pflegeeinrichtungen, weitere Probleme wie die Dolmetscherproblematik, geringer Anteil an muttersprachlichen Personal, geringe Mitarbeitersensibilisierung und fehlende Informationen für Migranten/innen
- Leistungsrechtliche Beschränkungen (z.B. die Versorgungssituation von Papierlosen Personen und Asylbewerber sowie die Problematik der Übernahme von Dolmetscherkosten)
- Das Thema „Gesundheit von Migrantinnen und Migranten“ wird noch zu wenig in der Öffentlichkeit beachtet (z.B. in den Integrationskursen, bei

Bildungsträgern, in Migrantenorganisationen, bei den Krankenkassen, in Krankenhäusern etc.)

Die Interkulturelle Öffnung der Bremer Krankenhäuser

Im Anschluss an Herrn Lotze, stellt Frau Dr. Falge zum Thema „Interkulturelle Öffnung der Bremer Krankenhäuser“, ihre bisher gewonnenen Forschungsergebnissen aus dem Forschungsprojekt `Neuen Subjekten eine Stimme geben: Kulturelle Diversität im Gesundheitssystem` kurz da. Im Folgenden stehen drei wichtige Forschungsfragen im Mittelpunkt:

1. Zugangsbarrieren: Mit welchen Zugangsbarrieren sind Bremer Migranten/innen im gesundheitlichen Bereich konfrontiert?
2. Veränderungen: Haben sich Krankenhausstrukturen als Reaktion auf einen erhöhten Migrantenanteil verändert?
3. Falls ja, haben diese Veränderungen zu einer Reduzierung der Zugangsbarrieren von Migranten/innen geführt?

Zugang zu den Krankenhäuser: Patienten mit Migrationshintergrund

Um Aussagen zu der gesundheitlichen Versorgung von Patienten/innen mit Migrationshintergrund machen zu können, bedarf es zunächst migrantenspezifischer Daten.

- Acht von zehn Krankenhäusern in Bremen fragen bei der Patientenaufnahme die Staatsangehörigkeit, das Geburtsland und die Sprache ab.
- Geburtsland erfasst lediglich die erste Generation, aber nicht die in Deutschland geborenen oder die mit deutscher Staatsangehörigkeit (z.B. Migrantenanteil im Stadtteil 37% und bei Patienten/innen 10% - diese Zahl ist angesichts des Migrantenanteils im Stadtteil eher unwahrscheinlich und deutet auf Defizite in der Datenerhebung hin).
- Kein Krankenhaus konnte zuverlässige Angaben zum Migrantenanteil machen, da die Daten oft nicht gepflegt oder nur sporadisch abgefragt werden, so dass die offiziellen Zahlen zu dem Migrantenanteil der Krankenhäuser zu niedrig sind und wenig Aufschluss über die Inanspruchnahme von Migranten/innen geben.

- Der von Mitarbeiter/innen der Geburtsstation dieser Krankenhäuser geschätzte Migrantenanteil liegt zwischen 25% und 50%.

Lediglich in zwei Krankenhäusern wurden einigermaßen vollständige Daten erhoben. Auch für die Bremer Behörden definierte sich der Migrationsstatus noch vor kurzem über die Kategorie der „Staatsangehörigkeit“, was dazu führte, dass in Bremen lediglich 13% Migranten/innen lebten. Bei Berücksichtigung des Geburtslandes (der Migranten selber und der Elterngeneration) als Determinante für den Migrationsstatus ergibt sich ein Migrantenanteil von 26,3% für die Bremer Stadtbevölkerung.

Zugang zu den Krankenhäusern: Personal mit Migrationshintergrund

- An allen Bremer Krankenhäusern ist ein zunehmender Migrantenanteil beim Krankenhauspersonal zu verzeichnen. So liegt der Migrantenanteil an den Ärzten und Pflegekräften zwischen 9% und 21%.
- Der Anteil an Ärzten und Pflegekräften mit Migrationshintergrund liegt jeweils deutlich unter dem Migrantenanteil im Stadtteil des jeweiligen Krankenhauses.

Inanspruchnahme durch Migranten/innen

Folgende Hauptkriterien für die Wahl der Krankenhäuser seitens der Migranten/innen, wurden von den Bremer Gesundheitsexperten genannt:

- die Erreichbarkeit,
- die Qualität sowie
- die Migrantenfreundlichkeit
- Interview Ergebnisse unterschieden sich nach Migrationshintergrund der Befragten
- *Nicht-Migranten/innen*: Haupt-Kriterium für die Inanspruchnahme ist die Erreichbarkeit
- *Migranten/innen*: Haupt-Kriterium für die Inanspruchnahme ist die Migrantenfreundlichkeit (den Aussagen der Interviewpartner/innen zufolge ist sogar ein Teil der Migranten/innen bereit, Krankenhäuser in anderen Stadtteilen aufzusuchen, um sich von Ärzten, Sozialarbeitern oder Psychologen mit Migrationshintergrund versorgen zu lassen).

➡ Höherer Sensibilisierungsgrad bei dem Personal mit Migrationshintergrund in Bezug auf Bedarfe von Migranten/innen.

Bedarf:

- Migrationshintergrund sensibilisiert für Wahrnehmung von Zugangsbarrieren.
Beispiel: vier Sozialdienst Erhebungen: nur einer der vier klinikinternen Sozialdienste hatte eine Mitarbeiterin mit Migrationshintergrund.
- *Sozialdienstmitarbeiter/innen ohne Migrationshintergrund*: geringer Bedarf bei Migranten/innen (unter 5%), Versorgung durch Angehörige und deshalb geringer Anspruch
- *Sozialdienstmitarbeiterin mit Migrationshintergrund*: hohe Nachfrage und hoher Grad der Unterversorgung / mangelnde Informationen, Angehörige sind überfordert und ebenso schlecht informiert

Migranten/innen als Ressource

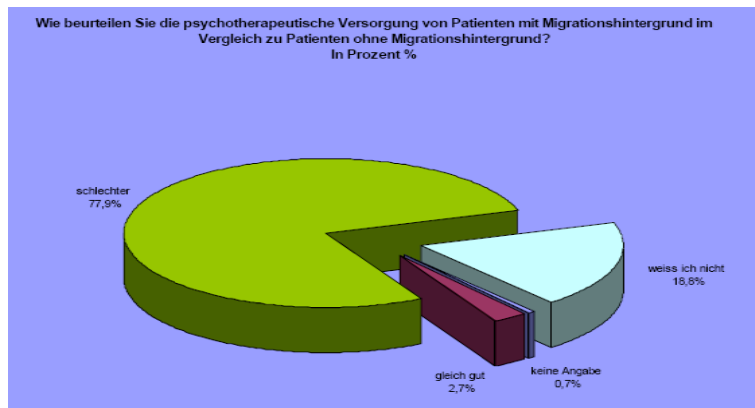
- Muttersprachliches Personal mit Migrationshintergrund geht oftmals besser auf die Bedürfnisse von Migranten/innen ein, da sowohl Sprachkenntnisse als auch soziokulturelle Kenntnisse zur Verfügung stehen
- Die Fähigkeit, Migranten/innen mit Empathie und Sensibilität zu begegnen muss beim Personal ohne Migrationshintergrund oftmals erst über die interkulturelle Schulung entwickelt werden

Zugangsbarrieren

- Alle Befragten gaben die Sprache als Hauptzugangsbarriere an.
- Viele Migranten/innen geben vor zu verstehen – Gegenteil stellt sich später heraus (z.B. bei Operationen)
- Probleme bei Aufklärungen, Einwilligungen in Krebstherapien und psychologischen Beratungen (Beispiel Psychologischer Dienst in der Onkologie: Migrantenanteil an Patienten/innen weniger als 5%, da dass psychologische Konzile nur für Patienten mit ausreichenden Deutschkenntnissen angeboten wird/Patientenselektion).
- Mangelnde Empathie und mangelndes Verständnis gegenüber den Bedürfnissen von Patienten mit Migrationshintergrund, stellen weitere Barrieren für die gesundheitliche Versorgung dar

Die Umfrage unter den Psychologen/innen und Psychotherapeuten/innen in Bremen und Bremerhaven zeigt, dass die psychotherapeutische Versorgung von

Patienten/innen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Patienten/innen ohne Migrationshintergrund deutlich schlechter beurteilt wird (fast 78%).



Strukturelle Öffnung der Krankenhäuser

Eine Strukturelle und Interkulturelle Öffnung der Krankenhäuser kann unter folgenden Aspekten begründet werden:

- Höhere Patientenzufriedenheit führt zur Erhöhung der Kundenzahlen
- Reduzierung von Konflikten, Missverständnissen, Versorgungslücken und Fehldiagnosen
- KTQ-Kataloge (Katalog für Kooperation, Transparenz und Qualität in Krankenhäusern) empfehlen seit Mitte der 90er Jahre eine Interkulturelle Öffnung der Krankenhäuser
- Experten entwickelten informelle Checklisten zur Interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern, welche die spezifischen Bedürfnisse der Migranten/innen berücksichtigt, die Versorgung verbessert und eine Arbeiterleichterung für das Krankenhauspersonal anstrebt.
- Letztendlich bedeutet eine Interkulturelle Öffnung im Kontext von Qualitätssicherung und Zeitdruck, gleich Zeit- und Geldeinsparung

Vorteile der Interkulturelle Öffnung der Krankenhäuser

- Interkulturelle Öffnung ist nicht nur im Kontext von Ethik, sondern im Zusammenhang mit Fragen der Effizienzsteigerung von Organisationen zu verstehen.
- Aus dieser Erkenntnis heraus beginnen in einigen Bremer Krankenhäusern langsam Veränderungen

Welche Veränderungen ergaben sich an Bremer Krankenhäusern?

- Angebote und Durchführung Interkultureller Fortbildungen
- Räumliche Veränderungen (Moscheen, Abschiedsräume, Raum der Stille)
- Angebot von mehrsprachigem Informationsmaterial
- Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen
- Einrichtung von Angehörigenräumen und Besucherräumen
- Mehrsprachige Beschilderungen
- Angebote an russischsprachiger Sozialberatung und türkischsprachiger Psychologischer Beratung im KBO (Klinikum Bremen Ost)
- Kreissaalführungen in mehreren Sprachen
- Gesundheitswegweiser
- Dolmetscherdienste

Gudrun Zimmermann 7.5.08 14:22

Gelöscht: ,

Wie ist der Grad der Veränderungen?

Der Grad der Veränderungen in den Krankenhäusern fällt dennoch insgesamt gering aus, obwohl alle Krankenhäuser die interkulturelle Öffnung in ihren Qualitätsberichten erwähnen und teilweise darauf eingehen. So zum Beispiel besteht eine:

- geringe Anzahl an religiösen Räumen
- geringe Anzahl von Besucherräumen
- wenig mehrsprachige Beschilderungen und Informationsmaterial
- wenig Personal mit Migrationshintergrund
- geringe Kooperation mit Migrantenvereinen
- wenig Angebote zu Interkulturellen Trainingsprogrammen
- keine kulturspezifischen Essensangebote (Essensangebote sind nur in vegetarisch / nicht vegetarisch unterteilt und Kennzeichnungen von Gerichten

mit Schweinefleisch oder Angaben von Alkohol werden in nur einem Krankenhaus vorgenommen)

Ausblick

- Alle Bremer Krankenhäuser sind auf die Interkulturelle Öffnung eingegangen
- Der Grad der Öffnung ist jedoch insgesamt recht gering
- Die Anerkennung von Mehrsprachigkeit in Bezug auf die größten Gruppen von Migranten/innen (wie zum Beispiel türkisch, kurdisch, arabisch, russisch) muss weiter umgesetzt werden.

Frau Falge beendet ihren Vortrag und nimmt wie folgt Stellung zu folgenden Fragen:

1. zur Mehrsprachigkeit und mehrsprachiges Informations- und Aufklärungsmaterial: ist es nicht sinnvoller, deutschsprachiges Material verständlicher zu gestalten, um nicht nur Migranten/innen sondern auch deutsche Patientengruppen mit einem geringen Sozial- und Bildungsstatus zu erreichen, die ebenfalls Verständigungsprobleme aufgrund der komplizierten medizinische Sprache bzw. Fachausdrücke haben?
Antwort: Beispielweise können Verständigungsprobleme die in Aufklärungsbögen oder Patienteninformationen auftreten, mit Hilfe von bildlichen und einfachen Darstellungen (Piktogramme) für alle Patienten/innen mit und ohne Migrationshintergrund behoben werden.
2. Gibt es Versorgungsunterschiede zwischen den Migrantengruppen?
Antwort: Die Gruppe der Sinti und Roma wurde von den Befragten Gesundheitsexperten mehrfach erwähnt und es ist davon auszugehen, dass besonders diese Gruppe unterversorgt ist. Dennoch können hierzu keine allgemeingültigen Aussagen gemacht werden, da in den Krankenhäusern keine migrantenspezifischen Daten erhoben werden.
3. Fragen zum Dolmetscherproblem: wollen die Angehörigen von Patienten mit Migrationshintergrund nicht übersetzen oder können sie es nicht?
Antwort: bei der Dolmetscherproblematik der Angehörigen spielen beide Aspekte eine Rolle. Zum einen haben Patientenangehörige aus kulturellen Aspekten Probleme, den Betroffenen schwierige Krankheitsdiagnosen zu vermitteln. Deshalb ist es wichtig, auch Angehörige in ihrem kulturellen Kontext wahrzunehmen. Genauso bedeutet dies auch, dass es

haftungsrechtliche Folgen für den Arzt haben kann, wenn Patienten/innen Behandlungen einwilligen, ohne richtig aufgeklärt zu werden.

4. Werden die Dolmetscherdienste des Gesundheitsamtes nicht in Anspruch genommen oder sind sie nicht ausreichend? Antwort: aus Kostensparnisgründen der Krankenhäuser wird der Dolmetscherdienst des Gesundheitsamtes kaum in Anspruch genommen. In der Regel übersetzen die Angehörigen von Patienten/innen. In den Fällen, wo keine Angehörigen mit ausreichenden Deutschkenntnissen vorhanden sind, wird der krankenhausinterne „Dolmetscherpool“ in Anspruch genommen
5. Eine Teilnehmerin berichtet von ihrer Arbeit mit Patienten-Angehörigen. In der Beratung und Unterstützung der Angehörigen von Todkranken Patienten, ist die Einrichtung in der sie arbeitet, kaum interkulturell geöffnet bzw. bietet keine migrantenspezifischen Angebote an (keine Mehrsprachigen Broschüren und keine Beratungen in anderen Sprachen). So diskutierten sie und ihre Mitarbeiterinnen, ob eine Erstellung von mehrsprachigen Broschüren für Angehörige mit Migrationshintergrund sinnvoll wäre. Sie entschieden sich letztendlich, keine mehrsprachigen Broschüren anzubieten, weil sie keinen Service in den Sprachen anbieten konnten.

Ziele des Interkulturellen Gesundheitsnetzwerkes Bremen:

Herr Lotze stellt den Teilnehmer/innen die Ziele des Interkulturellen Gesundheitsnetzwerkes Bremen vor.

Das Hauptziel ist wie folgt formuliert:

“Herstellung von Chancengleichheit und Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Situation von Migrantinnen und Migranten in Bremen“

Die Zielformulierung ist teilweise vom Berliner Gesundheitsnetzwerk entnommen, bei der jedoch die „Sicherung der Chancengleichheit“ erwähnt wird. In der Bremer Netzwerk Zielformulierung wurde jedoch der Begriff „Sicherung“ durch den Begriff „Herstellung“ ersetzt, weil die Sicherung der Chancengleichheit davon ausgeht, dass bereits eine Chancengleichheit existiert, was jedoch in Bremen nicht der Fall ist.

Herr Lotze stellt die, während der ersten Netzwerkveranstaltung formulierten Ziele für das Bremer Gesundheitsnetzwerk vor:

- Zugangsbarrieren identifizieren und abbauen
- Interkulturelle Öffnung forcieren
- Förderung der Kooperation und interdisziplinäre Vernetzung (mit verschiedenen Anbietern zu gesundheitlichen Fragen sich zusammensetzen und gemeinsam eine Lösung finden)
- Einbeziehung von Verantwortlichen (Politik, Kassen etc.) und Betroffenen (Migranten/innen, Papierlose etc.) in die Netzwerkarbeit
- Verbindung und Austausch von Praxis und Wissenschaft (wie z.B. eine Zusammenarbeit mit der Universität Bremen, Universität Oldenburg etc.)

Dies sind nur einige Formulierungen, die in der Diskussionsveranstaltung thematisiert wurden. Die Ziele des Netzwerkes können erweitert werden und sind offen für Vorschläge, Änderungen oder auch Kritik aus dem Publikum.

In der hier gut folgenden Diskussion wurden weitere mögliche? Ziele formuliert:

- Prävention bei Kindern sollte auch ein weiterer Schwerpunkt des Netzwerkes sein
- „Gesundheitsedukation“, das Bild der Profession verändern und in ein Interkulturelles Konzept einbringen, Qualifizierung von Mitarbeiter/innen durch interkulturelle Trainings, Einführungen in kulturelle Hintergründe und die Berufsperspektiven und Bekanntmachungen der gesundheitlichen Berufe so auch unter Migranten/innen stärker präsentieren
- Repräsentanz der interkulturellen Öffnung zum Beispiel durch die Einstellung von Professionellen nicht-deutscher Herkunft und Muttersprachlern
- Die Gruppen von Migranten/innen, die sich in besonderen Lebenslagen befinden und besonderen Zugangsbarrieren ausgesetzt sind (wie z.B. drogenabhängige Migranten/innen, Ausländische Prostituierte, Migranten/innen in den Gefängnissen)
- Ressourcenstärkung der Betroffenen sowie der Angehörigen (insbesondere ihre Gesundheit, interfamiliäres Dolmetschen)
- Klärung des Begriffs „Migrant/in“, welche Zielgruppe ist damit gemeint?
Antwort: die Definition des Begriffs „Migrant/in“ wird in Anlehnung an die

Definition des Statistischen Bundesamtes, als die erste und die zweite Generation der Zugewanderten Personen verstanden

- auf welcher Ebene beschäftigen wir uns mit den genannten Zielen? Sind das Ziele oder Maßnahmen? Antwort: diese angesprochenen Themen bewegen sich innerhalb der Schnittgrenze zwischen den Zielen und Maßnahmen. Zunächst sollen die jeweiligen Ziele des Netzwerkes definiert werden, die im nächsten Schritt in den Arbeitsgruppen nach Themenschwerpunkten weiter bearbeitet und hierzu Maßnahmen für die Umsetzung formuliert werden.
- Die Frage zu der finanziellen Förderung und die Bereitstellung von finanziellen Mitteln sollte geklärt werden
- Kommunikationsförderung ist ein wichtiger Punkt
- Die Perspektive sollte nicht nur defizitorientiert, sondern auch prozessorientiert ausgerichtet werden. Besonders wichtig ist die Identifizierung von Schwachstellen im Gesundheitssystem, die bei der Verortung von Defiziten in den Bereichen des Bedarfs von Migranten/innen auch gleichzeitig als Chance für alle Gesellschaftsmitglieder gesehen werden kann.
- Die Vernetzung vor Ort sowie die Vernetzung von Migrantenvereinen und –organisationen auf Stadtteilebene ist wichtig
- Sensibilisierung der Öffentlichkeit zu der Versorgungssituation von Migranten/innen
- Öffentlichkeitsarbeit des Bremer Netzwerkes

- Pause -

Gründung des Interkulturellen Gesundheitsnetzwerkes:

Nach der Pause, eröffnet Frau Zimmermann die Abstimmung zur Gründung des Interkulturellen Gesundheitsnetzwerkes. Jeder der anwesenden Teilnehmer/innen stimmt der Gründung zu.

Frau Zimmermann gibt die offizielle Gründung des Bremer Gesundheitsnetzwerkes ohne Gegenstimme bekannt.

Es besteht jederzeit die Möglichkeit, auch später in das Netzwerk einzutreten.

Deshalb ist es auch in diesem Zusammenhang wichtig, sich und die Institution in die Teilnehmerliste einzutragen, um somit die Mitgliedschaft am Bremer Netzwerk zu bestätigen.

Klärung der Koordination des Netzwerkes:

Herr Lotze erklärt sich bereit, im Namen des Gesundheitsamtes Bremen, die Koordination zunächst für ein Jahr zu übernehmen. Zu den Koordinationsaufgaben würden z.B. die Aktualisierung von genauen Kontaktdaten und Adressen der Netzwerkpartner und der Arbeitsgruppen sowie die Kontaktherstellung umfassen. Zudem würde auf der Internetseite des Gesundheitsamtes die relevanten und aktuellen Informationen zu dem Netzwerk hinterlegt und jeweils aktualisiert werden. Die Teilnehmer/innen stimmen der Koordination des Bremer Gesundheitsnetzwerkes durch das Gesundheitsamt einheitlich zu.

Arbeitsgruppen:

Die Arbeitsgruppen bzw. Arbeitsfelder, in denen die jeweiligen Themenschwerpunkte des Netzwerkes bearbeitet werden sollen, werden zusammen getragen. Die im Voraus formulierten Themenpunkte werden durch die Vorschläge der Teilnehmer/innen ergänzt und zunächst in 12 Felder unterteilt:

1. Psychosoziale/psychiatrische Gesundheit
2. Interkulturelle Öffnung der Krankenhäuser
3. Papierlose, Asylbewerber
4. Gesundheitsberichterstattung
5. Migrantinnen Gesundheit (inkl. Geburtshilfe)
6. Ältere Migranten/innen
7. Prävention, Aufklärung und Selbsthilfe
8. Pflege
9. Behinderung
10. Suchterkrankungshilfe
11. Kommunikation/Sprache/Qualifikation
12. Strukturelle Personalentwicklung/Qualifizierung

In Bezug auf die Arbeitsfelder, werden folgende Fragen und Äußerungen diskutiert:

- wie und wo wird die Politik miteinbezogen: da das Netzwerk Öffentlichkeitsarbeit leisten wird, wird sie auch gleichzeitig Druck auf die Politik machen können
- Der Qualifizierungsaspekt sollte in allen Gruppen thematisiert werden.

- Was ist unter einer „Gesundheitsberichterstattung“ zu verstehen: eine Gesundheitsberichterstattung umfasst eine migrantensensible bzw. migrantenspezifische Erhebung zur gesundheitlichen Situation von Migranten/innen. Die Gesundheitsberichterstattung wird jedoch auf einen späteren Zeitpunkt gelegt, da zunächst die Arbeit in den Netzwerkgruppen ausgebaut werden sollte.
- Der Begriff „Prävention“ und „Aufklärung“ ist eher negativ besetzt, deshalb werden die Begriffe durch Gesundheitsförderung ersetzt.
- Der Begriff „Selbsthilfe“ umfasst mehrere Bereiche, deshalb sollte dieser Begriff durch „Gesundheits-Selbsthilfe-Gruppen“ ersetzt werden. Zudem sollte der Punkt der Gesundheitsselfhilfe als eigenständige Arbeitsgruppe festgelegt werden, weil Prävention und Aufklärung nur vor dem Eintritt einer Krankheit relevant ist und die Gesundheitsselfhilfe nach oder während der Erkrankung in Anspruch genommen wird
- Der Themenschwerpunkt „Pflege“ sollte zu dem Schwerpunkt „Ältere Migranten/innen“ hinzugefügt werden, da dies Hand in Hand geht.

Die Teilnehmer/innen werden gebeten, sich in die Liste mit den Arbeitsgruppen einzutragen, in denen sie/er als Privatperson oder institutioneller Vertreter aktiv sein möchten. Zudem sollte jede Arbeitsgruppe einen Ansprechpartner/in haben, der/die für die Koordination und Fragen für die jeweilige Arbeitsgruppe zuständig ist.

Einige der Teilnehmer/innen äußern, das es ihnen zunächst zu schnell geht und sie Zeit zum nachdenken und entscheiden brauchen bzw. eine Absprache mit ihrer Institution oder den Kollegen/innen treffen müssen, bevor sie sich endgültig in eine Arbeitsgruppe eintragen. Es besteht jederzeit die Möglichkeit, auch zu einem späteren Zeitpunkt sich an eine Arbeitsgruppe anzuschließen.

Es wird sich auf die Auswahl vorläufiger Arbeitsgruppensprecher geeinigt.

So werden nach den Änderungsvorschlägen und Anregungen der Teilnehmer/innen insgesamt 10 Arbeitsfelder des Interkulturellen Gesundheitsnetzwerkes Bremen mit den jeweiligen Ansprechpartner/innen benannt:

1. Psychosoziale und psychische Gesundheit – (Mehtap Thiel)

2. Interkulturelle Öffnung des Bremer Gesundheitswesens (Kommunikation, Sprache, Dolmetscherdienst) – (Christiane Falge)
3. Papierlose, Asylbewerber – (Ute Bruckermann)
4. Migrantinnengesundheit (inklusive Geburtshilfe) – (Angelika Zollmann)
5. Ältere Migrantinnen und Migranten und Pflege – (Eberhard Piltz)
6. Gesundheitsförderung und Prävention – (Dagmar Gran)
7. Gesundheits-Selbsthilfe Gruppe, Einbeziehung stadtteilbezogener Migrantinnen- und Migrantengruppen – (Imke Boidol)
8. Migration und Behinderung – (Seyda Isik)
9. Suchtkrankenhilfe – (Alexandr  Peruzzo)
10. Strukturierte Personalentwicklung und Qualifizierung – (Anna Priester)

Zum Abschluss der Gründungsveranstaltung werden folgende Fragen geklärt:

- die Teilnehmer/innen stimmen zu, sich in halbjährigen Abständen zu treffen
- für jede Arbeitsgruppe stehen die Ansprechpartner/innen zur Koordination ihrer Gruppe, sowie für Interessierte und weitere Teilnehmer/innen bereit
- die Gruppen sind für weitere Interessierte Privatpersonen, Einrichtungen, Vereine etc. offen, die in die Arbeitsfelder eintreten und aktiv werden möchten
- es ist möglich, die Titel der Arbeitsgruppen innerhalb der Gruppe umzuändern

Festlegung des nächsten Netzwerktreffens im großen Plenum:

Datum: 4. November 2008

Zeit: 17 bis 19 Uhr

Ort: Gesundheitsamt Bremen, großer Saal im Pavillon

Hornerstr. 60-70, 28203 Bremen

Vor dem großen Plenums-Treffen des Netzwerkes im November, treffen sich zunächst die Arbeitsgruppen, um ihre Themen zu bearbeiten. Auf dem Plenum werden dann die Ergebnisse der Arbeitsgruppen vorgestellt.

Die Arbeitsgruppen sind für alle Interessierten offen. Die Interessierten können sich an Herrn Lotze wenden, der die Kontakte zu den Arbeitsgruppen bzw. den Ansprechpartner/innen der Gruppen herstellt.

Weitere Informationen sind auf der Internet Seite des Gesundheitsamtes Bremen zu entnehmen: (<http://www.gesundheitsamt-bremen.de>)