

Gesundheitshandeln von Migrantinnen aus der ehemaligen UdSSR

Eva Maria Hirsch

Im Bereich der gesundheitlichen Selbsthilfe im Alltag zeigen Migrantinnen in Deutschland große Laienkompetenzen, beispielsweise verwenden viele zugewanderte Frauen natürliche Heilmittel aus ihrer Herkunftskultur. Diese Selbsthilfekompetenzen sollten gefördert werden, zum Beispiel durch Projekte, die auf Empowerment zielen. Der Zugang zu Angeboten des professionellen Gesundheitssystems ist für Migranten unzulänglich, was unter anderem auf die Sprachbarriere zurückzuführen ist. Eine Stärkung der interkulturellen Kompetenz in Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens ist aus diesem Grunde sinnvoll. Diesen Schluss erlauben die Ergebnisse einer Diplomarbeit im Studiengang Ökotrophologie an der Fachhochschule Osnabrück, die Gesundheitshandeln von Migrantinnen in Deutschland untersuchte. Hierfür führte die Autorin neun Leitfadeninterviews mit Frauen aus der ehemaligen UdSSR.

1 Einleitung

Owohl etwa ein Fünftel der Bevölkerung in Deutschland einen Migrationshintergrund hat und somit MigrantInnen eine immer größere Bedeutung für das deutsche Gesundheitssystem erlangen, scheinen die Bedürfnisse und Besonderheiten dieser Bevölkerungsgruppe in der deutschen Gesundheitspolitik sowie in den Einrichtungen des Gesundheitswesens bisher nicht genügend berücksichtigt worden zu sein; der Zugang zum professionellen medizinischen Bereich ist für MigrantInnen nach wie vor erschwert (Hornung 2007, S. 331).

In meiner Diplomarbeit an der Fachhochschule Osnabrück (Studiengang Ökotrophologie) habe ich aus diesem Grund die Besonderheiten des Gesundheitshandelns von MigrantInnen in Deutschland in den Blick genommen. Auf dieser Grundlage wurden Perspektiven entwickelt, wie die Gleichberechtigung bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Gesundheitshandeln gehoben werden könnte. Hierbei wird der Fokus auf Frauen gerichtet, da Frauen eine besonders starke Benachteiligung in der Migration unterstellt wird, dabei aber ihre Stärken und Potenziale kaum Berücksichtigung finden.

Grundlage der Untersuchung ist ein Gesundheitsverständnis, das die gesamte Lebenswelt des Einzelnen umfasst, etwa auch biografische Aspekte. Hierfür ist es bedeutend, die Perspektive der Betroffenen einzubeziehen.

2 Gesundheitliche Auswirkungen von Migration

Grundsätzlich wird von einer erhöhten körperlichen und psychischen Belastung im Verlauf der Migration ausgegangen, die zu somatischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen führen kann (vgl. Schmitz 2005, S. 125). Die

Sprachbarriere, die Forderung nach vielfältigen Anpassungsleistungen, eventuell Erfahrungen der Ausgrenzung und Fremdenfeindlichkeit sind nur einige der vielen Faktoren, die die Einwanderungssituation zu einer Stresssituation machen können. Vor allem am Anfang ist meist noch kein soziales Netz vorhanden, das diese Belastungen kompensieren könnte. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass Einwanderer prozentual stärker gesundheitlich nachteiligen Milieus angehören (Salman 2001 zit. nach Eichler 2008, S. 18): Sie haben – vor allem zu Beginn ihres Aufenthalts in Deutschland – oft nur geringe materielle Ressourcen und leben in defizitären Wohnsituationen (Faltermajer 2005, S. 101 f). Hinzu

Health Care Utilisation and Self-help Practices of Female Migrants of the Ancient USSR

Appropriate learning tasks are an important component of successful teaching and the efficiency of schools. Cross-curricular research provides criteria for effective learning tasks which can support teachers to appraise and develop such tasks for lessons in nutrition and consumer education. For these lessons, REVIS, a topical subject-specific framework to “reform nutrition and consumer education in schools” proposes significant aims and competences. To initiate a discussion about innovative learning tasks in modern nutrition and consumer education, this article compares a cross-curricular model with the REVIS framework and proposes a list of criteria for appropriate learning tasks, based on components from both approaches.

kommt ein oft geringer beruflicher Status, der wiederum mit besonderen gesundheitlichen Belastungen verbunden ist (ebd., S. 101 f), z. B. die Arbeit am Fließband (Palecek 2009, S. 36). Das bedeutet, dass auftretende gesundheitliche Probleme nicht nur auf die Migration selbst zurückzuführen sind, sondern auch die „Folgeerscheinungen“ der Migration, die soziale und materielle Benachteiligung, mitverantwortlich sind. Erschwerend kommt hinzu, dass Menschen mit Migrationshintergrund die auf Prävention zielenden Angebote des deutschen professionellen Gesundheitssystems weniger zu nutzen scheinen als die einheimische Bevölkerung. Als Grund wird vielfach ein Informationsdefizit über diese Angebote aufseiten der MigrantInnen genannt. Auch die medizinische Behandlung selbst ist oft mit Schwierigkeiten verbunden. Untersuchungen zeigen, dass MigrantInnen generell häufiger ins Krankenhaus eingewiesen werden, dort deutlich länger verweilen als deutsche PatientInnen und dass mehr Medikamente verordnet werden (Palecek 2009, S. 39). Auch treten vermehrt Fehldiagnosen auf, und es entwickeln sich „komplexe ‚Patientenkarrieren‘“ (KAS 2009, S. 7). Dies kann zum einen auf Sprachschwierigkeiten zurückgeführt werden, aber auch auf ein kulturell unterschiedliches Verständnis von Krankheit. Als Beispiel wird in der Wissenschaft oft der „böse Blick“ genannt, den einige PatientInnen mit Migrationshintergrund für ihre Krankheit verantwortlich machen.

Doch obwohl ein Zusammenhang zwischen Migration und Stressfaktoren zu bestehen scheint, ist es riskant, vorschnell und grundlegend anzunehmen, Migration an sich mache krank. Schließlich können Stresssituation auch Potenziale mobilisieren und bieten „die Möglichkeit zur Neuorientierung und zur Nutzung anderer ökonomischer und sozialer Ressourcen“ (Weiss 2003, S. 9).

Statistisch sind MigrantInnen in Deutschland nicht „kränker“ als Einheimische. Ergebnisse unterschiedlicher Erhebungen deuten sogar eher darauf hin, dass Menschen mit Migrationshintergrund einen besseren physischen Gesundheitszustand und eine höhere Lebenserwartung aufweisen. So ist etwa die „Krankenquote“¹ bei Personen mit Migrationshintergrund insgesamt niedriger als bei Einheimischen. Allerdings sind die Antworten dieser Erhebung sehr subjektiv. Auch andere statistische Erfassungen sind nicht unbedingt aussagekräftig. Zum Beispiel kann das höhere Sterbealter von MigrantInnen unter anderem darauf zurückgeführt werden, dass Sterbefälle in der Migrationsbevölkerung seltener behördlich gemeldet werden.

3 Ergebnisse eines Quellenstudiums und aus Leitfadeninterviews

Da der Großteil der wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu dem Themenbereich Migration und Krankheit aus „einheimi-

¹Zur Erfassung der „Krankenquote“ wird im Rahmen der Mikrozensus-Erhebung gefragt, ob in den letzten vier Wochen vor der Erhebung bei den Befragten eine Krankheit auftrat (RKI 2008, S. 45 f).

Interviewpartnerinnen*

- Jelena, 26, jüdische Migrantin (Herkunftsland: Russland), Studentin, wohnt mit ihrer Schwester zusammen
- Natalia, 36, Spätaussiedlerin (Kaukasus), Altenpflegerin, verheiratet, zwei Söhne
- Svetlana, 46, Spätaussiedlerin (Kasachstan), Reinigungshilfe, verheiratet, keine Kinder
- Mascha, 48, Spätaussiedlerin (Ukraine), arbeitslos (erlernter Beruf: Tiermedizinerin), verheiratet, eine Tochter
- Irina, 60, Spätaussiedlerin (Ukraine), arbeitslos (erlernte Berufe: Kranführerin und Buchhalterin), verheiratet, zwei Kinder
- Marina, 61, jüdische Migrantin (Aserbaidschan), Betreuerin in Förderschule, verheiratet, zwei Kinder
- Martha, 65, Spätaussiedlerin (Kirgistan), Rentnerin (erlernter Beruf: Buchhändlerin), verheiratet, zwei Kinder
- Olga, 75, jüdische Migrantin (Russland), Rentnerin (kein erlernter Beruf), verheiratet, zwei Kinder

* Die Religionsangabe „jüdisch“ wird deshalb gemacht, weil die Personen aufgrund ihres Jüdischseins („Kontingentflüchtlinge“) nach Deutschland kommen konnten (d. Red.).

scher“ Perspektive verfasst ist, sollte im Rahmen der Diplomarbeit auch die Sichtweise der Betroffenen selbst berücksichtigt werden. Hierfür wurden neun Interviews mit Migrantinnen aus der ehemaligen UdSSR geführt. Die Antworten dienen als ergänzende Beispiele zu den wissenschaftlichen Quellen.

Die Einzelinterviews fanden eher als Gespräch – anhand eines Leitfragenkatalogs – statt und waren somit nicht standardisiert. Die Fragen betrafen zum einen den Bereich des Laiengesundheitshandelns, das heißt der individuellen Selbsthilfe – hauptsächlich im Privathaushalt – zur Vorbeugung und Heilung von Krankheiten. Zum anderen wurde danach gefragt, wie die migrierten Frauen das professionelle deutsche Gesundheitssystem wahrnehmen und bewerten.

3.1 Laiengesundheitshandeln

3.1.1 Veränderung des Gesundheitshandelns im Migrationsprozess

Während in der Fachliteratur die Auffassung zu finden ist, dass Gesundheit im Alltag von MigrantInnen einen geringen subjektiven Stellenwert hat (vgl. z. B. Faltermaier 2005, S. 108), geht aus den geführten Interviews hervor, dass die Frauen im Laufe des Migrationsprozesses mehrheitlich gesundheitsbewusster geworden sind. Diese Entwicklung hat unterschiedliche Gründe: Einige Frauen berichten, dass in ihrem Herkunftsland oft existenzielle Alltagsfragen wichtiger waren (beispielsweise, überhaupt etwas zu essen zu haben; die Auswahl der Lebensmittel war zweitrangig). Andere hatten erst in

Deutschland die Möglichkeit der medizinischen Behandlung beispielsweise von Diabetes und beschäftigen sich seither zwangsläufig mehr mit gesundheitsförderlichem Alltagshandeln.

Sie zeigen sich sehr selbstständig und verantwortungsbewusst, was Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich des Laienhandelns angeht und geben beispielsweise an, gezielt Sport zu betreiben, um „gesund“ zu bleiben. So haben sie sich – ihrer eigenen Ansicht nach – dem Gesundheitsbewusstsein der deutschen Bevölkerung angepasst, das sie als stärker als in ihrer Herkunftsgesellschaft empfinden. Zugleich pflegt ein Großteil der befragten Frauen noch gesundheitsbezogene Traditionen aus ihrer Herkunftskultur. So wenden sie zur Heilung kleinerer Beschwerden pflanzliche Hausmittel an, deren Rezeptur größtenteils über Generationen in ihrer Familie weitergegeben worden ist. Zum Beispiel stellt eine befragte Migrantin einen Sud aus Samen der Spitzklette als vorbeugender Schutz vor Schilddrüsenerkrankungen her.

3.1.2 Gesundheitshandeln in der Familie

In der Sowjetunion und ihren Nachfolgestaaten war und ist es die Regel, dass Frauen in Vollzeit erwerbstätig sind und zugleich den Großteil der Haushalts- und Erziehungsarbeit im Privathaushalt leisten (Westphal 1999, S. 129). Diese traditionelle Rollenverteilung scheinen die migrierten Frauen aus der ehemaligen UdSSR mehrheitlich auch in Deutschland beibehalten zu haben, und sie lässt sich auch auf das familiäre Gesundheitshandeln übertragen.

Als Ehefrau bzw. Familienmutter tragen sie die Hauptverantwortung für die Pflege kranker Familienangehöriger und fühlen sich verpflichtet, insbesondere die männlichen Familienmitglieder zu einem gesundheitsförderlichen Handeln im Alltag zu motivieren.

Für die interviewten Migrantinnen hat die Kern-, aber auch die Großfamilie eine sehr große Bedeutung. So ist es für die Mehrheit der Frauen undenkbar, die Großelterngeneration im Pflegefall stationär pflegen zu lassen, anstatt dies im Privathaushalt der Angehörigen selbst zu tun.

3.2 Migrantinnen im professionellen Gesundheitssystem

Im Rahmen der Interviews konnte eine überraschende Beobachtung gemacht werden, was das Gesundheitshandeln im professionellen Bereich betrifft.

So reflektiert und souverän sie innerhalb des Laiengesundheitshandelns ihre Spielräume zu nutzen scheinen – gegenüber deutschen Ärzten und anderen Professionellen im Gesundheitswesen scheinen die Migrantinnen noch vom eher hierarchischen sowjetischen Gesundheits- und beispielsweise auch Bildungssystem geprägt zu sein. So ließe sich jedenfalls erklären, dass sie Medizinern gegenüber eine oft untergeordnete, unselbstständige Rolle einnehmen und Ärzte als Autoritäten betrachten, deren Fähigkeiten und Entscheidungen sie kaum infrage stellen.

Das deutsche Gesundheitssystem bewerten die interviewten Migrantinnen überwiegend positiv. Sie loben vor allem die technischen und organisatorischen Fortschritte im Vergleich zum Gesundheitssystem in den Nachfolgeländern der UdSSR, in dem die Durchführung der Angebote nicht immer verlässlich zu sein scheint. Außerdem sind in der ehemaligen UdSSR nicht genügend Medikamente vorhanden und diese nur einer reichen Minderheit vorbehalten, da sie sehr teuer sind.

Im deutschen Gesundheitssystem fühlen sich die befragten Migrantinnen weder aufgrund von Geschlecht noch von Herkunft benachteiligt. Allerdings weisen sie auf Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund ihrer mangelnden Deutschkenntnisse hin. Sie zeigen jedoch eine große Bereitschaft, diese Barriere von ihrer Seite aus zu überwinden, indem sie ihre Sprachkompetenzen verbessern.

4 Perspektiven

Unter Berücksichtigung des Blickwinkels der befragten Migrantinnen

- ist jeder Einzelne,
- sind Institutionen,
- aber auch die Wissenschaft

gefordert, einen Beitrag zu einer erfolgreicherer Inklusion von MigrantInnen in Deutschland und einem chancengleichen Zugang zum Gesundheitswesen zu leisten.

Es scheint unbedingt nötig, gesundheitliche Einrichtungen interkulturell auszurichten, das heißt zum einen, die Einstellung von Personal mit Migrationshintergrund und professionellen Dolmetschern zu fördern, zum anderen aber auch, interkulturelle Aspekte bereits in die Planungsebene zu integrieren. Darüber hinaus sollte die „interkulturelle Kompetenz“ der MitarbeiterInnen – etwa im Rahmen von Fortbildungen – gestärkt werden. Dies gesetzlich zu verankern, wäre Aufgabe der politischen Ebene.

Da von einer starken Zunahme von pflegebedürftigen SeniorInnen mit Migrationshintergrund ausgegangen werden kann, gelten diese Forderungen im Besonderen für den Bereich der Altenpflege. Hierbei sollte jedoch die Familienorientiertheit der MigrantInnen berücksichtigt und vermehrt Möglichkeiten der ambulanten Pflege geschaffen werden, beispielsweise in Form von interkulturell ausgerichteten mobilen Pflegediensten. Es scheint in diesem Bereich vor allem sinnvoll, die Selbstorganisation der MigrantInnen zu unterstützen, etwa mithilfe von Beratungsangeboten.

Weiterhin scheint es notwendig zu sein, Menschen mit Migrationshintergrund vermehrt über die Zusammenhänge im deutschen Gesundheitssystem zu informieren. Ein bereits existierendes Projekt, das dieses Ziel verfolgt, ist das vom Ethnomedizinischen Zentrum Hannover seit 2003 durchgeführte MiMi-Projekt („Mit Migranten für Migranten“). Hierfür werden Menschen mit Migrationshintergrund zu interkulturellen „Gesundheitsmediatoren“ geschult, um – mit Unterstützung von Fachkräften aus dem Gesundheitswesen – in mehrspra-

chigen Kampagnen Migranten in ihren Wohnorten über präventive und gesundheitsfördernde Angebote des Gesundheitssystems zu informieren (RKI 2008, S. 125 f.).

Der bei diesem Projektbeispiel zugrunde liegende Setting-Ansatz, der darauf zielt, Menschen in ihrem alltäglichen Lebensraum zu erreichen, sollte auch auf andere Projekte übertragen werden: So könnten etwa Mütter – als Schlüsselfiguren im familiären Gesundheitshandeln – in Kindergärten oder Schulen angesprochen werden.

Letztendlich wäre auch ein Dialog „in die andere Richtung“ wünschenswert. So könnte die einheimische Gesellschaft beispielsweise viel stärker vom kulturellen Wissensschatz der MigrantInnen profitieren, etwa von den überlieferten Naturheilmitteln. Da es bisher kaum Untersuchungen über den Bestand dieses Wissens aus der Herkunftskultur gibt und darüber, in welcher Weise ein Zugang zu diesem gefunden werden könnte, besteht auch hier noch Forschungs- und Handlungsbedarf.

Quellen

- Eichler, K. J.: Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit. Wiesbaden 2008.
- Faltermaier, T.: Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Marschalck, P.; Wiedl, K. (Hrsg.): Migration und Krankheit. Göttingen 2005, S. 93 – 112.
- Hornung, R.: Prävention und Gesundheitsförderung bei Migranten. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern 2007, S. 331 – 339.
- Konrad-Adenauer-Stiftung (KAS) (Hrsg.): Knipper, M., Bilgin, Y.: Migration und Gesundheit. 2009. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf?100105122312. Zugriff am 2.8.10.
- Palecek, F.: Ältere Migrantinnen – soziale Lage und Gesundheit. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.): Migration und Gesundheit. 2009, S. 36 – 42.
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung. 2008. http://www.rki.de/clin_091/nn_206802/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/migration.pdf. Zugriff am 2.8.2010.
- Schmitz, P.: Akkulturation und Gesundheit. In: Marschalck, P.; Wiedl, K. (Hrsg.): Migration und Krankheit. Göttingen 2005, S. 123 – 144.
- Westphal, M.: Familiäre und berufliche Orientierungen von Aussiedlerinnen. In: Bade, K. J., Oltner, (Hrsg.): Aussiedler: deutsche Einwanderer aus Osteuropa. Göttingen 1999, S. 127 – 149.
- Weiss, R.: Macht Migration krank? Zürich 2003.

Eva-Maria Hirsch
Studiengang Ökotrophologie
Fachhochschule Osnabrück
Herrenteichsstr. 24
49074 Osnabrück
eva_hirsch@web.de

Ausgezeichnete Bildungsprojekte für nachhaltige Entwicklung

Die Vereinten Nationen haben von 2005 bis 2014 die Dekade der Bildung für nachhaltige Entwicklung ausgerufen. In diesem Zusammenhang werden Projekte ausgezeichnet, die sich konkret mit diesem Thema in besonderer Weise beschäftigen (siehe: www.bne-portal.de). Ziel der Projektauszeichnungen ist es, Aktionsvorbilder für unterschiedliche Einsatzbereiche zu erhalten und zu veröffentlichen, die Aspekte der Ökologie, der Ökonomie und des sozialen Handelns weltweit und für die Zukunft aufgreifen. Zweimal jährlich kann man sich schriftlich anhand der vorgegebenen Formulare bewerben.

Das Projekt muss einen Bildungsanspruch im Sinne der Bildung für nachhaltige Entwicklung nachweisen können und zu einem konkreten Ergebnis bzw. Produkt führen. Die Auszeichnung als Offizielles Dekade-Projekt erfolgt immer für zwei Jahre. Danach ist eine Wiederbewerbung für weitere zwei Jahre möglich, wobei um erneut ausgezeichnet zu werden, nachgewiesen werden muss, dass im Vergleich zur Erstbewerbung eine Weiterentwicklung des Projektes erfolgt ist. Die Preisverleihung findet an unterschiedlichen Orten statt, am 01.07. war sie im Wissen-

schaftszentrum Gelsenkirchen. Ausgezeichnet wurden dabei 55 Projekte aus ganz Deutschland, von denen 31 persönlich präsent waren. Bisher wurden in Deutschland 1800 Bewerbungen eingereicht und 1000 Projekte ausgezeichnet.

Zwei Projekte mit hauswirtschaftlichem Bezug waren dabei vertreten: Bereits zum dritten Mal ausgezeichnet wurde das von Herrn Prof. Dr. M.-B. Piorkowsky an der Universität Bonn initiierte und geleitete Projekt „Grundkurs: Alltags- und Lebensökonomie: Ich bin meine Zukunft – Die Gestaltung der Lebenslage“ (siehe HuW 3/09). Erstmals ausgezeichnet wurde das 2008 gestartete Projekt: „Nachhaltige Verpflegung: Handlungsorientiertes Modell für Grundschulen“. Dieses von der Deutschen Bundesstiftung Umwelt (DBU) geförderte Projekt des WABE-Zentrums der Fachhochschule Osnabrück wird geleitet von Professorin Dr. E. Leicht-Eckardt.

Es wäre zu wünschen, dass sich noch mehr Projekte unserer Profession finden, die sich bis zum Ende der Dekade der Bildung für nachhaltige Entwicklung bewerben.

Dr. Elisabeth Leicht-Eckardt