

gesundheit für alle?!

Menschen mit Migrationsgeschichte in Gesundheit,
Betreuung und Pflege

3. Tiroler Integrationsenquete

Mittwoch, 5. Dezember 2012, 9:00 bis 17:00 Uhr
Landhaus 1, Eduard-Wallnöfer-Platz 3, Innsbruck
Großer Saal

Inhaltsverzeichnis

1. Programm.....	2
2. Vorträge:.....	4
2.1 Gesundheitssystem und Integration aus Systemperspektive.....	4
2.2 Barrieren im Gesundheitssystem	14
2.3 Transkulturelle Pflege oder „Andere Kultur – Andere Pflege?“	23
3. Ergebnisse der Gesprächskreise.....	40
4. Literaturvorschläge & Hinweise zum Thema	42

1. Programm

Begrüßung und Einführung

Gerhard Reheis, Landeshauptmannstellvertreter – Soziales und Integration,
Mag. Michael Girardi, Leiter der Abteilung III/8 Integration des BMI,
Dr. Arno Melitopoulos, Direktor der Tiroler Gebietskrankenkasse und Mitglied im Expertenrat für
Integration des Innenministeriums

Vorträge

Gesundheitssystem & Integration aus Systemperspektive

A.o. Univ.-Prof. Dr. Christoph Reinprecht

Institut für Soziologie der Universität Wien

Die Herstellung von Gesundheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität ist im Kontext von Altern und Migration mit besonderen Anforderungen konfrontiert. Der Vortrag diskutiert auf der Grundlage wissenschaftlicher Forschung die gesundheitsbezogenen Probleme, Ressourcen und Potentiale älterer Migrantinnen und Migranten. Darüber hinaus werden mögliche Ansätze zielgruppenspezifischer Gesundheitsförderung, Altenarbeit und Pflege vorgestellt.

Pause

Barrieren im Gesundheitssystem

Dr.in Sonja Novak-Zezula

Zentrum für Gesundheit und Migration in Wien

Zunehmende Migration und daraus resultierende ethnische/kulturelle Heterogenität sind für Europa eine sozial notwendige und irreversible Realität. Der Zugang zum Gesundheitswesen ist in der Praxis für viele MigrantInnen beschränkt, Probleme innerhalb der gesundheitlichen Versorgung sind nachgewiesen. Diese entstehen oft durch Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede, mangelnde Kenntnisse über das Versorgungssystem auf Seite von MigrantInnen, sowie mangelnde Kenntnisse über kulturell spezifische Bedürfnisse auf Seiten der Versorger. Im Vortrag soll anhand von Beispielen gezeigt werden, wie kultursensible und migrantenfreundliche Gesundheitsversorgung gelingen kann.

Mittagspause

Andere Kultur - andere Pflege?

Christian Fischer, M.A.

Selbstständiger Trainer für Transkulturelle Kompetenz, Lehrbeauftragter an der KSFH München und an der Pflegefachschule München

Der Vortrag stellt zunächst die gesundheitliche Situation und die daraus resultierenden Bedürfnisse der Menschen aus unterschiedlichen Kulturkreisen vor. Dabei wird der Frage nachgegangen, ob die unterschiedliche Herkunft oder verschiedene Sozialisationen und Biographien bestimmend für die Krankheitskonzepte und Bedürfnisse des einzelnen Patienten sind und wie sich diese in ein transkulturelles Pflegekonzept integrieren lassen.

Gesprächskreise

Kommunikation im Gesundheitsbereich

Die Kommunikation in der Gesundheitsversorgung kann durch den Einsatz von DolmetscherInnen verbessert werden. Professionelle Konzepte der Dolmetscherunterstützung sowie mögliche nächste Schritte zum Abbau von Sprachbarrieren in der Gesundheitsversorgung in Tirol werden im Gesprächskreis diskutiert. DGKP Herbert Herbst wird in diesem Gesprächskreis den Dolmetschdienst der Salzburger Landeskliniken vorstellen

Frauen im Bereich Gesundheit und Pflege (als Patientinnen und als aktive PflegerInnen und ÄrztInnen)

Die Rolle der Frau im Gesundheitswesen wird in diesem Gesprächskreis aus verschiedenen Perspektiven betrachtet. Es soll aus dem Blickwinkel der Frau als Patientin um die speziellen Bedürfnisse und Erwartungen der Frauen mit Migrationsgeschichte gehen und wie man damit umgehen kann. Ein anderer Fokus richtet sich auf die Migrantin als Ärztin und Pflegerin. Dabei geht es auch darum, wie sie den Umgang mit KlientInnen mit und ohne Migrationsgeschichte erleben.

Ausbildung im Pflegebereich, Altenpflege & Mobile Pflege

„Setzen wir uns nicht auseinander, sondern zusammen!“ Unter diesem Motto wird dieser Gesprächskreis die vielfältigen Herausforderungen skizzieren, die sich Schulen für Pflegeberufe in puncto kultursensibler Pflege und multi-ethnischer Teams stellen. Austausch, Verständnis und Strategien sind die Ziele dieses Gesprächskreises.

Fragen zur psychischen Gesundheitsversorgung

Gesundheitsversorgung bei psychischen Problemen ist im Zusammenhang von Migration immer ein Feld, das in viele Zusammenhänge hineinweist. Alltägliche Erfahrungen von MigrantInnen und Tätigen im Gesundheitswesen treffen auf oft einschränkende rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen, unterschiedliche kulturelle Kompetenzen und ungleich verteilte Ressourcen. Was brauchen MigrantInnen mit psychischen Problemen, damit auch hier „Gesundheit für alle“ entstehen kann? Was brauchen die, die in Behandlung, Betreuung, Therapie und Pflege engagiert sind? Welche Möglichkeiten gibt es, gemeinsam die Versorgung zu verbessern und den Bedürfnissen besser gerecht zu werden?

Plenum

Zusammenfassung und Abschluss, danach gemütlicher Ausklang.

Moderation: Prof. Dr. Siegfried Walch,
Leiter des Studienganges Nonprofit-, Sozial
und Gesundheitsmanagement am MCI
Innsbruck



2. Vorträge:

2.1 Gesundheitssystem und Integration aus Systemperspektive

Ao. Univ.-Prof. Dr. Christoph Reinprecht



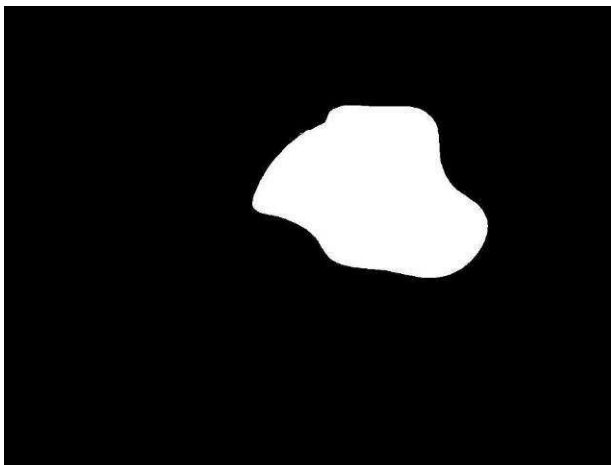
Professor für Soziologie und Leiter der interdisziplinären Forschungsplattform "Migration and Integration Research" an der Universität Wien. Er forscht seit mehr als zehn Jahren zum Thema Altern und Migration – seine Forschungsschwerpunkte sind Migrationsforschung, Sozialstruktur und soziale Ungleichheit, Politische Soziologie und Theorie und Methodologie partizipativer Interventionsforschung.

Power-Point-Präsentation

Gliederung des Vortrags

1. Gesundheit als gesellschaftlicher Grundkonsens?
2. Determinanten gesundheitsbezogener Lebensqualität
3. Verhalten und Verhältnisse
4. Herausforderungen für Kommunalverwaltungen und soziale Dienste

1. Gesundheit als gesellschaftlicher Grundkonsens?



Gesundheit-Lebensqualität-Alter(n)-Migration bilden eine «Leerstelle» im gesellschaftlichen Bewusstsein

Gesundheit-Lebensqualität-Alter(n)-Migration bilden eine «Leerstelle» im gesellschaftlichen Bewusstsein...

- dass Gesundheit (und Lebensqualität) im Alltag erzeugt wird und von der Fähigkeit abhängig ist, die eigenen Lebensbedingungen aktiv zu gestalten und zu beeinflussen

- „dass der Mensch ein aktives Wesen ist, das in einer Reihe von verschiedenen Bereichen gut leben und handeln möchte“ (Martha C. Nussbaum)

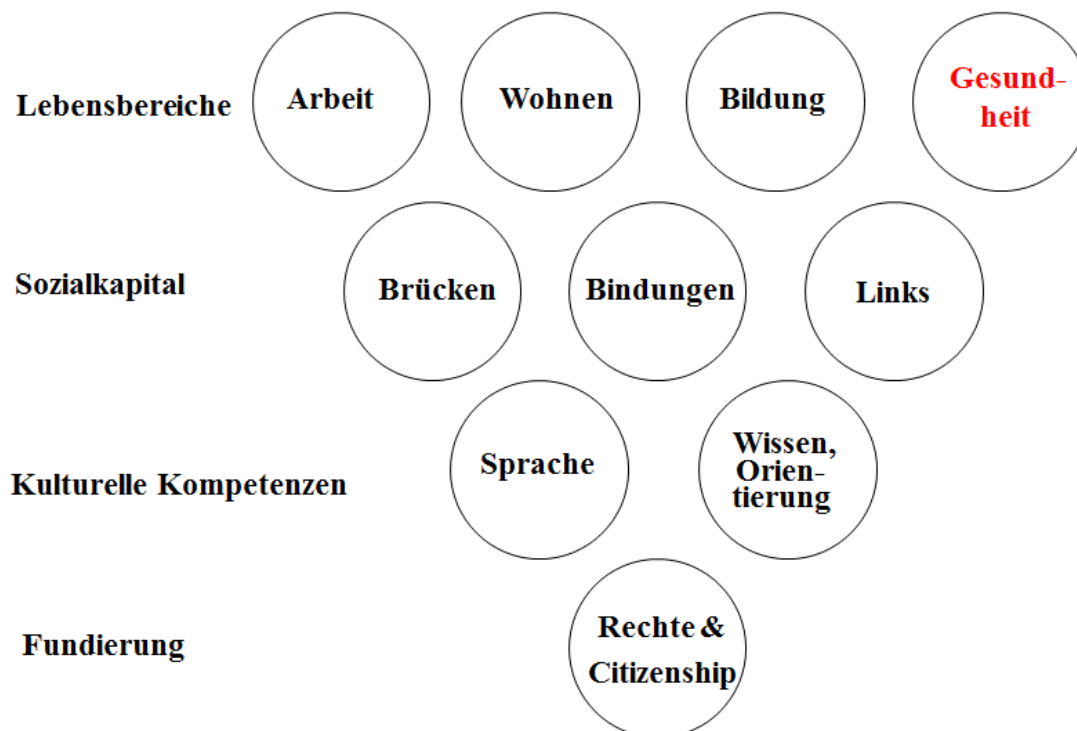
In ihrem Buch „Gerechtigkeit oder das gute Leben“ formuliert Martha C. Nussbaum eine Liste an Grundfähigkeiten des Menschen als Kriterien für die Bestimmung von Lebens-qualität, zB

- ein volles Menschenleben bis zum Ende zu führen
- sich guter Gesundheit zu erfreuen
- unnötigen Schmerz zu vermeiden
- die fünf Sinne zu benutzen

Spannungsverhältnisse existieren...

- *allgemein* zwischen funktioneller Tätigkeitsbefähigung (*functionings*) und den Verwirklichungschancen (*capabilities*)
- *speziell* zwischen der Autonomiefähigkeit, d.h. der Fähigkeit, das „atemlos in Fragmente zerfallene Leben“ (J. Habermas) in einen sinnvollen und in sich stimmigen (=„guten“) Zusammenhang zu bringen, und den Strukturen und Mechanismen sozialer Ungleichheit
- Grundbedingung für die Erfüllung eines guten und erfüllten Lebens ist die Bereitstellung von optimalen gesellschaftlichen Bedingungen für Chancengleichheit (strukturelle Ebene) und Kompetenzerwerb (individuelle Ebene)
- Das Streben nach einem „guten“ und selbstbestimmten Leben ist im Kontext der Migration in außergewöhnlicher Weise durch Zwänge beeinflusst und begrenzt

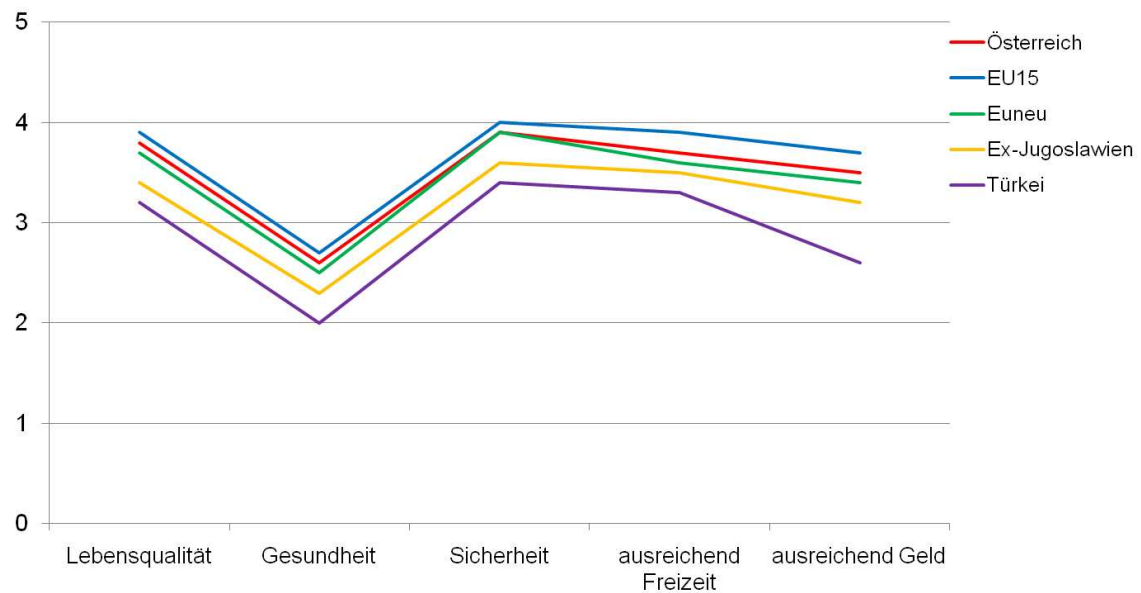
Gesundheitsförderung als Integrationsförderung



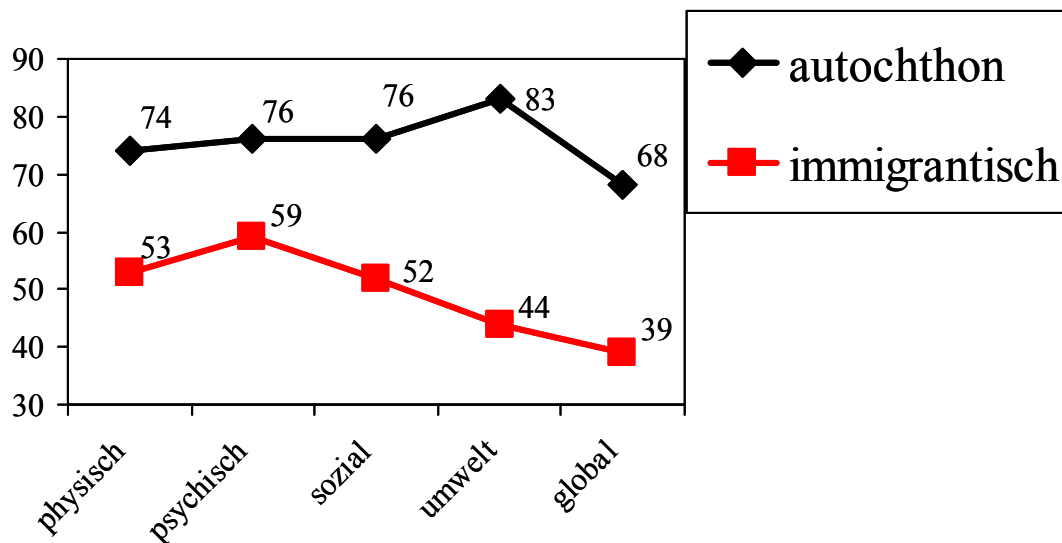
Quelle: Ager/ Strang 2008

2. Determinanten gesundheitsbezogener Lebensqualität

Dimensionen von Lebensqualität



Fokus auf ausländische Arbeitskräfte (Türkei, Ex-Jugoslawien) Dimensionen (gesundheitsbezogener) Lebensqualität (Skalenmittelwerte; 100=hohe LQ, 0 =niedrige LQ)



- Subjektive Lebensqualität von ArbeitsmigrantInnen niedriger als unter den älteren Einheimischen
- Werte verweisen auf restriktive Lebenssituation in Hinblick auf Gesundheit, Einkommen, Freizeit, Sicherheit sowie eine **insgesamt geringere Kontrollierbarkeit der Umweltbedingungen**
- Bevölkerungsgruppe aus den Herkunftsländern der Arbeitsmigration (Türkei und Ex-Jugoslawien) sind im Alter überproportional mit einer Kumulation von Problemlagen konfrontiert
- weiterführende Analyse verweisen auf soziale (familiäre) und milieubezogene (kommunitäre) Strukturen als **kompensatorische Ressourcen**

Determinanten von subjektiver Lebensqualität

	<i>globale LQ</i>	<i>umweltbezogene LQ</i>
<i>Existenzressourcen</i>		
Wohnumfeld (positiv bewertet)		,24
Gesundheit (Beschwerden)	-,27	
<i>Bindungsressourcen</i>		
Kinder (Anzahl)	,38	
Mitgliedschaft in Vereinen (j/n)		,26
<i>Aktivitätsressourcen</i>		
freundesbezogene Freizeitaktivitäten	,26	,30
gesundheitsbezogene Aktivitäten	,32	,28
r^2	,38	,42

N=150
Quelle: WHO-Projekt „Aktiv ins Alter“ 2005

Detailanalyse (multiple Regression) zeigt

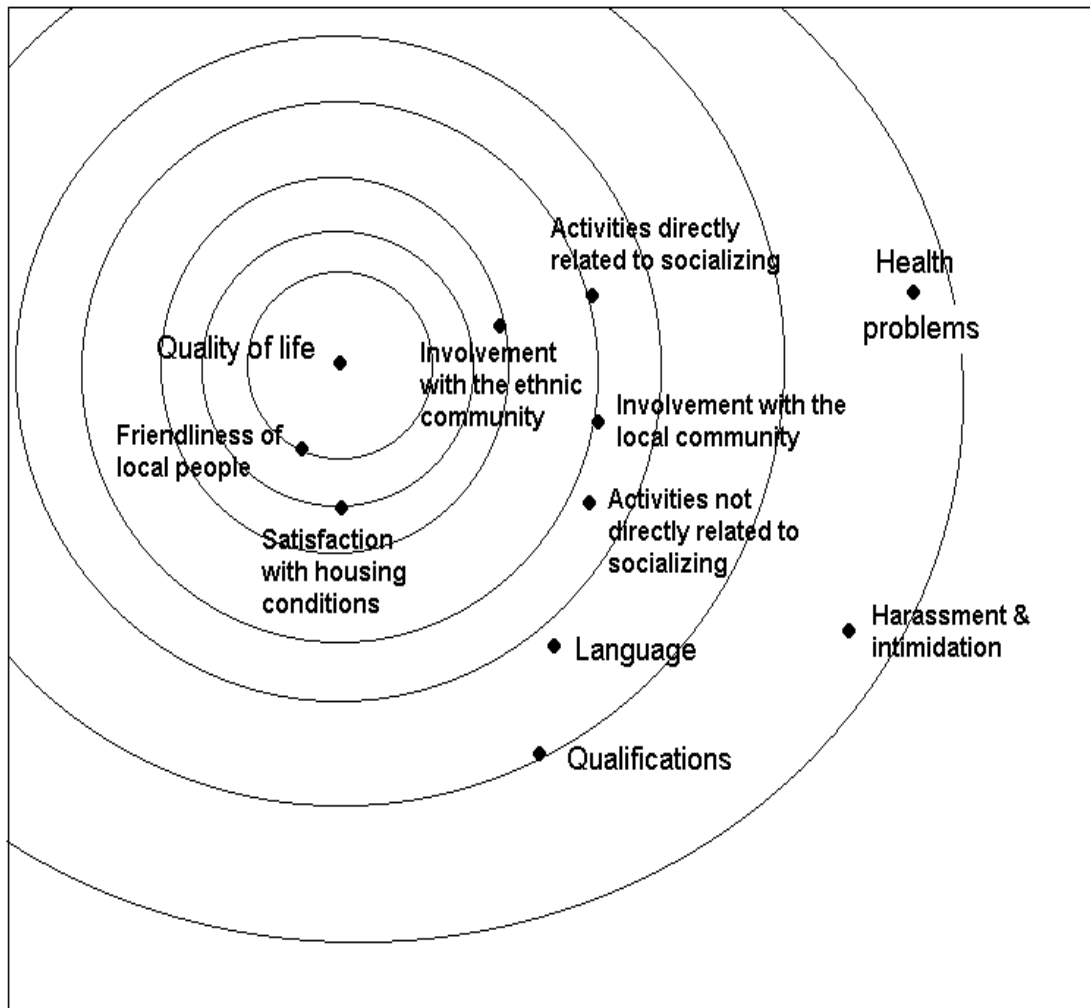
für ältere ArbeitsmigrantInnen aus Türkei und Ex-Jugoslawien

- *globale Lebensqualität* wird durch Abwesenheit von Erkrankung, Vorhandensein von Kindern und Aktivsein erklärt
- *umweltbezogene Lebensqualität* wird durch Qualität des Wohnumfelds, Vorhandensein bzw. Zugänglichkeit von ethnischen Vereinen und Aktivsein erklärt
- Die Ressourcen (globaler und umweltbezogener) Lebensqualität sind ungleich verteilt; der besondere Stellenwert von Wohnumfeld, generationsübergreifenden bzw. milieubezogenen Ressourcen (Kinder, Vereine) und sozial eingebetteten Aktivitäten verweist jedoch gleichzeitig auf ein Potential an Autonomie stärkenden Opportunitätsstrukturen im Kontext der Migration

Hoffnungen und Sorgen prägen den Alltag

	in Österreich gebürtig	nach Österreich zugewandert	Diffe- renz
<i>Zukunftserwartung</i>			
Leben wird in Zukunft besser werden	15	24	+9
Leben wird in Zukunft schlechter werden	28	50	+22
<i>die größten Sorgen und Ängste</i>			
Geldsorgen, Schulden	10	54	+44
Wohlergehen der Kinder	17	57	+40
auf andere angewiesen sein	5	33	+28
Gesundheit	43	67	+24
Probleme mit dem Älterwerden	11	29	+18
Einsamkeit und Alleinsein	20	29	+9
Überfälle, Kriminalität	24	4	-20

Bedingungen, die im Kontext von Migration und Integration die Erzeugung von Lebensqualität begünstigen



Quelle: Ager/ Strang 2008

Die fünf wichtigsten Quellen des Wohlbefindens («quality of life») nach Ager und Strang*

«Freundlichkeit der ansässigen Bevölkerung»

«Wohn(raum)situation»

«Opportunitätsstrukturen ethnischer Vergemeinschaftung»

«Opportunitäten für (sozial eingebettetes, nützliches) Tätigsein »

«Eingebundenheit in die lokale Nachbarschaft »

Die zwei wichtigsten Feinde des Wohlbefindens:

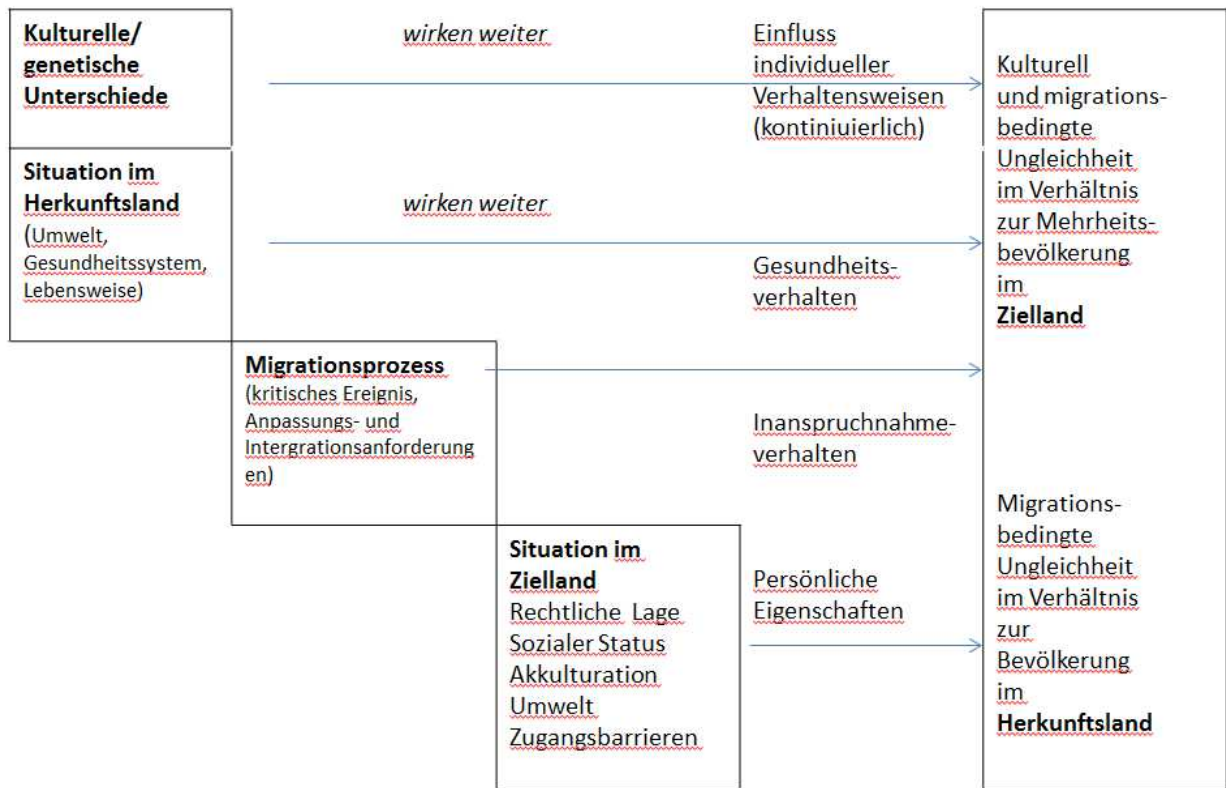
«Gesundheitliche Probleme»

«Belästigung und Einschüchterung»

* Understanding Integration: A Conceptual Framework, *Journal of Refugee Studies*, 21(2), 2008, 166-191

3. Verhalten und Verhältnisse

Erzeugung von Gesundheit im Migrationsprozess



Nach Spallek/Razum 2008

Datenlage zur gesundheitlichen Situation migrantischer Gruppen in Österreich

- wenige epidemiologische Studien – vergleichsweise geringer Stellenwert von evidenzbasierter Medizin und Public Health
- Fehlen von regelmäßigen Gesundheitssurveys
- sozialstatistische Quellen/Instrumente der amtlichen Statistik (z.B. Mikrozensus) problematisch; migrantische Gruppen ungenügend erfasst, primär arbeitsbezogene Fragen, Eingebürgerte „verschwinden“
- keine Grundlagenforschung zu methodologischen Fragen
- Primärforschung oftmals begleitend zu Interventionen oder als Programmevaluation konzipiert

Einige Einsichten der internationalen Forschung

Gesundheitszustand

- spiegelt soziale Ungleichheit wider: erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko aufgrund belastender Arbeits- und Lebensbedingungen, psychosozialer Stresssituation (soziale Isolation, Trennung von Familie, nicht-vertraute Umwelt etc.)
- Gesundheitliche Risiken variieren nach Geschlecht, Alter, Herkunftsland
- Ausnahme: Höhere Lebenserwartung bei 1. Generation Arbeitskräfte aus der Türkei (Healthy-Migrant-Effekt?)

- Spezifische Krankheitssymptome: Stütz- und Bewegungsapparat; Erkrankungen im Magen-Darm-Bereich; psychosomatische Beschwerden und psychische Probleme
- Symptomwahrnehmung herkunftsbezogen, schichtspezifisch und gegendert

Gesundheitsverhalten

- Inanspruchnahme von medizinischen und therapeutischen Diensten teilweise unterdurchschnittlich (Fachärzte, Therapien), teilweise überproportional (Ambulanzen)
- Leistungen der Vorsorgemedizin und Gesundheitsförderung werden weniger in Anspruch genommen
- teilweise geringes Vertrauen -> Spätfolge „medizinischen Rassismus“
- Herkunftsbezogene Lebensstil und Ernährungsgewohnheiten (Olivenöl, Eigenversorgung mit Frischgemüse, kein Alkohol ...) als Potential von Gesundheitsförderung, teilweise konterkariert durch schichtspezifische Lebensgewohnheiten (unregelmäßiges Essen aufgrund Schichtbetrieb, Rauchen...)
- Restriktive Lebensverhältnisse -> Dominanz von Existenzbedürfnissen

Bedeutung von gesundheitsbezogenen Aktivitäten (Mehrfachnennungen; Prozentangaben)

	Zugewanderte 50+ (n=118)	Autochthone 50+ (n=193)
kein Alkohol	70 (1)	47 (4)
ausreichend schlafen	56 (2)	82 (1)
gesund ernähren	53 (3)	72 (2)
Idealgewicht halten	26 (4)	61 (3)
Informationsveranstaltung besuchen	9 (5)	34 (6)
Sport betreiben	2 (6)	38 (5)

Quelle: Eigenerhebung/ Aktiv ins Alter 2005

Gesundheitsversorgung

- Zugangsprobleme (rechtlicher Status; Inklusionsprobleme in Sozialversicherung und zweitem sozialen Netz)
- Versorgungsprobleme (z.B. kaum Psychotherapie auf Krankenkasse)
- Kommunikationsprobleme (Sprach- und Verständigungsbarrieren)
- Informationsdefizite (auch seitens der Einrichtungen) und Ausbildungsmängel (Fehlen interkultureller/ migrationssensibler Schulung)
- Risiko von Fehldiagnosen und Fehlbehandlung sowie von „künstlicher Psychiatisierung und Medikalisierung“
- Diskriminierung/ Rassismus

Barrieren im Zugang zu Gesundheits- und Alteneinrichtungen

	Sicht der MigrantInnen (2004/05; n=120)	Sicht von Institutionen (1998; n=68)
keine eigensprachliche Informationen	84	
keine Kontaktpersonen vor Ort	82	
Orientierungsdefizit	60	42
Verständigungsschwierigkeiten	43	60
Erfahrung mit/ Angst vor Diskriminierung	23	35
Schlechte Erreichbarkeit der Einrichtung	27	
prekäre rechtliche Situation		35
prekärer materielle Situation		29
Ressourcenmangel der Einrichtung		26
fehlendes Wissen der Einrichtung über Zielgruppe		21
kulturelle Vorbehalte der Einrichtung		17

Quelle: Schriftliche Befragung von Gesundheits- und Alteneinrichtungen; Reinprecht 2006

Wo und wie intervenieren? (in %)

	Vor Intervention		Nach Intervention
Kein muttersprachliches Angebot	84	→	49
Kannte niemanden dort	82	→	59
Fühlte mich nicht verstanden	36	→	46
Einrichtungen zu weit weg	27	→	29
Angst vor Diskriminierung	23	→	29

* Projekt Aktiv ins Alter; 140 MigrantInnen 45-80 Jahre; 2 Befragungszeitpunkte

„Bedürfnisse“

- nach Orientierung, Wissen
- nach Sozialkapital (Ansprechperson)
- nach Nähe, Erreichbarkeit
- nach Verstanden-Werden
- nach Achtung und Anerkennung

4. Herausforderung für Kommunalverwaltungen und soziale Dienste

1. Kulturelle Diversifizierung des Alterns anerkennen

- **ältere Bevölkerung als Spiegel der Migrationsgeschichte**
politische Migration (Ungarn, Tschechoslowakei, Polen, Iran...), *Arbeitsmigration* (Ex-Jugoslawien, Türkei) und *Familiennachzug inner- und außereuropäische Wanderungen, Elitenmigration*
- **Herkunftsdiversität**
nach Ländern, Regionen, Klassenlage, kultureller Zugehörigkeit
- **Sozialer Wandel und plurale Identitäten**
Herausbildung von (auch ethnischen) Milieus
Beispiel: Islam - in manchen Städten/ Regionen die zweitstärkste Religionsgemeinschaft

2. Herausforderung sozialer Innovation annehmen

- Alter und Migration ergeben keine „Problemgruppe“, sondern erfordern soziale Innovationen
- Soziale Innovationen tangieren
 - Bedürfnisse (Inhalt)
 - Governance (Prozess)
 - Ressourcenzugang (Empowerment)

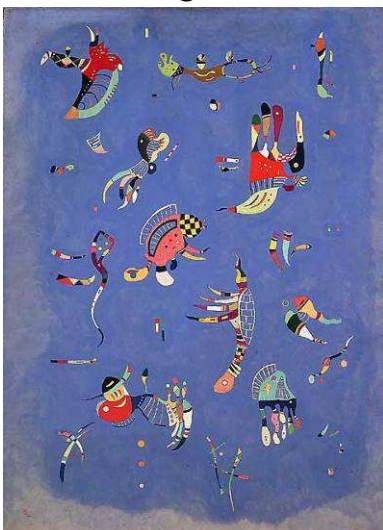
3. Diversifizierung und Adaptation von Angebotsstrukturen angehen

- Strukturelle Multi- und Interkulturalisierung der sozialen Dienste und Einrichtungen der Gesundheits- und Altenarbeit
ethische und kulturelle Werte der Institution reflektieren
- Aufsuchende und zugehende Strategien
- Mögliche Schnittstellen mit kommunitären (ethnischen) Strukturen suchen, entwickeln, evaluieren -> Settingansatz

4. In verstärkte Informationsflüsse und Verbesserung des Planungswissens investieren

- sozial eingebettete Informationsarbeit
- Dialog- und Kommunikationsstrukturen
- lokale Sozialberichterstattung ausbauen
- differenziertere Bedarfserhebungen

5. Pluralisierung der Lebenswelten anerkennen



Wird Migration als entwicklungsöffener, kollektiver Lernprozess gestaltet, wird innovatives Potential freigelegt
Migration trägt zur Pluralisierung sozialer Milieus bei, ein konstitutives Merkmal heutiger Stadtkultur
In der späten Moderne sind Kulturen nicht homogen und separiert zu denken: sie entstehen durch Verflechtung, Durchmischung, universelle Gemeinsamkeit

6. Pragmatik der Begegnung als Prinzip

„Pragmatik der Begegnung“ (A. Bhatti) entspricht Pluralismus, Vielstimmigkeit, Dissonanz, Fragmentierung als innere und äußere Realitäten des spät-modernen Lebens

Kontextbezogene („hybride“) Identitäten ersetzen Assimilation. An die Stelle von Kulturvermittlung und Fremdverstehen treten Verhandlung und Übersetzung (H. Bhabha)



Literaturtip: Christoph Reinprecht , Nach der Gastarbeit: Prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft. Wien. Braumüller Universitätsverlag 2006



2.2 Barrieren im Gesundheitssystem

Mag.a Dr.in Sonja Novak-Zezula



CENTER FOR HEALTH AND MIGRATION
Research for Practice



Soziologin und Kommunikationswissenschaftlerin, Dissertation an der Universität Wien zum Thema: „Kommunikations- und Interaktionsstrukturen in der stationären Teamarbeit im Krankenhaus.

Seit 1996 Geschäftsführende Gesellschafterin der Trummer & Novak-Zezula OG; Managing Director des Zentrums für Gesundheit und Migration: Projektleitung und Projektmanagement, Bereichsleitung

nationale Kooperationen.

Lehrtätigkeit an mehreren Universitäten und Fachhochschulen.

Arbeitsschwerpunkt an der Schnittstelle zwischen praxisorientierter Forschung und Strategie- und Organisationsentwicklung in den Bereichen Gesundheit und Migration, Gesundheit und Gesundheitsdeterminanten, nachhaltige Entwicklung von Gesundheitssystemen, Methodeninnovation und Organisationsentwicklung

Power-Point-Präsentation

Inhalt

- Migration als Faktor der Bevölkerungsentwicklung
- Gesundheit und Migration
- Barrieren beim Zugang zum Gesundheitswesen und im Gesundheitswesen
- Entwicklung von migranten-sensitiven Gesundheitsorganisationen
- Chancen für das Gesundheitswesen

„Wären alle MigrantInnen der Welt ein Land, wäre es gemessen an der Bevölkerungszahl das fünft größte“ (WHO 2010)

Category of migrant	Population estimates
Internal migrants	~ 740 million (stock in 2009) ²
Immigrants	Annual flow between 2005-2010 ~ 2.7 million with a stock of ~ 214 million international migrants in 2010 ³
Migrant workers	~ 100 million (stock in 2009) ⁴
International students	~ 2.1 million (stock in 2003) ⁵
Internally displaced persons	51 million (stock in 2007) includes those displaced by natural disasters and conflict. (UNHCR)
Refugees	15.2 million (stock beginning of 2009) ⁶
Asylum seekers or refugee claimants	838 000 (stock beginning of 2009) ⁷
Temporary – recreational or business ⁸ travel	922 million in 2008 ⁹
Trafficked persons (across international borders)	Estimated 800 000 per year (2006) ¹⁰ There are no accurate estimates of the stocks and flows of people who have been trafficked ¹¹

Quelle: Report of the Global Consultation on Migrant Health, WHO 2010

Migration als wesentlicher Faktor der Bevölkerungsentwicklung

- Rund 47 Millionen internationale MigrantInnen im Jahr 2010 in der EU¹
- » 30% aller MigrantInnen in der EU stammen aus anderen EU Ländern²
- » Die meisten MigrantInnen sind jung, Anteil der Frauen hat stark zugenommen²
- Migration nach Österreich
- » Anfang 2012 lebten 1.568.600 Personen (18,9%) mit Migrationshintergrund in Österreich³
- » Höchste Anteile in Wien (38,8%) und Vorarlberg (23%)
- » Ausländeranteil in Österreich: 11,5%

Tirol: Daten und Fakten

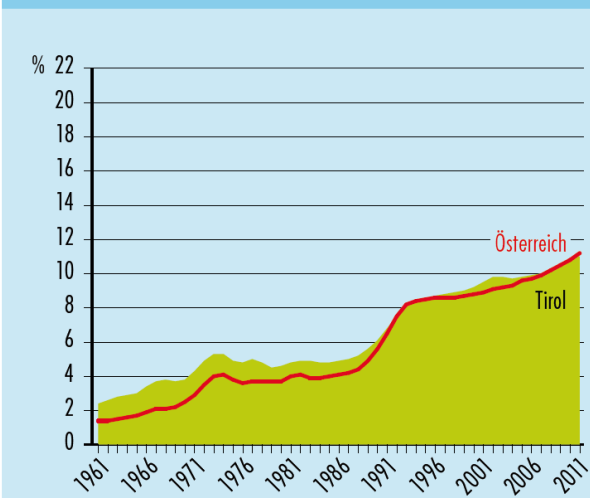
Bevölkerung mit Migrationshintergrund

17% (n=119.700) in 2011

davon 1. Generation: 89.100;

2. Generation: 30.600

Entwicklung des Ausländeranteils
seit 1961



Bevölkerung mit ausländischer Staatsangehörigkeit

(= Ausländeranteil): 11,5% (81.870)

Staatsangehörigkeit:

EU-Staaten, EWR, Schweiz 45.666

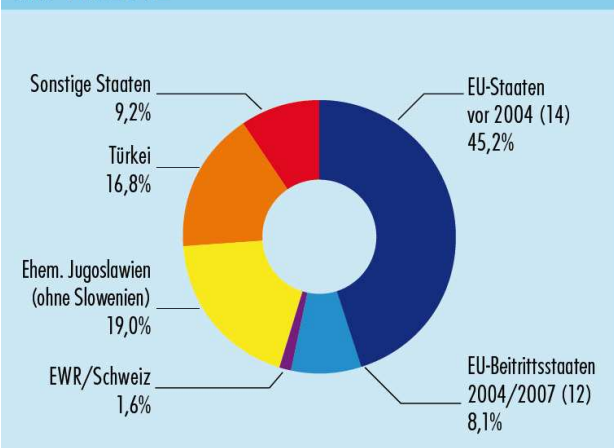
Drittstaaten 36.204

davon Ehem. Jugoslawien

(ohne Slowenien) 17.176

Türkei 11.933

Bevölkerung ausländischer Herkunft
am 1.1.2012



Quelle: Statistik Austria, 2012;

Statistik Austria: Migration und
Integration. 2012

Migration und Gesundheit (1)

„healthy migrant effect“ / Einfluss von Rahmenbedingungen der Migration / Anpassung an Aufnahmeland (Quelle: Report of the Global Consultation on Migrant Health, WHO 2010)

Risikoprofil:

- » Höhere Belastungen, schlechteres Wissen, weniger ökonomische Ressourcen, (zu) später Eintritt in Versorgung, ungesünderer Lebensstil, schlechtere Einschätzung der Lebensqualität

Gesundheitsprofil:

- » Männer: höhere Raten bei Migräne/Kopfschmerzen, chronischen Angstzuständen, Depressionen, Wirbelsäulenbeschwerden
- » Frauen: erhöhtes Diabetes-Risiko, Bluthochdruck, Depression und chronische Angstzustände, Arthrose, Arthritis, Gelenkrheumatismus

Migration und Gesundheit (2)

Menschen migrieren mit ihren spezifischen Gesundheitsprofilen und ihren Werten und Vorstellungen, die ihren sozio-ökonomischen und kulturellen Hintergrund widerspiegeln

Einfluss auf Gesundheitsorganisationen und Nutzungsverhalten

(Quelle: Report of the Global Consultation on Migrant Health, WHO 2010)

Konsequenzen für das Gesundheitswesen

Steigende Diversität der PatientInnen, auch in Hinsicht auf Gesundheitsdeterminanten, Vulnerabilität, Bedürfnisse

Bedarf an migranten-sensitiven MitarbeiterInnen

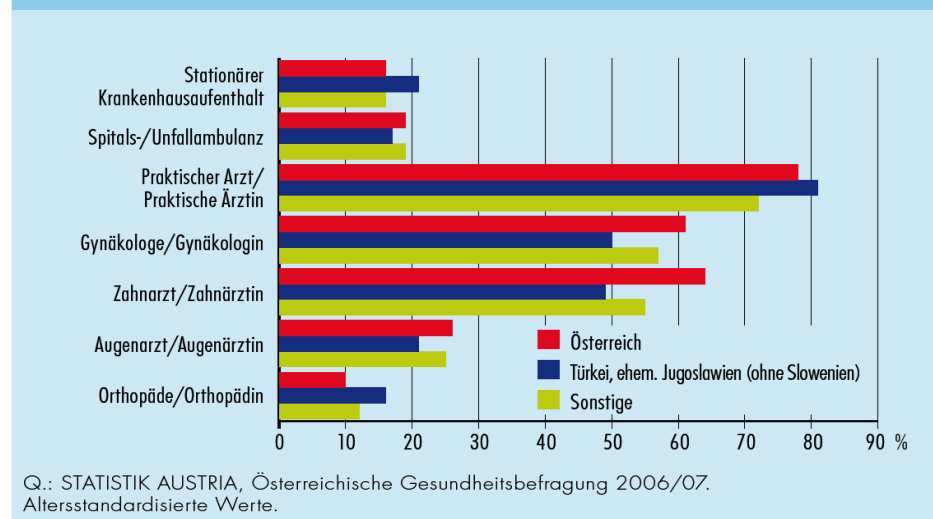
Herausforderung, zugängliche und migranten-sensitive Gesundheitsdienstleistungen anzubieten

- » Erhöhtes Fehlerrisiko: MigrantInnen haben ein höheres Risiko von Behandlungsfehlern (Johnstone et.al. 2006, Falcón et.al. 2010)
- » Erhöhtes Risiko von Qualitätsverlusten: Über/Unter/Fehlversorgung
- » Erhöhte Kosten: wahrscheinlich, aber nicht quantifiziert

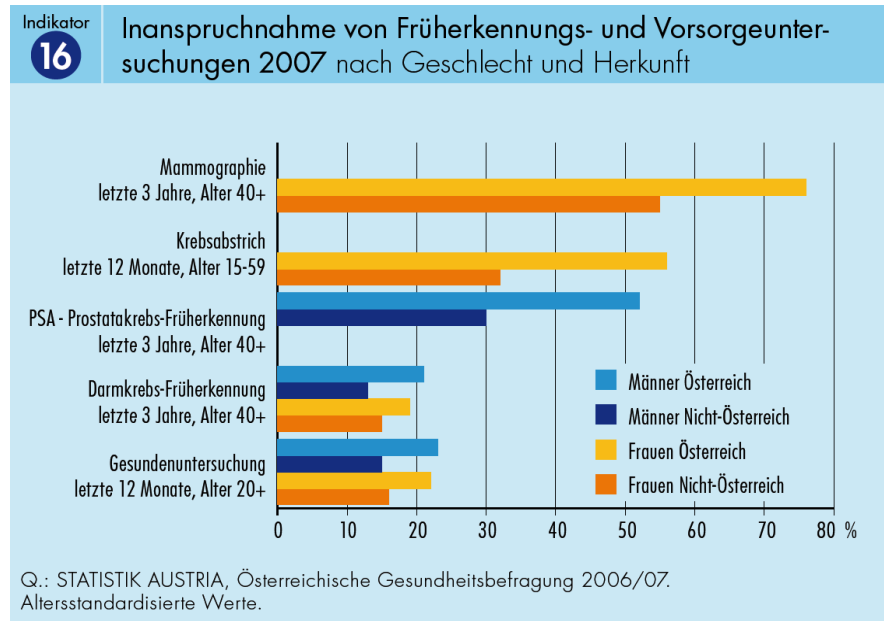
Nutzung des Gesundheitswesens

MigrantInnen aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien (o. SI) nutzen häufiger AllgemeinmedizinerInnen und OrthopädiInnen und werden häufiger stationär behandelt. Seltener in Anspruch genommen werden GynäkologInnen, Zahn- und AugenärztInnen

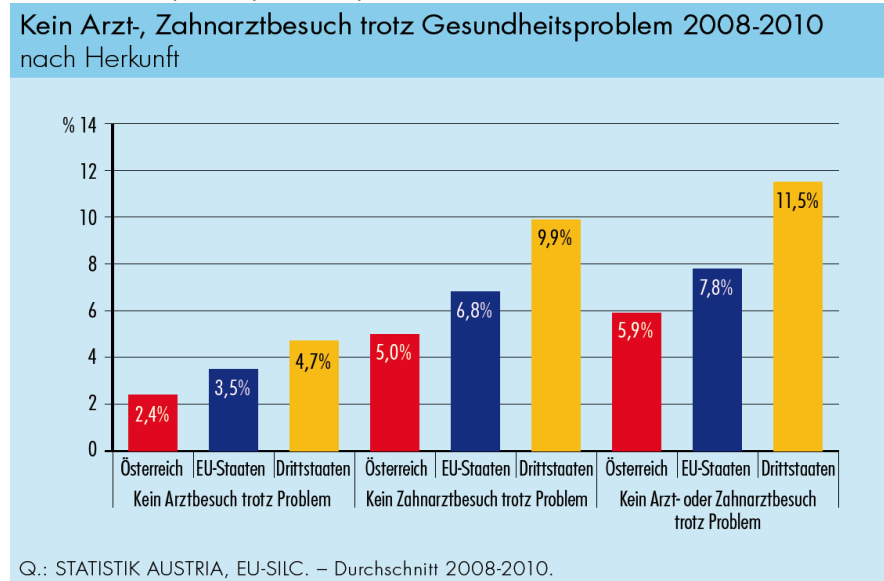
Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Gesundheitsleistungen 2007 nach Herkunft



MigrantInnen nutzen präventive Maßnahmen seltener als ÖsterreicherInnen



11,5% der MigrantInnen aus Drittstaaten besuchen bei Gesundheitsproblemen keinen (Zahn-) Arzt / keine (Zahn-) Ärztin (5,9% der ÖsterreicherInnen, 7,8% der EU-StaatsbürgerInnen).



Charta der Grundrechte der Europäischen Union

Artikel 21: Nichtdiskriminierung

Diskriminierungen, insbesondere wegen des Geschlechts, der Rasse, der Hautfarbe, der ethnischen oder sozialen Herkunft, der genetischen Merkmale, der Sprache, der Religion oder der Weltanschauung, der politischen oder sonstigen Anschauung, der Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, des Vermögens, der Geburt, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Ausrichtung, sind verboten. (..)

Artikel 35: Gesundheitsschutz

Jede Person hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten. (..).

Zugangsbarrieren für MigrantInnen

„entitlement“ - Rechtliche Bedingungen

„access“ - Zugänglichkeit und Angemessenheit von Services

Rechtliche Bedingungen: Legal Status

ArbeitsmigrantInnen: Zugang in Österreich über Teilhabe am Arbeitsmarkt und damit verbundene Pflichtversicherung geregelt

AsylwerberInnen: Grundversorgung in Zuständigkeit des Bundeslandes, in dem der Wohnsitz liegt

Irreguläre MigrantInnen: kein Zugang zur Gesundheitsversorgung, mit Ausnahme Notfall-Versorgung

Mangelnde Kenntnisse des Gesundheitswesens

Mangelnde Vertrautheit mit Organisationen des Gesundheitssystems, insbesondere mit Eintrittspunkten (Notfallambulanzen)

Annahmen und Erwartungen basieren auf Erfahrungen im Herkunftsland

- Über-, Unter- und Fehlnutzungen

Kommunikation

Mangelnde Sprachkenntnisse

- » Gesundheitsprobleme und spezifische Informationen können nicht ausreichend vermittelt werden
- » Informationen zur Erkrankung, Diagnostik und Therapie können nicht ausreichend verstanden werden

Grad der Alphabetisierung

Krankengeschichten

- » wenn vorhanden, in Sprache des Herkunftslandes

Quellen: Mladovsky, 2007: Migration and health in EU health systems / Novak-Zezula, Sonja et al, 2008: Qualitätsgesichert Dolmetschen im Krankenhaus: Europäische Implementierungs- und Evaluationserfahrungen./ Priebe et al, 2011: Good practice in health care for migrants

Umgang mit Sprachbarrieren

Zusätzliche Diagnostik

Übersetzte Materialien – (z.B. Informationsmaterial, Aufklärungsbögen)

Dolmetschen

- » Laiendolmetscher (Angehörige, MitarbeiterInnen)
- » Medizinische DolmetscherInnen (persönlich, Telefon, Video)

Kulturelle Unterschiede

Kultur ermöglicht Deutung der Welt, stellt „Ordnung“ her

Was ist normal?

Bewertung von Handlungen und Anschauungen

- » Unterschiedliche sozio-kulturelle Werte und Normen (Bsp. Familienbesuche, Behandlung durch gleichgeschlechtliche ÄrztInnen, religiöse Praktiken, Zeitbegriffe)

- » Unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitsbilder (Körperbilder, Krankheitsursache, Symptome, Schmerz)
- » Unterschiedliche Rollenerwartungen an medizinisches Personal und PatientInnen
 - > Compliance > Krankheits- und Behandlungsverlauf

Diskriminierungserfahrungen

Frühere persönliche Erfahrungen

Berichte von Verwandten und Bekannten, bzw. aus den Medien

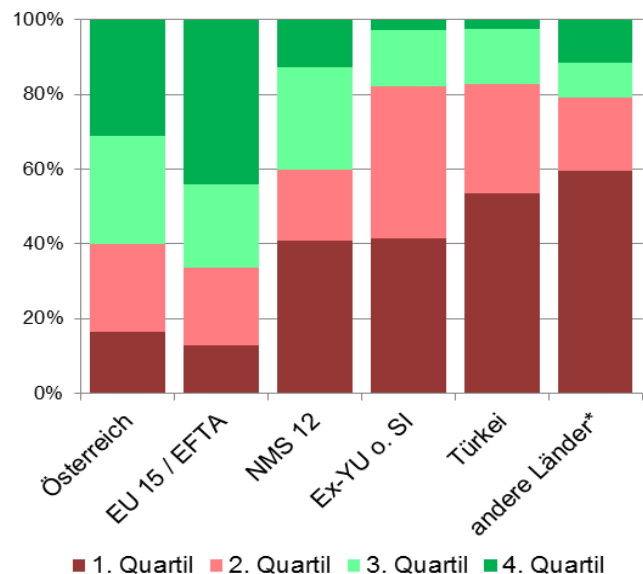
Misstrauen, verbunden mit dem Gefühl, nicht ernst genommen zu werden

Stigmatisierung und soziale Exklusion

Finanzielle Barrieren

Selbstbehalte, insbesondere bei zahn- und augenärztlichen Leistungen

Kosten von Medikamenten



Haushaltseinkommen, Bsp. Wien

Quelle: Karl-Trummer, Novak-Zezula:

Factsheet Gesundheit im urbanen Raum. 2012

“The happy migrant effect”

MigrantInnen beschwerten sich nicht so häufig, wie sie sollten (Garrett et.al., 2008)

Probleme wie Kommunikationsschwierigkeiten in der lokalen Sprache, geringe PatientInnen- und Angehörigeneinbeziehung, Behandlungsverzögerungen, Diskriminierung treten auf, werden aber kaum berichtet.

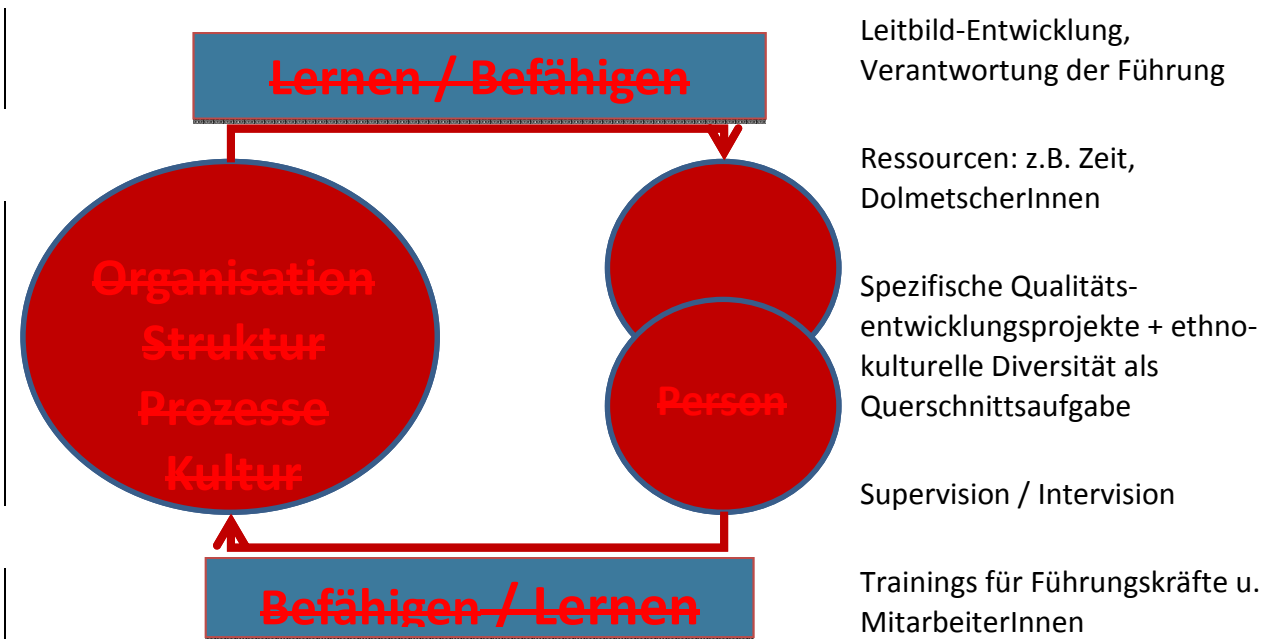
Mögliche Erklärungen:

- » Gefühl der extremen Machtlosigkeit in Kombination mit Sprachbarrieren
- » Positiver Vergleich mit der Gesundheitsversorgung im Herkunftsland
- » Höflichkeit, soziale Erwünschtheit

Inklusion von MigrantInnen: Individualisierung der Versorgung

- » Akzeptanz der Unterschiedlichkeit von Menschen nach ethno-kulturellem Hintergrund und gleichzeitig
- » Vermeidung von Stereotypen
- » Sensibilität für unterschiedliche Bedürfnisse bei der Erbringung der Dienstleistungen (kulturelle und individuelle Werte, ..)
- » Kompensation von „Defiziten“ (Sprachkenntnisse, Systemkenntnisse..)

Entwicklung migranten-sensitiver Organisationen



Leitbild

Vision und Mission

- » Verdeutlichung des Selbstbilds der Organisation
- » Orientierung nach innen, Öffentlichkeitsarbeit nach außen

Wertschätzung

Wir achten und wahren die Individualität jedes Menschen und beziehen uns auf seine Biographie und seine soziokulturellen Prägungen. Wir gehen auf den Menschen zu und suchen den Weg zu einer vertrauensvollen Beziehung, die Geborgenheit und Sicherheit vermittelt. Wir pflegen den Dialog und erfüllen Patientenwünsche im Rahmen unserer Möglichkeiten.

Quelle: Pflegeleitbild der Klinik Hirslanden, CH,

http://www.hirslanden.ch/content/dam/global/Klinik%20Hirslanden/PDF/DE/Broschueren/Klinik/Hi_Pflegeleitbild.pdf

Gesundheitstandem

- » Wiener Krankenanstaltenverbund in Zusammenarbeit mit dem Verein Schwarzer Frauen

Nutzen aus Sicht der Mitarbeiterinnen für die...	
<p>TeilnehmerInnen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persönliches Lernen: Perspektivenerweiterung <ul style="list-style-type: none"> » was wird als diskriminierend empfunden » Feststellen von Gemeinsamkeiten » Abbau von Vorurteilen, Differenzierung • Soziale Beziehungen: <ul style="list-style-type: none"> » Persönliche Freundschaften • Stärkung des (persönlichen) Einsatzes gegen Diskriminierung durch Interesse und Wertschätzung durch den KAV 	<p>Organisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • begrenzte Multiplikatorenwirkung: Sensibilisierung von KollegInnen in der Arbeitsumgebung • Nutzung als „Fachkraft“ im Arbeitsbereich • Einsatz für spezifisches Klientel • Arbeitserleichterung durch Verständnis (Abläufe, Strategien,..)

Trainings und Weiterbildung

- » Konzept Kultur
- » Reflexion des eigenen kulturellen Hintergrunds
- » Sozio-kulturelle Unterschiede und Gemeinsamkeiten
- » Interkulturelle Kommunikation und Konfliktbearbeitung
- » Umgang mit Unsicherheit

Quelle: Themenschwerpunkte, genannt von TeilnehmerInnen der Workshops

Managing_Diversity©, Invivo unlimited ; <http://de.invivo.at/invivo/geschaeftsfelder/workshops>

Chancen für das Gesundheitswesen

- » Individualisierung: Entwicklung hin zu allgemeiner Patientenfreundlichkeit
- » Beitrag zur Qualitätsentwicklung, Vermeidung von Fehlern
- » (Weiter-)Entwicklung eines inklusiven Gesundheitssystems durch migranten-sensitive Ausrichtung von Mainstream-Services
- » Vermeidung der Entwicklung eines Parallelsystems

Anerkannte ethnische Minderheiten / Volksgruppen in Ö

	1991	2001
SlowenInnen		
Volkszählung	20.191	18.520
Schätzung Initiative Minderheiten	40.000 - 50.000	40.000 - 50.000
Burgenländische KroatInnen		
Volkszählung	29.596	45.194
Schätzung Initiative Minderheiten	30.000 - 40.000	50.000
UngarInnen		
Volkszählung	19.638	25.884
Schätzung Initiative Minderheiten	25.000	50.000
Roma und Sinti		
Volkszählung	122	4.348
Schätzung Initiative Minderheiten	10.000 - 40.000	10.000-20.000
TschechInnen		
Volkszählung	9.822	11.034
Schätzung Initiative Minderheiten	30.000	20.000
SlowakInnen		
Volkszählung	1.015	3.343
Schätzung Initiative Minderheiten	5.000	5.000

2.3 Transkulturelle Pflege oder „Andere Kultur – Andere Pflege?“

Christian Fischer, M.A.

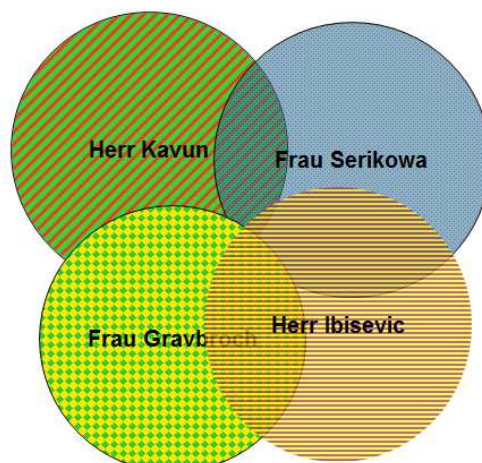


geb. 1966, Politologe (M.A.), in Partnerschaft lebend, 1 Tochter (4 Jahre)
Studium der Politischen Wissenschaften, Psychologie und Volkswirtschaft, LMU München
Studium der Interkulturellen Kommunikation, LMU München
Aufbaustudium „Englischsprachige Länder“, LMU München

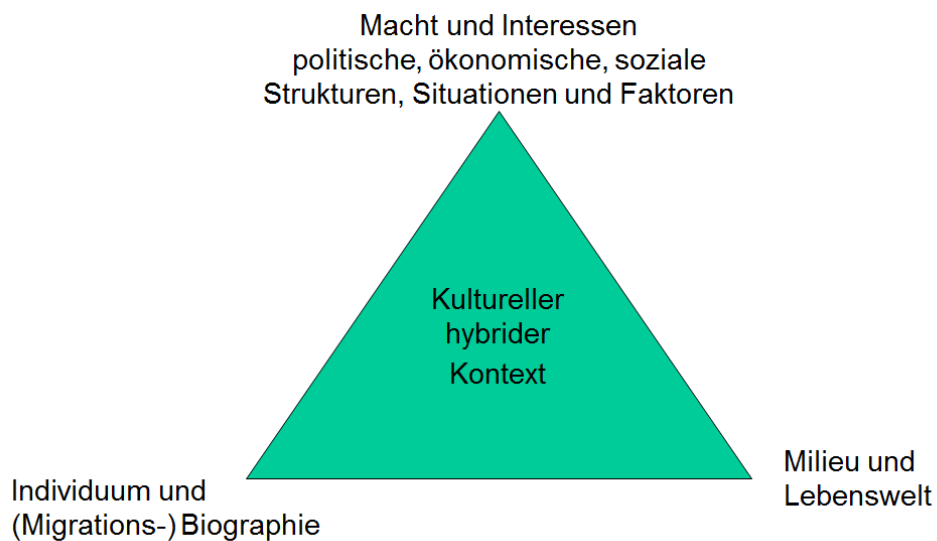
Power-Point-Präsentation

Transkulturalität

- Kulturelle Systeme und Subsysteme überschneiden sich, reichen ineinander hinein und überlagern sich
- Kultur ist kein statischer Ist-Zustand oder zu erreichender Idealzustand, sondern ein sich stetig verändernder Prozess
- Individuum steht im Mittelpunkt, das durch mehrere kulturelle Hintergründe und Herkünfte bestimmt und nicht abgrenzbar ist
- Öffnung zu lokalen, partikularen und individuellen Wissens- und Werteordnungen (z.B. Milieu, Alter, Geschlecht)
- Das transkulturelle Konzept sieht die Gesellschaft, unterschiedliche Lebenswelten, soziale, wirtschaftliche und politische Strukturen (z. B. Hierarchien, Interessen, Macht) als Bedingungen und Einflussfaktoren menschlichen Handelns und Verstehens



- Gemeinsamkeiten und Überlappungen der Biographien der einzelnen Akteure stehen beim transkulturellen Konzept im Vordergrund
- Das transkulturelle Konzept stellt sich einer komplexen, globalen und pluralen Welt, ihren Interferenzen und Interdependenzen
- Es ist global ausgerichtet und verzichtet auf normative (und meist westliche) Ziele und Idealvorstellungen
- Unterschiedliche Weltbilder, Werte und Normen sowie subjektive Wissens- und Sinnordnungen werden in ein dynamisches, sich stetig veränderndes Konzept miteinbezogen
- Vergleichbarkeit von Kulturen wird nicht angestrebt
- Keine „Rezepte“ im Umgang mit anderen Kulturen



Transkulturelle Kompetenz ist keine „exklusive“ Kompetenz, sie ist vielmehr eine „Haltung“ und besteht aus verschiedenen Fähigkeiten und Komponenten:

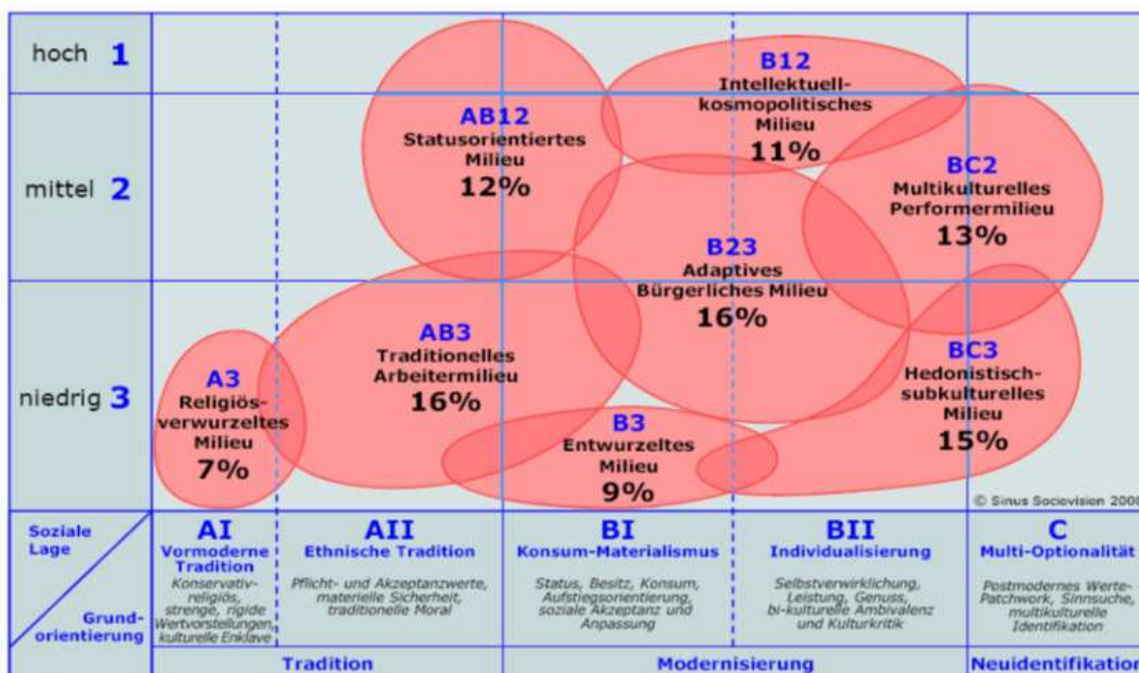
- Wissen über Migration, Geschichte, Kultur und Traditionen, Lebensläufe und – hintergründe, kulturelle Krankheitskonzepte
- Reflektion eigener und fremder Wissens- und Werteordnungen und Prägungen sowie beruflicher Wissens- und Sinnordnungen
- Transformation der unterschiedlichen Wissens- und Werteorientierungen und der Konstruktion einer gemeinsamen Realität, um gemeinsame Handlungsstrategien und Lösungen zu finden
- Perspektivenwechsel und Empathiefähigkeit, d.h. Einfühlungsvermögen in den Anderen und seine Situation
- Ambiguitäts- und Ambivalenztoleranz, d.h. Unsicherheiten, Konflikte und Widersprüche erkennen, mit ihnen leben und umgehen können

Migrantenmilieus

Eine soziodemographische Untersuchung

Das allgemeine Migrantenmilieu

Sinus-Migranten-Milieus® in Deutschland 2008



Quelle: www.sinus-institut.de/uploads/tx_mpdloadcenter/MigrantenMilieus_Zentrale_Ergebnisse_09122008.pdf

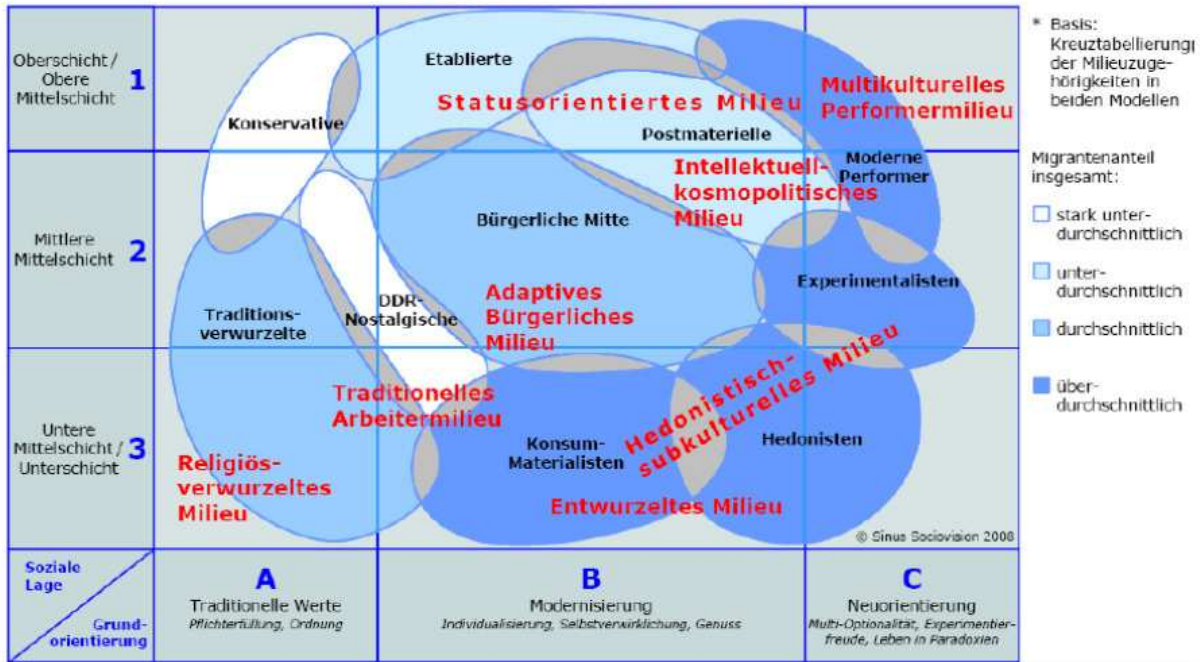
Grundorientierung

- Vormoderne Tradition: konservativ-religiös, strenge, rigide Wertvorstellungen, kulturelle Enklave
- Ethnische Tradition: Pflicht- und Akzeptanzwerte, materielle Sicherheit, traditionelle Moral
- Konsum-Materialismus: Status, Besitz, Konsum, Aufstiegsorientierung, soziale Akzeptanz und Anpassung

- Individualisierung: Selbstverwirklichung, Leistung, Genuss, biculturelle Ambivalenz und Kulturkritik
- Multi-Optionalität: Postmodernes Werte-Patchwork, Sinnsuche, multikulturelle Identifikation

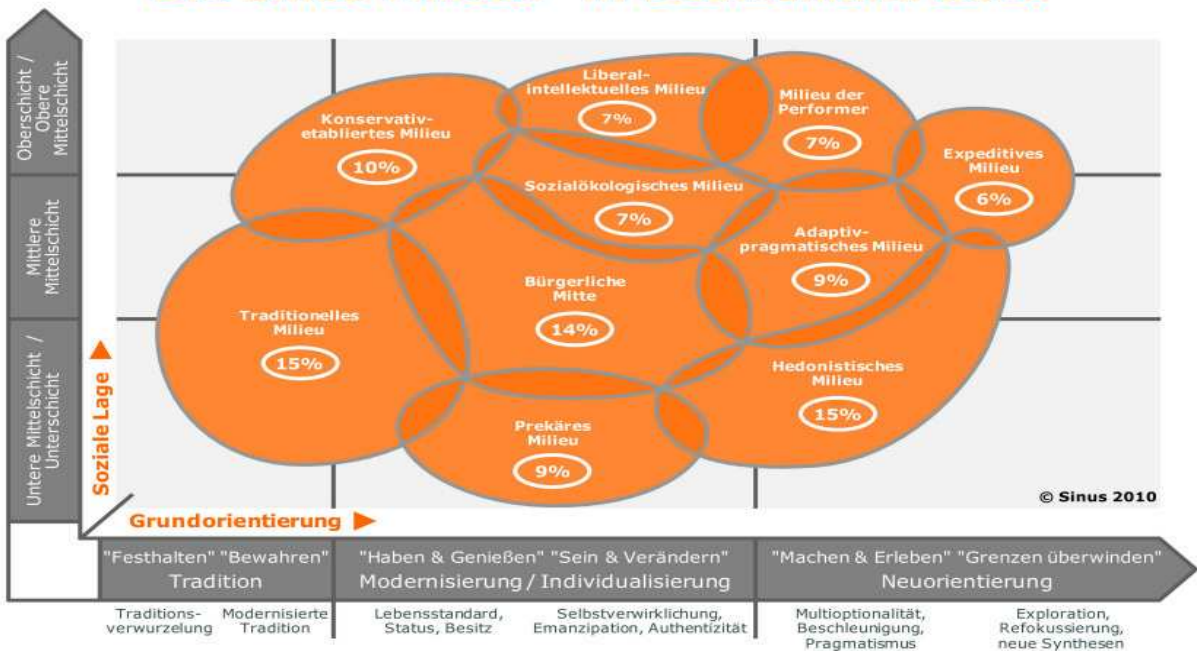
Soziale Lage: niedrig – mittel - hoch

Milieus der Mehrheitsbevölkerung in Deutschland



Quelle: vhw-Studie Migrantmilieus, Berlin 2008

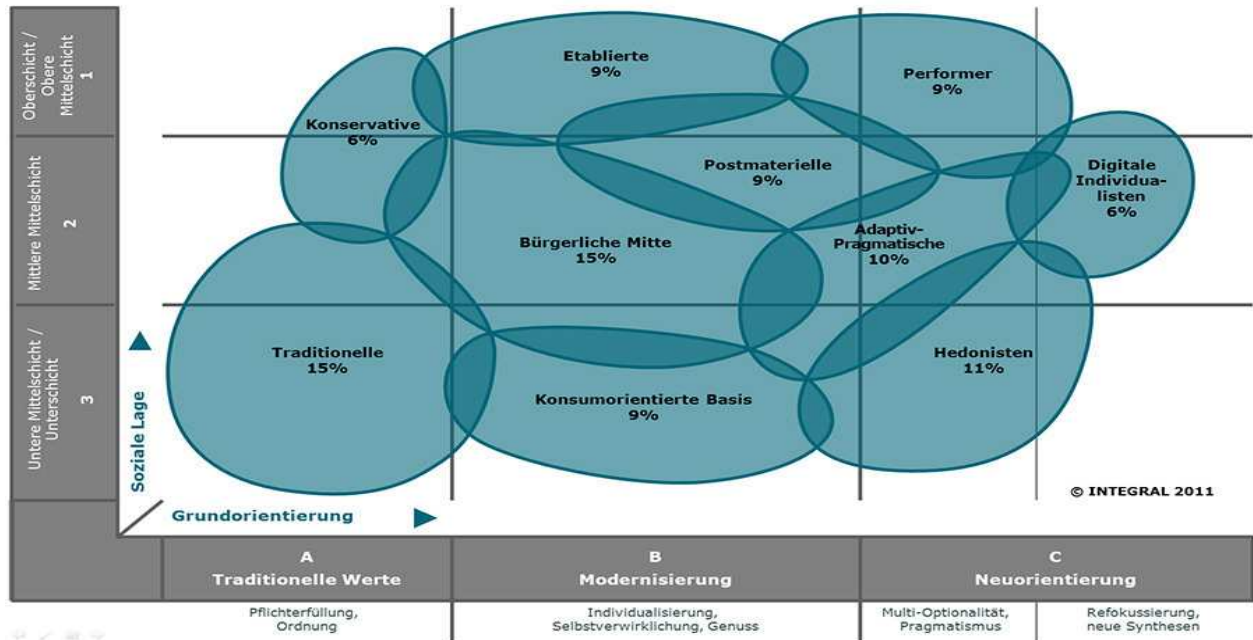
Die Sinus-Milieus® in Deutschland 2010



Milieus der Mehrheitsbevölkerung in Österreich

Die Sinus-Milieus in Österreich

Soziale Lage und Grundorientierung

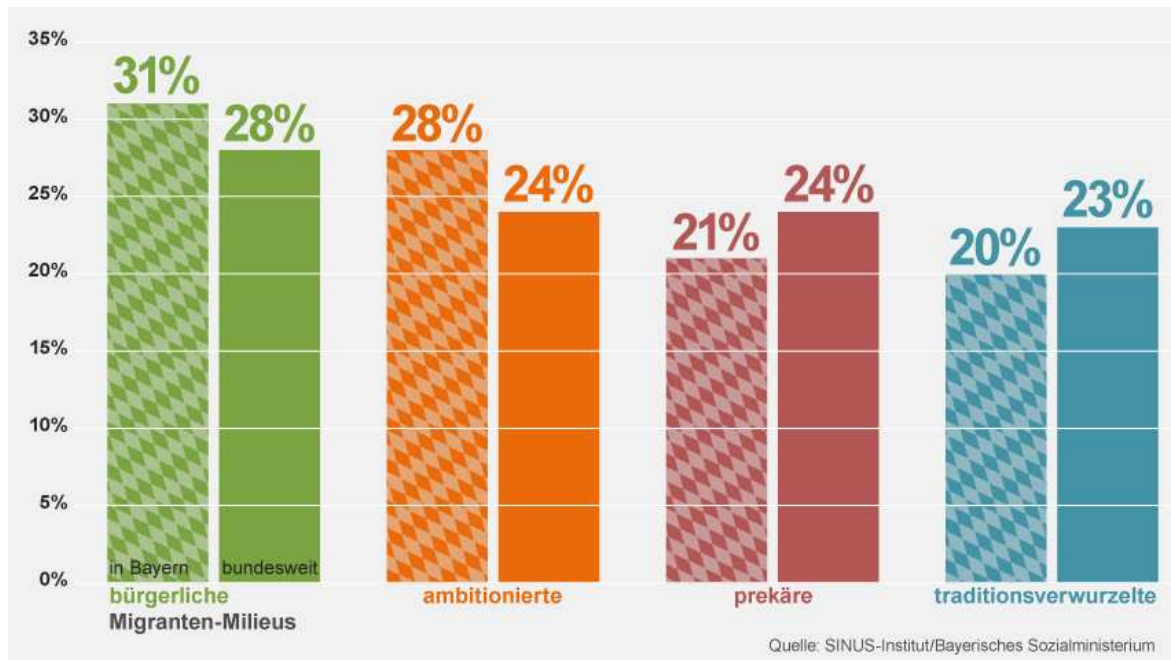


Migrantenmilieus



Quelle: Beck, Sebastian (2009): Migranten-Milieus. S. 21

Milieus der Mehrheitsbevölkerung



Traditionsverwurzelte Migranten – Milieus

Religiös-verwurzeltes Milieu A3 (7%)

- Vormodern, sozial und kulturell isoliertes Milieu, verhaftet in patriarchalischen und religiösen Traditionen der Herkunftsregion

Traditionelles Arbeitermilieu AB 3 (16%)

- Klassisches Blue-Collar-Milieu der Arbeitsmigranten und Spätaussiedler, strebt für sich und seine Kinder nach materieller Sicherheit

Bürgerliche Migranten-Milieus

Adaptives Bürgerliches Milieu B 23 (16%)

- Pragmatische moderne Mitte der Migrantenpopulation, strebt nach sozialer Integration und einem harmonischen Leben in gesicherten Verhältnissen

Statusorientiertes Milieu AB 12 (12%)

- Klassisches Aufsteigermilieu, das durch Leistung und Zielstrebigkeit materiellen Wohlstand und soziale Anerkennung erreichen will

Ambitionierte Migranten-Milieus

Intellektuell-kosmopolitisches Milieu B 12 (11%)

- Aufgeklärtes, global denkendes Bildungsmilieu, weltoffene und multikulturelle Grundhaltung mit vielfältigen, intellektuellen Interessen

Multikulturelles Performer-Milieu BC12 (13%)

- Junges, leistungsorientiertes Milieu mit bikulturellem Selbstverständnis, Identifikation mit dem westlichen Lebensstil, Streben nach beruflichem Erfolg und intensivem Leben

Prekäre Migranten-Milieus

Entwurzeltes Milieu B 3 (9%)

- Sozial und kulturell entwurzelt, auf der Suche nach Identität und Problemfreiheit, Streben nach Geld, Ansehen und Konsum

Hedonistisch-subkulturelles Milieu BC 3 (15%)

- Unangepasstes Jugendmilieu mit defizitärer Identität und Perspektive, das Spaß haben will und sich den Erwartungen der Mehrheitsgesellschaft verweigert

Traditionsverwurzelte Migranten-Milieus

Religiös-verwurzeltes Milieu A3 (7%)



Traditionelles Arbeitermilieu AB 3 (16%)



Bürgerliche Migranten-Milieus

Adaptives Bürgerliches Milieu B 23 (16%)



Statusorientiertes Milieu AB 12 (12%)



Ambitionierte Migranten-Milieus

Intellektuell-kosmopolitisches Milieu B 12 (11%)



Multikulturelles Performer-Milieu BC12 (13%)



Prekäre Migranten-Milieus

Entwurzeltes Milieu B 3 (9%)



Hedonistisch-subkulturelles Milieu BC 3 (15%)



Zentrale Ergebnisse und Folgerungen

- Die Mentalität und Milieu-Zugehörigkeit sind die alltäglichen Muster der Lebensführung, an denen sich Personengruppen orientieren, diese Zugehörigkeit verbindet mehr als ethnische Zugehörigkeit, Einkommen, Bildung oder religiöse Orientierung
- Milieustudien eröffnen den Blick auf Ressourcen, wenden sich von der Defizitbetrachtung ab, sie verstehen Migranten als aktive Subjekte und nicht als passive Objekte
- Milieustudien beugen Kulturalisierungen und Kulturrezepten vor und verorten kulturelle Einflüsse dort, wo sie stärker anzutreffen sind, zugleich sorgen sie für einen Vergleich zur überwiegenden Mehrheit
- Reflektion eigener Wahrnehmungswelten und Konstruktionen (Haben Menschen mit Migrationshintergrund wirklich einen Migrationshintergrund?)
- Krankheitskonzepte und -bewältigung im kulturellen Kontext müssen daher vor dem Hintergrund des Individuums, seiner Lebenswelt und des Milieus betrachtet werden

Migration und Gesundheit

Oder Macht Migration krank?

Ausgangslage

- Schlechte Datenlage zu Gesundheit und Krankheiten der Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund systematischer Erfassungsprobleme (Aufenthaltsdauer, Milieu, Illegalität, Messorte (Hausarzt oder Klinik))
- Zugangsbarrieren zu gesundheitlichen Einrichtungen und Dienstleistungen aufgrund sprachlicher, materieller und informeller Defizite
- Gesundheits- und Rehaleistungen werden häufig zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch genommen
- Weniger Hausarztbesuche, stärkere Inanspruchnahme von Rettungstellen an Abenden und am Wochenende
- Aufklärung, Prävention und Frühdiagnostik werden unterdurchschnittlich angenommen, daher fortgeschrittenes Chronifizierungsstadium
- Angebote der Schwangerschaftsbegleitung, der Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen (U1 – U9) werden seltener in Anspruch genommen
- Versorgungsmängel bei der Geburtshilfe und niedrigere Durchimpfungsrate
- Medizinische Versorgung abhängig vom Aufenthaltsstatus
- Abbau öffentlicher Gesundheitsdienste (insbesondere aufsuchender und nachsorgender Dienste) führt zu Verschlechterung der Kindergesundheit
- Wissensdefizite (TBC, AIDS)
- Versorgungsmängel durch Fehlmedikation
- Verzögerte Diagnostik, Fehl- und Endlosdiagnostik

Healthy-Migrant-Effect

- Gesundheitscheck bei den Arbeitsmigranten der 1. Generation
- generell wandern eher junge gesunde und leistungsfähige Menschen aus
- Migrationspopulation ist generell jünger und damit strukturell gesünder
- Anteil älterer Migranten ist geringer
- Durch die Heimkehr in die Heimat wird Morbidität und Mortalität strukturell unterbewertet
- statistische Erfassungsprobleme verstärken den Effekt

Healthy-Migrant-Effect bei Kindern

- bei Bronchitis, Allergien, Asthma, Magen-Darm- Infektionen und Mittelohrentzündungen, der im Laufe der Zeit nachlässt
- **Aber:** geringere Symptomaufmerksamkeit und geringere Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienstleistungen können für die geringere Häufigkeit von Scharlach und Masern, Windpocken, Pseudokrapp, Magen- und Darmerkrankungen, Migräne und Allergien verantwortlich sein (Milieuabhängigkeit)
- Erhöhtes Gesundheitsrisiko bei Anämien (Blutarmut), TBC, Karies, Adipositas, Verletzungen (z. B. fehlende Protektoren und Schutzhelme)

Healthy-Migrant-Effect

wird in der Aufnahmegesellschaft durch zahlreiche Faktoren „neutralisiert“:

- schlechtere Arbeits- und Wohnbedingungen
- „unpassende“ Ernährungsgewohnheiten und Nikotinkonsum
- späte oder mangelnde Inanspruchnahme von Gesundheits- und Reha-Dienstleistungen durch Zugangsbarrieren
- erhöhte körperliche Arbeit erhöht Unfallrisiko
- erhöhtes Arbeitsplatzrisiko
- unsicherer Aufenthaltstatus

Migration und Gesundheit bei Kindern

- „Schmerzempfinden“ aufgrund Helicobacter Pylori und psychosozialer Faktoren
- Tendenz zur Unterschätzung von psychosomatischen Erkrankungen
- überdurchschnittlich erhöhte psychische Erkrankungen und psychosomatische Beschwerden durch unzureichende psychosoziale Schutzfaktoren (z.B. prekäres Familienklima, emotionale Instabilität, Identitätskonflikte, Diskriminierung, mangelnde Unterstützung aus dem sozialen Umfeld, sozioökonomischer Status) oder fortbestehende Traumata (Kindersoldaten, Verlust der Eltern)

Migration und Gesundheit bei Erwachsenen

- Erhöhte Diabetes mellitus (Typ II) insbesondere bei Frauen mit Migrationshintergrund aus ländlichen Gebieten
- generell überdurchschnittlich erhöhte psychische Erkrankungen und psychosomatische Beschwerden durch unzureichende psychosoziale Schutzfaktoren und fortbestehende Traumatisierungen (Flucht/Krieg)
- Erhöhte Morbidität bei Herz-Kreislaufkrankungen und Virushepatitis sowie Erkrankungen des Bewegungsapparats durch körperliche Arbeit
- Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts durch Helicobacter pylori (HP) („Gastarbeiterulkus“-Wahrnehmungsdilemma)
- Sichelzellenanämie, Thalassämie, familiäres Mittelmeerfieber, Morbus gaucher sind genetische und keine migrationsbedingten Erkrankungen
- Diabetes und Krebserkrankungen liegen bei türkischen Migranten über dem Durchschnitt der Mehrheitsbevölkerung
- Psychosoziale Befunde verweisen auf tiefer liegende soziokulturelle Probleme
- Krankheitsbilder und kulturspezifische Krankheiten sind aufgrund unzureichender Erhebungsverfahren meist nicht sehr valide und führen daher immer wieder zu widersprüchlichen Ergebnissen

Migration und Gesundheit bei älteren Migranten

- Niedrigere Einkommen und Renten, teurere Mieten, schlechterer Bildungsstand und mangelnde Sprachkenntnisse sind für viele ältere Migranten kennzeichnend
- Der lange unsichere Aufenthaltsstatus führt zu großen Verunsicherungen und zu stetiger Belastung
- Durch die beruflichen Belastungen (körperliche Arbeit, Schichtarbeit, hohe Stundenzahl, Doppelverdiener) besteht ein größeres Gesundheitsrisiko

- Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, der Verdauungs- und Atmungsorgane, psychische und psychosomatische Krankheiten werden häufiger diagnostiziert und treten früher auf
- Generell höheres Erkrankungsrisiko bei älteren Migranten

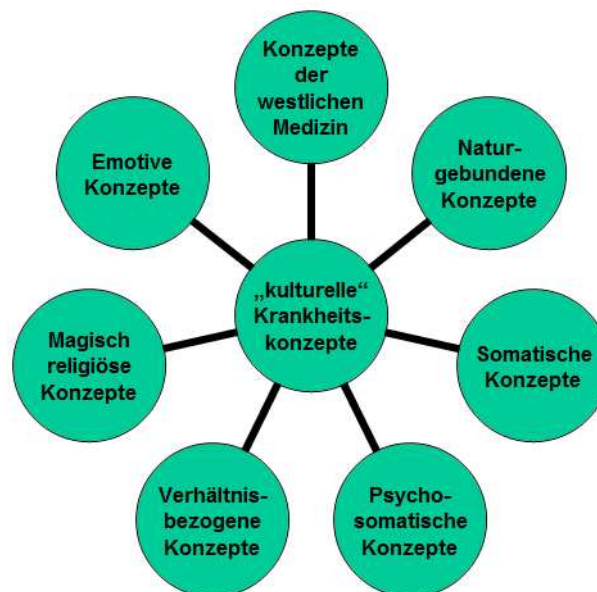
Chronische Krankheiten und Migration

- Chronische Krankheiten treten zu anderen Zeitpunkten, mit anderen Mustern und Häufigkeiten auf (Herzinfarkthäufigkeit der 1. und 2. Generation)
- Bewältigungsstrategien, Nutzungsverhalten und -zeitpunkte von Gesundheitsdienstleistungen unterscheiden sich
- Vulnerabilität bei Migranten höher
- Chronische Krankheiten mit ihren sozialen, familiären, finanziellen und psychologischen Dimension stellen Migranten aufgrund politischer und individueller Zugangsbarrieren vor spezielle Herausforderungen

Schlussfolgerungen:

- Gesundheitszustand der Menschen mit Migrationshintergrund und der Mehrheitsbevölkerung unterscheiden sich nicht wesentlich
- Migration als alleinige Kategorie eignet sich nur bedingt zur Analyse von Gesundheit und Krankheit
- Lebenswelt, sozioökonomische Faktoren und Milieus haben großen Einfluss auf Gesundheit und Krankheit
- Gefahr der „Psychiatisierung“ und „Kulturalisierung“ durch Stereotype, Vorurteile und „anecdotal evidence“
- Migration ist ein und nicht der Aspekt der Biographie, Anamnese und Krankheitsbewältigung

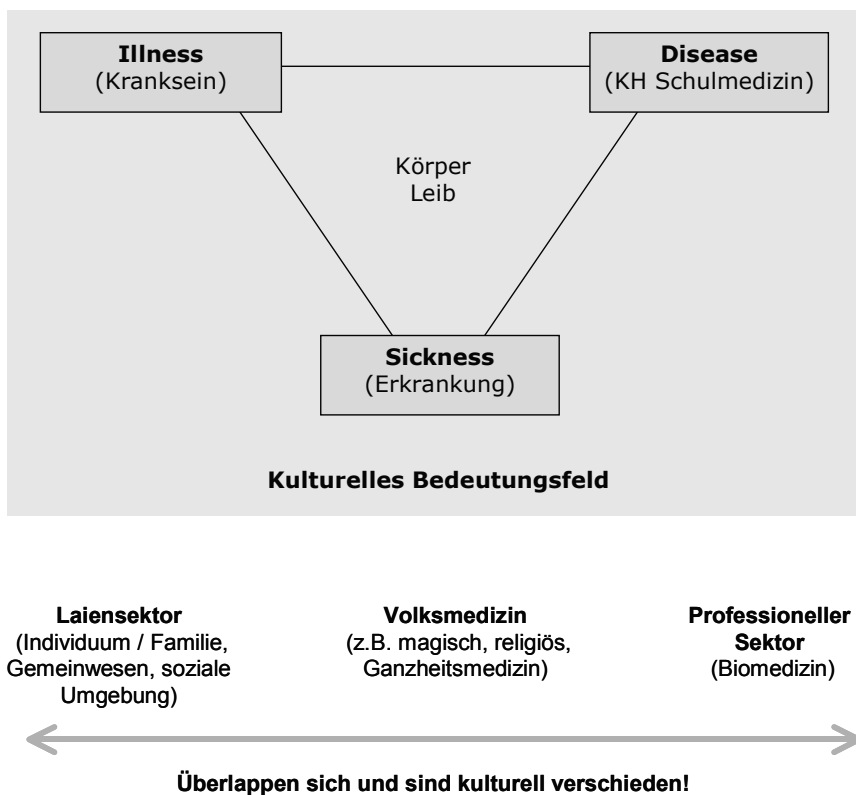
„Türkische“ oder „serbische“ Krankheitskonzepte?



Kulturelle Krankheitskonzepte

- Magisch-religiöse Krankheitskonzepte (böser Blick, Krankheit und Tod als Strafe, Zauber und Fluch)
- Naturgebundene Krankheitskonzepte (Wetter, Nebel, Luft)
- Organmedizinische und psychosomatische Krankheitsvorstellungen (Magen, Leber, Burn-Out)
- Verhältnisbezogene Krankheitskonzepte (Umweltprobleme, Arbeit, Mobbing)
- Emotive Krankheitskonzepte (Einsamkeit, Stress, Depressionen, keine Freunde)
- Somatische Krankheitskonzepte (Herz stehengeblieben, Kopf ist erkältet, Leber brennt, verrutschte und gefallene Organe: bel düsmesi – fallendes Kreuz, yürek düsmesi – fallendes Herz, dil kaymasi – verrutschte Zunge, göbek düsmesi – Nabelfall)

Der medizinethnologische Ansatz von Kleinman



Illness (Kranksein)

- ist die Bezeichnung für das kulturelle Management (Wahrnehmen, Klassifizieren und Interpretieren) von vorgestellter Krankheit („Illness ist the shaping of disease“)
- Perspektive der Patienten auf sein Kranksein beinhaltet die biomedizinische, psychische, soziale und kulturelle Ebene
- Kranksein ist die psychosoziale und kulturelle Erfahrung (Symptomkonstruktion, Krankheitsbezeichnung, Wertung, Interaktion, Heilungsstrategie), die Herstellung eines Sinn- und Handlungszusammenhangs zur Meisterung von Krankheit
- Bei der Beschreibung und Heilung spielen symbolische und kulturelle Konstruktionen und die soziale Umgebung eine zentrale Rolle

- Kranksein äußert sich in Symptomen – fehlen Symptome, fühlen sich die Menschen auch nicht krank, selbst wenn eine Diagnose erstellt wird und umgekehrt

Disease (Krankheit) und Sickness (Erkrankung)

- Organische Erkrankung, die ein bestimmtes Symptombild hervorruft, wobei der Körper die Vermittlungsinstanz darstellt
- unabhängig von der individuellen Erfahrung
- Diagnose und Behandlung stehen im Vordergrund
- Heilung ist gleichgesetzt mit Behandlungserfolg und nicht mit der subjektiv wahrgenommenen Heilung des Patienten
- Perspektive der Biomedizin auf die Krankheit des Patienten
- Die Krankheit wird aufgrund der Krankheitsgeschichte bzw. Anamnese und mittels diverser diagnostischer Verfahren diagnostiziert
- Sickness bzw. Erkrankung ist die Kombination von illness und disease
- Arzt-Patienten-Interaktionen sind zu verstehen als Aushandlungsprozesse bezüglich der von beiden Seiten eingebrachten Erklärungsmodelle

Das Erklärungsmodell nach Kleinman

- Wie bezeichnen Sie Ihr Problem? Welchen Namen geben Sie Ihrer Krankheit?
- Was, denken Sie, ist die Ursache Ihres Problems?
- Warum begann es zu dem Zeitpunkt, als es begann?
- Was verändert die Krankheit bei Ihnen? Wie funktioniert sie?
- Wie schwerwiegend ist sie? Wird sie einen langen oder kurzen Verlauf haben?
- Was befürchten Sie am meisten bei dieser Krankheit?
- Was sind die Hauptprobleme, welche Ihnen die Krankheit beschert hat?
- Welche Art von Behandlung sollten Sie erhalten? Welches sind die wichtigsten Resultate, die Sie von der Behandlung erhoffen?

Anregungen für kultursensible Fragen

- Patientenfragen individuell, biographiezentriert, kontext- und situationsbezogen, ressourcenorientiert, interaktiv und reflexiv
- Interessengeleitete Fragen nach Migration und Migrationsgeschichte, Aufenthaltsstatus und Implikationen
- Vermeidung von Kulturrezepten und Kulturalisierungen
- Nachfragen bei kultureller und religiöser „Unwissenheit“
- Krankheits- und Gesundheitskonzepte „offen“ nachfragen
- „Authentische Neugier und intrinsische Motivation“

Schlussfolgerungen

„Das und ein kulturelles Gesundheits- und Krankheitsverständnis“ gibt es nicht, sondern vielmehr viele individuelle Konzepte, die abhängig sind von:

- Individuum (z.B. kulturelle Prägung, Bildung, Migrationsverlauf, Aufenthaltsstatus, Milieu, Geschlecht, Alter)
- 1./2./3./4. Einwanderungsgeneration
- Adaption neuen Wissens (z.B. Gesundheitssystem, Gesundheits- und Krankheitskonzepte)

- Reaktivierung traditioneller Konzepte
- sozialen, wirtschaftlichen und politischen Entwicklungen

Ergänzung (bei der Enquete aus Zeitgründen weggelassen):

Transkulturelle Pflegeanamnese

Definition, Notwendigkeiten und Perspektiven

- Pflegeanamnese dient dem Aufbau einer vertrauensvollen und professionellen Beziehung durch Interaktion und einem grundsätzlichen Interesse an der Lebenswelt des anderen mit dem Ziel die Sichtweise des Patienten zu erfassen
- Verwendung angepasster und reflektierter Fragen an die Patienten (z.B. Aufenthaltsstatus, Angehörige, Frauenrolle, Migrationsgeschichte)
- Auf der Beziehungsebene arbeiten ohne zu fraternisieren
- Transkulturelle Pflegeanamnese erweitert die Patientenperspektive über die reine Migrations- und Kulturperspektive hinweg

Fragen und Inhalte – siehe oben „Anregungen für kultursensible Fragen“

Vorbereitung

- Themenauswahl und Themenschwerpunkte je nach Gesprächszeitpunkt
- Relevante Informationen zum Einzelnen eruieren (z.B. Was ist Ziel und Zweck des Spitalaufenthaltes?)
- Kommunikation und Fragen vor dem einzelnen Migrationshintergrund und Migrationsmilieu reflektieren und anpassen
- Vorsicht: Attributionen, selektive Annahmen oder eine mangelhafte Informationssammlung führen meist zu gut gemeinten, jedoch unangepassten Pflegemaßnahmen

Konkrete Gesprächsvorbereitung:

- Wie gut versteht und spricht er/sie die Sprache?
- Brauche ich einen Dolmetscher oder Informationsmaterial?
- Wurde er/sie über Zweck, Ablauf und Dauer des Gesprächs informiert?
- Was weiß ich über die Biografie? (Milieu, Aufenthaltstatus)
- Welche Themen sind vordringlich, welche nachrangig?
- Gilt es spezielle Abmachungen zu machen?

Durchführung

- Kontext- und situationsbezogenes sowie biographiezentriertes Vorgehen und keine Anwendung von „Kulturrezepten“
- Patienten mit Migrationshintergrund als aktives Subjekt und nicht als passives Objekt betrachten und behandeln
- Sammeln der Informationen in gegliederten Niederschriften bzw. standardisierten, strukturierten Formularen
- Gesundheitliche Ressourcen, Entwicklungspotenziale, Risiken und Probleme analysieren und Schwerpunkte festlegen
- Ziele und Handlungen gemeinsam mit dem Patienten abstimmen

Lösungen gegenüber dem Patienten

- Migration und Religion als Ressource zur Zusammenarbeit und nicht als Problem
- Berücksichtigung sozialer, politischer und gesellschaftlicher sowie individueller biographischer Faktoren und Abwendung von migrations- und kulturspezifischen Betrachtungsweisen
- Nachfassen und Nachfragen der Problematik („Kultur oder Macht, Migration oder Zeitbudget“)
- Migration als Marker, als Frage, als Beginn des Nachdenkens und Nachforschens und nicht als dessen Antwort und Ende
- Rückbesinnung auf individuelle Biografie, persönliche Vorstellungen, Erfahrungen, Prioritäten und Nöten
- Kultur als analytisches Instrument, als Mittel zum Zweck

Lösungen in der Gesundheitsarbeit

- Pragmatische, weil gesundheitsfördernde Ansätze bei TBC, Aids und anderen Infektionskrankheiten
- Zielgruppenorientierte und kultursensible Aufklärungskampagnen (Rauchen, Gesundheitswegweiser)
- Mehr, vernetzte und differenzierte Forschung (Alter, Milieus, Wohnverhältnisse, Gesundheitsdienstleistungen und -einrichtungen, Ort, Aufenthaltsdauer)
- Förderung der Aus- und Weiterbildung
- Verstärkung der psychosozialen Schutzfaktoren durch gelingende Integration und politische Teilhabe

Neues erlernen,

Eigenes erkennen,

Fremdem begegnen,

Gemeinsames schaffen.

3. Ergebnisse der Gesprächskreise

Kommunikation im Gesundheitsbereich

(Moderation: Mag.^a Verena Schlichtmeier – Flüchtlingsdienst der Diakonie)

Es wurde ein weiterer Austausch zwischen ExpertInnen des Gesprächskreises vereinbart – Schlichtmeier wird dazu weitere Treffen organisieren. Die TeilnehmerInnen des Gesprächskreises stimmen überein, dass eine Professionalisierung des Dolmetschwesens im Gesundheitsbereich nötig ist. In Bezug auf die Kostenübernahme von Dolmetschdiensten im klinischen Bereich stellt die fehlende rechtliche Regelung ein Problem dar. Im Rahmen des Gesprächskreises wurden die Dolmetschservices der Salzburger sowie der Tiroler Landeskliniken vorgestellt – am Salzburger Modell ist hervorzuheben, dass sich die Salzburger Landeskliniken als migrantenfreundliches Krankenhaus verstehen und der Dolmetschdienst einen Teil dieses Gesamtkonzepts darstellt – im Tiroler Modell ist der Dolmetschdienst Teil der Regelversorgung, dies bedeutet jede/r kann diesen anfordern. Wie es mit Dolmetschdiensten außerhalb des Klinikbereiches aussieht und welche Ansätze und Lösungen in diesem Bereich möglich wären, blieb im Gesprächskreis offen. Angedacht ist eine diesbezügliche Kontaktaufnahme mit Dr. Arno Melitopoulos, Direktor der TGKK, um eventuelle Lösungsmöglichkeiten anzudenken.



Frauen in Gesundheit & Pflege

(Moderation: Daniela Dupor – Verein Frauen aus allen Ländern)

Ein immer wiederkehrendes Anliegen in diesem Gesprächskreis stellte die Stärkung der Frau dar, sowohl als Mitarbeiterin (im Beruf stehend und in Ausbildung) im Gesundheitswesen als auch als Patientin. Mit der Stärkung einer gehen soll auch eine Sensibilisierung gegenüber sexueller Diskriminierung welche im Gesundheitswesen gehäuft auftritt. Im Bereich der Ausbildung und Berufsausübung der Frauen wurden auch strukturelle Probleme angesprochen wie z.B. beim Wiedereinstieg in den Beruf oder in der Ausbildung. Im Gesprächskreis wurde von vielen Teilnehmerinnen der Wunsch nach Vernetzung und Austausch ausgesprochen – dies wird auf individueller Basis weiterverfolgt.



Ausbildung im Pflegebereich, Altenpflege & Mobile Pflege

(Moderation: Frau Dr.in Margit Schäfer – Lektorin am MCI)

In diesem Gesprächskreis wurde in Arbeitsgruppen an vier Themen gearbeitet: Wo liegen die derzeitigen Herausforderungen und Probleme im Gesundheitswesen für Menschen mit Migrationsgeschichte? Klar wurde in diesem Bereich, dass sowohl MigrantInnen Probleme mit Institutionen haben als auch Institutionen mit MigrantInnen.

Bei der Frage, was Menschen mit Migrationsgeschichte mit in die Ausbildungen bringen, kam man zu folgenden Ergebnissen: Normalität/Realität, Partizipation, Vielfalt, Neues, andere Denkmuster und der Aspekt, dass Menschen verstanden werden, die bisher nicht so gut verstanden wurden.

Die dritte Frage lautete: Was sind "No-gos" bei der Aufnahme von Menschen mit Migrations-



geschichte in Pflegeausbildungen bzw. was ist unerlässlich? Drei Punkte wurden als unerlässlich erachtet: die soziale Kompetenz und Eignung; ein Alltagsverständnis der deutschen Sprache; und dass die Qualität der Pflege an erster Stelle stehen muss. Diese Voraussetzungen sollten generell für alle Personen in der Pflegeausbildung gelten – ob mit oder ohne Migrationsgeschichte.

Auf die Frage, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit mehr Menschen mit Migrationsgeschichte eine Pflegeausbildung beginnen und positiv abschließen, müssen Antworten auf der Seite der Institutionen gefunden werden: mehr Datenmaterial, gleiche Rechte des Zugangs und der Anforderungen, Information und Kommunikation der Angebote, Netzwerke nutzen, Hol- und Bringschuld bzgl. Information & Kommunikation sowie Coaching & Profiling im Sinne der beruflichen Orientierung für alle in der Mehrheits- und Zuwanderungsgesellschaft. Aber auch von Seiten der MigrantInnen müssen Voraussetzungen erbracht werden: Sprachkenntnisse, Offenheit, Bereitschaft zur Weiterbildung, Teamfähigkeit, gute Kenntnisse der österreichischen Kultur & Gesellschaft, Respekt & Achtung, Kritikfähigkeit, Selbstreflexion und Flexibilität.

Fragen zur psychischen Gesundheitsversorgung

(Moderation: Dr. Matthias Lauer – Patientenanwaltschaft)

Thematisiert wurde die mangelnde Versorgungsstruktur von Menschen mit Migrationsgeschichte, besonders betroffen sind jene, die außerhalb des Sozialversicherungssystems sind. Trans- bzw. interkulturelle

Kompetenzen werden im Gesundheitswesen generell als wesentlich erachtet – diesbezüglich braucht es Sensibilisierung, die auch institutionell verankert werden sollte. In der psychischen Gesundheitsversorgung wäre mehr dolmetschunterstütztes Arbeiten, im Sinne von professionellem Dolmetsch, dringend nötig. Wünschenswert wäre eine kassenfinanzierte dolmetschunterstützte Psychotherapie, Psychoedukation und Rehabilitation.



Auch in diesem Gesprächskreis gibt es ein Bestreben zur Weiterarbeit an dem Thema – dies ist im Rahmen der PsychTransKult-AG geplant.

4. Literaturvorschläge & Hinweise zum Thema

In der **Handbibliothek des Fachbereichs Integration**, Michael-Gaismair-Str. 1, 6020 Innsbruck (Zimmer 239) können folgende Bücher ausgeliehen werden – Recherchen und Reservierungen online unter <http://www.imz-tirol.webopac.at/> :

Allaoui, Raoua 2005: Dolmetschen im Krankenhaus. Rollenerwartungen und Rollenverständnisse

Baykara-Krumme/Motel-Klingebiel/Schimany (Hrsg.) 2012: Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) 2007: Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis

Behrens, Britta 2011: Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen

Böhm, Erwin 2012: Sprechen Sie limbisch? Ein Plädoyer für eine transkulturelle und transgenerationelle Altenpflege

Borde/David (Hrsg.) 2008: Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt

David/Borde/Kentenich (Hrsg.) 2011: Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. 2. Auflage

David/Borde/Kentenich (Hrsg.) 2011: Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. 4. Auflage

ISS (Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.) 2011: Migration und Soziale Arbeit. Alter und Migration

Tschiederer, Birgit 2012: Kultursensible Altenpflege. Umgang mit Pflegebedürftigkeit von älteren MigrantInnen am Beispiel Telfer TürkInnen. Diplomarbeit

van Keuk/Ghaderi/Joskimovic/David (Hrsg.) 2011: Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern

*Weiters umfasst die Bibliothek des Fachbereichs eine Auswahl an **Broschüren, Tagungsbänden und Dokumentationen** zum Thema:*

AWO (Arbeiterwohlfahrt) Bezirk Westliches Westfalen e.V. & Unterbezirk Gelsenkirchen-Bottrop 2012: Sport- & Bewegungsangebote für alter werdende Migrantinnen – von Socken zu Turnschuhen! Ein Leitfaden mit praktischen Handlungsempfehlungen

BASPO (Bundesamt für Sport) 2012: Kulturelle Vielfalt im Sportverein. Gemeinsam trainieren – zusammen leben

BASS (Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG) 2012: Einsatz und Wirkung von interkulturellem Übersetzen in Spitälern und Kliniken. Schlussbericht

BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) 2009: Migration und Gesundheitsförderung. Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten

BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung): Migration, Prävention, Gesundheitsförderung. Empfehlungen für Fachkräfte

DGB Bildungswerk 2011: Migration und Gesundheit. Interkulturelle Kommunikationskompetenz für Beratende in der Verwaltung und Behandelnde im Gesundheitswesen. Dokumentation

Landeshauptstadt München, Stelle für interkulturelle Arbeit, Sozialreferat 2011: Multiplikatorinnenreise. Praxisbeispiele der interkulturellen Altenpflege

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen 2011: Gesundheit im Alter: Herausforderungen in der Gesundheitsförderung. Dokumentation der Fachtagung vom 10. Februar 2011 in Düsseldorf

LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen 2012: Alltägliche Diskriminierung und seelische Gesundheit. Dokumentation

Pfluger/Biedermann/Salis Gross (2008): Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz: Grundlagen und Empfehlungen. Herzogenbuchsee: Public Health Services.

Projektverbund „Vorsprung durch Vielfalt“ 2012: Dokumentation der Fachtagung „Alles außer gewöhnlich“. Vielfaltsorientierte Strategien zur Personalgewinnung und –entwicklung.

Publikationsauswahl der ReferentInnen

Fischer, Christian: „Kulturelle Inhalte und Kompetenzen in der Berufsausbildung“ für den Ausbildungslehrgang Berufspädagoge IHK, GAB, München

Fischer, Christian: „Transkulturalität – auch ein Kulturkonzept für die Entwicklungszusammenarbeit? Kulturbegriffe und Kulturkonzepte im Zeichen des globalen Wandels“
Tagungsband zum Neunten Internationalen Tag „Interkulturalität in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit“, München

Karl-Trummer, Ursula, Novak-Zezula (2012): Migration - Gesundheit – Public Health. In: ÖKZ. Das österreichische Gesundheitswesen. 53. Jg (2012) 08

Karl-Trummer, Ursula, Novak-Zezula, Sonja, Sardadvar, Sascha (2012): Gesundheit im urbanen Raum. Die Bedeutung von sozioökonomischer Position und Migrationsstatus als Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Wiener Bevölkerung. Factsheet.

Karl-Trummer, Ursula; Novak-Zezula, Sonja; Glatz, Astrid; Metzler, Birgit (2010): „zwei Mal ‚Bitte?‘, dann hat die keine Geduld mehr und schimpft sie schon“ Kulturelle Lernprozesse zur Integration von migrantischen Pflegekräften. In: SWS-Rundschau (50. Jg.) Heft 3, 340-356

Novak-Zezula, Sonja, Karl-Trummer, Ursula (2012): "If you want to be precise you can do nothing". Die Praxis medizinischer Versorgung von undokumentierten MigrantInnen: widersprüchliche rechtliche Anforderungen und ein besonderes Klientel. In: Kaelin, Lukas (Hg.): "Wieviel Deutsch braucht man, um gesund zu sein?" Tagungsband zur Jahrestagung des Institut für Ethik und Recht in der Medizin 2011. Im Erscheinen, Facultas

Novak-Zezula, Sonja, Karl-Trummer, Ursula, Krajic, Karl, Pelikan, Jürgen M. (2008): Qualitätsgesichert Dolmetschen im Krankenhaus: Europäische Implementierungs- und Evaluationserfahrungen. In: Curare, 08, 1

Reinprecht, Christoph (2012): Migration als Determinante von Lebensqualität: Strukturelle, kulturelle und biografische Aspekte. In: Helen Baykara-Krumme/ Andreas Motel-Klingebiel/ Peter Schimany (Hrsg.): Viele Welten des Alterns: Ältere Migranten im alternden Deutschland

Reinprecht, Christoph (2012): Partizipationschancen in städtischen Lebenswelten im Kontext von Altern und Migration. In: Susanne Kümpers/

Josefine Heusinger (Hrsg.): Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf?: Altern unter Bedingungen von Marginalisierung

Reinprecht, Christoph (2011): Verwundbarkeit des Alterns in der Migration. Lebensrealitäten der türkeistämmigen älteren Bevölkerung. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 43/2011, 35-41

Reinprecht, Christoph (2011): Altern und Migration. In: Gerald Knapp/ Helmut Spitzer (Hrsg.): Altern, Gesellschaft und Soziale Arbeit. Lebenslagen und soziale Ungleichheit von alten Menschen in Österreich

Reinprecht, Christoph (2010): Menschen mit Migrationshintergrund und speziellen Bedürfnissen. In: Ursula Karl-Trummer/ Christoph Prammer (Hrsg.): Migration, Kultur und Gesundheit. Chancen, Herausforderungen und Lösungen. Gesundheitswissenschaften Band 39

Reinprecht, Christoph (2010): MigrantInnen als KundInnen von Sozialdienstleistungen: Kultursensible Pflege und Betreuung. In: Irene Köhler/ Claudia Klambauer (Hrsg.): Soziale Dienstleistungen in Österreich im Hinblick auf Migrantinnen und Migranten

Reinprecht, Christoph (2006): Nach der Gastarbeit: Prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft

Onlinebeiträge:

Altintop, Nevin 2010: Wie sich türkischsprachige MigrantInnen in Wien ihre Zukunft im Alter vorstellen. Diplomarbeit. Online als PDF verfügbar unter

http://www.infodienst.bzga.de/bot_teaserext7.26_idx-2842.html

Altintop, Nevin 2012: Mediteranne Abteilungen im Pflegeheim. Insel in der Fremde. Artikel im Magazin Krankenpflege 7/2012. Im Anhang

BAMF 2012: Forschungsbericht 12: Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel . Kurzfassung des Berichts unter

<http://wong.to/mig-pflege>

Bildungshaus Batschuns 2012: Projektbeschreibung „Kultursensible Pflege – Hand in Hand“

http://bildungshaus-batschuns.at/?inhalt=Kultursensible_Pflege&id=5-5-0

Bundesamt für Gesundheit/Schweizerisches Rotes Kreuz 2012: Älter werden in der Schweiz. Gesundheitsratgeber für Migrantinnen und Migranten und ihre Angehörigen. Online als PDF verfügbar unter

<http://www.migesplus.ch/index.php?id=14&uid=224&L=0>

Hilfswerk Wien: Projekt „migrants care“ – Deutschkurse für Pflege

<http://www.hilfswerk.at/wien/wir-ueber-uns/news-presse/aktuelle-meldungen/migrants-care-deutschkurse-fuer-pflege>

Islamische Fachschule für soziale Bildung: <http://www.bif-fachschule.at/>

Verein Multikulturell 2012: Projektbeschreibung „TACTICS – Lifelong games“ unter <http://www.migration.cc/cms/de/projekte/aktuelle/114-tactics>

*Wir freuen uns, dass es im Gesundheitsbereich einige **Fortbildungen** in die Richtung kultursensible Pflege und Transkulturalität gibt und möchten hier Beispiele nennen:*

- **Akademische Ausbildung:** Migration und Gesundheit – Akademische Expertin, Master of Advanced Studies oder Master of Science – an der Donau-Universität Krems, Informationen unter www.donau-uni.ac.at/mig/gesundheit
- **Veranstaltungsreihe 2012:** „Wege zur kultursensiblen Pflege“ - im Rahmen dieser Veranstaltungsreihe wurden 3 Vorträge und eine Fachtagung durchgeführt – ein Band zur Fachtagung kann beim Wiener Universitätsverlag unter <http://facultas.wuv.at/list/9783708908687> bestellt werden.

Projekte der ReferentInnen:

Fischer, Christian: Konzeption eines Multiplikatorentrainings für Pflegefachkräfte und Pflegedidaktiker für die Landeshauptstadt München („Transkulturelle Kompetenzen in der Pflege“)

Fischer, Christian: Mitarbeit im Arbeitskreis „Pflege und Kultur“ der DV Pflegewissenschaft (Theorie- und Curriculumentwicklung)

Fischer, Christian: Moderation des Fachtages „Kultursensible Altenpflege konkret“, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Novak-Zezula, Sonja: Evaluation des Projekts Frauengesundheitszentrum für Migrantinnen der Cariats Wr. Neustadt (2012-2014)

Novak-Zezula, Sonja: Cost-benefit analysis of restrictions on undocumented migrants' access to health services. ASEF Public Health Network (2012-2013)

Novak-Zezula, Sonja: Medizinische Qualität in Privatkrankenanstalten (2010 – 2011)

Novak-Zezula, Sonja: Migrant Nurses Study Vienna (2009 - 2010)

Novak-Zezula, Sonja: „Healthcare in Nowhereland: Improving Services for Undocumented Migrants in the EU“ (2008-2010) sowie parallel in der Schweiz

Novak-Zezula, Sonja: Diversitätsmanagement im Wiener Krankenanstaltenverbund – Evaluation von vier Maßnahmen (2007)

Novak-Zezula, Sonja: MitarbeiterInnengesundheit im Krankenhaus – Entwicklung eines Gesundheitsmonitoringsystems für Krankenhäuser (2005-2007)

Novak-Zezula, Sonja: „Improving interpreting in clinical communication“ Subprojekt im „Migrant Friendly Hospital“-Projekt (www.mfh-eu.net) (2001-2005)

Novak-Zezula, Sonja: Workshops: <http://de.invivo.at/invivo/geschaeftsfelder/workshops>
Managing_Diversity©, Managing_Paradox©, Managing_Evaluation©

Reinprecht, Christoph 2006: INVOLVE - Involvement of Third Country Nationals in Volunteering and Civic Activities as a Means of Better Integration

Auftraggeber: Europäische Kommission, GD Justiz und Inneres

Reinprecht, Christoph 2006: Lebenslagen und Lebensqualität von MigrantInnen der 1. und 2. Generation in Wien.

Beschreibung: Sonderauswertung des Datensatzes „Leben und Lebensqualität in Wien II“.

Reinprecht, Christoph 2005: MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialbereich.

Beschreibung: Zur Situation älterer MigrantInnen in Wien.

Auftraggeber: Europäischer Sozialfonds / Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit

Mediterrane Abteilungen im Pflegeheim

Insel in der Fremde

Mit der Schaffung von mediterranen Abteilungen reagieren Pflegeheime vermehrt auf die Bedürfnisse der in der Schweiz lebenden älteren Migrationsbevölkerung. Im Pflegezentrum Erlenhof in Zürich bewährt sich das Konzept.

NEVIN ALTINTOP

ITALIENER stellen in der Schweiz die grösste Migrantengruppe im Alter von 65 Jahren und darüber. Sie sind – wie viele andere – im Zuge der Arbeitsmigration in den 1950er und 1960er Jahren in die Schweiz gekommen.¹ Sie sind geblieben – was so nicht geplant war: Einen «Integrationsplan» gab es für sie nicht. Und nun: Integration im Alter?

Es ist also notwendig geworden, die Altersversorgung neu zu überdenken, sodass sie auch Migranten und Migrantinnen gegenüber gerecht wird. Eine erste grössere Studie von 2008 fasste die Projekte zusammen, die sich mit gesundheitsfördernden Massnahmen für Migranten und Migrantinnen auseinandersetzen.² Eine solche Altersversorgung muss Zugangsbarrieren abbauen, und so ringt die Schweiz seit fast zehn Jahren mit dem Konzept der «mediterranen Abteilung» in Altersheimen.

Die «mediterrane Abteilung» in Altersheimen ist eine Form von kultursensibler Pflege im Alter und wirkt in erster Linie gegen eine sprachliche Isolation der Heimbewohner und damit auch gegen eine soziale Isolation. Der Verlust von sozialen Kontakten, von

Sprache und Kommunikationsmöglichkeiten reduziert nicht nur unser Wohlbefinden, sondern beschleunigt Depression und demenzielle Erkrankungen. Das Konzept der «mediterranen Abteilung» versucht, sprachlicher Isolation entgegenzuwirken. Mittlerweile gibt es in der Schweiz vereinzelt italienische Wohngruppen in Altersheimen – in Zürich, Basel und Bern.

Kultursensibles Pflegeheim

Seit Mai 2003 beherbergt das Pflegezentrum Erlenhof in Zürich eine mediterrane Abteilung. In dieser Abteilung leben BewohnerInnen aus dem mediterranen Sprach- und Kulturraum, mit italienischen, spanischen, portugiesischen oder sogar brasilianischen Wurzeln. Die mediterrane Station im Pflegezentrum Erlenhof ist eine von fünf Spezialstationen. Brigitte Büchel, die langjährige Leiterin des Erlenhofs, war massgeblich an der Einrichtung beteiligt. Die Abteilung bietet eine spezifische Ausrichtung auf italienische und spanische Sprache, mediterrane Küche und Kultur. Die MitarbeiterInnen identifizieren sich mit der mediterranen Kultur, den Bräuchen und Sitten. So ist es möglich, dass die Bewohner verstanden und verstanden werden.³

Brigitte Büchel erklärt bei meinem Besuch im Pflegezentrum Erlenhof, dass das Zentrum mit dem zweisprachigen Personal für die Bewohner eine Art Insel in der Fremde ist. Auffallend sei, sagt sie, dass die Bewohner der mediterranen Station sich im Erdgeschoss ruhiger verhalten. Sobald sie in den Lift steigen und auf ihre Station gehen, sind sie ausgelassener. Als wäre der Lift



Vielfältiges Leben im Zürcher Pflegezentrum Erlenhof

oder die Treppe die Grenze zwischen der Schweiz und Italien. Man kann laut Büchel von keinem Menschen im Alter verlangen, dass er sich nicht in seiner Muttersprache verständigt. Von den ehemaligen Gastarbeitern, die inzwischen alt sind, kann man Deutschkenntnisse nicht unbedingt voraussetzen. Es ist wichtig, dass sich diese Menschen verstanden fühlen und auch in ihrer Sprache ausdrücken können. Unter den Mitarbeitenden wiederum gibt es unter anderem ItalienerInnen und SpanierInnen – sie verstehen auch die Kultur.

Hobbys von früher

Zu Beginn meines Besuches werde ich auf der mediterranen Station im zweiten Stock mit «Buongiorno» begrüsst. Im Hintergrund ertönt die Stimme von Adriano Celentano. Meistens läuft italienische Musik, die Bewohner wollen es so. Alle sitzen um einen grossen Esstisch und frühstücken. Das Miteinander, die Lebendigkeit und Gastfreundschaft gehört zur südländischen Kultur.

Nachmittags gibt es Kaffee und Kuchen – entweder auf der jeweiligen Station oder im Erdgeschoss in der Cafeteria. In der mediterranen Gruppe kommt oft Besuch. Alle in der Station werden integriert, Neuigkeiten werden ausgetauscht, der mitgebrachte Kuchen reicht für alle. Abends gibt es ebenfalls eine Auswahl. Während die Schweizer meistens ihren Tee oder Kaffee mit Marmeladenbrot bevorzugen, möchten die Bewohner der mediterranen Station ein warmes Gericht, so wie sie es eben von früher gewohnt sind.

¹ E. Soom Ammann: «Ein Leben hier gemacht. Altern in der Migration aus biographischer Perspektive – Italienische Ehepaare in der Schweiz.» transcript (2011)

² C. Bissegger, H. Hungerbühler: «Kriterien der Gesundheitsförderung mit älteren MigrantInnen in der Schweiz.» Schweizerisches Rotes Kreuz (2008). Die Studie ist abrufbar unter http://www.redcross.ch/data/dossier/40/redcross_dossier_40_1_de.pdf

³ <http://www.erlenhof.ch/>

⁴ <http://www.alter-migration.ch/>

⁵ A. Cortesi: «Das stille Leiden betagter Italiener.» Artikel im Tagesanzeiger vom 21.6.2010 (abrufbar unter <http://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/Das-stille-Leiden-betagter-Italiener/story/30480347>)



hof: Gestalten im Malatelier, ein Tänzchen am Ende der Meditationsstunde und Erinnerungen an die Familienzeit.

Fotos: Nevin Altintop

Im grosszügig angelegten Garten ist der 87-jährige Italiener Pietro aus Neapel. Er hat viele Jahre im Ausland, auch in den USA gelebt und hält sein Deutsch für nicht so gut. Er redet gerne Englisch. Trotzdem kann er sich ohne Probleme verständigen. Er lebt im Erlenhof, da einer seiner Söhne in Zürich lebt und ein Schuhgeschäft besitzt. Ein anderer Sohn lebt in New York. Pietro zupft unermüdlich die verwelkten Blüten der Blumen und erklärt, dass er der «inoffizielle» Gärtner vom Erlenhof sei. Blumen sind sein Hobby, er hat früher auch als Gärtner gearbeitet. Pietro teilt sein Zimmer mit einem Schweizer. An der Wand hängen Familienfotos und kleine Heiligenbilder

Am Nachmittag trifft sich auch die Malgruppe. Von den vier Teilnehmern sind zwei Italiener und zwei Schweizer. Die Schweizer erzählen, dass sie sich eher weniger mit den Italienern unterhalten, da es viele Sprachprobleme gäbe. Einer der Italiener, ein Sizilianer, erzählt, während er malt, dass er gerade deshalb im Erlenhof ist, weil er sich hier in seiner Muttersprache unterhalten kann. Hier gibt es noch andere, die Italienisch sprechen. Er war früher Tischler, hat nie geheiratet und hat keine Kinder. Deshalb sei es das Beste für ihn, im Erlenhof zu leben. Durch die italienische Sprache fühlt er sich auch zuhause.

Religion und Meditation

Religion ist für viele Bewohnerinnen und Bewohner wichtig. Alle zwei Wochen kommt ein italienischer Pfarrer. Das Pflegeheim verfügt auch über ein Trauerzimmer, ein schlicht gehaltenes Zimmer mit einem Kreuz an der Wand.

Mitten im Raum befindet sich ein langer Tisch für die Aufbahrung des verstorbenen Mitbewohners. Um den Tisch stehen Kerzen. Brigitte Büchel erzählt, dass bei der Aufbahrung eines muslimischen Mitbewohners das Kreuz mit einem Stück Stoff abgedeckt wurde. Der Verstorbene war sogar Hoca, ein muslimischer Gelehrter.

Im Pflegezentrum Erlenhof wird eine «Meditationsstunde» angeboten, die von zwei Pflegenden geleitet wird. Es wird ein Sesselkreis gebildet. Maria aus Italien und Mary aus der Dominikanischen Republik diskutieren zunächst mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern über Gott und die Welt. Alle werden einbezogen. Gedächtnistraining: manche lesen kleine Texte vor, Meinungen werden erfragt. Es wird gesungen und es wird viel gelacht. Als ich die mitgebrachten Mozartkugeln aus Wien verteile, kommt Walzerstimmung auf. Nachdem sie ihre Schokolade genüsslich gegessen haben, summt Maria den Donauwalzer und fordert einige der Teilnehmer zum Tanzen auf, die sich nicht lange bitten lassen, mittanzten und herzlich lachen.

Alter und Migration

Das Pflegezentrum Erlenhof zeigt, dass eine «kultursensible Orientierung» keinen Verlust darstellt, sondern im Gegenteil eine grosse Bereicherung für das Pflegeheim ist. Ein weiterer positiver Effekt ist zu vermerken: Aufgrund der aktiven Beteiligung am sozialen Austausch konnten bei vielen BewohnerInnen die Medikamente reduziert werden.

Das Unterfangen, eine kultursensible Altenpflege zu implementieren, ist

nicht einfach. Das nationale Forum «Alter und Migration»⁴ arbeitet seit 2003 an der Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Situation älterer MigrantInnen in der Schweiz mittels Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung. Jedoch noch 2010 spricht der Tagesanzeiger von «Italo-Spezialabteilungen»⁵. Hinter diesem Begriff verbirgt sich allerdings ein stark reduziertes Verständnis von kultursensibler Pflege. Es vermittelt den Eindruck, dass es ausreichen würde, einen italienischen Dolmetscher zu bemühen. Ebenso ist der Vorwurf, es würden sich «Parallelgesellschaften» in Altersheimen bilden, ungerechtfertigt.

Im Gegenteil: Mit der Schaffung von mediterranen Abteilungen in Altersheimen reagiert man erstens auf Bedürfnisse der in der Schweiz lebenden älteren MigrantInnenbevölkerung. Zweitens werden allgemeine Pflegeleitsätze umgesetzt: die Erhaltung der Eigenständigkeit, der respektvolle Umgang mit den BewohnerInnen sowie die Garantie einer bestmöglichen psychischen und physischen Betreuung. □

Nevin Altintop, Pflegewissenschaftlerin aus Bayern, arbeitet an der Universität Wien (Institut der Kultur- und Sozialanthropologie) an ihrer Dissertation. Im September 2011 besuchte sie für zwei Tage auf Einladung von Brigitte Büchel das Pflegezentrum Erlenhof in Zürich.

Kontakt: diplarb2009@gmx.at

www.sbk-asi.ch

- Kultursensible Pflege
- Langzeitpflege
- Migration