

110 impu!se

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Impulse online unter www.gesundheit-nds.de

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.



RASSISMUS

im Gesundheitswesen

EDITORIAL »

»Tief verankerte rassistische Mechanismen erschweren den respektvollen Umgang nicht nur in der Forschung und Lehre, sondern auch im klinischen Alltag« ist das erschreckende Fazit eines unserer Schwerpunktartikel. Viele Stakeholder des Gesundheitswesens schwanken noch zwischen Verleugnung, völliger Ignoranz, Diversitätsfloskeln zur Beruhigung und erstem vorsichtigen Erkennen, dass Alltagsrassismus im Gesundheitswesen Gang und Gäbe ist. Rassismus fängt bei Diagnosen in Lehrbüchern an, die sich nur auf weiße Haut beziehen, geht über Diskriminierungspraktiken in vielfältigen Teams bis hin zu großen Zugangsbarrieren bei der Anerkennung von Abschlüssen für Professionelle aus anderen Staaten. All dies sind Themen unseres Schwerpunktes in dieser Ausgabe.

Aufgefächert in ihrer ganzen Tragweite und nahegebracht wurden uns die vielfältigen Facetten von »Rassismus im Gesundheitswesen« durch einen externen Beirat für dieses Heft, den Solmaz Golsabahi-Broclawski, Paul Mecheril und Ibrahim Özkan bildeten und der in die Themenauswahl für den Schwerpunkt eingebunden wurde. Wir wollten eigene (weiße) blinde Flecken bei Ausgestaltung dieses wichtigen Themas unbedingt vermeiden. Deshalb an dieser Stelle ganz herzlichen Dank an alle drei Beiratsmitglieder für die offenen Diskurse, die wertvollen Anregungen und die Schwerpunktsetzungen!

Die nächsten impu!se-Ausgaben in diesem nun leider mittlerweile zweiten pandemischen Jahr haben die Schwerpunktthemen »Ein Zwischenfazit zur Pandemie« (impu!se 111, Redaktionsschluss 03.05.2021) und »Chancengerechtigkeit« (impu!se 112, Redaktionsschluss 15.07.2021). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an diesen kommenden Ausgaben mit Beiträgen, Anregungen und News zu beteiligen.

Mit herzlichen Grüßen aus Hannover und Bremen,
bleiben Sie gesund!

Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT

Rassismus als Analysekatgorie	02
»Unsere Station bekommt Farbe«	03
Gesundheitsfolgen von Rassismus und Intersektionalität	04
Critical Whiteness in Therapie und Beratung	06
Rassismus in der Gesundheitskommunikation	07
Rassismus im medizinischen Alltag und in der Lehre	08
Rassismus und Barrieren auf dem Weg in die ärztliche Tätigkeit ...	09
»Rasse« und »Erbgesundheit« im NS-Staat	10
Reha-Förderung von Geflüchteten	11
Vorstellung des externen Beirates	13
Impu!: Antisemitismus im therapeutischen Setting	14
Der Nationale Diskriminierungs- und Rassismusmonitor	16
Asylrechtliche Begutachtung nach genitalem Trauma	17
Arbeitsmigration als Zugangsbarriere zum Gesundheitssystem	17
Kommunale Angebote gemeinsam gestalten	18
Zum Tod von Prof. Dr. Heike Fleßner	20
Zum Tod von PD Dr. Thomas Lampert	20
Gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere	21
Stadtteilbezogene Unterstützung in Bremen	22
Gesund leben in Pflegeeinrichtungen – »Leben in Balance«	22
Erfahrungen aus einem partizipativen Projekt in Jugendzentren ...	23
Bücher, Medien	25
Termine LVG & AFS	29
Termine	32
Impressum	24

Schwerpunkt

»Um Rassismus im Gesundheitswesen zu bewältigen, brauchen wir neben offener Ansprache des Themas auch systematischen und institutionellen Einsatz zur Bekämpfung solcher Vorkommnisse und Strukturen, einschließlich konkreter Konsequenzen für die Täter*innen und Unterstützung für die Betroffenen.«

(Oberarzt in einem Universitätsklinikum)

PAUL MECHERIL

Rassismus als Analysekategorie. Rassismuskritik als Professionalisierungschance

Bis etwa Anfang der 1990er Jahre wurde »Rassismus« als Analysekategorie für Gegenwartsverhältnisse in deutschsprachigen Debatten politisch, aber auch gesellschafts- und humanwissenschaftlich nicht nur selten benutzt, sie war geradezu tabuisiert. Die Zurückweisung des Rassismusbegriffs im deutschsprachigen Raum muss in engem Zusammenhang mit der Auseinandersetzung »Nachkriegsdeutschlands« mit dem Nationalsozialismus verstanden werden. »Rassismus« war keine Kategorie der Auseinandersetzung mit der Gegenwart, weil dies mit etwas gleichgesetzt wurde, das nicht sein durfte: der Kontinuität zum Nationalsozialismus.

Alltagsrassismus

Allmählich ist diese Weigerung, Rassismus als Alltagsrassismus, der auch und nicht zuletzt in Institutionen wie der Polizei, der Schule oder in Einrichtungen des Gesundheitswesens bedeutsam ist, anzuerkennen, schwächer geworden – und noch einmal mehr seit den weltweiten antirassistischen Protesten, Veranstaltungen und Veröffentlichungen im letzten Jahr. Das Konzept des Alltagsrassismus verweist darauf, dass Rassismus eine allgemein zur Verfügung stehende Deutungs-, Empfindungs- und Handlungsoption darstellt, die unter bestimmten Umständen auch in Institutionen mobilisiert wird.

Wir und Nicht-Wir

Das Fundament des Rassismus ist ein flexibles, historisch und kontextuell variables System von Erklärungen für die Angemessenheit von »Menschenunterscheidungen«, die an Rassekonstruktionen anschließen. Diese ideologisch-diskursive Sinndeutung und Rechtfertigungspraxis ist in der Lage, die Welt und die Erfahrungen, die Einzelne in ihr machen, in relativ simplen Schemata zu erklären. Rassismus operiert mit dem Code der »Rassen«, wobei »Rasse« eine nicht zuletzt im Zuge des Kolonialismus in der europäischen Moderne auftauchende Erfindung ist.

In Rassekonstruktionen werden Körper und auch bestimmte kulturelle Symbole (»Akzent«, Kopftuch) als Hinweise auf relativ stabile Mentalitäten ausgegeben, die aus kollektiven Zugehörigkeiten resultieren. Hierbei führen die Rassekonstruktionen einen Unterschied zwischen einem natio-ethno-kulturell kodierten »Wir« und »Nicht-Wir« ein, wodurch dem »Wir« eine höhere Stellung eingeräumt wird. Der Körper, die Sprache, die Kleidung der Anderen zeigt ihre natio-ethno-kulturelle Rückständigkeit an. Diese Rückständigkeitskonstruktion ist zumeist eine Defizitunterstellung auf der Ebene von »Geist« (Ratio, Verstand, Vernünftigkeit), geht einher mit der Unterstellung einer rückständigen Körpernähe (Trieb, Genuss, Unzuverlässigkeit) und ist zugleich Voraussetzung für exotisierende Projektionen (»sie bewegen sich so natürlich«). Rassismus ist eine nicht notwendig absichtliche Praxis der Selbstaufwertung durch phantasmatische Erfindung der Anderen und ihrer Degradierung.

Nach der offiziellen Ächtung des Rassismus weltweit ab der Mitte des 20. Jahrhunderts ist das rassistische Ordnungssystem nicht einfach verschwunden. Vielmehr hat es sich gewandelt. Die rassistische Unterscheidungspraxis benutzt neben körperlichen Merkmalen auch soziale Kennzeichen. Äußere Merkmale wie Hautfarbe sind nicht die einzigen »Träger« rassifizierter Bedeutung, auch kulturelle Merkmale (wie religiöse Praktiken und Symbole) dienen der rassistischen Unterscheidung. Da gerade im Diskurs über Migration häufig auf das »interkulturelle« Paradigma zurückgegriffen wird, ist hier auf die Gefahr der Kulturalisierung sozialer Verhältnisse hinzuweisen. Statische, das Wesen größerer Kollektive behauptende Kulturverständnisse, die Assoziationen von Kulturen, Körpern und Territorien herstellen, wie sie auch in Konzepten zu »interkultureller Kommunikation« oder »interkultureller Kompetenz« anzutreffen sind, stellen insofern einen möglichen Schlupfwinkel von Rassekonstruktionen dar.

Rassismuskritische Professionalisierung

Rassismuskritik ist keine »polizeiliche« Praxis der Überführung rassistischer Subjekte. Viel eher ist Rassismuskritik eine Professionalisierungschance für Organisationen und ihre Akteure in demokratischen Kontexten. Es geht im Zuge dieser Professionalisierung (von rassistisch diskreditierbaren wie rassistisch weniger diskreditierbaren Personen) darum, ein Instrumentarium (Terminologie, Wissen, Empfinden) zu ent-

Was ist Rassismus?

- » eine Handlungs-, Deutungs- und Empfindungspraxis, die Menschen nach ihrem Erscheinungsbild in Gruppen einteilt und damit Erscheinungsbilder mit Bedeutung versieht
- » eine Praxis, die diese Erscheinungsbilder als Hinweise auf »nationale«, »ethno-kulturelle« Zugehörigkeit und Identität versteht
- » und diese Identitäten als mehr oder weniger stabile, wesentliche Phänomene bestimmt
- » eine Praxis, in der das Eigene vom Nicht-Eigenen geschieden und beide Seiten mit unterschiedlichen Werten belegt werden
- » eine Praxis, die »uns« höhere Werte (Zivilität, Hochkultur, Rationalität, Körperkontrolle, Zuverlässigkeit, Reinlichkeit ...) zuschreibt, die dem »Nicht-Wir« nicht in dem Maße zukommen



wickeln, mit dem an rassistische Unterscheidungen anschließende und diese bestärkende Praktiken erstens erkannt und zweitens geschwächt werden können, so dass sowohl Professionelle wie ihre Gegenüber nicht dermaßen auf diese Praktiken des Deutens, Handelns und Empfindens angewiesen sein müssen.

Die Wirksamkeit an Rassekonstruktionen anschließender und diese bestärkende Unterscheidungen kann nur erkannt und gemindert werden, wenn darüber gesprochen wird. Es bedarf einer offenen und nicht »polizeilichen« Reflexion dieser Zusammenhänge in den professionellen Feldern. Denn je weniger Rassismus thematisiert wird, desto wirksamer bleibt er.

In diesem Rahmen braucht es unter anderem Wissen, ein institutionelles Monitoring und Formen institutionalisierter Reflexion:

a) Wissen: Von besonderer Bedeutung für Professionalität ist das Wissen um Dominanzstrukturen, die auf drei zentralen Ebenen wirksam sein können. Zunächst auf der Ebene der Erfahrungsrealität der Klient*innen, zweitens auf der Ebene der professionellen Organisation und drittens auf der Ebene der konkreten Interaktion und Beziehung. Entsprechende empirische Studien vermitteln Wissen, das in der Ausbildung, individuell und in Weiterbildungen angeeignet werden kann.

b) institutionelles Monitoring: Installation eines Beobachtungssystems, das systematisch Daten im Hinblick auf die von Organisationen produzierten Ungleichheiten erfasst (etwa: Wie gut werden Klient*innen betreut, deren Erstsprache nicht Deutsch ist? Wie stellt sich der formelle und informelle Zugang zu Organisationen für rassistisch diskreditierbare Gruppen dar? Wie viele rassistisch diskreditierbare Personen arbeiten in Leitungspositionen?) und nach den Mechanismen der Herstellung von Ungleichheit fragt; Institutionalisierung von Orten, an denen Diskriminierungserfahrungen, die in der Organisation gemacht werden (von Klient*innen wie von Professionellen), vertrauensvoll besprochen werden können; Institutionalisierung eines Beschwerdemanagements; Auswertung auch dieser Daten, um etwas über die diskriminierenden Mechanismen der Organisation zu lernen und diese zu modifizieren.

c) institutionelle Reflexion: Supervision, kollegiale Beratung, Kasuistik, um organisatorische wie individuelle Routinen und Habitus zum Thema zu machen: Wo und wann schließen Praktiken der Beratung, der Diagnose, der Unterstützung an Rassekonstruktionen bestärkende Typisierungen an (»ihre Kultur«, »na ja, mit Migrationshintergrund«, »traditionelle, muslimi-

sche Familie«)? Wem nützen diese? Wie sehr sind Muster des Empfindens, der Wahrnehmung, der Kategorisierung von Rassekonstruktionen vermittelt? Unter welchen beruflichen Bedingungen werden sie besonders schnell mobilisiert?

In den institutionellen Kontexten, in denen, aus welchen Gründen auch immer, an rassistische Schemata anschließende Muster der Unterscheidung des Menschen nicht zum Thema werden, bleiben rassistische Differenzierungspraktiken wirksam. Rassismuskritik stellt mithin eine Professionalisierungschance dar, die von Institutionen demokratischer, normativ auf der Idee der Universalität der Menschenwürde gründender Kontexte ergriffen werden muss.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. PAUL MECHERIL, Professur für Erziehungswissenschaft mit dem Schwerpunkt Migration, AG 10, Universität Bielefeld, Konsequenz 41a, 33615 Bielefeld, E-Mail: paul.mecheril@uni-bielefeld.de

ROSALINE M'BAYO, PETRA NARIMANI

»Unsere Station bekommt Farbe« Erfahrungen und Überlegungen einer Betroffenen zu rassistischen Handlungs- mustern im Gesundheitswesen

Mit dem im Titel angeführten Zitat begrüßte die Stationsleitung eines Krankenhauses eine afrikanische Krankenschwester an ihrem ersten Arbeitstag. Sicherlich war der lockere Spruch als ehrlicher Willkommensgruß gemeint. Wie aber fühlt sich die so begrüßte, in Deutschland ausgebildete Fachkraft angesichts einer solchen Bemerkung? Welche Bedeutung für die künftige Zusammenarbeit hat ein derartiger Einstieg in eine Tätigkeit mit höchster Verantwortung?

In diesem Beitrag stehen nicht diejenigen im Fokus, die als Patient*innen beziehungsweise Rat- und Hilfesuchende im Gesundheitssystem von Rassismus betroffen sind. Im Folgenden geht es vielmehr um Mitarbeiter*innen innerhalb des Systems, die zunächst und vor allem als solche zu betrachten sind und deren Fachwissen und Einsatz nicht gemessen werden darf an einem vermeintlichen »Anders sein«.

Rassismus, Diskriminierung, Fremdenfeindlichkeit, Ungleichbehandlung oder Ausgrenzung – gibt es Unterschiede für Betroffene?

Um sich der Frage nach rassistischen Strukturen oder Handlungsmustern im Gesundheitswesen zu nähern, sollte man sich zunächst das eigene Umfeld, das eigene Verhalten und den institutionellen Umgang mit bestimmten Situationen ansehen. Sprechen wir dabei über oder mit von derartigen Situationen Betroffenen?

Rassismus ist ein Begriff, der sich in verschiedene Komponenten aufschlüsseln lässt. Es gibt beispielsweise den sogenannten »Alltagsrassismus«, der Tag für Tag zu ertragen ist und dem nur wenig bis gar nichts entgegengesetzt wird, weil all die kleinen und kleinsten Verletzungen »nur noch« als Nadelstiche spürbar sind. Ein Mensch mit schwarzer Hautfarbe erlebt – völlig unabhängig von seiner Herkunft und seinem sozialen Status – fortlaufend Herabsetzungen und Unter-

scheidungen. Unzählige Erfahrungen variieren in unzähligen Ausprägungen und es ist verwirrend und kaum hilfreich, wenn Betroffene versuchen, die Vielfalt ihrer Erlebnisse zu klassifizieren. Theorien sind nicht geeignet, um Erniedrigungen zu entschärfen. Steht hinter der Abneigung gegenüber einem schwarzen oder als anders klassifizierten Menschen Rassismus oder wird einfach der Charakter nicht gemocht? Dies ist eine Frage, die nicht zu beantworten ist, solange Menschen vorrangig an ihrer Hautfarbe gemessen werden. Dies aber passiert in allen gesellschaftlichen Bereichen, einschließlich des Gesundheitssystems.

Erfahrungen von »Alltagsrassismus« als Mitarbeiterin im Gesundheitssystem

Rosaline M'Bayo berichtet: Aus meiner eigenen, wenn auch sehr kurzen Berufspraxis als in Deutschland ausgebildete Krankenschwester kann ich unzählige Beispiele dafür geben, wie schmerzhaft die vielfältigen Erfahrungen in Zusammenhang mit meiner Hautfarbe waren. So gab es beständig Fragen, mit denen ich in Bezug auf meine Haarzöpfe konfrontiert worden bin: Wie lange hat es gedauert, sie zu flechten? Machen Sie die jeden Tag? Darf ich sie anfassen? Ständig wurde ich gefragt, woher ich komme und wann ich wieder zurückgehe. Auch wenn ich anfangs herzlich darauf reagierte, weil ich die Fragen mit einem gewissen Interesse an meiner Person verband, konnte ich sie bald nicht mehr hören. Da mir die Fragen mit der Zeit lästig wurden, beantwortete ich sie schließlich nur mehr kurz, ohne dass ich die versteckten Aspekte hinter diesen Fragen beachten wollte oder konnte. Die Fragesteller*innen waren mit meinen kurzen Antworten zufrieden und nahmen meine wachsenden Ekelgefühle gar nicht wahr. Eine ganz andere Stufe war erreicht, als mir gesagt wurde, ich solle das Zimmer einer bestimmten Patientin nicht betreten, weil ihre Tochter in einem afrikanischen Land vergewaltigt worden sei. Ich wurde also aufgrund der Erfahrung dieser Patientin stereotypisiert.

Bei einer anderen Gelegenheit wurde ich auf eine Station geschickt, die wirklich übel roch, weil sich dort ein Patient eingekotet hatte. Eine Krankenschwester sagte mir, die ganze Station stinke; ich solle ein Deo benutzen. An diesen Augenblick und insbesondere an mein Gefühl dazu erinnere ich mich bis heute. Ich rannte zur Toilette und schloss mich ein. Viele Dinge gingen mir an diesem Tag durch den Kopf, meine Gedanken liefen wild durcheinander. Ich fragte mich, wer verlieren würde, wenn ich meine Ausbildung abbrähe. Daher entschloss ich mich, meine Ausbildung bis zum Ende fortzusetzen. Die großen und kleinen Verletzungen haben schließlich dazu geführt, dass ich kein Interesse mehr an der Ausübung meines Berufes hatte. Meinen Beruf konnte ich unter diesen dauerhaften Demütigungen nicht länger ausüben. Allein dies sollte Mitarbeiter*innen und Verantwortliche im Gesundheitssystem nachdenklich stimmen.

Auswirkungen von Rassismus-Erfahrungen

Die Erfahrungen im Pflegebereich belasten mich bis heute, physisch wie psychisch. Wenn ich darüber spreche, ringe ich nach Luft. Mir kommen die Tränen. Rassismus, Diskriminierung, Ungleichbehandlung und Ausgrenzung machen krank, das ist allgemein bekannt. Rassismus kann auch – so wie mein Beispiel zeigt – zum vollständigen Rückzug einer im deutschen Gesundheitssystem ausgebildeten und dringend benötigten Fachkraft führen. Seit langem arbeite ich in einem

Projekt, das auf Gesundheitsförderung und Prävention bei Migrant*innen afrikanischer Herkunft spezialisiert ist. Meine eigenen Erfahrungen mit Rassismus fließen in die Arbeit und die Konzepte ein. Ich weiß, wovon ich spreche. Rassismus ist Teil meiner Konzepte und Präventionsbotschaften für afrikanische Frauen. Auch dies sollte das Gesundheitssystem nachdenklich machen.

Können wir unsere Haltung nicht einfach ändern und unsere Kolleg*innen zunächst messen an ihren beruflichen Fähigkeiten und ihren Qualifikationen sowie an einem gemeinsamen Ziel, nämlich dem, einen Beitrag zum allgemeinen gesundheitlichen Wohlergehen dieser Gesellschaft zu leisten? Kann Farbe ein Kriterium für dieses Ziel sein? Brauchen wir tatsächlich eigene Rassismus-Erfahrung, um Präventionsbotschaften für schwarze Frauen glaubhaft und wirksam vermitteln zu können? Weiße Führungskräfte und Mitarbeiter*innen müssen lernen, ihren (scheinbar anderen) Kolleg*innen zuzuhören, ihre eigenen Vorurteile zu erkennen und das tägliche Handeln ganz neu zu sehen. Sie müssen sich ihrer Verantwortung bewusst werden.

Literatur bei den Verfasserinnen

ROSALINE M'BAYO, Expertin für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, Praxis Soziale Forschung, Gesundheitsmoderation, GEDA e.V., Elsenstraße 75, 12059 Berlin, E-Mail: srosaline@gmx.de

DR. PHIL. PETRA NARIMANI, spezialisiert auf Themen rund um die Bereiche Migration, Sucht und Partizipation, GEDA e.V., Elsenstraße 75, 12059 Berlin, E-Mail: petra.narimani@aol.com

SOUZAN ALSABAH

Gesundheitsfolgen von Rassismus und Intersektionalität

Alle Menschen, die in Deutschland leben, sind Teil verschiedener diskriminierender Strukturen. Diese Strukturen können signifikante Auswirkungen auf die Gesundheit haben, gerade, wenn es um Mehrfachdiskriminierung geht. Dieser Artikel macht deutlich, warum es wichtig ist, Intersektionalitätserfahrung in der Gesundheitsarbeit anzuerkennen und wie intersektionale Gesundheitsarbeit aus einer machtkritischen Perspektive funktionieren kann.

Was genau bedeutet Intersektionalität?

Die US-Juristin und feministische Vordenkerin Kimberlé Crenshaw prägte vor 30 Jahren den Begriff Intersektionalität. Er bezeichnet die Verschränkung verschiedener Machtstrukturen und Diskriminierungsformen: Sie bestehen nicht lediglich nebeneinander, sondern beeinflussen und bedingen einander und ergeben in Kombination neue Diskriminierungsformen. Es geht um gesellschaftliche Machtverhältnisse, die Privilegierungen einerseits und Diskriminierungen sowie Benachteiligungen andererseits begründen. Dabei handelt es sich um Konstruktionen und Zuschreibungen. Dennoch sind diese Machtstrukturen gleichzeitig wirkmächtig und allgegenwärtig. Jeder Mensch nimmt eine Position innerhalb dieses Machtgefüges ein. Rassismus ist eine der Diskriminierungsformen, die in Deutschland zum Gesundheitssystem gehören.



Gesundheitliche Folgen von Rassismus und Intersektionalitätserfahrungen

Wir leben also alle in einem rassistischen System, entweder auf der privilegierten oder auf der benachteiligten Seite. Es ist bewiesen, dass Rassismus und vor allem Intersektionalitätserfahrungen als Trauma (griechisch = Wunde, Verletzung) wirken und Folgen für die Gesundheit haben können. Rassismus und weitere Formen struktureller Diskriminierung wirken auf die Betroffenen wie andere Formen von Gewalt: zerstörend, verletzend, eliminierend. Bei Mehrfachbenachteiligung kann sich diese Spürbarkeit potenzieren. Intersektionale Gesundheitsarbeit versucht, rassistischen und diskriminierenden Strukturen sowie ihren Folgen entgegenzuwirken.

Was zeichnet intersektionale Gesundheitsarbeit aus?

Um es ganz einfach zu formulieren, zitiere ich gern eine Gruppe mehrfach marginalisierter junger Frauen, die sich im Zuge einer Tagungsvorbereitung auf den Satz »Ich bin gesund, wenn ich richtig bin« als Definition für Gesundheit geeinigt hat. Machtstrukturen basieren aber darauf, dass ein Teil der Menschen als »nicht richtig« definiert wird; darauf, dass diese Menschen sich niemals richtig fühlen können sollen. Wer also begreift, dass unser Gesellschaftssystem auf diesen Strukturen aufbaut, versteht, wie perfide Behauptungen sind wie: Man müsse sich nur anstrengen, oder: Man solle sich nicht so anstellen. Rassismus ist ein strukturelles Problem, welches individuelle Auswirkungen hat. Keine Person wird je in der Lage sein, Rassismus weg zu meditieren. Allerdings kann, mit Verständnis für die Strukturalität, individuelle Verbesserung und Entlastung bewirkt werden.

In der intersektionalen Gesundheitsarbeit werden strukturelle Benachteiligung und Diskriminierung auf verschiedenen Ebenen mitgedacht. Das bedeutet, dass Lebensrealitäten sichtbar werden, die sonst häufig unsichtbar gemacht werden. Das wiederum führt dazu, dass Menschen sich gesehen, richtig und sicher fühlen können – unbedingte Voraussetzungen für das Angehen gesundheitlicher Probleme. Viele Menschen kommen zu mir, die aufgrund von immer wiederkehrenden Diskriminierungs- und Marginalisierungserfahrungen nicht zu Ärzt*innen gehen (können). Es ist dringend notwendig, dass die Auswirkungen von Machtstrukturen und Inter-

sektionalitätserfahrungen in Deutschland endlich ernst genommen werden. Dafür braucht es ein zunehmend gesamtgesellschaftliches Bewusstsein, mehr Empowerment und sicherere, rassismussensible Räume für Menschen mit Intersektionalitäts- und Rassismus-Erfahrung.

Faktoren unterstützender Praxis / Empowerment

In jeder Praxis, in der es um Gesundheitsarbeit geht, ist es Voraussetzung, dass wir Menschen einen sicheren Ort bieten, in dem jede Person die Möglichkeit hat, mit genau diesem Körper, diesem Geschlecht, dieser Hautfarbe, diesen Möglichkeiten richtig zu sein. Wer versucht, Menschen passend zu machen in einem System, das nur für die wenigsten passt, wird Krankheitssymptome zwangsläufig verstärken. Wenn etwa Ärzt*innen, Heilpraktiker*innen oder Gesundheitsberatung nicht von der Lebensrealität der Patient*innen ausgehen, kann die Behandlung nur scheitern. Wenn allerdings vermittelt werden kann, dass unterdrückende rassistische Systemstrukturen Auswirkungen auf unsere Gesundheit, Selbstbestimmung und Selbstregulierung haben, kann ein Behandlungserfolg erwartet werden.

Auswirkungen unterstützender Praxis

Menschen, denen durch Empowerment der alltägliche strukturelle Rassismus bewusst geworden ist, ändern alles in ihrem Leben. Der Freund*innenkreis, die Liebesbeziehung, alles wird sensibler betrachtet. Es wird wahrgenommen, welche Personen marginalisieren und welche Personen unterstützend sind. Gerade Rassismus im frühen Kindesalter und innerfamiliärer Rassismus haben starke und langfristige Auswirkungen. Wie bei jeder anderen Art der Traumatisierung reagiert der Körper oft, bevor ein Bewusstsein entstehen kann. Empowerment setzt also am besten auf der Körperebene an.

Ein sehr relevanter Aspekt an Intersektionalität ist, dass sie klar macht, wie individuell wir wirklich sind und wie relevant es ist, sich gegenseitig zuzuhören und einer jeden Person die Definitionsmacht über eigene Lebensrealitäten zu überlassen. Keine Benachteiligung und keine Diskriminierung wirken auf zwei Menschen gleich, so dass auch Therapie individuell angepasst werden muss. Das wiederum kann nur eine Person leisten, die nicht vor Auseinandersetzung mit sich selbst zurückschreckt und bereit ist, eigene Positionen innerhalb von Machtstrukturen anzuerkennen. Das bedeutet zuhören und Glauben schenken, um echte Begegnung zu ermöglichen. Wer diesen Weg gehen will und es wirklich ernst meint, kann und sollte sich Unterstützung holen.

Literatur bei der Verfasserin

SOUZAN ALSABAH, Expertin für intersektionale Gesundheit, Therapeutin, Sexualpädagogin, Empowermenttrainerin, Industriestraße 131c, 50996 Köln, E-Mail: kontakt@alsabah.de

Beratungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu Intersektionalität:

www.alsabah.de

www.natashaakelly.com

www.ida-nrw.de

www.holla-ev.de

www.oegg.de

»In meinem persönlichen Arbeitsalltag erlebe ich Rassismus durch fehlende Distanz und Akzeptanz, zum Beispiel durch ungefragtes Duzen oder sehr persönliche Fragen. Manche Patient*innen sagen, dass sie lieber einen »deutschen Arzt« wollen.«

(Oberarzt in einem Universitätsklinikum)

MARTINA TIBBERGER

Critical Whiteness Zur Notwendigkeit hegemonialer Selbstreflexion in Therapie und Beratung

Critical Whiteness ist eine Perspektive, die weniger den offen gewalttätigen Rassismus adressiert, als den alltäglichen; jenen also, der zwar keine Leichen hinterlässt, jedoch umso effektiver in einer »aufgeklärten«, demokratischen Gesellschaft seine Wirkung entfalten kann, da er seinen Protagonist*innen oft nicht bewusst wird. Dieser strukturelle Rassismus ist auch in den Beratungs- und Therapiezimmern weit verbreitet und wird gerade dort sorgfältig de-thematisiert, widerspricht er doch fundamental sämtlichen Prinzipien psychosozialer Arbeit.

Whiteness als de-thematisierte Norm in der rassistischen Gesellschaftsmatrix

Die Critical Whiteness Studies (CWS) gehen von Rassismus als gesellschaftlicher Struktur aus, die auf der symbolischen, strukturellen, sozialen sowie der individuellen Ebene wirkt. Das bedeutet, dass die soziale Praxis aller Menschen davon beeinflusst ist. Die CWS fokussieren also nicht, wie dies lange in der Rassismusforschung der Fall war, das »abweichende« Verhalten von »Täter*innen« am rechten Rand der Gesellschaft und ihre »Opfer«, sondern die Mehrheitsgesellschaft und das ganz unverdächtige Subjekt in ihrer Mitte. Für den deutschsprachigen Kontext ist es nach wie vor irritierend, Begriffe, die mit der Rassen*-Ideologie des Nationalsozialismus assoziiert sind, also etwa das Weißsein*, zu verwenden. Der Versuch nach 1945, mit der Tabuisierung solcher Begriffe die Bedeutung der Kategorie Rasse* für das allgemeine Denken zu beenden, ist allerdings gescheitert. Rassismus ist nach wie vor omnipräsent. Daher ist es für die CWS wichtig, Rassismus als solchen zu benennen (und nicht etwa von Fremden- oder Ausländer*innenfeindlichkeit zu sprechen) und mit ihm auch die Subjektpositionen, die er hervorbringt, und zwar nicht nur Schwarze* oder ‚Ausländer*innen‘, sondern auch diejenigen, die vom Rassismus stillschweigend profitieren: Weiße*, rassistisch De-Markierte. Um zu verdeutlichen, dass Rasse* eine soziale Konstruktion ist, wird in diesem Text das Asterisk (*) aus der Gender-Forschung übernommen.

Rassistisches Wissen in der Werkzeugkiste von Therapie und Beratung

Im Gesundheitswesen bildet sich die rassistische Gesellschaftsmatrix geradezu exemplarisch ab. Sie zeigt sich beispielsweise an der Personalstruktur und der divergierenden Qualität

von Behandlungen, die Mehrheits-Deutsche und migrantische Menschen erfahren. Die oberen Gehaltsklassen im Personal stellen nach wie vor einen nahezu weißen* Raum dar. Je niedriger die Gehaltsklasse, desto mehr rassistisch markierte Menschen finden sich dort. Das Reinigungspersonal ist häufig ausschließlich mit migrantisch oder rassistisch markierten Menschen besetzt. Auch unter den Klient*innen und Patient*innen finden sich überzufällig häufig migrantische Menschen, denn ihre Lebensverhältnisse sind im Durchschnitt schlechter als die der Mehrheits-Deutschen und, wie wir wissen, führen Armut und der dadurch erzeugte Stress zu Krankheiten.

Bereits das Bildungswesen und der Zugang zu akademischen Gesundheitsberufen selektieren die Bevölkerung subtil entlang rassistischer Kriterien. Die evolutionistische Entwicklungsidee der Rassentheorien des 19. Jahrhunderts, die den Zivilisationsgrad mit der Hautfarbe korreliert, materialisiert sich auch heute noch. Nach wie vor wird Weißsein* mit Kompetenz und Bildung assoziiert. Rassistisch und migrantisch markierte Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen müssen immer wieder erleben, dass sie für Reinigungspersonal gehalten werden. Ihnen wird häufig von Patient*innen, aber auch Kolleg*innen Kompetenz abgesprochen und egal wie exzellent sie ihre Arbeit machen, wird diese abgewertet.

Suchen migrantisch oder rassistisch markierte Menschen einen psychosozialen Beratungskontext auf, erfahren sie häufig, dass ihre Probleme von den weißen* Professionellen nicht auf Diskriminierung zurückgeführt, sondern kulturalisiert werden. Das rassistische Wissen über mangelhafte Erziehungsmethoden oder patriarchale Familienverhältnisse wird beispielsweise für das Schulversagen der Kinder in Anwendung gebracht, anstatt die Arbeitslosigkeit, Wohnungsnot und mangelnder Zugang zu Bildungsmöglichkeiten für die Eltern. Das rassistische Wissen wird nicht nur in populärwissenschaftlichen Texten oder Alltagsdiskursen transportiert, sondern auch durch die zeitgenössischen Wissenschaften. Die Lehrbücher der Psychologie beispielsweise sind gespickt mit rassistischem Wissen. Um nur zwei Beispiele zu nennen: Bis 1994 wurde in einem weit verbreiteten psychologischen Wörterbuch das »Stammeln«, als »Hottentottismus« bezeichnet, und Eriksons Entwicklungspsychologie enthält zahlreiche Verweise auf schwarze* Subjektivität und Kultur als Repräsentation für Primitivität. Während also das rassistische Wissen in Theorie und Praxis weit verbreitet ist, fehlt die Vermittlung des Wissens über Rassismus weitgehend in den Curricula der Gesundheitsberufe.

Hegemoniale Selbstreflexion

Weiß* Berater*innen und Therapeut*innen müssen sich ihrer Situiertheit in der rassistischen Gesellschaftsmatrix bewusst sein und in Interaktion mit migrantisch und rassistisch markierten Klient*innen, Patient*innen und Kolleg*innen reflektieren können, welchen Einfluss diese auf die Arbeitsbeziehung haben kann. In manchen Situationen ist diese Situiertheit vielleicht irrelevant, in anderen aber entscheidend für den Erfolg der eigenen Arbeit. Auch wenn weiße* Therapeut*innen und Berater*innen den Rassismus in der Gesellschaft und ihre eigene Involviertheit darin kritisch reflektieren, bleiben sie Repräsentant*innen einer Machtstruktur, deren Kern Whiteness als Signifikant für Überlegenheit bildet. Sie müssen sich also für mögliche Übertragungen sensibilisieren und diese adressieren können. Sie müssen die Arbeits-

beziehung auf Augenhöhe erst herstellen, denn auf struktureller Ebene sind Weiße* und Nicht-Weiße* hierarchisch in der deutschen Gesellschaft positioniert. Sie können das Vertrauen ihrer Klient*innen nur gewinnen, wenn sie diese davon überzeugen können, dass sie sich der Auswirkungen des Rassismus auf das Leben aller Gesellschaftsmitglieder bewusst sind. Sie sollten keine Kompliz*innenschaft mit dem Machtverhältnis, das Whiteness ins Leben ruft, eingehen. Sie sollten also (ihre) Macht teilen.

Literatur bei der Verfasser*in

PROF. (FH) DR. MARTINA TIBBERGER, Studiengang Soziale Arbeit, Fachhochschule Oberösterreich, Campus Linz, Garnisonstraße 21, 4020 Linz, Österreich, E-Mail: martina.tissberger@fh-linz.at

KATJA KAJIKHINA

Rassismus in der Gesundheitskommunikation – Herausforderungen in Forschung und Praxis

Mit der Tätigkeit in Forschung und medizinischer Praxis ergibt sich eine ethische und gesellschaftliche Verantwortung, denn verwendete Sprache, Zuschreibungen und Kategorien können zu Stereotypisierungen führen und zu Marginalisierung und Stigmatisierung von Menschen mit Migrationsgeschichte beitragen. Im gesamten Forschungsprozess von der Konzeption und Datenerhebung bis hin zur Kommunikation der Forschungsergebnisse, aber auch im Versorgungssetting kann rassistische Diskriminierung (re-)produziert werden. Dies muss kritisch reflektiert werden, um die Prozesse in der Gesundheitsforschung, sowie in der Praxis der Prävention und Versorgung diskriminierungs- und rassismussensibel gestalten zu können.

Auch wenn Diskriminierung aufgrund der Kategorien des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (Herkunft, Geschlecht, Religion oder Weltanschauung, Behinderung, Alter und sexuelle Identität) gesetzlich verboten ist, wird im Folgenden bewusst der Begriff diskriminierungssensibel (statt diskriminierungsfrei) verwendet, da es sich um einen fortwährenden Prozess handelt.

Aktuell, aber nicht neu:

Beispiele rassistischer Gesundheitskommunikation

Nicht zuletzt durch die SARS-CoV-2-Pandemie ist die Bedeutung dieser Fragen deutlich geworden. Teilweise war die Rede von einem »chinesischen« Virus und in den Medien wurden einzelne ethnisierte Bevölkerungsgruppen herausgestellt und ihr vermeintliches Verhalten als nicht regelkonform problematisiert – auch wenn dies gar nicht zutraf. Hier zeichnet sich die zentrale Frage ab, ob und inwiefern Herkunft oder (vermeintliche) Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe für die jeweilige Fragestellung relevant ist. Es sollte bedacht werden, dass durch ethnisierende oder kulturalisierende Erklärungsansätze (Herkunft, Tradition, Kultur, Sitten usw.) Prozesse von Generalisierungen und othering (»Fremd-machen«, »zu-anderen-machen«) stattfinden und Differenzen dadurch überhaupt erst entstehen können. Zugleich wird Diskriminierung unsichtbar gemacht und es werden relevante soziale und gesundheitliche Faktoren übersehen. Patient*innen berichten

von Misstrauen oder Nicht-ernst-Nehmen seitens des Fachpersonals, was zu Fehldiagnosen und falschen Therapien führen kann. Ein bekanntes Beispiel ist die nichtexistierende »Diagnose« Morbus Bosphorus oder Morbus Mediterraneus, die mancherorts vergeben wurde, um Beschwerden von den Patient*innen mit einem rassistischen Label zu versehen, statt einer eingehenden Diagnostik und entsprechender Therapieempfehlung. Deshalb müssen Zuschreibungen, Missverständnisse und Stereotypisierungen als wichtige Zugangsbarrieren im Gesundheitswesen gesehen werden.

Aber wenn die Herkunft doch eine Rolle spielt?

Wenn migrationsspezifische Aspekte eine Rolle spielen, sollten diese konkret benannt werden: Welche Migrations- oder Fluchtgeschichte liegt vor, welche gesundheitlichen Belastungen gingen damit einher? Wie ist die Aufenthaltsdauer oder welche Sprachkenntnisse sind vorhanden? Wie ist die soziale oder rechtliche Situation? Auch Arbeits- und Bildungsbiografien tragen entscheidend zur gesundheitlichen Lage bei und sollten Berücksichtigung finden. Hierbei kann eine Bewertung aufgrund eines Migrationshintergrunds, der Staatsangehörigkeit oder des Herkunftslandes die gesundheitlichen Lagen und Bedarfe nicht ausreichend abbilden. Dabei sollten auch Wechselwirkungen zwischen verschiedenen sozialen Kategorien wie Herkunft, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Aufenthaltsstatus oder Diskriminierung bedacht werden.

Verständnis, Vertrauen, gute Versorgung

Hier geht es nicht ausschließlich um die sprachliche Dimension. Studien zeigen, dass eine gute Gesundheitskommunikation einen essenziellen Bestandteil von funktionierenden Gesundheitssystemen darstellt und zur Reaktionsfähigkeit dieser beiträgt (responsiveness). Neben Sprache sind auch Vertrauen, Zugang zu Informationen und verständliche Darstellung wichtig sowie der Zeitumfang, der für Kommunikation und Versorgung anberaumt wird. Vertrauen spielt insgesamt in der Versorgungsqualität eine große Rolle, und auch hieraus ergibt sich die Notwendigkeit eines rassismussensiblen Umgangs. Wird durch Erfahrungen mit Rassismus das Vertrauen der Betroffenen beeinträchtigt, schlägt sich dies unmittelbar in den gesundheitlichen Outcomes nieder: in der geringeren oder verspäteten Inanspruchnahme notwendiger Leistungen, häufigerem Arzt*innenwechsel, Chronifizierung von Erkrankungen, Verschiebung der Inanspruchnahme von Primär- zur Tertiärtherapie.

Inklusive und diversitätssensible Gesundheitskommunikation

Es scheint nicht nur eine Frage der sprachlichen Ausschlüsse zu sein, vielmehr ist eine aktive und gezielte Inklusion notwendig. Kommunikation von Gesundheitsinformationen sollte in verschiedenen Formaten und Sprachen stattfinden und ein Ansprechen von unterschiedlichen Dialoggruppen zum Ziel haben. Das umfasst unterschiedliche Medienformate, Übersetzungen von Informationsmaterial sowie qualifizierte Sprachmittlungsangebote. Dabei können Partizipation und Interaktion von Fach-, Praxis- und Betroffenenengruppen hilfreich sein, um eine verbesserte Einbeziehung und Erreichbarkeit zu erzielen. So kann bestehendes Wissen berücksichtigt und in andere Bereiche der Forschung und Praxis übertragen werden – unter der Einbindung der Betroffenenperspektive.

Kommunikation ist wichtig – mit Blick auf die Strukturen

In der Diskussion um diskriminierungssensible Kommunikation ist es notwendig zu betonen, dass es keine reine Frage der Haltung, Sprache und Einstellung ist. Zugang zu gesunden Lebenswelten, zu Arbeit, Bildung oder Wohnungsmarkt strukturiert auch den Zugang zu gesundheitlichem Wissen und Versorgung. So notwendig eine kritische Reflexion von Kommunikation und Zuschreibungen auch ist: Fragen struktureller Ausgrenzung dürfen hierbei nicht außer Acht geraten.

Literatur bei der Verfasserin

DR. KATJA KAJIKHINA, Fachgebiet Soziale Determinanten von Gesundheit, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin, Nordufer 20, 13353 Berlin
E-Mail: kajikhinaK@rki.de

SOLMAZ GOLSABAHI-BROCLAWSKI

Rassismus im medizinischen Alltag und in der Lehre

Im so genannten Genfer Gelöbnis haben medizinische Professionen, insbesondere Ärzt*innen, erklärt, dass für sie ethnische Herkunft, Staatsangehörigkeit oder das so genannte Wort »Rasse« in der Behandlung keine Rolle spielen. Wie dieser Artikel zeigt, ist die Realität im medizinischen Alltag aber eine andere.

Das Studium der Medizin fokussiert sich auf Krankheitsbilder, die bei Populationen aus Mitteleuropa, Nordamerika, gelegentlich Südamerika und Asien im Rahmen der Forschung der letzten Jahrhunderte beobachtet wurden. Dabei beziehen sich die meisten Beobachtungen auf den männlichen, durchschnittlichen Körper aus diesen Regionen. Das Studium schafft damit oft unbewusst und ungewollt Ungleichheiten in der medizinischen Diagnostik und daraus resultierend in der Behandlung, die einem großen Teil der Erdbevölkerung nicht gerecht wird. Die Menschheit ist, zum Beispiel bei der Haut, auch durch geographische und räumliche Verteilung deutlich diverser, als ihr die Lehre zugesteht.

Wenn tatsächlich auf Besonderheiten aus Regionen hingewiesen wird, die zuvor nicht im Fokus der Forschung standen, entsteht schnell eine Art Voyeurismus bei der Darstellung des Phänomens. Die Inhalte werden aus fehlender Sensibilität oft als eine Sonderform dargestellt. Die Statistik widerspricht dem, denn bekanntlich ist die Mehrheit der Erdbevölkerung weder männlich noch weiß, sondern viel bunter.

Rassismus in der Diagnostik und Beurteilung von Schmerz

Vor nicht allzu langer Zeit begann man insbesondere im angelsächsischen Raum, aber auch im gesamten EU-Raum damit, sich aus der Not heraus dieser Thematik anzunehmen: Patient*innen, die nicht dem typischen weißen und männlichen Erscheinungsbild entsprechen, sollte eine optimale Versorgung gewährleistet werden. Bereits 2016 wurde in der US-amerikanischen Fachzeitschrift »Proceedings of the National Academy of Sciences« der Artikel »Rassistische Vorurteile bei der Schmerzbeurteilung und Behandlungsempfehlungen sowie falsche Vorstellungen über biologische Unterschiede zwischen Schwarzen und Weißen« veröffentlicht. Er

handelt von Fehldiagnostik und Fehlbehandlung von Afroamerikaner*innen und zeigte auf, dass diese bis zu 57 Prozent weniger Schmerzmedikation erhalten als andere Patient*innengruppen. Häufig werden ihre Symptome als Simulation gedeutet und nicht ernst genommen, denn noch immer lebt die Idee fort, dass Menschen mit einer dunklen Pigmentierung eine dickere Haut und somit eine höhere Schmerzresistenz hätten und daher weniger Medikamente bräuchten.

An der University of Sussex forscht die Soziologin Aleksandra Lewicki bereits seit Jahrzehnten über Ungleichheit und Rassismus in Großbritannien im Vergleich zum mitteleuropäischen Raum. Sie weist darauf hin, dass Migrant*innen im Gesundheitssystem nicht nur wegen sprachlicher oder so genannter kultureller Barrieren, sondern wegen mangelnder Kenntnisse der Pathophysiologie der Erkrankungen in anderen Regionen der Erde weniger gut versorgt werden. Auch in Deutschland stellt etwa das Feld der Notfallmedizin ein besonders prägnantes Beispiel für die Risiken dar, die aus solcher Unkenntnis entstehen können: Hier sind der Blick auf Hautveränderungen, Blutergüsse, Lippenfarbe oder auch die Suche nach Venen und das Legen eines Zugangs Momente eines ersten In-Augenschein-Nehmens. Auf den ersten Blick sollten Mediziner*innen in der Lage sein, zu erkennen, wo der Schwerpunkt liegt. Studierenden wird dieses in der Literatur durch Bilder vermittelt, die Veränderungen im Vergleich zu der weißen Grundfarbe zeigen. Ein Verständnis seitens der Mediziner*innen darüber, wie sich diese Veränderungen im Vergleich zu anderen Grundschattierungen der Hautfarbe zeigen, kann so kaum entstehen. In der Notfallmedizin können allein dadurch entscheidende Sekunden verloren gehen, sogar folgenschwere Fehlentscheidungen sind möglich.

Diagnose von Hautkrankheiten: Bewusstsein bilden, Bewusstsein schaffen

Allerdings ist bei medizinischem Personal kaum ein Bewusstsein über eigene rassistische Bilder vorhanden. Mittlerweile ist dieses Problem auch in den Katalogen des Medizinstudiums angekommen. Der nationale kompetenzbasierte Lernzielkatalog für Medizin integriert kulturelle Begriffe, transkulturelle Kenntnisse und die Auseinandersetzung mit der Vielfalt der Pathophysiologie in medizinische Lehrausbildungen. In Deutschland gibt es bereits viele Bemühungen, sich im Rahmen von Seminaren, Vorträgen und Weiterbildungsprogrammen mit dem Transkulturellen auseinanderzusetzen und in die Tiefe der Materie einzusteigen.

Für die Schaffung von Bewusstsein für einen sensiblen diagnostischen Umgang mit den unterschiedlichen Erscheinungsbildern, die Erkrankungen je nach Patient*in haben können, gibt es mit der Online-Plattform »blackandbrownskin.co.uk« ein starkes Vorbild außerhalb Deutschlands. Sie wurde durch den englischen Arzt Malone Mukwende begründet, als ihm auffiel, dass die Bilder zur Symptomatik von Krankheiten in medizinischen Büchern der Vielfalt im klinischen Alltag nicht gerecht wurden und dadurch eher verwirrten. Insbesondere im Bereich der Hautkrankheiten wird deutlich, dass die in den Lehrbüchern dargestellten Bilder Patient*innen mit dunklerer Hautpigmentierung außer Acht lassen, deren Haut bei einer Erkrankung ein anderes Erscheinungsbild annimmt als bei hellhäutigen Menschen. Das Interesse und die Reaktionen auf diese Erkenntnis waren beeindruckend. Malone Mukwende stellte zum Beispiel eine Lyme-Borreliose, also eine

»Wer sich nicht von einer Pflegerin mit anderer Hautfarbe als »weiß« behandeln lassen will, hat [bei uns] sofort Assistenzärzte, Oberärzte und sogar die Cheförztn am Bett stehen, die ihnen die Sachlage erklären. In harten Fällen von Rassismus: Entlassung aus der Behandlung.«

(Stationsleiterin in der Pflege)

»Hat eine Kollegin eine andere Hautfarbe als »weiß«, ist nett, aber eher zurückhaltend in ihrem Auftreten, erfährt sie Schikanen und Drangsalierungen, wird wie eine Leibeigene herumkommandiert.«

(Stationsleiterin in der Pflege)

Erkrankung mit Hautausschlag und deren Symptome vor. Bei Menschen mit weißer Hautfarbe sind Rötung und Hautausschlag kaum zu übersehen, doch je dunkler die Hautfarbe der Patient*innen, desto schwieriger wird die Hautdiagnostik. Insbesondere dann, wenn der*die Ärzt*in die Krankheit nicht verstanden oder nicht so oft gesehen hat und sich auf die typischen, also hellhäutigen, Hautausschlagbilder der Literatur beziehen muss. Häufig wird so ein mentales Bild geprägt, das bei Patient*innen, die eine andere phänotypische Erscheinung haben, zu Verkennungen oder gar zu Fehldiagnosen führen kann. Um dem entgegenzuwirken, veranschaulicht die Online-Plattform, wie vielfältig Krankheiten bei unterschiedlichen Hautfarben aussehen können. Mukwende erklärt anhand vieler Krankheitsbilder schwer zu findende Symptomfehler, damit Ärzt*innen und andere Gesundheitsberufe bei allen Patient*innen korrekte Diagnosen stellen können.

Fazit

Die medizinische Ausbildung basiert auf jahrhundertelanger Forschung, die auf die männliche weiße Bevölkerung fokussiert war. Es ist an der Zeit, dass Lehrbücher und Lehrinhalte auf die Vielfalt und Diversität in der Medizin eingehen. Tief verankerte rassistische Mechanismen erschweren den respektvollen Umgang nicht nur in der Forschung und Lehre, sondern auch im klinischen Alltag. Die Auseinandersetzung begann mit den Beauftragten in den Gremien der Ärztekammer und im Gesundheitsministerium und sollte nicht mit Publikationen enden. Notwendig sind auch Supervisionen, Workshops und gemeinsamer Austausch von Mediziner*innen unterschiedlicher Couleur. Das Negieren der Problematik muss ein Ende haben, auch, wenn der Dialog manches Mal herausfordernd wird.

Literatur bei der Verfasserin

DR. MED. SOLMAZ GOLSABAHİ-BROCLAWSKI, Medizinisches Institut für transkulturelle Kompetenz, Obernstraße 1a, 33602 Bielefeld, E-Mail: s.golsabahi-broclawski@mitk.eu

MIMOUN AZIZI

Rassismus und Zugangsbarrieren auf dem Weg in die ärztliche Tätigkeit

Deutschland ist de facto seit den sechziger Jahren ein Einwanderungsland. Inzwischen haben mehr als 22,3 Prozent der in Deutschland lebenden Menschen einen Migrationshintergrund. Das spiegelt sich auch im Gesundheitssystem wider. Ohne Ärzt*innen und Pflegekräfte mit Migrationshintergrund – davon ca. 320.000 aus dem Ausland – wären sehr viele deutsche Kliniken nicht mehr in der Lage, ihren Betrieb aufrechtzuerhalten. Wegen des ausgeprägten Fachkräftemangels ist weitere Zuwanderung erforderlich. Dennoch belegen zahlreiche Studien, dass Patient*innen mit Migrationshintergrund aufgrund sprachlicher Barrieren und unterschiedlicher Sozialisation enorme Schwierigkeiten im Gesundheitssystem haben. Erschwerend kommt der zunehmend offene Alltagsrassismus hinzu. Doch wie ist es mit Ärzt*innen mit Migrationshintergrund? Erfahren auch diese Rassismus? Das Ziel dieses Artikels ist es, die Diskriminierungsmechanismen auf dem Weg zur Tätigkeit als Ärzt*in zu entlarven, ihre Auswirkungen auf die Betroffenen zu diskutieren und mögliche Lösungsansätze zu erörtern.

Thema Fachprüfung zur deutschen Approbation

Angaben des statistischen Bundesamtes ist zu entnehmen, dass Ausländer*innen und deutsche Staatsbürger*innen mit Migrationshintergrund sowohl in Berufsausbildungen als auch im Studium im Verhältnis deutlich unterrepräsentiert sind. Doch auch nach dem Abschluss gibt es noch Mechanismen der Diskriminierung, welche die berufliche Laufbahn behindern können. So zeigt eine österreichische Studie, dass Bewerber*innen mit Migrationshintergrund deutlich mehr Bewerbungen auf Stellenausschreibungen rauschicken müssen als andere, um dieselbe Anzahl von Einladungen zu erhalten. Dabei hatten alle Kandidat*innen ihren gesamten Schulverlauf in Österreich absolviert, sodass von fehlenden Sprachkenntnissen nicht ausgegangen werden durfte.

Besonders für Ärzt*innen, die erst seit wenigen Jahren in Deutschland sind, ist es sehr schwer, einen Arbeitsplatz zu finden. Das liegt nicht nur an der Sprachbarriere, sondern auch daran, dass bestimmte Behörden den Zugang zum bereits gefundenen Arbeitsplatz erschweren. Nicht selten werden Qualifikationen in Deutschland nicht anerkannt. Die dann erforderliche Fachkenntnisprüfung zur Erlangung der deutschen Approbation gilt als schwer und unberechenbar. Sie unterliegt einer gewissen Willkür und hängt häufig davon ab, ob die Prüfer*innen den zu Prüfenden wohlgesonnen sind oder nicht. Dies ist leider nicht häufig der Fall. Die Durchfallquote ist sehr hoch, obwohl diese Ärzt*innen bereits mit Fachsprachprüfung und Arbeitserlaubnis erfolgreich in deutschen Krankenhäusern tätig sind und Supervision erhalten. Bereits hier erfahren Ärzt*innen, deren Approbationen in Ländern erworben wurden, deren Abschlüsse in Deutschland nicht anerkannt werden, eine enorme Benachteiligung. Gleichzeitig wird unterschieden, wo Medizin studiert wurde: Ärzt*innen aus Rumänien bekommen die Approbation ohne Fachkenntnisprüfung, Ärzt*innen aus Tunesien oder der Türkei müssen sie ablegen. Dabei zeigen sich im klinischen Alltag keine Unterschiede zwischen Ärzt*innen, die in Rumä-



nien studiert haben und seit einem Jahr in Deutschland leben und arbeiten und Ärzt*innen, die in Tunesien studiert haben und seit einem Jahr in Deutschland leben und arbeiten. Hier wird also nach Herkunft unterschieden, ohne wirklich auf die Qualifikationen und Qualitäten der Betroffenen einzugehen. Das Nichtbestehen der Fachkenntnisprüfung führt nicht selten zum Arbeitsplatzverlust. Das passiert nicht, weil der* die Arbeitgeber*in diskriminierend agiert, sondern weil es womöglich eine*n Bewerber*in gibt, der*die bereits die deutsche Approbation besitzt. Die Defizite dieser Menschen sind weniger fachlicher Natur, vielmehr steht die Sprachproblematik im Vordergrund, die durch einen intensiven und systematischen Unterricht behoben werden könnte. Doch was ist mit Ärzt*innen mit Migrationshintergrund, die hier geboren worden sind, das gesamte deutsche Schulsystem durchlaufen haben, die nun auch das Humanmedizin-Studium erfolgreich absolviert haben und es dennoch schwer haben, entsprechende Ausbildungsplätze zu finden? Hier kann es sicherlich nicht an der Sprache liegen. So zeigen Studien, dass Ärzt*innen, die ein Kopftuch tragen, kaum zu Vorstellungsgesprächen eingeladen werden und wenn doch, dass sie dabei selten erfolgreich sind.

Lösungsansätze

Es scheint unabhängig von ihren Leistungen und Fähigkeiten eine herkunftsabhängige Kaskade in der Diskriminierung, in der Stigmatisierung und in der Bewertung von Ärzt*innen zu existieren. Dass diese Art der Behandlung die Betroffenen seelisch und körperlich zugrunde richten könnte, daran scheint niemand zu denken. Insbesondere die Fachkräfte, die in den letzten Jahren nach Deutschland gekommen sind, haben kaum Anlaufstellen bei (psychischen) Erkrankungen. Es wäre wünschenswert, unnötige Prüfungen abzuschaffen, administrative Hindernisse zu mindern und Sprachkurse sowie Antidiskriminierungsinitiativen zu intensivieren. Gleichzeitig müssen Mechanismen in Kraft treten, die Benachteiligungen gesetzlich nicht nur verbieten, sondern auch ahnden. Es sollten Studien durchgeführt werden, die das Leben und die Probleme der Fachkräfte mit Migrationshintergrund erforschen, um passende Hilfsangebote aufbauen zu können. Es darf daran

erinnert werden, dass Fachkräfte aus dem Ausland gut ausgebildet nach Deutschland kommen und den deutschen Staat im Hinblick auf Ausbildung und Studium finanziell nicht belasten. Arbeitgeber*innen müssen an die Öffentlichkeit treten und die enorme Bedeutung und Leistung zugewanderter Fachkräfte würdigen. Den Patient*innen sowie Angehörigen muss klargemacht werden, dass eine adäquate Versorgung nur durch Zuwanderung gewährleistet werden kann. In der derzeitigen Lage könnte man fast meinen, dass die deutsche Gesellschaft davon ausgeht, die Fachkräfte kehren wieder in ihre Heimatländer zurück, sobald sich das Gesundheitssystem erholt hat. Das ist derselbe Fehler, der bei den Einwander*innen in den 1960er Jahren gemacht worden ist, denn inzwischen leben Menschen mit Migrationshintergrund in der dritten Generation in Deutschland und leiden nach wie vor unter ähnlichen Benachteiligungen, Stigmatisierungen und Diskriminierung wie ihre Eltern vor mehr als 50 Jahren.

Literatur beim Verfasser

MG. DR. MED. MIMOUN AZIZI, M.A., VAMED Klinik Hagen-Ambrock, Ambrocker Weg 60, 58091 Hagen, E-Mail: m-azizi@gmx.de

Anmerkung der Redaktion

In diesem Heft geht es um Rassismus in Deutschland. Der Blick zurück in der Mitte des letzten Jahrhunderts darf dabei nicht vergessen werden. Die nationalsozialistische Rassenideologie prägte das gesamte Staatswesen des NS-Staates. Im nachfolgenden Artikel zeigt der Autor eindrücklich den rassistischen Unterbau der nationalsozialistischen Eugenik-Programme, welche noch bis zu 50 Jahre später in der Bundesrepublik relativiert wurden.

BERND GAUSEMEIER

»Rasse« und »Erbgesundheit« im NS-Staat

Der nationalsozialistische Staat baute nicht nur insofern auf Rassismus auf, als er die Ausschließung von »Fremdrassigen« aus der »Volksgemeinschaft« anstrebte. Seine ganze Ideologie basierte darauf, dass alle gesellschaftlichen Verhältnisse auf die »rassische« Zusammensetzung einer Bevölkerung zurückzuführen waren. Zugleich zielte seine Gesundheitspolitik unter dem Leitbegriff der »Rassenhygiene« auf die Ausschaltung dem mutmaßlich »Erbkranker« aus der Fortpflanzung ab. In welchem Verhältnis aber standen die Reduktion von Gesundheit auf ein gesundes Erbgut und das Fernziel einer nach Rassenkriterien neugegliederten Gesellschaft? Waren sie verschiedene Formulierungen desselben rassistischen Programms oder unterschiedliche Ansätze biologischer Politik?

Der Begriff der »Rassenhygiene«

Ein Grundproblem dieser kontrovers diskutierten Frage ist die Vielschichtigkeit des Begriffs »Rasse«. Als der Arzt Alfred Ploetz 1895 den Begriff »Rassenhygiene« prägte, verstand er dabei »Rasse« als die Gesamtheit des Erbgutes einer Bevölkerung. Die zugrunde liegende Theorie dieser neuen Form der »Hygiene« war, dass die westlichen Kulturvölker einerseits von einer steigenden Verbreitung von Erbkrankheiten und andererseits durch eine zu geringe Fortpflanzung der »kul-

turtragenden« Schichten bedroht seien. Alles politische Handeln, so die daraus abgeleitete Forderung, müsse auf die Bekämpfung dieser Gefahr ausgerichtet werden. Dies entsprach ganz dem Programm, das international und national unter dem Namen »Eugenik« verbreitet war. Dass in Deutschland der Begriff »Rassenhygiene« geläufiger wurde, wird oft dahingehend interpretiert, dass im Gegensatz zu anderen westlichen Ländern das Ziel der Bevorzugung oder gar Züchtung eines bestimmten Rassentypus hier im Vordergrund gestanden habe. Tatsächlich war für die von Ploetz ausgehende Bewegung die Idee zentral, über die Leistungsfähigkeit eines Volkes entscheide vor allem der Zustand seiner natürlichen Führungsschicht, der »nordischen« Rasse. Entsprechende Herrenrasse-Ideen prägten aber ebenso die US-amerikanische und britische Eugenik. US-Eugeniker waren in den 1920er Jahren maßgeblich an der Durchsetzung einer gegen Asiat*innen, Süd- und Osteuropäer*innen gerichteten Immigrationsgesetzgebung beteiligt. Ängste vor einer Überflutung durch die vermeintlich fruchtbareren Osteuropäer*innen gehörten auch zum ideologischen Gerüst der deutschen Rassenhygiene; ihre politische Agenda kreiste aber vor allem um bereits im deutschen Erbgut vorhandene Gefahren. Wenn ihre radikaleren Vertreter*innen bis zu ein Drittel der Bevölkerung für minderbegabt und krankheitsanfällig erklärten, identifizierten sie diese kaum mit fremden Rassentypen, sondern in erster Linie als Folge einer durch die Zivilisation gestörten Auslese.

Gesetz zur »Verhütung erbkranken Nachwuchses«

Das 1933 eingeführte »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« (GzVeN) sah die zwangsweise Sterilisation der Träger*innen von »Erbkrankheiten« vor, ohne dabei auf Kriterien der »Rasse« oder Herkunft Bezug zu nehmen. War die »Erbgesundheitspolitik« also völlig unabhängig von Rassenkonzepten? Zumindest spielte für sie jene im NS-Staat dogmatisierte Rassenlehre keine Rolle, nach der sich die deutsche und andere europäische Bevölkerungen aus »nordischen«, »mediterranen«, »ostischen« und anderen Rassen zusammensetzten, denen jeweils unveränderliche körperliche und geistige Merkmale zugeschrieben wurden. Niemand wurde allein aufgrund von zu wenig »nordischer« Schädelform oder Haarfarbe sterilisiert. Das bedeutet jedoch nicht, dass das GzVeN eine zwar ethisch fragwürdige, aber »neutrale« medizinische Maßnahme war. Nicht nur waren scheinbar eindeutige medizinische Indikationen wie Schizophrenie oder »manisch-depressives Irresein« tatsächlich weit dehnbar. Vor allem wurde der Großteil der Sterilisationsfälle – über 60 Prozent – mit der unscharfen Kategorie des »erblichen Schwachsinn« begründet, welche prinzipiell auf alle Menschen anwendbar war, die irgendeine Form abweichenden Verhaltens zeigten. Dabei war die Grenze zwischen der Stigmatisierung nach dem eugenischen Konstrukt einer allgemeinen erblichen »Minderwertigkeit« und nach rassistischen Kategorien fließend.

Zwangssterilisationen und rassistische Kategorisierung

Sinti und Roma (sowie Menschen, die behördlicherseits als solche eingestuft wurden) galten als »fremdrassig« und zugleich, aufgrund ihrer angeblichen Anlage zu Kriminalität und »asozialem« Verhalten, als besonderes rassenhygienisches Risiko. Gezielte Bemühungen von Reichs- und Lokalbehörden führten zu überdurchschnittlich vielen Sterilisationen in diesen Gruppen, fast durchweg unter Anwendung der Indikati-

on »Schwachsinn«. Auch die jüdische Bevölkerung, die ebenfalls vom deutschen »Volkskörper« getrennt werden sollte und demnach eigentlich nicht für dessen »Erbgesundheit« relevant war, geriet nicht selten in die Mühlen der Sterilisationsbürokratie. Dabei spielte das alte Stereotyp von der jüdischen Veranlagung zu Nervenkrankheiten eine gewichtige Rolle. Besonders deutlich zeigte sich der Übergang zum gruppenbezogenen Rassismus im Falle der Kinder, die aus Beziehungen zwischen deutschen Frauen und außereuropäischen Soldaten der französischen Besatzungsarmee hervorgegangen waren. Schon in der Weimarer Republik parteiübergreifend als minderwertige »Rheinlandbastarde« diffamiert, wurden nach 1933 Hunderte von ihnen in einer Geheimaktion sterilisiert. Die NS-Behörden wählten diesen Weg, weil sie befürchteten, im Ausland werde ein Vorgehen nach dem GzVeN als Beweis angesehen, dieses könne prinzipiell als Waffe gegen alles Fremde gerichtet werden. Sie wollten mithin vermeiden, dass die rassistische Dimension der »Erbgesundheitspolitik« offenkundig wurde.

Relativierungsversuche in der Bundesrepublik

In der Bundesrepublik sollte es über 50 Jahre dauern, bis das GzVeN endgültig als NS-Unrecht geächtet wurde. Seine Apologet*innen verteidigten es mit dem Argument, es sei nicht rassenideologisch, sondern rein medizinisch-wissenschaftlich begründet gewesen. Dass wissenschaftliche Ideen die Grundlage für Diskriminierung und Verfolgung sein können, war eine Erkenntnis, die sich nur in langsamen Schritten verbreitete.

Literatur beim Verfasser

DR. PHIL. BERND GAUSEMEIER, Institut für Ethik, Geschichte und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, E-Mail: Gausemeier.Bernd@mh-hannover.de

KAJA B. SCHELLENBERG, BERNADETTE TUSCH

Reha-Förderung von Geflüchteten Struktureller Rassismus in Diagnostik und Förderkette

Zwischen dem Anspruch einer guten gesundheitlichen Versorgung von geflüchteten Menschen in Deutschland und der Erfahrung aus der Praxis des Projekts FairBleib Südniedersachsen-Harz, mit dem Handlungsschwerpunkt Integration von Asylbewerber*innen und Flüchtlingen (IvAF), wird eine Ungleichbehandlung auf institutioneller Seite deutlich. Dabei zeigt sich, dass es nicht um die bestmögliche medizinische Behandlung oder Förderung geht, sondern lediglich um die zu einem bestimmten Zeitpunkt mit dem jeweiligen Aufenthaltsstatus rechtlich mögliche. Dies findet vom Antidiskriminierungsschutz keine ausreichende Beachtung. Hinzu kommt eine oftmals unüberwindlich erscheinende Sprachbarriere, unzureichender Dolmetscher*inneneinsatz und Unkenntnis von Fördermöglichkeiten. Das Beispiel aus unserer Praxis zeigt, dass es oft nur durch nachdrücklichen Einsatz und umfassende Kenntnisse der selbst für Fachexpert*innen komplexen unterschiedlichen Rechtskreise möglich ist, Diagnostik, Begutachtung und Fördermöglichkeiten zu erlangen.



Beispiel aus der Praxis

A. B. ist 2013 aus seinem Heimatland, in dem er ein IT-Studium absolviert hat, geflüchtet. Seine politische Betätigung wäre Asylgrund, da er aber über Italien in die EU eingereist ist, wird er in das Ersteinreiseland abgeschoben. A. B. erleidet ein Schädel-Hirn-Trauma, nachdem er von politischen Gegner*innen aus seiner Heimat zusammengeschlagen wird. Durch seine dort flüchtlingstypische Obdachlosigkeit bleibt dieses weitgehend unbehandelt. Als er 2014 zurück nach Deutschland kommt, ist er verändert: Er stottert, hat deutliche Wortfindungs-Schwierigkeiten, leidet unter Konzentrationsproblemen. Durch einen Gerichtsbeschluss erhält er den Status einer Duldung: Er ist zwar ausreisepflichtig, kann aber aus rechtlichen Gründen nicht abgeschoben werden, da das Asylverfahren nun in Deutschland durchgeführt werden muss. Eine Duldung wird für ein bis drei, in Ausnahmefällen für sechs Monate ausgestellt. Im Sprachkurs wird deutlich, dass es ihm schwerfällt, dem Unterricht zu folgen. Ein Praxistag in »seinem« Beruf zeigt, dass er nicht mehr im IT-Bereich arbeiten kann und A. B. wünscht sich eine Umschulung für Lagerlogistik. Er wird zurück in Sprachkurse geschickt, da Flüchtlingsberatung und Agentur für Arbeit meinen, dass er noch nicht gut genug Deutsch sprechen würde.

Durch ein eigenes Schädel-Hirn-Trauma mit anschließenden Wortfindungsstörungen erkennt die FairBleib Beraterin 2018: A. B.s Weise sich auszudrücken hat weniger mit mangelndem Sprachvokabular, sondern mit Wortfindungsstörungen und Stottern zu tun. Seine Unfähigkeit, den erlernten Beruf auszuüben, hängt vor allem mit dem erfahrenen Trauma zusammen. Die Bundesagentur für Arbeit (BA) wird über diese Erkenntnisse informiert und ein Antrag auf Umschulung gestellt. Uns wird mitgeteilt, dass zunächst ein Behindertenausweis beantragt werden muss. Die ebenfalls stotternde Beraterin der daraufhin aufgesuchten EUTB-Beratungsstelle (ergänzende unabhängige Teilhabeberatung) kann die Symptomatik sofort nachvollziehen und empfiehlt eine*n HNO-Spezialist*in zur Diagnostik. Der Arzt und auch später Mediziner*innen der Uniklinik geben die Rückmeldung, sie könnten mangelnde Sprachkenntnis und Wortfindungsstörungen/Stottern nicht differenzieren. Um einen Dolmetscher*inneneinsatz, der hier Klarheit bringen würde, will man sich aber nicht kümmern und schickt A. B. stattdessen weg. Erst ein durch erneute Intervention stattfindender zweiter Untersuchungstermin in der Klinik mit Begleitperson führt zu einer Behinderungseinstufung von 30 Prozent im Dezember 2019.

Nach Vorlage des Feststellungsbescheids bei der BA und erneuter Beantragung einer Umschulung lautet die Antwort wiederum, dass zunächst die Deutschkenntnisse verbessert werden müssten. Daraufhin wird von uns die Gleichstellung nach § 151 Abs. 2 SGB IX beantragt, begründet mit der Antwort der Sachbearbeiterin, die trotz vorgelegtem Feststellungsbescheid nicht erkennt, dass hier kein sprachlicher Mangel, sondern eine Behinderung vorliegt. Die Gleichstellung wird im August 2020 beschieden, woraufhin der dritte Antrag auf Umschulung folgt. Die BA setzt nun eine Arbeitserprobung voraus, um zu klären, ob A. B. mit seiner Behinderung in der Lage ist, die Umschulung zu bewältigen. Im Corona-Jahr 2020 ist es unmöglich, einen Platz in einer Arbeitserprobung zu bekommen. Nach Auskunft des Rehabilitationsträgers ist unklar, wann es überhaupt wieder möglich sein wird. Dieser rät zur erneuten Nachfrage im Frühjahr 2021. Die Sachbearbeiterin der Reha-Abteilung der BA trägt eine Umschulung dennoch nicht mit. Hierfür reichen ihrer Meinung nach die sprachlichen Kenntnisse noch nicht aus. Eine Arbeitserprobung befürwortet sie, da das der empfohlenen Vorbereitung auf eine Qualifizierung laut Gutachten entspricht. Zu beachten wäre allerdings, dass eine Förderung im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben maximal bis zum Ende der Duldungsdauer möglich sei. Die Umschulung dauert ein Jahr, die Duldung wird zurzeit für drei Monate ausgestellt. Aktuell arbeitet A. B. mit einem abgeschlossenen Studium als Produktionshelfer.

Erkenntnisse aus dem Fallbeispiel

Wie auch immer die weiteren Möglichkeiten für unseren Klienten sich entwickeln werden, so haben wir doch einiges aus der Begleitung gelernt: Expert*innen können jeweils nur in ihrem Bereich die komplexen Sachverhalte überblicken. Im Bereich der Migrationsberatung fehlt spezifisches Wissen über Diagnostik, Begutachtung und Förderung bei Behinderungen – und genauso sind Expert*innen für Rehabilitation oft blind für Zwänge und Sachverhalte im Aufenthalts- und Asylrecht. Diesem Mangel begegnet die Fortbildungsreihe »Flucht und Behinderung« der IvAF-Verbünde sowie der »Leitfaden zur Beratung von Menschen mit einer Behinderung im Kontext von Migration und Flucht« von Maren Gag und Dr. Barbara Weiser.

Literatur bei den Verfasserinnen

KAJA B. SCHELLENBERG, BERNADETTE TUSCH, FairBleib Südniedersachsen-Harz, IfaK e.V., Am Leinekanal 4, 37073 Göttingen, E-Mail: fairbleib.schellenberg@ifak-goettingen.de

»Wir wurden über einen Zettel informiert, dass wir uns zu impfen lassen haben. Mir wurde gesagt, dass diese Impfung Pflicht sei. Wer geimpft wurde, hat ein Armband bekommen – ohne dieses durfte man nicht mehr aus der Unterkunft raus oder in sie hinein. Später habe ich erfahren, dass es keine Pflicht war.«

(ehemaliger Bewohner einer Unterkunft für geflüchtete Menschen)

Bei der Gestaltung des aktuellen Schwerpunktthemas hat uns ein externer Beirat fachlich unterstützt. Wir danken unseren Beirat*innen herzlich dafür und möchten sie an dieser Stelle gerne vorstellen und ihre Arbeit würdigen.



Prof. Dr. Paul Mecheril, *Professur für Erziehungswissenschaft mit dem Schwerpunkt Migration, Fakultät für Erziehungswissenschaft / AG 10 - Migrationspädagogik und Rassismuskritik, Universität Bielefeld*

»Warum ich mitgewirkt habe?
Weil ich mich freue, wenn ich einen Beitrag dazu leisten kann, dass Herrschafts- und Gewaltverhältnisse nicht unter den Teppich gekehrt, sondern betrachtet werden. Nur das ermöglicht ihre Veränderung.«



Dr. Solmaz Golsabahi-Broclawski, *Ärztliche Leitung, Medizinisches Institut für transkulturelle Kompetenz, Bielefeld*

»Warum ich mitgewirkt habe?
Weil es an der Zeit ist, sich den eigenen inneren Widerständen und Blockaden bewusst zu werden, um eine optimale Versorgung der Patient*innen unabhängig von Alter, Geschlecht und Zugehörigkeit zu ermöglichen.«



Dr. Ibrahim Özkan, *Verantwortlicher für das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) im Maßregelvollzugszentrum Niedersachsen*

»Warum ich mitgewirkt habe?
Ich habe gerne in diesem impulse-Beirat mitgewirkt, weil es meines Erachtens in dieser Gesellschaft zunehmend lebenswichtiger wird, laut zu werden gegen Rassismus, Diskriminierung und Ausgrenzung jeder Art. Rassistischen Strukturen bedarf es nicht nur individuell, institutionell und gesamtgesellschaftlich, sondern auch systematisch staatlich entgegenzutreten – zumal sie auch in diesen tief verankert zu finden sind.«

Danksagung

Die im Heft zu findenden Zitate zu Rassismus in der Pflege sind Auszüge aus einem Interview, das auf www.pflegen-online.de, einem der größten deutschen Portale für Pflegekräfte und -manager*innen, erschienen ist. Bei weiterem Interesse am Thema steht dort der ausführliche Erfahrungsbericht »Unser täglicher Kampf gegen Rassismus auf Station« zur Verfügung. Wir bedanken uns bei der Redaktion von »pflegen online« und bei der befragten Stationsleitung herzlich für die Erlaubnis, die Zitate abzdrukken.

»Wenn man zugibt, jüdisch zu sein, verändert sich die Sicht der anderen Person auf die jüdische Person, egal, ob es eine positive oder negative Art ist. Also entweder wird man besser behandelt oder schlechter oder man wird skeptisch behandelt, aber irgendwas wird sich definitiv verändern, und das möchte ich nicht.«

(zitiert aus einem Interview in: Chernivsky, Marina (2015): Antisemitismus und Empowerment, S. 26)

MARINA CHERNIVSKY

Antisemitismus im therapeutischen Setting

Vorweg

Wir alle bewegen uns in gesellschaftlichen Räumen, die nicht nur geteilt werden, sondern auch gespalten sind: Darin werden Zugehörigkeiten ausgehandelt, Ungleichheiten produziert und machtvolle »Wir-Sie-Dualismen« ausgetragen. Die auf tiefergehende Reflexion und Veränderung ausgerichteten therapeutischen Räume sind ein höchst sensibles Feld, in dem es ganz selbstverständlich zur (Re-)Produktion von gesellschaftsinhärenten Vorstellungen und Zuordnungen kommen kann. Analog zu anderen Bereichen kann es auch in psychotherapeutischen Praxen zu antisemitisch konnotierter Kommunikation und demzufolge auch zu antisemitischer Diskriminierung kommen. Ressentiments, die gesellschaftsfähig sind, finden sich in allen gesellschaftlichen Räumen wieder.

Antisemitismus in der Gegenwartsgesellschaft

Antisemitismus ist nicht »nur« ein historisches Phänomen, sondern ein strukturelles und gewaltproduzierendes Machtverhältnis mit nachhaltigen Effekten. Das antisemitische Ressentiment strukturiert und reguliert die Wahrnehmung von und die Beziehung zu Jüdinnen*Juden und Jüdischem. Antisemitische Auffassungen treten in allen gesellschaftlichen Gruppen in Erscheinung und äußern sich zudem in öffentlichen Entgleisungen und antisemitisch aufgeladenen Diskursen bis hin zu rechtsterroristischen Anschlägen wie in Halle. Die biographische und emotionale Distanz (der Nichtbetroffenen), das Schweigen in den Familien, die zunehmende Normalisierung antisemitischer Einstellungen sowie die politische und digitale Radikalisierung in rechtsextremen oder auch radikalislamischen Gruppierungen verstärken diese Entwicklung.

Dass Antisemitismus existiert, wird heutzutage zunehmend sichtbar. Berichte von Betroffenen, aber auch die ersten empirischen Studien zu jüdischen Perspektiven, wie zum Beispiel im Antisemitismusbericht des zweiten unabhängigen Expertenkreis Antisemitismus (2017) und in der europaweiten Studie »Experiences and perceptions of antisemitism« (2018) der European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), belegen, dass ein Großteil der Jüdinnen*Juden in Deutschland antisemitische Gewalt erfahren hat. Laut FRA nehmen 90 Prozent der Befragten Antisemitismus als wachsendes Problem wahr. Einstellungsstudien zeigen außerdem die weite Verbreitung antisemitischer Einstellungen in der Bevölkerung: So hegt zum Beispiel laut »Mitte-Studie« der Friedrich-Ebert-Stiftung circa ein Viertel der deutschen Bevölkerung einen

modernen israelbezogenen Antisemitismus. Die 2018 veröffentlichte Studie von Julia Bernstein zeigt unter anderem, dass Jüdinnen*Juden für ultimative Repräsentant*innen des sogenannten Nahostkonflikts gehalten und auf diese Weise mehrfach diskriminiert werden. In der Studie von Marina Chernivsky, Freiderike Lorenz und Johanna Schweitzer (2020) zeigt sich Antisemitismus aus der Perspektive von jungen jüdischen Erwachsenen und ihren Familien als alltäglich bis gewaltvoll und außerdem maßgeblich bei wichtigen Lebensentscheidungen und Lebensperspektiven.

Antisemitismus beginnt tatsächlich nicht erst mit offenkundiger Gewalt, sondern bereits mit Stereotypisierung, Zuordnung von Identitäten, Annahme von Privilegien, Kollektivierung und Homogenisierung von Erfahrungen. Seit Jahrhunderten werden Jüdinnen*Juden als »Andere« und »Fremde« hergestellt, die auch in der Wahrnehmung der nicht-jüdischen Bevölkerung der Gegenwartsgesellschaft immer noch weder innerhalb noch außerhalb eines deutschen Kollektivs verortet werden können. Die Fantasie von einem »übermächtigen« und »omnipräsenten« jüdischen Kollektiv lässt diese »Gruppengrenzen« kraftvoll nachwirken.

Das Sprechen über Antisemitismus in Deutschland berührt unausweichlich die Fragen der Wirkungsgeschichte der Shoah und des Nationalsozialismus. In der Nachkriegszeit »verschwand« Antisemitismus aus dem Bewusstsein der Nachkriegsgesellschaft, aber er hörte nicht auf zu existieren. Die Position der Abwehr war viele Jahre vorherrschend in der Antisemitismuskussion und verhinderte eine tiefergehende Auseinandersetzung mit Motiven derer, die antisemitisch fühlen, denken und handeln, aber auch jener, die davon betroffen sind. Das Bedürfnis nach einer konsistenten und vor allem »unbeschädigten Identität« erzeugt offenbar den Wunsch, Antisemitismus zu verdrängen und sich der damit verbundenen Gefühle und Implikationen zu entledigen.

Antisemitismus im therapeutischen Setting

In der Psychotherapie geht es ja unter anderem um die Auseinandersetzung mit dysfunktionalen Formen des Vergessens – als Versuch, einen produktiven Umgang mit belastenden Vergangenheit zu entwickeln und einzuüben. Gleichwohl wird in Deutschland ein wichtiger Part der familienbiographischen sowie kollektiven Vergangenheit oftmals ausgespart, oder auch umgedeutet – aus dem historischen Kontext gerissen. Aus Berichten wissen wir, dass die Reflexion und Bearbeitung der Wirkungsgeschichte des NS und der Shoah

in therapeutischen Settings eher ungewöhnlich oder zumindest nicht institutionalisiert ist. Da es den Ratsuchenden oft gar nicht bewusst ist, inwiefern ihre Prägungen transgenerational weitergegeben wurden und werden, fragen sie womöglich nicht proaktiv danach. Ob und wie das Thema überhaupt zur Sprache kommt und bearbeitet wird, hängt vom Zufall und der Bereitschaft der Einzelnen ab. Die Problematik des Antisemitismus im therapeutischen Setting kann zudem in mehrfacher Hinsicht relevant sein. Zum einen geht es darum, dass Antisemitismus in therapeutischen Räumen durch antisemitische Andeutungen und gar Aggressionen unbemerkt (re-)produziert oder gar absichtlich eingesetzt werden. Zum anderen geht es um die De-Thematisierung von Antisemitismuserfahrungen, um Auslassung von Bedarfen oder auch die Verkennung der gesellschaftlichen und politischen Relevanz antisemitischer Dynamiken. Weiterhin kann Antisemitismus im Therapieraum dadurch verstärkt werden, wenn das subjektive Erleben von Antisemitismus individualisierend betrachtet wird. Der (auto-)biographische Zugang zu Gewalterfahrungen bedeutet jedoch nicht zwangsläufig deren Individualisierung. Eine individualisierende Perspektive hat weitreichende Konsequenzen, wie zum Beispiel der sich wiederholende Vorwurf, »übersensibel« und deshalb nicht mehr sachlich zu sein. Es braucht eher eine subjektorientierte Perspektive, die das individuelle Erleben stets in einen historischen und gesellschaftlichen Kontext stellt.

Jenseits des gewaltförmigen Antisemitismus sind viele jüdische Menschen, mit Mikroaggressionen, Fremdmachung und Exotisierungen in ihrem Alltag konfrontiert. Antisemitische Diskriminierung beschränkt sich aber nicht allein auf das Merkmal Jüdischsein, sondern sie vermengt sich mit weiteren identitätsstiftenden Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Herkunft, Sprache, gesundheitlicher und psychischer Verfassung. In einigen Studien beschreiben die Interviewpartner*innen ein hohes Ausmaß an Belastung, Verunsicherung und Angst vor neuen Übergriffen, aber auch das Vorhandensein eines Überlebenswissens, welches (auch) als Ressource beschrieben wird.

Für Jüdinnen*Juden stehen Antisemitismuserfahrungen zudem im engen Zusammenhang mit Folgen der Entrechtung und Verfolgung, mit Flucht- und Migrationsbiografien, mit erfahrenen und antizipierten Bedrohungssituationen. Traumatische Erfahrungen, die aufgrund ihres extremen Ausmaßes nicht verarbeitet werden konnten, bleiben nicht nur für direkt Betroffene, sondern auch für die nachfolgenden Generationen eine spürbare Belastung. Bei mehrfachen und wiederkehrenden Antisemitismuserfahrungen entstehen zudem existenzielle Fragen der sozialen Identität und Zugehörigkeit sowie Sicherheit und Zuversicht. Die Häufigkeit, das Ausmaß und die Schwere antisemitischer Konfrontationen bestimmen an vielen Stellen den Umgang damit. Derzeit fragen sich einige, ob sie in Deutschland noch (sicher) leben können.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es keine explizite Forschung zu der Frage der Rezeption und Erfahrung mit Antisemitismus im therapeutischen Setting (hier auch im Gesundheitswesen allgemein) gibt. Hier scheint eine wichtige Leerstelle identifiziert worden zu sein, die durch empirische Studien und Analysen dringend geschlossen werden muss.

Was tun?

Eine reflektierende Perspektive auf historische Tradierungen und gesellschaftliche Verbreitung von antisemitischen Ressentiments hilft dabei, solche Reproduktionsschleifen zu erkennen und diese zu unterbrechen. Die Bereitschaft, anzuerkennen, dass es Antisemitismus in dieser Gesellschaft gibt und dass niemand sich daraus herausnehmen kann, wird vorausgesetzt, damit seine Thematisierung nicht abstrakt oder in Form von Bezeichnung erfahren wird. Anknüpfend an eine rassismuskritische Perspektive (siehe auch Paul Macheril in dieser Ausgabe) soll auch hier versucht werden, eine antisemitismuskritische Perspektive einzunehmen und damit eine therapeutische Praxis zu entwickeln, deren Akteur*innen sich bewusst sind, selbst in die Geschichte und die gegenwärtigen Formen von Antisemitismus involviert zu sein, die Teil der gesellschaftlichen Strukturen sind, in denen sie ganz zwangsläufig leben.

Ausgehend von der Erkenntnis, dass es Antisemitismus in Deutschland gibt, geht eine solche Perspektive davon aus, dass wir alle auf unterschiedliche Weise in Antisemitismus einsozialisiert und an dessen Produktion beteiligt sind. Ein zentrales Element ist der Kritikbegriff selbst, der hier nicht als Entlarvung eines falschen Denkens zu verstehen ist, sondern als kritische Reflexion der eigenen und gesellschaftlich geformten Beziehungen zu Antisemitismus als Themengegenstand.

Eine antisemitismuskritische Perspektive eröffnet zudem Zugänge zum Verständnis von Antisemitismus in der Gegenwartsgesellschaft und den strukturellen Bedingungen von Dominanzverhältnissen, um diese kritisieren zu können. Dies unterscheidet sich von einem personalisierenden Zugang, der laut Annita Kalpaka den Zusammenhang von Individuum und Gesellschaft verdeckt und auf rein individuelle Veränderungen abzielt. Das erzeugt womöglich Abwehr und verhindert die Auseinandersetzung mit den gesellschaftlich normalisierten Verhältnissen, in denen Antisemitismus gar nicht mehr auffällt und es deshalb als geradezu ungehörig erscheint, wenn eine Darstellung, Ausdrucksweise oder Handlungsform als antisemitisch angeprangert wird. Kritische Reflexion der eigenen Standpunkte, Positionierungen und Perspektiven zielt dagegen auf die Reflexion der Kontexte ab, in denen es möglich wird, Antisemitismus für vergangen oder auch überwunden zu halten.

Das Überdenken von Ausbildungscurricula, von Fort- und Weiterbildungskonzepten sowie die professionstheoretische Diskussion über die Rolle von Fachkräften im Gesundheitswesen im Umgang mit Antisemitismus scheinen dringend erforderlich zu sein. Es sollen Räume geschaffen werden, die es ermöglichen, die eigenen Beziehungen zum und das eigene Verständnis von Antisemitismus kritisch zu befragen und auch eigene Praxis kollegial und unter Berücksichtigung neuerer Forschung und Bildungsansätze zu reflektieren.

Literatur bei der Verfasserin

MARINA CHERNIVSKY, Geschäftsführung des Kompetenzzentrums Prävention und Empowerment der Beratungsstelle OFEK e.V.,
E-Mail: chernivsky@ofek-beratung.de



NOA HA, CIHAN SINANOGLU, STEFFEN BEIGANG

Der Nationale Diskriminierungs- und Rassismusmonitor

Der Mord an dem CDU-Politiker Walter Lübcke und die terroristischen Anschläge von Halle 2019 und Hanau 2020 haben die Notwendigkeit einer intensiven Auseinandersetzung mit Rassismus in Deutschland noch einmal deutlicher hervortreten lassen. Verstärkt wurde diese Notwendigkeit 2020 durch die Corona-Krise, in der ein auch in Deutschland bislang untererforschter antiasiatischer Rassismus deutlich zum Vorschein getreten ist und antisemitische Verschwörungstheorien eine Hochkonjunktur erlebten, sowie durch die zahlreichen Demonstrationen gegen rassistische Polizeigewalt in den USA, Europa und Deutschland. All diese Entwicklungen zeigten sehr deutlich, wie groß die Gefährdungslage in Deutschland ist, als auch die gesellschaftliche Relevanz in der Breite, da Rassismus zu einer Erosion der Demokratie führt und den gesellschaftlichen Zusammenhalt gefährdet.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen hat der Deutsche Bundestag im Juli 2020 beschlossen, ein Rassismusmonitoring in Auftrag zu geben, das vom Deutschen Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) zwischen 2020 und 2022 konzipiert und auf den Weg gebracht werden soll. Um empiriegestützte Erkenntnisse zu den Funktionsweisen und den Folgen von Rassismus in Deutschland zu gewinnen, ist es notwendig, auf diverse Forschungszugänge zurückzugreifen, die interdisziplinär verankert sind.

Ziele und zentrale Fragestellungen des Rassismusmonitors

Der Rassismusmonitor (NaDiRa) stellt ein zentrales Projekt des DeZIM-Instituts dar. Ziel ist es, den Grundstein für ein dauerhaftes Monitoring von Rassismus in Deutschland zu legen. Hierfür sollen auf der Basis von unterschiedlichen Datenquellen verlässliche Aussagen über Ursachen, Ausmaß und Folgen von Rassismus getroffen werden, um darauf aufbauend Maßnahmen gegen Rassismus entwickeln zu können. Wesentliche Bestandteile sind:

- » die Untersuchung der Perspektiven der Gesamtbevölkerung
- » die Untersuchung der Perspektiven von Personen, die von Rassismus betroffen sind
- » die Analyse von institutionellen Prozessen

Für das Projekt ist ein zivilgesellschaftlicher Begleitprozess vorgesehen. Bei diesem sollen die verschiedenen Akteure, Vereine und Verbände der Zivilgesellschaft sowie insbesondere die von Rassismus betroffenen Communities einbezogen werden. Der NaDiRa soll zur Versachlichung von Debatten beitragen und eine internationale Vergleichbarkeit herstellen. Dafür fokussiert er drei empirische Fragen:

1. Welche Ursachen liegen Rassismus zugrunde?

Rassismus kann nicht nur als ein Ergebnis von fehlgeleiteten Individuen verstanden werden, sondern muss in seiner eingebetteten und die Gesellschaft durchdringenden und strukturierenden Bedeutung betrachtet werden.

2. Welches Ausmaß an Rassismus ist in Deutschland zu beobachten?

Einerseits lässt sich das Ausmaß von Rassismus auf Basis von rassistischen Einstellungen und Ideologien erfassen. Andererseits muss ein umfassendes Rassismusmonitoring die rassistischen Handlungen und Erfahrungen in der gesamten Gesellschaft erheben. Hierzu gehören sowohl die Bereitschaft zu intendierten und nicht-intendierten rassistischen Handlungen als auch die unmittelbaren Erfahrungen im Alltag aufgrund dieser Handlungen. Beide Perspektiven sollen im Rahmen des NaDiRa zusammengebracht werden.

3. Welche Folgen hat Rassismus für die Betroffenen und für Deutschland?

Die Folgen von Rassismus sind weitreichend und betreffen unterschiedliche Lebensbereiche. Sie müssen sowohl auf einer individuellen als auch auf einer kollektiven Ebene untersucht werden. Rassismus verhindert die gesellschaftliche Teilhabe von bestimmten Bevölkerungsgruppen und verringert dadurch den gesellschaftlichen Zusammenhalt.

Vielfalt an Untersuchungsperspektiven im Themenbereich Rassismus

Bereits 2020 starteten in der DeZIM-Forschungsgemeinschaft eine Vielzahl kleinerer Projekte, die sich verschiedenen Aspekten von Rassismus intensiver widmen. Neben Projekten zum Bildungsbereich oder zu Medien sind darunter auch Projekte, die sich dem Themenkomplex Rassismus und Gesundheit annehmen. Die Untersuchungsperspektiven reichen hierbei von historischem Rassismus in Bezug auf Antisemitismus über den Zugang zum Gesundheitssystem für rassifizierte Gruppen bis hin zu aktuellen Fragen bezüglich Schuldzuschreibungen innerhalb der Corona-Pandemie und deren Folgen für den sozialen Zusammenhalt. Die Ergebnisse der Kurzprojekte werden in die unterschiedlichen Fragestellungen des NaDiRa mit einfließen.

Literatur bei den Verfasser*innen

DR. NOA HA, DR. CIHAN SINANOGLU, STEFFEN BEIGANG, Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung e. V. (DeZIM), Mauerstraße 76, 10117 Berlin, E-Mail: sinanoglu@dezim-institut.de

HELMUT JÄGER

Asylrechtliche Begutachtung nach genitalem Trauma

Viele Migrantinnen haben sexuelle Gewalt erlitten: Missbrauch, psychische Traumatisierung, Vergewaltigung, Genitalverletzungen. Manchen Frauen oder Mädchen drohen bei der Rückkehr in ihr Herkunftsland weitere Gewalt, Folter oder inhumane, entwürdigende Menschenrechtsverletzungen, wie unter anderem Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation, FGM). Jede Frau, die FGM erlitten hat oder davon bedroht ist, sollte in Deutschland ein Anrecht auf Asyl haben. Denn 2013 wurde die EU-Rechtsverordnung, das Common European Asylum System (CEAS), entsprechend erweitert.

Die Praxis des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF)

Entscheider*innen des BAMF verlangen für einen Asylentscheid auf Grund von FGM »qualifizierte ärztliche« Gutachten, die feststellen sollen, ob FGM vorliegt oder nicht – die aber auch Aussagen über die Schwere der Verstümmelung treffen und die Situation im Heimatland bei einer Rückkehr genauestens hinterfragen sollen, wenngleich beides bei FGM nach AufenthG § 60 nicht nötig wäre.

Hinzu kommt, dass die psychische Dimension von FGM keine Beachtung findet. In einer Publikation des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München aus 2018 zeigt sich dies eindrücklich. Berichtet werden 153 genitale Untersuchungsbeefunde im Auftrag des BAMF. Die psychischen Belastungen werden nicht einbezogen. Darüber hinaus weist die Publikation Mängel im Wissen über das Klitoris-Organ auf.

In anderen Bundesländern werden die Frauen zur Begutachtung an Gynäkolog*innen verwiesen, die dafür eine geringe Aufwandsentschädigung erhalten. Das BAMF überprüft nicht, ob diese Ärzt*innen für eine interkulturell und fachlich kompetente Beratung der Frauen befähigt sind, die der Begutachtung folgen soll. Das ist problematisch, denn Genitaluntersuchungen und Befragungen zur Begutachtung können die betroffenen Frauen erneut traumatisieren. Fachliche und kulturelle Kompetenz sind unbedingt erforderlich. Die Ergebnisse solcher Begutachtungen können zudem nicht unbedingt sinnvoll interpretiert werden, denn:

- » auch bei einem normal aussehenden Genitale sind reizlos-verheilte Verletzungen (und ein posttraumatisches Stresssyndrom, PTSD) nicht ausgeschlossen,
- » der Grad der äußeren Verletzung erlaubt nur bedingt Rückschlüsse auf die Menge des entfernten Klitorisgewebes und
- » eine erfolgte Genitalverletzung schützt die betroffenen Frauen nicht vor einer erneuten FGM im Falle einer Rückkehr.

Erfordernisse für die asylrechtliche Begutachtung genitalverstümelter Frauen

Es ist notwendig, dass sich die Begutachter*innen mit den betroffenen Frauen empathisch verbinden können. Die Ziele der Gespräche im Rahmen der Begutachtungen müssen konsequent erweitert werden. Die Gespräche dürfen nicht nur Asylentscheide zur Folge haben, sondern müssen aktiv dazu

dienen, Frauen zu guten Entscheidungen für eine sachgerechte medizinische Versorgung zu verhelfen. Bei jedem Grad von FGM können (in Deutschland) korrigierende chirurgische Eingriffe durchgeführt werden, wie Klitorisrekonstruktionen oder gegebenenfalls nur die Eröffnung der Scheide, um schmerzfrei Sexualität und vaginale Geburten zu ermöglichen. Möglich ist immer eine einfache Öffnung der Vulva, deren Kosten als »zwingend notwendiger Eingriff« in der Regel von den öffentlichen Kostenträgern übernommen werden. Denn damit kann, im Falle einer Geburt, ein Kaiserschnitt vermieden werden. Möglich sind immer auch aufwendigere, rekonstruktiv-plastisch-chirurgische Eingriffe, die den Frauen zu einer befriedigenden Sexualität verhelfen können.

In Deutschland haben sich nur wenige Kliniken auf solche Operationen spezialisiert. Überweisungskrankenhäuser zur plastischen Klitorisrekonstruktion gibt es zurzeit in Deutschland nur in Berlin und Aachen. Es ist dringend nötig, dass sich diese Kliniken auf einen verbindlichen Standard einigen, an dem sich weitere Kliniken orientieren können. Für eine optimale Versorgung der Frauen wäre es zudem nötig, Mitletinnen auszubilden, die wohnortnah betroffene Frauen niedrigschwellig informieren. Ferner nicht-ärztliche Beratungsstellen, die kultursensibel und kompetent zu allen Fragen der reproduktiven und sexuellen Gesundheit beraten. In jedem Landkreis sollte eine gynäkologische Ambulanz oder Praxis darauf spezialisiert sein, betroffene Frauen sachgerecht medizinisch zu beraten. In jedem Kreis Krankenhaus könnten, nach einer entsprechenden Fortbildung, von den jeweiligen gynäkologischen Abteilungen Defibulationen durchgeführt werden.

Literatur beim Verfasser

DR. HELMUT JÄGER, Facharzt für Frauenheilkunde im Ruhestand,
E-Mail: jaeger@medizinisches-coaching.net

KATARZYNA ZENTNER-SMITH

Arbeitsmigration und Sprache als Zugangsbarriere zum Gesundheitssystem

Die Arbeitnehmer*innenfreizügigkeit ist ein Grundpfeiler der Europäischen Union, die EU-Binnenmigration hat dadurch stark zugenommen. Auch in Niedersachsen ist die Zahl der Arbeitsmigrant*innen in den letzten Jahren signifikant angestiegen. Mobile Beschäftigte, zumeist aus mittel- und osteuropäischen EU-Ländern, erleben hier allerdings teils prekäre Arbeitsverhältnisse.

Um diesen mobilen Beschäftigten eine Unterstützung zu geben, hat die Landesregierung seit 2013 die Einrichtung von Beratungsstellen durch die Bildungsvereinigung Arbeit und Leben an fünf Standorten in Niedersachsen gefördert. Die Beratungsstellen dienen den mobilen Beschäftigten als Anlaufstelle, um sich in ihrer Muttersprache über ihre Arbeitnehmerrechte kostenlos zu informieren und zur Vertretung ihrer Interessen beraten zu lassen. Auch beim Thema Gesundheitsschutz zeigt sich, dass Arbeitsmigrant*innen oft einen hohen Beratungsbedarf haben und auf Hilfe in ihrer Muttersprache angewiesen sind.

Helfen Sie uns, einen Einblick in die Nutzung von sozialen Medien wie Twitter, Facebook, Instagram & Co. zu erhalten! Einladung zu einer kurzen Online-Umfrage

Mit der Covid-19-Pandemie hat die Digitalisierung einen enormen Schub erfahren – Videokonferenzen und digitale Veranstaltungen gehören derzeit für viele zur Tagesordnung. Gleichzeitig nutzen auch immer mehr Akteur*innen Social Media, beispielsweise, um mit ihren Dialoggruppen in den Austausch zu treten, sich zu vernetzen oder sich über Neuigkeiten, Veranstaltungen oder Veröffentlichungen aus dem Feld der Gesundheitsförderung und Prävention zu informieren. Uns interessiert, ob, warum, wie und welche Social Media-Kanäle Sie als Akteur*innen aus den Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbereichen nutzen oder auch nicht nutzen. Dies würde uns einerseits helfen, Social Media gezielter einzusetzen und andererseits entsprechende Unterstützungs- und Schulungsangebote für Sie zu gestalten.

Wir freuen uns sehr, wenn Sie an unserer kleinen Online-Umfrage teilnehmen! Die Teilnahme ist bis einschließlich 30.04.2021 über tinyurl.com/39cqsv3p oder den QR-Code möglich. Die Ergebnisse werden in einer der nächsten impulse-Ausgaben veröffentlicht.
Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!



Sprachbarrieren als Ursache für mangelnde medizinische Versorgung

In der Beratungspraxis lässt sich beobachten, dass fehlende Deutschkenntnisse der Ratsuchenden mit einem erschweren Zugang zum Gesundheitssystem in Zusammenhang stehen können. Oft mangelt es an der Bereitschaft und der Sensibilisierung der medizinischen Fachkräfte, Menschen mit sprachlicher Barriere zu verstehen und zu behandeln. Dies führt zu häufigen Erfahrungen mit Diskriminierung:

Drei polnische Saisonarbeitskräfte schilderten, dass ein Arbeitsunfall von einem Allgemeinmediziner nicht als solcher anerkannt und die Verletzungen nicht adäquat versorgt wurden. Die Betroffenen wurden von einer Kollegin aus dem Betrieb, die als Dolmetscherin fungierte, beim Arztbesuch begleitet. Bei ihrer Arbeit erlitten die Arbeitskräfte schwere Verbrennungen der Haut, die durch hohe Temperaturen bei der Gemüseernte entstanden waren. Dennoch wurde der Arbeitsunfall nicht durch den Arzt gemeldet und auch keine entsprechende Medikation verordnet. Nach kurzer Zeit hatte sich ihr Gesundheitszustand enorm verschlechtert, sodass sie zur weiteren Behandlung in der Notaufnahme im Krankenhaus waren. Der Fall kam zu einer Verhandlung vor dem Arbeitsgericht und der Arbeitgeber wurde zur Entschädigung

der Arbeitnehmer*innen verpflichtet. Eine polnische Arbeitnehmerin ging nach der Beendigung ihrer Saisonarbeit in Deutschland Anfang 2020 in ihr Heimatland zurück. Sie wurde vom Arbeitgeber bei ihrer deutschen Krankenkasse abgemeldet, sie selbst meldete sich von ihrer Wohnadresse in Niedersachsen ab. Nach eineinhalb Monaten kam sie für einen Besuch zurück nach Deutschland, konnte dann aber wegen der Corona-Pandemie nicht wieder nach Polen zurückkehren. Sie bewarb sich daraufhin auf eine neue Stelle in Deutschland und wurde wieder bei einer Krankenkasse angemeldet. Da sich die Frau bereits eine Weile in Deutschland aufgehalten hatte, forderte die Krankenkasse eine sehr hohe Nachzahlung für die Besuchsmonate bis zur endgültigen Arbeitsaufnahme. Die Abmeldungsachweise, Versicherungsbestätigungen aus Polen sowie Bestätigungen über die Aus- und Einreise wurden nicht anerkannt. Erst nach einer Intervention der Beratungsstelle wurde die Nachzahlungsforderung eingestellt. Die Klientin berichtete von Verständigungsproblemen aufgrund ihrer mangelnden Deutschkenntnisse. Auch kam es nach Schilderung der Klientin von Seiten der Krankenkasse zu keinen Bemühungen, die Kommunikation mittels Dolmetscher*innen zu gewährleisten.

Gute muttersprachliche Beratung ist entscheidend

Die Beratung der mobilen Beschäftigten ist ein wichtiges und wirksames Instrument, um ihrer Ungleichbehandlung auf dem deutschen Arbeitsmarkt entgegen zu wirken. Es lässt sich feststellen, dass strukturelle Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt die Diskriminierung in anderen Lebensbereichen begünstigt. Dolmetscher*innendienste stehen in der Regel nur in großen Kliniken zur Verfügung. Eine breit angelegte Sensibilisierung des Personals im Gesundheitswesen in Bezug auf Sprachbarrieren sollte daher forciert werden. Die Beratungsstellen für mobile Beschäftigte können hierbei umfassend unterstützen.

Literatur bei der Verfasserin

DR. PHIL. KATARZYNA ZENTNER-SMITH, Arbeit und Leben Niedersachsen, Beratungsstelle für mobile Beschäftigte, Arndtstraße 20, 30167 Hannover, E-Mail: katarzyna.zentner@aul-nds.de

ANNA WAHL, INA SCHAEFER UND GESINE BÄR

Kommunale Angebote gemeinsam gestalten

Gesundheitliche Chancengleichheit gemeinsam mit Familien mit Kindern im Kindergartenalter zu erforschen und zu verbessern, war das Ziel des partizipativen Forschungsprojektes EIfE – Eltern fragen Eltern. Dazu wurde der Peerforschungsansatz für die Weiterentwicklung Integrierter Kommunaler Strategien (IKS) genutzt. Eltern als Peerforschende, Wissenschaftler*innen sowie Fachkräfte aus einem Familienzentrum sind der Frage nachgegangen, wie die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Kita-Fachkräften gestärkt werden kann. Darüber hinaus wurde das Ziel verfolgt, Partizipation als Bestandteil kommunaler Prozesse systematisch zu integrieren. EIfE war Teilprojekt im Forschungsverbund PartKommPlus, das durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) von 2015–2021 gefördert wurde.

Die Ergebnisse aus der ersten Förderphase zeigten, dass sich Eltern eine gemeinsame und aktive Gestaltung der Zusammenarbeit in der Kita-Zeit wünschen. In der zweiten Förderphase konnten diese Ergebnisse bestätigt werden. Nachfolgend stand die praxisnahe Aufbereitung von Materialien im Fokus, die diesen Dialog unterstützen können und so Veränderungen bei allen Beteiligten bewirken. Dafür wurden Kita-Fachkräfte in die Entwicklung der Materialien einbezogen.

Die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Kita-Fachkräften stärken

Unter dem Motto: »Zur besseren Verständigung von Eltern und Kita-Fachkräften« wurden die in der ersten Förderphase entstandenen Reflexionskarten weiterentwickelt, die unterschiedliche Begebenheiten im Kita-Alltag behandeln. Auf zwölf Karten werden Themen wie pädagogische Fragen, Eingewöhnung und der Übergang in die Schule angesprochen. Ausgangspunkt jeder Karte ist ein aus Elternsicht geschildertes Alltagsbeispiel. Dazu passend beinhaltet das Set an Kita-Fachkräfte gerichtete Reflexionsfragen. Anhand dieser kann unter anderem in Teambesprechungen, Fortbildungen, Eingewöhnungs- und Entwicklungsgesprächen, der Ausbildung von Kita-Fachkräften und der Konzeptentwicklung gearbeitet werden. Ziel ist, einen Perspektivwechsel anzuregen und somit einen Beitrag für einen respektvolleren Umgang in der Beziehung zwischen Erziehenden und Eltern zu leisten.

Unter dem Slogan »Eltern, Erzieher*innen, Kinder: Wir wachsen zusammen« wurden zudem sieben Dialogkarten entwickelt. Kita-Eltern und pädagogische Fachkräfte können ein Gesprächsanliegen mithilfe der Karten ankündigen und einen gemeinsamen Termin zum Austausch vereinbaren. Neben Karten etwa zu akuten Situationen aus dem Familien- oder Kita-alltag gibt es auch eine Blanko-Karte, die für weitere Anliegen genutzt werden kann.

Partizipativ, kompakt, innovativ arbeiten

Um partizipative Arbeitsweisen in kommunalen Planungen zu stärken, ist unter dem Leitgedanken »partizipativ, kompakt, innovativ arbeiten« ein Handlungsleitfaden entstanden. Anhand von Basisteilen und Infoblättern wird beschrieben, wie Partizipation bei begrenzten zeitlichen, finanziellen und personellen Ressourcen funktionieren kann. Kompakt aufbereitet, werden die Grundlagen zur Entscheidungsteilhabe, die Einbindung von Partizipation in lokalen Strukturen, das Bilden einer Forschungsgemeinschaft und das gemeinsame Forschen sowie der Praxistransfer am Ende eines Projektes behandelt. Der Aufbau orientiert sich an dem von Peerforschenden, Wissenschaftler*innen und Familienzentrum-Fachkräften entwickelten und erprobten achteiligen Workshopformat, das für verschiedene Settings und Gruppen angewendet werden kann. Als Methodik wurden unter anderem Fokusgruppen durchgeführt. Es bedarf zudem begleitender Vorbereitungs- und Nachbereitungstreffen. Mit dem Ziel, die Erkenntnisse aus den Workshops in Praxisprodukte zu überführen, sind weitere acht Workshops Teil des Prozesses. Der Handlungsleitfaden ist an alle gerichtet, die sich für gesundheitliche Chancengleichheit einsetzen, etwa an Fachkräfte der Gesundheitsförderung und Prävention, der Sozialen Arbeit und in Kommunen oder Bezirken, die partizipative Ansätze in die Weiterentwicklung ihrer Arbeit integrieren möchten. Er soll dazu ermuntern, mehr Partizipation zu wagen!

GESUCHT:

Projekte zur seelischen Gesundheit in Niedersachsen

WAS? Gesucht werden Projekte aus den Bereichen seelische Gesundheit, Psychiatrie und Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

WOFÜR? Aufbau einer Datenbank mit Projekten zu seelischer Gesundheit. Zukünftig abrufbar auf der Webseite der Landesstelle Psychiatriekoordination Niedersachsen (LSPK). In der Datenbank befinden sich laufende und bereits abgeschlossene Projekte. Voraussetzung für die Aufnahme ist die Projektdurchführung in Niedersachsen.

ZIEL? Menschen mit Psychiatrieerfahrung, deren Angehörige und Professionelle auf gute Projekte aufmerksam machen und zum Nachahmen anregen.

WIE? Sie möchten, dass Ihr Projekt in die Datenbank aufgenommen wird? Tragen Sie Ihr Projekt in das Formular auf folgender Website ein: tinyurl.com/LSPK2021. Sie haben Fragen oder möchten uns auf ein Projekt aufmerksam machen? Melden Sie sich gern per E-Mail: info@psychiatriekoordination-nds.de oder telefonisch: 05 11 / 3 88 11 89 137.

WER? Die LSPK ist eine unabhängige Einrichtung zur Vernetzung der psychiatrischen Hilfsangebote in Niedersachsen.

Weitere Informationen zur LSPK und rund um das Thema Psychiatrie in Niedersachsen finden Sie unter: www.psychiatriekoordination-nds.de



QR-Code zum Formular



QR-Code zur LSPK-Website

Den Handlungsleitfaden und die Kartensets finden sich auf dem aliceOpen-Publikationsserver sowie auf der ElfE-Projektwebseite des Forschungsverbundes PartKommPlus (<http://partkommplus.de/teilprojekte/elfe/>) frei zum Download.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. GESINE BÄR, Professur für partizipative Ansätze in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften, Alice Salomon Hochschule Berlin, Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin, E-Mail: baer@ash-berlin.eu

Zum Tod von Prof. Dr. Heike Fleßner

Klug, politisch engagiert, inspirierend – so waren die Reden von Heike Fleßner. Auch kleine Grußworte zur Eröffnung von Tagungen machte sie zum Erlebnis. Wir durften sie bei der Eröffnung von Tagungen des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen oder bei Veranstaltungen der LVG & AFS mit pro familia Niedersachsen erleben und genießen. Heike Fleßner war eine ausgewiesene Expertin für öffentliche Kleinkinderziehung, die ihr besonders im ländlichen Raum am Herzen lag. Sie stand auch für eine geschlechterbewusste Mädchen- und Frauenarbeit in Lehre und Praxisbegleitung. Sie war Mitbegründerin des Zentrums für Frauen- und Geschlechterforschung an der Universität Oldenburg und von 2001 bis 2009 dessen Direktorin. Mit diesem Zentrum gelang die Etablierung der Frauen- und Geschlechterstudien in Oldenburg nachhaltig und sehr erfolgreich. Heike Fleßner war eine Lehrende mit interessanten und spannenden Lehrveranstaltungen, die sich um Studierende sehr gekümmert hat, die aber auch anspruchsvoll und streng sein konnte.

Heike Fleßner wurde 1944 in Esens in Ostfriesland geboren. Nach dem Lehramtsstudium war sie zunächst von 1966 bis 1971 als Hauptschullehrerin tätig. Im Anschluss wurde sie zur wissenschaftlichen Assistentin und danach zur Studienleiterin an der Universität Oldenburg ernannt. 1980 promovierte sie mit einer historischen Untersuchung über die Entwicklung öffentlicher Kleinkinderziehung auf dem Lande in Deutschland (1870–1924). Ihre Habilitation 1994 in der Erziehungswissenschaft befasste sich mit dem Thema »Mütterlichkeit als Beruf: Historischer Befund oder aktuelles Strukturmerkmal sozialer Arbeit?«. 1996 erfolgte ihre Ernennung zur außerplanmäßigen Professorin an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg im Studiengang Pädagogik.

Heike Fleßner hat eine Vielzahl von Organisationen unterstützt oder mitgegründet, wie Wildwasser Oldenburg e. V. oder den Verein zur Verhütung von Kindesmisshandlung e. V. Die soziale Infrastruktur in Oldenburg wäre ohne Heike Fleßner deutlich ärmer, sie hat viele Spuren hinterlassen.

Seit 2009 engagierte sich Heike Fleßner im Vorstand des Landesverbandes Niedersachsen der pro familia, Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V. Sie übernahm sofort die Verantwortung als stellvertretende Vorsitzende und 2014 die Funktion der Vorsitzenden. Heike Fleßner war bei pro familia Niedersachsen unschätzbar wichtig als Impulsgeberin und politisch Richtungsweisende. Besonders wichtig waren ihr die Selbstbestimmung der Frauen im Kontext eines Schwangerschaftsabbruches und die Kostenübernahme und Beratung bei Verhütungsmitteln, insbesondere für Frauen mit wenig Einkommen.

Heike war eine beeindruckende, prägende Persönlichkeit, die viele beeinflusst hat und somit weiter wirkt. Eine politisch denkende und kämpfende Professorin und Intellektuelle, eine starke, bewundernswerte Frau.

UTE SONNTAG, THOMAS ALTGELD UND DAS TEAM DER LVG & AFS

Zum Tod von PD Dr. Thomas Lampert

Der Name Thomas Lampert ist untrennbar mit der Erforschung der Wechselwirkungen zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland verbunden. Insbesondere mit den Studien zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KIGGS) haben PD Dr. Thomas Lampert und seine Kolleg*innen wegweisende Erkenntnisse geliefert, die für die Politik und die Praxis konkrete Handlungsbedarfe aufzeigen, um gesundheitliche Ungleichheiten in der Gesellschaft zu reduzieren.

Thomas Lampert hat Soziologie, Psychologie und Statistik an der FU Berlin studiert und war zunächst wissenschaftlicher Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin und am Institut für Gesundheitswissenschaften der TU Berlin. Seit 2002 war er am Robert Koch-Institut (RKI) tätig, wo er für viele Jahre stellvertretender Leiter des Fachgebietes »Gesundheitsberichterstattung« war. Seit 2015 leitete er das damals neu gegründete Fachgebiet »Soziale Determinanten der Gesundheit«, das sich mit den Auswirkungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Lebensverhältnisse von Menschen auf die Gesundheit befasst und dessen Arbeit er maßgeblich geprägt hat. Anfang 2020 übernahm er die Leitung der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring am RKI.

Auch in der »impulse« publizierte Thomas Lampert regelmäßig zu seinen Forschungsergebnissen, zuletzt 2018 in einem Beitrag mit dem Titel »Gesundheitliche Chancengleichheit – eine bleibende Herausforderung«. Thomas Lampert hat maßgeblich dazu beigetragen, dieses Thema, das ihm eine Herzensangelegenheit war, auf die Agenda von Wissenschaft, Politik und Praxis zu setzen, und bleibt mit seiner Arbeit einer der wichtigsten Forscher zur Entwicklung der Gesundheit von Menschen in unterschiedlichen sozioökonomischen Lebenslagen in Deutschland.

Die Nachricht vom viel zu frühen Tod Thomas Lamperts im Dezember 2020 hat uns tief erschüttert. Wir schätzten ihn nicht nur für seine ausgesprochene Fachexpertise und seine Forschungen, die auch die Arbeit der LVG & AFS sehr geprägt haben. Er zeichnete sich auch durch seine offene, unaufgeregte und unaufdringliche Art sowie die ausgeprägte Fähigkeit aus, selbst komplexeste Zusammenhänge verständlich zu vermitteln und damit vielen Akteur*innen Argumente auch für ihren Einsatz für mehr gesundheitliche Chancengleichheit an die Hand zu geben. Er wird in der Public Health Community sehr fehlen.

Wir verabschieden uns mit großem Dank und Hochachtung vor seinen Verdiensten! Seiner Familie und seinen Angehörigen sowie seinen Kolleg*innen wünschen wir viel Kraft und Trost in diesen schweren Zeiten.

THOMAS ALTGELD UND DAS TEAM DER LVG & AFS



DANIELA HATZELMANN, FLORA NOELLE WIEGAND

Gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere Ergebnisse aus Bremen

Menschen ohne Papiere steht laut Asylbewerberleistungsgesetz eine medizinische Mindestversorgung zu, in Notfällen besteht sogar eine Untersuchungs- und Behandlungspflicht. Aus Angst, die Anonymität zu verlieren, wird diese jedoch oft nicht in Anspruch genommen. Denn wenn das Sozialamt im Zuge der Kostenerstattung durch die Krankenhäuser die Daten von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus erhalten hat, so müssen diese an die Ausländerbehörde gemeldet werden. Sie erhalten demnach keinen Versicherungsschutz und sind somit größtenteils vom Gesundheitssystem ausgeschlossen. Der faktisch existierende Versorgungsbedarf kann nicht kassenärztlich abgerechnet werden und gilt als nonexistent im gesellschaftlichen Diskurs.

Menschen ohne Papiere in Bremen

Die Angst vor Abschiebung infolge der Preisgabe persönlicher Daten bei Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen hat eine erhebliche medizinische Unterversorgung zur Folge. Teilweise wird dies mit zivilgesellschaftlichen Initiativen, wie den lokalen MediNetzen oder der vom Bremer Senat finanzierten Humanitären Sprechstunde, aufgefangen. Den tatsächlichen Versorgungsbedarf decken diese jedoch nicht. Schätzungen aus anderen europäischen Großstädten gehen von einem Anteil papierloser Menschen am Ausländer*innenanteil von 5–15 Prozent aus. Selbst bei konservativen Schätzungen wären dies circa 6400 Menschen ohne Papiere in Bremen. Um ein umfassendes Bild der gesundheitlichen Versorgung und der in Anspruch genommenen Leistungen von papierlosen Menschen in Bremen zu erlangen, entstand ein studentisches Projekt an der Universität Bremen. In An-

lehnung an eine Erhebung des MediNetzes Bremen aus dem Jahre 2008 wurden niedergelassene Ärzt*innen in Bremen aus den Fachgebieten Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Gynäkologie, Pädiatrie, Orthopädie, Psychiatrie und Zahnheilkunde befragt und eine Stakeholderanalyse durchgeführt.

2019: 633 papierlose Patient*innen in Bremen

Von 617 befragten Arztpraxen haben sich 83 (13,5 Prozent) an der Erhebung beteiligt. Knapp drei Viertel der an der Befragung teilgenommenen Arztpraxen behandelten im Jahre 2019 Menschen ohne gültige Krankenversicherung. Insgesamt konnten 633 behandelte Patient*innen im Jahr 2019 identifiziert werden. Arztpraxen haben keine Möglichkeit, den Aufenthaltsstatus von Patient*innen zu dokumentieren, sodass alle Zahlen auf Schätzungen basieren. Die Mehrheit der Patient*innen wurde der Gruppe der ausländischen Nichtversicherten und Migrant*innen ohne Papiere (n=392) zugeordnet, gefolgt von Tourist*innen und EU-Bürger*innen. Während in der Erhebung 2008 noch die Mehrheit der papierlosen Patient*innen deutsche Nichtversicherte waren, reduzierte sich dies in der Folgerhebung auf 12 Prozent. Durch Einführung der allgemeinen Sozialversicherungspflicht in Deutschland konnte die Anzahl an unversicherten deutschen Staatsbürger*innen signifikant gesenkt werden. Nichtsdestotrotz sind die Ergebnisse ernüchternd und zeigen auf, dass sich die Versorgungslage seit 2008 nicht besserte. Zudem besteht wenig Kooperation bei in Migration und Gesundheit tätigen Akteur*innen. Deutlich zeichnete sich ab, dass papierlose Patient*innen nur in Notfallsituationen ärztlichen Rat aufsuchen und somit primär Allgemeinmediziner*innen und Gynäkolog*innen konsultieren. Präventivmedizinische Behandlungen oder psychologische Therapien wurden nicht ermittelt und wahrscheinlich auch nicht in Anspruch genommen.

Das Bewusstsein um die Existenz dieser Patient*innengruppe ist weiterhin gering. Geantwortet haben überwiegend Ärzt*innen, die papierlose Menschen bereits behandelt haben. Dies zeichnet sich auch in dem Wissen um bereits bestehende Versorgungsangebote ab: 57,8 Prozent der Befragten kannten die Humanitäre Sprechstunde nicht. 53 Prozent bekundeten jedoch die Bereitschaft, Patient*innen auf Vertragsbasis vermittelt zu bekommen. In einem Pilotprojekt vermittelte die Humanitäre Sprechstunde bereits an eine gynäkologische Praxis. Momentan betreuen zwei festangestellte Ärzt*innen die Humanitäre Sprechstunde und ermöglichen damit eine medizinische Basisversorgung bei gesundheitlichen Problemen.

Lösungen existieren bereits

Lokale und niedrigschwellige Lösungsansätze für eine verbesserte Versorgung von Menschen ohne Papiere gibt es viele. Angebote wie die anonymisierte Gesundheitskarte, die Humanitäre Sprechstunde oder das MediNetz bedürfen jedoch einer konsequenten und nachhaltigen Umsetzung.

Literatur bei den Verfasserinnen

DANIELA HATZELMANN, Studentin an der Universität Bremen,
E-Mail: daha@uni-bremen.de

FLORA NOELLE WIEGAND, Studentin an der Universität Bremen,
E-Mail: fwiegand@uni-bremen.de

HELLE BETHKE, DIRK GANSEFORT, NICOLE TEMPEL,
MARCUS WÄCHTER-RAQUET

Stadtteilbezogene Unterstützungsangebote im Rahmen der Covid-19-Pandemie in Bremen

Seit der zweiten Covid-19-Infektionswelle zeigt sich ein ungleich verteiltes Infektionsgeschehen in den Bremer Stadtteilen. In manchen Quartieren liegen die Fallzahlen deutlich über dem Bremischen Durchschnitt. Als mögliche Ursachen hierfür werden verschiedene soziale Faktoren wie beispielsweise beengter Wohnraum, prekäre Beschäftigung, Nutzung des ÖPNV, Bildungsgrad und damit einhergehende Gesundheitskompetenz und sprachliche Barrieren herangezogen. Zugleich spiegeln Rückmeldungen aus den Stadtteilen wider, dass Informationen bisher unzureichend niedrigschwellig zur Verfügung gestellt, kommuniziert und verbreitet werden.

Der Bremer Senat hat auf dieses Geschehen kurzfristig mit der Bewilligung stadtteilbezogener Unterstützungsangebote reagiert. Die Angebote sind in zwei Projekte untergliedert, die eng vernetzt miteinander arbeiten und von der LVG & AFS koordiniert werden. Dabei handelt es sich um ein Informations- und Qualifizierungsangebot für Akteur*innen in betroffenen Stadtteilen (IQ-Covid) und um die Installation von Gesundheitsfachkräften in benachteiligten Quartieren. Gemeinsames Ziel der Projekte ist es, Bevölkerungsgruppen, die bisher nicht oder nur unzureichend erreicht wurden, mit passgenauen Informationen zum Coronavirus unter Berücksichtigung von Bremer Spezifika zu versorgen.

IQ-Covid

Im Rahmen von IQ-Covid werden zunächst adressat*innengerechte Informationen zum Thema Corona zusammengestellt oder erstellt, um diese in einem zweiten Schritt passgenau und unter Berücksichtigung der jeweils stadtteilbezogenen Strukturen zum Beispiel an Community Peer-groups, Projekte und Netzwerke zu vermitteln. Dazu werden die unterschiedlichen kommunalen Kommunikationswege auch unter Einbezug digitaler Kommunikationstools genutzt. Ergänzend werden Kurz-Qualifizierungseinheiten zu jeweils aktuellen Themen, bezogen auf die Covid-19-Pandemie (etwa aktuelle Verordnungen, Impfung), für verschiedene stadtteilbezogene Akteursgruppen angeboten. Beispielsweise sollen stadtteilbezogene Einrichtungen sowie Sprach- und Integrationsmittler*innen qualifiziert werden und die Informationen an Bewohner*innen, Communities und Vertrauens-Orte (wie medizinische Einrichtungen, Supermarkt, Kiosk, Friseur*in) im Stadtteil weiterleiten.

Gesundheitsfachkräfte in Bremer Quartieren

Das zweite Projekt bewegt sich entlang der Schnittstelle von Sozialberatung und Gesundheitskompetenzförderung. Es werden neun Stellen für Gesundheitsfachkräfte geschaffen, die schwerpunktmäßig in benachteiligten Quartieren der Stadt Bremen, den sogenannten »Wohnen in Nachbarschaften (WiN)«-Gebieten, eingesetzt werden. Als Vorbild für die Umsetzung des Vorhabens dienen die Gesundheitsfachkräfte an Bremer Grundschulen. Im Gegensatz zu dem Modellvorhaben ist der Einsatz der Gesundheitsfachkräfte jedoch auf das jeweilige Quartier bezogen und für alle Altersgruppen vorgesehen.

Durch den Einsatz von Gesundheitsfachkräften soll der Zugang zu Bevölkerungsgruppen, die bisher schwer erreicht wurden, verbessert und dadurch die gesundheitliche Chancengleichheit gestärkt werden. Die Gesundheitsfachkräfte werden jeweils in Einrichtungen vor Ort in den Quartieren angesiedelt, arbeiten aber auf eine zugehende Art und Weise. Zu den zentralen Aufgaben der Gesundheitsfachkräfte gehört es beispielsweise, Bewohner*innen für die Gefahren durch SARS-CoV-2 zu sensibilisieren, über die aktuell geltenden Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen sowie über die Impfmaßnahmen zu informieren. Hierfür ist eine enge Vernetzung und Zusammenarbeit mit den Strukturen vor Ort sowie mit Schlüsselpersonen im Stadtteil vorgesehen, um eine möglichst breite Informationsverteilung zu erzielen. Als Informationskanäle sollen unter anderem Online-Newsletter, schriftliche Materialien (wie Postkarten, Poster), (digitale) Informationsveranstaltungen und soziale Medien (wie YouTube oder WhatsApp) dienen. Auf langfristige Sicht sollen mit den Gesundheitsfachkräften nachhaltige Strukturen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Bremer Quartieren aufgebaut und etabliert werden, die auch über die Coronapandemie hinaus bestehen bleiben.

Literatur bei den Verfasser*innen, Anschrift siehe Impressum

HERESA VANHEIDEN, JOHANNA DIEDRICH

Gesund leben in Pflegeeinrichtungen – weitere Förderung des Projektes »Leben in Balance«

In Zeiten der sozialen Einschränkungen, die mit der Covid-19-Pandemie einhergehen, wird einmal mehr ersichtlich, welche Bedeutung die psychosoziale Gesundheit für Menschen hat. Personen, die in Pflegeeinrichtungen leben, gelten als besonders schutzwürdig und sind einem ständigen Abwägen von größtmöglichem Infektionsschutz bei zu wahrer Lebensqualität ausgesetzt. Dass bei diesen Menschen trotz ihrer Vulnerabilität Potenziale zur Förderung ihrer Gesundheit vorhanden sind, hat der Gesetzgeber mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes unterstrichen. Seit 2016 können (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen bundesweit Anträge zur Förderung der Gesundheit ihrer Bewohner*innen/Tagesgäste bei Pflegekassen stellen. Eine Fördermöglichkeit mit dem Fokus auf die psychosoziale Gesundheit bietet das Projekt »Leben in Balance« – nun bis Ende 2021.

Unterstützung für Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen

Seit 2018 begleiten die Pflegekassen AOK Niedersachsen und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau in Kooperation mit der LVG & AFS Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen im Rahmen des Projektes »Leben in Balance«. Ziel ist es, Aktivitäten in den Einrichtungen anzustoßen, die unter Beteiligung der pflegebedürftigen Menschen deren Ressourcen und Fähigkeiten nachhaltig stärken und das Thema der psychosozialen Gesundheit kulturell und strukturell in den Einrichtungen verankern. Interessierte (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen erhalten mit der Projektverlängerung für ein weiteres Jahr Unterstützung bei der Ideenfindung, Erstellung und Antragsstel-

lung von Konzepten zur Förderung der psychosozialen Gesundheit und des Wohlbefindens ihrer Bewohner*innen/Tagesgäste. Zentral dabei ist der Gruppencharakter und die Beteiligung der pflegebedürftigen Menschen. Konzepte sollten immer unter der Prämisse entstehen, dass die Bewohner*innen/Tagesgäste diese Themen wünschen und sich dies positiv auf ihre psychosoziale Gesundheit auswirkt. Denn sie selbst wissen am besten, was ihnen guttut. Bereits das Erleben von Beteiligung, gefragt zu werden, mitgestalten und sich als Teil einer Gruppe fühlen zu können, kann die psychosoziale Gesundheit positiv beeinflussen.

Zusätzlich werden Fortbildungen für Leitungskräfte sowie Pflege- und Betreuungskräfte in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen zu bedeutsamen Themen der psychosozialen Gesundheit angeboten.

Impulse für die Praxis

Die Förderung der psychosozialen Gesundheit von Bewohner*innen/Tagesgästen bietet viel Potenzial und eine breite Palette von Ansätzen. Die Ansprache über kulturelle, künstlerische und gestaltende Angebote und Humor kann beispielsweise genutzt werden, um eher zurückhaltende Menschen und Menschen mit Depressionen oder Demenz zu erreichen und Abwechslung und Leichtigkeit in den Alltag zu bringen. Daran knüpfen auch Aktivitäten zur Wahrnehmung und Wertschätzung der Individualität und Identität der Menschen im Rahmen der Institutionalisierung an. Foto- oder Beautyaktionen können diese beispielsweise hervorheben, die Menschen wertschätzen und das Selbstwertgefühl stärken. Auch sind Erfahrungen gesundheitsförderlich, in denen Kleingruppen Themen, die ihnen wichtig sind, diskutieren oder Möglichkeiten zur Auslebung geschaffen werden, um das Gefühl zu stärken, etwas Sinnstiftendes beitragen zu können. Pflegeeinrichtungen können auch als Begegnungsort für die Nachbarschaft verstanden werden. Hierfür können Kooperationen mit Akteur*innen in der Umgebung geschlossen und gemeinsame, sich gegenseitig unterstützende Aktivitäten geplant werden. Auch Außenanlagen und der Kontakt zur Natur können für gestalterische oder entspannende Aktivitäten genutzt werden und dadurch positive Gefühle aktiviert und Unruhezustände sowie Bewegungsdrang teilweise aufgefangen werden. Auch wenn die Covid-19-Pandemie viele der Aktivitäten erschwert, sind dennoch Kleingruppenaktivitäten zu vielen Themen und Beteiligungsmöglichkeiten denkbar.

Gemeinsam haben die beschriebenen Ansätze, dass sie sich über die Stärkung der Selbstbestimmung, der Selbstwirksamkeit, der sozialen Beziehungen und über die Resilienzförderung positiv auf das psychosoziale Wohlbefinden auswirken.

Wenn Sie neugierig geworden sind oder bereits erste Ideen haben, wie Sie die psychosoziale Gesundheit Ihrer Bewohner*innen/Tagesgäste fördern könnten, dann nehmen Sie gerne Kontakt zu uns auf. Weitere Informationen sowie einen Erklärungsfilm zum Projekt finden Sie auf unserer Website: www.gesundheit-nds.de/leben-in-balance

Literatur bei den Verfasserinnen, Anschrift siehe Impressum



LUKAS SCHÜTT, ALEXANDRA SCHÜSSLER, JAN FISCHER,
ELISABETH RATAJ

Erfahrungen aus einem partizipativen Evaluationsprojekt in Braunschweiger Jugendzentren

Partizipation zu ermöglichen, ist Teil des gesetzlichen Auftrags an die Offene Kinder- und Jugendarbeit. Das BMBF geförderte Projekt »PEPBS – Partizipative Evaluation der Präventionskette Braunschweig« (Förderkennzeichen 01EL1823E) möchte einen Beitrag zur Umsetzung dieses Auftrags leisten und bedient sich dabei des Ansatzes der Partizipativen Gesundheitsforschung. Im Rahmen einer Kooperation der LVG & AFS und der Stadt Braunschweig haben Wissenschaftler*innen, der Stadtjugendpfleger, die Vertreterin der Koordinierungsstelle Kinderarmut und drei Jugendzentrumsleiter*innen das Projektvorhaben konzipiert.

In einer Fallstudie geht PEPBS (März 2018 bis Juli 2021) unter anderem der Frage nach, wie Jugendliche stärker an der Angebotsentwicklung in der Offenen Kinder- und Jugendarbeit beteiligt werden können. Es wurden von den Beteiligten sogenannte »Autonome Öffnungen« entwickelt, bei denen die Jugendlichen ihr Jugendzentrum ohne Anwesenheit von Fachkräften öffnen und die Öffnungszeit selbstständig gestalten. Die Idee resultiert aus einer Forderung der Braunschweiger Jugendkonferenz nach mehr Autonomie. Bei der Evaluation dieses Vorhabens wurden Jugendliche und Fachkräfte mithilfe partizipativer Methoden von der LVG & AFS wissenschaftlich begleitet.

Einsatz vielfältiger Evaluationsmethoden

Nach jeder Autonomen Öffnung schätzten die Jugendlichen ihre Erlebnisse mittels eines gemeinsam erarbeiteten, digitalen Fragebogens ein. Wie die Fachkräfte die Entwicklungen und Auswirkungen der Autonomen Öffnung erlebten, wurde in Interviews erhoben. Dabei wurde insbesondere erfragt,

welche Kompetenzen die Jugendlichen entwickelt und inwieweit sie ihre eigenen Interessen eingebracht und durchgesetzt haben. Die gesammelten Ergebnisse wurden in einem Workshop mit den Jugendlichen und den Fachkräften reflektiert.

Erhobene Daten zeigen positive Effekte

Es wurde deutlich, dass die Autonome Öffnung von den Jugendlichen als eigener Gestaltungsraum ohne Aufsicht Erwachsener genutzt und geschätzt wird. So zeigte sich, dass die Jugendlichen ihre eigenen Interessen seit Durchführung der Autonomen Öffnung verstärkt im Jugendzentrum einbringen. Zudem haben die Fachkräfte beobachtet, dass die Jugendlichen ihre Kompetenzen in verschiedenen Bereichen ausbauen konnten und verantwortungsbewusster sowie selbstständiger handelten. Die Fachkräfte beschrieben zudem eine Veränderung der Beziehungsdynamiken. Die Jugendlichen seien offener und hilfsbereiter im Kontakt mit den Fachkräften und die Beziehungen der Jugendlichen untereinander zeigten sich gefestigter und konfliktärmer. Ein weiterer Effekt der Autonomen Öffnung war ein Zuwachs jugendlicher Besucher*innengruppen, die wegen der Maßnahme regelmäßig ins Jugendzentrum gekommen sind.

Nachhaltigkeit der Projektergebnisse sicherstellen

Die Autonome Öffnung soll sich nach Abschluss des Projektes PEPBS weiter etablieren. Dafür wurden Faktoren für die Übertragbarkeit der Maßnahme auf andere Jugendzentren identifiziert. Das Fundament der erfolgreichen Durchführung stellt dabei die Beziehungsarbeit zwischen den Fachkräften der Jugendzentren und den Jugendlichen dar. Die Fachkräfte mussten den Jugendlichen im Vorfeld der Autonomen Öffnungen Vertrauen schenken, die Öffnungen erfolgreich durchzuführen, und zulassen, dass dabei auch Fehler geschehen können. Wesentlich für die Übertragbarkeit ist zudem, unterschiedliche Bedarfe der jeweiligen Jugendzentren und deren Nutzer*innen zu erkennen und diese in der Umsetzung einer Autonomen Öffnung widerzuspiegeln. Zur weiteren Befähigung der Jugendlichen wird künftig die Teilnahme an einer Schulung zum Erlangen der Jugendleiter*innen-Card (JuLeiCa) angeboten. Dazu wurden zusätzliche Inhalte erarbeitet, die insbesondere auf die Herausforderungen der Autonomen Öffnung vorbereiten.

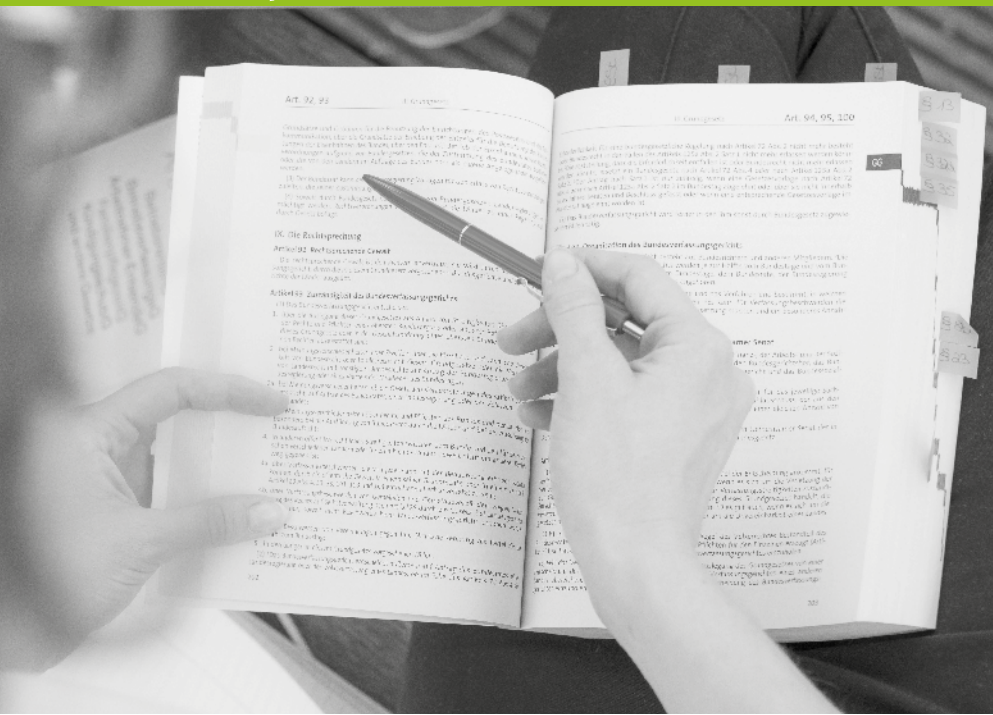
Die Erkenntnisse aus der Durchführung der Autonomen Öffnung führten zu einer Übernahme der Maßnahme in die Hauskonzepte der beteiligten Jugendzentren. Zur weiteren Verstetigung sowie für den kontinuierlichen Austausch interessierter Jugendzentren haben sich auf kommunaler sowie überregionaler Ebene Arbeitsgruppen zum Thema Autonome Öffnung und Partizipation zusammengeschlossen.

Weitere Informationen sind verfügbar unter:
www.gesundheit-nds.de oder www.partkommplus.de

Kontakt: JAN FISCHER, Anschrift siehe Impressum



- » **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Fenskweg 2, 30165 Hannover
Tel.: (05 11) 3 88 11 89-0, Fax: (05 11) 3 88 11 89-31
E-Mail: info@gesundheit-nds.de
Internet: www.gesundheit-nds.de
- » **Twitter:** Folgen Sie uns auf Twitter: @LVGundAFS
- » **ISSN:** 1438-6666
- » **V.i.S.d.P.:** Thomas Altgeld
- » **Redaktion:** Thomas Altgeld, Daniel Albrecht, Helle Bethke, Sabine Erven, Jan Fischer, Dr. Moritz von Gliszczynski, Dr. Marius Haak, Anna Menze, Dr. Ute Sonntag
- » **Beiträge:** Souzan AlSabah, Thomas Altgeld, Dr. Mimoun Azizi, Prof. Dr. Gesine Bär, Steffen Beigang, Helle Bethke, Marina Chernivsky, Johanna Diedrich, Jan Fischer, Susanne Fleckinger, Dirk Gansefort, Dr. Moritz von Gliszczynski, Dr. Bernd Gausemeier, Nadine Golly, Dr. Solmaz Golsabahi-Broclawski, Dr. Noa Ha, Daniela Hatzelmann, Dr. Helmut Jäger, Nicola Jakobs, Dana Jarczyk, Dr. Katja Kajikhina, Christina Kruse, Rosaline M'Bayo, Angelika Maasberg, Prof. Dr. Paul Mecheril, Dr. Petra Narimani, Elisabeth Rataj, Elena Reuschel, Ina Schaefer, Sophie Schellack, Kaja B. Schellenberg, Martin Schumacher, Alexandra Schüssler, Lukas Schütt, Dr. Cihan Sinanoglu, Dr. Ute Sonntag, Nicole Tempel, Astrid Thulke, Prof. Dr. Martina Tißberger, Bernadette Tusch, Theresa Vanheiden, Marcus Wächter-Raquet, Anna Wahl, Flora Noelle Wiegand, Dr. Katarzyna Zentner-Smith
- » **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 111: 03.05.2021
Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
- » **Auflage:** 9.000
- » **Gestaltung:** Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation
- » **Druck:** Druckerei Hartmann GmbH & Co. KG
- » **Erscheinungsweise:** 4 x jährlich, im Quartal
Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autor*innen wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.
- » **Titelbild:** © adobe.stock.com: © Andrey
- » **Fotos:** S. 13 © privat (Prof. Dr. Paul Mecheril, Dr. Solmaz Golsabahi-Broclawski, Dr. Ibrahim Özkan), alle anderen © adobe.stock.com: © beerkoff (S. 3), VTT Studio (S. 5), © 75tiks (S. 10), © cineberg (S. 12), © Andrey Popov (S. 16), © kernel (S. 21), © Mirko Vitali (S. 23), © Racle Fotodesign (S. 25), © sebra (S. 29), © tatomm (S. 31)
- » **Liebe Leser*innen,** wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse), die Sie uns zugeleitet haben, für den Bezug der impulse speichern und verarbeiten. Wenn Sie dies nicht mehr möchten, können Sie dem jederzeit unter info@gesundheit-nds.de widersprechen.
- » Die LVG & AFS wird institutionell gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.



Das demenzensible Krankenhaus

Was zeichnet ein Krankenhaus aus, das an den Bedarfen und Bedürfnissen demenziell erkrankter Menschen ausgerichtet ist? Antworten auf diese Frage gibt das praxisorientierte Fachbuch »Das demenzensible Krankenhaus«, indem es aus verschiedenen fachspezifischen Perspektiven Ansatzpunkte und Handlungsfelder von Kliniken aufzeigt und den Akteuren des Gesundheitswesens Werkzeuge an die Hand gibt. Fünf Kapitel beleuchten, wie die Rahmenbedingungen der krankenhäuslichen Versorgung gestaltet werden können, damit man Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen gerecht werden kann, ohne die Schwierigkeiten, die damit einhergehen, aus dem Blick zu verlieren. (jod)

MARKUS HORNEBER, RUPERT PÜLLEN, JANINE HÜBNER: Das demenzensible Krankenhaus. Grundlagen und Praxis einer patientenorientierten Betreuung und Versorgung. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2019, 403 Seiten, ISBN 978-3-17-033435-9, 59,00 Euro

Psychoanalyse und männliche Homosexualität

Homosexualität ist seit mittlerweile knapp 30 Jahren aus der WHO-Krankheitsklassifikation ICD gestrichen. Das Buch weist darauf hin, dass sich die Psychoanalyse dennoch nach wie vor schwer damit tut, von ihren Ressentiments und ihrer Pathologisierung von Homosexualität Abstand zu nehmen. Die Autor*innen dieses Sammelbandes geben einen Einblick in die historischen Wurzeln der Antihomosexualität in Psychoanalytiker*innen-Kreisen und zeichnen nach, wo diese auch heute noch anzutreffen ist. Ihre Forderung ist eine stärkere Reflektion der Schwulenbewegung und deren Erfolge sowie der heutigen wissenschaftlichen Erkenntnislage in der Aus- und Weiterbildung von Psychoanalytiker*innen. Wie dies gelingen kann, wird entlang verschiedener Themen wie internalisierter Homophobie von Klient*innen, STI-Prophylaxeverhalten oder sexueller Gewalt erörtert und in eine lebensphasenbezogene Perspektive eingebettet. (ms)

PATRICK HENZE, AARON LAHL, VICTORIA PREIS (HRSG.): Psychoanalyse und männliche Homosexualität. Beiträge zu einer sexualpädagogischen Debatte. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2019, 330 Seiten, ISBN 978-3-8379-2880-8, 34,90 Euro

Geschlecht, Sucht, Gewalttätigkeiten

Im Mittelpunkt des Buches stehen süchtige Frauen und Männer, die in gewalttätigen Beziehungen leben und daran leiden. Mitbetroffen von den Gewalttätigkeiten sind die Kinder der Familien. Auf der Suche nach Hilfe begegnen den Betroffenen viele Schwierigkeiten und Vorurteile, die nicht leicht zu überwinden sind. Im Buch werden zwei Interviewstudien mit süchtigen Frauen und Männern vorgestellt. Auf die Berichte zur Sucht und zu den Gewalttätigkeiten in den Partnerschaften und im sozialen Nahraum sowie auf die Erfahrungen mit den informellen und formalen Hilfenetzen wird dabei detailliert eingegangen. Die Betroffenen kommen selbst ausführlich zu Wort. Dieser Ansatz eröffnet neue Perspektiven, die für die Weiterentwicklung der Prävention von Suchtproblemen nützlich sein können. Auch für Konzepte zur Hilfe für Menschen mit Substanzkonsumstörungen und weiteren psychischen und physischen Belastungen gibt das Buch Anregungen. (us)

IRMGARD VOGT: Geschlecht, Sucht, Gewalttätigkeiten. Die Sicht von Süchtigen auf ihr Leben und auf formale Hilfen. Beltz Juventa Verlag, Weinheim, Basel, 2021, 390 Seiten, ISBN 978-3-7799-6338-7, 39,95 Euro

Gesundheitsförderung mit System

Die Autor*innen geben einen Einblick in die Qualitätsentwicklung projektbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Im Fokus steht das Schweizer Qualitätssystem »quint-essenz«. Praktiker*innen sollen zu einem systematischen, reflektierten und nachhaltigen Handeln bei der Gestaltung von Programmen und Projekten motiviert werden. Der handlungsorientierte Band ist in vier umfangreiche, aufeinander aufbauende Teile gegliedert und beinhaltet übersichtliche Zusammenfassungen. Neben theoretischen Grundlagen, Ansätzen sowie Herausforderungen in der Gesundheitsförderung beschreiben praktische Beispiele verschiedene Handlungsmöglichkeiten. (daj)

PETRA KOLIP, GÜNTER ACKERMANN, BRIGITTE RUCKSTUHL, HUBERT STUDER: Gesundheitsförderung mit System. Qualitätsentwicklung in Projekten und Programmen der Gesundheitsförderung. Hogrefe Verlag, 2019, 279 Seiten, ISBN 978-3-456-86017-6, 44,59 Euro

Resilienz am Arbeitsplatz

Die Fälle von Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankung nehmen zu und viele Mitarbeiter*innen haben Schwierigkeiten, die wachsenden Herausforderungen zu bewältigen und dabei gesund zu bleiben. Andere wiederum kommen mit diesen Herausforderungen gut zurecht und strahlen Gelassenheit und Optimismus aus. In dem Buch stellen die Autor*innen einen praxisorientierten Zugang zu dem komplexen Konstrukt der psychischen Gesundheit dar. Es werden Hintergrundinformationen sowie Lösungs- und Handlungsorientierungen aufgezeigt. Diese regen Selbstreflexion in Bezug auf Resilienzbeziehungsweise Schutzfaktoren an und zeigen auf, auf welche Ressourcen in Krisensituationen zurückgegriffen werden kann. Darüber hinaus wird deutlich, welche außerberuflichen Bereiche noch gestärkt werden können, um die Bewältigung alltäglicher Aufgaben zu erleichtern. (am)

DETLEF KUHN (HRSG.): Resilienz am Arbeitsplatz, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2019, 157 Seiten, ISBN 978-3-86321-436-4, 29,95 Euro

Public Health. Disziplin – Praxis – Politik

Seit etwa 30 Jahren etabliert sich Public Health an Universitäten und Hochschulen in Deutschland. Obwohl man diese Entwicklung als Erfolgsgeschichte deuten kann, ist Public Health aber noch immer kein selbstverständlicher Teil des akademischen Fächerkanons. Die Beiträge dieses Bandes fragen nach dem Stand der Disziplin Public Health beziehungsweise ihren Bezugsdisziplinen, nehmen die entsprechende Praxis (zum Beispiel Prävention und Gesundheitsförderung, Community Health und partizipative Forschung, Evidenzbasierung) in den Blick und diskutieren das Verhältnis von Public Health und Politik. Das Buch richtet sich gleichermaßen an Studierende, interessierte Laien sowie Fachpublikum. (suf)

HENNING SCHMIDT-SEMISCH, FRIEDRICH SCHORB (HRSG.): Public Health. Disziplin – Praxis – Politik, Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2021, 542 Seiten, ISBN 978-3-658-30376-1, 44,99 Euro

Das neue Teilhaberecht

Zum 01.01.2020 ist die dritte Stufe des Bundesteilhabegesetzes in Kraft getreten. Der Band thematisiert die Einführung und Änderungen im Rahmen des Teilhaberechts, das nun von Trägern der Eingliederungshilfe, Trägern sozialer Dienste und Einrichtungen, Interessenvertretern sowie Beratungsstellen anzuwenden ist. Für Menschen mit Behinderungen soll damit ein Leistungsgesetz geschaffen werden, das verstärkt einen personenzentrierten Ansatz verfolgt. Gleichzeitig entstehen durch die Änderungen viele Fragen und Anforderungen, die mit dem vorliegenden Band Klärung finden können. Dieser Band richtet sich an alle, die mit dem Teilhaberecht arbeiten, und stellt somit ein Handwerkszeug für den Arbeitsalltag dar. (at)

ARNE VON BOETTICHER: Das neue Teilhaberecht. 2. durchgesehene Auflage. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2020, 462 Seiten, ISBN 987-3-8487-5877-7, 48,00 Euro

Kinderrechte

1995 kam der UN-Kinderrechtsausschuss zu dem Schluss, den Rechten des Kindes würde in Deutschland in Gesetzgebung und politischen Zielsetzungen nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt. Auch unter hiesigen Fachleuten herrscht Uneinigkeit darüber, ob es ausreichend gelingt, die Meinungen und Interessen der Kinder zu hören, zu achten und zu berücksichtigen – und zwar in all ihren Lebensbereichen. Sollten Kinderrechte also explizit ins Grundgesetz aufgenommen werden? Auf diese und andere komplexe Fragestellungen versucht der Sammelband durch zahlreiche Fachbeiträge Antworten zu finden. Das Besondere daran: Die Autor*innen arbeiten sich nicht an vorhandenen Gesetzesbüchern ab, sondern orientieren sich an den Lebenswelten der Kinder. Damit richtet sich der Sammelband an ein Fachpublikum aus Sozial- und Rechtswissenschaften, Politik und Praxis. (ck)

INGO RICHTER, LOTHAR KRAPPMANN, FRIEDRIKE WAPLER (HRSG.): Kinderrechte. Handbuch des deutschen und internationalen Kinder- und Jugendrechts. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2020, 572 Seiten, ISBN 978-3-8487-5431-1, 58,00 Euro

Health Report 2020

Der gesellschaftliche und technologische Wandel geht auch am Gesundheitsmarkt nicht spurlos vorbei. Die Trend- und Zukunftsforscherin Corinna Mühlhausen richtet ihren Blick auf derzeitige Trends wie etwa Clean Meds (Medikamente ohne Zusätze) und Sober Curiosity (Genuss von Verzicht). In den einzelnen Kapiteln wird das aktuelle Geschehen am Gesundheitsmarkt sowie der Wertewandel im Gesundheitsbewusstsein der Konsument*innen aufgezeigt. Durch die Analyse des Gesundheitsmarktes bietet der Health Report 2020 potenzielle Anregungen sowohl für die Anbieter*innen als auch die Konsument*innen. Auf Basis einer »Healthstyle«-Umfrage samt Veranschaulichung durch Beispiele wird eine verständliche und praxisnahe Übersicht zum Thema geschaffen. (sos)

CORINNA MÜHLHAUSEN, ZUKUNFTSINSTITUT GmbH (HRSG.): Health Report 2020, Zukunftsinstitut Frankfurt, 2019, 120 Seiten, ISBN 987-3-945647-65-3, 150,00 Euro, www.zukunftsinstitut.de

#highways2health Der digitale Wandel in der Gesundheitsförderung

Unter www.highways2health.de veröffentlicht die LVG & AFS regelmäßig Podcasts und Blogbeiträge von und mit Expert*innen aus Wissenschaft und Praxis zu Themen rund um den digitalen Wandel in Gesundheitsförderung und Prävention. In unseren neuesten Beiträgen befassen wir uns mit der »Digitalen Partizipation«. Wir fragen Expert*innen, ob und wie Jugendliche digital partizipieren oder welche Chancen und Herausforderungen für Forschung und Projektarbeit aus der Gesundheitsförderung und Prävention resultieren. Im März erscheinen Beiträge zum Thema »Arbeit 4.0«. Hier beleuchten wir die Digitalisierung am Arbeitsplatz und stellen uns dabei folgende Fragen: Wie sieht die Arbeit der Zukunft aus? Welchen Effekt hat die Digitalisierung am Arbeitsplatz? Lesen und hören Sie rein!

Alle Beiträge finden Sie auf www.highways2health.de

Mentale und physische Gesundheit im Alter

Die Zusammenhänge zwischen sozialen Ungleichheiten, Gesundheit und Lebenserwartung sind bereits bekannt. Mit der Studie wird die Forschung zu diesem Thema durch Analysen des Zusammenhangs von Vermögensungleichheit und Gesundheit im Längsschnitt mit Blick auf die ältere Bevölkerung erweitert. Insbesondere die Auswirkungen von Veränderungen der finanziellen Situation im Alter auf die psychische Gesundheit, das subjektive Gesundheitsempfinden und körperliche Einschränkungen werden untersucht. Auf Basis des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) stellt der Autor umfangreiche Analysen für das Forschungsfeld Armut und Gesundheit in der älteren Bevölkerung dar. (nj)

FABIO FRANZESE: Mentale und physische Gesundheit im Alter. Der Einfluss von Armut, Einkommensungleichheit und Vermögensungleichheit. Budrich Academic Press, Opladen, Berlin, Toronto, 2020, 229 Seiten, ISBN 978-3-96665-012-0, 45,00 Euro

Das Konzept »Health in All Policies« und seine Umsetzung in Deutschland

Der Sammelband dient als Nachschlagewerk zum Thema Health in All Policies (HiAP) in Deutschland. Grundlagen und Umsetzung des Konzeptes werden übersichtlich dargestellt und durch Autor*innen verschiedener Politikfelder pointiert. Darüber hinaus werden gelungene Praxisbeispiele von HiAP aufgezeigt, so dass Akteur*innen aus Forschung, Lehre oder Praxis sowie politisch Verantwortliche Anregungen für die Verankerung von Gesundheit als wesentlichem Leitbild in verschiedenen Bereichen und auf unterschiedlichen Ebenen erhalten. (nj)

KATHARINA BÖHM, STEFAN BRÄUNLING, RAIMUND GEENE, HEIKE KÖCKLER (HRSG.): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe – Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2020, ISBN 978-3-658-30503-1, 49,99 Euro

Wie man aus Trümmern ein Schloss baut

Was passiert, wenn man die Diagnose erhält, das Augenlicht für immer zu verlieren? Die Autorin lässt uns in schillernden Farben an einer Reise in ihrem Leben teilhaben. Sie nimmt uns mit und erzählt, wie sie ihr Augenlicht verlor, durch einen Trauerprozess ging und, neben der Akzeptanz des Verlustes, die Liebe fand. Am Ende des Buches erklärt sie anhand des Phasenmodells nach der Trauerforscherin Elisabeth Kübler-Ross die von ihr durchlaufenen Phasen. Sie macht deutlich, was in den unterschiedlichen Trauerphasen für die von Trauer Betroffenen wichtig und hilfreich sein kann. Dieser Band richtet sich an alle, die sich mal so richtig freuen, aber auch staunen und lachen wollen. Eine berührende Geschichte, die unbedingt Teil des Bücherregals werden möchte. (at)

DÖRTE MAACK: Wie man aus Trümmern ein Schloss baut. Die Geschichte meines Erblindens und wie ich wieder Lebensfreude fand. Patmos Verlag, Ostfildern, 2020, 213 Seiten, ISBN 987-3-8436-1260-9, 20,00 Euro

Quo Vadis Kinder- und Jugendhilfe?

Die 2009 im 13. Kinder- und Jugendbericht erstmalig systematisch aufgearbeiteten Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Jugendhilfesektor sowie der Behindertenhilfe machten Lücken in der Unterstützung von Kindern und ihren Familien deutlich. Was hat sich seitdem getan und wohin soll es gehen? Mit dem Blick auf die soziale Arbeit kombiniert der Sammelband »Quo Vadis Kinder- und Jugendhilfe?« Praxisartikel verschiedener Arbeitsfelder mit Fachartikeln zu strukturellen Lösungsansätzen und gesellschaftspolitischen Fragestellungen rund um den Leitgedanken, soziale und gesundheitliche Ungleichheit. (ck)

KATHRIN LIEL, ANNA LENA RADEMAKER (HRSG.): Gesundheitsförderung und Prävention – Quo Vadis Kinder- und Jugendhilfe? Beltz Juventa Verlag, Weinheim, Basel, 2020, 300 Seiten, ISBN 978-3-7799-6043-0, 29,95 Euro

Die Rollen der Angehörigen in der Gesundheitskommunikation

Die Autorin greift den Wunsch von Angehörigen auf, das Thema der Angehörigenkommunikation zu erforschen. Unter Berücksichtigung einer transdisziplinären Sichtweise liefert sie mit zentralen Modellen, Rollen von Angehörigen in der Gesundheitskommunikation und krankheitsübergreifenden Strategien einen theoriebasierten Orientierungsrahmen als Grundlage für Interventionen der Gesundheitsförderung. Die Autorin empfiehlt, Angehörige als wichtige Anspruchsgruppe mit ihren vielfältigen Funktionen in der Gesundheitskommunikation anzuerkennen und strukturell in das Versorgungssystem zu integrieren. Sie möchte Studierende, Wissenschaftler*innen und Praktiker*innen in den Bereichen Kommunikationswissenschaft, Psychologie, Soziologie und Gesundheitswissenschaften zu einem Perspektivwechsel und konstruktiver Kommunikation anregen. (tv)

DOREEN REIFEGERSTE: Die Rollen der Angehörigen in der Gesundheitskommunikation. Modelle, Funktionen und Strategien, Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2019, 199 Seiten, ISBN 978-3-658-25030-0, 39,99 Euro

Mind the Gap

Dieses Handbuch für Mediziner*innen und Studierende der Medizin schließt eine Wissenslücke: Wie äußern sich bestimmte Erkrankungen auf brauner oder schwarzer Haut? In Lehrbüchern und Curricula wird wie selbstverständlich davon ausgegangen, dass die Patient*innen weiße Haut haben. Das Handbuch ist in Großbritannien zwischen Dezember 2019 und Mai 2020 entstanden und ist als work in progress angelegt. Alle, die etwas kennen, was im Handbuch fehlt, sind eingeladen, sich zu beteiligen. (us)

MALONE MUKWENDE, PETER TAMONY, MARGOT TURNER (EDS.): Mind the Gap. A Handbook of Clinical Signs in black and brown Skin, 2020, 31 Seiten, ISBN 978-1-5272-6908-8, kostenlos zum Download unter www.blackandbrownskin.co.uk/mindthegap

Die Sache und die Bildung

In dem Band werden die bewegungspädagogischen Schwerpunkte Bildung und Bewegung, Bewegte Schule und Lehrer*innenbildung in Bewegung spezifiziert. Zu Beginn werden Ansatzpunkte und theoretische Ausrichtungen fachdidaktischer Konzepte beleuchtet. In Kapitel zwei werden verschiedene thematische Möglichkeiten und Potenziale aufgezeigt, die sich durch Bewegung als Fundament in der Schulentwicklung eröffnen. Im dritten Kapitel werden grundlegende Aspekte der universitären Lehrer*innenbildung diskutiert und spezifische Fragen der Sportlehrer*innenbildung und der Professionalisierungsprozesse von Sportlehrkräften diskutiert. Das Buch ist anlässlich der Emeritierung von Prof. Dr. Ralf Laging erschienen. (er)

JÖRG BIETZ, PETRA BÖCKER, MIKE POTT-KLINDWORTH (HRSG.): Die Sache und die Bildung. Bewegung, Spiel und Sport im bildungstheoretischen Horizont von Lehrerbildung, Schule und Unterricht, Schneider Verlag, Hohengehren, 2019, 290 Seiten, ISBN 978-3-8340-1852-6, 25,00 Euro

Fortschrittsfalle Medizin

Thema des Buches ist die maßlose moderne Medizin – eine Medizin mit wettbewerblicher Ausrichtung ohne Rahmenbedingungen für einen fairen Wettbewerb. Diese Art von Versorgung kann zu Überdiagnostik, Fehlverteilungen, der Vernachlässigung von Prävention, einer Unterversorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen, einer Übertherapie am Lebensende sowie unbedingter Gewinnmaximierung führen. Anhand vieler Fallbeispiele werden diese Missstände illustriert und analysiert, aber auch Lösungsmöglichkeiten für eine humane Medizin aufgezeigt. (us)

ANDREAS S. LÜBBE: Fortschrittsfalle Medizin. Wie wir hineingeraten und wieder herauskommen. dgvt-Verlag, Tübingen, 2019, 376 Seiten, ISBN 978-3-87159-245-4, 19,99 Euro

Den Kaiserschnitt vermeiden

Es gibt große regionale Unterschiede in den Kaiserschnittsraten. Das Buch geht der Frage nach, inwieweit besondere Vorgehensweisen und Maßnahmen der Geburtshelferinnen in den Kreißsälen dazu beitragen, Kaiserschnitte zu vermeiden. Im theoretischen Teil werden etwa die Entwicklung des Kaiserschnittes zum Routineeingriff und die möglichen gesundheitlichen Auswirkungen einer Sectio auf Mutter und Kind dargestellt. Hebammen und Ärzt*innen beschreiben in Interviews relevante Faktoren, die es ihnen ermöglichen, viele Schwangere ohne Operation zu entbinden. Als Bezugsrahmen dienen dabei drei evidenzbasierte Empfehlungen zur Senkung der Kaiserschnittquote oder zur Förderung physiologischer Geburten. (us)

ANDREA BOSCH: Den Kaiserschnitt vermeiden. Eine Analyse relevanter Faktoren. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2020, 111 Seiten, ISBN 978-3-86321-525-5, 22,95 Euro

Wechseljahre

Das Buch ist ein wissenschaftlicher Ratgeber für betroffene Frauen, für Fachleute und für Interessierte. Es möchte vermitteln, was es Neues zum Thema Wechseljahre gibt. Orientierungspunkte sind aktuelle Leitlinien, die in eine allgemein verständliche Sprache übersetzt werden. Das Buch ist in drei Teile gegliedert: »Gut zu wissen, was auf Sie zukommt« will jüngere Frauen und interessierte Männer über Wechseljahre informieren. »Gut zu wissen, was ich selbst tun kann« gibt Frauen in den Wechseljahren Informationen dazu, was sie in Eigenregie gegen auftretende Beschwerden tun können. »Gut zu wissen, wie die Medizin helfen kann« richtet sich an die Frauen, denen es nicht gut geht – entweder weil sie unter starken Hitzewallungen leiden oder weil weitere Beschwerden hinzukommen. Dieses Buch nimmt für sich in Anspruch, einen neutralen und wertungsfreien Überblick über die Wechseljahre zu geben, damit die Leserinnen informierte Entscheidungen treffen können. (us)

MARIA BECKERMANN: Wechseljahre – was muss ich wissen, was passt zu mir? Nach den aktuellen medizinischen Leitlinien. Hogrefe Verlag, Bern, 2020, 232 Seiten, ISBN 978-3-456-85987-3, 19,95 Euro

Female Genital Mutilation

UNICEF zufolge sind weltweit mehr als 250 Millionen Mädchen und Frauen von Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation, FGM) betroffen – die meisten von ihnen leben in afrikanischen Ländern. Laut TERRE DES FEMMES lebten im Jahr 2019 aber auch etwa 74.899 von FGM betroffene Mädchen und Frauen in Deutschland. Weitere 20.182 Mädchen sind von FGM bedroht. In diesem Buch kommen Betroffene und ausgewiesene Expert*innen zu Wort. Es geht um Grundlagenwissen zum Thema, konkrete Strategien für die Kommunikation mit FGM-Patientinnen in der Praxis und um einen Überblick über Behandlungsmöglichkeiten, geburtshilfliche Aspekte und rekonstruktive Verfahren. Abgerundet wird das Buch durch die Themen psychologische und sozialmedizinische Betreuung, Rechtsfragen und Anlaufstellen für Betroffene. (us)

UWE VON FRITSCHEN, CORNELIA STRUNZ, ROLAND SCHERER (HRSG.): Female Genital Mutilation. Medizinische Beratung und Therapie genitalverstümmelter Mädchen und Frauen. Walter de Gruyter Verlag, Berlin, Boston, 2020, 218 Seiten, ISBN 978-3-11-047994-2, 69,95 Euro

Informationen zu diskriminierungssensibler Sprache

Aktuelle rassismuskritische Debatten zeigen, dass auch Sprache eine diskriminierende und verletzende Wirkung haben kann. Wer diskriminierungssensibel handeln will, sollte die alltäglich oft noch üblichen Fremdbezeichnungen für Menschen mit Rassismuserfahrung meiden und stattdessen ihre frei gewählten Selbstbezeichnungen respektieren und verwenden. (mvg)

Hilfreiche Informationen hierzu bieten folgende frei verfügbare Glossare: www.gendercampus.ch/public/ttgd/Glossar_RACE.pdf www.amnesty.de/2017/3/1/glossar-fuer-diskriminierungssensible-sprache

Termine LVG & AFS

Hinweis

Aufgrund der anhaltenden Covid-19-Pandemie werden einige der für die kommenden Monate geplanten Veranstaltungen entweder abgesagt, verschoben oder in einem anderen Format durchgeführt. Die nachfolgenden Veranstaltungshinweise (Stand Februar 2021) erfolgen daher vorbehaltlich.

Bitte informieren Sie sich auf unserer Website, ob die Veranstaltungen wie geplant stattfinden:
www.gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen



Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.



Regionalkonferenz Gesund und aktiv älter werden Risikogruppe allein zu Haus – Leben im Alter zwischen Fürsorge und Stigmatisierung

14. April 2021, online

Erste Befunde zum Leben im Alter während der Corona-Pandemie zeichnen ein differenzierteres Bild, als es die pauschale Zuordnung älterer Menschen zur »Risikogruppe« vermuten lässt. So variiert die Infektionsgefährdung zum Beispiel hinsichtlich des chronologischen Alters, individueller Lebensstile und Wohnsituationen beträchtlich. Ebenso sind das gesellschaftlich zugeschriebene und das subjektiv wahrgenommene Krankheitsrisiko nicht deckungsgleich. Wo verläuft die Grenze zwischen notwendigem Infektionsschutz und gesellschaftlicher Ausgrenzung? Sind ältere Menschen in der Krisenbewältigung resilient oder bedürfen sie neuer Anspracheformen zur Förderung ihrer (psychischen) Gesundheit? Welche langfristigen Pandemie-Folgen sind zu erwarten und wie kann man diesen begegnen? Im Rahmen der diesjährigen Regionalkonferenz Niedersachsen der BZgA-Strategie »Gesund & aktiv älter werden« soll diesen Fragen nachgegangen werden.

Wie können Netzwerke auch in digitalen Zeiten lebendig gestaltet werden? (Teil 1)

26. April 2021, online

Die aktuelle Situation der Corona-Pandemie stellt auch institutionelle Netzwerke vor die zusätzliche Herausforderung, ihre Arbeitsweise und Netzwerktreffen auf digitale Formate umzustellen. Zwei Workshops zum Thema »Netzwerkarbeit« sollen auf diese und weitere Aspekte eingehen. In dem ersten Termin geht es um grundlegende Bausteine der Netzwerkarbeit. Was sind institutionelle Netzwerke, was zeichnet sie aus und wie können sie gut funktionieren? Es soll dabei auch um die Frage gehen, welche Grenzen, aber auch welche Chancen in der digitalen Durchführung von Netzwerkarbeit liegen.

Regionalveranstaltung Flucht und Behinderung in Oldenburg 27. April 2021, online

Ziel der Veranstaltung ist die Sensibilisierung der Akteur*innen für die Belange von geflüchteten Menschen mit Behinderungen sowie die Vernetzung der Engagierten. Angesprochen werden Fachkräfte sowie ehrenamtlich engagierte Personen, die mit zugewanderten, geflüchteten sowie beeinträchtigten Menschen arbeiten. Die Vernetzungsveranstaltung wird in Zusammenarbeit mit der niedersächsischen Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderungen, dem Netzwerk Kommunale Migrationsarbeit Niedersachsen (KMN) sowie weiteren Partner*innen auf regionaler Ebene durchgeführt.

Online Segel setzen 2021 – Transitionspsychiatrie

28. April 2021, online

Im ersten Workshop der Segel-setzen-Online-Veranstaltungsreihe möchten die am »Netzwerk Sozialpsychiatrische Dienste« beteiligten Institutionen die Rolle der Sozialpsychiatrischen Dienste in ihrer Doppelfunktion von Hilfe und Kontrolle, von solidarischer Unterstützung und gesellschaftlichem Auftrag zur Normalisierung nachgehen. In diesem Workshop liegt der Fokus auf jungen Menschen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie. Die kurzen Halbtagsformate und über das Jahr verteilten Termine machen es möglich, den Arbeitsalltag zu unterbrechen und mit Kolleg*innen aus dem ganzen Bundesgebiet zu diskutieren. Die Veranstaltung richtet sich an alle im Sozialpsychiatrischen Dienst tätigen Berufsgruppen sowie Betroffene und Angehörige.

§ 218 – Wie viel Freiheit haben wir wirklich?

15. Mai 2021, online

Vor 150 Jahren wurde der Abtreibungsparagraph 218 in die deutsche Strafgesetzbuch aufgenommen. Die hohen gesetzlichen Hürden für einen Schwangerschaftsabbruch führen vielfach zu männlicher Dominanz und Bevormundung der Frauen*. Es ist schwer, kurzfristig eine Arztpraxis oder Klinik für einen Schwangerschaftsabbruch zu finden. Ärzt*innen wird es sehr erschwert zu informieren, dass sie Schwangerschaftsabbrüche vornehmen. Das Netzwerk Frauen/ Mädchen und Gesundheit Niedersachsen zeigt in Kooperation mit dem Apollo Kino in Hannover den Film »Aufbruch in die Freiheit« von Isabel Kleefeld. In der anschließenden Talkrunde, unter anderem mit der engagierten Ärztin Kristina Hänel und den Autorinnen des Films, Andrea Stoll und Heike Fink, wird die Situation beleuchtet und ein politischer Ausblick gegeben.

Bad Practice in der Gesundheitsförderung – aus Fehlern lernen

18. Mai 2021, online

Die Planung von Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention orientiert sich oft an Modellen guter Praxis, der sogenannten Good Practice. Doch lernt man nicht oft gerade besser aus Fehlern? Im Rahmen dieser digitalen Veranstaltung möchten wir ein Bewusstsein dafür schaffen, dass eine Kultur der Misserfolge hilfreich sein kann, um ein Verständnis für die Voraussetzungen gelingender Praxis zu reflektieren. Neben kurzen Inputs und dem Kennenlernen von Praxisbeispielen haben Sie die Möglichkeit, in einen offenen Erfahrungsaustausch zu treten, um gemeinsam Schlüsse aus dem »Scheitern« zu ziehen.

Niedersächsische Landespflegekonferenz 2021

26. Mai 2021, online

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung setzt das gemeinsame und abgestimmte Handeln der zentralen Akteur*innen voraus. Gefragt sind integrierte Handlungsstrategien, an deren Erarbeitung Bund, Länder und Kommunen, Kosten- und Leistungsträger, Vertretungen der Pflegekräfte und Pflegebedürftigen aktiv mitwirken. Die Kommunen nehmen als Orte der sozialen Daseinsfürsorge eine besondere Rolle bei der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ein und stehen im Fokus der diesjährigen niedersächsischen Landespflegekonferenz. Sie wird erstens die pandemische Situation in Bezug auf die örtliche Versorgungsplanung beleuchten. Zweitens geht es um unterschiedliche kommunale Ansätze, die darauf zielen, die pflegerische Versorgungsqualität im stationären Sektor zu sichern. Und drittens thematisiert die Landespflegekonferenz, wie sich das Pflegereform-Konzept des »Sockel-Spitze-Tauschs« auf die kommunalen Haushalte auswirkt.

Wie können Netzwerke auch in digitalen Zeiten lebendig gestaltet werden? (Teil 2)

09. Juni 2021, online

Die aktuelle Situation der Corona-Pandemie stellt auch institutionelle Netzwerke vor die zusätzliche Herausforderung, ihre Arbeitsweise und Netzwerktreffen auf digitale Formate umzustellen. In dem zweiten Termin geht es vor allem um eine lebendige und partizipative Moderation von Netzwerken, (digitale) Moderationstools und die Arbeit in langdauernden Netzwerken. An konkreten Beispielen der Teilnehmenden wird die Umsetzung in die eigene Praxis geplant. Die Frage der Grenzen, aber auch der Chancen einer digitalen Durchführung von Netzwerkarbeit wird auch an diesem Tag thematisiert.

Online Segel setzen 2021 – Fallarbeit zwischen Selbsthilfe und Fremdhilfe

16. Juni 2021, online

Im zweiten Workshop der Online-Veranstaltungsreihe wird die Fallarbeit im Spannungsfeld zwischen Selbsthilfe und Fremdhilfe, zwischen fürsorglicher Belagerung und Freiheit zur Verwahrlosung thematisiert. Die Onlineworkshops dieser Reihe sind dialogisch strukturiert und laden die Teilnehmenden ein, das jeweilige Workshopthema differenziert zu diskutieren.

Chancen(un)gerechtigkeiten in Pandemiezeiten und was wir daraus lernen können Jahrestagung 2021 der LVG & AFS

07. Juli 2021, online

Die Corona-Pandemie hat soziale und gesundheitliche Ungleichheiten wie ein Brandbeschleuniger verschärft. Die Sorge um die langfristigen Bildungs-, Entwicklungs- und Teilhabechancen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen aus ärmeren Familien, wächst. Aber auch andere Gruppen in benachteiligten sozioökonomischen Lebenslagen waren und sind von den Einschränkungen, Risiken und Existenzängsten während der Pandemie besonders betroffen. Gemeinsam mit Expert*innen wie Prof. Dr. Jutta Allmendinger möchten wir in unserer Jahrestagung 2021 die konkreten bildungsbezogenen, gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen der Pandemie beleuchten und diskutieren, welche »Hausaufgaben«, aber auch guten Lösungsansätze sowohl die Politik als auch Akteur*innen aus dem Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbereich haben, um allen Menschen die gleichen Chancen auf Gesundheit und Teilhabe zu ermöglichen.



FORTBILDUNGSPROGRAMM

Männersachen – Betreuungsangebote für Männer

29. April 2021, online



Kompetenzzentrum
für Gesundheitsförderung
in Kitas

FORTBILDUNGSPROGRAMM

Preisverleihung des Kita-Wettbewerbes »Gute und gesunde Kita für alle! Kita-Qualität durch Gesundheitsförderung stärken«

13. April 2021, online

Dialogwerkstatt: Gute und gesunde Kita für alle! Wie kann das gelingen?

24. Juni 2021, Hannover

Weitere Informationen unter: www.kogeki.de



FORTBILDUNGSPROGRAMM

für Führungskräfte und Beschäftigte in der Pflege und Betreuung

»Wer sind Sie überhaupt?« –
Abgrenzung und Profilbildung zur Mitarbeiter*innengewinnung
19. April 2021, online

Souveränes Auftreten in herausfordernden Situationen
21. April 2021, online

Verwirrt, dement oder depressiv?
Gerontopsychiatrisches Fachwissen mit Schwerpunkt Demenz
27. April 2021, online

Beratungswissen in der Pflege – 2-tägige Grundlagen
05. & 06. Mai 2021

Hat der/die Kund*in immer Recht? –
Kundenorientierung und ihre Grenzen
01. Juni 2021, online

Tischdekorationen frisch auf den Tisch –
Die Blumenwelt für Bewohner*innen erschließen
02. Juni 2021

Kreativ und aktiv durch die Zeit –
Neue Ideen für die Betreuungsarbeit
03. Juni 2021

Der richtige Personalmix als Entlastungsmaßnahme
07. Juni 2021, online

Expertenstandard
»Erhaltung und Förderung der Mundgesundheit in der Pflege«
08. Juni 2021

Musik bei Demenz – Wenn Musik spricht, weckt und bewegt
10. Juni 2021

Professioneller Umgang mit »schwierigen« Angehörigen
15. Juni 2021

Kommunikation ohne Worte (KoW®) –
die Kraft der nonverbalen Interaktion
16. Juni 2021

Absenkung der Fachkraftquote –
Pflegehelfer*innen rüsten Wissen auf!
01. Juli 2021

Kriegskinder, Nachkriegskinder & Kriegsenkel:
Mit typischen Verhaltensweisen Umgang finden
06. Juli 2021, online



VORSCHAU

KoGeKi – Erfolgreich mit Eltern kommunizieren
16. September 2021

Forum zur Ernährung und Rehabilitation bei Krebs
22. September 2021

Online Segel setzen 2021 – Umgang mit herausforderndem
Verhalten in der Gemeindepsychiatrie
22. September 2021

Ich und wir im Team – Stressbewältigung im Kita-Alltag
23. September 2021

KoGeKi – Dialogwerkstatt:
Gute und gesunde Kita für alle! Wie kann das gelingen?
30. September 2021

Wenn Sie die impulse regelmäßig kostenlos beziehen möchten, bestellen Sie die Zeitschrift bitte unter Angabe der Bezugsart (per E-Mail als PDF oder per Post als Druckexemplar) unter folgender E-Mail-Adresse: info@gesundheit-nds.de

Hinweis Aufgrund der anhaltenden Covid-19-Pandemie werden einige der für die kommenden Monate geplanten Veranstaltungen entweder abgesagt, verschoben oder in einem anderen Format durchgeführt. Die nachfolgenden Veranstaltungshinweise (Stand Februar 2021) erfolgen daher vorbehaltlich. Bitte informieren Sie sich auf den jeweiligen Webseiten der Veranstaltungen, ob diese wie geplant stattfinden.

NIEDERSACHSEN

28.04.2021 & 04.05.2021 » Aktueller Hygienetag für ambulante Pflegedienste, online, Kontakt: Christine Stratoff, Tel.: (05 11) 4 50 51 08, E-Mail: fortbildung@nlga.niedersachsen.de, Internet: www.nlga-fortbildung.niedersachsen.de

06.05.2021 » Tagung Sozialpsychiatrie – »Moderne Sozialpsychiatrie?!«, Königslutter und online, Kontakt: AWO Psychiatrie Akademie gGmbH, Tel.: (0 53 53) 90 16 82, E-Mail: info@psychiatrie-akademie.de, Internet: www.psychiatrie-akademie.de

10.–12.05.2021 » »Un_erhört queer?!« Fachtagung zu intersektionalen Perspektiven im Kontext von sexueller Vielfalt und Taubheit/Hörbeeinträchtigung, Rheinhausen bei Göttingen, Kontakt: Akademie Waldschlösschen, Tel.: (0 55 92) 9 27 70, E-Mail: info@waldschloesschen.org, Internet: www.waldschloesschen.org

03.06.2021 » Fachtag Digitale Jugendarbeit, Bremen, Kontakt: Jugendbildungsstätte LicideHaus, Tel.: (04 21) 33 00 89 - 10/11/15/19, E-Mail: anmeldung@licidehaus.de, Internet: fobi.jugendinfo.de/articles/360354

08.06.2021 » 8. Nds. Forum Gesundheitlicher Verbraucherschutz »Fit – lecker – bedenkenlos! Zentrale Aspekte bei der Versorgung im Alter«, online, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. – Sektion Niedersachsen, Tel.: (05 11) 54 41 03 80, E-Mail: info@dge-niedersachsen.de, Internet: www.dge-niedersachsen.de

18.06.2021 » Digitaler Fachtag »Kontrollierter Konsum – Ein fehlendes Puzzelstück in der Suchthilfe?«, online, Kontakt: prisma gGmbH, Tel.: (05 11) 92 17 50, E-Mail: kontakt@prismahannover.de, Internet: www.prismahannover.de

30.06.–02.07.2021 » Seminar Queersensible Geburtshilfe, Rheinhausen bei Göttingen, Kontakt: Akademie Waldschlösschen, Tel.: (0 55 92) 9 27 70, E-Mail: info@waldschloesschen.org, Internet: www.waldschloesschen.org

BUNDESWEIT

22.04.2021 » 6. Überregionale Partnerkonferenz: Dabei sein ist alles – Partizipation ist mehr!, Schwerin, Kontakt: KGC Mecklenburg-Vorpommern, Kristin Mielke, Tel.: (03 85) 2 00 73 86 11, E-Mail: kristin.mielke@lv-g-mv.de, Internet: www.gesundheitsfoerderung-mv.de

28.–29.04.2021 » Personalentwicklungs-Symposium »future of work« Digitalisierung. Personal. Hochschule. Aachen, Kontakt: RWTH Aachen University, Tel.: (02 41) 8 09 93 67, E-Mail: info@academy.rwth-aachen.de, Internet: www.rwth-aachen.de

29.–30.04.2021 » Psychiatrie-Jahrestagung 2021, online, Kontakt: Sevinc Topal, Bundesverband ev. Behindertenhilfe, Tel.: (0 30) 83 00 12 74, E-Mail: topal@beb-ev.de, Internet: www.beb-ev.de

03.–04.05.2021 » fdr+sucht+kongress »Update Konsum – Upgrade Hilfe«, online, Kontakt: Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V., Tel.: (0 30) 85 40 04 90, E-Mail: mail@fdr-online.info, Internet: www.fdr-online.info

03.–04.05.2021 » RehaKongress 2021 Forschung – Praxis – Impulse: Gemeinsam die Zukunft gestalten, Neu-Ulm, Kontakt: Reha-Zentren Baden-Württemberg, Tel.: (07 11) 69 94 63 962, E-Mail: kontakt@rehakongress.de, Internet: www.rehakongress.de

12.–15.05.2021 » Diabetes Kongress 2021, online, Kontakt: Geschäftsstelle DDG, Tel.: (0 30) 3 11 69 37 25, E-Mail: volkmann@ddg.info, Internet: www.diabeteskongress.de

18.–20.05.2021 » 17. Deutscher Kinder- und Jugendhilfetag, Essen, Kontakt: Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ e.V., Tel.: (0 30) 40 04 02 00, E-Mail: djht@agj.de, Internet: www.jugendhilfetag.de

05.06.2021 » Fachtag »Krea(k)tiv – Suchtselbsthilfe kann auch anders. Kreative Methoden in der Suchtselbsthilfe«, Berlin, Kontakt: Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V., Tel.: (0 30) 85 40 04 90, E-Mail: mail@fdr-online.info, Internet: www.fdr-online.info

07.06.2021 » Internationales Symposium zum Thema: Digitalisierung in der Bewegungs- und Gesundheitsförderung, Potsdam, Kontakt: ESAB Fachhochschule für Sport und Management Potsdam, Tel.: (03 31) 90 75 71 05, E-Mail: info@fhsmp.de, Internet: www.fhsmp.de

12.06.2021 » Fachtag #FemHealth2021 – Digitalisierung und Frauengesundheit, Dresden, Kontakt: Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF), Tel.: (0 30) 86 39 33 16, E-Mail: buero@akf-info.de, Internet: www.arbeitskreis-frauengesundheit.de

12.06.2021 » 21. Kindertag Mecklenburg-Vorpommern, Güstrow, Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern und Unfallkasse Mecklenburg-Vorpommern, Heike Martfeld, Tel.: (03 85) 2 00 73 86 21, E-Mail: heike.martfeld@lv-g-mv.de, Internet: www.gesundheitsfoerderung-mv.de

18.–19.06.2021 » 10. Dresdner Kita-Symposium – Gesund und bedacht in stürmischen Zeiten, Dresden, Kontakt: Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG), Tel.: (0 30) 1 30 01 24 11, E-Mail: kita-symposium@dguv.de, Internet: www.dguv.de

22.–23.06.2021 » Forum Teilhabe am Arbeitsleben, online, Kontakt: Bildungsinstitut inForm, Tel.: (0 64 21) 49 11 72 oder 49 11 77, E-Mail: institut-inform@lebenshilfe.de, Internet: www.inform-lebenshilfe.de

INTERNATIONAL

Januar bis Juni 2021 » Neuroleptika-Trialog online 2021, Online-Veranstaltungsreihe, Kontakt: Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SGSP), E-Mail: neuroleptika-trialog@gmx.ch, Internet: www.trialogbern.ch

07.–11.06.2021 » 16th International Congress on Behavioural Medicine (ICBM), online, Kontakt: KC Jones Conference and Events, Tel.: (+44) 13 32 22 77 73, E-Mail: icbm@kc-jones.co.uk, Internet: www.delegate-reg.co.uk