



# **Gesundheitsversorgung in einer pluralen Gesellschaft: Barrieren, Herausforderungen, Handlungsansätze**

**KULTURSENSIBILITÄT UND GESUND ÄLTER WERDEN**

**Kommunale Gesundheitskonferenz  
Kultursensibilität und gesundes Altern**

**Mannheim, 26.11.2015**

g. zanier

Forum für eine kultursensible Altenhilfe und Caritas Frankfurt

# INHALT



1. **AUSGANGSLAGE und HINTERGRUND**
  - Migrantenbevölkerung in Deutschland
  - Auswirkungen der Migration
  - Gesundheitliche Lage von Migranten :
  - Nutzungsverhalten
2. **NEURALGISCHE ASPEKTE : Barrieren und Folgen**
  - Barrieren bei den Eingewanderten und deren Hintergründe
  - Barrieren bei den System Gesundheitswesen
3. **HERAUSFORDERUNGEN: Kultursensibilität - Interkulturalität - Beteiligungsfähigkeit für eine integrative Gesundheitsversorgung**
  - Herausforderungen
  - Kultursensibilität
  - Interkulturelle Öffnung IKÖ
  - Beteiligungsfähigkeit
4. **ENTWICKLUNGSBEDARF**
5. **HANDLUNGSFELDER**
  - Kultursensible Verständigung – Information
  - Kultursensible Zugangsansätze - Aufklärung
  - Kultursensible Beratung – Diagnostik-Therapie -
6. **STRUKTUREN**
  - Vernetzungskonzept
  - Beratungs- und Koordinationsstruktur
7. **RAHMENBEDINGUNGEN**
8. **RESSOURCEN**
9. **STATISTIK - BEDARFSERMITTLUNG - BEGLEITFORSCHUNG**



# AUSGANGSLAGE und HINTERGRÜNDE

## 1.1. MIGRANTENBEVÖLKERUNG in Deutschland



- **1950 -1980 Arbeitsmigration aus den Anwerbeländern und Familienzusammenführung :**  
**3,8 Mio.** geblieben (Statistisches Bundesamt 2011)
- Seit 1950 kontinuierlicher Zuzug von **Aussiedlern und Spätaussiedlern**  
**4,1 Mio** (Migrationsbericht 2011)
- *Seit 2014 steigende Zuwanderung von Wirtschaftsmigranten aus den Mittelmeerländern und Nordafrika, Balkan , und von Flüchtlingen aus den Kriegsgebieten in Nah Osten*

# 1.1. Migrantenbevölkerung in Deutschland

## ALTERUNG



- **2013** leben in Deutschland **16,5 Mio Menschen mit Migrationshintergrund** (20.5% der Bevölkerung ) davon
  - > 9,7 Mio mit deutschem Paß und
  - > gut 6,8 Mio anderer Staatsangehörigkeit (Statistisches Bundesamt 2014)
- von den 16,5 Mio sind etwa **1,6 Millionen 65Jahre und älter (9,5%)**.
- Bis zum **Jahr 2030** wird die Zahl auf **ca. 3,6 Millionen anwachsen**. (mehr als verdoppelt) Damit sind sie die derzeit **am stärksten wachsenden Bevölkerungsgruppe**
- Unter den älteren Menschen mit Migrationsgeschichte bilden derzeit **Aussiedler u. Spätaussiedler** und die **größte Gruppe** mit Abstand folgen Migranten aus Mittel- und Osteuropa
- Die Anzahl der über 65jährigen **Russischsprachigen** ist **deutlich größer als** die älteren **türkischstämmigen** Migrantinnen und Migranten. <https://www.wegweiser-demenz.de/informationen/gesellschaft-und-demenz/demenz-und-migration.html>



## 1.1. Migrantenbevölkerung in Deutschland HETEROGENITÄT

- **ältere Migranten sind sehr heterogene Gruppe:**

*Unterschiedliche ....*

- Geographische Herkunft
- Regionale Herkunft
- ethnische Herkunft
- kulturelle Herkunft
- sozialer Herkunft
- Verschiedenen Beweggründe und Ziele der Migration,
- unterschiedliche individuelle Ausgangsbedingungen und
- Ausstattung von Ressourcen

Dies führt zu

- wachsender **soziokultureller Vielfalt** (v. a. auch prekärer Milieus)
- wachsender **ethno-kultureller Vielfalt** in der Bevölkerung

## 1.2. Auswirkungen der Migration - BELASTUNGEN



- **Früher einsetzender Alterungsprozess**
  - 10 Jahre früher als die Referenzgruppe in der einheimischen Bevölkerung (55 statt 65 Jahre)
- **Durchschnittlich schlechter Gesundheitszustand**
  - bis 65 Jahre geringerer Krankenstand als die einheimische Bevölkerung
  - nach 65 Jahre höherer Krankenstand als die einheimische Referenzgruppe
- **Traumatische Erfahrungen**
  - Trennung von der Herkunftsfamilie und sozialem Umfeld,
  - Hohe Trennungs- und Scheidungsrate in Gründungsfamilien
  - Hoher Anpassungsdruck >> -stress
  - Wertedilemmas und intergenerationale Konflikte
  - Entwurzelung von der Heimat
  - Fremdheit im Aufnahmeland : Kein Zugehörigkeitsgefühl
- **Identitätsdiffusion**
- **Migrationsbilanz und Migrationsdilemma**
  - oft negativ (nicht erfüllte Erwartungen / Migrationsplan)
  - Erhoffter sozialer Aufstieg nicht erreicht (im Gegenteil) >> depressiver Rückzug
  - Unsicherheit/Zerrissenheit: Rückkehr oder Verbleib (für viele gerade im Alter Frage virulent)
- **Verstärkte Isolations- und Verwahrlosungsgefahr (soziale Verarmung)**
  - Durch das Abbröckeln der familiären Bindungen in der Heimat sowie in D.
  - Rückzug in die Sehnsucht der unerfüllbaren Rückkehr
  - Risiken: Depression > Isolation > schlechterer Gesundheitszustand > hoher Wahrscheinlichkeit eine Demenz zu entwickeln

## 1.2. Auswirkungen der Migration - BELASTUNGEN



- eingeschränkte **Möglichkeiten der Partizipation** sowohl durch *strukturelle Rahmenbedingungen* der Aufnahmegesellschaft als auch durch *individuelle Lebenslagen* (Schultz-Nießwald 2006)
- schlechtere **Zugangschancen zu Ressourcen** der hiesigen Gesellschaft
- Eingeschränkter **Handlungsspielräumen**
- Übertragung von **Handlungsstrategien** aus der Herkunftsland nicht möglich/ wirksam
- Mangelhafte **finanzielle Ressourcen**





## 1.2. Auswirkungen der Migration - RESSOURCEN

- Hohe **Anpassungsfähigkeit** trotz ungünstigen Ausgangsbedingungen
- **Kreativität - Pragmatismus - Flexibilität** in der Entwicklung von Lösungen für verschiedenen Aufgaben und Herausforderungen, um sich an die anderen Realitätsbedingungen des Aufnahmelandes anzupassen >*neue Copingstrategien*
- **Integrationsfähigkeit.** Erweiterung der eigenen Wertsystemen Gewinn einer zweiten Wahlheimat
- **Erweiterung der Identität** um eine *neue kulturelle* Dimension aus der Verknüpfung zweie soziokulturellen Kontexten ....
- **Familie** u . **Informelle Netzwerke**
- **Vermittler/Multiplikatoren** (bei gut integrierten Migranten)

*Dennoch*

**überwiegen** bei den meisten Migranten die **negativen Auswirkungen** der Migration und zeigen sich **besonders in der dritten und vierten Lebensphase**



## 1.3. GESUNDHEITLICHE Lage von Migranten

- Zu Beginn der Migration : **bessere** Gesundheitliche Lage (Auswahl Arbeitskräfte bei der Anwerbung)
- Im Zuge der Migration hat sich Gesundheitliche Lage älterer Migranten verschlechtert. Heute : **schlechter** als bei den gleichaltrigen Einheimischen
- Häufigerer **Berufskrankheiten** und **Unfälle** als die Vergleichsgruppe der einheimischen (Ursache : gefährdende Arbeitsbedingungen ,, Tätigkeiten mit hohem Verletzungsrisiken , evtl. auch Verständigungsprobleme )
- **frühere Verrentung und Erwerbsunfähigkeit > Behinderung**
- Schlechtere gesundheitliche Versorgung **bei Pendlern** wegen der fehlenden und nicht gut funktionierenden pflegerischen und medizinischen Krankenkassen Leistungen



## 1.3. Gesundheitliche Lage von Migranten

- früherer **Alterungsprozeß** 10 Jahre früher (55 statt 65 Jahre)
- häufigere **Multimorbidität** (Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, )
- und **Chronifizierung** (Arthrosen, Krankheiten der Atemwege,
- **Langzeiterkrankungen** (Demenz, Parkinson)
- **Adipositas** (Frauen)
  
- Früheres Auftreten von **Pflegebedürftigkeit** (im Sinne der PVG) (62 statt 72 Jahre)
- Früheres Auftreten von **Demenz** (5-10 Jahre früher)
  
- **Schlechtere Bewertung** des subjektiven Gesundheitszustands



## 1.3. Gesundheitliche Lage von Migranten

- höhere Zahl an **psychischen und psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen** infolge
  - psychischer Belastungen der Migration

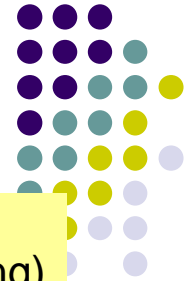
Migranten *überrepräsentiert* in geschlossenen psychiatrischen Einrichtungen , dies oft Folge oft von Kommunikations- und Verständigungsproblemen

- **Höhere Prävalenz von Depression und psychosomatischen Erkrankungen bei über50jährigen Eingewanderten** infolge
  - erfahrene und empfundene Entwertungen,
  - Ablehnungen und Entmächtigungen in der Berufs- und Lebensbiografie,
  - sozial wenig angesehene Berufstätigkeiten,
  - Arbeitslosigkeit
  - Rollenverlust in der Familie

FOLGE: >> Minderung des Selbstwerts >> Hilflosigkeit >> depressive Versagenszuständen am Ende des Arbeitslebens (K. Weber 2000)

- Höhere **Sterblichkeit**

# 1.3. negative EINFLUßFAKTOREN auf Gesundheit



## Individuelle Einflußfaktoren

- mangelhafte **Kenntnisse** über Krankheiten + Versorgungssystem
- **Lebensstil**
- **Gesundheitskonzept** (*individuell kulturell und religiös geprägt*)
- **Migrationspezifische Belastungen**
  - Anpassungsstress,
  - Trennung von Angehörigen,
  - unsichere Zukunftsorientierungen,
  - geringeres Gefühl der **Zugehörigkeit** Ohnmachtgefühle sowie Identitätskrisen,
  - Traumaerfahrungen
- **Migrationsbilanz** (negative)
- **Rückzugstendenzen** Isolation - Vereinsamung

## Äußere Einflußfaktoren

- niedriges Bildungsniveau (formale Bildung)
- schlechte Arbeitsbedingungen bzw. Arbeitslosigkeit
- schlechte Wohnverhältnisse -qualität
- schlechtere finanzielle Lage
- sozialer Umfeld : Prekäres Milieu
- materielles und soziales Armut

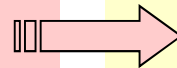
## Strukturelle Einflußfaktoren

- Unzureichende wohnortnahe Gesundheitsinfrastruktur (Versorgung im Quartier)
- unzureichende kultursensible Angebote und zugehende Strukturen
- Unsichere Rechtslage / kein Leistungsanspruch
- geringere Partizipationschancen Teilhabe (individuell, migrations-, strukturell bedingt)
- Bzw. soziale und strukturelle Ausgrenzung

# 1.4. NUTZUNGSVERHALTEN von Migranten z.B. bei präventiven Gesundheitsmaßnahmen



- Migranten nutzen **deutlich weniger Gesundheitsmaßnahmen sowohl der primären als auch der sekundären Prävention**  
Vorsorgeuntersuchungen, Check Ups, Bewegungsangebote, Krebsnachsorge  
...



- **Positives Gesundheitsverhalten** aus dem Herkunftsland ist **schlecht übertragbar** in den westlichen Kontext (Arbeitsbedingungen, keine Ressourcen, Abwertung der Volksmedizinischen Wissen) wird **verlernt oder nicht gewürdigt**
- **tradiertes Gesundheitswissen** der Migranten bleibt seitens der hiesigen professionellen Medizin **unbeachtet bis abgewertet**

## Einige GRÜNDE:

- **Vernachlässigung der Gesundheit zugunsten des Migrationsziels** ( Erreichung der ökonomischen Zielsetzung und Rückkehr in die Herkunftsland)
- **Sinnhaftigkeit von präventiven Gesundheitsmaßnahmen** wird von Migranten nicht erkannt, (den Sinn wird nicht aus der Perspektive des Patienten vermitteln, sondern nur aus der westlich geprägten ärztlicher Sicht )
- **Präventive Maßnahmen kollidieren mit kulturellen Vorstellungen** (z.B. Stellenwert und Rolle des älteren Menschen,) oder religiösen Vorgaben
- **Wenig ausgeprägtes vorsorgliches Gesundheitsverhalten**, erst wenn das gesundh. Problem eintritt wird nach Lösungen gesucht, meist nur im privaten Bereich, (die Kunst des sich Arrangierens)



## 1.4. NUTZUNGSVERHALTEN von Migranten z.B. bei PFLEGE

- **Betroffenen und deren Angehörige nutzen wenig professionelle Bratungs-Hilfs- und Entlastungsangebote**
- **Kontakt und Inanspruchnahme** von medizinischen und pflegerischen Leistungen **erst im fortgeschrittenem Krankheitsstadium**
  - Pflegestufe I und II deutlich weniger als die Deutschen
  - Pflegestufe III häufiger (15%) als bei der deutschen Vergleichsgruppe (9%) (KOHLS 2012)
- Wenn Pflegeleistungen abgerufen werden dann vor allem **Pflegegeld**
- Insgesamt ist eine **medizinische Unter- oder Fehlversorgung der pflegebedürftigen erkrankten Migranten** festzustellen.

### Einige GRÜNDE:

- **Pflege und Betreuung primäre Aufgabe der Familie verstanden wird ohne professionelle Unterstützung** ( hohe Pflegebereitschaft der Töchter. Motivation: Selbstverständlichkeit, Verpflichtung, Wiedergutmachung, Kück 2013 )
- **Scham, fremde Hilfe** in die Intimsphären der Wohnung und der Person zuzulassen
- **Befürchtung**, dass die spezifischen **kulturellen und religiösen Aspekte nicht berücksichtigt** werden
- Wunsch nach **muttersprachigem Personal**

# 1.4. NUTZUNGSVERHALTEN von Migranten z.B. bei Demenzerkrankungen



- Betroffenen und Angehörige nehmen
  - **sowohl medizinische / diagnostische, therapeutische Maßnahme** des Gesundheitssystems
  - **als auch Beratungs- und Entlastungsangebote** des Altenhilfesystem**wenig in Anspruch**
- Der **Umgang mit der Erkrankung** und dem Betroffenen ist **sehr unterschiedlich**
  - >> je nach **kultureller Herkunft und religiöser Einstellung**
  - >> sowie nach **individuellen Erfahrungen** (soweit vorhanden)

## Einige GRÜNDE

- Die **Vorstellungen** der Betroffenen und seiner Bezugsgruppe über das „Phänomen“ Demenz **beeinflussen entscheidend**
  - > die **Art der Auseinandersetzung** mit der Erkrankung
  - > die **Akzeptanz und Nutzung diagnostischer, therapeutischer Maßnahmen**, sowie Beratungs- und Entlastungsangebote (z.B. *Demenz-Konzept = Verrücktheit > Scham > Verdeckung der Krankheit >> keine fremde Hilfe einzubeziehen*)
- Das **Verständnis** von Versorgung und Pflege **als primäre familiäre Aufgabe reduziert die Bereitschaft, Hilfe von außen eingeschaltet**
- Bundesweit existieren **nur wenige kultursensible Versorgungsangebote**, die **speziell an die Bedürfnisse demenziell erkrankter Menschen mit Migrationshintergrund angepasst** sind.





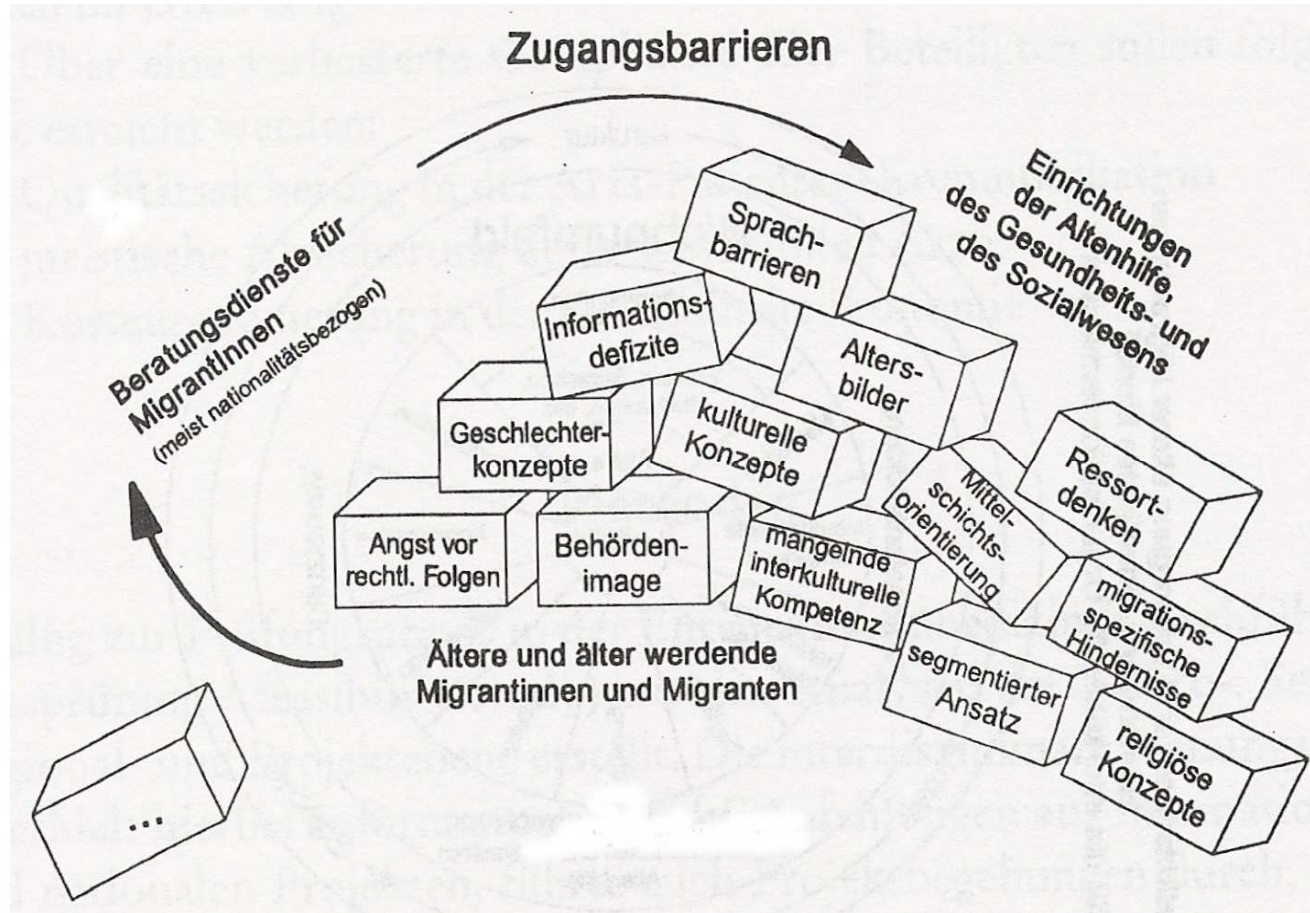
# NEURALGISCHE ASPEKTE

einer *kultursensiblen*  
Gesundheitsversorgung:

**BARRIEREN**



## 2. Welche sind die GRÜNDE für die geringere NUTZUNG von Gesundheitsmaßnahmen und –leistungen seitens der Menschen mit MH ?



Es gibt **BARRIEREN** auf beiden Seiten...

## 2.1. BARRIEREN beim Zugang und Nutzung bei den EINGEWANDERTEN (*innere*)



- **Kommunikationsschwierigkeiten**, >> Niedriger Bildungsstand, >> Sprachniveau >> andere Kommunikationskultur
- **Unzureichende Deutschkenntnisse**
- **Unkenntnisse** über bestimmte **Erkrankung** und deren **Folgen** (z.B. Diabetes)
- Bzw. **anderes Verständnis, Erklärungsmodellen und Umgang** mit Krankheit aufgrund *kultureller* und *religiöser* Prägung
- **Hemmungen, Scham, die eigenen Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen**
- **Ängste u. Scham** z.B. aufgrund **Tabuisierung und Stigmatisierung** psychischer und gerontopsychiatrischer Erkrankungen;  
FOLGE: "Verstecken" der Problemsituation, kein Ersuchen von medizinischer Hilfe
- **Wenig ausgeprägtes vorsorgliches Handeln** insb. Vorkehrungen für das Altwerden in Deutschland >> andere Lebensorientierung (Gegenwartsorientierung)

## 2.1. BARRIEREN beim Zugang und Nutzung bei den EINGEWANDERTEN (*externe*)



- **Fehlende** oder **mangelhafte** oder **falsche Kenntnisse über das Gesundheits- und Altenhilfesystem** : Angebote, Rechte, Leistungsansprüche, Verfahren ...
- **psychische Hürden mit dem System** (Institutionen, Ämter, Einrichtungen)  
Unsicherheit über die Legitimation des eigenen Status (möglichst nicht auffallen )  
Angst vor nicht einschätzbaren Folgen, Misstrauen (z.T. durch Erfahrungen in der Heimat bedingt)
- **Unsicherheit über die gemeinten Nutzer**  
>>> „sind die Angebote auch für uns Migranten ? “
- **Unsicherheit bei** der Inanspruchnahme von Leistungen  
infolge **der Komplexität** von Verfahren, gesetzlicher Bestimmungen und Finanzierungsmodalitäten (Angst, Fehler zu machen)
- **Angst vor rechtliche Konsequenzen oder vor der finanziellen Last** :  
Befürchtung die medizinischen Maßnahmen und Hilfe nicht bezahlen zu können

## 2.2. BARRIEREN bei den deutschen SYSTEMEN : Gesundheitswesen – Altenhilfe



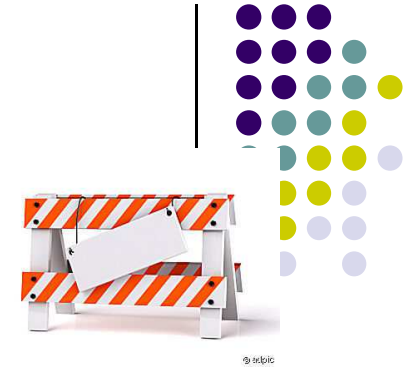
- **Zugang**
  - Vorwiegend Komm-Strukturen, kaum geeignete Zugänge zu den spezifischen Zielgruppen
  - Wenig Kenntnisse über Zielgruppen, deren Migrationshintergründe, Lebenslagen Lebenswelten und Netzwerke
- **Information Aufklärung und Beratung**
  - Fehlende Mehrsprachigkeit in Beratung, Betreuung und Pflege
  - Fehlende *kultursensible* Informationsgestaltung (nicht nur muttersprachig, sondern auch leicht verständlich und ansprechend für die Zielgruppe)
  - Keine Zielgruppen differenzierte *Informationsvermittlung* (Informationskanäle der Zielgruppe)
- **Personal**
  - Wenig vorhandene Mehrsprachigkeit beim Fachpersonal\*
  - Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund nicht als Ressource erkannt (bikulturelle Sozialisation, Mehrsprachigkeit, Vertrauensvorschuß beim Umgang mit den eigenen Landleuten) und >> unzureichend gefördert und qualifiziert
  - wenig vorhandene interkulturelle Kompetenz beim Fachpersonal (Vorurteile)
  - interkulturelle Kompetenz ist kein Thema in der *Aus- und Weiterbildung* im ärztlichen und pflegerischen Bereich,
  - Kaum entwickelte interkulturell kompetente und interdisziplinär besetzte Teams
  - Überlastung und Überförderung des Personals
  - Fehlende neutrale und fachkundige Dolmetscher >> keine Finanzierung ! (Angehörigen als Dolmetscher problematisch<sup>\*\*</sup>: Verzerrung, Reduzierung, Wertung.. > Befangenheit)

## 2.2. BARRIEREN bei den deutschen SYSTEMEN: Gesundheitswesen – Altenhilfe



- **Angebote:**
  - **Gleichbehandlung von Ungleichem\*** : Wenig Verständnis für andere Vorstellungen von Krankheit /Gesundheit, >> wenig Berücksichtigung von kulturelle + religiöse Werten sowie von Geschlechts und Altersunterschiede > wenig **spezifische** Angebote
  - Zu wenig **aufsuchende** Ansätze
  - Zu wenig **systemisch**: Familie nicht als Teil des Patienten behandelt
  - Keine wirkliche **Beteiligung** der Patienten (Zeit u. Kompetenz fehlen) .
- **Strukturen**
  - **Unübersichtlichkeit der Zuständigkeiten und Angebote sowohl des etablierten Versorgungssystems als auch der verschiedenen Freiwilligen Dienste !**
  - **Trennung** Gesundheitssystem, Altenhilfe, Migrationsarbeit, Gemeinwesenarbeit
  - **Brüche in den Versorgungsketten** (z.B. Tagespflege, Heime )
  - **Keine systematische Vernetzung** von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu muttersprachigen Ärzten, sowie zu Migrationsdiensten, Migrantenorganisationen -strukturen und Brückenprojekten
  - **Kultursensibilität + Interkulturelle Öffnung** nur in wenigen Organisationen implementiert
  - **Bürokratische Arbeitsweise**
  - **Keine flächendeckenden** Strukturen in ländlichen Gebieten (Gefälle Stadt-Land)
  - **Unterfinanzierung** der Systeme
- **Daten**
  - >> Datenlage **unzureichend**: Systematische **Untererfassung des Bedarfs**
  - >> **Migrationsindikatoren** nicht vorgesehen,
  - >> **Erfassungsverfahren** ungeeignet
  - >> **Unzureichende Kenntnisse** über die Lebenswelten Gesundheitslage der Migranten

## 2.2. BARRIEREN in Diagnostik – Therapie 1



### ALLGEMEIN

- **Verständigungsprobleme\*** mit Arzt, Pflegepersonal (Gut 20% der 10 Mio Kranversicherten in D. BUNDESBEAUFTRAGTE 2015)  
>> Einschränkungen bis Zurückhaltung bei der Mitteilung von Symptomen
- **kulturspezifische Aspekte** finden zu wenig bis keine Berücksichtigung
  - anders Verständnis von **Gesundheit und Krankheit**  
Kluft zwischen Fach-Medizin und Volksmedizin
  - Anderes Verständnis vom Arzt-Patientenverhältnis folglich unterschiedliche Erwartungen an die **Beziehung Arzt-Patient** >> **Distanz !** >> **Machtgefälle**  
>> **mangeltes Vertrauen** >> **Beklemmung vor der fremden Autorität**  
>> **Zurückhaltung von Informationen**
  - **Geschlecht des Personals** > keine Berücksichtigung von kulturgeprägten Geschlechterrollen
  - **Alter des Personals** >> kulturgeprägte Rollenverständnisse in Bezug auf die Generation

## 2.2. Barrieren in Diagnostik – Therapie 2



### SPEZIELL

- **Anamnese**
  - Keine *kultur- und migrationsensible* Anamnese > Unzureichende Dokumentation der Informationen über die *Gesundheit, Verhalten, Symptomen, Schmerz*wahrnehmung der Migranten-Patienten
- **Diagnostik**
  - *Ärztliche mündliche Aufklärung* unzureichend, Vorwiegend in *deutscher* Sprache kaum Berücksichtigung von >> Bildungsgrad (Analphabeten), >> Sprachniveau, >> kultur- + religionspezifische Aspekten > zu wenig Zeit + Geduld !! >> Verweigerung diagnostischer Maßnahmen seitens des Patienten
  - *Aufklärungsbögen* nur in wenigen Sprachen und schwer verständlich ...>>
  - *Diagnosenverfahren* (z.B. bei Demenz) oft *sprachlastig* (ungeeignet für bildungsferne Gruppen u. bei sprachlichen Grenzen)
  - *Inhalte monokulturell* ausgerichtet (deutsches Wissen, deutsche Kultur als Testinhalte) z.B. Demenztests
  - für Betroffene und Familien oft schwierig und belastend (Scham, Bloßstellung ...religiöser Gründe für Ablehnung... )
- **Therapie**
  - Unzureichende / uneffektive *Aufklärung* über die Auswahl und Auswirkungen
  - Zu wenig *Mitentscheidung*
  - *kaum kultursensibel* ausgerichtete Therapieansätze
  - vorwiegend *sprachzentriert*
  - *Zu wenige muttersprachige Angebote* (Therapeuten)



## 2.3. GEFAHREN



- **Stereotypisierungen** durch das Fachpersonal :  
die einzelne Person wird auf klischeehafte **Merkmale** der zugehörigen Minderheit reduziert und wird *nicht* in seiner Individualität *differenziert* wahrgenommen
- **Ethnisierung /Kulturalisierung**: Unterschiede und Probleme werden nur durch die ethnokulturellen Differenzen erklärt,  
> dadurch werden die systemeigenen Barrieren und Unzulänglichkeiten **ausgeblendet / verdrängt**
- **Gleichbehandlung**  
> Verneinung der Unterschiede, damit das Gegenteil von Kultursensibilität  
> stattdessen eine *gleichwertige* Behandlung
- **Macht**  
bewußt oder unbewußt zum Nachteil der Minderheiten ausgetragen: >Fachwissen,  
>Krankheitsdefinitionsmacht, >Institutionsmacht , >Mehrheitsgesellschaft
- **Diskriminierung**  
Wiederholte Erfahrung

## 2.4. gesellschaftlicher HINTERGRUND

### Hochspezialisierung der Medizin als Barriere?



**THESE:** das veränderte Verständnis u. Stellenwert und der westlichen Medizin im Zuge der Modernisierung tragen zu Entfremdung bei den Migranten-Patienten und werden damit zur unsichtbaren Barriere für die Nutzer insbesondere aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen

#### ENTWICKLUNG

- hohe **Professionalisierung** und **technische Spezialisierung** der modernen Medizin
- **Rationalisierung, Standardisierung und Ökonomisierung** von diagnostischen und Behandlungsverfahren gehen zulasten der persönlichen Beziehung Arzt -Patient >>> ( **Entpersonalisierung der Medizin**)
- **Vorherrschaft der institutionalisierten Medizin** (anders als in andere Kulturen Z.B. China: Hoher Stellenwert der Traditionellen und volksnäheren Medizin (TMC)) >>> geht oft mit einer **Distanzierung bis Abwertung der Volksmedizin** und **des individuellen Gesundheitswissens** einher
- **Bürokratisierung** der Leistungserbringung

#### NEBENWIRKUNGEN

- **Zunehmende Anhängigkeit und Hilflosigkeit des Patienten** gegenüber dem Wissens- Definitions- und Handlungsmacht der modernen Medizin >(dem System ausgeliefert sein)
- Entwicklung bzw. **Verstärkung von Delegationsverhalten an die Fachlichkeit** (insb. bei den bildungsfernen Schichten )
- **Aufgabe der Selbstverantwortung und Mitwirkung des Patienten** aufgrund der eigenen Erfahrungen seitens, insbesondere aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen
- **Zugleich auch Mißtrauen und Vermeidung der Inanspruchnahme** Gesundheitsleistungen



**Kultursensibilität** trägt dazu bei,

Dass das **individuelle und jeweils spezifischen Kollektiv-Wissensgut** (in Bezug auf Gesundheit und Lebenserfahrungen) in das moderne System Gesundheitswesen einen Stellenwert bekommt und Bestandteil davon wird (Integration komplementäres Wissens )

## 2.2. Barrieren: ZUSAMMENFASSEND



### Migranten/Eingewanderten

- Kommunikationshürden:
  - Kommunikationskultur +wege
  - Sprache
  - Scham u Tabus
  - Untersch. Krankheitsverständnisse
- Wenig Kenntnisse über Krankheitsfolgen
- Wenig Kenntnisse über das System
- Ungleiches Versicherungsstatus
- Nutzungsverhalten
  - Wenig ausgeprägtes Vorsorgliches Verhalten (Gegenwartsorientierung)
  - Geringere Nutzung von Prävention
  - Bevorzugung privater Lösungen
  - Geringe + verspätete Nutzung

### Versorgungssystem

- Segmentierung + Unübersichtlichkeit
- Komm-Strukturen statt aufsuchend
- Fehlende interkulturelle Kompetenz
- Fehlende Mehrsprachigkeit
- Wenig Kenntnisse über die einzelnen Zielgruppen, deren Lagen + Netzwerke
- Kaum kultursensible ausgerichtete Instrumente und Angebote
- Wenig persönlicher Umgang
- Überlastung, Überforderung des Personals
- Gleichbehandlung
- Kaum wirkliche Beteiligung der Patienten und seines Wissensguts
- Unzureichende Datenlage

## 2.3. FOLGEN der BARRIEREN auf beiden Seiten



### MIGRANTEN-PATIENTEN-FAMILIEN

- **Bestätigung** der gegenseitigen **Vorurteile**
- **Vermeidung / Verzögerung der Intervention - > Rückzug –**
  
- Größere **Abhängigkeit und Hilflosigkeit** der Patienten insb. Aus bildungsfernen Schichten
- **geringere** Motivation zur eigenen **Mitwirkung** (Vergrößerung des Machtgefälles)
  
- falsche **Compliance** des Patienten
  
- **Überbelastung** und **Selbstüberforderung Pflegender** Familien
  
- **Frühere Erkrankung** der Pflegenden selbst

### SYSTEM

- **Intervention** erst in fortgeschrittenem Stadium
  
- Häufigere **Notfallinterventionen**
  
- **Verzögerung von Diagnose + Therapie**
  
- **Keine bedarfsangemessene** oder möglicherweise **falsche Diagnose und Behandlung**
  
- Endlose Diagnostik, Fehldiagnosen,  
● **Komplikationen**  
● Komplexe Patientenkarrerein
  
- **schlechtere Heilungschancen**  
● **Chronifizierungsprozesse**
  
- **Erneute** Behandlungen notwendig
  
- **Zusätzliche** unnötige höhere **Kosten**



## **FAZIT:**

**Ein MIGRATIONSHINTERGRUND in Zusammenhang  
mit niedriger sozioökonomischer Lage und Isolation  
kann  
die KRANKHEITSRISIKEN erhöhen  
und  
den ZUGANG zur medizinischen Versorgung  
erschweren**

## 1.3. gesellschaftlicher ZUSAMMENHANG GESUNDHEITSSTATUS von MIGRANTEN



- Oft beobachteter **Zusammenhang zwischen niedrigem sozio-ökonomischer Status und schlechterer Gesundheitszustand** bei Eingewanderten  
*„Die sozioökonomischen Nachteile vererben sich in nicht wenigen Fällen bis in die zweite oder dritte Migrantengeneration“ (A. KRASNIK 2015)*
- **Zusammenhang zwischen schlechterer Gesundheitszustand der Eingewanderten und schwache Integrationspolitik des Aufnahmelandes** (Vergleich zwischen Norwegen, Schweden, Dänemark und Deutschland; (A. KRASNIK Berlin 2015)  
*„Die Wege, die in der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen bestritten werden, hängen letztlich davon ab, WIE Gesellschaften grundsätzlich Flüchtlings- und Migrationsbewegungen einstufen – nämlich entweder als Gefahr oder als Chance“ (A. KRASNIK 2015)*



### 3. HERAUSFORDERUNGEN

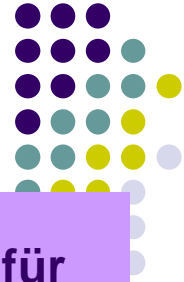
für eine *differenzierte und nutzergerechte*  
Gesundheitsversorgung

- **KULTURSENSIBILITÄT**
- **INTERKULTURALITÄT**
- **BETEILIGUNGSFÄHIGKEIT  
des Gesundheitssystems**





# VORBEMERKUNG



Die Forderung nach Kultursensibilität , interkultureller Öffnung und Beteiligung bedeutet eine langfristige qualitative Verbesserung für ALLE

- Eingewanderte wie Deutsche
- Minderheiten wie Mehrheit
- Ostdeutsche wie Westdeutsche, Bayern wie Hamburger
- benachteiligte wie privilegierte Nutzergruppen,
- Homosexuelle wie Heterosexuelle
- Obdachlose wie ,...

Denn

an der Beratung, Behandlung, Pflege und Betreuung der Minderheit, der Eingewanderten werden

- aufgrund der relevanteren spezifischen Unterschiede von Lebenslagen und Bedürfnissen -

die Grenzen der derzeitigen Versorgungsstrukturen besonders deutlich.

*Diese Grenzen mindern die Versorgungsqualität ALLER Nutzer*

*- wenn auch in unterschiedlichen Ausmaß –*

*- und erfordern deshalb eine Veränderung von Altenhilfe und Gesundheitswesen auf ALLEN Ebenen.*

# VORBEMERKUNG



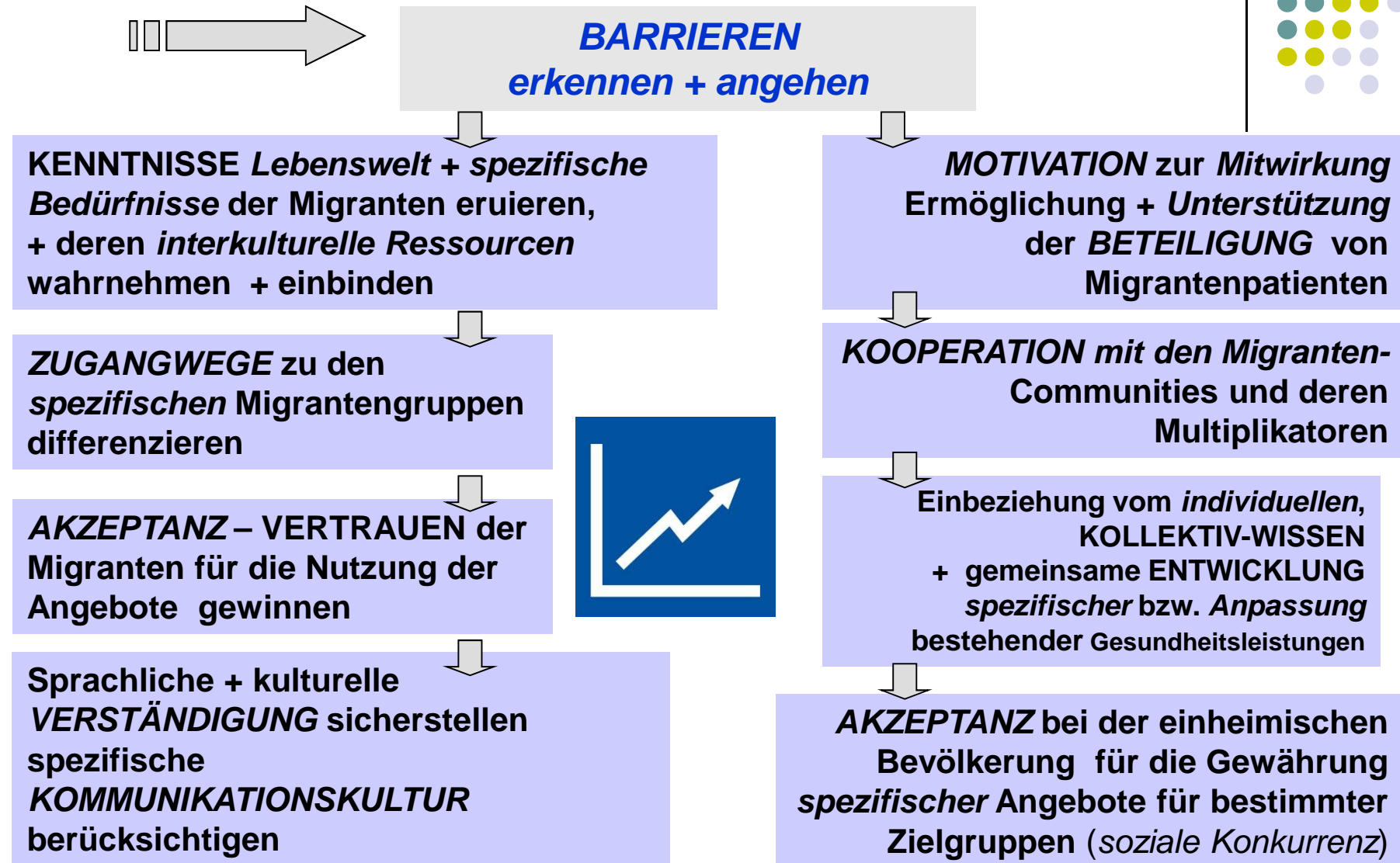
**Der Veränderungsbedarf und die daraus hervorgehenden Herausforderungen lassen sich von einer genauen Analyse**

- **der beidseitigen Barrieren ,**
- **der differenzierten Lebenslagen und**
- **Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppen (z.B. Eingewanderten) ableiten**

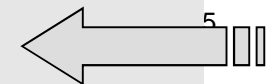
**Der Veränderungsbedarf erfordert eine selbstkritische Analyse und Weiterentwicklung von**

- **Leitlinien und Konzepten**
- **Angeboten und Leistungen**
- **Strukturen und Verläufe / Prozessen**
- **Qualitätsdefinition und -management**
- **Bedarfserhebung – Forschungsfragen und -methoden**
- **Rahmenbedingungen bis zu politischen Entscheidungen**

### 3. HERAUSFORDERUNGEN in Bezug auf die Zielgruppe Migranten u. Familien



>> **Entwicklung einer ZUSAMMENARBEITSKULTUR**  
durch einen *gemeinsamen LERNPROZESS*



### 3. HERAUSFORDERUNGEN in Bezug auf die Systeme: Gesundheitswesen – Altenhilfe





# KULTURSENSIBILITÄT

als **LÖSUNGSANSÄTZ** für eine kultursensible  
Gesundheitsversorgung für alle ?!

## 3.1.

# KULTURSENSIBILITÄT



## HINTERGRUND

### Forderungen nach Kultursensibilität

- *„Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ 2002*
- *„Charta der Rechte der Hilfe- und pflegebedürftigen Menschen“ 2005 (§ 7)*
- *Pflegeversicherungsgesetz 1994, 2004 (§ 1, § 2 XI SGB)*

## 3.1. Der *Kultursensible* ANSATZ: HINTERGRUND

### „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ 2002



- § 1 Bestehende **Barrieren** bei Institutionen der Altenhilfe und Gesundheitswesen und eingewanderten können durch Vernetzung und zugehende Strukturen und partizipative Ansätze reduziert werden
- § 2 **Kultursensible Pflege und Betreuung** tragen dazu bei, dass eine pflegebedürftige Person entsprechend **ihrer individuellen Werte, kulturellen, religiösen und sozialen Prägungen** sowie ihren Bedürfnissen ... *fachgerecht behandelt werden kann*
- § 3 **Interkulturelle Öffnung** des Versorgungssystems ist eine Organisationsentwicklungsaufgabe
- § 4 **Interkulturelle** Entwicklung der professionellen **Teams ist Bestandteil der Personalentwicklung**
- § 5 **Kultursensible Pflege** soll Bestandteil der professionellen **Aus- und Fortbildung sein**
- § 6 Institutionen und Verbände, die sich auf den Weg der interkulturellen Öffnung begeben, brauchen **politische und finanzielle Unterstützung** (Mehraufwand)
- § 7 die **Selbstorganisationen der MigrantInnen** sind als **Potential und Ressource** anzuerkennen und bei politischen Entscheidungen zu **beteiligen** sowie bei der Verteilung der Gelder zu berücksichtigen

### 3.1. ZIELE einer *kultursensiblen* Versorgung 1



- **Gleichberechtigter ZUGANG und NUTZUNG** der Versorgungsangebote auch für Menschen nicht den Mehrheit angehören (u.a. Eingewanderten und deren Angehörige)
- **Gleichwertige (nicht gleiche !) BEHANDLUNG und QUALITÄT von Beratung - Versorgung - Betreuung** sicherstellen, d.h. bessere Aufklärung, Prävention, Diagnostik und Therapie für ALLE, jeden nach seinem Bedarf
- **ANPASSUNG der bestehenden Angebote und REGELDIENSTE** an die *spezifischen* Ausgangsbedingungen und Bedarfen der betroffenen Eingewanderten und deren Familien **sowie die**
- **Entwicklung NEUER SPEZIFISCHER Angebote**
- **GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN und -VERHALTEN stärken**
- **VERHINDERUNG vorzeitiger Hilfe – und Pflegebedürftigkeit**
  - Lebensverhältnisse bessern
  - Gesundheitsverhalten stärken
  - Selbsthilfe und SO + Beteiligung an der Lösung /Anpassung
  - Aufklärung
  - Verhinderung Pflegebedürftigkeit
  - Verhinderung früherer Erkrankung





### 3.1. ZIELE einer *kultursensiblen* Versorgung 2

- **Erhöhung der MITWIRKUNG und SELBSTBESTIMMUNG** gerade auch bei Krankheit, Pflege und Behinderung
- **AUFKLÄRUNG - MOTIVIERUNG und BETEILIGUNG der Minderheiten** (Migranten-Communities ) und deren Akteuren
  - an der Verbesserung der Versorgungsangebote sowie
  - an der Verbesserung der Akzeptanz bei ihren Landsleuten
- **Erschließung neuer BESCHÄFTIGUNGSFELDER im Gesundheitsbereich und Altenhilfebereich** *gerade auch für Eingewanderten*
- **Verbesserung gesundheitlicher und psychosozialer Situation >> LEBENSQUALITÄT** und bessere Chancen auf ein **gesundes Altern für alle**
  - >> **soziale Gerechtigkeit**

## 3.1. Der *kultursensible* Ansatz - GRUNDSÄTZE



### Was heißt *kultursensibel* ?

„Das **BEWUSSTSEIN** über die *Kulturgebundenheit* der eigenen Wahrnehmung, der eigenen Deutungs- Bewertungsmuster und Handlungsmuster, mit dem wir immer wieder Normalität herstellen. (...)“\*

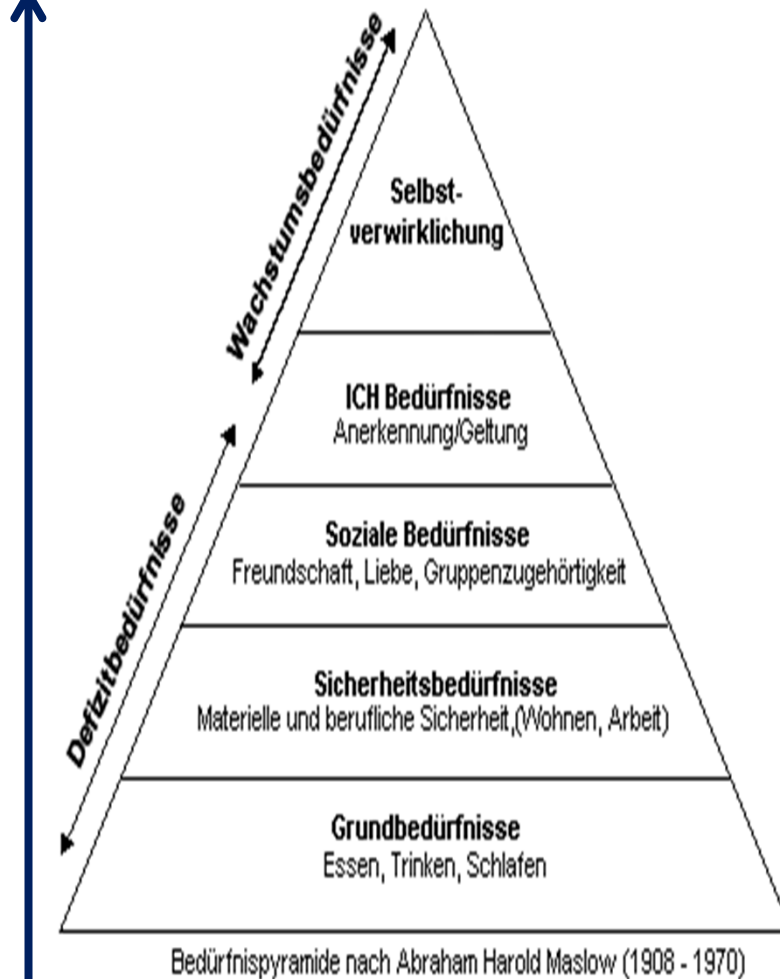
„Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ 2002 (s.19)

Eine **HALTUNG**, die ...

- ... **Unterschiede differenziert** wahrnimmt, sich damit auseinandersetzt und respektiert
- ... **Wertvorstellungen, Deutungs- Bewertungs- Kommunikationsmuster und Handlungsmuster** anderer Kulturen, Religionen und Milieus als **gleichwertig** behandelt
- .. auf die **kulturell, sozial und religiös, geschlechtlich, altersgeprägten Bedürfnisse** des Gegenübers **sensibel eingeht**.

# Woher die UNTERSCHIEDE menschlicher Bedürfnisse?

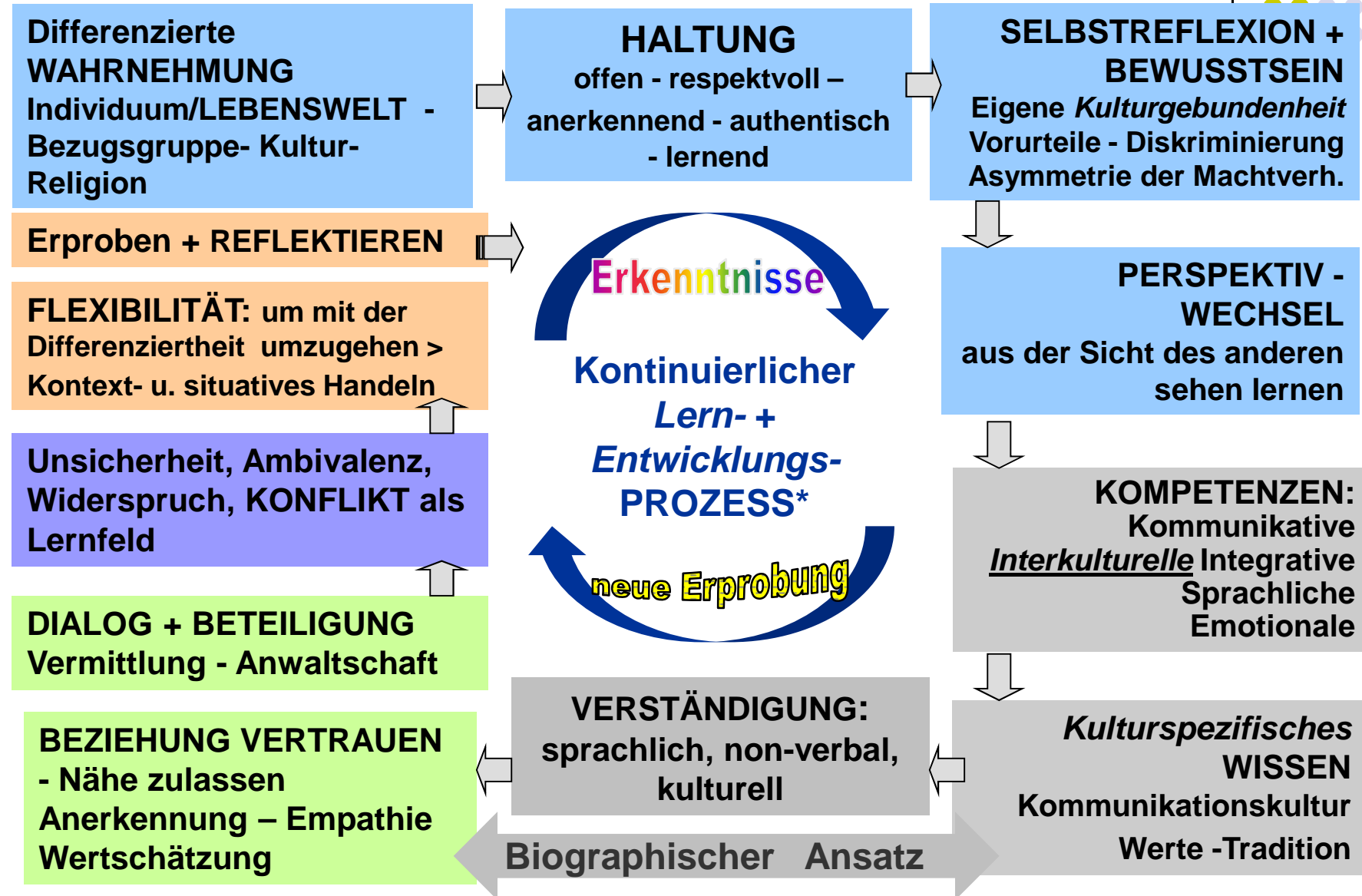
U  
n  
i  
v  
e  
r  
s  
e  
l  
l  
e  
  
D  
i  
m  
e  
n  
s  
i  
o  
n



SPEZIFISCHE PRÄGUNG

- I. **Individuelle Prägung**  
(Persönlichkeit, Lebensgeschichte,)
- II. **Geschlecht**  
(Frau, Mann ...)
- III. **Generationale Prägung**  
(Eltern, Kinder ... Rollen u. Aufgaben, )
- IV. **Soziale Prägung**  
(Milieu, Schicht, Bildung, Einkommen...)
- V. **Kulturelle Prägung ,**  
(Werte, Deutungsmuster, Sprache, Kommunikationsformen/normen, Gestaltung sozialer Beziehungen...)
- VI. **Epochale Prägung**  
(Kriege, ökonomische / politische Krisen, Naturkatastrophen, Wertewandel...)
- VII. **Religiöse Prägung**  
(Gebote, Werte, Rituale ...)

### 3.1. Grundsätze einer *kultursensiblen* Versorgungsqualität 10 zentrale MARKSTEINE





## 3.2. INTERKULTURALITÄT

Interkulturelle Öffnung (IKÖ)  
als Voraussetzung  
für eine *kultursensible* Ausrichtung  
des Gesundheitssystems

## 3.3. Der interkultureller Ansatz - GRUNDSÄTZE



### Was heißt IKÖ?

- Der Ansatz der Interkulturellen Öffnung<sup>[1]</sup> nimmt die Pluralität der Gesellschaft in ihrer **Differenziertheit und Diversität** bewusst und anerkennend wahr ,
  - integriert sie in die Organisationsstruktur.<sup>[2]</sup> (SCHROER 2007),
  - geht bewußte und unbewußte **Ausgrenzungsmechanismen und Barrieren** an
  - und reflektiert kritisch das **Machtgefälle** zwischen Organisation und der Lebenswelt der Nutzer
- **Interkulturalität** reduziert sich nicht auf Deutsche und Eingewanderten, sondern betrifft genau so die Unterschiede des Geschlechts, des Generationszugehörigkeit, der Religion, der sexuellen Orientierung, der körperlichen Ausstattung, der sozialer Herkunft...(frei nach SCHROER 2007)
- Die Interkulturelle Öffnung ist ein **langfristiger, ...fortlaufender, offener und transparenter Veränderungsprozess der gesamten Organisation auf allen Ebenen** : Dienstleistungen, professionelle Handlungsstandards, Prozessabläufen, Strukturen, **um dem Bedarf und den unterschiedlichen Bedürfnissen aller Beteiligten angemessen gerecht zu werden.**

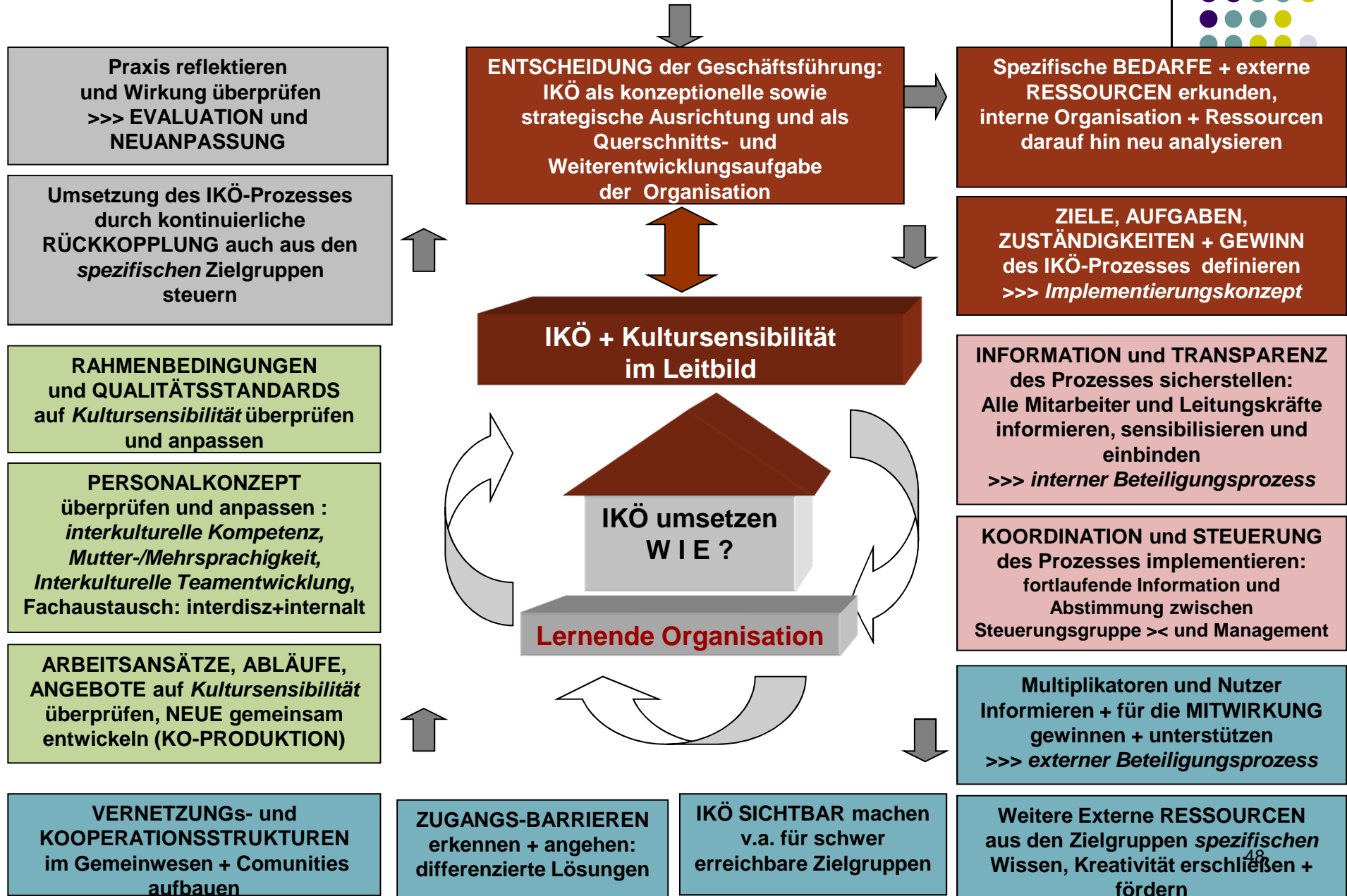
### 3.3. IKÖ : MERKMALE des Prozesses



#### **IKÖ-Prozess** wird ...

- ...von der Leitung entschieden (*Von oben gewollt, von unten getragen*)
- ...**zentral** verankert und koordiniert
- ... nicht als Projekt, sondern als **Querschnittsaufgabe der Organisation** eingeführt
- ... betrifft die **zentralen Bereiche der Organisation ( OE )**
  - Leitbild
  - Personal-Organisation und Entwicklung
  - Qualitätsmanagement und -entwicklung
  - Konzeptioneller Arbeitsansatz
  - Interne Ablauforganisation und
  - Angebotsgestaltung
  - Strategien der Öffentlichkeitsarbeit
  - intersektorale Vernetzung und Kooperation
- **Durch den IKÖ Prozess**  
... **entwickelt die Organisation Beteiligungsstrukturen für ihre Nutzer UND Mitarbeiter** ...
- ... **sucht aktiv den Kontakt zu den Netzwerken der jeweiligen spezifischen Minderheiten** (schwer erreichbaren Gruppen wie z. B. Migranten) und bindet sie in ihre Struktur ein.

### 3.3. IKÖ Prozess : SCHRITTE der UMSETZUNG







### 3.3. IKÖ: MERKMALE der UMSETZUNG

der IKÖ Prozess ...

- ... verläuft zirkulär bzw. **spiralförmig**
- ... in **kontinuierlicher Rückkopplung** zwischen innen und außen (der Organisation und der Außenwelt dazu ins. Auch die Migrantengcommunities) und wieder zurück in die Einrichtung
- ... weist **mehrere Dimensionen** \* (strategische, konzeptionelle, operative, interaktive, ökonomische ...) auf und
- ... erfolgt auf **mehreren Ebenen, im Verlauf gleichzeitig** ( Geschäftsführung, Leitungen, Mitarbeiter, Ehrenamtliche, Nutzer / Patienten-Angehörige, allgemeine Öffentlichkeit , spezifische Öffentlichkeit )
- ... die **Reihenfolge** der Schritte ist nicht bindend, sondern ist den realen Bedingungen der Einrichtung anzupassen



## **3.3. BETEILIGUNGSFÄHIGKEIT**

**als dritte Herausforderung und  
Voraussetzung für die  
Implementierung von  
Kultursensibilität und  
Interkulturalität....**

# 3.4. Herausforderungen

## BETEILIGUNG – Voraussetzungen 1



wirksame Lösungen und angepasste Angebote können langfristig tragfähig sein, nur wenn auch die Zielgruppen/Nutzer (hier Migranten) beteiligt werden

- **Kommunikation & Beteiligungsprozess...**
  - ist ein langer Weg mit offenem Ende, eigentlich ein kontinuierlicher Prozess.
  - Keine leichte Aufgabe für beide Seiten: Gerade bei bildungsfernen Zielgruppen, für Randgruppen, die nie gefragt wurden, sondern immer noch als Gast betrachtet wurden, für Migranten die aus diktatorischen Systemen stammen, ist es nicht einfach sich zu beteiligen.
- **VORBEREITUNG : Vorstufen planen**
  - Vorbereitung mit Insider planen und reflektieren
  - Beteiligung mit Eingewanderten braucht weitere Vorstufen der Vorbereitung vor der eigentlichen gemeinsamen Arbeit
  - Erproben und nicht beim ersten „Versagen“ aufgeben
- **Identifikation von Schlüsselpersonen >**
  - die „richtigen“ Mitmacher / Schlüsselpersonen finden
- **Gewinnung + Mobilisierung**
  - Argumente: Ihr Wissen, Erfahrungen + Kreativität sind gefragt, um Lösungen zu entwickeln
  - Gewinn aus für die Migrantengemeinschaft > wie auch persönlicher Gewinn

## 3.4. Herausforderungen

### BETEILIGUNG – Voraussetzungen 2



- **Einführung : Verständnis + Gewinn von Beteiligung:**
  - die *Vorstellungen* von „Beteiligung“ unter den verschiedenen Akteuren eruieren eine Verständigung darüber zu erreichen .
  - Konkretes *Ziel* der Beteiligung aushandeln : was ist Sinn u. Zweck der „Aktion“ *aus der Sicht der Initiatoren* und ...>>>
  - Welche *Vorteile* können sich für die Zielgruppe anbieten ?... (*Sicht der Beteiligten*)
  - Die *Schritte und Arbeitsorganisation* sichtbar und verständlich machen (*Wie funktioniert s ?*)
- **Kompetenz + Ressourcen**
  - *Wissen* voneinander
  - Fachlichkeit : *Qualifizierung* / Vorbereitung auf die Zusammenarbeit ( Migranten wie Professionellen )
  - neutrale *Prozssbegleitung* !
  - *Zeit und Anstrengung* von allen Beteiligten (personelle und zeitliche Investition )
- **Haltung:**
  - Bewußtsein der Asymmetrie *Machtverhältnisse* und aufrichtige Bemühung sie zu reduzieren ,
  - Umdenken, Flexibilität
  - persönliche Beziehung zulassen
  - Bereitschaft, .... sich mit den Unterschieden auseinanderzusetzen und von einander zu lernen
  - ... zur Verteilung von Entscheidungs- und Gestaltungsmacht
  - ....zu einem kontinuierlichen Aushandlungsprozess
- **Gemeinsame Kultur**

Die Art der Kommunikation und Zusammenarbeit *durch Erproben* entwickeln und *immer wieder neu abstimmen*

## 3.4. Herausforderungen

### BETEILIGUNG – Voraussetzungen 3



#### ARBEITSWEISE und KOMMUNIKATIONSTIL ANPASSEN



- Arbeit an den Orten, wo sie sich „zu Hause“ fühlen (Teehaus)
- lockere und einladende Arbeitsatmosphäre,  
Z.B. Mit kulinarischen und kulturellen Elementen, durch die sich die Eingewanderten angesprochen fühlen
- Andere Formen der Gremienarbeit :  
auch freies Gespräch, Erzählen, Diskussionsrunden,  
dann Zusammenfassung der Erkenntnisse, dann gemeinsame Entscheidung  
Differenzierung der Moderationsmethoden
- BEACHTEN
  - Fachsprache /Insider-Sprache /Abkürzungen
  - Vorkenntnisse über Strukturen /
  - Selbstverständliches Wissen (für Einheimischen und Eingeweihten )
  - unerschwellige Dominanz der Mehrheits-Gruppe ....

## 3.4. Herausforderungen BETEILIGUNG – Voraussetzungen 4



### MIGRANTENVEREINE und SCHLÜSSELPERSONEN als Vermittler : Potentiale und Grenzen

- **wichtige Brückenfunktion /Vermittlerfunktion** wahrnehmen, auch Aufgaben übernehmen

*jedoch*

- **meist nur** auf schwachen **ehrenamtlichen Strukturen** angewiesen
- mit zusätzlichen Aufgaben und oder **mit der Beteiligung oft überfordert** .

*Deshalb*

- **brauchen sie Unterstützung bei der Beteiligung** und können dennoch keine Garantie für das Gelingen des Zugangs zur Zielgruppe sein.

### **BEACHTEN:**

- Oft haben sie auch **Zugang nur zu einem kleinen Segment** der Community und manchmal genießen nicht immer einen guten Ruf .
- Deshalb ist es wichtig **sich ein Bild zunächst zu machen** (Eignung / Rat durch Insider)



## ENTWICKLUNGSBEDARF und LÖSUNGSANSÄTZE

### **Konkrete HANDLUNGSFELDER:**

- **Sprachliche und kulturelle Verständigung**
- **Informationsgestaltung**
- **Informationsvermittlung**
- **Aufklärung in den Communities**
- **Beratungsangebote**
- **Diagnostik – Therapie**
- **Infrastruktur im stationären Bereich**



## 5.1. Umsetzung der Leitlinien in konkreten **HANDLUNGSFELDER** : **Kultursensible ZUGANGSSTRATEGIEN**

### Maßnahmen für **sprachliche und kulturelle VERSTÄNDIGUNG und KOMMUNIKATION**

- **Übersetzung und kulturelle Anpassung** des **Informationsmaterials**, Aufklärungsblätter und Verträge ... (könnte zentral geregelt werden z.B. von der Landeszentrale für Gesundheitsförderung LGZ)
- Aufbau von qualifizierten aber auch Laien **Kulturdolmetschernetzwerken**
- **Einsatz neuer Medien** zum schnellen Zugriff zu Dolmetscherleistungen
- Zusammenarbeit von **Gesundheitslotsen, Wegbegleiter-Projekten** und weiteren Zielgruppe nahen Vermittlern



## 5.1. Umsetzung der Leitlinien in konkreten HANDLUNGSFELDER Kultursensible ZUGANGSSTRATEGIEN



### Kultursensiblen GESTALTUNG des INFORMATIONSMATERIALS

- Information in den jeweiligen Muttersprachen ( günstig zweisprachiges Material: Deutsch und Muttersprache)
- Berücksichtigung des Bildungshintergrund u Milieus :  
einfache Sprache, wenig Text, selbsterklärende Piktogramme (z.B. TOP-DOC), an den konkreten Alltagssituationen ausgerichtet
- Identifikationselemente : z.B. Symbole , assoziative Bilder , die an die jeweiligen Kultur erinnern (sich angesprochen fühlen) und konkrete Alltagssituationen ansprechen

## 5.1. Umsetzung der Leitlinien in konkreten HANDLUNGSFELDER : Kultursensible ZUGANGSSTRATEGIEN



### Kultursensible INFORMATIONSVERMITTLUNG

- gezielt über die Informationskanäle der Migranten, (eruiieren und einbinden) informelle !
- Alltagsnah und pragmatisch, an den Alltag der Migranten orientiert ( >> Lebenswelt und Lebensgewohnheiten der Migrantengruppen kennenlernen) beim Einkaufen , beim Arzt
- Vor Ort: Quartier
- Personengebunden : die Information möglichst durch einen vertrauenswürdigen Garant vermitteln ( bekannte Personen der Community, Amtsträger, Seelsorger, aber auch Mitarbeiter der Einrichtungen mit dem entspr. Migrationsherkunft)
- Zugehend : die Info bei ganz alltäglichen Aktivitäten verteilen: ( durch Multiplikatoren)
- Berücksichtigung der Kultur: Wertvorstellungen, spezifische Ängste und Tabus

## 5.1. Umsetzung der Leitlinien in konkreten HANDLUNGSFELDER: Kultursensible ZUGANGSSTRATEGIEN



### Kultursensible INFORMATIONSVERMITTLUNG in der COMMUNITY

#### BEISPIELE für WEGE

- Über Vereine, Organisationen, Institutionen (auch Konsulate) der jeweiligen Community
- Über angesehene Personen der Community, Amtsträger, Schlüsselpersonen
- Über **Muttersprachige Ärzte** (wichtige Drehscheibe für Infovermittlung)
- Über muttersprachige Ehrenamtlichen
- Über Taxifahrer (muttersprachige )
  
- In Öffentlichen und Halböffentlichen Plätzen, die von den Migranten als Treffpunkt / Piazza genutzt werden: Bahnhof, Wochenmärkte, Flohmärkte, Spielplätze, Schrebergärten
- In Mehrgenerationshäusern , Elterncafes
- In Apotheken über mit muttersprachigem Personal
  
- in Landes eigenen Geschäfte und Läden
- In Bars und Teehäusern
- In Gotteshäusern
- In Religionsunerreicht / Kinder
  
- Über **Migrationsdienste**, deren Beratungsangebote und Projekte
  
- über **ländereigene Medien**: RF, Ztg TV : Werbespots ähnliche Infoeinheiten
- Im Rahmen z.B. von Aufklärungskampagnen

## 5.1. Umsetzung der Leitlinien in konkreten HANDLUNGSFELDER : Kultursensible ZUGANGSSTRATEGIEN



### Kultursensible GESUNDHEITSAUFKLÄRUNG in der COMMUNITY 1

- Gesundheitsinformationsspots in U-Bahn, Zug und Bus laufend in verschiedenen Sprachen
- Gesundheitsinformationsblock u. Filmreihen in der Muttersprache ausgestrahlt in Zusammenarbeit mit den *landeseigenen* MEDIEN
- Veranstaltungen durch bekannte und anerkannte **Persönlichkeiten** der Community (Schauspieler, Sängern, Institutionsvertreter Seelsorger, ...)
- Das Gesundheitsgespräch in bestehenden Treffs der Initiativen und Vereinen
- Erfahrungsaustausch über eigene Erfahrungen mit auch Professionellen > Erkenntnisse gewinnen > Hinweise für die Planung von Angebote
- Information an die Kinder im Religionsunterricht
- Informationsreihen Gesund –Leben mit Besichtigung beispielhaft verschiedener Gesundheitseinrichtungen (Aufklärung über Angebote Strukturen und Verfahren des Gesundheitssystem (z.B. das offene Krankenhaus )

## 5.1. Umsetzung der Leitlinien in konkreten HANDLUNGSFELDER : Kultursensible ZUGANGSTRATEGIEN



### Kultursensible GESUNDHEITSAUFKLÄRUNG in der COMMUNITY 2

- **Gesundheitsstammtisch** in Bars, Teehäuser sowie an offenen Plätze beliebte Treffpunkte der Migranten
- **Kultur & Gesundheit** : Infoveranstaltungen in Verbindung mit kulturellen / musikalischen Darbietungen in Zusammenarbeit mit Kulturvereinen
- **Gesundheitstreff im Quartiersbüro** mit Einwohnen, Gesundheitslotsen und Professionellen aus Gesundheitseinrichtungen und Altenhilfe,
- **Gesunde Kochtradition** aus den verschiedenen Kulturen: gesundes Essen auf ... Arabisch, Spanisch .. Deutsch ... in Missionen, Moscheen, Mehrgenerationenhäusern
- Regelmäßige **interkulturelle Gesundheitsstunde am Arbeitsplatz** (Austausch über die Gesundheitsverständnis und –tradition in den verschiedenen Ländern, Aufklärung **überpräventive Angebote** auch Vermittlung von Gesundheitsverhalten am Arbeitsplatz „Übungen“
- **Aufklärung in den Schulen** : Gesundheitsunterricht als Bestandteil des Schulprogramms (Kinder Vehikel als Infotransfer)

## 5.2. Umsetzung der Leitlinien in konkreten **HANDLUNGSFELDER** Kultursensible **ANGEBOTSGESTALTUNG**



### Maßnahme zur kultursensiblen BERATUNG 1

- **aufsuchende muttersprachige Beratung und Aufklärung**
- **Tandem Professionelle und komplementäre / freiwillige Dienste**  
Einsätze immer auch Begleitung von Vertrauensbezugspersonen  
(>Zusammenarbeit mit Brückenprojekten )
- **Zusätzliche konkrete Hilfe** anbieten durch die **Zusammenarbeit mit den komplementäre Diensten** ( *Wegbegleiter –Modell* Besuchsdienste )
- Verknüpfung von Beratung mit **zugehender Erstdiagnostik**
- **Sprechstunden in den „Orten“ der Migranten** (z. B. Migratenvereine, Konsulate, Gotteshäusern, im Anschluß an Gottesdiensten , Gebetsstunde,)
- **Telefonberatung muttersprachig** ( >kultursensibles Angehörige-Telefon, Hotlines,

## 5.2. Umsetzung der Leitlinien in konkreten **HANDLUNGSFELDER** Kultursensible **ANGEBOTSGESTALTUNG**



### Maßnahme zur kultursensiblen BERATUNG 2

- **Gesprächsgruppen mit *muttersprachigem* und *deutschen* Ärzten (>> Vorstufe zur Entwicklung zu **Selbsthilfegruppen**)**
- **Schulung pflegender Angehörige auch zu Hause** im Umgang mit der Erkrankung und richtige Handhabung der Therapie
- **multikulturell und kultursensible Soziale Arbeit**
  - In den Sozialdienste (Krankenhaus, Pflegeheim ... Beratungsstellen)
- **Niederschwellige Beratungs- und Begleitdienste durch geschulte Multiplikatoren aus dem Migrantengruppen** ( siehe Gesundheitslotsen, Wegbegleiter, Pflegebegleiter )

## 5.2. Umsetzung der Leitlinien in konkreten **HANDLUNGSFELDER** Kultursensible **ANGEBOTSGESTALTUNG**



### Maßnahmen zur kultursensiblen DIAGNOSTIK – THERAPIE-1

- **Mehrsprachige / Zweisprachig Patientenaufklärungsblätter**
- **Sicherstellung der Aufklärung im Dialog** ( über Patientendiagnose, Therapie Prävention ) >>> begrenzte Nützlichkeit von der schriftlichen Information !  
(Kultursensibilität, Perspektiv-wechsel, Zeit + Geduld !
- **Kultursensible und migrationssensible ANAMNESE,**
  - Sicherstellung der Verständigung
  - Dokumentation der Grundlegende sprach-, migrations- und kulturspezifische Informationen Zeitpunkt, Dauer, Rechtslage Perspektive
  - Kultur- und Schicht bedingte Mitteilungsformen von Schmerz
  - Erfassung der Wünsche, Erwartungen bezüglich Ernährung, Behandlung und Seelsorge
  - Erfassung von Gewohnheiten, Tagesstrukturierung und sozialem Leben
- Zuordnung einer **Bezugsperson (aus der Muttersprache)** für die Dauer des Aufenthalts
- **Kultursensible und sprachlich differenzierte Ermittlung der Pflegebedürftigkeit** ( Begutachtungsinstrumente und Personal MDK)



## 5.2. Umsetzung der Leitlinien in konkreten HANDLUNGSFELDER Kultursensible ANGEBOTSGESTALTUNG



### Maßnahmen zur kultursensiblen DIAGNOSTIK – THERAPIE-2

- **Offenheit für andere Krankheitsverständnisse und –haltung** bei der Erklärung und Entscheidung von Diagnostik und Therapie
- **Sensibler Umgang mit Tabus und Machtasymmetrie** (Fachwissen, Definitionsmacht, Institution, Mehrheit...)
- **Überprüfung der Diagnostikverfahren auf deren Kultursensibilität** und Weiterentwicklung zur Erfassung anderer Symptomatik-Indikatoren und Krankheitserleben
- **Unterstützende Intervention** bei resignativer Reaktion auf misslungene Verständigung, >>> Förderung **Mitwirkung** des Patienten
- Einbeziehung des **Familiensystems in die Behandlung**
- **Zugehende Erstdiagnostik** in Verbindung mit Beratung
- **Muttersprachige von Gruppen- und Selbsthilfegruppen (besserer Umgang mit Therapieformen)**
- **Qualitätssicherung** der Kultursensibilität durch entsprechende Kennzahlen und differenzierte Wirkungsforschung

## 5.2. Umsetzung der Leitlinien in konkreten HANDLUNGSFELDER Kultursensible ANGEBOTSGESTALTUNG



### Maßnahmen zur kultursensiblen INFRASTRUKTUR im stationären Bereich

- **Differenziertheit der Essensangebote** an verschiedenen Esskulturen orientiert (essen auf Räder)
- **Internet** und Empfang *landesspezifischer Medien*
- **Gebetsräume** für die religiösen Bedürfnisse der Patienten
- **Seelsorgerische Begleitung** für die *unterschiedliche* Glaubensrichtungen in Zusammenarbeit mit den Religionsgemeinschaften der jeweiligen Migrantengemeinschaften
- **Kultursensible Palliative Versorgung und Sterbebegleitung** für die unterschiedlichen Kulturtraditionen und Glaubensrituale sowie **Angehörigebetreuung**



# ENTWICKLUNGSBEDARF und denkbare LÖSUNGSANSÄTZE

## **STRUKTUREN:**

- **Bausteine für die Veränderung der Strukturen**
- **Vernetzungskonzept**
- **Kontinuität und Kultursensibilität der Versorgungsketten**
- **Koordinierte u. kultursensible Beratungsstruktur**

# BEGRIFFE



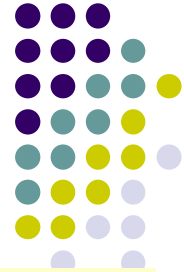
- **Komplementäre Dienste =**
  - Migranteninitiativen, -organisationen, -vereine , Religionsgemeinden, die soziale Dienstleistungen meist ehrenamtliche anbieten und deren informellen Netzwerken,
  - Im Gesundheitsbereich engagierte Multiplikatoren, Peers
  - Freiwillige Initiative und Brückenprojekten (Gesundheitslosen, Wegbegleiter, Pflegebegleiter, Hospizgruppe, )
  - Seelsorger
  - Besuchsdienste
  - Krankenhauslotsen (Grüne Damen)
  - Kulturdolmetscher (freiwillige wie professionellen in Gesundheits- und sozialen Bereich)
- **Professionelle Dienste = Gesundheit-Altenhilfe-Gemeinwesen-Migration**
  - Ärztliches Personal , Pflegepersonal im stationären und ambulanten Bereich des Gesundheitswesens und der Altenhilfe
  - muttersprachige Ärzte
  - Sozialdienste und Beratungsstellen in der stationären und Teilstationären Bereich der Gesundheitseinrichtungen wie auch der Altenhilfe
  - Migrationsdiensten,
  - offenen Altenarbeit, Begegnungsstätten
  - Gemeinwesenarbeit (GWA) Stadtteil/Quartiersbüros ,

## 6. Weiterentwicklung der STRUKTUREN – BAUSTEINE 1



- **ZUSTÄNDIGKEITSSEGMENTIERUNG** Gesundheitswesen, Altenhilfe, Migration  
**aufbrechen** durch
  - Ressort übergreifende verbindliche Abstimmung + Zusammenarbeit, (Dehierarchisierung)
  - Systematische Vernetzung,
  - *moderierende Koordinationsinstanz zwischen den Ressorts zur Steuerung*
- **Bestehende Strukturen FLEXIBEL gestalten und**
  - *kultursensibel*
  - *zugehend*
  - *begleitend***AUSRICHTEN**, bzw. > *neue* ausbauen
- **interkulturell besetzte KOMPLEMENTÄRE DIENSTE**
  - Systematisch vernetzen und
  - als BESTANDTEIL des Gesundheits- und Altenhilfesystems integrieren
- **DOLMETSCHER-NETZWERKE**
  - ausbauen
  - mit den Einrichtungen medial vernetzen und
  - als BESTANDTEIL des Systems integrieren
- **Interkulturelle CASEMANAGEMENT- Teams**

## 6. Weiterentwicklung der STRUKTUREN – BAUSTEINE 2

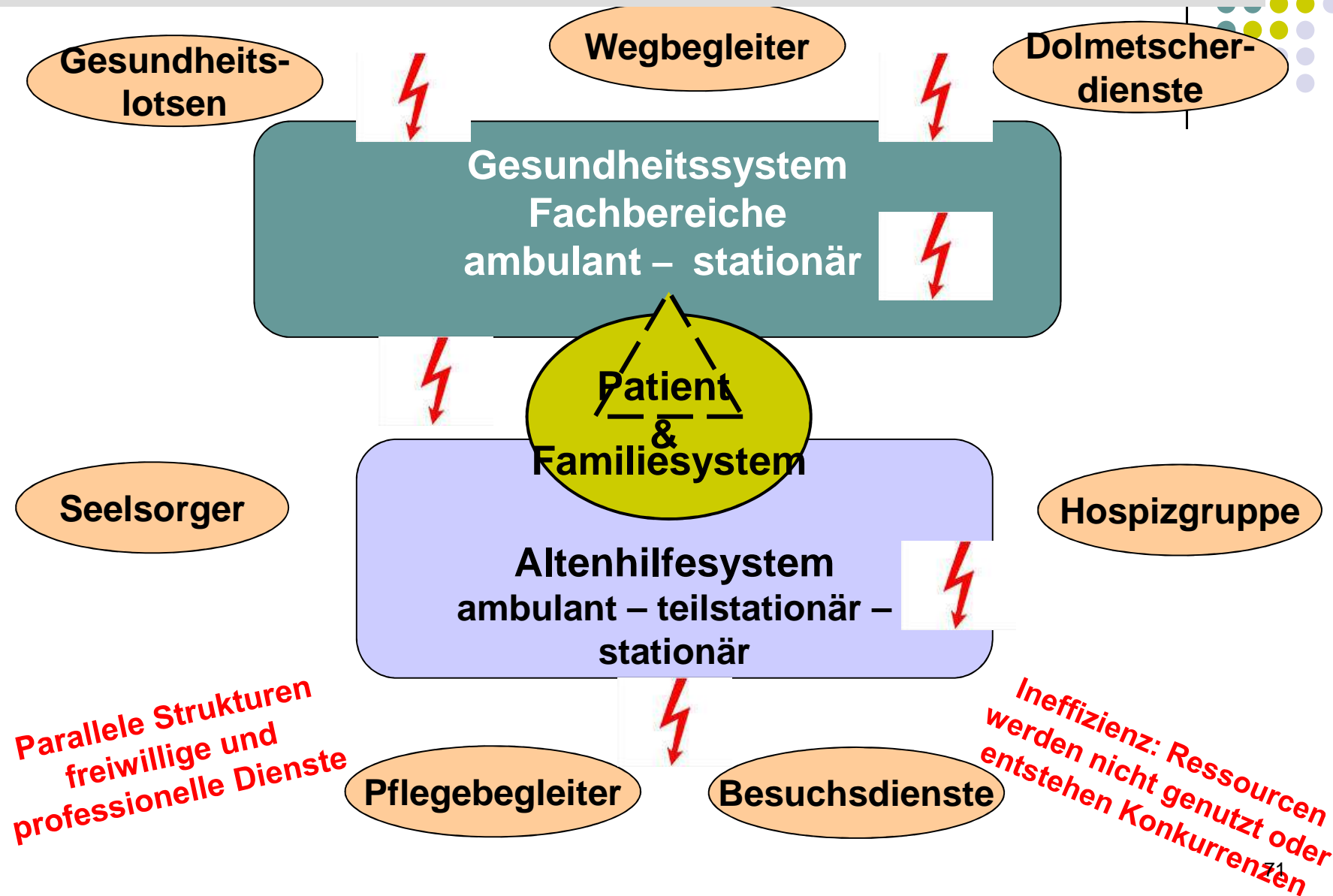


### Die Umsetzung dieser Bausteine benötigt ...

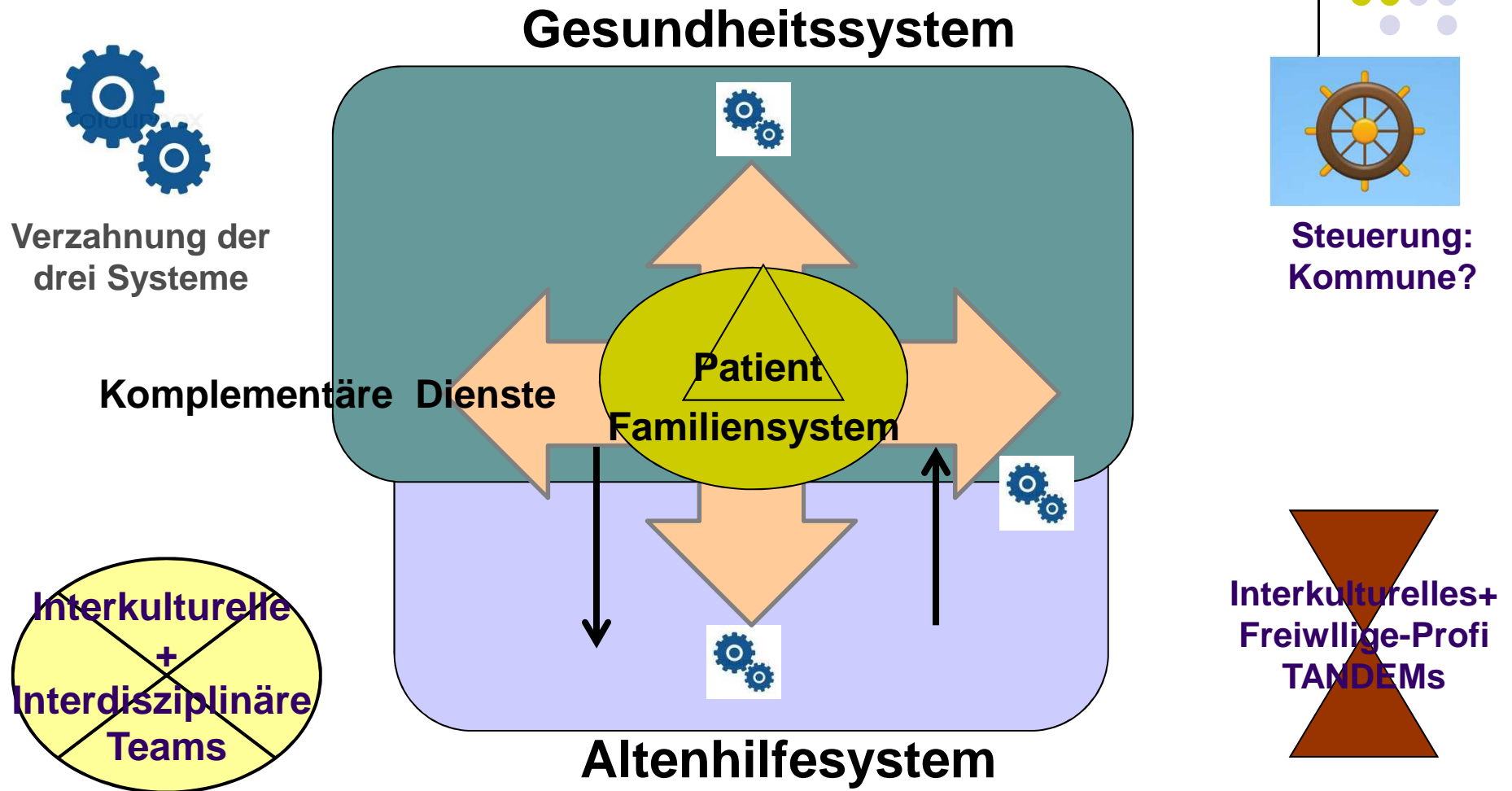
- .... ein **KONZEPT** für eine *systematische + verbindliche* **VERNETZUNG** zur Verbesserung deren Effizienz.
- **Verbindliche BETEILIGUNGS- + KOOPERATIONSSTRUKTUREN** *zwischen Profis und komplementären Diensten* sowohl untereinander als auch miteinander entwickeln und verankern
- **Einrichtung eines KOORDINATIONSKNOTENS auf kommunaler / Kreis-ebene,**
  - der die Vernetzungsarbeit anbahnt und moderierend steuert  
z.B. **PFLEGESTÜTZPUNKTE** + ausgewählte **HAUSÄRZTETEAM** mit Vernetzungsfunktion (entsprechend honoriert)
- **Aufstockung und Qualifizierung der SOZIALARBEIT:** Sozialdienste in den stationären Bereichen wie Beratungsstellen der ambulanten Beratungsarbeit , Pflegestützpunkte ...
- **Sozialarbeit** kann eine **Schlüsselfunktion** in der Koordination der Vernetzung und in der Förderung von Beteiligungsprozesse wahrnehmen
- **mediale Vernetzung zu Fachpersonal, Einrichtungen u. Netzwerke im Ausland** (insb. Länder aus den relevanteren Migrantengruppen)

# Zusammenspiel der professionellen und freiwilligen Systeme:

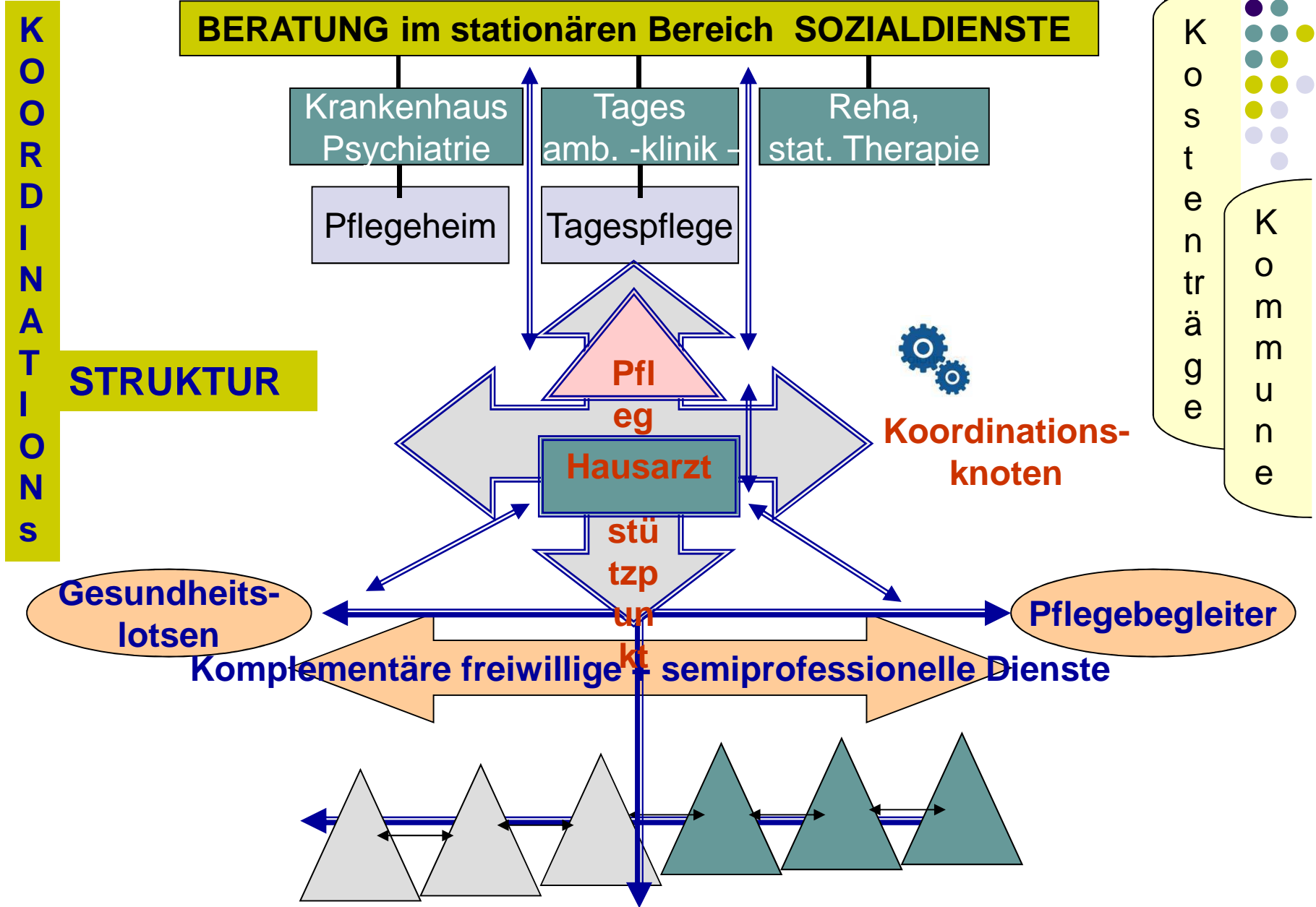
## IST-STAND



# ZUSAMMENSPIEL der professionellen und freiwilligen Systeme SOLL-Zustand ? : Idee für eine PERSPEKTIVE









## Veränderung der RAHMENBEDINGUNGEN

- Fachliche
- Strukturelle

**als Voraussetzung  
für eine nachhaltige kultursensible Anpassung  
und  
IKÖ Entwicklung des Gesundheitssystems**



## 8. Veränderung der RAHMENBEDINGUNGEN zur Förderung von fachlicher Qualität

- **Interkulturelle Kompetenz und Kultursensibilität** und **IKÖ** als **Grundqualitäten des Systems** implementieren – fördern und einfordern (Qualitäts- und Förderkriterien)

Förderung und Anbahnung von internationalen **FACHAUSTAUSCHPROGRAMMEN** und **Kooperationen** besonders mit den Herkunftsländern der Migrantinnen

- **einheitliche und verbindliche WEITERQUALIFIZIERUNG** von **Fach-Führungskräften** (Medizin Pflege Sozialarbeit) in **Interkultureller Kompetenz und Beteiligungskompetenz** >> zur Vorbereitung auf die Zusammenarbeit mit den komplementären Diensten und auf die Vernetzungsarbeit
- **interkulturelle und partizipative Kompetenz** als **Bestandteil der AUSBILDUNG** von **Fach- und Führungskräfte** (ärztlichen Personal, Sozialdienstes) aufnehmen und zentral fördern sowie **in berufsbegleitende Fortbildungsprogramme vorsehen**
- **ZUSÄTZLICH** Qualifizierung der **Sozialarbeit in Vernetzung+Mediation** zur Gewährleistung der Vernetzungs- und Koordination
- **ERHÖHUNG** des Anteils an **Fachpersonal mit Migrationsintergrund** (*Qualifizierung von MA mit MH*)
- Anerkennung von **Auslandsabschlüssen**

# 7. Veränderung der RAHMENBEDINGUNGEN zur Förderung PARTIZIPATIVEN Strukturen

zur Förderung der Beteiligung von Randgruppen Minderheiten  
Aber auch von Einheimischen freiwilligen Diensten !!!



## *Einerseits*

- **Stärkung der Migrantenstrukturen**, um sie u.a. auch als Mittler und Mitgestalter zu befähigen durch
  - Qualifizierung
  - Arbeitsorganisation
  - Ausstattung mit Infrastruktur (Räume, Arbeitsmittel...)
  - Finanzielle Förderung nach einheitlichen Kriterien

- **Schulung von Multiplikatoren u. komplementären Dienst** (Lotsen, Brückenprojekte...) zur Vorbereitung auf die Zusammenarbeit mit professionellen Strukturen
- Kostenfreie und niederschwellig

## *Andererseits*

- **Schulung / Qualifizierung der Professionellen** in kultursensibler Kommunikation und Beteiligung Vorbereitung auf die Zusammenarbeit mit Migranten
- **Qualifizierung der Sozialarbeit** für die Förderung von **Beteiligungsprozessen** zwischen Einrichtungen und Zielgruppen

## 7. Veränderung der RAHMENBEDINGUNGEN zur Förderung von struktureller Qualität



- **Übersichtliche, aufeinander abgestufte Beratungsstruktur** STATT unkoordinierten Parallelangeboten durch
    - systematische und verbindliche Vernetzung + Kooperation
  - **KONTINUITÄT der VERSORGUNGSKETTEN** + deren *kultursensible* Ausrichtung sicherstellen durch
    - Vernetzung (> *Koordinationsknoten*)
    - Zusammenarbeit mit komplementären Diensten und Initiativen
    - **Schnittstellen-Management** einrichten
  - **KOORDINATIONSKNOTEN** zur Moderierung, Koordination u. Steuerung der Vernetzung zwischen Professionellen und komplementäre Dienste, Multiplikatoren, Initiativen der Migrantengemeinschaften festlegen (Pflegestützpunkte ? Hausärzte mit Zusatz-Koordinationsfunktion ?)
  - **verbindliche BETEILIGUNGSMÖGLICHKEITEN** in den Organisationen von GW und AH definieren
- **VERNETZUNGSARBEIT - BETEILIGUNGSPROZESSE - REFLEXIONSRÄUME** als Bestandteil des Auftrags **ALLER** beteiligten Einrichtungen insb. von Beratungsdiensten vorsehen, (>pers. Erweiterung)
  - Erhöhung des **PERSONALSCHLÜSSELS**
  - **Politisches VERNETZUNGSKONZEPT** auf der Basis eines partizipativen Prozesses entwickeln
  - **Verbindliche ABSTIMMUNG und KOOPERATION** zwischen den Ressorts zwischen und innerhalb Gesundheitswesen Altenhilfe und Sozialarbeit vereinbaren
  - **Klare ZUSTÄNDIGKEITEN und Verantwortung** zwischen Bund Land Kommune für Umsetzung des Vernetzungskonzepts **definieren**

## 7. Veränderung der RAHMENBEDINGUNGEN

### Finanzielle



- **Finanzierungsplan für die Umsetzung des VERNETZUNGSKONZEPTs**
- **Finanzierung der Vernetzungs- und Kooperationsarbeit**
- **Klare Regelung der Finanzierungsverantwortung** zwischen Bund-Land-Kommune und Kostenträgern für die Umsetzung des Vernetzungskonzepts und koordinierender Beratungsstrukturen
- **Fördermodalitäten** : neue Ansätze NICHT als Projektförderung, sondern **Regelfinanzierung**
- **Die Arbeit der Komplementären Dienste und Dolmetscherdienste als zu entgeltende Leistungen**

## 8. Ressourcen



### a) **personelle Ressourcen:** Erschließung durch **Beteiligung und Kooperation mit Migranten**

- Migrantenmultiplikatoren,
- jungen Menschen mit MH
- Absolventen aus den Studiengängen für gesundheits- und Sozialberufe,
- ältere nach der Berufsphase,
- Frauen nach der Pflegephase, die Beschäftigung suchen

### c) **finanzielle Ressourcen durch**

- **Bündelung der verschiedenen Förderprogramme** aus den zuständigen Ministerien BMG, BAMF, BMFSJ zur Teilfinanzierung der komplementären Systems
- **Umverteilung** aus anderen Zuwendungen
- **Ko-Finanzierungsmodelle zwischen den Ressorts u. Kostenträgern**

### b) Nutzung bestehender **Kompetenz-Ressourcen:**

- **Muttersprachige Ärzte** als Mittler und Mitgestalter und Berater in der IKÖ Entwicklung
- **Gesundheitseinrichtungen der Herkunftsländer** als Kooperationspartner
- **komplementäre Dienste**



## 9. STATISTIK und BEDARFSERMITTLUNG

### Begleitforschung

- Erfassung Statistischer Daten durch Erweiterung der Indikatoren um die kultur-religion- und migrationsspezifischen Aspekte
- Erforschung der Bedürfnislagen von Patienten und Pflegebedürftigen mit Migrationsgeschichte differenziert (*Unterschiede und Gemeinsamkeiten* auch zu Deutschen)  
um der FRAGE nachzugehen: >>wie viel *Kultursensibilität* und >>wie viel *Kulturspezifität* ist notwendig und sinnvoll für die Entwicklung der Systeme ?
- Zielgruppenspezifischen Anpassung der Methoden und Befragungsinstrumente in Versorgungsforschung, um verzerre Ermittlung des Versorgungsbedarfs (Sprach, Lese- und Schreibfähigkeit der Probanden oft Ausschlußkriterium ) und falsche Schlussfolgerungen für die Planung zu vermeiden
- Ausbau empirischen Begleitforschung bei der Erprobung neuer kultursensiblen und interkulturellen Ansätze für die Erfassung der Wirksamkeit
- Untersuchungen zur Wirksamkeit der neuen Vernetzungsansätze bei Einbeziehung der neuen Qualitätsdimensionen Kultursensibilität, Interkulturalität Partizipation





**Die gemeinsame Anstrengung für die Gestaltung  
einer *kultursensiblen interkulturell und partizipativ  
ausgerichteten* Gesundheitsversorgung  
bedeutet eine bessere Qualität  
für ALLE  
für Angehörigen von Mehrheiten wie von Minderheiten  
für Einheimische wie Migranten,  
für Schwaben wie Hamburger  
für West- wie Ostdeutsche  
sowie einen Beitrag zur  
integrativen gesellschaftlichen Entwicklung**



**für Ihr Interesse und Ihre Aufmerksamkeit  
schönen Dank !**

**Grazie per il Vostro interesse  
e la Vostra attenzione**

**Por su interés y Su atención  
Muchas gracias**

**İlginiz için çok teşekkür ederim ve  
dikkatinizi**

**puno ti hvala na Vašem interesu i  
Tvoja pažnja**

**спасибо за ваш интерес и  
Вашему вниманию**

# Kontakt:



***gabriella zanier***

---

**präventive Altenhilfe** - Anlaufbüro Seniorengruppen  
und ***Forum für eine kultursensible Altenhilfe***

**Caritasverband Frankfurt e.V.**

**Alte Mainzer Gasse 10**

**60 311 Frankfurt a.M.**

**Tel: 069 / 2982 - 406**

Fax. 069 /2982 – 420

E-Mail: [gabriella.zanier@caritas-frankfurt.de](mailto:gabriella.zanier@caritas-frankfurt.de)

E-Mail : [region-sued@kultursensible-altenhilfe.de](mailto:region-sued@kultursensible-altenhilfe.de)

[www.kultursensible-altenhilfe.de](http://www.kultursensible-altenhilfe.de)