

PS Politische Psychologie / SS 2005

LVA-Leiterin: Mag. Dr. Helga E. Schachinger

MIGRATION UND KRANKHEIT

Seminararbeit

von

Petra Henschl

Julia Huber

Regina Kabicher

Gernot Pflegpeter

Inhaltsverzeichnis

1. Migration und Gesundheit.....	3
1.1 Fragen und Konzepte einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive	3
1.2 Das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky	5
1.3 Gesundheit von Migranten	7
1.3.1 Die ethnische Zugehörigkeit	7
1.3.2 Der durchlaufene Migrationsprozess	9
1.3.3 Die soziale Lage	9
1.4 Migration als ein gesundheitsrelevantes Lebensereignis	10
1.5 Gesundheitshandeln von Migranten.....	12
1.6 Interdisziplinäre Forschung.....	15
2. Kultureller Kontext: Migration und Gesundheitsrisiken bezogen auf türkische Familien ..	16
2.1 Einschnitt in das geschichtlich Eingebettet-Sein	18
2.2 Einschnitt in das Eingebettet-Sein in vertrautes Milieu	19
2.3 Interne und Externe Migration	21
2.3.1 Interne Migration.....	21
2.3.2 Externe Migration	22
2.4 Einschnitte und Gesundheitsrisiken	22
2.5 Verbindung von Anpassung und Leid.....	22
2.5.1 Veränderungen erster Ordnung	23
2.5.2 Veränderungen zweiter Ordnung	24
3. Akkulturation und Gesundheit	25
3.1 Kultur - Akkulturation.....	25
3.2 Folgen psychologischer Akkulturation – der Akkulturationsstress	26
3.3 Modell der Akkulturationsstile von Berry	27
3.4 Akkulturationsstile und Akkulturationsstress	29
3.5 Akkulturationsvariablen	29
3.5.1 Persönlichkeitsmerkmale	33

3.5.2	Ökonomische Situation, sozialer Status, Alter und Geschlecht	35
3.5.3	Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung	36
3.6	Resumée	37
4.	Gesundheitliche Lage und Risikoverhalten bei Jugendlichen aus Migrantenfamilien	37
4.1	Gesundheitliche Situation	39
4.1.1	Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit (allgemein).....	39
4.1.2	Angabe konkreter körperlicher Beschwerden	40
4.1.3	Einfluss der sozialen Lage.....	41
4.2	Lebenssituation.....	42
4.2.1	Schule	42
4.2.2	Familie.....	42
4.2.3	Freunde.....	43
4.3	Gesundheitlich riskantes Verhalten.....	43
4.3.1	Alkoholkonsum	43
4.3.2	Zigarettenrauchen.....	44
4.3.3	Prädiktoren gesundheitlich riskanten Verhaltens	44
4.4	Resumée	45
5.	Multikulturelle Beratung und Behandlung.....	46
5.1	Spezifische Belastungen und Bewältigungsformen in Migrantenfamilien	47
5.2	Migranten und Migrantenfamilien in unserem Gesundheitssystem – Das Modell der Passung von Erwartungen	47
5.2.1	Erwartungs-Teufelskreise.....	50
5.3	Spezifische Aspekte Multikultureller Beratung und Behandlung.....	53
5.4	Resumée	55
	Literaturverzeichnis.....	55

1. Migration und Gesundheit

Dieser Abschnitt wird in Anlehnung an folgendes Buchkapitel zusammengefasst:

Faltermaier, T. (2001). Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In P. Marschalck & K. H. Wiedl. (Hrsg.), *Migration und Krankheit*. (S. 93-112). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.

1.1 Fragen und Konzepte einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive

Ausgangspunkt der folgenden Betrachtungen ist der Umstand, dass der Anteil an Migranten, der in unserer Gesellschaft ein immer größerer wird, Anlass dazu gibt, sich über die gesundheitliche Lage dieser Bevölkerungsgruppe Gedanken zu machen. Daneben soll auch beleuchtet werden, wie das gesundheitliche Versorgungssystem auf die zweifellos speziellen Bedürfnisse und Problemlagen der Migranten reagiert.

Bereiche, die in diesem Zusammenhang wichtig werden, sind die Gesundheitspolitik, die Gesundheitspraxis und auch die Gesundheitsforschung.

Letztere hat aber in Bezug auf Migranten in Deutschland nur wenig anzubieten, wenn es etwa darum geht, die Krankheiten, deren Entstehungsbedingungen und auch das Vorgehen in der Behandlung näher zu beleuchten.

Erkennbar ist aber in jedem Fall die Tendenz, die Bedeutung präventiven Vorgehens stärker zu gewichten. Das heißt, dass neben der Behandlung einer bereits vorhandenen Krankheit vor allem darauf geachtet wird, dass bestehende Gesundheit gefördert wird und in weiterer Folge Krankheit im günstigsten Fall gar nicht erst entsteht.

Fragen, die sich an dieser Stelle aufdrängen könnten, sind zum Beispiel folgende:

- Welche Einflüsse auf die Gesundheit von Migranten bestehen in einer multikulturellen Gesellschaft?
- Wie gehen Migranten mit ihrer Gesundheit um?
- Welche Maßnahmen zur Förderung ihrer Gesundheit wären sinnvoll und notwendig?

So engagiert der Wunsch, all diese Fragen zufrieden stellend zu beantworten, auch sein mag, muss doch von vornherein darauf hingewiesen werden, dass sich schon bei der Formulierung der Fragen nur schwer zu ignorierende Probleme ergeben.

Erstens begeht man einen Fehler, wenn man von Migranten als homogener Gruppe spricht. Das könnte den Eindruck erwecken, dass eine Antwort auf eine dieser Fragen gleichzusetzen wäre mit dem Lösen des jeweiligen Problems für alle Migranten. Da sich diese Gruppe aber hinsichtlich ihrer sozialen Lage, ihrer kulturellen Wurzeln, sowie der Dauer und Phase des Integrationsprozesses mitunter gravierend unterscheidet, werden Antworten, wenn sie denn überhaupt sinnvoll erscheinen wollen, nach Gruppen differenziert gegeben werden müssen.

Ein Punkt, der an dieser Stelle zu berücksichtigen ist, ist der, dass die Wahrnehmung von sozialen Gruppen wie den Migranten immer als eine soziale Konstruktion zu verstehen ist. Dabei tendiert der Einzelne oft dazu, Verzerrungen zu unterliegen, und zwar in der Form, dass Mitglieder innerhalb einer Gruppe als ähnlicher wahrgenommen werden, als sie dies in Wirklichkeit tatsächlich sind. Das heißt, dass die Gruppe homogenisiert wird, und im Vergleich zu anderen Gruppen ungerechtfertigt unterschiedlich angesehen wird.

Zu dieser Entwicklung können auch Vorurteile beitragen, die man anderen Gruppen gegenüber entwickelt hat. Vorurteile sind laut Herkner (Werner Herkner; Lehrbuch Sozialpsychologie, 2001) Einstellungen, deren Objekte Außengruppen oder – als Spezialfall von Außengruppen – Minoritäten sind. Migranten können zweifellos sowohl als Außengruppe, als auch als Minorität in unserer Gesellschaft angesehen werden. In der Regel handelt es sich bei Vorurteilen um negative, abwertende Einstellungen.

Die kognitive Komponente des Vorurteils, das subjektive Wissen über die Außengruppe, wird Stereotyp genannt. Dabei handelt es sich in der Regel um Übergeneralisationen.

Mit diesen werden allen Angehörigen einer Außengruppe oder Minorität aufgrund der Kategoriezugehörigkeit mehr oder weniger dieselben Eigenschaften zugeschrieben. Das Problem ist zweifellos, dass Vorurteile und Stereotype sehr stabil und schwer änderbar sind.

Damit ist klar, dass sich stereotype Annahmen, wie zum Beispiel, dass Migranten nur ein sehr geringes Maß an Compliance mit in die medizinische Behandlung bringen, mitunter sehr hartnäckig halten können bzw. überhaupt nicht abgelegt werden.

Verstärkt wird dieser Effekt noch dadurch, dass der Unterschied zwischen „Migranten“ und „Einheimischen“, der die oben beschriebenen Folgen haben kann, sehr radikal gesehen wird; dass sich so etwas wie „maximale Distinktheit“ in den Köpfen festsetzt, wo in Wirklichkeit vielleicht gar keine ist.

Wenn man nun daran geht, einen gesundheitlichen Problembereich, in unserem Fall in der Population der Migranten und Migrantinnen, aufzudecken und versucht eine Lösung zu erarbeiten, dann geht man häufig davon aus, dass man bemüht ist, Risikogruppen in der Bevölkerung ausfindig zu machen. In epidemiologischen Untersuchungen werden Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen in Hinblick auf ihre Gesundheit festgestellt und Prävalenzraten erhoben. Letztere versucht man dann nach Möglichkeit in Zusammenhang mit soziokulturellen Variablen zu sehen, um einen Punkt zu haben, an dem man bei der Lösung der vorliegenden Problemlage ansetzen kann. Solche Variablen können viele sein. Beispielfhaft dafür seien soziale Schicht, ökonomischer Status, Staatszugehörigkeit bzw. Herkunftsland oder Geschlecht.

Es sind tatsächlich auch bereits viele Verteilungsmuster gesundheitlicher Beschwerden nach ethnischen Kategorien (ethnic patterning of health) beschrieben worden. Allein die verschiedenen Richtungen, in die die beobachteten Prävalenzunterschiede zwischen Migranten und einheimischer Bevölkerung gehen, machen eine Interpretation schwierig. Hinzu kommt, dass viele Variablen durch andere, die nicht erhoben werden konnten, konfundiert sind, und Unterschiedserklärungen somit vielfach auf wackligen Beinen stehen. Solche konfundierenden Merkmale können die soziale Lage der Migranten genauso wie ihre Arbeitsbedingungen oder die Dauer ihres Aufenthalts im Gastland sein.

Grob lassen sich die verschiedenen Erklärungsansätze für ethnische Unterschiede im Gesundheitsstatus durch die nachfolgenden Faktoren beschreiben: Biologische und genetische Faktoren; materielle Lage; kulturelle Faktoren; soziale Diskriminierung; der Migrationsprozess und die selektiven Auswirkungen der gesundheitlichen Versorgung.

1.2 Das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky

Darunter kann man eine allgemeine Theorie verstehen, die sich in erster Linie darum bemüht, die Entstehung von Gesundheit zu beschreiben. Von wesentlicher Bedeutung in Antonovskys

Modell ist das Konstrukt „Gesundheit“. Es wird von ihm ganzheitlich verstanden. Das steht im Gegensatz zu der spezifischen Auffassung einzelner Krankheiten. Gesundheit wird in seinem Erklärungsansatz als ein multidimensionales Kontinuum verstanden. Es variiert auf einer körperlichen, psychischen und einer sozialen Ebene zwischen einem positiven Pol maximaler Gesundheit und einem negativen Pol von fehlender Gesundheit. Jene Einwirkungen, die es bewirken können, dass sich die Position auf dem Gesundheitskontinuum in Richtung Verbesserung bewegt, bezeichnet Antonovsky als salutogenetische Kräfte.

Die wichtigsten dieser Kräfte sind der erfolgreiche Umgang mit potentiellen Risiken und Belastungen. Diese können in Form von psychosozialen Stressoren oder als physikalische und biochemische Noxen (Viren, Umweltnoxen,..) negativen Einfluss auf die Gesundheit nehmen.

Darüber hinaus gibt es weitere salutogene Wirkfaktoren. Sie können laut Antonovsky's Theorie in Form von körperlichen, materiellen, psychischen, sozialen oder kulturellen Widerstandsressourcen (generalized resistance resources) wirksam werden.

Diese Ressourcen entstehen aus einem soziokulturellen Einfluss genauso wie aus Einflüssen der Sozialisation und der Biographie.

Ein weiteres zentrales Konstrukt in Antonovsky's Theorie ist das Gefühl der Kohärenz. (Sense of coherence). Es steht in der Theorie für eine globale und relativ stabile Lebenseinstellung, die durch drei Aspekte geprägt ist:

- Die Überzeugung, dass die Ereignisse im eigenen Leben prinzipiell verstehbar sind
- Die Überzeugung, dass Risiken und Belastungen des Lebens potentiell bewältigt werden können
- Die Überzeugung, dass Lebenserfahrungen als sinnvoll und bedeutungsvoll verstanden werden können.

Worauf es dabei ankommt, ist, dass Menschen, die ein hohes Maß an Kohärenzgefühl mitbringen, mit ihren Problemen besser umgehen können und dadurch länger gesund bleiben.

Was Antonovsky in seiner Theorie aber nicht berücksichtigt hat, was aber von enormer Bedeutung in Zusammenhang mit Bemühungen um Salutogenese ist, ist die subjektive und die soziale Konstruktion von Gesundheit.

Durch diese beiden Wirkfaktoren sind Menschen dazu in der Lage, ihre Gesundheit aktiv und bewusst zu beeinflussen.

Subjektive Einflüsse werden überall dort relevant, wo Menschen versuchen, ihre Gesundheit bewusst durch individuelle oder soziale Aktivitäten zu erhalten bzw. zu fördern. Grundlage dafür sind subjektive Gesundheits- und Krankheitskonzepte, die gleichermaßen das Gesundheitsbewusstsein einer Person beeinflussen können. Diese Laienkonzepte sind sowohl gesellschaftlich organisiert, als auch geprägt. Zum Beispiel könnten Zeitschriften oder andere Medien die Gesellschaft dafür sensibilisieren, dass das regelmäßige Betreiben von Ausdauersport Krankheiten vorbeugt und einen wesentlichen Beitrag zur Erhaltung der eigenen Gesundheit liefert. Von solchen Leitvorstellungen motiviert, die in unserer Gesellschaft allgegenwärtig sind, könnten einzelne Personen tatsächlich für sich das Betreiben von Sport als eine Stütze ihrer Gesundheit akzeptieren und in ihrem ganz subjektiven Bild von Prävention festschreiben. Jede einzelne Person trägt somit etwas zum Entstehen eines so genannten „Laiengesundheitssystems“ bei, das vor allem im Alltag wichtige Beiträge zur Aufrechterhaltung von Gesundheit und zur Bewältigung von Krankheiten leisten kann.

Tätig werden können Laien dabei in vielen Bereichen: So können sie zum Beispiel präventive Tätigkeiten (Sport, Entspannungstechniken, gesunde Ernährung) planen , organisieren und auch durchführen. Abgesehen davon sind auch Hilfestellungen in der Pflege von chronisch kranken oder behinderten Menschen nicht zu übersehen.

1.3 Gesundheit von Migranten

Nach all den theoretischen Überlegungen zur Salutogenese kann man daran gehen, die Frage nach den Bedingungen der Gesundheit bei Migranten zu beantworten.

Auf einer sehr allgemeinen Ebene kann die gesundheitliche Situation von Migranten mit drei Einflussfaktoren in Verbindung gebracht werden: Diese sind ihre ethnische Zugehörigkeit, der durchlaufene Migrationsprozess und letztlich ihre soziale Lage. Auf diese drei Faktoren soll in der Folge näher eingegangen:

1.3.1 Die ethnische Zugehörigkeit

Mit ethnischer Zugehörigkeit ist immer eine bestimmte soziale Identität verbunden, was bedeutet, dass sich die Mitglieder über die ethnische Gruppe definieren. Soziale Identität kann sich dabei über gemeinsame Merkmale der einzelnen Mitglieder ergeben, als auch über eine gemeinsame Sozialisation.

Darin haben die geteilte Sprache, die Geschichte oder aber auch die Religion ihren festen Platz.

Salutogenetisch betrachtet, lassen sich einige Einflussfaktoren auf die Gesundheit nennen, die direkt mit der ethnischen Zugehörigkeit zusammenhängen. Kulturell gewachsene Deutungssysteme können mitbestimmend sein, inwiefern mit Konflikten und kritischen Lebensereignissen umgegangen wird. Die Folgen davon können sowohl positive (kollektive Bewältigungsmuster) als auch negative (soziale Isolation) sein.

Auch das Konzept der „Lebensstile“ spielt hier stark herein. Sie haben oft starke kulturelle Wurzeln, die die Einstellung gegenüber Ernährung, Hygiene oder Genussmitteln mitbestimmen.

Der nächste wesentliche Bereich, dem die ethnische Zugehörigkeit ihren Stempel aufdrückt, ist jener des Gesundheitsversorgungssystems. Drei zentrale Bereiche sind dabei in jeder Gesellschaft zu berücksichtigen: der „popular sector“, der „folk sector“ und der „professional sector“.

- Unter „popular sector“ fallen alle Aktivitäten von Laien zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit, sowie zur Diagnose, Versorgung und Pflege von kranken Personen.
Dieser Sektor kann auch als „Laiengesundheitssystem“ bezeichnet werden und macht den absolut größten Teil eines Gesundheitssystems aus.
- Der „folk sector“ umfasst nicht-professionelle, zuweilen auch illegale Formen der Gesundheitsversorgung. Sie beruhen auf unterschiedlichen Traditionen und werden durch „Heiler“ ausgeführt, wobei dieser Sektor vor allem in nicht westlichen Kulturen seine Bedeutung hat.
- Der „professional sector“ schließlich findet sich vor allem in Industriegesellschaften. Er ist gekennzeichnet durch seine starke Institutionalisierung und die umfassenden gesellschaftlichen Ressourcen, die ihm zur Verfügung gestellt werden.

Alle drei Sektoren stehen in Interaktion miteinander, wobei vor allem bei Migranten ein Abweichen der Inanspruchnahme und der Bedeutung von der Mehrheitsbevölkerung festgestellt werden kann.

1.3.2 Der durchlaufene Migrationsprozess

Neben der ethnischen Zugehörigkeit, ist als zweiter Einflussfaktor auf die gesundheitliche Lage von Migranten der Migrationsprozess selbst zu sehen. Welche Bedingungen des Migrationsprozesses werden aber tatsächlich wirksam? Zu Beginn vor allem die Vorgeschichten, die ein jeder Migrant bereits in sein Gastland mitbringt. Belastende Erlebnisse wie Flucht, Vertreibung, Not oder das Zurücklassen müssen von Verwandten sind nur einige der einschneidenden Erfahrungen, die im psychischen, sozialen und vor allem gesundheitlichen Leben der Migranten deutliche Spuren hinterlassen.

Dazu kommen die vielfältigen neuartigen Anforderungen in der Gastkultur. Anpassungsleistungen werden verlangt, die schon allein aufgrund der fehlenden Ressourcen oft unmöglich zu erbringen sind. Ein Mangel an finanziellen Mitteln, an Kenntnissen über die neue Kultur oder an Sprachkenntnissen wirkt sich negativ auf den Einstand in der neuen Umgebung und Lebenssituation aus.

Erschwerend kommt hinzu, dass meist alle diese Belastungen gleichzeitig einwirken und der Minoritätenstatus dazu beiträgt, dass sich die Migranten mit offenen wie auch verdeckten Formen der Diskriminierung und Benachteiligung auseinandergesetzt sehen.

1.3.3 Die soziale Lage

Der letzte bedeutende Bereich ist mit der sozialen Lage der Migranten abgedeckt. Sie ist vor allem zu Beginn des Einlebens in die neue Umwelt meist sehr schlecht, was zu längerfristigen negativen Zuständen in der Lebenssituation führt. Damit finden sich viele dieser Menschen schnell in den untersten sozialen Schichten wieder, was mit einer allgemein erhöhten Prävalenz von Krankheiten verbunden ist. Ungünstige Variablenkonstellationen in Alter,

Geschlecht oder Bildung tragen ihr Übriges zu einer defizitären gesundheitlichen Lage der Migranten bei.

1.4 Migration als ein gesundheitsrelevantes Lebensereignis

Aus der Forschung ist bekannt, dass belastende Lebensereignisse eine große Bedeutung für die Entstehung psychischer und körperlicher Krankheiten haben können. Migration mit all ihren Anforderungen und Stressoren darf ganz sicher zu dieser Gruppe gezählt werden. Trotzdem muss auch festgestellt werden, dass solche Lebensereignisse unter bestimmten Umständen sogar einen positiven Entwicklungsprozess anstoßen können, weil die tatsächlichen Folgen von verschiedenen psychosozialen Bedingungsfaktoren abhängen.

Für das Beispiel Migration gilt, dass sie in der Regel mit einer massiven Veränderung der äußeren Lebensbedingungen, der Arbeits- und Wohnumwelt sowie der sozialen und kulturellen Bezüge verbunden ist.

Die Auswirkungen von Migration hängen dann in erster Linie von Faktoren wie dem Ausmaß an wahrgenommener Veränderung, der Kontrollierbarkeit der neuen Situation aber auch den persönlichen Gründen für die Migration ab.

Wenn man dann noch den eventuellen Wegfall von bisher selbstverständlichen Normen und Handlungskompetenzen berücksichtigt, wird klar, warum man bei Migration mit Recht von einem Lebensereigniskomplex spricht, der viele Dauerbelastungen gleichzeitig umfassen kann.

Als wesentlich für die erfolgreiche Bewältigung von Migration können personale Ressourcen und die subjektive Bedeutung von Migration verstanden werden. Es wird selbstverständlich erscheinen, dass es für eine Person einen gewaltigen Unterschied macht, ob sie ihr Heimatland verlässt, weil sie durch einen Krieg zur Flucht gezwungen wurde, oder ob sie freiwillig geht, weil sie sich in ihrer neuen Heimat bessere Chancen für die Zukunft ausrechnet.

Aber aus welchen Gründen auch immer die vertraute Umgebung verlassen wird – den Belastungen und Hindernissen im Gastland muss sich jeder auf seine eigene Art und Weise

stellen. In der Stresstheorie von Lazarus und Folkman werden die Auswirkungen dieser Belastungen als abhängig vom wahrgenommenen Verhältnis der Anforderungen zu den eigenen Ressourcen gesehen. Solche Ressourcen sind aus der empirischen Forschung gut bekannt. Zu ihnen zählen unter anderem Persönlichkeitsmerkmale wie Optimismus oder Selbstwertgefühl, aber auch materielle und soziale Ressourcen. Gerade die Letztgenannten sind unabdingbar.

Optimal wäre in jedem Fall der rasche Aufbau sozialer Netzwerke, wenn möglich nicht nur innerhalb der eigenen Kultur. Sprachliche und soziale Basiskompetenzen sind dafür unverzichtbares Rüstzeug.

Die Annäherung an die neue Kultur birgt natürlich Risikopotential. Es entsteht die konfliktrichtige Frage, inwieweit sich der Einzelne auf die neue Umgebung einlassen will, kann oder muss und in welcher Art und Weise die ursprünglich sozialisierten Normen und Werte bewahrt oder verworfen werden.

Eine „Neujustierung“ der eigenen Identität zwischen den beiden kulturellen Welten bleibt damit selten erspart, was sowohl Chancen als auch Risiken für die Persönlichkeitsentwicklung mit sich bringt.

Um aber wieder stärker zum Kontext der Gesundheit zurückzukehren, seien zwei mögliche Wege der Gefährdung skizziert:

Zum einen bedeutet Migration das Erleben eines umfassenden Kontrollverlustes. Dass sich daraus unter gewissen Umständen depressive Störungsbilder ergeben können, wird in der Forschung zur gelernten Hilflosigkeit beschrieben.

Daneben trifft es häufig zu, dass die Menschen, die von Migration betroffen sind, in ihrer neuen Umwelt bemüht darum sind, einen möglichst raschen sozialen Aufstieg zu vollführen. Das dieses Vorhaben, wenn überhaupt, nur mit Schwierigkeiten in die Tat umgesetzt werden kann, ist leicht einsichtig. Es müssen von den Betroffenen Bewältigungsmuster entwickelt werden, die den eigenen Zielvorstellungen dienlich sind und eine schnelle Verbesserung vor allem der materiellen Lage versprechen.

Kurz gesagt, entwickelt sich eine sehr rigide Form der Leistungsorientierung, die ihrerseits Gefahren in sich birgt. So bringt sie üblicherweise mit sich, dass man das Maß an Belastungen und Risiken, die mit den hohen Leistungsanforderungen, denen man gerecht werden will, leicht unterschätzt. Vor allem gesundheitlich können sich die Abstriche, die man zu machen bereit ist, unangenehm bemerkbar machen. Beschwerden des Herz- und

Kreislaufsystems oder des Bewegungsapparats sind nur Beispiele der vielfältigen Gebrechen, mit denen zu rechnen ist, wenn leistungsorientierter Raubbau an der eigenen Person betrieben wird.

1.5 Gesundheitshandeln von Migranten

Das Modell der Salutogenese besagt bekanntlich, dass Menschen sowohl bewusst, als auch unbewusst zu ihrer eigenen Gesundheit beitragen. Natürlich gilt das Selbe auch für alle Tätigkeiten, die kontraproduktiv für das Wohlbefinden des Einzelnen sind. Ganz persönliche Konzepte von Gesundheit und Krankheit wirken im Alltag eines Jeden von uns, weshalb dieser Bereich von ganz besonderem Interesse für die Forschung ist. Es stellt sich also die Frage, welche spezifischen gesundheitsbezogenen Vorstellungen und Orientierungen bei Migranten anzutreffen sind und welches Präventivverhalten sie vorrangig zeigen. Und tatsächlich beschäftigt man sich in der medizinethnologischen Forschung auch mit dieser Frage, wobei allerdings festgehalten werden muss, dass sich die Ergebnisse in erster Linie auf das Krankheitsverständnis von verschiedenen Kulturen beschränken. Dies erleichtert freilich die Versorgung von kranken Migranten und daneben auch die Interaktion zwischen Arzt und Patient, aber für die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung ist damit nicht sehr viel erreicht. Gerade diese beiden Tätigkeitsfelder sind es aber, denen vermehrt Beachtung geschenkt werden müsste, um dem Erreichen des Ziels näher zu kommen, von einem kurativen zu einem präventiven Handeln und Denken zu gelangen. Dies läge ohne Zweifel im Interesse von Ärzten und mehr noch in jenem der Patienten selbst, die dadurch im besten Fall gar nicht erst zu Patienten werden müssten.

Leider sind empirische Ergebnisse in diesem speziellen Bereich zu spärlich, um gezielt Empfehlungen geben zu können. Daher wird es die Aufgabe zukünftiger Forschung sein, einige Hypothesen zum Gesundheitshandeln von Migranten zu prüfen, von denen ich einige an dieser Stelle vorstellen möchte.

- a) Der subjektive Stellenwert und die praktische Bedeutung von Gesundheit im Leben von Migranten ist eher gering.

Das kann mit der weiter oben erwähnten Situation zu tun haben, dass gerade während der Anfangszeit im Gastland die Ressourcen der Migranten in anderen, subjektiv wichtigeren Bereichen gebraucht werden. Die Sicherung des eigenen Überlebens und des Überlebens der Familie steht im Vordergrund. Dazu gehört primär eine berufliche Existenzsicherung, was wiederum mit dem möglichst zügigen Erlernen der Muttersprache des Gastlandes verknüpft ist. Solche Aufgaben wiegen selbstverständlich gegenüber gesundheitlichen Erwägungen schwerer, was zwar nachvollziehbar, deswegen aber um nichts weniger belastend ist.

b) Traditionelle Gesundheitsvorstellungen von Migranten geraten in den Gastländern häufig in Konflikt mit den vorherrschenden „modernen“ Auffassungen

In westlichen Kulturen bestimmen Laien ihre Gesundheit überwiegend ganzheitlich und positiv. Auch eine Differenzierung in eine körperliche, soziale und psychische Ebene ist den Gesundheitskonzepten mitteleuropäischer Kulturen eigen. Gesundheit wird in der Allgemeinbevölkerung oft als psychisches und physisches Wohlbefinden erlebt, aber auch als Leistungsfähigkeit, die in unserer Gesellschaft einen bekanntlich hohen Stellenwert innehat. Parallel dazu versteht man unter „gesund sein“ aber auch, dass man keine Schmerzen hat und man durch keine Beschwerden anderer Art belastet wird.

Bei Migranten weichen die Gesundheitsvorstellungen mehr oder weniger stark von den Annahmen im Gastland ab, was zu einer Art Konkurrenzsituation zwischen den Gesundheitskonzepten führen kann. Welche Vorstellungen aus diesem Zwiespalt resultieren, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Ganz klar beeinflusst die Dominanz der ursprünglich sozialisierten Gesundheitsvorstellungen den Ausgang des Konflikts. Je stärker sie ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass sich an den mitgebrachten Mustern wenig ändern wird. Daneben spielen auch das Alter der Migranten und die Offenheit für die Kultur des Gastlandes eine wichtige Rolle. Wer von vornherein Neues ablehnt, wird es demnach schwer haben, die alternativen Sichtweisen in das eigene Gesundheitskonzept zu integrieren, was spätestens dann zu einem Problem werden kann, wenn man auf Hilfe aus einem System angewiesen ist, das auf den abgelehnten Mustern basiert.

Ein weiterer Faktor, der in diesem Zusammenhang relevant werden kann, ist der, welche Erfahrungen mit dem alten, aber auch mit dem neuen Gesundheitssystem bereits gemacht

wurden. Wer in seiner Heimat immer nur gute Erfahrungen mit den traditionellen Methoden gemacht hat, wird sich davor hüten, sich auf „Abenteuer“ einzulassen, noch dazu, wenn es um die eigene Gesundheit geht. Näher liegt es da schon, die fremden Behandlungsmethoden kategorisch in Frage zu stellen und gegebenenfalls abzulehnen.

Aber man darf nicht glauben, dass die Gesundheitsvorstellungen von Migranten gar nichts mit denen ihrer Gastländer gemeinsam hätten. Bei beiden Kulturen ist ein ganzheitlicher Gesundheitsbegriff vorherrschend, wenn auch bei Migranten die Aspekte Leistungsfähigkeit und das Fehlen von Schmerzen stärker betont sein dürften.

Aber auch das lässt sich wieder leichter verstehen, wenn man sich die Situation vor Augen führt, mit der diese Menschen umzugehen haben. Das Sichern der eigenen Existenz im Gastland ist eben notwendigerweise mit Leistungsfähigkeit verbunden. Wer einer geregelten Arbeit nachgehen will, kann dies nur dann tun, wenn sein Körper das zulässt. Daher steht das „Funktionieren“ für die Erwerbstätigkeit im Vordergrund, die ja eines der wesentlichen Ziele von Migranten sein muss.

c) Migranten schreiben ihren Gesundheitszustand eher fatalistischen, externen Ursachen zu

Laien scheinen recht komplexe Theorien über die eigene Gesundheit zu haben. Es spielen psychosoziale Einflüsse (Stress, Risikoverhalten) genauso eine Rolle wie zum Beispiel biologische (angeborene Beschwerden). Es werden nicht nur Risikovariablen für Krankheiten mit in die Überlegungen einbezogen, sondern genauso protektive Faktoren, die Gesundheit begünstigen. Man kann also ruhig von einer multifaktoriellen Ursachenvorstellung sprechen. Bei Migranten dürfte das nicht anders sein, allerdings mit dem Unterschied, dass bei ihnen die Vorstellung von Gesundheit als natürlichem Potential stärker vorzufinden sein dürfte. Außerdem verlieren psychosoziale Zuschreibungen zu Gunsten von fatalistischen Überzeugungen an Bedeutung. Biologische Anlage, Alter und Schicksal stehen als Erklärungsmodelle im Vordergrund. Risiken werden, wenn überhaupt beachtet, eher extern wahrgenommen, was mit einer reduzierten Eigenverantwortung einhergeht. Dieser Umstand mündet direkt in die Tendenz, sich bei Krankheiten stark auf die Kompetenz von Ärzten und die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verlassen und weniger persönlichen Handlungsbedarf in gesundheitlichen Angelegenheiten zu sehen.

- d) Das Gesundheitsverhalten von Migranten dürfte weniger präventiv orientiert sein und ein Handlungsbedarf erst beim Auftreten von Krankheiten gesehen werden

Diese These betrifft in hohem Ausmaß das, was man mit Lebensstil bezeichnet. Ernährung, Freizeitgestaltung und ganz allgemein die Lebenseinstellung sind Bereiche, die davon direkt betroffen sind, wobei sich daraus sowohl gesundheitsförderliche als auch belastende Folgen ergeben könnten. Ein geringeres Risikobewusstsein könnte dazu führen, dass genussorientierte Aktivitäten in zu starkem Ausmaß eine Rolle spielen. Dazu gehören zum Beispiel das Rauchen, Alkoholkonsum oder besonders riskantes Autofahren. Alle diese Handlungsmuster sprechen für das Vorherrschen einer Art von Unverwundbarkeitsglauben. Risiken werden unterschätzt und sollte doch etwas passieren werden Experten (vor allem Ärzte) schon das Richtige tun, um den Körper wieder funktionstüchtig zu bekommen.

Der Umstand, dass Migranten oft zu Unrecht zu einer Vorstellung gänzlicher Unkontrollierbarkeit in der eigenen gesundheitlichen Lage aufgrund fatalistischer Überzeugungen neigen, muss sich aber nicht unbedingt nachteilig äußern. So kann ein „sorgloser“ Umgang mit dem eigenen Wohl auch psychisch entlastend und damit gesundheitsförderlich sein.

1.6 Interdisziplinäre Forschung

Die oben genannten Hypothesen stehen nur stellvertretend für eine Vielzahl offener Fragen, denen die Forschung in Zukunft nachgehen wird müssen. Speziell das Umlegen der Ansätze auf die Bedürfnisse von Migranten, die in ihren Gastländern vielfältigsten Belastungen gegenüberstehen, wird unumgänglich sein, wenn man Wege finden will, wie auch präventiv erfolgreich vorgegangen werden kann. Man darf aber optimistisch sein, dass in der Zusammenarbeit von medizinischen, psychologischen und anderen sozialwissenschaftlichen Disziplinen, die in immer stärkerem Ausmaß realisiert wird, nützliche Erkenntnisse für die Patienten gewonnen werden.

Zu Grunde liegt aber die Entscheidung, an welchem Menschenbild man sich orientieren will, wenn man von Migranten und deren Gesundheitssystem spricht.

Die eine Möglichkeit wäre das Bild vom passiven Opfer mannigfaltiger Risiken (Diskriminierung, fehlende Anpassung an neue Normen, Kontaktscheu, mangelnde Compliance,...), was zu einem Fokus auf Fürsorge durch Experten führen könnte. Auf der anderen Seite wäre aber auch jene Sichtweise denkbar, die sehr wohl Platz für eigenverantwortliche Alltagsgestaltung lässt, mit der der mündige Bürger aktiv auf seinen gesundheitlichen Status Einfluss nehmen kann.

Wie auch immer man an die Problemlage auch herangehen will; eines wird in jedem Fall zu berücksichtigen sein, nämlich die kulturspezifischen Ressourcen und Kompetenzen. Wissen über Gesundheit und Krankheit zählen dazu genauso wie alltägliche Handlungsrouinen und die sozialen Systeme, in die die Menschen eingebettet sind.

Es gilt möglichst viele kulturelle Voraussetzungen zu berücksichtigen, kritisch zu prüfen und nach Möglichkeit zum Wohl der Patienten nutzbar zu machen.

2. Kultureller Kontext: Migration und Gesundheitsrisiken **bezogen auf türkische Familien**

Dieser Abschnitt wurde in Anlehnung an folgendes Buchkapitel zusammengefasst:

Fisek, G. O. (2001). Cultural Context. Migrations und Health Risks – A Multilevel Analysis. In P. Marschalck & K. H. Wiedl. (Hrsg.), *Migration und Krankheit*. (S. 113-121). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.

Durch jede Art der Veränderung entsteht ein gewisses Ausmaß an Stress, so natürlich auch durch Migration. Hier kann sich der Stress sowohl durch körperliche als auch durch psychische Beeinträchtigungen zeigen. Nun stellt sich die Frage, welche Aspekte im Zuge der Migration zu Stress führen. Migration ist ein Prozess, in dem man Geschichte und Umwelt hinter sich lassen muss, man zieht in eine neue Umgebung und wird gleichzeitig aus der alten, vertrauten Umgebung herausgerissen. Der Einschnitt ins Leben bzw. die Übergangszeit, in der man versuchen muss, das Altbewährte an das Neue anzugleichen und man sich mit dem Unbekannten vertraut machen muss, stellt ein potentielles Gesundheitsrisiko dar.

2.1 Einschnitt in das geschichtlich Eingebettet-Sein

Wie bereits erwähnt ist Migration ein Prozess, in dem es darum geht, die vergangene, bekannte Lebensgeschichte mit einer neuen und unbekannteren, die sich gerade zu entwickeln beginnt, zu verbinden.

Nach Sluzki besteht dieser Prozess aus 4 Stadien:

- a) Die Stufe der VORBEREITUNG beinhaltet die Bereitschaft, bzw. wenn die Veränderung nicht unbedingt erwünscht ist, die Verpflichtung zur Migration. Die Familie wird aufgespalten in einen Teil, der die Zukunft positiv sieht und sich darauf freut, und in einen Teil, der um die Vergangenheit trauert.
- b) Die Phase des UMZUGS wird von verschiedenen Familien unterschiedlich durchgeführt. Die Migranten unterscheiden sich darin, wie gut sie auf das, was sie erwartet, vorbereitet sind und darin, was sie tatsächlich vorfinden. Gut wäre natürlich, wenn sie Rahmenbedingungen vorfinden würden, die sie unterstützen und auffangen.
- c) In der Phase der ÜBERKOMPENSATION wendet sich die Migrantenfamilie tatkräftig ihrer neuen Umgebung zu, wobei der Versuch, sich in dieser zu etablieren, oft damit verbunden ist, dass die Dissonanz zwischen den Erwartungen der Familienmitglieder und der Umgebung ignoriert wird.
- d) Die vierte Stufe der DEKOMPENSATION UND KRISE ist diejenige, in der die Unvereinbarkeit bzw. Dissonanz in Bezug auf die Umwelt ans Licht tritt und zu intrafamiliären Konflikten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt.

Der Schritt der Veränderung ist eine schmerzvolle Aufgabe und beinhaltet die Neudefinition der individuellen und kollektiven Identität. Gewohnheiten und Regeln, die in der alten Heimat angemessen waren, müssen oft gänzlich überdacht und verändert werden. All diese Dinge aufzugeben wird für die Familien nicht ohne das Auftreten von Leid und Konflikten möglich sein.

Wichtig bei diesem Prozess ist für die Migrantenfamilie, wohl zuzulassen, um das zu trauern, was zurückgelassen wurde, dies aber natürlich auch konstruktiv in eine Mischung aus Altem und Neuem zu integrieren. Die Gesundheitsrisiken liegen darin, die Reaktionen, die in jeder

der vier Stufen auftreten, zu ignorieren oder zu leugnen. Alles, was im Moment vermieden wird, tritt später zutage, in Form von Dekompensation, als körperliche, psychische, interpersonelle und Verhaltenssymptome.

Viele türkische Migrantenfamilien ziehen es vor, ihren Aufenthalt in einem anderen Land nur als vorübergehend anzusehen, als eine Möglichkeit, um viel Geld zu verdienen, um in der Heimat ein komfortables Leben führen zu können. Bei manchen Familien wird aus diesen angestrebten kurzen Arbeitsperioden ein Daueraufenthalt. Viele Personen können dieser Realität dann nicht ins Auge sehen, versuchen sie zu verdrängen, was dann in Folge zu ernstesten gesundheitlichen Problemen führt. Diese Situation, das Ausdehnen des Gastaufenthalts auf unbestimmte Zeit, ist sowohl für das Aufnahmeland als auch für die Migranten, die als Gastarbeiter eigentlich nur für eine begrenzte Zeitspanne aufgenommen werden sollten, keine einfache.

2.2 Einschnitt in das Eingebettet-Sein in vertrautes Milieu

Dieser zweite Bereich bezieht sich auf das Herausgerissen-Werden aus der vertrauten Umwelt und das Neu-Eingebettet-Werden in eine neue Umwelt. Die Migranten werden täglich mit einer Vielzahl an für sie unstimmgigen Werten, Einstellungen und Erwartungen konfrontiert. Es kommt zur Konfrontation mit sich selbst, zwischen Familienmitgliedern und zwischen der Familie und der neuen Umwelt. Um diese spezifische Situation, in der sich die türkischen Familien befinden, darzustellen, ist es günstig, die typisch türkische Lebensweise mit der typisch deutschen bzw. westeuropäischen zu vergleichen.

Die Multilevel Contextual Systems Perspective bietet einen Rahmen, um Unterschiede in den beiden Kontexten zu erforschen und potentielle Risikofaktoren zu identifizieren. Die beiden Dimensionen „Struktur“ und „Beziehung“ sind nützlich, um Unterschiede in den verschiedenen Bereichen menschlicher Erfahrung zu beschreiben.

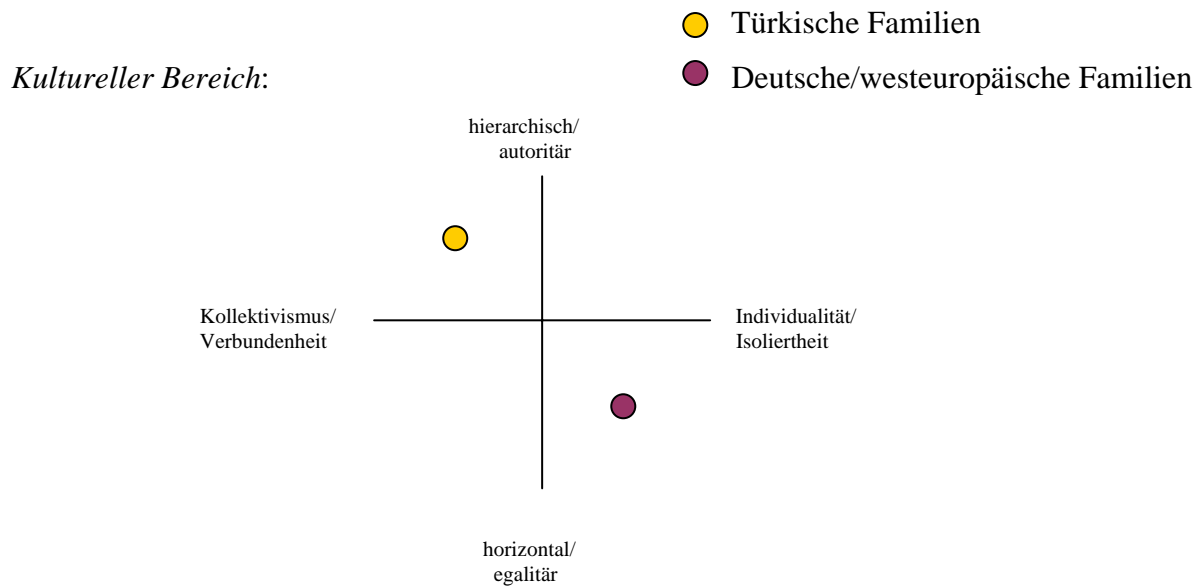
- Im **kulturellen Bereich** wird die soziale Struktur innerhalb der Pole „Hierarchie/Autorität“ und „Horizontalität/Egalität“ beschrieben, die Beziehungen innerhalb der Pole „Individualität/Isoliertheit“ und „Kollektivismus/Verbundenheit“.
- Im **familiären Bereich** bezieht man sich auf die hierarchische Dimension bezüglich Geschlecht und Generation, welche die Macht und Rollenverteilung zwischen

Individuen und Subsystemen ausdrückt. Im Gegensatz dazu drückt die „Nähe“ die gegenseitige Verbindung und die emotionale Reaktivität innerhalb der Familie aus.

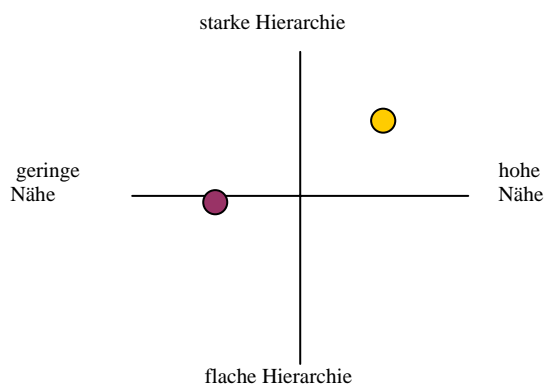
- Im **Bereich des Selbst** wird die Struktur des Selbst ebenfalls innerhalb zweier Pole gesehen, nämlich einerseits die Existenz und die Entfaltung des Selbst innerhalb der hierarchischen Beziehungen der Familie (family self) und andererseits unabhängig von der Familienstruktur, durch egalitäre Aspekte (individual self).

Bezüglich des Beziehungsstils kann man hier zwischen „Nähe durch Verbindungen“ und „Nähe durch Autonomie“ unterscheiden.

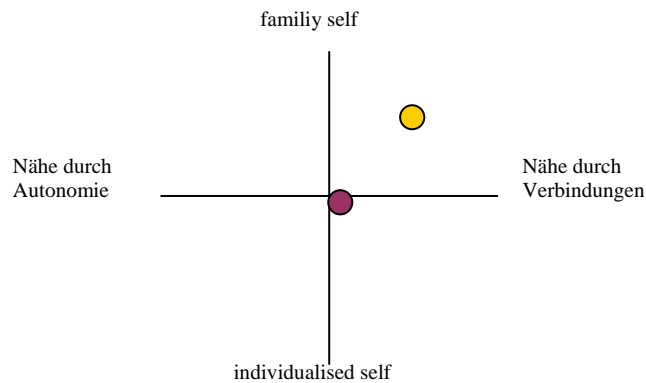
Position türkischer und deutscher bzw. westeuropäischer Familien innerhalb dieser Dimensionen:



Familiärer Bereich:



Bereich des Selbst:



Wichtig ist, dass die Unterscheidung zwischen traditioneller türkischer und deutscher Lebensart bezüglich dieser Dimensionen nicht zwingend bzw. unveränderbar ist, da die türkischen Familien durch soziale Veränderungen, Industrialisierung, Urbanisation und erhöhter Möglichkeiten fundierter Ausbildung eine Entwicklung durchlaufen können.

2.3 Interne und Externe Migration

2.3.1 Interne Migration

Von interner Migration spricht man im Zusammenhang mit Übersiedlung innerhalb des eigenen Landes, beispielsweise wie im Folgenden erläutert, vom Land in die Stadt. Sehr häufig folgen den Migranten ihre Verwandten und Nachbarn in das städtische Gebiet nach, wodurch es ihnen gelingt, ihr früheres Zuhause in gewisser Weise nachzubauen. Dies hat den Vorteil, dass die unterstützenden Verwandtschaftsnetzwerke weitergeführt werden können und die ländlichen Praktiken und Werte aufrechterhalten werden. Die Migranten schotten sich ab von den anderen Bewohnern, denen sie meist aufgrund der niedrigeren sozialen Schicht und der schlechteren Bildung unterlegen sind, und von denen sie sich dahingehend unterscheiden, dass sie eine enge Verbindung zu ihren ländlichen Wurzeln und ihrer Verwandtschaft pflegen. Dieses Phänomen nennt man auch „differenzierte Integration“.

2.3.2 Externe Migration

Unter externer Migration versteht man das Übersiedeln in ein fremdes Land. Die Anpassung bzw. Integration durch die Migrantenfamilien ist hier nicht so einfach, da die Umwelt in diesem Fall wirklich fremd ist und die soziale sowie physische Struktur sich stark von der vertrauten unterscheidet. Je weniger die Migrantenfamilie mit der Sprache und den sozialen Richtlinien vertraut ist und je geringer die Möglichkeit, die unterstützenden Systeme zu benutzen, desto größer ist das Risiko der Dekompensation.

2.4 Einschnitte und Gesundheitsrisiken

Jede Art der Veränderung kann in gewisser Weise zu gesundheitlichen Risiken führen. Eine Veränderung in der Lebensweise und der Umwelt kann zu intrapsychischen und interpersonellen Konflikten, zu Generationenkonflikten und sozialen Konflikten führen. Ob sich die Symptome der Dekompensation nun physisch oder psychisch ausdrücken, hängt vom kulturellen Einfluss und der individuellen Veranlagung ab. Allgemein scheint es, dass Migranten häufiger körperliche Erkrankungen zeigen als psychische. Die körperlichen Probleme sind sozial eher akzeptiert, und da die Krankheiten häufig einen Hilfeschrei darstellen, wird die Aufmerksamkeit eher durch körperliche Beeinträchtigungen auf die Bedürfnisse und Sorgen des Betroffenen gerichtet.

2.5 Verbindung von Anpassung und Leid

Familien sind anpassungsfähige Systeme, die sich in einer großen Zahl an Möglichkeiten unterscheiden, um Gesundheit, Wachstum und Kohärenz aufrechtzuerhalten, wenn sie mit der Veränderung der Umweltbedingungen konfrontiert werden.

2.5.1 Veränderungen erster Ordnung

Viele Familien sind darauf bedacht, Veränderungen zu vermeiden, indem sie einen konservativen homöostatischen Prozess initiieren, der alle Familienmitglieder auf dem einen richtigen, familieneigenen Weg festhält und dadurch eine Veränderung unterdrückt wird. Dies ist oft der Fall bei türkischen Familien, die in Stadtteilen wohnen, die hauptsächlich von Türken bevölkert sind.

Ein Risiko ist, dass auf die Bedürfnisse und Wünsche, vor allem der jüngeren Generation, aufgrund der rigiden Lebensweise nicht eingegangen wird, in weiterer Folge kommt es zu Unterdrückung von Familienmitgliedern. Ein besonderes Risiko besteht für das jugendliche Mädchen.

Eine andere Möglichkeit des Anpassungsprozesses in diesem Bereich kann sich entwickeln, wenn der Druck aufgrund der Notwendigkeit der Veränderung auf die Familie derart groß ist, dass deren Kräfte überstiegen werden. Es kommt dazu, dass sich alle Mitglieder gegenseitig bekämpfen, bis hin zur Eskalation des gesamten Konflikts. Dies hat wiederum die Konsequenz, dass sich alle voneinander entfernen, es kann zu Scheidung, Gewalt innerhalb der Familie und zu Delinquenz kommen. Am meisten gefährdet ist hier der jugendliche Sohn, der im Spannungsfeld zwischen Familie und Umwelt steht, da er derjenige ist, der am meisten Kontakt zu seiner Umwelt sucht.

Der Vater ist ebenfalls durch diese Thematik betroffen. Ein großes Problem ist, dass seine Autorität durch seine Kinder untergraben wird, denen es leichter fällt, sich im neuen Land anzupassen und die fremde Sprache zu erlernen. Einerseits ist das Verlieren der Vormachtstellung in der Familie schmerzhaft, andererseits können durch Beharren auf seinem Status durch Unterdrücken der anderen Familienmitglieder noch mehr Probleme auftreten.

Auch die Mutter ist durch den Anpassungsprozess betroffen. Sie ist diejenige, die am zurückgezogensten lebt und versucht, zwischen Vater und Kindern zu vermitteln. Durch diese Rolle wird sie mit den Sorgen aller belastet.

2.5.2 Veränderungen zweiter Ordnung

Bei dieser Möglichkeit des Anpassungsprozesses schaukeln sich Konflikte nur bis zu dem Punkt auf, an dem Familienmitglieder die Notwendigkeit sehen, neue Regeln zu verhandeln, um eine Anpassung zu ermöglichen.

Es stellt sich nun die Frage, welche Bedingungen es einer Familie erleichtern, den Anpassungsprozess erfolgreich zu vollziehen.

Eine Hypothese bezieht sich auf die Theorie, dass sich ein Familiensystem nicht als Ganzes auf einmal verändern kann, sondern dieser Vorgang langsam vor sich gehen muss, in dem Sinne, dass sich die einzelnen Subsysteme der Reihe nach anpassen.

Dies funktioniert allerdings nur in Familien, deren Mitglieder (Subsysteme) unabhängig voneinander agieren können. In Familien mit verstrickten Subsystemen kann es zu bedeutenden Konflikten kommen, wenn die Veränderung, die sich in einer Person vollzieht, alle anderen stark betrifft. In typischen westeuropäischen Familien ist die Unabhängigkeit von Teilsystemen durch die Tatsache des Vorherrschens mittlerer Hierarchie, niedriger bis mittlerer Nähe und daraus resultierender individueller Autonomie gegeben. In türkischen Familien können paradoxerweise gerade die vorherrschenden einengenden Grenzen dazu dienen, Autonomie der Subsysteme herzustellen. Die Schlüsselposition hat hier die Mutter, die als Puffer zwischen der Autorität des Vaters und den Wünschen der Kinder agiert. Dieses Phänomen lässt sich vor allem bei der internen Migration verwirklichen, da die Mutter hier sofort ihre unterstützenden Netzwerke aufbaut und versucht, alle positiven Dinge des Stadtlebens an ihre Familie heranzutragen. Bei der externen Migration hat die Mutter diese Möglichkeit oft nicht, da sie die fremde Sprache nicht spricht, weniger Bewegungsfreiheit hat etc. Das ist auch mit ein Grund, warum türkische Familien in fremden Ländern Probleme haben, eine Veränderung 2. Ordnung zu vollziehen.

3. Akkulturation und Gesundheit

Dieser Abschnitt wurde in Anlehnung an folgendes Buchkapitel zusammengefasst:
Schmitz, P.G. (2001). Akkulturation und Gesundheit. In P. Marschalck & K. H. Wiedl. (Hrsg.), *Migration und Krankheit*. (S. 123-144). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.

Migration ist ein relativ inhomogenes Ereignis, das nicht bei jedem Migranten gleich verläuft, da es eine Vielzahl von Prozessen, Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen umfasst.

3.1 Kultur - Akkulturation

Bevor wir uns mit dem Thema der „Akkulturation“ beschäftigen, muss zunächst einmal geklärt werden, was unter „Kultur“ zu verstehen ist:

Kultur kann definiert werden als ein umfassender komplexer Begriff für die von einer sozialen Gemeinschaft, Ethnie oder (Stammes-)Gesellschaft geteilten und diese bezeichnenden Gemeinsamkeiten, wie Ausdruck, Einstellungen, Fähigkeiten, Glauben, Normen, Sprache, Verhalten, Wertsysteme, Wissen, u.a.

Unter dem Begriff der „Akkulturation“ werden jene Phänomene subsummiert, die sich aus dem Kontakt zwischen zwei mehr oder weniger kulturell unterschiedlichen Gruppen ergeben. Der Akkulturationsprozess kann in sechs Phasen unterteilt werden, wobei die Dauer der einzelnen Phasen und deren exakter Ablauf individuell recht unterschiedlich sein können.

Man unterscheidet:

- den Prae-Kontakt, der vor der eigentlichen Einwanderung stattfindet
- den Erstkontakt mit dem Einwanderungsland
- die Kontaktphase
- die Phase des Konflikts
- die Phase der Krise
- die Phase der Adaption

Der Vorgang der Akkulturation darf nicht als ein linearer, passiver Prozess verstanden werden, sondern als eine aktive, teilweise sogar sehr kreative Auseinandersetzung des Migranten mit der für ihn neuen Kultur und deren Herausforderungen.

In der Literatur wird meistens zwischen zwei Ebenen unterschieden, auf denen die Akkulturationsprozesse ablaufen:

- 1) Einerseits gibt es das *Gruppenniveau*, das sich auf die Aufnahmegesellschaft und die ethnische Gruppe bezieht.
- 2) Demgegenüber steht die *individuelle Ebene*, die den einzelnen Migranten selbst betrifft. Das individuelle Niveau wird häufig mit dem Begriff der „*psychologischen Adaption*“ gleichgesetzt, der jenen Prozess beschreibt, durch den der Migrant seine psychologischen Merkmale, seine soziale Umwelt oder die Häufigkeit von sozialen Kontakten verändert, um sich so gut wie möglich an die Aufnahmegesellschaft anzupassen.

Der Begriff „Akkulturation“ bezieht sich aber nicht nur auf die ablaufenden Prozesse, sondern auch auf die daraus resultierenden Folgen. Dabei werden psychologische, soziale und kulturelle Aspekte berücksichtigt.

3.2 Folgen psychologischer Akkulturation – der Akkulturationsstress

Jeder Migrant erlebt bei seiner Einwanderung einen sog. „Akkulturationsstress“, dessen Folgen in Erscheinungsform und Intensität beträchtlich variieren und ausgeprägte individuelle Unterschiede aufweisen können. Der Wechsel in eine andere Kultur und die damit verbundenen Veränderungen, wie z.B. ein verändertes Wohnumfeld, das neue kulturelle Umfeld, die sprachlichen Anforderungen oder andere Ernährungsgewohnheiten etc., können psychisch belastend und krankheitsfördernd sein. Synonym für „Akkulturationsstress“ wird oft der Begriff „Kulturschock“ verwendet.

Der erfahrene Stress muss aber nicht unausweichlich zu sozialen und psychologischen Problemen führen! Bisher hat man sich in der Forschung v.a. mit den negativen Folgen des Akkulturationsstress beschäftigt und versucht, situative Charakteristika herauszuarbeiten, die

diesen besonderen Stress erzeugen bzw. verstärken. Individuelle Charakteristika des Migranten wurden dabei weitgehend außer Acht gelassen. Dabei könnten gerade diese individuellen Dispositionen erklären, warum unter ähnlichen situativen Bedingungen bestimmte Personen mit Störungen und Erkrankungen reagieren, während andere keine derartigen Symptome zeigen.

Der kanadischen Migrationsforscher und Kulturpsychologe Prof. John W. Berry hat ein Modell zur Akkulturation entwickelt, das u.a. auch den Einfluss von Persönlichkeitseigenschaften berücksichtigt.

3.3 Modell der Akkulturationsstile von Berry

John W. Berry hat versucht, die Akkulturation und die damit verbundenen Belastungen phasenübergreifend zu konzeptualisieren und hat dabei das Modell der Akkulturationsstile entwickelt.

Akkulturationsstile bzw. Akkulturationsstrategien sind wichtige Moderatorvariablen und beeinflussen die Beziehungen zwischen Akkulturationserfahrungen, Akkulturationsstressoren, Akkulturationsstress sowie den kurz- und langfristigen Resultaten der Akkulturation.

Die Akkulturationsstile werden anhand von zwei Dimensionen beschrieben:

- 1) Die erste Dimension bezieht sich auf das Interesse des Migranten, seine *eigene kulturelle Identität* und die eigenen Handlungsmuster zu erhalten.
- 2) Die zweite Dimension bezieht sich auf das Ausmaß in dem positive Beziehungen zur *Kultur der Aufnahmegesellschaft* als wertvoll betrachtet und auch gepflegt werden.

Durch Kombinationen dieser zwei Dimensionen ergeben sich vier Akkulturationsstrategien, die dem Versuch dienen, sich an die neue Umwelt anzupassen.

Akkulturationsstile nach den Beziehungen zum Gastland und zur eigenen ethnischen Gruppe nach Berry:

		BEZIEHUNGEN ZUR EIGENEN GRUPPE	
		+	-
BEZIEHUNG ZUM GASTLAND	+	Integration	Assimilation
	-	Segregation	Marginalisierung

- **Integration:** Bei der Integration versucht der Migrant seine eigene kulturelle Herkunft zu wahren. Gleichzeitig ist er bestrebt, sich ein neues soziales Netzwerk in der Aufnahmegesellschaft aufzubauen. Es wird also ein Kompromiss zwischen den Anforderungen der Aufnahmegesellschaft und der eigenen kulturellen Identität gesucht, was beim Migrant v.a. Offenheit, Flexibilität und Kreativität erfordert.
- **Assimilation:** Hier sucht der Migrant den Kontakt zur Aufnahmegesellschaft und ist - im Vergleich zur Integration - bereit, seine eigene kulturelle Identität aufzugeben oder ganz zu verneinen. Er muss sich also an die neuen Werte, Normen und Verhaltensmuster anpassen. Eine erfolgreiche Assimilation hängt dabei wesentlich von wechselseitiger Akzeptanz und einer nicht zu stark wahrgenommenen kulturellen Distanz zwischen Aufnahmegesellschaft und Migrant ab.
- **Segregation:** Segregation - auch Separation genannt - bedeutet, dass der Migrant an seiner kulturellen Herkunft festhält und nicht bestrebt ist, sich ein neues soziales Netzwerk in der Aufnahmegesellschaft aufzubauen. Es kommt häufig zu Konflikten zwischen den Bedürfnissen und Erwartungen der Gesellschaft und der eigenen ethnischen Gruppe, die den Akkulturationsstress erheblich verstärken und den Gesundheitszustand des Migrants schwächen können.
Segregation muss aber nicht unweigerlich negativ sein. Sie kann auch als eine vorübergehende Lösung von Akkulturationskonflikten dienen, wenn in der Gesellschaft Integration und Assimilation eher unerwünscht sind. Gleichzeitig muss aber eine sozial stabile ethnische Gruppe da sein, die den Migrant unterstützt.

- **Marginalisierung:** Bei der Marginalisierung gibt der Migrant seine kulturelle Identität auf und zeigt gleichzeitig kein Interesse an der Aufnahmegesellschaft. Marginalisierung geht oft mit sehr schwerwiegenden psychosozialen Störungen, psychopathologischen Auffälligkeiten und psychiatrischen Erkrankungen einher.

3.4 Akkulturationsstile und Akkulturationsstress

Wenn sich ein Migrant intensiv darum bemühen muss, seine Ziele zu erreichen, führt das unweigerlich zu Akkulturationsstress – und zwar unabhängig von der Akkulturationsstrategie. Dieser Stress vergrößert sich, wenn die Aufnahmegesellschaft und/oder die eigene kulturelle Gruppe den Bestrebungen entgegenzuwirken versucht.

Kurzfristig wirkt sich der Akkulturationsstress v.a. auf das psychophysische Wohlbefinden aus. Langfristig gesehen äußert er sich in Form von psychosomatischen Erkrankungen, wobei die Persönlichkeitsstruktur des Migranten eine wichtige Moderatorvariable darstellt.

Es scheint auch, einen Zusammenhang zwischen den verschiedenen Akkulturationsstilen und dem spezifischen Muster der Erkrankung oder Störung zu geben. So entwickeln z.B. Migranten mit Assimilations-Bestrebungen vermehrt Allergien und zeigen eine generelle Schwächung des Immunsystems. Migranten, die die Strategie der Segregation verfolgen, zeigen öfters cardio-vaskuläre Erkrankungen und sind leichter reizbar und psychisch labiler.

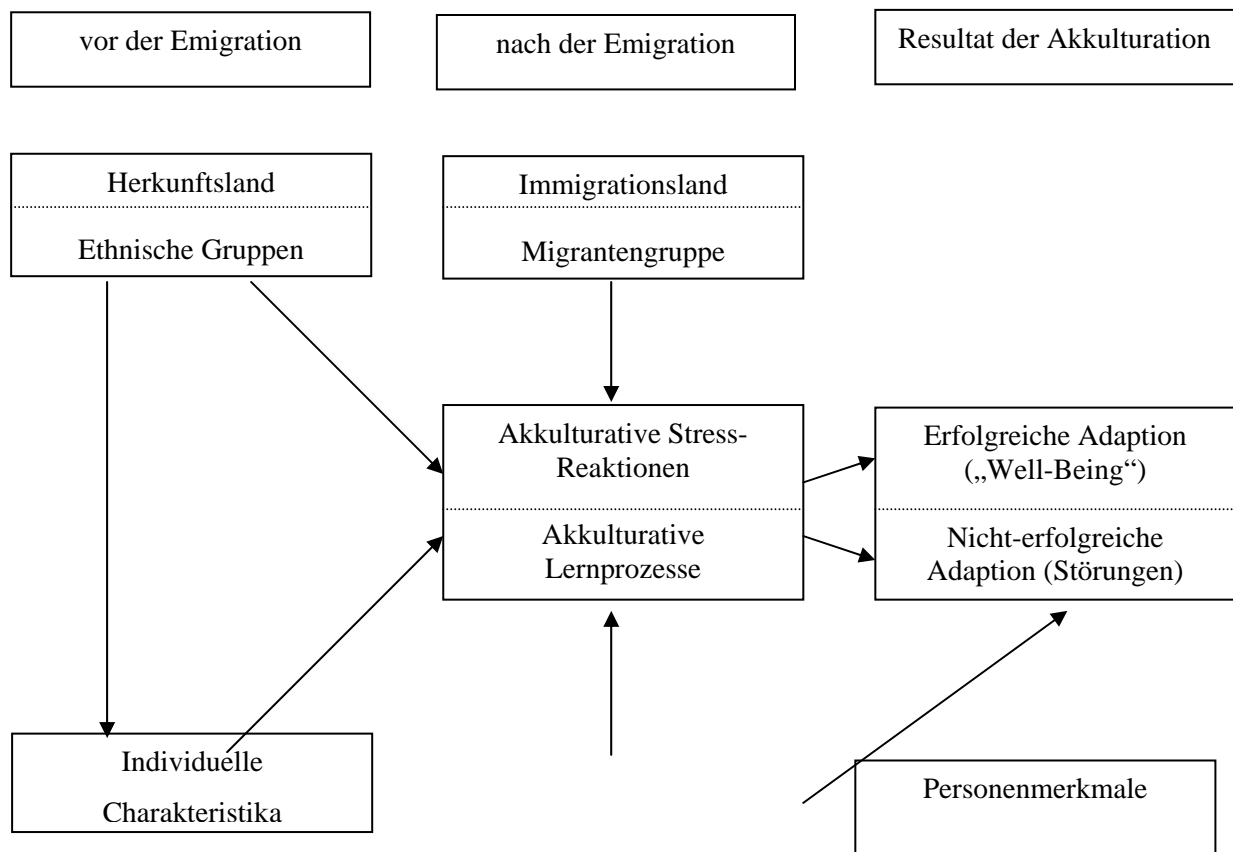
3.5 Akkulturationsvariablen

Es gibt eine Vielzahl von Variablen, die den Akkulturationsprozess und seine Folgen direkt oder indirekt beeinflussen. Berry beschreibt in seinem Modell der Akkulturationsstile zwei zentrale Komponenten, nämlich die akkulturativen Stressreaktionen und die Lernprozesse, die bei der Akkulturation stattfinden. Die zugrundeliegenden kognitiven Prozesse tragen wesentlich zum Erfolg der Akkulturation bei.

Die Stressreaktionen und die Lernprozesse werden von mehreren Moderatorvariablen beeinflusst, die Berry in einem **zweidimensionalen Systemmodell** veranschaulicht hat:

- 1) Die erste Dimension bezieht sich auf den *Zeit-Faktor*, wobei Variablen vor der Auswanderung und nach der Einwanderung berücksichtigt werden, sowie die langfristigen Auswirkungen des Akkulturationsprozesses. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass es kaum Längsschnittstudien zum Migrationsverlauf gibt und daher die Untersuchung der Variablen in der Zeit vor der Migration meist aus der Retrospektive erfolgt.
- 2) Die zweite Dimension unterscheidet *drei Analyseebenen*: die Gesellschaft, die Gruppe und das Individuum.

Einfluss von soziokulturellen Personenvariablen auf Akkulturationsprozesse und Akkulturationsfolgen nach Berry (vereinfachte Darstellung von Schmitz):



Die wichtigsten Moderatorvariablen sind in den folgenden beiden Abbildungen wiedergegeben:

a) Klassifikation intervenierender und moderierender Variablen bei akkulturativen Adaptionsprozessen (Gesellschafts-, Gruppen- und Individualebene) nach Berry:

Variablen auf Gesellschaftslevel (Auswanderungs- und Einwanderungsland)
<p>Ökologische Faktoren: geographische und demographische Charakteristiken</p> <p>Ökonomische Situation</p> <p>Soziale und politische Strukturen & Ideologien</p> <p>Systeme von >Beliefs< und Werten: Ideologien, Ideologie und Multikulturalität, Einstellungen zu ethnischen Gruppen, Wahrnehmung ethnischer Gruppen</p> <p>Epidemiologie</p> <p>Soziale Unterstützung, Gesundheitsversorgung</p>
Merkmale der sich akkulturierenden Gruppe (Einwanderungsland)
<p>Biologische und physische Charakteristiken</p> <p>Soziale und organisatorische Merkmale (Organisationsgrad)</p> <p>Kulturelle Merkmale</p> <p>Ethische und kulturelle Identität</p>
Merkmale auf der individuellen Ebene (personenbezogene Charakteristiken)
<p>Alter, Geschlecht</p> <p>Erziehung, Ausbildung</p> <p>Berufliche Situation, sozialer Status, Prestige</p> <p>Reise- und Migrationserfahrungen, Migrationsmotivation und Erwartungen</p> <p>Soziale Kontakte</p> <p>Life-Events, Gesundheitszustand, Kriegstraumata</p> <p>Persönlichkeitsstruktur</p>

b) Abb.: Klassifikation von Persönlichkeitsvariablen, die auf der individuellen Ebene
akkulturative Adaptionenprozesse beeinflussen

Akkulturationserfahrungen (vor der Einwanderung) Akkulturationseinstellungen und Akkulturationsstil Akkulturationsspezifische Coping-Strategien Wahrnehmung der eigenen ethnischen Gruppe Wahrnehmung der Gesellschaft des Einwanderungslandes Wahrnehmung der soziokulturellen Distanz Wahrgenommenes soziales Klima: Vorurteile und Diskrimination Wahrgenommene verfügbare Ressourcen (soziale Unterstützung, Problemlösungsstrategien, Gesundheit) Akkulturationsphase, zeitliche Länge des Aufenthalts, Zeitperspektive Bio-physische Charakteristiken
Struktur der Persönlichkeit
Genetisch-biologisch bedingte Merkmale des Temperaments Kompetenzen und Fähigkeiten Kognitive Stile und Strukturen Coping- und Abwehrmechanismen Erlernete Verhaltensmuster: generalisierte Erwartungen (Locus of Control, zwischenmenschliches Vertrauen) Subjektives Wertesystem Selbstregulatorische Systeme: Standards, Selbstkonzept, Handlungsmuster

Die genannten Variablen stehen in einem komplexen Zusammenhang und interagieren miteinander. Sie können sich im Laufe der Zeit verändern.

Es darf nicht vergessen werden, dass weniger die objektiven situativen Variablen, sondern die Art und Weise, wie diese vom Individuum kognitiv repräsentiert werden, einen Einfluss auf den Akkulturationsprozess und dessen Folgen ausüben. Das subjektive Erleben ist ausschlaggebend.

Im folgenden sollen einige Moderatorvariablen und ihre Auswirkungen auf den Akkulturationsprozess genauer beschrieben werden.

3.5.1 Persönlichkeitsmerkmale

Berrys Modell der Akkulturationsstile ist deshalb für die Forschung von so großer Bedeutung, weil auf der individuellen Ebene **Akkulturationsstile** klar und konsistent mit Persönlichkeitsmerkmalen verbunden sind (s. Abb. ??).

Zusammenhang zwischen Akkulturationsstilen und zentralen Persönlichkeitsmerkmalen

		BEZIEHUNGEN ZUR EIGENEN GRUPPE	
		+	-
BEZIEHUNG ZUM GASTLAND	+	INTEGRATION Neurotizismus – Ängstlichkeit – Aggressivität – Freundlichkeit + Aktivität (+) Offenheit +	ASSIMILATION Neurotizismus (+) Ängstlichkeit + Aggressivität – Freundlichkeit + Aktivität +
	–	SEGREGATION Neurotizismus – Ängstlichkeit + Aggressivität (+) Misstrauen + Aktivität - Offenheit –	MARGINALISIERUNG Neurotizismus (+) Aggressivität + Misstrauen + Freundlichkeit - Impulsivität + Psychopathisches Verhalten +

- Integration: Integration hängt mit den psychopathologischen Dimensionen negativ zusammen. Das bedeutet, dass Migranten, die diese Strategie verfolgen, keine Auffälligkeiten für psychopathologische Störungen aufweisen. Sie zeigen weniger Ängstlichkeit und haben keine Identitätsprobleme.
- Assimilation: Migranten, die nach Assimilation streben, sind in stärkerem Maße ängstlich, aber nicht ablehnend oder misstrauisch. Sie zeigen keine sozialen Verhaltensprobleme, wie z.B. kriminelles Verhalten oder Drogen- und Alkoholkonsum. Sie haben deshalb auch keine großen Probleme, neue Kontakte zu knüpfen.

Eine nicht gelungene Anpassung kann sich z.B. in Form von affektiver Labilität, Narzissmus und restriktiver emotionaler Ausdrucksfähigkeit äußern. Hystrionische, aber auch schizophrene Störungen treten häufiger auf.

- Segregation: Migranten, die die Segregationsstrategie verfolgen, sind im allgemeinen ängstlicher, haben Identitätsprobleme, sind zurückweisend und argwöhnisch. Aufgrund ihres geringen zwischenmenschlichen Vertrauens glauben sie, dass sie soziale, emotionale und finanzielle Unterstützung nur in ihrer eigenen Familie oder in der eigenen ethnischen Gruppe finden können.
- Marginalisierung: Migranten, die Marginalisierung zeigen, sind meistens sog. Stimulus-Sucher, weshalb bei ihnen der Alkohol- und Drogenmissbrauch besonders häufig zu beobachten ist. Sie zeigen generell ein eher nonkonformes Verhalten. In dieser Gruppe finden sich neben psychopathischem Verhalten auch Störungen aus dem schizophrenen Spektrum.

Bisher gibt es kaum Untersuchungen, die sich mit dem Einfluss von Persönlichkeitsfaktoren auf das Verhalten und die Gesundheit bzw. Krankheit von Migranten befassen. Es ist aber anzunehmen, dass Merkmale wie z.B. „sensation-seeking“ und Aktivität die Motivation zu emigrieren beeinflussen und Merkmale wie Neurotizismus, Ängstlichkeit, Aggressivität, Feindseligkeit und Soziabilität sich negativ oder positiv auf die psychologische Anpassung das Migranten auswirken, was natürlich auch Einfluss auf die Gesundheit hat.

Variablen wie **Selbstidentität**, **Selbstwahrnehmung**, **Selbstverwirklichung** und **Selbstkonzept** spielen in der Migrationsforschung zwar eine große Rolle, aber die Forschungsergebnisse sind oft sehr unklar und schwierig zu interpretieren, was z.T. auf die unscharfen Definitionen und die unzulänglichen Messmethoden zurückgeführt werden kann.

Internale und **externale Kontrollüberzeugungen** (locus of control), sowie **gegenseitiges Vertrauen** (interpersonal trust), sind weitere Variablen, die immer wieder im Zentrum des Forschungsinteresses stehen. Wird die Verhaltenskontrolle intern attribuiert, wird die Anpassung erfolgreicher verlaufen und das subjektive Wohlbefinden und die Gesundheit steigen. Bisherige Ergebnisse lassen vermuten, dass Internalität mit Integration und

Assimilation in Zusammenhang steht, Externalität hingegen eher mit Segregation und Marginalisierung.

In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass die Basis-Dimensionen der Persönlichkeit in engem Zusammenhang mit den **Coping-Stilen** und dem **Gesundheitsverhalten** stehen. Darüber hinaus wirken sie sich auf die Wahrnehmung von Stress und von eigenen Stressbewältigungs-Ressourcen, Akkulturationseinstellungen und -strategien sowie auf psychologische und soziokulturelle Adaption und auf Wohlbefinden und Gesundheit aus.

3.5.2 Ökonomische Situation, sozialer Status, Alter und Geschlecht

- **Ökonomische Situation:** Forschungsergebnisse zeigen, dass Migranten, die in ihrem Herkunftsland eine höhere Schulbildung, einen höherrangigen Beruf und einen höheren sozialen Status hatten, sich leichter an die neue Situation nach der Einwanderung anpassen können. Diese Migranten lassen auch eine bessere Gesundheit erkennen.
- **Sozio-ökonomische Lage:** Arbeitslosigkeit führt bei Männern zu einem schlechteren psychischen Wohlbefinden und manifestiert sich längerfristig in depressiven und somatischen Störungen. Optimismus, soziale Kompetenz und eine nicht allzu traditionalistische Orientierung können den negativen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit entgegenwirken.
- **Alter:** Jüngeren Migranten fällt die akkultorative Anpassung in der Regel wesentlich leichter als älteren. Der Grund könnte darin liegen, dass mit dem Alter der Grad an Introversion „closed-mindedness“ zunimmt und das Ausmaß an Aktivität abnimmt. Die „closed-mindedness“ erschwert es dem Migranten, sich flexibel auf die neue Situation einzustellen und neue Informationen in das eigene Überzeugungssystem zu integrieren. Die mit der Akkulturation einhergehende Verunsicherung, das Unbehagen und die Ängste verstärken die Anpassungsprobleme noch zusätzlich. Für ältere Migranten ist es schwieriger eine neue, zufriedenstellende Arbeit zu finden. Sie erkranken öfters und ihre körperliche Leistungsfähigkeit lässt nach.

Arbeitslosigkeit und die Unmöglichkeit, im bisherigen oder in einem etwa gleichrangigen Beruf arbeiten zu können, bedeutet oftmals einen Statusverlust und damit einhergehend eine Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, was sich negativ auf die Gesundheit auswirkt.

- **Geschlecht:** Frauen scheinen während der Akkulturation mehr Stress und Konflikte zu erleben. Diese Tendenz steht meistens mit dem sozialen Status, dem Bildungsgrad und der Kultur des Herkunftslandes in Zusammenhang.

3.5.3 Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung

- **Qualität und Intensität sozialer Kontakte:** Der Aufbau von sozialen Beziehungen zu einzelnen Mitgliedern und sozialen Gruppen der Aufnahmegesellschaft, wie auch zur eigenen ethnischen oder soziokulturellen Gruppe sind entscheidend für das soziale Lernen im Rahmen des Akkulturationsprozesses. Inwieweit ein Migrant solche sozialen Netzwerke aufbaut und pflegt, hängt neben situativen und kulturellen Einflüssen wesentlich von seinen Persönlichkeitseigenschaften ab. Durch die vermehrten sozialen Kontakte erhöhen sich die soziale Sensibilität und die sozialen Kompetenz, was sich wiederum positiv auf den weiteren Ausbau des sozialen Netzwerks auswirkt und das Ausmaß des Akkulturationsstresses vermindert.
- **Suche nach Unterstützung:** Besonders in der Zeit kurz nach der Einwanderung, in der der Migrant mit vielen Problemen und Konflikten kämpfen muss, ist eine entsprechende psychische, soziale und materielle Unterstützung sehr wichtig. Voraussetzung ist, dass der Migrant auch bereit ist, entsprechende Unterstützung bei anderen Personen und Gruppen zu suchen, sei es bei Organisationen, Institutionen und bei einzelnen Mitgliedern der Aufnahmegesellschaft oder bei der eigenen Familie und Verwandtschaft sowie bei Mitgliedern der eigenen soziokulturellen Gruppe. Wichtig ist natürlich auch, dass eine solche soziale Unterstützung auf privater wie auch auf institutioneller Ebene überhaupt zur Verfügung steht.

Die Existenz sozialer Netzwerke, wie Partnerschaft, Familie und Freundeskreis ist sehr wichtig für eine optimale akkultorative Anpassung und das eigene Wohlbefinden.

3.6 Resumée

Migration und die damit verbundenen Prozesse werden vom Migranten als Stress erlebt, der sein psychologisches Wohlbefinden erheblich beeinflusst.

Langfristige negative Auswirkungen von Akkulturationsstress sind dann die Folge, wenn der tatsächliche und der wahrgenommene Stress so stark ist, dass er die individuellen Ressourcen des Migranten übersteigt und wenn eine bestimmte Konstellation von Persönlichkeitsmerkmalen vorliegt, die als Disposition für bestimmte Störungen angesehen werden kann.

Im Hinblick auf die negativen Folgen von Akkulturationsstress lassen sich, was die Erscheinungsformen von Störungen betrifft, individuell unterschiedliche Erscheinungsbilder in Abhängigkeit von Persönlichkeitsvariablen und soziokulturellen Variablen unterscheiden.

4. Gesundheitliche Lage und Risikoverhalten bei Jugendlichen aus Migrantenfamilien

Dieser Abschnitt wurde in Anlehnung an folgendes Buchkapitel zusammengefasst:
Settertobulte, W. (2001). Gesundheitliche Lage und Risikoverhalten bei Jugendlichen aus Migrantenfamilien. In P. Marschalck & K. H. Wiedl. (Hrsg.), Migration und Krankheit. (S. 171-188). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.

Migration stellt eine besondere Belastungssituation dar, sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche.

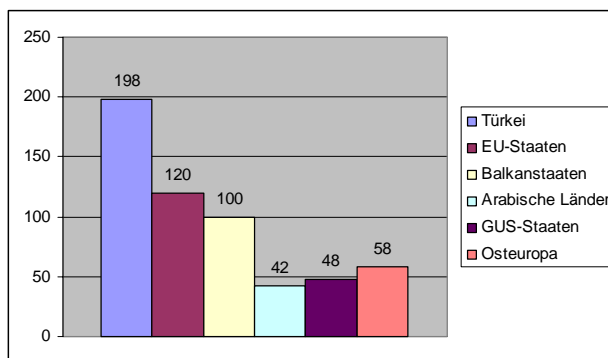
Die Folge dieser Belastungssituationen sind einerseits gesundheitliche Reaktionen, andererseits kompensatorische Verhaltensreaktionen, welche sich als riskante Verhaltensweisen darstellen, wie Alkohol und Zigarettenkonsum sowie Drogen und Arzneimittelmisbrauch.

Da bei Jugendlichen aus Migrantenfamilien nicht nur die höhere psychische Belastung einen Risikofaktor darstellt, sondern diese auch durch wesentlich ungünstigere Lebensbedingungen betroffen sind, findet man hier natürlich ein erhöhtes Ausmaß an solch riskanten Verhaltensweisen vor.

In einer vergleichenden **Studie zwischen deutschen und ausländischen Jugendlichen** soll dargestellt werden, inwiefern sich diese Faktoren, nämlich die psychische Belastung und die ungünstigen Lebensbedingungen auf die Migrantenkinder auswirken.

Diese Studie bezieht sich auf eine repräsentative Befragung von 6.801 Schülerinnen und Schülern im Alter von 11 bis 18 Jahren aus Nordrhein-Westfalen von 1998.

Davon sind 91% deutscher Herkunft, 9% ausländischer Herkunft. Der Teil der ausländischen Schüler/innen teilt sich folgendermaßen auf:



Es geht in erster Linie darum, welche spezifischen Unterschiede im Gesundheitszustand und im Gesundheitsverhalten zwischen Jugendlichen bestehen, die unterschiedlicher kultureller und sozialer Herkunft sind und mit unterschiedlichen Lebensverhältnissen konfrontiert sind.

Hier ist anzuführen, dass der explizite Migrationsgrund nicht erhoben wurde, was ein schwer einzuschätzender Unsicherheitsfaktor ist, da beispielsweise Arbeitsmigranten anderen Belastungsaspekten ausgesetzt sind als Bürgerkriegsflüchtlinge.

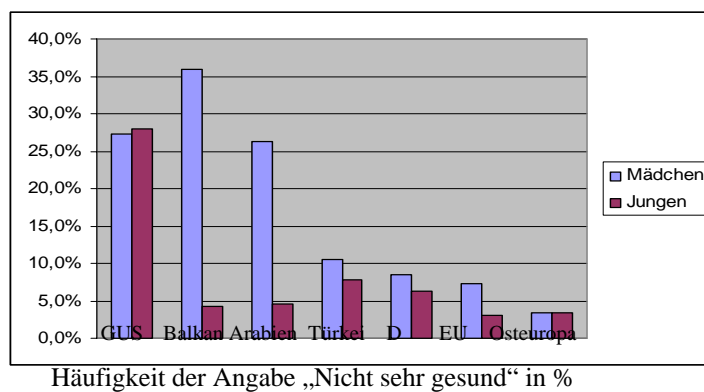
Die im Fragebogen der Studie behandelten Themen umfassen folgende Bereiche:

- Ernährung
- Zahnhygiene
- Konsum psychoaktiver Substanzen
- Sportliche Betätigung
- Freizeit
- Schule
- derzeitige körperl. und seel. Verfassung

4.1 Gesundheitliche Situation

Im Zuge der Studie wurden eine Reihe von Variablen erhoben, die es ermöglichen, die gesundheitliche Belastung der Jugendlichen aus eigener Sicht zu beschreiben.

4.1.1 Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit (allgemein)



- Unterschiede zwischen den Staaten: Aus der Beantwortung dieser Frage geht hervor, dass sich Jugendliche aus den GUS-Staaten am wenigsten gesund fühlen, was für Mädchen und Jungen gleichermaßen gilt. Die Befragten aus Osteuropa wiederum geben im Großen und Ganzen an, gesund zu sein, lediglich 3,4% der Mädchen und ebenso viele Jungen geben an, nicht sehr gesund zu sein.
- Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen: In den GUS-Staaten und in Osteuropa ist kein bedeutender Geschlechtsunterschied vorhanden. Bei allen anderen Jugendlichen zeigt sich, dass Mädchen signifikant häufiger ihren Gesundheitszustand als schlecht einstufen, allen voran die Mädchen aus den Balkanstaaten und den Arabischen Ländern

Zurückzuführen ist diese Tatsache aufgrund psychologischer Erklärungsansätze auf die erhöhte „Klagsamkeit“ bei Mädchen und Frauen. Außerdem schließt die geschlechtsspezifische Gesundheitsdefinition bei Mädchen und Frauen neben dem körperlichen Befinden auch die psychische Befindlichkeit ein, was bei Männern und

Jungen nicht der Fall ist. Ein weiterer Erklärungsversuch ist die Tatsache, dass weibliches Bewältigungsverhalten als „nach innen“ gerichtet bezeichnet wird, was eine stärkere psychosomatische Anfälligkeit zur Folge hat.

In aller Kürze könnte man nun sagen, dass Jungen aus den GUS-Staaten eine weibliche Gesundheitswahrnehmung besitzen, während Mädchen aus Osteuropa durch ein eher männliches Gesundheitsempfinden ausgezeichnet sind.

4.1.2 Angabe konkreter körperlicher Beschwerden

Im Fragebogen wurde den Jugendlichen eine Liste von häufigen körperlichen Symptomen vorgegeben, welche sie in Bezug auf die Häufigkeit des Auftretens dieser Symptome bewerten mussten.

Im Allgemeinen kann man sagen, dass Jugendliche aus Migrantenfamilien zum Teil erheblich häufiger unter körperlichen Beschwerden leiden als deutsche Jugendliche.

Im Hinblick auf die beiden aussagekräftigen Items bezüglich „Magenschmerzen“ und „Kopfschmerzen“ ergeben sich folgende Ergebnisse:

- Jungen: Magenschmerzen kommen bei Jungen aus der Türkei und den arabischen Ländern doppelt so häufig, bei Jungen aus der GUS auch signifikant häufiger vor. Dahingegen kommen diese bei Jungen aus den Balkanländern eher selten vor. Bezüglich der Kopfschmerzen gibt es eher geringe Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Jungen.
- Mädchen: Mit Ausnahme der Mädchen aus dem arabischen Raum und der EU fallen bei allen Gruppen, im Vergleich zu den deutschen Mädchen, deutlich häufigere Probleme mit Magenschmerzen auf. Bezüglich der Kopfschmerzen kann man sagen, dass osteuropäische Mädchen signifikant seltener betroffen sind, Mädchen aus Deutschland und den EU-Ländern etwa im Mittelfeld liegen. Bei allen anderen Gruppen findet man teilweise drastisch gesteigerte Werte.

4.1.3 Einfluss der sozialen Lage

Es ist nicht eindeutig bestätigt, dass Jugendliche aus Migrantenfamilien generell einer stärkeren gesundheitlichen Belastung ausgesetzt sind. Man kann allerdings sagen, dass Jugendliche aus solchen Kulturkreisen, die zu einer stärkeren Somatisierung von Alltagsbelastungen neigen, im Hinblick auf psychosomatische Symptome stärker betroffen sind.

Einen besonderen Einfluss auf die Gesundheit hat die soziale Lage, das heißt, dass Ergebnisse über eine starke gesundheitliche Belastung von Migranten immer auch von der sozialen Situation beeinflusst sind, in denen diese in ihrer neuen Heimat leben.

Um dieser Tatsache Rechnung zu tragen, wurde zur Analyse der sog. „Sozialschichtindex“ gebildet, welcher sich aus dem Berufsstatus der Eltern und Variablen, die die Lebensverhältnisse beschreiben, zusammensetzt.

Bei der Berechnung des Sozialschichtindex für die Stichprobe der deutschen und ausländischen Jugendlichen zeigt sich, dass die Migranten sozial erheblich schlechter gestellt sind. In der Gruppe der sozial Privilegierten findet sich ein verschwindend geringer Prozentsatz an ausländischen Jugendlichen (1,3%), wohingegen immerhin 11% der deutschen Jugendlichen dieser Schicht angehören. Lediglich in der Mittelposition befinden sich etwa gleich viele deutsche wie ausländische Jugendliche. Bezüglich der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes ist zu beobachten, dass diese in den sozial benachteiligten Schichten wesentlich schlechter ausfällt, wohingegen die sozial privilegierten Schichten kaum über gesundheitliche Probleme klagen. Diese lineare Beziehung findet sich sowohl für deutsche als auch für ausländische Jugendliche.

Bezüglich der Verteilung der unterschiedlichen Migrantengruppen auf der Skala von „sozial benachteiligt“ bis „sozial privilegiert“ zeigt sich, dass einerseits Familien aus der GUS, den Balkanstaaten, den arabischen Ländern und der Türkei zu großen Teilen in sozial benachteiligten Bereichen, andererseits Arbeitsmigranten aus den EU-Staaten und Osteuropa in einer Mittelposition zu finden sind.

4.2 Lebenssituation

Die gesundheitliche Lage der Jugendlichen wird, abgesehen von der sozialen Lage, durch eine Reihe anderer Faktoren beeinflusst:

4.2.1 Schule

Im Fragebogen wurde aufgrund von drei Items, bezüglich der Belastung durch schulische Anforderungen, Erwartungsdruck der Eltern und der Einschätzung der eigenen Schulleistung, herausgefunden, dass Jugendliche aus Migrantenfamilien zwar ihre Schulleistungen generell nicht signifikant schlechter einschätzen, sich aber insgesamt signifikant häufiger einem hohen Erwartungsdruck durch ihre Eltern ausgesetzt fühlen und sich häufiger durch die Schule belastet fühlen. Diese höhere Belastung kann durch Sprachprobleme oder Überforderung ausgelöst werden. Die Überforderung wiederum entsteht oft dadurch, dass die Jugendlichen zu wenig von ihren Eltern in schulischen Belangen unterstützt und gefördert werden.

4.2.2 Familie

In vielen der Migrantenfamilien herrscht ein anderer Erziehungsstil als in Deutschland, meist ist dieser autoritär bzw. restriktiv, was wiederum häufig auf Kommunikationsprobleme innerhalb der Familien hinweist. Indiz für ungünstige Kommunikation ist, wenn die Jugendlichen angeben, dass es ihnen schwer fällt mit Vater bzw. Mutter über persönliche Dinge zu sprechen.

Auffallend bei der Auswertung, nicht aber unbedingt überraschend, ist, dass die Jugendlichen eher Probleme in der Kommunikation mit dem Vater als mit der Mutter haben. Dies lässt sich eigentlich in allen Nationalitäten feststellen, vor allem allerdings in der Türkei, wo offensichtlich eine deutliche kulturell bedingte Rollentrennung zwischen einem restriktiven Familienoberhaupt und einer fürsorglichen Mutter besteht.

4.2.3 Freunde

Für die Ausprägung einer erwachsenen Persönlichkeit ist der Einfluss der Gleichaltrigen von großer Bedeutung.

Interessant sind in diesem Bereich die Angaben der Jugendlichen bezüglich Häufigkeit des Treffens mit Freunden und der „Geschicklichkeit“ beim Finden neuer Freunde. Auf die Häufigkeit des Treffens bezogen gibt es so gut wie keine Unterschiede zwischen den Gruppen, mit zwei Ausnahmen, nämlich der GUS und den arabischen Staaten, welche signifikant höhere Quoten aufweisen. Dies lässt auf eine graduell größere Beeinflussung durch die Peergroup in diesen Ländern schließen.

Was das Finden von neuen Freunden betrifft, gibt es ebenfalls keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen, wiederum mit einer Ausnahme, nämlich den Jugendlichen der GUS, welche zu 50% angeben, Schwierigkeiten in diesem Bereich zu haben. Da weiter oben gezeigt wurde, dass sie sich sehr häufig mit Freunden treffen, kann man annehmen, dass diese Jugendlichen in festen, nach außen abgeschotteten Gruppen zusammen sind.

4.3 Gesundheitlich riskantes Verhalten

In diesem Bereich wurde untersucht, ob und wie häufig die Jugendlichen Alkohol trinken, wie oft sie schon betrunken waren und wie häufig und wie viel sie rauchen.

Diese Dinge wurden bei 11 bis 15jährigen untersucht, da in dieser Zeitspanne die Symbole des Erwachsenseins Bedeutung erhalten und die Jugendlichen diese durch vorerst sporadisches Ausprobieren, später durch gewohnheitsmäßigen Konsum, zu übernehmen versuchen.

4.3.1 Alkoholkonsum

Es zeigt sich, dass regelmäßiger Alkoholkonsum überwiegend männliches Verhalten darstellt. Der Geschlechtsunterschied betrifft vor allem die Türkei und Osteuropa, noch deutlicher die GUS (hier geben 0% der Mädchen regelmäßigen Konsum an, 17,4% der Buben).

Kein Geschlechtsunterschied zeigte sich in den Balkanländern. In den arabischen Ländern konsumieren Jugendliche generell nur selten Alkohol. Die Jugendlichen aus den EU-Staaten stellen die häufigsten Alkoholkonsumenten dar.

Bezüglich der Häufigkeit von Trunkenheit besteht ein Geschlechtsunterschied in die gleiche Richtung, mit Ausnahme der Balkanländer, wo die Mädchen die Jungen deutlich übertreffen, und Deutschland, wo die Werte der Mädchen die der Jungen zwar nicht übertreffen, trotzdem aber sehr hoch sind.

Ein Grund dafür, dass Mädchen normalerweise weniger trinken als Jungen, liegt möglicherweise darin, dass das Alkoholtrinken für Mädchen aus den nicht-westlichen Ländern nicht sozial erwünscht oder sogar verboten ist. Im Aufnahmeland wird das Verhalten beibehalten.

Allgemein ist zu sagen, dass der Unterschied zwischen Jugendlichen, die regelmäßig wenig trinken und denen, die selten sehr viel trinken, auf das kulturell geprägte Verhältnis zum Alkohol bestimmt ist. Bezogen auf die Suchtgefährdung ist natürlich der regelmäßige Konsum als riskanter zu beurteilen, da er zu Gewöhnung und in weiterer Folge zu Dosissteigerung führt.

4.3.2 Zigarettenrauchen

Allgemein kann man sagen, dass etwa ein Viertel der Jugendlichen jeweils als Raucher zu bezeichnen ist. In Osteuropa, in den arabischen Ländern, in Deutschland und in der Türkei gibt es keine wesentliche Abweichung von den 25%, weder bei Buben noch bei Mädchen. In den EU-Staaten hingegen gibt es signifikant mehr Raucher, vor allem bei den Jungen. In den Balkanländern gibt es eine weit höhere Anzahl an Raucherinnen, die Jungen rauchen wesentlich weniger als der Durchschnitt. In der GUS ist das Verhältnis genau umgekehrt.

4.3.3 Prädiktoren gesundheitlich riskanten Verhaltens

Das Risikoverhalten der Jugendlichen hängt vom jeweiligen sozialen und kulturellen Hintergrund ab, von den Herausforderungen, die in der Entwicklung auftreten und von der Notwendigkeit zur Kompensation von Belastungen.

Man muss unterscheiden zwischen dem Experimentieren mit Alkohol, Zigaretten und anderen Stoffen, was zu den Entwicklungsaufgaben zählt, und dem missbräuchlichen Konsum, welcher als Belastungskompensation und Kommunikationsform beobachtet wird.

Es gibt eine Reihe von Prädiktoren, welche unterschiedlichen statistischen Einfluss vor allem auf das Rauchen bei Jugendlichen haben:

Häufiges Zusammensein im Freundeskreis hat den stärksten Einfluss auf das Rauchen, unterdurchschnittliche Schulleistungen sind ebenfalls von großer Bedeutung. Weiters sind in Haupt- und Gesamtschulen mehr rauchende Schüler/innen zu finden als in Gymnasien und Realschulen. Ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf das Rauchen hat die subjektive Lebensqualität, was bedeutet, dass Jugendliche, die sich unglücklich fühlen, ein deutlich erhöhtes Risiko aufweisen. Ein schlechtes Verhältnis zu den Eltern erhöht auch das Risiko.

Belastung durch die Schule, Erwartungen der Lehrer an die Leistungen, soziale Lage, Erwartungen der Eltern, Einschätzung der eigenen Attraktivität und Migration spielen keine eindeutige Rolle.

4.4 Resumée

Zusammenfassend kann man sagen, dass Jugendliche aus Migrantenfamilien, bedingt durch den Akkulturationsstress, mehr gesundheitliche Probleme aufweisen als Jugendliche aus Deutschland, wobei nicht alle Migrantengruppen gleichermaßen betroffen sind. Es zeigt sich, dass vor allem die Gesundheit von Mädchen, die aus Ländern mit starken kulturell geprägten Rollenstereotypen stammen, ungünstig betroffen ist, und Jugendliche aus der GUS unter besonderen Anpassungsproblemen leiden.

Allerdings ist wichtig, dass nicht allein die Herkunftskultur verantwortlich für die Unterschiede im gesundheitlichen Befinden ist, sondern in erster Linie die Lebensbedingungen, die die Migranten im Gastland vorfinden. (Die Bedingungen des Aufwachsens erweisen sich für Migrantenfamilien als ungünstiger als für deutsche Familien.) Für die Risikoverhaltensweisen Alkohol- und Zigarettenkonsum ist der Umstand der Migration nicht von so großer Bedeutung, hier sind eher das Elternhaus und die Schule als Faktoren zu nennen, die gesundheitsschädigendes Verhalten provozieren.

5. Multikulturelle Beratung und Behandlung

Dieser Abschnitt wurde in Anlehnung an folgendes Buchkapitel zusammengefasst:
Eberding, A. & v. Schlippe, A. (2001). Konzepte der multikulturellen Beratung und Behandlung von Migranten. In P. Marschalck & K. H. Wiedl. (Hrsg.), *Migration und Krankheit*. (S. 261-282). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.

Spezielle Konzepte für Beratung und Behandlung von Migranten sind zum einen angesichts vieler Missverständnisse wegen der Unterschiede zwischen Kulturen und zum anderen wegen Schwierigkeiten in der Verständigung notwendig.

Entsprechend dem biopsychosozialen Krankheitsmodell kann Krankheit und Gesundheit als Schnittstelle von biologischen, psychologischen und sozialen Prozessen verstanden werden.

Das impliziert, dass es nie nur eine Krankheitsgeschichte gibt: Jeder Mensch hat der Idee nach ein körperliches, psychisches und soziales Kapitel in seiner Krankheitsgeschichte und außerdem können seine Familie und seine Freunde die Geschichte der Krankheit des Betroffenen aus den ihnen eigenen verschiedenen Blickwinkeln erzählen. Manchmal sind die Belastungen für Angehörige erheblich größer als für die Betroffenen selber. Das wäre beispielsweise bei einem Kind mit einem Herzfehler denkbar: Die Eltern wissen über die kürzere Lebenserwartung des Kindes und tragen wahrscheinlich schwer an diesem Wissen. Das Kind selber jedoch kann die Folgen und die Bedeutung der Krankheit noch nicht umfassend abschätzen.

Über die Krankheit wird gesprochen mit Eltern, Geschwistern, Freunden, Ärzten, anderen Fachleuten. Durch diese Kommunikation wird der Verlauf der Erkrankung wesentlich beeinflusst. Dem Umfeld der kranken Person kann dabei die Rolle eines unterstützenden „sozialen Immunsystems“ zukommen, es kann aber aus dem sozialen System auch zusätzliche Belastung resultieren. Körperliche Krankheit ist also ein soziales und damit auch ein kulturelles Phänomen. Krankheit und Behandlungsmaßnahmen haben je nach Kultur des Patienten teilweise stark differierende Bedeutungen. Wichtig für uns angehende Psychologen ist es, psychologische und medizinische Konzepte relativ zur Kultur der Menschen einzuschätzen. (Das Konzept der „Sicheren Bindung“ mag in Österreich angemessen sein, für ein Kind in einem Kibbuz könnte aber vielleicht diese Art der Bindung dysfunktional sein.)

Dabei ist zu beachten: Es können unterschiedliche Sichtweisen vorliegen – es muss aber nicht so sein! Manchmal sind die Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit der Migranten denen der Österreicher sehr ähnlich.

5.1 Spezifische Belastungen und Bewältigungsformen in Migrantenfamilien

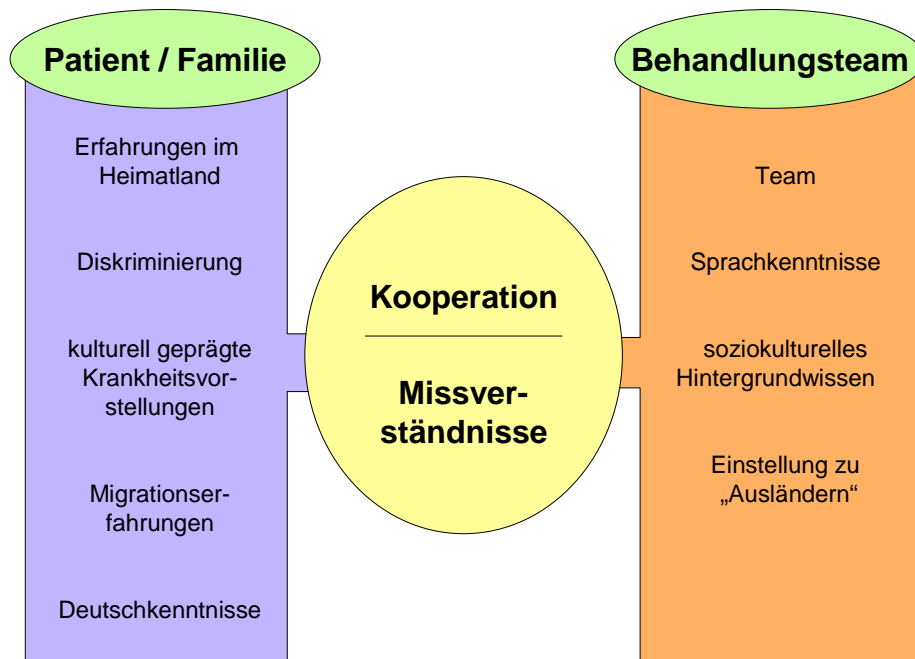
Migranten sind immer wieder spezifischen Belastungen aufgrund von Kulturdifferenzen ausgesetzt. Dazu kommen Verständigungsprobleme wegen der fremden Sprache. Frauen haben oft ziemlich schlechte Kenntnisse in der Sprache des Einwanderungslandes. Weiters sind hier der Status als Minorität anzuführen und Armut. Migranten sind stärker armutsgefährdet als die übrige Bevölkerung und sie haben auch geringere Chancen ihrer Armut zu entkommen.

Im Gegenzug dazu verfügen Migranten jedoch auch über traditionelle Ressourcen wie starke religiöse und kulturelle Netzwerke, eine höhere Familienkohäsion und eine klare Einbindung in Werte und religiöse Einstellungen.

5.2 Migranten und Migrantenfamilien in unserem Gesundheitssystem – Das Modell der Passung von Erwartungen

Beratungskonzepte im Bereich Gesundheit und Migration sind aufgrund der Thematik an sich schon sehr komplex. Als „Puzzlesteine“ dieser komplexen Muster können Erwartungen, Einstellungen und Haltungen auf Patienten- und Behandlerseite gesehen werden. Aus der gegenseitigen Einschätzung der Kommunikationspartner und der jeweiligen Interpretation der Aussagen ergeben sich wechselseitige Erwartungen und damit die gemeinsame Konstruktion von Bedeutung. Was Menschen tun, hat oft weniger damit zu tun, was sie eigentlich selber wollen, sondern oft vielmehr damit, wovon sie glauben, dass andere es von ihnen erwarten („Erwartungs-Erwartungen“).

Das Modell der Passung von Erwartungen von Patienten, Familien und Behandlern kann uns zu besserem Verständnis helfen:



Auf Seiten des Patienten und seiner Familie spielen folgende Faktoren eine wichtige Rolle im Hinblick auf das Ausmaß an Kooperation mit dem Behandlungsteam:

- Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen im Heimatland: Viele Migranten sind in Dörfern aufgewachsen, in denen die gesundheitliche Versorgung im Vergleich schlecht ist und Krankenversicherungen vielfach fehlen. Deshalb haben sie an das österreichische Gesundheitssystem, das ja jedem Kranken eine Behandlung zuteil werden lässt, oft überhöhte Erwartungen.
- Erfahrungen mit Diskriminierung und Ausländerfeindlichkeit: Das medizinische Personal ist bei uns meist weiß und deutschsprechend. Schlechte Erfahrungen mit Österreichern aus dem Alltag können also auf das Krankenhauspersonal übertragen oder auch generalisiert werden. An Misserfolgen sind dann immer die „ausländerfeinlichen“ Österreicher schuld.
- kulturell geprägte Krankheitsvorstellungen: können in Familien wenig bis gar nicht von bei uns vorherrschenden Krankheitskonzepten abweichen. In vielen Fällen jedoch

besteht bei den Migrantenfamilien ein erheblich anderes Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Das kann sich wiederum negativ auf die Arzt-Patient-Beziehung auswirken und zu Missverständnissen führen.

- Migrationserfahrungen: Unterschiedliche Gründe für die Migration (Arbeit, Flucht, Übersiedelung, etc.) und zusätzlich die manchmal auch verschiedenen Zeitpunkte der Migration (und die damit verbundenen Trennungen, wenn z. B. zuerst der Mann nach Österreich kommt und seine Frau erst später) können zu sehr unterschiedlichen Krankheitsvorstellungen, Bewältigungsstrategien, Erwartungen, usw. innerhalb einer Familie führen.
- Deutschkenntnisse: können in den Familien unterschiedlich gut ausgeprägt sein. Dies kann zu Spannungen und Umkehrung traditioneller Familienstrukturen führen, wenn z. B. die Kinder die deutsche Sprache besser beherrschen als die Eltern.

Demgegenüber stehen folgende Aspekte auf Seiten des Behandlungsteams:

- Team: Multikulturelle Behandlungsteams können dementsprechend angemessener auf Migranten eingehen. Natürlich spielt es auch eine Rolle auf welcher Hierarchieebene die betreffenden Personen beschäftigt sind (z. B. Krankenschwestern oder Ärzte mit einem anderen kulturellen Hintergrund als dem österreichischen).
- Sprachkenntnisse: Die Bandbreite der Kenntnisse der Sprache der Migranten kann bei den Behandlern von Höflichkeitsfloskeln über das Wissen über die richtige Aussprache von Namen bis zu muttersprachlicher Kompetenz reichen – und sich dementsprechend unterschiedlich stark positiv auf die Therapeut-Klient-Beziehung auswirken.
- soziokulturelles Hintergrundwissen: der einheimischen Mitarbeiter im Gesundheitswesen spielt eine bedeutende Rolle. Es umfasst Wissen über die Herkunftskultur, die Religion, kulturtypische Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen und auch Wissen über das Leben in Migration, die damit

verbundenen kurz- und langfristigen Stressoren, die zu erbringende Integrationsleistung der Migranten, Belastungen, Verluste, juristische Probleme, usw.

- Einstellung zu „Ausländern“: kann beim österreichischen Personal im Gesundheitswesen von „positiver“ (Migranten als hilfsbedürftige Opfer) bis extrem negativer Diskriminierung reichen.

An der Schnittstelle (also dort wo der Patient und seine Familie auf das Behandlungsteam treffen) besteht die Chance auf **Kooperation** und genauso die Gefahr von **Missverständnissen**.

Unabhängig von diesen spezifischen auf die Situation von Patienten aus der Migrantenbevölkerung bezogenen Faktoren, sind auch die Bereiche zu beachten, die bei allen Patienten – egal ob von Migration betroffen oder nicht – vorhanden sind.

Auf Patientenseite sind dies u. a.: Erleben und Einschätzen der Krankheit, Stadium und Art des Krankheitsverlaufes, Lebenszyklus, finanzielle Situation, psychosoziale Lage, Familienzusammensetzung, Familienzusammenhalt, typische Interaktionsmuster, typische Problembewältigungsstrategien, biologisches Körperwissen, Krankheitsvorstellungen, Vorerfahrungen mit dem österreichischen Gesundheitswesen.

Beim Behandlungsteam spielt unabhängig davon, ob der Patient Migrant ist oder nicht, u. a. noch Folgendes eine Rolle: Teamkonstellation, Kooperation, Interdisziplinarität, Arbeitsbelastung, berufliche Erfahrung, typische Interaktionsmuster, typische Problembewältigungsstrategien, Wissen über familiäre Formen des Umgangs mit einem kranken Kind.

5.2.1 Erwartungs-Teufelskreise

An dieser Schnittstelle zwischen Patient und Behandlern können sich Erwartungen an die Erwartungen des jeweils anderen zu „Mythen“, festgefahrenen Meinungen verdichtet haben. Diese „Mythen“ können gleichsam als „Einverständnis im Missverständnis“ zusammenpassen, sodass Kooperation misslingt.

Drei solcher „kommunikativer bzw. Erwartungs-Teufelskreise“ sind:

1. Compliance oder Kooperation
2. Bilder vom Gesundheitswesen
3. Bilder von „den Anderen“

Im Anschluss soll dies an Beispielen verdeutlicht und darauf aufbauend Lösungsmöglichkeiten angeboten werden. Dabei müssen wir aber beachten, dass die antizipierten Gedanken, die hier formuliert werden, in den Köpfen sich vielleicht anders anhören oder ausdrücken (andere Sprache!).

1. Compliance oder Kooperation



Der erste Zirkel mit dem Thema Compliance oder Kooperation könnte sich in folgendem Gedanken auf Seiten des österreichischen Krankenhauspersonals ausdrücken: „Migrantenpatienten sind weniger compliant als österreichische.“

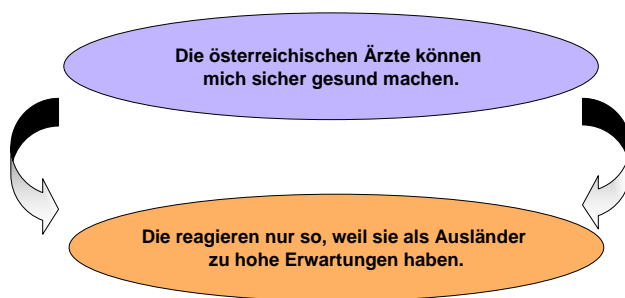
Migranten und ihre Familien werden oft sprachlich entweder stark über- oder aber auch unterfordert. Die medizinischen Ausführungen und Erklärungen werden oft nicht verstanden. Trotz Nachfragens bekommen Migranten vielfach alles noch einmal, jedoch genauso komplex (oder extrem vereinfacht) erklärt. Wenn dann auf der Seite der Migranten die verbreitete Idee „Widersprechen ist unhöflich!“ auftaucht, nickt der Betroffene höflich, ohne zu verstehen.

Der Arzt ist beruhigt und könnte sich denken „Wer freundlich nickt, der hat verstanden.“ Aus diesem Grund unterlässt er weitere Erklärungsversuche. Wenn die Maßnahme, die der Arzt der Familie verordnet hat, beispielsweise gesündere Ernährung bzw. die Einhaltung einer Diät für das diabeteskranke Kind der Familie ist, die Betroffenen jedoch nicht verstanden haben worum es geht, könnte die Mutter bei ihrer Meinung bleiben: „Je kalorienreicher ich mein Kind ernähre, desto gesünder“. Damit wäre der Zirkel geschlossen: Migrantenpatienten „sind“ eben weniger compliant.

Um diesen Zirkel zu vermeiden gibt es folgende Handlungsmöglichkeiten:

- Erfragt der Arzt das Körperfunktionswissen, das nötig ist, damit die betroffenen Familienmitglieder die Diätmaßnahme verstehen, so könnte er herausfinden, dass dieses Wissen lückenhaft ist und dies als Grund für die schlechte Compliance sehen.
- Durch geeignete didaktische Wissensaufbereitung (Bilder, biologische Atlanten, etc.) könnte fehlendes Wissen ergänzt werden.
- Gelingt es zudem noch die liebevolle Haltung der Mutter als Ressource zu würdigen, ist die Arzt-Patient-Beziehung wieder ein Stück tragfähiger geworden und die Compliance wahrscheinlich um einiges besser.

2. Bilder vom Gesundheitswesen



Im zweiten Zirkel geht es um **Bilder vom Gesundheitswesen**.

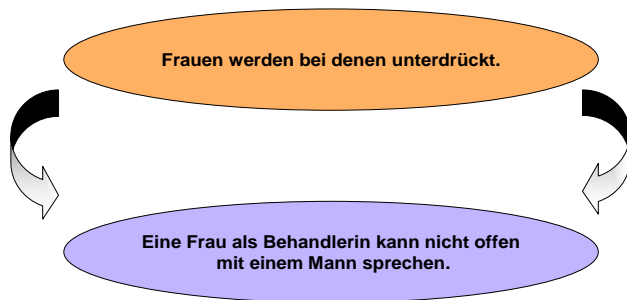
Ein Mythos auf Seiten der Migranten könnte laufen: „Die österreichischen Ärzte können mich sicher gesund machen.“ Zurückzuführen mag diese Denkweise auf Erfahrungen mit der

vergleichsweise schlechteren Gesundheitsversorgung im Heimatland sein. Wenn jedoch ein Patient nicht geheilt werden kann, sondern chronisch krank ist, oder sogar stirbt – so liegt das dann an den österreichischen Ärzten. Es kann also zu Vorwürfen, Enttäuschungen und Kränkungen kommen. Die gekränkten Behandler könnten reagieren mit: „Die reagieren nur so, weil sie als Ausländer zu hohe Erwartungen haben.“

Unterbrochen bzw. vermieden werden könnte so ein Teufelskreis mit Sensibilität und hoher Frustrationstoleranz des Behandlungsteams. In solchen Fällen ist auch die Arbeit mit muttersprachlichen Fachleuten äußerst sinnvoll.

Unabdingbar ist die Aufklärung über Möglichkeiten und Grenzen von Behandlungen. Der Anklage und Wut seitens der Patienten – bei denen sich so der Schmerz ausdrückt – soll angemessen Ausdruck verliehen werden dürfen.

3. Bilder von „den Anderen“



Der dritte Teufelskreis der Erwartungen dreht sich um **Bilder von „den Anderen“**.

Beim Behandlungsteam kann sich die Vorstellung über patriarchalische Strukturen insbesondere in muslimischen Familien so zeigen:

„Frauen werden bei denen unterdrückt.“ Oft kommt dann noch die Idee hinzu, dass es nicht geht, dass eine Frau als Behandlerin offen einen Mann über seine Krankheit aufklärt.

Wird in der Institution danach gehandelt, ist das Ergebnis die Bestätigung für den Mythos der Migranten, der lauten könnte: „Da eine Behandlerin nicht offen mit einem Mann sprechen kann, schweigt sie lieber und wartet bis sie eine Gesprächspartnerin hat.“

In Anbetracht dieses Teufelskreises der Bilder von „den Anderen“ ist es wichtig zu hinterfragen, ob die Rollenaufteilung in der Familie wirklich an der patriarchalischen Familienstruktur oder nicht möglicherweise auch am patriarchalischen Gesundheitswesen liegt. Eine weitere Möglichkeit diesem Problem entgegenzuwirken ist das aktive Miteinbeziehen der Frauen, obwohl und gerade vielleicht auch weil sie oft schlechtere Sprachkenntnisse haben.

Auch das Einhalten und Einfordern klarer Kommunikationsregeln kann hilfreich sein: beispielsweise „Es antwortet, wer gefragt wird.“ oder „Jeder und jede darf ausreden.“

5.3 Spezifische Aspekte Multikultureller Beratung und Behandlung

Basierend auf den vorangegangenen Überlegungen könnte die Devise lauten „von Compliance zum Empowerment“: Der informierte und autonome Patient ist vielleicht „anstrengender oder lästiger“, weiß aber dafür, warum er welche Maßnahmen einhalten soll und tut dies dann auch mit mehr intrinsischer Motivation.

Einige Hinweise für die Praxis können uns helfen, angemessener und wirkungsvoller mit Migrant*innen zu arbeiten:

- **eigene Vorurteile und Stereotype bewusst machen:** sonst können unreflektiert Stereotype in den Köpfen der Behandler schnell zu Problemen führen, Handlungsmöglichkeiten und Problemlösungsstrategien einengen oder sogar den Behandlungserfolg zunichte machen. Ein guter Weg ist es, den Patienten mit Offenheit und Neugier zu begegnen oder Stereotype konstruktiv einzusetzen. (Z. B.: „Wir Österreicher haben oft im Kopf, dass in Familien aus der Türkei der Vater mehr zu sagen hat als die Mutter. Ich weiß natürlich, dass nicht alle Familien gleich sind. Wie ist das bei Ihnen?“)
- **Joining (in Kontakt kommen):** Zum Aufbau von Kontakt und Vertrauen kann die Frage nach der korrekten Aussprache des Namens oder auch nach der Herkunftsregion bzw. dem Heimatort hilfreich sein. Weitere Möglichkeiten wären nach der individuellen Migrationsbiographie und damit verbundenen Trennungen von der Familie zu fragen. Besonders wertvoll im Hinblick auf die weitere Arbeit kann auch das Erstellen eines Genogramms sein.
- **mit Sprachproblemen bewusst umgehen** (heißt nicht Probleme bewusst umgehen): Dies kann etwa bedeuten muttersprachliche Fachkräfte, Praktikanten oder Arzthelfer anzustellen. Geschulte Dolmetscher sind auch eine Möglichkeit, können aber bikulturelle Fachkräfte nicht ersetzen, weil es v. a. bei traumatisierten Patienten aufgrund der Dreierkonstellationen zu Problemen kommen kann. Manchmal besitzen die Dolmetscher auch nicht das nötige Fachvokabular oder übersetzen in eine Hochsprache, die von den Migrant*innen vielleicht kaum verstanden wird. Familienmitglieder, Küchen- oder Reinigungspersonal sind in viele Fällen auch keine geeigneten Dolmetscher im Vergleich zu muttersprachlichen Fachkräften. Bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten und fehlender Möglichkeit eine muttersprachliche Fachkraft beizuziehen ist es wichtig, sich genügend Zeit zu nehmen mit Mimik, Gestik, Bildern, Papier und Bleistift zu arbeiten oder wichtige Gespräche zu verschieben.

- **kontext- und kultursensibel arbeiten:** Die durch das Joining im besten Fall erreichte Kontext- und Kultursensibilität muss immer wieder gefestigt werden. Das bedeutet auch, auf unterschiedliche Regeln zu achten, ohne sich ihnen zu unterwerfen. Um sich die Kultur eines Systems zu erschließen wird in der systemischen Therapie die Technik des zirkulären Fragens verwendet. Beispiele für Fragen an Migranten sind: „Was bedeutet es für Sie, dass ich als ÖsterreicherIn Sie berate?“ „Wie würde ein Weiser in Ihrem Heimatort Ihnen helfen?“ „Was brauchen Sie an Unterstützung und was müssten Sie, was mussten wir tun oder unterlassen, um zum jeweiligen vereinbarten Beratungsziel zu gelangen?“ „Welche Kräfte, welche „guten Geister“ sind aus der Heimat mit Ihnen in die Emigration gegangen, wer hat sie mitgegeben, und was glauben Sie, was ihr Sinn ist?“ usw.

5.4 Resumée

Die Ausführungen zeigen, dass multikulturelle Bildungs- und Beratungsarbeit – weit über den medizinischen Bereich hinaus – ein wichtiges Aufgabengebiet der Prävention darstellt. Systemisch gesehen können Migrationserfahrungen wie auch chronische Krankheiten die Kreativität von Menschen einschränken – flexibles Herangehen an Herausforderungen kann so verloren gehen. Ziel der Beratungsarbeit ist es, diese Fähigkeiten wiederzugewinnen zu helfen. Dafür ist auf Seiten der Berater Neugier für die im System zwar angelegten, aber noch nicht ausgeschöpften Möglichkeiten, vonnöten.

Literaturverzeichnis

Eberding, A. & v. Schlippe, A. (2001). Konzepte der multikulturellen Beratung und Behandlung von Migranten. In P. Marschalck & K. H. Wiedl. (Hrsg.), *Migration und Krankheit*. (S. 261-282). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.

Faltermaier, T. (2001). Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer

- salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In P. Marschalck & K. H. Wiedl. (Hrsg.), *Migration und Krankheit*. (S. 93-112). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Fisek, G. O. (2001). Cultural Context. Migrations und Health Risks – A Multilevel Analysis. In P. Marschalck & K. H. Wiedl. (Hrsg.), *Migration und Krankheit*. (S. 113-121). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Herkner, W. (2001). *Lehrbuch Sozialpsychologie*. Verlag Hans Huber.
- Schmitz, P.G. (2001). Akkulturation und Gesundheit. In P. Marschalck & K. H. Wiedl. (Hrsg.), *Migration und Krankheit*. (S. 123-144). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Setttertobulte, W. (2001). Gesundheitliche Lage und Risikoverhalten bei Jugendlichen aus Migrantenfamilien. In P. Marschalck & K. H. Wiedl. (Hrsg.), *Migration und Krankheit*. (S. 171-188). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.